



# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione**

**Corso di laurea triennale in Scienze e Tecniche Psicologiche**

**“Tra sogno e realtà: quando il *Daydreaming* diventa  
maladattivo”**

*“Between dream and reality: when Daydreaming becomes maladaptive”*

**Relatrice**

Prof.ssa/Prof. **Caterina Novara**

**Correlatrice**

Dott.ssa **Stéphanie Maldera**

**Laureanda: Simona Sodano**

**Matricola: 2047630**

Anno Accademico 2023/2024



*"I sogni sono l'unica forma di realtà che può diventare il nostro peggior incubo."*

*Italo Calvino 1972, "Le città invisibili"*



<b>INTRODUZIONE .....</b>	<b>3</b>
<b>CAPITOLO 1: Stato dell'arte sulla ricerca inerente al <i>Daydreaming</i> .....</b>	<b>4</b>
1.1 <i>Daydreaming</i> : definizione e caratteristiche .....	4
1.2 Origine e sviluppo del concetto di <i>daydreaming</i> .....	6
<b>CAPITOLO 2: Definizione e caratteristiche del <i>Maladaptive Daydreaming</i>.....</b>	<b>9</b>
2.1 <i>Maladaptive Daydreaming</i> : definizione e caratteristiche.....	9
2.2 Il ruolo dei movimenti stereotipati nel <i>Maladaptive Daydreaming</i> .....	12
2.3 Comorbidità.....	14
2.3.1 <i>Maladaptive Daydreaming</i> e il Disturbo Dissociativo dell'Identità (DID)...	15
2.3.2 <i>Maladaptive Daydreaming</i> e Disturbo da Stress Post-Traumatico (DSPT)..	15
2.3.3 <i>Maladaptive Daydreaming</i> e Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC).....	17
2.3.4 <i>Maladaptive Daydreaming</i> e Disturbo da Deficit dell'Attenzione e Iperattività (ADHD) .....	17
<b>CAPITOLO 3: Ipotesi sull'eziologia.....</b>	<b>19</b>
3.1 Fattori psicologici coinvolti nel <i>Maladaptive Daydreaming</i> .....	19
3.2 La regolazione emotiva come fattore predittivo del <i>Maladaptive Daydreaming</i> .	20
3.3 Fattori neurobiologici coinvolti nel <i>Maladaptive Daydreaming</i> .....	22
3.4 Fattori sociali coinvolti nel <i>Maladaptive Daydreaming</i> .....	23
3.4.1 Impatto del MD sul funzionamento quotidiano.....	24
3.4.2 Impatto del MD sulle relazioni sociali .....	25
<b>CAPITOLO 4: Diagnosi e valutazione del <i>Maladaptive Daydreaming</i> .....</b>	<b>27</b>
4.2 Criteri diagnostici .....	27
4.1 Strumenti di valutazione .....	29
4.1.1 MDS-16 in Italia .....	31
4.2 <i>Structured Clinical Interview for Maladaptive Daydreaming</i> (SCIMD) .....	31

<b>CAPITOLO 5: Approcci terapeutici per il <i>Maladaptive Daydreaming</i></b> .....	33
5.1 Ipotesi di trattamento .....	33
5.1.1 Terapia cognitivo-comportamentale (CBT).....	33
5.1.2 <i>Mindfulness</i> .....	34
5.1.3 Supporto psicosociale e interventi preventivi proposti dal <i>Maladaptive Daydreaming Italia</i> .....	35
CONCLUSIONI.....	37
BIBLIOGRAFIA .....	38
APPENDICE .....	50

## INTRODUZIONE

Sognare ad occhi aperti è un processo mentale, caratterizzato dalla creazione di scenari immaginari e dalla sospensione temporanea della realtà (Bigelsen, et al., 2016). Tale processo può assumere anche una valenza disfunzionale. In questo caso, si parla di *maladaptive daydreaming*, un'esperienza che va al di là del normale vagheggiamento mentale e può avere impatti significativi sulla salute mentale (Soffer-Dudek e Somer, 2022).

All'interno di questa tesi si approfondiscono le radici e lo sviluppo del concetto di *daydreaming*, distinguendolo dalla semplice fantasia e rivelando le teorie psicologiche che ne hanno plasmato la comprensione nel corso del tempo. Si analizzano poi le caratteristiche del *maladaptive daydreaming*, i fattori di rischio e le cause alla base di esso, esplorando sia gli aspetti psicologici che neurobiologici, ambientali e sociali che contribuiscono alla sua manifestazione.

Infine, vengono illustrate le sfide legate alla diagnosi e alla valutazione del *maladaptive daydreaming*, esplorando le metodologie di ricerca e gli strumenti disponibili per affrontare questa condizione.

# CAPITOLO 1

## 1.1 *Daydreaming*: definizione e caratteristiche

Il *daydreaming* è un comune comportamento umano che consiste nel sognare ad occhi aperti, divagare con la mente o fantasticare. Si tratta di un flusso di pensieri o immagini che si verifica quando l'attenzione di un individuo si allontana dai compiti esterni per rifugiarsi verso un flusso di coscienza personale e non accessibile agli altri (McMillan et al., 2013). Secondo la teoria degli stati multipli del sé descritta da Bromberg (2009) il *daydreaming* può consentire di sperimentare vari stati del sé in un contesto interno sicuro. Nei panni di un personaggio in una fantasia vivida, il *daydreamer* è in grado di rendere reale una versione complessa di sé stesso, completa di motivazioni, reazioni emotive, desideri, ricordi e obiettivi. Questo processo consente al sognatore di assumere temporaneamente quella identità all'interno di una realtà alternativa creata da sé. Per la maggior parte delle persone, il *daydreaming* è un processo normale e adattivo che consente di simulare scenari futuri desiderati, facilitando così la loro realizzazione nella vita quotidiana (Bromberg, 2009). A tal proposito, è stato evidenziato come i sogni ad occhi aperti utilizzati per la pianificazione e la simulazione siano collegati a stati d'animo più positivi dopo il sogno (Wen et al., 2022). Questo meccanismo può produrre un insieme integrato di stati del sé che contribuiscono a una narrazione di sé coerente (Bromberg, 2009). Le stime suggeriscono che le persone trascorrono tipicamente dal 30% al 60% del loro tempo a sognare ad occhi aperti (Poerio e Smallwood, 2016). Il *daydreaming* può verificarsi sia automaticamente che volontariamente. Inoltre, esso si differenzia a seconda dei contenuti, che possono essere piacevoli o spiacevoli, reali o immaginari, ricordi o esperienze future. Pertanto, la fervida immaginazione, come anche la capacità di immergersi in sogni a occhi aperti, rappresentano un'esperienza normale. Alcuni studi hanno indagato le caratteristiche distintive del *daydreaming* distinguendolo dal *mind-wandering*. Dorsch (2015) identifica il *daydreaming* in contrapposizione al *mind-wandering*, mentre Newby-Clark e Thavendran (2018) lo definiscono come un fenomeno che include qualsiasi forma di "evento immaginario", compreso il *mind-wandering* (Clark e Thavendran, 2018). Secondo Lawson e Thompson (2024), il *daydreaming* si distingue per la sua natura spontanea e per la



presenza di una struttura immaginativa coinvolgente che permette un minimo senso di esperienza immersiva in un mondo e una temporaneità dinamica. Contrariamente al *mind-wandering*, che è spesso considerato un pensiero non correlato ad un compito specifico e che può includere un'ampia gamma di esperienze mentali eterogenee, il *daydreaming* include elementi come il flusso dinamico spontaneo che fa riferimento a una sequenza di pensieri o immagini mentali che si sviluppano in modo fluido e naturale senza uno sforzo consapevole. Durante il *daydreaming*, i pensieri seguono una narrazione o una logica interna che cambia e si adatta continuamente, creando una sensazione di movimento costante e naturale (Lawson e Thompson 2024). Questa combinazione di flusso spontaneo e struttura immaginativa permette al *daydreaming* di offrire un'esperienza mentale coinvolgente e distintiva rispetto ad altre forme di pensiero non correlate a un compito specifico (Lawson e Thompson 2024). I due autori criticano le definizioni esistenti sul *daydreaming*, che lo connotano come un comune comportamento umano, argomentando che quest'ultimo non dovrebbe essere confuso con il *mind-wandering*, nonostante le somiglianze superficiali. Essi propongono quindi una definizione più rigorosa che considera il *daydreaming* come “*spontaneous, immersive imagination in the waking state*” (Lawson e Thompson, 2024). Entrambe le attività di *mind-wandering* e *daydreaming* sono caratterizzate dalla spontaneità del pensiero, che emerge senza una guida deliberata o un'intenzione diretta, e spesso includono contenuti audiovisivi ed emotivi che riflettono preoccupazioni attuali e attingono dalla memoria a lungo termine (Fox et al., 2013). Irving e Thompson (2016; 2018) hanno sostenuto che il *mind-wandering* è un “*pensiero non guidato*”, laddove la guida è intesa come la regolazione di un'attività e il mantenimento dell'attenzione su tale attività ogni volta che si discosta da essa. Durante il *mind-wandering*, l'attenzione fluttua tra pensieri e percezioni, accoppiandosi e disaccoppiandosi da questi due aspetti in modo intermittente. Nel *mind-wandering*, i pensieri e le percezioni vengono vissuti come dinamicamente integrati, ossia le percezioni possono innescare catene di pensieri che possono a loro volta guidare l'attenzione verso certi aspetti dell'ambiente (Lawson e Thompson, 2024). Nel caso del *daydreaming*, l'attenzione fluttua dinamicamente tra le esperienze interne ed esterne, ma la differenza chiave sta nel flusso dinamico spontaneo e nella struttura immaginativa coinvolgente. Il *daydreaming*, dunque, si distingue per una narrazione interna più strutturata e coinvolgente, che segue una logica interna e si

sviluppa in modo fluido e naturale senza uno sforzo consapevole. Gli stimoli esterni possono scatenare *daydreams* e, a loro volta, i *daydreams* possono influenzare e moderare l'attenzione verso l'esterno (Lawson e Thompson, 2024). Anche se i *daydreams* possono assorbire completamente, di solito non impediscono di interagire con il mondo esterno o di svolgere più attività contemporaneamente, come guidare un'auto, anche se con una minore sicurezza. Infatti, il contenuto dei *daydreams*, sebbene vivido, rimane in una forma semi-trasparente che permette di mantenere una consapevolezza di base del mondo reale. Questa caratteristica del *daydreaming* consente di vivere esperienze immaginate senza perdere completamente il contatto con la realtà esterna (Lawson e Thompson, 2024).

## **1.2 Origine e sviluppo del concetto di *daydreaming***

In un periodo in cui molti psicologi americani collegavano fantasia e sognare a occhi aperti a disturbi psicopatologici, Singer e i suoi collaboratori dimostrarono che il *daydreaming* è un fenomeno umano normale, diffuso e adattivo, che occupa una porzione significativa del pensiero durante la veglia (Singer e Antrobus, 1963; Singer, 1966). Inoltre, essi evidenziarono che le persone sono consapevoli dei propri sogni ad occhi aperti, possono riportarlo in modo affidabile attraverso questionari (Antrobus et al., 1967) ed esistono differenze individuali nei modi di sognare a occhi aperti (Singer, 1974, 1975; Segal et al., 1980; Huba et al., 1981; Huba e Tanaka, 1983). Singer (1975) ha distinto tre diverse forme di *daydreaming*: “*sognare a occhi aperti positivo e costruttivo*”, associato ai processi immaginativi dai contenuti ludici e al pensiero creativo; “*sognare a occhi aperti colpevole-disforico*”, connotato da fantasie ossessive e angoscienti; “*scarsa capacità attentiva*”, che riflette l’incapacità di concentrarsi su un pensiero o un compito. Sigmund Freud, pioniere della psicoanalisi, è stato tra i primi a esplorare in profondità il significato delle fantasie e del sognare ad occhi aperti, evidenziando come queste attività immaginative giochino un ruolo cruciale sia nel gioco infantile sia nella costruzione dell'identità personale. Nel suo lavoro, “*Creative Writers and Day-Dreaming*” (Freud, 1908), Freud illustra come le fantasie dei bambini siano fondamentali per lo sviluppo, poiché permettono loro di imitare gli adulti attraverso il gioco e di esercitarsi in un contesto sicuro. Secondo Freud, per l’adulto fantasticare o

sognare ad occhi aperti rappresenta una sostituzione rispetto al gioco utilizzato dal bambino (Freud, 1908).

Donald Winnicott, in "Gioco e Realtà" (1971), approfondisce il ruolo delle fantasie, distinguendo l'attività immaginativa adattiva da quella potenzialmente nociva: a differenza dei bambini, per i quali il gioco e la fantasia sono essenziali per la crescita, nel caso in cui si persista in tali attività fantasmatiche, l'isolamento e la solitudine derivanti potrebbero condurre alla dissociazione nell'adulto. Winnicott rappresenta questa dissociazione come difesa contro un'angoscia profonda, sottolineando come il fantasticare possa diventare un fenomeno che assorbe le energie vitali dell'individuo (Winnicott, 1971). Singer (1966, 1975) offre una prospettiva più ampia sul *daydreaming*, riconoscendone il valore del processo creativo e della risoluzione dei problemi. Egli identifica il *daydreaming* come un pensiero attivo e propositivo, che può arricchire la creatività e l'esplorazione di sé, sostenendo al contempo che un'eccessiva divagazione mentale può distogliere dall'interazione con il mondo esterno.

Ulteriormente, Starker e Singer (1975) hanno studiato l'attività di sognare ad occhi aperti nei pazienti psichiatrici, analizzando in particolare la relazione tra i modelli di sintomi e gli stili di *daydreaming*. All'interno dello studio, 113 pazienti psichiatrici maschi hanno risposto a un questionario sui sogni ad occhi aperti. Gli intervistatori hanno valutato i pazienti sulla presenza e la gravità di allucinazioni, deliri, ansia, depressione e altri sintomi. In generale, è stata evidenziata bassa correlazione tra gli stili di *daydreaming* e specifici quadri sintomatici. I pazienti con sintomatologia psicotica non potevano essere distinti tra loro sulla base dello stile di *daydreaming*.

Cuper e Lynch (2009) hanno distinto "*fantasy proneness*" e *daydreaming*. Una difficoltà nello studiare la fantasia è che il costrutto manca di una definizione operativa chiara. Infatti, a volte il termine è usato in modo interscambiabile con "*daydreaming*". Il sogno ad occhi aperti di solito comporta uno spostamento spontaneo dell'attenzione verso stimoli interni, che sono spesso pensieri o immagini relative a preoccupazioni attuali della vita. La fantasia, invece, inizia come uno sforzo volontario per intrattenersi ed evocare emozioni positive, ed è generalmente meno basata sulla realtà (Starker e Singer, 1975). Greenwald e Harder (1995, 1997) definiscono "*sustain fantasy*" le immagini usate come meccanismo di coping nei momenti di stress (cioè, una strategia consapevole di regolazione delle emozioni) e "*sogno ad occhi aperti*" come vagare con

la mente nella quotidianità. Wilson e Barber (1981, 1983) hanno condotto una serie di studi su coloro che si dedicano alla fantasia più della maggior parte delle persone, osservando che questi individui inclini alla fantasia condividevano molte caratteristiche. Ad esempio, da bambini la maggior parte di loro credeva in fate o elfi, passava molto tempo con compagni immaginari e spesso fingeva di essere qualcun altro; da adulti, quasi tutti loro trascorrevano più della metà del loro tempo fantasticando. Inoltre, essi descrivevano di sperimentare effetti fisiologici legati alle loro fantasie (come la nausea mattutina associata a "false gravidanze") e riportavano esperienze psichiche, quali episodi in cui fingevano di essere qualcun altro, vivere sensorialmente ciò che un'altra persona descriveva o ciò che ricordavano da un tempo precedente (Wilson e Barber 1981, 1983). In letteratura, sono note da tempo le forme disadattive che il *daydreaming* può assumere. Uno dei primi autori a considerare che la tendenza a fantasticare potesse diventare patologica è Breuer (Breuer e Freud 1892-1895), nel celebre caso di Anna O. In particolare, Breuer notò come il "teatro privato" delle fantasie di Anna O. da un lato avesse il ruolo di compensare una vita monotona e poco stimolante e dall'altro fosse responsabile dei suoi obnubilamenti dissociativi. Successivamente, Freud (1909) evidenziò come la fantasia potesse dare origine alla nevrosi quando impiegata con il fine di ritirarsi psichicamente dalle frustrazioni della vita reale. Anche Janet (1903, 1909) si soffermò sulla tendenza a fantasticare, che intese come la manifestazione di una scarsa capacità di fronteggiare le esigenze della vita quotidiana e un sintomo proprio della psicoastenia.

## CAPITOLO 2

### 2.1 *Maladaptive Daydreaming*: definizione e caratteristiche

Il concetto di "*Maladaptive Daydreaming*" (MD) o sogno ad occhi aperti disadattivo è stato introdotto per la prima volta nel 2002 da Eli Somer. Nel suo studio, Somer descrive il MD come “*un'attività di fantasia prolungata che sostituisce l'interazione umana e/o interferisce con le funzionalità accademiche, personali e professionali dell'individuo*” (Somer, 2002). Questa definizione ha suscitato interesse nell'ambito della ricerca sul *daydreaming*, in quanto ha evidenziato come tali fantasie possano avere impatti negativi significativi sul funzionamento quotidiano delle persone.

Diversi *Maladaptive Daydreamers* (MDers) riferiscono che, quando sono soli, mormorano dialoghi e imitano espressioni facciali mentre sono immersi nelle loro narrazioni (Somer, 2002). I MDers riportano una sensazione di disagio associata al loro fantasticare compulsivo, che induce sentimenti di vergogna, solitudine e isolamento (Bigelsen e Shupack 2011). Molti MDers affermano che i loro sogni ad occhi aperti sembrano più reali della loro vita e che la realtà viene da loro percepita come "irreale" (Soffer-Dudek e Somer, 2018).

Alcuni studiosi hanno cercato di differenziare il sognare in maniera funzionale dal fantasticare disadattivo, anche se le ricerche nel campo non sono numerose (Somer, 2002). Il MD si distingue dal *daydreaming* per numerose caratteristiche, quali il tempo speso a fantasticare, i comportamenti concomitanti (come la presenza di fenomeni cinestetici), il grado di coinvolgimento, la capacità di controllare l'estensione e il contenuto delle fantasie, la sofferenza che ne consegue e l'interferenza con il funzionamento quotidiano (Bigelsen et al., 2016).

Lo studio condotto da Somer (2002) ha coinvolto sei pazienti, due affetti da Disturbo di Personalità Narcisista e quattro da Disturbo Dissociativo dell'Identità. Sono stati impiegati cinque strumenti di indagine: l'intervista clinica strutturata per il DSM-5<sup>1</sup> (*Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders - SCID-5*, First et al., 2015),

---

<sup>1</sup> American Psychiatric Association. (2013). DSM-5 Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition, American Psychiatric Publishing, Washington, DC. Trad. it., DSM-5: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali Milano, Raffaello Cortina Editore.

utilizzata per ottenere una diagnosi principale; l'Inventario delle Memorie e Immaginazioni dell'Infanzia (*Inventory of Childhood Memories and Imaginings* - ICMI, Wilson e Barber, 1981), per testare alcune ipotesi cliniche sulle caratteristiche del *daydreaming* dei partecipanti; la Scala delle Esperienze Dissociative (*Dissociative Experiences Scale* - DES, Bernstein e Putnam, 1986), che quantifica la frequenza delle esperienze dissociative; la *Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders-Revised* (SCID-D-R, Steinberg, 1994), per valutare i cinque sintomi principali della dissociazione, come amnesia e depersonalizzazione, somministrata ai partecipanti che ottenevano un punteggio superiore a 20 al test DES. Durante gli incontri, i pazienti hanno raccontato di passare molto tempo immersi in fantasie, immaginandosi in altri luoghi, nei panni di altre persone, e interagendo con personaggi immaginari. Hanno rivelato anche di aver vissuto esperienze negative durante l'infanzia, come conflitti genitoriali, trascuratezza emotiva e abusi (Somer, 2002). I risultati dello studio hanno evidenziato un basso coinvolgimento dei partecipanti nella vita interpersonale, la tendenza ad evitare l'intimità e difficoltà significative nelle prestazioni accademiche e lavorative. Le narrazioni relative al MD sono state categorizzate in tre gruppi principali (Somer, 2002):

1. Le funzioni della fantasia: questa categoria include aspetti come la capacità di disancorarsi dallo stress e dal dolore, per poter migliorare lo stato d'animo; la capacità di entrare in relazione intima; il ruolo di alleviare tensioni e stress; il ruolo di supporto emotivo e compagnia.
2. I temi trattati all'interno della fantasia: i temi più diffusi trattati nelle fantasie dei partecipanti riguardavano violenza, idealizzazione del sé, potere e controllo, cattività, salvataggio e fuga ed eccitazione sessuale.
3. La componente dinamica: questa categoria riguarda gli aspetti relativi all'inizio delle fantasie e ai movimenti cinestetici coinvolti. L'attività cinestetica costituisce una delle caratteristiche peculiari del MD (Somer et al., 2016b) e include un'ampia gamma di comportamenti, tra cui camminare, mimare le espressioni facciali e parlare ad alta voce (Bigelsen e Schupak, 2011). In particolare, i movimenti ripetitivi e l'ascolto della musica possono costituire dei veri e propri rituali necessari a dare inizio ai sogni a occhi aperti dei MDers. Tali attività, quando svolte in solitudine, possono facilitare il processo immaginativo,

ostacolando la percezione degli stimoli esterni e incrementano il grado di assorbimento verso il proprio mondo interno (Somer et al., 2016a).

Somer (2002) ha messo in luce come il *maladaptive daydreaming* possa influenzare negativamente vari aspetti della vita di un individuo. Le esperienze interpersonali dolorose possono avere un impatto sullo sviluppo dell'immagine di sé ed indurre una persona a rifugiarsi in un mondo immaginario, percepito come più sicuro e accogliente (Somer, 2002). Le fantasie possono variare notevolmente, includendo da una parte quelle che soddisfano un sé idealizzato o che hanno lo scopo di alleviare lo *stress* e l'ansia dell'individuo fino a quelle che coinvolgono violenza, abuso, potere e controllo (Somer, 2002). Inoltre, Somer propone che il MD potrebbe essere interpretato come un comportamento fobico che riflette un desiderio di evitamento. Questo comportamento è alimentato sia dal rinforzo negativo, che rimuove lo stimolo minaccioso, sia dal rinforzo positivo legato al fantasticare, che fornisce alternative di esperienze emotive soddisfacenti (Somer, 2002).

Sebbene condividano una struttura molto simile, le fantasie dei MDers possono variare notevolmente anche in base al contenuto (Bigelsen e Schupak, 2011; Somer, 2002; Somer et al., 2016). In uno studio condotto su 90 MDers, Bigelsen e Shupack (2011) hanno constatato come i sogni ad occhi aperti dei partecipanti potessero essere suddivisi in due distinte categorie:

1. “*Character driven daydreams*”: denominata da alcuni MDers “*characters*” o “*my stories*”, è costituita da fantasie i cui protagonisti corrispondono a personaggi tratti da show televisivi, film o libri oppure a persone casualmente incontrate per strada. Talvolta, questi protagonisti vengono raffigurati mentre interagiscono con lo stesso MDer o con le persone appartenenti alla sua vita reale. Altre volte, il MDer immagina le trame adottando il punto di vista del protagonista o i panni di un narratore esterno alla vicenda.
2. “*Aspirational self-oriented daydreams*”: denominata dai MDers “*perfect self daydream*” o “*aspirational daydreaming*”, fa riferimento a fantasie che vedono come protagonista il proprio sé idealizzato. In questi casi, i MDers immaginano sé stessi come persone dotate di talenti straordinari che godono dell'ammirazione degli altri.

Quasi un terzo dei partecipanti intervistati da Bigelsen e Shupack (2011) riportava fantasie appartenenti ad entrambe le categorie. In un altro studio, Bigelsen e colleghi (2016) hanno osservato come i sogni a occhi aperti dei MDers fossero per la maggior parte del tempo incentrati su personaggi di fantasia o figure storiche (circa il 73%), differendo significativamente da quelli dei non MDers, il cui tempo speso a fantasticare su tali protagonisti era significativamente minore (pari a circa il 19%). Inoltre, i non MDers riportavano per lo più trame basate sulla vita reale e sul soddisfacimento di desideri concreti, come ad esempio vincere alla lotteria (Bigelsen e colleghi 2016).

## **2.2 Il ruolo dei movimenti stereotipati nel *Maladaptive Daydreaming***

Una ricerca recente condotta da Somer (2023) mira ad esplorare in dettaglio l'esperienza dei movimenti corporei stereotipati durante il MD. Attraverso interviste asincrone via e-mail con 41 individui con probabile MD, Somer (2023) ha identificato quattro temi principali relativi all'esperienza del movimento nel MD:

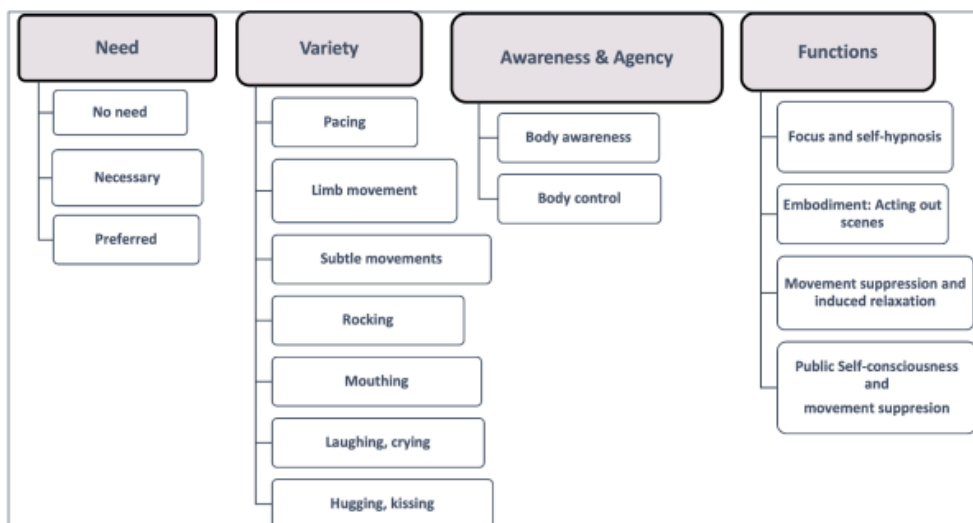
1. *Necessità (Need)*: nonostante vi siano differenze individuali, solitamente il movimento fisico riveste funzioni essenziali nell'esperienza di *daydreaming* per la maggior parte delle persone. Molti partecipanti riportano di utilizzare il movimento per potenziare il loro *daydreaming*; alcuni riferiscono di non riuscire a generare fantasie senza movimento, mentre altri di non avere necessariamente bisogno di attività fisica per innescare o mantenere il loro *daydreaming*.
2. *Varietà (Variety)*: Tra i movimenti corporei più diffusi durante il *daydreaming* nello studio di Somer (2023) vi sono il passeggiare avanti e indietro, dondolare, manipolare oggetti e il camminare.
3. *Consapevolezza e agentività (Awareness and Agency)*: un partecipante allo studio (Somer, 2023) ha riferito di non essere sempre consapevole dei propri movimenti durante il MD, dei quali si sarebbe accorto solo dopo aver compilato il primo questionario. Questa mancanza di consapevolezza corporea è talvolta associata anche a una ridotta percezione del proprio controllo. Questo



movimento "indotto" e la consapevolezza ritardata della propria cinestesia mostrano che non solo il partecipante non avverte di aver iniziato il movimento, ma se ne rende conto solo al termine del suo *daydreaming*.

4. Funzioni (*Functions*): i partecipanti allo studio hanno descritto come funzioni principali del movimento nel loro MD il miglioramento della concentrazione e dell'attenzione sulla trama del MD e la resa più realistica delle scene del sogno ad occhi aperti.

Dopo che i dati sono stati sottoposti a un'analisi tematica induttiva (Braun e Clarke, 2006), i quattro temi sono stati ulteriormente suddivisi in sotto-temi, come mostrato nella **Figura 1**



**Figura1.** *Temi e sottotemi del movimento nell'esperienza del MD* (Braun e Clark, 2006)

Sebbene alcuni partecipanti possano sognare ad occhi aperti senza muoversi, la maggior parte preferisce il movimento per il suo effetto intensificante sul MD. I movimenti correlati al MD assolvono almeno a due funzioni: intensificare l'attenzione concentrata sulla fantasia e animare l'esperienza di *daydreaming* mediante l'incarnazione delle scene immaginate (Somer, 2023). La cinestesia, o la percezione del movimento del corpo, può rafforzare l'esperienza dei sognatori, approfondendo l'immersione nelle loro fantasie attraverso un miglioramento della concentrazione, che presenta caratteristiche auto-ipnotiche (Somer, 2002; Somer et al., 2016; Somer et al., 2017). In aggiunta, i

movimenti corporei possono essere associati ad una perdita occasionale dell'agentività, suggerendo un'attivazione neuromuscolare non intenzionale (Bigelsen e Schupak, 2011; Somer et al., 2017). Nello specifico, il camminare avanti e indietro è una caratteristica spesso riportata nei forum online da chi soffre di MD, come confermato dal 51% dei partecipanti dello studio di Somer (2023). A tal proposito, un partecipante ha raccontato di amare il movimento e di camminare mentre è immerso nel *daydreaming*, continuando per ore senza avvertire dolore o disagio. Un altro ha riferito che cammina avanti e indietro mentre gioca con i capelli e regola il volume della musica sul suo telefono, sostenendo che tali movimenti hanno caratterizzato il suo *daydreaming* sin dall'infanzia. Alcuni hanno descritto movimenti meno percettibili, come dondolarsi sulla sedia o giocare con i capelli, in particolare quando sono in presenza di altre persone e devono mantenere un'apparenza calma. Questi comportamenti esterni, le variazioni dell'espressione facciale che spesso riflettono le emozioni vissute durante il *daydreaming* ed il mormorare o bisbigliare a sé stessi, sono indicatori chiave della presenza del MD (Somer, 2023).

### **2.3 Comorbidità**

Nel 2020, è stata fondata in Italia la prima associazione dedicata al *Maladaptive Daydreaming*, denominata “*Maladaptive Daydreaming Italia*”<sup>2</sup>. Questa associazione si propone di diffondere la conoscenza sul fenomeno e di promuovere la ricerca nell'ambito. In aggiunta, l'organizzazione ha istituito uno spazio di supporto per individui che si identificano nei sintomi del MD, fornendo loro assistenza e la possibilità di condividere le proprie esperienze con altri che vivono la stessa condizione. La ricerca in Italia ha offerto contributi significativi per determinare se il MD possa essere considerato una categoria diagnostica autonoma o una sottocategoria di altri disturbi. Nonostante il MD sia stato proposto come una forma di dipendenza comportamentale, esistono notevoli analogie con il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) e il Disturbo da Deficit dell'Attenzione e Iperattività (ADHD) nonché con i Disturbi Dissociativi (Somer et al, 2017a; Somer e Herscu, 2017c; Somer, 2018).

---

<sup>2</sup> Maladaptive Daydreaming Italia: <https://www.maladaptivedaydreamingitalia.com/>

### **2.3.1 *Maladaptive Daydreaming* e il Disturbo Dissociativo dell'Identità (DID)**

Già prima che fosse riconosciuta una deriva disfunzionale del *daydreaming*, alcuni autori si sono interrogati rispetto alle caratteristiche in comune con il DID (Bigelsen et al., 2016; Somer et al., 2016a; Somer e Herscu, 2017c). Recentemente, Soffer-Dudek (2022) ha introdotto una nuova definizione per il MD denominandolo "*Absorption Disorder*", traducibile come "disturbo di assorbimento". Questa particolare capacità di assorbimento, pur non essendo considerata patologica in sé e riconosciuta come una forma comune di dissociazione, è fortemente associata ai disturbi dissociativi e risulta prevalente tra gli individui con MD (Greene et al., 2020; Singer, 1966; Somer, 2016a; Wilson e Barber, 1981, 1982). Secondo Young (1988), la fantasia gioca un ruolo cruciale nello sviluppo del DID, fungendo da meccanismo di coping di fronte a situazioni traumatiche o particolarmente stressanti (Young 1988). La fantasia viene identificata come dotata di proprietà calmanti e rinvigorenti per la promozione del benessere psicologico, in grado di aiutare nella gestione dello stress. Young (1988) sottolinea che una fantasia inizialmente consapevole può evolversi in una dissociazione dalla realtà, sfociando talvolta in un alter-ego autonomo con proprie caratteristiche distinte. Tale trasformazione si verifica spesso in seguito ad abusi o eventi traumatici che possono generare nell'individuo (Young, 1988). Ricerche ulteriori hanno dimostrato che il MD non deriva necessariamente da traumi (Somer, 2019). Secondo Soffer-Dudek (2022), le analogie tra il DID e il MD spiegherebbero il manifestarsi di una forma di "doppia coscienza" che divide l'individuo. Questi disturbi condividono un'attenzione interna molto focalizzata e la creazione di molteplici personalità: nel DID si tratta di personalità separate, mentre nel MD i diversi personaggi, che rappresentano varie sfaccettature della personalità dell'individuo e sono integrati nelle fantasie. Entrambi i disturbi elicitano intense reazioni emotive legate ai personaggi del mondo interno dell'individuo (Soffer Dudek, 2022).

### **2.3.2 *Maladaptive Daydreaming* e Disturbo da Stress Post-Traumatico (DSPT)**

La relazione tra MD e Disturbo da Stress Post-Traumatico (DSPT) è un campo di studio emergente che rivela l'intreccio complesso tra fantasie immersive ed esperienze

traumatiche dell'infanzia (Somer, 2021). Il MD è particolarmente prevalente tra coloro che hanno subito traumi infantili. In questi casi, il sogno ad occhi aperti può essere utilizzato come meccanismo di coping per gestire il dolore emotivo e i ricordi dolorosi (Somer 2021). Tuttavia, Bigelsen e Schupak (2011) hanno rilevato che solo il 27% degli individui con MD riportavano abusi e negligenza infantili. Ulteriori ricerche di Bigelsen et al. (2016) non hanno evidenziato differenze significative nelle storie di traumi infantili tra i soggetti con MD auto-identificati e i controlli, suggerendo che abusi e negligenza infantili potrebbero non essere condizioni necessarie per lo sviluppo del MD.

Le evidenze cliniche presentate da Somer (2019) suggerivano che, similmente ad altri disturbi dissociativi, il MD potesse originarsi da un meccanismo di coping sviluppato da bambini creativi sotto stress (Somer 2019). In merito a ciò, la ricerca di Somer e colleghi (2021) indica come l'MD possa essere associato a esperienze infantili avverse. Nonostante l'assenza di prove empiriche che confermano un ruolo causale degli abusi infantili nel MD, gli autori ipotizzano che, sotto costante pressione, i bambini con predisposizioni dissociative possano attivare tali capacità per generare esperienze di intorpidimento, oblio, alterazione dell'identità o assorbimento dissociativo, immaginando compagni immaginari o realtà alternative (Sanders, 1992; Somer, 2019). Somer e colleghi (2019) hanno osservato che i pazienti in recupero da dipendenze, con un passato di traumi infantili, tendevano a mostrare un coinvolgimento più intenso nel MD. Inoltre, Abu-Rayya e colleghi (2019) hanno riscontrato che i sopravvissuti di abuso sessuale infantile con un probabile MD manifestavano livelli più elevati di distress psicologico, fobia sociale e isolamento sociale rispetto ai sopravvissuti senza un sospetto MD. Questi risultati suggeriscono che il MD, sebbene possa originariamente fungere da strategia di coping in risposta alle avversità dell'infanzia, non è necessariamente una condizione imprescindibile per lo sviluppo del MD ma può successivamente contribuire all'aggravarsi di problemi psicosociali (Abu-Rayya et al., 2019).

### **2.3.3 *Maladaptive Daydreaming* e Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC)**

Recenti studi hanno evidenziato un'alta comorbidità tra MD e sintomi del Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC), anche se i meccanismi alla base di questa relazione sono ancora poco chiari (Salomon-Small et al., 2021). Secondo lo studio di Salomon-Small e colleghi (2021) esiste una significativa correlazione tra il MD e il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC). Lo studio ha evidenziato una correlazione positiva tra MD e DOC, evidenziando una maggiore correlazione del MD con le ossessioni piuttosto rispetto alle compulsioni (Salomon-Small et al., 2021). Inoltre, fattori come la dissociazione e una bassa percezione di controllo mediano la relazione tra MD e DOC, mentre i traumi infantili e il *mind-wandering* non risultano essere mediatori significativi (Bigelsen e Schupak, 2011). I sintomi ossessivo-compulsivi fisici ripetitivi osservati nei partecipanti sono simili ai movimenti ripetitivi del MD, suggerendo una connessione tra MD e i sintomi DOC correlati al corpo (Salomon-Small et al., 2021). I risultati esaminati da Salomon-Small e colleghi nella loro ricerca contribuiscono a una diagnosi differenziale più precisa tra MD e DOC. La diagnosi differenziale può basarsi su: la predominanza di ossessioni rispetto alle compulsioni nel caso di MD, la presenza di dissociazione e bassa percezione di controllo e la valutazione dei movimenti ripetitivi e del loro contesto. Queste informazioni possono ridurre la confusione diagnostica e facilitare lo sviluppo di interventi terapeutici basati sull'evidenza. I trattamenti efficaci per il DOC, in particolare quelli che affrontano le ossessioni e la percezione di controllo, potrebbero essere utili anche per le persone con MD, considerando le somiglianze nei sintomi. (Salomon-Small et al., 2021).

### **2.3.4 *Maladaptive Daydreaming* e Disturbo da Deficit dell'Attenzione e Iperattività (ADHD)**

Theodor-Katz e colleghi (2022) hanno studiato la relazione tra *Maladaptive Daydreaming* e Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD), per comprendere se il MD possa essere differenziato dall'ADHD. Nel loro studio, gli autori hanno osservato in che percentuale individui con ADHD presentassero anche le caratteristiche del MD. Gli adulti diagnosticati con ADHD sono stati valutati per i

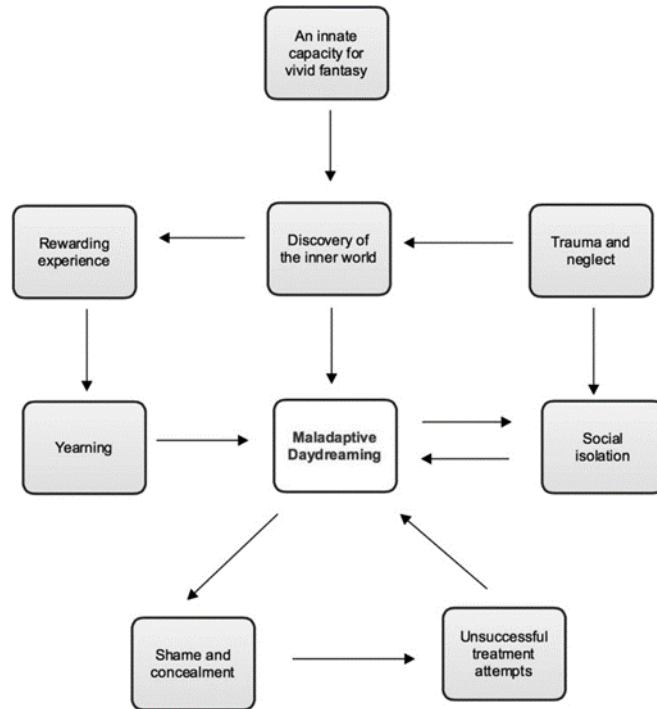
sintomi di ADHD, MD, depressione, solitudine e autostima. I partecipanti che hanno superato il *cut-off* per sospetto MD sono stati invitati a partecipare a un'intervista diagnostica strutturata per MD. Solo il 20,5% del campione di ADHD ha soddisfatto i criteri diagnostici proposti per il MD. Rispetto ai partecipanti con solo ADHD, questo sottogruppo ha presentato un aumento della depressione, della solitudine e una riduzione dell'autostima (Theodor-Katz et al., 2022). Questo può essere spiegato dal fatto che chi soffre di MD può sperimentare una significativa difficoltà di concentrazione, in modo particolare per attività che richiedono attenzione sostenuta (Theodor-Katz et al., 2022) Questo fenomeno è spesso associato ad una tendenza al ritiro sociale, poiché la solitudine consente di dedicare più tempo al *daydreaming* (Somer et al., 2018). Questo comportamento può anche suscitare sentimenti di vergogna, colpa o angoscia riguardo al tempo trascorso immersi in queste fantasie, indicando un notevole disagio emotivo (Bigelsen, e Schupak, 2011). Inoltre, caratteristica che rende disfunzionale il *daydreaming* riguarda l'incapacità di ridurre o controllarne la frequenza nonostante il desiderio di farlo (Somer et al., 2016). I risultati della ricerca evidenziano che il MD possiede caratteristiche cliniche uniche, distinguendosi chiaramente dall'ADHD. Questo suggerisce che, in alcuni casi con sintomi simili a quelli dell'ADHD, una diagnosi di MD potrebbe fornire una spiegazione clinica più accurata (Theodor-Katz et al., 2022).

## CAPITOLO 3

### 3.1 Fattori psicologici coinvolti nel *Maladaptive Daydreaming*

Negli anni, sono stati condotti numerosi studi per individuare le possibili cause del MD. Questo fenomeno è estremamente complesso, per via delle molteplici variabili che possono influenzarlo. Nonostante inizialmente la ricerca si fosse orientata verso l'idea di una dipendenza comportamentale (Bigelsen, 2016), le ipotesi eziologiche rimanevano ancora vaghe. Per questo motivo, sono stati intrapresi ulteriori studi per analizzare i fattori correlati alla formazione del MD. Somer e colleghi (2016a) hanno intervistato un campione di probabili MDers, esaminando le loro esperienze infantili e i fattori che hanno contribuito allo sviluppo del disturbo. I risultati hanno mostrato che il MD era spesso preceduto da eventi stressanti o traumatici durante l'infanzia e che i fattori che lo mantenevano includevano la scarsa capacità di elaborare adeguatamente le emozioni e la mancanza di un senso di identità. Inoltre, è emerso che chi soffre di MD possiede un'abilità innata di fantasticare in modo vivido, che, sebbene da sola non sufficiente, può diventare patologica se combinata con fattori di solitudine e avversità infantili.

Somer (2016a) ha proposto un modello per spiegare i fattori che influenzano l'insorgenza del MD. Questo modello evidenzia come una predisposizione alla fantasia vivida possa portare alla creazione di fantasie consolatorie e appaganti. Tuttavia, un uso eccessivo della fantasia, unito a isolamento sociale e distress emotivo, può creare un circolo vizioso autoalimentante. Somer (2016a) afferma che maggiore è il distress emotivo e l'isolamento sociale, più intensa sarà l'attività di fantasticare per compensare, rafforzando così il circolo vizioso. Tra i fattori chiave, il trauma e la negligenza giocano un ruolo cruciale nel portare il soggetto a un maggiore isolamento sociale, contribuendo all'insorgenza del MD (Somer, 2002) (**Figura 2**).



**Figura 2.** Modello proposto da Somer per spiegare l'insorgenza del MD (Somer, 2016a)

### 3.2 La regolazione emotiva come fattore predittivo del *Maladaptive Daydreaming*

Alcuni studi hanno messo in luce come il MD sia associato a notevoli difficoltà nella regolazione delle emozioni, nello specifico in merito alla reazione impulsiva in risposta a emozioni negative e ad una carenza di strategie efficaci per affrontare tali stati emotivi (Somer, 2002). Gli studi che hanno approfondito la correlazione tra MD e regolazione emotiva (Greene et al., 2020; Sándor et al., 2021) hanno evidenziato come la capacità generale di regolazione emotiva rappresenti un fattore predittivo significativo del MD, più delle singole sottodimensioni come l'impulsività o l'inadeguatezza delle strategie di coping. La regolazione delle emozioni comprende processi interni ed esterni che sono coinvolti nell'iniziare, mantenere e modulare la manifestazione, l'intensità e l'espressione delle emozioni (Morris et al., 2007, p. 363). Questi processi di regolazione delle emozioni influenzano notevolmente l'esperienza emotiva, agendo sulla qualità, l'intensità, la dinamica e il timing delle emozioni stesse (Thompson, 1994). Lo sviluppo delle abilità di regolazione emotiva è modulato sia da meccanismi intrinseci (influenze neurologiche, genetiche e temperamentali), sia da una serie di fattori sociali esterni



(interazioni sociali con i genitori, i coetanei e gli insegnanti, nonché l'influenza della cultura e dei media) (Sándor et al., 2021). Tra questi, un ruolo preminente nello sviluppo delle capacità di regolazione emotiva dei bambini è attribuito alle influenze genitoriali. Nello specifico, la regolazione emotiva dei genitori, la loro espressione emotiva, lo stile educativo adottato e la loro sensibilità alle reazioni emotive dei bambini sono considerati fattori determinanti (Bariola et al., 2011). Sebbene il MD sia un tentativo di regolare le emozioni, non rappresenta una forma efficace di regolazione emotiva. Secondo West e Somer (2020), esiste un sottogruppo di MDers che sogna ad occhi aperti in modo vivido, intenso e dettagliato, pur non soffrendo delle conseguenze negative del MD. Questi sognatori sono denominati "*sognatori diurni immersivi* (IMers)". Presumibilmente, i sognatori diurni immersivi possiedono strategie di regolazione delle emozioni migliori rispetto ai MDers che presentano grave distress e compromissione funzionale. Tuttavia, i risultati dello studio di West e Somer (2020) hanno rivelato che i sognatori diurni maladattivi, caratterizzati da sintomi maladattivi, presentano difficoltà più gravi nella regolazione delle emozioni (basate sui loro punteggi alla Scala delle Difficoltà nella Regolazione delle Emozioni, DERS), ma anche i sognatori diurni immersivi mostrano scarse capacità di regolazione emotiva. Pertanto, i ricercatori hanno suggerito che nessuna delle forme di MD funziona come una strategia efficace di regolazione emotiva (Sándor et al., 2021).

Greene e colleghi (2020) hanno inoltre esaminato le associazioni tra i sintomi del MD e le difficoltà di regolazione delle emozioni. I risultati dello studio hanno confermato che capacità più deboli di regolazione delle emozioni sono correlate a un grado più elevato di sintomi di MD. Inoltre, essi hanno osservato che la mancanza di consapevolezza emotiva e il piacere del *daydreaming* erano correlati negativamente. Pertanto, più il *daydreaming* è piacevole, più le emozioni diventano gestibili (Greene et al., 2020). Chirico et al. (2022) suggeriscono che tra le strategie di regolazione emotiva, la soppressione espressiva possa incidere sulla propensione al MD. La soppressione espressiva o emotiva è una forma di regolazione emotiva che comporta il tentativo conscio di reprimere o nascondere le manifestazioni esterne delle proprie emozioni. Questa strategia può includere il controllo delle espressioni facciali, dei gesti e dei toni della voce per non mostrare come ci si sente realmente (Chirico et al. 2022). Come evidenziato da Gross e John (2003), "*la soppressione delle emozioni, sebbene efficace*

*nel breve termine, può portare a costi psicologici significativi a lungo termine, inclusi aumenti di stress, ansia e depressione".*

### **3.3 Fattori neurobiologici coinvolti nel *Maladaptive Daydreaming***

Recenti studi hanno studiato i meccanismi neurobiologici che possono essere associati al MD. Hedderly et al. (2024) evidenziano una connessione tra i movimenti di immaginazione intensa (IIM) nell'infanzia e il MD. Una delle ipotesi proposte è che i movimenti di immaginazione intensa e il MD (IIM/MD) possano agire come un meccanismo per la regolazione delle emozioni. Infatti, alcuni bambini utilizzano gli IIM per autoconsolarsi (Sommer et al., 2017). L'afantasia, o l'incapacità di generare immagini mentali, interessa circa l'1% della popolazione mondiale, mentre il 3% dimostra iperfantasia, o la capacità di creare immagini mentali particolarmente vivide, correlata a una memoria autobiografica più ricca e a migliori prestazioni nell'immaginazione proiettata nel futuro (Milton et al., 2021). Studi di risonanza magnetica funzionale a riposo (fMRI) hanno evidenziato una connettività funzionale maggiore tra le regioni prefrontali e quella occipitale nei soggetti iperfantasici rispetto agli afantastici (Milton et al., 2021). Nello specifico, sono state osservate anomalie nelle reti cerebrali associate alla regolazione emotiva e all'auto-riflessione, in particolare nel *Default Mode Network* (DMN) (Milton et al., 2021). Il DMN, implicato in funzioni cognitive essenziali per il pensiero e le immagini generate internamente, si attiva non solo in stato di riposo ma anche durante compiti semplici o automatizzati, coinvolgendo strutture cerebrali come la corteccia prefrontale mediale e la corteccia cingolata posteriore (Broyd et al., 2009). Milton e colleghi (2021) ipotizzano che il DMN sia attivo durante i movimenti stereotipati e che queste stereotipie possano essere collegate al *daydreaming* attraverso l'attivazione del DMN nel recupero di informazioni episodiche, autobiografiche o semantiche, nella rivalutazione delle informazioni emotive, nell'autoriflessione e nella progettazione del futuro.

Tra i neurotrasmettitori aventi un ruolo nel MD, vi è la dopamina (Sommer, 2016), associata al sistema di ricompensa del cervello, che potrebbe contribuire alla sensazione di gratificazione provata durante il *daydreaming* maladattivo, al punto da indurre gli individui a cercare ripetutamente queste fantasie evasive (Liu et al., 2020).

Questi risultati rafforzano la comprensione del *daydreaming* maladattivo come una condizione multidimensionale, questo implica che l'approccio terapeutico per gli individui affetti da questa condizione potrebbe necessitare di strategie integrate che considerino vari aspetti per essere efficaci (Somer, 2016). Futuri studi dovrebbero esplorare ulteriormente queste interconnessioni e valutare come le modificazioni in una dimensione possano influenzare le altre, al fine di sviluppare interventi più mirati e fondati su una base empirica solida (Somer, 2016).

### **3.4 Fattori sociali coinvolti nel *Maladaptive Daydreaming***

Il MD è influenzato anche da fattori sociali e ambientali che giocano un ruolo critico nel modellare e perpetuare questo comportamento. Tra questi, si evidenzia l'isolamento sociale, poiché il *daydreaming* viene spesso attuato come forma di evasione da relazioni interpersonali insoddisfacenti o ambienti stressanti (Pyszkowska et al., 2023). Infatti, chi soffre di MD tende a sperimentare livelli più elevati di solitudine e può utilizzare il *daydreaming* come un meccanismo di coping per affrontare vissuti di disconnessione o rifiuto sociale (Bigelsen e Schupak, 2011). Inoltre, fattori come il contesto familiare, le esperienze educative e l'esposizione ai media giocano un ruolo significativo per gli MDers. Lo studio di Pišot et al. (2019) ha evidenziato come dinamiche familiari disfunzionali, quali la mancanza di sostegno emotivo o la presenza di conflitti, possano incoraggiare l'individuo a rifugiarsi in mondi fantastici come mezzo per sfuggire o compensare le carenze emotive reali (Pišot et al., 2019). Analogamente, le esperienze negative a scuola, come il bullismo o le difficoltà di apprendimento, possono alimentare ulteriormente la tendenza a immergersi in fantasie come forma di evasione o autoconsolazione (Härkönen et al., 2017). La costante esposizione a contenuti digitali, in particolare l'uso eccessivo di internet e dei social media, rappresenta un facilitatore del processo di generazione di materiale fantastico, che contribuisce allo stesso tempo ad un senso di insoddisfazione nella vita reale, inducendo gli individui verso il *daydreaming* come alternativa più gratificante (Giambra e Traynor, 2018). Una delle funzioni assolute dal comportamento dei MDers può essere un tentativo di soddisfare bisogni psicologici non realizzati, come il bisogno di appartenenza, stima o realizzazione personale. In

questo senso, le fantasie possono servire come uno spazio sicuro per esplorare identità, relazioni e successi non accessibili nella realtà (Costanzo et al., 2021).

Tuttavia, questo uso del *daydreaming* rischia di portare ad un circolo vizioso, nel quale l'individuo si distacca progressivamente dalla realtà a favore di un mondo interiore che, sebbene gratificante, impedisce di realizzare cambiamenti significativi nella vita reale (Costanzo et al., 2021). Pertanto, le condizioni sociali e ambientali rivestono un ruolo importante nella comprensione e nell'approccio al MD.

### **3.4.1 Impatto del MD sul funzionamento quotidiano**

Il MD incide profondamente sulla vita quotidiana delle persone che ne soffrono, con implicazioni che riguardano la vita sociale, accademica e lavorativa (Somer, 2016). Molti individui con MD hanno difficoltà a descrivere pienamente la loro condizione, rendendo ancor più complicato esprimere ciò che sperimentano (Somer, 2016). Le osservazioni presentate di seguito sono tratte dalla ricerca di Somer (2016) che tramite analisi qualitative ha raccolto esempi e testimonianze riguardo le esperienze dei MDers.

*"I've Been Daydreaming as Long as I Have Been Alive"* - M. N. (Somer, 2016a). Tale affermazione, che spesso appare anche nelle diverse piattaforme social, è uno dei commenti più frequenti tra gli individui con MD. Molti MDers ricordano di aver iniziato a sognare ad occhi aperti fin dalla più tenera età (Somer, 2016a).

*"What was meant to help me had trapped me and I couldn't stop."* (Somer, 2016a). Questa affermazione rimanda sia ai concetti teorici che descrivono il MD, sia al reale disagio vissuto da chi ne è affetto. Nello specifico, dalla frase si evince un desiderio di assistenza, che suggerisce il ruolo auto-consolatorio del sognare ad occhi aperti ("ciò che avrebbe dovuto essermi di aiuto"). Inoltre, il passaggio "mi ha catturato e non posso liberarmi" rimanda all'idea che il sognare ad occhi aperti, che assolveva ad una funzione consolatoria, si è mutato in una compulsione: l'individuo non riesce più a trovare soddisfazione in altre maniere.

*"I Was Most Comfortable While Daydreaming Alone"*. Nel suo studio, Somer (2016a) esplora il legame tra sognare ad occhi aperti e isolamento sociale nei bambini. Questo comportamento spesso nasce da una solitudine infantile e diventa un modo per i

bambini di gestire l'assenza di attenzione e affetto. Essi creano mondi immaginari dove si sentono eroici o speciali, come un bambino che immagina di avere superpoteri per compensare il sentirsi solo e trascurato. Questo rifugio immaginario, tuttavia, ha un risvolto negativo. Anche se i bambini mantengono la capacità di distinguere tra la realtà e le loro fantasie, il loro intenso sognare ad occhi aperti può isolarli ulteriormente. I bambini descrivono di sentirsi come fantasmi, presenti fisicamente ma disconnessi dalla vita reale, quasi come se osservassero il mondo da una nuvola. Questo isolamento può intensificarsi, influenzando le loro interazioni sociali. Alcuni, ad esempio, vengono percepiti come goffi o strani dai coetanei, portando a ulteriori esclusioni. (Somer, 2016a).

### **3.4.2 Impatto del MD sulle relazioni sociali**

Il MD ha profonde implicazioni sulle relazioni sociali degli individui che ne sono affetti (Somer e Herscu, 2017). Le persone con MD spesso si trovano intrappolate in fantasie elaborate che, sebbene offrano un rifugio temporaneo da stress e insoddisfazioni, possono isolare significativamente dall'ambiente e dalle relazioni reali (Somer e Herscu, 2017). Somer (2002), descrive il MD come *“un meccanismo di evasione che può portare a una ridotta interazione sociale e a una sensazione di disconnessione dalle persone circostanti”*.

Gli MDers possono sperimentare difficoltà nel mantenere attenzione e presenza nelle interazioni sociali, poiché spesso distolti dalle loro fantasie. Questo distacco può rendere complesso stabilire e mantenere legami significativi, aumentando il rischio di isolamento e solitudine (Bigelsen e Shupak, 2011). Più recentemente, Pietkiewicz e colleghi (2018) hanno sottolineato come il MD possa agire come una forma di dipendenza comportamentale, poiché il MDer preferisce le gratificazioni immediate e intense delle fantasie alla complessità e alle sfide delle relazioni reali. Questa preferenza per il mondo interno può limitare lo sviluppo di abilità sociali essenziali, come l'empatia e la comunicazione efficace, fondamentali per relazioni interpersonali soddisfacenti.

La ricerca di Mooneyham e Schooler (2013) suggerisce che il costante ricorso al *daydreaming* può non solo diminuire la qualità delle interazioni presenti, ma anche

ridurre le opportunità di nuove relazioni, poiché il tempo e l'energia mentale vengono consumati dalle fantasie piuttosto che dall'investimento in relazioni esterne. L'interazione tra MD e relazioni sociali evidenzia una dinamica complessa, dove il bisogno di evasione e soddisfazione immediata si scontra con il desiderio intrinseco di connessione umana e appartenenza (Somer e Herscu, 2017). Ulteriori ricerche hanno esplorato come il MD possa portare a una sorta di "analfabetismo emotivo", in cui gli individui si trovano in difficoltà nel leggere e rispondere adeguatamente agli stati emotivi altrui, a causa del tempo prolungato trascorso in isolamento sociale e immersi in narrazioni fantasia che non richiedono un'effettiva competenza sociale (Marchetti et al., 2016). Killingsworth e Gilbert (2010) sostengono che la mente che divaga frequentemente può portare a una minore felicità durante le interazioni sociali, poiché l'individuo è fisicamente presente ma mentalmente assente. Questo fenomeno è particolarmente rilevante per chi soffre di MD, poiché le loro estese sessioni di *daydreaming* possono farli sentire disconnessi anche in compagnia di amici e familiari, minando la profondità e la soddisfazione delle loro relazioni (Somer e Herscu, 2017). In aggiunta, alcuni studi hanno focalizzato l'interesse sul ruolo che l'autostima riveste in quest'ambito. La ricerca di Lunsky (2019) indica che gli individui con bassa autostima potrebbero essere particolarmente inclini al MD come forma di compensazione per insuccessi o delusioni nella vita reale. Questa tendenza a rifugiarsi in un mondo di fantasia può ulteriormente isolare l'individuo, poiché le opportunità di ricevere *feedback* positivo e supporto nelle relazioni reali vengono trascurate (Somer e Herscu, 2017).

## CAPITOLO 4

### 4.2 Criteri diagnostici

Durante la pandemia di SARS-Covid-19 tra il 2019 e il 2022, si è verificato un aumento del *daydreaming* maladattivo dovuto allo stress e all'isolamento forzato (Musetti et al., 2020). Ciò ha portato a un riconoscimento più ampio del *daydreaming* problematico ed alla necessità di approfondire la ricerca per sviluppare linee guida cliniche per i professionisti (Bigelsen, 2016). In uno studio, Somer e colleghi (2017) hanno tentato di definire i sintomi di questa condizione, proponendone i criteri diagnostici. Nel loro studio, gli autori hanno testato la validità e l'affidabilità di un'intervista clinica strutturata per il MD, la *Structured Clinical Interview for Maladaptive Daydreaming* (SCIMD), basata sui criteri diagnostici proposti per il MD (Somer et al., 2016, 2016a). L'intervista contiene dieci quesiti, che riguardano maggiormente i criteri di inclusione ed indagano nell'ultima parte anche i criteri di esclusione. La proposta dei criteri diagnostici, riportata di seguito (**Figura 3**, Somer, 2017b), è stata avanzata con lo scopo di formalizzare il MD come un disturbo clinico, ai fini di un inserimento nel manuale diagnostico DSM-5.

Table 1  
Proposed Diagnostic Criteria for Daydreaming Disorder (Maladaptive Daydreaming)

Criteria	Description
A.	Persistent and recurrent fantasy activity that is vivid and fanciful, as indicated by the individual exhibiting two (or more) of the following in a 6-month period; at least one of these should be Criterion 1
1	While daydreaming, experiences an intense sense of absorption/immersion that includes visual, auditory, or affective properties
2	Daydreaming is triggered, maintained, or enhanced with exposure to music
3	Daydreaming is triggered, maintained, or enhanced with exposure to stereotypical movement (e.g., pacing, rocking, hand movements)
4	Often daydreams when feels distressed or bored
5	Daydreaming length or intensity intensifies in the absence of others (e.g., daydreams more when alone)
6	Is annoyed when unable to daydream or when daydreaming is interrupted or curbed
7	Would rather daydream than engage in daily chores, social, academic, or professional activities
8	Has made repeated unsuccessful efforts to control, cut back, or stop daydreaming
B.	The disturbance causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning
C.	The disturbance is not due to the direct physiological effects of a substance (e.g., a drug of abuse, a medication) or a general medical condition (e.g., dementia) and is not better explained by autism spectrum disorders, attention-deficit/hyperactivity disorder, schizophrenia spectrum disorders, bipolar I disorder, obsessive-compulsive and related disorders, dissociative identity disorder, substance-related and addictive disorders, an organic disorder, or a medical condition

*Note.* Current severity defined as follows: Mild = *experiences mainly distress, no obvious functional impairment*; moderate = *one area of functioning is affected (e.g., work)*; severe = *more than area of functioning is affected (e.g., work, school or social life)*.

**Figura 3.** *Proposta dei Criteri Diagnostici per il Maladaptive daydreaming* (Somer et al., 2017b)

Stando alla classificazione proposta da Somer et al. (2017), per poter diagnosticare il *Daydreaming Disorder* (o *Maladaptive Daydreaming*) dovrebbero essere soddisfatti i seguenti criteri:

- Criterio A: persistente e ricorrente attività fantastica per almeno sei mesi, associata ad un'intensa immersione nel *daydreaming* (che assume caratteristiche visive, uditive o affettive) e ad almeno un'altra caratteristica tra: l'incipit, il mantenimento o l'enfasi del *daydreaming* tramite la musica oppure i movimenti stereotipati, induzione del *daydreaming* spesso da stati di noia o stress, intensificazione della lunghezza e dell'intensità dei sogni ad occhi aperti quando si è soli, fastidio quando il sogno ad occhi aperti viene interrotto, predilezione del *daydreaming* rispetto ad altre attività sociali o significative, fallimento di numerosi tentativi di controllare o cessare l'attività fantastica.
- Criterio B: il disturbo causa un disagio clinicamente significativo o una compromissione della vita sociale, lavorativa o di altre importanti aree di funzionamento.
- Criterio C: il disturbo non è direttamente causato dall'effetto fisiologico di una sostanza (es. abuso di droga, farmaci) o da una condizione medica generale (es. demenza) e non è meglio spiegato dai disturbi dello spettro autistico, dal disturbo dell'attenzione e iperattività, dai disturbi dello spettro della schizofrenia, dal disturbo bipolare I, dal disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati, dal disturbo dissociativo dell'identità, dai disturbi da dipendenza da sostanze, disturbi organici e condizioni mediche.

Ad oggi, la comunità scientifica non ha ancora ritenuto necessario includere questa condizione patologica nel DSM-5, probabilmente a causa della mancanza di evidenze scientifiche sufficienti e della difficoltà nel definire una categoria diagnostica appropriata, data la somiglianza con altri disturbi. Isolare il fenomeno, complesso per la presenza di molteplici caratteristiche e spesso associato ad altri disturbi, rappresenta una sfida significativa (Somer 2017b).



Le criticità e le lacune nella diagnosi di MD sono numerose e significative (Somer et al., 2017). Nonostante l'adozione di una classificazione fenomenologica e descrittiva basata sull'evidenza empirica da parte dei principali manuali diagnostici psichiatrici, come il DSM-5 e la ICD-10<sup>3</sup>, il MD rimane un disturbo psicologico poco studiato e compreso (Somer et al., 2017). Le interviste approfondite con individui affetti da MD rivelano che i professionisti spesso non riconoscono il problema, fornendo diagnosi diverse come disturbo depressivo, disturbo d'ansia, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo da stress post-traumatico, disturbo borderline di personalità e disturbo dissociativo, insieme ai trattamenti corrispondenti, che risultano inefficaci per il MD (Somer et., al 2017).

#### 4.1 Strumenti di valutazione

La *Maladaptive Daydreaming Scale* (MDS-14) (Somer et al., 2016) è uno strumento psicometrico sviluppato per misurare il fenomeno del MD. Questa scala è stata introdotta da Somer et al. (2016) per colmare una lacuna nella diagnosi di questo potenziale disturbo clinico non ancora pienamente riconosciuto. La scala è stata validata attraverso uno studio internazionale che ha coinvolto partecipanti da 45 diversi paesi, tra cui Nord America, Europa, Asia, Africa e Sud America, suggerendo una buona rappresentatività internazionale (Somer et al., 2016). La scala si compone di 14 item i quali sono stati sviluppati a seguito di un'approfondita revisione delle descrizioni originali di individui che riportavano episodi di MD, utilizzando dati raccolti da studi vari (Bigelsen e Schupak 2011, Somer 2002). I dati raccolti hanno fornito informazioni dettagliate sul contenuto, l'estensione e il disagio associati al MD. Inoltre, sono stati esaminati diversi siti web dedicati al MD, come *Yahoo Health*<sup>4</sup>, *India Parenting*<sup>5</sup> e *Wild Minds Network*<sup>6</sup>, per identificare ulteriori comunanze tra coloro che auto-risportano di avere il MD. Sulla base di questa revisione estensiva, Somer e colleghi (2016), hanno identificato cinque dimensioni sintomatiche principali che distinguono il MD dal *daydreaming* adattivo. Sono stati quindi sviluppati un insieme di item di auto-

---

<sup>3</sup> World Health Organization. (1992) *International Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-10). <https://iris.who.int/handle/10665/42980>

<sup>4</sup> *Yahoo Health*: <https://www.yahoo.com/tagged/health.com>

<sup>5</sup> *India Parenting*: <https://www.indiaparenting.com>

<sup>6</sup> *Wild Minds Network*: <https://maladaptivedaydreamingcenter.org/communities/forums/>

valutazione per identificare queste dimensioni specifiche. I 14 item proposti nel questionario finale riguardano:

1. Contenuto/Qualità del MD (*Content/Quality*): 2 item
2. Compulsione/Controllo del MD (*MD Compulsion/Control*): 4 item
3. Disagio del MD (*MD Distress*): 3 item
4. Benefici Percepiti del *Daydreaming* (*Perceived Benefit of Daydreaming*): 2 item
5. Interferenza con il Funzionamento della Vita (*Interference with Life Functioning*): 3 item

I partecipanti dello studio di Somer e colleghi (2016) sono stati invitati a rispondere agli item utilizzando una scala di valutazione che varia dallo 0% al 100%, con incrementi del 10% (0% = Mai/Nessuno del tempo; 100% = Sempre/Quantità estrema).

Dalla ricerca è emerso che un punteggio di complessivo di 30 sulla scala MDS-14 è in grado di distinguere con una sensibilità e specificità superiore al 90% tra coloro che si auto-identificano come MDers e non-MDers. Tuttavia, per aumentare ulteriormente la sensibilità, è stato adottato un *cut-off* di 25, che ha portato a una sensibilità del 95% e una specificità dell'89%. I punteggi della scala sono stati associati a comportamenti e pensieri ossessivo-compulsivi, assorbimento dissociativo, deficit di attenzione durante il *daydreaming*, ma meno con i sintomi psicotici.

La MDS-14 è stata sviluppata con l'intento di fornire uno strumento affidabile e valido per valutare i sintomi correlati al MD in campioni più ampi di individui, facilitando così la ricerca scientifica e il riconoscimento clinico di questo fenomeno (Somer et al., 2016). Tuttavia, lo strumento di Somer e colleghi presenta alcuni limiti da tenere in considerazione. In primo luogo, il campione, sebbene ampio, internazionale e diversificato (con partecipanti provenienti da tutti i continenti eccetto l'Antartide), è stato principalmente reclutato tramite comunità online dedicate al MD (Somer et al., 2016). Questo implica che i rispondenti sono stati auto-identificati tra coloro in cerca di supporto per il disagio associato alla loro condizione (Somer et al., 2016). In secondo luogo, il campione finale era composto in gran parte da donne. Inoltre, le differenze tra i continenti sono difficili da interpretare poiché la consapevolezza e l'accesso ai forum

online possono variare tra i paesi (Somer et al., 2016). Queste differenze non compromettono l'affidabilità e la validità della MDS, ma indicano la necessità di future ricerche con campioni basati sulla popolazione in diversi paesi utilizzando metodi di campionamento identici (Somer et al., 2016).

#### **4.1.1 MDS-16 in Italia**

La validazione della scala MDS-14 è stata effettuata anche in Italia, con alcune variazioni rispetto alla versione originale (Schimmenti et al., 2020). La ricerca è stata condotta in Italia per verificare l'efficacia del test su un campione diverso da quello originario. La MDS-16, una misura di autovalutazione composta da 16 item per valutare il MD (vedi **Appendice**), è stata somministrata a 468 individui (333 volontari, 56,8% donne; 135 MDers auto-diagnosticati, 78% donne) di età compresa tra 18 e 56 anni. I punteggi della MDS-16 hanno mostrato una buona affidabilità interna e l'associazione tra MD e psicopatologia globale, esperienze traumatiche, caratteristiche di personalità maladattive, alessitimia<sup>7</sup>, dissociazione, sentimenti di vergogna e stili di attaccamento ansioso. Inoltre, i punteggi hanno un *cut-off* di 51, il quale discrimina meglio tra i casi e i non casi di MD auto-diagnosticato (Schimmenti et al., 2020). Questi risultati suggeriscono che la scala è uno strumento adatto per valutare il MD nei campioni italiani, confermando la sua affidabilità e validità anche in un contesto diverso da quello in cui è stata originariamente sviluppata (Schimmenti et al., 2020).

#### **4.2 Structured Clinical Interview for Maladaptive Daydreaming (SCIMD)**

La diagnosi affidabile del MD richiede criteri diagnostici chiari e validi, come quelli proposti dalla *Structured Clinical Interview for Maladaptive Daydreaming* (SCIMD), sebbene essi necessitino di ulteriori validazioni attraverso studi indipendenti e metodologicamente diversi (Somer et al., 2017). Nello specifico First et al. (2016) hanno adattato i criteri diagnostici proposti per il MD in un formato di intervista strutturata denominato SCIMD (vedi **Appendice**). La SCIMD consiste in un

---

<sup>7</sup> Alessitimia: è un termine psicologico che descrive una difficoltà nell'identificare, esprimere e comprendere le proprie emozioni e quelle degli altri.

questionario con dieci domande (e successive domande di follow-up) per i criteri di inclusione e una domanda per un criterio di esclusione (e le sue domande di follow-up). La diagnosi di MD viene fatta se i partecipanti rispondono in modo affermativo alle domande riguardanti due o più dei criteri di inclusione (A1, almeno uno tra A2–A8, e B) e il criterio di esclusione (C “non dovuto agli effetti fisiologici diretti di una sostanza o di una condizione medica generale”). Le risposte sono valutate principalmente in base alle risposte fornite dal paziente alle domande della SCIMD e alle domande di chiarimento. Successivamente, è il clinico che determina il punteggio finale delle risposte per le sezioni B e C (Somer et al., 2016). Questo approccio permette una valutazione sia categoriale che dimensionale del MD, in linea con il DSM-5. L'intervista è stata sviluppata e raffinata da un gruppo di esperti, compresi clinici con esperienza nella diagnosi di disturbi dissociativi, per garantire la massima aderenza ai criteri originali minimizzando l'uso di termini tecnici complessi. Questo strumento rappresenta un importante avanzamento nella diagnosi e nella comprensione del MD (Somer et al., 2017). L'approccio adottato non solo garantisce una valutazione accurata ma consente anche una comprensione approfondita delle sfumature del MD (Somer et al., 2017).

## CAPITOLO 5

### 5.1 Ipotesi di trattamento

La terapia cognitivo-comportamentale (CBT) e la *mindfulness* sono stati suggeriti come metodi efficaci per aiutare gli individui a ridurre la frequenza del MD e a migliorare la capacità dei MDers di stabilire e mantenere relazioni significative (Shanbhag e Pothiyil, 2024). Questi approcci possono incoraggiare gli individui a esplorare e affrontare le cause sottostanti del loro MD, promuovendo strategie di coping più adattive e un maggiore coinvolgimento nel mondo reale (2024).

#### 5.1.1 Terapia cognitivo-comportamentale (CBT)

La terapia cognitivo-comportamentale (CBT) è un approccio terapeutico basato sull'evidenza scientifica che mira a modificare pensieri, emozioni e comportamenti disfunzionali attraverso una serie di tecniche strutturate (Nakao et al., 2021). Originariamente sviluppata per trattare la depressione e l'ansia, la CBT si è dimostrata efficace per una vasta gamma di disturbi psicologici e comportamentali, tra cui il MD (Somer, 2018).

La CBT si focalizza sul presente e sui problemi attuali, aiutando i pazienti a identificare e cambiare i modelli di pensiero negativi e i comportamenti malsani che contribuiscono ai loro disturbi. Questo approccio terapeutico è altamente collaborativo: terapeuta e paziente lavorano insieme per sviluppare strategie pratiche e raggiungere obiettivi specifici (Nakao et al., 2021). Un esempio di successo dell'applicazione della CBT nel trattamento della MD è il caso di Ben, uno studente universitario israeliano che ha partecipato a uno studio pilota condotto dal Dott. Somer (2018). A seguito di un trattamento CBT, questo paziente ha riscontrato una significativa riduzione del tempo dedicato al *daydreaming* e un miglioramento nella qualità della sua vita sociale e accademica.

### 5.1.2 *Mindfulness*

Uno studio pionieristico condotto da Herscu et al. (2023) ha valutato l'efficacia di un programma di auto-aiuto *online* che integra la *mindfulness* e l'auto-monitoraggio. Questo studio ha coinvolto 557 partecipanti, suddivisi in tre gruppi:

1. Un gruppo di intervento completo che riceveva educazione psicologica volta al miglioramento della motivazione, servendosi della meditazione *mindfulness* e l'auto-monitoraggio
2. Un gruppo di intervento parziale senza auto-monitoraggio
3. Un gruppo di controllo in lista d'attesa per ricevere l'intervento.

I risultati hanno mostrato miglioramenti significativi nei sintomi di MD, nella frequenza delle fantasie e nel funzionamento quotidiano nei gruppi di intervento rispetto al gruppo di controllo. In particolare, la combinazione di *mindfulness* e auto-monitoraggio si è rivelata più efficace alla sola *mindfulness* nel breve termine, mentre entrambi gli approcci sono risultati efficaci nel lungo termine. Questi risultati suggeriscono che interventi brevi e *online* possono facilitare il recupero o migliorare significativamente la condizione di molti individui con MD, offrendo un'opzione di trattamento accessibile e potenzialmente molto efficace (Herscu et al., 2023).

L'importanza della *mindfulness* nel trattamento del MD è ulteriormente supportata da studi che dimostrano come questa pratica possa migliorare i processi cognitivi e il benessere psicologico, riducendo al contempo il MD (Giannandrea et al., 2019; Takahashi et al., 2020). La *mindfulness*, sebbene originariamente sviluppata come una pratica meditativa, è stata integrata con successo in vari approcci terapeutici, inclusi quelli basati sulla terapia cognitivo-comportamentale (CBT), per migliorare la consapevolezza e la regolazione emotiva (Kabat-Zinn, 2013; Segal et al., 2002). Inoltre, l'auto-monitoraggio, si è rivelato un elemento chiave per la riduzione dei comportamenti indesiderati (Abrams e Wilson, 1979; van Oppen e Arntz, 1994). L'auto-monitoraggio aiuta gli individui a diventare più consapevoli dei loro pensieri e comportamenti, facilitando così il processo di cambiamento (Kazantzis et al., 2005). La combinazione di *mindfulness* e auto-monitoraggio in una modalità auto-aiuto *online* rappresenta una promettente direzione per future ricerche e pratiche cliniche (Somer et al., 2016b).

Inoltre, la disponibilità di interventi *online* può superare le barriere geografiche e di accessibilità, rendendo possibile il trattamento per un numero maggiore di individui affetti da MD (Andersson et al., 2014).

### **5.1.3 Supporto psicosociale e interventi preventivi proposti dal *Maladaptive Daydreaming Italia***

Il progetto *Maladaptive Daydreaming Italia*, insieme alla collaborazione di numerosi esperti e ricercatori ha proposto una serie di consigli su come aiutare gli utenti ad alleviare la dipendenza dalle loro fantasie. Questi interventi sono mirati a ridurre l'impatto negativo dei sogni ad occhi aperti sulla vita quotidiana e a promuovere uno stile di vita più equilibrato e soddisfacente. Di questi fanno parte:

- **Consapevolezza ed educazione:** molti individui non sono consapevoli che il loro sognare ad occhi aperti è eccessivo e dannoso. Educarsi su cosa sia il MD, sui suoi sintomi e sui suoi effetti, è essenziale per iniziare un percorso di recupero. Informare anche la famiglia e gli amici può creare un ambiente di supporto e comprensione.
- **Supporto Psicosociale:** le reti di supporto, sia virtuali che reali, giocano un ruolo cruciale nel percorso di guarigione. Partecipare a gruppi di supporto, come quelli disponibili *online*, permette agli individui di condividere esperienze, strategie e di sentirsi meno soli nella loro lotta. Il confronto con altri che soffrono di MD può fornire nuove prospettive e strategie di coping efficaci.
- ***Mindfulness* e Meditazione:** le pratiche di *mindfulness* e meditazione sono strumenti che aiutano le persone a rimanere ancorate al presente. La *mindfulness*, in particolare, aiuta a sviluppare una maggiore consapevolezza dei propri pensieri e comportamenti, riducendo così la frequenza e l'intensità dei sogni ad occhi aperti. Altre forme di meditazione, come lo yoga o la camminata nella natura, possono anch'esse essere benefiche, aiutando a ristabilire un contatto più profondo con se stessi e l'ambiente circostante.
- **Psicoterapia e *Counselling*:** la psicoterapia, condotta da professionisti qualificati, è un altro pilastro fondamentale per affrontare il MD. Sebbene non tutti gli

psicoterapeuti siano ancora familiari con questo disturbo, molti possono aiutare a trattare le condizioni sottostanti, come l'ansia e la depressione, che spesso accompagnano il MD. Il *counselling* può essere utilizzato per sviluppare strategie pratiche e affrontare le sfide quotidiane.

- **Prevenzione e gestione degli inneschi:** identificare e gestire gli inneschi che scatenano il sognare ad occhi aperti è cruciale. Questi possono variare da persona a persona e includere elementi come musica, media o determinate abitudini. Evitare o limitare l'esposizione a questi inneschi può ridurre significativamente la frequenza dei sogni ad occhi aperti.
- **Attività sociali e pianificazione:** rimanere attivi e impegnati nella vita reale è essenziale. Pianificare le giornate, mantenere una lista di compiti e impegni sociali, e partecipare a attività di volontariato o gruppi di interesse può aiutare a costruire una vita reale più gratificante e ridurre la tentazione di rifugiarsi nei sogni.

Questi interventi psicosociali e preventivi, se combinati, possono offrire un supporto significativo a chi soffre di MD, aiutandoli a trovare un equilibrio tra la realtà e le loro fantasie.



## CONCLUSIONI

Questa tesi ha approfondito il fenomeno del *daydreaming*, concentrandosi nello specifico sulla sua forma maladattiva (*Maladaptive Daydreaming, MD*). Il MD si distingue dal *daydreaming* adattivo per la sua natura disfunzionale e per i significativi impatti negativi sulla vita quotidiana e sulla salute mentale. È stato evidenziato il ruolo dei movimenti stereotipati, così come le comorbidità con altri disturbi psicologici quali il DID, DSPT, DOC e ADHD. Le ipotesi eziologiche analizzate hanno sottolineato l'importanza di fattori emotivi, neurobiologici e sociali nella manifestazione del MD. Le scoperte fatte finora si dirigono verso la classificazione e il riconoscimento di questo fenomeno come disturbo. È necessario che la ricerca sul MD si estenda anche in altri paesi per sviluppare delle linee guida per il trattamento di questa condizione che secondo la ricerca di Soffer-Dudek e Theodor-Katz (2022a) sta compromettendo la vita del 2,5% della popolazione mondiale.

Essendo il MD una condizione non ampiamente riconosciuta, le sfide diagnostiche e terapeutiche del MD richiedono un'attenzione particolare per garantire diagnosi accurate e trattamenti efficaci: le strategie terapeutiche, come la terapia cognitivo-comportamentale e la *mindfulness*, si sono dimostrate promettenti nel trattamento di questa condizione.

In conclusione, una comprensione approfondita del *daydreaming* e del MD è cruciale per sviluppare interventi terapeutici efficaci e offrire supporto adeguato a chi ne soffre. Questa tesi contribuisce a tale comprensione, auspicando che future ricerche e applicazioni cliniche possano migliorare la qualità della vita delle persone affette da MD.

## BIBLIOGRAFIA

Abrams, D. B., & Wilson, G. T. (1979). Self-monitoring and reactivity in the modification of cigarette smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 243.

American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5 Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition*, American Psychiatric Publishing, Washington, DC. Trad. it., *DSM-5: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* Milano, Raffaello Cortina Editore.

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.)*. Washington DC: American Psychiatric Association Publishing.

Andersson, G., & Titov, N. (2014). Advantages and limitations of Internet-based interventions for common mental disorders. *World Psychiatry*, 13(1), 4-11.

Antrobus, J. S., Coleman, R., & Singer, J. L. (1967). Signal-detection performance by subjects differing in predisposition to daydreaming. *Journal of consulting psychology*, 31(5), 487.

Anwar, M., Aqeel, M., & Shuja, K. H. (2018). Linking Social Support, Social Anxiety and Maladaptive Daydreaming. *Foundation University Journal of Psychology*, 2(2), 140.

Bariola, E., Gullone, E., & Hughes, E. K. (2011). Child and adolescent emotion regulation: The role of parental emotion regulation and expression. *Clinical child and family psychology review*, 14, 198-212.

Begum, A., & Khan, M. J. (2024). Childhood Emotional Maltreatment and Maladaptive Daydreaming Among Adolescents: Mediating Role of Emotional Processing. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 39(1), 123-137.

Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale.

- Bigelsen, J., e Schupak, C. (2011). Compulsive fantasy: Proposed evidence of an under-reported syndrome through a systematic study of 90 self-identified non-normative fantasizers. *Consciousness and cognition*, 20(4), 1634-1648.
- Bigelsen, J., Lehrfeld, J. M., Jopp, D. S., & Somer, E. (2016). Maladaptive daydreaming: Evidence for an under-researched mental health disorder. *Consciousness and cognition*, 42, 254-266.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Breuer J, Freud S (1892-1895). Studies on Hysteria. In The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (vol. II). Hogarth, London. Tr. it. Studi sull'isteria. In Opere 1886-1895: Studi sull'isteria e altri scritti (vol. 1), pp. 163-439. Boringhieri, Torino 1967.
- Bromberg, P. M. (2009). Multiple self-states, the relational mind, and dissociation: A psychoanalytic perspective.
- Broyd, S. J., Demanuele, C., Debener, S., Helps, S. K., James, C. J., & Sonuga-Barke, E. J. (2009). Default-mode brain dysfunction in mental disorders: a systematic review. *Neuroscience & biobehavioral reviews*, 33(3), 279-296.
- Chefetz, R. A., Soffer-Dudek, N., & Somer, E. (2023). When daydreaming becomes maladaptive: phenomenological and psychoanalytic perspectives. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 1-20.
- Chirico, I., Volpato, E., Landi, G., Bassi, G., Mancinelli, E., Gagliardini, G., ... & Musetti, A. (2022). Maladaptive daydreaming and its relationship with psychopathological symptoms, emotion regulation, and problematic social networking sites use: A network analysis approach. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-17.
- Costanzo, A., Santoro, G., Russo, S., Cassarà, M. S., Midolo, L. R., Billieux, J., & Schimmenti, A. (2021). Attached to virtual dreams: The mediating role of maladaptive daydreaming in the relationship between attachment styles and problematic social media use. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 209(9), 656-664.

- Cuper, P. F., & Lynch, T. R. (2009). When is fantasy proneness associated with distress? An examination of two models. *Imagination, Cognition and Personality*, 28(3), 251-268.
- Dorsch, F. (2015). Focused daydreaming and mind-wandering. *Review of Philosophy and Psychology*, 6(4), 791–813. <https://doi.org/10.1007/s13164-014-0221-4>
- Fox, K. C., Nijeboer, S., Solomonova, E., Domhoff, G. W., & Christoff, K. (2013). Dreaming as mind wandering: evidence from functional neuroimaging and first-person content reports. *Frontiers in human neuroscience*, 7, 412.
- Freud, S. (1908). 1959. Creative writers and day-dreaming. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, 9, 141-54.
- Freud, S. (1909). Five lectures on psycho-analysis. Se, 11.
- Freud, S., & Breuer, J. (1895). Studies on hysteria. se, 2. London: Hogarth, 255-305.
- Giambra, L. M., & Traynor, T. D. (1978). Depression and daydreaming: An analysis based on self-ratings. *Journal of Clinical Psychology*, 34(1), 14-25.
- Giannandrea, A., Simione, L., Pescatori, B., Ferrell, K., Olivetti Belardinelli, M., Hickman, S. D., & Raffone, A. (2019). Effects of the mindfulness-based stress reduction program on mind wandering and dispositional mindfulness facets. *Mindfulness*, 10, 185-195.
- Greene, T., West, M., & Somer, E. (2020). Maladaptive daydreaming and emotional regulation difficulties: A network analysis. *Psychiatry research*, 285, 112799.
- Greenwald, D. F., & Harder, D. W. (1995). Sustaining fantasies, daydreams, and psychopathology. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 719-726.
- Greenwald, D. F., & Harder, D. W. (1997). Fantasies, coping behavior, and psychopathology. *Journal of Clinical Psychology*, 53(2), 91-97.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348.

- Härkönen, J., Bernardi, F., & Boertien, D. (2017). Family dynamics and child outcomes: An overview of research and open questions. *European Journal of Population*, 33, 163-184.
- Hedderly, T., Eccles, C., Malik, O., Abdulsatar, F., Mitchell, C., Owen, T., ... & Somer, E. (2024). Intense Imagery Movements May Lead to Maladaptive Daydreaming: A Case Series and Literature Review. *Movement Disorders Clinical Practice*.
- Herscu, O., Somer, E., Federman, A., & Soffer-Dudek, N. (2023). Mindfulness meditation and self-monitoring reduced maladaptive daydreaming symptoms: A randomized controlled trial of a brief self-guided web-based program. *Journal of consulting and clinical psychology*, 91(5), 285.
- Hinshelwood RD, Robinson S, Zarate O (2006). *Introducing Melanie Klein*. Icon Books, Thriplow
- Huba, G. J., & Tanaka, J. S. (1983). Confirmatory evidence for three daydreaming factors in the Short Imaginal Processes Inventory. *Imagination, Cognition and Personality*, 3(2), 139-147.
- Huba, G. J., Aneshensel, C. S., & Singer, J. L. (1981). Development of scales for three second-order factors of inner experience. *Multivariate Behavioral Research*, 16(2), 181-206.
- Irving, Z. C. (2016). Mind-wandering is unguided attention: Accounting for the “purposeful” wanderer. *Philosophical Studies*, 173, 547-571.
- Irving, Z. C., & Thompson, E. (2018). The philosophy of mind-wandering. *The Oxford handbook of spontaneous thought*, 87-96.
- Isham, L., Loe, B. S., Hicks, A., Wilson, N., Bentall, R. P., e Freeman, D. (2024). Daydreaming and grandiose delusions: development of the Qualities of Daydreaming Scale. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 1-15.
- Janet P (1909). *Les névroses*. Ernest Flammarion, Paris.

- Janet, P. (1903). *Les obsessions et la psychasthénie* (2 vol.). Paris: Félix Alcan. Reprint: Hafner, New York, 1976. Janet P.(1904): L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion. *Journal de Psychologie*, 1, 417-453.
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Arriving at your own door: 108 lessons in mindfulness*. Hachette UK.
- Kazantzis, N., Deane, F. P., Ronan, K. R., & L'Abate, L. (2005). *Using homework assignments in cognitive behavior therapy*. Routledge.
- Killingsworth, M. A., & Gilbert, D. T. (2010). A wandering mind is an unhappy mind. *Science*, 330(6006), 932-932.
- Lawson, E., & Thompson, E. (2024). Daydreaming as spontaneous immersive imagination: A phenomenological analysis. *Philosophy and the Mind Sciences*, 5. <https://doi.org/10.33735/phimisci.2024.9913>
- Liu, D. Y., Gilbert, K. E., & Thompson, R. J. (2020). Emotion differentiation moderates the effects of rumination on depression: A longitudinal study. *Emotion*, 20(7), 1234.
- Marchetti, I., Koster, E. H., Klinger, E., & Alloy, L. B. (2016). Spontaneous thought and vulnerability to mood disorders: The dark side of the wandering mind. *Clinical psychological science*, 4(5), 835-857.
- McMillan, R. L., Kaufman, S. B., e Singer, J. L. (2013). Ode to positive constructive daydreaming. *Frontiers in psychology*, 4, 626.
- Milton, F., Fulford, J., Dance, C., Gaddum, J., Heuerman-Williamson, B., Jones, K., ... & Zeman, A. (2021). Behavioral and neural signatures of visual imagery vividness extremes: Aphantasia versus hyperphantasia. *Cerebral cortex communications*, 2(2), tgab035.
- Mooneyham, B. W., & Schooler, J. W. (2013). The costs and benefits of mind-wandering: a review. *Canadian Journal of Experimental Psychology/Revue canadienne de psychologie expérimentale*, 67(1), 11.

- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., & Robinson, L. R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social development*, 16(2), 361-388.
- Musetti, A., Franceschini, C., Pingani, L., Freda, M. F., Saita, E., Vegni, E., ... & Schimmenti, A. (2021). Maladaptive daydreaming in an adult Italian population during the COVID-19 lockdown. *Frontiers in psychology*, 12, 631979.
- Nakao, M., Shirotaki, K., & Sugaya, N. (2021). Cognitive-behavioral therapy for management of mental health and stress-related disorders: Recent advances in techniques and technologies. *BioPsychoSocial medicine*, 15(1), 16.
- Newby-Clark, I. R., & Thavendran, K. (2018). To daydream is to imagine events: Conceptual, empirical, and theoretical considerations. *Theory and Psychology*, 28(2), 261–268. <https://doi.org/10.1177/0959354317752270>
- Pietkiewicz, I. J., Nęcki, S., Bańbura, A., & Tomalski, R. (2018). Maladaptive daydreaming as a new form of behavioral addiction. *Journal of behavioral addictions*, 7(3), 838-843.
- Poerio, G. L., & Smallwood, J. (2016). Daydreaming to navigate the social world: What we know, what we don't know, and why it matters. *Social and Personality Psychology Compass*, 10(11), 605-618.
- Practice, 4, 176-189. 10.1037/cns0000114. Somer, E., & Herscu, O. (2017c). Childhood Trauma, Social Anxiety, Absorption and Fantasy Dependence: Two Potential Mediated Pathways to Maladaptive Daydreaming. *J Addict Behav Ther Rehabil* 6: 3. of, 5, 2. <https://doi.org/10.4172/2324-9005.1000170>
- Pyszkowska, A., Celban, J., Nowacki, A., & Dubiel, I. (2023). Maladaptive daydreaming, emotional dysregulation, affect and internalized stigma in persons with borderline personality disorder and depression disorder: A network analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 30(6), 1246-1255.
- Richard A. Chefetz, Nirit Soffer-Dudek & Eli Somer (2023) When daydreaming becomes maladaptive: phenomenological and psychoanalytic perspectives, *Psychoanalytic Psychotherapy*, 37:4, 319-338, DOI: 10.1080/02668734.2023.2246058

- Ross, C. A., Norton, G. R., & Anderson, G. (1988). The Dissociative Experiences Scale: A replication study. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*.
- Salomon-Small, G., Somer, E., Harel-Schwarzmann, M., & Soffer-Dudek, N. (2021). Maladaptive daydreaming and obsessive-compulsive symptoms: A confirmatory and exploratory investigation of shared mechanisms. *Journal of psychiatric research*, 136, 343-350.
- Sanders, B. (1992). The imaginary companions experience in multiple personality disorder. *Dissociation*, 5(3), 160–163.
- Sándor, A., Bugán, A., Nagy, A., Bogdán, L. S., & Molnár, J. (2021). Attachment characteristics and emotion regulation difficulties among maladaptive and normal daydreamers. *Current Psychology*, 1-18.
- Schimmenti, A., Sideli, L., La Marca, L., Gori, A., & Terrone, G. (2019). Reliability, validity, and factor structure of the maladaptive daydreaming scale (MDS–16) in an Italian sample. *Journal of Personality Assessment*.
- Schooler, J. W., Smallwood, J., Christoff, K., Handy, T. C., Reichle, E. D., & Sayette, M. A. (2011). Meta-awareness, perceptual decoupling and the wandering mind. *Trends in cognitive sciences*, 15(7), 319-326.
- Segal, B., Huba, G. J., & Singer, J. L. (2018). *Drugs, daydreaming, and personality: A study of college youth*. Routledge.
- Segal, Z. V., Williams, J. M.G., & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Guilford Press.
- Shanbhag, T., & Pothiyil, D. I. (2024). A Cognitive Approach to Maladaptive Daydreaming: A Case Report. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 02537176241236898.
- SHIOTA, S., OURA, S. I., & MATSUMOTO, M. (2024). Maladaptive fantasy predicts negatively distorted self and other mental representation: A consideration of child abuse from psycho/neuro/biological perspectives. *Environment and Social Psychology*, 9(7).



Singer, H. S. (2011). Stereotypic movement disorders. *Handbook of clinical neurology*, 100, 631-639.

Singer, J. L. (1966). *Daydreaming: An introduction to the experimental study of inner experience*.

Singer, J. L. (1974). Daydreaming and the Stream of Thought: daydreams have usually been associated with idleness and inattentiveness. Now, however, through an empirical research program, their general function and adaptive possibilities are being elucidated. *American Scientist*, 62(4), 417-425.

Singer, J. L. (1975). Navigating the stream of consciousness: research in daydreaming and related inner experience. *American Psychologist*, 30(7), 727.

Singer, J. L., & Antrobus, J. S. (1963). A factor-analytic study of daydreaming and conceptually-related cognitive and personality variables. *Perceptual and motor skills*, 17(1), 187-209.

Singer, J. L., & Antrobus, J. S. (1970). *Imaginal processes inventory*. ETS m 1977.

Soffer-Dudek, N., & Somer, E. (2018). Trapped in a daydream: Daily elevations in maladaptive daydreaming are associated with daily psychopathological symptoms. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 377254.

Soffer-Dudek, N., & Somer, E. (2022). Maladaptive daydreaming is a dissociative disorder: Supporting evidence and theory. In *Dissociation and the dissociative disorders* (pp. 547-563). Routledge.

Soffer-Dudek, N., & Theodor-Katz, N. (2022a). Maladaptive daydreaming: Epidemiological data on a newly identified syndrome. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 871041.

Somer, E. (2002). Maladaptive daydreaming: A qualitative inquiry. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 32, 197-212.

Somer, E. (2018). Maladaptive daydreaming: Ontological analysis, treatment rationale; a pilot case report. *Frontiers in the Psychotherapy of Trauma and Dissociation*, 1(2), 1-22.

- Somer, E. (2019). On dissociative identity disorder and maladaptive daydreaming. *Frontiers in the Psychotherapy of Trauma and Dissociation*, 3(1), 14-18.
- Somer, E. (2023). Body Movements During Maladaptive Daydreaming: A Thematic Analysis of Asynchronous Email Interviews. *Journal of Anomalous Experience and Cognition*, 3(2), 267-299.
- Somer, E., & Herscu, O. (2017c). Childhood trauma, social anxiety, absorption and fantasy dependence: Two potential mediated pathways to maladaptive daydreaming. *J Addict Behav Ther Rehabil*, 5, 2-5.
- Somer, E., Abu-Raya, H. M., & Nsairy Simaan, Z. (2019). Maladaptive daydreaming among recovering substance use disorder patients: Prevalence and mediation of the relationship between childhood trauma and dissociation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 17, 206-216.
- Somer, E., Abu-Rayya, H. M., & Brenner, R. (2021). Childhood trauma and maladaptive daydreaming: Fantasy functions and themes in a multi-country sample. *Journal of Trauma & Dissociation*, 22(3), 288-303.
- Somer, E., Dolgin, M., & Saadon, M. (2001). Validation of the Hebrew version of the Dissociative Experiences Scale (H-DES) in Israel. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2(2), 53-65.
- Somer, E., Lehrfeld, J. M., Bigelsen, J., & Jopp, D. S. (2016b). Development and validation of the Maladaptive Daydreaming Scale (MDS). *Consciousness and Cognition*, 39, 77–91. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2015.12.001>
- Somer, E., Soffer-Dudek, N., & Ross, C. J. D. (2017a). The Comorbidity of Daydreaming Disorder (Maladaptive Daydreaming). *Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(7), 525–530. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000000685>
- Somer, E., Somer, L., & Jopp, D. S. (2016). Parallel lives: A phenomenological study of the lived experience of maladaptive daydreaming. *Journal of Trauma & Dissociation*, 17(5), 561-576.

Somer, E., Somer, L., & Jopp, D. S. (2016a). Childhood Antecedents and Maintaining Factors in Maladaptive Daydreaming. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(6), 471–478. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000000507>

Somer, Eli & Soffer-Dudek, Nirit & Ross, Colin & Halpern, Naomi. (2017b). Maladaptive daydreaming: Proposed diagnostic criteria and their assessment with a structured clinical interview. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and*

Starker, S., & Singer, J. L. (1975). Daydreaming and symptom patterns of psychiatric patients: A factor analytic study. *Journal of Abnormal Psychology*, 84(5), 567.

Takahashi, T., Kikai, T., Sugiyama, F., Kawashima, I., Kuroda, A., Usui, K., ... & Kumano, H. (2020). Changes in mind-wandering and cognitive fusion through mindfulness group therapy for depression and anxiety. *Journal of Cognitive Psychotherapy*.

Theodor-Katz, N., Somer, E., Hesseg, R. M., & Soffer-Dudek, N. (2022). Could immersive daydreaming underlie a deficit in attention? The prevalence and characteristics of maladaptive daydreaming in individuals with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 78(11), 2309-2328.

Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the society for research in child development*, 25-52.

Thomson, P., & Jaque, V. (2023). Maladaptive Daydreaming, Overexcitability, and Emotion Regulation. *Roeper Review*, 45(3), 195-205.

Van IJzendoorn, M. H., & Schuengel, C. (1996). The measurement of dissociation in normal and clinical populations: Meta-analytic validation of the Dissociative Experiences Scale (DES). *Clinical psychology review*, 16(5), 365-382.

Van Oppen, P., & Arntz, A. (1994). Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*, 32(1), 79-87.

Wen, H., Soffer-Dudek, N., & Somer, E. (2022). Daily feelings and the affective valence of daydreams in maladaptive daydreaming: A longitudinal analysis. *Psychology of consciousness: Theory, research, and practice*.

West, M. J., & Somer, E. (2020). Empathy, emotion regulation, and creativity in immersive and maladaptive daydreaming. *Imagination, Cognition and Personality*, 39(4), 358-373.

Wilson, S. C., & Barber, T. X. (1981). Vivid fantasy and hallucinatory abilities in the life histories of excellent hypnotic subjects (“somnambules”): Preliminary report with female subjects. In *Concepts, results, and applications* (pp. 133-149). Boston, MA: Springer US.

Wilson, S. C., & Barber, T. X. (1982). The fantasy-prone personality: Implications for understanding imagery, hypnosis, and parapsychological phenomena. *Psi Research*.

Wilson, S. C., & Barber, T. X. (1983). *Inventory of childhood memories and imaginings*. Framingham, MA: Cushing Hospital.

WINNICOTT, D. W. (1971). *Playing and Reality*, tr. it. *Gioco e realtà*, 175.

World Health Organization. (1992) *International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)*. <https://iris.who.int/handle/10665/42980>

World Health Organization. (2019) *International Classification of Diseases 11th*. <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>

Young, W. C. (1988). Observations on fantasy in the formation of multiple personality disorder. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*.

## **Sitografia**

Consorzio internazionale per la ricerca sul daydreaming: <https://daydreamresearch.wixsite.com/md-research/members>

India Parenting: <https://www.indiaparenting.com>

Maladaptive Daydreaming Italia: <https://www.maladaptivedaydreamingitalia.com/>

Wild Minds Network: <https://maladaptivedaydreamingcenter.org/communities/forums/>

Yahoo Health: <https://www.yahoo.com/tagged/health.com>

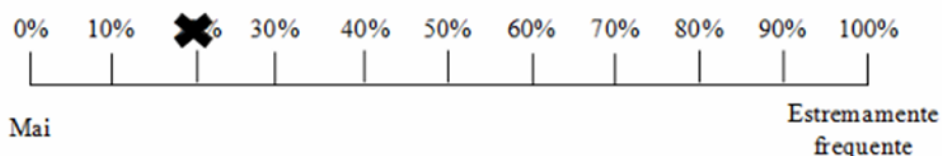
## APPENDICE

### MDS-16

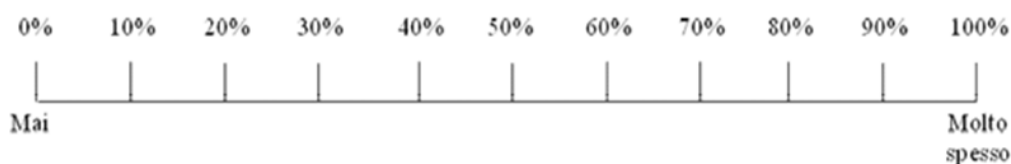
di Eli Somer, Jayne Bigelsen, Jonathan Lehrfeld & Daniela Jopp  
(trad. it. a cura di Adriano Schimmenti e Grazia Terrone)

Nel rispondere alle seguenti domande, fai riferimento a quando hai sognato a occhi aperti nell'ultimo mese, a meno che non sia indicato diversamente. Scegli l'opzione che si adatta meglio alla tua esperienza.

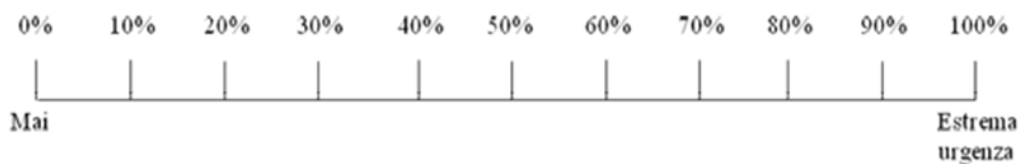
Per esempio: Alcune persone sono così prese dal loro sognare ad occhi aperti che dimenticano dove sono. Quanto spesso dimentichi dove ti trovi quando sogni a occhi aperti? In questo esempio è stato scelto il 20%



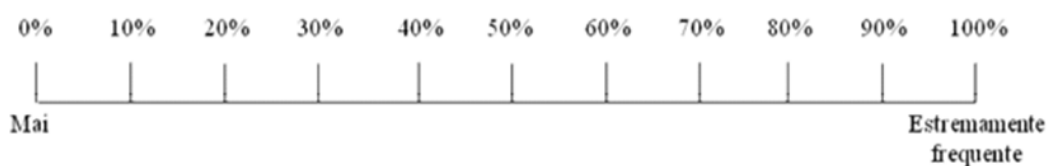
1) Alcune persone notano che una musica particolare può dare il via ai loro sogni a occhi aperti. In che misura la musica può attivare il tuo sognare a occhi aperti?



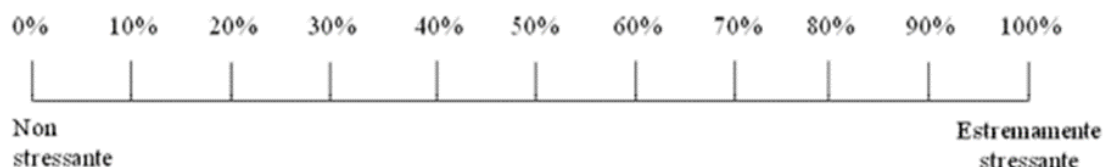
2) Alcune persone sentono il bisogno di continuare un sogno a occhi aperti che è iniziato, ma è stato interrotto dopo da un avvenimento del mondo reale. Quando un evento del mondo reale ha interrotto uno dei tuoi sogni a occhi aperti, quanto forte è stata la tua urgenza o il tuo bisogno di tornare a quel sogno il più presto possibile?



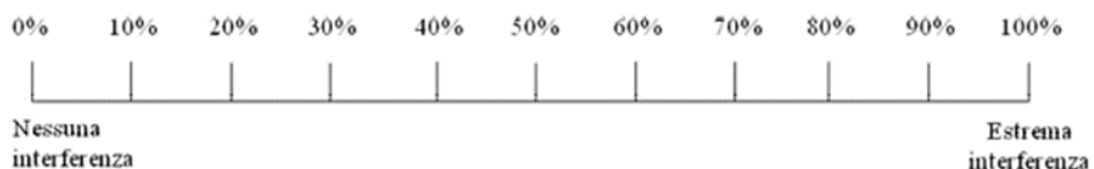
3) Quanto spesso i sogni a occhi aperti che fai sono accompagnati da espressioni vocali o facciali (riso, parole o farfugliamento)?



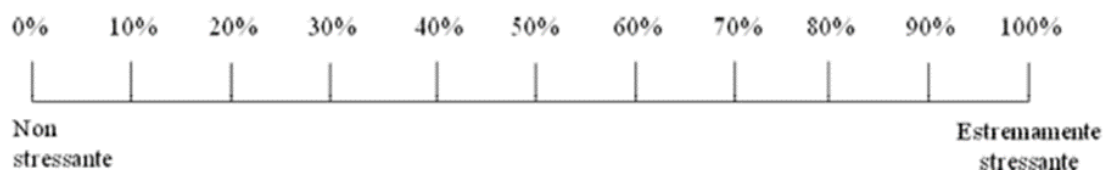
4) Se attraversi un periodo di tempo in cui, a causa di impegni nel mondo reale, non riesci a sognare a occhi aperti per come lo fai di solito, quanto ti senti stressato dall'impossibilità di trovare tempo per sognare a occhi aperti?



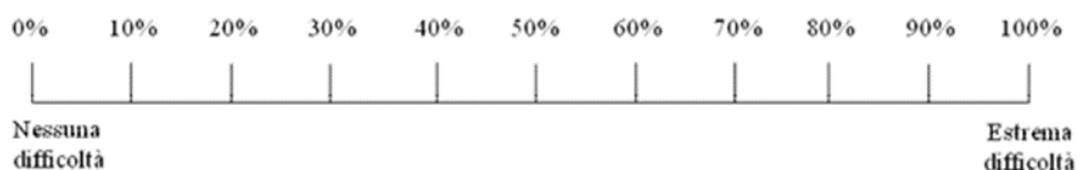
5) Ad alcune persone capita che i loro sogni a occhi aperti interferiscano con la loro capacità di svolgere gli impegni o le loro faccende quotidiane. Quanto il tuo sognare a occhi aperti interferisce con la tua capacità di assolvere ai tuoi impegni principali?



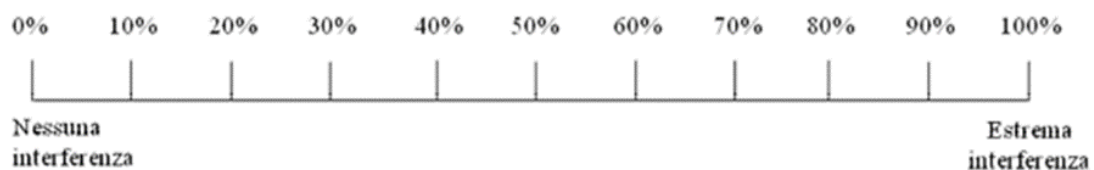
6) Alcune persone si sentono stressate o preoccupate per il tempo che trascorrono sognando a occhi aperti. Quanto ti senti stressato per il tempo che impieghi sognando a occhi aperti?



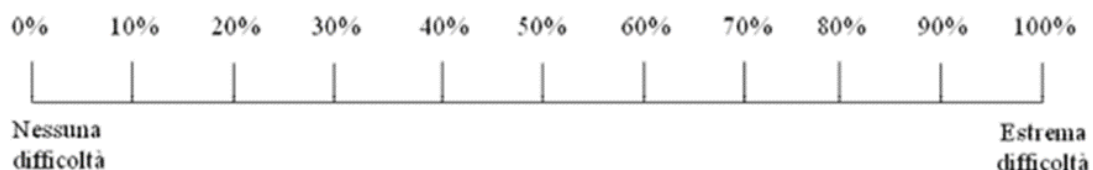
7) Quando sai che avevi qualcosa di importante o difficile a cui dovevi prestare attenzione o che dovevi finire di fare, quanto è stato difficile per te continuare l'attività e raggiungere l'obiettivo senza sognare a occhi aperti?



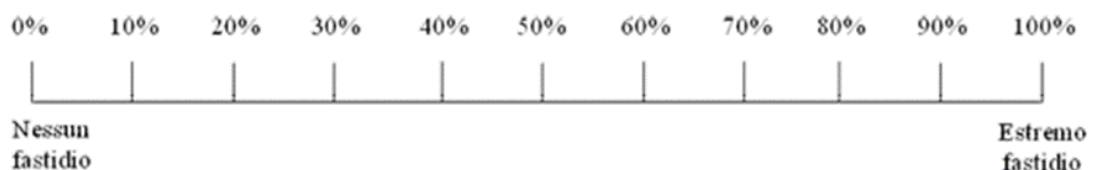
8) Alcune persone avvertono che il loro sognare a occhi aperti li ostacola nelle cose che sono per loro più importanti. Quanto senti che il tuo sognare a occhi aperti interferisce con il raggiungimento dei tuoi obiettivi di vita?



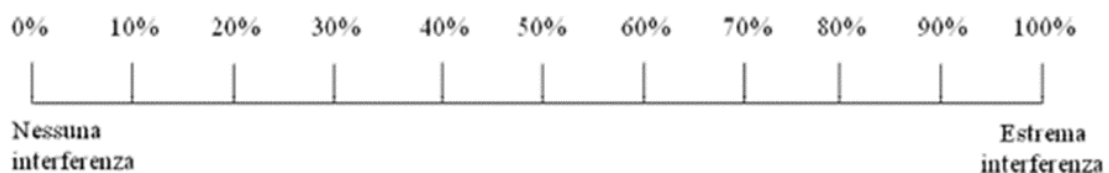
9) Alcune persone trovano difficoltà nel controllare o limitare i loro sogni a occhi aperti. Quanto è stato difficile per te tenere sotto controllo il tuo sognare a occhi aperti ?



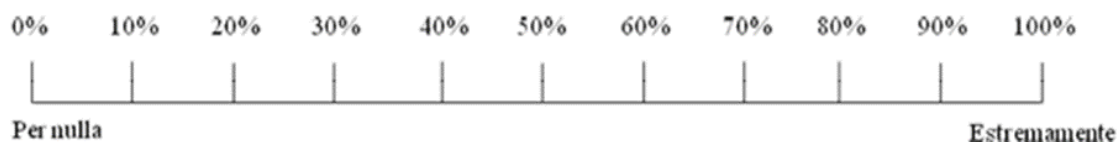
10) Alcune persone si infastidiscono quando un avvenimento del mondo reale interrompe i loro sogni a occhi aperti. Quando il mondo reale interrompe uno dei tuoi sogni a occhi aperti, in che percentuale ti senti infastidito?



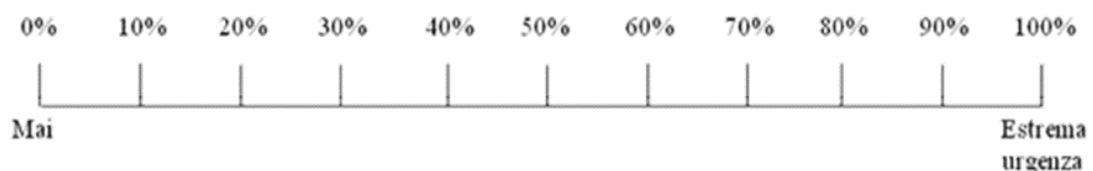
11) Alcune persone avvertono che i loro sogni a occhi aperti interferiscono con i loro successi scolastici, accademici o lavorativi o con la loro realizzazione personale. Quanto il tuo sognare a occhi aperti interferisce con il tuo successo scolastico, accademico o lavorativo?



12) Alcune persone preferiscono sognare a occhi aperti piuttosto che fare molte altre cose. In quale misura preferisci sognare a occhi aperti piuttosto che relazionarti con altre persone o partecipare ad attività sociali o hobby ?

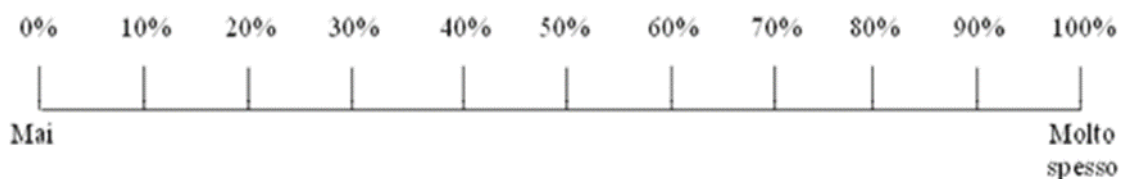


13) Quando ti alzi al mattino quanto è forte la tua necessità di cominciare immediatamente a sognare a occhi aperti?

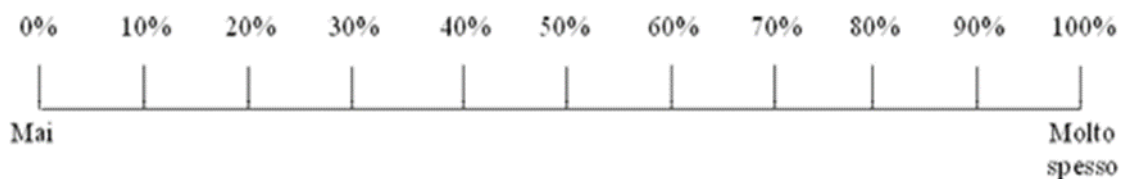




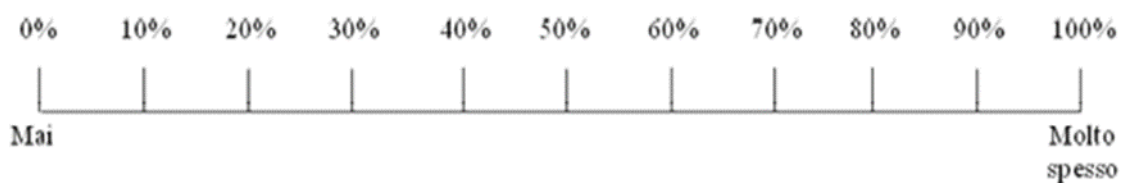
14) Quanto spesso i tuoi sogni a occhi aperti sono accompagnati da movimenti fisici, come fare dei passi, dondolare o muovere le mani?



15) Alcuni amano sognare a occhi aperti. Mentre sogni a occhi aperti, in che misura senti che questa esperienza è rassicurante e/o appagante ?



16) Alcuni trovano difficoltà a continuare i loro sogni ad occhi aperti quando non ascoltano la musica. In che misura i tuoi sogni a occhi aperti dipendono dal fatto che continui ad ascoltare la musica?



## Structured Clinical Interview for Maladaptive Daydreaming (SCIMD)

### Instructions to Interviewers

Each item should be asked exactly as written. Clarification can be provided if the interviewee appears not to understand the question. Follow-up each item with further exploration or additional clarification of symptoms until you have enough information to rate the item confidently.

Interviewer:

Participant:

A. In the last 6 months, have you experienced persistent and recurrent fantasy activity that is vivid and fanciful and also persistent and recurrent?

*Yes = 1, no = 2, yes, but less than 6 months = 3* [ ]

1. While daydreaming, have you experienced an intense sense of immersion, (being completely ab-

6. Are you annoyed when you are unable to daydream or when your daydreaming is interrupted, curbed?

*Yes = 1, no = 2* [ ]

7. Would you rather daydream than engage in daily chores or social, academic, or professional activities?

*Yes = 1, no = 2* [ ]

8. Have you made repeated unsuccessful efforts to control or stop your daydreaming?

*Yes = 1, no = 2* [ ]

B. Does your daydreaming cause significant distress or does it impair your social, academic, occupational, or other important areas of functioning?

*Yes = 1, no = 2* [ ]

C. Indicate if the disturbance is not due to the direct physiological effects of a substance (e.g., a drug of abuse, a medication) or a general medical condition.

Interviewer, ascertain that MD is not better explained by autism spectrum disorders, attention-deficit/hyperactivity disorder, dementia, schizophrenia spectrum disorders, bipolar disorder, obsessive-compulsive and related disorders, dissociative identity disorder, substance-related and addictive disorders, an organic disorder, or a medical condition.

*Yes = 1, no = 2* [ ]

sorbed) that includes visual, auditory (sound), or affective (feelings and emotional) properties?

*Yes = 1, no = 2* [ ]

2. Is your daydreaming triggered, maintained, or enhanced with exposure to music?

*Yes = 1, no = 2* [ ]

3. Is your daydreaming triggered, maintained, or enhanced with exposure to repetitive movement (e.g., pacing, rocking, hand movements)?

*Yes = 1, no = 2* [ ]

4. Do you often daydream when feeling distressed or bored?

*Yes = 1, no = 2* [ ]

5. Does the length or intensity of your daydreaming increase in the absence of others?

*Yes = 1, no = 2* [ ]

The respondent is positive for MD disorder if the answers were *yes* to A1, positive for one other A criterion, positive for B, and positive for C.

If individual meets criteria for MD, rate if mild, moderate, or severe.

Mild: experiences mainly distress, no obvious functional impairment.

Moderate: one area of functioning is affected (e.g., work).

Severe: more than one area of functioning is affected (e.g., work, school or social life).

*Absent = 1; present, mild = 2; present, moderate = 3; present, severe = 4* [ ]

Rate if unspecified MD\*

*Yes = 1, No = 2* [ ]

\* Unspecified MD = a form of MD that does not meet the full criteria for MD disorder. This is the case when Criterion A is 3 (less than 6 months in duration).

Received September 27, 2016

Revision received January 27, 2017

Accepted January 28, 2017 ■