



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

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

Corso di laurea magistrale in Psicologia Clinica dello Sviluppo

Tesi di laurea magistrale

**Maladaptive Daydreaming come una strategia di
coping e regolazione emotiva**

**Maladaptive Daydreaming as
coping and emotional regulation strategy**

Relatrice

Prof.ssa/Prof. **Silvia Salcuni**

Correlatrice

Dott.ssa **Elisa Mancinelli**

Laureanda/o: Sara Spisto

Matricola: 2013884

Anno Accademico 2022/2023

INDICE

Introduzione	5
1. Dal Daydreaming al Maladaptive Daydreaming	8
1.1 Come il Daydreaming può diventare Maladaptive daydreaming	8
1.2 Maladaptive Daydreaming: un fenomeno sempre più studiato	14
1.3 Ipotesi sull'eziologia del fenomeno	29
1.4 La vita da Maladaptive Daydreamer	32
1.5 Le testimonianze della difficoltà nella vita quotidiana	32
1.6 Ipotesi di Trattamento	36
1.7 L'obiettivo della ricerca	40
2. Metodo	41
2.1 Partecipanti e procedura	41
2.2 Strumenti di misura	44
2.3 Analisi dei dati	47
3. Risultati	49
3.1 Analisi preliminare	49
3.2 Correlazioni bi-variate r di Pearson tra le variabili d'interesse	52
3.3 I modelli di mediazione	55
4. Discussione	58
4.1 Il confronto tra MDers e NonMDers	58
4.2 I modelli di mediazione nel gruppo di MDers	63
4.3 Punti di forza e limiti della ricerca	65
4.4 Spunti per la ricerca futura	65
5. Conclusioni	67
Ringraziamenti	68
Bibliografia	71

"La pensée est le travail de l'intellect, la rêverie est son plaisir."

{“Il pensiero è il lavoro dell'intelletto, il sognare ad occhi aperti il suo svago”}

-Victor Hugo

Introduzione

L'utilizzo della fantasia per un bambino è normale, questa lo aiuta ad affrontare una serie di situazioni che vanno oltre la sua capacità di comprensione. L'immersione nella fantasia, per esempio, può essere impiegata in casi di abuso infantile, o altri eventi traumatici, in cui il bambino non ha la maturità sufficiente per poter capire ciò che accade, ma allo stesso tempo sente il bisogno di reagire in qualche modo. In questi casi può succedere che i bambini sviluppino degli "amici immaginari" che permettono loro di riuscire a metabolizzare ciò che è accaduto, possono immaginarsi una storia diversa da quella reale per fuggire dalla sofferenza. Questa modalità di gestire gli eventi traumatici e negativi della vita potrebbe aiutare a comprendere il concetto di Maladaptive Daydreaming (MD), che è un disturbo caratterizzato dall'assorbimento completo nell'attività del daydreaming, che è associato con alti livelli di distress, e con la presenza di comorbidità con diverse psicopatologie (Bigelsen , 2016); il daydreaming con un utilizzo maladattivo si interpone con il funzionamento quotidiano in diverse aree della vita quotidiana (Schimmenti, 2019).

La definizione di Maladaptive Daydreaming (MD) nasce nel 2002 dal Dott. Eli Somer, che lo descrive come "un'attività di fantasia estesa, che rimpiazza le interazioni umane e/o interferisce nel funzionamento accademico, interpersonale e vocazionale dell'individuo" (Somer, 2002; p. 199); il MD include un'attività immersiva nella fantasia, che tende a creare dipendenza e, inoltre, è accompagnata da una serie di movimenti stereotipati. Dopo una serie di studi, il MD è stato descritto come dipendenza di tipo comportamentale (Pietkiewicz, 2018), in quanto il disagio che veniva a crearsi poteva essere facilmente comparato a quello di un disturbo da gioco d'azzardo

o di sostanze, in cui il soggetto sente il bisogno irrefrenabile di dover fantasticare, e questo causa danni alla vita quotidiana, sottraendo tempo alla vita reale e alle relazioni, portando conseguenze in diversi contesti di vita, anche lavorativa o scolastica della persona. Una delle ultime pubblicazioni sostiene la teoria che si tratti di una forma di disturbo dissociativo (Soffer-Dudek, 2022). La teoria in questione sottolinea i tratti comuni tra il MD e i disturbi di dissociativi (disturbo dissociativo di identità, disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione e l'amnesia dissociativa). L'autrice raccoglie una serie di evidenze scientifiche e propone un modello che permetterebbe di spiegare più dettagliatamente i fattori che sono implicati nell'esito patologico del MD.

Oltre alle indagini sopra citate, negli ultimi anni sono stati fatti diversi studi che hanno coinvolto la relazione tra MD e gestione delle emozioni. In particolare, è stato indagato molto il livello di Distress provocato dal MD (Soffer-Dudek, 2018) che sembra essere maggiore rispetto alla breve sensazione di piacere data dal daydreaming. È stato anche ipotizzato che il daydreaming possa essere una possibile fonte di regolazione emotiva, che può variare in base al livello di distress (Somer, 2019). In generale è stato riscontrato che un livello maggiore di difficoltà nella regolazione emotiva fosse legato positivamente a dei livelli più alti di sintomi del MD (Greene, 2020) anche se allo stesso tempo è stata rilevata una maggiore chiarezza emotiva in soggetti in cui il daydreaming è risultato piacevole. Si può ipotizzare che ci sia un collegamento stretto con la regolazione emotiva, è che il MD sia risultato di un errato o eccessivo utilizzo del daydreaming, fino a diventare appunto "maladattivo".

Il presente studio è concentrato sulla difficoltà di regolazione emotiva, che si ipotizza essere correlata positivamente a livelli più alti di MD. Oltre questo, saranno indagati i livelli di distress, depressione e ansia correlati al MD, e verranno analizzate anche le

capacità di affrontare situazioni negative con l'intenzione di verificare se l'approccio ad eventi negativi medi l'associazione tra i sintomi di Stress/ansia/depressione e il MD. Nei capitoli che seguiranno, verrà analizzata ampiamente la definizione di MD; saranno espone le ipotesi sull'eziologia del disturbo e quali sono le componenti che possono concorrere all'esito maladattivo. Saranno illustrate anche le caratteristiche della vita quotidiana di un Maladaptive Daydreamer, con delle brevi testimonianze, e con un'attenzione particolare a quelli che sono gli ambiti più colpiti. Si discuterà dei possibili trattamenti che sono stati presi in considerazione, che hanno portato dei risultati positivi e si sono dimostrati i più efficaci e duraturi. Saranno successivamente espone le metodologie di analisi che sono state scelte per svolgere l'elaborato. Verranno espone i dati raccolti, considerando separatamente il gruppo di persone che potrebbe presentare il Maladaptive Daydreaming, e coloro che non lo presentano. I dati raccolti saranno poi discussi, anche in base alla letteratura già presente sull'argomento, con un occhio critico anche sui limiti della ricerca svolta e fornendo altri spunti per la ricerca futura.

1. Dal Daydreaming al Maladaptive Daydreaming

1.1 Come il Daydreaming può diventare Maladaptive daydreaming

La prima parte di questo capitolo verrà dedicata all'analisi delle fantasie e il ruolo che queste giocano all'interno dello sviluppo dell'individuo. Sarà chiarito meglio il termine "fantasticare" (o daydreaming), inteso come attività mentale; sarà possibile cercare di capire cosa implica, che ruolo può avere nella vita dell'individuo, come può essere interpretato e, infine, come può danneggiare la vita dell'individuo al punto da essere proposto come condizione clinica. L'utilizzo della fantasia è sempre stato presente nella vita dell'individuo, ed è anche stata anche oggetto di studio in ambito psicologico.

Il padre della Psicoanalisi, Sigmund Freud, comincia ad interessarsi al tema delle fantasie e ad interpretarle parlando non solo dei sogni, ma anche delle fantasie che si fanno da svegli. Freud spiega (1908) come le fantasie in un bambino siano importanti e come facciano parte delle attività di gioco e del funzionamento infantile, oltre ad essere legate al processo di costruzione dell'identità. Il bambino imita l'adulto "giocando alla famiglia" e immaginando di essere lui stesso il genitore. Il gioco per un bambino è cosa seria, dato che gli permette di svilupparsi e di fare delle "prove" in un terreno sicuro che egli stesso può controllare, ossia le sue fantasie; il gioco è, però, soprattutto un piacere, in cui possono prendere vita tutti i desideri senza dover tenere sempre conto della realtà (Winnicott, 1971). Al contrario del bambino, per Freud, l'adulto viene chiamato a fare i conti con la realtà e non gli è più permesso giocare. Con il passare del tempo l'adulto deve rinunciare al gioco, ma più che una rinuncia ciò che avviene è una sostituzione, dove dal gioco si passa al "Fantasticare" o "Sognare ad occhi aperti" (1908). Secondo Freud, i soggetti che sono portati a fantasticare si *vergognano* delle loro stesse fantasie e

le nascondono agli altri (1908). Quindi, mentre per il bambino fantasticare e giocare significa anche crescere, imitando l'adulto e cercando di comportarsi come lui, dall'adulto ci si aspetta che non giochi più e non si comporti da bambino. Tuttavia, l'adulto può far fatica a rinunciare a questa dimensione fantasmatica e immaginativa. La forza motrice delle fantasie, infatti, sono i desideri insoddisfatti, che non possono essere realizzati nella vita reale (1908). A questo proposito, sono descritti da Freud due gruppi distinti di fantasie: le fantasie sessuali e le fantasie che sono al servizio dell'elevazione dell'io del soggetto. Se le fantasie diventano troppo potenti, però, possono arrivare a diventare precursori di sintomi nevrotici o addirittura psicotici (1908). Dalla descrizione fatta da Freud nel suo scritto "*Creative Writers and Day-Dreaming*" (1908), è possibile già trarre alcune caratteristiche che saranno alla base della futura definizione del Maladaptive Daydreaming (MD). Nello specifico, in questo quadro teorico emerge come la vergogna sia collegata al "fantasticare", poiché l'adulto, ormai cresciuto, riversa in fantasia quei desideri sentiti come proibiti che lo fanno sentire diverso dagli altri, portandolo poi a sperimentare la solitudine. Secondo l'autore, il conflitto interno del soggetto emerge tra la necessità di soddisfare il proprio desiderio e le restrizioni della società, ma vista l'impossibilità di realizzazione concreta ecco che questa viene sostituita con una soluzione alternativa – da qui la sostituzione – ossia la fantasia di poter soddisfare quel desiderio fantastico. Seppure si tratti di una visione parziale, teorica e fenomenologica, la visione freudiana della fantasia si costruisce intorno ad una considerazione funzionale dell'attività del fantasticare che aiuta a comprendere come questa possa diventare disfunzionale. Tuttavia, a questa prospettiva si aggiungono quelle di altri autori che si sono interessati al fantasticare come attività mentale, in una visione non patologica. Ad esempio, Singer (1966) esamina il fenomeno del sogno ad

occhi aperti (daydreaming) e il ruolo che esso può avere nella vita quotidiana delle persone. L'autore sostiene che il daydreaming è una forma di pensiero attivo, che può essere utilizzato come mezzo per risolvere problemi, elaborare idee e sperimentare emozioni. Egli suggerisce che il daydreaming può essere una fonte di creatività e che le persone che sono in grado di utilizzare il daydream in modo controllato possono trarne beneficio. Tuttavia, l'autore nota anche che il daydreaming può interferire con le attività quotidiane, distraendo dal mondo esterno se diventa eccessivo (1966). Lo studio sulla funzione del daydreaming continua anche negli anni successivi. Singer pubblica "*The inner world of daydreaming*" (1975) dove raccoglie i risultati di tutte le ricerche che aveva fatto fino a quel momento sull'argomento. L'autore studia il daydreaming sia dal punto di vista di attività mentale, sia dal punto di vista contenutistico, tenendo in considerazione anche le inclinazioni individuali e contestuali. Singer definisce quindi il *daydreaming* come "uno spostamento dell'attenzione da qualche compito fisico o mentale primario che ci siamo prefissati, lontano dal guardare o ascoltare direttamente qualcosa nell'ambiente esterno, [...]" (p.3). All'interno del libro (1975), Singer analizza il ruolo che ha il *daydreaming* nella vita dell'individuo, come ne influenza la salute mentale, la creatività e lo sviluppo del sé. Egli sottolinea l'utilità del *daydreaming* come attività mentale per poter sviluppare le capacità progettuali quotidiane, le capacità creative e anche di sperimentazione in modo sicuro l'esplorazione di possibili scelte identitarie durante l'età dello sviluppo. Com'è stato in precedenza accennato, c'è però una sorta di "lato oscuro" del fantasticare, legato alla possibile forma patologica che questo fenomeno può assumere. Per questo viene indagato il possibile collegamento tra disturbi psichici e daydreaming. Starker & Singer (1975) esaminano l'utilizzo del fantasticare (o daydreaming) come possibile indicatore di sintomi psicologici in pazienti

con disturbi psichiatrici. I risultati del loro studio hanno mostrato che il daydreaming era correlato, in questi pazienti, a sintomi di ansia e depressione, oltre che a bassa autostima. Tuttavia, lo studio ha anche evidenziato alcune limitazioni nell'utilizzo del daydreaming come indicatore di sintomi, poiché altri fattori potrebbero influire sulla frequenza del daydreaming. Nello stesso periodo è stato riportato un caso clinico che potrebbe aiutare a delucidare meglio le caratteristiche del daydreaming e anche comprendere meglio le meccaniche che possono renderlo disfunzionale. All'interno di "Gioco e Realtà", Winnicott (1971) espone il caso di una sua paziente di mezza età e analizza come il fantasticare possa essere dannoso per la vita dell'individuo. Secondo l'autore, fantasticare è un fenomeno isolato rispetto al vivere o sognare di notte. Egli definisce il fantasticare come un fenomeno che assorbe le energie della persona. A differenza degli eventi di vita e dei sogni che possono essere soggetti a rimozione, il prodotto del fantasticare è inaccessibile. La differenza sostanziale sta proprio nel meccanismo di fondo, poiché invece della rimozione vi è una *dissociazione*. Ecco un altro tassello del puzzle che servirà per comprendere la chiave interpretativa che è stata data oggi al fantasticare. La rimozione e la dissociazione sono dei meccanismi di difesa di tipo nevrotico, con funzioni differenti (Perry, 1990). La rimozione è un meccanismo di difesa che è volto a proteggere la consapevolezza dell'individuo da qualcosa che il soggetto sperimenta come stressante o dannoso a tal punto da poter scatenare un conflitto intrapsichico; l'esperienza emotiva viene conservata mentre è spezzato il legame con la componente cognitiva associata al problema. La dissociazione, invece, protegge la consapevolezza dell'individuo da un conflitto e un evento stressante di impatto maggiore, alterando lo stato di coscienza dell'individuo temporaneamente. La dissociazione è legata ad un forte sentimento di angoscia che per essere sperimentato

necessita di essere trasformato in qualcosa di meno minaccioso. Nel secondo caso, sia la componente emotiva che la componente cognitiva sono inconsapevoli, ma espresse in maniera alterata dalla coscienza (Perry,1990). Winnicott (1971) intuisce già in questo periodo che il fantasticare della paziente è legato ad una dissociazione, dovuta probabilmente ad una forte angoscia, che la portava a fantasticare durante il gioco del solitario. Winnicott (1971) descrive il daydreaming della paziente e di come sia in grado di stare nella stanza e allo stesso tempo immaginare di essere altrove, scrivendo un libro o dipingendo un quadro. L'uso che fa del daydreaming non è di tipo progettuale, ciò significa che la paziente non fantastica per fare dei piani per il giorno dopo o su dove vorrebbe andare in vacanza – che secondo l'autore sarebbe l'uso dell'immaginazione applicato alla realtà - bensì divaga in altri luoghi e parla con i propri personaggi interni. Oltre a questo, viene analizzata attentamente la componente di soddisfacimento: la fantasia permette di ottenere tutto nell'immediato, senza sforzi e senza spostarsi dal luogo in cui si è, anche se non è reale. Oltre che a parlare del lato clinico, Winnicott (1971) fa anche una serie di osservazioni nel descrivere la paziente, che permette di coglierne il lato umano, descrivendo come sia una persona con molto potenziale, che purtroppo non viene sfruttato; il che si collega allo stato emotivo della paziente che in qualche modo si sente di essere una delusione verso sé stessa e verso le persone che sono intorno a lei. Per poter anche capire meglio lo sviluppo del caso, viene esposta brevemente l'infanzia della paziente; una bambina piccola entrata in un sistema familiare in cui non si sente vista né vengono considerati i suoi bisogni individuali, oltre quelli primari. La paziente racconta di essere sempre stata una bambina emarginata, che ha sempre cercato di aderire all'ambiente circostante e ha provato ad identificarsi con dei ruoli sociali che non la facevano sentire autentica. Ciò che si nota nella descrizione è

un'infanzia costellata da negligenza nell'ambiente familiare, in cui la stessa paziente ricorda di aver cominciato da piccola a fantasticare, anche in presenza di altri, e rimanendo parzialmente presente, sebbene non del tutto. L'intuizione di Winnicott è ben delineata, fa riferimento alla dissociazione, ma una dissociazione non completa, rafforzata da frustrazioni e utilizzata come strategia di difesa dal senso di abbandono emotivo subito. Si può vedere la paziente oscillare da uno stato in cui riusciva ad integrarsi e tollerare la frustrazione della vita reale, e altri momenti in cui era dissociata e si estraniava dalla realtà. Winnicott si esprime vagamente sulla possibile eziologia del disturbo, sicuramente complessa e molto probabilmente legata all'infanzia. Una frase in particolare permette di vedere chiaramente la considerazione dell'autore rispetto alla paziente: *“Mi ha insegnato che il fantasticare interferisce con l'azione e con la vita nel mondo reale o esterno, ma molto di più interferisce col sogno e con la realtà psichica personale e interna, nucleo vitale della personalità individuale”* (p.63). Il modo con cui Winnicott descrive il daydreaming, partendo dai racconti della paziente, ha una diversa accezione rispetto a quella formulata da Singer (1966). Dai racconti durante i colloqui descritti da Winnicott (1971), con la sua paziente, emerge anche come l'utilizzo della musica o l'ascoltare delle conversazioni alla radio potesse influenzare la dissociazione; oltre agli stimoli uditivi vengono nominati anche il gioco del solitario, che la paziente fa di continuo mentre fantastica, che potrebbero essere considerati movimenti ripetitivi che facilitano la dissociazione. Da queste parole si può ipotizzare che questo fosse, in realtà, uno dei primi casi documentati di MD, anche se non è mai stato ripreso e considerato in questi termini. Tutti i dati che riguardano questo caso, si avvicinano molto alle testimonianze e alle ricerche che saranno analizzate nella prossima sezione. Il racconto del caso (Winnicott, 1971) si conclude con una serie di considerazioni su come il

modello difensivo della paziente era cambiato, dato che lei era diventata più consapevole delle conseguenze di ciò che comportava per lei fare il gioco del solitario e fantasticare. Le parole della paziente durante l'ultimo colloquio clinico sono indirizzate alla possibilità di riprendere il controllo su sé stessa; inoltre, lei fa riferimento al bisogno di partire da qualcosa di informe, per poi arrivare a modellare sé stessa e costruire un'identità consolidata. Come già accennato, nonostante sia difficile definirlo, questo potrebbe essere uno dei primi casi di Maladaptive Daydreaming (MD) documentati, in cui sono presenti molti dei criteri diagnostici che sono poi stati formulati da Somer e colleghi (2017) e che saranno esposti successivamente.

1.2 Maladaptive Daydreaming: Un fenomeno sempre più studiato

La prima volta che viene nominato il termine Maladaptive Daydreaming (MD) è nel 2002, quando Eli Somer pubblica un paper intitolato "Maladaptive Daydreaming: A Qualitative Inquiry". È in questo primo paper sull'argomento, che Somer definisce il MD come "*attività fantastica estesa, che rimpiazza l'interazione umana e/o interferisce con le funzioni accademiche, personali e vocazionali*" (Somer, 2002, p. 199). Prima di studiare il MD, Somer è un professore, ricercatore e clinico che si occupa principalmente di disturbi dissociativi e disturbi legati ad un evento traumatico. Durante la sua pratica da clinico, Somer individua in 6 dei suoi pazienti una sintomatologia differente da quella strettamente legata alla loro diagnosi clinica, che attira l'attenzione del terapeuta. Per questo motivo, Somer ritiene di dover approfondire maggiormente questi sintomi, per capire se si tratta di un' "estensione" della patologia o qualcosa di più. Lo studio da lui fatto (2002) è di tipo qualitativo e viene svolto su 6 pazienti, di cui due con Disturbo di Personalità Narcisista, e quattro con un diagnostico di Disturbo

Dissociativo. L'uso della metodologia qualitativa permette di indentificare le variabili incognite dato che si tratta di fenomeno poco conosciuto, proprio per cercare di individuare dei pattern comuni nelle descrizioni dei pazienti. Somer (2002) utilizzò cinque strumenti, di cui due interviste diagnostiche strutturate, *The structured clinical interview for DSM-5* (SCID) per ottenere una diagnosi principale e *the inventory of childhood memories and imaginings* (ICMI) per verificare alcune ipotesi cliniche sulle caratteristiche del daydreaming dei partecipanti. Somer (2002) utilizzò anche un questionario: la Dissociative Experiences Scale (DES) che permette di quantificare la frequenza di esperienze dissociative. I soggetti che hanno ricevuto un punteggio maggiore di 20 alla DES hanno potuto proseguire con un'ultima intervista strutturata, la Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders-Revised (SCID-D-R). Grazie a quest'ultima intervista è stato possibile valutare i cinque sintomi principali della dissociazione: amnesia, depersonalizzazione, derealizzazione, confusione identitaria e alterazione dell'identità. Ciò che è stato chiesto di fare ai partecipanti è di raccontare le loro esperienze dei sogni ad occhi aperti. Durante i colloqui clinici tutti i pazienti riportavano di utilizzare buona parte del loro tempo "fantasticando" o, per meglio dire, immaginando di essere altrove, di essere diversi e di parlare con personaggi fittizi. Tutti i soggetti riportavano di aver subito delle esperienze negative durante l'infanzia; tra cui essere esposti ai conflitti genitoriali, esperienze di neglect emotiva, abuso fisico, abuso psicologico e abuso sessuale. Tutti i partecipanti erano propensi alla solitudine sin da bambini e hanno continuato ad esserlo da adulti. All'interno dello studio (2002) il MD è stato associato ad un basso coinvolgimento interpersonale; inoltre, è stata individuata una forma di evitamento dell'intimità da parte di tutti i partecipanti. In due partecipanti viene rilevato come sia seriamente compromessa la

performance accademica, mentre nei restanti viene sottolineata l'inadeguata capacità di lavoro. I contenuti emersi con più frequenza dai colloqui clinici che trattano le esperienze di MD vengono raggruppati in 3 categorie: le funzioni della fantasia, i temi e la componente dinamica.

1. *Le funzioni della fantasia.* Questa categoria comprende: la capacità di disancorarsi dallo stress e dal dolore, per poter migliorare lo stato d'animo; la capacità di entrare in relazione intima; la funzione calmante; la funzione di accompagnamento.

Ogni soggetto riportava che la funzione del loro MD era duplice: una di disconnessione dal dolore dato dalla loro esperienza di vita, e l'altra di trasformazione magica in quest'esperienza in qualcosa di desiderabile. Uno dei pazienti riporta di aver cominciato a fantasticare per poter bloccare le discussioni violente tra i genitori. Questo fa pensare al fantasticare principalmente come una fuga dalla realtà, che permette ai soggetti di scappare da uno stato negativo, come la paura o il dolore. Inoltre, quattro dei sei soggetti esprimono come, grazie al MD siano stati in grado di costruire uno spazio sicuro, amichevole, amorevole anche se illusorio, in cui possono trovare la calma che hanno sempre cercato. All'interno delle interviste sono descritti degli scenari in cui vengono immaginati dei compagni amichevoli o una conclusione differente per le loro relazioni passate. Le diverse esperienze descritte si ricollegano al senso di solitudine provato, che in qualche modo veniva riempito con le fantasie di una vita più piacevole. Le due funzioni sopra menzionate, dunque, sono strettamente collegate: da una parte all'evitamento delle emozioni negative, i ricordi degli eventi stressanti che hanno segnato la vita dell'individuo o la realtà insoddisfacente e dolorosa che sta vivendo;

dall'altra, invece, al tentativo di soddisfare i propri desideri, creando degli scenari ideali in cui vengono riconosciuti i propri bisogno in maniera immediata.

2. *I temi trattati all'interno della fantasia.* Generalmente i temi più diffusi riguardano violenza, idealizzazione del sé, potere e controllo, cattività, salvataggio e fuga, e anche arousal sessuale.

Due soggetti sottolineano la predominanza dell'aggressione e temi di sadismo nelle loro fantasia, descrivendo scenari cruenti e di guerra. Un tema presente nella quasi totalità dei soggetti è l'idealizzazione del sé. Molti degli intervistati riportano il piacere di immaginarsi come la persona che vorrebbero essere. Ad esempio, un'intervistata che si presenta come una donna fredda e alienata, all'interno delle sue fantasie si immagina un'accogliente donna di famiglia. Altri immaginavano di essere in posizioni di autorità e di dominanza, in cui hanno super poteri o acquisiscono potere gerarchico o fisico per potersi vendicare di chi li aveva sottomessi. Una delle emozioni più comuni tra i soggetti è quella di sentirsi intrappolati in un passato tormentato, in un ambiente abusivo o invasi dalle difficoltà della vita quotidiana. In un'intervista, ad esempio, emerge che le fantasie del soggetto erano legate a dei personaggi imprigionati che devono essere liberati, che vengono torturati e soggiogati. Questo esempio permette di capire a fondo cosa si intende con fantasie con temi di cattività, liberazione e fuga: la scena, nello specifico, è quella di un rapimento di diverse persone, in cui il protagonista è chiamato a parlare con i sequestratori, proprio perché si tratta di una persona che soffre di dissociazione emotiva, dato che non è suscettibile alla pressione fisica. Il protagonista non scende a patti, dato che non ha niente da perdere, ma alla fine, dopo una sanguinosa battaglia, riesce a portare in salvo molti dei prigionieri. In questo

esempio troviamo diversi temi, quello di idealizzazione del sé, quello di violenza, quello di liberazione e di potere. Infine, tra i vari temi è presente anche il tema sulla sessualità, attraverso cui la persona cerca di soddisfare i relativi bisogni. Oltre ad un bisogno sessuale o romantico, legato al tentativo di soddisfacimento di desideri carnali e di coinvolgimento emotivo, Somer (2002) ipotizza che alla base c'è anche il desiderio di non essere soli.

3. *La componente dinamica.* Questa categoria contiene gli elementi legati all'esordio e ai movimenti cinestetici.

Tutti i partecipanti dello studio associavano l'inizio del MD ad un evento avvenuto nella loro infanzia. In particolare, alcuni soggetti considerano di essere stati sempre capaci di fantasticare, parlano di aver avuto degli amici immaginari e poi aver cominciato a fantasticare intorno all'età di 8 anni. Un altro intervistato collega l'inizio delle sue fantasie ad un evento traumatico di molestie. Altri invece descrivono eventi che hanno segnato il periodo adolescenziale, come il rifiuto da parte di qualcuno, o eventi che sono legati a conflittualità familiare. In generale emerge che si tratta di situazioni di abbandono o di neglect verso i soggetti, che hanno trovato rifugio in un mondo che si sono costruiti per scappare via della realtà. Inoltre, sono stati individuati anche degli elementi cinestetici nella maggior parte dei partecipanti. A questo proposito, Somer ipotizza che i movimenti cinestetici potrebbero essere legati principalmente a due funzioni: una ipnotica, che aiuta il soggetto ad immergersi più facilmente nella fantasia e una *enactment* fisico del contenuto fantastico.

In conclusione, Somer (2002) osserva come il daydreaming possa assumere una forma patologica che compromette diversi ambiti della vita del soggetto. Le esperienze

interpersonali dolorose potrebbero aver interferito in qualche modo con lo sviluppo dell'immagine di sé e aver condotto il soggetto a rintanarsi in un mondo immaginario, percepito come più sicuro e accogliente. Allo stesso tempo, è anche vero che sono state osservate fantasie piuttosto variegata, dalle fantasie appagamenti con un sé idealizzato, o che hanno lo scopo di calmare il soggetto, alle fantasie con dei temi di violenza e abuso, potere e controllo, etc. I dati di questo studio suggeriscono che la MD potrebbe, almeno parzialmente, essere spiegata come un comportamento fobico che riflette un desiderio di evitamento (2002). Nello specifico, ciò che potrebbe caratterizzare l'MD come comportamento fobico, sono il rinforzo negativo associato alla rimozione dello stimolo minaccioso, e dal rinforzo positivo legato al fantasticare, che fornisce un'alternativa di esperienze emotive soddisfacenti. Per quanto informativo, tuttavia, lo studio discusso rimane riduttivo al fine di costruire una solida teoria sottostante il MD. Si presta, invece, come apripista per una serie di ricerche future in merito a ciò che implica il MD, cioè fantasticare in maniera "eccessiva" o fuori controllo. Con il passare del tempo sono state fatte diverse ricerche per poter capire se si potesse effettivamente parlare di una condizione clinica a sé stante o se fosse, invece, secondario ad altri disturbi. In questo modo le intuizioni discusse fin ora sul daydreaming prendono forma sotto il nome di MD, che cerca di sottolineare il potenziale patogeno di questa attività. Oltre a questo, Somer (2002) assume da dati raccolti che il MD fosse una forma di disturbo dissociativo derivato da eventi traumatici legati all'età infantile. Successivamente alla pubblicazione dello studio non c'è stato un interesse da parte della comunità scientifica. Nonostante questo, tra il 2002 e il 2009 molte persone hanno cominciato a cercare online la sintomatologia legata al MD. Di conseguenza, grazie alla possibilità di esplorare la letteratura scientifica, molte persone hanno cominciato a

riconoscersi come possibili MDers. Vengono creati in questo periodo molti gruppi sui social network, in cui la gente esprime le proprie preoccupazioni rispetto al MD, aumentando così la necessità di approfondire maggiormente il fenomeno. Nonostante molte persone riportassero online un certo disagio creato dal daydreaming eccessivo, non si poteva parlare di disturbo; lo stesso Somer (2002) utilizza la parola “maladaptive” proprio perché non poteva definire una patologia sulla base di uno studio di soli sei pazienti. Allo stesso tempo, l'intuizione che si potesse trattare di un disturbo dissociativo lo spinge a continuare a cercare altre evidenze che lo portassero ad un chiarimento. Dopo circa 9 anni, altri ricercatori si interessano al fenomeno, anche grazie ai gruppi online che si sono stati creati per parlare del MD. Bigelsen & Shapak nel 2011 pubblicano una ricerca su 90 individui che si identificano come maladaptive daydreamers (MDers). Ognuno dei partecipanti è chiamato a descrivere dettagliatamente i comportamenti e le preoccupazioni legate all'eccessivo fantasticare, inclusi i dettagli sui movimenti cinestetici. Dei 90 partecipanti, l'88% riportava distress, l'82% sentimenti di vergogna derivati dalla difficoltà di controllare il bisogno di fantasticare e il 24% era preoccupato che quest'attività potesse interferire con la loro vita sociale. Nel 2016 Bigelsen prosegue i suoi studi, cercando di raccogliere abbastanza dati da riconoscere il MD come una condizione clinica. Nello specifico, Bigelsen (2016) raccoglie i dati di un campione di soggetti che hanno risposto a un questionario online sulla frequenza e il contenuto dei loro daydreams. I risultati hanno mostrato che il MD era più comune tra gli individui con psicopatologia come il disturbo di ansia e il disturbo depressivo maggiore. Bigelsen ha anche scoperto che il MD era associato a una serie di altri sintomi, come la difficoltà a concentrarsi, la mancanza di motivazione e il basso benessere psicologico. In conclusione, grazie ai dati acquisiti, Bigelsen (2016)

definisce il MD *come una dipendenza comportamentale, in cui l'individuo è assorbito nell'attività di fantasticare in maniera vivida*. Inoltre, l'attività di fantasticare può durare ore e consumare molto tempo durante la giornata (Bigelsen et., 2016). Le componenti su cui l'autore si concentra, a seguito alle interviste fatte dai partecipanti, sono quella di disagio dovuto dalla sensazione di perdere tempo, per via del continuo fantasticare, e la componente di bisogno incontrollato, che caratterizza una dipendenza comportamentale. Assumendo questo punto di vista, è possibile comparare il MD a disturbi come il disturbo da gioco d'azzardo, che in qualche modo si traduce in un impulso incontrollabile del soggetto verso l'attività che gli fornisce piacere. A differenza della dipendenza da sostanze, una dipendenza comportamentale, per quanto possa avere gravi conseguenze per la vita del soggetto, è più difficile da individuare, perché può essere più facilmente nascosta e non provoca danni fisici evidenti. Per questo motivo è possibile comprendere come sia più difficile individuare soggetti con MD, a meno che non siano loro stessi a manifestarsi, dato che si tratta di una dipendenza che non riporta danni visibili, ma che danneggia l'individuo a lungo termine, consumando molte ore della giornata. Sullo stesso filone di studio, sono state ricercate sempre più caratteristiche che potessero confermare l'ipotesi che si trattasse di una dipendenza comportamentale sviluppata come strategia per poter far fronte a situazioni di estremo distress che portano al desiderio incontrollato di immersione nel proprio modo fantastico (Pietkiewicz, 2018). Uno dei problemi che erano presenti in questi studi però, è che i partecipanti erano selezionati senza una valutazione, né secondo dei criteri di inclusione (loro stessi si identificavano nei sintomi di MD, ma non c'era uno strumento che potesse valutare il livello di MD), che allo stesso tempo avrebbe potuto alterare la veridicità dei dati. Per questo motivo viene sviluppata una

scala valutativa per poter fissare un cut-off e determinare chi, tra i partecipanti, effettivamente potrebbe appartenere alla popolazione di MDers, seppur questa condizione non sia ancora riconosciuta come patologia. Nello specifico, viene costruita una scala valutativa, che viene tutt'oggi utilizzata, la Maladaptive Daydreaming Scale – 16 (MDS-16), validata successivamente anche in diverse lingue (Somer, 2017a). La MDS-16 è una versione rivisitata della MDS (2016b), in cui ogni item è costruito con una scala Likert da 10 punti (0%-100%). I quesiti si concentrano sulla frequenza del daydreaming e su quanto interferisce sulla vita dell'individuo etc. La MDS-16 permette di discriminare bene tra i soggetti chi ha un MD e chi no. Grazie a questo strumento la ricerca si è estesa anche in molti altri paesi come, ad esempio, l'Italia, permettendo sempre più di individuare possibili MDers (Abu-Rayaa, 2019). Questo è stato sicuramente un grosso passo avanti per la ricerca in quest'ambito, ma non era ancora abbastanza per poter far sì che il MD fosse riconosciuto come disturbo. Per poter essere validato come disturbo a tutti gli effetti, è necessario soddisfare una serie di requisiti; questi includono una descrizione clinica del disturbo, criteri diagnostici operazionali e, inoltre, una diagnosi differenziale da altri disturbi. È stato necessario, dunque, analizzare la comorbidità con altri disturbi in modo da costruire i criteri diagnostici. Somer et al. (2017a) hanno indagato maggiormente il grado di comorbidità con altri disturbi, per dimostrare che il MD è un disturbo assestante, diverso dal semplice daydreaming e che causa un notevole disagio per l'individuo. I risultati dello studio (2017a) hanno mostrato la presenza di comorbidità con diversi disturbi: tra i disturbi del neurosviluppo abbiamo un'alti tassi di comorbidità con l'ADHD (76.9%), mentre tra i disturbi d'ansia in particolare viene individuata comorbidità con l'ansia sociale (71.8%). È presente anche una elevata comorbidità con il disturbo depressivo (66.7%) e con il

disturbo ossessivo-compulsivo (53.8%). Inoltre, lo studio ha anche evidenziato che il MD era più comune tra gli individui con disturbi mentali rispetto a quelli senza disturbi, confermando la ricerca precedente di Bigelsen (2016). Inoltre, basandosi sulla Structured Clinical Interview è stato possibile anche costruire un'intervista strutturata che potesse favorire la diagnosi clinica per il MD, la Structured Clinical Interview for MD (SCI-MD). Quest'ultima contiene 10 quesiti (con anche delle domande aggiuntive), di cui la maggior parte per i criteri di inclusione, e l'ultima parte è dedicata ai criteri di esclusione. Per poter incentivare la ricerca e permettere che vengano sviluppate delle proposte di trattamento e anche dei criteri diagnostici per riconoscere il MD a livello clinico. La proposta di criteri diagnostici, riportata di seguito (Tabella 1, Somer, 2017b), aveva lo scopo di formalizzare il MD come un disturbo clinico, che avrebbe potuto essere inserito anche nel manuale diagnostico DSM-V.

Come possiamo vedere nella figura 1 (Tabella 1, Somer, 2017b, p. 180), nel criterio A proposto è presente un cluster di comportamenti, di cui almeno 2 dovrebbero essere soddisfatti, per un periodo di almeno sei mesi. Tuttavia, tra questi il primo

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)*.

comportamento, cioè l'esperienza di assorbimento nel daydreaming, dev'essere necessariamente presente per poter soddisfare il criterio A. Gli altri comportamenti sono: l'uso di musica che accompagna l'attività di fantasticare; la presenza di movimenti ripetitivi (per favorire "l'auto-ipnosi"); uno stato di noia o di distress nell'individuo dopo l'attività; fantasticare più intensamente o per più tempo quando si è da soli; sentirsi irritati se si viene interrotti; la preferenza di fantasticare rispetto a fare altre attività sociali o altre attività importanti; e la difficoltà a controllare o smettere di fantasticare. Il criterio B, invece, esprime la componente disturbante del MD, che in qualche modo come ogni disturbo deve avere delle conseguenze su diversi ambiti della vita del soggetto per potersi definire tale. Il criterio C racchiude, invece, tutte le conoscenze tratte dalla ricerca sulla comorbidità con altri disturbi (Somer et al, 2017a), per permettere la diagnosi differenziale. Con questi criteri è possibile avere un quadro clinico più chiaro e definito del MD, ma, nonostante gli studi fatti e i dati raccolti, la comunità scientifica non ha ritenuto necessario l'inserimento di questo fenomeno nel DSM-V. Probabilmente per mancanza di sufficienti evidenze scientifiche, dato che non si riesce ad inquadrare ancora la categoria diagnostica in cui potrebbe essere inserito, perché contiene una serie di caratteristiche che possono confondersi con altri disturbi. Riuscire a isolare il fenomeno con così tante caratteristiche non è semplice, soprattutto se il fenomeno in questione è accompagnato da altri disturbi e in alcuni casi è una problematica marginale. Nonostante questo, la ricerca non si è fermata, anzi si è ampliata per cercare di raccogliere sufficienti evidenze per poter far sì che questo disturbo venga riconosciuto.

Nel 2017 è stata fondato il Consorzio Internazionale per la Ricerca sul Maladaptive Daydreaming (ICMDR) (<https://daydreamresearch.wixsite.com/md-research>), un

gruppo di circa 35 ricercatori provenienti da USA, Australia, Italia, Ungheria, Regno Unito, Polonia, Svizzera, Brasile, Israele e Grecia. La missione del Consorzio è di promuovere la raccolta di informazioni scientifiche sul MD, favorendo gli studi sullo sviluppo delle traiettorie, la fenomenologia, la psicopatologia, il funzionamento cerebrale e il trattamento sul MD. Grazie al consorzio è stata creata una rete tale da poter validare la scala MDS-16 in diverse lingue, tra cui anche in italiano, il che ha dato accesso a diversi professionisti di effettuare ricerca in questo campo (Schimmenti et al., 2020). Allo stesso tempo, in Italia è nata nel 2020 la prima associazione no profit al mondo sul MD, “Maladaptive Daydreaming Italia” che ha lo scopo di divulgare il fenomeno e pubblicizzare la ricerca (<https://www.maladaptivedaydreamingitalia.com/>). Oltre a questo, l’associazione ha creato uno spazio per dare supporto a chi si riconosce nei sintomi del MD e così dare sostegno anche solo parlando del loro problema con altri che sono in grado di capirlo. La ricerca in Italia è riuscita a fornire dei contributi molto importanti per chiarire se il MD possa essere considerata una categoria diagnostica assestante o una sottocategoria. Nonostante il MD sia stato proposto come una dipendenza comportamentale, è nota anche la similitudine con il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) e con l’ADHD, così come i disturbi dissociativi (Somer et al, 2017a; Somer & Herscu, 2017c; Somer, 2018). Il dubbio che il MD potesse essere una forma di disturbo dissociativo, nasce già da prima che il daydreaming fosse considerato patologico. (Bigelsen et al., 2016; Somer et al., 2016a; Somer & Herscu, 2017c). Soprattutto negli ultimi anni, tra il 2019 e il 2022 durante la pandemia del SARS-Covid-19, oltre ai danni innumerevoli a tutta la popolazione, ha causato in particolare anche molti danni a chi soffre di MD. Molte persone si sono trovate rilate in casa, ciò ha influenzato i livelli di stress e anche il consumo di ore passate a fantasticare, portandole

a riconoscere questo comportamento come problematico (Musetti et al., 2020). Durante il periodo di pandemia, si è parlato sempre di più di MD soprattutto sulle piattaforme social, e si è percepita ancora di più la necessità di ampliare la ricerca, e permettere anche di formulare delle indicazioni cliniche per i professionisti. A questo proposito, uno studio molto recente ha portato ad una nuova formulazione del MD, che fino a questo momento era definito come disturbo comportamentale (Bigelsen, 2016).

La dottoressa Soffer-Dudek (2022) definisce il MD come “Absorbation Disorder”, ossia un disturbo di assorbimento. La componente di assorbimento di per sé non è descritta come patologica, anzi è considerata una capacità presente in ogni individuo, come una forma non patologica di dissociazione (Greene et al., 2020; Singer, 1966; Somer, 2016a; Wilson & Barber, 1981, 1982) È stato visto che la componente di assorbimento è strettamente correlata con i disturbi dissociativi e presente anche nei soggetti con MD (Soffer-Dudek, 2022). Questo è uno dei fattori che ha spinto la teoria a sostenere che il MD è una forma di disturbo dissociativo, anche se viene collocato tra le forme non patologiche di dissociazione e i disturbi patologici di natura dissociativa. (Soffer-Dudek, 2022). Secondo la proposta teorica di Soffer-Dudek (2022), il MD è una forma di dissociazione meno grave rispetto al disturbo dissociativo dell’identità (DID) e agli altri disturbi dissociativi, ma fa parte di questa categoria. Viene presentato un modello (Soffer-Dudek, 2022), basato sulle diverse evidenze raccolte negli ultimi anni, che suggerisce che il MD è inserito in un continuum in cui troviamo il senso di controllo e l’esperienza. Esso viene collocato, tra le attività di daydreaming non patologiche, come ad esempio la scrittura creativa, e il DID. All’interno del modello vengono rappresentati graficamente i fattori che possono portare alla formazione del MD (Figure 34.1, Soffer-Dudek, 2022). Oltre alla componente innata di assorbimento vivido nelle fantasie,

vengono esposti anche una serie di rinforzi positivi, come la gratificazione derivata dal fantasticare, uniti ai rinforzi negativi, ossia la rassicurazione rispetto a tutte le fonti di stress, siano le difficoltà della vita quotidiana o eventi traumatici. Il modello è più comprensibile grazie alla rappresentazione grafica riportata qui di seguito:

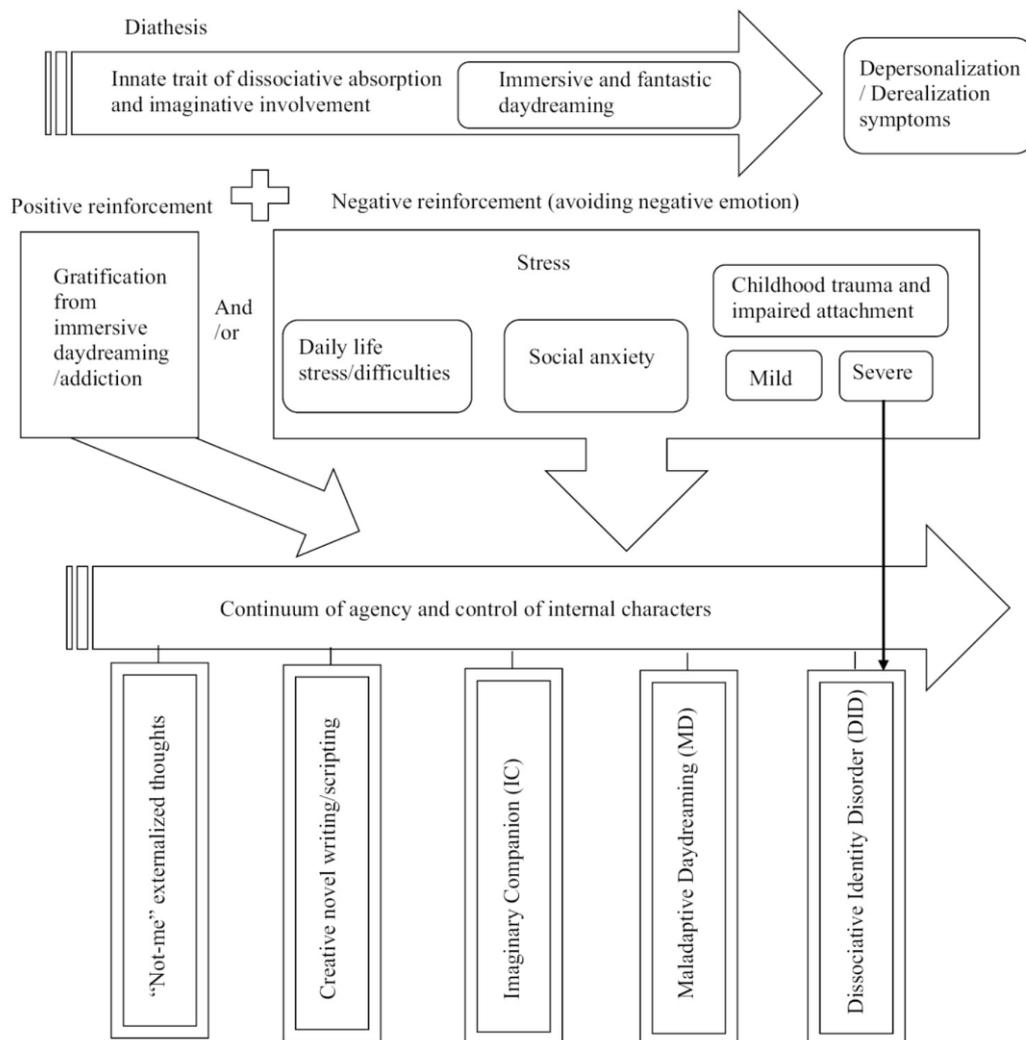


FIGURE 34.1 A proposed model depicting possible etiological pathways to the development of MD and its hypothesized relationship with dissociation

Somer (2013) aveva già cercato di confrontare il DID al MD, in un paper di risposta a Young (1988). Ciò che descrive Young (1988), in relazione all'uso della fantasia, è una situazione di abuso in cui un bambino si ritrova disarmato e mette in atto i meccanismi

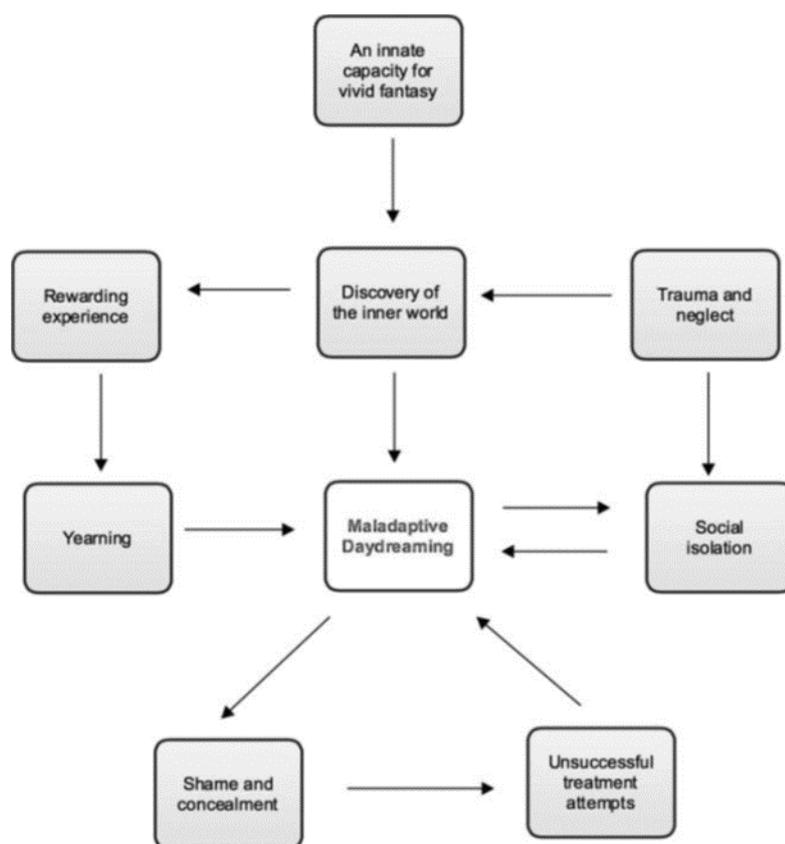
che possiede per cercare di far fronte alla situazione. Ciò che all'inizio è una fantasia, in qualche modo cosciente, si trasforma in una dissociazione dalla realtà, che può anche sfociare in un alter-ego autonomo con vita propria. Questo accade in casi di abuso o di evento traumatico così impattante che finisce per mandare l'individuo in pezzi (Young, 1988). È stato poi verificato che il MD non necessariamente si origina da un evento traumatico (Somer, 2019). Soffer Dudek (2022) individua delle somiglianze tra DID e MD. Entrambi presentano una sorta di "doppia coscienza", in cui l'individuo è diviso. Entrambi i disturbi hanno un ristretto focus attentivo, e si tende a rivolgere l'attenzione verso l'interno. Vengono create diverse personalità, anche se in maniera differente, nel DID si tratta di personalità assestanti; mentre per quanto riguarda il MD si tratta di tutti i personaggi che vengono creati all'interno delle fantasie, che in qualche modo esprimono diversi aspetti della personalità dell'individuo. Entrambi presentano delle reazioni intense ai personaggi del proprio mondo interno. In conclusione, questo nuovo modello riesce a riassumere in maniera esauriente quelle che sono le caratteristiche principali del disturbo e quelli che potrebbero essere i fattori che influenzano la patologizzazione del daydreaming. Le evidenze scientifiche presentate sono numerose, e la ricerca a riguardo è incrementata; infatti, nel prossimo anno sono in programma più di dieci pubblicazioni sul MD, sia dal punto di vista clinico che dal punto di vista scientifico.

1.3 Ipotesi sull'eziologia del fenomeno

Durante gli anni sono state fatti diversi studi per poter individuare le ipotesi su quale possa essere la causa del MD. Si tratta di un fenomeno molto complesso in cui è difficile sia collocarlo in un momento specifico della vita, che riuscire a individuare le possibili cause, date le innumerevoli variabili che possono entrare in gioco. All'inizio di una ricerca di un fenomeno nuovo si procede per tentativi, cercando di escludere le ipotesi meno plausibili. Nonostante la ricerca avesse cominciato a proseguire verso l'idea di una dipendenza comportamentale (Bigelsen, 2016), le ipotesi di eziologia erano ancora poco definite. Per questo sono state condotte altre ricerche, in cui vengono analizzati i fattori che potrebbero essere correlati alla formazione del MD. Prima di entrare in merito all'argomento, è necessario ricordare che prima di diventare "maladaptive" il daydreaming è una funzione del tutto normale della mente umana e non necessariamente è legato a qualcosa di patologico (Singer, 1966). Uno spunto viene fornito dal Young (1988), che indaga la relazione tra DID e fantasie. Secondo l'autore, infatti, la fantasia è considerata un fattore determinante nello sviluppo del DID. Egli ha esaminato il ruolo della fantasia nella formazione di nuove personalità e ha descritto il modo in cui la fantasia può essere utilizzata come meccanismo di coping per affrontare situazioni eccessivamente stressanti o traumatiche. Vengono identificate nella fantasia dalle proprietà calmanti e rinforzanti nel gestire situazioni stressanti. L'autore descrive come alla base del disturbo ci sia l'unione tra le proprietà della fantasia e le situazioni traumatiche, affermando che la fantasia dei bambini in situazioni di abuso potrebbe portare alla formazione del DID. Alla base del daydreaming c'è un concetto moderno molto citato in letteratura, "the fantasy proneness" (Wilson & Barber 1981;1982), ossia la propensione a fantasticare, che fa parte del bagaglio personale dell'individuo.

Winnicott (1971) riporta che l'eccessivo fantasticare crea danni, e ci racconta il caso di una paziente che, in realtà, non ha avuto un'infanzia violenta, ma piena di esperienze di negligenza e isolamento. Dove si colloca la verità in tutto questo? Tenere in considerazione tutte queste visioni insieme non è così semplice, per questo è necessario indagare ancora i fattori che potrebbero entrare in gioco. Gli unici che possono dare una migliore spiegazione a tutto questo sono gli stessi soggetti che soffrono di questo disagio, ed è proprio a loro che Somer continua a chiedere di più, su quando, come e perché hanno cominciato a fantasticare. Somer e colleghi (2016a) hanno raccolto le interviste da un campione di probabili MDers, esaminando le loro esperienze durante l'infanzia e i fattori che hanno contribuito allo sviluppo del disturbo. I risultati dello studio (2016a) 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, i dati ottenuti permettono di arrivare alla conclusione che chi riporta MD ha una sorta di abilità innata di fantasticare in maniera vivida, sebbene da sola, come è stato già visto, non è sufficiente. L'abilità di fantasticare può, però, diventare una predisposizione patologica al MD se vi sono presenti anche fattori di solitudine e situazioni avverse nell'infanzia. Somer (2016a) propone un modello per spiegare meglio quelli che sono i fattori che influenzano l'insorgenza del MD. All'interno dello schema riportato di seguito (Figura 1, Somer, 2016a) è possibile vedere come, per prima è presente la predisposizione al fantasticare in maniera vivida, che può portare a creare una serie di fantasie consolatorie e appaganti. Se invece pensiamo ad un uso eccessivo della fantasia, unito a fattori come l'isolamento sociale si comincia a creare un circolo vizioso che si autoalimenta. Somer (2016a) afferma che più c'è distress emotivo e isolamento

sociale, più intenso sarà l'attività di fantasticare che cercherà di compensarvi, attuando così un circolo vizioso. Un ruolo importante è il trauma e il neglect nei confronti del soggetto che lo porta ad un maggiore isolamento sociale. All'interno dello schema, oltre all'isolamento sociale e il distress, sono presenti anche il trauma e il neglect, che Somer aveva precedentemente ipotizzato come causa del MD (2002).



(Somer, 2016a)

È possibile che alla base del MD ci possa essere un evento traumatico, così come aveva intuito Young (1988). Per poter confermare l'ipotesi che alla base del MD ci sia un trauma infantile è necessario raccogliere più dati. Somer & Herscu (2017c) hanno indagato la relazione tra trauma, ansia sociale e dipendenza dalla fantasia. I risultati mostrano una correlazione positiva significativa tra trauma in età infantile e ansia

sociale, il che potrebbe far pensare che alla base del MD ci siano dei traumi infantili. Al contrario, sembra che la presenza di un evento traumatico da solo non sia sufficiente per poter sviluppare il MD. Per questo motivo è stato concluso che alla base del MD ci fossero una serie di concause, tra cui l'isolamento sociale, la predisposizione a fantasticare (Wilson & Barber 1981;1982) a cui si aggiungono le varie avversità vissute dall'individuo. È stato constatato che l'assorbimento e la dipendenza sono delle caratteristiche centrali nel MD, di cui è necessario approfondire maggiormente la relazione. Lo studio si conclude con la considerazione che il MD è un fenomeno complesso in cui entrano in relazione diverse variabili, di cui è necessario analizzare bene la relazione. I recentissimi studi condotti nell'ultimo anno, prima della pubblicazione di questo elaborato (Soffer-Dudek, 2022), si inclinano verso una direzione completamente diversa dalla concezione che derivi da un evento traumatico. La risposta definitiva non è ancora stata trovata, ma si ipotizza che il MD possa essere una forma di disturbo dissociativo, diverso dal DID e da altri disturbi dissociativi. (Soffer-Dudek, 2022)

1.4 La vita da Maladaptive Daydreamer

L'intenzione dietro questa sezione è di toccare con mano l'esperienza soggettiva di una persona che riporta MD. In questa sezione verrà dedicato un piccolo spazio per cercare di descrivere in una maniera meno formale e più umana quelle che sono le difficoltà della vita quotidiana di un soggetto affetto da MD, quali sono le strategie che possono essere utilizzate per ridurre i sintomi e quanto è difficile gestire il disturbo in determinati momenti della propria vita. Lo scopo di tutto questo è di rendere più vicina la visione di una problematica, che più della psicopatologia conosciuta, sembra non esserci perché non ancora riconosciuta e accreditata a sufficienza. È difficile per una persona affetta da MD riuscire a spiegare di cosa si tratta e a parlare del problema, prima di tutto perché viene percepito con un forte senso di vergogna, tale da nascondere attentamente ogni possibile indizio di disagio (Somer et al., 2016a; Somer & Herscu, 2017c, Somer, 2021); inoltre, fin ora molti MDer non hanno mai trovato una descrizione o un nome a tutto questo, rendendo la possibilità di esprimerlo ancora più difficile. Le frasi che sono state riportate provengono da alcuni articoli scientifici che hanno condotto analisi qualitative, che permettono di rispecchiare molto il vissuto quotidiano e di collegarsi anche a tutti i costrutti analizzati fin ora.

1.5 Le testimonianze della difficoltà nella vita quotidiana

“I Thought I Had Schizophrenia. It Is a Very Guarded Secret that I Have” [Pensavo di essere schizofrenico, è un segreto che ho custodito] – J.K. (Somer, 2016a, p. 475). Si tratta di una frase molto forte, in cui si trovano degli elementi caratteristici di questo disturbo: la paura di essere scoperti e di essere affetti da un disturbo molto grave. Dalle interviste raccolte da Somer (2016a) molti soggetti si riferiscono al MD come a

qualcosa di cui si vergognano profondamente, ciò li spinge a nascondere e vivere nella paura di essere scoperti da altre persone. Anche solo l'idea di parlarne con le persone più vicine è difficile da concepire, probabilmente causata dalla paura di essere respinti o di essere ritenuti mentalmente instabili (Somer, 2016a).

“Therapy Never Worked on Me” [La terapia non ha mai funzionato su di me] (Somer, 2016a, p. 475). Alcuni MDers riportano di aver intrapreso sia psicoterapie che terapie farmacologiche (2016a), che non hanno dato esito positivo. È possibile che il MD possa essere confuso per altri disturbi, come: depressione, disturbo d'ansia, disturbo ossessivo compulsivo, disturbo post-traumatico da stress o disturbo dissociativo etc. (Somer, 2016a; Somer 2017a). Ognuna di queste diagnosi ha il proprio trattamento, che se applicato ad una condizione differente non può avere esito positivo. Allo stesso modo, una terapia farmacologica errata può avere degli effetti limitati sul miglioramento dei sintomi. Ciò che emerge da alcuni racconti dei partecipanti (Somer, 2016a) è che la vergogna legata al fantasticare spesso non gli permetteva di affrontare l'argomento in terapia. Alcuni hanno affermato di aver cambiato molti terapeuti perché sentivano di essere compresi nel loro disagio provato a causa del MD.

“I've Been Daydreaming as Long as I Have Been Alive” [Sogno ad occhi aperti da quando sono vivo] – M. N. (Somer, 2016a, p. 473). Si tratta di una delle frasi più ricorrenti all'interno delle descrizioni dei MDers, che spesso si trovano anche sulle varie piattaforme social. Da qui può partire una riflessione su quale può essere il momento in cui si manifesta questo disturbo, dato che tantissimi ricordano di aver fantasticato da sempre, sin da quando sono bambini (2016a). Sarebbe interessante osservare l'età media in cui i MDers cominciano a fantasticare e quando, invece, è cominciato a diventare un problema tale da considerarlo maladattivo.

“It’s an escape from what is happening in the here and now.” [È una fuga da ciò che sta accadendo nel qui ed ora] (Somer, 2002, p. 204) L’uso del fantasticare per fuggire dalla realtà può essere letto anche in termini di eventi traumatici (Young, 1988). Come è stato accennato in precedenza, è possibile che il fantasticare possa essere una strategia per fuggire da eventi traumatici, che creano una forte angoscia per la persona. È una forma di dissociazione che permette di sfuggire alla realtà, e il qui ed ora sono le due dimensioni della realtà più difficili da affrontare per chi deve fare i conti con il MD. Si fugge dal qui ed ora per diversi motivi: è possibile che la persona percepisca la realtà intorno a sé pericolosa, dolorosa, non soddisfacente o non in grado di soddisfare il bisogno dell’individuo. È quindi possibile interpretare il MD come una forma di meccanismo di evitamento, tramite la dissociazione “volontaria” del soggetto.

“Daydreaming helps me not feel the fear...I feel so powerful in my fantasies. Too bad nothing of this power stays with me when I leave my imaginary world.” [Fantasticare mi aiuta a non sentire la paura... mi sento così potente nelle mie fantasie. Peccato che niente di questo resti con me quando lascio il mio mondo immaginario] (Somer, 2002, p. 204) Questa è la frase di uno dei famosi 6 soggetti dello studio di Somer (2002). Questo soggetto in particolare ha subito neglect emozionale, abuso fisico e sessuale, arrivato per un trattamento e diagnosticato con un disturbo dissociativo. Il soggetto in questione ha riportato di utilizzare il daydreaming come una modalità di fuga dalle emozioni negative, in questo caso la paura; allo stesso tempo egli stesso riporta di sapere che sfugge dalla paura con qualcosa di non reale. La consapevolezza che si tratti di una fantasia è uno dei tratti comuni in soggetti con MD; è proprio per questo motivo che è stato difficile inquadrare il disturbo, perché in qualche modo non si tratta di una dissociazione completa in cui il soggetto non ricorda ciò che è successo o non distingue

la realtà dalla fantasia. È possibile affermare che l'esame di realtà è intatto, anche se il soggetto tende a voler vagare con la mente verso un mondo fittizio. Oltre a questo, la paziente descrive molto dettagliatamente il suo sé ideale che prende vita nelle fantasie. Dunque, oltre che sfuggire da emozioni negative come la paura, viene anche costruita un'immagine piacevole di sé stessa, in modo da poter gratificare anche desideri che nutre, ma che non ritrova nella realtà.

“What was meant to help me had trapped me and I couldn't stop.” [Ciò che avrebbe dovuto aiutarmi mi ha intrappolato e ora non posso smettere] (Somer, 2016a, p. 474). Una frase emblematica, perché permette di analizzare due aspetti essenziali. Il primo fa riferimento al bisogno di aiuto, “ciò che avrebbe dovuto aiutarmi”, come se fosse una forma di autoconsolazione. È possibile leggere tutta la frustrazione in una frase, in cui il soggetto esprime il bisogno di aiuto, che in realtà non è stato fornito e quindi ha necessariamente dovuto fare da solo. Il secondo aspetto, invece, fa riferimento al fatto che qualcosa è andato storto “mi ha intrappolato e non posso più smettere”, ciò che avrebbe dovuto essere una fonte di rassicurazione si è trasformata in una dipendenza; perché non riesce più a soddisfare questo bisogno in altro modo, o forse perché ha trovato altri modi di gratificare il soggetto. All'interno del paper da cui è tratta questa frase (2016a), viene riportata anche una criticità essenziale: i soggetti che soffrono di MD spesso spinti dal bisogno di fantasticare cercano di trovare dei modi per poter stare soli. Dalla solitudine percepita che porta sofferenza, si passa ad una solitudine quasi ricercata, che permette di potersi chiudere e riuscire a fantasticare “in pace”, lontano dagli stimoli sociali e dal mondo reale. Attraverso queste parole è possibile leggere sia i vari costrutti teorici che hanno formalizzato il disturbo, sia il disagio che effettivamente viene provato dai soggetti con MD. Per quanto non ancora ufficialmente riconosciuto,

rimane un problema nella vita dell'individuo, che percepisce di non riuscire a vivere pienamente. Si potrebbe sottolineare qui l'importanza dell'osservazione fatta da Winnicott (1971) sulla sua paziente, paziente già esposta in precedenza. Egli stesso vede il potenziale di una persona che è immobilizzata dalla fantasia, che non riesce ad essere totalmente presente e fa fatica a stare nella realtà senza andare altrove con la mente.

1.6 Ipotesi di Trattamento

È stato indagato molto quale potesse essere il trattamento più efficace per poter eliminare o per lo meno ridurre i sintomi legati al MD. Portare alla consapevolezza quanto possa essere dannoso l'eccessivo "fantasticare" è molto difficile se comporta anche una fonte di rifugio o di piacere. Essendo il MD un disagio non ancora riconosciuto come patologia, non sono state formalizzate delle linee guida per un intervento clinico; inoltre, non ci sono molti professionisti che sono al corrente dell'esistenza del MD. In questa sezione verranno esposte le possibilità di trattamento più efficaci, in base alle evidenze scientifiche raccolte fin ora. Non c'è stato un vero e proprio studio di trattamento fin quando Bigelsen (2016) definisce il MD come una forma di dipendenza comportamentale, ciò ha implicato anche delle ripercussioni nella considerazione clinica del disturbo. Sulla linea di questa ipotesi, viene condotto uno studio pilota del trattamento di tipo cognitivo comportamentale (Somer, 2018a). In quanto dipendenza comportamentale, il metodo di intervento più efficace sarebbe un trattamento di tipo cognitivo-comportamentale. Lo studio in questione descrive il caso singolo di Ben, 25 anni, studente universitario israeliano, che ha scritto al dott. Somer per proporsi come candidato per lo studio proposto sul trattamento del MD (2018). Ben afferma di fantasticare molte ore al giorno sin da quando era bambino. Un anno prima dello studio, ha intrapreso una psicoterapia nel centro di counseling universitario, in cui

sono stati rilevati problemi di concentrazione e sintomi depressivi, e nonostante aver provato a spiegare si trattasse di MD, i sintomi di Ben sono stati interpretati con una diagnosi di ADHD. Ben si è proposto per il trattamento con il dott. Somer perché sente di non avere relazioni significative e di ritiene di utilizzare troppo del proprio tempo fantasticando su delle relazioni immaginarie. Oltre a questo, Ben lamenta anche di utilizzare molto del suo tempo su internet. Prima di sottoporsi al trattamento, vengono somministrati diversi questionari a Ben tra cui: alcune domande di screening, la MDS-16, la SCIMD (Somer, & Herscu 2017c), la Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R), la Work and Social Adjustment Scale (WASAS) e una serie di monitoraggi quotidiani sull'uso di internet e del MD. La terapia di tipo cognitivo-comportamentale durata sei mesi è stata costruita in itinere dal terapeuta e dal paziente in base ai bisogni e le difficoltà di Ben. Lo scopo della terapia non era la totale assenza del MD, ma di acquisire maggiore controllo sul daydreaming in maniera da non essere un ostacolo nella vita quotidiana e accademica. Per la terapia, il soggetto era tenuto a monitorare il MD quotidianamente e riportare ciò che faceva settimanalmente. Oltre a questo trattamento sono stati anche indagati quelli che sono i fattori di mantenimento del MD, che in qualche modo spingono il soggetto a difendere il disturbo. Una delle sfide più difficili per il trattamento di una dipendenza è di favorire lo smantellamento del sistema di ricompense legate al comportamento da cui si è dipendenti (2018). Oltre al trattamento illustrato precedentemente, è stata utilizzata l'intervista motivazionale, per poter cambiare la motivazione intrinseca legata alla dipendenza, permettendo anche di costruire una maggiore consapevolezza di cosa c'è dietro al comportamento da cui si è dipendente. Infine, il trattamento si è concentrato sul rendere il soggetto più consapevole, capace di gestire il tempo, acquisire maggiori tecniche di rilassamento e di

mindfulness, oltre che di implementare le capacità di pianificare il futuro e lavorare per raggiungere uno scopo. I risultati hanno mostrato un miglioramento nella qualità di vita del soggetto, anche grazie al fatto che ha conosciuto una ragazza durante il trattamento che ha suscitato un certo miglioramento in lui. Il paziente è riuscito a dimezzare il tempo impiegato a fantasticare, riportando nel follow-up di essere riuscito a lavorare e incrementare la propria vita sociale. Il caso di Ben è la dimostrazione che un approccio integrato con diverse modalità di trattamento è molto efficace. Durante la terapia è stato possibile concentrarsi sugli aspetti più problematici che caratterizzano il disturbo: l'aspetto di dipendenza comportamentale e l'aspetto di isolamento sociale. Somer (2018) ribadisce anche che questo tipo di trattamento va ad intervenire direttamente sulla sintomatologia, cercando di migliorare il comportamento per poter anche avere un aggiustamento nella vita quotidiana. Questo sicuramente riesce a dare una prospettiva di trattamento, sebbene non sia legato a una completa "guarigione" totale. Per poter avere un'indagine più completa sulla radice sarebbe necessaria una psicoterapia mirata, anche per indagare i contenuti e le motivazioni del singolo soggetto legate al mantenimento del disturbo e a ciò che c'è dietro alla dipendenza, quale mancanza cerca di sanare (Somer, 2022, "Jayne Rachael talks with Eli Somer [...], 12:45 min.). L'uso delle tecniche di mindfulness è stato approfondito in un recente studio, in cui i partecipanti sono stati chiamati a completare una procedura di automonitoraggio sui sintomi del MD (Herscu, 2023). All'interno del suddetto studio, i partecipanti sono stati suddivisi in 3 gruppi, uno in cui è stato completato l'intervento (full intervention -FI), uno in cui l'intervento è stato fatto parzialmente (partial intervention - PI) e uno in cui i soggetti erano stati invitati ad attendere tre mesi prima dell'intervento, a cui in realtà non è stato sottoposto il trattamento (Waiting list - WL). Il trattamento consisteva nel ricevere un

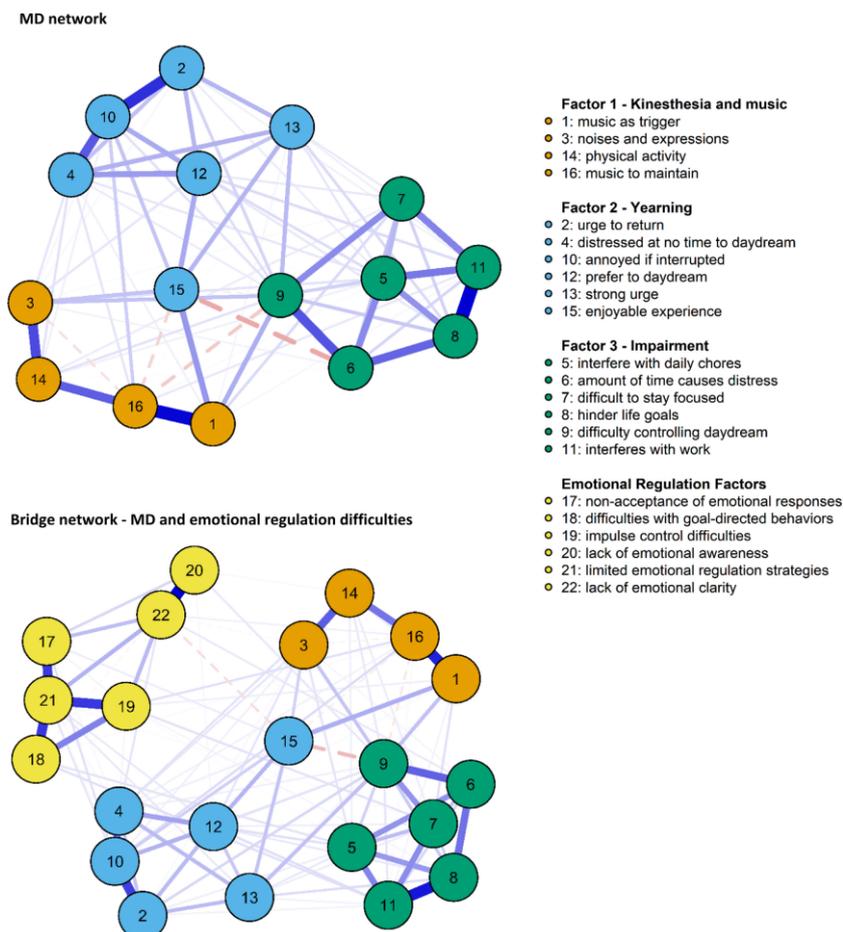
training psicoeducativo online sulle tecniche di mindfulness, di miglioramento della motivazione e di automonitoraggio. Il gruppo FI ha completato tutto il training, il gruppo PI ha ricevuto una versione più snella, che non includeva il training di automonitoraggio, mentre all'ultimo gruppo (WL) è stato detto di seguire delle istruzioni generiche e di ridurre l'attività di daydreaming quanto meglio potevano con le loro abilità. L'intervento è durato in totale 8 settimane, in cui i candidati hanno preso lezioni divise in moduli, che non potevano saltare, oltre a questo erano tenuti a fare dei compiti oltre le lezioni. I risultati mostrano che nel gruppo FI, il 39% ha raggiunto un alto miglioramento a livello clinico, mentre nel gruppo PI solo il 24% dei partecipanti; mentre il gruppo di controllo WL ha riportato alcuni benefici dal supporto trovato online da altri MDers, anche grazie all'acquisizione di un senso di appartenenza (Herscu, 2023). In conclusione, lo studio suggerisce che il protocollo attuato può avere una probabilità del 50% di ridurre la frequenza del MD e di migliorare i sintomi associati al distress, all'ansia e alla depressione. A differenza dei training di mindfulness, l'automonitoraggio è risultato più difficile da praticare, in quanto richiede più costanza nell'osservare i propri comportamenti; sia la mindfulness che l'automonitoraggio sono risultati efficaci nel ridurre i sintomi di MD. (Herscu, 2023)

1.7 L'obiettivo della ricerca

L'obiettivo di questo studio è di indagare se il Maladaptive Daydreaming può essere interpretato come una forma di regolazione emotiva disfunzionale. All'interno di questo studio si ipotizza che le fantasie acquisiscano una funzione di regolazione emotiva all'aumentare dei sintomi di stress, ansia e depressione. A sostegno di questa prospettiva, sono state già analizzate diverse teorie, come quella di Singer (1975), secondo la quale il daydreaming è un'attività costruttiva e che può essere considerato come una forma di gestione delle emozioni che facilita l'integrazione delle esperienze fatte lungo il percorso di vita dell'individuo. Allo stesso tempo, si potrebbe pensare che il MD possa derivare da una modalità di regolazione emotiva, sviluppata in età infantile, che con il tempo diventa inadatta con l'avanzare dell'età dello sviluppo. Per quanto riguarda le emozioni legate al MD, esse sembrano essere per lo più legate ad uno sentimento di gratificazione e piacere (Bigelsen, 2011); anche se con ricerche più approfondite è stato possibile osservare che la sensazione di gratificazione ha una durata breve (sperimentata per lo più durante l'attività) non è l'unica emozione riportata. Da uno studio più recente (Somer, 2018b), - in cui è stato chiesto ai partecipanti di compilare quotidianamente un diario per 14 giorni dove riportavano a fine giornata le attività che avevano svolto, in particolare legate al MD - emerge che le emozioni collegate al MD sono per lo più negative. Probabilmente, ripensando a come è trascorsa la giornata e a ciò che ha portato, l'emozione prevalente che emerge è un senso di vergogna e di rimorso per tutto il tempo passato a fantasticare. Un effetto del genere è stato riportato anche in sintomi dissociativi, legati a stati di depersonalizzazione e derealizzazione. È possibile che l'utilità del daydreaming possa essere influenzato per lo più dalla distress, e che questo potrebbe renderlo disfunzionale dato il sovraccarico di

stimoli a cui il soggetto viene esposto. Per poter capire come la capacità di regolazione e comprensione delle emozioni possa essere correlata al MD, Greene et al. (2020) hanno intrapreso uno studio che ha investigato l'associazione tra MD, empatia, creatività, regolazione emotiva e l'immersive daydreaming (ID). Quest'ultimo si differenzia dal MD proprio per la mancanza della componente disfunzionale; il soggetto è in grado di essere assorbito nella fantasia, ma non ne sente il bisogno impellente di fantasticare e riesce perfettamente a controllare le proprie fantasie. L'intento di questo studio era di dimostrare se il MD e l'ID avessero differenze nella regolazione emotiva, creatività e regolazione emotiva. In particolare, si pensava che un più alto punteggio di MD fosse collegato ad una maggiore difficoltà di regolazione emotiva, mentre dei livelli più alti di ID fossero collegati con una migliore capacità di regolazione emotiva. I risultati hanno mostrato che i sintomi legati al MD sono associati ad una minore capacità di

regolazione emotiva, così come all'ID, anche se in maniera meno significativa. Questi risultati sono in linea con altre indagini, che hanno riportato che i soggetti affetti da MD hanno delle difficoltà a gestire le emozioni e usano il loro daydreaming come via di fuga (Bieelsen & Schupak, 2011, Somer 2002; Somer et al, 2016a). Per avere una



visione più completa della struttura associativa del costrutto del MD in associazione con la disregolazione emotiva, si può osservare il seguente network (figura 1, Greene, 2020, p. 3). Come mostra il network, ognuna di queste contiene una serie di fenomeni che hanno una relazione sia tra di loro che tra gli altri gruppi. Sono stati trovati collegamenti con la disregolazione emotiva per ognuno di questi cluster. Ciò che è emerso maggiormente è la correlazione negativa tra il trovare piacevole, il daydreaming e la mancanza di chiarezza emotiva. In pratica, quanto più è piacevole fantasticare, tanto più è presente una chiarezza emotiva. Questo potrebbe derivare dal fatto che un

daydreaming positivo e piacevole possa permettere al soggetto di processare meglio le emozioni.

In linea con quanto sopra, l'obiettivo di questo studio è di poter raccogliere informazioni che permettano di approfondire la relazione tra MD e regolazione emotiva (Greene, 2020). Come già accennato precedentemente la regolazione emotiva e il MD sono strettamente correlate e non necessariamente in maniera negativa.

L'ipotesi principale dello studio si basa sull'idea che il MD possa considerarsi una strategia di regolazione emotiva disfunzionale. In questo senso, si può interpretare il MD come una forma di "auto-aiuto" (Somer, 2016a) che permette al soggetto di far fronte a degli stati emotivi intensi che non riesce ad elaborare. Considerato il fatto che il daydreaming di per sé non ha un'accezione disfunzionale e che può svolgere delle funzioni di elaborazione emotiva, pianificazione etc. (Singer, 1975), è possibile ipotizzare che l'utilizzo maladattivo del daydreaming possa risultare una modalità di regolazione emotiva disfunzionale. Inoltre, è possibile che ci siano altri fattori che si intromettono nell'esito maladattivo del daydreaming, come fattori di stress, ansia e depressione. In conclusione, si ipotizza che oltre ad una componente emotiva negativa, ci sia una componente cognitiva che possa influenzare il MD.

- ❖ H1 – Si ipotizza una discrepanza significativa nella disregolazione emotiva tra casi possibili di MD e soggetti con livelli non significativi di MD (Green et al., 2020; Somer et al., 2016a).
- ❖ H2 – Si ipotizza che la disregolazione emotiva medi l'associazione tra i sintomi di stress, ansia e depressione e il MD

- ❖ H3 – Si ipotizza che l’approccio negativo alla gestione problemi medi tra la disregolazione emotiva e l’MD

2. Metodo

2.1 Partecipanti e procedura

Lo studio ha coinvolto 312 partecipanti adulti individui adulti tra i 18 e i 70 anni ($M = 31.47$; $DS = 12.14$). È stato utilizzato il metodo di campionamento *snowball* divulgando un survey, creato grazie alla piattaforma di Google Forms, tramite un link diffuso sui social e gruppi WhatsApp. È stato garantito l’anonimato per ogni partecipante, che prima di cominciare è stato informato e ha dato il consenso per la raccolta dati. Il questionario è stato approvato dal Comitato Etico Interdipartimentale della Ricerca In Psicologia dell’Università degli Studi di Padova (n° 4778/2022).

2.2 Strumenti di misura

2.2.1 Maladaptive Daydreaming Scale (MDS-16)

La MDS-16 (Somer et al., 2017b; validazione italiana Schimmenti et al., 2019) è un questionario auto-valutativo bi-fattoriale composto da 16 item, misurati attraverso una scala Likert a 11 punti (0-10). Questo strumento ha lo scopo di individuare la propensione a fantasticare in maniera compulsiva. Le sotto-scale di cui è composto il questionario si riferiscono al livello di interferenza nella vita quotidiana e al retrat somatosensoriale (es. la necessità di ascoltare la musica o di camminare mentre si fantastica). Il questionario fornisce anche un punteggio totale. Questo strumento è stato

utilizzato all'interno del campione per poter discriminare i MDers e dai NonMD. Il cut-off di riferimento, per poter affermare che una persona potrebbe avere il MD, è di un punteggio maggiore o uguale di 51 totali. Questo strumento ha dimostrato una sufficiente precisione e capacità predittiva, tale da poter essere utilizzato in fase di screening del MD. Un esempio di Item è "Quando ti alzi al mattino quanto è forte la tua necessità di cominciare immediatamente a sognare a occhi aperti?" (item 13). La consistenza interna in questo campione è di $\alpha = 0.95$, tale da considerare la scala un'ottima misurazione, sia per la sottoscala di interferenza nella vita quotidiana ($\alpha = 0.95$) e al reat somatosensoriale ($\alpha = 0.87$).

2.2.2 Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

La DERS (Gratz, 2004; validazione italiana Sighinolfi et al., 2010) è una misura self-report che valuta la difficoltà a riconoscere, distinguere ed accettare le emozioni, oltre che difficoltà nel neutralizzare e controllare gli impulsi in presenza di emozioni negative e sfiducia verso le proprie capacità regolatorie. Lo strumento è composto da 33 item, misurati attraverso una scala Likert a 5 punti (1 = quasi mai; 5 = quasi sempre). Lo strumento è formato da 5 sotto-scale (*Non acceptance, Goals, Impulse, Awareness, Strategy, Clarity*) ed un punteggio totale. Un punteggio totale elevato indica una probabile disregolazione emotiva. Un esempio di item è "Quando sono turbato, mi imbarazza sentirmi in quel modo." (item 12). La consistenza interna totale riportata nel campione risulta non sufficiente, a causa di due scale con un punteggio inferiore alla soglia di attendibilità. Le due sottoscale che non saranno prese in considerazione all'interno dell'analisi: mancanza di fiducia ($\alpha = 0.16$), difficoltà a riconoscere le emozioni ($\alpha = -0.069$). I risultati di queste due scale potrebbero non essere

rappresentativi della variabile analizzata a causa di un malinteso nell'interpretazione degli item ad esso collegati. Le sotto scale della DERS che saranno tenute in considerazione sono: non accettazione ($\alpha = 0.79$), difficoltà a distrarsi ($\alpha = 0.80$) e il ridotto controllo degli impulsi ($\alpha = 0.68$) e la ridotta autoconsapevolezza ($\alpha = 0.82$).

2.2.3 Negative Problem Orientation Questionnaire – Revised (NPOQ-R)

La NPOQ-R (Robichaud, M., & Dugas, M. J. (2005; versione italiana Bottesi, G., & Ghisi, M. 2017) è una misura di self-report unidimensionale, che misura il modo di affrontare gli eventi negativi; in particolare, analizza le difficoltà legate al problem-solving. Lo strumento è composto da 12 item, misurati attraverso sua scala Likert a 5 punti (1 = quasi mai; 5 = quasi sempre). Questo strumento non presenta nessuna sottoscala, per tanto fornisce un solo punteggio totale. Un punteggio alto sottolinea la difficoltà legate al problem-solving di situazioni negative. La coerenza interna totale in questo campione è $\alpha = 0.77$.

2.2.4 Depression Anxiety and Stress Scales-21 (DASS-21)

La DASS-21 (Henry & Crawford, 2005; versione italiana Bottesi et al., 2015) è una misura self-report che valuta i livelli di ansia e depressione e stress. Lo strumento è formato da 21 item misurati attraverso una scala Likert da 5 punti (0 = Non mi è mai accaduto; 5= Mi capita quasi sempre). Lo strumento fornisce tre misure separate di Depressione, Ansia e Stress ed uno scoring totale di Distress; punteggi elevati indicano maggiore distress. Un esempio di item è “Sentivo la vita priva di significato” (item 21). La coerenza interna della DASS è risultata esaustiva per ogni sottoscala: depressione ($\alpha = 0.76$), ansia ($\alpha = 0.75$) e stress ($\alpha = 0.71$) così come per il punteggio totale ($\alpha = 0.85$).

2.2.5 Impact of Event Scale – Revised (IES-R)

La IES-R (Daniel et al., 1997; versione italiana Pietrantonio et al., 2003) è una misura self-report unidimensionale che valuta le difficoltà legate all'impatto di eventi stressanti. Questo strumento è stato utilizzato per verificare che la distress percepito non fosse causato alla pandemia di SARS-Covid 19. Lo strumento è composto da 22 item, misurati attraverso una scala Likert da 5 punti (0 = Per niente; 4 = Estremamente). Punteggi più elevati indicano maggiori difficoltà e un maggiore impatto dell'esperienza stressante. Un punteggio totale alla IES-R di 33 o superiore su un punteggio massimo di 88 significa la probabile presenza di un PTSD. Un esempio di item è "Ho cercato di rimuoverlo dalla memoria" (item 17). La coerenza interna riportata all'interno del campione è di $\alpha = 0.87$.

2.3 Analisi dei dati

L'analisi dei dati è stata svolta utilizzando R studio (versione 4.0.3). È stata valutata la consistenza interna delle scale di ogni strumento utilizzato, usando l'alfa di Cronbach. Il campione totale è stato diviso in probabili MDers e non-MDers. Le statistiche esplorative per le variabili categoriali (N, %) e continue (M, DS) sono state calcolate separatamente per i due gruppi. È stato applicato il test non parametrico di Wilcoxon per poter confrontare i gruppi. Si è usato un test non parametrico per via della numerosità sbilanciata tra i due gruppi (252 MDers e 60 non-MDers; $p < .05$). Le correlazioni r di Pearson sono state calcolate separatamente per i due gruppi. Le correlazioni che verranno analizzate all'interno del paragrafo dei risultati saranno di $r > .20$ e di $p < .05$. Infine, sulla base dei risultati delle correlazioni, sono stati applicati due modelli di mediazione utilizzando il software SPSS (PROCESS, Modello 4) (Hayes,

2017). L'analisi della mediazione è un metodo statistico, grazie alla quale è possibile verificare l'ipotesi che un costrutto abbia un'influenza (diretta o indiretta) su una variabile. Il rapporto diretto non presenta la presenza di un mediatore, mentre un effetto indiretto richiede l'anteporsi di un mediatore, che esercita una certa influenza. Per poter analizzare gli effetti è necessario che tra X e Y ci sia una correlazione, dunque non verranno considerati costrutti non strettamente correlati. In linea con gli scopi del presente elaborato, i modelli sono stati calcolati considerando solo il gruppo degli MDers.

3. Risultati

3.1 Analisi preliminare

Il campione è composto da un totale di 312 persone di cui 42 uomini (13.5%), 261 donne (83.7%), 2 transgender (0.6%) e 7 non hanno espresso nessuna preferenza (2.2%). Il 57% ha raggiunto un livello di educazione pari alla laurea triennale o superiore, mentre il 39.1% ha completato gli studi secondari di secondo grado (scuola professionale o licenza media superiore), infine il 3.8% ha raggiunto un livello di educazione pari alle scuole medie o inferiore. Del campione totale, i probabili MDers sono 252 (cutoff MD \geq 51) di cui 32 uomini (12.7%), 212 donne (84.1%), una persona transgender (0.4%) e 7 persone non hanno espresso preferenze (2.8%). Coloro che, invece, fanno parte del gruppo di NonMDers sono in totale 60, di cui 10 sono uomini

Tabella 1

Variabili	MDers (N=252)		NonMDers (N=60)	
	N	%	N	%
Provenienza				
<i>Nord Italia</i>	126	50.20	26	43.6
<i>Sud Italia e Isole</i>	66	26	10	16.8
<i>Centro Italia</i>	52	20.70	21	35.2
<i>Altro</i>	8	3.20	3	5.1
Educazione				
<i>Diploma di scuola professionale</i>	22	8.7	4	6.7
<i>Laurea Magistrale</i>	56	22.2	19	31.7
<i>Laurea Triennale</i>	65	28.8	19	31.7
<i>Licenza media (o inferiore)</i>	8	3.2	4	6.7
<i>Diploma di scuola superiore</i>	89	35.3	7	11.7
<i>Specializzazione (es. Dottorato)</i>	12	4.8	7	11.7
Status occupazionale				
<i>Student*</i>	106	42.1	16	26.7
<i>Student* Lavorat*</i>	26	10.4	4	6.7
<i>In pensione</i>	2	.4	3	5
<i>Disoccupat*</i>	18	7.1	3	5
<i>Dottorand*</i>	4	1.2	1	1.7
<i>Impiegat*</i>	62	25	22	36.9
<i>Tirocinante</i>	1	.4	2	3.4
<i>Casaling*</i>	10	4	1	1.7
<i>Libero professionista</i>	23	9.1	8	13.3
Status relazionale				
<i>Single</i>	161	63.9	32	53.3
<i>Sposat*</i>	40	15.9	18	30
<i>Divorziat*</i>	3	1.2	0	0
<i>Convivente</i>	48	19	10	16.7

(16.7%), 49 sono donne (81.7%). Osservando la distribuzione di genere dei due gruppi emerge che non ci sono differenze tra i due campioni ($p = 0.3224$).

Nella Tabella 1 sono presenti i dati relativi alle variabili discrete (N; %) del campione, suddiviso in due gruppi: MDers e NonMDers. All'interno della tabella 2 sono presenti i dati delle analisi statistiche descrittive (M, DS) sulle variabili di interesse, oltre che i punteggi del test Wilcoxon (non-parametrico) utilizzato per il confronto dei due gruppi. È stato applicato il Wilcoxon test perché risulta essere più robusto data la differenza di numerosità nei due gruppi (252 vs. 60 partecipanti). Confrontando i due gruppi emerge che i MDers sono significativamente più giovani dei NonMDers ($p = 0.01$). Per quanto riguarda la regolazione emotiva, i due gruppi differiscono nella capacità di difficoltà di distrazione ($p = <0.00$) (DERS_DiffDiss) e nella ridotta autoconsapevolezza ($p = 0.04$) (DERS_RidAutocon), più elevata nel gruppo degli MDers. Per quanto riguarda i sintomi di ansia, depressione e stress, è possibile notare dei punteggi più alti nel gruppo

Tabella 2

Variabile	MDers (N=252)		NonMDers (N=60)		Stat (W)	p
	M	DS	M	DS		
<i>Età</i>	30.55	11.49	35.35	14.02	9067	0.016**
<i>MD_SomatoSens¹</i>	55.31	13.45	24.85	12.58	740	< 0.00***
<i>MD_IntVita²</i>	50.33	18.90	8.05	6.25	275.5	< 0.00***
<i>MD_totale</i>	105.63	28.40	32.9	14.17	0	< 0.00***
<i>DERS_NoAcc³</i>	16.72	6.06	16.27	5.78	7383.5	0.778
<i>DERS_DiffDiss⁴</i>	15.38	5.27	11.22	4.43	4419.5	< 0.00***
<i>DERS_NoContr⁵</i>	15.81	5.15	15.92	5.36	7649	0.887
<i>DERS_RidAutocon⁶</i>	8.88	3.42	7.95	3.85	6332.5	0.049*
<i>DASS_Depressione</i>	2.35	0.66	3.00	0.75	11078	< 0.00***
<i>DASS_Ansia</i>	2.92	0.69	3.34	0.65	10336	< 0.00***
<i>DASS_Stress</i>	2.12	0.58	2.45	0.69	9535	0.001**
<i>DASS_totale</i>	2.46	0.50	2.93	0.59	10864	< 0.00***
<i>NPOQ_R</i>	35.54	8.34	38.63	7.77	8780	.051
<i>IES_R_totale</i>	47.02	16.20	59.63	12.96	11028	< 0.00***

Note * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.00$.

¹ MDS-16 – Ritiro somatosensoriale

² MDS-16 – Interferenza con la vita

³ DERS – Mancanza di accettazione

⁴ DERS – Difficoltà nella distrazione

⁵ DERS – Mancanza di controllo

⁶ DERS – Ridotta autoconsapevolezza

di NonMDers. Non sono state riportate differenze significative nella capacità di gestione di eventi negativi in entrambi i gruppi; mentre è evidente un punteggio maggiore dei NonMDers nella scala di impatto degli eventi stressanti.

Nelle Tabelle 3.1 (gruppo MDers) e 3.2 (gruppo NonMDers) sono riportati gli eventi stressanti esperiti dai partecipanti. Gli eventi che sono stati considerati rilevanti sono: pandemia da Covid-19, scoppio della guerra in Ucraina e tensioni internazionali ed evento di natura personale. Il 49.6% dei MDers riporta che l'evento stressante a cui si riferisce è di carattere personale, mentre il 38.9% riporta come evento stressante la pandemia del Sars-Covid-19, e solo l'11.6% riporta lo scoppio della guerra in Ucraina come evento stressante.

TABELLA 3.1 – EVENTO IMPATTANTE MDERS

	N	%
PANDEMIA DA COVID-19	98	38.9
SCOPPIO DELLA GUERRA IN UCRAINA E TENSIONI INTERNAZIONALI	29	11.5
UN EVENTO PERSONALE	125	49.6
TOTALE	252	100.0

Nel gruppo di NonMDers, il 48.3% si riferisce alla pandemia da Sars-Covid-19 come evento stressante, e il 45% invece si riferisce ad un evento di carattere personale, e solo il 5% si riferisce allo scoppio della guerra in Ucraina.

3.2 Correlazioni bi-variate r di Pearson tra le variabili d'interesse

Le correlazioni bi-variate di Pearson sono mostrate nella tabella 4.1 per il gruppo di MDers e nella tabella 4.2 per il gruppo di NonMDers. Nel gruppo di MD è possibile notare che l'età sembra essere una delle variabili che correla negativamente con alti livelli di MD. Il MD risulta correlare positivamente con le difficoltà nella distrazione (DERS_DiffDiss) e correla negativamente con l'orientamento negativo al problema (NPOQR). Inoltre, il MD ha una correlazione significativa e negativa anche con l'ansia e la depressione. Per quanto riguarda la regolazione emotiva, la difficoltà nel distrarsi correla negativamente (DERS_DiffDiss) anche con l'ansia e con l'orientamento negativo al problema (NPOQ-R). Inoltre, la ridotta autoconsapevolezza (DERS_RidAutoCons) correla negativamente con i punteggi ottenuti nella DASS totale. Per quanto riguarda il gruppo di NonMDers l'età sembra correlare positivamente con una la ridotta autoconsapevolezza (DERS_RidAutocon) e con l'ansia. Per quanto riguarda la regolazione emotiva diversamente dagli MD, è presente una correlazione negativa tra difficoltà nella distrazione (DERS_DiffDiss) e MD; quest'ultimo correla negativamente anche con la mancanza di controllo (DERS_NoCont). Allo stesso tempo la mancanza di controllo correla positivamente con il punteggio della DASS totale e con l'orientamento negativo al problema (NPOQR). Osservando le due tabelle, è possibile osservare che le correlazioni delle varie dimensioni della difficoltà di regolazione emotiva sono differenti tra i due gruppi; nel gruppo di MDers la ridotta autoconsapevolezza (DERS_RidAutocons) correla negativamente con depressione, ansia e stress ; mentre per il NonMDers si considerare invece, la dimensione di mancanza di controllo che correla positivamente con depressione, ansia e stress. Inoltre, la dimensione di interferenza con la vita del MD (MD_IntVita) risulta correlare

negativamente con ansia e depressione. È interessante notare che nel gruppo di MDers ciò che correla con l'orientamento negativo al problema (NPOQR) è il MD, la mancanza di accettazione e la difficoltà nella distrazione tutto in maniera negativa. Al contrario, nel gruppo di NonMDers ciò che correla con l'orientamento negativo al problema (NPOQR) è la depressione e la mancanza di controllo.

Tabella 4.1 – Correlazioni MDers (N = 252)

	ETÀ	MD SOMATO SENS	MD INT VITA	MD TOT	DERS NO ACC	DERS DIFF DISS	DERS NO CONTR	DERS RID AUTO CONS	DASS DEPRESSIONE	DASS ANSIA	DASS STRESS	DASS TOT	N P O Q R
ETÀ													
MD SOMATO SENS ¹	-.197**												
MD INT VITA ²	-.170**	.529**											
MD TOT	-.206**	.825**	.916**										
DERS NO ACC ³	-.039	.155*	.144*	.169**									
DERS DIFF DISS ⁴	-.128*	.245**	.355**	.352**	.244**								
DERS NO CONTR ⁵	.072	-.030	.123	.068	.197**	.206**							
DERS RID AUTO CONTR ⁶	-.055	.134*	.202**	.198**	.071	-.072	.023						
DASS DEPRESSIONE	.056	-.066	-.316**	-.241**	-.005	-.160*	-.105	-.218**					
DASS ANSIA	.020	-.114	-.253**	-.222**	.021	-.235**	.094	-.244**	.372**				
DASS STRESS	-.025	-.074	-.161*	-.143*	.173**	-.046	.204**	-.202**	.422**	.370**			
DASS TOT	.024	-.111	-.321**	-.266**	.075	-.198**	.077	-.289**	.782**	.774**	.751**		
NPOQR	.147*	-.192**	-.206**	-.228**	-.215**	-.293**	-.187**	-.090	.099	.108	-.088	.060	

Note. ** la correlazione è significativa al livello 0,01 ; * la correlazione è significativa al livello 0,05

¹ MDS-16 – Ritiro somatosensoriale

² MDS-16 – Interferenza con la vita

³ DERS – Mancanza di accettazione

⁴ DERS – Difficoltà nella distrazione

⁵ DERS – Mancanza di controllo

⁶ DERS – Ridotta autoconsapevolezza

Tabella 4.2 – Correlazioni NonMDers (N = 60)

	ETÀ	MD SOMATO SENS ¹	MD INT VITA ²	MD TOT	DERS NO ACC ³	DERS DIFF DISS ⁴	DERSNO CONTR ⁵	DERSRID AUTO CON ⁶	DASS DEPRESSIONE	DASS ANSIA	DASS STRESS	DASS TOT	N P O Q R̄
ETÀ													
MD SOMATO SENS ¹	-,199												
MD INT VITA ²	,159	,022											
MD TOTAL	-,107	,897**	,461**										
DERSNO ACC ³	-,097	-,058	-,058	-,077									
DERSDIFF DISS ⁴	,028	-,306*	-,138	-,332**	,370**								
DERSNO CONTR ⁵	,040	-,234	-,263*	-,324*	,314*	,291*							
DERSRID AUTOCON ⁶	,380**	-,309*	,209	-,182	,134	,161	-,017						
DASS DEPRESSIONE	-,137	,151	-,293*	,005	,113	-,036	,284*	-,197					
DASS ANSIA	,336**	,005	-,152	-,062	,073	-,123	,351**	-,003	,496**				
DASS STRESS	-,004	-,052	-,298*	-,178	,287*	,096	,433**	-,061	,712**	,475**			
DASS TOT	,064	,046	-,297*	-,091	,187	-,023	,420**	-,108	,887**	,766**	,869**		
NPOQ_R	-,131	,075	-,159	-,004	,056	-,123	,293*	-,240	,321*	,171	,201	,278*	

Note. ** la correlazione è significativa al livello 0,01 ; * la correlazione è significativa al livello 0,05

¹ MDS-16 – Ritiro somatosensoriale

² MDS-16 – Interferenza con la vita

³ DERS – Mancanza di accettazione

⁴ DERS – Difficoltà nella distrazione

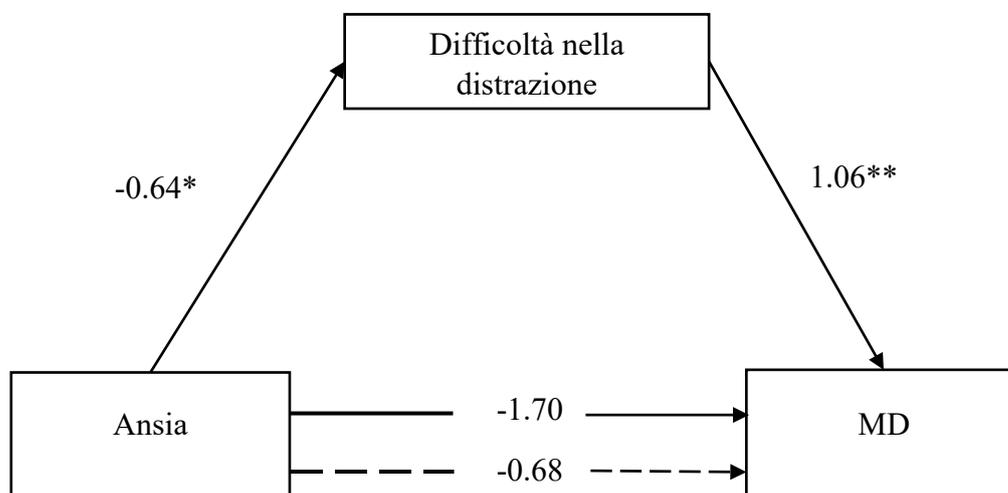
⁵ DERS – Mancanza di controllo

⁶ DERS – Ridotta autoconsapevolezza

3.3 I modelli di mediazione

Sono stati calcolati 2 modelli mediazioni (Figura 1.2 e 2) considerando solo il campione degli MDer (N = 252), prima di tutto perché risulta essere più ampio e soprattutto perché si tratta di un'analisi di questo costrutto. All'interno di entrambi i modelli mediazionli, sono state inserite due covariante: il genere e il punteggio della scala di impatto dell'evento (IES). Il primo modello è illustrato nella figura 1.1 in cui la variabile indipendente è l'ansia, la variabile dipendente è il MD e il mediatore è la difficoltà nella distrazione. In questo primo modello non risulta essere significativo né l'effetto diretto dell'ansia sul MD, né l'effetto indiretto dell'ansia sulla difficoltà di distrazione e di quest'ultima sul MD. In questo primo modello la covariata genere risulta significativa ($\beta = 7.21$; SE = 3.26; $t = 2.20$; CI = 0.78, 13.65), ma soprattutto la covariata IES è significativa ($\beta = -0.56$; SE = 0.11; $t = -4.98$; CI = -.78; -.34), suggerendo la possibilità che quest'ultima spieghi tutto l'effetto imputabile alla variabile dell'ansia; per questo motivo è stato deciso di riprovare il calcolo, senza utilizzare la covariata IES.

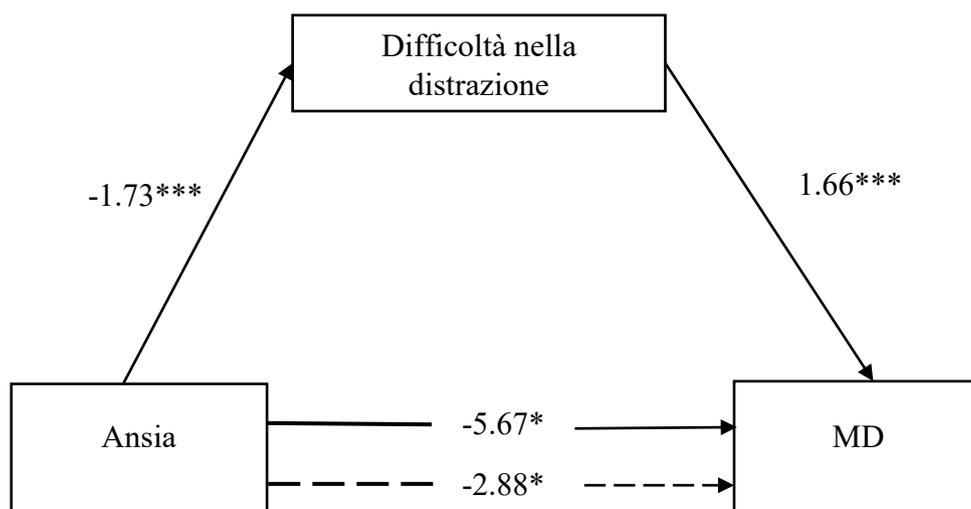
Figura 1.1 – Modello di Ansia, Difficoltà nella distrazione e MD; con IES



Note. *** la correlazione è significativa a livello <0.00 ; ** la correlazione è significativa a livello 0.01; * la correlazione è significativa a livello 0.05

Senza considerare la IES come covariata, è stato possibile osservare l'effetto diretto dell'ansia sul MD risulta essere negativo e significativo ($\beta = -5.67$; $SE = 2.47$; $t = -2.29$; $CI = -10.53, -0.80$); contemporaneamente è possibile osservare che l'ansia ha un'effetto significativo e altrettanto negativo sulla difficoltà nella distrazione ($\beta = -1.73$; $SE = 0.47$; $t = -3.69$; $CI = -2.66, -0.81$); mentre quest'ultima ha un effetto positivo e significativo sul MD ($\beta = 1.66$; $SE = 0.32$; $t = 5.13$; $CI = 1.02, 2.30$). In conclusione anche l'effetto indiretto risulta essere significativo, ma negativo ($\beta = -2.88$; $SE = 0.90$; $CI = -4.87, -1.25$).

Figura 1.2 – Modello di Ansia, DERS_DiffDistr e MD; senza la IES

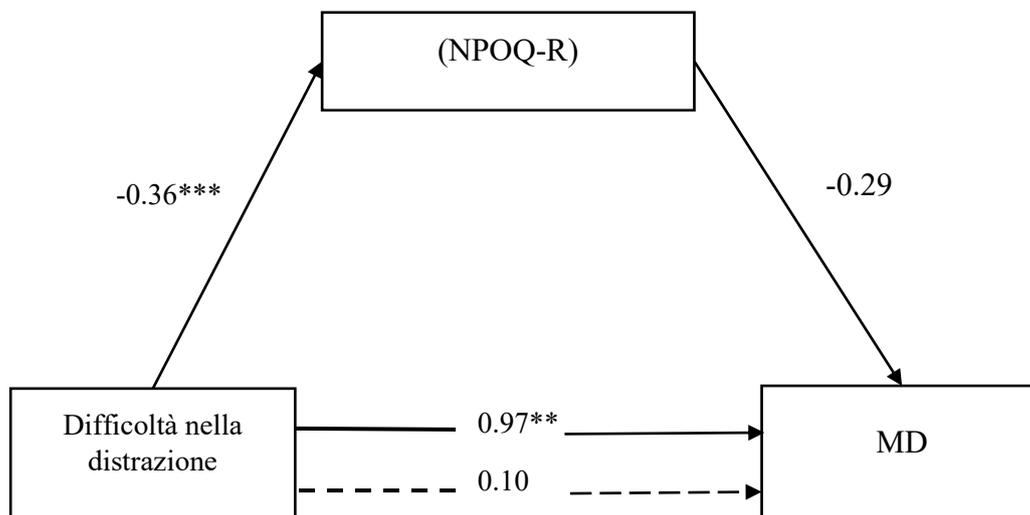


Note. *** la correlazione è significativa a livello 0.00; ** la correlazione è significativa a livello 0.01; * la correlazione è significativa a livello 0.05

Nel secondo modello sono state considerate la difficoltà nella distrazione come variabile indipendente, l'orientamento negativo al problema (NPOQR) come mediatore e il MD come variabile dipendente. La covariata di genere non è risultata significativa, mentre la IES è risultata significativa ($\beta = .07$; $SE = .03$; $t = 2.14$; $CI = .00, .13$). È possibile

osservare come la difficoltà nella distrazione dalle emozioni negative mostri un effetto negativo e significativo sull'orientamento negativo al problema ($\beta = -0.3615$; $SE = .10$ $t = -3.44$; $CI = -0.568, -0.15$). Nonostante ciò quest'ultimo non mostra un effetto significativo sull'MD, per cui in ultimo non emerge effetto indiretto. Al contrario, la difficoltà nella distrazione ha un effetto diretto significativo sul MD ($\beta = 0.97$; $SE = .33$ $t = 2.8996$; $CI = 0.3141, 1.6445$).

Figura 2 – Modello di mediazione tra Difficoltà a distrarsi, NPOQR e MD



Note. *** la correlazione è significativa a livello <0.00 ; ** la correlazione è significativa a livello 0.01 ; * la correlazione è significativa a livello 0.05

3. Discussione

L'obiettivo di questo studio è di indagare la possibilità che il MD possa essere inteso come una modalità di regolazione emotiva disfunzionale. Prima di tutto sono state indagate le differenze tra MDers e i NonMDers per poter comprendere se ci fosse una differenza nella regolazione emotiva. Successivamente è stato analizzato il ruolo che può acquisire il MD in relazione a sintomi di ansia, stress e depressione e come la regolazione emotiva potesse influenzare il MD. Inoltre, è stato indagato il ruolo della capacità di orientamento al problema come variabile cognitiva che media tra la disregolazione emotiva e il MD.

3.1 Il confronto tra MDers e NonMDers

Dai risultati emersi dal presente studio è possibile osservare delle differenze tra il gruppo di probabili MDers e di NonMDers. Prima di tutto è emerso che i MDers risultano essere più giovani rispetto ai NonMDers. Questo dato potrebbe suggerire che un soggetto MD non ha ancora sviluppato delle strategie mature rispetto ad un NonMDers, anche se non ci sono altri indizi per poter determinare che sia effettivamente così. Indipendentemente dall'età, è stato osservato che effettivamente è presente un'associazione tra MD e uno stile difensivo immaturo, che comprende anche l'utilizzo di meccanismi difensivi disadattivi, come la dissociazione (Bisella, 2021). In linea con le aspettative dello studio è stata individuata una differenza significativa nella regolazione emotiva tra MDers e NonMDers. Osservando i dati emerge che i MDers presentano una maggiore difficoltà di distrazione (DERS) e una ridotta autoconsapevolezza emotiva rispetto ai NonMDers. Una ridotta autoconsapevolezza non permette di attuare delle strategie emotive funzionali, mentre la difficoltà di

distrarsi dall'emozione è accompagnata da una difficoltà ad attuare un comportamento volto ad un obiettivo o alla risoluzione di un problema quando si provano emozioni negative (Carraresi & Melli, 2013). Inoltre, la capacità di distrarsi è una variabile in grado di predire un coping adattivo di orientamento alla soluzione e di accettazione ai problemi (Sica et al., 2007). Per cui, dei livelli più alti di difficoltà a distrarsi vengono facilmente ricondotti ad una difficoltà di intervento in situazioni di difficoltà, il quale sembra essere significativamente più alto nei MDers. Tenendo in considerazione anche il fatto che in passato è stato dimostrato che entrambe le scale del MDS-16 (ritiro somatosensoriale e interferenza con la vita) sono in grado di predire positivamente i risultati della DERS, oltre che ad indicare che un livello più alto di MD era collegato ad una minore capacità di regolazione emotiva (Greene et al., 2020), è possibile ricondurre un una maggiore difficoltà

Osservando il gruppo di NonMDers è evidente che la difficoltà nella distrazione dall'emozione correla negativamente con il punteggio del MD-16 totale. Questo dato è diametralmente opposto nel gruppo di MDers, in cui un maggiore utilizzo del MD è correlato ad una maggiore difficoltà di distrazione e incapacità all'attuare comportamenti orientati ad un obiettivo. Dunque, più il soggetto ha difficoltà nel distrarsi dall'emozione e attuare verso una meta, meno sarà frequente l'utilizzo di MD. Questo dato è esattamente opposto nei MDers, per cui a livello clinico si potrebbe spiegare affermando che coloro che non hanno MD, non ricorrono alla distrazione emotiva, ma si orientano diversamente; mentre un MDers più ha difficoltà a distrarsi dall'emozione e più ricorre al MD. È, invece, inatteso il risultato per cui il gruppo di NonMDers presenza livelli significativamente più elevati di depressione, ansia e stress rispetto ai MDers. In parte questo dato può essere spiegato tenendo in considerazione

anche la scala di impatto dell'evento, che risulta significativamente più elevata nei NonMDers che nei MDers. Infatti, nel gruppo di NonMDers tra gli eventi impattanti la prima causa indicata è la pandemia Covid-19, mentre la seconda indicata è un evento di carattere personale. In questo caso sarebbe possibile ipotizzare che l'assenza di MD possa influenzare i livelli di ansia, stress e depressione, dato che viene utilizzata dai MDers come una strategia di fuga dalle emozioni negative. Questa ipotesi avrebbe bisogno di essere indagata maggiormente anche nelle ricerche future. Se si osservano, invece, le risposte date dai MDers sulle cause della IES è possibile notare che i MDers riferiscono come prima causa un evento di vita personale, e subito dopo la pandemia da Covid-19. Questo dato è in linea con le ricerche fatte fin ora sul MD e il ruolo degli eventi traumatici nello sviluppo di questa condizione. Questo dato sembra in linea con quelle che sono state le ricerche sulla correlazione tra MD ed eventi traumatici, spesso di abuso fisico ed emozionale o di neglect, presenti nella vita dei MDers. Infatti, una delle ipotesi iniziali sull'eziologia del MD, suggeriva che alla base del MD ci fossero degli eventi di tipo traumatico (Somer et al., 2016a). Di fatto, un punteggio maggiore di 33 nella scala IES-R, indica la possibile presenza di un PTSD. Premesso che entrambi i gruppi presentano in media dei livelli superiori al cutoff, e premesso che è stata già indagata la relazione tra MD e PTSD (Somer et al., 2016a; Somer et al., 2019), le interpretazioni che si potrebbero dare sono molteplici e sarebbe meglio indagare più accuratamente. È possibile ipotizzare, che tra le variabili che possono aver influenzato il diverso livello di impatto dell'evento sia proprio il MD. Quest'ultimo potrebbe intralciare la percezione negativa degli eventi e fungere da meccanismo di regolazione emotiva, tramite la fuga degli stati emotivi negativi.

Per quanto riguarda la correlazione tra le variabili nei due gruppi, dai dati raccolti e l'analisi emerge che nel gruppo di MDers, il punteggio totale del MDS-16 correla negativamente con depressione e ansia in maniera significativa. Questi risultati non sembrano essere in linea con le ricerche fatte in passato, dato che il MD è risultato più volte essere associato con i disturbi come i disturbi d'ansia (sociale e generalizzata) e depressione (Schimmenti et al., 2019; Somer et al., 2016a; Somer & Herscu, 2017c). Dalle evidenze nella letteratura emerge che il MD contiene una componente di fuga sia dalla realtà (Somer et al., 2019), che dai ricordi traumatici e dalle emozioni negative ad essi collegate (Somer et al., 2016a), è possibile che un MDers riesce ad evadere più facilmente le emozioni negative come ansia e depressione, dunque più fantastica, più ha la sensazione di evadere le emozioni negative che prova (Somer, 2016a; Somer, 2002). Questo dato della letteratura permette di interpretare meglio la correlazione tra MD e difficoltà nella distrazione dall'emozione. Il fatto che sia più facile per un MDers fuggire da emozioni negative non significa che abbia una capacità di distrarsi dall'emozione per poter attuare dei comportamenti orientati verso un obiettivo. Anzi, dai dati riportati è possibile osservare che l'unica componente con cui il MD totale correla positivamente è la difficoltà nella distrazione dell'emozione, che comprende anche una difficoltà nel mettere in atto dei comportamenti finalizzati ad un obiettivo. In conclusione, sarebbe possibile ipotizzare che, il MDer riesce a distrarsi dall'emozione negativa ma non riesce poi ad attuare un comportamento orientato, anzi, si blocca nell'atto di fantasticare. Dunque, l'utilizzo del MD può essere visto come un tentativo di protezione da emozioni negative, ma che allo stesso tempo impedisce di attuare un comportamento orientato a trovare una soluzione. Inoltre, la ridotta autoconsapevolezza (DERS) nei MDers potrebbe essere considerato come un fattore di protezione da ansia e

depressione, dato che potrebbe favorire l'allontanamento da emozioni avverse, data la presenza di una correlazione presente tra questi fattori. Prendendo in esame la MDS-16 e le sue due scale – la dimensione somatosensoriale, che considera la capacità di assorbimento nel daydreaming, e la componente di interferenza con la vita, che fa riferimento maggiormente al carattere disfunzionale del MD (Schimmenti et al., 2017) – è possibile notare che la scala di interferenza con la vita, risulta essere correlata positivamente con una bassa consapevolezza emotiva. Quest'ultimo fattore viene anche collegato alla capacità di riconoscimento delle emozioni (Carraresi & Melli, 2013). In conclusione, è possibile affermare che il MD possa anche interferire con la percezione delle emozioni negative, anche dovuto alla presenza di bassa consapevolezza emotiva. Nel gruppo di NonMDers, la stessa scala di interferenza con la vita del MD risulta correlata negativamente con mancanza di controllo (DERS_NoContr), con la depressione e anche con i sintomi di stress. Mentre è stato visto che nel gruppo di MD la scala di interferenza correlasse negativamente con depressione e ansia. Si potrebbe ipotizzare che l'utilizzo di MD conduca ad una riduzione di livelli di depressione e stress, secondo la logica che questo possa fungere da modalità di fuga dalle emozioni negative e allo stesso tempo possa aumentare la percezione di controllo emotivo. Si tratta di un'ipotesi che potrebbe essere maggiormente approfondita con altri studi di comparazione delle modalità di regolazione emotiva. Quest'ultimo dato potrebbe sostenere l'ipotesi che il MD possa fungere da modalità di regolazione emotiva che permette la riduzione dei sintomi di ansia, stress e depressione (DASS totale), non solo alla popolazione di MDers ma anche nella popolazione NonMDers.

3.2 I modelli di mediazione

L'applicazione dei modelli di mediazione è servita a stabilire una sequenzialità nelle variabili, per verificare se effettivamente la regolazione emotiva potesse influenzare il MD, alla presenza di sintomi di ansia, depressione e stress. Purtroppo, tra queste ultime, solo l'ansia risulta avere una correlazione significativa per poter applicare un modello di mediazione. Inoltre, come già accennato non è stato possibile utilizzare il punteggio della DERS totale, per questo motivo a rappresentanza della regolazione emotiva è stata utilizzata la difficoltà nella distrazione, in quanto scala della DERS più correlata con il costrutto del MD. Ciò che è emerso in principio è che l'ansia non avesse nessun effetto diretto sul MD, così come nessun effetto indiretto tramite la mediazione della difficoltà nella distrazione. Ipotizzando che la covariata IES potesse aver spiegato tutta la varianza dell'ansia, è stato deciso di applicare il modello senza la covariata. Un'ipotesi su come la scala di impatto dell'evento possa aver spiegato buona parte della varianza dell'ansia, è che l'ansia a cui i soggetti fanno riferimento è legata ad un evento, che può anche essere considerato traumatico. Da qui in poi è possibile ricollegarsi alla relazione stretta tra MD ed eventi traumatici, già riportata anche in relazione all'alta frequenza di MDers che indica come evento impattante quello di carattere personale. Dunque, si potrebbe fare riferimento ad un tipo di ansia di stato, ossia legata ad un evento in particolare, piuttosto che di ansia di tratto che è più generale. Non necessariamente si tratta di evento traumatico, ma anche di neglect emozionale, che potrebbe comunque influenzare l'esperienza del soggetto (Somer et al., 2021; Somer. 2016a). In merito all'analisi del primo modello, i risultati sono in linea con le aspettative iniziali, in quanto l'ansia ha un effetto diretto significativo sul MD, ma in maniera negativa. Nonostante sia un risultato inatteso, ipotizzando che l'ansia sia collegata ad un evento

stressante o traumatico, è possibile che riporti il soggetto ad una certa consapevolezza, per lo meno gli impedisce di fantasticare. Allo stesso modo, rimanendo su questa concezione di ansia, e osservando la relazione con la difficoltà nella distrazione, l'ansia potrebbe fungere da richiamo alla realtà, favorendo una migliore capacità di distrazione dall'emozione e di capacità di orientamento del comportamento verso una soluzione. Si tratta di pura speculazione, ma è anche vero che la capacità di distrarsi e attuare un comportamento per il raggiungimento di un obiettivo sottintende una certa autoconsapevolezza (Carraresi & Melli, 2013). A sua volta la difficoltà nella distrazione dalle emozioni ha un effetto positivo sul MD, si tratta di un dato in linea con le aspettative, dato che il MD può essere intesa anche come un meccanismo di fuga dalle emozioni negative (Somer, 2002; Somer et al., 2016; Somer et al., 2018 etc.). In conclusione, dunque, l'effetto dell'ansia, che passa attraverso la mediazione della distrazione dall'emozione, può favorire la riduzione di MD.

Nel secondo modello, in cui si ipotizza che sia l'orientamento negativo al problema a mediare tra la regolazione emotiva e il MD, l'effetto diretto della difficoltà di distrazione è positivo. Così come nel primo modello, la difficoltà di distrazione è considerabile una fuga dall'emozione e una difficoltà di orientare un comportamento verso uno scopo; entrambe queste caratteristiche possono favorire l'aumento di MD. Per quanto riguarda l'effetto della difficoltà di distrazione sull'orientamento negativo al problema emerge un'associazione negativa. Più il soggetto è in grado di distrarsi dalle emozioni, maggiore è l'orientamento negativo al problema. Questo potrebbe essere spiegato considerando che la difficoltà a distrarsi dall'emozione implica anche una difficoltà nell'attuare un comportamento verso uno scopo, di conseguenza il soggetto tenderà ad orientarsi in maniera negativa verso il problema.

3.3 Punti di forza e limiti della ricerca

Poiché il questionario è stato divulgato grazie ai contatti dell'associazione Maladaptive Daydreaming Italia, un primo limite del presente studio è che il campione è risultato sbilanciato per quanto riguarda la divisione nei due gruppi (MDers 252 v.s. NonMDers 60). Inoltre, ulteriore limite, è la presenza più elevata di femmine rispetto che maschi (83.7% del campione sono donne).

Inoltre, il fatto che sia stato applicato un metodo di studio trasversale presenta una limitazione, dato che questo metodo non permette di valutare una relazione di causa-effetto. Si può considerare, invece, come una fotografia della realtà, il cui vantaggio è di poter individuare velocemente una condizione nel campione. Per quanto riguarda i punti di forza dell'elaborato è da tenere in considerazione l'ampiezza del campione di MDers su cui è stato possibile fare un'analisi approfondita. Inoltre, l'utilizzo dell'analisi mediazione ha permesso di indagare maggiormente i meccanismi sottostanti il MD, in relazione alla capacità di regolazione emotiva e di orientamento verso un problema.

3.4 Spunti per la ricerca futura

La ricerca futura dovrebbe essere volta ad approfondire maggiormente i meccanismi che prendono parte alla formazione e al mantenimento del MD e per cui si potrebbero indagare i contenuti delle fantasia in relazione alla regolazione emotiva, per poter comprendere il funzionamento emotivo dell'individuo con MD. Si potrebbe ricorrere alla Structured Clinical Interview for MD (SCI-MD) per poter indagare i contenuti del MD in relazione alla regolazione emotiva e poter comprendere maggiormente l'utilizzo dei meccanismi di regolazione emotiva che vengono messi in atto dai MDers. La ricerca sul MD necessita di ampliare i propri orizzonti anche sulla comprensione dei meccanismi di base nella regolazione emotiva e sulle capacità cognitive, in un'ottica che comprenda anche le nuove teorie che sono state recentemente formulate. Sarebbe interessante scoprire anche se ci sono delle somiglianze tra la regolazione emotiva di soggetti con MDers e soggetti con altri disturbi dissociativi, per poter indagare maggiormente sia la possibilità che il MD sia un disturbo dissociativo, sia quali sono i meccanismi di regolazione emotiva in queste due popolazioni. Inoltre, sarebbe interessante riuscire ad indagare maggiormente il MD nell'età dello sviluppo, in modo da individuare dei marcatori o dei fattori di predisposizione, che possono insorgere in età infantile. In moltissime testimonianze è riportato che il solo atto di fantasticare è comune in età dello sviluppo, anche se non necessariamente in ogni caso. Porre l'attenzione sull'età dello sviluppo potrebbe, però, dare una serie di informazioni sia sull'insorgenza, sia sul come questa condizione si stabilizza nel tempo. Una volta individuati dei bambini con un possibile MD sarebbe interessante anche indagare le modalità di regolazione emotiva di questi bambini, oltre che la funzione che svolge il MD nella loro vita.

Conclusione

Con questo elaborato è stato possibile indagare la regolazione emotiva nei MDers anche in confronto a soggetti che non presentano questa condizione. È stato fatto un confronto tra due gruppi per poter far emergere quelle che sono le differenze, ma anche le somiglianze che questi due gruppi possono avere. È stato possibile individuare una componente del MD che genera un simile effetto sia nella popolazione di MDers che nella popolazione di NonMDers. Inoltre, è stato possibile osservare il ruolo che il MD può acquisire in relazione alla regolazione emotiva sia in MDer che in soggetti NonMDers. Non c'è dubbio che sono necessari approfondimenti sul tema, così come non c'è dubbio che la regolazione emotiva può essere una chiave di lettura al MD. Le scoperte fatte fin ora si dirigono verso la classificazione e il riconoscimento di questo fenomeno come disturbo, le cui cause non sono state ancora stabilite. È necessario che la ricerca sul MD si estenda anche in altri paesi e poter sviluppare delle linee guida per il trattamento di questa condizione che sta compromettendo la vita di molte persone.

Ringraziamenti

Dedico questa sezione del mio elaborato a tutti coloro che hanno preso parte a questo progetto, a cominciare dalla professoressa Silvia Salcuni, che mi ha dato la possibilità di parlare di un argomento ancora così poco conosciuto e mi ha sostenuto durante il progetto. Allo stesso modo ringrazio la dottoressa Elisa Mancinelli, che ha permesso che questo progetto diventasse realtà, con il suo sostegno incessante e assiduo, oltre che a sostenermi durante tutto il processo di stesura. Grazie a lei tutto questo non sarebbe stato possibile, per questo sono molto grata di aver potuto avere la possibilità di lavorare con lei. Ringrazio la community di Maladaptive Daydreaming Italia per aver sponsorizzato e sostenuto la mia ricerca, in particolare Valeria Franco, che mi ha spronato a parlare di questo argomento tanto importante e che tocca nel profondo noi MDers. Ha significato tanto per me poter prendere parte ad una community in cui ho potuto riconoscermi, e a cui mi sento fiera di poter dare un sincero contributo. Ringrazio la mia famiglia, che nonostante tutto mi ha sostenuto nelle mie scelte di lasciare casa e di cogliere le possibilità che la vita mi ha presentato. In particolare, ringrazio mia madre, che a modo suo mi ha sempre sostenuto negli anni e mi ha fatto capire che posso arricchire la mia vita, facendo lo stesso con la vita degli altri. Ringrazio la mia migliore amica Federica, che nonostante io sia un'interminabile chiacchierona mi ha sempre voluto ascoltare, mi ha sostenuto e mi ha dato modo di sentire di avere sempre un posto a cui tornare, nonostante la lontananza. Ringrazio tutti gli amici che ho incontrato lungo questo percorso a Padova, che hanno contribuito ad arricchire la mia vita. In particolare, un ringraziamento va a tutti gli amici della residenza Carli, che sono stati presenti e che sono diventati come una seconda famiglia nel tempo. Tra questi amici c'è Michela, che mi ha fatto sentire un po' meno sola e più a casa, ricordandomi quanto è bella e varia la

nostra amata Campania; Imen mi ha mostrato che a modo nostro siamo tutti patatini bellissimi; Giulio mi ha davvero fatto capire che la vita è molto misteriosa, ma che ogni singolo evento avviene per un motivo, per darci forza e per andare avanti; Marianna Simona e Francesca mi hanno fatto un po' da sorelle maggiori da quando sono arrivata a Padova. Loro tre sono state un sostegno incommensurabile, non mi hanno mai fatto sentire sola. Marianna con il suo fare materno mi ha aiutato anche a scoprire la realtà di Padova. Simona è sempre stata un sostegno amorevole, che mi ha fatto vedere che si ha sempre la possibilità di scegliere, e che bisogna avere il coraggio di scegliere per stare bene. Francesca mi ha fatto vedere come lavorare duro per ogni cosa e che la creatività può aprirti davvero tante possibilità, mi ha insegnato a perseverare sempre. Ringrazio tutti gli amici che ho incontrato, tanti che non vedo da molto e che saranno sempre con me nel mio cuore. Ringrazio il mio compagno, Marco, per avermi sostenuto nei momenti più difficili, mi ha mostrato quanto sia in grado di fare e mi ha dato modo di riconoscere la mia immensa forza. Mi ha fatto vedere la vita a colori, vividi e brillanti, facendomi innamorare di me stessa, così colorata e piena di energia.

Prima di concludere questo capitolo della mia vita, vorrei ringraziare un'ultima persona: Sara. Vorrei ringraziare la Sara nel 2017 che ha deciso di non ascoltare chi gli ha detto che non sarebbe stata in grado di concludere un percorso universitario, e a chi invece avrebbe preferito che facesse altro. Vorrei ringraziare la Sara del 2017 che ha smosso tutti per poter fare quel test di ingresso per l'università e che non si immaginava nemmeno che saremmo arrivate fino a qui. Non mi dimenticherò mai della Sara del 2019 che ha sacrificato così tanto per poter continuare gli studi. Lei ha lottato senza sosta per poter concludere il percorso, nonostante due lavori e una difficoltà emotiva molto invalidante. Voglio ringraziare la Sara del 2020 che è rimasta sola a scrivere il

suo elaborato giorno e notte per un mese e mezzo, per potersi laureare in tempo per l'iscrizione a Padova. Che nonostante la sofferenza è riuscita a concludere e ad entrare nell'università che sognava. Ringrazio quella stessa Sara che ha avuto il coraggio di andare via, di portarsi dietro tutto questo bagaglio di esperienze forti e difficili per poi costruire il suo posto d'accapo. Ringrazio lei per aver smesso di fantasticare, e aver trasformato il Maladaptive Daydreaming in un Daydreaming sano, in cui il mio sogno è correre incontro alla Sara adulta, felice e soddisfatta del proprio percorso. Ringrazio la Sara bambina, che mi ha chiesto di essere felice con me stessa. Ed è proprio per questo che oggi sono qui.

Grazie a ogni fonte di ispirazione, persona ed esperienza che mi ha reso quella che sono. Si conclude così un paragrafo della mia vita, la Sara studentessa, che ora è diventata una Sara adulta, innamorata dalle vita che si è costruita e pronta per imparare ancora di più come potersi prendere cura di sé stessa, per poter diventare un perfetto catalizzatore al cambiamento.

Bibliografia

Abu-Rayya, H. M., Somer, E., & Meari-Amir, S. (2019). The psychometric properties of the Arabic 16-item Maladaptive Daydreaming Scale (MDS-16-AR) in a multicountry Arab sample. *Psychology of Consciousness*, 6(2), 171–183. <https://doi.org/10.1037/cns0000183>

Bigelsen, J., & 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. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2011.08.013>

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. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2016.03.017>

Bisella E. (2021). *Maladaptive Daydreaming e stili difensivi: uno studio correlazionale* (Maladaptive Daydreaming and Defensive Styles: A Correlational Study). Master's thesis presented to the Department Psychology, University of Parma, Italy (in Italian)

Bottesi, G., & Ghisi, M. (2017). La valutazione dell'orientamento negativo al problema: validazione italiana del Negative Problem Orientation Questionnaire. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 23(3).

Bottesi, G., Ghisi, M., Altoè, G., Conforti, E., Melli, G., & Sica, C. (2015). The Italian version of the Depression Anxiety Stress Scales-21: Factor structure and psychometric properties on community and clinical samples. *Comprehensive Psychiatry*, 60, 170–181. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.04.005>

Brenner, R., Somer, E., & Abu-Rayya, H. M. (2022). Personality traits and maladaptive daydreaming: Fantasy functions and themes in a multi-country sample. *Personality and Individual Differences*, 184, 111194. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111194>

Carraresi, C., & Melli, G. (2012). *Assessment in psicologia clinica. Strumenti di valutazione psicometrica*. Edizioni Erickson.

Craparo, G., Faraci, P., Rotondo, G., & Gori, A. (2013). The Impact of Event Scale ‐ Revised: psychometric properties of the Italian version in a sample of flood victims. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 1427. <https://doi.org/10.2147/ndt.s51793>.

Chirico, I., Volpato, E., Landi, G. et al. (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*. <https://doi.org/10.1007/s11469-022-00938-3>

Freud, S. (1908, 1962). Creative writers and daydreaming. In J. Strachey (1st American ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. London: Hogarth, (Vol. IX , p. 419-428)

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41– 54. doi:10.1023/b:joba.0000007455.08539.9

Greene, T., West, M. J., & Somer, E. (2020). Maladaptive daydreaming and emotional regulation difficulties: A network analysis. *Psychiatry Research-Neuroimaging*, 285, 112799. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112799>

Hayes, A. F. (2017). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Guilford publications.

Henry, J. P., & Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(2), 227–239. <https://doi.org/10.1348/014466505x29657>

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*. <https://doi.org/10.1037/ccp0000790>

Margherita, G., Caffieri, A., Mariani, R., Filosa, M., Manari, T., Lenzo, V., Quattropiani, M. C., Vegni, E., Borghi, L., Castelnuovo, G., Saita, E., Freda, M. F., Varallo, G., Franceschini, C., & Musetti, A. (2022). Dreaming or daydreaming during COVID-19 lockdown: A comparison between maladaptive and nonmaladaptive daydreamers. *Psychology of Consciousness*. <https://doi.org/10.1037/cns0000333>

Musetti, A., Plazzi, G., Pingani, L., Freda, M. F., Saita, E., Vegni, E., Zenesini, C., Quattropiani, M. C., Lenzo, V., Margherita, G., Lemmo, D., Corsano, P., Borghi, L., Cattivelli, R., Ferri, R., Castelnuovo, G., Somer, E., & Schimmenti, A. (2021). Maladaptive Daydreaming in an Adult Italian Population During the COVID-19 Lockdown. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.631979>

Perry, J. C., & Henry, M. (2004). Studying Defense Mechanisms in Psychotherapy using the Defense Mechanism Rating Scales. Elsevier eBooks, 165–192. [https://doi.org/10.1016/s0166-4115\(04\)80034-7](https://doi.org/10.1016/s0166-4115(04)80034-7)

Pietrantonio, F., De Gennaro, L., Di Paolo, M. C., & Solano, L. (2003). The Impact of Event Scale: validation of an Italian version. *Journal of psychosomatic research*, 55(4), 389–393. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(02\)00638-4](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(02)00638-4)

Robichaud, M., & Dugas, M. J. (2005). Negative problem orientation (Part I): psychometric properties of a new measure. *Behaviour Research and Therapy*, 43(3), 391–401. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.02.007>

Schimmenti, A., Somer, E., & Regis, M. (2019). Maladaptive daydreaming: Towards a nosological definition. *Annales Médico-Psychologiques*, 177(9), 865–874. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2019.08.014>

Schimmenti, A., Sideli, L., La Marca, L., Gori, A., & Terrone, G. (2020). Reliability, Validity, and Factor Structure of the Maladaptive Daydreaming Scale (MDS–16) in an Italian Sample. *Journal of Personality Assessment*, 102(5), 689–701. <https://doi.org/10.1080/00223891.2019.1594240>

Sighinolfi, C., Pala, A. N., Chiri, L. R., Marchetti, I., & Sica, C. (2010). Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS): traduzione e adattamento italiano. *Psicoterapia*

Cognitiva E Comportamentale, 16(2), 141–170. Singer, J. L. (1966). *Daydreaming: An introduction to the experimental study of inner experience*. Crown Publishing Group/Random House.

Singer, J. L. (1975). *The inner world of daydreaming*. Harper & Row.

Soffer-Dudek, N., & Somer, E. (2022). Maladaptive Daydreaming is a Dissociative Disorder: Supporting Evidence and Theory. *Dissociation and the Dissociative Disorders* (pp. 547-563). Routledge.

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. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00194>

Somer, E.” Jayne Rachael talks with Eli Somer about maladaptive daydreaming research and treatment options”; YouTube; (30 gen 2022) 12:45 <https://www.youtube.com/watch?v=KmQ1cSdxnrQ>

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. <https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1809599>

Somer, E., Abu-Raya, H. M., & Simaan, Z. N. (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(2), 206–216. <https://doi.org/10.1007/s11469-018-0011-9>

Somer, E. (2018). Maladaptive daydreaming: Ontological analysis, treatment rationale: a Pilot case study. *Frontiers in the Psychotherapy of Trauma and Dissociation*, 2(1):1–22. 2523-5125 online. <https://doi.org/10.46716/ftpd.2017.0006>

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, 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 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>

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, 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. (2013). From adaptive fantasy to dissociative psychopathology: On forms of daydreaming. *Clinical Corner, ISSTSD News*, 31(2), 3-4.

Somer, E. (2002). Maladaptive daydreaming: A qualitative inquiry. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 32(2), 197-212.

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

Young, W.C. (1988). Observations on Fantasy in the Formation of Multiple Personality Disorder Dissociation. *Dissociation*, 1(3), 13-20.

Vaillant, G. E. (1992). *Ego Mechanisms of Defense: A Guide for Clinicians and Researchers*. American Psychiatric Pub. Weiss, D. S. & Marmar, C. R. (1997) *The*

Impact of Event Scale – Revised. In *Assessing Psychological Trauma and PTSD* (eds Wilson, J. P. & Keane, T. M.), pp. 399–411. New York: Guilford Press

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). *Inventory of childhood memories and imaginings*. Framingham, MA: Cushing Hospital.

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

Winnicott, D. (2019). *Gioco e realtà: Nuova traduzione 2019*. Armando Editore.

Sitografia

<https://daydreamresearch.wixsite.com/md-research/our-mission>

<https://www.youtube.com/@SomerClinic>