

## Nadmierne fantazjowanie dzieci w kontradaptacyjnym fantazjowaniu:

### przyczyny i symptomy

Michał Surdacki

surdacki90@gmail.com



### Abstrakt

*Fantazjowanie dziecka jest wpisane w jego naturalny rozwój i nie powinno stanowić powodu do niepokoju dopóty, dopóki nie staje się mechanizmem regulowania nastroju. W kontradaptacyjnym fantazjowaniu dziecko koncentruje swoje uczucia, lęki i pragnienia w fantazjach. Zachowuje pełną świadomość, jednak odczuwa przymus powracania do fantazji, którym często towarzyszą objawy somatyczne. Kontradaptacyjne fantazjowanie (w j. ang. Maladaptive daydreaming) jest zaburzeniem absorpcji umysłu które wpływa na interakcje interpersonalne, zaburzając funkcjonowanie dziecka. W artykule przedstawiono literaturę odnoszącą się do problemu fantazjowania. Celem pracy jest zakomunikowanie i przybliżenie, w języku Polskim, fenomenu nadmiernego fantazjowania. Oraz przedstawienie roli fantazji w rozwoju dziecka. W pracy zaprezentowano próby klaryfikacji tego fenomenu wg. DSM-V oraz przypadki kliniczne z proponowanym leczeniem.*

Fantazjowanie i marzenia są nieodzownym przymiotem człowieka. Każdy człowiek marzy, ale nie każdy uzależnia się od fantazji i nie stosuje ich jako mechanizmu ucieczki. Już w 1908 roku Zygmunta Freuda zwrócił uwagę na fantazjowanie jako na próbę rozwiązania problemów i wewnętrznych konfliktów. Pod koniec lat osiemdziesiątych XX wieku Csikszentmihalyi badał z kolei pacjentów fantazjujących przez ponad połowę dnia i zauważył, że 4% populacji ma predyspozycje do fantazjowania dłużej niż tylko przez kilka minut. Pacjenci cierpiący na kontradaptacyjne fantazjowanie we wstępnych diagnozach często są diagnozowani jako pacjenci ze schizofrenią bądź z psychozą. Jest to błędna diagnoza – podstawowym kryterium różnicującym je z kontradaptacyjnym fantazjowaniem jest fakt świadomości [7,1].

Podczas fantazji pacjent jest w pełni świadomy tego, że fantazjuje, wie, kim jest i co robi. Dotychczasowe prace [1,2,3,4,7,8,10] wskazują na początek kontradaptacyjnego fantazjowania w dzieciństwie. Ma ono być mechanizmem wykształconym przez dzieci w odpowiedzi na braki bądź nadużycia, jakich doświadczyły. Niniejsza praca ma na celu zasygnalizowanie i przybliżenie problemu oraz przedstawienie dotychczasowej literatury dotyczącej tego fenomenu.

Kontradaptacyjne fantazjowanie – w literaturze anglojęzycznej – *maladaptive daydreaming* jest dysocjacyjnym zaburzeniem absorpcji umysłu, które może być rozważane jako uzależnienie behawioralne oraz zaburzenie kompulsywno - obsesyjne powodujące znaczący deficyt uwagi [1]. U osoby chorej fantazja zastępuje ludzkie interakcje, oddziela osobę fantazującą od stresu i bólu przez poprawę nastroju i stwarzanie iluzji spełnienia życzeń. Fantazujący odczuwa towarzystwo i intymność [4], których brakowało mu w dzieciństwie.

### **Fantazje jako mechanizm obronny osobowości**

Fantazjowanie zaliczane jest do mechanizmów obronnych osobowości. U dziecka może pełnić rolę gratyfikacji zastępczej, która przejawia się przez zaspokojenie swoich pragnień w wyobraźni [28]. Kontradaptacyjne fantazjowanie jest sposobem radzenia sobie dziecka z frustracją oraz naciskami ze strony otoczenia. Dzieci stopniowo przyzwyczajają się do obiektów początkowo rodzących u nich lęk, ale gdy lęk staje się zbyt duży, nie mogą sobie z nim poradzić i obiektywizują lęk w fantazji [28].

Fantazja jest narzędziem rozwiązywania konfliktu emocjonalnego, które – jeśli będzie nadużywane - może przeistoczyć się w zjawisko niepożądane. W takim przypadku dziecko ilekroć spotyka się z trudną sytuacją ucieka w fantazje i nie próbuje rozwiązać problemu w rzeczywistości. Nadmierne fantazjowanie pojawia się u dzieci przed 10 rokiem życia. Warto zaznaczyć, że okres pomiędzy drugim a szóstym rokiem życia jest kluczowy dla rozwoju emocjonalnego - wtedy dziecko nabiera zdolności regulowania ekspresji emocji. Około 3. roku życia zaczyna ono także odczuwać świadomie wstyd, winę, zazdrość i zakłopotanie. Emocje te pojawiają się na skutek kontaktów z otoczeniem, kształtują samoocenę i poczucie własnej wartości [29]. Kontakty społeczne dziecka w tym okresie przejawiają się przez zabawy równoległe (z rówieśnikami) i samotne, które przeważają w grupie 4-latków. Około 6 roku życia

następuje stabilizacja emocjonalna, jednak jeśli dziecko nie ma możliwości przebywania z rówieśnikami bądź z jakiegoś powodu jest dyskryminowane, proces ten zostaje zaburzony.

W późnym dzieciństwie – między 7 a 11 rokiem życia młody człowiek zaczyna szukać aprobaty ze strony innych ludzi. Chcąc poprzez swoje zachowania wzbudzić w nich pozytywne doznania, przybiera postawy konformistyczne [29]. Pod wpływem okoliczności, w jakich dorasta, i problemów, z jakimi mierzą się jego opiekunowie, dziecko może nieświadomie (a czasem i świadomie) czuć się ciężarem dla swoich opiekunów (mimo że nie jest mu to oznajmiane wprost). Wtedy za wszelką cenę próbuje być pomocnym przez „nie stwarzanie problemów”, a swój lęk kumuluje w fantazjach.

Fantazje stają się strategią radzenia sobie z nieprzyjemnymi doświadczeniami z dzieciństwa, a czas poświęcany na nie, przymus powracania do nich oraz uczucie komfortu i satysfakcji w ich trakcie mają cechy charakterystyczne dla uzależnienia behawioralnego. Dodatkowo pacjenci często odczuwają poczucie winy po fantazjowaniu [1]. Marzycielstwo staje się mechanizmem obrony przed samotnością, rekompensatą braku uwagi ze strony najbliższego otoczenia i nie ustępują po zakończeniu okresu dzieciństwa [8,7,3]. Inną funkcją często wymienianą przez badaczy jest odłączenie od nieprzyjemnych emocji takich, jak wstyd i samotność [2,1]. Somer, który w 2002 roku jako pierwszy opisał w 2002 roku kontradaptacyjne fantazjowanie, zdefiniował je jako *nadmierne fantazjowanie zastępujące ludzkie interakcje, ingerujące w akademickie, interpersonalne bądź zawodowe funkcjonowanie* [4].

### ***Fantazje – zaburzenie***

kontradaptacyjne fantazjowanie może być rozpatrywane jako zaburzenie dysocjacyjne, kompulsywno-obsesyjne oraz uzależnienie behawioralne. Pacjenci w badaniach ankietowych opisywali swoje fantazje jako bardzo intensywne, absorbujące i spontaniczne doświadczenia [1], które mogą być porównywane do tworzenia „własnych światów” opartych na fantazjach. W badaniach zastosowano skale doświadczeń dysocjacyjnych (DES) [26] oraz porównano uzyskane wyniki ze skalą kontradaptacyjnego fantazjowania (MDS) opisaną poniżej. W analizie porównawczej ukazano znaczącą korelację wyników obu skal [1].

Pacjenci nadmiernie fantazjujący podkreślają szczególnie trudności w kontrolowaniu fantazji i niemożność oparcia się impulsom, które wprowadzają ich w fantazje. Somer zwraca uwagę na podobieństwa w tym zakresie z zaburzeniami kontroli impulsów sklasyfikowanych przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne w V edycji klasyfikacji zaburzeń psychicznych (DSM-V) [1]. Wejście w fantazje sprawia ulgę, która czasami następowana jest uczuciem winy. Bielgsen i Schupak w swoich badaniach odnotowali irytację, niepokój, a także objawy choroby fizycznej przypominającą przeziębienie u części pacjentów, którzy próbowali tłumić swoje fantazje [10].

Już na początku lat osiemdziesiątych XX wieku zauważono fenomen przymusu fantazji klasyfikując go jako uzależnienie [23]. W późniejszych badaniach Bielgsen i Schupak wykazali 3 cechy kontradaptacyjnego fantazjowania, które są charakterystyczne dla uzależnienia: utratę kontroli nad zachowaniem, uczucia psychosomatyczne pojawiające się po odstawieniu (wymuszonemu zaprzestaniu) oraz obecność żądz [10]. Bielgsen i inni odnotowali, że ponad połowa badanych przez nich pacjentów odczuwa silną potrzebę fantazjowania zaraz po przebudzeniu. Warto zauważyć, że w tym samym badaniu 79% badanych podejmowało nieskuteczne próby zaprzestania fantazji [7].

Diagnozowanie kontradaptacyjnego fantazjowania jest trudne z powodu braku powszechnej wiedzy ze strony profesjonalistów o tym zjawisku. Kluczowe wydają się objawy towarzyszące fantazjowaniu, specyficzne ruchy ciała – opisane niżej w artykule - oraz osobista historia pacjenta. Stworzono kilkanaście skal zarówno do autodiagnozy, jak i narzędzi pomocnych terapeutom i psychiatrom. Najważniejszym narzędziem jest 16-punktowy inwentarz kontradaptacyjnego fantazjowania (MDS-16) [17,18]. Jest to zestaw pytań, na które odpowiada pacjent, a który odnosi się do jego doświadczenia z ostatniego miesiąca (jest dostępna jego polska wersja językowa [5]). Innymi narzędziami pomocnymi w diagnozowaniu kontradaptacyjnego fantazjowania są skale inwentarza kompulsywno-obsesyjnego (OCI-R) [6,12], skala dostosowania zawodowego i społecznego (WSAS) [9, 11] oraz skala doświadczeń dysocjacyjnych [13,14]. Somer i inni przeprowadzili badania na próbie 50 pacjentów używając Ustrukturalizowanego Wywiadu Klinicznego do Badania Zaburzeń Osobowości według

klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (SCID-5-CV) [15, 16]. Wadą powyższych narzędzi jest nieprzystosowanie ich do pracy z dzieckiem -z wyjątkiem SCID-5 są to instrumenty pomocne osobom dorosłym.

Niezwykle interesujące są tematy fantazji. Bielsen i Schupak [10] skategoryzowali je w kilku grupach.; Ich cechą charakterystyczną jest duży poziom detali oraz obecność osoby fantazjującej zawsze w centrum wydarzeń. W fantazjach przeważają treści o relacjach intymnych, byciu popularnym oraz wyidealizowaniu swojej osoby – pacjenci wyobrażają sobie siebie z cechami charakteru, z którymi na co dzień się nie utożsamiają. Chory fantazjuje o silnej osobowości, może wyobrażać sobie rozmowy z wymagowanymi przyjaciółmi. Może doświadczać uczuć podczas fantazji, jednocześnie będąc świadomy, że sytuacja ta nie jest realna. Somer [4], oprócz idealizowania samego siebie, wymienia przemoc jako bardzo istotną treść fantazji. Pacjenci mogą mieć myśli katastrofalne przepełnione agresją, przy czym na co dzień są osobami o spokojnym usposobieniu. Inne fantazje skupiają się na władzy i kontroli, np. fantazjujący widzi siebie w roli polityka bądź menadżera. Fabuła przemocy może być uwypukleniem skrywanej i nieświadomionej złości, np. na sytuację życiową bądź wydarzenia z dzieciństwa, w jakich znalazł się pacjent [19] oraz mogą być odzwierciedleniem pragnień, uczuć i lęków[20].

Wyróżnikiem kontradaptacyjnego fantazjowania jest aktywność kinestetyczna mająca swój początek w dzieciństwie[10]. Są to powtarzalne ruchy ciała, takie jak chodzenie w koło, pocieranie dłoni, kołysanie się, napinanie mięśni mimicznych, wypowiedanie słów, a nawet symulowanie długiej rozmowy. Pacjenci relacjonując wykonywane czynności, odczuwają wstyd. Najczęściej wykonują określone często powtarzane ruchy, kiedy są sami [10]. Według Somera [4] ruchy wykonywane podczas fantazji mają dwie zasadnicze funkcje: wprowadzić osobę fantazjującą w stan hipnotyczny oraz wzmocnić doznania powstające na skutek fantazji przez fizyczne bodźce. Powtarzalne ruchy mają cechy samostymulacji i mogą mieć wpływ na uwalnianie w mózgu beta endorfin, przez co stwarzają uczucie przyjemności [21]. Trzeba jednak zaznaczyć, że na chwilę obecną jest to jedynie hipoteza.

### **Proces terapeutyczny**

Celem procesu terapeutycznego nie jest całkowite zaprzestanie marzycielstwa, ponieważ jest ono normalnym zjawiskiem zachodzącym podczas aktywności umysłowej [24]. W styczniu 2018 roku ukazało się jedyne opracowanie opisujące skuteczny proces terapeutyczny [1]. Zgodnie z nim pierwszym elementem był wywiad motywacyjny [25] mający na celu wzbudzenie wewnętrznej motywacji pacjenta do działania oraz samouświadomienie konsekwencji, które ponosi on przez fantazjowanie. Następnie bazowano na elementach terapii poznawczo-behawioralnej przez 6 miesięcy. W trakcie terapii wypracowano następujące zachowania, które pomogły znacząco zmniejszyć fantazjowanie: prowadzenie notatek dotyczących okoliczności, w których pacjent zaczynał fantazjować, przygotowywanie dokładnego planu dnia i staranie się podążać za nim, rozmowa o swoich postępach z drugą osobą, rozpoznanie wyzwalaczy, które zachęcają do fantazjowania oraz stosowanie technik afirmacji [1]. Bardzo ważnym elementem terapeutycznym stał się trening uważności – mindfulness, który jest powszechnie używany w innych procesach terapeutycznych [27]. W przypadku klinicznym opisanym przez Somera [1] medytacja mindfulness przyniosła pożądane efekty.

Pacjenci cierpiący na kontradaptacyjne fantazjowanie byli poddawani farmakoterapii metylofenidatem, który jest psychostymulatorem. Efekty jednak były odwrotne od oczekiwanych - pacjenci skupiali się jeszcze bardziej na swoich fantazjach [1]. Istnieją także relacje leczenia pacjentów nadmiernie fantazjujących lekami z grupy SSRI – paroksetyną oraz citalopramem, jednak one również nie przyniosłyżądanego efektu [8]. Schupak i Rosenthal w swoim opracowaniu zrelacjonowali przypadek kliniczny pacjentki z kontradaptacyjnym fantazjowaniem leczonej fluwoksaminą. Terapia przyniosła bardzo dobre rezultaty -pacjentka znacząco zmniejszyła ilość czasu spędzanego na fantazjowaniu [3]. Jest to jak na razie jedyne opisany przypadek skutecznej farmakoterapii w kontradaptacyjnym fantazjowaniu. W ciągu ostatnich lat w USA powstały wspólnoty anonimowych uzależnionych od fantazji i eskapizmu [22], które zaadaptowały program 12 kroków anonimowych alkoholików, polegający między innymi na zaakceptowaniu bezsilności. Eskapizm definiowany jest jako *ucieczka, oderwanie się od rzeczywistości i od problemów z nią związanych* [30]

Kontradapcyjne fantazjowanie staje się coraz bardziej rozpoznawalnym fenomenem. W 2017 roku telewizje CNN, BBC oraz ABC wyemitowały reportaże o tym zjawisku, a tylko anglojęzyczne grupy i fora funkcjonujące w mediach społecznościach liczą obecnie kilka tysięcy członków. Na razie nie ma prowadzonych żadnych statystyk, ale jest pewne, że także w Polsce dzieci borykają się nadmiernym fantazjowaniem. W momencie powstawania tego artykułu nie było w wyszukiwarce google żadnego rekordu dotyczącego kontradaptacyjnego fantazjowania. Świadczy to nie tylko o braku informacji w języku polskim, ale także o braku dostępności profesjonalnej pomocy w Polsce.

Z relacji ludzi objętych badaniami cytowanymi w tej pracy wynika, że ich nadmierne fantazjowanie początek miało we wczesnym dzieciństwie. Kluczowe wydaje się zatem jak najszybsze rozpoznanie tego fenomenu i podjęcie procesu terapeutycznego. Opisana wyżej skuteczna psychoterapia prowadzona była w nurcie behawioralno- poznawczym, jednak wydaje się, że już jakiegokolwiek poświęcenie uwagi dziecku i przyjrzeniu się razem z nim jego problemom może dawać pozytywne efekty.

Uciekanie dziecka w fantazje jest oczywistym sygnałem o trudnościach, z jakimi się ono boryka. Niemniej jednak ich forma oraz fakt, iż dziecko najczęściej fantazjuje w samotności, sprawiają trudności w niesieniu pomocy. Warto podkreślić, że dziecko uciekające w fantazje nigdy w pełni nie może doświadczyć uczucia satysfakcji, a jednocześnie fantazje dostarczają mu fałszywego poczucia bezpieczeństwa, co jeszcze bardziej potęguje odłączenie się od swoich głębokich, prawdziwych potrzeb emocjonalnych. Osoby nadmiernie fantazjujące wchodzące w okres młodzieńczy odczuwają brak poczucia tożsamości i stosunkowo łatwo podążają za wszystkim, co stwarza iluzje tożsamości. Jest to niebezpieczna sytuacja, zagrażająca ich zdrowiu psychicznemu, i relacjami z rówieśnikami; może predysponować do uzależnień od substancji psychoaktywnych.

Kwestią otwartą zostaje wpływ fizycznych nadużyć skierowanych przeciwko wolności dziecka, takich jak molestowanie, na kontradaptacyjne fantazjowanie. Badacze cytowani powyżej nie wykazali bezpośredniej korelacji między występowaniem kontradaptacyjnego fantazjowania a molestowaniem seksualnym.

## Bibliografia:

- [1] Somer E. (2018). Maladaptive Daydreaming: Ontological Analysis, Treatment Rationale; a Pilot Case Report. *Frontiers in the Psychotherapy of Trauma and Dissociation*. 1. 1-22. 10.XXXX/ftpd.2017.0006.
- [2] Somer E., Herscu O. (2017) Childhood Trauma, Social Anxiety, Absorption and Fantasy Dependence: Two Potential Mediated Pathways to Maladaptive Daydreaming. *J Addict Behav Ther Rehabil* Vol: 6 Issue: 4
- [3] Schupak, C. & Rosenthal, J. (2009). Excessive daydreaming: A case history and discussion of mind wandering and high fantasy proneness. *Consciousness and Cognition: An International Journal*, 18, 290-292. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.concog.2008.10.002>
- [4] Somer, E. (2002). Maladaptive daydreaming: A qualitative inquiry. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 32(2), 195-210. DOI: <https://doi.org/10.1023/A:1020597026919>
- [5] Polska wersja językowa inwentarza kontradaptacyjnego fantazjowania  
[https://www.somer.co.il/images/MD/Polish\\_MDS-16.pdf](https://www.somer.co.il/images/MD/Polish_MDS-16.pdf) dostęp 26.02.2018
- [6] Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., & Hajcak, G. (2002). The obsessive-compulsive inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14, 485–496.
- [7] 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. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.concog.2016.03.017>
- [8] Somer, E. Somer, L. & Jopp, S.D. (2016). Childhood Antecedents and Maintaining Factors in Maladaptive Daydreaming. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(6), 471-478. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0000000000000507>



- [9] Skala dostosowania zawodowego i społecznego. <https://serene.me.uk/tests/wsas.pdf> dostęp 26.02.2018
- [10] 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: An International Journal*, 20, 1634-1648. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.concog.2011.08.013>
- [11] Marks, I. (1987). Behavioural psychotherapy in general psychiatry. *British Journal Of Psychiatry*.
- [12] Inwentarz obsesyjno kompulsywny OCI - R [http://www.caleblack.com/psy5960\\_files/OCI-R.pdf](http://www.caleblack.com/psy5960_files/OCI-R.pdf) data dostępu 26.02.2018
- [13] Bernstein EM, Putnam FW (1986). "Development, reliability, and validity of a dissociation scale". *J. Nerv. Ment. Dis.* **174** (12): 727–35
- [14] Skala doświadczeń dysocjacyjnych:  
<https://www.hebpsy.net/files/ruZXkl5YGeKcvt6dBZpS.pdf> dostęp 26.02.2018
- [15] Somer E., Soffer-Dudek N., Ross C. The comorbidity of daydreaming disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*: July 2017 - Volume 205 - Issue 7 - p 525–530.
- [16] First MB, Williams JBW, Karg RS, Spitzer RL: Structured Clinical Interview for DSM-5—Research Version (SCID-5 for DSM-5, Research Version; SCID-5-RV). Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2015
- [17] Somer, E., Lehrfeld J., Jopp, D.S., & Bigelsen, J. (2016). Development and Validation of the Maladaptive Daydreaming Scale (MDS). *Consciousness and Cognition*, 39, 77-91. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.concog.2015.12.001>
- [19] Vigo, Michael. "Daydream Themes." *What's In Your Dream? - An A to Z Dream Dictionary*. Dream Moods. 2010.

- [20] Lakoff, G. (2016). How metaphor structures dreams: The theory of conceptual metaphor applied to dream analysis. In *Dreams: A Reader on Religious, Cultural and Psychological Dimensions of Dreaming* (pp. 265–284). <http://doi.org/10.1007/978-1-137-08545-0>
- [21] Lewis, M. H., Baumeister, A. A., & Mailman, R. B. (1987). A neurobiological alternative to the perceptual reinforcement hypothesis of stereotyped behavior: a commentary on “Self-stimulatory behavior and perceptual reinforcement”. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 20(3), 253–258. <http://doi.org/10.1901/jaba.1987.20-253>
- [22] Anonimowi uzależnieni od Eskapizmu i fantazji. <http://www.efaanonymous.com>
- [23] Wilson, S. C., & Barber, T. X. (1981). Vivid fantasy and hallucinatory abilities in the life histories of excellent hypnotic subjects (“somnambulists”): Preliminary report with female subjects. In E. Klinger (Ed.), *Imagery: Vol. 2. Concepts, results, and applications* (pp. 133–149). New York: Plenum.
- [24] Klinger, E. (2009). *Daydreaming and fantasizing: Thought flow and motivation. Handbook of imagination and mental simulation*. New York, NY, US: Psychology Press, 225–239.
- [25] Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.?
- [26] Skala doświadczeń dysocjacyjnych:  
<https://www.hebpsy.net/files/ruZXkl5YGeKcvt6dBZpS.pdf> dostęp: 04.03.2018
- [27] Segal Zindel V., Williams J., Mark G., Teasda. 2017. *Terapia poznawcza depresji oparta na uważności*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- [28] Grzegołowska-Klarkowska H. 1986. *Mechanizmy obronne osobowości*. PWN Warszawa.
- [29] Strelau J. 2003. *Podstawy psychologii tom 1*. Gdańskie Wydaw. Psychologiczne.
- [30] Słownik języka polskiego, definicja eskapizmu. <https://sjp.pwn.pl/slowniki/eskapizm.html>.  
dostęp: 04.03.2018

