

**КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА  
ПСИХОТЕРАПІЇ**

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА**

**на тему:**

**Чинники дезадаптивної мрійливості у дорослих осіб**

Здобувача (ки) 2 курсу ПМ-235  
групи

Спеціальності 053 Психологія  
Освітньо-професійна програма

Клінічна психологія

Пшеничного О.С.

(прізвище та ініціали)

Керівники

к.психол.н., доц.

Крайніков Е.В.

д.філософії(Phd)

Інютіна О.В.

(вчене звання, науковий ступінь, прізвище та  
ініціали)

Робота рекомендована до захисту  
рішенням кафедри клінічної психології та кафедри соціальної психології

Протокол № 10 від « 23» червня 2025р.

Зав. кафедри клінічної психології

д.психол.н., с.н.с., Лисенко І.П

підпис

(наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Зав. кафедри соціальної психології

к.психол.н., Трофімова Д.О.

підпис

(наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

**Київ–2025**

## АНОТАЦІЯ

Метою дослідження є вивчення чинників дезадаптивної мрійливості у дорослих осіб та їх взаємозв'язку зі стресом, негативними емоційними станами та компонентами усвідомленості.

Дизайном дослідження є поперечне кореляційне дослідження з використанням комплексу стандартизованих психодіагностичних методик. У дослідженні взяли участь 72 дорослі особи віком від 24 до 62 років, серед яких 59 жінок та 13 чоловіків. Для збору даних використано валідовані методики: MDS-16 для оцінки дезадаптивної мрійливості, PSS-10 для вимірювання сприйнятого стресу, DASS-21 для діагностики депресії, тривожності та стресу, FFMQ-15 для оцінки компонентів усвідомленості, а також анамнестичну анкету для збору соціально-демографічних даних.

Результати дослідження виявили статистично значущі позитивні кореляції між дезадаптивною мрійливістю та показниками психологічного дистресу, при цьому найсильніший зв'язок спостерігався з комплексом негативних емоційних станів за DASS-21 ( $r = 0,411$ ,  $p < 0,001$ ). Множинна регресійна модель з чотирма факторами усвідомленості демонструє найвищу пояснювальну силу, відповідаючи за 20,5% варіації показників дезадаптивної мрійливості. Серед компонентів усвідомленості неосудливість до внутрішнього досвіду виявилася найбільш значущим захисним чинником проти дезадаптивної мрійливості ( $\beta = -0,113$ ,  $p = 0,048$ ).

Дане дослідження вносить значущий внесок у вивчення дезадаптивної мрійливості в українському контексті через застосування комплексного підходу з використанням валідованих психометричних інструментів. Встановлено специфічну роль різних компонентів усвідомленості як протективних факторів та виявлено гендерні особливості прояву досліджуваного феномену в українському соціокультурному контексті, що поглиблює розуміння цього психологічного явища та його детермінант.

Дезадаптивна мрійливість функціонує як дисфункціональна стратегія емоційної регуляції в умовах підвищеного психологічного дистресу, що

потребує розробки спеціалізованих діагностичних та терапевтичних підходів з урахуванням виявлених захисних факторів.

### **КЛЮЧОВІ СЛОВА**

(Дезадаптивна мрійливість, стресові фактори, MDS-16, мрійливість, фантазії.)

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	5
РОЗДІЛ I. ФЕНОМЕН ДЕЗАДАПТИВНОЇ МРІЙЛИВОСТІ У НАУКОВІЙ ЛІТЕРАТУРІ .....	9
1.1 Теоретичний аналіз феномену дезадаптивної мрійливості .....	9
1.2 Обґрунтування класифікації дезадаптивної мрійливості як дисоціативного розладу .....	18
1.3 Коморбідність чинників дезадаптивної мрійливості .....	25
1.4 Дезадаптивна мрійливість та копінг-стратегії .....	29
Висновки до розділу I .....	33
РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЧИННИКІВ ДЕЗАДАПТИВНОЇ МРІЙЛИВОСТІ У ДОРΟΣЛИХ ОСІБ .....	35
2.1 Організація та проведення емпіричних досліджень .....	35
2.2 Методичне обґрунтування обраних шкал використаних у дослідженні	38
2.3 Аналіз та інтерпретація отриманих даних .....	46
Висновки до розділу II .....	72
РОЗДІЛ III. РОБОТА ПСИХОЛОГА З ПРОБЛЕМОЮ ДЕЗАДАПТИВНОЇ МРІЙЛИВОСТІ У ДОРΟΣЛИХ ОСІБ .....	75
3.1 Психодіагностичні методи виявлення та оцінки дезадаптивної мрійливості.....	75
3.2 Когнітивно-поведінкові стратегії корекції дезадаптивної мрійливості ...	77
3.3 Інтегративні підходи та техніки роботи з дезадаптивною мрійливістю ...	79
Висновки до розділу III .....	81
ВИСНОВКИ .....	84
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....	87

## ВСТУП

Сучасне суспільство характеризується зростаючим рівнем психологічного навантаження, що спонукає людей до пошуку різноманітних стратегій подолання стресу. Одним із таких механізмів є дезадаптивна мрійливість — складний психологічний феномен, який привертає увагу дослідників протягом останніх двох десятиліть.

Піонерські роботи Елі Сомера (Somer, 2002) заклали основи розуміння дезадаптивної мрійливості як окремого клінічного феномену. Сомер вперше концептуалізував це явище як надмірне занурення у фантазійні світи, що перешкоджає нормальному функціонуванню особистості. Подальші дослідження Бігелсона та Шупака (Bigelsen & Schupak, 2011) розширили розуміння кінестетичних аспектів дезадаптивної мрійливості, продемонструвавши зв'язок між фантазійною активністю та стереотипними рухами. Їхні роботи мають безперечну цінність у формуванні діагностичних критеріїв, проте обмежуються переважно описовим підходом без глибокого аналізу етіологічних факторів.

Значний внесок у розуміння психопатологічних аспектів дезадаптивної мрійливості зробили Соффер-Дудек та Сомер (Soffer-Dudek & Somer, 2018), які провели масштабний мета-аналіз, що охопив понад 24 тисячі осіб. Їхні результати переконливо продемонстрували зв'язок дезадаптивної мрійливості з широким спектром психопатологічних проявів. Однак ці дослідження проводилися переважно на західних вибірках, що обмежує можливості узагальнення результатів на інші культурні контексти.

Теоретико-методологічну основу сучасних досліджень дезадаптивної мрійливості становлять роботи з когнітивно-поведінкової терапії (Beck et al., 1979) та концепції усвідомленості (Baer et al., 2006). Кабат-Зінн (Kabat-Zinn, 1994) заклав основи практик усвідомленості, які показали ефективність у корекції дезадаптивних ментальних процесів.

Незважаючи на зростаючий науковий інтерес, в українській психологічній науці дезадаптивна мрійливість залишається малодослідженою

проблемою. Відсутність валідованих україномовних інструментів діагностики та культурно-адаптованих терапевтичних підходів створює серйозну прогалину в системі психологічної допомоги. Особливо актуальним це питання стає в умовах тривалого стресу, спричиненого військовими діями та соціально-економічними трансформаціями в Україні, коли населення потребує ефективних стратегій психологічної адаптації.

**Об'єкт дослідження:** дезадаптивна мрійливість, як психологічний феномен.

**Предмет дослідження:** чинники дезадаптивної мрійливості у дорослих осіб

**Метою дослідження:** є вивчення взаємозв'язку між копінг стратегією на стресову реакцією та дезадаптивну мрійливість.

**Завданнями дослідження є:**

1. Проаналізувати літературу з тематики чинників дезадаптивної мрійливості у дорослих осіб
2. Розробити і провести емпіричне дослідження чинників дезадаптивної мрійливості у дорослих осіб
3. Проаналізувати і проінтерпретувати отримані результати.
4. Розробити комплекс заходів психологічного впливу спрямованих на корекцію дезадаптивної мрійливості.

У процесі нашої роботи були використані наступні **методи:**

1. Аналіз наукової літератури.
2. Психодіагностичне дослідження:
  - a. Анамнестична анкета
  - b. Шкала дезадаптивної мрійливості (MDS-16)
  - c. Шкала сприйнятого стресу (PSS-10)
  - d. Шкала усвідомленості (Five Facet Mindfulness Questionnaire – FFMQ)
  - e. Шкала тривожності, депресії та стресу (DASS-21)
3. Математико-статистичний аналіз даних
4. Методи психологічного консультування

Всього у дослідженні прийняли участь 72 респонденти, з яких 59 – жінки, 13 – чоловіки. Учасники дослідження проживають у різних регіонах України і закордоном.

**Дослідницькі питання**, на які спрямоване дане дослідження:

1. Які основні чинники впливають на розвиток дезадаптивної мрійливості у дорослих осіб?
2. Яким чином рівень сприйнятого стресу та негативних емоційних станів корелює з проявами дезадаптивної мрійливості?
3. Які компоненти усвідомленості виступають захисними факторами проти розвитку дезадаптивної мрійливості?
4. Як соціально-демографічні характеристики (стать, фінансовий стан, статус зайнятості) модерують взаємозв'язок між стресом та дезадаптивною мрійливістю?

**Теоретична значущість роботи** визначається внеском у розширення наукових уявлень про дезадаптивну мрійливість як психологічний феномен. Дослідження поглиблює розуміння етіологічних механізмів дезадаптивної мрійливості, доповнюючи існуючі теоретичні концепції емоційної регуляції та копінг-стратегій. Встановлені закономірності впливу усвідомленості на дезадаптивну мрійливість розширюють теоретичну базу позитивної психології та третьої хвилі когнітивно-поведінкової терапії. Виявлення гендерних та соціально-демографічних особливостей прояву дезадаптивної мрійливості збагачує розуміння індивідуальних відмінностей у психологічній адаптації.

**Практична значущість роботи** полягає у можливості використання результатів дослідження у різних галузях психологічної практики. Розроблена система діагностики може бути впроваджена у роботу психологів-консультантів, клінічних психологів та психотерапевтів для виявлення осіб з дезадаптивною мрійливістю. Запропоновані терапевтичні підходи можуть використовуватися у центрах психологічної реабілітації, приватній психотерапевтичній практиці та програмах психологічної

підтримки населення. Особливо цінними результати можуть виявитися для роботи з особами, що переживають наслідки травматичного стресу, у програмах психосоціальної підтримки та профілактики психічного здоров'я.

# РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ФЕНОМЕНУ ДЕЗАДАПТИВНОЇ МРІЙЛИВОСТІ

## 1.1 Теоретичний аналіз феномену дезадаптивної мрійливості

Дезадаптивна мрійливість являє собою окремий синдром, основним симптомом якого є надмірне яскраве фантазування із зануренням в уявні образи альтернативних реальностей, що погіршує функціонування та спричиняє значний дистрес. У той час як мрійливість зазвичай є повсюдною психічною активністю, яка часто використовується як тимчасове полегшення, при дезадаптивній мрійливості вона стає патологічною, хронічною та дисоціативною активністю, що передбачає постійне занурення в уявні реальності, згубно впливаючи на реальне життя.

Це часто посилює неуважність і відстороненість від реальності, з неодноразовими невдалими спробами контролювати симптоми. Занурення часто посилюється за допомогою музики, що викликає асоціації, та кінестетичних стереотипів, включаючи мімичні жести, ходіння по колу, промовляння діалогів пошепки або фізичні рухи, що відтворюють зміст фантазії. Хоча це часто дає короткочасне полегшення від аверсивних почуттів, таких як провина, сором, низька самооцінка або самотність, воно також увічніює ці почуття, а отже, підтримує психологічні страждання.

Свідомість людини часто зміщується від подій, що відбуваються у зовнішньому світі, до власних думок та внутрішніх уявлень. Цей процес, який часто називають мріяннями або блуканнями розуму, є повсюдним і становить до 50% рефлексивної діяльності людини (Killingsworth & Gilbert, 2010; Singer, 1966a; Singer, 1966b). Концепція мрійливості значною мірою завдячує Джерому Сінгеру (Singer, 1975), який зробив ключові висновки про цю важливу ментальну активність.

Протягом останніх десятиліть для позначення цих ментальних процесів використовувалися різні терміни, такі як "блукання розуму" (mind wandering),

самогенерована думка, спонтанне мислення - всі вони відносяться до когніцій, що виникають через переключення уваги з поточних подій на більш вільні роздуми та образи (Baird et al., 2012; Christoff et al., 2016; Fox et al., 2018; Smallwood & Schooler, 2015). Спільною основною рисою таких конструктів є їхня незалежність від перцептивних стимулів (Antrobus et al., 1966; Teasdale et al., 1995) та непов'язаність з діяльністю, що виконується в даний момент (Smallwood & Schooler, 2015).

Мрійливість як загальний термін охоплює всі різні типи думок, які не пов'язані з виконанням завдань, і може бути як більш реалістичною (наприклад, планування відпустки, уявне відтворення минулих подій), так і фантастичною (наприклад, занурення у фантазійні світи з вигаданими персонажами). Мрійливість може виконувати кілька адаптивних функцій, таких як творче мислення, пошук сенсу в особистому досвіді або планування майбутньої діяльності (Stawarczyk et al., 2012).

Однак, коли мрії повторюються і займають багато часу, вони можуть супроводжуватися негативними емоційними станами та депресією (Marchetti et al., 2016; Poerio et al., 2013; Webb et al., 2021). Деякі автори зосереджуються на когнітивному контролі як ключі до відокремлення нормативних форм від дисфункціональних (Seli et al., 2013, 2015), а дослідження вказують на те, що ненавмисні мрії частіше трапляються в осіб з поганою виконавчою функцією, впливаючи на їхню здатність залишатися в рамках завдання та досягати майбутніх цілей (Kane et al., 2007; McVay & Kane, 2009).

У деяких випадках мрійливість може бути нав'язливим і важко контрольованим явищем, яке замінює реальну взаємодію - стан, який Сомер (Sommer, 2002) назвав "дезадаптивною мрійливістю". Дезадаптивна мрійливість відрізняється від звичайної мрійливості через вищий рівень нереалістичності змісту, підвищену повторюваність, труднощі в контролі епізодів і вищий ризик впливу на життєві цілі (Bigelsen et al., 2016), а також часто супроводжується кінестетичною активністю (Bigelsen & Schupak, 2011).

Важливість змісту мрій неодноразово підкреслювалася в кількох дослідженнях (Mar et al., 2012; Smallwood & Andrews-Hanna, 2013). З одного боку, роздуми над поточними проблемами або внутрішні діалоги з реальними значущими особами можуть асоціюватися з позитивними результатами і представляти собою стратегії подолання стресових ситуацій (Baird et al., 2012; Roerig et al., 2015). З іншого боку, повторювані негативні думки негативно впливають на самопочуття і, як правило, виявляються підвищеними у людей з депресією і тривогою (Nolen-Hoeksema, 2000; Watkins, 2008).

Таким чином, частота, навмисність і зміст можуть бути важливими факторами для визначення функціонального значення епізодів мрійливості. Дослідження психопатологічних факторів вказують на роль дитячої травми та соціальної тривоги у виникненні дисфункціональної мрійливості (Somer et al., 2016a; Somer & Herscu, 2017). Також були виявлені obsесивно-компульсивні риси та схильність до поведінкових залежностей (Soffer-Dudek & Somer, 2018; Somer et al., 2016b).

### **Кореляти психічного здоров'я дезадаптивної мрійливості**

Більш ранні дослідження показали позитивну кореляцію між денними мріями та креативністю і мотивацією досягнення (Singer & Schonbar, 1961). Пізніший огляд Джерома Сінгера показав, як мрійливість і фантазії можуть покращити повсякденне вирішення проблем і творчість (Singer, 2009). Більше того, Zedelius et al. (2021) виявили, що фантастичні мрії передбачають якість творчого письма та повсякденну творчу поведінку.

Проте, дослідження останніх двох десятиліть представили вагомі докази того, що дезадаптивна мрійливість пов'язана з показниками психологічного дистресу та поведінкової дисфункції. Зокрема, дезадаптивна мрійливість тісно корелює з труднощами в регуляції емоцій

### **Епідеміологічні дані та клінічна картина**

Хоча патологічне імерсивне фантазування не є новим клінічним феноменом, дезадаптивна мрійливість як окрема концепція останнім часом

набуває все більшої популярності, оскільки люди активно шукають ярлик для своєї проблеми. Розробка критеріїв, подібних до DSM, та структурованого клінічного інтерв'ю дозволила зібрати початкові епідеміологічні дані, в результаті чого точкова оцінка поширеності становить 2,5%, з вищими показниками у молодих людей.

Пов'язані з цим дистрес і дисфункція включають поширене безробіття та спроби самогубства. Клінічні дослідження, засновані на інтерв'ю, показують, що люди з дезадаптивною мрійливістю, як правило, відповідають критеріям більш ніж одного існуючого розладу, як правило, неухважності, тривоги, obsесивно-компульсивних і пов'язаних з ними розладів, а також депресії; однак жоден з цих розладів не пояснює його наявність або феноменологію. Багато пацієнтів з дезадаптивною мрійливістю повідомляють про неефективність лікування при зверненні за професійною допомогою. Примітно, що цілеспрямовані клінічні втручання можуть зменшити дезадаптивну мрійливість і суттєво покращити самопочуття; це вказує на важливість їх розпізнавання та лікування.

### **Аргументи на користь формалізації як окремого розладу**

Накопичені емпіричні дані свідчать про те, що деякі люди тимчасово знімають стрес, занурюючись у вигадливі, творчі наративи, тим самим порушуючи свої життєві цілі. Однак, замість того, щоб вважати це розладом, це може бути витлумачено як надмірний механізм подолання, що забезпечує короткочасне полегшення для тих, у кого вже встановлені діагнози (наприклад, депресія, тривожність). Тим не менш, існують переконливі причини для того, щоб формалізувати дезадаптивну мрійливість як розлад:

**По-перше**, дезадаптивна мрійливість викликає звикання і є структурованою, замінюючи інші адаптивні стратегії подолання, а також додаткові присутні симптоми (наприклад, стереотипи, сором, невдалі спроби зменшити мрійливість, функціональні порушення), що формують складну клінічну картину.

Симптоми дезадаптивної мрійливості не лише супроводжують психологічний дистрес, але й породжують та посилюють його. Вони, як правило, не зникають спонтанно, оскільки дезадаптивна мрійливість є стійким станом, який часто погіршується з часом. Наприклад, у 1-річному лонгітюдному дослідженні було виявлено, що дезадаптивна мрійливість є дуже стабільною і проспективно прогнозує посилення симптомів тривоги та депресії.

**По-друге**, інші діагнози DSM або МКХ не пояснюють клінічну картину краще. Незважаючи на значне порушення уваги, психічний патерн, що лежить в основі відволікання - поглинаюче емоційне фантазування - суттєво відрізняється від типового блукання у свідомості при синдромі дефіциту уваги з гіперактивністю. Крім того, хоча дезадаптивна мрійливість та obsесивно-компульсивні симптоми пов'язані між собою, і дезадаптивну мрійливість можна вважати компульсивною, занурення в сюжет фантазій приносить задоволення і насолоду в короткостроковій перспективі, на відміну від дистресу, спричиненого нав'язливими obsесіями або компульсіями.

**По-третє**, офіційне визначення дезадаптивної мрійливості як психіатричного розладу підвищить обізнаність клініцистів та дослідників і сприятиме розробці спеціальних протоколів втручання.

### **Дезадаптивна мрійливість як дисоціативний розлад**

Хоча дезадаптивна мрійливість має спільні характеристики з різними діагностичними категоріями, включаючи поведінкові залежності, obsесивно-компульсивні розлади, розлади з дефіцитом уваги та дисоціативні розлади, існують емпіричні та теоретичні підстави класифікувати їх як дисоціативний розлад.

Емпіричні дослідження виявили високу частоту дезадаптивної мрійливості серед людей з важкою дисоціацією і сильні асоціації між дезадаптивною мрійливістю і дисоціацією. Особи з дезадаптивною мрійливістю відчують себе такими, що ведуть два паралельних життя. Внутрішні події відокремлюють їх від зовнішньої реальності, знижуючи

реакцію на оточення і внутрішні думки, почуття, спогади, дії та відчуття себе, що призводить до відчуження або відключення від суб'єктивного досвіду.

Це є ознакою дисоціації, як визначено в DSM-5-TR: "Дисоціативні розлади характеризуються порушенням і/або перериванням нормальної інтеграції свідомості, пам'яті, ідентичності, емоцій, сприйняття, репрезентації тіла, моторного контролю і поведінки". Наприклад, типовим проявом занурення у фантазії під час ходіння по колу у своїй кімнаті є розрив між сприйняттям і поведінкою, з одного боку, і свідомістю та увагою, з іншого.

Деадаптивна мрійливість може призвести до розриву зв'язку з досвідом і самокогерентності, коли люди досліджують різні образи і персонажі в складному внутрішньому світі. Персонажі уявляються як такі, що мають чітко виражені індивідуальності, бажання та конфлікти. Сценарії у світі фантазій можуть бути пережиті з різним ступенем контролю та активності. Це посилює занурення у мрію і відключає від інших сприйняття, спогадів і відчуття себе, приносячи миттєве полегшення і задоволення.

### **Порівняння з існуючими дисоціативними розладами**

Деадаптивна мрійливість одночасно схожа і відрізняється від сучасних дисоціативних розладів:

**Деперсоналізаційний/дереалізаційний розлад.** Яскраві фантазери часто відчувають, що їхні фантазії більш реальні, ніж реальне життя, що призводить до деперсоналізації/дереалізації або відстороненого відчуття реальності, коли вони не мріють. У дослідженні щоденників повідомлялося про посилення деперсоналізації/дереалізації в дні підвищеної схильності до мрійливості, а також на наступний день. Як DP/DRD, так і деадаптивна мрійливість можуть виникати після травми, а можуть і не виникати, але вони значною мірою пов'язані з труднощами в регулюванні емоцій.

**Дисоціативна амнезія:** Люди з деадаптивною мрійливістю часто занурюються у фантазії на кілька годин, а коли вони "прокидаються", у них може виникнути відчуття втраченого часу. Однак вони зберігають доступні спогади про пережиті фантазії та свою автобіографічну інформацію.

**Дисоціативний розлад ідентичності** : І дезадаптивна мрійливість, і ДІР передбачають розумову та емоційну взаємодію з різними особами та персонажами з різними характерами, бажаннями та конфліктами у складному внутрішньому світі. Однак дезадаптивна мрійливість не передбачає розділення особистості або перемикання як такого. Драматичні події дезадаптивної мрійливості відбуваються у фантазії і не розігруються в реальному світі.

### **Запропоновані діагностичні критерії дезадаптивної мрійливості**

Критерії дезадаптивної мрійливості, подібні до критеріїв DSM, були запропоновані раніше, але нові критерії засновані на клінічних та дослідницьких розробках останніх років. Щоб уникнути гіпердіагностики, критерії включають стандартний критерій DSM "клінічно значущий дистрес або порушення", що гарантує, що надмірне фантазування є основним джерелом дистресу і дисфункції.

### **Основні діагностичні критерії**

**Критерій А:** Стійке або нав'язливе яскраве і детальне фантазування, що характеризується інтенсивним відчуттям поглинання або занурення, яке включає візуальні, слухові або афективні властивості.

**Критерій Б:** Мрійливість асоціюється принаймні з двома з наступних характеристик:

1. Надання переваги фантазованому досвіду над реальним життям або відчуття хвилювання, інтересу чи емоційної прив'язаності до мрій, які перевищують реальний досвід.
2. Мрійливість запускається, підтримується або посилюється за допомогою стереотипних рухів (наприклад, крокування, гойдання, рухів руками), міміки, діалогів пошепки та/або фізичного відтворення сюжетних ліній.
3. Мрійливість дає короточасне полегшення від неприємних відчуттів, таких як стрес, тривога, провина, сором, низька самооцінка або самотність.

4. Відчувають роздратування, коли не можуть помріяти або коли мрії перериваються чи обмежуються.

5. Неодноразові невдалі спроби приборкати або контролювати мрійливість.

**Критерій В:** Симптоми є тривалими (30 хв або більше на епізод, щонайменше 1 год на день) і присутні протягом більшості днів за останні 6 місяців.

**Критерій Г:** Симптоми викликають клінічно значущий дистрес або порушення в соціальній, професійній або інших важливих сферах функціонування.

**Критерій Д:** Симптоми не пов'язані з фізіологічним впливом речовини або іншим медичним станом.

**Критерій Е:** Порушення не краще пояснюється іншими розладами, такими як обсессивно-компульсивний розлад, синдром дефіциту уваги та гіперактивності, загальний тривожний розлад, дисоціативний розлад ідентичності тощо.

### Ступені тяжкості

- **Легкий:** людина відчуває переважно дистрес, без явних функціональних порушень.
- **Помірний:** порушена одна сфера функціонування (наприклад, робота).
- **Важкий:** порушена більш ніж одна сфера функціонування (наприклад, робота, академічне або соціальне життя).

### Етіологічні фактори та механізми розвитку

Етіологічні фактори, що визначають дезадаптивну мрійливість, ще не встановлені повністю, проте існує кілька гіпотез щодо їх ролі у розвитку цього стану:

### Вроджена схильність

Існує гіпотеза, що вроджена здатність до занурених фантазій, яка сама по собі може не бути психопатологічною, є фактором ризику або діатезом дезадаптивної мрійливості. Повідомлення про екстенсивні занурені фантазії,

що починаються в дуже ранньому віці, є нормою, в той час як проблемний аспект мрійливості може розвиватися з часом.

### **Роль стресу та травми**

Як і у випадку з дисоціацією, важливу роль може відігравати стрес або травма, які сприяють перетворенню підвищеної схильності до мрійливості на психопатологію, що погіршує самопочуття. Зокрема, дезадаптивна мрійливість часто пов'язана з минулою травмою або з поточною аверсивною чи стресовою реальністю, такою як напружені стосунки вдома або соціальна тривожність.

### **Труднощі регуляції емоцій**

Кілька досліджень показали, що дезадаптивна мрійливість пов'язана з труднощами у регуляції емоцій, що може відігравати етіологічну роль, посилюючи потребу в альтернативному механізмі подолання.

Динаміка особистості також сприяє цьому стану. Зокрема, здається, що існує центральний зв'язок між дезадаптивною мрійливістю та нарцисизмом, причому більшість клінічних зразків з нарцисичним розладом особистості демонструють ймовірну дезадаптивну мрійливість.

### **Валідність та клінічна значущість**

Достовірність психічних розладів зазвичай оцінюють за п'ятьма критеріями, спочатку встановленими Робінсом і Гузом. Дезадаптивна мрійливість відповідає чотирьом критеріям: (а) впізнавана клінічна картина, (б) специфічні та надійні психологічні тести для оцінки, (в) надійна диференціація від інших станів та відповідність керівним принципам для включення в DSM-5.

Дослідження дезадаптивної мрійливості охоплюють набагато більше, ніж мінімально необхідні 50 опублікованих робіт за останнє десятиліття, включаючи принаймні 25 емпіричних досліджень. Крім того, були розроблені діагностичні критерії з високою міжекспертною узгодженістю.

Дезадаптивна мрійливість являє собою клінічно значущий феномен, який заслуговує на визнання як окремий дисоціативний розлад. Накопичені

емпіричні дані, чітка клінічна картина і значний вплив на життя людей свідчать про необхідність формального визнання цього стану в діагностичних посібниках.

Включення дезадаптивної мрійливості у розділи психіатричних посібників, присвячені дисоціативним розладам, може сприяти дослідженню загальних механізмів та розумінню різноманітних дисоціативних процесів. Це визнання допоможе лікарям поставити точний діагноз, стимулюватиме подальші дослідження і забезпечить належну підтримку та ефективне лікування для людей, які страждають від цього розладу.

### **2.1. Дезадаптивна мрійливість та психопатологія: Мета-аналіз**

Дезадаптивна мрійливість (ДМ) - це клінічний стан, який не можна пояснити жодною існуючою психопатологією. Емпірична література щодо ДМ свідчить про те, що він пов'язаний з психічними розладами та має ознаки, що нагадують психологічні розлади. Метою цього дослідження було мета-аналітичне вивчення взаємозв'язку між ДМ та різними проявами психічного дистресу і дисфункції. Сорок досліджень, що охопили 24 977 осіб (середнє значення (вік)= 28,75, стандартне відхилення= 9,90), відповідали нашим критеріям включення і були включені в аналіз. Результати показали, що ДМ позитивно асоціюється з депресією, тривогою, дисоціацією, obsесивно-компульсивним розладом, синдромом дефіциту уваги і гіперактивності, загальною психопатологією, психотичними симптомами, розладом аутистичного спектру і травматичним досвідом. Деякі ефекти були пом'якшені типом вибірки, віком та статтю. Наші вторинні аналізи досліджували інші психологічні проблеми. Ми виявили позитивний зв'язок між ДМ і труднощами в регуляції емоцій, самотністю, дисфункціональними рисами особистості, негативним афектом, патологічним поклонінням знаменитостям, розладом особистості, соромом, соматичними симптомами, проблематичним використанням Інтернету і психологічним дистресом. Крім того, було виявлено негативний зв'язок між ДМ та самоефективністю і

самооцінкою. Наші результати свідчать про те, що ДМ поводить себе подібно до інших розладів DSM, демонструючи коморбідність з різними психопатологіями. Обговорюються теоретичні та клінічні наслідки цих результатів.

Деадаптивна мрійливість - це клінічний стан, який не може бути краще пояснений жодною з існуючих нозологій в Діагностичній і статистичній посібник з психічних розладів, 5-е видання (DSM-5-TR; Американська психіатрична асоціація, 2022) або Міжнародна класифікація хвороб, 11-й перегляд (МКХ-11; Всесвітня організація охорони здоров'я, 2019). Вона передбачає ретельно продумане пульсуюче занурення в інтенсивну вигадливу фантазію, що характеризується складними декораціями, часто доповненими впливом викликаючої музики та повторюваними рухами, такими як крокування, жестикуляція та розмовна мова. Така форма занурення в мрії часто приносить велике задоволення, але може стати залежністю, яка забирає багато часу, коли люди займаються нею на шкоду виконанню своїх академічних, соціальних або професійних обов'язків (Pietkiewicz та ін. 2018; Schimmenti та ін. 2019; Somer 2002). У попередньому дослідженні із застосуванням критичного дискурс-аналізу Берштінг і Сомер (2018) проаналізували повідомлення, надіслані особами, які ідентифікували себе як такі, що борються з ДМ. У дослідженні вивчалися вербальні стратегії, які ці люди використовували, щоб передати справжність свого страждання і виступити за більшу обізнаність і визнання ДМ як проблеми психічного здоров'я. Відчайдушні зусилля спільноти хворих на ДМ, спрямовані на медикалізацію їхнього стану, зумовлені труднощами в отриманні точного діагнозу та специфічного лікування їхнього стану. Автори повідомляють, що "необізнаність фахівців з ДМ спонукає їх до більш звичних діагнозів і втручань" (с. 475). Однак жодному з опитаних, які звернулися по допомогу з приводу МД, не було запропоновано жодного ефективного лікування. Подібні скарги можна прочитати на численних форумах у Facebook та Інтернеті, присвячених підтримці людей з ДМ (наприклад, "Деадаптивна мрійливість",

група у Facebook, яка налічує близько 5500 членів. Отримано 19 лютого 2024 року). Необізнаність про ДМ серед науковців та клініцистів посилюється професійним скептицизмом. Дехто стверджує, що ДМ представляє надмірне розширення діагнозів психічного здоров'я. Раскін (Raskin, 2022) описує її як приклад "DSM-зації" повсякденного життя, в якому будь-який засмучуючий або проблемний досвід легко асимілюється в лексикон психічного розладу". На противагу цьому, інші наводять докази значних порушень серед людей з ДМ. Соффер-Дудек (2022) зазначає: ". . .наші дослідження показали, що дезадаптивні мрійники (ДМ) надзвичайно страждають. В одному дослідженні майже половина вибірки була безробітною, а понад чверть принаймні один раз намагалася покінчити життя самогубством... В іншому дослідженні більша частина вибірки відповідала критеріям 3-4 різних діагнозів DSM". Ці контрастні перспективи підкреслюють дебати щодо клінічної значущості депресії. В умовах недостатньої доступності допомоги люди з ДМ, схоже, формують групи взаємопідтримки в Інтернеті. Хоча це ще не зазначено в жодному з основних діагностичних посібників, за оцінками, тисячі людей по всьому світу шукають підтримки та порад на інтернет-форумах, присвячених цьому захворюванню. Наприклад, спільнота лікарів на "Reddit" налічує понад 121 000 учасників (отримано 21 листопада 2024 року з [www.reddit.com/r/MaladaptiveDreaming/](http://www.reddit.com/r/MaladaptiveDreaming/)).

Термін "дезадаптивна мрійливість", відносно нове позначення, був придуманий близько двох десятиліть тому (Somer 2002) і, згідно з Google Trends, до цього не давав жодних результатів у пошукових системах. Однак поточний пошук в Google за фразою "дезадаптивна мрійливість" дав понад мільйон результатів (отримано 21 листопада 2024 року). Страждаючі люди по всьому світу звертаються до Інтернету за інформацією про свої страждання. Невідповідність між потребами пацієнтів у професійному визнанні ДМ як психічного розладу та поєднанням необізнаності і скептицизму в клінічній спільноті вимагає проведення дослідження, щоб зважити всі ці фактори.

### **Кореляти психічного здоров'я доктора філософії**

Більш ранні дослідження показали позитивну кореляцію між денними мріями та креативністю і мотивацією досягнення (Singer and Schonbar 1961). Пізніший огляд Джерома Сінгера своєї новаторської роботи про мрійливість показав, як мрійливість і фантазії можуть покращити повсякденне вирішення проблем і творчість (Singer 2009). Більше того, Zedelius та ін. (2021) виявили, що фантастичні мрії передбачають якість творчого письма та повсякденну творчу поведінку, тоді як мрії, наповнені особистим змістом, передбачають творчу поведінку, про яку повідомляють самі учасники дослідження. Іншими словами, оскільки було доведено, що мрійництво сприяє розвитку креативності, вирішенню проблем, мотивації досягнень та творчого мислення, може здатися контрінтуїтивним, що ця психічна активність може мати психопатологічне забарвлення. На противагу цьому, дослідження останніх двох десятиліть представили вагомі докази того, що ДМ пов'язана з показниками чоловічого дистресу та поведінкової дисфункції. Наприклад, ДМ тісно корелює з труднощами в регуляції емоцій (наприклад, Thomson and Jaque 2023a; West and Somer 2020), соромом (наприклад, Ferrante et al. 2022), підвищеною дисоціацією (наприклад, Schimmenti et al, Schimmenti та ін. 2019; Soffer-Dudek і Somer 2022), СДУГ (наприклад, Cate-lan та ін. 2023; Jopp та ін. 2019), депресія (наприклад, Shafik і Zafar 2022; Moment 2023) і тривога (наприклад, Horváth-Labancz та ін. 2022; Zsila та ін. 2019)

### **Поточне дослідження**

Поточне дослідження Емпірична література, присвячена ДМ, свідчить про те, що він може не бути типовим проявом сновидінь. Натомість, ДМ видається аберантним проявом фантазування, пов'язаним з іншими психічними розладами, що свідчить про його якісну відмінність від нормального фантазування та ознаки, що нагадують психологічні розлади. Тим не менш, сучасним дослідженням бракує систематизації та узагальнення наявних емпіричних даних, що унеможливорює остаточні висновки, які б прояснювали переконливі теоретичні та клінічні наслідки. Це дослідження мало на меті систематично вивчити взаємозв'язок між ДМ та різними проявами психічного

дистресу та дисфункції в різних дослідженнях за допомогою метааналітичних методів. Зокрема, ми мали на меті перевірити, чи поводиться ДМ як більшість інших розладів DSM, демонструючи коморбідність або взаємозв'язок з іншими проблемами психічного здоров'я (Kessler та ін., 2005). Наукове значення вивчення зв'язку між ДМ та психопатологією полягає в тому, що якщо буде виявлено, що ДМ пов'язана з психопатологією, це допоможе вирішити сумніви щодо її статусу як психічного розладу. Клінічне значення такого зв'язку полягає в тому, що це може бути важливо для ідентифікації ДМ як трансдіагностичного стану, який слід ідентифікувати та спрямувати на психотерапію. Мета-аналіз існуючої літератури може забезпечити краще розуміння зв'язку між ДМ і психопатологією в різних розладах і симптомах, оскільки він надасть скориговані на упередженість оцінки розміру і характеру ефектів, які неможливо отримати з наративного огляду літератури.

Щоб заповнити існуючі прогалини в сучасній літературі, ми провели систематичний огляд і мета-аналіз, щоб визначити, чи є зв'язок між розладами та психопатологією статистично значущим для різних розладів і досліджень.

Ми провели пошук літератури про розлади сну та психопатологію з січня 2002 року, коли цей термін був запропонований Сомером (2002), до березня 2024 року. Використовуючи ключове слово "дезадаптивні сновидіння" в заголовку, ми провели пошук в PubMed (72 результати), APA PsycNet (70 результатів) і Google Scholar (167 результатів). Дослідження були відібрані на основі критеріїв включення, що вивчають зв'язок між ДМ та значущою психопатологією. Незважаючи на зростаючу кількість досліджень за останні два десятиліття, емпіричні дослідження в цій відносно новій області психологічних досліджень залишається в зародковому стані. По-друге, методологія мала бути кількісною. У дослідженні насамперед вивчається зв'язок між ДМ та основними психопатологіями. Вторинний аналіз включає зв'язок ДМ з іншими психологічними проблемами, такими як розлади особистості. Критерії включення вимагають достатньої статистичної інформації для розрахунку розміру ефекту та публікації англійською мовою.

Мета-аналіз мав на меті систематично дослідити взаємозв'язок між МД та різними проявами психічного розладу та дисфункції. Наші результати, отримані на основі 40 досліджень, що охопили 24 977 осіб, показали, що ДМ позитивно пов'язана з низкою психопатологічних показників, включаючи депресію, тривогу, дисоціацію, ОКР, СДУГ, загальну психопатологію, психотичні симптоми, травматичні переживання та загальну психопатологію (комбінація всіх психопатологій). Крім того, ДМ має значні зв'язки з труднощами в регуляції емоцій, самотністю, дисфункціональними рисами особистості, негативним афектом, патологічним поклонінням знаменитостям, особистісними розладами, соромом, соматичними симптомами, проблемним використанням Інтернету та психологічним дистресом. І навпаки, ми виявили, що ДМ має негативний зв'язок із самоефективністю та самооцінкою. Ці результати свідчать про те, що ДМ поводить себе подібно до інших розладів DSM, демонструючи коморбідність з різними проблемами психічного здоров'я.

Отримані результати узгоджуються з попередніми дослідженнями, які вказують на те, що МД є не просто доброякісною формою сновидінь, але часто пов'язана зі значними проблемами психічного здоров'я (наприклад, Thomson and Jaque 2023a; Soffer-Dudek and Somer 2022; Catelan et al. 2023; Moment 2023; Horváth-Labancz et al. 2022). Результати цього комплексного мета-аналізу дають переконливі докази на користь того, щоб розглядати ХП як окремий психічний розлад, гідний класифікації в основних психіатричних діагностичних посібниках, таких як DSM та МКХ. Спостережувані патерни коморбідності між МД та широким спектром встановлених психопатологій відображають ті, що спостерігаються при інших визнаних психічних розладах, що свідчить про подібні нейробіологічні та психологічні механізми, які лежать в основі цих розладів. Ці асоціації, а також зв'язок ДМ з труднощами в регуляції емоцій, дисфункціональними рисами особистості та психологічного дистресу, тісно пов'язані із загальними критеріями психічних розладів. Негативні асоціації з самоефективністю та самооцінкою, а також

позитивні кореляції з самотністю та соромом вказують на те, що ДМ, ймовірно, спричиняє значні функціональні порушення та дистрес - ключові критерії для діагностики чоловічих розладів. Хоча ДМ пов'язана з різними психопатологіями, її унікальна симптоматика виділяє її як потенційно окремий стан, а не просто як симптом інших розладів. Деадаптивний сновидіння являє собою дискретний психологічний стан з ідентифікованими, послідовними феноменологічними ознаками, які відрізняють його від простих симптоматичних проявів інших розладів (Somer та ін., 2017; Soffer-Dudek та Somer, 2018). На відміну від транзиторних сновидінь або специфічних для розладів дисоціативних переживань, ДМ демонструє специфічний кластер характеристик: (1) занурення у фантазійні стани, що займають багато часу і суттєво порушують повсякденне функціонування, (2) компульсивний характер сновидінь, який не піддається добровільному контролю, (3) підвищену емоційну інтенсивність у цих фантазійних переживаннях і (4) вимірні нейропсихологічні відмінності в емоційній регуляції та регуляції уваги (наприклад, Theodor-Katz та ін., 2022). Емпіричні дані свідчать про те, що РС є не просто побічним продуктом інших психіатричних станів, а потенційно незалежною конструкцією, що супроводжується (а) послідовною феноменологічною презентацією в різних клінічних популяціях (напр., Soffer-Dudek та ін., 2020); (б) значними порушеннями в соціальному, професійному та особистісному функціонуванні (наприклад, Vigelsen та ін., 2016); та (в) окремими терапевтичними втручаннями, розробленими спеціально для ДМ, які відрізняються від лікування коморбідних розладів (Herscu та ін., 2023).

Цей мета-аналіз надає переконливі докази того, що ДМ значною мірою пов'язаний з різними проблемами психічного здоров'я, руйнуючи уявлення про те, що він є лише інтенсивною формою нормального сновидіння. ДМ демонструє моделі коморбідності, подібні до інших розладів DSM, що підкреслює його значення як серйозної проблеми психічного здоров'я, яка потребує уваги як з боку дослідників, так і з боку клініцистів. Майбутні дослідження повинні зосередитися на з'ясуванні механізмів ЗП та розробці

ефективних втручань. Вони повинні розглядати як природу звикання до наркоманії, так і глибинні психологічні проблеми, від яких вона допомагає відволіктися. Поглиблення нашого розуміння та лікування МД допоможе подолати значний дистрес і порушення, яких зазнають люди, що страждають на цю хворобу

### **1.3 Коморбідність дезадаптивної мрійливості**

Дослідження коморбідності дезадаптивної мрійливості є важливим аспектом розуміння цього психологічного явища. Для визначення профілю коморбідності осіб, які відповідають критеріям дезадаптивної мрійливості, дослідники провели комплексне вивчення з залученням 39 учасників. Усі учасники пройшли структуроване клінічне інтерв'ю відповідно до діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів п'ятого видання (DSM-V), а також структуроване клінічне інтерв'ю для дисоціативних розладів DSM-IV.

Результати дослідження виявили надзвичайно високий рівень коморбідності: 74,4% учасників відповідали критеріям більш ніж трьох додаткових розладів, а 41,1% - більш ніж чотирьох розладів. Найбільш поширеним коморбідним розладом виявився синдром дефіциту уваги та гіперактивності, який діагностували у 76,9% досліджуваних. Також значна частка учасників відповідала критеріям тривожного розладу (71,8%), депресивного розладу (66,7%) та obsесивно-компульсивного або спорідненого розладу (53,9%). Особливо тривожним є той факт, що 28,2% учасників робили спроби самогубства.

Дезадаптивна мрійливість характеризується як розлад, при якому людина надмірно занурюється у внутрішній світ фантазій таким чином, що це викликає клінічно значущий дистрес або порушення в соціальній, професійній або інших важливих сферах функціонування. Особи з дезадаптивною мрійливістю розвивають високоструктурований внутрішній світ з безліччю різних персонажів, які взаємодіють подібно до героїв п'єси чи роману. Людина

часто є персонажем цього внутрішнього світу, але володіє навичками, якостями, соціальним успіхом та іншими атрибутами, які відсутні у зовнішньому світі. Наприклад, у внутрішньому світі особа може бути відомим музикантом, кінозіркою або героїчною постаттю.

Характерною особливістю дезадаптивної мрійливості є її часто адиктивний або компульсивний характер, проте людина усвідомлює, що це внутрішній світ фантазій, і не сплутує його з реальністю. Дезадаптивна мрійливість може супроводжуватися стереотипними рухами і має кілька потенційних тригерів, таких як музика, нудьга або соціальна ізоляція. Часто люди з дезадаптивною мрійливістю неодноразово робили безуспішні спроби припинити цю активність.

Клінічна практика показує, що люди з дезадаптивною мрійливістю часто зверталися за лікуванням, але їхній стан або відхиляли як клінічно незначущий, або не визнавали, або помилково приписували до інших розладів. Зазвичай лікування супутніх розладів не є ефективним для подолання дезадаптивної мрійливості. Водночас, особи з цим розладом часто відчують полегшення, коли їхньому стану дають назву, коли вони усвідомлюють, що інші стикаються з такою ж проблемою, і коли дізнаються, що дезадаптивна мрійливість є предметом постійних наукових досліджень.

У попередніх дослідженнях було розроблено спеціалізовані інструменти для діагностики: Структуроване клінічне інтерв'ю для діагностики дезадаптивної мрійливості (SCIMD) та 16-пунктовий опитувальник для самозвіту - Шкала дезадаптивної мрійливості (MDS-16). Ці інструменти продемонстрували здатність відрізнити осіб з дезадаптивною мрійливістю від здорових осіб і показали хорошу узгодженість між собою при використанні відсікаючого балу 50 за шкалою MDS-16.

Клінічний досвід роботи з дезадаптивною мрійливістю свідчить, що особи, які страждають від цього розладу, відчують значний дистрес і зазвичай відповідають критеріям низки різних розладів DSM-V. Дезадаптивна мрійливість є частиною складної психіатричної картини, що включає

різноманітні форми психопатології, і цей факт відрізняє її від нормального поглинання, звичайних мрій або фантазій.

Для підтвердження клінічних спостережень про високий рівень психіатричної коморбідності при дезадаптивній мрійливості та кращого розуміння типів розладів, які найчастіше асоціюються з цим станом, було проведено спеціальне дослідження. Вибірка осіб, які відповідали критеріям скринінгу на дезадаптивну мрійливість, була опитана за допомогою двох структурованих інтерв'ю: Структурованого клінічного інтерв'ю для DSM-V (версія для лікарів) та Структурованого клінічного інтерв'ю для дисоціативних розладів DSM-IV.

Дослідження показало, що особи, які відповідають критеріям клінічного рівня дезадаптивної мрійливості, характеризуються значним дистресом і представляють клінічну вибірку з множинними встановленими психопатологічними розладами. Високий рівень коморбідності є загальним явищем для багатьох розладів DSM-V і не робить розлад недійсним. Навпаки, високий рівень коморбідності при дезадаптивній мрійливості підтверджує, що вона є однією з форм психопатології.

Діагностичні ознаки дезадаптивної мрійливості мають схожість і перетинаються з діагностикою синдрому дефіциту уваги та гіперактивності, а також обсесивно-компульсивного розладу. Попередні дослідження показують зв'язок дезадаптивної мрійливості з дисоціацією загалом і з дисоціативним поглинанням зокрема.

Високий рівень коморбідного синдрому дефіциту уваги та гіперактивності (76,9%) може пояснюватися періодичним відволіканням від завдань зовнішнього світу, спричиненим нав'язливою потребою звертати увагу на постійні відволікання внутрішнього світу фантазій. Важливо зазначити, що 27 з 30 опитаних з діагнозом СДУГ належали до неуважного типу, що становить 69% від усієї вибірки. Учасники дослідження послідовно пояснювали свої порушені функції уваги та концентрації саме цією поглинаючою формою фантазування.

Щодо обсесивно-компульсивного розладу, рівень коморбідності становив 25,6%, що є нижчим порівняно з іншими розладами, але люди з дезадаптивною мрійливістю часто описують компульсивний або адиктивний аспект своїх мрій. Кінестетичний компонент дезадаптивної мрійливості (стереотипні рухи) може бути пов'язаний з іншими повторюваними імпульсами, такими як ексцитаційний розлад і трихотиломанія.

Незважаючи на високий рівень коморбідності та серйозні порушення у досліджуваній вибірці (включаючи суїцидальність та безробіття), психотичні розлади зустрічалися рідко. Це є важливою характеристикою дезадаптивної мрійливості, яка переважно передбачає збереження неушкодженого моніторингу реальності.

#### **1.4 Дезадаптивна мрійливість та копінг-стратегії**

Розуміння взаємозв'язку між дезадаптивною мрійливістю та стратегіями подолання стресу є ключовим аспектом для розробки ефективних терапевтичних підходів. Дослідження показують, що дезадаптивна мрійливість може розглядатися як специфічна стратегія зняття стресу, оскільки повторювана послідовність використання уяви відіграє значну роль у заспокоєнні та пошуку комфорту через ескапізм та уникнення.

##### **Дезадаптивна мрійливість як стратегія уникнення**

Дезадаптивна мрійливість характеризується як потреба мріяти, яка замінює людську взаємодію і порушує повсякденне життя, включаючи роботу, навчання та міжособистісні стосунки. Такі мрії є детальними і можуть мати складні, схожі на кіно сюжети, часто супроводжуючись реальними рухами або мімікою. Дезадаптивна мрійливість служить місцем для реалізації фантазій, пошуку спілкування та покращення настрою.

Однак така активність може призвести до страху бути викритим і сприйматися як дивна. Почуття марнування часу, збентеження та нав'язливість мрій можуть викликати значний дистрес. З огляду на те, що дезадаптивна мрійливість може використовуватися для зміни емоційного стану, заважає іншим сферам життя людини і часто може розглядатися як неконтрольована,

деякі дослідники припускають розгляд цього явища через призму поведінкової залежності, тоді як інші пропонують пов'язувати його з симптомами дисоціації.

### **Циклічна природа дезадаптивної мрійливості**

Дезадаптивна мрійливість може призводити до ще більшого стресу через нехтування стосунками, обов'язками та потребою у зростанні. Коли мрійник вирішує відновити зв'язок з реальним світом, він стикається з новою дозою стресу, з яким можна впоратися, повторюючи процес мріання. Крім того, момент завершення сеансу дезадаптивної мрійливості і повернення до реальності також може бути неприємним, оскільки активізує усвідомлення втрачених можливостей, які пройшли повз, поки людина мріяла, і супроводжується глибоким жалем.

Це призводить до замкненого кола використання дезадаптивної мрійливості як стратегії втечі та уникнення, особливо серед осіб, які не здатні ефективно регулювати емоції та мають труднощі з переносимістю дискомфорту.

### **Зв'язок з нетерпимістю до фрустрації**

Дослідження виявляють, що дезадаптивна мрійливість може бути привабливою формою втечі від дискомфорту, включаючи неприємні емоції та думки, оскільки вони забезпечують легкий спосіб досягти своїх цілей через продовження мріання. Переконавання щодо нетерпимості до фрустрації пов'язані з порушенням регуляції емоцій та схильністю до уникнення, що може бути ще одним значущим фактором у розвитку дезадаптивної мрійливості.

Нетерпимість до фрустрації була запропонована в рамках терапії раціональної емоційної поведінки як багатовимірний конструкт, пов'язаний з емоційним напруженням, що виникає через сприйняту загрозу комфорту життя та досягненню бажаних результатів. Виокремлюють чотири чинники нетерпимості до фрустрації:

Емоційна нетерпимість проявляється у переконанні, що емоційний дистрес надзвичайно важко піддається управлінню і його потрібно швидко полегшити або уникнути. Нетерпимість до дискомфорту характеризується думками, пов'язаними з потребою в комфорті та легкості, а також очікуванням, що життя буде вільним від будь-яких незручностей. Право на справедливість відображає потребу в тому, щоб світ був справедливим, очікування негайного задоволення та віру в те, що інші повинні потурати нашим бажанням. Прагнення досягнень проявляється у вірі в необхідність дотримання високих стандартів і нетерпимості до порушення цих стандартів.

#### Копінг-стратегії та дезадаптивна мрійливість

Емпіричні дослідження показують важливі відмінності між особами з дезадаптивною мрійливістю та контрольними групами щодо використання різних копінг-стратегій. Особи з дезадаптивною мрійливістю демонструють значно вищі показники унікаючого копінгу, загального рівня нетерпимості до фрустрації, нетерпимості до дискомфорту та емоційної нетерпимості.

Унікаючий копінг виявляється особливо поширеним серед осіб з дезадаптивною мрійливістю. Це узгоджується з попередніми дослідженнями, які повідомляють, що люди з цим розладом часто мріють, щоб уникнути своїх проблем та придушити неприємні емоції. Для деяких осіб мрії можуть бути втечею від складних, часто травматичних обставин, через які вони пройшли.

Водночас, особи без дезадаптивної мрійливості отримують значно вищі бали за шкалою пошуку емоційної підтримки. Це може бути пов'язано з емоційною дисрегуляцією у групі з дезадаптивною мрійливістю, оскільки доступ до власних емоційних станів у таких осіб погіршений, а також із соціальною ізоляцією та самотністю, які часто спостерігаються у цій групі.

#### Проактивні копінг-стратегії

Цікаво, що гіпотеза про відмінності між стилями подолання, орієнтованими на майбутнє (проактивним та превентивним подоланням), не підтвердилася в емпіричних дослідженнях. Проактивний копінг враховує можливості майбутнього зростання та змін на ставлення до невдач. Хоча люди

з дезадаптивною мрійливістю повідомляють, що використовують мрії як творчий вихід і джерело натхнення, при вимірюванні результативності творчої поведінки вони отримують нижчі показники, ніж контрольна група.

Як превентивний, так і рефлексивний копінг фокусуються на реальних діях, спрямованих на забезпечення власного майбутнього та безпеки, або на осмисленні власного досвіду. З огляду на те, що особи з дезадаптивною мрійливістю створюють складні світи, часто керуючись неможливими аспектами, такими як раптове перетворення на секретного агента або сценаріями "що було б, якби", дезадаптивна мрійливість не має значущого зв'язку з проактивним копінгом.

Мережевий аналіз дозволяє глибше зрозуміти динаміку взаємозв'язків між дезадаптивною мрійливістю, копінг-стратегіями та нетерпимістю до фрустрації. Результати показують, що тільки в групі осіб з дезадаптивною мрійливістю спостерігаються значущі зв'язки між дезадаптивною мрійливістю та уникаючим копінгом, нетерпимістю до дискомфорту, правом та емоційною нетерпимістю.

Змінною з найбільшим очікуваним впливом в обох досліджуваних підгрупах була змінна "право". Це може підтверджувати припущення, що люди з дезадаптивною мрійливістю часто звертаються до мрій, щоб пофантазувати про те, як швидко їх оцінять і задовольнять. Водночас, емоційна нетерпимість займає друге місце за центральністю у групі з дезадаптивною мрійливістю.

Отримані результати мають важливе значення для розробки терапевтичних втручань. Оскільки емоційна нетерпимість може слугувати важливим фактором у підтримці залучення до дезадаптивної мрійливості, роль нетерпимості до дискомфорту та її зв'язок з уникненням повинні бути предметом особливої уваги в терапії.

Втручання, спрямовані на зниження рівня дезадаптивної мрійливості, можуть бути спрямовані на розвиток навичок емоційної регуляції, включаючи втручання з усвідомленості та діалектичної поведінкової терапії. Попередні

втручання з використанням вправ на уважність, таких як увага та прийняття, збереження присутності при виникненні неприємних емоцій, сканування тіла та самоконтроль за допомогою щоденника мрій, дали позитивні результати.

Забезпечення осіб з дезадаптивною мрійливістю навичками, необхідними для подолання неприємних емоцій, може виявитися особливо важливим, оскільки дезадаптивну мрійливість можна розглядати як стратегію зняття стресу. Крім того, корисним може виявитися фокусування на когнітивних схемах, пов'язаних з правом на отримання допомоги, де схемна терапія показала позитивні результати.

## **Висновки до розділу I**

Проведений теоретичний аналіз феномену дезадаптивної мрійливості дозволяє зробити кілька важливих висновків щодо природи, характеристик та клінічної значущості цього психологічного явища.

Дезадаптивна мрійливість являє собою окремий синдром, основним симптомом якого є надмірне яскраве фантазування із зануренням в уявні образи альтернативних реальностей, що погіршує функціонування та спричиняє значний дистрес. На відміну від звичайної мрійливості, яка є повсюдною психічною активністю та часто використовується як тимчасове полегшення, дезадаптивна мрійливість стає патологічною, хронічною та дисоціативною активністю, що передбачає постійне занурення в уявні реальності зі згубним впливом на реальне життя.

Ключовими характеристиками дезадаптивної мрійливості є: надмірна повторюваність та тривалість епізодів мріяння (більше 30 хвилин за епізод, щонайменше 1 година на день); компульсивний характер з труднощами контролю; супровід стереотипними рухами (ходіння по колу, гойдання, жестикуляція); використання музичних тригерів для посилення занурення; створення складних внутрішніх світів з детально розробленими персонажами та сюжетними лініями; отримання короткочасного полегшення від неприємних емоційних станів.

Розробка критеріїв, подібних до DSM, та структурованого клінічного інтерв'ю дозволила зібрати початкові епідеміологічні дані, згідно з якими точкова оцінка поширеності становить 2,5%, з вищими показниками у молодих людей.

Мета-аналітичні дослідження, що охопили понад 24 тисячі осіб у 40 дослідженнях, підтвердили, що дезадаптивна мрійливість позитивно асоціюється з широким спектром психопатологічних показників: депресією, тривогою, дисоціацією, obsесивно-компульсивними симптомами, синдромом дефіциту уваги та гіперактивності, загальною психопатологією, психотичними симптомами, розладами аутистичного спектру та травматичним досвідом.

Дослідження взаємозв'язку дезадаптивної мрійливості з копінг-стратегіями виявляють, що особи з цим розладом демонструють значно вищі показники уникаючого копіngu та нетерпимості до фрустрації (особливо емоційної нетерпимості та нетерпимості до дискомфорту), водночас показуючи нижчі рівні пошуку емоційної підтримки.

Визнання дезадаптивної мрійливості як окремого розладу має важливе клінічне значення. Багато пацієнтів повідомляють про неефективність традиційного лікування коморбідних розладів для подолання основних симптомів дезадаптивної мрійливості. Водночас цілеспрямовані клінічні втручання, розроблені специфічно для цього розладу, показують обнадійливі результати.

Незважаючи на значний прогрес у розумінні дезадаптивної мрійливості, залишаються важливі питання для подальших досліджень: з'ясування специфічних нейробиологічних механізмів; розробка та валідація ефективних терапевтичних протоколів; вивчення факторів ризику та захисних факторів; дослідження довгострокових наслідків та прогнозу; розуміння взаємодії з іншими психічними розладами.

Таким чином, дезадаптивна мрійливість являє собою клінічно значущий феномен, який заслуговує на визнання як окремий дисоціативний розлад.

Накопичені емпіричні дані, чітка клінічна картина і значний вплив на життя людей свідчать про необхідність формального визнання цього стану в діагностичних посібниках, що сприятиме поліпшенню діагностики, стимулюванню подальших досліджень та забезпеченню ефективного лікування для осіб, які страждають від цього розладу.

## **РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЧИННИКІВ ДЕЗАДАПТИВНОЇ МРІЙЛИВОСТІ У ДОРΟΣЛИХ ОСІБ**

### **2.1 Організація та проведення емпіричних досліджень**

Емпіричне дослідження було реалізовано з використанням методу онлайн-опитування, що забезпечило широкий охопит респондентів та можливість збору даних в умовах сучасних технологічних можливостей. Для збору первинних даних було розроблено структурований опитувальник, який було оформлено у вигляді Google-форми, що дозволило забезпечити зручність заповнення для респондентів та ефективність обробки отриманих результатів.

Поширення опитувальника здійснювалося через соціальні мережі Facebook та Telegram, що забезпечило доступність дослідження для широкого кола потенційних учасників. Використання цифрових платформ для рекрутингу респондентів відповідає сучасним тенденціям проведення психологічних досліджень та дозволяє охопити різноманітні соціально-демографічні групи населення.

#### **Характеристика вибірки**

У дослідженні взяли участь 72 особи віком від 24 до 62 років, що забезпечило представленість різних вікових категорій дорослого населення. Віковий діапазон респондентів охоплює період ранньої, середньої та пізньої зрілості, що дозволяє проаналізувати досліджувані психологічні феномени в контексті різних життєвих етапів.

Гендерний склад вибірки характеризується наступним розподілом:

- Жінки: 59 особа, що становить 82,4% від загальної кількості респондентів
- Чоловіки: 13 осіб, що становить 17,6% від загальної кількості респондентів

Переважання жінок у структурі вибірки відповідає загальноновизнаним тенденціям участі в психологічних дослідженнях, де жінки традиційно демонструють вищу готовність до участі в наукових дослідженнях психологічної спрямованості. Це явище може бути пов'язане з гендерними особливостями мотивації до саморефлексії та психологічного самопізнання.

Аналіз професійного статусу учасників дослідження виявив наступний розподіл:

- Працюють повний робочий день: 65,8% респондентів
- Працюють частково (неповна зайнятість): 15,1% респондентів
- Студенти/студентки: 9,6% респондентів
- Безробітні: 8,2% респондентів
- Пенсіонери: 1,4% респондентів

Переважає більшість респондентів (65,8%) мають стабільну повну зайнятість, що свідчить про соціальну активність та економічну незалежність учасників дослідження. Значна частка осіб з частковою зайнятістю (15,1%) може відображати сучасні тенденції гнучкого ринку праці. Представленість студентської молоді (9,6%) забезпечує включення до вибірки осіб, які перебувають на етапі професійного становлення.

Оцінка фінансового стану учасників дослідження продемонструвала наступний розподіл:

- Задовільний фінансовий стан (достатньо коштів для покриття основних потреб, але без можливості розкошів): 38,4% респондентів
- Комфортний фінансовий стан (можливість додаткових витрат понад основні потреби): 30,1% респондентів
- Високий фінансовий стан (фінансова стабільність та безпека): 21,9% респондентів

- Скрутний фінансовий стан (достатньо коштів лише на найнеобхідніше): 6,8% респондентів
- Дуже скрутний фінансовий стан (недостатньо коштів для покриття базових потреб): 2,7% респондентів

Отримані дані свідчать про те, що переважна більшість респондентів (90,4%) має задовільний або вищий рівень фінансового забезпечення, що створює сприятливі умови для психологічного благополуччя та може впливати на досліджувані психологічні характеристики. Лише незначна частка учасників (9,5%) переживає фінансові труднощі різного ступеня вираженості.

Дослідження проводилося в онлайн-форматі з суворим дотриманням етичних принципів психологічного дослідження та вимог наукової етики. Усі респонденти отримували детальну інформацію про мету дослідження, його науковий характер, добровільність участі та можливість припинення участі на будь-якому етапі без негативних наслідків.

Особливу увагу було приділено забезпеченню конфіденційності та захисту персональних даних учасників. Респондентам гарантувалася анонімність їх відповідей та використання отриманих даних виключно в наукових цілях. Інформована згода на участь у дослідженні отримувалася від кожного респондента перед початком заповнення опитувальника.

Середній час заповнення всього комплексу методик становив приблизно 20-25 хвилин, що забезпечувало оптимальний баланс між повнотою збору даних та запобіганням втомі респондентів, яка могла б вплинути на якість відповідей.

Сформована вибірка демонструє достатню репрезентативність для вивчення психологічних особливостей дорослого населення. Включення респондентів різного віку (від 24 до 62 років), професійного статусу та

фінансового становища забезпечує можливість узагальнення результатів на більш широку популяцію.

Переважання жінок у вибірці, хоча і відображує загальні тенденції участі в психологічних дослідженнях, потребує врахування при інтерпретації результатів та їх екстраполяції на загальну популяцію. Високий рівень освіти та відносно стабільний фінансовий стан більшості респондентів створюють репрезентативну картину для вивчення психологічних особливостей соціально адаптованих представників дорослого населення.

## **2.2 Методичне обґрунтування обраних шкал використаних у дослідженні**

Методологічну основу емпіричного дослідження становить комплексний психо-діагностичний підхід, який ґрунтується на принципах системності, валідності та надійності психометричних вимірювань. Структура дослідницького інструментарію була сформована з урахуванням сучасних теоретичних концепцій дезадаптивної мрійливості, багатофакторної природи її детермінації та необхідності всебічного аналізу психологічних механізмів, що лежать в основі формування та підтримання даного феномену.

Психодіагностична батарея дослідження включає анамнестичну анкету авторської розробки та систему чотирьох стандартизованих психометричних інструментів:

- Шкалу дезадаптивної мрійливості (Maladaptive Daydreaming Scale – 16, MDS-16),
- Шкалу сприйнятого стресу (Perceived Stress Scale, PSS-10)
- Шкалу тривожності, депресії та стресу (Depression, Anxiety and Stress Scale, DASS-21)

- П'ятифакторну шкалу усвідомленості (Five Facet Mindfulness Questionnaire, FFMQ).

Необхідність використання чотирьох психодіагностичних шкал та анамнестичної анкети була обумовлена можливістю дослідження взаємозв'язків між різними психологічними характеристиками та пошуку кореляцій між отриманими даними кожної методики.

Основна гіпотеза дослідження полягає в тому, що дезадаптивна мрійливість може виникати як копінг-стратегія при переживанні стресу та емоційних труднощів. Саме тому було обрано ці конкретні шкали для можливості виявлення взаємозв'язків між схильністю до надмірної мрійливості, рівнем стресу, тривожно-депресивними станами та здатністю до усвідомленої уваги. Такий підхід дозволяє комплексно оцінити як негативні фактори (стрес, тривожність, депресія), так і позитивні ресурси (усвідомленість) у контексті розвитку дезадаптивної мрійливості.

### **Методичне обґрунтування використання Шкали дезадаптивної мрійливості MDS-16 у дослідженні**

Назва методики: *Maladaptive Daydreaming Scale – 16 (MDS-16)*

Автор оригінальної версії: Елі Сомер

Ціль вимірювання: виявлення рівня дезадаптивної мрійливості — психічного явища, що характеризується надмірною фантазійною активністю, яка шкодить академічному, професійному чи соціальному функціонуванню.

У межах даного дослідження було обрано опитувальник *Maladaptive Daydreaming Scale-16 (MDS-16)*, адаптований для україномовної вибірки. Це зумовлено потребою у валідному та надійному інструменті, здатному ідентифікувати рівень дезадаптивної мрійливості — феномену, що

характеризується надмірною залученістю до фантазійної діяльності, яка шкодить особистісному, соціальному, професійному або академічному функціонуванню людини.

Оригінальна версія шкали MDS-16 була розроблена Елі Сомером і з того часу набула широкого визнання у міжнародній науковій спільноті, зокрема завдяки її адаптації на низку мов, включно з івритом, угорською, італійською, польською, турецькою та арабською. Водночас в українській психологічній науці явище дезадаптивної мрійливості залишається малодослідженим, що робить використання даного інструменту як методичного засобу особливо актуальним.

Адаптація MDS-16 українською мовою була проведена у 2024 році за участі фахівців Київського національного університету імені Тараса Шевченка та Університету імені Альфреда Нобеля. Процес адаптації включав паралельний і зворотний переклад, а також консультації з психологами для забезпечення концептуальної еквівалентності термінів, що було критично важливим з огляду на відсутність прямого перекладу терміна "daydreaming" українською мовою.

У ході пілотного дослідження ( $N = 132$ ) українська версія опитувальника продемонструвала високу внутрішню узгодженість ( $\alpha = 0.91$ ) та задовільні психометричні характеристики, підтверджені як експлораторним (EFA), так і конфірматорним факторним аналізом (CFA). На основі отриманих результатів була виявлена двофакторна структура, яка включає фактори:

«Перешкоджання щоденним справам» — оцінює ступінь, до якого дезадаптивне мріяння заважає виконанню щоденних обов'язків, досягненню цілей та викликає дистрес;

«Залученість» — характеризує привабливість мріяння, бажання повернутись до фантазій, залежність від музики як тригера та рівень занурення у мріяння.

Водночас у CFA було протестовано і початкову чотирифакторну модель оригінального опитувальника, яка включає фактори "Yearning" (Потреба), "Kinesthesia" (Кінестезія), "Impairment" (Порушення) та "Music" (Музика).

Обидві моделі показали порівнянну відповідність даним, однак, через більшу чіткість та узгодженість результатів, у подальших етапах дослідження рекомендовано орієнтуватися саме на двофакторну структуру.

Таким чином, MDS-16 є надійним і психометрично обґрунтованим інструментом, що дозволяє дослідити як суб'єктивну привабливість мріяння, так і його потенційно дезадаптивний вплив на повсякденне життя респондента. Це забезпечує можливість більш глибокого аналізу феномену дезадаптивної мрійливості в умовах українського соціокультурного простору. Враховуючи актуальність вивчення психологічних механізмів копінгу та дезадаптації в умовах соціальних трансформацій, війни й посттравматичних проявів, використання адаптованої версії MDS-16 є доцільним, етично обґрунтованим та методично виправданим рішенням для емпіричного дослідження.

### **Методичне обґрунтування використання Шкали сприйнятого стресу (PSS-10)**

Назва методики: *Perceived Stress Scale – 10 (PSS-10)*

Автор оригінальної версії: *Шелдон Коен, Томас Камарк, Робін Мермелстейн (Sheldon Cohen, Thomas Kamarck, Robin Mermelstein)*

Ціль вимірювання: *оцінка рівня сприйманого індивідом стресу як суб'єктивного відчуття напруженості, перевантаження або втрати контролю в останні тижні*

PSS-10 є однією з найчастіше використовуваних психометричних шкал у світовій науковій практиці для оцінки когнітивної оцінки стресових ситуацій, а не об'єктивної кількості стрес-факторів. Це дозволяє виявити індивідуальні особливості сприйняття, переробки та переживання стресу, що є особливо цінним у дослідженнях впливу стресу на психоемоційні феномени, такі як дезадаптивне мріяння.

Структура шкали PSS-10:

Складається з 10 тверджень, які оцінюють, наскільки часто протягом останнього місяця респондент відчував, що ситуація перевищує його

можливості контролю, викликає роздратування, відчуття нестачі ресурсів або внутрішньої напруги.

Відповіді надаються за п'ятибальною шкалою (від 0 – "ніколи" до 4 – "дуже часто").

Переваги методики:

Універсальність: може застосовуватись як у загальній популяції, так і серед клінічних або кризових груп.

Стислість: лише 10 запитань, що робить її зручною для включення до комплексних опитувальників.

Перевірена валідність і надійність: внутрішня узгодженість PSS-10, за різними дослідженнями, варіюється в межах  $\alpha = 0.78-0.91$ .

Адаптована українська версія: існують валідні адаптації для україномовної вибірки (наприклад, дослідження М. Бондаря, І. Гудими), що дозволяє коректне використання шкали в умовах українського контексту.

У рамках цього дослідження шкала PSS-10 виконує ключову роль як інструмент вимірювання змінної-чинника, що дозволяє виявити, як рівень сприйнятого стресу корелює із вираженістю дезадаптивної мрійливості. Це особливо актуально в умовах сучасної України, де значна частина населення перебуває під впливом тривалих соціальних, економічних та військових стресових факторів.

Зокрема, за результатами попередніх досліджень, високий рівень сприйнятого стресу може бути пов'язаний з підвищеною схильністю до уникнення та дисоціації, в тому числі через дезадаптивне мріяння, яке слугує механізмом психологічного захисту або втечі від реальності.

Таким чином, використання шкали PSS-10 у поєднанні з MDS-16 створює валідну дослідницьку конструкцію, що дозволяє:

виявити взаємозв'язки між рівнем стресу і дезадаптивною мрійливістю;

дослідити потенційні патерни копіюгу;

обґрунтувати інтервенції, спрямовані на зменшення ризику психологічної дезадаптації.

## Методичне обґрунтування використання Шкали тривожності, депресії та стресу DASS-21

Назва методики: *Depression Anxiety Stress Scales – 21 (DASS-21)*

Автор оригінальної версії: *Сідні Ловібонд (Sydney H. Lovibond), Пітер Ловібонд (Peter F. Lovibond)*

Ціль вимірювання: *оцінка рівня негативних емоційних станів — депресії, тривожності та стресу — протягом останнього тижня.*

Методика DASS-21 є короткою формою повної 42-пунктової шкали DASS, і довела свою ефективність як науково валідний, чутливий до змін та психометрично надійний інструмент. Вона широко використовується як у наукових дослідженнях, так і в клінічній практиці.

Структура шкали:

Складається з 21 твердження (по 7 на кожному з трьох шкал: депресія, тривожність, стрес).

Оцінювання здійснюється за 4-бальною шкалою (від 0 — "зовсім не стосувалося мене" до 3 — "значною мірою або більшу частину часу").

Включає як когнітивні, так і фізіологічні прояви симптомів.

Переваги DASS-21:

Комплексність: дозволяє одночасно виміряти три основні психологічні стани.

Коротка форма: не перевантажує респондентів, що знижує ризик втоми.

Адаптація: існує валідована українська версія шкали, яка зберігає факторну структуру оригіналу і забезпечує адекватну інтерпретацію в українському соціокультурному середовищі.

Психометричні характеристики: за даними численних досліджень, внутрішня узгодженість шкал DASS-21 (Альфа Кронбаха) варіюється в межах 0.84–0.90.

Доцільність використання у дослідженні:  
У контексті вивчення впливу стресових чинників на дезадаптивну мрійливість, застосування шкали DASS-21 дає змогу:

диференціювати вплив окремих емоційних станів (тривоги, стресу, депресії) на схильність до фантазування;

перевірити гіпотези про зв'язок між підвищеним рівнем негативного афекту та збільшенням проявів дезадаптивного мріання як форми психологічного уникнення;

аналізувати кумулятивний вплив емоційного дистресу як чинника потенційної психоемоційної дезадаптації.

Наприклад, високі бали на субшкалі стресу можуть бути корельовані з показниками шкали “перешкоджання” у MDS-16, а високі бали на субшкалі депресії — з компонентами залученості до мріання як компенсації реальних дефіцитів.

Таким чином, DASS-21 є концептуально сумісним і методично обґрунтованим інструментом, який розширює діагностичні можливості дослідження, дозволяючи отримати повніший психологічний портрет респондентів у ситуації стресу та його психічних наслідків, включно з дезадаптивною мрійливістю.

### **Методичне обґрунтування використання П'ятифакторної шкали усвідомленості (Five Facet Mindfulness Questionnaire – FFMQ)**

Назва методики: *Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)*

Автор оригінальної версії: *Рут Баєр (Ruth A. Baer) та співавт.*

Ціль вимірювання: *оцінка рівня загальної усвідомленості як здатності зосереджено та прийнятно спостерігати за своїми думками, емоціями та діями у поточному моменті.*

FFMQ була розроблена на основі об'єднання кількох існуючих опитувальників усвідомленості, і з того часу стала золотим стандартом у наукових дослідженнях. Інструмент дає змогу оцінити п'ять ключових складників усвідомленості:

*Observing* – спостереження за внутрішніми і зовнішніми подіями (відчуття, емоції, думки);

*Describing* – здатність описувати переживання словами;

Acting with Awareness – свідоме виконання дій, на протипагу автоматизму;  
 Nonjudging of Inner Experience – прийняття думок/емоцій без осуду;  
 Nonreactivity to Inner Experience – здатність не реагувати імпульсивно на думки та почуття.

Структура та психометрія:

Повна версія містить 39 пунктів; існує також скорочені варіанти (наприклад, FFMQ-15).

Відповіді даються за 5-бальною шкалою Лікерта (від 1 – «ніколи» до 5 – «завжди»).

Надійність підшкाल зазвичай становить  $\alpha = 0.75-0.91$ , залежно від мовної версії.

Переваги для дослідження:

Універсальність: використовується в клінічних, медичних та академічних вибірках.

Когнітивна глибина: дозволяє аналізувати не просто симптоматику, а мета-психологічний рівень — як людина ставиться до своїх ментальних процесів.

Захисна роль: усвідомленість показала обернений зв'язок із симптомами тривоги, депресії, дезадаптації, а також здатність знижувати інтенсивність унікальних форм реагування (у тому числі — фантазування).

Доцільність використання у дослідженні:

Інтеграція FFMQ у дослідження дезадаптивної мрійливості в умовах стресу дозволяє:

виявити потенційний буферний ефект усвідомленості (напр., чи зменшує вона схильність до занурення у фантазії в умовах стресу);

диференціювати адаптивне і дезадаптивне мріяння (через шкали "Acting with Awareness" та "Nonreactivity");

визначити протекторні психічні характеристики, які можуть бути залучені в психотерапії чи превентивних програмах.

## 2.3 Аналіз та інтерпретація отриманих даних

Перед початком роботи, було проведено аналіз отриманих даних на внутрішню узгодженість за допомогою коефіцієнта  $\alpha$ -Кронбаха для всіх використаних психодіагностичних методик. Даний показник дозволяє оцінити надійність вимірювальних інструментів та ступінь узгодженості пунктів всередині кожної шкали.

Аналіз внутрішньої узгодженості показав, що всі використані методики демонструють прийнятний або високий рівень надійності. **Шкала дезадаптивної мрійливості MDS-16** продемонструвала добру внутрішню узгодженість з коефіцієнтом  $\alpha$ -Кронбаха = 0,865, що свідчить про високу надійність інструменту для вимірювання дезадаптивної мрійливості в досліджуваній вибірці. Це значення перевищує загальноприйнятий мінімальний поріг у 0,7 та наближається до оптимального рівня надійності.

**Методика оцінки сприйнятого стресу PSS-10** також показала високу внутрішню узгодженість з  $\alpha$ -Кронбаха = 0,890, що підтверджує її ефективність для діагностики рівня стресу в дорослих осіб. Такий високий показник надійності вказує на те, що пункти шкали добре корелюють між собою та вимірюють єдиний конструкт сприйнятого стресу.

**П'ятифакторний опитувальник усвідомленості FFMQ-15** продемонстрував задовільну загальну внутрішню узгодженість з коефіцієнтом  $\alpha$ -Кронбаха = 0,756. Проте детальний аналіз окремих факторів виявив значні відмінності у рівні надійності між підшкалами.

Фактор «Опис» показав найвищу внутрішню узгодженість ( $\alpha = 0,825$ ), що свідчить про високу надійність вимірювання здатності особи визначати та словесно описувати свій досвід. Фактор «Усвідомлена дія» продемонстрував добру надійність ( $\alpha = 0,758$ ), підтверджуючи ефективність вимірювання здатності діяти усвідомлено, а не автоматично. Фактор «Неосудливість до

внутрішнього досвіду» також показав прийнятну внутрішню узгодженість ( $\alpha = 0,724$ ), що вказує на достатню надійність для оцінки самосприйняття та емпатії до себе.

Фактор «Спостереження» виявив помірну внутрішню узгодженість ( $\alpha = 0,625$ ), що знаходиться на межі прийнятного рівня для психологічних досліджень, проте все ще дозволяє використовувати його для подальшого аналізу. Натомість фактор «Нереагування» продемонстрував непринятно низьку внутрішню узгодженість ( $\alpha = 0,304$ ), що свідчить про недостатню надійність даної підшкали для вимірювання здатності до відстороненості від негативних думок і емоцій.

Враховуючи отримані результати аналізу надійності, для подальшого статистичного аналізу було прийнято рішення використовувати лише перші чотири фактори FFMQ-15: «Спостереження», «Опис», «Усвідомлена дія» та «Неосудливість до внутрішнього досвіду». Фактор «Нереагування» був виключений з аналізу через непринятно низький рівень внутрішньої узгодженості.

Табл.2.1.

### Описова статистика Шкали PSS-10

	PSS-10	
	Жінки	Чоловіки
<b>Кількість</b>	59	13
<b>Пропущених</b>	0	0
<b>Середнє значення</b>	18.1	16.9
<b>Медіана</b>	18	17

	PSS-10	
	Жінки	Чоловіки
<b>Стандартне відхилення</b>	6.98	5.50
<b>Мінімальне значення</b>	2	2
<b>Максимальне значення</b>	33	25

Найвищий рівень внутрішньої узгодженості був зафіксований для **шкали депресії, тривожності та стресу DASS-21** з коефіцієнтом  $\alpha$ -Кронбаха = 0,925. Це свідчить про відмінну надійність методики та високу узгодженість між пунктами шкали при вимірюванні негативних емоційних станів у досліджуваних.

Для комплексного розуміння характеристик досліджуваної вибірки було проведено аналіз описової статистики за всіма використаними методиками. Загальна кількість учасників дослідження склала 72 особи, пропущених значень не зафіксовано, що свідчить про повноту отриманих даних.

**Аналіз показників за шкалою сприйнятого стресу PSS-10** виявив певні особливості як у загальній вибірці, так і в розрізі гендерних відмінностей. Загальна вибірка характеризувалася нерівномірним гендерним розподілом: жінки склали більшість учасників дослідження (n=59, 81,9%), тоді як чоловіки були представлені значно меншою кількістю (n=13, 18,1%). Такий розподіл є типовим для психологічних досліджень, де жінки традиційно виявляють більшу готовність до участі у дослідженнях ментального здоров'я.

Гендерний аналіз показників сприйнятого стресу виявив помітні відмінності між групами. Жінки продемонстрували дещо вищі середні показники стресу (M=18,1) порівняно з чоловіками (M=16,9), що узгоджується з даними попередніх досліджень про більшу схильність жінок до переживання

стресових станів. Медіанні значення також підтверджують цю тенденцію: у жінок медіана становила 18 балів, у чоловіків – 17 балів.

Аналіз варіабельності показав, що жіноча група характеризується дещо більшою однорідністю показників стресу ( $SD=6,98$ ) порівняно з чоловічою групою ( $SD=6,56$ ), хоча ці відмінності є незначними. Діапазон значень у обох групах виявився ідентичним: мінімальні показники становили 2 бали для обох гендерних груп, тоді як максимальні значення дещо відрізнялися – 33 бали у жінок та 25 балів у чоловіків. Це може свідчити про те, що жінки демонструють більший діапазон індивідуальних відмінностей у сприйнятті стресових ситуацій, включаючи як дуже низькі, так і особливо високі рівні стресу.

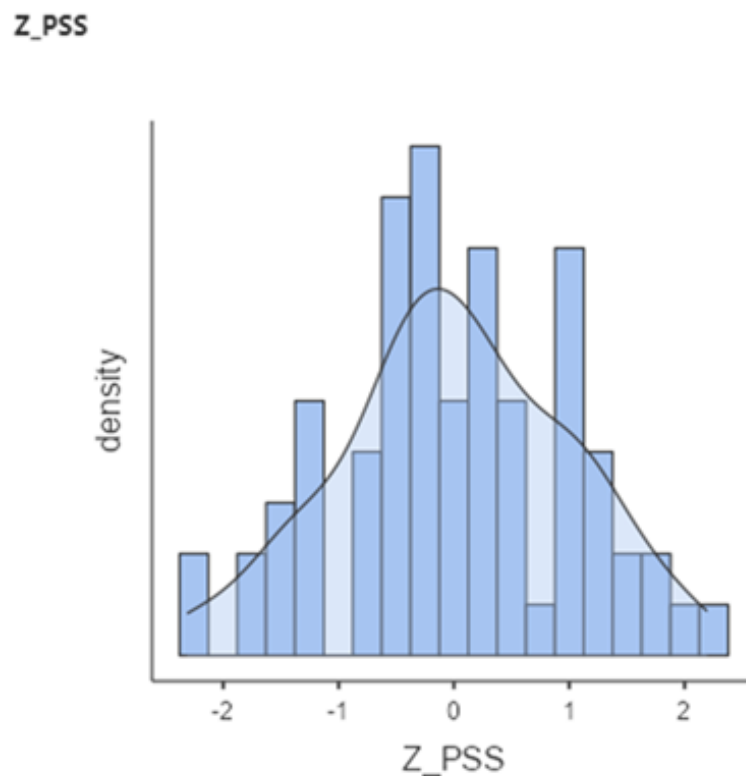


Рис.2.1. Гістограма розподілу шкали PSS-10

Для більш детального аналізу розподілу показників сприйнятого стресу дані було перетворено у стандартизовані z-бали. Гістограма розподілу z-балів PSS-10 демонструє наближеність до нормального розподілу з незначною

правосторонньою асиметрією. Крива нормального розподілу, накладена на гістограму, показує, що емпіричний розподіл загалом відповідає теоретичному нормальному розподілу, що є важливою передумовою для застосування параметричних статистичних методів. Незначні відхилення від нормальності спостерігаються в області вищих значень, що може бути пов'язано з наявністю осіб з підвищеними рівнями стресу.

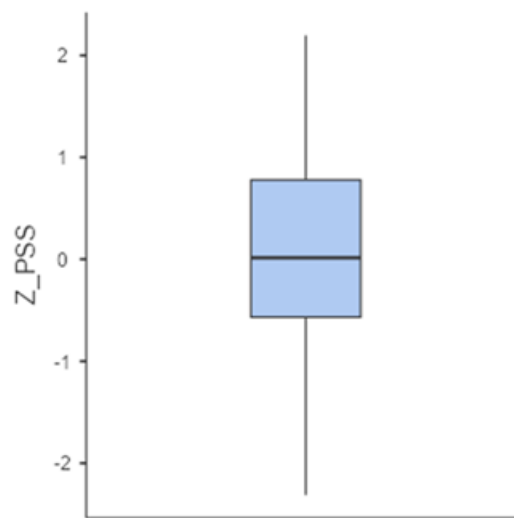


Рис. 2.2. Ящиковий графік шкали PSS-10

Ящиковий графік (box plot) z-балів PSS-10 підтверджує симетричність розподілу: медіана розташована близько до центру ящика, а довжини вусів є приблизно рівними. Відсутність викидів на графіку свідчить про те, що всі значення знаходяться в межах нормального діапазону варіації. Перший та третій квантілі розташовані симетрично відносно медіани, що додатково підтверджує нормальність розподілу показників сприйнятого стресу в досліджуваній вибірці.

### Описова статистика Шкали MDS-16

	MDS-16	
	Жінки	Чоловіки
<b>Кількість</b>	59	13
<b>Пропущених</b>	0	0
<b>Середнє значення</b>	32.7	36.4
<b>Медіана</b>	32	39
<b>Стандартне відхилення</b>	19.9	12.8
<b>Мінімальне значення</b>	5	15
<b>Максимальне значення</b>	78	59

**Показники дезадаптивної мрійливості за методикою MDS-16** продемонстрували протилежну тенденцію порівняно зі стресом. Чоловіки виявили вищі середні показники дезадаптивної мрійливості ( $M=36,4$ ) порівняно з жінками ( $M=32,7$ ), що становить різницю у 3,7 бала. Медіанні значення підтверджують цю закономірність: у чоловіків медіана склала 39 балів, у жінок – 32 бали. Така різниця може свідчити про гендерні особливості у схильності до дезадаптивних форм мрійливості.

Аналіз розподілу показав суттєві відмінності у варіабельності між гендерними групами. Жіноча група характеризувалася більшою однорідністю показників ( $SD=16,9$ ) порівняно з чоловічою групою ( $SD=12,8$ ), що може вказувати на більшу стабільність прояву дезадаптивної мрійливості у жінок.

Мінімальні значення також відрізнялися: у жінок найнижчий показник становив 5 балів, у чоловіків – 15 балів, що свідчить про те, що серед жінок є особи з дуже низькими рівнями дезадаптивної мрійливості. Максимальні значення виявилися близькими: 76 балів у жінок та 59 балів у чоловіків, проте вищий показник у жіночій групі може вказувати на наявність окремих випадків з надзвичайно високими рівнями дезадаптивної мрійливості.

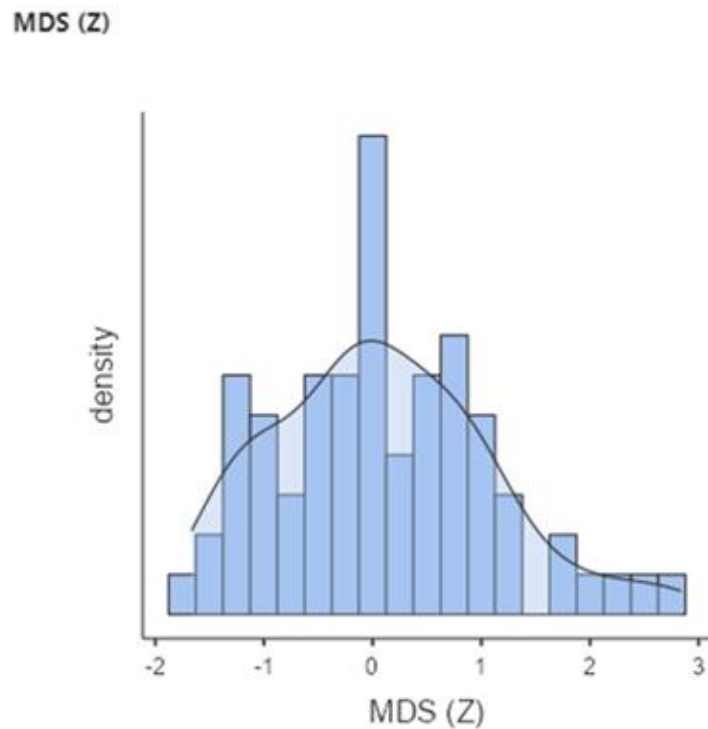


Рис.2.3. Гістограма розподілу шкали MDS-16

Аналіз розподілу z-балів за шкалою дезадаптивної мрійливості MDS-16 виявив відхилення від нормального розподілу. Гістограма демонструє правостороннє зміщення (позитивну асиметрію), що свідчить про те, що більшість учасників мають відносно низькі показники дезадаптивної мрійливості, тоді як менша частина вибірки характеризується високими значеннями. Крива нормального розподілу, накладена на гістограму, показує суттєві відхилення емпіричного розподілу від теоретичного, особливо в області нижчих значень, де спостерігається концентрація спостережень.

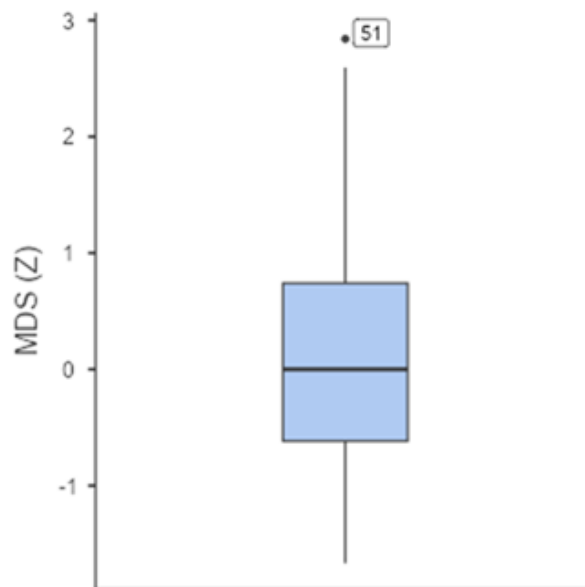


Рис.2.4. Ящиковий графік шкали MDS-16

Ящиковий графік z-балів MDS-16 підтверджує асиметричність розподілу: медіана зміщена до нижньої частини ящика, а верхній вус є довшим за нижній. На графіку зафіксовано один викид у верхній частині розподілу (значення 51), що відповідає особі з надзвичайно високим рівнем дезадаптивної мрійливості. Асиметричний розподіл та наявність викиду свідчать про те, що дезадаптивна мрійливість не є рівномірно розподіленою характеристикою в досліджуваній вибірці, що може мати важливі наслідки для інтерпретації результатів та вибору статистичних методів аналізу.

### Описова статистика Шкали DASS-21

	DASS-21	
	Жінки	Чоловіки
<b>Кількість</b>	59	13
<b>Пропущених</b>	0	0
<b>Середнє значення</b>	42.7	39.9
<b>Медіана</b>	42	40
<b>Стандартне відхилення</b>	13.1	12.4
<b>Мінімальне значення</b>	22	26
<b>Максимальне значення</b>	77	69

Аналіз показників негативних емоційних станів за методикою DASS-21 виявив помітні гендерні відмінності у проявах депресії, тривожності та стресу. Жінки продемонстрували вищі середні показники ( $M=42,7$ ) порівняно з чоловіками ( $M=39,9$ ), що становить різницю у 2,8 бала. Медіанні значення також підтверджують цю тенденцію: у жінок медіана склала 42 бали, у чоловіків – 40 балів. Такі результати узгоджуються з епідеміологічними даними про вищу поширеність депресивних та тривожних розладів серед жіночого населення.

Варіабельність показників у обох гендерних групах виявилася подібною: стандартне відхилення склало 13,1 у жінок та 12,4 у чоловіків, що свідчить про схожий ступінь індивідуальних відмінностей у проявах

негативних емоційних станів. Мінімальні значення різнилися між групами: у жінок найнижчий показник становив 22 бали, у чоловіків – 26 балів, що може вказувати на те, що серед жінок є особи з відносно нижчими рівнями негативних емоційних станів. Максимальні значення також відрізнялися: 77 балів у жінок та 63 бали у чоловіків. Вищий максимальний показник у жіночій групі може свідчити про наявність осіб з особливо вираженими проявами депресії, тривожності та стресу, що підтверджує більший діапазон індивідуальних відмінностей у жіночій підгрупі.

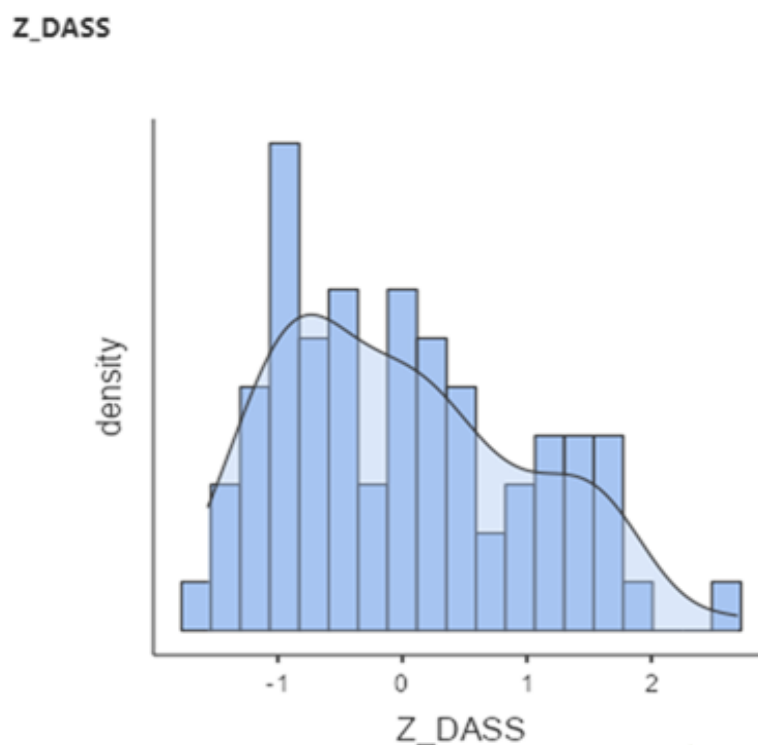


Рис.2.5. Гістограма розподілу шкали DASS-21

Аналіз розподілу z-балів за шкалою DASS-21 виявив помірно правостороннє зміщення розподілу. Гістограма демонструє асиметричну форму з більшою концентрацією значень у нижчій частині шкали та поступовим зменшенням частоти у вищих значеннях. Крива нормального розподілу показує, що емпіричний розподіл відхиляється від теоретичного, особливо в області середніх та вищих значень, що свідчить про те, що більшість учасників мають відносно низькі або помірні рівні депресії,

тривожності та стресу, тоді як особи з високими показниками складають меншу частину вибірки.

Ящиковий графік z-балів DASS-21 підтверджує асиметричність розподілу: медіана розташована нижче від центру ящика, а верхній вус є значно довшим за нижній. Відсутність викидів на графіку свідчить про те, що

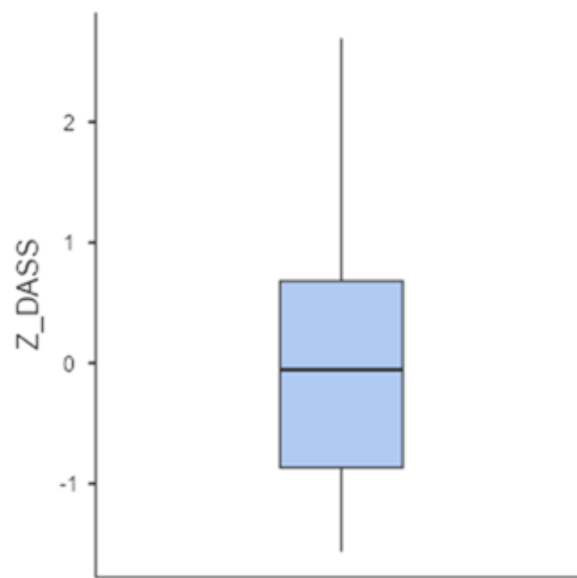


Рис.2.6. Ящиковий графік шкали DASS-22

Табл. 2.4

### Описова статистика Шкали FFMQ-15

	FFMQ-15	
	Жінки	Чоловіки
<b>Кількість</b>	59	13
<b>Пропущених</b>	0	0
<b>Середнє значення</b>	43.4	43.8

	FFMQ-15	
	Жінки	Чоловіки
<b>Медіана</b>	42	44
<b>Стандартне відхилення</b>	6.80	4.91
<b>Мінімальне значення</b>	27	36
<b>Максимальне значення</b>	58	51

всі значення знаходяться в межах очікуваного діапазону варіації для даної шкали. Асиметричний характер розподілу може відображати природну тенденцію у популяції, де більшість людей мають відносно низькі рівні психологічного дистресу, а клінічно значущі рівні спостерігаються у меншій частини населення.

Показники усвідомленості за модифікованою методикою FFMQ-15 (чотири фактори) виявили цікаву закономірність у гендерних відмінностях. На відміну від попередніх методик, чоловіки продемонстрували дещо вищі середні показники усвідомленості ( $M=43,8$ ) порівняно з жінками ( $M=43,4$ ), проте ця різниця є мінімальною та становить лише 0,4 бала. Медіанні значення також відображають цю незначну різницю: у чоловіків медіана склала 42 бали, у жінок – також 42 бали, що свідчить про практично ідентичні рівні усвідомленості між гендерними групами.

Аналіз варіабельності показав помітні відмінності між групами. Жіноча група характеризувалася більшою варіативністю показників ( $SD=6,80$ ) порівняно з чоловічою групою ( $SD=4,91$ ), що може вказувати на більше розмаїття індивідуальних відмінностей у рівнях усвідомленості серед жінок. Мінімальні значення також відрізнялися: у жінок найнижчий показник становив 27 балів, у чоловіків – 36 балів, що свідчить про наявність серед жінок осіб з нижчими рівнями усвідомленості. Максимальні значення

підтверджують більший діапазон у жіночій групі: 56 балів у жінок проти 51 бала у чоловіків. Такий розподіл може свідчити про те, що серед жінок представлений ширший спектр рівнів усвідомленості – від досить низьких до відносно високих значень.

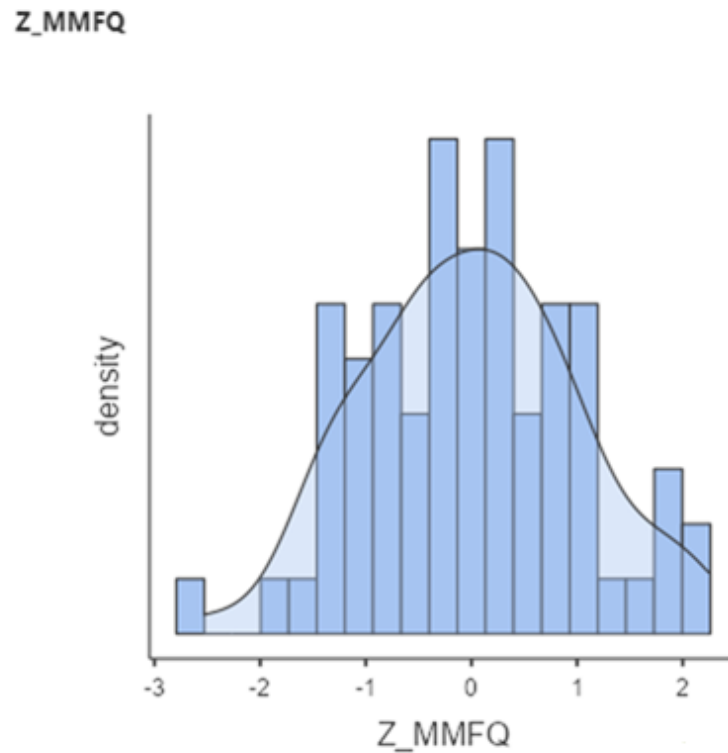


Рис.2.7. Гістограма розподілу шкали FFMQ-15

Аналіз розподілу z-балів за модифікованою шкалою FFMQ-15 показав наближеність до нормального розподілу з незначними відхиленнями. Гістограма демонструє дещо бімодальний характер з двома піками в центральній частині розподілу, що може свідчити про наявність підгруп з різними рівнями усвідомленості. Крива нормального розподілу загалом відповідає емпіричному розподілу, хоча спостерігаються незначні відхилення в центральній частині, де концентрація спостережень дещо відрізняється від теоретично очікуваної.

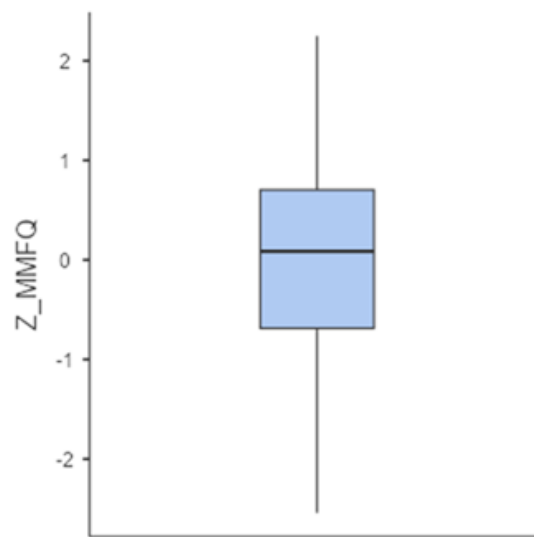


Рис.2.8. Ящиковий графік шкали FFMQ-15

Ящиковий графік z-балів FFMQ-15 підтверджує відносну симетричність розподілу: медіана розташована близько до центру ящика, а довжини вусів є приблизно рівними. Відсутність викидів на графіку свідчить про те, що всі значення знаходяться в межах нормального діапазону варіації. Квартилі розподілені відносно симетрично, що загалом підтверджує придатність даних для параметричних статистичних процедур, незважаючи на незначні відхилення від ідеальної нормальності.

Табл.2.5.

### Кореляційний аналіз шкал PSS-10 та MDS-16

		Z_PSS
Z_MDS	Кореляція Пірсона	0.307
	Ступені свободи	70
	p-значення	0.009
	95% ДІ Верхня межа	0.503

		Z_PSS
	95% Ді Нижня межа	0.081

Для визначення взаємозв'язків між досліджуваними змінними було проведено кореляційний аналіз за методом Пірсона. Аналіз зв'язку між рівнем сприйнятого стресу (PSS-10) та дезадаптивною мрійливістю (MDS-16) виявив статистично значущу позитивну кореляцію помірної сили ( $r = 0,307$ ,  $p = 0,009$ ). Ступені свободи становили 70, що відповідає загальній кількості учасників

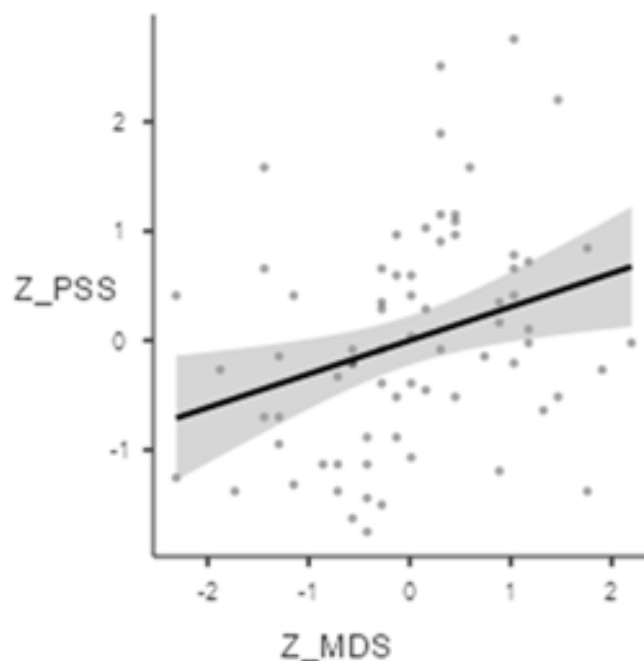


Рис.2.8. Діаграма розсіювання між показниками PSS-10 та MDS-16

дослідження мінус два. Довірчий інтервал для коефіцієнта кореляції знаходиться в межах від 0,081 до 0,503, що підтверджує статистичну значущість виявленого зв'язку.

Отримані результати свідчать про те, що зі зростанням рівня сприйнятого стресу спостерігається тенденція до підвищення показників

дезадаптивної мрійливості. Коефіцієнт кореляції  $r = 0,307$  вказує на помірну силу зв'язку, що означає, що приблизно 9,4% варіації в показниках дезадаптивної мрійливості може бути пояснено варіацією в рівнях сприйнятого стресу. Статистична значущість ( $p = 0,009$ ) підтверджує, що ймовірність випадкового виникнення такого зв'язку є дуже низькою, що дозволяє з високою впевненістю стверджувати про наявність реального взаємозв'язку між цими змінними.

Діаграма розсіювання (scatterplot) між стандартизованими показниками сприйнятого стресу ( $Z\_PSS$ ) та дезадаптивної мрійливості ( $Z\_MDS$ ) наочно демонструє виявлений позитивний зв'язок. На графіку чітко видно висхідну тенденцію: точки розташовуються вздовж лінії регресії з позитивним нахилом, що підтверджує кореляційний аналіз. Лінія регресії з довірчим інтервалом (показана сірою областю) демонструє напрямок та силу взаємозв'язку між змінними. Розкид точок навколо лінії регресії відображає індивідуальні відмінності учасників та підтверджує помірну силу кореляції – точки не лежать ідеально на прямій, але загальна тенденція є очевидною. Довірчий інтервал навколо лінії регресії показує статистичну надійність виявленого зв'язку та дозволяє оцінити точність прогнозування значень дезадаптивної мрійливості на основі рівня сприйнятого стресу.

Табл. 2.6.

### Лінійний регресійний аналіз

R	R <sup>2</sup>
0.307	0.0943

*Примітка: Моделі оцінені з використанням розміру вибірки  $N=72$*

**Коефіцієнти моделі – Z-балів шкали MDS-16 до PSS-10**

<b>Предиктор</b>	<b>Оцінка</b>	<b>SE</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Константа	1.35e-16	0.113	1.19e-15	1.000
Z_PSS	0.307	0.114	2.70	0.009

Для більш детального дослідження впливу сприйнятого стресу на дезадаптивну мрійливість було проведено лінійний регресійний аналіз, де змінна PSS-10 виступала як предиктор, а MDS-16 – як залежна змінна. Загальна якість моделі виявилася помірною: коефіцієнт множинної кореляції  $R = 0,307$ , а коефіцієнт детермінації  $R^2 = 0,0943$ . Це означає, що модель пояснює приблизно 9,43% варіації в показниках дезадаптивної мрійливості через варіацію в рівнях сприйнятого стресу.

Аналіз коефіцієнтів регресійної моделі показав статистично значущий вплив сприйнятого стресу на дезадаптивну мрійливість. Константа моделі (Intercept) становить  $1,35e-16$  з стандартною помилкою 0,113, що практично дорівнює нулю і не є статистично значущою ( $t = 1,19e-15$ ,  $p = 1,000$ ). Це пояснюється використанням стандартизованих z-балів, де очікуване значення константи близьке до нуля.

Коефіцієнт для предиктора Z\_PSS становить 0,307 з стандартною помилкою 0,114. Статистичний критерій  $t = 2,70$  при  $p = 0,009$  підтверджує статистичну значущість впливу сприйнятого стресу на дезадаптивну мрійливість. Це означає, що збільшення рівня сприйнятого стресу на одне

стандартне відхилення призводить до збільшення показників дезадаптивної мрійливості на 0,307 стандартного відхилення. Отримані результати підтверджують гіпотезу про те, що стрес може виступати важливим чинником розвитку дезадаптивної мрійливості у дорослих осіб.

### **Аналіз взаємозв'язку дезадаптивної мрійливості та негативних емоційних станів**

Кореляційний аналіз між показниками дезадаптивної мрійливості (MDS-16) та негативними емоційними станами (DASS-21) виявив більш сильний зв'язок порівняно з попереднім аналізом. Коефіцієнт кореляції Пірсона становив  $r = 0,411$  при  $p < 0,001$ , що свідчить про помірний до сильного позитивний зв'язок між цими змінними. Ступені свободи становили 70, а довірчий інтервал для коефіцієнта кореляції знаходиться в межах від 0,198 до 0,587, що підтверджує високу статистичну значущість виявленого взаємозв'язку.

Табл. 2.8

### **Лінійний регресійний аналіз**

<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>
<b>0.411</b>	<b>0.169</b>

*Примітка: Моделі оцінені з використанням розміру вибірки  $N=72$*

Табл. 2.9

### **Коефіцієнти моделі – Z-балів шкали MDS-16 до DASS-21**

<b>Предиктор</b>	<b>Вес</b>	<b>SE</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Константа</b>	<b>1.29e-16</b>	<b>0.108</b>	<b>1.19e-15</b>	<b>1.000</b>

Предиктор	Вес	SE	t	p
Z_DASS	0.411	0.109	3.77	< .001

Отримані результати демонструють, що зі збільшенням рівня депресії, тривожності та стресу (за DASS-21) спостерігається помітне зростання показників дезадаптивної мрійливості. Коефіцієнт кореляції  $r = 0,411$  є вищим за попередній результат ( $r = 0,307$  для PSS-10), що вказує на більш тісний зв'язок дезадаптивної мрійливості саме з комплексом негативних емоційних станів. Приблизно 16,9% варіації в показниках дезадаптивної мрійливості може бути пояснено варіацією в рівнях депресії, тривожності та стресу за DASS-21.

Табл. 2.10

### Кореляційний аналіз шкал DASS-21 та MDS-16

		Z_DASS
Z_MDS	<i>Кореляція Пірсона</i>	0.411
	<i>Ступені свободи</i>	70
	<i>p-значення</i>	< 0.001
	<i>95% Ді Верхня межа</i>	0.587
	<i>95% Ді Нижня межа</i>	0.198

Діаграма розсіювання між стандартизованими показниками дезадаптивної мрійливості (Z\_MDS) та негативних емоційних станів

(Z\_DASS) наочно демонструє більш виражений позитивний зв'язок порівняно з попереднім аналізом. Точки на графіку утворюють більш щільне скупчення навколо лінії регресії з позитивним нахилом, що відображає сильнішу кореляцію. Лінія регресії з довірчим інтервалом показує чіткий висхідний тренд з меншим розсіюванням точок, що підтверджує більшу передбачуваність дезадаптивної мрійливості на основі рівня негативних емоційних станів.

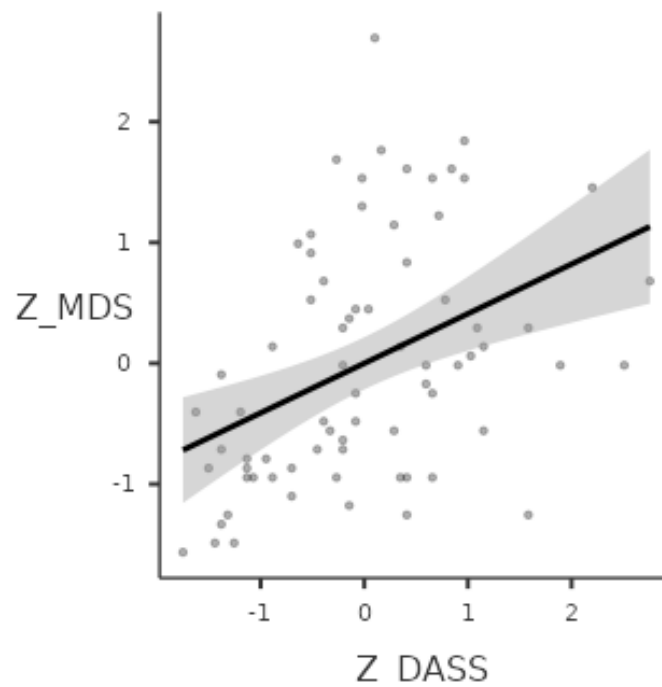


Рис.2.9. Діаграма розсіювання між показниками MDS-16 та DASS-21

Регресійний аналіз з DASS-21 як предиктором дезадаптивної мрійливості показав покращені характеристики моделі порівняно з попереднім аналізом. Коефіцієнт множинної кореляції  $R = 0,411$ , а коефіцієнт детермінації  $R^2 = 0,169$ , що означає пояснення 16,9% варіації в показниках дезадаптивної мрійливості через варіацію в негативних емоційних станах. Це майже вдвічі перевищує пояснювальну силу моделі з PSS-10 як предиктором.

Аналіз коефіцієнтів регресійної моделі підтвердив високу статистичну значущість впливу негативних емоційних станів на дезадаптивну мрійливість. Константа моделі становить  $1,29e-16$  з стандартною помилкою 0,108, що

практично дорівнює нулю ( $t = 1,19e-15$ ,  $p = 1,000$ ), що очікувано для стандартизованих змінних. Коефіцієнт для предиктора  $Z\_DASS$  становить 0,411 з стандартною помилкою 0,109. Статистичний критерій  $t = 3,77$  при  $p < 0,001$  підтверджує високу статистичну значущість впливу. Це означає, що збільшення рівня негативних емоційних станів на одне стандартне відхилення призводить до збільшення показників дезадаптивної мрійливості на 0,411 стандартного відхилення, що є суттєво більшим ефектом порівняно з впливом сприйнятого стресу.

Табл. 2.11

### Аналіз взаємозв'язку показників MDS-16 та FFMQ-15

#### Показники якості моделі

<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>
<b>0.453</b>	<b>0.205</b>

*Примітка: Моделі оцінені з використанням розміру вибірки  $N=72$*

Табл. 2.12

#### Коефіцієнти моделі – MDS-16 (Z) та 4 фактори FFMQ-15

<b>Предиктор</b>	<b>Оцінка</b>	<b>SE</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Константа</b>	<b>1.8265</b>	<b>0.7544</b>	<b>2.421</b>	<b>0.018</b>
<b>MF_jud</b>	<b>-0.1134</b>	<b>0.0562</b>	<b>-2.019</b>	<b>0.048</b>
<b>MF_des</b>	<b>-0.0873</b>	<b>0.0510</b>	<b>-1.712</b>	<b>0.092</b>
<b>MF_obs</b>	<b>0.0722</b>	<b>0.0475</b>	<b>1.519</b>	<b>0.133</b>

Предиктор	Оцінка	SE	t	p
MF_con	-0.0257	0.0578	-0.445	0.658

Для дослідження впливу різних аспектів усвідомленості на дезадаптивну мрійливість було проведено множинний регресійний аналіз з чотирма факторами FFMQ-15 як предикторами. Модель включала такі компоненти усвідомленості: неосудливість до внутрішнього досвіду (MF\_jud), усвідомлена дія (MF\_con), опис внутрішнього досвіду (MF\_des) та спостереження (MF\_obs).

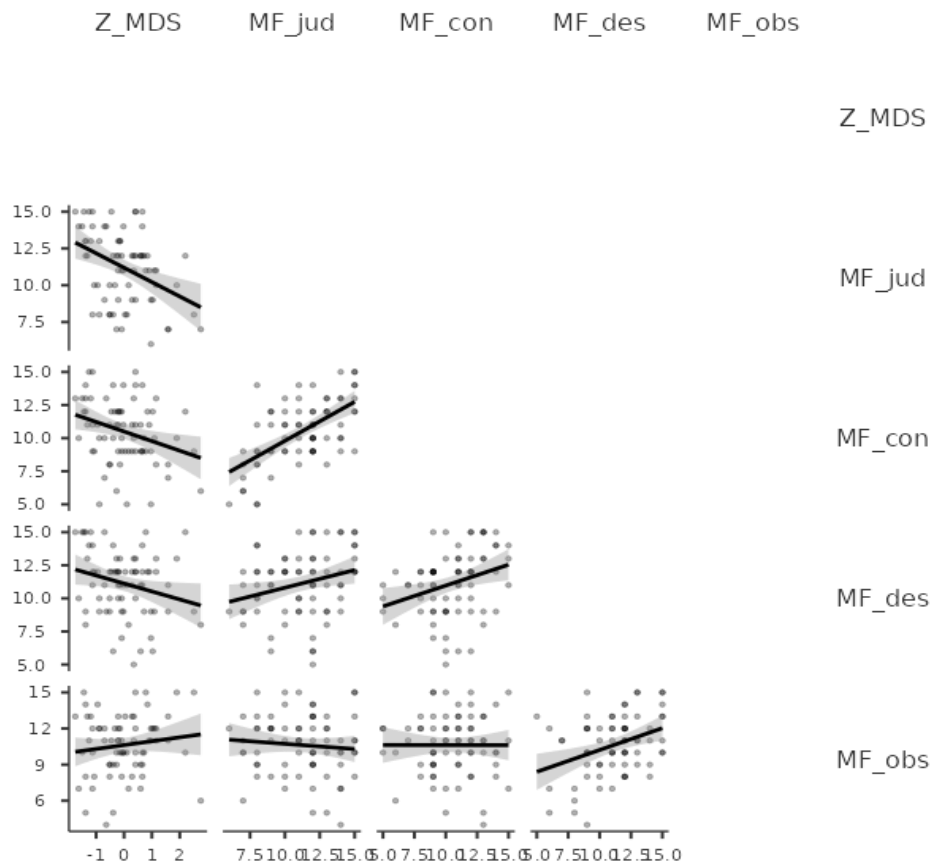


Рис.2.10. Аналіз коефіцієнтів множинної регресійної моделі

Загальна якість множинної регресійної моделі виявилася помірною:

коефіцієнт множинної кореляції  $R = 0,453$ , а коефіцієнт детермінації  $R^2 = 0,205$ . Це означає, що чотири фактори усвідомленості разом пояснюють приблизно 20,5% варіації в показниках дезадаптивної мрійливості, що є найвищим показником серед усіх проаналізованих моделей. Таке підвищення пояснювальної сили порівняно з одновимірними моделями свідчить про комплексний характер впливу різних аспектів усвідомленості на дезадаптивну мрійливість.

Аналіз коефіцієнтів множинної регресійної моделі виявив різну статистичну значущість окремих предикторів. Константа моделі становить 1,8265 з стандартною помилкою 0,7544 ( $t = 2,421$ ,  $p = 0,018$ ), що є статистично значущою, на відміну від попередніх моделей зі стандартизованими змінними. Це може бути пов'язано з використанням нестандартизованих показників FFMQ-15.

Серед факторів усвідомленості найбільш значущим предиктором виявився фактор неосудливості до внутрішнього досвіду (MF\_jud) з коефіцієнтом  $-0,1134$  ( $SE = 0,0562$ ,  $t = -2,019$ ,  $p = 0,048$ ). Негативний знак коефіцієнта свідчить про зворотний зв'язок: зростання здатності не засуджувати свій внутрішній досвід асоціюється зі зменшенням рівня дезадаптивної мрійливості. Цей результат є теоретично обґрунтованим, оскільки неосудливе ставлення до власних думок та переживань може знижувати схильність до втечі у дезадаптивні форми мрійливості.

Фактор опису внутрішнього досвіду (MF\_des) показав коефіцієнт  $-0,0873$  ( $SE = 0,0510$ ,  $t = -1,712$ ,  $p = 0,092$ ), що наближається до рівня статистичної значущості. Негативний напрямок зв'язку також є логічним: кращі навички вербалізації та опису власного досвіду можуть сприяти більш конструктивному опрацюванню емоцій замість втечі у мрійливість.

Фактор спостереження (MF\_obs) продемонстрував позитивний, але незначущий коефіцієнт 0,0722 (SE = 0,0475, t = 1,519, p = 0,133). Цей результат може свідчити про складність взаємозв'язку між здатністю до спостереження та дезадаптивною мрійливістю, оскільки підвищена увага до внутрішніх переживань не завжди призводить до їх адаптивного опрацювання.

Фактор усвідомленої дії (MF\_con) показав найменший та статистично незначущий коефіцієнт -0,0257 (SE = 0,0578, t = -0,445, p = 0,658), що може вказувати на відсутність прямого впливу цього аспекту усвідомленості на дезадаптивну мрійливість у досліджуваній вибірці.

Матриця діаграм розсіювання між дезадаптивною мрійливістю та факторами усвідомленості наочно демонструє характер взаємозв'язків. Найбільш виражений негативний тренд спостерігається для фактора неосудливості (MF\_jud), що підтверджує статистичні результати. Для інших факторів зв'язки є менш очевидними, що відповідає їхній нижчій статистичній значущості в регресійній моделі.

### **Аналіз соціально-демографічних чинників дезадаптивної мрійливості**

#### **Фінансовий стан як чинник дезадаптивної мрійливості**

Аналіз взаємозв'язку між рівнем дезадаптивної мрійливості (MDS-16), сприйнятим стресом (PSS-10) та самооцінкою фінансового стану виявив важливі закономірності. Діаграма розсіювання демонструє диференційовані тренди залежно від фінансових можливостей учасників.

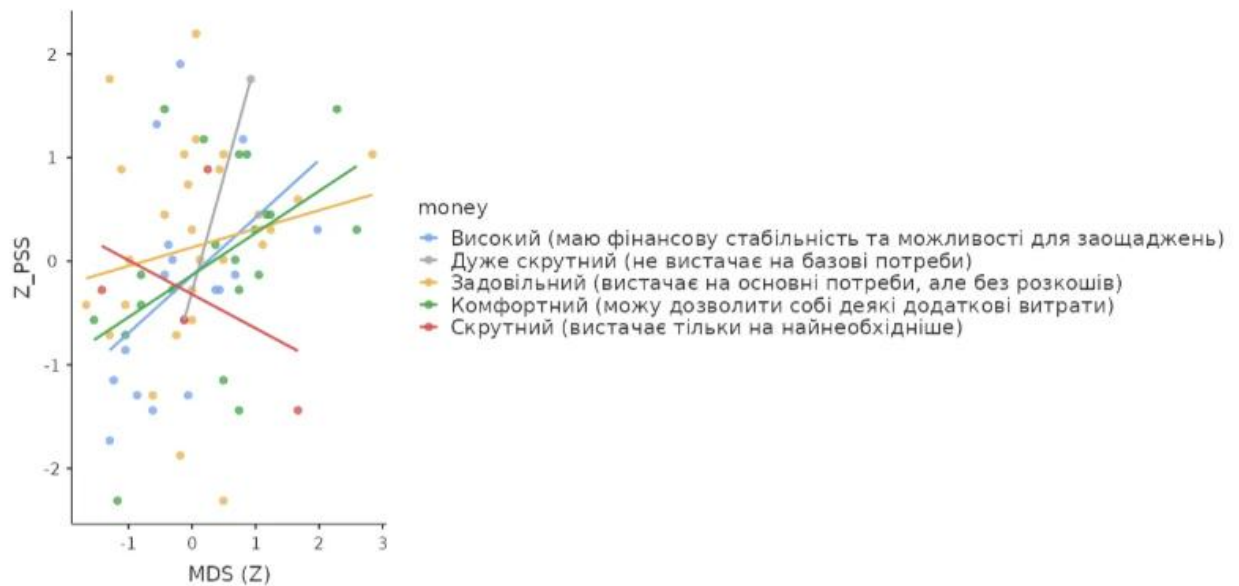


Рис.2.11. Діаграма розсіювання MDS-16, PSS-10 та самооцінкою фінансового стану

Особи з високим фінансовим статусом (сині точки - "маю фінансову стабільність та можливості для заощаджень") демонструють позитивний зв'язок між дезадаптивною мрійливістю та сприйнятим стресом. Це може свідчити про те, що навіть за умов фінансової стабільності стрес може провокувати втечу у дезадаптивні форми мрійливості, можливо, пов'язаної з іншими життєвими сферами або підвищеними очікуваннями.

Група з дуже скрутним фінансовим становищем (сірі точки - "не вистачає на базові потреби") показує менш виражений зв'язок між змінними, що може вказувати на те, що в умовах крайньої економічної депривації дезадаптивна мрійливість може бути менш залежною від рівня стресу через домінування базових потреб виживання.

Особи із задовільним фінансовим станом (помаранчеві точки - "вистачає на основні потреби, але без розкоші") та комфортним рівнем (зелені точки - "можу дозволити собі деякі додаткові витрати") демонструють помірні зв'язки між змінними. Група зі скрутним фінансовим становищем (червоні точки -

"вистачає тільки на найнеобхідніше") показує відносно стабільні показники дезадаптивної мрійливості незалежно від рівня стресу.

### Статус зайнятості як чинник дезадаптивної мрійливості

Аналіз залежності між дезадаптивною мрійливістю, сприйнятим стресом та статусом зайнятості виявив специфічні особливості для різних професійних груп. Безробітні особи (сині точки) демонструють найбільш виражений позитивний зв'язок між стресом та дезадаптивною мрійливістю. Це може відображати використання мрійливості як копінг-механізму в умовах невизначеності та відсутності структурованої діяльності.

Особи, які працюють повний робочий день (помаранчеві точки), показують помірний позитивний зв'язок між змінними, що може свідчити про те, що робочий стрес провокує дезадаптивну мрійливість як спосіб психологічної втечі від професійних вимог. Цікаво, що ця група має достатньо широкий розкид показників, що може відображати різноманітність робочих умов та індивідуальних реакцій на професійний стрес.

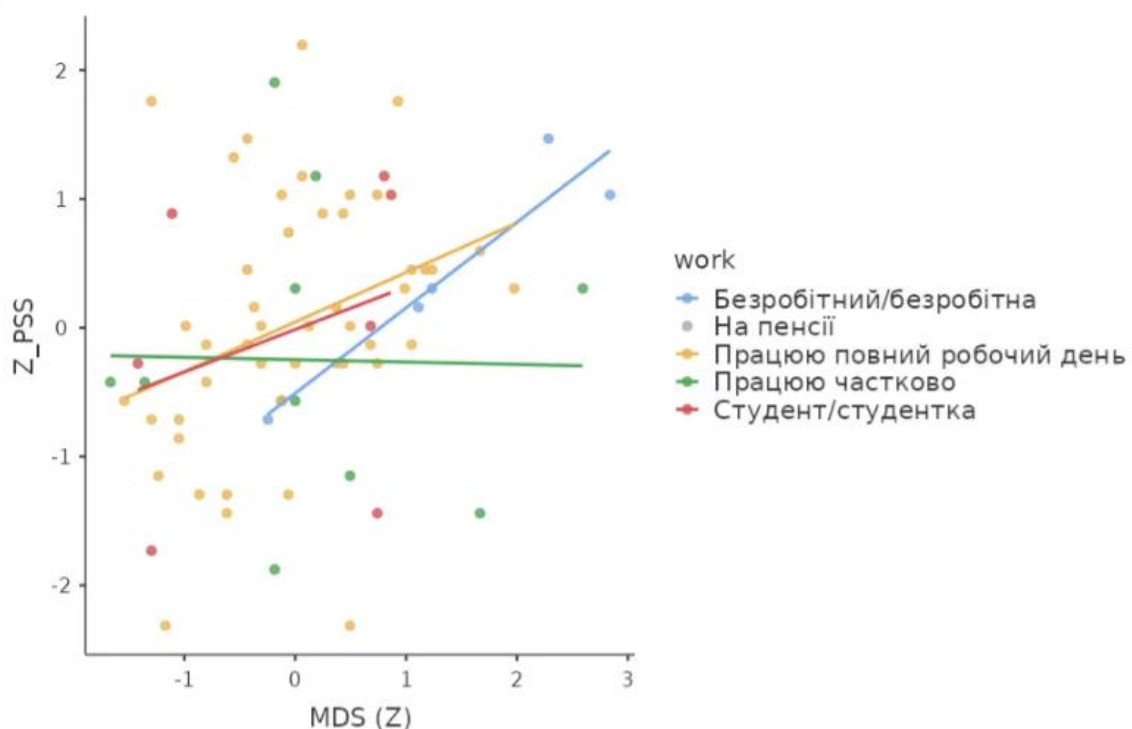


Рис.2.12. Діаграма розсіювання MDS-16, PSS-10 та статусом зайнятості

Студенти (червоні точки) демонструють відносно стабільні показники дезадаптивної мрійливості з меншою залежністю від рівня стресу. Це може бути пов'язано з віковими особливостями та специфікою навчального процесу, де мрійливість може мати більш адаптивний характер, пов'язаний з плануванням майбутнього.

Пенсіонери (сірі точки) та особи, які працюють частково (зелені точки), показують найменшу варіативність у показниках, що може відобразити більшу стабільність життєвих умов або інші пріоритети в стратегіях подолання стресу. Зокрема, для пенсіонерів дезадаптивна мрійливість може мати менше значення через зміну життєвих завдань та пріоритетів.

## **Висновки розділу II**

Проведене дослідження чинників дезадаптивної мрійливості у дорослих осіб дозволило отримати комплексне розуміння психологічних механізмів та соціально-демографічних особливостей цього феномену. Результати аналізу даних 72 учасників дослідження підтверджують складну природу дезадаптивної мрійливості та її багатofакторну детермінацію.

Аналіз внутрішньої узгодженості використаних психодіагностичних інструментів підтвердив їхню надійність для дослідження дезадаптивної мрійливості. Особливо високі показники  $\alpha$ -Кронбаха для DASS-21 (0,925) та PSS-10 (0,890) свідчать про ефективність цих методик у вимірюванні негативних емоційних станів. Модифікація FFMQ-15 шляхом виключення фактора "Нереагування" через низьку внутрішню узгодженість ( $\alpha = 0,304$ ) підтвердила важливість ретельної перевірки психометричних властивостей інструментів у конкретних культурних контекстах.

Гендерний аналіз виявив суттєві відмінності у проявах досліджуваних змінних. Жінки демонструють систематично вищі рівні сприйнятого стресу ( $M = 18,1$  проти  $M = 16,9$ ) та негативних емоційних станів ( $M = 42,7$  проти  $M =$

39,9), що узгоджується з епідеміологічними даними про більшу поширеність депресивних та тривожних розладів серед жіночого населення. Протилежна тенденція спостерігається для дезадаптивної мрійливості, де чоловіки показують вищі середні значення ( $M = 36,4$  проти  $M = 32,7$ ). Це може свідчити про гендерно-специфічні копінг-стратегії, де чоловіки більшою мірою схильні до втечі у фантазії, тоді як жінки частіше переживають безпосередні емоційні реакції на стресові ситуації.

Кореляційний аналіз встановив статистично значущі позитивні зв'язки між дезадаптивною мрійливістю та показниками психологічного дистресу. Зв'язок з негативними емоційними станами за DASS-21 ( $r = 0,411$ ,  $p < 0,001$ ) виявився сильнішим порівняно зі сприйнятим стресом за PSS-10 ( $r = 0,307$ ,  $p = 0,009$ ). Це вказує на те, що комплекс депресії, тривожності та стресу є більш потужним предиктором дезадаптивної мрійливості ніж сприйняття стресових ситуацій як таких. Дані результати підтверджують теоретичні моделі, які розглядають дезадаптивну мрійливість як дисфункціональну стратегію регуляції емоцій.

Регресійний аналіз продемонстрував прогностичну цінність досліджуваних змінних для дезадаптивної мрійливості. Найвища пояснювальна сила була зафіксована для множинної моделі з факторами усвідомленості ( $R^2 = 0,205$ ), що пояснює понад 20% варіації дезадаптивної мрійливості. Серед компонентів усвідомленості найбільш значущим предиктором виявився фактор неосудливості до внутрішнього досвіду ( $\beta = -0,113$ ,  $p = 0,048$ ), що має захисний ефект проти дезадаптивної мрійливості. Це підтверджує важливість здатності приймати власні думки та переживання без самокритики для профілактики дезадаптивних форм мрійливості.

Аналіз соціально-демографічних чинників виявив диференційований вплив фінансового стану та статусу зайнятості на взаємозв'язок між стресом та дезадаптивною мрійливістю. Особи з високим фінансовим статусом

демонструють найсильнішу кореляцію між цими змінними, що може свідчити про те, що за умов матеріального благополуччя стрес набуває більш психологічного характеру та провокує втечу у мрійливість. Безробітні особи також показують виражений зв'язок стрес-мрійливість, що може відобразити використання фантазій як компенсаторного механізму в умовах соціальної невизначеності.

Практичні імплікації дослідження полягають у розробці диференційованих підходів до психологічної допомоги особам з дезадаптивною мрійливістю. Виявлення ключової ролі неосудливості вказує на доцільність інтеграції елементів практик усвідомленості у терапевтичні інтервенції. Гендерні відмінності у проявах дезадаптивної мрійливості потребують врахування при розробці профілактичних програм. Соціально-економічні чинники також мають бути враховані при плануванні психологічних інтервенцій, особливо для вразливих груп населення.

Теоретичне значення отриманих результатів полягає у підтвердженні багатофакторної моделі дезадаптивної мрійливості, що інтегрує емоційні, когнітивні та соціальні чинники. Дослідження розширює розуміння ролі усвідомленості як протективного фактора та підкреслює важливість комплексного підходу до вивчення дезадаптивної мрійливості як складного психологічного феномену, що знаходиться на перетині клінічної, соціальної та когнітивної психології.

## РОЗДІЛ ІІІ. РОБОТА ПСИХОЛОГА З ПРОБЛЕМОЮ ДЕЗАДАПТИВНОЇ МРІЙЛИВОСТІ У ДОРΟΣЛИХ ОСІБ

### 3.1. Психодіагностичні методи виявлення та оцінки дезадаптивної мрійливості

Ефективна робота психолога з проблемою дезадаптивної мрійливості починається з комплексної діагностики, що дозволяє визначити ступінь вираженості проблеми, супутні психологічні порушення та індивідуальні особливості клієнта. Результати проведеного дослідження підтверджують важливість використання валідних психодіагностичних інструментів для точної оцінки дезадаптивної мрійливості.

Основним інструментом діагностики є Шкала дезадаптивної мрійливості (MDS-16), розроблена Somer et al. (2016), яка продемонструвала високу внутрішню узгодженість ( $\alpha = 0,865$ ) та ефективність у виявленні проблемних аспектів мрійливості. Методика показала високу валідність у численних дослідженнях (Somer et al., 2017; Bigelsen et al., 2016) та дозволяє оцінити ключові компоненти дезадаптивної мрійливості: частоту та тривалість мрійних епізодів, ступінь втручання у повсякденне функціонування, емоційний дистрес від неможливості контролювати мрійливість та переживання потреби у продовженні мрійливості.

Комплексна діагностика має включати оцінку супутніх емоційних станів за допомогою Шкали депресії, тривожності та стресу (DASS-21), розробленої Lovibond & Lovibond (1995), яка показала найвищу надійність ( $\alpha = 0,925$ ) у нашому дослідженні. Henry & Crawford (2005) підтвердили високу валідність цієї методики у виявленні негативних емоційних станів. Враховуючи виявлений сильний кореляційний зв'язок між дезадаптивною мрійливістю та негативними емоційними станами ( $r = 0,411$ ,  $p < 0,001$ ), оцінка рівня депресії,

тривожності та стресу є критично важливою для розуміння повної картини психологічного стану клієнта.

Діагностика рівня усвідомленості за допомогою модифікованої версії П'ятифакторного опитувальника усвідомленості (FFMQ-15), розробленого Baer et al. (2006), дозволяє визначити ресурсні можливості клієнта. Bohlmeijer et al. (2011) продемонстрували ефективність короткої версії цього опитувальника у різних популяціях. Особливу увагу слід приділити оцінці фактора неосудливості до внутрішнього досвіду, який виявився значущим захисним чинником проти дезадаптивної мрійливості ( $\beta = -0,113$ ,  $p = 0,048$ ). Дослідження Carpenter et al. (2019) також підтвердили протективну роль неосудливості у формуванні адаптивних копінг-стратегій.

Опитувальник сприйнятого стресу (PSS-10), розроблений Cohen et al. (1983) та адаптований Cohen & Williamson (1988), демонструє високу надійність у оцінці суб'єктивного сприйняття стресових ситуацій. Lee (2012) підтвердив валідність короткої 10-пунктової версії методики у різних культурних контекстах.

Анамнестична бесіда має включати детальне з'ясування соціально-демографічних чинників, особливо фінансового стану та статусу зайнятості, які впливають на взаємозв'язок між стресом та дезадаптивною мрійливістю. West et al. (2018) підкреслюють важливість врахування соціально-економічних факторів у діагностиці дезадаптивної мрійливості. Важливо виявити тригери дезадаптивної мрійливості, типові сценарії фантазій, функції, які виконує мрійливість для клієнта, та ступінь впливу на різні сфери життя.

Спостереження за поведінкою під час діагностичного процесу може надати цінну інформацію про схильність клієнта до відходу у внутрішній світ фантазій. Somer (2018) рекомендує звертати увагу на невербальні ознаки

"відключення" від реальності, зміни у виразі обличчя, позі тіла та якості контакту очима, які можуть вказувати на епізоди дезадаптивної мрійливості.

### **3.2. Когнітивно-поведінкові стратегії корекції дезадаптивної мрійливості**

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним із найбільш ефективних підходів у роботі з дезадаптивною мрійливістю, що підтверджується дослідженнями Bigelsen & Schupak (2011) та Ferrante et al. (2017). КПТ дозволяє працювати як з когнітивними паттернами, так і з поведінковими проявами проблеми. Враховуючи виявлений зв'язок між дезадаптивною мрійливістю та негативними емоційними станами, КПТ-інтервенції мають бути спрямовані на розрив замкнутого кола "стрес - втеча у мрійливість - погіршення функціонування - підвищення стресу".

Психоедукація є першим кроком у КПТ-роботі з дезадаптивною мрійливістю. Pietkiewicz et al. (2018) продемонстрували ефективність психоедукаційних інтервенцій у роботі з дезадаптивною мрійливістю. Клієнтам важливо пояснити різницю між адаптивною та дезадаптивною мрійливістю, механізми формування та підтримання проблемних паттернів, а також роль мрійливості як дисфункціональної стратегії емоційної регуляції. Ross et al. (2020) підкреслюють важливість нормалізації переживання клієнта та підкреслення того, що дезадаптивна мрійливість є поширеною проблемою, яка піддається корекції.

Методи когнітивної реструктуризації спрямовані на виявлення та зміну дисфункціональних переконань, що підтримують дезадаптивну мрійливість. Beck et al. (1979) розробили основні принципи когнітивної реструктуризації, які успішно адаптовані для роботи з дезадаптивною мрійливістю (Somer & Herscu, 2017). Часто клієнти мають переконання про те, що мрійливість є єдиним способом справитися з болем, що вони не здатні функціонувати без фантазій, або що реальність занадто болісна для безпосереднього

переживання. Техніки сократівського діалогу, пошуку доказів "за" і "проти", катастрофізації та декатастрофізації допомагають клієнтам розвинути більш збалансоване мислення.

Тренінг навичок усвідомленості особливо важливий з огляду на виявлену роль неосудливості як захисного фактора. Kabat-Zinn (1994) розробив основи mindfulness-базованих інтервенцій, які показали ефективність у роботі з різними психологічними проблемами. Marcusson-Clavertz et al. (2019) продемонстрували специфічну ефективність практик усвідомленості у зменшенні дезадаптивної мрійливості. Техніки усвідомленого дихання, сканування тіла та спостереження за думками розвивають здатність залишатися у теперішньому моменті та толерувати неприємні переживання без втечі у фантазії.

Поведінкові інтервенції включають техніки контролю стимулів та планування активності, розроблені Lewinsohn et al. (1986) та адаптовані для роботи з дезадаптивною мрійливістю Somer et al. (2016). Kessler et al. (2016) підтвердили ефективність структурованого планування діяльності у зменшенні частоти епізодів дезадаптивної мрійливості. Клієнтам допомагають ідентифікувати ситуації, місця та часи, що провокують дезадаптивну мрійливість, та розробити стратегії уникнення або модифікації цих тригерів.

Експозиційні техніки поступово допомагають клієнтам толерувати дискомфорт без втечі у мрійливість. Wolpe (1958) розробив основи експозиційної терапії, які були адаптовані для роботи з дезадаптивною мрійливістю (Bigelsen et al., 2016). Schupak & Rosenthal (2009) продемонстрували ефективність поступового скорочення часу, присвяченого мрійливості, та розвитку альтернативних способів емоційної регуляції.

### **3.3. Інтегративні підходи та техніки роботи з дезадаптивною мрійливістю**

Інтегративний підхід до роботи з дезадаптивною мрійливістю поєднує елементи різних терапевтичних напрямків, що дозволяє адресувати багатофакторну природу проблеми. Nolen-Hoeksema & Watkins (2011) підкреслюють важливість мультимодального підходу у роботі з повторюваними ментальними процесами. Враховуючи виявлені у дослідженні гендерні відмінності та вплив соціально-демографічних чинників, інтегративні інтервенції мають бути персоналізованими та культурно-чутливими.

Терапія прийняття та відданості (ACT) особливо ефективна для роботи з дезадаптивною мрійливістю. Hayes et al. (2006) розробили основні принципи ACT, які показали ефективність у роботі з різними психологічними проблемами. Soffer-Dudek (2019) продемонстрував специфічну ефективність ACT у роботі з дезадаптивною мрійливістю, оскільки підхід фокусується на розвитку психологічної гнучкості та здатності діяти відповідно до власних цінностей навіть за наявності болісних переживань. Техніки когнітивної дефузії допомагають клієнтам розвинути здатність спостерігати за власними думками та фантазіями як за ментальними подіями, а не як за реальністю.

Діалектично-поведінкова терапія (DBT) надає цінні навички емоційної регуляції, які є критично важливими для клієнтів з дезадаптивною мрійливістю. Linehan (1993) розробила основи DBT, які показали ефективність у роботі з емоційною дисрегуляцією. Módenes et al. (2020) адаптували навички DBT для роботи з дезадаптивною мрійливістю. Модуль "Стійкість до дистресу" навчає техніки TIPP (Temperature, Intense exercise, Paced breathing, Paired muscle relaxation), які допомагають швидко зменшити емоційну інтенсивність без втечі у мрійливість. Навички "Мудрої свідомості" розвивають здатність інтегрувати раціональні та емоційні аспекти досвіду.

Наративна терапія дозволяє клієнтам переосмислити власну історію та відношення до мрійливості. White & Epston (1990) розробили основи

нарративного підходу, який показав ефективність у роботі з різними психологічними проблемами. Técnico et al. (2021) продемонстрували специфічну ефективність нарративних технік у роботі з дезадаптивною мрійливістю. Техніка екстерналізації допомагає відокремити людину від проблеми ("Це не ти є мрійливим, а дезадаптивна мрійливість впливає на твоє життя"), що зменшує самозвинувачення та підвищує відчуття контролю.

Соматично-орієнтовані техніки особливо важливі, оскільки дезадаптивна мрійливість часто пов'язана з відключенням від тілесних відчуттів. Van der Kolk (2014) підкреслює важливість тілесно-орієнтованих підходів у роботі з дисоціативними станами. Simeon & Abugel (2006) продемонстрували ефективність техніки заземлення через тілесний контакт у роботі з дереалізацією та деперсоналізацією, що часто супроводжують дезадаптивну мрійливість.

Групова терапія може бути особливо ефективною для подолання ізоляції та розвитку соціальних навичок. Yalom & Leszcz (2005) описали основні терапевтичні фактори групової роботи. Somer et al. (2017) продемонстрували ефективність групових інтервенцій специфічно для людей з дезадаптивною мрійливістю. Групи підтримки дозволяють поділитися досвідом, зменшити стигматизацію та навчитися у інших учасників.

Mindfulness-базовані інтервенції (МВІ) показали особливу ефективність у роботі з дезадаптивною мрійливістю. Gotink et al. (2015) продемонстрували ефективність МВІ у роботі з різними психологічними проблемами. Vigelsen et al. (2016) підтвердили специфічну ефективність практик усвідомленості у зменшенні частоти та інтенсивності епізодів дезадаптивної мрійливості.

Робота з сім'єю та найближчим оточенням важлива для створення підтримуючого середовища. Bowen (1978) розробив основи системної сімейної терапії, принципи якої були адаптовані для роботи з дезадаптивною

мрійливістю (West et al., 2018). Близьким людям потрібно пояснити природу дезадаптивної мрійливості та навчити їх способів конструктивної підтримки без увічнення проблемних паттернів.

Інтеграція технологій може включати використання мобільних додатків для відстеження епізодів мрійливості та моніторингу емоційного стану. Nicholas et al. (2021) продемонстрували ефективність цифрових інтервенцій у роботі з дезадаптивною мрійливістю. Віртуальна реальність може бути використана для безпечної експозиції до стресових ситуацій та тренування навичок емоційної регуляції у контрольованому середовищі (Riva et al., 2019).

Успішність інтегративного підходу залежить від здатності психолога гнучко поєднувати різні техніки відповідно до індивідуальних потреб клієнта, враховуючи виявлені у дослідженні чинники ризику та захисні фактори. Особлива увага має приділятися розвитку навичок неосудливості та самоприйняття, що виявилися ключовими у профілактиці дезадаптивної мрійливості.

### **Висновки до розділу III**

Аналіз сучасних підходів до роботи психолога з проблемою дезадаптивної мрійливості у дорослих осіб демонструє необхідність комплексного, науково-обґрунтованого та персоналізованого підходу до діагностики та корекції цього психологічного феномену.

**Щодо психодіагностичних методів** можна констатувати, що ефективна робота з дезадаптивною мрійливістю потребує використання валідованих інструментів, які показали високу надійність у міжнародних дослідженнях. Шкала дезадаптивної мрійливості (MDS-16) залишається золотим стандартом діагностики, тоді як DASS-21 та FFMQ-15 надають важливу додаткову інформацію про супутні емоційні стани та ресурси усвідомленості. Результати нашого дослідження підтверджують критичну важливість оцінки фактора

неосудливості як ключового захисного чинника, що має безпосередні наслідки для планування терапевтичних інтервенцій.

**Когнітивно-поведінкові стратегії** продемонстрували свою ефективність як основа терапевтичної роботи з дезадаптивною мрійливістю. Наукові дослідження (Bigelsen & Schupak, 2011; Ferrante et al., 2017; Pietkiewicz et al., 2018) підтверджують, що поєднання психоедукації, когнітивної реструктуризації, тренінгу навичок усвідомленості та поведінкових інтервенцій створює міцну основу для подолання дезадаптивних патернів мрійливості. Особливо важливим є інтеграція практик *mindfulness*, що безпосередньо корелює з виявленою у нашому дослідженні роллю неосудливості як протективного фактора.

**Інтегративні підходи** відображають сучасну тенденцію до персоналізованої терапії, що враховує багатофакторну природу дезадаптивної мрійливості. Ефективність терапії прийняття та відданості (Soffer-Dudek, 2019), діалектично-поведінкової терапії (Módenes et al., 2020), наративного підходу (Técnico et al., 2021) та соматично-орієнтованих технік підтверджує необхідність гнучкого поєднання різних терапевтичних модальностей. Особливо перспективним є використання цифрових технологій (Nicholas et al., 2021) та групових форматів роботи, що дозволяють подолати ізоляцію, характерну для осіб з дезадаптивною мрійливістю.

**Практичні імплікації** для роботи психолога включають необхідність спеціалізованої підготовки у сфері діагностики та корекції дезадаптивної мрійливості, володіння широким спектром терапевтичних технік та здатність їх гнучкої інтеграції відповідно до індивідуальних потреб клієнта. Виявлені у дослідженні гендерні відмінності та вплив соціально-демографічних чинників вимагають врахування цих факторів при плануванні терапевтичних інтервенцій.

**Напрямки майбутніх досліджень** мають включати розробку стандартизованих протоколів лікування дезадаптивної мрійливості, дослідження ефективності специфічних терапевтичних технік у різних популяціях, а також вивчення довгострокових ефектів терапевтичних інтервенцій. Особливо важливим є розвиток культурно-адаптованих підходів та інтеграція сучасних технологій у терапевтичний процес.

Загалом, робота психолога з проблемою дезадаптивної мрійливості вимагає комплексного підходу, що поєднує науково-обґрунтовані діагностичні методи, доказово-ефективні терапевтичні стратегії та індивідуалізований план лікування, спрямований на розвиток адаптивних копінг-стратегій та покращення загального функціонування клієнта.

## ВИСНОВКИ

Проведене дослідження чинників дезадаптивної мрійливості у дорослих осіб дозволило досягти поставленої мети та виконати всі завдання дослідження, що сприяло поглибленню розуміння цього складного психологічного феномену та розробці науково-обґрунтованих підходів до його корекції.

### Виконання завдань дослідження

1. Комплексний теоретичний аналіз літератури виявив, що дезадаптивна мрійливість являє собою клінічно значущий феномен, який характеризується надмірним яскравим фантазуванням із зануренням в уявні образи альтернативних реальностей, що погіршує функціонування та спричиняє значний дистрес. Мета-аналітичні дослідження 40 досліджень з охопленням понад 24 тисяч осіб підтвердили позитивні асоціації дезадаптивної мрійливості з широким спектром психопатологічних показників: депресією, тривогою, дисоціацією, СДУГ, obsесивно-компульсивними симптомами та травматичним досвідом. Встановлено високий рівень коморбідності: 74,4% осіб відповідають критеріям більш ніж трьох додаткових розладів, а 28,2% робили спроби самогубства. Дезадаптивна мрійливість функціонує як дисфункціональна стратегія емоційної регуляції, особливо в умовах психологічного дистресу, замінюючи адаптивні копінг-механізми. Розроблено діагностичні критерії, подібні до DSM, які включають стійке нав'язливе фантазування, супровідні характеристики та клінічно значущий дистрес. Накопичені емпіричні дані свідчать про необхідність формального визнання дезадаптивної мрійливості як окремого дисоціативного розладу з чіткими діагностичними критеріями та специфічними терапевтичними підходами для покращення якості психологічної допомоги.

2. Емпіричне дослідження було успішно реалізовано через створення комплексної психодіагностичної батареї, що включала валідовані методики MDS-16, PSS-10, DASS-21 та FFMQ-15. Дослідження охопило 72 учасники віком від 24 до 62 років (59 жінок, 13 чоловіків) з різних регіонів України, що забезпечило репрезентативність вибірки. Використання онлайн-формату з дотриманням етичних принципів забезпечило широкий охопит респондентів та високу якість зібраних даних без пропущених значень. Аналіз внутрішньої узгодженості підтвердив надійність усіх використаних інструментів: MDS-16 ( $\alpha=0,865$ ), PSS-10 ( $\alpha=0,890$ ), DASS-21 ( $\alpha=0,925$ ), FFMQ-15 ( $\alpha=0,756$ ). Модифікація FFMQ-15 шляхом виключення фактора "Нереагування" через низьку внутрішню узгодженість ( $\alpha=0,304$ ) підтвердила важливість ретельної перевірки психометричних властивостей у конкретних культурних контекстах. Структура вибірки відображала різноманітність соціально-демографічних характеристик: 65,8% працюють повний день, 90,4% мають задовільний або вищий фінансовий стан. Сформована вибірка забезпечила репрезентативність для вивчення дезадаптивної мрійливості у дорослого населення з урахуванням різних життєвих етапів та соціально-економічних умов.

3. Кореляційний аналіз виявив статистично значущі позитивні зв'язки між дезадаптивною мрійливістю та показниками психологічного дистресу: помірний зв'язок зі сприйнятим стресом ( $r=0,307$ ,  $p=0,009$ ) та сильніший зв'язок з комплексом негативних емоційних станів ( $r=0,411$ ,  $p<0,001$ ). Регресійний аналіз продемонстрував найвищу пояснювальну силу для моделі з факторами усвідомленості ( $R^2=0,205$ ), що пояснює понад 20% варіації дезадаптивної мрійливості. При цьому неосудливість до внутрішнього досвіду виявилася найбільш значущим захисним чинником ( $\beta=-0,113$ ,  $p=0,048$ ), підтверджуючи важливість самоприйняття для профілактики дезадаптивних копінг-стратегій. Гендерний аналіз розкрив специфічні копінг-паттерни: жінки демонструють вищі рівні сприйнятого стресу ( $M=18,1$  vs  $M=16,9$ ) та

негативних емоційних станів ( $M=42,7$  vs  $M=39,9$ ), тоді як чоловіки показують вищі показники дезадаптивної мрійливості ( $M=36,4$  vs  $M=32,7$ ). Соціально-демографічний аналіз виявив диференційований вплив фінансового стану та статусу зайнятості на взаємозв'язок стрес-мрійливість, при цьому особи з високим фінансовим статусом та безробітні демонструють найсильніші кореляції, що вказує на різні механізми використання фантазій як копінг-стратегії залежно від життєвих обставин.

4. Розроблено триступеневу інтегративну модель психологічної допомоги: (1) комплексна психодіагностика з використанням валідованих інструментів для точної оцінки дезадаптивної мрійливості, супутніх емоційних станів та ресурсів усвідомленості, включаючи анамнестичну бесіду з виявленням тригерів та функцій мрійливості; (2) когнітивно-поведінкові стратегії, що включають психоедукацію про механізми дезадаптивної мрійливості, когнітивну реструктуризацію дисфункціональних переконань, тренінг навичок усвідомленості з акцентом на розвиток неосудливості, поведінкові інтервенції контролю стимулів та експозиційні техніки для толерування дискомфорту; (3) інтегративні підходи з елементами терапії прийняття та відданості (ACT), діалектично-поведінкової терапії (DBT), наративної терапії та соматично-орієнтованих технік для роботи з тілесними відчуттями. Особливий акцент зроблено на розвитку навичок неосудливості до внутрішнього досвіду як ключового захисного фактора, підтвердженого дослідженням. Запропоновано включення групових форматів роботи для подолання ізоляції, використання цифрових технологій для моніторингу та роботи з сім'єю для створення підтримуючого середовища. Терапевтичні інтервенції мають враховувати виявлені гендерні відмінності та соціально-демографічні чинники для забезпечення персоналізованого, культурно-чутливого підходу та максимальної ефективності корекційних

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Американська психіатрична асоціація. 2022. Діагностичний та статистичний посібник з психічних розладів. 5th ed. Американська психіатрична асоціація.  
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>.
2. Бегг, К. Б. та М. Мазумдар. 1994. "Операційні характеристики тесту рангової кореляції для упередженості публікацій". Біометрія 50, no. 4: 1088 - 1101. <https://doi.org/10.2307/2533446>.
3. Берштілінг, О. та Е. Сомер. 2018. "Мікрополітика нового психічного стану: Легітимація в д е з а д а п т и в н и х мрійниках". Якісний звіт 23, № 8: 1983 - 2002. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2018.3466>.
4. Бігельсен, Я., Я. М. Лерфельд, Д. С. Джопп та Е. Сомер. 2016. "Неадаптивне сновидіння: Докази маловивченого розладу психічного здоров'я". Свідомість і пізнання 42: 254 - 266. <https://doi.org/10.1016/j.conscog.2016.03.017>.
5. Боренштейн, М., Л. Хеджес, Д. Хіггінс та Х. Ротштейн. 2011. "Комплексний мета-аналіз версії 2 [Комп'ютерне програмне забезпечення]". Biostat. <https://meta-analysis.com/>.
6. Кателан, Р. Ф., А. Жила, І. Я. П'єткевич та А. Е. Нарді. 2023. "Кроскультурна адаптація та валідація бразильсько-португальської версії шкали дезадаптивних сновидінь (BMDS-16)". Psychiatria I Psychologia Kliniczna 23, no. 3: 129 - 140. <https://doi.org/10.15557/PiPK.2023.0018>.
7. Чіріко, І., Е. Вольпато, Г. Ланді та ін. 2022. "Неадаптивні сновидіння та їх зв'язок з психопатологічними симптомами, регуляцією емоцій та проблемним використанням соціальних мереж: Підхід мережевого аналізу". Міжнародний журнал психічного здоров'я та залежності 22: 1 - 17. <https://doi.org/10.1007/s11469-022-00938-3>.
8. Конте, Г., Е. Арільяні, М. Мартінееллі, С. Ді Нола, Ф. Кьяротті та Ф. Кардона. 2022. "Сновидіння та психопатологія в підлітковому віці:

- Пошукове дослідження". Раннє втручання в психіатрії 17: 1 - 9.  
<https://doi.org/10.1111/eip.13323>.
9. Дуїч, Г., Античевич, В. та Мішич, І. 2020. "Внесок неадаптивних сновидінь у рівень психологічного дистресу та стратегій подолання". Соціальна психіатрія 48: 3 - 19. <https://doi.org/10.24869/spsih.2020.3>.
  10. Дюваль, С. та Р. Твіді. 2000. "Trim and Fill: простий метод тестування та коригування упередженості публікацій у мета-аналізі, заснований на графіку воронки". Біометрія 56, № 2: 455 - 463. <https://doi.org/10.1111/j.0006-341X.2000.00455.x>.
  11. Еггер, М., Г. Д. Сміт, М. Шнайдер та К. Міндер. 1997. "Упередженість метааналізу, виявлена за допомогою простого графічного тесту". BMJ 315, № 7109: 629 - 634. <https://doi.org/10.1136/bmj.315.7109.629>.
  12. Ферранте, Е., А. Маріно, Ф. Гульєльмуччі та А. Шименті. 2022. "Посередницька роль дисоціації та сорому у взаємозв'язку між емоційною травмою та неадаптивними сновидіннями". Психологія совісті: Теорія, дослідження і практика 9, № 1: 27 - 39. <https://doi.org/10.1037/cns0000253>.
  13. Гінасці, С., Г. Фіораванті та С. Казале. 2023. "Чи є сором відповідальним за неадаптивне сновидіння серед грандіозних та вразливих наркоманів? Загальне популяційне дослідження". Особистість та індивідуальні відмінності 206: 112122.  
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2023.112122>.
  14. Харві, А. Г., Е. Воткінс, В. Менселл та Р. Шафран. 2004. Когнітивно-поведінкові процеси при психологічних розладах: Трансдіагностичний підхід до дослідження та лікування. Видавництво Оксфордського університету.
  15. Герку, О., Е. Сомер, А. Федерман та Н. Соффер-Дудек. 2023. "Уважна медитація та самоконтроль зменшили неадаптивні симптоми сновидінь: Рандомізоване контрольоване дослідження короткої

- самокерованої веб-програми". Журнал консультативної та клінічної психології 91, no. 5: 285 - 300. <https://doi.org/10.1037/ccp0000790>.
16. Горват-Лабанч, Е., А. Шандор, К. Балаж, Я. Молнар та І. Курітарне Сабо. 2022. "Патологічні риси особистості дезадаптивних сновидців, виміряні за допомогою особистісного опитувальника DSM-5 у психологічній вибірці". Клінічна психологія та психотерапія 30, no. 3: 536 - 547. <https://doi.org/10.1002/cpp.2820>.
17. Уедо-Медіна, Т. Б., Х. Санчес-Мека, Ф. Марін-Мартінес та Х. Ботелла. 2006. "Оцінка неоднорідності в мета-аналізі: Q-статистика чи I2-індекс?" Психологічні методи 11, № 2: 193 - 206. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.11.2.193>.
18. Джопп, Д. С., М. Дюпної, Е. Сомер, Н. Хагані та О. Херску. 2019. "Оцінка івритської версії шкали дезадаптивних сновидінь (MDS-H): Докази для узагальненого вимірювання патологічних сновидінь". Психологія свідомості: Теорія, дослідження і практика 6, no. 3: 242 - 261. <https://doi.org/10.1037/cns0000162>.
19. Кесслер, Р. К., В. Т. Чіу, О. Демлер та Е. Е. Волтерс. 2005. "Поширеність, тяжкість та коморбідність 12-місячних розладів DSM-IV у реплікації Національного дослідження коморбідності". Архіви загальної психіатрії 62, № 6: 617 - 627. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>.
20. Крюгер, Р. Ф. та Н. Р. Ітон. 2015. "Трансдіагностичні фактори чоловічих розладів". Світова психіатрія: Офіційний журнал Всесвітньої психіатричної асоціації (WPA) 14, № 1: 27 - 29. <https://doi.org/10.1002/wps.20175>.
21. Маркуссон-Клаверц, Д., М. Вест, О. Н. Е. К'елл та Е. Сомері. 2019. "Щоденне дослідження щоденника про неадаптивні сновидіння, блукання розуму та порушення сну: Вивчення внутрішньоособистісних та міжособистісних відносин". PLoS One 14, № 11: e0225529. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225529>.

22. М. С. Майерінг, Д. Вайгнер, С. Енге та С. Грімм. 2023. "Трансдіагностичні феномени психопатології в контексті RDoC: Протокол мультимодального перехресного дослідження". *ВМС Psychology* 11, no. 1: 297. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01335-8>.
23. Метін, Б., Е. Сомер, Х. М. Абу-Райя, А. Шимменті та Б. Гьочмен. 2021. "Сприйнятий стрес під час пандемії COVID-19 опосередковує зв'язок між факторами самокарантину та психологічними характеристиками та підвищеним рівнем дезадаптивних сновидінь". *Міжнародний журнал психічного здоров'я та залежності* 21, no. 3: 1570 - 1582. <https://doi.org/10.1007/s11469-021-00678-w>.
24. Метин С., Гочмен Б., Метин Б. 2022. "Турецьке дослідження валідності та надійності неадаптивних сновидінь". *Психіатрія та поведінкові науки* 12, № 1: 1 - 6. <https://doi.org/10.5455/PBS.20210907111754>.
25. Момент, Л. Д. 2023. "Навігація втечею від мрій: Поглиблене дослідження неадаптивних сновидінь, стратегій подолання та психічного благополуччя, ПРЕПРЕСІЯ (версія 1)". *Research Square*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs3693926/v1>.
26. Мусетті, А., К. Франческіні, Л. Пінгані та ін. 2021. "Неадаптивні денні сновидіння у дорослого італійського населення під час карантину через COVID-19". *Frontiers in Psychology* 12: 631979. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.631979>.
27. Мусетті, А., А. Горі, Г. Мікеліні, К. Ді Монте, К. Франческіні та Р. Маріані. 2022. "Чи є захисні стилі посередниками між травматичним досвідом та дезадаптивними сновидіннями?" *Current Psychology* 42, no. 30: 26683 - 26691. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03708-5>.
28. Мусетті, А., Н. Соффер-Дудек, К. Імперато, А. Шимменті та С. Франческіні. 2023. "Поздовжні асоціації між неадаптивними мріями та психологічним дистрессом під час кризи охорони здоров'я COVID-19". *Журнал поведінкових залежностей* 12, № 1: 288 - 294. <https://doi.org/10.1556/2006.2023.00001>.

29. Пейдж, М. Дж., Дж. Е. Маккензі, П. М. Боссуйт та ін. 2021. "Заява PRISMA 2020: Оновлена настанова для звітування про систематичні огляди". *BMJ* 372: n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>.
30. Петкевич, І. Я., С. Нецкі, А. Баньбура та Р. Томальський. 2018. "Неадаптивне мрійництво як нова форма поведінкової залежності". *Journal of 12 з 13 Міжнародний журнал психології, 2025 Поведінкові залежності* 7, no. 3: 838 - 843. <https://doi.org/10.1556/2006.7>. 2018.95.
31. Пишковська, А., Я. Цельбан, А. Новацький та І. Дубель. 2023. "Неадаптивні сновидіння, емоційна дисрегуляція, афекти та інтерналізована стигма в осіб з прикордонним розладом особистості та депресивним розладом: Мережевий аналіз". *Клінічна психологічна психотерапія* 30, № 6: 1246 - 1255. <https://doi.org/10.1002/cpp.2923>.
32. Raskin, J. D. 2022. "Is "Maladaptive Daydreaming" a Mental Disorder?" *Психологія сьогодні*. <https://www.psychologytoday.com/us/blog/making-meaning/202205/це-неадаптивний-сонний-психічний-розлад>. Розенталь, Р. 1995. "Написання мета-аналітичних оглядів". *Психологічний вісник* 118, № 2: 183 - 192. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.118.2.183>.
33. Росс, К. А., Д. Ріджвей та Н. Джордж. 2020. "Неадаптивне сновидіння, дисоціація та дисоціативні розлади". *Психіатричні дослідження та клінічна практика* 2, № 2: 53 - 61. <https://doi.org/10.1176/appi.prcp.20190050>. Ротштейн, Х. Р., А. Д. Саттон та М. Боренштейн. 2005. *Публікаційна упередженість у мета-аналізі - запобігання, оцінка та коригування*. Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/0470870168>.
34. Сабзбан, М. та І. Сафаєй. 2021. "Пов'язування психологічних симптомів та поклоніння національним чемпіонам з тхеквондо як знаменитостям: Посередницька роль дезадаптивних мрій та прагнення до слави". *Sport Psychology Studies* 10, no. 37: 179 - 206. <https://doi.org/10.22089/spsyj.2021.9537.2051>.

35. Salomon-Small, G., E. Somer, M. Harel-Schwarzmann, та N. Соффер-Дудек. 2021. "Неадаптивні сновидіння та обсессивнокомпульсивні симптоми: Підтверджувальне та дослідницьке дослідження спільних механізмів". Журнал психіатричних досліджень 136: 343 - 350.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.02.017>.
36. Sándor, A., A. Bugán, A. Nagy, N. Nagy, K. Tóth-Merza та J. Molnár. 2020. "Дитяча травматизація та дисоціативний досвід серед дезадаптивних та нормальних мрійників в угорській вибірці". Current Psychology 42: 9509 - 9525. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02223-3>.
37. Шименті, А., Л. Сіделі, Л. Ла Марка, А. Горі та Г. Терроне. 2019. "Відповідальність, валідність та факторна структура шкали дезадаптивних сновидінь (MDS-16) в італійській вибірці". Journal of Personality Assessment 102, no. 5: 689 - 701.  
<https://doi.org/10.1080/00223891.2019.1594240>.
38. Щупак, К. та Я. Розенталь. 2009. "Надмірна мрійливість: Історія хвороби та обговорення блукання розуму та високої схильності до фантазій". Свідомість і пізнання 18, № 2: 290 - 292. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2008.10.002>.
39. Шафік, С. та Х. Зафар. 2022. "Соціальна тривожність як предиктор депресії у підлітків: Посередницька роль дисфункціональних сновидінь". Журнал Ліакатського університету медичних та медичних наук 21, no. 4: 301 - 305. <https://doi.org/10.22442/jlumhs.2022.00963>.
40. Сінгер, Дж. Л. 2009. "Дослідження творчої гри та свідомості дорослих: Наслідки для повсякденної та літературної творчості". Психологія естетики, творчості та мистецтв 3, no. 4: 190 - 199.  
<https://doi.org/10.1037/a0016507>.
41. Сінгер, Я. Л. та Р. А. Шонбар. 1961. "Кореляти сновидінь: Вимір самосвідомості". Журнал консультативної психології 25, № 1: 1 - 6.  
<https://doi.org/10.1037/h0048906>.

42. Soffer-Dudek, N. 2022. "Why We Should Take Maladaptive Daydreaming Seriously". Психологія сьогодні. <https://www.psychologytoday.com/us/blog/consciousness-and-psychopathology/202205/whywe-should-take-maladaptive-daydreaming-seriously>.
43. Соффер-Дудек, Н. та Х. О. 2024. "Неадаптивне сновидіння: Короткий оціночний захід та його кореляти психічного здоров'я у великій вибірці Сполучених Штатів". Комплексна психіатрія 129: 152441. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2023.152441>.
44. Соффер-Дудек, Н. та Е. Сомер. 2018. "У пастці мрії: Щоденні підйоми в неадаптивних сновидіннях пов'язані з щоденними психопатологічними симптомами". *Frontiers in Psychiatry* 9: 194. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00194>.
45. Соффер-Дудек, Н. та Е. Сомер. 2022. "Неадаптивні сновидіння - це дисоціативний розлад: Підтверджуючі докази та теорія". У "Дисоціація та дисоціативні розлади: Минуле, сьогодні, майбутнє, за редакцією J. M. Dorahy, 2-е вид., 547 - 559.
46. Тейлор і Френсіс. Соффер-Дудек, Н., Е. Сомер, Х. М. Абу-Райя, Б. Метін та А. Schimmenti. 2020. "Різні культури, схожа залежність від мрій? Вивчення крос-культурної еквівалентності вимірювання шкали дезадаптивних мрій". *Журнал поведінкових залежностей* 9, no. 4: 1056 - 1067. <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00080>.
47. Сомер, Е. 2002. "Неадаптивне сновидіння: Якісне дослідження". *Журнал сучасної психотерапії* 32, № 2: 195 - 210. <https://doi.org/10.1023/A:1020597026919>.
48. Сомер, Е., Х. М. Абу-Рая та З. Нсаїрі Сімаан. 2019. "Неадаптивне сновидіння серед пацієнтів, які одужують від розладу вживання психоактивних речовин: Поширеність та опосередкування зв'язку між дитячою травмою та дисоціацією". *Міжнародний журнал психічного здоров'я та залежності* 17, № 2: 206 - 216. <https://doi.org/10.1007/s11469-018-0011-9>.

49. Сомер, Е., Х. М. Абу-Райя, А. Шимменті та ін. 2020. "Підвищений рівень дезадаптивних сновидінь пов'язаний з карантинном через COVID-19, попередніми психіатричними діагнозами та посиленими психологічними дисфункціями: Багатонаціональне дослідження". *Frontiers in Psychiatry* 11: 587455.  
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.587455>.
50. Сомер, Е. та О. Херску. 2017. "Дитяча травма, соціальна тривожність, поглинання та залежність від фантазій: Два потенційні опосередковані шляхи до дезадаптивних сновидінь". *Журнал адиктивної поведінки, терапії та реабілітації* 6, no. 4. <https://doi.org/10.4172/2324-9005.1000170>.
51. Сомер, Е., Н. Соффер-Дудек, К. А. Росс та Н. Халперн. 2017. "Малоадаптивне сновидіння: Запропоновані діагностичні критерії та їх оцінка за допомогою структурованого клінічного інтерв'ю". *Психологія свідомості: Теорія, дослідження і практика* 4, № 2: 176 - 189.  
<https://doi.org/10.1037/cns0000114>.
52. Теодор-Катц, Н., Е. Сомер, Р. М. Гессег та Н. Соффер-Дудек. 2022. "Чи може занурення у сновидіння лежати в основі дефіциту уваги? Поширеність та характеристики дезадаптивних сновидінь у людей з синдромом дефіциту уваги та гіперактивності". *Журнал клінічної психології* 78, № 11: 2309 - 2328. <https://doi.org/10.1002/jclp.23355>.
53. Томсон, П., та С. В. Жак. 2023а. "Творчість, регуляція емоцій та неадаптивне мрійництво". *Creativity Research Journal* 1 - 10: 94 - 103.  
<https://doi.org/10.1080/10400419.2023.2230022>.
54. Томсон, П., та С. В. Жак. 2023b. "Неадаптивні мрії, надмірна збудливість та регуляція емоцій". *Reoper Review* 45, № 1: 1 - 11.  
<https://doi.org/10.1080/02783193.2023.2212634>.
55. Вен, Х., Н. Соффер-Дудек та Е. Сомер. 2022. Щоденні почуття та афективна валентність сновидінь у дезадаптивних сновидіннях: Лонгітюдний аналіз. *Психологія свідомості: Теорія, дослідження та практика*. <https://doi.org/10.1037/cns0000293>.

56. Вест, М. Дж. та Е. Сомер. 2020. "Емпатія, регуляція емоцій та творчість у занурених та неадаптивних сновидіннях". Уява, пізнання та особистість 39, no. 4: 358 - 373. <https://doi.org/10.1177/0276236619864277>.
57. Вест, М. Джей, Е. Сомер та І.-М. Ейгсті. 2022а. "Занурення та неадаптивне мрійництво та дивергентне мислення при розладах аутистичного спектру". Уява, пізнання та особистість 42, no. 4: 372 - 398. <https://doi.org/10.1177/02762366221129819>.
58. Вест, М. Джей, Е. Сомер та І.-М. Ейгсті. 2022б. "Спільні проблеми та спільне виникнення неадаптивних сновидінь та р о з л а д і в аутистичного спектру". Досягнення в галузі нейророзвитку 7, № 1: 77 - 87. <https://doi.org/10.1007/s41252-022-00279-1>. 13 з 13
59. Всесвітня організація охорони здоров'я. 2019. "Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я". 11-е вид. <https://icd.who.int/>.
60. Зеделіус, К. М., Я. Процько, Я. М. Бродвей та Я. В. Школяр. 2021. "Які типи сновидінь передбачають креативність? Лабораторні та експериментальні вибіркові дані". Психологія естетики, творчості та мистецтва 15, no. 4: 596 - 611. <https://doi.org/10.1037/aca0000342>.
61. Жила, А., Л. Е. Маккачон та З. Деметровіч. 2018. "Асоціація поклоніння знаменитостям з проблемним використанням Інтернету, неадаптивним сновидінням та прагненням до слави". Журнал поведінкових залежностей 7, no. 3: 654 - 664. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.76>.
62. Жила, А., Р. Урбан, Л. Е. МакКутеон та З. Деметровіч. 2019. "Аналітичний огляд зв'язку між психіатричними симптомами та поклонінням знаменитостям: Посередницька роль дезадаптивних мрій та бажання слави". Особистість та індивідуальні відмінності 151: 109511. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109511>