

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

Психологічні чинники та наслідки дезадаптивної мрійливості

Здобувача (ки) 2 курсу МЗ-242 групи
Спеціальності 053 Психологія
Освітньо-професійна програма
Психологія забезпечення ментального здоров'я
Юлії МАКАРЧУК

(прізвище та ініціали)

Керівники

Катерина МІЛЮТИНА, д.психол.н., проф.,

Анна КРАЙЛЮК, к.психол.н.

(прізвище та ініціали, вчене звання, науковий ступінь)

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

Протокол № 11 від « 22 » червня 2026р.

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., доц., Трофімова Д.О.
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Київ–2026

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ФЕНОМЕНУ ДЕЗАДАПТИВНОЇ МРІЙЛИВОСТІ ТА ЧИННИКІВ ЇЇ ВИНИКНЕННЯ.....	11
1.1. Деадаптивна мрійливість: визначення та основні характеристики.....	11
1.1.1. Клінічні прояви та коморбідність.....	13
1.1.2. Відмінність між адаптивною та дезадаптивною мрійливістю.....	16
1.2. Етіологія та психологічні механізми дезадаптивної мрійливості.....	18
1.2.1. Самотність та дезадаптивна мрійливість.....	19
1.2.2. Соціальна тривожність та дезадаптивна мрійливість.....	20
1.2.3. Дефіцит емоційної регуляції та дезадаптивна мрійливість.....	22
1.2.4. Компенсаторна функція парасоціальних стосунків та взаємодії зі штучним інтелектом.....	25
Висновки до розділу 1.....	26
РОЗДІЛ ІІ. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	28
2.1. Організація та методологія дослідження чинників дезадаптивної мрійливості.....	28
2.2. Результати емпіричного дослідження та їх обговорення.....	30
2.2.1. Характеристика вибірки.....	30
2.2.2. Чинники формування дезадаптивної мрійливості.....	38
2.2.3. Взаємозв'язок особливостей користування чат-ботами та ШІ з дезадаптивною мрійливістю.....	45
2.2.4. Роль зайнятості та статі у проявах дезадаптивної мрійливості.....	48
2.2.5. Зміст фантазій та його зв'язок із дезадаптивною мрійливістю, соціальною тривожністю та самотністю.....	54
Висновки до розділу 2.....	61
РОЗДІЛ ІІІ. ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ДЕЗАДАПТИВНОЇ МРІЙЛИВОСТІ: ПРОФІЛАКТИКА, ПІДХОДИ ТА ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	63
3.1. Профілактика дезадаптивної мрійливості.....	63
3.1.1. Чому профілактика є важливою.....	63
3.1.2. Рівні профілактичного втручання.....	64
3.2. Підходи до психологічної корекції дезадаптивної мрійливості: огляд існуючих методів.....	66
3.2.1. Підхід Елі Сомера.....	66
3.2.2. Когнітивно-поведінковий підхід у роботі з ДМ.....	68
3.2.3. Підходи, засновані на усвідомленості (mindfulness).....	69
3.2.4. Нейробіологічні та фармакологічні аспекти.....	71
3.2.5. Інтегративний підхід у сучасній практиці.....	71

3.3. Гештальт-підхід у роботі з дезадаптивною мрійливістю.....	72
3.3.1. Теоретичне обґрунтування гештальт-підходу до роботи з ДМ.....	72
3.3.2. Терапевтичні цілі та принципи гештальт-роботи з ДМ.....	74
3.3.3. Конкретні техніки та інтервенції.....	75
3.3.4. Особливості терапевтичних стосунків при роботі з ДМ.....	77
3.4. Групова психокорекційна програма для осіб з дезадаптивною мрійливістю.....	78
3.4.1. Терапевтичний потенціал групи.....	79
3.4.2. Структура та цілі психотерапевтичної групи для осіб з ДМ.....	80
3.4.3. Тематичний план роботи групи.....	81
3.4.4. Роль ведучого групи та особливості фасилітації.....	82
Висновки до розділу 3.....	83
ВИСНОВКИ.....	85
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	88
ДОДАТКИ.....	97
Додаток А.....	97
Додаток Б.....	99
Додаток В.....	102
Додаток Г.....	104

АНОТАЦІЯ

Робота присвячена вивченню психологічних чинників дезадаптивної мрійливості та її взаємозв'язку із суб'єктивним відчуттям самотності й соціальною тривожністю.

Дизайном дослідження є поперечне кореляційне дослідження із використанням стандартизованих психодіагностичних методик (MDS-16 для оцінки дезадаптивної мрійливості, DERS для оцінки труднощів емоційної регуляції, SPIN для вимірювання соціальної тривожності та UCLA для вимірювання суб'єктивного відчуття самотності). Статистична обробка даних включала кореляційний та регресійний аналіз для встановлення сили зв'язків та визначення основних предикторів досліджуваного феномену.

У дослідженні взяли участь 78 респондентів віком від 18 до 55 років. Результати засвідчили наявність значущих зв'язків між дезадаптивною мрійливістю, труднощами емоційної регуляції, соціальною тривожністю та самотністю. Встановлено, що труднощі контролю імпульсів і соціальна тривожність є ключовими предикторами інтенсивності дезадаптивної мрійливості, тоді як суб'єктивне відчуття самотності робить найбільший внесок у пояснення її негативного впливу на функціонування.

На основі отриманих даних запропоновано модель інтегративної групової психокорекційної програми. Новизна полягає в комплексному аналізі емоційної регуляції, міжособистісного дистресу та взаємодії зі штучним інтелектом у структурі дезадаптивної мрійливості в українському контексті.

КЛЮЧОВІ СЛОВА

Деадаптивна мрійливість, емоційна регуляція, соціальна тривожність, суб'єктивне відчуття самотності, MDS-16, фантазії, штучний інтелект.

ВСТУП

Актуальність дослідження. Протягом десятиліть мрійливість розглядалася наукою переважно як адаптивний процес, що сприяє плануванню майбутнього та розвитку креативності. Проте останні два десятиліття наукова спільнота дедалі частіше звертає увагу на патологічну форму цього явища — дезадаптивну мрійливість (ДМ). Елі Сомер (Somer, 2002) вперше концептуалізував це явище як надмірне занурення у фантазійні світи, що перешкоджає нормальному функціонуванню особистості.

Попри те, що з моменту введення терміну Сомером минуло понад 20 років, дезадаптивна мрійливість залишається однією з найменш вивчених тем у клінічній психології. Особливо для українського наукового простору. Переважна більшість емпіричних даних отримана на іноземних вибірках, тоді як вітчизняні дослідження практично відсутні. Водночас актуальні соціальні виклики — повномасштабна війна, пов'язана з нею соціальна ізоляція, вимушена міграція та тривалий хронічний стрес — створюють умови для зростання ризику використання ескапізму як дисфункціональної копінг-стратегії.

Наукова новизна роботи полягає у комплексному поєднанні аналізу емоційної регуляції, міжособистісного дистресу, змісту фантазій та особливостей взаємодії зі штучним інтелектом у контексті дезадаптивної мрійливості та у детальному аналізі окремих факторів (субшкал) досліджуваних феноменів. Новизна також полягає у спробі окреслити напрями психокорекції ДМ з опорою на емпірично виявлені предиктори, серед яких труднощі контролю імпульсів і соціальна тривожність роблять найбільший внесок у пояснення інтенсивності дезадаптивної мрійливості, а суб'єктивне відчуття самотності — у пояснення ступеня її негативного впливу на функціонування.

Таким чином, актуальність цього дослідження зумовлена браком знань про те, яким чином самотність, соціальна тривожність та дефіцит емоційної регуляції детермінують розвиток дезадаптивної мрійливості в українському соціокультурному контексті.

Теоретико-методологічна основа дослідження. Розуміння природи мрійливості як спонтанної розумової діяльності та її адаптивних функцій у плануванні майбутнього заклали J. Singer; концепцію мрій як «перехідних феноменів» та їхню роль у здоровому емоційному зростанні дитини досліджував D. Winnicott. Вперше поняття дезадаптивної мрійливості виокремив та концептуалізував E. Somer; подальшому вивченню змісту цього феномену та розробці його діагностичних критеріїв присвячені праці E. Somer, J. Bigelsen, N. Soffer-Dudek, A. Schimmenti, D. Jopp, O. Lehrfeld; коморбідність дезадаптивної мрійливості з психічними розладами аналізували E. Somer, N. Soffer-Dudek, H. Theodor-Katz, A. Schimmenti; адиктивну природу, компульсивний характер та феномен залежності від фантазій досліджували E. Somer, O. Herscu, I. Pietkiewicz; зв'язок дезадаптивної мрійливості із соціальною тривожністю та її роль як предиктора розладу висвітлювали N. Soffer-Dudek, E. Somer; питання самотності та гіпотеза соціального сурогатства як компенсаторного механізму зосереджуються у роботах J. L. Derrick, S. Gabriel; вплив взаємодії зі штучним інтелектом на формування емоційної залученості, довіри та ілюзії стосунків досліджувався у роботах I. Pentina, T. Xie, T. Hancock, A. Bailey; роль емоційної регуляції та труднощі у керуванні афектами при ДМ вивчали J. Gross, C. Sándor; теоретичне підґрунтя для вивчення дезадаптивної мрійливості в українському науковому просторі закладено у праці О. Балашевич, А. Молотокас.

Об'єктом дослідження є дезадаптивна мрійливість, як психологічний феномен.

Предметом дослідження є психологічні чинники дезадаптивної мрійливості (особливості емоційної регуляції, соціальна тривожність та суб'єктивне відчуття самотності).

Метою дослідження є виявити, як особливості емоційної регуляції, рівень соціальної тривожності та суб'єктивне відчуття самотності пов'язані з проявами дезадаптивної мрійливості, а також роль взаємодії зі штучним

інтелектом, і на цій основі окреслити напрями психологічної профілактики та корекції дезадаптивної мрійливості.

Завданнями дослідження є:

1. Проаналізувати наявні дослідження та літературу з теми дезадаптивної мрійливості у дорослих осіб
2. Розкрити психологічний зміст феномена дезадаптивної мрійливості, проаналізувати його основні характеристики, функції та відмінності від адаптивної мрійливості
3. Охарактеризувати психологічні чинники виникнення дезадаптивної мрійливості, зокрема роль самотності, соціальної тривожності та емоційної регуляції
4. Обґрунтувати методологію проведення дослідження
5. Провести емпіричне дослідження психологічних чинників дезадаптивної мрійливості у дорослих осіб
6. Проаналізувати і проінтерпретувати отримані результати
7. Систематизувати наявні підходи до профілактики та психологічної корекції дезадаптивної мрійливості й окреслити напрями психокорекційної роботи, зокрема розробити модель групової психокорекційної програми, з урахуванням отриманих емпіричних результатів.

Методи дослідження. Для проведення дослідження були обрані: опитувальник «Дезадаптивна мрійливість» (Maladaptive Daydreaming Scale-16, MDS-16) (E. Somer, J. Lehrfeld, J. Bigelsen, D. S. Jopp) в адаптації О. К. Балашевич, А. І. Гарагулі, А. А. Молотокас, О. О. Байєр та А. О. Курапова, «Шкала труднощів емоційної регуляції» (Difficulties in Emotion Regulation Scale, DERS) (K. L. Gratz, L. Roemer) в адаптації Л. В. Сак та З. В. Федотової, «Шкала оцінки соціальної фобії» (Social Phobia Inventory, SPIN) (K. M. Connor et al.) в адаптації Українського інституту когнітивно-поведінкової терапії та опитувальник суб'єктивного відчуття самотності (UCLA Loneliness Scale) (D. Russell, M. Ferguson, 1996) в адаптації Т. В. Кулаєвої.

Характеристика вибірки. Емпіричне дослідження охопило 78 осіб віком від 18 до 55 років. За статевим складом вибірка характеризується переважанням жінок (73,1%, $n=57$) над чоловіками (26,9%, $n=21$). За віковим критерієм більшість респондентів належать до групи 26–35 років (61,5%). Учасники інших вікових категорій розподілилися наступним чином: 36–45 років — 24,4%, 21–25 років — 7,7%, решта (18–20 та 46–55 років) склали 6,4% вибірки.

Дослідницькі питання:

- Який характер мають взаємозв'язки між рівнем дезадаптивної мрійливості та суб'єктивним відчуттям самотності та соціальною тривожністю? Який із цих має більший внесок у рівень дезадаптивної мрійливості?
- Чи пов'язаний рівень дезадаптивної мрійливості з труднощами емоційної регуляції у дорослих осіб?
- Чи впливає спілкування з ШІ на прояви дезадаптивної мрійливості?

Теоретична значущість роботи полягає в систематизації сучасних уявлень про дезадаптивну мрійливість та її чинники, а також у комплексному поєднанні аналізу емоційної регуляції, міжособистісного дистресу, змісту фантазій та особливостей взаємодії зі штучним інтелектом.

Практична значущість роботи полягає в обґрунтуванні напрямів профілактики та психологічної корекції дезадаптивної мрійливості й розробці моделі інтегративної (гештальт + mindfulness) групової психокорекційної програми, що можуть бути використані психологами-консультантами та психотерапевтами у практичній роботі.

Апробація результатів дослідження. Результати роботи апробовані у вигляді наукової статті, підготовленої та поданої до друку в грудні 2025 року, а також на всеукраїнській науково-практичній конференції «Війна, мир, людина: сучасний погляд та переосмислення» (КІСПП).

Структура та обсяг роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (76 найменувань, з них 71 — іноземними мовами) та додатків. Загальний обсяг роботи становить 105 сторінок. Робота містить 26 таблиць та 9 рисунків.

РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ФЕНОМЕНУ ДЕЗАДАПТИВНОЇ МРІЙЛИВОСТІ ТА ЧИННИКІВ ЇЇ ВИНИКНЕННЯ

1.1. Деадаптивна мрійливість: визначення та основні характеристики

Вперше концепт дезадаптивної мрійливості визначив Сомер (Somer, 2002) як «надмірну фантазійну активність, яка замінює людську взаємодію та/або перешкоджає академічному, міжособистісному чи професійному функціонуванню». Ключовою характеристикою стану є глибоке занурення (absorption) у внутрішній світ, що супроводжується відчуттям активної присутності у власних сценаріях та отриманням інтенсивного емоційного та винагороджуючого досвіду (Somer, Lehrfeld, Bigelsen & Jopp, 2016).

Прояви дезадаптивного мріання є схожими на адиктивну поведінку, оскільки люди переживають втрату контролю над процесом мріання та залежність від нього (Pietkiewicz, Nęcki, Bańbura, & Tomalski, 2018). Цей процес є надзвичайно приємним та заспокійливим в короткостроковій перспективі, але викликає дистрес і погіршення якості життя в довгостроковій перспективі (Soffer-Dudek & Somer, 2018). Сильне бажання повернутися до фантазії виникає через отримання надзвичайно приємного та винагороджуючого емоційного досвіду, якого вона навряд чи могла б досягти в реальності (Chirico et al., 2022). У літературі також підкреслюється, що люди з дезадаптивним мріанням часто використовують мрійливість як форму уникнення тривоги або стресу, що підсилює її адиктивний характер (Ross, Ridgway & George, 2020). Суттєвою рисою дезадаптивної мрійливості є те, що вона є навмисним і цілеспрямованим процесом, тому особи, які страждають на ДМ, свідомо займаються цією діяльністю і усвідомлюють різницю між світом своїх мріань та реальністю (Soffer-Dudek & Theodor-Katz, 2022).

Феноменологія ДМ включає низку специфічних симптомів, які були

систематизовані при розробці діагностичного інструментарію (MDS-16). До основних проявів належать:

- **Потреба:** Цей фактор описує компульсивний характер мрійливості, що проявляється у непереборному бажанні зануритися у фантазії (Soffer-Dudek & Theodor-Katz, 2022). Дослідження фіксують, що багато осіб відчують невідкладну потребу розпочати мріяти одразу після пробудження або прагнуть якнайшвидше повернутися до перерваного сюжету. Водночас, як зазначають Бігельсен і Шупак (Bigelsen & Schupak, 2011), цей стан часто супроводжується дистресом через втрату контролю над власними думками та безуспішні спроби обмежити час, витрачений на фантазування.

- **Кінестезія:** Для посилення імерсії (занурення) особи з ДМ залучають стереотипну моторну активність. Цей фактор включає елементи, пов'язані з фізичними рухами (наприклад, ходіння кімнатою, розгойдування тулуба, розмахування руками), а також відтворенням відповідних емоційних реакцій. Зазначається, що кінестетична активність, як-от ходіння, розгойдування чи розмахування руками, супроводжує фантазії 79% учасників досліджень (Bigelsen & Schupak, 2011). Ця поведінка, що є характерною для дезадаптивного процесу мріяння, відрізняє ДМ від блукаючих думок, які асоціюються з пониженою сенсорно-моторною активністю (Braboszcz & Delorme, 2011). Як зазначають Балашевич та Молотокас (2024), ця різниця має нейробіологічне підґрунтя. Якщо звичайне мріяння пов'язане з активацією мережі пасивного режиму роботи мозку (DMN – default mode network), для якої характерна знижена сенсорно-моторна активність і розслабленість, то механізми ДМ є іншими. Дослідники пов'язують рухову активність при ДМ із специфічними порушеннями в роботі мозку, зокрема з дисфункцією системи винагороди, порушеннями у дорсолатеральній префронтальній корі та розривами зв'язків між лімбічною та кортиколімбічною системами (Балашевич & Молотокас, 2024).

- **Порушення:** Цей компонент відображає негативні наслідки та дистрес, пов'язані з дезадаптивною мрійливістю. Надмірне фантазування призводить до значних труднощів у навчанні та професійній діяльності, нехтування повсякденними обов'язками та порушення режиму сну (Bigelsen & Schupak, 2011). ДМ також погіршує уважність та загальні когнітивні здібності. Зокрема, вона призводить до зниження концентрації уваги через постійне блукання думок, що негативно впливає на здатність виконувати завдання, які потребують тривалої залученості (Somer, 2018). Характерною ознакою є соціальна ізоляція (Soffer-Dudek, 2022) та відчуття сорому та збентеження, що призводить до виснажливих спроб приховати цю поведінку (Bigelsen & Schupak, 2011). ДМ створює значні перешкоди, погіршуючи функціонування, включно зі здатністю планувати, розв'язувати проблеми та приймати рішення (Şahin & Aybek 2019).

- **Музика:** Використання музики виступає потужним тригером та регулятором інтенсивності мрій. Музичний супровід активізує процес мріяння (Bigelsen & Schupak, 2011), задає необхідний емоційний тон фантазіям, суттєво посилюючи ефект занурення та емоційний відгук. Крім того, деяким людям важко мріяти, якщо вони не слухають музику, що може вказувати на залежність мріяння від прослуховування музики.

1.1.1. Клінічні прояви та коморбідність

Феноменологія дезадаптивної мрійливості чітко простежується у клінічних випадках, описаних у літературі, де відображено як ключові компоненти MDS-16, так і типові патерни поведінки осіб з ДМ.

Фундаментальним є опис Сомера (Somer, 2002), який представив шістьох пацієнтів, чий внутрішній світ складався зі складних, серійних фантазій про ідеалізоване «Я», владу та романтичні стосунки. Важливо, що більшість із них пов'язували початок ДМ із дитячою самотністю та емоційною занедбаністю, що підтверджує гіпотезу про захисну природу явища.

Особливий інтерес становить випадок, описаний Шупаком і Розенталем (Schupak & Rosenthal, 2009), який демонструє компульсивний компонент розладу. З раннього дитинства жінка (36 років на момент опису цього кейсу) присвячувала фантазіям значні періоди часу (іноді по кілька годин поспіль), супроводжуючи цей процес ритмічними рухами — ходінням по колу та трясучи мотузку в руках. У дорослому віці її головною життєвою метою стало швидке виконання реальних обов'язків заради можливості знову повернутися до свого «переконливого уявного життя». Пацієнтка була змушена постійно балансувати між двома світами: вона миттєво поринала у фантазії під час прогулянок, поїздок чи нудних розмов. Необхідність приховувати це «друге життя» від друзів та колег, а також постійні зусилля щодо контролю компульсивного потягу до мрій, призводили до глибокого виснаження, дистресу та перешкоджали побудові романтичних стосунків. Призначення флувоксаміну, що застосовується в лікуванні obsесивно-компульсивного розладу, — зменшило частоту епізодів, що свідчить про obsесивно-компульсивний компонент феномену.

Клінічна феноменологія дезадаптивної мрійливості також ілюструється випадками, де вона виступає як дисфункціональний механізм копію. П'єткевич та колеги (Pietkiewicz et al., 2018) описали чоловіка, який використовував серійні, багаторівневі фантазії з музичними тригерами для регуляції тривоги у міжособистісних ситуаціях, що зрештою призвело до повної нездатності виконувати професійні обов'язки. У дослідженні Веста та Сомера (West & Somer, 2020) мрійливість виконувала функцію емоційної компенсації: пацієнтка інтенсивно проживала сценарії близькості та підтримки, супроводжуючи їх вербалізацією діалогів і жестикуляцією, при цьому вона відчувала, що «реальні емоції блякнуть» порівняно з фантазійними.

Дослідження свідчать про високий рівень коморбідності ДМ з іншими психопатологіями. Це означає, що дезадаптивна мрійливість рідко зустрічається ізольовано, а частіше є частиною складного клінічного профілю. За даними Сомера та колег (Somer et al., 2017), які дослідили вибірку пацієнтів відповідно

до критеріїв DSM-5, найчастіше ДМ співіснує з розладами дефіциту уваги та тривожними розладами.

Повний спектр супутніх діагнозів та частота їх виявлення у цій клінічній вибірці наведені у Таблиці 1.1.

Таблиця 1.1 Психічні розлади, що співіснують з дезадаптивною мрійливістю

Діагностичні категорії (DSM-5)	Частота серед пацієнтів з ДМ
Розлади дефіциту уваги	76.92%
Тривожні розлади	71.79%
Депресивні розлади	66.67%
Обсесивно-компульсивний розлад та споріднені розлади	53.85%
Розлади сну	23.08%
Розлади, пов'язані з вживанням речовин	15.38%
Біполярні та споріднені розлади	15.38%
Дисоціативні розлади	12.82%
Розлади харчової поведінки	5.13%
Розлади, пов'язані з травмою та стресом	5.13%
Розлади контролю імпульсів та поведінки	5.13%
Шизофренія та психотичні розлади	2.56%

Примітка. Автори дослідження також зазначають, що більше чверті вибірки (понад 25%) мали принаймні одну спробу суїциду в анамнезі.

Попри це, питання нозологічного статусу дезадаптивної мрійливості залишається дискусійним. Скімменті та Сомер (Schimmenti & Somer, 2019) підкреслюють, що ДМ «являє собою окремий клінічний стан, який може потребувати офіційного визнання», проте наявних даних поки що недостатньо для його внесення до офіційних діагностичних систем. Таким чином, наразі дезадаптивна мрійливість перебуває на межі між описовим клінічним феноменом та потенційною нозологічною одиницею, що проходить процес наукової валідазації.

1.1.2. Відмінність між адаптивною та дезадаптивною мрійливістю

Розуміння мрійливості суттєво еволюціонувало протягом останнього століття: від асоціації з психопатологією у роботах Фрейда до визнання її життєво важливою частиною психічного життя. Дональд Віннікотт (Winnicott, 1953) описував мрії як «перехідні феномени», що слугують містком між внутрішнім світом і зовнішньою реальністю, допомагаючи дитині формувати ідентичність та диференціювати фантазію від дійсності. Джером Сінгер (Singer, 1975) зазначав, що діти створюють паралельні світи з уявними героями, щоб вправлятися у навичках, які вони засвоюють у реальному житті. Сучасна наука остаточно визнала мрійливість (mind-wandering) процесом, що виконує важливі адаптивні функції. Метааналіз досліджень Поеріо та Смолвуда (Poerio & Smallwood, 2016) показав, що адаптивна мрійливість та соціальне пізнання мають спільну нейронну основу. Це дозволяє людям моделювати соціальні взаємодії, практикувати навички спілкування та планувати майбутнє. Натомість дезадаптивна мрійливість трансформує цю адаптивну здатність у патологічний механізм. На основі порівняльних досліджень (Bigelsen et al., 2016; Somer et al., 2017) можна виділити такі ключові критерії:

- **Час.** Фундаментальна різниця полягає в обсязі часу, що витрачається на цей процес. Якщо «нормальні мрійники» витрачають на фантазії в середньому 16% часу неспання, то особи з ДМ — 57%. Це кількісне перевантаження призводить до якісної зміни: мрійливість перестає бути фоновим процесом і може ставати домінуючою діяльністю, що витісняє реальне життя.
- **Втрата контролю та компульсивність.** Основною ознакою ДМ є втрата контролю над початком, перебігом та завершенням фантазійного епізоду. На відміну від звичайного мріяння, яке є гнучким, ДМ має адиктивний характер: особи відчують непереборну потребу повернутися до уявного світу і відчують дистрес, якщо їх переривають.
- **Структура та зміст:** Звичайні мрії мають фрагментарний характер і часто прив'язані до реальних подій. Фантазії при ДМ — це складні внутрішні світи з стабільними персонажами, які можуть «жити» з автором десятиліттями та до яких виникає глибока емоційна прив'язаність. .
- **Кінестетична активність:** Унікальним маркером ДМ є її супровід стереотипними рухами (ходінням, розгойдуванням, жестикуляцією, мімікою), що допомагає посилити ефект занурення. Це різко контрастує з блукаючими думками (*mind-wandering*), які зазвичай асоціюються з пониженою сенсорно-моторною активністю та розслабленістю.
- **Психологічна функція:** Якщо адаптивні мрії спрямовані на творчість або планування, то ДМ часто виступає як дисоціативний захисний механізм. Вона слугує для емоційної компенсації (наприклад, створення сценаріїв, де людина відчуває себе любимою — «beloved-me»), уникнення стресу, болю або самотності.
- **Функціональні наслідки та сором.** Звичайна мрійливість не перешкоджає життєдіяльності людини. Натомість ДМ призводить до значних порушень в академічній, професійній та соціальній сферах. Характерною рисою ДМ є інтенсивне почуття сорому через

неконтрольованість своєї поведінки, що змушує людей ретельно приховувати свої мрії від оточення, посилюючи соціальну ізоляцію.

1.2. Етіологія та психологічні механізми дезадаптивної мрійливості

Взаємозв'язок між дезадаптивною мрійливістю та супутніми психічними розладами залишається неоднозначно визначеним у сучасних дослідженнях. Наразі не встановлено, чи надмірна фантазійна активність виступає прямим чинником розвитку цих станів, чи її формування зумовлене сукупністю психологічних передумов, спільних для ДМ та інших психічних порушень. У цьому контексті, для кращого розуміння виникнення ДМ доцільним є застосування концепції еквіфінальності, згідно з якою певного кінцевого стану можна досягти багатьма потенційними засобами або різними шляхами (Cicchetti & Cohen, 2006). Відповідно до цього принципу, дезадаптивна мрійливість може розвиватися як унаслідок дитячої травматизації (Somer et al., 2021), емоційного дистресу (Bacon & Charlesford, 2018; Ferrante et al., 2022) чи соціальної ізоляції (Rhue & Lynn, 1987), так і за умов дефіциту емоційної регуляції (Greene et al., 2020), порушень прихильності (Costanzo et al., 2021), низької самооцінки (Greenwald & Harder, 1995), патологічних рис особистості (Horvath-Labancz et al., 2022), дефіциту уваги (Theodor-Katz et al., 2022), поведінкової адикції (Pietkiewicz, Nęcki, Bańbura, & Tomalski, 2018), сексуального насильства (Abu-Rayya et al., 2020), дисоціації (Soffer-Dudek & Somer, 2021). Незважаючи на різноманіття передумов, кінцевий стан — інтенсивне залучення до мрійливості як компенсаторного механізму — залишається незмінним.

Сомер та колеги (Somer et al., 2016b) зробили припущення, що може створюватися «замкнене коло», за якого діти з певними особистісними рисами, зокрема сором'язливістю та високою креативністю, поступово починають використовувати уяву як основне джерело емоційного задоволення. Надмірна залученість у фантазійний світ може перешкоджати розвитку соціальних навичок і сприяти формуванню соціальної дисфункції. Соціальна тривожність та негативний дитячий досвід, які часто супроводжують ДМ - можуть

призводити до посилення залежності від фантазій як форми ескапізму (Somer & Herscu, 2017). Навіть за умови зникнення первинних стресових чинників ця форма реагування може зберігатися, набуваючи адиктивного характеру.

1.2.1. Самотність та дезадаптивна мрійливість

Людина по своїй природі є соціальною істотою. Коли у людини порушується відчуття зв'язку з іншими, виникає почуття самотності як еволюційний стимул до відновлення контакту (Levy-Gigi & Shamay-Tsoory, 2017). Самотність розглядається як суб'єктивне сприйняття розриву між бажаними та реально наявними міжособистісними стосунками (Perlman & Peplau, 1981; Russell, Peplau, & Cutrona, 1980; Wheeler, Reis, & Nezlek, 1983). Варто підкреслити, що цей негативний емоційний стан тісно пов'язаний з недостатньою якістю стосунків, а не з їх фізичною відсутністю (Masi, Chen, Hawkey, & Cacioppo, 2011).

Дослідження підтверджують тісний зв'язок між самотністю та психопатологією. Зокрема, популяційне дослідження Х. Мельцера та колег (Meltzer et al., 2013) показало, що самотність найсильніше корелює із соціальним тривожним розладом та депресією. Більше того, було встановлено наявність взаємного зв'язку: соціальна тривожність призводить до ізоляції, яка, своєю чергою, поглиблює депресивні симптоми та відчуття самотності (Lim et al., 2016).

Важливим аспектом впливу самотності є її руйнівна дія на здатність до емоційної регуляції. Відповідно до гіпотези соціального базису (Beckes & Coan, 2011), соціальні зв'язки дозволяють економити нейронні та метаболічні ресурси, необхідні для подолання стресу. Обмін емоціями з іншими людьми сприяє зниженню дистресу та посиленню позитивних переживань. Натомість особи, які почуваються самотніми, втрачають цей зовнішній ресурс регуляції і частіше вдаються до неефективних емоційних стратегій, які не є допоміжними для них (Hawkey, Thisted, & Cacioppo, 2009; Kearns & Creaven, 2017; Marroquín, Czamanski-Cohen, Weihs, & Stanton, 2016; Marroquín & Nolen-Hoeksema, 2015).

У дослідженнях Дж. Бігельсен та К. Шупака (Bigelsen & Schupak, 2011) було виявлено, що значна частина респондентів використовує мрійливість як повну заміну реальній соціальній взаємодії. Е. Сомер (Somer, 2016) підтвердив, що інтенсивне занурення у фантазії принципово несумісне з соціальною взаємодією, самотність є необхідною умовою для активації ДМ. Соціальна взаємодія розглядається як регулятор, що може стримувати мрійливість, тоді як її інтенсивна форма вимагає «мінімізації відволікань», тобто ізоляції. Саме цей фактор закріплює описане вище «замкнене коло»: первинна соціальна ізоляція спонукає до компенсаторного фантазування, яке, своєю чергою, забирає час та енергію, необхідні для побудови реальних стосунків, що призводить до ще більшої соціальної ізоляції. Цю тенденцію підтверджує і дослідження Ф. Флікінгера (Flickinger, 2024), в якому встановлено: чим вищий рівень ДМ, тим нижче людина оцінює свій рівень прийняття та інтеграції в соціумі.

З огляду на доведений зв'язок між суб'єктивним відчуттям самотності та психопатологією, особливий науковий інтерес становить вивчення цього феномену як предиктора дезадаптивної мрійливості саме в українському соціокультурному просторі. В умовах війни, що супроводжується розривом соціальних зв'язків, вимушеною міграцією, ризик обрання мрійливості як дисфункціональної копінг-стратегії суттєво зростає. Важливо емпірично дослідити, чи стає суб'єктивне відчуття самотності предиктором дезадаптивної мрійливості в українському суспільстві.

1.2.2. Соціальна тривожність та дезадаптивна мрійливість

Соціальна тривожність розглядається в сучасній літературі як один із ключових предикторів розвитку дезадаптивного мріяння. Соціальна тривога виникає, коли особи очікують негативні судження з боку оточуючих або вважають, що їхня присутність змусить інших почуватися некомфортно (Koyuncu et al., 2019). Хоча помірний рівень соціальної тривожності може вважатися адаптивним з еволюційної точки зору, соціальний тривожний розлад

діагностують тоді, коли тривога призводить до значних порушень щоденного функціонування (Jefferies & Ungar, 2020). Люди, які страждають на соціальну тривожність, можуть використовувати захисну поведінку (наприклад, уникнення зорового контакту або репетирування розмов) та можуть уникати соціальні заходи, щоб контролювати свою тривогу. Хоча такі дії приносять миттєве полегшення, вони підтримують «цикл тривоги», підкріплюючи переконання індивіда у власній нездатності впоратися із соціальними ситуаціями (Yeung & Sharpe, 2019).

Однією з форм такої захисної поведінки може ставати дезадаптивне мріяння. Важливим емпіричним доказом цього зв'язку є дослідження Н. Соффер-Дудека та Е. Сомера (Soffer-Dudek & Somer, 2018), які аналізували динаміку щоденних психопатологічних станів у людей із ДМ. Автори виявили пряму залежність: інтенсивність занурення у фантазії була значно вищою у ті дні, коли респонденти стикалися з посиленням симптомів соціальної тривоги. Це дозволяє припустити, що соціальна тривожність може бути чинником, який безпосередньо впливає на інтенсивність та частоту виникнення епізодів мріяння (Soffer-Dudek & Somer, 2018).

Згідно з Сомером та Герску (Somer & Herscu, 2017), зв'язок між соціальною тривожністю та ДМ повністю опосередковується адикцією до фантазій. Дослідження показало, що хоча соціальна тривожність і ДМ мають помірну кореляцію, цей зв'язок повністю зникає, як тільки до статистичної моделі вводиться фактор залежності від мрійливості. Після контролю фактору адикції, соціальна тривожність перестає бути значущим предиктором ДМ. Це доводить, що соціальна тривожність є лише фактором ризику, який створює умови для формування залежності, а вже сама адикція безпосередньо спричиняє розвиток патологічного стану. Оскільки реальні соціальні контакти викликають страх негативної оцінки та дистрес, людина може звертатися до мріяння як до безпечної та надзвичайно приємної альтернативи. Фантазії приносять негайну емоційну винагороду, компенсуючи соціальний дефіцит у реальності. Цей

високий рівень внутрішньої винагороди запускає адиктивний цикл: людина відчуває дедалі сильнішу тягу до мріяння (Somer & Herscu, 2017).

Деструктивним наслідком систематичної самоізоляції є поступове погіршення навичок міжособистісної взаємодії. Емпіричні дані Дж. Бігельсена та К. Шупака (Bigelsen & Schupak, 2011) демонструють критичність цієї проблеми: близько чверті респондентів (24%) відзначали у себе виражені ознаки соціальної дезадаптації (надмірну ніяковість та інтенсивну тривогу у присутності інших), а майже кожен десятий учасник (9%) повідомив про повну відсутність стабільних дружніх чи значущих особистих стосунків.

Це підтверджує існування «замкненого кола» соціальної дезадаптації, яке ми розглядали на початку розділу.

- Схильність до мріяння перешкоджає розвитку соціальних навичок, роблячи реальну комунікацію суб'єктивно складнішою (Somer et al., 2016a).
- Наявний дефіцит навичок і страх негативної оцінки підштовхують індивіда до використання ДМ як єдиного безпечного способу отримання емоційного задоволення (Somer & Herscu, 2017).

1.2.3. Дефіцит емоційної регуляції та дезадаптивна мрійливість

Емоційна регуляція – це здатність керувати, змінювати та оцінювати власні емоційні прояви та реакції (Gross, 1998). Важливо зазначити, що емоційна регуляція – це не просто однофакторний конструкт; її можна розглядати як узагальнювальне поняття, що характеризує низку складних процесів. До них належать: ідентифікація емоцій, вибір та навички їх застосування (Gross, 2015). Багато процесів відбуваються до і після вираження емоцій; люди не просто переживають подію і автоматично відчувають відповідну емоцію. Тому критично важливо розуміти, що, коли і чому людина відчуває; чи є ця емоція доречною в даному контексті; і як емоції можуть бути відрегульовані та змінені в майбутньому. Це узгоджується з

трансдіагностичною моделлю психічних розладів (Barlow et al., 2017; Ellard, Fairholme, Boisseau, Farchione, & Barlow, 2010), згідно з якою емоційна дисрегуляція лежить в основі найбільш поширених розладів.

Під час перших своїх досліджень Сомер (2002) виявив, що ДМ виконує функцію покращення настрою та забезпечення відсторонення від болю і стресу. Відповідно до аргументу, що ДМ виникає як форма копінгу для регуляції власних емоцій, низка досліджень відзначила переважну присутність ДМ у осіб з дитячою травмою, які використовують мрійливість для емоційної регуляції (Somer & Herscu, 2017; Somer, Lehrfeld, Bigelson & Jopp, 2016). Згідно з дослідженням Сомера та колег (2020), тематика фантазій часто детермінована індивідуальною історією особистості, історією травматизації або насильства, яке пережила особистість.

- **Травматичний досвід.** Жертви раннього фізичного та емоційного аб'юзу часто мріють про ідеальну версію своєї сім'ї, тоді як ті, хто зазнав сексуального насильства, схильні фантазувати про ідеальну версію своїх романтичних стосунків (Somer et al., 2020).
- **Аспіраційні потреби та грандіозність.** Багато осіб із ДМ занурюються у сценарії, що включають досягнення героїчних цілей, здобуття професійного визнання або життя у статусі багатих та знаменитих (Bigelsen & Schupak, 2011). Дослідження Бреннера, Сомера та Скімменті (Brenner, Somer & Schimmenti, 2022) підтверджує, що індивіди з вираженими рисами грандіозності схильні до мрій, зосереджених на владі, домінуванні та виконанні бажань. Це дозволяє їм задовольняти глибоку потребу у визнанні та відчутті власної значущості, створюючи сцену для реалізації їхніх прагнень до переваги, яких бракує в об'єктивній реальності.
- **Тип прив'язаності.** Для осіб із тривожним типом прив'язаності ДМ може слугувати стратегією гіперактивації, створюючи відчуття контролю та ілюзію заспокоєння у вигаданому світі, де їхні емоційні потреби

знаходять повне задоволення (Fraleay et al., 2006). Вони створюють ідеалізовані стосунки в безпечному внутрішньому просторі, де отримують постійне заспокоєння та підтримку, яких не можуть знайти в реальності через страх відторгнення (Pourmoazzen et al., 2025).

Зокрема, зафіксовано випадки, коли респонденти уявляли у себе смертельну хворобу (наприклад, рак), щоб насолодитися уявною реакцією близьких — їхньою інтенсивною увагою, хвилюванням та співчуттям (Bigelsen & Schupak, 2011).

Таким чином, для осіб із вираженим дефіцитом близькості, схвалення та визнання, ДМ стає важливим компенсаторним інструментом. Фантазування дозволяє регулювати незадоволені психологічні потреби, створюючи ілюзорне, але необхідне відчуття емоційного благополуччя, якого індивід не може досягти в реальності.

Вест і Сомер (West & Somer, 2020) спробували аргументувати, що високоімерсивна природа ДМ може бути корисною для регуляції емоцій. Вони побудували своє припущення на висновку, що мрійливість викликає різноманітні приємні емоції, такі як спокій і впевненість (Bigelsen & Schupak, 2011; Somer et al., 2016a), а також на даних, які свідчать про те, що керовані образи мрійливості мають позитивні ефекти, такі як зниження тривожності та посилення позитивних емоцій (наприклад, Frick et al., 2008). Вони перевірили своє припущення шляхом вивчення зв'язку між ДМ, емоційною регуляцією, емпатією та креативністю у 542 учасників з 56 країн. Всупереч їхньому припущенню, результати дослідження показали, що як імерсивні, так і дезадаптивні компоненти ДМ прогнозують низькі здібності до емоційної регуляції. Шандор, Буган, Надь, Богдан і Молнар (Sándor, Bugán, Nagy, Bogdán & Molnár, 2021) спробували порівняти осіб з ДМ та звичайних мрійників за їхньою здатністю регулювати емоції. Як і очікувалося, їхні результати показали, що особи з ДМ мали значно вищі бали за Шкалою труднощів емоційної регуляції (DERS) порівняно зі звичайними мрійниками.

Крім того, ДМ здатна поглиблювати супутні психосоціальні проблеми, такі як соціальна ізоляція та тривожність. Наприклад, у осіб, які пережили сексуальне насильство, високий рівень ДМ корелює з інтенсивнішим відчуттям самотності (Abu-Rayya et al., 2019). Це дає підстави стверджувати, що ДМ є дисфункціональним копінгом: намагаючись відрегулювати емоції через втечу в уяву, людина лише погіршує свою здатність справлятися з труднощами в реальному світі.

1.2.4. Компенсаторна функція парасоціальних стосунків та взаємодії зі штучним інтелектом

Парасоціальні стосунки – це односторонні «стосунки», що виникають між споживачами медіаконтенту та медійними постатями, такими як знаменитості, вигадані персонажі або інфлюенсери. Вперше ця концепція була запропонована Хортоном і Волом (Horton & Wohl, 1956) для пояснення зв'язків між глядачами та телеперсонажами, парасоціальна взаємодія характеризується терміном «інтимність на відстані». У таких стосунках індивід інвестує значну емоційну енергію, інтерес та час, тоді як об'єкт симпатії навіть не підозрює про його існування.

Фундаментом для розуміння парасоціальних стосунків може слугувати гіпотеза соціального сурогатства (Derrick et al., 2009). Згідно з якою парасоціальні стосунки можуть забезпечувати досвід приналежності, виступаючи буфером проти самотності, низької самооцінки, негативного настрою та соціального відторгнення. Ця гіпотеза базується на класичних експериментах Г. Гарлоу, де немовлята мавп обирали «м'яку матір» із тканини замість «дротяної» з їжею, оскільки вона забезпечувала комфорт.

Габріель та колеги (Gabriel et al., 2016) стверджують, що люди виявляють значну гнучкість у способах задоволення своїх соціальних потреб. Подібно до «м'якої матері» Гарлоу, символічні та нелюдські об'єкти часто використовуються як соціальні замітники. Книги та фільми занурюють читача у складні соціальні світи, що сприймаються як реальні та викликають ті ж емоції,

що й ситуації з життєвого досвіду. Навіть перегляд фотографій або оновлень друзів у соціальних мережах зміцнює почуття зв'язку та приналежності (Nadkarnia & Hofmann, 2012). Відповідно до поглядів Оу та Лабрек (Aw & Labrecque, 2020), чим вищою є індивідуальна потреба у приналежності, тим більша ймовірність розвитку сильних прив'язаностей до медійних фігур.

Це явище часто спостерігається при ДМ: особи схильні спиратися у своїх фантазіях на телешоу, книгах, фільмах або мультфільмах, залучаючи уявних персонажів або фігури прив'язаності (Bigelsen & Schupak, 2011).

Окремий науковий інтерес викликає питання того, як розвиток технологій та впровадження штучного інтелекту (ШІ) впливає на структуру ДМ. Сучасні дослідження засвідчують, що користувачі здатні формувати емоційну прив'язаність до соціальних чат-ботів, сприймаючи їх як джерело підтримки, безпеки та близькості, особливо в умовах стресу або дефіциту реального спілкування (Pentina, Hancock, & Xie, 2023). ШІ може ставати «ідеальним» сурогатом, оскільки, на відміну від статичних персонажів, він забезпечує негайний емоційний відгук 24/7 та ілюзію двосторонньої комунікації. Така взаємодія може задовольняти соціальні потреби індивіда без зусиль, необхідних для підтримки реальних стосунків, що може значно посилювати імерсивність мрій.

Висновки до розділу 1

У першому розділі кваліфікаційної роботи було здійснено теоретичний аналіз феномену дезадаптивної мрійливості як відносно нового, але активно досліджуваного психологічного феномену. Проаналізовано основні підходи до розуміння мрійливості, окреслено відмінності між адаптивними формами фантазування та дезадаптивною мрійливістю, що характеризується надмірною залученістю у внутрішній фантазійний світ і негативним впливом на повсякденне функціонування особистості.

У межах теоретичного огляду було показано, що дезадаптивна мрійливість розглядається сучасними дослідниками як форма копінгу, яка

виконує компенсаторну функцію за умов психологічного дистресу. Зокрема, у працях Е. Сомера та його послідовників підкреслюється роль мрійливості як способу уникання болісних емоційних переживань, міжособистісних труднощів та фрустрованих потреб у близькості й приналежності.

Окремо було розглянуто питання змістових характеристик фантазій, зокрема домінування соціальних, романтичних та досягальних сценаріїв, які часто відображають фрустровані потреби особистості та міжособистісний дистрес. Також у теоретичному розділі окреслено сучасні дискусії щодо ролі цифрових технологій і штучного інтелекту як потенційних просторів для фантазування, емоційної регуляції та соціального заміщення.

Таким чином, теоретичний аналіз дозволив розглядати дезадаптивну мрійливість як багатовимірний феномен, що формується на перетині емоційних, регуляторних та міжособистісних чинників. Виявлені у літературі закономірності створили концептуальне підґрунтя для побудови емпіричного дослідження, вибору психодіагностичних методик та формулювання гіпотез, спрямованих на уточнення ролі самотності, соціальної тривожності, емоційної регуляції та особливостей взаємодії з ІІІ у структурі дезадаптивної мрійливості.

РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Організація та методологія дослідження чинників дезадаптивної мрійливості

Щоб зібрати необхідні дані, ми провели онлайн-опитування за допомогою Google Forms. Цей спосіб допоміг нам охопити достатню кількість людей, гарантуючи їм повну анонімність. Забезпечення конфіденційності було критично важливим для отримання щирих відповідей, оскільки дослідження підтверджують, що дезадаптивна мрійливість часто супроводжується інтенсивним почуттям сорому та намаганням приховати цю поведінку від оточення (Pietkiewicz, Nęcki, Bańbura, & Tomalski, 2018; Chefetz, Soffer-Dudek, & Somer, 2023). Це підтверджується дослідженням Бігельсона та Шупака: 82% учасників тримали своє фантазійне життя в таємниці майже від усіх (Bigelsen & Schupak, 2011). Крім того, дистанційний формат забезпечив учасникам комфорт, дозволяючи заповнювати форму у зручний час (середня тривалість - 15 хвилин). Дане опитування ми поширили серед респондентів, віком від 18 років, використовуючи особисті сторінки у соціальних мережах (Instagram, Threads, Telegram, Viber).

Для проведення дослідження були обрані такі методи:

Методика «Шкала дезадаптивної мрійливості» (MDS-16). Для вимірювання ключового феномену дослідження використано опитувальник Maladaptive Daydreaming Scale (MDS-16) (Somer et al., 2016) в українській адаптації Балашевич та співавторів (2024). Шкала складається з 16 питань, що оцінюють інтенсивність занурення у фантазії та їхній негативний вплив на життя. Методика має чотирифакторну структуру, яку ми детально розписали в розділі 1.1. Хоча в пілотному дослідженні української адаптації (Балашевич та ін., 2024) було виявлено двофакторну структуру, автори зазначають, що оригінальна чотирифакторна модель показала схожі результати за конфірматорним факторним аналізом. Зважаючи на високу внутрішню

узгодженість усіх чотирьох субшкал (α Кронбаха від .70 до .92) та необхідність порівняння результатів із міжнародними дослідженнями, у даній роботі було обрано оригінальну чотирифакторну структуру: «Потреба», «Порушення», «Кінестезія» та «Музика». Використання MDS-16 є доцільним, оскільки це єдиний валідизований інструмент для діагностики ДМ.

Шкала труднощів емоційної регуляції (DERS-36). Розроблена К. Л. Гратц та Л. Роемер (Gratz & Roemer, 2004), є одним із найбільш уживаних інструментів для оцінки порушень емоційної регуляції. Її мультифакторна структура дозволяє оцінити як загальний рівень емоційної дисрегуляції, так і специфічні труднощі окремих компонентів. Опитувальник складається з 36 пунктів і включає шість субшкал: «Неприйняття емоційних реакцій», «Труднощі з цілеспрямованою поведінкою», «Труднощі з контролем імпульсів», «Відсутність усвідомлення емоцій», «Обмежений доступ до стратегій регулювання емоцій» та «Відсутність емоційної чіткості».

Надійність оригінальної шкали складає $\alpha = 0.93$, української версії — $\alpha = 0.70$. Вибір цієї методики зумовлений її здатністю виявити конкретні механізми дисрегуляції, які можуть лежати в основі втечі у фантазії.

Опитувальник суб'єктивного відчуття самотності (UCLA Loneliness Scale, v.3). Для вимірювання рівня суб'єктивного відчуття самотності використано шкалу UCLA Loneliness Scale (D. Russell, M. Ferguson, 1996) в авторській адаптації Кулаєвої (2020). Опитувальник містить 20 тверджень, що оцінюють суб'єктивне переживання нестачі емоційних зв'язків, а не просто кількість контактів. Психометрична надійність методики є високою (α оригінальної версії = 0.89–0.94; української адаптації = 0.67). Використання цього інструменту дозволяє перевірити гіпотезу про компенсаторну функцію мрійливості у відповідь на самотність.

Шкала соціальної фобії (SPIN). Для оцінки рівня соціальної тривожності застосовано Social Phobia Inventory (Connor et al., 2000) в адаптації УІКПТ (2012). Методика складається з 17 питань. Факторний аналіз підтвердив тривимірну структуру шкали та виявив три основні домени соціальної тривоги,

представлені в SPIN: страх, уникнення і фізіологічне збудження (Connor et al., 2000). SPIN характеризується високою внутрішньою узгодженістю та чутливістю до клінічних проявів тривожності. Ця шкала дозволить оцінити, наскільки уникнення реальної взаємодії пов'язане з інтенсивністю фантазування.

2.2. Результати емпіричного дослідження та їх обговорення

2.2.1. Характеристика вибірки

У дослідженні взяли участь 78 осіб. Віковий склад вибірки демонструє, що переважна більшість респондентів належить до вікової групи 26-35 років, що становить 61.5% від загальної кількості. Решта учасників розподілилися наступним чином:

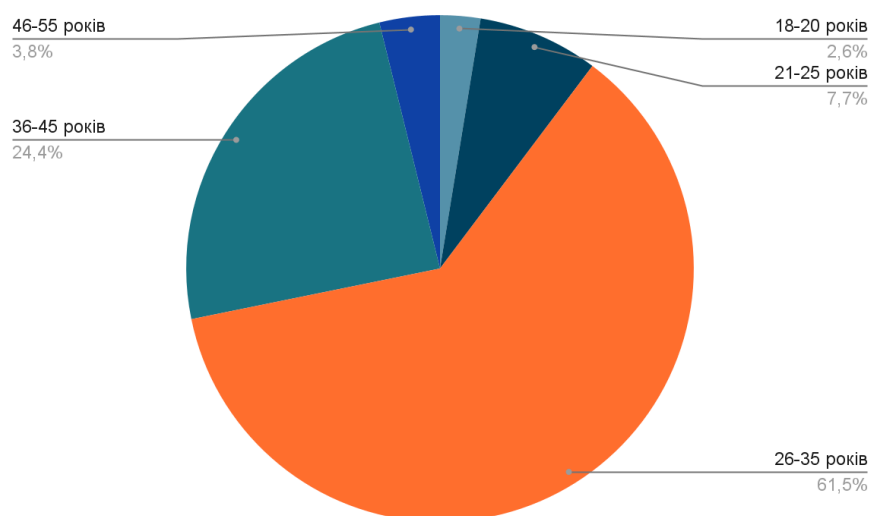


Рис.2.1. Розподіл вибірки за віком

Склад вибірки за статтю характеризується наступним розподілом: більшість учасників дослідження становлять жінки, 57 осіб, що складає 73.1% від загальної кількості. Та 21 чоловіків, що у відсотковому співвідношенні складає 26.9%.

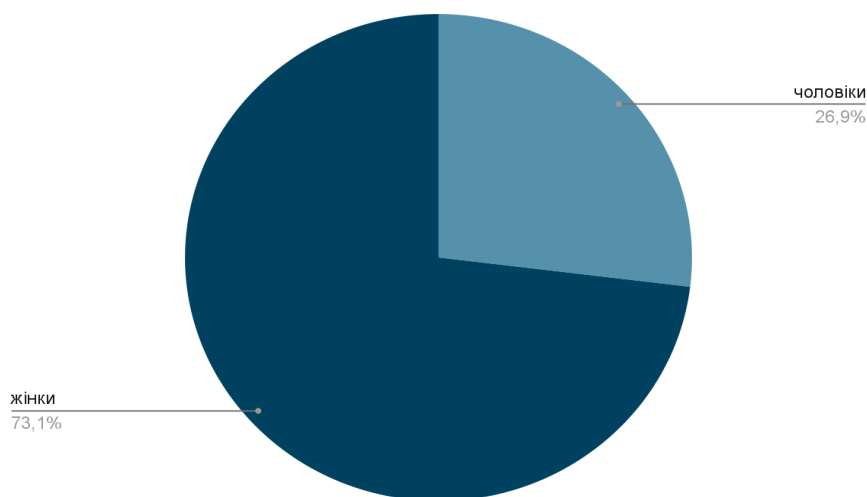


Рис.2.2. Розподіл вибірки за статтю

Приступаючи до аналізу даних, ми в першу чергу провели аналіз отриманих даних на внутрішню узгодженість за допомогою коефіцієнта α -Кронбаха для всіх використаних психодіагностичних методик. Даний показник дозволяє оцінити надійність вимірювальних інструментів та ступінь узгодженості пунктів всередині кожної шкали.

Для оцінки внутрішньої узгодженості україномовної версії шкали MDS-16 на нашій вибірці був розрахований коефіцієнт Альфа Кронбаха. Отримане значення для загальної шкали склало 0,912, що свідчить про високу надійність інструменту та відповідає показникам, отриманим авторами адаптації (Балашевич та ін., 2024), де α становила 0,91. Аналіз окремих субшкал також підтвердив їхню надійність: найбільшу узгодженість продемонструвала шкала «Порушення» (Альфа Кронбаха = 0,928), а найменшу, проте цілком прийнятну для коротких шкал – «Кінестезія» (Альфа Кронбаха = 0,715). Такі результати дозволяють стверджувати, що використана методика є надійним засобом вимірювання дезадаптивної мрійливості в межах даного дослідження.

Аналіз надійності для «Шкали дезадаптивної мрійливості»

Назва субшкали	Альфа Кронбаха
Музика	0.775
Кінестезія	0.715
Потреба	0.838
Порушення	0.928
Інтегральна шкала MDS-16	0.912

При розрахунку надійності для субшкал «Шкала труднощів емоційної регуляції» було виявлено технічну помилку у формулюванні одного з питань:

1. Субшкала «Усвідомлення»: Під час аналізу внутрішньої узгодженості методики DERS було виявлено технічну помилку у формулюванні 8-го пункту опитувальника (використання негативної форми «Мені все одно...» замість оригінальної стверджувальної). Для приведення даних до одного змісту («Я дбаю про свої почуття») було прийнято рішення про додаткове реверсування (перекодування) цього пункту. Це дозволило досягти задовільного показника внутрішньої узгодженості субшкали — Альфа Кронбаха = 0.767 (замість початкових 0.502).
2. Субшкала «Чіткість»: Дана шкала продемонструвала нижчий показник надійності (Альфа Кронбаха = 0.588). Зокрема, пункт 9 («Мене бентежить те, що я відчуваю») виявив слабку кореляцію з іншими твердженнями. Проте, оскільки формулювання цього пункту відповідає оригінальній методиці та не містить технічних помилок адаптації, було прийнято рішення залишити його в структурі аналізу без додаткових маніпуляцій, дотримуючись авторського ключа.

Загалом, більшість субшкал методики продемонстрували високу внутрішню узгодженість (Альфа Кронбаха > 0.8), що дозволяє вважати отримані емпіричні дані достовірними, а загальний інтегральний показник

DERS (Альфа Кронбаха = 0.910) — максимально надійним для оцінки труднощів емоційної регуляції у даній вибірці.

Табл. 2.2

Аналіз надійності для субшкал «Шкала труднощів емоційної регуляції»

Назва субшкали	Альфа Кронбаха
Неприйняття	0.844
Цілі	0.854
Імпульс	0.894
Усвідомлення	0.767
Стратегії	0.883
Чіткість	0.588
Інтегральна шкала DERS	0.919

За «Шкалою оцінки соціальної фобії» було встановлено достатньо високий рівень надійності (Альфа Кронбаха = 0.901).

Табл. 2.3

Аналіз надійності для «Шкали оцінки соціальної фобії»

Назва субшкали	Альфа Кронбаха
Шкала оцінки соціальної фобії	0.901

Було встановлено достатньо високий рівень надійності для «Шкали суб'єктивного відчуття самотності» (Альфа Кронбаха = 0.943), що підтверджує її ефективність для діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності. Такий високий показник надійності вказує на те, що пункти шкали добре корелюють між собою та вимірюють єдиний конструкт суб'єктивного відчуття самотності.

Табл. 2.4

Аналіз надійності для «Шкали суб'єктивного відчуття самотності»

Назва субшкали	Альфа Кронбаха
Шкала суб'єктивного відчуття самотності	0.943

В подальшому ми оглянули описові статистики за шкалами обраних нами методик, для комплексного розуміння характеристик досліджуваної вибірки. Загальна кількість учасників дослідження склала 78 особи, пропущених значень не зафіксовано, що свідчить про повноту отриманих даних.

Табл. 2.5

**Описові статистики для субшкал «Шкала дезадаптивної
мрійливості»**

	M	Me	SD	Min	Max	p-рівень Шапіро- Віллка	Розподіл
Музика	42.1	40	26.2	0	95	0.011	не нормальний
Кінестезія	28.7	25	25.8	0	90	<.001	не нормальний
Потреба	31	28.3	20.1	0	93.3	0.012	не нормальний
Порушення	26.1	20	22.9	0	81.7	<.001	не нормальний
Інтегральна шкала MDS-16	30.3	28.1	18.1	0	79.4	0.096	нормальний

Описові статистики за субшкалами «Шкали дезадаптивної мрійливості» (MDS-16) свідчать про неоднорідний характер проявів цього феномену у

вибірці. Аналіз середніх значень показав, що найбільш вираженим компонентом є «Музика» ($M = 42.1$, $Me = 40$), що підтверджує значну роль аудіальних стимулів як тригерів для занурення у фантазії. Водночас найменші бали зафіксовано за субшкалою «Порушення» ($M = 26.1$, $Me = 20$), що вказує на відносну збереженість соціального та професійного функціонування респондентів, попри інтенсивне залучення до мрійливості.

Усі субшкали демонструють відмінний від нормального розподіл ($p < 0.05$), що відображає нерівномірну вираженість окремих компонентів мрійливості серед досліджуваних. Зокрема, великий розмах значень за шкалою «Кінестезія» ($SD = 25.8$, від 0 до 90 балів) свідчить про те, що моторна активність під час фантазування є специфічною особливістю лише для частини вибірки.

Водночас інтегральний показник MDS-16 демонструє розподіл, що не відхиляється від нормального ($p = 0.096$). Це дозволяє розглядати загальний рівень дезадаптивної мрійливості як відносно стабільну характеристику вибірки в цілому. Близькість середнього значення ($M = 30.3$) та медіани ($Me = 28.1$) підтверджує симетричність розподілу загального показника, попри значну варіативність його окремих структурних елементів. Значний розмах значень (від 0 до 79.4 бала) підкреслює неоднорідність групи: від осіб, що майже не занурюються у фантазії, до респондентів, чиї показники наближаються до клінічно значущих рівнів.

**Описові статистики для субшкал «Шкала труднощів
емоційної регуляції»**

	M	Me	SD	Min	Max	p-рівень Шاپіро-В ілка	Розподіл
Неприйняття	10.1	9	4.07	6	24	<.001	не нормальний
Цілі	13	12	4.41	5	22	0.062	нормальний
Імпульс	10.7	10	4.39	6	27	<.001	не нормальний
Усвідомлення	14.1	14	4.39	6	26	0.068	нормальний
Стратегії	18.4	17	6.78	8	38	<.001	не нормальний
Чіткість	10.2	10	2.50	5	17	0.067	нормальний
Інтегральна шкала DERS	76.4	74	18.5	41	123	0.153	нормальний

Результати за інтегральною шкалою DERS свідчать про помірно виражений рівень труднощів емоційної регуляції у досліджуваній вибірці ($M = 76.4$). Медіана ($Me = 74$) знаходиться у безпосередній близькості до середнього значення, що вказує на відносну симетричність розподілу даних. Це підтверджується критерієм Шاپіро–Вілکا ($p = 0.153$), який дозволяє вважати розподіл інтегрального показника таким, що не відхиляється від нормального.

Показник стандартного відхилення ($SD = 18.5$) на фоні розмаху значень від 41 до 123 балів свідчить про суттєву індивідуальну варіативність у вибірці: представлені як респонденти з відносно високою емоційною стійкістю, так і особи з вираженими труднощами саморегуляції.

Водночас детальніший аналіз субшкал виявив певну специфіку: компоненти, пов'язані з усвідомленням, розумінням і концептуалізацією емоцій («Цілі», «Усвідомлення», «Чіткість»), мають нормальний розподіл, тоді як

поведінкові аспекти емоційної регуляції, зокрема «Імпульс» та «Стратегії», демонструють статистично значущі відхилення від нормальності ($p < 0.001$). Це вказує на те, що труднощі з контролем поведінки та пошуком ефективних способів заспокоєння у досліджуваних мають більш виражений та нерівномірний характер, ніж загальне розуміння своїх емоцій.

Табл. 2.7

Описові статистики для «Шкали оцінки соціальної фобії»

Назва субшкали	M	Me	SD	Min	Max	p-рівень Шапіро-Вілکا	Розподіл
Шкала оцінки соціальної фобії	19	19	11.1	0	53	0.106	нормальний

Описові статистики за «Шкалою оцінки соціальної фобії» свідчать про помірний рівень вираженості соціальної тривожності у досліджуваній вибірці. Близькість середнього значення ($M = 19$) та медіани ($Me = 19$) вказує на відносну симетричність розподілу, що підтверджується результатами критерію Шапіро–Вілка ($W = 0.974$, $p = 0.106$), який не виявив порушень нормальності. Незважаючи на те, що середній показник по групі відповідає помірному рівню ($M = 19$), значний розмах значень (від 0 до 53 балів) свідчить про суттєву неоднорідність вибірки. Це вказує на те, що серед респондентів присутні особи з принципово різним досвідом соціальної взаємодії: від повної відсутності дискомфорту до симптомів, що можуть свідчити про виражену соціальну тривожність

**Описові статистики для «Шкали суб'єктивного відчуття
самотності»**

Назва субшкали	M	Me	SD	Min	Max	p-рівень Шاپіро- Вілکا	Розподіл
Шкала суб'єктивного відчуття самотності	20.1	19	12.9	0	54	0.006	не нормальн ий

Описові статистики за «Шкалою суб'єктивного відчуття самотності» свідчать про варіативний рівень переживання самотності у вибірці ($M = 20.1$). Розподіл показників є ненормальним ($p = 0.006$), що вказує на нерівномірну вираженість цього переживання та наявність респондентів як з низьким, так і з високим рівнем самотності (від 0 до 54 балів).

2.2.2 Чинники формування дезадаптивної мрійливості

Основне завдання нашої роботи – дослідити чинники формування дезадаптивної мрійливості, тому приступаючи до аналізу отриманих даних ми в першу чергу здійснили кореляційний аналіз. Частина шкал не мали нормального розподілу, тому було використано коефіцієнт кореляції Спірмена.

Досліджуючи кореляційні зв'язки шкал опитувальника дезадаптивної мрійливості (MDS-16) зі шкалою оцінки соціальної фобії (SPIN) та «Шкалою суб'єктивного відчуття самотності (UCLA)», було встановлено позитивні кореляції.

Кореляційні зв'язки шкал опитувальника дезадаптивної мрійливості (MDS-16) зі «Шкалою оцінки соціальної фобії SPIN» та «Шкалою суб'єктивного відчуття самотності»

		Музика	Кінестезія	Потреба	Порушення	Інтегральна шкала MDS
Соціальна фобія	коэф. Спірмена	0.137	0.171	0.377***	0.386***	0.379***
	p	0.233	0.135	<.001	<.001	<.001
Самотність	коэф. Спірмена	0.003	0.097	0.398***	0.457***	0.407***
	p	0.983	0.400	<.001	<.001	<.001

Отримані результати свідчать про те, що зі зростанням рівня суб'єктивного відчуття самотності та соціальної тривожності спостерігається чітка тенденція до підвищення показників дезадаптивної мрійливості.

Коефіцієнт кореляції між самотністю та загальним балом MDS ($r = 0,407$) вказує на помірну силу зв'язку, що означає, що приблизно 16,6% варіації в показниках дезадаптивної мрійливості може бути пояснено рівнем переживання самотності. Ще більш вираженим цей вплив є для шкали «Порушення» ($r = 0,457$), де самотність пояснює майже 21% варіації дезадаптивних проявів. Для шкали «Потреби» також встановлено значущі залежності. Кореляція із самотністю ($r = 0,398$) пояснює 15,8% змін та свідчить про те, що підвищення суб'єктивного відчуття самотності асоціюється з посиленням потреби у зануренні в фантазійний світ.

Щодо соціальної тривожності, то коефіцієнт кореляції ($r = 0,379$) між шкалою «Шкалою оцінки соціальної фобії SPIN» та інтегральною шкалою MDS свідчить, що 14,4% змін у рівні мрійливості можуть бути зумовлені саме соціальним страхом та униканням. Субшкала «Потреба» продемонструвала статистично значущий позитивний зв'язок із показником соціальної фобії ($r =$

0,377, $p < 0,001$), що відповідає приблизно 14,2% варіативності. Це свідчить про те, що вищий рівень соціальної тривожності асоціюється з більш вираженою потребою у фантазуванні, яке може виступати суб'єктивно безпечним та емоційно комфортним простором порівняно з реальною соціальною взаємодією. Субшкала «Порушення» також виявила статистично значущий позитивний кореляційний зв'язок із соціальною тривожністю ($r = 0,386$, $p < 0,001$), що відповідає приблизно 14,9% варіативності показників труднощів. Таким чином, підвищений рівень соціальної фобії пов'язаний із більш вираженим негативним впливом дезадаптивної мрійливості на повсякденне функціонування.

Варто відзначити, що для субшкал «Музика» та «Кінестезія» не було виявлено статистично достовірних зв'язків із соціальною тривожністю.

Висока статистична значущість отриманих кореляцій ($p < 0,001$) свідчить про стабільність і надійність виявлених зв'язків та підтверджує наявність закономірного взаємозв'язку між дезадаптивною мрійливістю, самотністю та соціальною тривожністю.

Дослідження кореляційних зв'язків між шкалами опитувальника дезадаптивної мрійливості (MDS-16) та шкалою труднощів емоційної регуляції (DERS) виявило низку статистично значущих позитивних кореляцій (табл. 2.10).

**Кореляційні зв'язки шкал опитувальника дезадаптивної мрійливості
(MDS-16) зі шкалою труднощів емоційної регуляції DERS**

		Музика	Кінестезія	Потреба	Порушення	Інтегральна шкала MDS
Неприйняття	коэф. Спірмена	0.163	0.188	0.451***	0.440***	0.458***
	p	0.153	0.100	<.001	<.001	<.001
Цілі	коэф. Спірмена	0.077	0.228*	0.466***	0.435***	0.461***
	p	0.501	0.045	<.001	<.001	<.001
Імпульс	коэф. Спірмена	0.090	0.213	0.394***	0.481***	0.457***
	p	0.433	0.062	<.001	<.001	<.001
Усвідомлення	коэф. Спірмена	0.123	0.058	0.066	0.288*	0.208
	p	0.282	0.616	0.567	0.011	0.068
Стратегії	коэф. Спірмена	0.254*	0.211	0.431***	0.518***	0.501***
	p	0.025	0.064	<.001	<.001	<.001
Чіткість	коэф. Спірмена	0.055	0.051	0.111	0.274	0.211
	p	0.630	0.660	0.334	0.015	0.064
Інтегральна шкала DERS	коэф. Спірмена	0.146	0.230*	0.439***	0.559***	0.527***
	p	0.201	0.043	<.001	<.001	<.001

Отримані результати демонструють, що зі зростанням труднощів емоційної регуляції спостерігається виразне підвищення показників дезадаптивної мрійливості. Найсильніші кореляційні зв'язки зафіксовано між інтегральною шкалою MDS-16 та загальним показником труднощів емоційної

регуляції DERS ($r = 0,527$), що свідчить про помірно сильний зв'язок між цими змінними. Це означає, що приблизно 27,8% варіації рівня дезадаптивної мрійливості може бути пояснено загальним рівнем емоційної дисрегуляції.

Подібна тенденція простежується і для субшкали «Порушення» MDS-16, яка демонструє ще тісніший зв'язок з інтегральним показником DERS ($r = 0,559$). Це вказує на те, що понад 31.2% варіації негативного впливу дезадаптивної мрійливості на повсякденне функціонування може бути пов'язано з труднощами емоційної регуляції, зокрема з відчуттям браку ефективних стратегій подолання емоційного дистресу ($r = 0.518$).

Субшкала «Потреба» також демонструє стійкі позитивні кореляції з ключовими компонентами емоційної дисрегуляції — неприйняттям емоційних реакцій ($r = 0,451$). Це може говорити про те, що індивіди з вищим показником ДМ часто не приймають свої негативні емоції, намагаючись замінити їх приємними сценаріями у фантазіях. Також ми бачимо позитивну кореляцію з труднощами з цілеспрямованою поведінкою ($r = 0,466$), імпульсивністю ($r = 0,394$) та обмеженим доступом до стратегій регуляції емоцій ($r = 0,431$). Це свідчить про те, що інтенсивна потреба у зануренні в мрійливість пов'язана з нездатністю ефективно опрацьовувати емоційні переживання та підтримувати поведінковий контроль у ситуаціях емоційного напруження. Подібний профіль емоційної дисрегуляції раніше був описаний у вибірках осіб із дезадаптивною мрійливістю (Sándor, Bugán, Nagy, Bogdán & Molnár, 2021).

Після встановлення кореляційних зв'язків зі шкалами опитувальника дезадаптивної мрійливості ми вирішили дослідити як шкали обраних методик разом впливають на кожну зі шкал дезадаптивної мрійливості та встановити пріоритети, зважаючи на міру впливу кожної з них.

За допомогою регресійного аналізу для шкали Потреба було побудовано наступну модель:

$$\text{Потреба} = 1.110 + 1.659 * \text{Імпульс} + 0.641 * \text{Соціальна фобія}.$$

Порівняння стандартизованих коефіцієнтів показало, що вплив труднощів контролю імпульсів ($\beta = 0,363$) є дещо сильнішим, ніж вплив соціальної фобії (β

= 0,355), хоча різниця між ними є мінімальною. Це вказує на те, що обидва чинники мають майже однакову вагу у структурі предикторів потреби в мрійливості.

Отримана модель дозволяє припустити, що компульсивне занурення у фантазії може бути пов'язане як з зниженим контролем імпульсів у стані емоційного збудження, так і з дистресом, зумовленим страхом негативної соціальної оцінки.

Табл. 2.11

**Коефіцієнти моделі множинної лінійної регресії для шкали «Потреба»
(MDS-16)**

Предиктор	Коефіцієнти	Стандартна помилка	t	p	Стандартизовані коефіцієнти
Константа	1.110	5.919	0.188	0.852	
Імпульс	1.659	0.450	3.690	<.001	0.363
Соціальна фобія	0.641	0.178	3.612	<.001	0.355

З метою уточнення чинників, пов'язаних із негативним впливом дезадаптивної мрійливості на повсякденне функціонування, було проведено множинний лінійний регресійний аналіз, у якому залежною змінною виступала субшкала «Порушення» опитувальника MDS-16, а предикторами — труднощі контролю імпульсів (DERS) та суб'єктивне відчуття самотності (UCLA).

У результаті було побудовано статистично значущу регресійну модель такого вигляду:

$$\text{Порушення} = -6.149 + 1.770 \times \text{Імпульс} + 0.661 \times \text{Самотність}.$$

Обидва предиктори здійснюють позитивний і статистично значущий внесок у пояснення варіативності показників субшкали «Порушення» ($p \leq .001$), що свідчить про те, що як підвищені труднощі контролю імпульсів, так і інтенсивніше переживання самотності пов'язані з більш вираженим негативним впливом дезадаптивної мрійливості на функціонування особистості.

Порівняння стандартизованих коефіцієнтів показало, що суб'єктивне відчуття самотності ($\beta = 0.374$) має дещо більший відносний внесок у пояснення показників субшкали «Порушення», ніж труднощі контролю імпульсів ($\beta = 0,340$). Це вказує на те, що саме міжособистісний дистрес, пов'язаний із переживанням самотності, відіграє провідну роль у тому, наскільки дезадаптивна мрійливість починає порушувати повсякденне, соціальне та професійне функціонування.

Табл. 2.12

**Коефіцієнти моделі множинної лінійної регресії для субшкали
«Порушення» (MDS-16)**

Предиктор	Коефіцієнти	Стандартна помилка	t	p	Стандартизовані коефіцієнти
Константа	-6.149	6.030	-1.02	0.311	
Імпульс	1.770	0.514	3.44	<.001	0.340
Самотність	0.661	0.175	3.79	<.001	0.374

Далі ми провели множинний лінійний регресійний аналіз, у якому залежною змінною виступала інтегральна шкала MDS-16, а предикторами — труднощі контролю імпульсів (DERS) та рівень соціальної фобії (SPIN).

У результаті було побудовано статистично значущу регресійну модель такого вигляду:

Інтегральна шкала MDS = 1.911 + 1.633 × Імпульс + 0.573 × Соціальна фобія.

Аналіз стандартизованих коефіцієнтів показав, що труднощі контролю імпульсів ($\beta = 0,397$) мають дещо більший вплив на інтегральний показник дезадаптивної мрійливості порівняно із соціальною фобією ($\beta = 0,353$). Це вказує на провідну роль труднощів з контролем імпульсів у формуванні

загальної інтенсивності ДМ і свідчить про те, що людина не може встояти перед «імпульсом» почати мріяти і узгоджується з компульсивною природою ДМ.

Табл. 2.13

Коефіцієнти моделі множинної лінійної регресії для Інтегральної шкали (MDS-16)

Предиктор	Коефіцієнти	Стандартна помилка	t	p	Стандартизовані коефіцієнти
Константа	1.911	5.210	0.367	0.715	
Імпульс	1.633	0.396	4.126	<.001	0.397
Соціальна фобія	0.573	0.156	3.666	<.001	0.353

2.2.3 Взаємозв'язок особливостей користування чат-ботами та ШІ з дезадаптивною мрійливістю

При проведенні дослідження ми задавали низку анкетних питань, пов'язаних з особливостями використання чат-ботів та штучного інтелекту, зокрема в якості співрозмовника та порадики. В подальшому ми дослідили зв'язки цих особливостей з дезадаптивною мрійливістю, емоційною регуляцією, соціальною фобією та самотністю. Оскільки частина шкал не виявились нормально розподіленими, було обрано коефіцієнт кореляції Спірмена.

Результати кореляційного аналізу засвідчили, що частота використання чат-ботів або ШІ для обговорення фантазій, мрій чи уявних сценаріїв має статистично значущий позитивний зв'язок із субшкалою «Потреба» опитувальника MDS-16 ($r = 0,368$, $p < 0,001$), а також з інтегральною шкалою дезадаптивної мрійливості ($r = 0,271$, $p = 0,016$). Отримані дані свідчать про те, що звернення до ШІ як простору для обговорення фантазій пов'язане з більш вираженою потребою у мрійливості.

**Кореляційні зв'язки анкетних питань стосовно використання ІІІ та шкал
опитувальника дезадаптивної мрійливості (MDS-16)**

		Музика	Кінестезія	Потреба	Порушенн я	Інтегральна шкала MDS
Частота використання чат-ботів чи ІІІ для обговорення фантазій	r	0.126	0.099	0.368***	0.204	0.271*
	p	0.273	0.390	<.001	0.073	0.016
Вплив ІІІ на бажання спілкуватися з людьми	r	-0.019	-0.084	-0.053	-0.160	-0.161
	p	0.871	0.466	0.643	0.160	0.158
Вплив спілкування зі ІІІ на яскравість фантазій	r	0.063	0.017	0.054	-0.021	0.019
	p	0.585	0.881	0.636	0.857	0.870
Полегшення самопочуття після спілкування зі ІІІ	r	-0.057	0.013	0.209	0.174	0.134
	p	0.618	0.910	0.066	0.129	0.241

Досліджуючи кореляційні зв'язки анкетних питань стосовно використання ІІІ зі шкалою оцінки соціальної фобії SPIN та авторською адаптацією методики Д. Рассела та М. Фергюсона «Шкала самотності», було встановлено наступне. Найбільш показовим результатом у цьому блоці є статистично значущий негативний зв'язок між показником впливу ІІІ на бажання спілкуватися з людьми та рівнем суб'єктивного відчуття самотності ($r = -0,269$, $p = 0,017$). Це означає, що респонденти, які зазначають, що взаємодія з ІІІ підвищує їхнє бажання до реальної комунікації, характеризуються нижчим рівнем переживаної самотності. Зв'язок цього показника із соціальною фобією має лише тенденційний характер ($r = -0,209$, $p = 0,066$) і не може розглядатися як статистично підтверджений.

**Кореляційні зв'язки анкетних питань стосовно використання ІІІ зі
«Шкалою оцінки соціальної фобії» та «Шкалою суб'єктивного відчуття
самотності»**

		Соціальна фобія	Самотність
Частота використання чат-ботів чи ІІІ для обговорення фантазій	r	0.169	0.183
	p	0.138	0.108
Вплив ІІІ на бажання спілкуватися з людьми	r	-0.209	-0.269*
	p	0.066	0.017
Вплив спілкування зі ІІІ на яскравість фантазій	r	-0.010	-0.042
	p	0.932	0.714
Полегшення самопочуття після спілкування зі ІІІ	r	0.034	0.022
	p	0.768	0.848

Аналіз взаємозв'язків анкетних питань про використання ІІІ зі шкалою труднощів емоційної регуляції DERS не виявив статистично значущих кореляцій. Окремі показники демонструють тенденцію до значущості ($p = 0.055\text{--}0.071$), що може слугувати підставою для перевірки на більших вибірках у подальших дослідженнях.

**Кореляційні зв'язки анкетних питань стосовно використання ІІІ та шкали
труднощів емоційної регуляції DERS**

		Неприй- няття	Цілі	Імпульс	Усвідом-л ення	Стратегії	Чіткіст ь	Інтегр. шкала DERS
Частота використання чат-ботів чи ІІІ для обговорення фантазій	r	0.151	0.218	0.184	0.006	0.070	0.002	0.109
	p	0.187	0.055	0.106	0.957	0.545	0.986	0.343
Вплив ІІІ на бажання спілкуватися з людьми	r	-0.098	-0.083	0.036	-0.032	-0.107	-0.022	-0.059
	p	0.395	0.472	0.754	0.778	0.352	0.850	0.611
Вплив спілкування зі ІІІ на яскравість фантазій	r	0.048	0.040	0.005	0.026	-0.021	-0.080	0.026
	p	0.679	0.728	0.966	0.819	0.854	0.486	0.822
Полегшення самопочуття після спілкування зі ІІІ	r	0.099	0.092	0.163	-0.205	-0.018	-0.060	0.002
	p	0.390	0.425	0.154	0.071	0.876	0.602	0.984

Узагальнення отриманих даних засвідчує двоїстий характер асоціацій між використанням ІІІ та досліджуваними феноменами: ІІІ може як виступати простором для реалізації вже наявної потреби у фантазуванні, так і виконувати підтримувальну роль, не знижуючи мотивації до реальної взаємодії. Це дозволяє припустити, що значення має не сам факт взаємодії з ІІІ, а її функція в житті особистості.

2.2.4. Роль зайнятості та статі у проявах дезадаптивної мрійливості

Ми порівняли також чоловіків та жінок за шкалами опитувальника дезадаптивної мрійливості (MDS-16), втім не встановили жодної достовірної

відмінності між цими групами. Значення p у всіх випадках перевищували пороговий рівень статистичної значущості ($p > 0,05$), а величини ефекту (рангово-бісеріальні коефіцієнти кореляції) були незначними, що свідчить про відсутність практично значущих статевих відмінностей.

Отримані результати дозволяють припустити, що дезадаптивна мрійливість є феноменом, прояви якого не залежать від статі, а зумовлюються радше психологічними та емоційно-регуляторними чинниками.

Табл. 2.17

Порівняння чоловіків та жінок за шкалами опитувальника дезадаптивної мрійливості (MDS-16)

		Статистика	p		Величина ефекту
Музика	U-критерій Манна-Уїтні	517	0.358	Рангово-бісер. коеф. кор.	-0.1370
Кінестезія	U-критерій Манна-Уїтні	591	0.932	Рангово-бісер. коеф. кор.	-0.0134
Потреба	U-критерій Манна-Уїтні	587	0.901	Рангово-бісер. коеф. кор.	-0.0192
Порушення	U-критерій Манна-Уїтні	585	0.883	Рангово-бісер. коеф. кор.	0.0226
Інтегральна шкала MDS	U-критерій Манна-Уїтні	584	0.870	Рангово-бісер. коеф. кор.	-0.0251

У подальшому було здійснено порівняння груп, утворених за типом зайнятості. За допомогою критерію Крускала–Волліса встановлено статистично значущі відмінності за шкалами «Потреба» ($\chi^2 = 10.112$, $p = 0.006$), «Порушення» ($\chi^2 = 8.209$, $p = 0.016$) та інтегральною шкалою MDS ($\chi^2 = 9.497$, $p = 0.009$). Зведені результати наведено в табл. 2.18.

**Відмінності в групах, утворених за зайнятістю, за шкалами опитувальника
дезадаптивної мрійливості (MDS-16)**

	χ^2	df	p
Музика	0.221	2	0.895
Кінестезія	0.879	2	0.644
Потреба	10.112	2	0.006
Порушення	8.209	2	0.016
Інтегральна шкала MDS	9.497	2	0.009

Отримані результати узгоджуються з теоретичними уявленнями про компенсаторну функцію дезадаптивної мрійливості. Відсутність структурованої зайнятості може посилювати надлишок вільного часу без цілеспрямованої активності та суб'єктивне відчуття соціальної ізоляції, що створює сприятливі умови для закріплення фантазування як основного способу отримання емоційного задоволення. Таким чином, зайнятість може виконувати захисну функцію у ширшому сенсі — не лише структуруючи час, але й забезпечуючи регулярні соціальні контакти, відчуття компетентності та зовнішній фокус уваги, що знижує потребу у компенсаторному зануренні у фантазії.

Результати попарних порівнянь засвідчили, що найбільш виражені відмінності за шкалою «Потреба» спостерігаються між групами осіб, які не працюють, та респондентами з повною зайнятістю, що наведено в табл. 2.19; як видно з рис. 2.3, ця відмінність є найвиразнішою серед усіх пар груп.

Попарні порівняння в групах, утворених за зайнятістю, за шкалою Потреба

		W	p
навчаються і працюють	не працюють	2.186	0.410
навчаються і працюють	неповна зайнятість	1.219	0.825
навчаються і працюють	повна зайнятість	-3.177	0.111
не працюють	неповна зайнятість	-0.575	0.977
не працюють	повна зайнятість	-3.475	0.067
неповна зайнятість	повна зайнятість	-2.200	0.404

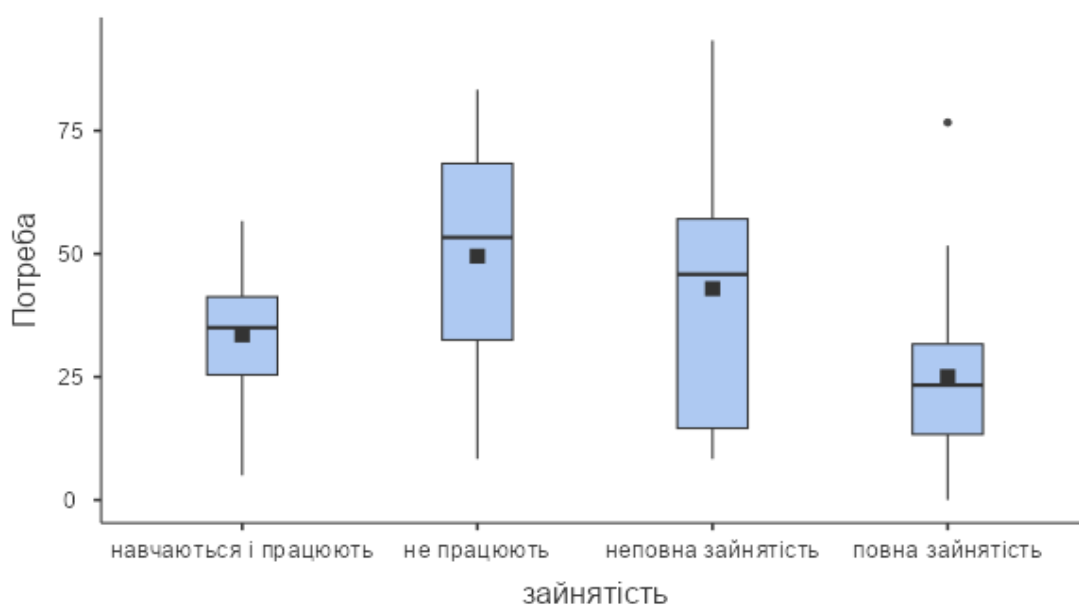


Рис.2.3. Коробкові діаграми за шкалою Потреба в групах, утворених за зайнятістю

Аналогічна тенденція виявлена і за шкалою «Порушення», де найбільша різниця також зафіксована між групами «не працюють» та «повна зайнятість» (табл. 2.20); як видно з рис. 2.4, розподіл показників у цих групах суттєво відрізняється.

**Попарні порівняння в групах, утворених за зайнятістю, за шкалою
Порушення**

		W	p
навчаються і працюють	не працюють	2.227	0.393
навчаються і працюють	неповна зайнятість	0.865	0.929
навчаються і працюють	повна зайнятість	-2.144	0.428
не працюють	неповна зайнятість	-1.474	0.725
не працюють	повна зайнятість	-3.304	0.090
неповна зайнятість	повна зайнятість	-2.481	0.296

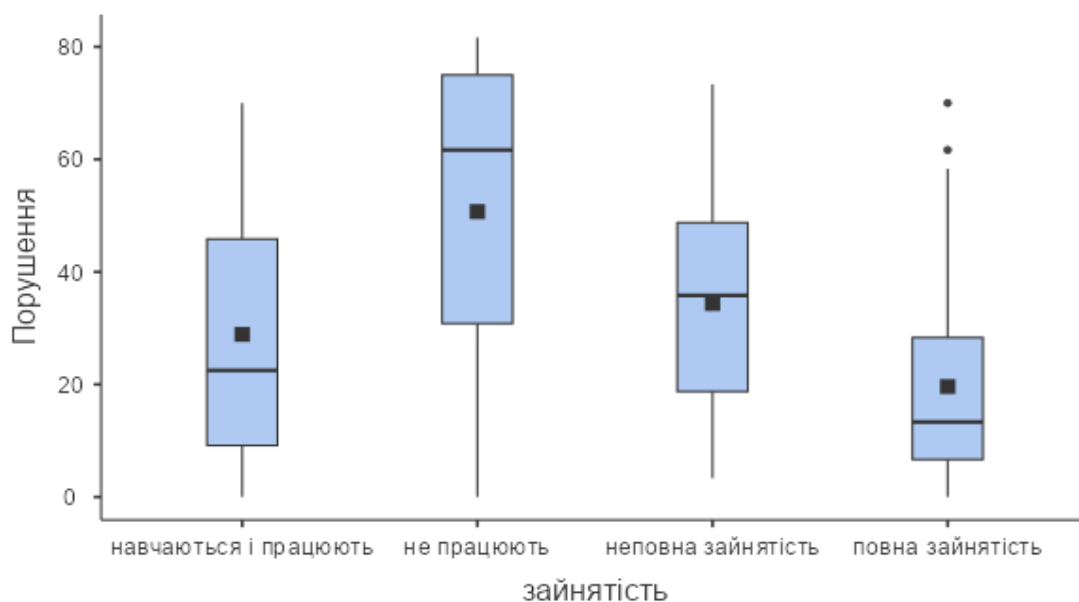


Рис.2.4. Коробкові діаграми за шкалою Порушення в групах, утворених за зайнятістю

Зрештою, за інтегральною шкалою MDS було встановлено статистично значущу відмінність між групами «не працюють» та «повна зайнятість» ($W = -3.755$, $p = 0.040$), що свідчить про вищу загальну інтенсивність дезадаптивної мрійливості у респондентів без зайнятості. Деталі попарних порівнянь наведено в табл. 2.21; розподіл показників візуально представлено на рис. 2.5.

Табл. 2.21

Попарні порівняння в групах, утворених за зайнятістю, за інтегральною шкалою MDS-16

		W	p
навчаються і працюють	не працюють	2.355	0.342
навчаються і працюють	неповна зайнятість	0.865	0.929
навчаються і працюють	повна зайнятість	-2.379	0.333
не працюють	неповна зайнятість	-0.902	0.920
не працюють	повна зайнятість	-3.755	0.040
неповна зайнятість	повна зайнятість	-2.443	0.309

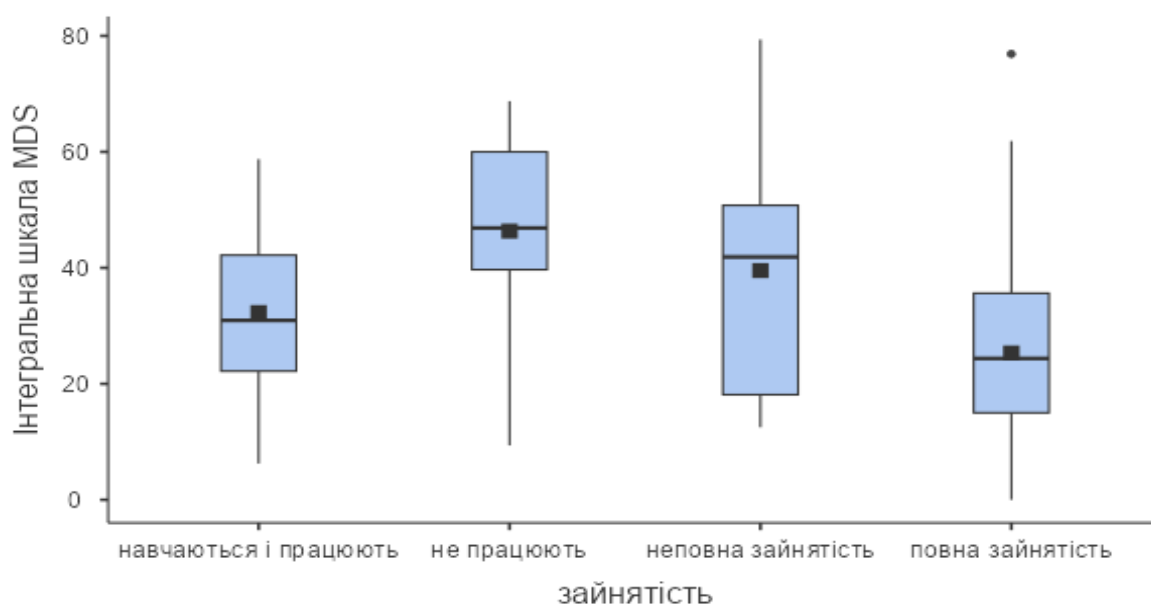


Рис.2.5. Коробкові діаграми за інтегральною шкалою MDS-16 в групах, утворених за зайнятістю

Виявлені відмінності за шкалою «Порушення» між респондентами без зайнятості та особами з повною зайнятістю можуть бути пов'язані з функціональними наслідками дезадаптивної мрійливості, описаними в попередніх дослідженнях. Зокрема, надмірне фантазування асоціюється з труднощами у професійній діяльності (Bigelsen & Schupak, 2011), зниженням

концентрації уваги та негативно впливає на здатність виконувати завдання, які потребують тривалої залученості (Somer, 2018).

2.2.5. Зміст фантазій та його зв'язок із дезадаптивною мрійливістю, соціальною тривожністю та самотністю

Анкета містила кілька питань, пов'язаних з об'єктами фантазування досліджуваних. Аналіз відповідей респондентів щодо змісту їхніх фантазій дозволив виокремити найпоширеніші теми. Найбільш поширеною темою у вибірці виявилися «Стосунки / романтика», про які мріють 57,7% опитаних (45 осіб). Майже з такою ж частотою респонденти фокусуються на темах «Робота, навчання або досягнення» (56,4%, 44 особи) та роздумах «Про те, що я зробив/зробила раніше або міг/могла б зробити інакше» (52,6%, 41 особа).

Значна частина вибірки (47,4%, 37 осіб) зазначила, що їхні мрії часто присвячені «Про неприємні або тривожні сценарії (наприклад, що щось страшне може статися)». Теми, пов'язані з «Творчістю, самовираженням та хобі», фігурують у 42,3% респондентів (33 особи). Дещо рідше об'єктом фантазій стає «Дружба або соціальні взаємодії» (23,1%, 18 осіб), а найменш поширеними серед основних категорій виявилися «Фантастичні або вигадані світи» (16,7%, 13 осіб).

Окрім основних категорій, було зафіксовано низку поодиноких специфічних тем (по 1,3% кожна), серед яких: сценарії насилля та самооборони, діалоги на болючі теми з тими хто має іншу думку, мрії про перемогу у війні, смерть або каліцтво, роздуми про майбутнє життя, яке здається близьким, але важкодосяжним.

В залежності від відповідей на ці питання досліджуваних було розподілено на групи тих, хто мріють про стосунки (романтичні), та тих, хто не мріють (45 та 33 досліджуваних відповідно); а також тих, хто мріють про дружбу або соціальні взаємодії та не мріють (18 та 60 відповідно). Метою такого поділу було дослідити, чи пов'язані змістові характеристики фантазій із

проявами дезадаптивної мрійливості та супутніми психоемоційними чинниками.

Порівнюючи досліджуваних, які мріють про романтичні стосунки, з тими, які не мають таких мрій, було встановлено відмінності за шкалами «Потреба», «Порушення» та інтегральною шкалою MDS-16. Результати наведено в табл. 2.22; як видно з рис. 2.6, досліджувані, які мріють про романтичні стосунки, мають вищі медіанні значення за цими шкалами.

Табл. 2.22

Порівняння досліджуваних, які мріють про стосунки, з тими, які не мають таких мрій, за шкалами опитувальника дезадаптивної мрійливості (MDS-16) (U-критерій Манна-Уїтні)

	Статистика	p	Різниця середніх	Рангово-бісер. коеф. кор.
Музика	607	0.171	10.00	-0.182
Кінестезія	609	0.174	5.00	-0.180
Потреба	375	<.001	16.67	-0.495
Порушення	537	0.038	10.00	-0.277
Інтегральна шкала MDS	452	0.003	12.50	-0.392

Як бачимо з медіан в двох групах, досліджувані, які мріють про романтичні стосунки, мають вищий рівень за шкалами Потреба, Порушення та Інтегральна шкала MDS ніж ті, які не мріють. Це свідчить про те, що фантазії романтичного змісту асоціюються з більш вираженою залученістю до мрійливості та її дезадаптивними проявами.

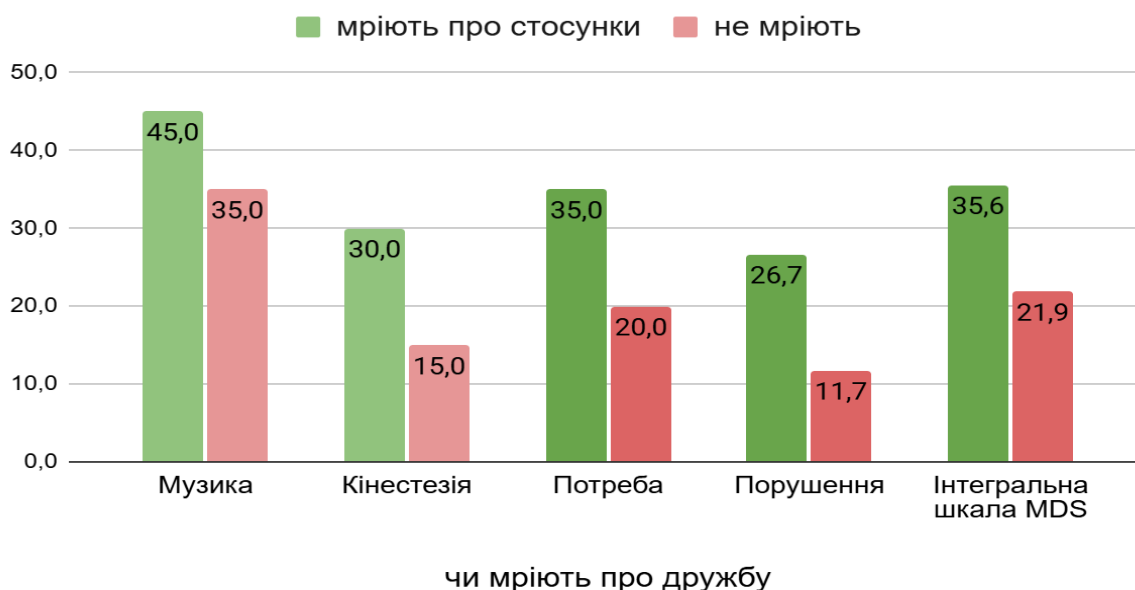


Рис.2.6. Діаграма медіан за шкалами опитувальника дезадаптивної мрійливості (MDS-16) в групах тих, хто мріють про стосунки, та тих, хто не мріють

Це узгоджується з теоретичними даними: Сомер та колеги (Somer et al., 2020) показали, що тематика фантазій часто відображає незадоволені міжособистісні потреби особистості — зокрема, особи з дефіцитом близькості у реальному житті схильні створювати ідеалізовані романтичні сценарії у фантазіях.

Результати порівняльного аналізу груп за шкалою оцінки соціальної фобії SPIN та авторською адаптацією методики Д. Рассела та М. Фергюсона «Шкала самотності» наведено в табл. 2.23. Було встановлено статистично значущі відмінності: досліджувані, які мріють про романтичні стосунки, демонструють вищий рівень соціальної фобії та суб'єктивного відчуття самотності порівняно з тими, які не мають таких мрій. Як видно з рис. 2.7 і рис. 2.8, розподіл показників соціальної фобії та самотності у цих групах суттєво відрізняється.

Порівняння досліджуваних, які мріють про стосунки, з тими, які не мають таких мрій, за «Шкалою оцінки соціальної фобії» та «Шкалою суб'єктивного відчуття самотності»

		Статистика	Ст. св.	p	Різниця середніх		Величина ефекту
Соціальна фобія	t-критерій Стьюдента	3.37	76.0	0.001	8.07	d Кона	0.772
Самотність	U-критерій Манна-Уїтні	474		0.007	7.00	Рангово-бісер. коеф. кор.	-0.362

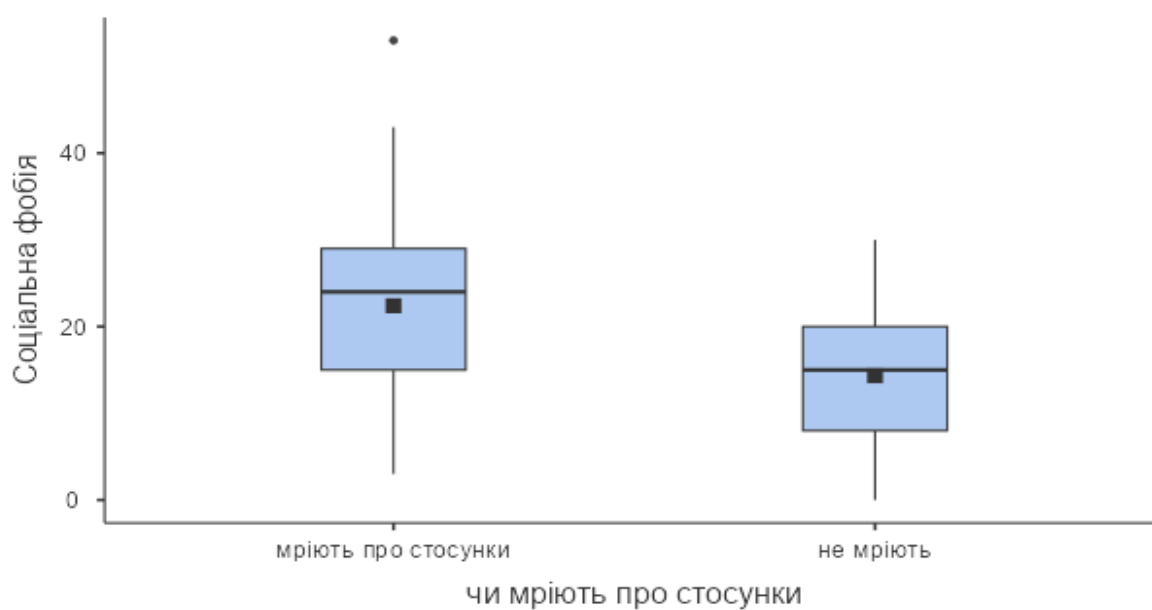


Рис.2.7. Коробкові діаграми за шкалою Соціальна фобія в групах тих, хто мріють та хто не мріють про романтичні стосунки

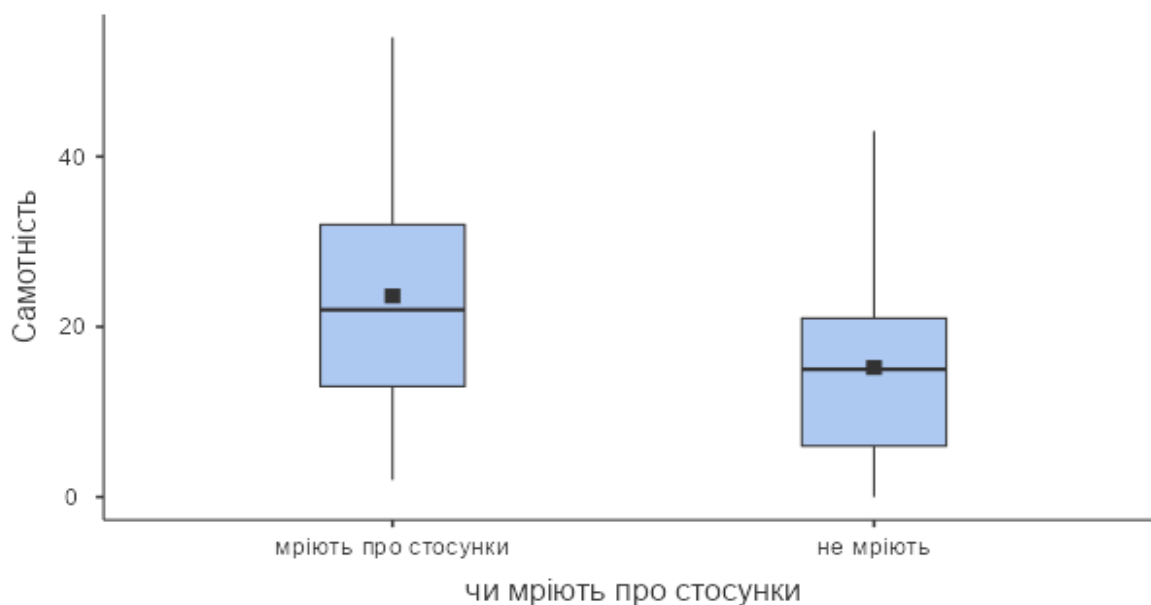


Рис.2.8. Коробкові діаграми за шкалою Самотність в групах тих, хто мріють та хто не мріють про романтичні стосунки

Отримані дані дозволяють припустити компенсаторну природу романтичних фантазій: особи, які мріють про стосунки, одночасно демонструють вищий рівень соціальної тривожності та самотності, що може вказувати на фрустрацію реальних міжособистісних потреб. Це узгоджується з логікою «замкненого кола», описаною в теоретичному розділі: соціальна тривожність може ускладнювати реальний контакт, що може поглиблювати суб'єктивне відчуття самотності, а фантазії можуть ставати компенсаторним простором для переживання близькості, водночас витісняючи реальну соціальну взаємодію і підтримуючи тривожність.

Аналогічна тенденція спостерігається і щодо фантазій про дружбу або соціальні взаємодії. Порівнюючи досліджуваних, які мріють про дружбу або соціальні взаємодії, з тими, які не мають таких мрій, було встановлено відмінності за шкалами «Потреба», «Порушення» та інтегральною шкалою MDS-16. Результати наведено в табл. 2.24; як видно з рис. 2.9, особи, які мріють про соціальні контакти, мають вищі медіанні показники за цими шкалами порівняно з тими, які не мріють про такі взаємодії.

Порівняння досліджуваних, які мріють про дружбу, з тими, які не мають таких мрій, за шкалами опитувальника дезадаптивної мрійливості (MDS-16) (U-критерій Манна-Уїтні)

	Статистика	p	Різниця середніх	Рангово-бісер. коеф. кор.
Музика	446	0.264	5.00	-0.175
Кінестезія	440	0.233	10.00	-0.186
Потреба	353	0.027	11.67	-0.346
Порушення	347	0.022	11.67	-0.358
Інтегральна шкала MDS	347	0.022	11.25	-0.358

Як видно з аналізу медіанних значень, особи, які мріють про соціальні контакти, мають вищі показники за шкалами «Потреба», «Порушення» та інтегральною шкалою MDS-16, ніж ті, які не мріють про такі взаємодії. Це вказує на більш інтенсивні прояви дезадаптивної мрійливості у групі з соціально орієнтованими фантазіями.

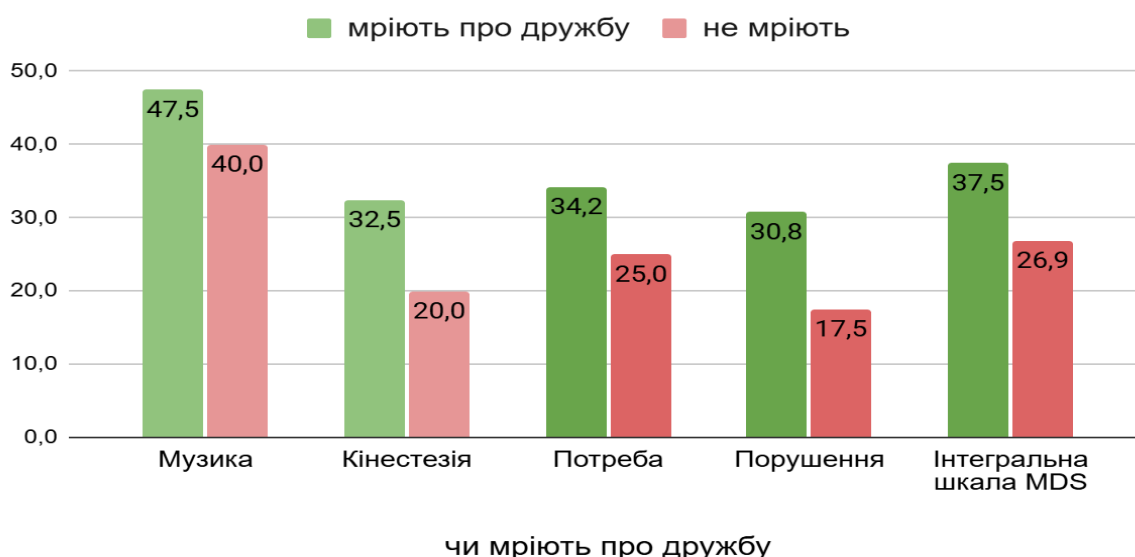


Рис.2.9. Діаграма медіан за шкалами опитувальника дезадаптивної мрійливості (MDS-16) в групах тих, хто мріють про дружбу, та тих, хто не мріють

Результати статистичного порівняння цих груп за шкалами соціальної фобії та самотності наведено в табл. 2.25. Було встановлено статистично значущі відмінності за рівнем соціальної фобії: досліджувані, які мріють про дружбу або соціальні взаємодії, демонструють вищий рівень соціальної тривожності порівняно з тими, які не мають таких мрій. Водночас відмінності за показником самотності мали тенденційний характер.

Табл. 2.25

Порівняння досліджуваних, які мріють про дружбу, з тими, які не мають таких мрій, за шкалою оцінки соціальної фобії SPIN та авторською адаптацією методики Д. Рассела та М. Фергюсона «Шкала самотності»

		Статистика	Ст. св.	p	Різниця середніх		Величина ефекту
Соціальна фобія	t-критерій Стьюдента	2.72	76.0	0.008	7.82	d Коена	0.731
Самотність	U-критерій Манна-Уїтні	389		0.073	7.00	Рангово-бісер. коеф. кор.	-0.281

Отримані результати узгоджуються з даними попередніх досліджень, які вказують на тісний взаємозв'язок між соціальною тривожністю та дезадаптивною мрійливістю. Зокрема, Сомер і Херску (Somer & Herscu, 2017) продемонстрували, що особи з високим рівнем соціальної тривожності частіше звертаються до фантазування про уявні соціальні ситуації замість безпосередньої взаємодії в реальному соціальному середовищі. Автори також показали, що цей зв'язок опосередковується рівнем глибокого занурення (absorption) та розвитком поведінкової адикції до мріяння, що дозволяє розглядати її як приємну та компенсаторну активність, яка має функцію заміщення реальної соціальної взаємодії.

У контексті отриманих у нашому дослідженні даних це дозволяє припустити, що фантазії соціального змісту можуть виконувати функцію

психологічного уникання, особливо за умов підвищеної соціальної тривожності та самотності. Водночас, з огляду на кореляційний дизайн дослідження, отримані результати не дозволяють робити висновки щодо причинно-наслідкових зв'язків між соціальною тривожністю, змістом фантазій та дезадаптивною мрійливістю, а лише вказують на їхню стабільну взаємопов'язаність.

Висновки до розділу 2

Узагальнюючи результати кореляційного, регресійного та порівняльного аналізів, можна констатувати наявність стійких взаємозв'язків між дезадаптивною мрійливістю та міжособистісним дистресом (самотністю й соціальною тривожністю), а також труднощами емоційної регуляції, насамперед у таких категоріях як: неприйняття емоційних реакцій, труднощів цілеспрямованої поведінки, контролю імпульсів і обмеженого доступу до регуляторних стратегій. Регресійні моделі показали, що труднощі контролю імпульсів та соціальна фобія пов'язані з інтенсивністю дезадаптивної мрійливості й психологічною «потребою» у зануренні у фантазії, тоді як переживання самотності має відносно більший внесок у показники функціональних порушень, пов'язаних із мрійливістю.

Аналіз змісту фантазій засвідчив, що фантазії соціального та романтичного змісту асоціюються з більш високими показниками дезадаптивної мрійливості, соціальної тривожності та самотності, що дозволяє розглядати такі фантазії як форму психологічного уникання та компенсаторного задоволення фрустрованих потреб у близькості та приналежності.

Однією з гіпотез дослідження було припущення, що взаємодія зі штучним інтелектом може поглиблювати залучення до фантазій, робити їх більш яскравими та імерсивними за рахунок відсутності фрустрації, безумовної підтримки та постійної доступності співрозмовника.

Результати дослідження частково підтвердили цю гіпотезу. Було виявлено статистично значущий позитивний зв'язок між частотою використання ШІ для

обговорення фантазій та субшкалою «Потреба». Це дозволяє розглядати ШІ не як чинник формування дезадаптивної мрійливості, а як нейтральний або підтримувальний контекст, залучення до якого залежить від уже наявної психологічної потреби у фантазуванні.

Водночас не було встановлено зв'язків між використанням ШІ та яскравістю фантазій, емоційною дисрегуляцією або соціальною тривожністю. Це дозволяє зробити висновок, що ШІ не виступає чинником поглиблення фантазій як таких, а радше функціонує як доступний контекст для реалізації вже наявної потреби у фантазійному зануренні. Таким чином, вплив ШІ має опосередкований характер і залежить від індивідуальної структури дезадаптивної мрійливості, а не є самостійним тригером її посилення.

РОЗДІЛ III. ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ДЕЗАДАПТИВНОЇ МРІЙЛИВОСТІ: ПРОФІЛАКТИКА, ПІДХОДИ ТА ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

3.1. Профілактика дезадаптивної мрійливості

Незважаючи на те, що дезадаптивна мрійливість (ДМ) ще не отримала офіційного нозологічного статусу, її поширеність, тяжкість клінічних проявів та значний негативний вплив на якість життя ставлять питання профілактики у центр сучасного дискурсу психічного здоров'я. Профілактична робота набуває особливого значення у контексті того, що, на відміну від більшості психічних розладів, ДМ формується поступово, часто ще в дитячому або підлітковому віці, і протягом тривалого часу залишається непоміченою — як самою особою, так і спеціалістами.

3.1.1. Чому профілактика є важливою

Актуальність профілактики дезадаптивної мрійливості зумовлена кількома взаємопов'язаними обставинами. По-перше, як показали Сомер і Херску (2017), початкове використання мрійливості як стратегії уникнення стресу поступово формує залежність від фантазування, котра зберігається навіть після зникнення первинних стресогенних чинників. Це означає, що чим довше особа вдається до дезадаптивного мріяння, тим складніше їй відмовитися від цієї стратегії. П'єткевич зі співавторами (Pietkiewicz et al., 2018) концептуалізують цей процес як форму поведінкової адикції, що характеризується компульсивністю та втратою контролю.

По-друге, ДМ надзвичайно рідко стає приводом для самостійного звернення по допомогу. Дослідження Бігельсена та Шупака (Bigelsen & Schupak, 2011) свідчать, що 82% осіб із ДМ тримають своє фантазійне життя в таємниці майже від усіх. Поєднання сорому, страху бути незрозумілим та переконання у тому, що «так у всіх», призводить до того, що люди роками

страждають мовчки. Профілактична просвітницька робота, що нормалізує звернення по допомогу та підвищує обізнаність про феномен, здатна суттєво скоротити цей розрив.

По-третє, результати власного емпіричного дослідження підтвердили, що ключовими предикторами ДМ є труднощі контролю імпульсів та соціальна тривожність, а суб'єктивне відчуття самотності відіграє провідну роль у формуванні її негативних наслідків для функціонування. Усі три чинники є потенційно модифікованими, що робить профілактичну роботу принципово можливою та ефективною.

Нарешті, в українському соціокультурному контексті, обтяженому наслідками повномасштабного вторгнення, соціальною ізоляцією та хронічним стресом, ризик розвитку дезадаптивних копінг-стратегій загалом і ДМ зокрема суттєво зростає. Просвітницька та профілактична діяльність у цьому контексті є не просто бажаною, а необхідною.

3.1.2. Рівні профілактичного втручання

У сучасній превентивній психології прийнято виділяти три рівні профілактики: первинну, вторинну та третинну. Ця класифікація, запропонована психіатром Джеральдом Капланом (Caplan, 1964), набула широкого застосування у галузі охорони психічного здоров'я та залишається актуальною донині. Первинна профілактика спрямована на загальну популяцію до появи проблеми; вторинна орієнтована на групи ризику та передбачає раннє виявлення і втручання; третинна — спрямована на осіб із вже сформованою проблемою з метою мінімізації її негативних наслідків та запобігання ускладненням. Щодо дезадаптивної мрійливості всі три рівні мають свої специфічні завдання та форми реалізації.

Первинна профілактика передбачає насамперед підвищення загальної психологічної грамотності населення. Враховуючи, що більшість людей не знайомі з поняттям «дезадаптивна мрійливість» і не можуть розпізнати цей феномен у власному досвіді, ключовим завданням є поширення достовірної

інформації про його природу, ознаки та наслідки. Це включає освітні програми у школах та університетах, публікації у популярних медіа, а також включення теми ДМ до навчальних програм підготовки психологів. Важливим компонентом первинної профілактики є формування навичок емоційної регуляції — ще до виникнення потреби у них. Програми, що навчають підлітків та молодих дорослих розпізнавати власні емоційні стани, витримувати емоційну напругу та звертатися по підтримку, здатні знизити ризик використання мрійливості як дисфункціональної копінг-стратегії (Gross, 1998; Barlow et al., 2017).

Вторинна профілактика зосереджується на групах підвищеного ризику. Відповідно до даних теоретичного аналізу та результатів власного дослідження, до таких груп належать: особи з вираженою соціальною тривожністю; люди, які переживають інтенсивне відчуття самотності (Cacioppo & Hawkley, 2009); особи з труднощами емоційної регуляції, зокрема дефіцитом контролю імпульсів (Gratz & Roemer, 2004); ті, хто пережили психологічну травму або мають дисфункціональні патерни прив'язаності; особи без стабільної зайнятості, оскільки результати дослідження виявили вищі показники ДМ у незайнятих респондентів. Для цих груп доцільне проведення регулярного скринінгу із використанням валідизованих інструментів (зокрема MDS-16), а також цілеспрямованих психоедукаційних програм та групових форм роботи.

Третинна профілактика збігається з корекційною роботою і спрямована на мінімізацію негативних наслідків вже сформованої ДМ. Вона включає психотерапевтичну допомогу, розробку індивідуальних планів відновлення функціонування та підтримку у побудові реальних соціальних зв'язків. Докладніше ці аспекти розглядаються у наступних підрозділах.

Важливим елементом профілактики на всіх трьох рівнях є психоедукація — доказово обґрунтований підхід, що передбачає надання особі систематичної інформації про природу її стану з метою підвищення самоефективності та розвитку копінг-навичок (Lukens & McFarlane, 2004). У контексті ДМ психоедукація виконує ключову функцію: знижує рівень сорому, що підтримує

замовчування проблеми (Bigelsen & Schupak, 2011, Chefetz, Soffer-Dudek & Somer, 2023), надає особі «мову» для опису власного досвіду та підвищує мотивацію до звернення по допомогу.

3.2. Підходи до психологічної корекції дезадаптивної мрійливості: огляд існуючих методів

Оскільки дезадаптивна мрійливість залишається відносно нещодавно описаним феноменом, доказова база щодо методів її корекції перебуває на початковому етапі формування. Соффер-Дудек та колеги (Soffer-Dudek et al., 2025) у позиційному папері, підписаному 28 провідними дослідниками у галузі дисоціації та психотравми, підкреслюють, що цілеспрямоване лікування ДМ є перспективним, тоді як загальна психотерапія без урахування специфіки феномену виявляється неефективною. Це підтверджує необхідність розробки специфічних терапевтичних протоколів для роботи з ДМ. Ряд дослідників запропонували обґрунтовані підходи до роботи з ДМ, що спираються як на специфічні характеристики цього феномену, так і на більш широкі теоретичні моделі, що застосовуються при роботі з адиктивною поведінкою, тривожними розладами та дефіцитом емоційної регуляції.

3.2.1. Підхід Елі Сомера

Елі Сомер, автор концепту дезадаптивної мрійливості, з самого початку підкреслював, що ДМ є не просто симптомом, а самостійним клінічним феноменом, що потребує специфічного терапевтичного підходу. Виходячи зі свого клінічного досвіду роботи із шістьма пацієнтами, Сомер запропонував розглядати ДМ насамперед як механізм уникнення – захисту від болісних емоційних переживань та міжособистісного дистресу.

Відповідно, терапія має бути спрямована не на пряме «припинення» мрійливості, а на дослідження та трансформацію тих потреб і переживань, які вона компенсує. Центральним терапевтичним завданням, на думку Сомера, є допомога особі у розвитку здатності переносити болісні емоційні стани без

втечі у фантазію, а також побудова реальних стосунків, що могли б задовольнити потреби, які наразі задовольняються лише у вигаданому світі.

У подальших роботах Сомер та колеги (Somer & Herscu, 2017) конкретизували цей підхід, описавши два можливих шляхи до ДМ: через дитячу травму та через соціальну тривожність, з подальшим формуванням залежності від фантазій. Ця двошляхова модель має пряме терапевтичне значення: робота з особою, де ДМ розвинулась на тлі травматизації, відрізняється від роботи з особою, де провідну роль відіграє соціальна тривожність. У першому випадку необхідне опрацювання травматичного досвіду, у другому — фокус на редукції тривоги та розвитку соціальних навичок.

Важливо, що нещодавні клінічні дослідження, про які розповідає сам Сомер, підтвердили: дезадаптивна мрійливість піддається лікуванню, і ряд конкретних методів виявились ефективними (Somer, 2018). Нижче представлено ключові терапевтичні інструменти, що описуються Сомером у контексті роботи з ДМ.

Мотиваційне інтерв'ювання посідає особливе місце як перший крок терапії. Сомер вказує, що особи з ДМ часто переживають виражену амбівалентність: вони одночасно хочуть позбутися залежності від фантазій і водночас дуже сильно прагнуть до них — адже мрійливість є джерелом інтенсивного емоційного задоволення. Підхід мотиваційного інтерв'ювання допомагає терапевту дослідити та посилити внутрішню мотивацію клієнта до змін без тиску та директивності, що є особливо важливим у роботі з адиктивними патернами.

Сомер пропонує використовувати мрійливість як усвідомлену винагороду: особа може дозволити собі визначений час для фантазування (наприклад, пів години), але лише після виконання конкретних реальних зобов'язань — робочих завдань, побутових справ, соціальних взаємодій. Цей підхід виходить з розуміння того, що фантазії є невід'ємною частиною психічного життя, а отже реалістичною метою є не їхнє придушення, а встановлення над ними свідомого

контролю. Таким чином, мрійливість інтегрується у структуру реального функціонування, що поступово відновлює баланс між фантазійним і реальним.

Моніторинг та щоденник мрійливості є, за Сомером, одним із найдоступніших та водночас ефективних інструментів. Просте систематичне фіксування часу, витраченого на фантазії, та ситуацій, що їх спровокували (тригерів), вже саме по собі підвищує рівень усвідомлення та допомагає знизити тривалість епізодів. Цей ефект пояснюється тим, що ДМ значною мірою є автоматичним, неусвідомленим процесом: щоденник перетворює його на об'єкт рефлексії, повертаючи особі суб'єктну позицію щодо власної мрійливості. Ведення щоденника також дозволяє виявити індивідуальні паттерни тригерів, що стає основою для подальшої терапевтичної роботи.

Сомер описав перший задокументований випадок психотерапії ДМ — шестимісячний курс із клієнтом Беном, що поєднував мотиваційне інтерв'ювання, КПТ та *mindfulness*. За результатами терапії час мрійливості скоротився на 53%, час в інтернеті — на 79%, а соціальне та робоче функціонування покращилося на 86% (Somer, 2018). Важливо, що повна відмова від мрійливості не ставилась за мету — натомість метою був свідомий контроль над нею.

3.2.2. Когнітивно-поведінковий підхід у роботі з ДМ

КПТ є одним із найбільш досліджених підходів у роботі з дезадаптивною мрійливістю (Bigelsen & Schupak, 2011; Shanbhag & Pothiyil, 2024). КПТ дозволяє працювати як з когнітивними патернами, так і з поведінковими проявами ДМ.

Сомер (2018) у клінічному випадку описав конкретні КПТ-техніки, що виявились ефективними: щоденне ведення щоденника обставин і думок навколо епізодів мрійливості; переривання фантазійних сюжетів на якомога ранніших стадіях; самопідкріплення за успішний контроль; планування наступного дня ввечері з виділенням одного визначеного часу для дозволеного фантазування; використання *coping*-тверджень («мрійливість шкодить мені — це шкідлива

адикція»). Цей підхід дозволив клієнту знизити час мрійливості більш ніж удвічі протягом шести місяців (Somer, 2018).

Зокрема, П'єткевич зі співавторами (Pietkiewicz et al., 2018), розглядаючи ДМ як форму поведінкової адикції, обґрунтовують використання технік, спрямованих на розрив адиктивного циклу. До них належать: ідентифікація тригерів, що запускають фантазування; когнітивна реструктуризація дисфункціональних переконань щодо реального та фантазійного соціального світу; розвиток альтернативних стратегій подолання стресу; поступова експозиція до реальних соціальних ситуацій.

3.2.3. Підходи, засновані на усвідомленості (mindfulness)

Практики усвідомленості (mindfulness) дедалі частіше розглядаються як важливий компонент терапії ДМ. Обґрунтування цього підходу пов'язане з кількома аспектами феномену. По-перше, ДМ характеризується специфічним порушенням усвідомлення: особа перебуває у стані глибокого занурення (absorption) у фантазію, втрачаючи контакт із теперішнім моментом та власними реальними відчуттями. Практики mindfulness спрямовані на відновлення саме цього зв'язку із «тут і зараз».

По-друге, дефіцит усвідомлення власних емоційних станів є одним із компонентів, що ускладнює емоційну регуляцію при ДМ. Результати власного дослідження, а також дані Шандора зі співавторами (Sándor et al., 2021), підтверджують, що особи з ДМ демонструють підвищені показники за шкалами труднощів емоційної регуляції, включно з обмеженим доступом до ефективних стратегій регуляції.

Практики усвідомленості дозволяють розвинути здатність спостерігати за власними думками і почуттями без їхнього уникнення чи злиття з ними — ту саму здатність, дефіцит якої є одним із чинників формування ДМ. Сомер характеризує mindfulness як ключовий метод, що виявився особливо ефективним у роботі з ДМ. Він вчить людину фокусуватися на теперішньому

моменті, власному тілі та емоціях без засудження, допомагаючи не уникати дискомфортичних переживань, а навчитися перебувати у них.

Важливою перевагою підходу є те, що усвідомленість можна практикувати не лише у форматі формальної медитації, а й інтегрувати у повсякденні справи — ходьбу, приготування їжі, миття посуду. Особливо показовим є запропонований Сомером приклад усвідомленого слухання музики. Оскільки музика є одним із найпотужніших тригерів ДМ — що підтверджується і результатами власного дослідження (субшкала «Музика» має найвищі середні значення у вибірці: $M = 42,1$) — переформатування взаємодії з нею є особливо значущим терапевтичним кроком. Замість того, щоб використовувати музику як «саундтрек для внутрішнього кіно» фантазій, особа практикує уважне слухання — зосереджуючись на конкретних інструментах, гармонії, ритмі. Це принципово змінює характер взаємодії з тригером: музика перестає запускати автоматичне занурення у фантазію і стає об'єктом усвідомленої присутності. Такий підхід, за Сомером, допомагає людині навчитися керувати своїми думками, а не перебувати під їхнім контролем.

Перше рандомізоване контрольоване дослідження ефективності mindfulness при ДМ провели Херску зі співавторами (Herscu et al., 2023). Коротка самокерована веб-програма, що поєднувала медитацію усвідомленості та самомоніторинг, продемонструвала значуще зниження симптомів ДМ у групі втручання порівняно з контрольною групою. Це дослідження є першим прямим емпіричним підтвердженням ефективності mindfulness саме при ДМ (Herscu, Somer, Federman & Soffer-Dudek, 2023).

Дослідження Маркуссон-Клаверц та колег (Marcusson-Clavertz et al., 2019), проведене за допомогою щоденникового методу на вибірці 126 осіб протягом восьми днів, виявило, що ДМ є відносно стабільним індивідуальним патерном: 75% варіації показників припадало на відмінності між особами, а не на коливання протягом дня. Це вказує на те, що ДМ є стійкою характеристикою, а не лише ситуативною реакцією на тригери — що підкреслює необхідність

роботи не лише з конкретними ситуаціями, а й із загальним рівнем усвідомленості.

Конкретні техніки усвідомленості, що можуть бути включені до роботи з ДМ, охоплюють медитацію усвідомленого дихання, скани тіла (body scan), усвідомлене спостереження за думками («хмари», що пропливають небом), практики включеної присутності у повсякденних активностях та описане вище усвідомлене слухання музики.

3.2.4. Нейробіологічні та фармакологічні аспекти

Хоча основним предметом цієї роботи є психологічна корекція ДМ, варто коротко зупинитися на фармакологічних спостереженнях, оскільки вони мають значення для розуміння механізмів феномену та можливих мультидисциплінарних підходів до лікування.

Клінічний випадок, описаний Шупаком і Розенталем (Schupak & Rosenthal, 2009), продемонстрував часткове зменшення симптомів ДМ при застосуванні флувоксаміну — препарату, що використовується при obsесивно-компульсивному розладі. Це узгоджується з концептуалізацією ДМ як феномену, що має obsесивно-компульсивний компонент (Somer, 2018).

Ці дані свідчать про те, що у ряді випадків — особливо при вираженій компульсивній природі ДМ та її коморбідності з тривожними або депресивними розладами — психологічна корекція має здійснюватися у поєднанні з медикаментозною терапією, що призначається психіатром. Психолог, що працює з особою з ДМ, має бути готовим до мультидисциплінарної взаємодії та за необхідності направляти клієнта до психіатра.

3.2.5. Інтегративний підхід у сучасній практиці

Враховуючи складну, багатовимірну природу дезадаптивної мрійливості, сучасні дослідники та практики схилиються до інтегративного підходу, що поєднує елементи різних терапевтичних шкіл. Такий підхід дозволяє адаптувати

терапію до індивідуального профілю клієнта, зважаючи на провідні предиктори та наслідки ДМ у конкретної особи.

Відповідно до результатів власного емпіричного дослідження, у роботі з особами, де провідними предикторами є труднощі контролю імпульсів та соціальна тривожність, особливої уваги заслуговують: розвиток навичок дистрес-толерантності та імпульс-контролю (з арсеналу діалектично-поведінкової терапії та КПТ); редукція соціальної тривожності через поступову експозицію та когнітивну реструктуризацію; розвиток соціальних навичок та побудова реальних підтримувальних стосунків.

Для осіб, у яких ДМ передусім пов'язана із суб'єктивним відчуттям самотності та робить найбільший внесок у пояснення її негативного впливу на повсякденне функціонування, акцент має бути зроблений на: опрацюванні переживання самотності та базових потреб у приналежності та близькості; дослідженні перешкод для побудови реальних стосунків; поступовому розширенні реальних соціальних контактів.

3.3. Гештальт-підхід у роботі з дезадаптивною мрійливістю

Гештальт-терапія, біля витоків якої стояли Фріц Перлз, Лора Перлз та інші, отримала теоретичне оформлення у праці Перлза, Хефферлайна та Гудмена (Perls, Hefferline & Goodman, 1951), пропонує змістовну теоретичну рамку для розуміння та роботи з дезадаптивною мрійливістю. Центральні концепти гештальт-підходу — контакт, усвідомлення, фігура та фон, незавершені гештальти, творче пристосування — дозволяють намітити шляхи терапевтичної роботи.

3.3.1. Теоретичне обґрунтування гештальт-підходу до роботи з ДМ

З гештальт-перспективи, ДМ може бути розглянута як специфічне порушення контакту — динамічного процесу, що виникає на межі між організмом і середовищем. Гештальт-терапія розуміє здорове функціонування як здатність особи вступати у повноцінний контакт із власними потребами та із

середовищем, задовольняти ці потреби і завершувати цикл контакту (Perls, Hefferline & Goodman, 1951; Zinker, 1977). Порушення цього процесу призводять до характерних патернів, що гештальт-терапія описує як «переривання контакту» (Perls, Hefferline & Goodman, 1951; Polster & Polster, 1973).

У випадку дезадаптивної мрійливості ми можемо спостерігати декілька форм переривання контакту. Дефлексія — відведення енергії від реального контакту у бік фантазійного світу — є, мабуть, найбільш очевидним та центральним механізмом. Замість того, щоб вступити у реальний контакт із потребою та пошуком її задоволення у реальному середовищі, особа «відводить» цю енергію у фантазію. Злиття (конфлюєнція) із фантазійними персонажами та сценаріями призводить до розмивання меж між реальним і вигаданим та до емоційної прив'язаності до уявних стосунків, яка перевищує прив'язаність до реальних. Інтроекція дисфункціональних переконань — наприклад, про небезпечність реального контакту, про власну неприйнятність або про неможливість отримати потрібне у реальному світі — підтримує уникнення та поглиблює залежність від фантазії. Ретрофлексія — звернення того, що мало б бути адресованим зовнішньому світу, на себе або на внутрішній світ — може проявлятися у тому, що особа «програє» бажані стосунки або ситуації визнання виключно у власних фантазіях, не вступаючи у реальну взаємодію.

З цієї точки зору терапевтична мета полягає не у знищенні або пригніченні мрійливості, а у відновленні здатності до повноцінного контакту — спочатку з власними потребами та переживаннями, а потім і з реальним середовищем.

Концепт «незавершених гештальтів» також є надзвичайно продуктивним у цьому контексті. ДМ часто є спробою «завершити» той емоційний досвід, який не отримав завершення у реальному житті — переживання близькості, визнання, любові, справедливості, захисту. Ці незавершені досвіди продовжують «тягнути» увагу та енергію, формуючи повторювані сюжети у

фантазіях. Гештальт-терапія пропонує інструменти для роботи з цими незавершеними процесами безпосередньо у терапевтичних стосунках.

Не менш важливою є гештальт-концепція поля (Lewin, 1951). Деадаптивна мрійливість не може бути зрозуміла поза контекстом того поля, у якому вона виникає — сімейного, соціального, культурного. Особа, яка зростала в умовах емоційної занедбаності, соціальної ізоляції або насильства, розвинула ДМ як творче пристосування до того поля, що було для неї доступним (Somer, 2002). Те, що колись було адаптивною відповіддю, тепер може функціонувати деадаптивно. Однак урахування контексту є важливою передумовою ефективної терапевтичної роботи з клієнтом.

3.3.2. Терапевтичні цілі та принципи гештальт-роботи з ДМ

Виходячи з теоретичного обґрунтування, можна визначити такі ключові терапевтичні цілі гештальт-роботи з деадаптивною мрійливістю.

Перша і найбільш фундаментальна ціль — розвиток усвідомлення. Гештальт-терапія ставить усвідомлення (awareness) у центр терапевтичного процесу. Стосовно ДМ це означає розвиток здатності помічати: коли починається і закінчується фантазійний епізод; що йому передуює (тригери — внутрішні та зовнішні); який емоційний стан він обслуговує; що особа «несе» у фантазійний простір із реального; що змінюється у тілі під час мріання. Це усвідомлення саме по собі вже починає трансформувати стосунок до мрійливості: вона перестає бути неконтрольованим автоматичним процесом і стає об'єктом рефлексії.

Друга ціль — дослідження функції мрійливості. Гештальт-терапевт ставить питання «що мрійливість робить для людини?». Яку потребу вона задовольняє? Від чого захищає? Що вона дозволяє переживати, що недоступне у реальному житті? Це дослідження здійснюється без засудження, у контексті щирої цікавості до досвіду клієнта.

Третя ціль — опрацювання незавершених процесів. Повторювані сюжети та образи у фантазіях можуть бути вказівниками на незавершені гештальти —

незавершені стосунки, невисловлені почуття, незадоволені потреби. Гештальт-терапія пропонує широкий арсенал технік для роботи з цим матеріалом: діалог із фантазійним персонажем (порожній стілець), програвання незавершених ситуацій у безпечному просторі, робота зі сновидіннями та образами.

Четверта ціль — відновлення здатності до реального контакту. Зрештою, робота спрямована на те, щоб особа поступово відкривала можливість задовольнити ті потреби у реальному контакті, які вона наразі задовольняє виключно у фантазії. Це включає роботу зі страхом реального контакту, розвиток толерантності до вразливості та ризику відторгнення, побудову підтримувальних стосунків.

3.3.3. Конкретні техніки та інтервенції

Гештальт-терапія пропонує широкий репертуар технік-експериментів для роботи з дезадаптивною мрійливістю (Zinker, 1977; Polster & Polster, 1973). Нижче представлені ті з них, які можуть бути найбільш релевантними у цьому контексті. Важливо зауважити, що описані нижче техніки не є стандартизованим протоколом чи послідовністю кроків, які застосовуються однаково до всіх. Гештальт-підхід розглядає дезадаптивну мрійливість кожної людини як унікальне творче пристосування з власною історією та функцією, тому добір і спосіб застосування будь-якої техніки завжди визначається індивідуальним процесом конкретного клієнта та тим, що розгортається «тут і зараз» у терапевтичному контакті. Наведені нижче інтервенції є радше орієнтирами.

Техніка «Безпечного дослідження фантазії». На відміну від підходів, спрямованих на пряме обмеження мрійливості, гештальт-терапевт може запропонувати клієнту ввести його улюблений фантазійний сценарій безпосередньо у терапевтичний простір. Це здійснюється не для того, щоб «жити» у фантазії, а щоб дослідити її: «Розкажіть мені про ваш улюблений сценарій. Що ви там переживаєте? Що є найбільш цінним у цьому? Якої

реальної потреби це торкається?» Такий підхід узгоджується з гештальт-принципом феноменологічного дослідження (Yontef, 1993) і дозволяє знайти «ядро» фантазії — справжню потребу або незавершений досвід — і звернутися до нього безпосередньо.

Техніка «Порожнього стільця». Цей метод, докладно описаний Полстерами (Polster & Polster, 1973), є одним із найбільш впізнаваних інструментів гештальт-терапії. Залежно від того, що є актуальним для конкретного клієнта, він може застосовуватися, як діалог між «мрійливою» та «реальною» частинами особистості; як діалог із фантазійним персонажем («Яку незавершену потребу він втілює?»); як діалог із реальною значущою особою (батьком, партнером, другом), з яким пов'язаний незавершений процес, що живить фантазії.

Інструкція: учасник сідає навпроти порожнього стільця і уявляє на ньому свою «мрійливу частину» — ту, що іде у фантазію. Він звертається до неї із запитаннями (наприклад: «Чого ти хочеш? Від чого захищаєш мене?»), після чого пересідає на інший стілець і відповідає від імені цієї частини. Такий діалог дозволяє краще усвідомити функцію мрійливості та власне ставлення до неї. Терапевт супроводжує процес, добираючи запитання відповідно до того, що розгортається в роботі клієнта, і допомагає завершити вправу, щойно клієнт доходить до значущого для себе інсайту або природного завершення діалогу.

Робота з тілом. Враховуючи, що ДМ часто супроводжується характерними кінестетичними патернами (ходіння, розгойдування, жестикуляція), тілесна робота є особливо важливою. Відповідно до гештальт-підходу, тіло є безпосереднім носієм досвіду і завжди перебуває «тут і зараз» (Perls, Hefferline & Goodman, 1951). Терапевт може звернути увагу на те, що відбувається у тілі прямо зараз: «Коли ви говорите про ці фантазії, я помічаю, що ви починаєте злегка розгойдуватися. Що ви помічаєте у тілі?» Це допомагає відновити зв'язок із тілесними сигналами, що часто є першими ознаками початку фантазійного епізоду, а отже, і можливістю для усвідомленого вибору.

Техніка «тілесного заземлення» (grounding) є особливо важливою при роботі з особами, що мають виражену соціальну тривожність або схильність до дисоціації під час фантазування. Заземлення повертає людину у безпечний простір теперішнього моменту через фізичні відчуття: опору стоп на підлогу, дотик рук до поверхні, уповільнене дихання. Для осіб з ДМ це є конкретним тілесним «якорем», що допомагає помітити початок фантазійного епізоду і свідомо повернутися до реальності.

Робота з тригерами. Музика є одним із найпотужніших тригерів ДМ, що підтверджується і даними власного дослідження (субшкала «Музика» демонструє найвищі середні значення у вибірці: $M = 42,1$). Гештальт-терапевт може запросити клієнта поекспериментувати: що відбувається, якщо слухати цю музику і водночас залишатися у контакті з реальністю? Що вона пробуджує? Які почуття стоять за нею? Це не заборона музики, а феноменологічне дослідження її функції у структурі ДМ.

Робота з соціальними ситуаціями. Враховуючи, що соціальна тривожність є одним із ключових предикторів ДМ (що підтверджено результатами власного дослідження), гештальт-робота має включати дослідження та опрацювання соціальних страхів. Гештальт-підхід пропонує для цього роботу з інтроєктами («Хто вам це сказав? Чи ви дійсно у це вірите?») та проекціями («Ви очікуєте, що вони відкинуть вас — а звідки ця впевненість?»), а також рольові програвання соціальних ситуацій у безпечному просторі терапевтичного діалогу (Polster & Polster, 1973).

3.3.4. Особливості терапевтичних стосунків при роботі з ДМ

Гештальт-терапія приділяє особливу увагу якості терапевтичних стосунків як такої — терапевт не є нейтральним спостерігачем, а повноцінним учасником зустрічі. У роботі з дезадаптивною мрійливістю ця позиція набуває особливого значення.

По-перше, сам терапевтичний простір є для клієнта з ДМ новим досвідом реального контакту — уваги, прийняття та присутності без оцінювання. Для

особи, яка роками переживала прийняття та близькість виключно у фантазійному просторі, цей досвід може бути одночасно цінним та лякаючим. Терапевту важливо бути уважним до тих моментів, коли клієнт «іде» у фантазію саме під час сесії — це є цінним матеріалом для дослідження.

По-друге, враховуючи, що особи з ДМ часто переживають інтенсивний сором через свою «таємницю», терапевтична позиція безоціночного прийняття є критично важливою умовою для формування робочого альянсу. Дослідження свідчать (Chefetz, Soffer-Dudek & Somer, 2023), що відчуття розуміння та прийняття є вирішальними для залучення особи з ДМ до терапевтичного процесу.

По-третє, гештальт-терапевт має відстежувати можливу ідеалізацію терапевтичних стосунків — адже особа з ДМ, звикла будувати ідеалізовані стосунки у фантазії, може намагатися зробити те саме у реальних терапевтичних стосунках. Ця тенденція є не перешкодою, а цінним матеріалом для терапевтичної роботи.

3.4. Групова психокорекційна програма для осіб з дезадаптивною мрійливістю

Групова форма роботи посідає особливе місце у системі психологічної допомоги особам із дезадаптивною мрійливістю. Враховуючи, що соціальна ізоляція, самотність та труднощі у реальних стосунках є одночасно і предикторами, і наслідками ДМ — що підтверджено результатами власного дослідження — групове середовище саме по собі є потужним терапевтичним інструментом. Воно надає учасникам досвід реального прийняття, приналежності та підтримки, якого їм бракує у реальному житті та який вони шукають у фантазії.

Запропонована програма є інтегративною та побудована на поєднанні двох взаємодоповнювальних терапевтичних підходів. По-перше, гештальт-терапія (Perls, Hefferline & Goodman, 1951; Polster & Polster, 1973; Zinker, 1977) забезпечує теоретичну рамку для розуміння ДМ як порушення контакту та

творчого пристосування, а також арсенал технік для роботи з усвідомленням, незавершеними процесами та соціальними страхами. По-друге, практики усвідомленості — *mindfulness* (Kabat-Zinn, 1990) — розвивають здатність залишатися у теперішньому моменті, розпізнавати тілесні сигнали тригерів та поступово знижувати автоматичне занурення у фантазію. Обидва підходи об'єднує спільна мета: відновлення здатності особи до усвідомленого та повноцінного контакту з реальністю. Груповий формат роботи обґрунтовується теорією терапевтичних чинників групи І. Ялома (Yalom, 1995), відповідно до якої саме група є унікальним простором для отримання корективного досвіду реальних стосунків.

3.4.1. Терапевтичний потенціал групи

Ялом (Yalom, 1995), один із найбільш авторитетних теоретиків групової психотерапії, описав одинадцять терапевтичних чинників групи: вселяння надії, універсальність досвіду, надання інформації, альтруїзм, корективний рекапітулятивний досвід первинної групи, розвиток навичок соціалізації, імітативна поведінка, міжособистісне наочіння, групова згуртованість, катарсис та екзистенційні чинники. Всі ці чинники мають особливе значення при роботі з ДМ.

Враховуючи, що 82% осіб з ДМ тримають свій досвід у таємниці майже від усіх (Bigelsen & Schupak, 2011), групова форма роботи має особливий терапевтичний потенціал — зокрема через те, що людина вперше може відкрито говорити про свої фантазії та відчувати, що вона не одна з цим досвідом. Саме цей феномен Ялом (Yalom, 1995) описує як один із найпотужніших терапевтичних чинників групи — універсальність досвіду, коли усвідомлення того, що інші переживають щось подібне, саме по собі має зцілювальний ефект.

Зокрема, чинник «універсальності» — відкриття того, що ти не один зі своєю проблемою, — є надзвичайно потужним для осіб з ДМ, які роками переживали свій «секрет» як щось унікальне та таке, що відокремлює їх від інших. Перше відкрите висловлення про свої фантазії у безпечному груповому

просторі і відповідь інших учасників «я теж через це проходжу» може бути глибоко зцілюючим досвідом.

Чинник «соціалізації» та «міжособистісного навчіння» є особливо актуальним, оскільки, як було встановлено в теоретичному огляді, одним із наслідків тривалої ДМ є погіршення реальних соціальних навичок. Група надає безпечний простір для практики — де ризик відторгнення знижений, а зворотній зв'язок є відкритим і конструктивним.

Нарешті, «групова згуртованість» є аналогом терапевтичного альянсу в індивідуальній терапії. Для осіб з ДМ, які бояться реальних стосунків та звикли до контрольованої ідеалізованої близькості у фантазії, поступовий розвиток справжньої згуртованості є досвідом, який може демонструвати, що реальна близькість можлива і не є такою небезпечною, як вони уявляли.

3.4.2. Структура та цілі психотерапевтичної групи для осіб з ДМ

На основі теоретичного аналізу та результатів власного дослідження пропонуємо наступну модель групи для осіб з дезадаптивною мрійливістю.

Оптимальний формат: напівструктурована терапевтична група з елементами психоедукації. Це означає поєднання структурованих тематичних блоків (де учасники отримують інформацію та опановують конкретні навички) з відкритим груповим процесом (де досліджуються міжособистісні патерни та відбувається безпосередня групова робота).

Рекомендована кількість учасників: 6–10 учасників. Такий розмір є оптимальним для забезпечення достатньої різноманітності досвіду та водночас забезпечення достатньої кількості часу для дослідження своєї ДМ для кожного учасника. Найкраще зробити групу закритою, яка буде мати постійний склад протягом усього курсу, оскільки вона забезпечує більшу згуртованість та глибину процесу.

Тривалість: рекомендований курс складає 10-12 сесій тривалістю 3 години кожна. Цього достатньо для проходження основних тематичних блоків та для формування необхідного рівня групової довіри. Для осіб із більш вираженою

симптоматикою або супутніми розладами може бути доцільніше поєднання групового формату з паралельною індивідуальною терапією.

Критерії включення: до участі в групі залучаються особи, які усвідомлюють проблему з мрійливістю та мають мотивацію до змін, а також достатній рівень готовності до групової роботи — здатність перебувати у групі без надмірної тривоги.

Критерії виключення: не рекомендовано включати до групи осіб з активною психотичною симптоматикою або вираженою суїцидальною ідеацією — такі стани потребують попередньої індивідуальної роботи.

Перед включенням до групи доцільно провести індивідуальну зустріч-знайомство (20 хвилин) для оцінки відповідності учасника зазначеним критеріям.

3.4.3. Тематичний план роботи групи

Нижче представлено орієнтовний тематичний план роботи групи, що складається з чотирьох основних блоків.

Блок 1. Знайомство та безпека (сесії 1–2). Перший блок спрямований на формування безпечного групового простору та встановлення базової довіри між учасниками. Ключові завдання: знайомство, проговорення правил, сетінгу; психоедукація про феномен ДМ (що нормалізує досвід та знижує сором); перше обережне відкриття власного досвіду мрійливості у безпечному просторі. Груповий ведучий задає атмосферу безоціночного прийняття та щирої цікавості. Структурований елемент: коротка інформаційна частина про природу ДМ, її поширеність та компенсаторну функцію.

Блок 2. Дослідження (сесії 3–5). Другий блок присвячений поглибленому дослідженню індивідуального досвіду мрійливості кожного учасника. Теми для дослідження: зміст і структура фантазійного світу; тригери та моменти найбільшої інтенсивності; функція мрійливості у житті кожного; зв'язок із самотністю, тривожністю та емоційним болем. У цьому блоці використовуються елементи гештальт-роботи: учасники можуть ввести

фрагменти своїх фантазій у груповий простір, досліджуючи їх у присутності та з підтримкою групи. Важливим груповим процесом є виявлення подібності в досвіді різних учасників, що сприяє формуванню відчуття приналежності та послаблює переживання ізоляції.

Блок 3. Трансформація (сесії 6–9). Третій блок є центральним з точки зору терапевтичних змін. Тематичні напрями: розвиток навичок емоційної регуляції (усвідомлення та толерування дистресу, альтернативні стратегії регуляції); робота зі страхом реального контакту ; практика реального контакту всередині групи — як простір для розвитку соціальних навичок; дослідження перешкод для побудови реальних стосунків (внутрішні переконання, страхи, поведінкові патерни). У цьому блоці відбувається активна групова динаміка — учасники вступають у реальний контакт один з одним, що забезпечує новий досвід.

Блок 4. Завершення та інтеграція (сесії 10–12). Заключний блок спрямований на закріплення набутих навичок та підготовку до завершення групи. Теми: підсумок пройденого шляху; відзначення змін; планування подальшого розвитку та підтримки; прощання з групою як досвід завершення. Завершення групи саме по собі є важливою терапевтичною подією — особливо для осіб, у яких незавершені стосунки є центральним аспектом ДМ. Усвідомлене, поступове та контейноване завершення є можливістю для нового досвіду — що стосунки можуть мати природний кінець, залишаючи після себе тепло та цінність, а не лише біль втрати.

3.4.4. Роль ведучого групи та особливості фасилітації

Ведучий групи для осіб з дезадаптивною мрійливістю має поєднувати декілька ролей: психоедуктора (у структурованих блоках), фасилітатора групового процесу та, у певних моментах, терапевтичного учасника, що привносить власну присутність та реакцію у груповий простір.

Особлива чутливість необхідна у моментах, коли учасники починають «іти» у фантазію прямо під час групи — що може виявлятися у втраті зорового контакту, дистанціюванні, легкому розгойдуванні або «завмиранні». Ведучий

може обережно повернути учасника у груповий простір: «Я помічаю, що зараз ти десь далеко. Чи можеш ти повернутися сюди і сказати нам, що відбувається?».

Ведучий також має бути готовим до того, що інтенсивний груповий процес може тимчасово посилювати тривогу та, відповідно, потребу у втечі до фантазії. Це нормальна частина терапевтичного процесу, і завдання ведучого — утримати безпечний простір, у якому учасники можуть переживати цю тривогу, не вдаючись до автоматичного уникнення.

Нарешті, при роботі в групі, де значна частина учасників може мати соціальну тривожність, ведучий має бути особливо уважним до темпу розкриття, рівня вимог до участі та необхідності поступового нарощування інтенсивності групового процесу.

Хоча запропонована програма має груповий формат, описані терапевтичні підходи, принципи та техніки (гештальт-інтервенції, практики усвідомленості, робота з тригерами та емоційною регуляцією) можуть бути адаптовані й для індивідуальної психотерапевтичної та консультативної роботи з особами з дезадаптивною мрійливістю.

Висновки до розділу 3

У третьому розділі було здійснено комплексний аналіз підходів до профілактики та психологічної корекції дезадаптивної мрійливості, а також розроблено практичні рекомендації для роботи з цим феноменом.

Було обгрунтовано важливість та багаторівневість профілактики ДМ. Визначено, що профілактична робота має реалізовуватися на первинному (підвищення психологічної грамотності), вторинному (скринінг груп ризику) та третинному (безпосередня корекція) рівнях. Доведено, що ключовим елементом на всіх етапах є психоедукація, яка допомагає знизити рівень сорому у клієнтів, нормалізує їхній досвід.

Також було проаналізовано наявні методи психологічної корекції дезадаптивної мрійливості. Встановлено, що через відсутність єдиного

стандартизованого протоколу найбільш ефективним є інтегративний підхід (поєднання КПТ, практик усвідомленості та мотиваційного інтерв'ювання). З урахуванням результатів нашого емпіричного дослідження визначено основні мішені терапії: розвиток навичок дистрес-толерантності, зниження соціальної тривожності та опрацювання переживання самотності.

Розкрито та теоретично обґрунтовано терапевтичний потенціал гештальт-підходу в роботі з ДМ. У межах цього напрямку ДМ розглянуто як специфічне порушення контакту та творче пристосування до несприятливих умов. Визначено, що терапевтична робота має фокусуватися на відновленні здатності клієнта до усвідомленого контакту з власними потребами та реальним середовищем (через техніки заземлення, роботи з тілом та дослідження тригерів).

Розроблено модель інтегративної групової психокорекційної програми, розрахованої на 10–12 сесій. Програма базується на поєднанні гештальт-терапії та mindfulness і складається з чотирьох логічних блоків: знайомство та формування безпеки, дослідження індивідуального досвіду, трансформація та завершення з інтеграцією. Доведено, що саме груповий формат має унікальний терапевтичний потенціал, оскільки надає особам із ДМ безпечний простір для подолання ізоляції та отримання досвіду прийняття й приналежності у реальних, а не уявних стосунках.

Практичне значення отриманих результатів полягає у тому, що вони можуть бути безпосередньо використані у роботі психологів-консультантів та психотерапевтів, що стикаються з феноменом дезадаптивної мрійливості у своїй практиці як у груповому, так і в індивідуальному форматі.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі здійснено комплексне теоретичне та емпіричне дослідження феномену дезадаптивної мрійливості та психологічних чинників, пов'язаних із її проявами у дорослих осіб. Це дозволило розкрити дезадаптивну мрійливість як багатовимірне психологічне явище, що поєднує елементи емоційного копінгу, міжособистісного уникання та порушень саморегуляції, а також визначити ключові чинники, які сприяють її формуванню та підтриманню.

У теоретичному розділі роботи було проаналізовано основні наукові підходи до вивчення дезадаптивної мрійливості, окреслено її відмінності від нормативної уяви та адаптивного фантазування, а також розглянуто сучасні концепції, що трактують ДМ як компульсивну, імерсивну форму внутрішньої активності. Особливу увагу приділено ролі емоційної регуляції, соціальної тривожності, самотності, травматичного досвіду у розвитку дезадаптивного фантазування.

Для проведення емпіричного дослідження було використано чотири стандартизовані методики: «Шкалу дезадаптивної мрійливості» (MDS-16), «Шкалу труднощів емоційної регуляції» (DERS), «Шкалу оцінки соціальної фобії» (SPIN) та «Шкалу суб'єктивного відчуття самотності» (UCLA). Вибірку склали 78 осіб віком від 18 до 55 років, з переважанням жінок (73,1%). Статистична обробка охопила кореляційний аналіз (коефіцієнт Спірмена), множинний лінійний регресійний аналіз.

Емпіричне дослідження підтвердило наявність статистично значущих зв'язків між показниками дезадаптивної мрійливості, суб'єктивним відчуттям самотності, соціальною тривожністю та труднощами емоційної регуляції. Найбільш виражені асоціації зафіксовано для компонентів «Потреба» та «Порушення», що свідчить про центральну роль емоційної дисрегуляції та міжособистісного дистресу у структурі дезадаптивного фантазування.

Результати регресійного аналізу дали змогу уточнити відносний внесок окремих психологічних чинників у формування різних аспектів дезадаптивної мрійливості. У межах регресійного аналізу встановлено, що труднощі контролю імпульсів та соціальна тривожність є провідними предикторами психологічної потреби у мрійливості та загальної інтенсивності дезадаптивного мріяння. Водночас суб'єктивне відчуття самотності відіграє ключову роль у формуванні негативних функціональних наслідків ДМ, визначаючи ступінь її впливу на повсякденне, соціальне та професійне функціонування особистості.

Аналіз змісту фантазій показав, що у вибірці домінують теми романтичних стосунків, досягнень та соціальної взаємодії. Виявлено, що фантазії соціального та романтичного змісту асоціюються з вищими рівнями дезадаптивної мрійливості, соціальної тривожності та самотності, що підтверджує компенсаторну функцію фантазування як способу ілюзорного задоволення фрустрованих потреб у близькості, визнанні та приналежності.

Окремий блок дослідження було присвячено аналізу взаємодії з чат-ботами та штучним інтелектом. Результати виявили двоїстий характер асоціацій: використання ШІ для обговорення фантазій пов'язане з більш вираженою потребою у мрійливості, тоді як вплив ШІ на бажання спілкуватися з людьми негативно асоціюється із самотністю. Це дозволяє припустити, що значення має не сам факт взаємодії з ШІ, а її функція в житті особистості.

У сучасному українському соціокультурному контексті, обтяженому наслідками війни, соціальною ізоляцією та хронічним стресом, проблема дезадаптивної мрійливості набуває особливої актуальності. Отримані результати підтверджують, що за умов тривалого міжособистісного та емоційного дистресу фантазування може трансформуватися з адаптивного ресурсу у дисфункціональну копінг-стратегію.

На основі теоретичного аналізу та отриманих емпіричних даних було запропоновано модель інтегративної групової психокорекційної програми, що поєднує гештальт-підхід та практики усвідомленості (mindfulness). Програма розрахована на 10–12 сесій і структурована у чотири послідовні блоки:

знайомство та формування безпеки, дослідження індивідуального досвіду мрійливості, трансформація (розвиток навичок емоційної регуляції та зниження соціальної тривожності) та завершення з інтеграцією набутого досвіду.

Практичне значення дослідження полягає у можливості використання отриманих результатів у психологічному консультуванні та психотерапії осіб із дезадаптивною мрійливістю. Зокрема, вони підкреслюють доцільність фокусування психокорекційної роботи на розвитку навичок емоційної регуляції, зниженні соціальної тривожності, опрацюванні переживання самотності та формуванні реальних соціальних зв'язків. Отримані дані можуть слугувати підґрунтям для подальших наукових досліджень дезадаптивної мрійливості в українському контексті та розробки інтегративних підходів до психологічної допомоги.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Балашевич, О. К., Гарагуля, А. І., Молотокас, А. А., Байер, О. О., & Курапов, А. О. (2024). Адаптація та психометрична оцінка опитувальника дезадаптивної мрійливості (MDS-16) на українській вибірці, Перспективи та інновації науки, 6(40), 609–629.
[https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-6\(40\)-609-629](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-6(40)-609-629)
2. Балашевич О. К., Молотокас А. А. Порівняльний аналіз дезадаптивної мрійливості та інших форм уяви. Габітус. 2024. Вип. 57. С. 327–331.
<https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.57.56>
3. Кулаєва, Т. В. (2023). Дисертація. Психологічні особливості переживання самотності в дорослому віці. Авторська адаптація методики Д. Рассела та М. Фергюсона «Шкала самотності» (UCLA Loneliness Scale).
<https://uacademic.info/ua/document/0824U000203>
4. Сак, Л. В., & Федотова, З. В. (2023). Крос-культурна адаптація та валідизація україномовної версії шкали труднощів емоційної регуляції DERS. ПСИХІАТРІЯ, НЕВРОЛОГІЯ ТА МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ.
<https://doi.org/10.26565/2312-5675-2023-21-05>
5. Український інститут когнітивно-поведінкової терапії. (2012). Шкала соціальної фобії (SPIN): україномовна адаптація.
<https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/SPIN-ШКАЛА-СОЦІАЛЬНО-І-ФОБІЇ.pdf>
6. Abu-Rayya, H. M., Somer, E., & Knane, H. (2020). Maladaptive Daydreaming Is Associated With Intensified Psychosocial Problems Experienced by Female Survivors of Childhood Sexual Abuse. Violence Against Women, 26(8), 825-837. <https://doi.org/10.1177/1077801219845532>
7. Abuthahir, R. F. (2023). Maladaptive daydreaming and social anxiety: Prevalence and the mediating role of emotional regulation [Master's thesis, United Arab Emirates University]. UAE University Scholarworks.
https://scholarworks.uaeu.ac.ae/all_theses/1131/

8. Aw, E., & Labrecque, L. I. (2020). Celebrity endorsement in social media contexts: Understanding the role of parasocial interactions and the need to belong. *The Journal of Consumer Marketing*, 37(7), 895–908.
<https://doi.org/10.1108/JCM-10-2019-3474>
9. Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Ellard, K. K., Sauer-Zavala, S., Bandalos, H., ... & Cassiello-Robbins, C. (2017). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders. *JAMA Psychiatry*, 74(9), 875–884. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>
10. Beckes, L. and Coan, J.A. (2011), Social Baseline Theory: The Role of Social Proximity in Emotion and Economy of Action. *Social and Personality Psychology Compass*, 5: 976-988.
<https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2011.00400.x>
11. Bigelsen, J., Lehrfeld, J. M., Jopp, D. S., & Somer, E. (2016). Maladaptive daydreaming: Evidence for an under-researched mental health issue. *Consciousness and cognition*, 42, 254-266.
<https://doi.org/10.1016/j.concog.2016.03.017>
12. Bigelsen, J., & Schupak, C. (2011). Compulsive fantasy: Proposed evidence of an under-reported syndrome through a systematic study of 90 self-identified non-normative fantasizers. *Consciousness and cognition*, 20(4), 1634-1648.
<https://doi.org/10.1016/j.concog.2011.08.013>
13. Braboszcz, C., & Delorme, A. (2011). Lost in thoughts: Neural markers of low attention during mind-wandering. *NeuroImage*, 54(4), 3040-3047.
<https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2010.10.008>
14. Brenner, R., Somer, E., & Abu-Rayya, H. M. (2022). Personality traits and maladaptive daydreaming: Fantasy functions and themes in a multi-country sample. *Personality and Individual Differences*, 184, <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111194>

- 15.Cacioppo, J. T., & Hawkley, L. C. (2009). Perceived social isolation and cognition. *Trends in Cognitive Sciences*, 13 (10), 447–454.
<https://doi.org/10.1016/j.tics.2009.06.005>
- 16.Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. Basic Books.
- 17.Chefetz, R. A., Soffer-Dudek, N., & Somer, E. (2023). When daydreaming becomes maladaptive: phenomenological and psychoanalytic perspectives. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 37(4), 319–338.
<https://doi.org/10.1080/02668734.2023.2246058>
- 18.Chirico, I., Volpato, E., Landi, G., Bassi, G., Mancinelli, E., Gagliardini, G., ... & Musetti, A. (2022). Maladaptive daydreaming and its relationship with psychopathological symptoms, emotion regulation, and problematic social networking sites use: A network analysis approach. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-17.
<https://doi.org/10.1007/s11469-022-00938-3>
- 19.Cicchetti, D., & Cohen, D. J. (2006). *Developmental psychopathology* (2nd ed.). John Wiley & Sons.
- 20.Connor, K. M., Davidson, J. R. T., Churchill, L. E., Sherwood, A., Foa, E., & Weisler, R. H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). *The British Journal of Psychiatry*, 176(4), 379–386.
<https://doi.org/10.1192/bjp.176.4.379>
- 21.Derrick, J. L., Gabriel, S., & Hugenberg, K. (2009). Social surrogacy: How favored television programs provide the experience of belonging. *Journal of Experimental Social Psychology*, 45(2), 352-362.
<https://doi.org/10.1016/j.jesp.2008.12.003>
- 22.Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2010). Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(1), 88–101.
<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.06.002>

23. Flickinger, F. C. (2024). Assessing the relationship between unmet belongingness needs and maladaptive daydreaming [Doctoral dissertation, Harvard University]. ProQuest Dissertations & Theses. <https://www.proquest.com/openview/e9b873e96afa902e72f4259f23dd5210/1>
24. Frick, E., Stigler, M., Georg, H., Fischer, N., Bumeder, I., & Pokorny, D. (2008). Tumor patients in psychodynamic psychotherapy including daydreaming: Can imagery enhance primary process and positive emotions? *Psychotherapy Research*, 18(4), 444–453. <https://doi.org/10.1080/10503300701832433>
25. Gabriel, S., Valenti, J., & Young, A. F. (2016). Social surrogates, social motivations, and everyday activities: The case for a strong, subtle, and sneaky social self. In J. M. Olson & M. P. Zanna (Eds.), *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 53, pp. 189–243). Elsevier Academic Press.
26. Gross, J. J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
27. Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1–26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
28. Hawkley, L. C., Thisted, R. A., & Cacioppo, J. T. (2009). Loneliness predicts reduced physical activity: Cross-sectional & longitudinal analyses. *Health Psychology*, 28(3), 354–363. <https://doi.org/10.1037/a0014400>
29. Herscu, O., Somer, E., Federman, A., & Soffer-Dudek, N. (2023). Mindfulness meditation and self-monitoring reduced maladaptive daydreaming symptoms: A randomized controlled trial of a brief self-guided web-based program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 91, 285–300. <https://doi.org/10.1037/ccp0000807>
30. Horton, D., & Wohl, R. (1956). Mass communication and parasocial interaction: Observation on intimacy at a distance. *Psychiatry*, 19, 215–229. <https://doi.org/10.1080/00332747.1956.11023049>

31. Jefferies P, Ungar M (2020) Social anxiety in young people: A prevalence study in seven countries. *PLOS ONE*, 15(9), e0239133. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239133>
32. Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Delacorte Press.
33. Kearns, S. M., & Creaven, A. M. (2017). Individual differences in positive and negative emotion regulation: Which strategies explain variability in loneliness? *Personality and Mental Health*, 11(1), 64–74. <https://doi.org/10.1002/pmh.1363>
34. Koyuncu, A., İnce, E., Ertekin, E., & Tükel, R. (2019). Comorbidity in social anxiety disorder: Diagnostic and therapeutic challenges. *Drugs in Context*, 8, 212573. <https://doi.org/10.7573/dic.212573>
35. Levy-Gigi, E., & Shamay-Tsoory, S. G. (2017). Help me if you can: Evaluating the effectiveness of interpersonal compared to intrapersonal emotion regulation in reducing distress. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 55, 28–35. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2016.11.004>
36. Lewin, K. (1951). *Field theory in social science: Selected theoretical papers*. Harper & Row.
37. Lim, M. H., Rodebaugh, T. L., Zyphur, M. J., & Gleeson, J. F. M. (2016). Loneliness over time: The crucial role of social anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(5), 620–630. <https://doi.org/10.1037/abn0000162>
38. Lukens, E. P., & McFarlane, W. R. (2004). Psychoeducation as evidence-based practice: Considerations for practice, research, and policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4(3), 205–225. <https://doi.org/10.1093/brief-treatment/mhh019>
39. Marcusson-Clavertz, D., West, M., Kjell, O. N. E., & Somer, E. (2019). A daily diary study on maladaptive daydreaming, mind wandering, and sleep disturbances. *PLoS ONE*, 14(11), e0225529. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225529>
40. Marroquín, B., Czamanski-cohen, J., Weihs, K. L., & Stanton, A. L. (2016). Implicit loneliness, emotion regulation, and depressive symptoms in breast

- cancer survivors. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(5), 832–844.
<https://doi.org/10.1007/s10865-016-9751-9>
41. Marroquín, B., & Nolen-hoeksema, S. (2015). Emotion regulation and depressive symptoms: Close relationships as social context and influence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 109(5), 836–855.
<https://doi.org/10.1037/pspi0000034>
42. Masi, C. M., Chen, H. Y., Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15(3), 219–266.
<https://doi.org/10.1177/1088868310377394>
43. Meltzer, H., Bebbington, P., Brugha, T., Jenkins, R., McManus, S., & Dennis, M. S. (2013). The relationship between loneliness, social anxiety and dejection in a sample of adults. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0515-8>
44. Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). Guilford Press.
45. Nadkarni, A., & Hofmann, S. G. (2012). Why do people use Facebook? *Personality and Individual Differences*, 52, 243–249.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.11.007>
46. Pentina, I., Hancock, T., & Xie, T. (2023). Exploring relationship development with social chatbots: A mixed-method study of replika. *Computers in Human Behavior*, 140, 107600. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2022.107600>
47. Perlman, D., & Peplau, L. A. (1981). Toward a social psychology of loneliness. *Personal Relationships*, 3(6), 31–55.
<https://peplau.psych.ucla.edu/wp-content/uploads/sites/141/2017/07/Perlman-Peplau-81.pdf>
48. Perls, F. H. R., & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy: Excitement and growth in the human personality*.
49. Perls, F. S., & Stevens, J. O. (1969). *Gestalt therapy verbatim*.

50. Pietkiewicz, I. J., Nęcki, S., Bańbura, A., & Tomalski, R. (2018). Maladaptive daydreaming as a new form of behavioral addiction. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.95>
51. Poerio, G. L., & Smallwood, J. (2016). Daydreaming to navigate the social world: What we know, what we do not know, and why it matters. <https://doi.org/10.1111/spc3.12288>
52. Polster, E., & Polster, M. (1974). *Gestalt therapy integrated: Contours of theory & practice* (Vol. 6). Vintage.
53. Ross, C. A., Ridgway, J., & George, N. (2020). Maladaptive daydreaming, dissociation, and the dissociative disorders. *Psychiatric Research and Clinical Practice*, 2(2), 53–61. <https://doi.org/10.1176/appi.prcp.20190050>
54. Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20–40. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_2
55. Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(3), 472–480. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.39.3.472>
56. Sándor, A., Bugán, A., Nagy, B., Bogdán, T., & Molnár, J. (2021). Attachment characteristics and emotion regulation difficulties among maladaptive and normal daydreamers. *Frontiers in Psychiatry*, 9, Article 194. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01546-5>
57. Schimmenti, A., Somer, E., & Regis, M. (2019). Maladaptive daydreaming: Towards a nosological definition. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2019.08.014>
58. Schupak, C., & Rosenthal, J. (2009). Excessive daydreaming: A case history and discussion of mind wandering and high fantasy proneness. *Consciousness and Cognition*, 18(1), 290–292. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2008.10.002>
59. Shanbhag, T., & Pothiyil, D. I. (2024). A cognitive approach to maladaptive daydreaming. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 46(6), 585–588. <https://doi.org/10.1177/02537176241236898>

60. Singer, J. L. (1975). *The Inner World of Daydreaming*. Harper & Row.
61. Soffer-Dudek, N., & Somer, E. (2018). Trapped in a daydream: Daily elevations in maladaptive daydreaming are associated with daily psychopathological symptoms. *Frontiers in Psychiatry*, 9, Article 194. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00194>
62. Soffer-Dudek, N., Somer, E., Spiegel, D., Loewenstein, R. J., Simeon, D., Reinders, A. A. T. S., ... & Şar, V. (2025). Maladaptive daydreaming should be included as a dissociative disorder in psychiatric manuals: Position paper. *The British Journal of Psychiatry*, 226, 238–242. <https://doi.org/10.1192/bjp.2024.279>
63. Soffer-Dudek, N., & Theodor-Katz, N. (2022). Maladaptive daydreaming: Epidemiological data on a newly identified syndrome. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 871041. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.871041>
64. Somer, E. (2002). Maladaptive Daydreaming: A Qualitative Inquiry. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1023/A:1020597026919>
65. Somer, E. (2018). Maladaptive daydreaming: Ontological analysis, treatment rationale; a pilot case report. *Frontiers in the Psychotherapy of Trauma and Dissociation*, 1(2), 1–22.
66. Somer, E., & Herscu, O. (2017). Childhood trauma, social anxiety, absorption and fantasy dependence: Two potential mediated pathways to maladaptive daydreaming. *Journal of Addictive Behaviors, Therapy & Rehabilitation*, 6(3), Article 1000170. <https://doi.org/10.4172/2324-9005.1000170>
67. Somer, E., Lehrfeld, J., Bigelsen, J., & Jopp, D. S. (2016). Development and validation of the Maladaptive Daydreaming Scale (MDS). *Consciousness and Cognition*, 39, 77–91. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2015.12.001>
68. Somer, E., Soffer-Dudek, N., & Ross, C. A. (2017a). The comorbidity of daydreaming disorder (maladaptive daydreaming). *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(7), 525–530. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000685>

69. Stevens, J. O. (1971). *Awareness: Exploring, experimenting, experiencing*. Real People Press.
70. West, M. J., & Somer, E. (2020). Empathy, emotion regulation, and creativity in immersive and maladaptive daydreaming. *Imagination, Cognition and Personality*, 39(4), 358–373. <https://doi.org/10.1177/0276236619864277>
71. Wheeler, L., Reis, H., & Nezlek, J. (1983). Loneliness, social interaction, and sex roles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45(4), 943–953. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.45.4.943>
72. Winnicott, D. W. (1953). Transitional objects and transitional phenomena; a study of the first not-me possession.
73. Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4th ed.). Basic Books.
74. Yeung, E.S., Sharpe, L. Cognitive Bias Modification for Social Anxiety: The Differential Impact of Modifying Attentional and/or Interpretation Bias. *Cogn Ther Res* 43, 781–791 (2019). <https://doi.org/10.1007/s10608-019-10012-3>
75. Yontef, G. M. (1993). *Awareness, dialogue & process: Essays on Gestalt therapy*. The Gestalt Journal Press.
76. Zinker, J. (1977). *Creative process in Gestalt therapy*. Brunner/Mazel.

ДОДАТКИ

Додаток А

Опитувальник «Деадаптивна мрійливість» (Maladaptive Daydreaming Scale-16, MDS-16) (E. Somer, J. Lehrfeld, J. Bigelsen, D. S. Jopp) в адаптації О. К. Балашевич, А. І. Гарагулі, А. А. Молотокас, О. О. Байєр та А. О. Курапова

Інструкція

У наступних питаннях ми часто використовуватимемо слово «мріяння» або однокореневі слова. Під мріянням ми розуміємо «надмірне, яскраве та активне фантазування».

Будь ласка, оцініть кожне твердження за шкалою від 0% до 100%.

0% — відповідає значенню «Ніколи», «Зовсім не було бажання», «Зовсім не заважає».

100% — відповідає значенню «Дуже часто», «Надзвичайно сильне бажання», «Дуже сильно заважає».

1. Наскільки музика активізує у вас процес мріяння?
2. Коли подія з реального життя переривала одну з ваших мрій, наскільки сильною була ваша потреба повернутися до цієї мрії якнайшвидше?
3. Наскільки часто ваші мріяння супроводжуються звуками чи мімікою (наприклад, сміхом, розмовами або промовлянням слів)?
4. Якщо ви не можете мріяти стільки, скільки зазвичай, через повсякденні обов'язки, наскільки вас засмучує ця нездатність?
5. Наскільки сильно ваше мріяння заважає вам виконувати основні повсякденні справи?
6. На даний момент, наскільки ви засмучені кількістю часу, який ви витрачаєте на мріяння?
7. Наскільки вам було важко залишатися сконцентрованим і довести важливу справу до кінця без мріяння?

8. Наскільки ваші мріяння заважають досягненню ваших життєвих цілей?
9. Наскільки важко Вам буває тримати свої мріяння під контролем?
10. Коли події реального світу переривають вашу мрію, наскільки сильним є ваше роздратування?
11. Наскільки мріяння заважають вашим професійним або особистим досягненням?
12. В якій мірі Ви б вважали за краще мріяти, ніж взаємодіяти з іншими людьми або займатися хобі?
13. Коли ви прокидаєтеся вранці, наскільки сильним є ваше бажання одразу почати мріяти?
14. Як часто ваші мріяння супроводжуються фізичними рухами (ходіння, розгойдування, розмахування руками)?
15. Коли ви мрієте, наскільки вас це заспокоює та/або приносить вам задоволення?
16. Якою мірою ваші мріяння залежать від прослуховування музики?

Обробка та інтерпретація за 4 факторами.

Для підрахунку результатів за субшкалами необхідно вирахувати середнє арифметичне балів (у відсотках) для відповідних питань.

Yearning (Потреба): 2, 4, 10, 12, 13, 15;

Impairment (Порушення): 5, 6, 7, 8, 9, 11;

Kinesthesia (Кінестезія): 3, 14;

Music (Музика): 1, 16;

Додаток Б

«Шкала труднощів емоційної регуляції» (Difficulties in Emotion Regulation Scale, DERS) (K. L. Gratz, L. Roemer) в адаптації Л. В. Сак та З. В. Федотової

Інструкція

Будь ласка, вкажіть, як часто наступні твердження стосуються вас, вказавши відповідний номер із шкали внизу на рядку біля кожного пункту.

- 1 - майже ніколи (0-10%);
- 2 - іноді (11-35%);
- 3 - близько половини часу (36-65%);
- 4 - більшу частину часу (66-90%);
- 5 - майже завжди (91-100%);

- 1) Я чітко розумію свої почуття.
- 2) Я звертаю увагу на те, що я відчуваю.
- 3) Я переживаю свої емоції як неконтрольовані.
- 4) Я поняття не маю, як я почуваюся.
- 5) Мені важко зрозуміти свої почуття.
- 6) Я уважний до своїх почуттів.
- 7) Я точно знаю, як я почуваюся.
- 8) Мені все одно, що я відчуваю.

Була виявлена помилка в адаптації під час аналізу, питання має звучати так: Мені важливо, що я відчуваю. Так як воно має бути перевернуто, згідно інструкції.

- 9) Мене бентежить те, що я відчуваю.
- 10) Коли я засмучений, я визнаю свої емоції.
- 11) Коли я засмучений, я злюсь на себе за те, що так почуваюся.
- 12) Коли я засмучений, мені стає соромно за те, що я так почуваюся.
- 13) Коли я засмучений, мені важко виконувати роботу.
- 14) Коли я засмучений, я виходжу з-під контролю.
- 15) Коли я засмучений, я вважаю що так буду почуватися

протягом тривалого часу.

- 16) Коли я засмучений, я вважаю себе дуже пригніченим.
- 17) Коли я засмучений, я вважаю, що мої почуття є справжніми та важливими.
- 18) Коли я засмучений, мені важко зосередитись на інших речах.
- 19) Коли я засмучений, я відчуваю себе неконтрольованим.
- 20) Коли я засмучений, я все ще можу щось зробити.
- 21) Коли я засмучений, мені стає соромно за те, що я так почуваюся.
- 22) Коли я засмучений, я знаю, що можу знайти спосіб
врешті почуватись краще.
- 23) Коли я засмучений, я відчуваю, що я слабкий.
- 24) Коли я засмучений, я відчуваю, що можу зберігати контроль
над своєю поведінкою.
- 25) Коли я засмучений, я відчуваю провину за те, що так
почуваюся.
- 26) Коли я засмучений, мені важко зосередитися.
- 27) Коли я засмучений, мені важко контролювати свою поведінку.
- 28) Коли я засмучений, я вважаю, що я нічого не можу зробити,
щоб почуватися краще.
- 29) Коли я засмучений, я злюся на себе, що так почуваюся.
- 30) Коли я засмучений, я починаю дуже погано почувати себе.
- 31) Коли я засмучений, я вважаю що занурюватися в смуток - це
все, що я можу зробити.
- 32) Коли я засмучений, я втрачаю контроль над своєю
поведінкою.
- 33) Коли я засмучений, мені важко думати про щось інше.
- 34) Коли я засмучений, я витрачаю час, щоб зрозуміти, що
я насправді відчуваю.
- 35) Коли я засмучений, мені потрібно багато часу, щоб
почувати себе краще.
- 36) Коли я засмучений, мої емоції здаються надзвичайними.

Пункти зі зворотною оцінкою (перед ними необхідно ставити знак віднімання) нумеруються: 1, 2, 6, 7, 8, 10, 17, 20, 22, 24 і 34.

Обчисліть загальний бал, склавши всі бали. Більш високі бали свідчать про більші проблеми з емоційною регуляцією.

Результат субшкали дає загальний бал, а також оцінку за шістьма під шкалами:

1. Неприйняття емоційних реакцій (НЕПРИЙНЯТТЯ): 11, 12, 21, 23, 25, 29
2. Труднощі із цілеспрямованої поведінкою (ЦІП): 13, 18, 20R, 26, 33
3. Труднощі з контролем імпульсів (ІМПУЛЬС): 3, 14, 19, 24R, 27, 32
4. Відсутність емоційного усвідомлення (УСВІДОМЛЕННЯ): 2R, 6R, 8R, 10R, 17R, 34R
5. Обмежений доступ до стратегій регулювання емоцій (СТРАТЕГІЇ): 15, 16, 22R, 28, 30, 31, 35, 36
6. Відсутність емоційної чіткості (ЧІТКІСТЬ): 1R, 4, 5, 7R, 9

Загальний бал: сума всіх під шкал

”R” вказує на пункт із зворотною оцінкою.

Додаток В

Методика Д. Рассела та М. Фергюсона «Шкала самотності» (UCLA Loneliness Scale) в авторській адаптації Т. В. Кулаєвої

Інструкція

Вам запропоновано ряд тверджень. Послідовно прочитайте кожне з них і оцініть з точки зору частоти їх прояву у вашому житті за допомогою відповідей «часто», «іноді», «рідко», «ніколи».

1. Я нещасливий, коли займаюся багатьма справами на самоті
2. Мені ні з ким поспілкуватися
3. Для мене нестерпно бути таким самотнім
4. Мені не вистачає спілкування
5. Я відчуваю, що ніхто не розуміє мене
6. Я часто чекаю на те, що знайомі або друзі подзвонять мені або напишуть
7. Немає такої людини, до якої я міг би звернутися
8. Я зараз не маю близької людини
9. Ті люди, що мене оточують, не поділяють мої думки та ідеї
10. Я відчуваю себе покинутим
11. Я не здатен розслабитися та спілкуватися з тими людьми, що мене оточують
12. Я почуваюся зовсім самотнім
13. Мої соціальні зв'язки і контакти поверхневі
14. Мені дуже не вистачає компанії
15. Ніхто не знає яким я є насправді
16. Я відчуваю, ніби мене ізолювано від інших людей
17. Я дуже нещасливий, відчуваючи, що я дійсно відторгнутий
18. Мені важко знаходити друзів
19. Я відчуваю, що я виключений із соціуму
20. Навколо мене є люди, але вони не зі мною

Підраховується кількість кожного із варіантів відповідей. Сума відповідей «Часто» множиться на 3 (три), «Іноді» - на 2 (два), «рідко» - на 1 (один), і «ніколи» - на 0 (нуль). Отримані результати додаються. Максимально можливий показник самотності - 60 (шістдесят) балів. Високий ступінь самотності показує сума від 40 до 60 балів, від 20 до 40 балів - середній рівень самотності, від 0 до 20 балів - низький рівень самотності.

Додаток Г

«Шкала оцінки соціальної фобії» (Social Phobia Inventory, SPIN) (К. М. Connor et al.) в адаптації Українського інституту когнітивно-поведінкової терапії

Інструкція

Нижче, поряд з кожним твердженням, поставте позначку у тій клітинці, яка найкраще описує як ви почувалися протягом останнього тижня або протягом іншого узгодженого періоду часу.

1. Я боюся впливових людей/керівництва
2. Мене турбує те, що я червонію на людях
3. Мене лякають вечірки та соціальні події
4. Я уникаю розмов з незнайомцями
5. Мене дуже лякає критика
6. Я уникаю діяльності та спілкування з людьми через страх і сором
7. Я соромлюся, що інші побачать, що я вкрився потом
8. Я уникаю вечірок
9. Я уникаю заходів, на яких я в центрі уваги
10. Мене лякають розмови з незнайомцями
11. Я уникаю виступів з промовами
12. Я зроблю все, щоб уникнути критики
13. Мене турбує прискорене серцебиття, коли я серед людей
14. Я боюся щось робити, коли люди можуть дивитись на мене
15. Понад усе я боюся осоромитись або виглядати по-дурному
16. Я уникаю розмов з впливовими людьми/керівництвом
17. Мене пригнічує тремтіння перед іншими людьми

Інтерпретація результатів шкали

- Менше 20 балів — Соціальна тривожність відсутня
- 20–29 балів — Легкий рівень тривоги

- 30–39 балів — Середній рівень тривоги
- 40–49 балів — Важкий рівень тривоги
- 50 балів і більше — Дуже важкий рівень тривоги