

Міністерство освіти і науки України  
Національний університет «Києво-Могилянська академія»  
Факультет охорони здоров'я, соціальної роботи та психології  
Кафедра психології та педагогіки

Рекомендовано до захисту

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2026 р.,

протокол No \_\_\_\_\_

Завідувач кафедри \_\_\_\_\_ (підпис)

**Кваліфікаційна робота**

на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти  
**ФЕНОМЕНОЛОГІЯ ДЕЗАДАПТИВНОЇ МРІЙЛИВОСТІ У ДОРΟΣЛИХ**

**Виконала:** студентка 5 курсу,  
освітньої програми «С4 Психологія»

Гарагуля Анна Ігорівна

**Науковий керівник** доктор психологічних наук, доцент

Чернобровкіна Віра Андріївна

**Рецензент** \_\_\_\_\_

(науковий ступінь, вчене звання, прізвище, ініціали)

Захищено « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2026 р.

кількість балів: \_\_\_\_\_

значення оцінки \_\_\_\_\_

**Голова Атестаційної комісії** \_\_\_\_\_

## АНОТАЦІЯ

до кваліфікаційної роботи

Гарагулі Анни Ігорівни

на тему

«Феноменологія дезадаптивної мрійливості у дорослих»

Науковий керівник: доктор психологічних наук, доцент Чернобровкіна

Віра Андріївна

Кваліфікаційна робота присвячена теоретичному обґрунтуванню та емпіричному дослідженню феноменології такого малодослідженого явища, як дезадаптивна мрійливість. Робота спирається на досвід і результати проведеного авторкою попереднього кількісного дослідження дезадаптивної мрійливості, яке було присвячене валідизації шкали MDS-16UA, спрямованої на діагностування цього явища і визначення його статистичної представленості серед дорослих українців, при цьому є першим якісним дослідженням дезадаптивної мрійливості на українській вибірці.

Дезадаптивна мрійливість — це надмірна фантазійна діяльність, яка перешкоджає академічному, міжособистісному чи професійному функціонуванню людини. У науковій літературі дезадаптивна мрійливість розглядається як поведінкова залежність і розлад дисоціації.

Ця кваліфікаційна робота описує проведення якісного феноменологічного дослідження із застосуванням рефлексивного тематичного аналізу на вибірці з 27 респондентів.

Перший розділ присвячений теоретичному аналізу ознак дезадаптивної мрійливості та формулюванню клінічного визначення цього феномена на основі наявних підходів. Теоретичний аналіз дозволив оцінити основні ознаки дезадаптивної мрійливості, серед яких: наявність уявних сюжетів та світів; імерсивність мріяння; важкість утримуватись від мріяння; значна витрата часу на мріяння; негативний вплив мріяння принаймні на одну із сфер життя; наявність кінестетичної активності під час мріяння; вплив музики на мріяння;

компульсивний характер мріяння та наявність сорому через власну мрійливість. Наразі науковці розглядають дезадаптивну мрійливість як поведінкову залежність або дисоціативний розлад.

У другому розділі описано методологію та дизайн дослідження, процедуру отримання якісних даних щодо феноменології дезадаптивної мрійливості, їх опрацювання та результати. Для глибинного розкриття феномена застосовано послідовний дизайн змішаних методів. Методологією для проведення якісного аналізу було обрано феноменологічний підхід. Для аналізу даних використовувався 6-фазний рефлексивний тематичний аналіз з індуктивною та семантичною орієнтацією. Кодування передбачало генерування семантичних кодів рядок за рядком (line-by-line coding) по всьому масиву даних. Отримані якісні дані було зіставлено з кількісними показниками респондентів за MDS-16UA. Було отримано низку результатів стосовно конвергентності / дивергентності якісних і кількісних оцінок феномена дезадаптивної мрійливості.

Проаналізовано негативний вплив дезадаптивної мрійливості на життя респондентів і виявлено, що мрійливість не завжди заважає респондентам із високим балом за шкалою MDS-16UA. Було також встановлено особливості появи дезадаптивної мрійливості в онтогенезі та її зв'язок із почуттям сорому і травматичним досвідом респондентів. Аналіз якісних даних показав наявність негативного впливу дезадаптивної мрійливості принаймні в одній із сфер життя (професійній, академічній, соціальній або особистісній), довільність процесу мріяння та значні витрати часу на нього.

Рефлексивний тематичний аналіз дозволив виокремити 6 тем: «Мріяння як свідомо ініційована паралельна діяльність», «Заміщення життєвого досвіду проживанням мрії», «Внутрішня напруга між усвідомленням проблематичності власного мріяння та безсиллям відмовитись від нього», «Мрійливість як глибоко інтегрований елемент самоідентифікації», «Сором і страх бути побаченими крізь призму власного мріяння» та «Двоїста організація життєвого простору: реальний світ і світ мрій».

У третьому розділі представлено аналіз особливостей роботи з людьми, які мають дезадаптивну мрійливість, і сформульовано практичні рекомендації щодо організації психологічної допомоги тим, хто має цей розлад. Обґрунтовано доцільність психодинамічної психотерапії як одного з перспективних підходів.

Ключові слова: *дезадаптивна мрійливість, мріяння, феноменологія дезадаптивної мрійливості, тематичний аналіз*

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	7-12
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ФЕНОМЕНА ДЕЗАДАПТИВНОЇ МРІЙЛИВОСТІ.....	13-50
1.1. Феномен дезадаптивної мрійливості у психології: ознаки і клінічне розуміння.....	13-19
1.2. Якісні і кількісні дослідження феномена дезадаптивної мрійливості.....	19-41
1.3. Теоретичний аналіз існуючих уявлень про феномен дезадаптивної мрійливості.....	41-48
Висновки до Розділу 1.....	49-50
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ФЕНОМЕНА ДЕЗАДАПТИВНОЇ МРІЙЛИВОСТІ.....	51-84
2.1. Методологія та дизайн дослідження феномена дезадаптивної мрійливості.....	51-61
2.2. Процедура якісного та кількісного аналізу феномена дезадаптивної мрійливості.....	61-68
2.3. Результати якісного та кількісного аналізу феномена дезадаптивної мрійливості.....	68-79
Висновки до Розділу 2.....	80-84
РОЗДІЛ 3. ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ЛЮДЬМ, ЯКІ МАЮТЬ СХИЛЬНІСТЬ ДО ДЕЗАДАПТИВНОЇ МРІЙЛИВОСТІ.....	85-117
3.1. Особливості психологічної роботи з людьми, які мають дезадаптивну мрійливість.....	85-88
3.2. Теоретичний аналіз запропонованих і описаних в наукових роботах методів психологічної роботи з пацієнтами, які мають дезадаптивну мрійливість.....	88-110
3.3. Практичні рекомендації щодо організації психологічної допомоги людям, які мають дезадаптивну мрійливість.....	110-115
Висновки до Розділу 3.....	116-117

ВИСНОВКИ.....	118-122
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	123-138
ДОДАТКИ.....	139-155

## ВСТУП

**Обґрунтування актуальності дослідження.** Мріяння (daydreaming) є когнітивним процесом, притаманним кожній людині. За визначенням Дж. Сінгера, визначної фігури у цій сфері наукового знання, мріяння є перенесенням уваги від поточного фізичного або розумового завдання чи від перцептивної реакції на зовнішній подразник до реакції на внутрішній стимул (Singer, 1966). Ми впевнені, що приклади цього процесу знайомі переважній більшості людей як спонтанне звернення до якоїсь думки, яка не стосується тієї справи, якою людина займається в даний момент, неочікувана згадка про щось або пригадування минулих подій.

Наша наукова робота присвячена дезадаптивній формі мріяння, а саме *дезадаптивній мрійливості* (maladaptive daydreaming). Дезадаптивна мрійливість — це надмірна фантазійна діяльність, яка замінює взаємодію з людьми та/або заважає академічному, міжособистісному чи професійному функціонуванню. Науковці, які досліджують цей феномен, стверджують, що дезадаптивна мрійливість є психічним розладом, обґрунтовуючи свою позицію результатами досліджень на різних вибірках із різними культурними особливостями. У наукових працях також зазначається, що дезадаптивна мрійливість може бути ще не виокремленим дисоціативним розладом, в основі якого можуть бути поведінкова залежність, порушення механізмів копінгу, розлади особистості та психіатричні розлади. Незважаючи на це, дезадаптивна мрійливість не включена до класифікаторів хвороб у DSM-5 або МКХ-11/10. Це пов'язано з недостатнім вивченням етіології та феноменології дезадаптивної мрійливості.

В українській науковій літературі станом на момент написання цієї роботи існує щонайбільше 10 наукових досліджень дезадаптивної мрійливості, включно з тими, що не були рецензовані (дипломні роботи). Жодне з них не надає точних знань щодо проявів феномена дезадаптивної мрійливості в українському контексті. Проте, вони надали розуміння того, що цей феномен присутній серед українців і є більш поширеним, ніж ми очікували.

У 2022 році було розпочато наше дослідження, метою якого стала адаптація українською мовою і психометрична оцінка надійності та валідності інструменту Maladaptive Daydreaming Scale-16 (MDS-16) для оцінки частоти та інтенсивності проявів дезадаптивного мріяння. На той момент виявити наявність в Україні людей із дезадаптивною мрійливістю було неможливо в інший спосіб. У процесі адаптації опитувальника дослідники виявили, що проблематика дезадаптивної мрійливості в Україні є актуальною, що стало поштовхом для цієї наукової роботи. На нашу думку, кількісні показники попередніх досліджень не розкривають повною мірою прояви дезадаптивної мрійливості і не описують ті труднощі, з якими зіштовхуються люди з цим розладом, а результати якісних досліджень, які були проведені науковцями в інших країнах можуть втрачати свою релевантність через різницю у культурних особливостях та методи формування вибірки.

Отже, недостатнє вивчення дезадаптивної мрійливості в Україні та необхідність розуміння її проявів роблять обрану проблематику дослідження актуальною.

**Мета нашої роботи:** теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити прояви дезадаптивної мрійливості у дорослих в Україні, які мають схильність до дезадаптивної мрійливості.

Згідно з метою дослідження, було сформовано такі **завдання:**

- 1) провести аналіз ознак дезадаптивної мрійливості і надати клінічне визначення цього феномена на основі наявних підходів;
- 2) емпірично дослідити феномен дезадаптивної мрійливості із застосуванням методології якісних та кількісних досліджень;
- 3) виявити особливості роботи з людьми, які мають дезадаптивну мрійливість, і розробити практичні рекомендації щодо організації психологічної допомоги тим, хто має цей розлад.

**Об'єкт дослідження:** феномен дезадаптивної мрійливості.

**Предмет дослідження:** прояви дезадаптивної мрійливості у дорослих в Україні.

В основу дослідження покладені такі *концептуальні гіпотези*:

1. Деякі прояви дезадаптивної мрійливості серед дорослих українців будуть співпадати з проявами дезадаптивної мрійливості серед респондентів іноземних досліджень цієї проблематики, а саме — негативний вплив дезадаптивної мрійливості принаймні в одній із сфер життя респондента (професійній, академічній, соціальній або особистісній); визнання респондентами дезадаптивної мрійливості як такого процесу, на який вони витрачають багато часу; опис мріяння як цілеспрямованої діяльності.
2. Якісні інтерв'ю з респондентами, які мають високі показники за українською версією шкали Maladaptive Daydreaming Scale-16 (MDS-16UA), можуть надати валідні дані щодо проявів дезадаптивної мрійливості.
3. Існують прояви дезадаптивної мрійливості, ще не описані в інших дослідженнях.

*Емпіричні гіпотези:*

1. Негативний вплив дезадаптивної мрійливості на своє життя відзначатимуть ті респонденти, які мають найбільший показник за результатами оцінки за шкалою MDS-16UA. Чим ближче показник за результатами оцінки за шкалою MDS-16UA до граничного бала, тим менше проявів дезадаптивної мрійливості респонденти будуть зазначати.
2. Респонденти, які мають прояви дезадаптивної мрійливості, зазначатимуть, що мріють з дитинства або з раннього підліткового віку.
3. Серед тем, які будуть зустрічатися в розповідях респондентів, буде наявність сорому через мріяння.
4. Серед тем, які будуть зустрічатися у розповідях респондентів, буде наявність травматичних подій у дитинстві чи ранньому підлітковому віці.

*Методи дослідження.* З метою дослідження феномена дезадаптивної мрійливості серед дорослих українців нами було використано методи теоретичного аналізу наукової літератури за темою дослідження та результатів проведених раніше досліджень, систематизації матеріалу та узагальнення

даних. З використанням організаційних методів нами було проведено анкетування для виявлення інтенсивності проявів дезадаптивної мрійливості із подальшим інтерв'юванням тих респондентів, чії результати підпадають під критерії нашого дослідження за віком та іншими показниками.

Для перевірки гіпотез дослідження нами було застосовано змішаний метод емпіричного дослідження, спрямований на глибоке вивчення та опис суб'єктивного досвіду респондентів. Дослідження побудоване як стратегія послідовного збору даних із застосуванням психодіагностичних засобів тестування та напівструктурованого інтерв'ю. Тестування було використане для первинного збору даних, скринінгу та формування вибірки, яке включало українську версію опитувальника Maladaptive Daydreaming Scale-16 (MDS-16UA) (Balashevych et al., in press; Somer et al., 2017). Напівструктуроване інтерв'ю, розроблене для цього дослідження, було основним інструментом збору даних, який дозволив респондентам максимально повно розкрити власні сенси та переживання щодо дезадаптивної мрійливості.

Процедура обробки включала попереднє транскрибування інтерв'ю для отримання дослівного перекладу аудіозаписів інтерв'ю у текстовий формат для подальшого аналізу. Наступним кроком було проведення тематичного аналізу, що включало кодування для виділення смислових одиниць (кодів) у текстах інтерв'ю та категоризацію для порівняння кодів між собою, пошук повторюваних патернів та об'єднання їх у тематичні блоки (теми). Дескриптивна статистика була застосована для опису та аналізу результатів опитування за шкалою Maladaptive Daydreaming Scale-16 (MDS-16UA). Кореляційний аналіз даних було проведено для перевірки першої емпіричної гіпотези. Узагальнення результатів було здійснено з використанням інтерпретаційних методів (класифікація та узагальнення емпіричних даних), що включало нарративний опис виявлених тем і пряме цитування для підтвердження основних тез дослідження.

*Методологічну й теоретичну основу роботи* складають теоретичні відомості про феномен дезадаптивної мрійливості (наукові статті Е. Сомера,

Н. Соффер-Дудек, Дж. Бігельсен, К. Росса та інших); теоретичні дані та емпіричні дослідження феноменів мріяння, фантазування та блукання думок (наукові роботи Дж. Сінгера, Е. Клінгера, Л. Джембри, Т. Барбера, Ш. Вілсон, С. Старкера, Дж. Ру, С. Лінна, М. Кілінгсворта, С. Голда та інших); результати емпіричних досліджень Х. Абу-Райї, Дж. Бігельсен, С. Шупак, Е. Сомера, І. П'єткевича, С. Шупак, Т. Хедерлі, Д. Йопп, А. Кандегера, А. Мусетті, А. Новацкі, А. Шандор, А. Шименті, Н. Соффер-Дудек, Н. Теодора-Катца та інших; дослідження дисоціативних розладів (Н. Соффер-Дудек, Ф. Путнама, К. Росса, С. Лінна, Дж. Ру та інших).

***Наукова новизна дослідження.***

Наша наукова робота вперше описує результати феноменологічного аналізу дезадаптивної мрійливості серед українців. Ці дані дозволяють оцінити потенційні прояви та симптоматику дезадаптивної мрійливості, сприяючи клінічному опису цього розладу та його виокремленню серед інших потенційних станів.

***Теоретична значущість*** роботи полягає у розширенні теоретичних відомостей про феномен дезадаптивної мрійливості. Це зможе становити теоретико-методологічну основу для подальших досліджень у галузі цієї проблематики та сприяти переосмисленню підходів до оцінки наявності дезадаптивної мрійливості.

***Практична значущість роботи.*** Отримані результати можуть бути використані для подальшого вивчення феномена дезадаптивної мрійливості в Україні та світі. Вони можуть слугувати практичними рекомендаціями для психологів, психотерапевтів та психіатрів як у роботі із людьми, які свідомі наявності у них дезадаптивної мрійливості, так і у диференціації дезадаптивної мрійливості за наявності інших симптомів чи станів. Особливо значущою ця робота може стати для дослідників, які розроблятимуть методики для подальшого вивчення дезадаптивної мрійливості.

Результати емпіричного аналізу, представлені у цій кваліфікаційній роботі, не є остаточними й відображають проміжний етап наукового пошуку.

Зазначена розвідка є інтегральною складовою частиною масштабнішого комплексного теоретико-емпіричного проєкту, спрямованого на всебічне вивчення феноменології дезадаптивної мрійливості. Як цей етап дослідження, так і загальний проєкт передбачають одноосібну обробку даних.

Наразі триває активна стадія якісної обробки емпіричних даних, зокрема триває рефлексивний тематичний аналіз: здійснюється кодування текстових фрагментів для визначення провідної тематики змісту мрій респондентів, вивчення впливу дезадаптивного мріяння на сон, а також концептуалізацію специфіки мрій із негативним змістом. Отримані проміжні дані вже дозволяють глибше диференціювати компоненти досліджуваного явища, а фінальні результати комплексної роботи будуть висвітлені у запланованій науковій статті, що окреслить подальший вектор вивчення цього феномена.

**Публікації:** Дана проблематика була висвітлена нами у науковій тезі під назвою «Попередні результати якісного дослідження дезадаптивної «Попередні результати якісного дослідження дезадаптивної мрійливості серед українців: практичне значення для психологічної практики» у збірці «Практична психологія у сучасному вимірі: XVII Міжнародна науково-практична конференція студентів, аспірантів та науковців: тези доповідей», Дніпро, 21 квітня 2026 р. [Електронне видання]. – Дніпро: Університет імені Альфреда Нобеля, 2026. – 351 с.; стр. 80-83.

**Структура і обсяг роботи.** Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаної літератури, який налічує 133 джерела, ілюстрована 1 рисунком та 2 таблицями і має 7 додатків. Загальний обсяг роботи — 155 сторінок.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ФЕНОМЕНА ДЕЗАДАПТИВНОЇ МРІЙЛИВОСТІ

#### 1.1. Феномен дезадаптивної мрійливості у психології: ознаки і клінічне розуміння

Процес мріяння (daydreaming) є важливою складовою функціонування кожної людини. За визначенням сучасних досліджень (Poerio & Smallwood, 2016), мріяння є внутрішнім психічним процесом, який не залежить від зовнішніх стимулів і може бути ніяк не пов'язаним із завданнями людини. Зміст мріяння не включає обробку даних щодо безпосереднього оточення людини і може стосуватися будь-яких тем, навіть таких, які можуть здаватися неактуальними для функціонування в момент, коли цей процес ініціюється. Втім, мріяння не є пасивним процесом і характеризується зміщенням уваги з якоїсь основної фізичної або розумової задачі у напрямку послідовності особистих реакцій, що розгортаються у відповідь на внутрішні стимули. У науковій літературі можна зустріти порівняння мріяння з блуканням думок або зі спонтанними думками, які, на нашу думку, є лише двома з можливих форм мріяння.

За оцінками одного з проведених досліджень (Killingsworth & Gilbert, 2010), людина проводить у мріянні від 30% до 50% часу, коли не спить. Е. Клінгер (Klinger, 1971) розумів під мріянням відображення «поточних турбот» індивіда, завдяки якому людина переробляє, співставляє, а іноді й реорганізовує інформацію. На його думку, мріяння слугує каналом для виконання підготовчої роботи між надзвичайними ситуаціями. Його теорія цілком збігається з думкою сучасних дослідників, які описують мріяння як «режим за замовчуванням» мозку людини (Mason et al., 2007).

Дж. Сінгер, досліджуючи тему мріяння, визначив, що існує три стилі і патерни мріяння, а саме позитивне конструктивне мріяння (креативні, веселі думки або такі, які стосуються обмірковування планів), мріяння провинно-дисфоричне (guilty-disphoric), яке містить обсесивні фантазії, та

слабкий контроль уваги (слабка концентрація на зовнішніх задачах або думках) (Singer, 1975).

Оскільки термін «daydreaming» і поняття, яке за ним стоїть, є визначальними для нашої наукової роботи, ми усвідомлюємо необхідність детальнішого опису процесу, який він охоплює. Слово «daydreaming» не має свого еквівалента в українській мові, що створює певні труднощі як під час проведення досліджень щодо нашої проблематики, так і під час опису їхніх результатів. Якщо перекласти дослівно, то «daydreaming» — це «денні мрії» або ж навіть «денні сновидіння», але такі варіанти перекладу не є органічними для української мови. В англійській мові цей термін використовується для означення будь-якої когнітивної активності, яка не націлена на поточне виконання задач і відбувається, коли людина перебуває у притомному стані. В українській науковій літературі перші згадки про феномен дезадаптивної мрійливості, як і сам термін, з'явилися у 2023 році (Гарагуля, 2023). Вибір такого перекладу термінології був пов'язаний із його потенційно легшою впізнаваністю для українців, але навряд чи його можна назвати ідеальним. З іншого боку, коли ми розпочинали дослідження щодо дезадаптивної мрійливості, ми ще не володіли тими знаннями, які у нас є зараз, щоб розглянути інші опції для термінологічного позначення цього феномена. На нашу думку, надання назв явищам і їх усвідомлення є взаємопов'язаними, тому вважаємо, що надаючи означення процесам мріяння, ми сприяємо їх глибинному переосмисленню в нашій культурі.

Проблематика процесу мріяння і мрійливості досліджується вже понад 50 років, однак і сьогодні вона залишається актуальною. Е. Клінгер казав, що, оскільки зміст мріяння зазвичай є безцільним, він постійно нагадує про інші турботи, крім тих, над якими людина працює, але які їй потрібно мати на увазі (Klinger, 2009). За його висновками, мріяння несе важливе навантаження самоорганізації в загальній «адаптивній місії індивіда». Л. Джембра, вивчаючи висновки своїх колег (Giambra, 1974), зазначав, що для чіткого розуміння процесу мріяння не вистачає відомих змінних, а саме частоти, змісту, часових

меж та обставин, що спричиняють мрійливість у ранньому, середньому та пізньому дорослому віці.

У своїй статті 2009 року Е. Клінгер зазначав, що в основному люди інтуїтивно розуміють значення мріяння та фантазування (Klinger, 2009). Ми можемо запропонувати кілька прикладів, які можуть бути найбільш впізнаваними. Наприклад, відволікання від книги у процесі її читання, що призводить до перерачитування однієї і тієї ж сторінки повторно, обмірковування того, що одягти наступного дня і як людина буде в цьому виглядати, уявлення себе у ролі хороброго воїна, спритного спортсмена, фантазії про романтичні стосунки чи подорожі.

Однак незважаючи на те, що ми здатні впізнавати ці когнітивні процеси, для психологічної науки як мріяння, так і фантазування є складними конструктами, які не тільки недостатньо пояснені, а й часто не вивчаються як окремі процеси, якими вони насправді є. На думку З. Фрейда, мріяння є психічною діяльністю, яка є відходом від реальності або у формі уявлення здійснення бажань, які, можливо, ніколи не здійсняться, або у вигляді уявлення про себе чи інших як таких, які діють у спосіб, який нереалістично порушує соціальні норми чи фізичні закони природи (Freud, 1908/1953). Таке визначення, на думку Е. Клінгера, дійсно тісно межує з фантазуванням. Дж. Сінгер розглядав мріяння як обміркування (або будь-який інший психічний зміст), не пов'язаний із поточною діяльністю людини (Singer, 1966, 1975). Сам Е. Клінгер визначав мріяння як ненавмисний психічний зміст, який не є ані робочим, ані інструментальним, що спонтанно і неочікувано спадає на думку. Науковець включає сюди блукання думок, спонтанні думки, а також, що є найбільш цікавим, такі думки, які виникають у людини, коли вона вирішує помріяти про щось (наприклад, про приємну подорож), а потім дозволяє своїм думкам безцільно блукати (Klinger, 2009). Останній приклад, на нашу думку, не відповідає початковому визначенню науковця.

Термін «блукання думок» використовується для позначення утворення думок або образів, які не пов'язані з оточенням і поточним завданням людини

(Kandeger et al., 2024; Chaieb et al., 2022). Вони відволікають увагу людини та можуть переходити у надмірне блукання думок, яке не є окремим розладом, але часто є компонентом інших розладів, таких як розлад дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ). Блукання думок, на думку науковців, включає в себе румінацію (Chaieb et al., 2022). Румінація — це повторювана та надмірна зосередженість людини на негативних думках, часто пов'язаних із минулими подіями або уявними невдачами. Вона передбачає зациклення на власних проблемах, їх повторення в голові та потрапляння в цикл непродуктивного мислення (Mowlem et al., 2019).

Е. Клінгер також зазначає, що існують два перехресні типи (класи) думок, які загальноновизнано вважаються мріями: а) думки, що є переважно неспрямованими (тобто спонтанні, реактивні думки, такі як блукання думок); б) думки, що є принаймні частково фантазійними (Klinger, 2009). Цікаво, що за даними дослідження (Klinger, 2009) внутрішні монологи також були частиною більшості зразків думок, причому 74% з них містили певний ступінь розмови із самим собою. Близько 20% зразків думок можна вважати «фантастичними» в тому сенсі, що вони суттєво відхилялися від фізичної або соціальної реальності. Еволюційна функція поточних турбот, на думку Е. Клінгера, полягає в тому, щоб утримувати організми на шляху до їхніх цілей. Результатом є цілеспрямовані дії, а за відсутності дій — цілеспрямовані мрії, сновидіння та інші думки. На нашу думку, це є важливим аспектом мріяння, який ми маємо на меті дослідити під час аналізу дезадаптивної мрійливості.

Дезадаптивна мрійливість — це надмірна фантазійна діяльність, що замінює людині живе спілкування та/або перешкоджає академічній, міжособистісній або професійній діяльності (Somer, 2002). В зарубіжній літературі феномен дезадаптивної мрійливості має назву *Maladaptive Daydreaming (MD)* та прицільно досліджується з 2002 року. Цей термін був введений клінічним психологом з Ізраїлю, професором Е. Сомером. Його наукові статті та просвітницька діяльність щодо вивчення цього феномена надали поштовх науковцям з різних країн реалізувати наукові дослідження

феномена дезадаптивної мрійливості у своїх власних культурних контекстах (Балашевич та ін., 2024; Abu-Rayya et al., 2019; Anwar et al., 2018; Balestra, 2019; Breuer et al., 2025; Catelan et al., 2023; Jopp et al., 2018; Kandeğer et al., 2026; Mansuklal et al., 2023; Pietkiewicz et al., 2023; Sándor et al., 2020; Schimmenti et al., 2020).

Термін «дезадаптивна мрійливість» з'явився відносно нещодавно, але сам феномен, вочевидь, проявлявся у людей задовго до цього. У художній літературі було виявлено 20 робіт, що містять описи проявів дезадаптивної мрійливості, перші з яких датуються 1600 роком (Somer & Iyer, 2026). У межах психологічних досліджень перші наукові описи дезадаптивної мрійливості з'явилися ще у 60–70-х роках.

Перші описи дезадаптивної мрійливості представили Вілсон та Барбер (Wilson & Barber, 1981) у дослідженнях осіб, які легко піддаються гіпнозу. У них дослідники описали наявність феномена (дезадаптивної мрійливості) як здатність «визначити тему та розгорнути уявний сценарій, що має деякі риси сну та деякі риси кінофільму» (Wilson & Barber, 1983). Цю групу завзятих мрійників Вілсон та Барбер виявили випадково і згодом охарактеризували як «особистостей, схильних до фантазування» (*fantasy-prone personalities*). Було описано (Wilson & Barber, 1981), що ці особи мали спільну схильність «проводити більшу частину часу у світі, створеному ними самими — у світі образів, уяви та фантазії». Вілсон та Барбер вважали, що люди з такою схильністю до мрійливості, як правило, добре адаптовані. Широку підтримку їхньої концепції щодо адаптованості забезпечили Лінн та Ру (Lynn & Rhue, 1987), які доводили, що основним шляхом розвитку надзвичайної схильності до фантазій у зрілому віці було заохочення до фантазування з боку значущої дорослої особи. Проте іншим шляхом до схильності до надмірної мрійливості, який вони запропонували, було «фантазування як спосіб подолання самотності або ізоляції та втечі від неприємного оточення». Звертаючись до гіпотези Дж. Р. Хілгарда про те, що піддавання гіпнозу пов'язане з історією фізичних покарань, професор Сомер (Somer, 2002) зазначає, що досвід залучення уяви

дійсно пов'язаний із досвідом перебування у неприємному середовищі в дитинстві, включно із жорстоким фізичним та сексуальним насильством, аргументуючи це проведеними раніше дослідженнями (Rhue & Lynn, 1987; Rhue et al., 1990; Wilson & Barber, 1981). У своїх дослідженнях Ру та ін. (Rhue et al., 1990) та Ройценбергер та Лінн (Rauschenberger & Lynn, 1995) оцінювали частоту схильності до фантазування у неклінічних вибірках від 4% до 6%, а серед осіб з історією насильства в дитинстві — від 9% до 14%. Дві третини схильної до фантазій неклінічної вибірки Ройценбергер та Лінн відповідали критеріям діагнозів осі I за DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987), а також були значно більш схильні до депресії, ніж ті респонденти, які не мали вираженої мрійливості. Дослідження Голда та ін. (Gold et al., 1986), результати якого узгоджуються з теорією Голда та Майнора (Gold & Minor, 1983) та С. Старкера (Starker, 1982) вказують на те, що мрійливість у осіб, що перебувають у стресовому стані, слугує частиною циклу негативного зворотного зв'язку. Науковці дійшли висновку, що психологічно здорові особи використовують свої мрії таким чином, що це підсилює їхні позитивні відчуття щодо себе, тоді як люди, що перебувають у стресовому стані, інтерпретують свої мрії як ще одну ознаку слабкості чи неадекватності.

Однак з моменту першого опису дезадаптивної мрійливості вже пройшло 24 роки, за які знання щодо цього феномена значно розширилися. Дезадаптивна мрійливість сьогодні розглядається як розлад, який має свою визначену симптоматику. Критерії та опис симптомів, які можуть точно вказувати на наявність цього розладу, включають часту та повторювану яскраву і насичену фантазійну активність, що призводить до інтенсивного занурення (поглинання) та має візуальні, слухові або емоційні складові. Таке мріяння не має бути зумовлене ефектами прийому наркотичних речовин, ліків або алкоголю, а також не має стосуватись інших медичних станів, які впливають на когнітивні здібності людини (наприклад, деменції) і не може бути краще пояснене розладами аутистичного спектру, розладом дефіциту уваги та гіперактивності, розладами шизофренічного спектру, біполярним розладом I типу,

обсесивно-компульсивними та пов'язаними з ними розладами, дисоціативним розладом ідентичності та органічними розладами. Крім того, ця активність має спричиняти дистрес або призводити до порушень в соціальній, професійній чи інших важливих сферах функціонування людини.

Наразі відомо, що мріяння, яке є насиченим і захопливим, може бути цілком адаптивним (Bigelsen et al., 2016), саме тому описані вище критерії є необхідною умовою для того, щоб відрізнити ці поняття. Основні критерії також можуть бути доповнені впливом музики чи рухової активності на процес мріяння, бажанням мріяти у стресогенних ситуаціях або коли людина відчуває нудьгу, посиленням мріяння під час перебування на самоті, роздратованістю, коли не вдається мріяти або цей процес переривають, вибором цієї активності замість інших справ, а також невдалими спробами контролювати, зменшити або припинити мріяти.

## 1.2. Якісні і кількісні дослідження феномена дезадаптивної мрійливості

У 2002 році було проведено перше дослідження феномена дезадаптивної мрійливості, у якому Е. Сомер вперше описав це явище окремо та ввів термін «Maladaptive Daydreaming» (Somer, 2002). Це було якісне дослідження, в межах якого Е. Сомер ставив за мету вивчити природу дезадаптивної мрійливості та переживання людей, які можуть мати цей розлад.

Оскільки упродовж багатьох років до проведення цього дослідження Е. Сомер, як клінічний психолог і психотерапевт, мав досвід роботи з людьми, які пережили травму та травматичні події, то перші респонденти були виявлені ним саме в межах його клінічної практики. Таких пацієнтів було шестеро (три чоловіки та три жінки). Четверо з них мали діагноз дисоціативного розладу, інші двоє — нарцисичного розладу особистості. Вік респондентів становив від 24 до 35 років на момент проведення дослідження. П'ятеро респондентів пережили одну або більше несприятливих подій у дитинстві, серед яких були спостереження за жорстокими конфліктами між батьками, зазнавання емоційного нехтування, а також психологічного, фізичного або сексуального

насилюства. Деякі респонденти пережили кілька із вищезазначених несприятливих подій, і лише один респондент не згадується в цьому контексті. Відомо, що всі респонденти були самотніми дітьми. Окрім одного респондента, який мав на момент проведення дослідження одного друга тієї ж статі, всі респонденти й далі залишалися самотніми у вже дорослому віці. Вони не мали ані друзів, ані романтичних партнерів.

Четверо респондентів мали високі показники схильності до мрійливості. Один респондент продемонстрував середній результат, а одна респондентка на момент участі у дослідженні мала дезадаптивну мрійливість у ремісії. Інтерв'ю з нею стосувалося десятиліть тяжкої дезадаптивної мрійливості, яка поступово зникла за рік до проведення дослідження. Дезадаптивна мрійливість, за словами дослідника, асоціювалася з дуже слабкою міжособистісною взаємодією та тривожним уникненням близькості в усіх респондентів. У двох респондентів також були серйозні погіршення в навчанні через мрійливість, а у п'яти — незадовільна працездатність.

За результатами аналізу дослівних транскрипцій розмов із респондентами було виокремлено дев'ять тем, об'єднаних у три категорії — «Функції», «Теми» та «Динаміка».

Отже, серед функцій дезадаптивної мрійливості були дві основні: «відволікання від стресу та болю за допомогою поліпшення настрою і фантазій про здійснення мрій» і «товариськість, близькість та заспокоєння». Усі респонденти стверджували, що важлива функція їхніх мрій має два аспекти: «відключення» від болю, який їм приносить життя, та магічне перетворення нещастя на бажаний досвід. Чотири респонденти розповіли, як дезадаптивна мрійливість допомогла їм створити уявне безпечне, дружнє і часто любляче оточення, в якому вони знаходили таке необхідне їм заспокоєння. Один із респондентів розповів, як уявна подруга іноді супроводжує його. Він повідомив, що іноді, коли дивиться фільм по телевізору, він уявляє, що поруч із ним сидить дівчина, з якою вони розмовляють про фільм, обіймаються. Одна з респонденток поділилася своєю мрією, у якій вона вводила в своє життя

реальних людей, з якими хотіла б поговорити, але відчувала себе занадто незручно, щоб завести розмову. Ці фантазії забезпечували їй компанію і давали відчуття не тільки нормальної, а й коханої та соціально впевненої людини.

Темами, які повторювалися, були: «насильство (жорстокість)», «ідеалізоване «Я», «влада і контроль», «ув'язнення, полон», «порятунок та втеча» і «сексуальне збудження». Серед інших тем були: «невтішні репетиції передбачуваних діалогів», «очікувана зрада з боку знайомих, які здавались надійними», «уявлення впадання у кому», «розподіл гуманітарної допомоги нужденним біженцям у зонах воєнних дій» та «спортивні матчі (наприклад, баскетбол, футбол)».

#### Тема «Насильство (жорстокість)»

П'ятеро респондентів розповідали про агресію, садизм і кровопролиття у своїх фантазіях. Поширеність безжальної жорстокості в їхньому внутрішньому світі здавалася їм нормальною і не розглядалася як джерело емоційного дистресу. Один із респондентів розвивав різноманітні теми, пов'язані з війною, у яких він уявляв собі запеклі битви між наддержавами. Одна з респонденток розповіла, що у своїх мріях, у яких вона бореться зі злочинцями, може бути жорстокою, а також що їй приносить задоволення мучити ворогів і психічно, і фізично у своїх мріях.

#### Тема «Ідеалізоване «Я»»

П'ятеро респондентів розповіли про задоволення, яке вони отримують, уявляючи себе тими людьми, якими хотіли б бути. Одна з респонденток, яка у повсякденному житті подає себе як холодну, відсторонену жінку, часто занурюється у мрії, де вона є теплою сімейною жінкою. Один з респондентів дуже пізно фізично розвинувся і досі мав струнку статуру. Під час терапії він багато говорив про свою недостатню чоловічу силу. Під час інтерв'ю для цього дослідження він сказав, що коли він мріє, то уявляє себе тим чоловіком, яким хоче бути. Він вказав, що уявляє, як розбиває серця жінок і змушує їх закохуватися у себе.

#### Тема «Влада і контроль»

Мрії чотирьох учасників були насичені міжособистісними мотивами, що відображали прагнення до влади й домінування. Один з респондентів повідомив, що після неприємних міжособистісних суперечок він неодноразово прокручував у голові ці події, змінюючи діалоги так, щоб зайняти вищу позицію з точки зору моралі та аргументації. Одна з респонденток зазначала, що їй часто подобалося мріяти про те, як вона бере ситуацію під контроль у випадках, коли нею керували інші, стає лідером безпорадних послідовників і зв'язує супротивників.

Теми «Ув'язнення, полон» і «Порятунок та втеча»

Відчуття ув'язнення були постійною темою респондентів під час психотерапевтичних сеансів. Вони часто відчували себе ніби у пастці у своєму жорстокому оточенні, затиснутими у спробах уникнути свого болісного минулого та ухилитися від життєвих викликів.

Тема «Сексуальне збудження»

За результатами оцінки Е. Сомера для респондентів цього дослідження сексуальність являла собою суміш тілесних насолод, невситимої компульсивності, заплутаного почуття провини та відчуття самотності. Чотири респонденти спонтанно згадували мотиви сексуального збудження у своїх мріях. Наприклад, один із них зазначив, що засинати йому вдавалося лише після тривалих компульсивних фантазій про флірт, залицяння та спокушання жінки. Інші респонденти також описували різні сценарії мрій, які сексуально їх збуджують.

Серед динамік мріяння були виокремлені початок мрійливості та кінестетичні елементи. Усі респонденти пов'язували початок у них дезадаптивної мрійливості із неприємними дитячими переживаннями. Одна з респондентів зазначила, що фантазії про полон були у неї з самого дитинства, але чітко пам'ятала, що вони з'явилися у віці 8 років, у той період, коли її дідусь сексуально розбещував її. Респондентка, яка пережила емоційне нехтування в дитинстві та інцест з братом, згадувала задоволення, пов'язане з ранніми мріями про те, що вона є детективом, який «бачить, але залишається

непомітним». Інша респондентка говорила про те, що завжди була творчою дівчинкою і мала багато уявних друзів. Вона чітко згадувала дуже ранній випадок у дитячому садку, коли вона розлютилася на виховательку і уявляла, як та їсть траву в клітці. Її вигадливі фантазії почали формуватися у віці 8 років. Саме тоді, за її оцінками, вона стала жертвою інцестних домагань. Один із респондентів також був упевнений, що завжди мав вроджену схильність до творчих фантазій. Він згадував, як у віці 5 років у своїй уяві програвав улюблені епізоди телевізійних серіалів. Йому було 7 років, коли батько взяв його на перший футбольний матч. Після цього він почав уявляти собі спортивні ігри, але лише після того, як засмутився через затримку свого статевого дозрівання, він почав вводити власний образ у мріяння про неймовірні спортивні досягнення. За його словами, дезадаптивна мрійливість набрала обертів після невдалого романтичного залицяння. Інший респондент був найстаршим серед усіх учасників дослідження, коли в нього сформувалася звичка мріяти. У віці 16 років, після розриву романтичних стосунків, у нього почалася тяжка депресія, що відображала його відмову перестати тужити за втраченими стосунками. Він покинув школу на 6 місяців і занурився в уявний світ, у якому романтичний зв'язок тривав. Ймовірним фактором, що сприяв цій поведінці усамітнення, було його занепокоєння через часті сварки батьків. Батьки останнього респондента також мали серйозні проблеми. Свого батька він описав як непередбачуваного жорстокого чоловіка, який принижував і фізично знущався над членами сім'ї. Коли респонденту було 10 років, його батьки вирішили змінити спосіб життя і переїхали до кібуцу. У цих ізраїльських соціалістичних комунах дітям дозволяли відвідувати батьків у післяобідній час, але в інший час їх виховували в окремих навчальних інтернатах. Респондент зазнав відторгнення з боку ксенофобних підлітків, які глузували з його манер «слабкого міського хлопчика».

П'ятеро респондентів згадували про певну кінестетичну залученість у процесі мріяння. На думку науковця, рухи під час мріяння виконували дві основні функції: гіпнотичну індукцію та фізичне відтворення. Один з

респондентів розповів, що коли він мріє, то часто тримає в руці якийсь предмет, який підкидає у повітря. Цей повторюваний монотонний рух, за його словами, допомагав йому зосередитися на мрії, тому що тоді його не відволікали інші речі в кімнаті. Він також згадував про те, як інколи спускався у підвал і годинами ходив туди-сюди, мріючи, а також про те, що інколи йшов у сад за будинком, куди ніхто не ходить. Там він міг відтворювати мрії вголос, а саме кричати й верещати без сорому.

Е. Сомер припустив, що дезадаптивна мрійливість, подібно до дисоціативних розладів, спочатку могла розвинутися як корисна стратегія подолання труднощів у дітей з розвинутою уявою. На запитання, чому вони раніше ніколи не порушували цю тему на сеансах психотерапії, усі респонденти з дисоціативними розладами здавалися збентеженими через ненавмисне оголення власних захисних механізмів. У науковця склалося враження, що багато тем, пов'язаних з дезадаптивною мрійливістю, були замасковані первинним матеріалом, тісно пов'язаним із дисоційованими травматичними спогадами та афектом. Е. Сомер зробив припущення, що навряд чи міг би досягти такого відкритого спілкування щодо мріяння, якби спробував розширити вибірку цього дослідження, включивши до неї осіб, які лікуються у інших терапевтів або схильних до фантазій осіб, набраних із загальної популяції.

Респонденти також повідомляли, що були і негативні мрії, які часто містили образи неприємних переживань та неадекватних реакцій. Цей уявний процес, згідно з описами, слугує болісним нагадуванням про загрози, пов'язані з реальним світом, посилює фобічні страхи та сприяє уникненню. Цікаво, що наявність негативних мрій, які за своїм перебігом не відрізнялися від позитивних, а мали лише іншу валентність, була описана й у результатах подальших досліджень (наприклад, Jain, 2024).

У науковому світі це дослідження не викликало значної зацікавленості, однак відомо, що автор почав отримувати листи від людей, які страждають на дезадаптивну мрійливість, із проханнями про поради (Somer, 2013). Упродовж

семи років це дослідження не викликало жодних зрушень, допоки у 2009 році Шупак і Розенталь (Schupak & Rosenthal, 2009) описали кейс жінки з тривалою дезадаптивною мрійливістю, яка спричиняла в неї дистрес. Опис цього кейсу був результатом спроб Шупак та Розенталь зрозуміти, наскільки цей випадок може представляти певну невизнану популяцію осіб, у яких є мріяння, що викликає дистрес або навіть функціональні порушення, але яке не відповідає критеріям жодного розладу за класифікатором DSM.

У 2011 році Бігельсен і Шупак провели якісне дослідження (Bigelsen & Schupak, 2011) досвіду 90 людей, які самовизначали себе як «надмірних» або «дезадаптивних» мрійників. Метою дослідження була спроба дати попереднє визначення синдрому дезадаптивного мріяння шляхом систематичного окреслення симптомів, про які повідомляли респонденти. Припускалося, що вибірка була репрезентативною для прихованої групи населення, яка лише нещодавно виявила себе завдяки анонімності Інтернету.

За результатами дослідження було виявлено, що респонденти мали низку специфічних моделей поведінки та занепокоєнь, пов'язаних із їхнім зануренням у тривалі періоди чітко структурованих, глибоких уявних переживань, зокрема використання кінестетичної активності, яка супроводжувала мріяння 79% респондентів. Повідомлялося, що певний вид ритуальної кінестетичної активності супроводжував мріяння респондентів на якомусь етапі їхнього життя, причому найчастіше згадуваним було ходіння під час прослуховування музики. Інші рухи включали гойдання, біг, розмахування та обертання. Цікаво, що 9% учасників згадали, що їхні мріяння супроводжувалися ходінням туди-сюди та рухами в дитинстві, але з віком вони навчилися мріяти без рухів, особливо якщо хтось сторонній раніше помічав або коментував це. 59% респондентів повідомили про промовляння або міміку: від тихого бурмотіння, рухів губами та міміки до тривалих розмов. Усі респонденти, на думку науковиць, усвідомлювали, що не хочуть, аби інші бачили їхні фізичні рухи чи те, як вони щось проговорюють, і тому мріяли лише за відсутності інших.

88% респондентів повідомляли про дистрес та/або порушення функціонування через мріяння, що обґрунтовувалось труднощами з контролем потреби чи бажання мріяти, занепокоєнням, що кількість мріяння заважає реальним стосункам та справам, а також сильного сорому та виснажливих зусиль спрямованих на приховування цієї поведінки від оточення.

Результати цього дослідження також продемонстрували, що попереднє переживання травми не є ані необхідною, ані достатньою умовою для пояснення виникнення дезадаптивного мріяння. Лише 27% респондентів повідомляли про ранню травму та/або насильство (сексуальне, фізичне, вербальне або емоційне).

Стало відомо, що люди з дезадаптивною мрійливістю здатні виконувати повсякденні справи, одночасно мріючи, хоча й зазначали, що це іноді викликає у них відчуття, ніби вони «не повністю присутні» у зовнішньому світі. 24% респондентів зазначали проблеми в соціальному функціонуванні, а саме наявність уникнення або соціальної фобії. 82% учасників приховували свої мріяння від майже всіх.

Зміст сценаріїв сильно відрізнявся як між окремими респондентами, так і навіть у одного й того самого респондента, але структура мрій мала спільні характеристики для всіх респондентів дослідження. Однією з головних рис, притаманних всім респондентам, був рівень складності та детальності мрій, які іноді включали сюжет, персонажів і бекграунд. Жанри мрій були різними та включали наукову фантастику, японську анімацію, історичну фантастику та сучасну популярну культуру. Незважаючи на велику різноманітність змісту, серед учасників були очевидні дві широкі категорії мрій: 1) такі, що базуються на персонажах, та 2) мрії, орієнтовані на власні прагнення. 31% респондентів повідомили про наявність мрій обох типів, причому деякі учасники конкретно класифікували свої власні мрії, називаючи один тип мрій своїми «персонажами» або «моїми історіями», а інші — своїми «мріями про ідеальне «я»», в яких ідеальна версія себе виконує благородні завдання та купається в захопленні інших людей. Мрії, орієнтовані на персонажів, зазвичай включали вигаданих

персонажів, запозичених із телевізійних шоу, фільмів, книг або просто людей, яких респонденти випадково помітили. 24% учасників зазначили, що у своїх мріях їхні вигадані персонажі взаємодіють із людьми з реального життя. 39% респондентів зазначили, що для створення образів вони використовували обличчя телевізійних персонажів, акторів або інших публічних осіб. В деяких мріях респонденти включали себе у взаємодію з вигаданими персонажами, тоді як в інших вони просто спостерігали за розвитком сценарію з точки зору головного героя або оповідача. Респонденти також зазначили, що деякі персонажі мрій зберігаються роками, тоді як інші залишаються позаду або з часом замінюються новими. Було відзначено, що деякі люди повторювали конкретні мрії знову і знову, тоді як інші вказали, що ніколи не повторюють одну й ту саму мрію двічі.

Респонденти висловлювали припущення, що їхні мрії дають їм доступ до емоцій і переживань, яких їм бракує в реальному житті. Для опису своїх почуттів під час мріяння використовувалися такі слова, як «спокійний», «розслаблений», «збуджений», «упевнений у собі», «у стані ейфорії» та «щасливий». В іншому дослідженні (Wen et al., 2022) результати вказували на те, що 65,9% епізодів мріяння мали функцію відволікання від неприємної реальності, 48,9% — функцію регулювання болісних почуттів і 27,6% — функцію відволікання від болісних спогадів.

Результати продемонстрували, що майже будь-що у зовнішньому світі може стати тригером для мріяння. 73% респондентів повідомили, що музика, телебачення, книги та інші медіа були поширеними тригерами, причому музика була найчастіше згадуваним тригером. Респонденти зазначили, що певні настрої, такі як нудьга, гнів, стрес, розчарування та збудження, також можуть викликати мріяння. 21% респондентів вказали, що вивчення чогось нового в реальному світі може стати тригером для мріяння.

Основною темою, про яку говорили респонденти, були суперечливі почуття (як любов, так і ненависть) до своєї мрійливості. Вони висловлювали занепокоєння тим, що мріяння забирає час, який можна було б витратити на

заняття у зовнішньому світі. 57% респондентів назвали одним із найбільш стресогенних аспектів мріяння почуття провини та каяття через нехтування обов'язками у реальному світі. Середній показник витрат часу становив 1–10 годин на день (у середньому 56% свого часу) з щоденними коливаннями залежно від обов'язків у реальному світі. Ці показники включали лише час, проведений у ретельно вигаданих світах мрій, не враховуючи того, що респонденти, як і всі люди, також проводять час, роздумуючи над більш типовими темами, зокрема згадуючи минулі події у власному житті або думаючи про те, що їм потрібно зробити завтра. 14% респондентів зазначили, що через мріяння у них були труднощі зі сном.

Незважаючи на велику кількість часу, який респонденти мріяли, вони повідомляли про успішне функціонування в реальному житті. Лише троє учасників повідомили, що їхнє мріяння зробило роботу майже неможливою, що призвело до безробіття.

Було виявлено, що коли тиск у реальному світі зростає, респонденти виявляли здатність до обмеження часу для мріяння для виконання зобов'язань. Однак ці періоди зменшення мріяння могли призводити до посилення стресу та тривоги. Цікаво, що одна з респонденток повідомляла про те, що після вимушеного блокування мріяння через навчальні потреби, потім вона мріяла без упину, що було схоже на «запій», і симулювала хворобу 3–4 дні, щоб уникнути запитань від інших.

24% учасників повідомили про певний ступінь відчуття соціального порушення, включаючи соціальну незручність та тривогу або сприйняття себе як «одинака». 9% повідомили, що не мають друзів або близьких стосунків, зазначаючи, що єдині значущі розмови, які вони ведуть, відбуваються в їхніх головах. Натомість 76% респондентів повідомили про нормальну соціальну поведінку та взаємодію з друзями, родиною й колегами. Однак незалежно від рівня соціального функціонування респонденти повідомили, що віддають перевагу мріянню, а не проведенню часу з людьми у реальному житті.

43% респондентів вказували, що ніколи не дозволяють собі мріяти в присутності інших, а 57% — що мріють у присутності інших. Респонденти, які абсолютно не здатні мріяти без кінестетичної активності, повідомляли, що часто відмовляються від соціальних запрошень через перевагу залишатися вдома наодинці, щоб мріяти. З іншого боку, ті, хто мріє під час взаємодії з іншими, повідомляли про труднощі з розподілом уваги між світом мрій і зовнішнім світом. Для цих 57% респондентів будь-який момент у реальному світі, що не вимагав їхньої негайної та повної уваги, зазвичай розділявся між мрією та реальністю, часто залишаючи респондентів виснаженими та нездатними відчувати, що завдання реального світу мають їхню повну увагу та присутність.

Ще однією серйозною проблемою для багатьох респондентів виявилось те, що грандіозність уявних сценаріїв і персонажів робить зовнішню реальність менш цікавою. Це впливає на стосунки з реальними людьми, оскільки вони ніколи не можуть змагатися з персонажами мрій. Отже, хоча сама мрія є для респондентів позитивним досвідом, повернення до реальності часто є болісним.

Загальною темою, про яку повідомляли учасники, було те, що, хоча вони повністю насолоджувалися своїми мріями, їх турбувало те, що вони описували як неконтрольовану потребу занурюватися у мріяння. У відповідях на відкриті запитання про причини, через які учасники вважають мріяння болісним, 25% респондентів описали свою поведінку як залежність, обсецію або компульсію. 7% респондентів повідомили, що придушення їхніх імпульсів до мріяння призводить до роздратування, тривоги та навіть хвороби.

Незважаючи на те, що мріяння часто викликалися респондентами свідомо, вони повідомляли, що не можуть контролювати своє бажання створювати мрії. Респонденти також висловлювали думку, що більшість людей мріє, але вважали, що саме неконтрольована потреба продовжувати мріяння відрізняє їх від цієї більшості.

Складність контролю над обсягом мріяння очевидна з того факту, що 79% респондентів повідомляли про спроби обмежити мріяння, причому майже всі

мали невдалі результати. Респонденти вказували, що намагалися уникати тригерів, таких як музика, телебачення, книги або перебування наодинці чи незайнятість.

Серед респондентів були ті, хто пробував когнітивно-поведінкову терапію, антидепресанти (флувоксамін, флуоксетин, сертралін, Лексапро), ліки від синдрому дефіциту уваги (Аддерал, Ріталін), методи біологічного зворотного зв'язку та зміни в раціоні, з різним успіхом. 23% респондентів повідомляли, що зверталися по консультацію або психотерапію через мріяння, але з незначним успіхом.

Сильне бажання приховати свої уявні світи від інших, включаючи чоловіка чи дружину, друзів та родичів, створювало додатковий стрес для респондентів. Вони повідомляли про побоювання сорому та страх, що інші дізнаються про їхні фантазійні заняття. 82% респондентів докладали значних зусиль, щоб приховати свої мріяння від майже всіх, за винятком, у деяких випадках, однієї обраної людини в їхньому житті, зокрема пастора, найкращого друга або психотерапевта.

Респонденти також повідомляли про страхи щодо того, що інші дізнаються про їхні уявні світи. Вони не хотіли, щоб інші вважали їх божевільними чи жалюгідними або відправили до психіатричної лікарні. З іншого боку, вони не хотіли б, щоб інші знецінювали їхні проблеми та вважали їх дурними. Одна з респонденток повідомила, що розповіла про свої переживання лікарю, який «подивився на мене, піднявши одну брову, і сказав, що це не привід для занепокоєння». Це залишило у неї відчуття, що лікар не зрозумів глибини її мріяння або страждань, які вони викликають. Авторки зазначали, що це часта скарга 23% респондентів, які зверталися по психологічну допомогу.

Незважаючи на те, що 88% учасників відчували дистрес через свої надмірні мріяння, вони також повідомляли про його позитивні аспекти. Як уже згадувалося, мріяння робило респондентів щасливими та спокійними і могло використовуватися як механізм подолання фрустрацій повсякденного життя.

Серед інших позитивних рис, про які повідомляли респонденти, — підвищена емпатія та креативність. Ще однією перевагою, про яку згадували респонденти, було те, що завдяки мріянням їм ніколи не було нудно, оскільки завжди були захоплюючі люди та цікаві світи, які можна було побачити.

98% респондентів відповіли, що не мали труднощів з розрізненням своїх мрій від реального світу і що вони усвідомлювали, що їхні мріяння є повністю уявними. Лише п'ять респондентів вказали, що колись мали «позатілесні» або інші можливі дисоціативні переживання. Важливо, що серед 60 респондентів, які відповіли на запитання щодо віри в паранормальні явища, як-от НЛО чи ясновидіння, усі, крім 12, заперечили, що мають віру чи інтерес до таких явищ.

Усі респонденти повідомили, що пам'ятають надмірне мріяння з дуже раннього віку, з найчастіше зазначеними віковими періодами у 2–3 роки, 6–7 років та 11–12 років.

У 2016 році Бігельсен та ін. (Bigelsen et al., 2016) поставили за мету складання цілісної картини переживань і симптоматики серед осіб, які самостійно діагностували у себе дезадаптивну мрійливість. У дослідженні взяли участь 340 осіб із дезадаптивною мрійливістю та 107 осіб, які були в контрольній групі. Дослідники оцінили всіх респондентів за опитувальниками щодо симптомів дезадаптивної мрійливості, дисоціації, ОКР та РДУГ, психотичних симптомів, відчуття присутності та поглинання, схильності до фантазійної активності та досвіду травматичних переживань.

Результати підтвердили, що дезадаптивна мрійливість суттєво відрізняється від нормативного мріяння в аспектах кількості, змісту, досвіду, контрольованості, рівня дистресу та втручання в життя. У людей із дезадаптивною мрійливістю спостерігався вищий рівень симптомів дефіциту уваги, obsесивно-компульсивних розладів і дисоціації порівняно з контрольною групою. Три теми мріянь, які були найбільш популярними серед респондентів з дезадаптивною мрійливістю, стали: «бути знаменитістю або мати стосунки із знаменитістю» (37%), «ідеалізований образ себе» (34%) та «перебування у романтичних стосунках» (34%). Ці теми значно менше згадувалися

респондентами, у яких не було дезадаптивної мрійливості. Так само, як і у минулому дослідженні, респонденти з дезадаптивною мрійливістю повідомляли про мрії, пов'язані з розвитком сюжетів за участю вигаданих персонажів, наприклад, мрії з персонажами, запозиченими з улюблених телешоу, книг, фільмів чи відео (17%), про уявну родину чи друзів (18%) або мрії про фантастичні світи з оригінальними вигаданими персонажами (15%). Натомість мрії респондентів із контрольної групи частіше базувалися на реальному житті (39%) або на конкретному здійсненні бажань (34%).

Досвід респондентів з дезадаптивною мрійливістю та без неї значно відрізнявся у всьому, що стосувалось специфічних для дезадаптивної мрійливості аспектах (зміст, поведінка (наприклад, кінестетична активність), занурення/поглинання, здатність обмежувати мріяння, переживання дистресу, пов'язаного з мріянням, перешкоджання мріянню життю і отримання винагороди). У респондентів з дезадаптивною мрійливістю всі ці показники були вищими. В середньому їхній показник часу, проведеного у мріянні, був 57% (у деякі «особливо мрійливі дні» показник зростав до 69%), тоді як у контрольній групі цей показник становив 16%.

Згідно з припущеннями, люди з дезадаптивною мрійливістю повідомили, що їхні мріяння заважали досягненню життєвих цілей у 63% випадків, тоді як люди без дезадаптивної мрійливості повідомляли про цю проблему лише у 6% випадків. Щодо інших сфер функціонування, особи з дезадаптивною мрійливістю повідомляли про перешкоди, спричинені їхніми мріями, від 47% випадків (сон) до 61% випадків (академічні/професійні цілі), тоді як контрольна група повідомляла про перешкоди значно рідше (від 9% до 15% випадків). Об'єднавши всі аспекти функціонування (тобто сон, домашні справи, стосунки, академічні/професійні/життєві цілі), науковці виявили, що майже всі респонденти з дезадаптивною мрійливістю (тобто 97%) повідомляли про втручання мріяння в будь-яку з цих сфер, тоді як лише третина (34%) осіб з контрольної групи повідомляли про подібні проблеми.

Кілька учасників групи респондентів з дезадаптивною мрійливістю повідомили, що їхні мріяння часто змушували їх сміятися або плакати. Це, на думку авторів, демонструє, що не лише теми та кількість мріяння відрізняють людей із дезадаптивною мрійливістю від тих, хто не має її, а й глибина та всепоглинаючий характер фантазійного досвіду. Люди з дезадаптивною мрійливістю, за висновками науковців, мають здатність повністю занурюватися у світ мрій, що, можливо, є найбільшою відмінністю між цими двома групами. Ця здатність відчувати себе присутнім в альтернативному світі, створеному власною уявою, може бути ще однією причиною, чому це так привабливо і так важко контролювати. Результати також показали, що респонденти з дезадаптивною мрійливістю так сильно прагнуть переживань, які дає їм мріяння, що мають труднощі з його обмеженням. Понад половина основної групи повідомляла про сильне бажання негайно почати мріяти після пробудження або негайно повернутися до мрій після переривання, спровокованого подією в реальному світі. Саме ця складність утримати мрії під контролем і не допустити, щоб вони заважали справам у реальному житті, змушує людей з дезадаптивною мрійливістю продовжувати шукати допомоги.

Щодо оцінки симптоматики психічних хвороб та інших станів, респонденти з дезадаптивною мрійливістю набрали вищі бали за всіма показниками. Найбільша різниця спостерігалася у питанні, що вимірювало відчуття присутності під час мрій, та у підшкалі «Поглинання» опитувальника щодо дисоціативних проявів. Найменша різниця між групами була у підшкалі «Миття» опитувальника щодо проявів ОКР та у вимірі психозу. Також не було значущих відмінностей між групами за діагнозом шизофренії. Середній бал за скринінгом психозу серед осіб із дезадаптивною мрійливістю був нижчим за емпірично визначені порогові значення, що вказує на відсутність коморбідності з шизофренією серед осіб з дезадаптивною мрійливістю.

Респонденти з дезадаптивною мрійливістю набрали вищі бали за загальним показником ОКР, але вони були нижчими за емпірично визначені

порогові значення, що вказує на відсутність коморбідності ОКР серед осіб з дезадаптивною мрійливістю.

Респонденти з дезадаптивною мрійливістю також мали значно вищі показники як за субшкалою неухважності, так і за субшкалою імпульсивності опитувальника симптомів РДУГ. Однак обидві групи отримали оцінки в межах низького негативного діапазону для РДУГ, що свідчить про відсутність коморбідності РДУГ серед осіб з дезадаптивною мрійливістю.

Щодо дисоціативних проявів, респонденти з дезадаптивною мрійливістю також набрали вищі бали, ніж контрольна група, однак найбільша різниця між групами спостерігалася за підшкалою «Поглинання». Середній загальний бал за дисоціативними симптомами серед осіб з дезадаптивною мрійливістю був нижчим за емпірично визначені порогові значення, що свідчить про малоймовірну коморбідність відомих дисоціативних розладів у цих осіб.

За симптоматикою схильності до фантазування, особи з дезадаптивною мрійливістю набрали вищі бали, втім, пункти, які прямо стосувалися кількості або якості мрій, такі як пункт 9 («Я проводжу більше половини дня, фантазуючи або мріючи»), призвели до більших міжгрупових відмінностей у частоті схвалення. Натомість пункти, що оцінюють віру в паранормальну активність, такі як пункт 22 («Я часто стикаюся з тим, що думаю про когось, і незабаром ця людина дзвонить або з'являється»), частіше схвалювали респонденти контрольної групи.

Результати аналізу також продемонстрували, що розподіл загальної кількості травматичних подій дитинства між групами істотно не відрізнявся (43% осіб з дезадаптивною мрійливістю та 48% осіб без неї повідомили про відсутність травматичних подій у своєму дитинстві).

Науковці також звернули увагу на цікавий результат дослідження, за яким деякі респонденти з контрольної групи описували дуже детальні фантазії, схожі на ті, що мали ті, хто мав дезадаптивну мрійливість. Це наштовхнуло авторів на думку, що існує третя група мрійників, яка має здатність занурюватися в деталізовані й структуровані мріяння, але не відчуває через це дискомфорту.

Загалом, результати цього дослідження свідчать про те, що люди з дезадаптивною мрійливістю мають певні риси кількох інших розладів, що вказує на певне перекриття симптомів. Однак жоден із показників не відображає адекватно всіх рис дезадаптивної мрійливості, і лише деякі елементи/підшкали кожного показника здаються релевантними для дезадаптивної мрійливості. Крім того, згідно з результатами цього дослідження, у дезадаптивної мрійливості відсутня коморбідність із пов'язаними психопатологіями. Однак, науковці все ж наголосили на потребі перевірити ці дані на інших вибірках.

Додатковим здобутком цього дослідження стало те, що воно дозволило Бігельсен та ін. розробити та оцінити валідність опитувальника щодо дезадаптивної мрійливості, MDS-14 (Somer et al., 2016a), ще не фінальної версії, але вже робочого інструмента для оцінки симптоматики дезадаптивної мрійливості.

Незважаючи на те, що загальне розуміння того, як проявляється дезадаптивна мрійливість, стало більш чітким, науковці вважали за потрібне проаналізувати причини та передумови появи у людей симптомів дезадаптивної мрійливості. Відтак, у своєму дослідженні Е. Сомер та ін. (Somer et al., 2016b) виявили 7 загальних тем, представлених у вигляді послідовного описового нарративу про природу, передумови та наслідки дезадаптивної мрійливості:

1. Мріяння як вроджений талант до яскравого фантазування.

Респонденти повідомили, що відкрили для себе винагороджувальну властивість своїх ментальних можливостей випадково ще у юному віці і з тих пір мріють. Були також приклади, коли респонденти сприймали свою мрійливість як невід'ємну частину своєї ідентичності або не могли пригадати часів, коли вони не мріяли.

2. Двосторонній зв'язок між мріянням і соціальною ізоляцією.

Було виявлено, що дитяча самотність може передувати мрійливості. Респонденти розповідали про свідомі рішення, які вони приймали в дитинстві, щоб створити уявне існування як альтернативу своїй болісній самотності. З іншого боку, мрійливість призводила до соціальної ізоляції. Розповіді

респондентів про розвиток дезадаптивної мрійливості містили описи дитячого болю, пов'язаного з відсутністю друзів, покинутістю та відторгненням. Хоча схильність до мрійливості могла призвести до соціальної ізоляції, у науковців склалося враження, що взаємодія між здатністю до інтенсивного мріяння та соціальною ізоляцією в дитинстві була циклічною. Деякі респонденти, до прикладу, описували спіраль посилення соціальної дисфункції та тривожного відчуття порожнечі. Аналіз розповідей дав підстави вважати, що респондентам було важко приховувати свою мрійливість, що могло стати джерелом подальшого уникнення та остракізму з боку однолітків.

### 3. Роль травми у розвитку дезадаптивної мрійливості.

Взаємодія між соціальною ізоляцією та привабливістю компенсаторної внутрішньої реальності була особливо помітною серед респондентів, які повідомляли про значні негаразди в дитинстві. Для багатьох учасників головним фактором стресу була дисфункціональна сім'я. У дитинстві ці особи опинилися в дуже складних і неминучих обставинах, від яких їхня здатність до фантазування давала їм таке необхідне полегшення й заспокоєння. Проте, автори наголосили, що несприятливі події в дитинстві не є необхідною умовою, а радше підсилюючим фактором для розвитку дезадаптивної мрійливості, оскільки були респонденти, які не повідомляли про труднощі в дитинстві та описували розвиток переваги свого внутрішнього світу над зовнішньою реальністю.

### 4. Винагороди, які приносить мріяння.

Багато респондентів дослідження повідомляли про боротьбу з давньою проблемою, коріння якої сягає дитинства. Яскраві образи стали для них цінним джерелом підтримки в дитинстві, але перетворилися на шкідливу й часомістку звичку.

### 5. Невситиме прагнення до мріяння.

Деякі учасники пролили світло на те, як звичне психологічне явище перетворюється на джерело тривоги та дезадаптації, що забирає багато часу. Автори також відзначили порівняння респондентами мріяння із залежністю,

наводячи цитати, у яких вони називали сеанс мріяння «дозою». Респондентами також було відзначено, що занурення у мріяння стало для них важливішим за належний догляд за собою, наприклад, достатній сон. Вони по-різному оцінювали час, який вони щодня витрачали на мріяння: деякі говорили про 2–3 години щодня, тоді як інші вказували на довший час (6 годин, половину усього часу, коли вони не сплять, можливість мріяти весь день тощо). Для науковців стало очевидним, що навіть якщо оцінювати лише за кількістю часу, ця форма мріяння не лише надмірна, а й неконтрольовано компульсивна та потенційно несумісна з нормальним функціонуванням.

#### 6. Сором та приховування.

Деякі респонденти повідомляли, що розмовляють уголос під час своїх уявних діалогів. Багато хто з них дуже соромиться такої поведінки, побоюючись, що це може свідчити про серйозне психічне захворювання. За оцінкою науковців, сором, пов'язаний із дезадаптивною мрійливістю, який відчували респонденти, був настільки глибоким, що деякі з них неохоче говорили про це навіть під час психотерапії.

Стурбовані своєю психічною залежністю, соромлячись і побоюючись, що їх викриють, та рішуче налаштовані приховати свою таємницю від суспільства, багато респондентів зверталися по професійну допомогу.

#### 7. Невдалі спроби лікування.

Багато учасників розповідали про спроби звернутися по професійну допомогу щодо своєї проблеми. Виявилось, що психотропні препарати були малоефективними для деяких осіб. Інші повідомляли про помірне поліпшення супутніх симптомів депресії або тривоги, але не спостерігали клінічно значущої реакції на різні селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну. У ході психотерапії респондентам дослідження ставили різні діагнози, серед яких були депресивний чи тривожний розлад, obsesивно-компульсивний розлад (ОКР), посттравматичний стресовий розлад, межовий розлад особистості та дисоціативний розлад, причому деякі отримали кілька діагнозів та відповідне

лікування. Крім того, кілька респондентів мали невтішний досвід розкриття інформації про дезадаптивну мрійливість під час психотерапії.

Оскільки питання перетину дезадаптивної мрійливості з іншими розладами залишалось дуже актуальним, Е. Сомер та ін. провели структуроване клінічне інтерв'ю до Діагностичного та Статистичного Посібника з психічних розладів (SCID-5) (First et al., 2016) та дисоціативних розладів (SCID-D) (Steinberg et al., 1993) з 39 респондентами, які відповідали критеріям дезадаптивної мрійливості (Sommer et al., 2017). Науковці також запропонували називати дезадаптивну мрійливість «розладом мрійливості» (daydreaming disorder), щоб досягти відповідності термінології DSM-IV-R (American Psychiatric Association, 2000) та DSM-V (American Psychiatric Association, 2013). Однак оскільки розлад ще не прийнято до системи DSM, а звична назва розладу вже стала дуже розповсюдженою, науковці послуговувалися терміном «дезадаптивна мрійливість».

У дослідженні було виявлено високі показники коморбідності: 74,4% респондентів відповідали критеріям більш ніж трьох додаткових розладів, а 41,1% — більш ніж чотирьох. Найчастішим супутнім розладом був розлад дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ) — 76,9%. 71,8% відповідали критеріям тривожного розладу, 66,7% — депресивного розладу, а 53,9% — обсесивно-компульсивного або пов'язаного з ним розладу. Науковці також зазначили, що 28,2% респондентів їхнього дослідження здійснювали спроби самогубства. За результатами дослідження було виявлено, що особи, які відповідають критеріям дезадаптивної мрійливості, мають складні психіатричні проблеми, що охоплюють широкий спектр розладів за DSM-V.

Головний висновок, який науковці зробили на основі цього дослідження, полягає в тому, що респонденти, які відповідають критеріям клінічного рівня дезадаптивної мрійливості, перебувають у стані сильного дистресу і становлять клінічну вибірку з кількома встановленими психопатологічними розладами. Ці результати узгоджуються з думкою про те, що дезадаптивна мрійливість може

бути самостійним розладом або навіть передувати вже відомим розладам (наприклад, РДУГ).

Коморбідність дезадаптивної мрійливості із зазначеними вище розладами також активно вивчалася іншими дослідниками (Çakar-Özçelik et al., 2026). Дослідження підтвердили перетини між дезадаптивною мрійливістю та РДУГ (Balashevych et al., in press; Kandeğer et al., 2026; Kowalczyk et al., 2025; Nowacki, 2025; Theodor-Katz & Soffer-Dudek, 2025), але жодне з них не спростувало того, що це два окремі розлади. Було виявлено, що симптоми РДУГ є значними предикторами більш інтенсивних проявів дезадаптивної мрійливості у осіб з РАС та РДУГ (Pyszkowska et al., 2025). За результатами досліджень, відсоток коморбідності РДУГ серед осіб із дезадаптивною мрійливістю дійсно є високим (77%), однак рівень коморбідності дезадаптивної мрійливості у вибірці осіб із РДУГ виявився набагато нижчим (20%) (Theodor-Katz, 2019; Theodor-Katz et al., 2022). Е. Сомер вказує, що типовий РДУГ істотно відрізняється від дезадаптивної мрійливості наявністю швидких, мінливих думок без наративу, перемиканням між завданнями та відсутністю сюжетів, що мають розвиток. (Somer, 2025). Втім, існує можливість того, що дезадаптивна мрійливість може затримувати діагностику РДУГ до дорослого віку, маскуючи і компенсуючи симптоми РДУГ, та може бути прогностичним симптомом для розпізнавання РДУГ у недіагностованих дорослих (Kandeğer et al., 2025; Somer, 2025).

Згідно з результатами досліджень коморбідності дезадаптивної мрійливості та ОКР (Agrawal et al., 2025; Siahkal et al., 2026), було підтверджено позитивний зв'язок між цими розладами. Дослідження Соффер-Дудек та Сомера (Soffer-Dudek & Somer, 2018), до прикладу, виявило, що посилення дезадаптивної мрійливості було тісно пов'язане з одночасним посиленням інших симптомів і негативних емоцій, а також зі зменшенням позитивних емоцій. Обсесивно-компульсивні симптоми, дисоціація та негативні емоції також тимчасово слідували за дезадаптивною мрійливістю. Симптоми ОКР були єдиними постійними попередниками дезадаптивної мрійливості у часі. Автори

зазначають, що хоча дезадаптивну мрійливість можна розглядати як певний вид обсесії чи компульсивної поведінки, це не може повністю пояснити цей феномен.

Дослідження також підсвічують перекриття окремих аспектів ОКР, як-от риси, пов'язані з обсесіями та нейтралізацією (Kowalczyk et al., 2025) або переважно з обсесіями (Harel-Schwarzmann, 2021; Salomon-Small et al., 2021). Примітно, що дисоціація та низьке відчуття контролю можуть опосередковувати зв'язок між цими двома явищами (Harel-Schwarzmann, 2021; Salomon-Small et al., 2021). Крім того, була помічена медіативна роль алекситимії між дезадаптивною мрійливістю та симптомами ОКР і розладів харчування (Renzi, 2025). Найчастіше серед людей із дезадаптивною мрійливістю були помічені компульсії перевірки та повторення, нав'язливі обсесії та обсесії і компульсії, пов'язані з тілом. Науковці зробили висновок, що дисоціативні механізми, включаючи дисоціативне поглинання, відіграють важливу роль у взаємозв'язку між дезадаптивною мрійливістю та симптомами обсесивно-компульсивного спектру і можуть призвести до подальшого контролю при переході назад до реальності, зміненої тілесності, нав'язливих образів і думок, а також порушення відчуття контролю (Salomon-Small et al., 2021).

Дослідження тривожних та депресивних розладів і дезадаптивної мрійливості вказують на те, що ці явища можуть бути пов'язані (Alenizi et al., 2020; Karaağac & Korkmaz, 2025; Musetti et al., 2021; Sharma & Jain, 2023; Somer et al., 2025). Аналіз результатів досліджень дозволяє припустити співіснування цих розладів, адже тривожні і депресивні розлади, вочевидь, не є причиною виникнення дезадаптивної мрійливості, але можуть мати підкріплювальний характер на її перебіг, а також і навпаки — дезадаптивна мрійливість може посилювати вже наявні симптоми депресії чи тривоги.

Оскільки дезадаптивна мрійливість часто супроводжується стереотипною кінестетичною активністю, було проведено низку досліджень (Hedderly et al., 2024; Nauman, 2023; Somer, 2023) для прояснення зв'язку між дезадаптивною

мрійливістю та розладами аутистичного спектру (РАС). Дійсно, питання моторної стереотипії є важливими для обох популяцій, але наразі не відомо, чи це обґрунтовує зв'язок між ними. Згідно з результатами інших досліджень, які вивчали інші перетини між цими двома розладами (Nauman, 2023; West et al., 2022), можна припустити, що дезадаптивна мрійливість є частим явищем серед людей з РАС.

Проведені дослідження дезадаптивної мрійливості в різний час, за різних обставин, на різних вибірках і у різних культурних контекстах посприяли розумінню того, що є точно притаманним цьому розладу, а що може варіюватися. Це дозволило нам узагальнити існуючі уявлення про феномен дезадаптивної мрійливості.

### 1.3. Теоретичний аналіз існуючих уявлень про феномен дезадаптивної мрійливості

На основі ретельного аналізу теоретичних та емпіричних даних, ми можемо зробити висновок, що дезадаптивна мрійливість є самостійним розладом. Його коморбідність охоплює різні розлади, зокрема депресивний розлад, тривожний розлад, соціальну тривогу, ОКР, РДУГ, РАС тощо. Такі перехресні властивості є звичними серед розладів, описаних у класифікаторах хвороб DSM-V та МКХ-11/10 (Forbes et al., 2023). Однак наявність перекриття певних симптомів дезадаптивної мрійливості не могла її пояснити.

Створення окремих світів та історій, які людина може розвивати у себе в уяві безкінечно, може бути притаманне творчим особам. Таким чином часто створюються літературні твори та креативні ідеї. Чи характерно це для людей із дезадаптивною мрійливістю? Вочевидь, так. Втім, відомо також, що ті, хто страждає на цей розлад, далеко не завжди здатні спрямувати мріяння у творче русло. Для них власні уявні сюжети й світи радше виконують функцію захисту, заспокоєння та насолоди. Схоже, що мріяння для людей із дезадаптивною мрійливістю є, в першу чергу, задоволенням власної потреби у схваленні, прийнятті і любові. Дослідження зв'язку нарцисизму та дезадаптивної

мрійливості продемонстрували, що вразливий нарцисизм має значний зв'язок із дезадаптивною мрійливістю (Abbas et al., 2025; Conte et al., 2022; Ghinassi et al., 2023; Pietkiewicz et al., 2023; Renzi & Mariani, 2025; Renzi et al., 2026).

Аналіз цитат із проведених науковцями інтерв'ю, розповідей людей в онлайн-групах в Інтернеті та кількісних даних вказує на те, що межа між адаптивним і дезадаптивним мріянням існує. Вона, як, на нашу думку, і у випадках інших хвороб, знаходиться там, де явище починає заважати людині в будь-якій сфері її життя. Повертаючись до опису креативного та творчого мріяння, саме аспект порушення функціонування людини може надати нам точку, з якої ми змогли б почати розглядати мріяння як дезадаптивне. У розробленому Сомером та ін. структурованому інтерв'ю для оцінки дезадаптивної мрійливості (SCIMD) зазначені діагностичні критерії для оцінки наявності та вираженості цього розладу (Somer et al., 2017). Згідно з ними, діагноз дезадаптивної мрійливості може бути поставлений за умови позитивної відповіді на А1, як мінімум на одне питання А2–А8, В та негативної відповіді на С. Запропоновані критерії та опис симптомів виглядають так:

А. Постійна та рецидивуюча фантазійна активність, що характеризується яскравістю та вигадливістю, про що свідчить наявність у особи двох (або більше) з наведених нижче ознак протягом 6-місячного періоду; принаймні одна з них має бути Критерієм 1.

1. Під час мрійливого стану відчуває інтенсивне занурення, що включає зорові, слухові або емоційні складові.

2. Мрійливість викликається, підтримується або посилюється під впливом музики.

3. Мрійливість викликається, підтримується або посилюється під впливом стереотипних рухів (наприклад, ходіння туди-сюди, гойдання, рухи руками).

4. Часто мріє, коли відчуває стрес або нудьгу.

5. Тривалість або інтенсивність мрійливості посилюється за відсутності інших людей (наприклад, більше мріє, коли перебуває наодинці).

6. Дратується, коли не може мріяти або коли мріання переривається чи стримується.

7. Віддає перевагу мріанням, а не щоденним справам, соціальним, навчальним чи професійним заходам.

8. Неодноразово робив невдалі спроби контролювати, зменшити або припинити мрійливість.

В. Розлад спричиняє клінічно значущий дистрес або порушення у соціальній, професійній чи інших важливих сферах функціонування.

С. Розлад не зумовлений прямими фізіологічними ефектами речовини (наприклад, наркотику, лікарських препаратів) або загального медичного стану (наприклад, деменції) і не може бути краще пояснений розладами аутистичного спектру, розладом дефіциту уваги та гіперактивності, розладами шизофренічного спектру, біполярним розладом I типу, обсесивно-компульсивними та пов'язаними з ними розладами, дисоціативним розладом ідентичності, розладами, пов'язаними з вживанням речовин та адиктивними розладами, органічним розладом або медичним станом.

*Примітка.* Поточний ступінь тяжкості визначається таким чином: легкий — переживає переважно дистрес, немає очевидного функціонального порушення; помірний — порушена одна сфера функціонування (наприклад, робота); тяжкий — порушено більше ніж одну сферу функціонування (наприклад, робота, навчання або соціальне життя).

Враховуючи той факт, що респонденти, які страждають на дезадаптивну мрійливість, повідомляють про складнощі із контролем процесу мріання, сильне бажання мріяти та надання переваги мріянню над іншими активностями, науковці припустили, що в основі дезадаптивної мрійливості може бути поведінкова залежність. П'єткєвич та ін. вважають (Pietkiewicz et al., 2018), що дезадаптивну мрійливість слід розглядати як поведінкову залежність, аргументуючи це співвіднесенням характерних компонентів такої залежності з даними якісних досліджень. Серед них: (а) значущість — діяльність стає важливішою за все інше і домінує в мисленні, (б) зміна настрою — заняття цією

діяльністю викликає збуджуюче «захоплення» або «кайф», (c) толерантність — здатність все більше вдаватись до певної поведінки, (d) абстиненція — неприємні стани, коли діяльність припиняється або раптово зменшується, (e) конфлікт (міжособистісний або внутрішньоособистісний), та (f) рецидив — залежні моделі поведінки легко та швидко відновлюються навіть після тривалого періоду утримання або контролю. Загалом, було виявлено, що дезадаптивна мрійливість, різні форми проблемної поведінки та поведінкові залежності (лудоманія та (потенційно) розлад, пов'язаний з інтернет-іграми) мають між собою позитивний зв'язок (Durrani & Zeb, 2025; Sharma & Mahapatra, 2021; Soffer-Dudek et al., 2021; Zaheer et al., 2025). Втім, у випадку появи «нових» форм проблемної поведінки, потрібно, щоб дослідження зосереджувались на їхній феноменології та етіології, щоб надати достовірні та надійні докази щодо їхньої адиктивної природи та уникнути надмірної патологізації та стигматизації нормативної поведінки (Kardefelt-Winther et al., 2017). Наразі даних недостатньо, щоб точно встановити, чи є дезадаптивна мрійливість поведінковою залежністю.

Втім, схоже, що науковці більше схиляються до думки, що дезадаптивна мрійливість є дисоціативним розладом (Ross, 2019; Ross et al., 2020; Soffer-Dudek & Somer, 2022; Somer, 2013, 2019, 2024b). У 2022 році була опублікована наукова стаття Соффер-Дудек та Сомера (Soffer-Dudek & Somer, 2022), в якій науковці зібрали, описали та продемонстрували на прикладах спільні феноменологічні характеристики дезадаптивної мрійливості та дисоціативних явищ, таких як подвійна свідомість, яскраві візуальні образи та створення уявних друзів.

На їхню думку, високий рівень поглинання є фактором ризику, що може призвести до розвитку дисоціативних розладів, особливо розладу деперсоналізації-дереалізації, дисоціативного розладу ідентичності та дезадаптивної мрійливості. Науковці вперше запропонували етіологічну модель, в якій описали ці взаємозв'язки та потенційні траєкторії, що можуть призводити до дезадаптивної мрійливості. Вони зазначили, що, хоча травматичний досвід

може бути причиною, існує й низка інших можливих причин розвитку дезадаптивної мрійливості.

Автори зазначають, що дисоціація визначається як порушення нормальної інтеграції досвіду та охоплює як нормальні події повсякденного життя, так і серйозну психопатологію, крайнім проявом якої є дисоціативний розлад ідентичності (DID). Функціональне та дисфункціональне використання дисоціації, були визначені (Putnam, 1997) як три процеси, пов'язані з дисоціацією: (1) Розподіл уваги на два або більше потоків свідомості; (2) Розмежування інформації та афекту; та (3) Зміна ідентичності та/або створення дистанції від себе. Науковці припустили, що зниження інтеграції психологічних і соматоформних елементів є основою для зменшення переживання цілісного, єдиного відчуття «я» та «я» у взаємовідносинах з іншими. Вони наводять приклади того, що дезадаптивна мрійливість характеризується епізодами частково контрольованого дистанціювання від «я» або «реальної» ідентичності на користь експериментування з альтернативними героями/ідентичностями. Оскільки науковці припускають, що це досягається шляхом розподілу потоків свідомості, який лежить в основі дисоціативного поглинання (абсорбції), вони звертають увагу на його роль у розвитку дезадаптивної мрійливості.

Надаючи переконливі докази, Соффер-Дудек та Сомер стверджують, що дезадаптивна мрійливість, незалежно від того, чи походить вона із дитячої травми чи ні, є розладом дисоціації, який розміщений на континуумі не так екстремально як дисоціативний розлад ідентичності, але ґрунтується на дуже сильній схильності до дисоціативного поглинання.

Науковці припускають, що дезадаптивна мрійливість є патологічним проявом дисоціативного поглинання, який можна назвати розладом поглинання (Absorption Disorder). Розглядаючи феноменологічні подібності між дезадаптивною мрійливістю та дисоціативними розладами, автори називають різні ознаки, серед яких: підвищена жвавість візуальної уяви, роздвоєння потоків свідомості, створення персонажів, про яких ведеться внутрішня розповідь, що іноді включає ідеалізоване «я», з яким людина ідентифікує себе

(на думку науковців, ця риса екстерналізації думок, самоідентичностей, наративів та діалогів у вигаданих персонажів лежить на континуумі суб'єктності та контролю). Останнє, як зазначають автори статті, менш екстремально проявляється у дезадаптивній мрійливості, ніж у дисоціативному розладі особистості, однак люди з дезадаптивною мрійливістю мають непостійний контроль над наративами, оскільки зосередження на житті головних героїв стає залежністю, включно з випадками, коли вигаданий персонаж стає об'єктом бажання та кохання.

Автори наголошують, що, подібно до дисоціативного розладу особистості та інших розладів дисоціації, дезадаптивна мрійливість також асоціюється з розщепленням або дезінтеграцією переживань. Вона передбачає інтенсивну емоційну залученість та знижене почуття суб'єктності, що пов'язано з соромом та прихованим внутрішнім світом, супроводжується дистресом або функціональними порушеннями, виникає в дитинстві, піддається впливу дитячої травми та використовується для відволікання від минулих та поточних труднощів.

На основі розглянутих даних Соффер-Дудек та Сомер пропонують модель, що описує як можливі етіологічні шляхи, що ведуть до дезадаптивної мрійливості, так і її зв'язок із дисоціацією. Вони припускають, що дезадаптивна мрійливість розташована на континуумі, який представляє відчуття контрольованості та агентності щодо внутрішніх персонажів мріяння. Науковці бачать це так, що розвиток симптомів у напрямку кінця цього континууму може бути результатом поєднання діатезу, тобто вродженої здатності до дисоціативного поглинання, та підкріплювального елемента. Коріння дезадаптивної мрійливості лежить у нормальній формі інтенсивного мріяння (поглинання), що термінологічно позначається як ID (immersive daydreaming). Воно являє собою здатність до глибокого занурення в яскраві, фантастичні образи з багатим внутрішнім світом, що не є аномальним за своєю суттю. Соффер-Дудек та Сомер вважають, що ця діатетична поведінка підкріплюється, перетворюючи здатність до ID на перешкоду. На їхню думку, у деяких випадках

підкріплення зумовлюється наявністю стресогенних факторів, оскільки перенесення уваги на розгортання мрії може призвести до полегшення дистресу. Негаразди можуть, але не обов'язково, пов'язуватися з дитячою травмою або порушеною ранньою прив'язаністю, причому чим тяжча та раніша травма, тим більша ймовірність, що людина розвине дисоціативний розлад особистості, а не дезадаптивну мрійливість. Автори також зазначають, що поширеним стресогенним фактором, про який люди з дезадаптивною мрійливістю часто повідомляють, є соціальна тривога, яку вони часто компенсують уявним приємним світом. Однак в інших випадках підкріплення може просто спиратися на приємні відчуття, створювані ID. Цим науковці пояснюють, чому їхня модель не є моделлю діатез-стресу, а скоріше включає шлях до дезадаптивної мрійливості, незалежний від стресу, що проходить виключно через залежність, хоча вони стверджують, що дезадаптивна мрійливість неминуче породжуватиме дистрес як результат.

Згідно з цією моделлю, риса поглинання ID може рухатися тим далі в бік психопатології, чим більше вона підкріплюється, чи то через позитивне підкріплення (задоволення, що є сутністю ID), чи то через негативне підкріплення (перепочинок від неприємних стресогенних факторів, що надається ID). Якщо буде діяти сильніше підкріплення будь-якого типу, це призведе до більш патологічного кінця континууму агентності. До нижньої частини континууму агентності, що відповідає меншій тяжкості або нормальному стану, науковці відносять творче написання романів або сценаріїв, а також створення дитячих уявних друзів (*imaginary companions, IC*), які також можуть містити підкріплювальний елемент. Було описано, що нормальний кінець континууму також може бути пов'язаний із думками, які людина не може або не хоче прийняти як частину своєї історії, або, іншими словами, з частинами «це не про мене» («not-me» parts).

Припущення науковців полягає у тому, що внаслідок спрямування уваги всередину ID може спричинити симптоми деперсоналізації та дереалізації. Відомо, що після виходу з мрій та переорієнтації на зовнішню реальність часто

відчувається розрив у звичайному відчутті перебування у світі. Багато людей із дезадаптивною мрійливістю повідомляють, що їхні мрії настільки яскраві, що повернення в нудний реальний світ викликає відчуття відстороненості від нього.

На думку науковців, подібний процес відбувається при обсесивно-компульсивному розладі (ОКР), коли інтенсивне заглиблення в роздуми та обсесії, що поглинають свідомість, призводить до дисоціативного відчуження під час виходу із заглибленого стану.

Своє припущення щодо розміщення дезадаптивної мрійливості на континуумі дисоціативних розладів науковці ілюструють дуже промовистим прикладом 18-річної дівчини, яка страждає на дезадаптивну мрійливість. Вона описувала наявність у неї семи альтер-его та трьох різних уявних світів, у які вона «втікає» щонайменше на 4 години (а зазвичай — близько 8 годин) щодня. З першою зі своїх альтер-его дівчина постійно розмовляла, а одного разу відчула, що вони помінялися ролями, і її альтер-его оволоділа її тілом. Дівчина скаржилась на постійне погіршення пам'яті, тривалі епізоди дереалізації та деперсоналізації і була налякана тим, що з нею відбувається. Цей випадок, на думку авторів, свідчить про те, що дезадаптивна мрійливість може перетворитися на повноцінний дисоціативний розлад ідентичності. Вони припускають, що дезадаптивна мрійливість може бути фактором ризику розвитку дисоціативного розладу ідентичності на тлі важкої травми. Крім того, Соффер-Дудек та Сомер зазначили, що фантастичні світи, що містять уявного друга, можуть бути точкою розгалуження траєкторій, що ведуть до дезадаптивної мрійливості та дисоціативного розладу ідентичності, пояснюючи це тим, що занурення деяких дітей у внутрішній світ уявних героїв може перерости у дезадаптивну мрійливість як механізм подолання труднощів, тоді як інші можуть реінтегрувати своїх уявних друзів у альтер-его, розвиваючи дисоціативний розлад ідентичності.

На момент написання цієї наукової роботи ця етіологічна теорія дезадаптивної мрійливості є єдиною обґрунтованою та перспективною.

## Висновки до Розділу 1

Мріяння є необхідною умовою для існування людини. Воно характеризується наявністю думок, які не стосуються виконання поточної задачі, і включає блукання думок, спонтанні думки та фантазування. Мимовільне мріяння, здається, є режимом роботи мозку людини, коли вона не зосереджена на певній задачі. Воно також сприяє креативності, емоційній регуляції та переосмисленню досвіду. Втім, мріяння може також набувати такої форми, коли починає заважати людині. Надмірне блукання думок, наприклад, у людей з РДУГ, може проявлятися у перескакуванні з однієї думки на іншу та труднощах із концентрацією уваги. Тривожні розлади можуть супроводжуватися румінацією, яка активізує концентрацію на негативних думках. Найчастіше такі порушення мріяння є симптоматикою певного стану людини в моменті або, за наявності інших симптомів, психічного розладу різної тяжкості. Деадаптивна мрійливість, якій присвячена ця робота, хоча й може співіснувати з іншими розладами, є окремим явищем.

У цьому розділі ми детально розглянули основні ознаки деадаптивної мрійливості та теоретичні уявлення про неї. Згідно з результатами проведених досліджень, природна здатність людини до яскравого мріяння може перетворюватися на звичку, що забирає багато часу та призводить до серйозної дисфункції. Деадаптивна мрійливість характеризується складними вигаданими сценаріями, які часто переплітаються з емоційно-компенсаторними темами, пов'язаними з компетентністю, соціальним визнанням і підтримкою. Було з'ясовано, що деадаптивна мрійливість може супроводжуватися прослуховуванням музики та кінестетичною активністю, що може змушувати деяких людей із деадаптивною мрійливістю мріяти лише наодинці. Багато респондентів з різних країн описували замкнене коло, в якому вони шукали розради від стресогенних факторів у мріянні, але потім відчували ще більший дискомфорт через марнування часу, який вони знову намагалися полегшити ще більшою кількістю мріяння.

Дослідження показали, що під час нудних справ або в оточенні незнайомих, на відміну від ситуацій, коли вони вмотивовані на досягнення високих результатів, люди з дезадаптивною мрійливістю, як правило, поринають у світ мріянь. Описані також випадки, коли мріяння не піддаються контролю та супроводжуються настільки сильним прагненням до них, що люди порівнювали це із залежністю від алкоголю або наркотичних речовин.

У дослідженнях ми також зустріли описи важливості переживання негативного афекту під час мріянь. Респонденти могли змусити себе сміятись, плакати та сумувати. Багато респондентів повідомили, що активно шукають досвід неприємних емоцій. Жоден з них не описував ці мрії як такі, що полегшують горе або допомагають пережити минулу травму. Їхні вигадані тривожні образи, хоча й викликали негативні почуття, були якимось чином приємними. Науковці порівняли це із явищем «доброякісного мазохізму» або «гедонічного реверсу», тобто задоволення від негативних відчуттів і емоцій, яке можливе в умовах відчуття безпеки та відображає задоволення від переваги розуму над тілом. На думку науковців, емпірична картина дезадаптивної мрійливості зображує звичайну психічну діяльність, в якій «щось пішло не так».

Теоретичний аналіз дозволив нам обґрунтувати важливість проблематики дезадаптивної мрійливості, сприяв детальному вивченню сучасних уявлень про цей феномен і заклав фундамент концептуальної рамки для нашого емпіричного дослідження.

## РОЗДІЛ 2

### ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ФЕНОМЕНА ДЕЗАДАПТИВНОЇ МРІЙЛИВОСТІ

#### 2.1. Методологія та дизайн дослідження феномена дезадаптивної мрійливості

Метою нашої наукової роботи є емпіричне дослідження проявів дезадаптивної мрійливості у дорослих в Україні. Для спрямування емпіричного пошуку та забезпечення зв'язку між теоретичною рамкою роботи та її практичним втіленням нами було висунуто систему концептуальних і емпіричних гіпотез. Оскільки рефлексивний тематичний аналіз є розвідувальним і спрямований на пошук нових смислів, наші гіпотези мають здебільшого гнучкий характер. Отже, ми припускаємо, що:

1. Деякі прояви дезадаптивної мрійливості серед дорослих українців будуть співпадати з проявами дезадаптивної мрійливості серед респондентів іноземних досліджень цієї проблематики, а саме — негативний вплив дезадаптивної мрійливості принаймні в одній із сфер життя респондента (професійній, академічній, соціальній або особистісній); визнання респондентами дезадаптивної мрійливості як такого процесу, на який вони витрачають багато часу; опис мріяння як цілеспрямованої діяльності.

2. Якісні інтерв'ю з респондентами, які мають високі показники за українською версією шкали Maladaptive Daydreaming Scale-16 (MDS-16UA), можуть надати валідні дані щодо проявів дезадаптивної мрійливості.

3. Існують прояви дезадаптивної мрійливості, ще не описані в інших дослідженнях.

Для практичного опрацювання і перевірки висунутих концепцій було сформульовано емпіричні гіпотези дослідження:

1. Негативний вплив дезадаптивної мрійливості на своє життя відзначатимуть ті респонденти, які мають найбільший показник за результатами оцінки за опитувальником MDS-16UA. Чим ближче показник за результатами

оцінки за опитувальником MDS-16UA до граничного бала, тим менше проявів дезадаптивної мрійливості респонденти будуть зазначати.

2. Респонденти, які мають прояви дезадаптивної мрійливості, зазначатимуть, що мріють з дитинства або з раннього підліткового віку.

3. Серед тем, які будуть зустрічатися у розповідях респондентів, буде наявність сорому через мріання.

4. Серед тем, які будуть зустрічатися у розповідях респондентів, буде наявність травматичних подій у дитинстві чи ранньому підлітковому віці.

Для глибинного розкриття цього феномена було застосовано послідовний дизайн змішаних методів (sequential mixed-methods design) (Creswell, 2009). Використання кількісного аналізу дозволило створити емпіричне підґрунтя для залучення респондентів і опрацювати одну з емпіричних гіпотез. Водночас якісний аналіз даних був основоположним для нашої наукової роботи, оскільки дозволив вивчити унікальний досвід українців, схильних до дезадаптивної мрійливості. Логіка побудови дослідження передбачала циклічний рух від первинного кількісного відбору до якісного аналізу проведених глибинних інтерв'ю, що являв собою ітеративний процес. Послідовність процедурних кроків та аналітична архітектура розробленого дизайну наведені на рисунку 2.1.

Підґрунтям цього дослідження слугував масив первинних даних, зібраних для проведення кількісного дослідження дезадаптивної мрійливості, у якому автор цієї роботи брав участь як співавтор. Зазначене кількісне дослідження було спрямоване на оцінку психометричних властивостей і валідизацію української версії шкали дезадаптивної мрійливості (MDS-16UA) (Балашевич та ін., 2024). Українська версія шкали дезадаптивної мрійливості (MDS-16UA) (Balashevych et al., in press) (Додаток А) є самодіагностичним опитувальником, що містить 16 запитань. Шкала призначена для вимірювання наявності та інтенсивності проявів дезадаптивної мрійливості. Порогове значення становить 25,6 балів.



Процедура залучення здійснювалася шляхом порційного надсилання електронних листів із запрошенням до інтерв'ю (Додаток Б), рухаючись від респондентів із найвищими показниками за MDS-16UA та врахуванням показників самооцінки (вибір тих респондентів, які зазначили, що мрійливість турбує їх). З огляду на те, що дезадаптивна мрійливість є відносно стабільним психологічним феноменом, повторне анкетування респондентів перед інтерв'ю вважалося недоцільним задля уникнення додаткового діагностичного навантаження на учасників та можливих ситуативних чинників спотворення відповідей.

Контакт із потенційними респондентами відбувався анонімно. Кожен електронний лист містив інформаційний лист (Додаток В) та персональний ідентифікатор, створений самими респондентами під час кількісного дослідження, яке виключало доступ дослідника до персональних даних (імен чи прізвищ). На початковому етапі залучення виникли труднощі, пов'язані з низьким рівнем зворотного зв'язку (відсутністю відповіді на електронні листи). З метою подолання цього бар'єру та забезпечення репрезентативності якісних даних стратегію залучення було розширено. Ми використали додатковий метод — метод «снігової кулі». Ми звернулись до колег із проханням поширити інформаційний лист про дослідження серед їхнього професійного та особистісного кола. Використання методу «снігової кулі» в межах якісної парадигми є повністю виправданим під час вивчення чутливих, малодосліджених або потенційно стигматизованих тем (Biernacki & Waldorf, 1981), до яких, на нашу думку, належить і досвід дезадаптивної мрійливості. Таким чином, фінальний дизайн залучення набув комбінованого характеру (цілеспрямований відбір + метод «снігової кулі»).

Респонденти, залучені методом «снігової кулі», надали відповіді в анкетуванні зі шкалою MDS-16UA та питаннями самооцінки для підтвердження наявності у них схильності до дезадаптивної мрійливості. Нами було відібрано лише тих осіб, чий результат був вищим за порогове значення.

За методологічними стандартами якісних досліджень, оптимальний обсяг вибірки для феноменологічного аналізу становить від 5 до 25 респондентів (Creswell, 1998). Зважаючи на новизну феномена дезадаптивної мрійливості в українському соціокультурному контексті, а також на ризик хибної інтерпретації явища респондентами та прагнення досягти насичення даних, до дослідження було запрошено 27 осіб. Фінальна вибірка якісного дослідження становила 27 респондентів, з яких 18 осіб відгукнулися на цілеспрямовану розсилку, а 9 осіб приєдналися за методом «снігової кулі».

Формування фінальної вибірки дослідження здійснювалося на основі чітко визначених критеріїв включення. До них належали: досягнення респондентами повноліття (вік від 18 років), надання добровільної та усвідомленої інформованої згоди на участь у дослідженні, включно з дозволом на аудіозапис та подальше використання деперсоналізованих цитат, наявність схильності до дезадаптивної мрійливості, що підтверджувалась результатом, вищим за встановлене порогове значення за шкалою MDS-16UA.

Зважаючи на те, що дезадаптивна мрійливість може виступати суб'єктивно чутливою або стигматизованою темою, особлива увага приділялася дотриманню етичних стандартів у психологічному дослідженні.

Конфіденційність даних та анонімність усіх учасників були гарантовані, що було описано в інформаційному листі (Додаток В), з яким ознайомились всі респонденти дослідження. Після ознайомлення всі респонденти дослідження надали згоду на участь у дослідженні шляхом заповнення анкети Google Forms із відповідними питаннями (Додаток Г). Усі респонденти мали свій самостійно створений ідентифікатор, який використовувався на етапах збору та первинної обробки даних. Проте за умови цитування респондентів ці ідентифікатори не застосовуватимуться задля забезпечення максимальної конфіденційності. Замість них ми означили кожного(-у) респондента(-ку) дослідження літерою «Р» у поєднанні з випадково обраним числом від 1 до 27 (наприклад, Р17).

Участь в інтерв'ю була добровільною, і жоден респондент не отримав фінансової або іншої винагороди за участь. Респонденти були повідомлені про

те, що можуть припинити брати участь у дослідженні в будь-який момент часу та/або не відповідати на питання, які для них є складними. Ми також попередили респондентів, що це не матиме жодних позитивних чи негативних наслідків для них.

Всі респонденти погодилися на цитування своїх відповідей у цій чи іншій нашій науковій роботі за умови збереження повної анонімності.

Усі аудіо- та/або відеоматеріали з проведеними інтерв'ю зберігалися на захищеному сервері OneDrive, до якого мав доступ лише дослідник. Усі інтерв'ю були дослівно транскрибовані, а транскрипти об'єднані з польовими нотатками дослідника. Після завершення процесу транскрибування та внесення додаткових коментарів усі аудіо- та відеоматеріали розмов із респондентами були видалені без можливості їх відновлення.

Транскрипції інтерв'ю зберігаються на захищеному сервері OneDrive, до якого мають доступ лише дослідник та науковий керівник, і будуть видалені після апробації цієї наукової роботи без можливості їх відновлення.

Загальна соціодемографічна характеристика сформованої вибірки наведена у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

## Соціодемографічні та психометричні показники вибірки

Соціодемографічний показник	Категорія	Кількість осіб ( <i>n</i> )	Відсоток (%)
Стать	чоловіча	5	18,5
	жіноча	22	81,5
Вік	18-25	7	25,9
	26-35	10	37,0
	36 і старше	10	37,0
Результат MDS-16UA	25,6-46	9	33,3
	46-59	12	44,4
	59 і більше	6	22,2
Вважаю себе надмірно мрійливим(-ою)	так	24	88,9
	ні	3	11,1

Мої мрії є емоційно інтенсивними	так, і мене це турбує	15	55,6
	так, але мене це не турбує	11	40,7
	ні	1	3,7
Метод залучення	метод «снігової кулі»	9	33,3
	цілеспрямований відбір	18	66,7

Примітка.  $N=27$ ;  $M=31,3$ ,  $SD=8,1$

Віковий склад респондентів ( $N = 27$ ) характеризується помірною різноманітністю. Середній вік учасників становить  $M = 31,3$  ( $SD = 8,1$ ).

Аналіз соціодемографічних та психометричних показників, представлених у таблиці 2.1, демонструє перевагу респондентів жіночої статі ( $n=22$ ), що загалом узгоджується із тенденціями досліджень у сфері психологічних наук. Особливу аналітичну цінність мають позитивні відповіді на питання для самооцінки: 24 респонденти визначили себе як надмірно мрійливих (88,9%), а 15 респондентів висловили занепокоєння щодо емоційної інтенсивності свого мріяння (55,6%). Найбільший відсоток результатів за шкалою MDS-16UA припав на 46–59 балів (44,4%).

Таблиця 2.2 демонструє, що результати респондентів за шкалою MDS-16UA варіювалися від 27,5 до 74,4 балів ( $M = 50,88$ ;  $SD = 11,99$ ). Отримані показники свідчать про те, що відібрані для інтерв'ю респонденти надали високу ймовірність отримання релевантних даних щодо досвіду дезадаптивної мрійливості.

Таблиця 2.2.

#### Описові статистики результатів респондентів за шкалою MDS-16UA

Показник	N	M	SD	Md	Min	Max
MDS-16UA	27	50,88	11,99	50,00	27,50	74,40

Примітка. MDS-16UA – Maladaptive Daydreaming Scale (Ukrainian version);  $N$  – кількість респондентів;  $M$  – середнє значення;  $SD$  – стандартне відхилення;  $Md$  – медіана;  $Min$  – мінімальне значення;  $Max$  – максимальне значення

Для оцінки наявності та інтенсивності дезадаптивної мрійливості ми використали українську версію шкали дезадаптивної мрійливості (MDS-16UA) (Balashevych et al., in press) (Додаток А). Цей інструмент є самодіагностичним опитувальником, що містить 16 запитань. Шкала призначена для виміру наявності та інтенсивності проявів дезадаптивної мрійливості за трьома субшкалами: втручання мріяння у повсякденне життя (наприклад, «Деякі люди засмучуються або відчують занепокоєння через те, скільки часу вони витрачають на мріяння. На даний момент, наскільки ви засмучені кількістю часу, який ви витрачаєте на мріяння?»), емоційна залученість та тригери мріяння (наприклад, «Деякі люди помічають, що певна музика може спонукати їх до мріяння. Наскільки музика активізує у вас процес мріяння?») і залучення соматосенсорної та рухової активності (наприклад, «Як часто ваші мріяння супроводжуються фізичними рухами, такими як ходіння, розгойдування чи розмахування руками?»). Респонденти оцінюють кожне запитання за шкалою від 0 до 10, де 0 — «Ніколи/Зовсім не ...», а 10 — «Дуже часто/сильно.../Надзвичайно сильно.../Повністю...». Загальний підсумковий бал розраховується як середнє арифметичне від загальної суми, помножене на 10. Порогове значення для української версії опитувальника становить 25,6 балів. Воно було визначене як оптимальне за своєю специфічністю та чутливістю для оцінки наявності клінічного рівня дезадаптивної мрійливості, тобто прояву цього розладу як такого, що перешкоджає людині у функціонуванні та викликає дистрес.

Згідно з метою нашої наукової роботи, ми обрали якісні методи дослідження, оскільки саме вони використовують добре відомі припущення з теорії науки, що призводять до системного та рефлексивного конструювання знань (Malterud, 2002). На думку Маршала і Россмана (Marshall & Rossman, 1995), якісна методологія підходить для досліджень, у яких відповідні змінні ще не визначені, для вивчення феноменів, про які ще мало відомо, а також у випадках, коли складність і процес мають більшу вагу, ніж точне кількісне визначення взаємозв'язків. Дезадаптивна мрійливість, на нашу думку, є

маловивченим і, вочевидь, самостійним явищем, знання про яке накопичуються за рахунок крос-культурних досліджень на різних вибірках і в різних умовах життя.

Феноменологічний підхід, яким ми послуговувалися у цій науковій роботі, дозволяє досліджувати явища з точки зору першоджерела та через життєвий світ людей (Crotty, 1998). У цьому дослідженні ми також застосували якісну інтерпретативну парадигму, концептуально означену як «Big Q» підхід до якісного пізнання. Як уперше сформулювали Кіддер та Файн (Kidder & Fine, 1987), дизайн дослідження в межах «Big Q» означає, що якісні інструменти інтегруються в епістемологічну модель, яка розглядає реальність як суб'єктивну, соціально сконструйовану та множинну. Для забезпечення методологічної узгодженості (methodological congruence) протягом усього дизайну дослідження було дотримано чіткого структурного розмежування між концептуальною рамкою роботи та інструментами збору даних. Цього було досягнуто завдяки розрізненню між загальним концептуальним дослідницьким питанням «Big Q» та конкретними, безпосередніми інтерв'ю-питаннями «little q» (Josselson, 2013). Концептуальне питання «Big Q», а саме «Який ваш досвід надмірної мрійливості? Як це відбувається у Вас?», окреслило абстрактні, теоретичні та академічні межі дослідження, в той час як для перекладу цих концептів у розмовні, емпіричні підказки, доступні для респондентів, гайд для інтерв'ю спирався на серію питань «little q» (Додаток Д) (Josselson, 2013; Josselson & Hammack, 2021).

Для опрацювання обраної нами парадигми в дослідженні ми послуговувалися рефлексивним тематичним аналізом (Reflexive Thematic Analysis — RTA) за методом, описаним Браун та Кларк (Braun & Clarke, 2006). Метод RTA, на нашу думку, повністю підходить для цього дослідження та добре інтегрується з підходом «Big Q», оскільки він позиціонує нас (тобто дослідника) не як відстороненого інтерв'юера, який шукає єдину об'єктивну істину, а як активного творця сенсу (Braun & Clarke, 2020). Відповідно до описаної методології ми визнаємо свою суб'єктивність, одночасно експліцитно

приймаючи її як цінний аналітичний ресурс і засіб для глибокої рефлексивної інтерпретації (Braun & Clarke, 2019).

Тематичний аналіз було здійснено за індуктивною та семантичною орієнтацією в межах підходу Браун та Кларк (Braun & Clarke, 2006, 2020). Це передбачало, що процес кодування та категоризації був повністю висхідним (bottom-up) і керованим самими даними (Braun & Clarke, 2006; 2012). Ми не готували список кодів (codebook) або теоретичну рамку для проєктування її на дані. Оскільки наша наукова робота передбачає самостійно проведений аналіз даних, ми не виконували обчислення відсотків міжкодерної згоди (inter-coder agreement). Теми генерувалися органічно через ітеративні цикли читання та відкритого кодування, що гарантувало пряме відображення фінальних концептуальних патернів в емпіричній реальності, зафіксованій у масиві даних (Braun & Clarke, 2020). Аналіз даних був закріплений на семантичному рівні, здійснюючись виключно на поверхневих, експліцитних значеннях висловлювань респондентів (Braun & Clarke, 2006). Кодування було проведене з повагою до конкретності та цілісності висловів і формулювань респондентів. Всі можливі упередження та припущення дослідника, щодо яких він був свідомий, були винесені на поверхню й обмірковувалися. Наш підхід був націлений на досягнення емпіричної валідності результатів, гарантуючи, що згенеровані теми є відображенням знань, які надали нам респонденти.

Аналіз даних здійснювався відповідно до шестиетапної структури, сформульованої Браун та Кларк (Braun & Clarke, 2006, 2021). Аналіз розпочався з ознайомлення на етапі транскрибування інтерв'ю та супроводжувався неодноразовим перечитуванням даних, поверненням до матеріалів і переосмисленням власних рефлексивних інсайтів. Кодування передбачало систематичне генерування лаконічних семантичних кодів рядок за рядком (line-by-line coding) по всьому масиву даних. Генерування початкових тем відбувалося шляхом сортування та кластеризації згенерованих семантичних кодів у ширші концептуально значущі патерни спільного значення. Під час етапу перегляду тем ми перевіряли потенційні теми як на рівні кодів, так і на

рівні всього масиву даних, щоб переконатися в їхній аналітичній цілісності. Наступним кроком було визначення тем та надання їм чітких і релевантних назв, що включало глибокий аналіз кожної згенерованої теми. Фінальний етап включав синтез отриманих даних і осмислення результатів з урахуванням «Big Q»-питання.

## 2.2. Процедура якісного та кількісного аналізу феномена дезадаптивної мрійливості

Для збору емпіричних даних нами було розроблено гайд напівструктурованого інтерв'ю (Додаток Д). Гайд базувався на принципі «від загального до конкретного» і складався з основного («Big Q») питання та серії уточнювальних «little q» запитань. Головне питання було спрямоване на отримання вільного наративу респондентів без попереднього обмеження їх питаннями. Уточнювальні питання стосувались наявності сценаріїв та сюжетів для виявлення адаптивного чи дезадаптивного мріяння (питання 1, 2) та змістовного наповнення мрій, емоційної складової мріяння (питання 3), компенсаторних механізмів мріяння (питання 4), тригерів мріяння (питання 10, 11), ставлення до своєї мрійливості (питання 12) тощо. Запитання про перешкоди у діяльності (питання 14) та досвід пошуку інформації (питання 15) дозволили виявити рівень усвідомлення респондентами проблемності їхньої мрійливості.

Під час проведення перших інтерв'ю ми виявили необхідність деталізації низки аспектів, що спонукало до розробки додаткового блоку запитань (група «а»). Загалом, у ході дослідження наш інструментарій було доповнено 16 уточнювальними запитаннями, що дозволило нам глибше проаналізувати феномен дезадаптивної мрійливості.

З особами, залученими методом «снігової кулі», контакт відбувався через месенджери. Першочергово, вони отримували посилання на анкету зі шкалою MDS-16UA та питаннями для самооцінки. За умови відповідності критеріям включення, потенційні респонденти отримували посилання на спеціально

розроблену форму (Google Forms), що містила питання для збору поінформованої згоди, та могли запропонувати той час для інтерв'ю, який був би для них зручним. З особами, залученими методом цілеспрямованого відбору, контакт відбувався через електронну пошту та месенджери (за бажанням потенційних респондентів). За умови зацікавленості в дослідженні, вони отримували посилання на ту ж форму (Google Forms) для збору поінформованої згоди та так само могли обирати час для інтерв'ю, який був би для них зручним. Процедура надання згоди на участь була організована так, щоб кожен респондент мав достатньо часу, щоб ознайомитися з усіма аспектами дослідження перед ухваленням остаточного рішення. Перед проведенням інтерв'ю ми перевіряли наявність заповненої згоди та пункти згоди. Усі 27 респондентів надали поінформовану згоду на участь у нашому дослідженні та погодилися з усіма пунктами, що включала ця згода.

Домовленість про зручний день, час і формат проведення інтерв'ю здійснювалася індивідуально. Для проведення інтерв'ю були використані платформи Zoom, Google Meet, Microsoft Teams, Telegram і Viber. Оскільки інтерв'ю проводилися під час російсько-української війни, наші респонденти зіштовхувалися з труднощами з доступом до мережі Інтернет і відсутністю електроенергії та мобільного зв'язку. Деякі респонденти вимикали камери, якщо мали зазначені проблеми; деякі — не вмикали камери з особистих причин.

Згідно з методологією дослідження, кожне інтерв'ю мало тривати від 30 до 60 хвилин, але ці часові межі були порушені у ході дослідження. Часовий інтервал інтерв'ювання становив від 25 до 120 хвилин через низку причин. Деякі з них були пов'язані з уже зазначеними труднощами в комунікації, а також із непередбачуваністю обставин, зупинками в проведенні опитування через необхідність переходу в укриття або безпечне місце. Іншою причиною було бажання деяких респондентів розповісти про свій досвід якомога більше і детальніше, що дуже допомогло нам у дослідженні. Одне інтерв'ю було проведене з респондентом, який, як виявилось у ході інтерв'ю, не мав досвіду

дезадаптивної мрійливості. Інтерв'ю з ним стало найкоротшим і тривало 25 хвилин.

Всі інтерв'ю були проведені українською мовою без потреби респондентів спілкуватися будь-якою іншою мовою.

Одне інтерв'ю було проведене шляхом листування електронною поштою. На момент написання цієї наукової роботи інтерв'ювання за допомогою е-мейл листування є відносно новим інструментом якісного дослідження, але, на думку дослідників, має великі перспективи (Hawkins, 2018). Незважаючи на те, що ми не передбачали застосування листування у цьому дослідженні, зваживши потенційну користь від отриманих знань, усвідомлюючи чутливість проблеми, яку ми досліджуємо, а також розуміючи, що багато якісних досліджень дезадаптивної мрійливості наших іноземних колег були проведені із застосуванням листування (Somer, 2023, 2024a; Somer & Otgaar 2024, 2025), ми вирішили включити це асинхронне інтерв'ю у дослідження (Gibson, 2017). Респондентка отримала письмовий перелік питань із розробленого гайду для напівструктурованого інтерв'ю (Додаток Д) та надіслала відповіді на поставлені запитання. Її відповіді виявилися дуже цінними для аналізу.

У процесі проведення інтерв'ю ми зіткнулися з викликом розмежування феномена дезадаптивної мрійливості та інших форм ментальної активності. Попри те, що всі 27 респондентів мали бали за шкалою MDS-16UA, що перевищували порогове значення, під час глибинних розмов з'ясувалося, що в окремих випадках високі показники були зумовлені не дезадаптивною мрійливістю, а іншими станами, зокрема, румінаціями та тривожними думками. Незважаючи на те, що ми не маємо достатньої експертизи в діагностиці румінації або тривожних думок, ми можемо точно вказати на те, що зазначений цими респондентами досвід не відноситься до феномена дезадаптивної мрійливості.

Процес транскрибування інтерв'ю був ітеративним і тривалим. Первинна обробка аудіоматеріалів включала зазначення польових приміток, зроблених під час інтерв'ю. Кожна транскрипція проходила ретельну перевірку. Ми

переслуховували записи та коригували текст до стану *verbatim*. Цей процес вимагав повторного занурення в дані, що дозволило нам не лише досягти текстової точності, а й фіксувати невербальні особливості (паузи, інтонації, емоційні відтінки), які доповнювали змістове наповнення інтерв'ю. Особлива увага приділялася знеособленню даних. Усі персональні ідентифікатори (імена, назви організацій, назви населених пунктів, специфічні особисті дані) були позначені відповідними кодами на етапі редагування, що забезпечило повну конфіденційність учасників відповідно до етичних вимог дослідження.

Аналіз зібраних даних здійснювався відповідно до методології тематичного аналізу Браун та Кларк (Braun & Clarke, 2019), що дозволило системно структурувати наративи респондентів. Приклад кодування представлений у додатках (Таблиця 2, Додаток Е).

Перша фаза тематичного аналізу — це ознайомлення з даними. Процес занурення в дані був ітеративним. Ми неодноразово перечитували транскрипти інтерв'ю як на початкових етапах після завершення транскрибування, так і на завершальній стадії дослідження. Рівень ознайомлення з матеріалом був достатньо глибоким, адже ми могли ідентифікувати джерело конкретних висловлювань без звернення до вихідних файлів. Для підтримки аналітичної чутливості та запобігання «ефекту звикання» до даних ми робили свідомі перерви в роботі, що дозволяли повертатися до аналізу «свіжим поглядом» і помічати нові змістові нюанси, які могли бути проігноровані раніше.

Друга фаза аналізу передбачає виокремлення початкових кодів. На цьому етапі ми застосували метод *in vivo* кодування, фіксуючи зміст висловлювань респондентів на семантичному рівні, максимально зберігаючи їхню авторську лексику. Ми отримали понад 2500 кодованих фрагментів, багато з яких містили кілька змістових аспектів, що вимагало багаторазового кодування одного й того самого фрагмента. Прикладом такого коду є код 2287 «коли надмірно йде стрес, і ти не можеш його зупинити, тобі потрібно на щось перемкнутися» з цитати Р4, у якому одночасно містилися посилання на вплив стресу на мріяння, функцію мріяння, яку воно виконує у випадку стресу, та труднощі із

саморегуляцією. Вилучення відповідних точкових кодів з цієї цитати могло призвести до втрати контексту. Для збереження багатовимірності висловлювань окремі цитати могли бути представлені одночасно в кількох тимчасових аналітичних категоріях. Такий підхід дозволяв зберігати цілісність висловлювань і водночас фіксувати різні смислові аспекти, що містилися в одному висловлюванні. Кожна цитата, що містила кілька змістових компонентів (наприклад: *«Це безпечне місце, куди я можу втекти від реальності і дати мозку перепочинок.»*, P16), дублювалась у відповідні тимчасові аналітичні категорії, кожна з яких була маркована (зокрема: «безпечне місце», «втеча від реальності», «місце» тощо). Таким чином, коли ми побачили цитату P20 *«побути десь в кращому місці, де я хочу бути на невеликий час»*, категорія «місце» поповнилася ще одним релевантним висловлюванням. Подальше групування кодів відбувалося ітеративно. Ми неодноразово зіставляли та порівнювали коди респондентів, щоб виявити спільні патерни й розбіжності в їхньому досвіді. Аналіз здійснювався ітеративно, з поступовим переходом від більш близького до даних рівня кодування до більш інтерпретативного рівня формування тем. У подальшому аналізі відбувалося поступове узагальнення смислових патернів та інтерпретативне об'єднання категорій у теми, що відображали ширші структури значення в досвіді респондентів.

Наступною фазою аналізу був пошук потенційних тем на основі тимчасових аналітичних категорій. У процесі аналізу здійснювався ітеративний рух між рівнями окремих висловлювань, категорій і смислових патернів. Частина висловлювань демонструвала повторювані смислові структури, які поступово формували основи для потенційних тем. Водночас окремі унікальні висловлювання, що не мали прямих аналогів у межах інших даних, розглядалися як значущі прояви досвіду та сприяли розширенню й уточненню смислових меж формуваних аналітичних конструкцій. Окрім цього, у процесі аналізу відбувалося зіставлення між тимчасовими категоріями, що дозволяло виявляти перетини смислів і поступове формування ширших структур значення.

Таким чином, формування потенційних тем мало нелінійний і ітеративний характер.

Четверта фаза аналізу передбачала ревізію та уточнення потенційних тем. Нашим основним критерієм оцінки виступала їхня концептуальна релевантність головному дослідницькому питанню, а саме здатності відобразити суб'єктивний досвід дезадаптивної мрійливості. Ми поверталися до головного питання й зважували, наскільки смислові елементи тримаються в заданих межах. Деякі кластери кодів виходили за ці межі та описували, до прикладу, переживання інших розладів, а отже, не формували окремих тем у межах нашого аналізу. Водночас досвід, у якому дезадаптивна мрійливість виконувала регуляторні або захисні функції (зокрема як спосіб подолання депресивних станів або емоційного дистресу), розглядався нами як релевантний і включався до формування потенційних тем.

Після ревізії потенційних тем ми надавали їм назви, які формувалися на основі їхнього узагальненого смислового змісту та відображали ключові патерни досвіду дезадаптивного мрійництва. Наприклад, тема «Мріяння як свідомо ініційована паралельна діяльність» відповідає на головне питання нашого дослідження. Втім, цього було недостатньо. Перед остаточним затвердженням теми ми також перевірили її на відповідність кодам, за якими її сформували. Тільки після успішного завершення цієї процедури ми змінили статус цієї теми з потенційної на фінальну.

Завершальною шостою фазою аналізу було представлення результатів тематичного аналізу, що включало опис і інтерпретацію сформованих тем із використанням репрезентативних цитат респондентів.

З метою перевірки першої емпіричної гіпотези ми звернулися до першої фази кодування. Це дозволило нам оцінити конкретні прояви дезадаптивної мрійливості серед респондентів нашого дослідження. На основі оцінки ми створили певний набір ознак, які можуть вказувати на інтенсивність проявів дезадаптивної мрійливості (Таблиця 1, Додаток Г). Нами було розроблено індекс проявів дезадаптивної мрійливості, побудова якого базувалася на поєднанні

даних якісного аналізу інтерв'ю та теоретичних джерел щодо досліджуваного феномена. Індекс включав набір ознак, які відображали різні аспекти проявів дезадаптивної мрійливості, зокрема вплив на функціонування в різних сферах життя, наявність кінестетичних компонентів під час мріяння, потребу або сильне бажання до мріяння, динаміку інтенсивності мрійливості з часом, наявність уявних сюжетів або світів, відчуття сорому через свої мріяння, а також віковий період початку дезадаптивної мрійливості. Кожна з ознак отримувала відповідне бальне значення (від 0,5 до 2 балів залежно від її інтенсивності та клінічної значущості). Окремо враховувався часовий компонент мрійливості, який додавав додаткові бали залежно від щоденної тривалості мріяння. Також передбачалося коригування сумарного показника шляхом зменшення бала у випадках, коли респонденти зазначали відсутність негативного впливу мрійливості на їхнє повсякденне функціонування.

Підсумковий індекс розраховувався як сумарне значення всіх ознак і використовувався для подальшого кореляційного аналізу разом із результатами стандартизованої шкали дезадаптивної мрійливості.

Згідно з першою емпіричною гіпотезою, у респондентів буде тим менше проявів дезадаптивної мрійливості, чим нижчий їхній бал за MDS-16UA.

Отже, після завершення процедури оцінювання, отримані первинні дані («Фінальний результат оцінки») було зіставлено з кількісними показниками респондентів за MDS-16UA. Первинний візуальний і дескриптивний аналіз даних засвідчив відсутність очікуваної узгодженості між показниками. Крім того, було зафіксовано випадки, коли низька частота проявів феномена поєднувалася з високими діагностичними балами за шкалою MDS-16UA.

З метою статистичної верифікації виявленої тенденції та математичного доведення зафіксованої розбіжності ми звернулися до статистичного аналізу даних. Він здійснювався за допомогою спеціалізованого програмного забезпечення Jamovi (версія 2.4.7.0). У зазначеному середовищі було проведено кореляційний аналіз Пірсона (Pearson's  $r$ ) із двобічним критерієм. Перехід від початково обраного одnobічного критерію до двобічного був зумовлений

необхідністю об'єктивної оцінки реального характеру взаємозв'язку між змінними без штучного обмеження напрямку статистичного пошуку.

Перевірка інших концептуальних та емпіричних гіпотез не потребувала додаткових кількісних процедур і опрацьовувалася на якісних даних.

### 2.3. Результати якісного та кількісного аналізу феномена дезадаптивної мрійливості

Рефлексивний тематичний аналіз транскриптів респондентів дозволив виокремити 6 тем, які розкривають організацію дезадаптивного мріяння як процесу уяви, функції і вплив дезадаптивного мріяння, певні аспекти сприйняття мріяння респондентами та сприйняття уявного світу як додаткового простору існування.

#### Тема «Мріяння як свідомо ініційована паралельна діяльність»

У даних мріяння описується респондентами як довільно ініційована діяльність, яка може бути інтегрована в поточні активності без їх переривання. У цьому сенсі мріяння постає як паралельний процес, що співіснує з іншими формами щоденного функціонування. Як зазначає респондент Р18, мріяння може бути активовано в будь-який момент, зокрема навіть під час соціальної взаємодії: *«Я можу це в будь-який момент зробити, навіть спілкування з людиною, наприклад. Тому що це як паралельний процес»*. Така особливість відрізняє дезадаптивну мрійливість від румінації чи блукання думок.

Описані респондентами випадки демонструють, що мріяння часто слугує супроводом діяльності, яка не потребує значної концентрації уваги, є звичною або монотонною. До прикладу, респондентка Р6 говорить: *«Частіше за все мріяння відбуваються, коли я роблю щось на автоматі, наприклад, ходьба, прибирання, поїздка в транспорті...»*. Досвід дезадаптивного мріяння постає як можливість інтегрувати цю діяльність в різні форми щоденного функціонування та розгортати її паралельно з ними.

#### Тема «Заміщення життєвого досвіду проживанням мрії»

Ця тема аналізу описує унікальну можливість людей із дезадаптивною мрійливістю, по-перше, проживати бажаний досвід у своїй уяві без необхідності його реалізації в реальному житті. Цитата респондентки Р20: *«...просто коли я кажу про мрію, (...) здається (...) одночасно, що це чогось, чого я хочу досягти в якомусь плані. Але (...) це не те, що моя ціль, це просто, (...) я задовільняю якусь свою потребу, яку не задовільняю, якимось іншим шляхом.»* вказує на наявність мрій, проживання яких у власній уяві вже і є фінальною метою. Ця думка підтверджується словами тієї ж респондентки: *«...і я розумію, що це реально, але просто мені іноді вистачає просто помріяти, ніж цим зайнятися.»*, а також цитатою респондентки Р19: *«...в реальності, коли ставиться якась мета і я до неї йду, це більше про якийсь дискомфорт на початку, того що треба щось робити, треба, можливо, навіть виходити з зони комфорту, докладати зусиль, може з першого разу не вийти, треба ще раз спробувати. І потім вже доходиш до мети і, в принципі, теж є задоволення від результату, але в фантазіях не треба зусиль. Просто все, що хочеш собі нафантазувати, намалювати, уявити — працює, добре, все, готово, не треба старатися ні з чим»*. Зазначені цитати свідчать, що уявний процес проживання досвіду може слугувати заміною реального. Такий спосіб задоволення потреб не вимагає додаткових ресурсів або прийняття рішень.

По-друге, ця тема ілюструє здатність респондентів проживати в уяві не лише певний досвід, а й власне життя: *«...всередині я живу напевно так, як жила, для мене не стало гірше, а назовні я жити далі не можу, тому я все більше пішла туди.»* (Р22); *«...що я не можу жити своє життя, но я його можу прожити от у себе в уяві.»* (Р5).

Потреба респондентів у проживанні досвіду в уяві була пов'язана з різними факторами. Респондентка Р22, наприклад, відчувала, що її *«життя зупинилось»* у 2014 році з початком російсько-української війни і мала труднощі з прийняттям того, що відбувається навколо. Її здатність до яскравого фантазування надала їй надійний механізм втечі від реальності. Респондентка Р5 уникала соціальної взаємодії, страждала на депресію та потенційно мала в

анамнезі травму, яка *«можє і не спричинила, але загострила це [мріяння], розвинула»*. Респондентка Р20 мріяла про те, що давало їй позитивні емоційні переживання без порушення власних моральних принципів. Респондентка Р19 вказувала на брак ентузіазму щодо реалізації своїх бажань, особливо з огляду на легкість отримання бажаного результату в уяві. Втім, це лише одні із багатьох відомих нам факторів.

Деадаптивне мріяння також часто описувалося респондентами як спосіб отримання *«швидкого дофаміну»*, що могло виключати потребу в пошуку та закріпленні адаптивних способів саморегуляції. Зокрема, Р19 прокоментувала це так: *«Плюс я даю мозку якусь дозу, якщо так можна сказати, дофаміну, такого швидкого, і він вже настільки звиклий до такого формату, що поставити ціль якусь, яка вимагає дій хоча б на тиждень, і через тиждень буде результат, це вже йому здається, що «та ну ні, не хочу»*.

Більш очевидною функцією деадаптивної мрійливості є уявлення бажаного, але недоступного. До прикладу, респондентка Р5 говорить: *«...якщо в мене щось не вийшло, то в мрії я домріюю, що (...) вийшло. Чи (...) я не можу познайомитися з чоловіком. В мріях я знайомлюся з сотнею різних чоловіків. Чи (...) у мене немає грошей зараз поїхати в [країна]. В мрії я поїду куди завгодно...це однозначно якийсь не зовсім здоровий спосіб (...) прожить те, що мені хочеться, но я не можу цього зробити в якийсь спосіб.»*

Мріяння, вочевидь, здатне допомогти швидко отримати задоволення, слугує простором для втечі від реальності та здійснення бажань. Ця діяльність пропонує альтернативу для осіб, які мають певні здібності, і демотивує рухатися у напрямку реального розвитку.

Тема *«Внутрішня напруга між усвідомленням проблематичності власного мріяння та безсиллям відмовитись від нього»*

Дані аналізу показали, що респонденти розуміють деадаптивність власного мріяння, але не здатні припинити його використовувати. У своїх описах досвіду деадаптивної мрійливості, вони зазначали наступне: *«...не знаю, наскільки гарне це порівняння, але можливо це якась навіть залежність. (...)*

*може це даже в якійсь мірі на алкоголізм похоже, тому що є тож саме своєрідне похмілля» (P4), а також «... в мене в голові це поєднується, чи як паралель я проводжу із якоюсь залежністю. (...) Коли ти кидаєш пити, тобі думки про це частіше в голові виникають, що хочеться, десь приблизно так само, коли в ті періоди, коли просто не можу [мріяти], то в мене і не виникає бажання», (P11). Незважаючи на те, що ми розглядали дезадаптивну мрійливість як форму поведінкової залежності, наведення респондентами аналогій із розладом вживання алкоголю стало для нас неочікуваним.*

Респонденти також підкреслювали привабливість мріяння та вказували на безсилля перед ним. До прикладу, респондентка P9 сказала: *«При цьому воно [мріяння] занадто приємне, щоб повністю від цього відмовлятися.»*, а респондентка P27 розповіла, що доклала значних зусиль на боротьбу із дезадаптивною мрійливістю, які не спрацювали: *«Тому стала частіше кудись ходити, роботу знайшла, щоб час чимось зайняти, розумію що це проблема, але не можу її побороти.»*. Респондентка P6 поділилася своїми неприємними почуттями від усвідомлення власної потреби у мріянні: *«...в мене був такий досвід, що десь рік чи півтора в мене була дуже сильна (...) мрія, (...) фантазія. І (...) мене навіть це трохи почало лякати, тому що я (...) прокидалась, про це думала, ввечері засинала, про це думала, ну тобто (...) що воно займало майже весь час».*

Ця тема аналізу доповнила наші знання про механізми впливу дезадаптивної мрійливості на осіб, схильних до неї.

Тема «Мрійливість як глибоко інтегрований елемент самоідентифікації»

У наукових роботах наших колег ми неодноразово зустрічали описи того, що мрійливість найчастіше починається з яскравого фантазування у дитинстві. Серед респондентів цього дослідження 12 осіб вказали на те саме, що було очікувано і навіть винесено у межі емпіричних гіпотез до цього дослідження. Втім, тим, на що ми звернули увагу, були висловлювання респондентів про сприйняття власної мрійливості. Здавалося, що респондентам властиво вважати мрійливість компонентом власної Я-концепції. Вони не сприймали мріяння як

окремий поведінковий патерн. Для них, схоже, мріяння не набули значення діяльності, а були глибоко вкорінені в самоідентифікації. До прикладу, респондентка Р3 зазначила: *«Десь хтось щось сказав, загадав, я така, «ага, то таке ще буває. Ну, але ж це не про мене». А потім така: «ой, ну, а я подивлюся». А потім така: «ууу, дезадаптивна мрійливість, ой-ой-ой. А звідки вони знають, що я так живу?» — і додала: «Я думала, що може то просто взагалі якась цікава риса характеру.»* Респондент Р17, навпаки, вважав, що така мрійливість характерна для всіх людей: *«І почалося воно з того: «тобто, не всі так роблять?»* Респондентка Р5 говорила про свою мрійливість як про частину особистості: *«Ой, ну по-перше, це я думаю, що це якоюсь мірою частина моєї особистості»*, а респондентка Р22 означила мрійливість як стиль життя.

На нашу думку, така інтегрованість у структуру особистості може додатково ускладнювати спроби відмовитися від мріяння, якщо воно почало набувати дезадаптивного характеру, оскільки відмова від мріяння потенційно переживається як втрата значущої частини себе.

Тема «Сором і страх бути побаченими через призму власного мріяння»

Попри важливу роль мріяння у внутрішньому житті респондентів, його прояви часто супроводжуються переживаннями сорому, страхом осуду та вимушеністю приховувати цей досвід від інших людей. Респонденти зазначали, що приховували власне мріяння або окремі його аспекти через побоювання бути неправильно зрозумілими, висміяними чи сприйнятими як «дивні». Наприклад, респондентка Р11, яка означила мріяння як *«своєрідні активності за закритими дверима»*, поділилася своїми переживаннями: *«...здавалося, що ну під страхом смерті я цього нікому не розкажу, тому що одразу мені викличуть швидку»*.

Ми були готові до того, що респонденти цього дослідження могли мати неприємний досвід або страхи, пов'язані з власною дезадаптивною мрійливістю. Для частини респондентів їхній уявний світ залишається суто приватним простором, доступ до якого вони не були готові надавати навіть близьким людям. Респондентка Р5, розповідаючи про власний сором розповідати комусь про свої мріяння, додає: *«Може даже є якийсь прикол в*

*тому, що в тебе є якийсь такий гязний секретик, який ти нікому не розкажеш.».*

Не лише мріяння, що відбуваються в уяві, можуть викликати сором. До прикладу, респондентка Р3 говорить: *«...потім яюсь зрозуміла, що це [мріяння] не шкідлива ніяка ніби риса, але, от вже прямо коли б хтось помітив, що я яє якісь здійснюю рухи...».* Нам відомо, що процес мріяння часто потребує сенсомоторної або кінестетичної активності, тому деякі люди не можуть мріяти у присутності інших. Серед респондентів цього дослідження потреба в усамітненні також була зазначена. Респондентка Р2, наприклад, говорить: *«Переважно я собі це дозволяю, тільки коли розумію, що я сама в кімнаті».*

Часто самотність у досвіді, який важко навіть пояснити, створює прірву між особою, яка його переживає, і соціумом. Ми можемо припустити, що сором та страх змушують людей із дезадаптивною мрійливістю, які використовують її як спосіб втечі від реальності, ще більше втікати у власну уяву.

Тема «Двоїста організація життєвого простору: реальний світ і світ мрій»

У проаналізованих описах досвіду дезадаптивної мрійливості ми відзначили певну просторову дихотомію. У цитатах респондентки Р11 така двоїстість зустрічається двічі: *«...як перемикач із однієї реальності в іншу, бо в іншій в мене теж є чим себе зайняти»* та *«...можливо, скоріше тих емоцій, яких мені тут не вистачає, тому що не сказала б, що я беземоційна в житті, чи в мене немає якихось ситуацій...».* Р11 описує існування двох реальностей, можливо, навіть не помічаючи цього. Водночас чітко розділяючи реальність від уявного світу, респондентка ніби порівнює справжнє й уявне як тотожне. Подібну бінарність існування можна простежити і у вислові респондентки Р20: *«... трохи є цей, знаєте, перехід від реальності, від мрії до реальності, тому що, ну, скоріше всі свої мрії є десь в теплій країні. І там сонце, і все класно. Ну, ні, тут також може бути все класно, але без сонця просто і не такий класний клімат. Але мені здається, в той момент, знаєте, навіть коли там виходжу з транспорту, я там, знаєте, така, а куди треба йти? В яку сторону? Де офіс? І так далі. І я така, «ой, а я тут». Не дуже прикольно.».* Особливу цікавість у

нас викликало висловлювання про клімат, адже, здається, що в її уявному світі він теж існує. Респондент Р16, до прикладу, говорить про власний уявний світ як про «місце»: *«Це безпечне місце, куди я можу втікти від реальності і дати мозку перепочинок.»*

Ми простежуємо в описах респондентів специфічний спосіб організації життєвого простору, в межах якого обидва світи набувають суб'єктивної значущості та постійно співвідносяться між собою. Світ мрій часто описувався як місце, до якого можна повернутися, у якому існують знайомі персонажі, події та емоційно значущі переживання. При цьому реальний і уявний простори не сприймалися як повністю ізольовані один від одного, а перебували в постійній взаємодії.

Результати якісного дослідження показали, що дорослі українці, які мають дезадаптивну мрійливість, відзначають наявність негативного впливу розладу принаймні в одній із сфер власного життя (професійній, академічній, соціальній або особистісній). Про це свідчать цитати респондентів цього дослідження, зокрема респондентка Р11 говорить: *«А по-друге, навіть якби це було питання не в часі, то воно заважає більш тим, що, я це розумію, загострює ті проблеми, які, власне, мабуть, і спричиняють бажання. Тобто ту саму соціальну тривожність»*. Респондентка Р9 зазначила, що *«Воно [мріяння] заважає жити»*.

Про негативний вплив мрійливості на свою академічну успішність повідомив респондент Р17: *«До того доходило, що я пропустив роки півтори, класи повністю, просто зрозумів, що нічого не чую, не слухаю, просто забив на них, доганяв потім сильно»*, а також респондентка Р27: *«Особливо коли був період підготовки до важливого екзамену, а я просто не могла себе змусити перестати щось уявляти і через те не готувалась до іспиту.»*

Були також згадані випадки, коли дезадаптивна мрійливість заважала в професійному житті: *«Взагалі це, в основному, так... Я йду лягати спати, я просто так не засну не помріявши. Або ж, як на роботі, я заснула, я*

*замріялась, заплющила очі і заснула. І на цьому моя робота скінчилась в [місце роботи]», P24.*

Розповіді респондентів вказували на те, що мріяння є довільним процесом, який вони ініціюють за власним бажанням. Наприклад, респондентка P5 зазначила: *«... можу це [мріяння] перервати чи продовжити в будь-який момент.»*, а респондент P16 повідомив, що: *«В ці приємні мрії я сам себе погружаю і поступово туди занурююсь, заходжу».*

Кілька респондентів нашого дослідження визначили дезадаптивне мріяння як процес, на який вони витрачають багато часу, зокрема про це повідомили респонденти P27, P11, P12 та P1. Надаємо їхні цитати відповідно: *«Є якісь плюси [мріяння], але головний мінус це час, який уходить внікуди.»*; *«...по-перше, заважає тим, що це [мріяння] віднімає час. 3-5 годин — це багато.»*; *«Воно [мріяння] займає мій час.»*; *«...бо я розумію, наскільки багато це [мріяння] часу в мене забирає.»*

Наша перша концептуальна гіпотеза повністю підтвердилася, адже певні прояви дезадаптивної мрійливості респондентів нашого дослідження збігаються з тими, що зазначалися в іноземних дослідженнях.

Згідно з нашою другою концептуальною гіпотезою, якісні інтерв'ю з респондентами, які мають високі показники за українською версією шкали Maladaptive Daydreaming Scale-16 (MDS-16UA), могли надати валідні дані щодо проявів дезадаптивної мрійливості. Ця концепція підтвердилася, але дані проведених інтерв'ю з респондентами, які мають низькі показники за шкалою, також надали багато цінної інформації. На момент формулювання гіпотез дослідження ми вважали, що результат за шкалою MDS-16UA може бути показником інтенсивності прояву дезадаптивної мрійливості у житті респондентів, що виявилось помилковим судженням.

Третя концептуальна гіпотеза дослідження підкреслювала наші очікування щодо виявлення проявів дезадаптивної мрійливості, які ще не були описані в попередніх дослідженнях. В межах дослідження для написання цієї наукової роботи такі прояви не були зафіксовані. Проте оскільки рефлексивний

тематичний аналіз ще перебуває на стадії опрацювання, ми не виключаємо можливості розкриття нових проявів дезадаптивної мрійливості. Отже, наразі наша гіпотеза не підтвердилася.

Перевірка першої емпіричної гіпотези дослідження була здійснена за допомогою кореляційного аналізу. Результат показав відсутність зв'язку між тими проявами дезадаптивної мрійливості, які ми вважаємо визначальними, і результатами за шкалою MDS-16UA. Розрахунок коефіцієнта детермінації ( $R^2$ ) проведений на основі отриманого показника кореляції ( $r = 0.461$ ,  $p = 0.008$ ) продемонстрував, що оцінка проявів може пояснити лише 21,2% дисперсії балів за стандартизованою методикою MDS-16UA. Відповідно, решта 78,8% варіативності даних відображає статистично значущу розбіжність результатів двох систем оцінювання. Крім того, ми оцінили наявність згадок респондентів про негативний вплив дезадаптивної мрійливості на їхнє життя. Повертаючись до таблиці 2.2, яка чітко визначає результат у 50,9 балів за шкалою як середнє значення, для підтвердження нашої гіпотези ми також маємо перевірити, чи відзначали негативний вплив дезадаптивної мрійливості на своє життя ті респонденти, які мають бал нижче за середнє значення.

У таблиці 1 (Додаток Г) можна побачити, що: а) не всім респондентам із високим балом за шкалою MDS-16UA заважає мрійливість (наприклад, Р3 з результатами оцінки за MDS-16UA у 60,6 балів). Респондентка Р3 зазначає: *«Я просто ніколи не думала, що то [мріяння] щось погане. І може стояти наближено до інших таких ну нетипових для нормальної здорової людини станів, бо я думала, що то багато в кого так є.»* б) В той же час, були респонденти із низькими балами за шкалою, але відзначали негативний вплив мрійливості на своє життя. До прикладу, респондентка Р26 (бал за шкалою = 38,8) говорить: *«По-перше, це [мріяння] все ще створення нереалістичних очікувань періодично. По-друге, це болісне відчуття, коли ти із хорошої фантазії повертаєшся в доволі паскудну реальність. (...) і коли ти, не знаю, годину-півтори провів в цьому своєму уявному світі, потім повернувся в реальний, то замість покращення настрою отримуєш навпаки погіршення.»*, а

також це: *«...тому що ти маєш бути зовсім загубленим для світу, щоб не помічати, що якась твоя звичка, яку ти вважаєш рятівною, раз у раз робить тобі гірше.»*

Отже, наша перша емпірична гіпотеза не підтвердилася. Незважаючи на це, ми вважаємо це важливим здобутком цього наукового дослідження, адже він може дозволити переглянути українську версію шкали Maladaptive Daydreaming Scale-16 (MDS-16UA) або сприяти створенню нового інструменту для оцінки проявів дезадаптивної мрійливості.

У своїй другій емпіричній гіпотезі ми припускали, що респонденти, які мають прояви дезадаптивної мрійливості, зазначатимуть, що мріють з дитинства або з раннього підліткового віку. У таблиці 1 (Додаток Г) можна побачити, що респонденти цього дослідження, які мають прояви дезадаптивної мрійливості, почали мріяти в дитинстві, у школі або у підлітковому віці. Цікаво, що кілька респондентів назвали ще один неочевидний для нас варіант початку мріяння, який ми б означили як «мріяння було завжди». Під час теоретичного аналізу досліджень ми зустрічалися із таким описом: «Один із респондентів також був упевнений, що завжди мав вроджену схильність до творчих фантазій». Виявилось, що шестеро з наших респондентів мали такий самий досвід. До прикладу, респондентка P22 зазначила: *«Я не можу сказати, коли цього [мріяння] не було.»*, а респондентка P3 повідомила, що *«Воно завжди таке зі мною було присутнє, різні були всякі уявлення»*. Отже, наша друга емпірична гіпотеза повністю підтвердилася.

Ми також припускали, що в розповідях респондентів цього дослідження зустрінемо описи відчуття сорому через власну мрійливість. Такі описи були присутні у декількох респондентів. Одним із яскравих прикладів є цитата P11: *«...я не думала, що «от якби я вам довіряла трішки більше, я б з вами поділилася». Не!, я б і не ділилася. У мене було не зовсім, (...), що я зовсім нікому не розказувала. Я ділилася один раз із своїм на той момент терапевтом. (...) Але ми якось, я пам'ятаю, що тоді для того, щоб взагалі це (...) проартикулювати їй те, що відбувається хоча б так в загальних рисах, я це*

собі виписала на листочок, буквально по фразах, і я їй читала. Бо що я розуміла, що я отак просто сидячи не проговорю, це мені не вистачить сил.». Інша респондентка, Р9, сказала так: «...соромно через цю тему»; «При тому, що в мене дуже приймаюче оточення, (...) я все одно не наважилася (...) про це прям розказать». Респондентка Р6 зазначила: «...я подумала, що мені було би соромно, наприклад, розказати про якісь свої... Ну, наприклад, про те, що я можу по декілька годин про щось думати, про якісь сценарії...». Наша третя емпірична гіпотеза підтвердилася.

Четверта емпірична гіпотеза стосувалася наявності у респондентів цього дослідження травматичного досвіду в дитинстві або у ранньому підлітковому віці. На такий досвід експліцитно вказали кілька респондентів, серед яких Р26, яка змогла описати джерело травматичного досвіду: «Був булінг. (...) Це було витискання із колективу в пубертатний період.», Р8, яка вказала, що: «...в мене в дитинстві в будь-якому разі були травмуючі моменти, скажімо так. Тому я не знаю, чи пов'язане це з цим [дезадаптивною мрійливістю], чи ні насправді.», Р16, який повідомив про наявний травматичний досвід декількома фразами, серед яких: «Якщо ми беремо якісь ситуації, які близькі умовно до нервових зривів, тобто коли сильний стрес, мозок намагається кудись в цей момент втекти, щоб не знаходитись там, де він знаходиться. Це, напевно, ретравматизація з дитинства, або щось подібне.» та Р12, яка надала чіткий опис того, що вона пережила: «У мене було, скажімо так, травматичне дитинство, де я спостерігала конфлікти дорослих людей, на які я не могла повпливати.». Розуміючи чутливість теми, про яку ми говорили з респондентами, питання про наявність травматичного досвіду виникало у ході бесіди, а не було винесено як окреме питання для розмови. Можливо, інші респонденти також пережили травматичні події у своєму дитинстві або підлітковому віці. Зважаючи на наявність такого досвіду серед респондентів нашого дослідження, ми вважаємо, що наша четверта емпірична гіпотеза підтвердилася.

Варто зважити на те, що сформульовані висновки мають попередній характер, оскільки якісний аналіз даних ще триває і є частиною більшого дослідження.

## Висновки до Розділу 2

Цей розділ присвячений емпіричному вивченню феномена дезадаптивної мрійливості. На основі теоретичних положень попереднього розділу нами було сформульовано концептуальні та емпіричні гіпотези дослідження, а також розроблено відповідний дизайн. Відбір респондентів і потреба в обробці кількісних даних для перевірки першої емпіричної гіпотези обґрунтовують наш вибір послідовного змішаного дизайну дослідження. Ми провели кількісне дослідження, послуговуючись українською версією шкали *Maladaptive Daydreaming Scale-16 (MDS-16UA)* та двома питаннями для самооцінки респондентами власної мрійливості.

Базою для дослідження був масив із 591 особи з попереднього кількісного дослідження валідизації *MDS-16UA* (16-пунктова шкала, порогове значення 25,6 бала). Для якісного етапу дослідження було застосовано цілеспрямований відбір і метод «снігової кулі». Спершу було відсіяно респондентів, які мали результат за шкалою нижче порогового значення, щоб залучити інформаційно «насичені» випадки (високі бали, самооцінка надмірної/проблемної мрійливості). Додатково було залучено учасників методом «снігової кулі» з подальшою перевіркою за шкалою *MDS-16UA*. Фінальна вибірка дослідження становила 27 респондентів (18 — цілеспрямований відбір, 9 — метод «снігової кулі»). Середній вік респондентів становив 31,3 років ( $SD = 8,1$ ). Серед респондентів були 22 жінки та 5 чоловіків. Їхні бали за шкалою *MDS-16UA* варіювалися від 27,5 до 74,4 ( $M = 50,88$ ;  $SD = 11,99$ ), з більшістю результатів у діапазоні 46–59 балів.

За етичними стандартами нашим респондентам була гарантована повна анонімність. Ми отримали інформовану згоду на участь у дослідженні від усіх респондентів шляхом збору відповідей через *Google Forms*. Всі респонденти отримали ID (P1–P27).

Після отримання згоди на участь ми провели інтерв'ю з кожним респондентом.

З цією метою нами був розроблений гайд до напівструктурованого інтерв'ю згідно з підходом «Big Q» до якісного дослідження. «Big Q» питанням нашого дослідження було: «Який ваш досвід надмірної мрійливості? Як це відбувається у Вас?». Гайд також включав низку «little q» питань, які охоплювали сюжети та сценарії мрій; емоційний зміст і компенсаторні функції мріяння; тригери мріяння; ставлення до власної мрійливості; перешкоди в діяльності через мріяння тощо. У ході перших інтерв'ю було додано блок із 16 додаткових уточнювальних запитань.

Інтерв'ю проводилися онлайн (Zoom, Meet, Teams, Telegram, Viber), а їхня тривалість варіювала від 25 до 120 хвилин. Одне інтерв'ю було проведене через e-mail як асинхронне листування.

Було виявлено випадки, коли високі бали за шкалою MDS-16UA насправді відображали не дезадаптивну мрійливість, а радше румінацію або тривожні думки.

Після проведення інтерв'ю ми транскрибували всі інтерв'ю та перевіряли транскрипти на відповідність, доповнюючи їх власними нотатками.

Для аналізу даних інтерв'ю ми застосували рефлексивний тематичний аналіз, який мав шестифазову структуру. Під час першої фази ми багаторазово ознайомлювались з транскриптами інтерв'ю та нотатками до них. Друга фаза була присвячена семантичному *in vivo*-кодуванню зі збереженням авторської лексики та формуванню тимчасових аналітичних категорій. Упродовж третьої фази аналізу ми розпочали пошук потенційних тем. Під час четвертої фази ми проводили ревізію потенційних тем, спираючись на їхню релевантність відповідно до «Big Q»-питання. П'ята фаза включала найменування тем, а також звірку між темами та кодами і навпаки. Під час шостої фази ми описали та надали інтерпретацію фінальних тем із використанням відповідних цитат респондентів. Кожна фаза аналізу характеризувалася ітеративністю.

Окремо було розроблено індекс проявів дезадаптивної мрійливості (набір ознак з бальним оцінюванням), який враховує вплив на різні сфери життя; соматосенсорні/кінестетичні компоненти; потребу в мріянні та його тривалість;

наявність сюжетів і уявних світів; наявність відчуття сорому та вік початку. Цей індекс було використано для подальшого статистичного аналізу разом із MDS-16UA.

В результаті рефлексивного тематичного аналізу нами були виявлені 6 тем про досвід дезадаптивної мрійливості:

1. «Мріяння як свідомо ініційована паралельна діяльність»

Мріяння описується як довільно керована активність, яку можна запускати в будь-який момент, часто паралельно з повсякденними діями (ходьба, прибирання, поїздка в транспорті, іноді навіть спілкування). Дезадаптивна мрійливість постає як окремий феномен, що відрізняється від румінації та «блукання думок».

2. «Заміщення життєвого досвіду проживанням мрії»

Ця тема розкриває дезадаптивне мріяння як таке, що дозволяє проживати бажані події в уяві без реальної дії, фактично підмінюючи життєвий досвід. Було виявлено, що таке мріяння дає «швидкий дофамін», не потребує зусиль у реальному житті чи виходу із зони комфорту, а також може демотивувати до реальних змін. Мріяння є способом втечі від різноманітних труднощів реальності, створюючи альтернативний спосіб «жити» життя.

3. «Внутрішня напруга між усвідомленням проблематичності мріяння та безсиллям відмовитись від нього»

Ця тема розкриває дезадаптивну мрійливість як залежність. Було виявлено, що люди з дезадаптивною мрійливістю визнають, що мріяння шкодить і забирає час, але описують сильну привабливість мріяння, неможливість відмовитись від нього та відчуття безсилля через це.

4. «Мрійливість як глибоко інтегрований елемент самоідентифікації»

Виявилось, що деякі респонденти сприймають свою мрійливість як частину особистості, стиль життя або «рису характеру», а не як окремий розлад чи симптом. Було підтверджено, що часто мріяння починається з дитинства, що може сприяти його інтеграції в Я-концепцію та ускладнювати готовність відмовитися від нього.

### 5. «Сором і страх бути побаченими крізь призму власного мріання»

Досвід дезадаптивної мрійливості супроводжується почуттями сорому, страху осуду і, відповідно, небажанням розповідати про мріання навіть близьким людям або психотерапевтам. Це призводить до того, що мрійливість стає таємницею, яка може обтяжувати.

### 6. «Двоїста організація життєвого простору: реальний світ і світ мрій»

Було помічено, що досвід дезадаптивної мрійливості може сформуванати два простори існування — «тут» (реальність) і «там» (світ мрій), між якими людина ніби перемикається. Реальність для людей з дезадаптивною мрійливістю перетворюється на опцію, де переважає негативний досвід. Окрім того, що світ мрій сприймається як стале місце з власними персонажами та історіями, повернення з нього в реальність часто супроводжується розчаруванням і дискомфортом.

Дані інтерв'ю дозволили нам перевірити концептуальні та емпіричні гіпотези дослідження. Перша концептуальна гіпотеза підтвердилася — респонденти описали ті самі ключові ознаки дезадаптивної мрійливості, що й в іноземних роботах, зокрема, негативний вплив на різні сфери життя, значні часові витрати та цілеспрямований характер мріання. Друга концептуальна гіпотеза підтвердилася, але оскільки валідні дані надали й ті, у кого бали за шкалою MDS-16UA були нижчими, роль шкали виявилася менш важливою, ніж ми очікували. Третя концептуальна гіпотеза поки що не підтвердилася. На момент написання цієї наукової роботи нових, раніше не описаних у літературі, проявів не виявлено. Втім, оскільки аналіз ще триває, існує можливість їх виявлення.

Наша перша емпірична гіпотеза не підтвердилася. Кореляція між індексом проявів дезадаптивної мрійливості та балами за шкалою MDS-16UA не виявила відповідності: індекс пояснює лише  $\approx 21,2\%$  варіації результатів за шкалою ( $r = 0,461$ ,  $p = 0,008$ ;  $R^2 \approx 0,212$ ). Було також виявлено, що є респонденти з високими балами за MDS-16UA, які не відзначають відчутного негативного впливу мрійливості на своє життя і навпаки. Друга емпірична гіпотеза підтвердилася,

оскільки респонденти визначали період початку мрійливості в дитинстві, шкільні роки або підлітковому віці. Третя і четверта емпіричні гіпотези також підтвердилися — респонденти зазначали наявність сорому через дезадаптивну мрійливість. Респонденти також описували переживання травматичних подій у дитинстві або ранньому підлітковому віці.

## РОЗДІЛ 3

### ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ЛЮДЬМ, ЯКІ МАЮТЬ СХИЛЬНІСТЬ ДО ДЕЗАДАПТИВНОЇ МРІЙЛИВОСТІ

#### 3.1. Особливості психологічної роботи з людьми, які мають дезадаптивну мрійливість

Дезадаптивна мрійливість – це надмірне занурення в яскраві фантазії, що характеризується насиченими уявними переживаннями, які стають бажаними, незважаючи на шкоду, яку вони приносять у реальному житті людини. Для позначення дезадаптивної мрійливості було запропоновано виокремити її в окрему нозологічну категорію нового психіатричного розладу: надмірне, компульсивне або адиктивне занурення у фантазії, що спричиняє значний клінічний дистрес або порушення функціонування в академічній, професійній чи соціальній сферах (Bigelsen & Schupak, 2011; Somer, 2002; Somer et al., 2017). Дані нашого дослідження підтверджують, що занурення у мрії полегшується прослуховуванням музики та виконанням рухів, таких як, наприклад, ходіння туди-сюди. Люди, схильні до такого мріяння, можуть використовувати міміку й беззвучно промовляти слова, сміятися, плакати або рухатися в унісон з уявними персонажами. Перебування на самоті дозволяє безперешкодно занурюватися у мріяння без потреби це приховувати.

Отже, дезадаптивна мрійливість — це складний феномен, який потребує подальшого вивчення. Однак як наше дослідження, так і дослідження наших колег в інших країнах вказують на те, що він зустрічається у людей значно частіше, ніж ми очікували. Особи з розладом дезадаптивної мрійливості потребують підтримки та можливості бути почутими, що ускладнюється через незнання та нерозуміння з боку спеціалістів допомагаючих професій щодо специфіки цього розладу.

Для фахівця, який надає психологічну допомогу, відкритість до сприйняття досвіду іншої людини є вирішальною. Фахівець має уникати поспішної патологізації або стигматизації досвіду мріяння, натомість зосередившись на дослідженні функціонального значення мрій у контексті

життя конкретного клієнта. Психотерапевтичний процес повинен базуватися на принципах валідації особистого досвіду, що дозволяє знизити рівень сорому та соціальної ізоляції, які часто супроводжують стан клієнта.

Ефективна психологічна робота вимагає комплексного підходу, що передбачає диференціацію дезадаптивної мрійливості від інших клінічних феноменів. Важливим етапом є виключення супутніх розладів, таких як РДУГ і надмірне блукання думок, obsесивно-компульсивний розлад, розлади настрою та тривожний розлад, який може включати румінацію. При цьому, важливо пам'ятати про високу коморбідність дезадаптивної мрійливості з іншими розладами.

Мріяння осіб з дезадаптивною мрійливістю відрізняється наявністю сценаріїв, сюжетів або світів, які людині подобається створювати або принаймні подобалося створювати, допоки це не стало звичним способом справлятися з труднощами реального життя або фрустрацією. Важливим параметром для диференціації дезадаптивної мрійливості від психотичних розладів та шизофренії є розуміння клієнтом, що є реальним, а що — уявним.

Надмірне мріяння може бути адаптивним, якщо людина говорить про те, що воно не заважає їй функціонувати. Такий клієнт може так само описувати сюжети та зазначати, що може годинами мріяти. Втім, незалежно від адаптивності чи дезадаптивності мріяння, його зміст може бути вкрай важливим для психологічної роботи з клієнтом.

Якщо клієнт все ж зазначає, що власне мріяння становить для нього проблему та перешкоджає в якійсь із сфер життя, ми можемо припустити, що йдеться про дезадаптивне мріяння. Проте необхідно зважати на аспект привабливості процесу мріяння, щоб не припуститися помилки, оскільки клієнт може мати на увазі румінацію.

Зазвичай, навіть якщо зміст мрій може видаватися фахівцю негативним, клієнт може отримувати задоволення від проживання страшних або загрозливих подій у своїй уяві. Більше того, мрії можуть демонструвати темні сторони особистості клієнта. Потреба в таких мріях може бути досліджена в

психотерапії. Основною причиною звернення нашої уваги на цей аспект дезадаптивної мрійливості є запобігання швидким судженням і патологізації особистості клієнта.

Теми та сюжети мрій клієнта з дезадаптивною мрійливістю можуть бути різними, але особливо вираженими є ті, в яких людина постає ідеальною або покращеною версією себе. Це може стосуватися різних сфер життя, наприклад, професійної реалізації або стосунків з людьми. У мріях особливого значення набувають доволі інтимні аспекти життя, про які може бути соромно розповісти іншим. Для деяких осіб дезадаптивна мрійливість слугує інструментом для створення ідеального, але недосяжного образу себе, який так само важко описати іншим. У психологічній роботі з клієнтами, які мають дезадаптивну мрійливість, варто зважати на можливі складнощі клієнтів у розкритті своїх сюжетів мрій.

У нашому дослідженні було виявлено випадки, коли дезадаптивна мрійливість допомагала людям із рекурентною депресією отримати швидке задоволення, що дозволяло таким чином покращити власний стан і спроможність діяти. Деякі респонденти вказували, що мрійливість сприймається ними як частина їхньої самоідентичності. Ці дані дозволяють зробити висновок, що, на нашу думку, фахівцям не варто прагнути одразу позбавити клієнта дезадаптивної мрійливості, а ставити за мету дослідження цього феномена. Оскільки ми вважаємо процес мріяння психодинамічним, це могло б допомогти зменшити рівень напруги від внутрішніх конфліктів, які, скоріше за все, призвели до використання дезадаптивної мрійливості.

Ми хотіли б також наголосити на тому, що люди з дезадаптивною мрійливістю часто повідомляють про залежність від процесу мріяння. Про це свідчать їхні порівняння дезадаптивної мрійливості із залежністю від речовин. В іноземних дослідженнях серед описів респондентів часто трапляються порівняння з наркотичними речовинами, а в нашому — з розладом вживання алкоголю. Протоколи роботи з клієнтами, які мають поведінкову залежність (розлад, пов'язаний з азартними іграми) або залежність від речовин, включають

прибирання джерела залежності із життя. Мріяння, однак, не можна прибрати, адже вони є функціональним процесом для кожної нормотипової людини. Тільки сама людина з розладом дезадаптивної мрійливості може проконтролювати своє залучення у мріяння та спробувати вплинути на це. Респонденти цього дослідження повідомили нам про різноманітні способи реалізації такого контролю, серед яких були зазначені утримування від прослуховування музики або конкретних музичних композицій, а також використання будильника для засікання часу, виділеного на мріяння. Втім, найдієвішим способом виявилось проживання справжнього життя. Саме на це, на нашу думку, має бути спрямована психотерапевтична допомога клієнтам з дезадаптивною мрійливістю.

3.2. Теоретичний аналіз запропонованих і описаних в наукових роботах методів психологічної роботи з пацієнтами, які мають дезадаптивну мрійливість

У теоретичній частині нашої наукової роботи ми вже побіжно згадували клінічний випадок, описаний Шупак і Розенталь у 2009 році (Schupak & Rosenthal, 2009). Це був перший описаний кейс дезадаптивної мрійливості. У ньому науковці описали кейс жінки 36 років із тривалою дезадаптивною мрійливістю, яка спричиняла в неї дистрес. Вона не мала травматичних подій в анамнезі, не вживала алкоголь чи наркотичні речовини, походила з нормальної сім'ї, де отримувала підтримку. Батьки пацієнтки знали про її мрійливість і не переймалися цим. У школі, а згодом і на роботі, ніхто не помічав, що поведінка пацієнтки є дивною, повідомляли про її загальну продуктивність і не виявляли жодних очевидних ознак синдрому дефіциту уваги.

Дистрес пацієнтки клінічно оцінювався як значний, хоча у неї не було виявлено жодного психічного розладу. Науковці спостерігали за нею 10 років, упродовж яких вона отримувала лікування у вигляді 50 міліграмів флувоксаміну на день, оскільки у неї були помічені деякі потенційні ознаки obsesивно-компульсивної поведінки. Сама пацієнтка зазначила, що за 10 років, які вона приймає ліки, їй стало легше контролювати мрійливість, але,

незважаючи на це, іноді час, який вона проводить у мрії збільшувався, і тоді вона самостійно підвищувала дозу ліків на короткий термін, поки це не минало.

Науковці зазначили, що у пацієнтки не було періодів відриву від реальності, і вона завжди розділяла уявне та реальне. Відомо також, що у період з 4 до 10 років пацієнтка могла годинами ходити по колу, трясучи мотузкою, під час чого вона уявляла собі різні історії, в яких відігравала головну роль. Така фантазійна гра мала чіткий початок і кінець, а тому мала невеликий вплив на її академічний успіх або соціальний розвиток. Втім, ходіння і трясіння мотузкою стали для неї причиною сорому, а тому були придушені ще до 12-річного віку. Мрійливість при цьому отримала статус таємниці.

Загалом пацієнтка намагалася знайти баланс у «реальному світі», щоб повертатися до захопливого життя у своїй уяві. Через це вона дуже старанно вчилася, виділяючи час на інтенсивне навчання. На момент спостереження пацієнтка мала успішну кар'єру, не мріяла під час робочого дня, але плавно поринала у мрії під час прогулянок, поїздок на роботу, нудних розмов чи занять, а також коли залишалася вдома наодинці. Втім, вимушена приховувати свої мрії від друзів та колег, вона відчувала себе виснаженою, обтяженою, розгубленою через нерозуміння того, що з нею відбувається, та обмеженою у інтимних романтичних стосунках. Це призвело до її звернення до психотерапевта. На момент опису цього кейсу пацієнтка стверджувала, що пристосувалася до своєї мрійливості, але, хоча їй і вдається розділяти потреби і бажання, вона, за словами науковців, несе значні психологічні втрати.

Опис цього кейсу був результатом спроб Шупак та Розенталь зрозуміти, наскільки цей випадок може представляти певну невизнану популяцію осіб, у яких є мрії, що викликає дистрес або навіть функціональні порушення, але яке не відповідає критеріям жодного розладу за класифікатором DSM. Автори припустили, що позитивна реакція у пацієнтки на прописані ліки може вказувати на наявність якоїсь нейрохімічної аномалії. Водночас дуже ймовірно причиною науковці вважали нейроанатомічну особливість або порушення регуляції в основних системах функціонування.

Наступного року М. Мейсон провела серію фМРТ-сканувань цієї пацієнтки. Жінку було проінструктовано, що під час певних етапів сканування їй необхідно вдаватися до дезадаптивного мріяння. Їй також надали нескладне вербальне завдання під час фінальної частини процедури. Попередній аналіз цих сканувань виявив частковий збіг в активації мережі пасивного режиму роботи мозку (дефолт-мережі), тобто мережі «блукання думок», під час періодів відпочинку та етапів сканування під час мріяння. Ці результати свідчать про те, що її мріяння, за словами Мейсон, «напевно є просто екстремальною формою блукання думок. Існують якісні відмінності, пов'язані зі свідомим конструюванням приємного уявного досвіду» (Bigelsen & Schupak, 2011).

На той момент це був перший описаний клінічний випадок, що посприяв появі якісних і кількісних досліджень, які ми описали раніше в цій роботі. Цікавим моментом, на який ми хочемо звернути увагу, є те, що пацієнтка вперше зіштовхнулася із описами своєї проблеми випадково, коли натрапила на вебсайт, який містив велику кількість анонімних дописів про випадки дезадаптивної мрійливості. Оскільки це було описано в кейсі, ми вважаємо, що саме це стало фактором, який ініціював подальші дослідження.

МРТ пацієнтки з дезадаптивною мрійливістю також було представлено у кейсі 2025 року (Mamah et al., 2025), хоча сама інтервенція була, на нашу думку, доволі агресивною. Двадцятирічна жінка з анамнезом депресії та обсесивно-компульсивного розладу повідомила про інтенсивні мріяння, які сильно відволікали її увагу, посилювалися під впливом стресу та призводили до неможливості завершити навчання. З огляду на резистентність депресивних проявів до класичної антидепресивної терапії та виражену поглинутість у мріяння, яка зберігалася більшу частину дня протягом понад двох тижнів, у лікарів виникла підозра на психотичний розлад. Розроблена схема фармакологічної інтервенції включала застосування антипсихотиків, таких як луразидон, арипіпразол і рисперидон. Таке лікування продемонструвало неоднозначні результати. Через тиждень прийому призначених препаратів пацієнтка повідомила, що їй важко отримати доступ до своїх мріань або

отримувати від них задоволення. Вона зазначила, що це стало схоже на «туман в голові», а також повідомила, що не може нічого візуалізувати. В описі випадку зазначається, що пацієнтка перестала приймати ліки в тому обсязі, в якому вони були призначені, або пропускала прийом ліків, що, на нашу думку, було пов'язано з їхнім ефектом. Втім, дізнавшись про це, лікарі збільшили дозу ліків. Внаслідок цього, пацієнтка втратила здатність мріяти, і було вирішено направити її на подальше обстеження та лікування до акредитованого психотерапевта та сертифікованого психіатра. Стало відомо, що пацієнтка також має румінацію, яка характеризувалася циклічністю тривожних думок і катастрофізацією наслідків свого незадовільного рівня навчання. Деадаптивна мрійливість допомагала пацієнтці відволікатися від цих симптомів. Невідомо точно, чи порадив це лікар, але пацієнтка почала відвідувати психотерапевта, який працював з нею у когнітивно-поведінковому підході. Психотерапія також включала інтервенцію на основі усвідомленості. Втім, лікарі не полишали спроб застосування фармакології. Оскільки пацієнтка переставала дотримуватися комплаєнсу та отримувала доступ до мріяння, їй призначали підвищені дози препаратів. Протягом 4 місяців мріяння у пацієнтки були майже повністю відсутні, однак був період, коли мріяння повернулися через повторне недотримання вимог лікування. Цікаво, що автори не надають пояснень щодо причин цього низького рівня комплаєнсу. Нам залишається лише припускати, що пацієнтці було дуже важко витримувати його побічні ефекти. Антидепресивне лікування флуоксетином замінили на есциталопрам та сертралін, а потім на дулоксетин, але вони виявилися здебільшого неефективними для покращення настрою, і жоден із них не зменшив частоту мріяння. Призначення бупропіону, навпаки, призвело до зростання частоти мріяння. Пацієнтка проводила більшу частину дня в ліжку, повністю поглинута мріянням. Відбувалася постійна зміна лікарських препаратів, які були або малоефективними, або мали значні побічні ефекти. Протягом періоду лікування настрої пацієнтки був загалом пригніченим із низькою мотивацією, незадовільною гігієною та збільшенням часу, проведеного в ліжку. Зазначалося,

що застосування антипсихотиків погіршувало її суб'єктивне відчуття депресії через відсутність мріяння, хоча вона стала більш товариською та частіше долучалася до повсякденних справ і хобі. Врешті, пацієнтка взяла двомісячну академічну відпустку та висловила бажання знизити дози ліків і розглянути альтернативні методи терапії. Протягом наступних кількох тижнів доза препаратів була знижена до повної відміни. Частота мріяння спочатку зросла, але потім зменшилася до кількох годин вранці. Пацієнтка повідомила, що замінила мріяння тривалим перебуванням у ліжку та переглядом мультфільмів. Утім, депресивні симптоми зберігалися. Вона розпочала інтенсивну індивідуальну, групову та сімейну терапію загальною тривалістю 11 годин на тиждень, а згодом почала регулярно обговорювати свої проблеми з родичем. За кілька тижнів вона повідомила про зростання оптимізму та намір повернутися до навчання. Мріяння були переважно відсутні.

Як було зазначено раніше, пацієнтці було проведено магнітно-резонансну томографію (МРТ). Було оцінено товщину кори головного мозку та мережі його функціональної зв'язності та порівняно з відповідною вибіркою здорових осіб. Науковці виявили ділянки стоншення кори в лівій півкулі, переважно в середній скроневій корі. Ліва мережа пасивного режиму роботи мозку (дефолт-мережа), ліва цингуло-оперкулярна мережа (забезпечує тривалий фокус уваги на завданні), а також салієнтна мережа (мережа виявлення значущості, яка відповідає за перемикання уваги між внутрішніми процесами та зовнішнім світом) з обох боків виявилися розширеними порівняно із загальною популяцією. Натомість ліва фронтопарієтальна (лобно-тім'яна) мережа (мережа центрального виконавчого контролю) була меншою. На думку науковців, зміни в розвитку лівої півкулі головного мозку можуть лежати в основі здатності до тривалих і яскравих мріянь.

Оскільки ми не є психіатрами або лікарями, навряд чи можемо об'єктивно оцінити цей кейс. Втім, ми припускаємо, що інтервенція могла б бути менш обтяжливою для цієї пацієнтки, якби вона спочатку отримала психотерапевтичну підтримку. У дослідженні Росса та ін. (Ross et al., 2019) було

виявлено, що алкоголь та жоден із 46 психіатричних або 18 рекреаційних препаратів (зокрема наркотичних та нікотинових речовин) не мав суттєвого впливу на мріяння людей із дезадаптивною мрійливістю. У вибірці респондентів були люди із суміжними психіатричними діагнозами, але, порівнюючи із контрольною групою здорових людей, дослідники також не виявили жодних впливів на мріяння. Результати цього дослідження були опубліковані за 6 років до цього кейсу. Крім того, авторами було зазначено, що пацієнтку направили до компетентних лікарів вже після невірних припущень щодо психотичного розладу та призначення відповідного лікування. Ми не знаємо, але можемо уявити собі, якого дистресу може зазнавати людина, яка, маючи схильність до мріяння, різко втрачає здатність до нього.

Коморбідність дезадаптивної мрійливості вимагає від клініцистів дуже уважної діагностики. Це підтверджує описаний Нагуєм та ін. клінічний випадок (Naguay et al., 2018) 15-річної дівчини з Пакистану, яка звернулась до клініки зі скаргами щодо незадовільних академічних результатів. У дівчини в анамнезі не було значущих захворювань. У школі вона була популярною і мала хороше оточення. Результати лабораторних досліджень були в межах норми.

За клінічними описами, дівчина демонструвала адекватний контроль над імпульсами та неушкоджене судження. Вона чітко вказала, що не може вчитися, оскільки щоразу, коли вона відкриває книгу, щоб почитати (або робить інші речі), вона не може цього зробити, бо нав'язливі яскраві образи фільму чи чогось подібного повністю захоплюють її увагу. Вона також зазначила, що не може їх позбутися і відчуває примус додивитися їх до кінця. Початкова гіпотеза щодо наявності obsesивно-компульсивного розладу (ОКР) призвела до призначення флувоксаміну, проте терапія виявилася неефективною. Оскільки дівчина описувала симптоми деперсоналізації та дереалізації, було проведено електроенцефалограму, результати якої показали неспецифічні генералізовані епілептиформні розряди. Призначене у зв'язку з цим лікування ламотриджином не мало ефекту. Ключовим моментом у стратегії лікування стало виявлення в анамнезі симптомів, притаманних розладу дефіциту уваги з гіперактивністю

(РДУГ), що з'явилися ще в дитячому віці. Призначення метилфенідату пролонгованої дії забезпечило стрімку позитивну динаміку — інтенсивність мріянь мінімізувалася, а здатність до концентрації уваги відновилася, що відобразилося на суттєвому покращенні результатів навчання. Контрольна перевірка через півроку підтвердила стійкість позитивного ефекту лікування у часі.

З погляду диференціальної діагностики, науковці наголосили, що електроенцефалограма є логічним першим кроком для виключення епілептичних нападів різного типу. Наступними у їхньому списку йдуть розлади настрою/тривожні розлади, а також посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Особливої уваги заслуговує розмежування феноменології дезадаптивної мрійливості та симптоматики ОКР. На відміну від его-дистонічного характеру нав'язливостей при ОКР, мріяння часто мають его-синтонічну природу. Клініцисти також підкреслюють, що РДУГ може переключати фокус із порушень обробки зовнішньої інформації на аномальну спонтанну активність у дефолт-мережі мозку (DMN). Автори зазначають, що вони ознайомилися з діагностичними критеріями, розробленими Е. Сомером та ін., однак за їхнім клінічним досвідом мріяння, як у цьому кейсі, найчастіше є симптомом, під яким ховається безліч диференційованих діагнозів.

У 2019 році Ванг та ін. опублікували звіт (Wang et al., 2019), в якому описали клінічний випадок застосування антипсихотичних препаратів у поєднанні з високочастотною повторюваною транскраніальною магнітною стимуляцією (rTMS) при лікуванні шизофренії з рефрактерними негативними симптомами. Пацієнт, якому на момент лікування було 36 років, страждав на дезадаптивну мрійливість упродовж 10 років. Це був китаєць, неодружений, безробітний, який не мав дітей і жив із батьками. Прояви шизофренії розпочалися у 26 років з розмов із самим собою, марення переслідування, слухових галюцинацій та мріяння. На момент госпіталізації до психіатричного відділення він приймав 10 мг оланзапіну на день, у нього все ще були мріяння, хоча жодних позитивних симптомів психозу, таких як марення, галюцинації чи

дезорганізованість, не виявлялося. Пацієнт проводив більшу частину часу вдома на самоті та рідко виходив з дому. Він повідомив, що багато часу проводить у мріях, коли залишається на самоті, особливо лежачи в ліжку ввечері. Він завжди уявляв собі сцени чи сюжети з фільмів чи романів, включаючи складних персонажів, стосунки, історії, ситуації, місця, образи. Іноді він нехтував харчуванням і гігієною через мріяння. Він відчував збудження від думки про кульмінацію історії, ніби особисто перебуває на місці події. Він скаржився на неуважність та безсоння, не міг зосередитися на комп'ютерних іграх, часто ігнорував світлофори, переходячи вулицю. Він намагався пройти психотерапію, але результат не був позитивним.

Пацієнт відповідав критеріям DSM-V для шизофренії з переважно негативними симптомами та без інших супутніх діагнозів. Протягом трьох років він приймав оланзапін, сертралін, вальпроат магнію, арипіпразол у повній терапевтичній дозі та протягом достатньої кількості часу, але це призвело лише до кількох періодів тимчасової часткової ремісії, тобто пацієнт повідомляв, що він не був таким збудженим, коли мрії досягали кульмінації історії, та зменшилася частота мріяння. Однак він і далі скаржився на неуважність. З 2017 року пацієнт приймав арипіпразол та амисульприд. Одночасно з цим пацієнт отримував rTMS (10 Гц на 1200 імпульсів, 100% моторного порогу, протягом 25 хвилин над лівою дорсолатеральною префронтальною корою (ДЛПФК)) 3 рази на тиждень. Після 4 тижнів лікування він повідомив про зниження частоти мріяння та здатність зосереджувати свою увагу. Його мати повідомила, що він може виконувати деякі хатні справи та виходити на прогулянки. Прийом арипіпразолу було припинено, а дозу амисульприду поступово зменшили до 400 мг щодня протягом наступних двох місяців. Пацієнт продовжував підтримуючі сеанси rTMS. На момент опису цього випадку пацієнт знайшов роботу охоронця на ринку і зміг адаптуватися до неї.

У 2018 році Е. Сомер опублікував аналіз випадку 25-річного чоловіка з дезадаптивною мрійливістю на ім'я Бен, в якому автор описав перебіг психотерапевтичного лікування (Somers, 2018). В результаті свого онтологічного

аналізу Е. Сомер класифікував характеристики дезадаптивної мрійливості за кількома категоріями: як дисоціативного розладу поглинання (dissociative disorder of absorption), як поведінкової залежності та як розладу обсесивно-компульсивного спектру, що призводить до значного дефіциту уваги. Крім того, Бен, схоже, мав проблемну поведінку щодо користування Інтернетом. План терапії було розроблено на основі доказових методів лікування станів, виявлених під час цього аналізу, і включав когнітивно-поведінкові інтервенції, а також медитацію усвідомленості (mindfulness meditation). Терапія проводилася протягом заздалегідь визначеного шестимісячного періоду. Усі показники оцінювалися до психотерапії, через два місяці після її початку та наприкінці.

Бен з дитинства мав схильність до інтенсивного й емоційно насиченого фантазування. У підлітковому віці його мрії часто були пов'язані з уявленнями про музичний успіх, романтичне визнання та ідеалізоване майбутнє. Хоча сам процес мріяння приносив йому задоволення, з часом він почав істотно порушувати повсякденне функціонування. Коли Бен звернувся по допомогу, він проводив у мріях кілька годин щодня, що негативно впливало на навчання, музичну кар'єру, міжособистісні стосунки та соціальне життя. Він також не мав близьких друзів у кампусі та тривалий час не підтримував стабільні романтичні стосунки.

За рік до того, як він зв'язався з Е. Сомером, Бен уже проходив психотерапію через труднощі з концентрацією та депресивні симптоми. Його мрійливість тоді інтерпретували як прояв РДУГ і регресивний спосіб подолання стресу, у зв'язку з чим йому призначили метилфенидат. Проте препарат, хоча й покращив концентрацію на навчанні, одночасно посилив зосередженість на фантазіях, збільшивши тривалість мріяння приблизно на 50%. Крім того, після прийому препарату у Бена виникали щоденні депресивні епізоди, тому він припинив його вживання вже через 2 тижні. Попередня психотерапія також не дала відчутної користі, і він завершив її через 6 місяців.

Коли Бен звернувся по лікування, він мріяв протягом кількох годин щодня, що заважало навчанню, здатності грати на гітарі та брати участь у

прибуткових концертах, а також його особистим стосункам і соціальному життю. Він описував своїх батьків як люблячих і підтримуючих, а своє дитинство — як безпечне й доволі щасливе. Однак, на момент терапії він не мав близьких друзів у кампусі і зазначив, що не мав серйозних романтичних стосунків протягом п'яти років. Він висловив занепокоєння, що, можливо, пропускає для себе підходящу пару, поки зустрічається зі своєю нинішньою партнеркою. Бен мав схильність поринати у мрійливість, щоб уявити собі ідеалізоване майбутнє з ідеальною дівчиною та бачити себе успішним науковцем або досвідченим музикантом. Він використовував мрії як протиотруту від нудьги, щоб розмірковувати про сенс і мету свого життя, розробляти та прикрашати сюжети книг і фільмів, переглядати та вдосконалювати суб'єктивно незадовільні взаємодії та втікати від депресивного почуття провини, пов'язаного з його прокрастинацією. Слухання музики, перегляд музичних відео, біг та ходіння по кімнаті були сильними тригерами та факторами, що сприяли мріяння. Бен також був стурбований своєю схильністю проводити значну частину часу в Інтернеті.

За результатами структурованого клінічного інтерв'ю щодо дезадаптивної мрійливості (SCIMD, Somer et al., 2017), Бенові було діагностовано тяжкий ступінь дезадаптивної мрійливості. Йому було доручено щодня відстежувати, скільки часу він мріє протягом тижня. Дані показали, що Бен у середньому витрачав 169 хвилин на день на мрії. Бен також мав відстежувати час, який він щодня проводив в Інтернеті, протягом тижня. Дані показали, що Бен проводив в Інтернеті в середньому 150 хвилин на день. Бена попросили оцінити рівень задоволення, яке він отримував від щоденного мріяння. Його середній щотижневий рівень щоденного задоволення становив 43 бали за шкалою від 1 до 100, що вказує на низький-помірний рівень задоволення. Результат Бена за шкалою обсессивно-компульсивних розладів (OCI-R) становив 7, що є значно нижчим за клінічне порогове значення. Крім того, результат був виключно наслідком того, що Бен підтвердив ті пункти, які описують обсессії. Аналіз показав, що він переважно переймався своїм поточним життям і мав обсессії

щодо бажаних майбутніх подій, після чого зазвичай починав мріяти. За шкалою самооцінки функціональних порушень (WASAS) результат Бена значно перевищував клінічний поріг, що вказує на суттєву дезадаптацію.

Бен повідомляв, що все життя мав здатність (можливо, вроджену) до мріяння з інтенсивним відчуттям присутності. Звичка Бена переросла у затяжну адиктивну поведінку, що мала згубний вплив на його соціальне життя, навчання та музичну кар'єру. Як це типово для адиктивних моделей поведінки, Бен вдавався до ще більшого мрійництва та користування Інтернетом, щоб заспокоїти свій дистрес, пов'язаний із марнуванням часу.

Було вирішено дослідити наявні методи лікування, які виявилися ефективними для поведінкових залежностей, ОКР та РДУГ (блукання думок). Було обрано відносно тривалу когнітивно-поведінкову терапію (КПТ). Психотерапевт і Бен спільно розробляли методи лікування, обговорюючи та переглядаючи різні стратегії подолання труднощів і адаптуючи їх до потреб і вподобань Бена. Незважаючи на кілька невдач та періодичні рецидиви, Бен щодня робив заміри часу й щотижня повідомляв про результати у письмовій формі. Оскільки залежності часто розглядають як розлади мотивації, а люди з розладом залежності виявляють схильність до саморуйнівної поведінки, було використано техніку мотиваційного інтерв'ювання (МІ). Це допомогло Бенові розвинути нові поведінкові навички та краще усвідомити майбутні ускладнення, наслідки й ризики, що впливають з його ескапізму. Він ставав дедалі вмотивованішим до непростой роботи, пов'язаної з контролем дезадаптивної мрійливості.

Зазвичай традиційне лікування залежності від психоактивних речовин націлене на повне утримання від дезадаптивних форм поведінки. Однак, у випадку Бена повне утримання не було метою, насамперед тому, що мріяння є універсальним досвідом, що становить значну частину нормальної психічної активності. Натомість було вирішено допомогти йому стримати свої тривалі неконтрольовані напади мріяння, утриматися від користування застосунками та планувати своє користування Інтернетом. Була також включена інтервенція КПТ

для навчання Бена умовній самонагороді, управлінню часом та завданнями, застосуванню засвоєних навичок релаксації та усвідомленості, вирішенню проблем та плануванню майбутніх академічних і робочих цілей.

Протягом усього лікування Бен самостійно контролював свою поведінку та вів щоденник, у якому відзначав обставини, пов'язані з його мріянням і використанням Інтернету, а також свої думки та почуття, пов'язані з цим. Щовечора Бен готував детальний розклад заходів на наступний день, у якому виділяв одну годину пізно ввечері для рекреаційного використання Інтернету. Вранці Бен перечитував план дня, а також кілька разів на день переглядав роздруковану копію розкладу. З метою подолання підсилення задоволення від своїх мріянь, Бен прагнув якомога раніше перехоплювати сюжети мріянь на моменті їх появи та завершувати їх негативними або неприємними кінцівками (наприклад, неприємним поворотом у вигаданому сюжеті, нагадуванням з МІ про те, що мріяння є огидним, саморуйнівним актом). Бен мав підкріплювати себе самопохвалою за успішне перехоплення мріянь.

Оскільки Бен активно займався бігом, а кінестезія є відомим тригером дезадаптивної мрійливості, він мав схильність занурюватися у свої мрії під час бігу, іноді подовжуючи тренування втричі від запланованого часу. Тому, Бен контролював свої мрії під час бігу, бігаючи усвідомлено, відповідно до тренування усвідомленості (медитації усвідомленості).

Бен навчився використовувати низку афірмацій для подолання труднощів, які він вважав переконливими та корисними: «Мрійливість шкідлива для мене, це шкідлива залежність»; «Я усвідомлено впораюся зі своїм дистресом сьогодні, а не втікати у мрії про майбутнє»; «Я буду розпізнавати нав'язливі турботи як симптоми ОКР, а не як реальні проблеми, і буду справлятися з ними усвідомлено, а не мріяти про рішення»; «Проблеми в житті можна вирішувати лише в сьогодні».

Незважаючи на його прагнення до значущих романтичних стосунків, Бена мучили перфекціоністські та нав'язливі сумніви, які заважали йому підтримувати тривалі й задовільні стосунки. Бен відреагував на інтервенції

когнітивної терапії та терапії прийняття й зобов'язання (Acceptance and Commitment Therapy (ACT)). Він навчився розпізнавати свої сумніви як нав'язливі думки, а не як занепокоєння, засновані на реальності, прийняти, що його «ідеальна пара» — це недосяжна фантазія, і визнати, що краще бути уважним до свого досвіду з поточною партнеркою, ніж мріяти про «ідеальну жінку».

Через три місяці терапії Бен зустрів дівчину, яку він свідомо вирішив «терпіти» заради своєї терапії. З плином часу він розвинув до неї глибоку, ніжну прихильність і повідомляв, що насолоджується її дотепністю та турботливим ставленням. Ці стосунки, найтриваліші з часів його навчання у середній школі, залишалися міцними під час терапевтичної роботи.

Бену вдалося скоротити час, який він приділяв мріянню, більш ніж на 50%, а час, який він проводив в Інтернеті — більш ніж на 70%. Згідно зі свідченнями пацієнта, його соціальна адаптація та працездатність також покращилися більш ніж на 70%. Втім, було відзначено, що показники Бена за шкалою дезадаптивної мрійливості та самооцінки задоволення від мріяння показали більш помірні результати. Також було досліджено його середні показники симптомів ОКР, які відображали поліпшення на 60% під час контрольної оцінки.

Ця наукова стаття є першою відомою задокументованою спробою лікування пацієнта з дезадаптивною мрійливістю. Випадок Бена демонструє інтеграцію кількох методів лікування, які виявили ефективність у лікуванні розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, розладів спектру ОКР, а також поведінкових залежностей. Цей інтегративний підхід сприяв стабільному зменшенню цільових форм поведінки (тривалості мрій та користування Інтернетом), що лежить в основі обсецій, а також робочої й соціальної дисфункції. Однак нас турбують два аспекти — сприйняття мрійливості як поганої (огидної) поведінки та помірне зменшення привабливості мріяння для Бена. На нашу думку, їхнє співіснування веде до

потенційного внутрішнього конфлікту, який може спричиняти значний стрес і сором під час потенційних епізодів рецидиву.

У 2022 році Роніна та Анандарані описали кейс, в якому представили варіант психотерапевтичної інтервенції для людей із дезадаптивною мрійливістю (Roneena & Anandarani, 2022). Вони використовували когнітивну терапію на основі усвідомленості (Mindfulness-Based Cognitive Therapy (МВСТ)) для допомоги 19-річній дівчині з Індії, у якої був дезорганізований тип прив'язаності та дезадаптивна мрійливість, яку вона використовувала як копінг-механізм. Хоча дівчина походила із середньо-вищого класу, її сім'я була неблагополучна. Мати спрямовувала своє розчарування через невірною чоловіка на створення непередбачуваного середовища для дитини, що вплинуло на те, що пацієнтці було важко розвивати змістовні довгострокові стосунки у період переходу від дитинства до підліткового віку, вона страждала від самотності та емоційного стресу. Дівчина почала шукати розради у своїх мріях, де її майбутнє «я» завжди було успішним, красивим і шанованим. Спочатку її мрії включали участь у яскравих декораціях її улюблених мультфільмів і фільмів. Поступово вона почала уявляти собі власні фантастичні світи, в яких іноді фігурували реальні люди з її життя. Вона прагнула уявної близькості з відомою особистістю, щоб компенсувати відсутність здорових романтичних стосунків у реальному житті. У дванадцятому класі вона повідомила, що знайшла новини про добрий вчинок відомого футболіста. Подальше відвідування його фан-сторінок призвело до того, що в неї розвинулася нездорова одержимість ним. Пацієнтці подобалася зовнішність спортсмена, але вона описувала його трагічне дитинство та нібито благородну вдачу як більш вагомими причини свого потягу до нього. Вона ізолювалася у своїй спальні та слухала музику, одночасно виконуючи стереотипні рухи, такі як ходьба, що запускало та допомагало підтримувати її мріяння. Пацієнтка шукала впливу на свого кумира у мріях, уявляючи себе знаменитістю з ідеальним життям, сповненим освітніх досягнень та вірних друзів, яких, на її думку, в його житті не було. Пацієнтка проводила більшу частину свого часу, уявляючи сценарії для

своїх фантазій, жоден з яких не завершувався романтичними стосунками між нею та спортсменом. Відчуваючи страх стосунків навіть у мріях, пацієнтка уявляла себе дівчиною, до якої спортсмен марно залицявся. Коли з'явилися новини, які компрометували чесність її кумира, це засмутило її. Такі новини призводили до змін настрою, через що вона висловлювала роздратування та образу на друзів і знайомих, що впливало на її соціальне функціонування. Новини про досягнення спортсмена також засмучували пацієнтку, оскільки її яскраві мрії вимагали від нього численних невдач у професійному житті. Більшу частину часу пацієнтка говорила зі своїми друзями та родиною лише про спортсмена й робила це настільки нав'язливо, що це викликало в них тривогу. На думку науковиць, дівчина відрізнялася від осіб, які страждають на поклоніння знаменитостям (*celebrity worship*), адже в її розмовах ніколи не згадувався вид спорту, яким спортсмен займався, і вона повідомляла, що не цікавиться футболом чи будь-яким іншим видом спорту взагалі.

Пацієнтка обіцяла припинити фантазувати про спортсмена щоразу, коли виявлятиме факти, які загрожують порушити її ідеалізоване сприйняття його, але через кілька годин піддавалася своїм бажанням і відчувала ще більший стрес. Потім вона годинами мріяла, щоб заспокоїти свою совість. Цей цикл погіршував її успішність і завдавав їй ще більшого емоційного стресу. Вона повідомляла, що їй важко зосередитися під час занять. У неї розвинулися нездорові харчові звички, нерегулярний графік сну, оскільки вона годинами після півночі ходила по кімнаті, занурена у свої мрії. Це супроводжувалося поганою особистою гігієною, що негативно вплинуло на її і без того слабке соціальне життя.

Пацієнтка знайшла опитувальник MDS-16, за яким вона набрала бал вище за порогове значення, після чого звернулася по психотерапію. Через недостатню обізнаність про цей розлад, пацієнтці помилково поставили діагноз РДУГ, після чого вона звернулася до іншого психотерапевта, який дізнався про дезадаптивну мрійливість та провів лікування. Пацієнтка позитивно відреагувала на 8 сеансів МВСТ (по дві години кожен). Вона навчилася здорових способів справлятися з

минулими травматичними подіями та здобула більш оптимістичний погляд на світ. Оскільки в анамнезі не було опису травматичних подій, ми не знаємо, з чим саме працювали психотерапевти. Під час орієнтаційного сеансу пацієнтці порадили ставити реалістичні цілі, а не прагнути повного утримання від мріяння. МВСТ вимагає довгострокових зобов'язань у формі щотижневих сеансів та домашніх завдань, під час яких виконується багато роботи. Перші три сеанси передбачають дотримання структури, окресленої в схемі МВСТ для лікування депресії. Пацієнтка практикувала постійний зв'язок із «тут і зараз», навіть під час виконання найпростіших завдань. Оскільки пацієнтці було важко зосередитися на одній думці, її заохочували звертати увагу на підбадьорливу думку, пов'язану з теперішнім. Поступово вона реагувала як на неприємні, так і на приємні думки, приймаючи їх, замість того, щоб боротися з реальністю та тікати у фантастичне майбутнє. Пацієнтку заохочували вітати себе з успішним перехопленням дезадаптивного мріяння. Окрім медитації усвідомленості, пацієнтка дотримувалася також практики «3-хвилинного простору для дихання», яка включає три кроки: зосередження на теперішньому переживанні без спроб його змінити, звуження поля уваги до дихання в тілі та перенаправлення уваги на охоплення відчуттів тіла загалом. Пацієнтка демонструвала рішучість, що менш поширено серед людей із поведінковими залежностями. Хоча вона не була звикла до фізичних навантажень, окрім ходьби, пов'язаної з мріянням, вона щоранку протягом трьох хвилин сумлінно практикувала розтяжку з усвідомленням.

На четвертому сеансі було зроблено певні адаптації, що включали аналіз та розуміння обставин, які викликали мріяння. Вона вела щоденник своїх сеансів мріяння, що допомагало їй реагувати на тривожні проблеми в сьогоденні, а не шукати розради у своїй уяві. Мотивуючий зворотний зв'язок від терапевта спонукав її виправити свій порушений графік сну та попрацювати над своєю гігієною. На 7-му сеансі пацієнтці було запропоновано проаналізувати вплив кожної діяльності на її психіку та досягти балансу між живильними (приємними) та виснажливими (неприємними) діями. Ближче до кінця курсу

вона зафіксувала кращий контроль над своїми бажаннями мріяти та значно зменшила кількість часу, який вона щодня присвячує цьому. У звіті зазначалося, що самооцінка, успішність і соціальне функціонування пацієнтки значно покращилися. Вона говорила, що нарешті відчула, що живе своїм життям, а після повторного проходження опитувальника щодо дезадаптивної мрійливості, виявилось, що вона більше не відповідала запропонованим діагностичним критеріям для цього діагнозу.

Шанбхаг та Потійїл описали кейс 24-річного чоловіка із дезадаптивною мрійливістю (Shanbhag & Pothiyil, 2024). За допомогою індивідуально розробленої інтервенції, яка мала фази формування навичок подолання, модифікації поведінки, когнітивної реструктуризації та запобігання зривам, його мріяння значно зменшилося, а відповідні показники за шкалою MDS-16 стали нижчими за порогове значення.

У 2025 році було опубліковано кейс 15-річної дівчини (Ranga & Sharma, 2025), яка страждала на дезадаптивну мрійливість протягом півтора року, що призводило до погіршення її академічної успішності, емоційного дистресу та соціальної ізоляції. В її анамнезі не було психіатричних розладів. Окрім надання відповідей на кількісні шкали, дівчина також взяла участь у двох глибинних інтерв'ю, які було проаналізовано за допомогою тематичного аналізу. Він показав, що дезадаптивна мрійливість дівчини слугувала способом втечі від дискомфорту та задоволення своїх потреб у любові, прийнятті й контролі, які не були закриті. Клініцисти виявили кілька дезадаптивних схем, серед яких були відчуженість і відторгнення, надмірний контроль і гальмування, екстернальність і порушення кордонів. Дівчина отримала 6-місячний курс схема-терапії, що включав кілька фаз. Під час першої фази було проведено мотиваційне інтерв'ю, психоедукацію, поведінкові техніки, другої — відновлення розривів прив'язаності, досвідні стратегії та ознайомлення із технікою «Серфінгу потягу». Третя фаза передбачала когнітивну інтервенцію із застосування щоденника схеми, а завершальна — поведінкове руйнування патернів. Наприкінці інтервенції також були використані два підходи досвідної

інтервенції — керовані образотворчі уявлення (робота з уявою) та діалоги схем. Профілактика рецидивів обговорювалася спільно з клієнткою та її матір'ю. Особлива увага приділялася психоосвіті щодо розпізнавання тригерів. Фаза термінації продемонструвала зниження частоти дезадаптивного марення, покращення дружніх стосунків та вищий рівень усвідомлення копінг-механізмів. Спостерігалось покращення зв'язку між дівчиною і її матір'ю. Психотерапевти зазначили, що значним викликом була амбівалентність пацієнтки щодо відмови від свого уявного світу. Попри свої дезадаптивні наслідки, її мріяння стали джерелом емоційної прив'язаності та психологічного комфорту.

У іншому кейсі (Ozmeral et al., 2025), в якому також описано лікування 15-річної дівчини, увага була приділена фармакологічному втручанням. Дівчина звернулася до дитячої психіатричної клініки зі скаргами на мріяння та розмови з самою собою. Мріяння почалося після того, як її батько, який працював за кордоном, повернувся додому через пандемію COVID-19. Ці симптоми поступово погіршувалися, особливо коли вона перебувала поруч із обома батьками під час їхніх сварок. Пацієнтка повідомила про погані стосунки з батьком і висловила думку, що він її не любить. Вона також зазначила, що симптоми приносять їй відчуття задоволення, оскільки призводять до підвищення уваги з його боку. Хоча вона була здатна відрізнити фантазію від реальності, вона заявляла, що почувається щасливішою у своєму уявному світі й віддає йому перевагу над реальним життям через нещастя, яке переживає в реальності. Більшу частину дня вона проводила у своїй кімнаті, а її успішність у навчанні, соціальні стосунки та дбання про себе значно погіршилися. З часом у неї розвинулося нетримання сечі та калу. Вона також описувала забудькуватість, неухважність і труднощі з організацією завдань.

Щоб виключити можливу органічну етіологію, пацієнтка пройшла обстеження в загальній педіатрії та дитячій неврології. Під час огляду, біохімічних аналізів, електроенцефалографії або магнітно-резонансної томографії (МРТ) головного мозку жодних патологій виявлено не було. Анамнез

її народження та розвитку був без особливостей, а в її родині не було виявлено психічних розладів. Під час обстеження психічного стану вона перебувала у свідомості та добре орієнтувалася. Порушень сприйняття чи пам'яті виявлено не було, але були порушені увага та концентрація. Її настрій був пригніченим (депресивним), а афект — притупленим. Критичність до стану була збережена, а інтелектуальне функціонування було в межах норми. Психометричне оцінювання вказало на клінічно значущі труднощі з увагою та помірну депресію. Були виключені психотичні або дисоціативні розлади. У дівчини були знижені показники робочої пам'яті та швидкості обробки інформації. У сукупності ці результати, висновки структурованого інтерв'ю та спостереження за поведінкою пацієнтки підтвердили діагноз РДУГ і великого депресивного розладу.

Пацієнтці було призначено сертралін та арипіпразол, які застосовувалися приблизно протягом 6 місяців. Це призвело до часткового покращення показників мріяння, догляду за собою та симптомів депресії. Однак, через набір ваги у пацієнтки знизився комплаєнс, що призвело до поступової відміни обох препаратів. Згодом було призначено флуоксетин, який застосовувався близько двох років; протягом цього часу депресивні симптоми здебільшого контролювалися, тоді як мріяння зберігалися. Для лікування РДУГ було розпочато прийом метилфенідату в дозі з подальшим титруванням, що принесло частковий позитивний ефект на увагу та виконавчі функції протягом дворічного періоду, хоча залишкові труднощі з увагою зберігалися разом із триваючим мріянням.

Протягом усього періоду спостереження проводилися структуровані інтерв'ю з пацієнткою та її батьками на основі принципів когнітивно-поведінкової терапії. Попри комбіноване фармакологічне лікування та КПТ-інтервенції, дезадаптивна мрійливість, яка призводила до функціональних порушень, зберігалася, що зумовило госпіталізацію до денного стаціонару для ретельнішого спостереження та уточнення діагнозу. Після поглиблених інтерв'ю та клінічного моніторингу, а також аналізу літератури,

клінічна картина пацієнтки була визнана такою, що найбільше відповідає дезадаптивній мрійливості.

Втім, були і кейси, коли підозра на РДУГ виявилася вірною. Таким був випадок 19-річної пацієнтки з дитячим анамнезом травми та ізоляції (Jehanzeb & Javaid, 2025). Вона звернулася зі скаргами на галюцинації, які почалися у віці 8 років і з часом прогресували. Вона повідомила, що чує до 50 голосів, які описувала як «добрі й дружні». Голоси були пов'язані з кількома родинами та охоплювали візуальну, тактильну й слухову модальності. Вона стверджувала, що може торкатися їх, відчувати і бачити, ідентифікуючи їх як своїх друзів. Пацієнтка мала збережену критичність і розуміння свого стану. Вона називала ці сутності уявними істотами, які слугували копінг-механізмом для захисту від стресу та самотності. Вона переживала епізоди постійного «відключення» від реальності (zoning out), життя в уявному світі та активного ведення розмов із внутрішніми голосами. Деперсоналізація, дереалізація та дисоціація призвели до її ізоляції, що негативно вплинуло на її взаємодію із справжньою родиною та на успішність у навчанні. Щоб виключити органічні причини її галюцинацій, було проведено МРТ головного мозку, ЕЕГ та комплексні аналізи, які виключили епілепсію. Оцінювання дозволило встановити діагноз РДУГ комбінованого типу. Після початку прийому метилфенідату (Концерта 54 мг один раз на добу) у пацієнтки спостерігалось значне зникнення симптомів, зокрема покращення концентрації уваги та відсутність епізодів мріяння, що призвело до повної втрати внутрішніх голосів. Ця раптова тиша викликала дистрес і труднощі з адаптацією, спровокувавши кризу ідентичності. Дисоціація та псевдогалюцинації були переосмислені як прояви когнітивної неувважності, емоційної дисрегуляції та надмірно активного внутрішнього монологу. Нам, на жаль, невідомо, які саме інтервенції були запропоновані пацієнтці для відновлення.

Випадки, в яких пацієнти мали галюцинації та дезадаптивну мрійливість, не були поодинокі. У 2025 році науковці описали кейс (Fatwa et al., 2025) 20-річної жінки з анамнезом дитячої травми. Вона скаржилась на епізодичні

аудиальні галюцинації, дисоціативні епізоди та довгострокову дезадаптивну мрійливість. Результати проведеної оцінки показали відсутність хронічного марення (delusions), збережене когнітивне функціонування та загострення симптомів у зв'язку зі стресом, що свідчило на користь діагнозу комплексного ПТСР (кПТСР) з дисоціативним підтипом і дозволило виключити шизофренію. Завдяки травмофокусованій когнітивно-поведінковій терапії (ТФ-КПТ), технікам заземлення та соціальній підтримці галюцинації жінки перейшли у часткову ремісію.

Окрім кейсів, в яких дезадаптивна мрійливість зустрічається у пацієнтів із ОКР, РДУГ та шизофренією, відомо про випадки перекривання симптоматики дезадаптивної мрійливості та дисоціативних розладів (Soffer-Dudek & Somer, 2022), однак, наскільки нам відомо, релевантних інтервенцій не було представлено. На сьогодні існує лише одна психотерапевтична програма, ефект якої було досліджено й описано. У 2024 році було опубліковано наукову статтю про результати рандомізованого контрольованого дослідження ефективності короткотривалої самостійної онлайн-програми, побудованої на медитації усвідомленості та самомоніторингу (Herscu et al., 2023). Програма включала 8 сесій. Модуль усвідомленості включав підмодулі психоедукації усвідомленості, уваги, прийняття, роботи з мрійливістю, перебування «тут і зараз», навіть в неприємних ситуаціях («present when unpleasant») і відкритості до складних емоцій. До модуля також були включені техніки «3-хвилинного простору для дихання», сканування тіла, медитації на дихання, звуки та тіло, усвідомленого харчування, усвідомленої ходьби, практикування усвідомленості в повсякденних справах, усвідомлених рухів та вправи з йоги за методикою програм зниження стресу на основі усвідомленості (MBSR, Mindfulness-Based Stress Reduction). Модуль самомоніторингу містив інформацію про важливість спостереження та про те, яку користь від цього отримують учасники. Науковці збирали щоденні звіти про тривалість мріяння та впровадили «Щоденник мріяння», який допомагав виявляти тригери, а також оцінювати потяг до

мріяння, їхню тривалість та будь-які альтернативні активності, які могли використовувати учасники.

Було рандомізовано 557 учасників, з яких 353 завершили програму. Для оцінки ефективності програми було створено три групи учасників, результати яких відстежувалися тричі (до (T1)), через 8 тижнів від початку (T2) і через 6 місяців після T2 (T3)). Перша група (n = 114) отримала повну версію інтервенції (психоедукація, посилення мотивації, практики усвідомленості та самомоніторинг), друга (n = 125) — часткову версію інтервенції (все, окрім самомоніторингу), а третя група (n = 125) була групою у списку очікування, яка отримували онлайн-підтримку в Інтернет-форумах, як і до цього, без застосування практик. Результати продемонстрували, що у першій і другій групах, від проходження бейзлайну до післявтручання, всі показники, які були оцінені за допомогою інструментів оцінки проявів дезадаптивної мрійливості, включно з вимірами патологій мріяння, її частоти та повсякденним функціонуванням, значно зменшилися та мали великий розмір ефекту. Результати третьої групи не продемонстрували суттєвих поліпшень. Було виявлено також, що в короткостроковій перспективі практика медитації самоусвідомлення з самомоніторингом мала ліпший вплив на симптоми дезадаптивної мрійливості. Втім, у довгостроковій перспективі як повна інтервенція, так і її часткова версія мали однаково ефективний вплив на ці симптоми. Показник клінічно значущого покращення становив 24%, тоді як показник достовірного покращення — 39%.

Ми детально ознайомилися з процедурою проведення цього дослідження і помітили, що учасники мали певні складнощі з виконанням деяких умов дослідження, а саме самомоніторингу, що призводило до пошуку компромісів. Самі науковці висловили занепокоєння недостатнім рівнем дотримання протоколу учасниками дослідження. 61,5% учасників групи повного втручання належним чином практикували навички усвідомленості, але не змогли адекватно застосовувати самомоніторинг.

Описані у науковій літературі випадки фармакологічних та психотерапевтичних інтервенцій демонструють ті складнощі, з якими можуть зіштовхнутися психотерапевти в роботі із клієнтами, які мають дезадаптивну мрійливість. Аналіз випадків підсвічує важливість інформування психологів, психотерапевтів і психіатрів про симптоматику дезадаптивної мрійливості. На нашу думку, наразі це є першочерговою метою, оскільки це може допомогти клієнтам зрозуміти, що з ними відбувається, стати побаченими і почутими та дозволить уникнути експериментів з лікуванням, які можуть не принести полегшення. Ми не вважаємо фармакологічне лікування недоречним у випадках дезадаптивної мрійливості, яка співіснує з іншими розладами. Ми також не думаємо, що підбір правильних ліків не може включати елемент експериментування. Втім, потрібні ефективна діагностика, зваженість ухвалення рішень і поінформованість спеціалістів. Психотерапевтичне втручання є, на нашу думку, найважливішим у випадку лікування дезадаптивної мрійливості. Провівши власне дослідження та проаналізувавши всі опубліковані на цей момент дослідження, ми розуміємо, що нашою задачею є звернення уваги на те, чим стає мріяння для людей із дезадаптивною мрійливістю. Кожен сценарій і сюжет мрій символізують для клієнта щось глибинне та життєво важливе, відображаючи депривовані несвідомі потреби, витіснені конфлікти або травматичний досвід. Оскільки природа цих мрій є глибоко суб'єктивною та закоріненою у структуру особистості, дезадаптивна мрійливість, на нашу думку, вимагає підходу, що працює з несвідомими процесами, а не лише з поверхневою поведінкою. З огляду на це, ми обґрунтуємо та опишемо рекомендації щодо застосування психодинамічної терапії для клієнтів із розладом дезадаптивної мрійливості.

3.3. Практичні рекомендації щодо організації психологічної допомоги людям, які мають дезадаптивну мрійливість

Психодинамічний підхід (психоаналітична терапія, зокрема трансфер-фокусована психотерапія) є одним із методів психотерапії з

доведеною ефективністю, що офіційно затверджено Міністерством охорони здоров'я України (Міністерство охорони здоров'я України, 2024). Цей підхід дозволяє ефективно допомагати клієнтам з різноманітними розладами, що включають розлади особистості, розлади звичок та спонукань, розлади настрою, дисоціативні розлади тощо. Втім, це не єдиний фактор, що обґрунтовує наш вибір.

Гершку та ін. зазначили у висновках свого дослідження (Herscu et al., 2023), що комплексне лікування дезадаптивної мрійливості має бути спрямоване на усунення глибинних проблем ментального здоров'я, які могли спонукати респондентів надмірно занурюватися у свої імерсивні фантазії. Однією з цілей психодинамічної терапії є, на думку Дж. Шедлера, розвиток здатності до саморефлексії та дослідження патернів, які не повністю усвідомлюються, але структурують досвід і поведінку пацієнта. Мета психодинамічної терапії включає полегшення гострих симптомів, але виходить далі цих меж. Психологічне здоров'я — це не просто відсутність симптомів; це позитивна присутність внутрішніх можливостей і ресурсів, які дозволяють людям жити життя з більшим відчуттям свободи та перспектив (Shedler, 2010).

Ми пропонуємо розглянути основні аргументи на користь використання психодинамічної психотерапії для роботи з клієнтами, які мають дезадаптивну мрійливість. З цією метою ми пропонуємо розглянути багатовимірну структуру цього феномена крізь призму його глибинних психопатологічних коренів та терапевтичних механізмів їхньої трансформації. Такий інтегративний аналіз дозволяє послідовно оцінити ефективність психодинамічного підходу в розрізі п'ятих фундаментальних аспектів розладу, — його зв'язку з нарцисичною архітектурою особистості, природою поведінкової адикції, порушенням прив'язаності, дисоціацією та переживанням травматичних подій.

Раніше в цій роботі ми зазначали, що нарцисизм, особливо вразливий нарцисизм, має значний зв'язок із дезадаптивною мрійливістю. Ми свідомо не послуговуємося термінологією нарцисичного розладу особистості або патологічного нарцисизму, оскільки нам відомо лише про нарцисичні прояви

серед людей з дезадаптивною мрійливістю. За останні кілька років ми могли спостерігати певну стигматизацію так званих «нарцисів» і згадки про них у випадках прояву насильства та аб'юзу. В нашому дискурсі, нарцисизм, який може бути притаманний людям з дезадаптивною мрійливістю, розглядається як особистісна риса та стосується лише складнощів, які вони можуть переживати через неможливість прийняти неідеальність світу, людей і себе, часті болісні розчарування, страх і сором показати себе і бути не прийнятими. Ми вважаємо, що саме це може змушувати нарцисичних особистостей вдаватися до дезадаптивної мрійливості. Н. МакВільямс, відома психотерапевтка в напрямку психодинамічної психотерапії, описуючи нарцисичних особистостей, вказувала, що базовою характеристикою для них є внутрішнє відчуття страху, що вони «не підходять», а також відчуття сорому, слабкості та свого низького становища (McWilliams, 2011). Авторка також висловлює думку про те, що перфекціоністські рішення нарцисичної дилеми (ідеалізація — знецінення) є саморуйнівними й призводять до того, що недосяжні ідеали створюються, щоб компенсувати дефекти в Я. Можливо, дезадаптивне мріяння слугує інструментом для створення ідеального, але абсолютно недосяжного образу себе і є настільки ж руйнівним, як і те відображення себе, яке, за легендою, бачив Нарцис на поверхні води.

У випадках роботи з клієнтами, яким притаманний нарцисизм і які мають дезадаптивну мрійливість, психотерапевту варто скеровувати їх у напрямку усвідомлення того, що можна приймати людей, не засуджуючи і не використовуючи їх, любити людей без їх ідеалізації та виражати свої справжні почуття без сорому (McWilliams, 2011). Це непроста задача, що ускладнюється тим, що досвід дезадаптивної мрійливості нагадує замкнене коло. Людина з дезадаптивною мрійливістю часто не може попросити про допомогу, не може описати те, чим займається так, щоб це не було оцінено як психопатологія або, навпаки, як нісенітниця. Психотерапевту потрібні будуть терплячість та готовність пройти довгий шлях до того, як клієнт розкриє свій уявний внутрішній світ, який є для нього додатковим джерелом сорому. Згідно з О.

Кернбергом, центральним механізмом змін є «інтеграція відщеплених частин репрезентацій Я та об'єкта» (the self and object representations), яка досягається через сприяння активації в процесі терапії інтерналізованих та розщеплених об'єктних відносин клієнта, які потім спостерігаються та інтерпретуються в переносі (Kernberg et al., 2008).

Трансформація внутрішньої структури ідентичності та редукція нарцисичних захистів відкривають шлях до роботи з другим фундаментальним аспектом дезадаптивної мрійливості — її функціонування як поведінкової залежності. Психодинамічний підхід пропонує механізми для роботи з адиктивною поведінкою, розглядаючи її не як первинну поведінкову девіацію, а як наслідок дефіциту саморегуляції. У психоаналітичній терапії адикція трактується як спроба самолікування та примітивний, але життєво необхідний для пацієнта захисний механізм Его. Е. Ханціан (Khantzian, 2013) описував адикцію як дезадаптивну стратегію емоційної саморегуляції, що відображає глибші порушення в організації особистості. Дослідження дезадаптивної мрійливості і її зв'язку з типом прив'язаності людини показали, що цей розлад має позитивний зв'язок із амбівалентним та дезорганізованим типами прив'язаності людини (Costanzo et al., 2021). Теорія прив'язаності постулює, що ранній досвід стосунків формує стійкі внутрішні робочі моделі себе та інших. Ці моделі впливають на регуляцію афекту та міжособистісне функціонування протягом усього життя. Дезорганізований тип прив'язаності часто пов'язують із розладами вживання речовин та ще офіційно не визнаними поведінковими залежностями (Costanzo et al., 2021).

Потенційним виміром у психотерапії дезадаптивної мрійливості є робота з клієнтами, які мають дезадаптивну мрійливість і описують досвід дисоціації. Дисоціація для них може бути не тільки переживанням ситуативного епізодичного відсторонення, а й слугувати основним способом структурування психічного життя. Дисоціативний механізм дозволяє людині «перемикатися» між нестерпною реальністю та контрольованим уявним світом. Психодинамічна психотерапія може виявитися ефективною, оскільки дозволяє створити

безпечний простір для зустрічі з тими частинами особистості, які тривалий час були захovanі у мріях клієнта. Крізь призму аналізу переносу і контрпереносу терапевт допомагає клієнту об'єднати фрагментовані стани Я. Коли клієнт починає приносити елементи своїх мрій у терапевтичний діалог, стають можливими їх опрацювання та інтеграція в реальність.

Ми вважаємо дезадаптивну мрійливість розладом, який не потребує фармакологічного лікування, хоча є випадки, коли воно зменшувало інтенсивність мріяння. Результати нашого дослідження показали, що лікування коморбідних розладів (депресії, РДУГ та тривожного розладу) може впливати на перебіг дезадаптивної мрійливості, але вони не призводять до її виліковування.

На нашу думку, найважливішим у психотерапії з клієнтами, які страждають на дезадаптивну мрійливість, є надання їм можливості говорити про мріяння, власні сюжети та персонажів. Психоаналітична традиція завжди приділяла особливу увагу сновидінням пацієнтів, розглядаючи їх як спосіб вираження змісту несвідомого або витісненого матеріалу, опрацювання внутрішніх об'єктних відносин і відновлення психічної рівноваги. Ми вважаємо, що зміст мріяння може так само слугувати терапевтичним інструментом, як і зміст сновидінь, відображаючи актуальні емоційні потреби, приховані конфлікти та елементи компенсації. На відміну від сновидінь, що виникають спонтанно у стані сну, мрії є продуктом довільного конструювання сюжету, який сам по собі не є необхідним, але приносить ті переживання, що є такими важливими для людини. Дослідження проєкцій себе у психотерапії дозволить клієнтам вийти за межі споглядання та сприятиме символізації внутрішнього досвіду з поступовим перетворенням мріяння у моделювання потенційних ситуацій та планування власного майбутнього.

### Висновки до Розділу 3

Цей розділ присвячений виявленню особливостей роботи з людьми, які мають дезадаптивну мрійливість, і розробці практичних рекомендацій щодо організації психологічної допомоги тим, хто має цей розлад.

Ми розглядаємо розлад дезадаптивної мрійливості як складний феномен, що проявляється в надмірному зануренні в мріяння, які приносять задоволення, але водночас порушують академічне, професійне та соціальне функціонування.

У першому підрозділі наголошується, що фахівець має ставитися до досвіду клієнта без стигматизації та поспішної патологізації. Важливо не просто оцінювати сам факт мріяння, а розуміти його функцію в житті людини. Психологічна допомога має починатися з валідації досвіду клієнта, зменшення сорому та створення простору, де можна безпечно говорити про зміст своїх мрій. Окрема увага приділяється диференціальній діагностиці. Дезадаптивну мрійливість потрібно відрізняти від РДУГ, ОКР, тривожних і депресивних розладів, румінації, психотичних станів та шизофренії. Ключовою ознакою є те, що людина з дезадаптивною мрійливістю розуміє межу між уявним і реальним. Підкреслюється, що мрії можуть виконувати компенсаторну функцію: допомагати переживати фрустрацію, знижувати внутрішню напругу, підтримувати самооцінку або тимчасово покращувати стан при депресії. Тому мета терапії полягає не в негайному усуненні мріяння, а в дослідженні його сенсу та поступовому зміцненні здатності людини жити в реальності. Серед способів самоконтролю згадуються обмеження тригерів, зокрема музики, використання таймерів і фокус на реальному житті. Останнє, за результатами цього дослідження, виявилось найефективнішим.

У другому підрозділі ми аналізуємо клінічні випадки та дослідження, присвячені лікуванню дезадаптивної мрійливості. Описані кейси показують, що цей феномен часто поєднується з іншими станами — депресією, ОКР, РДУГ, шизофренією, дисоціативними проявами, травматичним досвідом.

Фармакологічні втручання продемонстрували суперечливі результати: іноді вони зменшували інтенсивність мріяння, але нерідко викликали важкі

побічні ефекти, погіршення настрою або втрату важливої для людини частини внутрішнього життя. У низці випадків ефект досягався не завдяки впливу на саму мрійливість, а через лікування супутнього розладу, наприклад, РДУГ.

Більш перспективними ми вважаємо психотерапевтичні методи. У кейсах описано позитивні результати когнітивно-поведінкової терапії, когнітивної терапії на основі усвідомленості (mindfulness-based cognitive therapy), схема-терапії, мотиваційного інтерв'ювання, самомоніторингу та тренування усвідомленості. Найкращі результати давали підходи, що допомагали людині: відстежувати тригери мріяння, розвивати самостереження, регулювати увагу, протидіяти униканню реальності та поступово замінювати мрійливість більш адаптивними способами емоційної регуляції.

Детально описано онлайн-програму на основі усвідомленості і самомоніторингу, яка продемонструвала ефективність у рандомізованому дослідженні.

У третьому підрозділі ми надали практичні рекомендації щодо організації допомоги клієнтам із дезадаптивною мрійливістю. Було обґрунтовано доцільність психодинамічної психотерапії як одного з перспективних підходів, оскільки дезадаптивна мрійливість є не лише поведінковим симптомом, а пов'язана з глибшими психологічними процесами: нарцисичною вразливістю, дефіцитами саморегуляції, порушеннями прив'язаності, дисоціацією, травматичним досвідом і внутрішніми конфліктами.

На нашу думку, психодинамічна терапія може бути ефективною, оскільки вона допомагає досліджувати несвідомі потреби й конфлікти, що стоять за мрійливістю, інтегрувати відщеплені частини Его, працювати із соромом, ідеалізацією та внутрішньою порожнечою, розуміти мрійливість як форму психологічного захисту, поступово переводити зміст фантазій у площину символізації, саморефлексії та реального життєвого планування.

Особливо підкреслюється, що терапевтична робота має включати обговорення сюжетів, персонажів і переживань, пов'язаних із мріями, так само уважно, як у психоаналітичній традиції працюють із сновидіннями. Через це

клієнт може краще усвідомити власні емоційні потреби, приховані конфлікти та механізми компенсації.

У цьому розділі ми наголошували на тому, що допомога людям із дезадаптивною мрійливістю має бути емпатійною і неосудливою. Основний акцент слід робити не на придушенні мріяння, а на розумінні його психологічного змісту та функції в житті людини.

## ВИСНОВКИ

Наша наукова робота є першим якісним дослідженням дезадаптивної мрійливості на українській вибірці. Метою нашої роботи було теоретичне обґрунтування та емпіричне дослідження проявів дезадаптивної мрійливості у дорослих в Україні. Згідно з метою дослідження, було сформовано три основні завдання.

Виконання першого завдання передбачало проведення аналізу ознак дезадаптивної мрійливості і надання клінічного визначення цього феномена на основі наявних підходів. Отже, дезадаптивна мрійливість — це надмірна фантазійна діяльність, що замінює людині живе спілкування та/або перешкоджає академічній, міжособистісній або професійній діяльності. Теоретичний аналіз дозволив оцінити основні ознаки дезадаптивної мрійливості, серед яких: наявність у людини уявних сюжетів та історій; імерсивність мріяння (здатність глибоко занурюватись в свою уяву); важкість утримуватись від мріяння; значна витрата часу, присвяченого процесу мріяння; негативний вплив дезадаптивної мрійливості принаймні на одну із сфер життя; наявність кінестетичної активності під час мріяння; вплив музики як триггеру ініціації епізодів мріяння або використання музики для підтримки процесу мріяння; компульсивний характер мріяння та наявність сорому через власну мрійливість. Цей перелік не є вичерпним, але включає основні критерії для оцінки наявності та інтенсивності розладу дезадаптивної мрійливості. Наразі науковці розглядають дезадаптивну мрійливість як поведінкову залежність або дисоціативний розлад. Перевірка цього потребує додаткових досліджень.

Завдання 2 передбачало емпіричне дослідження феномена дезадаптивної мрійливості із застосуванням методології якісних та кількісних досліджень. З цією метою було розроблено 3 концептуальні та 4 емпіричні гіпотези. Наші концептуальні гіпотези:

1. Деякі прояви дезадаптивної мрійливості серед дорослих українців будуть співпадати з проявами дезадаптивної мрійливості серед респондентів іноземних досліджень цієї проблематики, а саме — негативний вплив

дезадаптивної мрійливості принаймні в одній із сфер життя респондента (професійній, академічній, соціальній або особистісній); визнання респондентами дезадаптивної мрійливості як такого процесу, на який вони витрачають багато часу; опис мріяння як цілеспрямованої діяльності.

2. Якісні інтерв'ю з респондентами, які мають високі показники за українською версією шкали Maladaptive Daydreaming Scale-16 (MDS-16UA), можуть надати валідні дані щодо проявів дезадаптивної мрійливості.

3. Існують прояви дезадаптивної мрійливості, ще не описані в інших дослідженнях.

Для практичного опрацювання було сформульовано такі емпіричні гіпотези:

1. Негативний вплив дезадаптивної мрійливості на своє життя відзначатимуть ті респонденти, які мають найбільший показник за результатами оцінки за опитувальником MDS-16UA. Чим ближче показник за результатами оцінки за опитувальником MDS-16UA до граничного бала, тим менше проявів дезадаптивної мрійливості респонденти будуть зазначати.

2. Респонденти, які мають прояви дезадаптивної мрійливості, зазначатимуть, що мріють з дитинства або з раннього підліткового віку.

3. Серед тем, які будуть зустрічатися у розповідях респондентів, буде наявність сорому через мріяння.

4. Серед тем, які будуть зустрічатися у розповідях респондентів, буде наявність травматичних подій у дитинстві чи ранньому підлітковому віці.

Для глибокого розкриття феномена дезадаптивної мрійливості ми застосували послідовний дизайн змішаних методів (sequential transformative mixed-methods design). Незважаючи на те, що нашим основним методом було якісне дослідження, використання кількісного аналізу було необхідним, оскільки воно дозволило нам залучити респондентів для якісного дослідження та опрацювати першу емпіричну гіпотезу. Основу для цього дослідження становив масив первинних даних, зібраних для проведення кількісного дослідження дезадаптивної мрійливості, спрямованого на оцінку

психометричних властивостей і валідацію української версії шкали дезадаптивної мрійливості (MDS-16UA). Із 591 респондента проведеного раніше дослідження ми, послуговуючись методом цілеспрямованого відбору (purposive sampling), відсіяли осіб із балом за MDS-16UA нижче порогового значення (25,6). З вибірки 346 респондентів нам вдалося залучити 18. Додатково було використано метод «снігової кулі», за допомогою якого залучили ще 9 респондентів. Критеріями включення до дослідження були: вік від 18 років, надання інформованої згоди на участь та наявність схильності до дезадаптивної мрійливості, що підтверджувалася результатом, вищим за встановлене порогове значення за шкалою MDS-16UA.

У дослідженні взяли участь 22 жінки та 5 чоловіків, а середній вік респондентів становив  $M = 31,3$  ( $SD = 8,1$ ). Результати респондентів за шкалою MDS-16UA варіювалися від 27,5 до 74,4 балів ( $M = 50,88$ ;  $SD = 11,99$ ).

Для проведення якісного аналізу ми послуговувалися феноменологічним підходом із застосуванням концепцій «Big Q»-підходу. Концептуальне питання «Big Q» цього дослідження було сформульовано так: «Який ваш досвід надмірної мрійливості? Як це відбувається у Вас?». Для аналізу даних ми послуговувалися рефлексивним тематичним аналізом (Reflexive Thematic Analysis — RTA) з індуктивною та семантичною орієнтацією. Аналіз даних включав 6 фаз. Кодування передбачало систематичне генерування лаконічних семантичних кодів рядок за рядком (line-by-line coding) по всьому масиву даних.

З метою перевірки першої емпіричної гіпотези ми оцінили конкретні прояви дезадаптивної мрійливості серед респондентів дослідження та розробили індекс цих проявів. Отримані кількісні дані було зіставлено з кількісними показниками респондентів за MDS-16UA. Було проведено кореляційний аналіз Пірсона (Pearson's  $r$ ) із двобічним критерієм. Результат показав відсутність зв'язку між основними проявами дезадаптивної мрійливості та результатами за шкалою MDS-16UA. Розрахунок коефіцієнта детермінації ( $R^2$ ), проведений на основі отриманого показника кореляції ( $r = 0.461$ ,  $p = 0.008$ ) продемонстрував, що оцінка проявів може пояснити лише 21,2% дисперсії балів

за MDS-16UA. Ми також проаналізували негативний вплив дезадаптивної мрійливості на життя респондентів та виявили, що не всім респондентам із високим балом за шкалою MDS-16UA заважає мрійливість, але були респонденти із низькими балами, які відзначали негативний вплив мрійливості на своє життя. Отже, наша перша емпірична гіпотеза не підтвердилася.

Друга емпірична гіпотеза повністю підтвердилася, оскільки респонденти зазначали, що мріють з дитинства або з раннього підліткового віку.

Третя емпірична гіпотеза дослідження також була підтверджена, адже в розповідях респондентів були описи відчуття сорому через власну мрійливість.

Оскільки респонденти зазначали наявність травматичного досвіду у своєму дитинстві чи ранньому підлітковому віці, наша четверта емпірична гіпотеза також підтвердилася.

Аналіз якісних даних показав, що респонденти відзначали негативний вплив дезадаптивної мрійливості принаймні в одній із сфер власного життя (професійній, академічній, соціальній або особистісній), довільність процесу мріяння та значні витрати часу на нього. Отже, наша перша концептуальна гіпотеза повністю підтвердилася.

Друга концептуальна гіпотеза підтвердилася, але результати нашого дослідження засвідчили помилковість наших суджень. Ми вважали, що результати за шкалою MDS-16UA вказують на рівень вираженості проявів дезадаптивної мрійливості.

Рефлексивний тематичний аналіз дозволив виокремити 6 тем: «Мріяння як свідомо ініційована паралельна діяльність», «Заміщення життєвого досвіду проживанням мрії», «Внутрішня напруга між усвідомленням проблематичності власного мріяння та безсиллям відмовитись від нього», «Мрійливість як глибоко інтегрований елемент самоідентифікації», «Сором і страх бути побаченими крізь призму власного мріяння» та «Двоїста організація життєвого простору: реальний світ і світ мрій». Третя концептуальна гіпотеза нашого дослідження не підтвердилася, адже ці теми не розкривають принципово нових проявів дезадаптивної мрійливості.

Зважаючи на те, що представлена праця є інтегральною частиною ширшого наукового дослідження, викладені результати якісного аналізу не є вичерпними.

Завдання 3 полягало у виявленні особливостей психологічної роботи з людьми, які мають дезадаптивну мрійливість і розробці практичних рекомендацій щодо організації психологічної допомоги. Ми описали основні вимоги до психологічної роботи з клієнтами, які мають дезадаптивну мрійливість, наголосивши на важливості відсутності стигматизації та патологізації цього розладу. Було надано феноменологічний опис дезадаптивної мрійливості для сприяння ефективній диференціації цього розладу. Основною особливістю роботи є надання клієнту можливості бути почутим. Для цього необхідно створити безпечний простір, в якому клієнт буде здатен розкривати зміст своїх мрій.

Для розробки рекомендацій щодо організації роботи з клієнтами, які страждають на дезадаптивну мрійливість, ми проаналізували клінічні випадки вже застосованих інтервенцій. Це допомогло нам оцінити ненадійність лікування дезадаптивної мрійливості за допомогою фармакології, перспективність когнітивно-поведінкових підходів та інтервенцій, а також зіставити це із досвідом респондентів цього дослідження.

В результаті, нами було запропоновано використання психодинамічної психотерапії для роботи з клієнтами, які мають дезадаптивну мрійливість. Ми обґрунтували свою рекомендацію з огляду на психодинамічність мріяння як процесу. Зокрема, ми навели приклади ефективності психоаналітичного методу в роботі з клієнтами з нарцисичною вразливістю, труднощами саморегуляції, порушеннями прив'язаності, дисоціацією та внутрішніми конфліктами.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Балашевич, О., Гарагуля, А., Молотокас, А., Байер, О., & Курапов, А. (2024). Адаптація та Психометрична Оцінка Опитувальника Дезадаптивної Мрійливості (MDS-16) на Українській Вибірці: Пілотне Дослідження (Adaptation and Psychometric Evaluation of the Maladaptive Daydreaming Scale (MDS-16) on an Ukrainian Sample: A Pilot Study). *Перспективи та інновації науки (Prospects and Innovations in Science)* 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. Гарагуля, А.І. (2023). Дезадаптивна мрійливість як симптом, що потребує уваги психотерапевтів. *Практична психологія у сучасному вимірі: XIV Міжнародна науковопрактична конференція наркозців та студентів: тези доповідей*, Дніпро, 21 березня 2023 р. Електронне видання. Дніпро: Університет імені Альфреда Нобеля, 2022. С. 78-79.
3. Міністерство охорони здоров'я України. (2024). Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню. *Офіційний вісник України*, №16 (21.02.2024), ст. 1061. [https://ips.ligazakon.net/document/view/re41474?an=1&ed=2023\\_12\\_13](https://ips.ligazakon.net/document/view/re41474?an=1&ed=2023_12_13)
4. Abbas, A., Manoj, R. & Oli, D. S. (2025). Relationship Between Psychological Distress, Narcissism, And Maladaptive Daydreaming Among Adolescents. *International Journal of Indian Psychology*, 13(2), 995-1004. DIP:18.01.086.20251302, DOI:10.25215/1302.086
5. Abu-Rayya, H. M., Somer, E., & Meari-Amir, S. (2019). The psychometric properties of the Arabic 16-item Maladaptive Daydreaming Scale (MDS-16-AR) in a multicountry Arab sample. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 6(2), 171–183. <https://doi.org/10.1037/cns0000183>
6. Agrawal, A., Sandal, V., & Kaur, R. (2025). Dream on: Maladaptive Daydreaming as a Distinct Psychopathology in a Person with Obsessive-Compulsive Disorder. *Indian Journal of Clinical Psychiatry*, 5(1), 41-44. <https://doi.org/10.54169/ijocp.v5i01.08>.

7. Alenizi, M.M., Alenazi, S.D., Almushir, S., et al. (2020). Impact of Maladaptive Daydreaming on Grade Point Average (GPA) and the Association Between Maladaptive Daydreaming and Generalized Anxiety Disorder (GAD). *Cureus*, 12(10). <https://doi.org/10.7759/cureus.10776>
8. American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.).
9. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.).
10. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
11. Anwar, M., Aqeel, M., & Shuja, K.M. (2018). Linking Social Support, Social Anxiety and Maladaptive Daydreaming: Evidence from University Students of Pakistan. *Foundation University Journal of Psychology*, 2(2), 141-181. <https://doi.org/10.33897/fujp2.16>
12. Balashevych, A., Harahulia, A., Somer, E., Molotokas A., Bayer, O., Zaviazkina, N., Synelnykov, R., & Kurapov, A. (in press). Cross-cultural Adaptation and Evaluation of Psychometric Properties of the Maladaptive Daydreaming Scale (MDS-16) in Ukraine. *Current Psychology*.
13. Balestra, R. (2019). *Rêveries compulsives: Validation de la version francophone du Maladaptive Daydreaming Scale (MDS-F) (Maladaptive daydreaming: validation of the French version of the Maladaptive Daydreaming Scale (MDS-F). Master's thesis submitted to the Faculté des sciences sociales et politiques, Université de Lausanne, Suisse (in French).] English abstract.*
14. Biernacki, P., & Waldorf, D. (1981). Snowball sampling: Problems and techniques of chain referral sampling. *Sociological Methods & Research*, 10(2), 141-163.
15. 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. <http://dx.doi.org/10.1016/j.concog.2011.08.013>

16. Bigelsen, J., Lehrfeld, J.M., Jopp, D.S. & Somer, E. (2016). Maladaptive daydreaming: Evidence for an under-researched mental health disorder. *Consciousness and Cognition*, 42, 254-266. <http://dx.doi.org/10.1016/j.concog.2016.03.017>
17. Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in qualitative research. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
18. Braun, V., & Clarke, V. (2012). Thematic analysis. In H. Cooper (Ed.), *APA Handbook of Research Methods in Psychology: Vol 2* (pp. 57-71). American Psychological Association.
19. Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589-597.
20. Braun, V., & Clarke, V. (2020). Can I use TA? Should I use TA? Choosing RTA and avoiding the pitfalls of «methodological landmines.» *Qualitative Research in Psychology*, 17(1), 3-7.
21. Braun, V., & Clarke, V. (2021). *Thematic Analysis: A Practical Guide*. SAGE Publications
22. Breuer, P., Merckelbach, H., Somer, E., & Broers, N. (2025). Maladaptive daydreaming: The German and the Dutch versions of the 16-item Maladaptive Daydreaming Scale. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*. Advance online publication. <https://dx.doi.org/10.1037/cns0000432>
23. Durrani, Y. & Zeb, R. (2025). Exploring The Role Of Internet Addiction And Childhood Trauma In Maladaptive Daydreaming: Comparison Across Different Generations. *The Journal of Research Review*, 2(3), 100-109. <https://thejrr.com/index.php/39/article/view/176/222>
24. Çakar-Özçelik, M., Usta, E., & Inozu, M. (2026). Maladaptive daydreaming and deliberate mind-wandering: a systematic review of psychopathological associations in adults. *Current Psychology*. 45. 10.1007/s12144-026-09120-7.
25. Catelan, R., Zsila, Á., & Pietkiewicz, I. & Nardi, A. (2023). Cross-cultural adaptation and validation of the Brazilian Portuguese version of the

Maladaptive Daydreaming Scale (BMDS-16). *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 23, 129-140. 10.15557/PiPK.2023.0018.

26. Chaieb, L., Hoppe, C. & Fell, J. (2022). Mind wandering and depression: A status report. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 133. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.12.028>.

27. Conte, G., Arigliani, E., Martinelli, M, Di Nola, S., Chiarotti, F. & Cardona, F. (2022). Daydreaming and psychopathology in adolescence: An exploratory study. *Early Intervention in Psychiatry*, 17(3), 263-271. <https://doi.org/10.1111/eip.13323>

28. Costanzo, A., Santoro, G., Russo, S., Cassarà, M.S., Midolo, L.,R., Billieux, J., & Schimmenti, A. (2021). Attached to virtual dreams: The mediating role of maladaptive daydreaming in the relationship between attachment styles and problematic social media use. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 209(9), 656-664. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000001356>

29. Creswell, J. W. (1998). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing among Five Traditions*. Sage Publications, Inc.

30. Creswell, J. W. (2009). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

31. Crotty, M. (1998). *Foundations of Social Research: Meaning and perspective in the research process* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003115700>

32. Devers, K. J., & Frankel, R. M. (2000). Study design in qualitative research--2: Sampling and data collection strategies. *Education for health* (Abingdon, England), 13(2), 263–271. <https://doi.org/10.1080/13576280050074543>

33. Fatwa, A. M. U., Merilla, I., Yusmadewi, A., Imron, M. I. H. A., Billah, I., Suwarti, A. S., & Algristian, H. (2025). Fantasy, Dissociation, or Hallucination? Clinical Challenges in the Assessment of Childhood Psychopathology: A Case Report. *Psychosocia: Journal of Applied Psychology and Social Psychology*, 3(2), 78-89. <https://doi.org/10.61978/psychosocia.v3i2>

34. First, M. B., et al. (2016). Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders, Clinician Version (SCID-5-CV). American Psychiatric Association.
35. Forbes, M. K., Neo, B., Nezami, O. M., Fried, E. I., Faure, K., Michelsen, B., ... Dras, M. (2023, March 21). Elemental psychopathology: Distilling constituent symptoms and patterns of repetition in the diagnostic criteria of the DSM-5. <https://doi.org/10.1017/S0033291723002544>
36. Freud, S. (1953). Creative writers and day-dreaming. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, 9, 143–153). London, UK: Hogarth Press. (Original work published 1908)
37. Ghinassi, S., Fioravanti, G., & Casale, S. (2023). Is shame responsible for maladaptive daydreaming among grandiose and vulnerable narcissists? A general population study. *Personality and Individual Differences*, 206, 112122. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2023.112122>
38. Giambra, L. M. (1974). Daydreaming about the past: The time setting of spontaneous thought intrusions. *The Gerontologist*, 17(a), 35–38.
39. Gibson, W. (2009). Intercultural Communication Online: Conversation Analysis and the Investigation of Asynchronous Written Discourse. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*. 10.
40. Gold, S. R., Gold, R. G., Milner, J. S. & Robertson, K. R. (1986-87). Daydreaming and Mental Health. *Imagination, cognition and personality*, 6(1).
41. Gold, S. R., & Minor, S. W. (1983-84). School Related Daydreams and Test Anxiety, *Imagination, Cognition and Personality*, 3, pp. 133-138.
42. Harel-Schwarzmann, M. (2021). The association between maladaptive daydreaming and obsessive-compulsive disorder: An examination of mediating mechanisms. (Thesis submitted to the Faculty of Social Welfare and Health Sciences, University of Haifa, Israel) (in Hebrew - English Abstract).
43. Hawkins, J. E. (2018). The Practical Utility and Suitability of Email Interviews in Qualitative Research. *The Qualitative Report*, 23(2), 493-501. DOI: <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2018.3266>

44. Hedderly, T., Eccles, C., Malik, O., Abdulsatar, F., Mitchell, C., Owen, T., Soffer-Dudek, N., Grose, C., Fernandez, T.V., Robinson, S. & Somer, E. (2024). Intense Imagery Movements May Lead to Maladaptive Daydreaming: A Case Series and Literature Review. *Movement Disorders Clinical Practice*, 11, 716-719. <https://doi.org/10.1002/mdc3.14011>
45. Herscu, O., Somer, E., Federman, A., & Soffer-Dudek, N. (2023, January 12). 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*. Advance online publication. <https://dx.doi.org/10.1037/ccp0000790>
46. Jain, S. (2024). Maladaptive and Negative Maladaptive Daydreaming Among Youth & Impact of Emotional Neglect on MD. *International Journal of Indian Psychology*, 12(2). <https://doi.org/10.25215/1202.194>
47. Jehanzeb, S. & Javaid, A. (2025). «Overdiagnosed or Misdiagnosed» – A Classic Case of Pseudohallucinations and Maladaptive Daydreaming When a Diagnosis of Adult ADHD Was Missed. *British Journal of Psychiatry Open*, 11 (S1): S305-S305. <https://doi.org/bj0.2020.10734>
48. Jopp, D. S., Dupuis, M., Somer, E., Hagani, N., & Herscu, O. (2018). Validation of the Hebrew Version of the Maladaptive Daydreaming Scale (MDS-H): Evidence for a Generalizable Measure of Pathological Daydreaming. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 6(3), 242-261. <http://dx.doi.org/10.1037/cns0000162>
49. Josselson, R. (2013). *Interviewing for Qualitative Inquiry: A Relational Approach*. Guilford Press.
50. Josselson, R., & Hammack, P. L. (2021). Person-Centered Narrative Analysis. *Qualitative Psychology*, 8(3), 396-407.
51. Kandeğer, A., Bozkur, B., Güler, H. A., İspir Çaltıner, Ş. N., Demirel, H. R., & Selvi, Y. (2026). Psychometric properties of the Turkish Maladaptive Daydreaming Scale (MDS-16) and its short form (MDS-5): An item-level

- examination in adults with ADHD. *British Journal of Clinical Psychology*, 00, 1-15.  
<https://doi.org/10.1111/bjc.70043>
52. Kandeğer, A., Güler, H. A., Özaltın, M. S., Bayırlı, Ö., Söylemez, H., Yıldız, E., & Semerci, B. (2025). Could immersive daydreaming delay ADHD diagnosis until adulthood? Clinical characteristics of adults with ADHD based on Diagnosis Age. *Journal of Attention Disorders*, 29(5), 387-396.  
<https://doi.org/10.1177/10870547241310990>
53. Kandeğer, A., Ünal, O., Ergün, Ş., & Yavuz Ataslar, E. (2024). Excessive mind wandering, rumination, and mindfulness mediate the relationship between ADHD symptoms and anxiety and depression in adults with ADHD. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 31(1), e2940.  
<https://doi.org/10.1002/cpp.2940>
54. Karaağac, M., & Korkmaz, Ş.A. (2025). The relationship between maladaptive daydreaming and academic procrastination, depression, anxiety and stress levels in medical students. *natolian Current Medical Journal*, 7(3), 320-325.  
<https://doi.org/10.38053/acmj.1659391>
55. Kardefelt-Winther, D., Heeren, A., Schimmenti, A., van Rooij, A., Maurage, P., Carras, M., et al. (2017). How can we conceptualize behavioural addiction without pathologizing common behaviours? *Addiction*, 112(10), 1709-1715. <https://doi.org/10.1111/add.13763>.
56. Kernberg, O. F., Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2008). Transference focused psychotherapy: overview and update. *The International journal of psychoanalysis*, 89(3), 601–620. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2008.00046.x>
57. Khantzian E. J. (2013). Addiction as a self-regulation disorder and the role of self-medication. *Addiction (Abingdon, England)*, 108(4), 668–669.  
<https://doi.org/10.1111/add.12004>
58. Kidder, L. H., & Fine, M. (1987). Qualitative and quantitative methods: When stories converge. *Multiple Methods in Program Evaluation*, 35, 57-75.
59. Killingsworth, M., & Gilbert, D. T. (2010). A wandering mind is an unhappy mind. *Science*, 330(6006), 932. <http://dx.doi.org/10.1126/science.1192439>

60. Klinger, E. (1971). *Structure and functions of fantasy*. Oxford England: Wiley.
61. Klinger, E. (2009). Daydreaming and fantasizing: Thought flow and motivation. In K. D. Markman, W. M. P. Keln, & J. A. Suhr (Eds.), *Handbook of imagination and mental simulation* (pp. 225–239). New York, NY: Psychology Press.
62. Kowalczyk, A., Shah, P., Hargitai, L. D., & Leung, F. Y. (2025). Investigating OCD, ADHD, and Autistic Traits as Predictors of Maladaptive Daydreaming. *Neurodiversity*, 3. <https://doi.org/10.1177/27546330251363392> (Original work published 2025)
63. Lynn, S. J., & Rhue, J. W. (1987). Hypnosis, imagination, and fantasy. *Journal of Mental Imagery*, 11, 101-112.
64. Mamah, D., Chen, S., Gomez-Lopez, A. & Alexander, S. (2025). A pharmacotherapeutic and neuroimaging case study of maladaptive daydreaming. *Psychiatry Research Case Reports*, 4(1), 100249. <https://doi.org/10.1016/j.psycr.2025.100249>.
65. Mansuklal, S. A., Pascoal, P. M., & Andersson, G. (2023, March 31 - April 1). A Portuguese cross-sectional and validation study of the Maladaptive Daydreaming Scale (MDS-16-PT) with university students. [Conference session]. IV International Congress of The Center for Research in Neuropsychology and Cognitive and Behavioral Intervention (CINEICC), University of Coimbra, Portugal.
66. Mason, M. F., Norton, M. I., Van Horn, J. D., Wegner, D. M., Grafton, S. T., & Macrae, C. N. (2007). Wandering minds: The default network and stimulus independent thought. *Science*, 315(5810), 393–395.
67. Malterud K. (2002). Kvalitative metoder I medisinsk forskning—forutsetninger, muligheter og begrensninger [Qualitative methods in medical research—preconditions, potentials and limitations]. *Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række*, 122(25), 2468–2472.
68. Marshall, C., & Rossman, G. B. (1995). *Designing Qualitative Research*. London: Sage Publications.

69. McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process* (2nd ed.). The Guilford Press.
70. Mowlem, F.D., Agnew-Blais, J., Pingault, JB. *et al.* (2019). Evaluating a scale of excessive mind wandering among males and females with and without attention-deficit/hyperactivity disorder from a population sample. *Sci Rep* **9**, 3071, <https://doi.org/10.1038/s41598-019-39227-w>
71. Musetti, A., Franceschini, C., Pingani, L., Freda, M.F., Saita, EW., Vegni, E., Zenesini, C., Quattropiani, M.C., Lenzo, V., Margherita, G., Lemmo, D., Corsano, P., Borghi, L., Cattivelli, R., Plazzi, G., Castelnuovo, G., Somer, E., & Schimmenti A. (2021). Maladaptive daydreaming in an adult Italian population during the COVID-19 lockdown. *Frontiers in Psychology*, **12**, 838. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.631979>
72. Naguy, A., Alamiri, B., & Aldhaen, M. N. (2018). Methylphenidate for Ego-Syntonic Daydreaming. *American Journal of Therapeutics*, **25**(6), e725–e726. <https://doi.org/10.1097/MJT.0000000000000742>
73. Nauman, J. (2023). Narrative Review of a Link Between Proposed Maladaptive Daydreaming (MD) and Reports of Motor Stereotypy in Autism Spectrum Disorder. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1-7. <https://doi.org/10.1007/s40489-023-00386-2>
74. Nowacki, A. (2025). ADHD, Hyperfocus, and Procrastination: The Mediating Role of Maladaptive Daydreaming in Adverse Psychological Outcomes. *Imagination, Cognition and Personality*, **0**(0). <https://doi.org/10.1177/02762366251409350>.
75. Ozmeral, E. K., Erarkadas, M., & Efendi, G. Y. (2025). When daydreams get out of control: An overlooked clinical presentation. *Dusunen Adam J Psychiatr Neurol Sci* **38**, 282-285.
76. Patton., M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

77. Pietkiewicz, I. J., Hełka, A. M., Barłóg, M., & Tomalski, R. (2023). Maladaptive daydreaming and narcissism, *Personality and Individual Differences*, 212, 112279. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2023.112279>.
78. Pietkiewicz, I. J., Hełka, A. M., Barłóg, M., & Tomalski, R. (2023). Validity and reliability of the Polish Maladaptive Daydreaming Scale (PMDS-16) and its short form (PMDS-5). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 30(4), 882–897. <https://doi.org/10.1002/cpp.2844>
79. Pietkiewicz, I. J., Necki, S., Bańbura, A., & Tomalski, R. (2018). Maladaptive daydreaming as a new form of behavioral addiction. *Journal of Behavioural Addictions*, 7(3), 838-843. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.95>
80. Poerio, G. L. & Smallwood, J. (2016). Daydreaming to navigate the social world: What we know, what we don't know, and why it matters. *Social and Personality Psychology Compass*, 10.11: 605–618. DOI 10.1111/spc3.12288
81. Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: a developmental perspective*. New York: Guilford Press.
82. Pyszkowska, A., Nowacki, A., & Celban, J. (2025). The Daydream Spectrum: The Role of Emotional Dysregulation, Internalized Stigma and Self-Esteem in Maladaptive Daydreaming Among Adults With ADHD, ASD, and Double Diagnosis. *Journal of Attention Disorders*, 29(1), 53-69. <https://doi.org/10.1177/10870547241290901>
83. Ranga, G. & Sharma, P. (2025). Case Report on Maladaptive Daydreaming: An Interpretative Phenomenological Analysis and Therapeutic Process. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*, 0(0). doi:10.1177/09731342251379190
84. Rauschenberger, S. L. & Lynn, S. J. Fantasy Proneness, DSM-III-R Axis I Psychopathology, and Dissociation. (1995). *Journal of Abnormal Psychology*, 104(2), 373-380.
85. Renzi, A., Bytyqi, B. & Mariani, R. (2025). The association between maladaptive daydreaming and eating and obsessive-compulsive disorders in the

general population: the mediating role of alexithymia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. <https://doi.org/10.1007/s00406-025-02083-z>

86. Renzi, A., & Mariani, R. (2025). What Is the Relationship Between Narcissism and Maladaptive Daydreaming? The Role of Defense Mechanisms as Mediators. *Psychiatric Research and Clinical Practice*, 0(0). <https://doi.org/10.1176/appi.prcp.20250018>

87. Renzi, A., Nimbi, F. M., & Mariani, R. (2026). Maladaptive daydreaming, hypersexuality, and social media use: Testing narcissism as a mediator in a young adult online sample. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/cns0000464>

88. Rhue, J. W., Lynn, S. J., Henry, S., Bunk, K., & Boyd, P. (1990-91). Child abuse, imagination, and hypnotizability. *Imagination, Cognition and Personality*, 10, 53-63.

89. Roneena, A. J. & Anandarani, V. S. (2022). Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) for Maladaptive daydreaming: A Case Report. *International Research Journal of Education and Technology*, 4(10).

90. Ross, C. (2019). Maladaptive Daydreaming and Dissociation: Both a Continuum and a Taxon. *Frontiers in the Psychotherapy of Trauma & Dissociation*. <https://doi.org/10.46716/FTPD.2019.0021>

91. Ross, C. A., Ridgway, J., & George, N. (2020). Maladaptive Daydreaming, Dissociation, and the Dissociative Disorders. *Psychiatric Research & Clinical Practice*, 2(2), 53-61. <https://doi.org/10.1176/appi.prcp.20190050>

92. Ross, C. A., West, M., & Somer, E. (2019). Self-Reported Medication and Recreational Drug Effectiveness In Maladaptive Daydreaming. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 208(1), 77-80. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000001091>

93. Salomon-Small, G., Somer, E., Harel-Schwarzmann, M. & Soffer-Dudek, N. (2021). Maladaptive Daydreaming and Obsessive-Compulsive Symptoms: A confirmatory and exploratory investigation of shared mechanisms.

Journal of Psychiatric Research, 136, 343-350,  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.02.017>.

94. Sándor, A., Münnich, Á., & Molnár, J. (2020). Psychometric properties of the Maladaptive Daydreaming Scale in a sample of Hungarian daydreaming-prone individuals. *Journal of Behavioral Addictions*, 9(3), 853-862.  
<https://doi.org/10.1556/2006.2020.00050>

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

96. 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. <http://dx.doi.org/10.1016/j.concog.2008.10.002>

97. Shanbhag, T. & Pothiyil, D. I. (2024). A Cognitive Approach to Maladaptive Daydreaming: A Case Report. *Indian J Psychol Med*, XX:1–4.

98. Sharma, M. & Jain, V. (2023). Fear of COVID-19 in Relation to Social Connectedness, Maladaptive Daydreaming, Depression and Anxiety: A Correlation Study. *Indian Journal of Health and Well-being*, 14(4), 491-494.

99. Sharma, P. & Mahapatra, A. (2021). Phenomenological Analysis of Maladaptive Daydreaming as A New Form of Behavioral Addiction: A Case Series. *Indian Journal of Social Psychiatry* 37(3), 280-282. 10.4103/ijsp.ijsp\_227\_2

100. Shedler J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *The American psychologist*, 65(2), 98–109. <https://doi.org/10.1037/a0018378>

101. Siahkal, S. C., Mahmoud Najafi, M., & Khosravani, V. (2026). The Veil of Fantasy Against the Wound of the Past: The role of control metacognitions, feared self, OCD symptoms and dissociation in linking emotional abuse and related emotions to maladaptive daydreaming in OCD, *European Journal of Trauma & Dissociation*. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2026.100658>

102. Singer, J. L. (1966). *Daydreaming*. New York: Random House.

103. Singer, J. (1975). *The inner world of daydreaming*. New York: Harper & Row, 22(1), p. 31.

104. 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(194). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00194>

105. Soffer-Dudek, N. & Somer, E. (2022). Maladaptive daydreaming is a dissociative disorder: Supporting evidence and theory. In J.M. Dorahy (ed.) *Dissociation and the Dissociative Disorders: Past, present, future* (2nd ed.). Taylor & Francis, pp 547-559

106. Soffer-Dudek, N., Somer, E., Abu-Rayya, H. M., Metin, B., & Schimmenti, A. (2021). Different cultures, similar daydream addiction? An examination of the cross-cultural measurement equivalence of the Maladaptive Daydreaming Scale. *Journal of Behavioral Addictions*, 9(4), 1056-1067. <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00080>;

107. Somer, E. (2002). Maladaptive daydreaming: A qualitative inquiry. *Journal of Contemporary Psychotherapy: On the Cutting Edge of Modern Developments in Psychotherapy*, 32(2-3), 197–212. <https://doi.org/10.1023/A:1020597026919>

108. Somer, E. (2013). From adaptive fantasy to dissociative psychopathology: On forms of daydreaming. A commentary on Young, W.C. (1988). *Observations on Fantasy in the Formation of Multiple Personality Disorder Dissociation*. *Dissociation*, 1(3) 13-20. ISSTDNews, Members Clinical Corner, June, 2013.

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

110. Somer, E. (2019). On dissociative identity disorder and maladaptive daydreaming. *Frontiers in the Psychotherapy of Trauma and Dissociation*, 3(1), 14–18. <https://doi.org/10.46716/ftpd.2019.0020>

111. Somer, E. (2023). Body Movements During Maladaptive Daydreaming: A Thematic Analysis of Asynchronous Email Interviews. *Journal of Anomalous Experience and Cognition*, 3(1), 267-299. <https://doi.org/10.31156/jaex.25004>.
112. Somer, E. (2024a). Calling the tune in maladaptive daydreaming: The impact of music on the experience of compulsive fantasizing. *Psychology of Music*, 52(6), 611-627. <https://doi.org/10.1177/03057356231222290>
113. Somer, E. (2024b, October 10-12). Maladaptive daydreaming: Unmasking absorptive daydreaming disorder [Conference presentation]. The 9th International Congress of the European Society for Trauma and Dissociation, Katowice, Poland
114. Somer, E. (2025). When fantasy clouds focus: untangling the overlap between ADHD and Maladaptive Daydreaming. [Paper presentation]. National Congress of the Italian Association for the Research and Treatment of Learning Disabilities (AIRIPA), Pisa, Italy, 19-20 September 2025.
115. Somer, E., Herscu, O., Samara, M., & Abu-Rayya, H. M. (2025). Maladaptive Daydreaming and Psychopathology: A Meta-Analysis. *Int J Psychol*, 60. e70027. <https://doi.org/10.1002/ijop.70027>
116. Somer, E. & Iyer, A. (2026). Literature as Early Witness: Immersive and Maladaptive Daydreaming Before Their Recognition in Psychology. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*. <https://doi.org/10.1037/cns0000478>
117. Somer, E., Lehrfeld J., Jopp, D. S., & Bigelsen, J. (2016a). Development and Validation of the Maladaptive Daydreaming Scale (MDS). *Consciousness and Cognition*, 39, 77-91. <http://dx.doi.org/10.1016/j.concog.2015.12.001>
118. Somer, E. & Otgaar, H. (2024). Exploring the Nexus between Childhood Adversities, Trauma-related Fantasy and Memory in Maladaptive Daydreaming. *Acta Psychologica*, 247, 104301. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2024.104301>
119. Somer, E., & Otgaar, H. (2025). Memory distortions in maladaptive daydreaming: A study on source confusion and fantasy-driven confabulations. *The Qualitative Report*, 30(1), 2968-2989. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2025.7031>

120. Somer, E., Soffer-Dudek, N., & Ross, C. A. (2017). The comorbidity of daydreaming disorder (Maladaptive Daydreaming). *Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(7), 525-530. <http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0000000000000685>
121. Somer, E., Soffer-Dudek, N., Ross, C. A., & Halpern, N. (2017). Maladaptive daydreaming: Proposed diagnostic criteria and their assessment with a structured clinical interview. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 4(2), 176-189. <http://dx.doi.org/10.1037/cns0000114>)
122. Somer, E., Somer, L., & Jopp, S. D. (2016b). Childhood Antecedents and Maintaining Factors in Maladaptive Daydreaming. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(6), 471-478. [-http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0000000000000507.](http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0000000000000507)
123. Starker, S. (1982) *Fantasic Thoughts*. Prentice-Hall, Inc., Englewood, New Jersey.
124. Steinberg, M., et al. (1993). Clinical assessment of dissociative symptoms and disorders: The Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D). *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 6(1), 3–15.
125. Theodor-Katz, N. (2019). A daydream or an attention deficit? The relationship between Maladaptive Daydreaming and Attention-Deficit/ Hyperactivity disorder among individuals with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder (Thesis submitted to the Faculty of Social Welfare and Health Sciences, University of Haifa, Israel) (in Hebrew - English Abstract).
126. Theodor-Katz, N. & Soffer-Dudek, N. (2025). Differential diagnosis between maladaptive daydreaming and ADHD: Immersive daydreaming is not simply inattention. *International Journal of clinical and Health Psychology*, 25(3), 100616. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2025.100616>.
127. Theodor-Katz, N., Somer, E., Hesseg, R. M., & Soffer-Dudek, N. (2022). Could immersive daydreaming underlie a deficit in attention? The prevalence and characteristics of maladaptive daydreaming in individuals with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 1–20. <https://doi.org/10.1002/jclp.2335520>

128. Wang, Q., Dong, X., & Li, X. (2019). rTMS as an add-on treatment for maladaptive daydreaming over 10 years in patients with schizophrenia: A case report. *Asian Journal of Psychiatry*, 43, 208–209. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.10.025>
129. Wen, H., Soffer-Dudek, N., & Somer, E. (2022). Daily feelings and the affective valence of daydreams in maladaptive daydreaming: A longitudinal analysis. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, & Practice*, Advanced view. <https://doi.org/10.1037/cns0000293>
130. West, M. J., Somer, E., & Eigsti, I. M. (2022). Shared Challenges and Cooccurrence of Maladaptive Daydreaming and Autism Spectrum Disorder. *Advances in Neurodevelopmental Disorders*, 7(1), 77-87. <https://doi.org/10.1007/s41252-022-00279-1>
131. Wilson S. C., & Barber T. X. (1983) The fantasy-prone personality: Implications for understanding imagery, hypnosis, and parapsychological phenomena. In A. A. Sheikh (Ed.). *Imagery: Current theory, research, and application*, 342.
132. Wilson S. C., & Barber T. X. (1981). Vivid fantasy and hallucinatory abilities in the life histories of excellent hypnotic subjects (Somnabules): A Preliminary Report. In Eric Klinger (ed.) *Imagery: Vol. 2: Concepts, Results, and Applications*. NY,: Plenum Press, 133-1490.
133. Zaheer, U. A., Mastrokourou, S., Longobardi, C., & Bozzato, P. (2025). Parent Attachment and Video Gaming Addiction: The Serial Mediation Role of Social Support and Maladaptive Daydreaming. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 15(4), 60. <https://doi.org/10.3390/ejihpe15040060>

## ДОДАТКИ

## Додаток А

## Шкала дезадаптивної мрійливості (MDS-16UA)

*Балашевич, О., Гарагуля А., Молотокас, А., Байєр, О. & Курапов, А.*

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	Деякі люди помічають, що певна музика може спонукати їх до мріяння. Наскільки музика активізує у вас процес мріяння?	Ніколи										Дуже часто
2	Деякі люди відчувають потребу повернутися до мрії, що була перервана подіями реального життя. Коли подія з реального життя переривала одну з ваших мрій, наскільки сильною була ваша потреба або бажання повернутися до цієї мрії якнайшвидше?	Ніколи										Надзвичайно сильне бажання
3	Наскільки часто наразі ваші мріяння супроводжуються звуками чи мімікою (наприклад, сміхом, розмовами або промовлянням слів)?	Ніколи										Дуже часто
4	Якщо ви переживаєте період, коли ви не можете мріяти стільки, скільки звичай, через ваші повсякденні обов'язки, наскільки вас засмучує ваша нездатність знайти час для мріяння?	Ніколи										Дуже засмучує
5	Деякі люди стикаються з тим, що їхні мріяння заважають займатися повсякденними справами. Наскільки сильно ваше мріяння заважає вам виконувати основні повсякденні справи?	Ніколи										Дуже сильно заважає

- 
- 6 Деякі люди засмучуються або відчують занепокоєння через те, скільки часу вони витрачають на мріяння. На даний момент, наскільки ви засмучені кількістю часу, який ви витрачаєте на мріяння?
- Зовсім не засмучуюсь
- Сильно засмучуюсь
- 7 Коли вам було відомо, що потрібно осередитися на чомусь важливому або виконати складне завдання, наскільки вам було важко залишатися сконцентрованим і довести справу до кінця без мріяння?
- Зовсім не складно
- Дуже складно
- 8 Деякі люди стикаються з тим, що їхні мріяння заважають речам, які для них найважливіші. По ваших відчуттях, наскільки ваші мріяння заважають досягненню ваших життєвих цілей?
- Зовсім не заважають
- Дуже сильно заважають
- 9 Деяким людям важко контролювати або обмежувати свої мріяння. Наскільки важко Вам буває тримати свої мріяння під контролем?
- Зовсім не важко
- Надзвичайно важко
- 10 Деякі люди відчують роздратування, коли події реального життя переривають одну з їхніх мрій. Коли події реального світу переривають одну з ваших мрій, наскільки сильним, в середньому, є ваше роздратування?
- Зовсім не відчую роздратування
- Відчую сильне роздратування
- 11 Деяким людям мріяння заважають їхнім професійним або особистим досягненням. Наскільки мріяння заважають вашим професійним або особистим досягненням?
- Зовсім не заважають
- Дуже сильно заважають
-

- 
- 12 Деякі люди вважають за краще мріяти, ніж займатися іншими справами. В якій мірі Ви б вважали за краще мріяти, ніж взаємодіяти з іншими людьми або брати участь у соціальних активностях чи займатися хобі?
- 13 Коли ви прокидаєтеся вранці, наскільки сильним є ваше бажання одразу почати мріяти?
- 14 Як часто ваші мріяння супроводжуються фізичними рухами, такими як ходіння, розгойдування чи розмахування руками?
- 15 Деякі люди люблять мріяти. Коли ви мрієте, наскільки вас це заспокоює або приносить вам задоволення?
- 16 Деяким людям важко мріяти, якщо вони не слухають музику. Якою мірою ваші мріяння залежать від прослуховування музики?
- 

Повною  
мірою

Дуже сильне  
бажання

Дуже часто

Дуже  
заспокоює/  
приносить  
задоволення

Повністю  
залежать

## Текст персонального листа із запрошенням

Доброго дня! Мене звать Анна Гарагуля, я дослідниця, яка проводить наукове дослідження про дезадаптивну (надмірну) мрійливість серед українців. Дякую, що Ви раніше взяли участь в опитуванні щодо мрійливості. Ваш індивідуальний код учасника був: \_\_\_\_\_

Я хочу запросити Вас на онлайн-інтерв'ю – бесіду, під час якої ми поговоримо про Ваш досвід мрійливості. Ваші відповіді на питання опитувальника показали, що Ви можете мати схильність до надмірної мрійливості. Ваш досвід може бути надзвичайно цінним для глибшого розуміння того, як саме проявляється і переживається надмірна мрійливість. До цього листа я прикріплюю інформаційний лист, у якому детально описано мету дослідження, умови участі та принципи конфіденційності.

Ваш досвід надзвичайно важливий. Він допоможе краще зрозуміти феномен дезадаптивної мрійливості та підтримати людей, які переживають подібне.

Прошу Вас відповісти на цей лист (навіть, якщо Ви не збираєтесь брати участь).

З повагою,

Анна Гарагуля

дослідниця, Національний університет «Києво-Могилянська академія»

✉ [a.harahulia@ukma.edu.ua](mailto:a.harahulia@ukma.edu.ua)

✉ [annacumkvat@gmail.com](mailto:annacumkvat@gmail.com)

## Текст інформаційного листа

### **Інформаційний лист щодо участі в онлайн-інтерв'ю (бесіді)**

Тема дослідження: Дослідження дезадаптивної мрійливості серед українців.

Дослідницька команда:

- Гарагуля Анна Ігорівна, дослідниця, магістрантка Національного Університету «Києво- Могиллянської Академії»
- Чернобровкіна Віра Андріївна, науковий керівник дослідження, доктор психологічних наук, професор кафедри психології та педагогіки Національного університету «Києво-Могиллянська академія»; психолог-психотерапевт, тренер Центру психосоціальної реабілітації НаУКМА

Мета дослідження

Метою цього дослідження є вивчення досвіду людей, які мають схильність до дезадаптивної мрійливості та збагачення розуміння про цей феномен. Це дослідження розроблене для того, щоб дізнатися якомога більше про надмірну мрійливість та досвід, який переживають люди, які мають до неї схильність.

Процедура дослідження

Якщо Ви вирішите взяти участь у цьому дослідженні, дослідниця наукової команди запросить Вас на онлайн-інтерв'ю, яке матиме форму бесіди. Інтерв'ю розраховане на 60-90 хвилин. У ході інтерв'ю дослідниця команди буде задавати Вам запитання щодо Вашого досвіду мріяння. Розмова (аудіо) із Вами буде записана для подальшого транскрибування. Ваша розповідь про Ваш персональний досвід допоможе науковій команді проаналізувати явище дезадаптивної мрійливості та поглибити знання про нього.

Чому Вас запросили на інтерв'ю?

Вас було запрошено на інтерв'ю, оскільки Ви вже брали участь в опитуванні щодо дезадаптивної мрійливості, і Ваш результат показав, що Ви можете мати схильність до надмірної мрійливості.

Наша наукова команда вважає, що саме Ваш досвід може стати вирішальним для встановлення розуміння про переживання надмірної мрійливості.

Чи зобов'язані Ви брати участь у цьому дослідженні?

Ні. Участь у дослідженні є повністю добровільною. Якщо Ви вирішите брати участь у цьому дослідженні, за Вами зберігатиметься право на відмову від відповідей на питання, на які Вам не буде комфортно відповідати. Ви також зможете відмовитися від участі в дослідженні безпосередньо під час бесіди. Відмова від участі в дослідженні не несе ніяких негативних чи позитивних наслідків для Вас.

Якщо Ви вирішите взяти участь у цьому дослідженні, що в цьому може бути корисного для Вас?

Якщо Ви вирішите взяти участь у цьому дослідженні, у Вас буде можливість обговорити будь-які труднощі, з якими Ви зіштовхуєтеся внаслідок надмірного мріяння та посприяти появі нової інформації для тих, хто переживає подібний досвід.

Чи є якісь потенційні ризики?

Проведення цього дослідження не передбачає ризиків для тих, хто візьме участь у дослідженні.

Конфіденційність

Ваша конфіденційність є пріоритетним завданням дослідницької команди. Ваші персональні дані, – ім'я, прізвище, будь-які персональні характеристики, які б допомогли Вас ідентифікувати, – будуть закодовані та відомі лише дослідниці, яка проводитиме з Вами інтерв'ю. Записи розмов із учасниками дослідження будуть зберігатися на захищеному сервері OneDrive, доступ до якого матиме лише дослідниця, яка проводитиме з Вами інтерв'ю. Всі записи

інтерв'ю зберігатимуться лише для їх детального транскрибування (переводу у текстовий формат), після чого будуть видалені назавжди.

Деякі цитати з Вашої розповіді можуть бути використані при написанні наукової роботи без зазначення будь-яких даних, які б могли Вас ідентифікувати. Всі результати дослідження будуть описані із дотримання усіх вимог щодо конфіденційності учасників дослідження.

#### Фінансування

Дослідження щодо дезадаптивної мрійливості проводиться в межах написання дипломної наукової роботи і не фінансується жодною організацією.

#### Результати дослідження

Дослідницька команда використає зібрані дані для аналізу досвіду дезадаптивної мрійливості. Результати будуть опубліковані у дипломній науковій роботі та роботах, які будуть опубліковані у вітчизняних або іноземних наукових журналах. Всі результати дослідження можуть бути опубліковані, але не міститимуть дані, які б могли допомогти ідентифікувати Вас.

Хто може брати участь у цьому дослідженні?

Всі українці, яким вже виповнилось 18 років.

Хто погодив це дослідження?

Це дослідження було розглянуто і узгоджено з Етичним Комітетом Національного Університету «Києво-Могилянська Академія».

З приводу будь-яких запитань та уточнень, Ви можете звертатись до дослідниці команди за адресою електронної пошти [a.harahulia@ukma.edu.ua](mailto:a.harahulia@ukma.edu.ua).

## Анкета для збору поінформованої згоди на участь у дослідженні

Я прочитав(-ла) інформаційний лист щодо дослідження та зрозумів(-ла) його зміст. *\*інформаційний лист – це pdf-документ, який був надісланий вам на пошту або особисто*

- ТАК
- НІ

Я розумію і погоджуюсь, що під час інтерв'ю мій голос буде записано з метою переведення моїх слів у текст. *\*аудіо буде зберігатися на захищеному сервері, доступ до якого матиме лише дослідниця команди. Аудіо буде видалено упродовж 8 місяців.*

- ТАК
- НІ

Я погоджуюсь на можливе цитування моїх слів у наукових роботах, без зазначення будь-яких даних, які б могли мене ідентифікувати.

- ТАК
- НІ

Я розумію, що результати цього дослідження можуть бути опубліковані у наукових роботах без даних, які б могли мене ідентифікувати.

- ТАК
- НІ

Я даю згоду на участь в цьому дослідженні, що передбачає онлайн-інтерв'ю (бесіду).

- ТАК
- НІ

Індекс проявів дезадаптивної мрійливості серед респондентів  
дослідження

знаки / ID		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	аважас в якійсь із сфер = 1											
	Кінестетичні елементи = 1											
	Іотреба, сильне бажання = 1											
<b>Іосилення, ростання інтенсивності дм часом</b>	більшення об'єму, реалістичності, глибини, кількості, часу мріяння (додавання інших проявів дм) = 1											
	наявність сюжетів, сценаріїв, світів = 1											
	може на залежність; не виходить відмовитись = 2											
	відчуття сорому, пов'язаного з мріянням = 2											
<b>початок дм</b>	овільність мріяння; мріяння як ілеспрямована діяльність = 1											
	авжди було = 1											
	дитинства = 1											
	школі = 1											
	ідлітковий вік = 1											
	ума балів				0	,5			2			0
<b>кількість часу</b>	продовж дня (упр.д.)= 1; о 2 годин на день = 0,5; більше 2 годин на день, можу цілий день ціл.д.) = 2	пр.д.	о 5г	іл.д.	/а	ільша астина ня	о 2г	о 2г	/а	-4г	-3р/ти д. до .5г	-5г
	ума балів 2				2		,5		4			2
	кщо не заважає в жодній сфері -1 бал				2		,5		4			2
	<b>ІНАЛ. РЕЗУЛЬТАТ ОЦІНКИ</b>				2		,5		4			2
	<b>РЕЗУЛЬТАТ ЗА MDS-16UA</b>	3,1	4,4	0,6	0	9,4	0	6,3	8,1	4,4	9,4	2,5

Примітка.

Знака слабо виражена (+0,5)	Знака наявна (+1)	Знака наявна (+2)
-----------------------------	-------------------	-------------------

## Продовження Таблиці 1

знаки / ID		12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
	аважає в якійсь із сфер = 1																
	Сінестетичні елементи = 1																
	Потреба, сильне бажання = 1																
<b>Іосилення, ростання інтенсивності м з часом</b>	більшення об'єму, реалістичності, глибини, кількості, часу мріання додання інших проявів дм) = 1																
	Наявність сюжетів, сценаріїв, вігів = 1																
	може на залежність; не виходить відмовитись = 2																
	відчуття сорому, пов'язаного мріанням = 2																
	овільність мріання; мріання к цілеспрямована діяльність = 1																
<b>початок дм</b>	авжди було = 1																
	дитинства = 1																
	школі = 1																
	ідлітковий вік = 1																
	ума балів			,5		,5	,5	,5				,5					
<b>кількість часу</b>	продовж дня (упр.д.)= 1; до годин на день = 0,5; більше 2 годин на день, можуть ілий день (ціл.д.) = 2	-10 % асу/ень	о 1г /а		0хв; іл.д. для ворч сті)	-4г; іл. /а	0хв-2 о 0хв	о 0хв	о /а		іл.д. о 1г	пр.д г+			,5г-2 г	й ільн. ас; іл. д.	удь-як
	ума балів 2	,5	,5	,5	,5	,5			,5					,5	,5	0	
	кщо не заважає в жодній фері -1 бал	,5	,5	,5	,5	,5			,5					,5	,5	0	
	<b>ФІНАЛ. РЕЗУЛЬТАТ ОЦІНКИ</b>	,5	,5	,5	,5	,5			,5					,5	,5	0	
	<b>РЕЗУЛЬТАТ ЗА MDS-16UA</b>	<b>6,3</b>	<b>7,5</b>	<b>0,7</b>	<b>3,2</b>	<b>8,1</b>	<b>5,7</b>	<b>6,3</b>	<b>6,9</b>	<b>1,3</b>	<b>1,9</b>	<b>3,8</b>	<b>3,8</b>	<b>9,4</b>	<b>1,9</b>	<b>8,8</b>	<b>0</b>

Примітка.

Знака слабо виражена (+0,5)	Знака наявна (+1)	Знака наявна (+2)
-----------------------------	-------------------	-------------------

## Гайд для проведення напівструктурованого інтерв'ю

Вітаю! Мене звуть Анна, я дослідниця теми дезадаптивної мрійливості в Україні. По-перше, я б хотіла подякувати Вам за те, що ви погодилися на це інтерв'ю. Основне питання (Big Q): **Розкажіть, будь ласка, про Ваш досвід надмірної мрійливості? Як це відбувається у вас?**

Серія додаткових (little q) питань:

1. Коли ви мрієте, чи є у вас якісь сценарії для мрій? Я маю на увазі певні теми або речі, які дуже часто зустрічаються у миті Вашого заглиблення у мрії.
2. Можете, будь ласка, поділитися вашим сценарієм? Яка/Який Ви в ньому?
3. Як Ви себе відчуваєте, коли мрієте?
4. Як Ви гадаєте, чи може бути таке, що в реальності вам не вистачає чогось про що Ви мрієте? Що б це могло бути?
5. Чи ви мрієте з закритими очима?
6. В який час доби прагнення до мріяння у Вас проявляються найбільше?
7. Підкажіть, будь ласка, скільки часу можуть займати у вас мріяння?
8. Чи є якісь речі, які можуть відволікати Вас від мріяння?
9. Як Ви ставитесь до переривання процесу мріяння?
10. А як щодо музики? Чи Ви прослуховуєте музику під час мріяння?
11. Які ситуації чи події, на Вашу думку, спричинюють у Вас потяг до мріяння?
12. Чи розказували Ви колись комусь, наприклад друзям, про те, що Ви надмірно мрієте? Як вони коментували це?
13. Як Ви себе відчуваєте, коли не вдається мріяти, але дуже хочеться?
14. Чи заважає Вам потяг до мріяння у Вашій щоденній діяльності?
15. Чи шукали Ви колись якісь матеріали щодо надмірного мріяння?

Ви відповіли на всі мої питання і я Вам дуже вдячна, що Ви поділились такими непростими переживаннями зі мною. Як я вже зазначала, Ваші відповіді на мої питання, хоч і можуть бути опубліковані у наукових роботах, зазначатимуться так, щоб вони не могли Вас ідентифікувати. Ваша

конфіденційність є моїм пріоритетом. Якщо у Вас з'являться якісь запитання, доповнення або зауваження щодо інтерв'ю або щодо теми нашої бесіди, обов'язково пишіть мені на електронну пошту.

*Додаткові питання, які сформулювались під час процесу інтерв'ювання:*

- 1а. Як часто у Вас відбувається мріання?
- 2а. Чи контролюєте Ви мріання?
- 3а. Чи плануєте Ви мріання?
- 4а. Як давно у Вас мріання?
- 5а. Як Ви візуалізуєте те, про що мрієте?
- 6а. Як Ви думаєте, теоретично, чому у Вас могло початись дезадаптивне мріання?
- 7а. Як Ви себе відчуваєте після мріання?
- 8а. Як Ви себе відчуваєте, якщо мрія вичерпала себе?
- 9а. Чи допомагає Вам заснути мріання перед сном?
- 10а. Розкажіть, будь ласка, трохи про Ваш досвід психотерапії.
- 11а. Чи є у Вас такі сюжети, які тривають довго, наприклад, тижнями, місяцями, роками?
- 12а. Чи змінилось якось Ваше мріання з початком повномасштабного вторгнення?
- 13а. Чи буває таке, що Ви жестикулюєте чи рухаєтесь під час мріання? Чи буває таке, що Ви говорите щось вголос?
- 14а. Чи може це бути як один із способів справлятися з певними переживаннями за день чи чимось таким?
- 15а. А Ви можете перемотувати сюжет назад?
  - Для респондентів із досвідом дисоціації: Розкажіть, будь ласка, більше про Ваш досвід дисоціації.

## Приклад кодування

## Тема «Сором і страх бути побаченими крізь призму власного мріяння»

ID	цитата	скорочена цитата	shortened in vivo code 1	shortened in vivo code 2	shortened in vivo code 3
P11	Такі якісь своєрідні активності за закритими дверима, скажімо так	своєрідні активності за закритими дверима	своєрідні активності за закритими дверима P11	x	x
P11	У мене було не зовсім, так можна сказати, що я зовсім нікому не розказувала. Я ділилася один раз із своїм на той момент терапевтом. Я записалась до психотерапевта. Але ми якось, я пам'ятаю, що тоді для того, щоб взагалі це проартикулювати, тому що з вами ми зустрілися саме говорити на цю тему одразу.	ділилася один раз із терапевтом. Але ми якось, я пам'ятаю, що тоді для того, щоб взагалі це проартикулювати, тому що з вами ми зустрілися саме говорити на цю тему одразу	ділилася з терапевтом P11	для того, щоб взагалі це проартикулювати P11	x
P11	А щоб проартикулювати їй те, що відбувається хоча б так в загальних рисах, я це собі виписала на листочок, буквально по фразах, і я їй читала. Мені здається, що вона не дуже мене зрозуміла, якщо чесно. Тому що я знаю, що цей феномен ще доволі мало вивчений. Я так і подумала, що я так їй розповіла, і вона вирішила, що ми повернемося до цієї розмови, можливо, пізніше, чи коли я буду більш спокійна до цього чи ще щось, або вона щось пошукає на цю тему, але ми так і не повернулися туди, тому... А я вже за другим разом починати це вже не мала сил	щоб проартикулювати їй те, що відбувається хоча б в загальних рисах, я це виписала на листочок, буквально по фразах, і я їй читала. здається, вона не дуже мене зрозуміла, якщо чесно. знаю, що цей феномен ще доволі мало вивчений. Я так і подумала, що я так їй розповіла, і вона вирішила, що ми повернемося до цієї розмови, можливо, пізніше, чи коли я буду більш спокійна до цього чи ще щось, або вона щось пошукає на цю тему, але ми так і не повернулися туди, тому... А я вже за другим разом починати це вже не мала сил	щоб проартикулювати їй те, що відбувається хоча б в загальних рисах, я це виписала на листочок по фразах, і їй читала P11	здається, вона [прихотерапевт ка] не дуже мене зрозуміла. знаю, що цей феномен ще доволі мало вивчений. Я так і подумала, що я так їй розповіла, і вона вирішила, що ми повернемося до цієї розмови, можливо пізніше, чи коли я буду більш спокійна до цього чи ще щось, або вона щось пошукає на цю тему P11	але ми так і не повернулися туди, тому... А я вже за другим разом починати це вже не мала сил P11
P11	Тобто я не думала, що "от якби я вам довіряла трішки більше, я б вам поділилася. Не!, я б і не ділилася".	я не думала, "от якби я вам довіряла трішки більше, я б вам поділилася. Не!, я б і не ділилася".	не думала, "якби я вам довіряла більше, я б поділилася. Не!, я б і не ділилася" P11	x	x
P9	Соромно через цю тему	Соромно через цю тему	соромно через цю тему P9	x	x
P9	Ой, яке широке питання. Добре. Насправді це така трошки ссс.. тема, щодо якої я можу соромитися, тому можна на це так трошки розповідати, але окей.	це така трошки .. тема, щодо якої я можу соромитися	це тема, щодо якої я можу соромитися P9	x	x

ID	цитата	скорочена цитата	shortened in vivo code 1	shortened in vivo code 2	shortened in vivo code 3
P4	Не говорили через сором? Так, так. Ще через це. Точно. Тому що мені казалось це якось інфантильно, не серйозно.	Так [через сором]. Ще через це. Точно. Тому що мені казалось це якось інфантильно, не серйозно.	[не говорила, бо соромно через мріяння] казалось це інфантильно, не серйозно P4	це інфантильно, не серйозно P4	x
P9	При тому, що в мене дуже приймаюче оточення, яке складається здебільшого теж з [професія], я все одно не наважилася типу про це прям розказать.	При тому, що в мене дуже приймаюче оточення, яке складається здебільшого теж з [професія], я все одно не наважилася про це прям розказать.	При тому, що в мене приймаюче оточення, все одно не наважилася про це розказать P9	x	x
P6	Хоча, насправді, перша асоціація, коли ви почали говорити, це я подумала, що мені було би соромно, наприклад, розказати про якісь свої... Ну, наприклад, про те, що я можу по декілька годин про щось думати, про якісь сценарії,	Хоча, насправді, перша асоціація, я подумала, що мені було би соромно розказати про якісь свої... наприклад, про те, що я можу по декілька годин про щось думати, про якісь сценарії	мені було би соромно розказати про якісь свої... наприклад, про те, що я можу по декілька годин про щось думати, про якісь сценарії P6	x	x
P24	Чи ви комусь розказували про те, що ви маєте мрійливість таку? Взагалі про мрійливість щось. Та ні, зараз б вже і соромно про це говорити, мені якось дорослою. Тим більше мені особа зараз і нікому це говорити. нерозуміння з чоловіком. Тобто він мене просто буде сміятися або скаже, "тю дурна", Ні, це особливо моє так. Можливо, якщо я соціалізуюся	Та ні [не розказувала про те, що маю мрійливість таку, взагалі про мрійливість щось], зараз б вже і соромно про це говорити, мені якось дорослою. Тим більше мені особа зараз і нікому це говорити. нерозуміння з чоловіком. Тобто він просто буде сміятися або скаже, "тю дурна", Ні, це особливо моє так. Можливо, якщо я соціалізуюся	Та ні [не розказувала], зараз б вже і соромно про це говорити, мені дорослою P24	мені зараз і нікому це говорити. нерозуміння з чоловіком. він просто буде сміятися або скаже, "тю, дурна" P24	Ні, це особливо моє так. Можливо, якщо я соціалізуюся P24
P10	Був один раз, бо мені, я подрузі, ну, про щось розказала таке, і вона мені сказала, що "оце займатися фігньою, типу немає чим тобі зайнятися". І мені тоді було, прям, дуже соромно. В якийсь момент я себе, прям, на цій думці зловила, що, типу, це якесь, там, ребячество. І нашо взагалі, як би, "як я змогла допустити себе до цього? От як?" А потім я якось, така, "блін, воно приносить мені задоволення. Чого ні?" І все, це таки, прям, один раз був	Був один раз, я подрузі про щось розказала таке, і вона сказала "оце займатися фігньою", "немає чим тобі зайнятися". І мені тоді було дуже соромно. В якийсь момент я себе на цій думці зловила, що це якесь, там, ребячество. І нашо взагалі, "як я змогла допустити себе до цього? От як?" А потім я якось, така, "воно приносить мені задоволення. Чого ні?" І все, один раз був	подрузі розказала, і вона сказала "оце займатися фігньою", "немає чим тобі зайнятися". мені тоді було дуже соромно P10	я себе на думці зловила, що це якесь ребячество. І нашо взагалі, "як я змогла допустити себе до цього? От як?" P10	воно [мріяння] приносить мені задоволення. Чого ні? P10
P12	Можливо, я не знаю, чи це нормально, що я його уявляю ні за своїм партнером. Але, ну, тіпа, в мене є... Так, ну, тіпо, знаєте, не прям, щоб... Я не можу сказати, знаєте, що, тіпа, от, ну, просто коли я кажу про мрію, в мене здається, знаєте, одночасно, що це чогось, чого я хочу досягти в якомусь плані.	я не знаю, чи це нормально, що я його уявляю ні за своїм партнером. Але, ну, тіпа, в мене є... Так, ну, тіпо, знаєте, не прям, щоб... Я не можу сказати, знаєте, що, тіпа, от, ну, просто коли я кажу про мрію, в мене здається, знаєте, одночасно, що це чогось, чого я хочу досягти в якомусь плані.	не знаю, чи це нормально, що я його уявляю ні за своїм партнером P12	x	x

ID	цитата	скорочена цитата	shortened in vivo code 1	shortened in vivo code 2	shortened in vivo code 3
P1	Але якщо це щось, що засноване на фантазіях..з того..ну з сюжетів, які вже існують, тобто шоу, книги або чимось ще, цим я не ділюся, бо це сприйметься як крінж..я не хочу (сміється)..мені там соромно..фанфікі я не пишу, ну..бо.. отак от вийшло, тому ...про це я не ділюся. Але якщо це прям оригінальний сюжет, тобто з моїми персонажами, яких я сама створила..і свій прям свій лорн, який я там теж придумала, тоді я цим ділюся і це людям дуже навіть подобається	Але якщо це щось, що засноване на фантазіях..з сюжетів, які вже існують, тобто шоу, книги або чимось ще, цим я не ділюся, бо це сприйметься як крінж..я не хочу (сміється)..мені соромно..фанфікі я не пишу	якщо це [мрії] засноване на фантазіях з сюжетів, які вже існують, я не ділюся, мені соромно P1	якщо це [мрії] з сюжетів, які вже існують, це сприйметься як крінж..я не хочу, мені соромно, фанфікі не пишу P1	x
P19	Не можу згадати, але і не сказала б, що я це приховую. Але про те, як я уявляла [бізнес], я розповідала, що мені в голову прийшло багато деталей таких, може це колись і реалізується, про це я розповідала. Це єдине, мабуть, що я розповідала, що можу згадати. Це, мабуть, просто було щось прикольне, чим можна поділитися. Тому, наприклад, розповісти комусь, що я про ту людину пофантазувала, що в нас буде двох дітей, собака, дім, і ми будемо жити в такому-то місці. Це трошечки дивно. То цим би я, мабуть, не ділилася. А от те, що не стосується особистого дуже, або якихось сценаріїв, які може бути соромно поділитися, або просто навіщо.	не сказала б, що я це приховую. Але про те, як я уявляла [бізнес] я розповідала, що мені в голову прийшло багато деталей, може це колись і реалізується, про це я розповідала. Це єдине, що я розповідала, що можу згадати. Це було щось прикольне, чим можна поділитися. Тому, наприклад, розповісти комусь, що я про ту людину пофантазувала, що в нас буде двох дітей, собака, дім, і ми будемо жити в такому-то місці. Це трошечки дивно. То цим би я, мабуть, не ділилася. А от те, що не стосується особистого дуже, або якихось сценаріїв, які може бути соромно поділитися, або просто навіщо.	не сказала б, що я це приховую. про те, як я уявляла [бізнес] я розповідала, що мені в голову прийшло багато деталей, може це колись і реалізується. Це єдине, що я розповідала. Це було щось прикольне, чим можна поділитися P19	розповісти, що я про людину пофантазувала, що в нас буде двох дітей, собака, дім, і ми будемо жити в такому-то місці. Це трошечки дивно. То цим би я, мабуть, не ділилася P19	те, що не стосується особистого дуже, або якихось сценаріїв, які може бути соромно поділитися, або просто навіщо. P19
P3	потім якось зрозуміла, що це [мріяння] не шкідлива ніяка ніби риса, але, от вже прямо коли б хтось помітив, що я ще якісь здійснюю рухи	потім якось зрозуміла, що це [мріяння] не шкідлива ніяка ніби риса, але, от вже прямо коли б хтось помітив, що я ще якісь здійснюю рухи	зрозуміла, що це [мріяння] не шкідлива ніби риса, але, от вже прямо коли б хтось помітив, що я ще якісь здійснюю рухи P3	x	x
P11	А після, мені навпаки, здавалося, що ну під страхом смерті я цього нікому не розкажу, тому що одразу мені викличуть швидку.	А після, мені навпаки, здавалося, що під страхом смерті я цього нікому не розкажу, тому що одразу мені викличуть швидку	здавалося, що під страхом смерті я цього нікому не розкажу, тому що одразу мені викличуть швидку P11	x	x

## Продовження Таблиці 2

рефлексії							
мріяння як діяльність, що потребує усамітнення P11	мріяння як соромницька активність P11	альтернативне позначення мріяння P11	мріяння як інтимна діяльність P11				
розказували психотерапевту P11	важкість розповісти про мріяння P11	потрібно було підготуватись до розмови про власне мріяння P11					

розповідь про мрійливість навіть у загальних рисах викликала страх P11	неможливість спонтанної розмови про мріяння P11	здавалось, що психотерапевтка не зрозуміла P11	сподівання, що психотерапевтка повернеться до теми мріяння P11	сподівання, що психотерапевтка пошукає інформацію щодо теми мріяння P11	розуміння, що дм ще недостатньо вивчене явище P11	недала спроба розмови про власне мріяння P11	неможливість розпочинати повторну спробу розмови про мрійливість P11	
вибір чи розказувати про свою мрійливість не залежить від рівня довіри P11	сором своєї мрійливості P11	страх розповісти про власну мрійливість P11						
соромно говорити про свою мрійливість P9	тема мріяння викликає сором P9							
соромно говорити про свою мрійливість P9								
сором щодо мріяння, бо це інфантильно P4	сприйняття мріяння як інфантильної діяльності P4	не розмовляли про мріяння, бо соромно через це P4						
навіть маючи приймаюче оточення не змогли розказати про те, що мріють P9	соромно розказати про власне мріяння, навіть якщо шанси на розуміння високі P9							
соромно б було розказати про витрати часу і створення сценаріїв для мріяння P6	соромно розказати про власне мріяння P6							
не розказувала нікому про свою мрійливість P24	якщо розповідь близькій людині, вона висміє мене і назве дурною P24	сподівання на те, що зможу поділитись цим, якщо з'являться близькі люди P24	можливо було б не так соромно, якби не дорослий вік P24	соромно розказати про власне мріяння P24	мріяння у дорослому віці викликає сором P24	немає, кому розказати про власне мріяння P24	мріяння є особистою справою P24	брак спілкування з іншими людьми P24
розуміння мріяння як процесу, який приносить задоволення, дозволило засуджень себе P10	зустріч із нерозумінням близькою людиною P10	сприйняття мріяння як інфантильної діяльності P10	засудження від близької людини P10	було соромно через засудження мріяння від іншої людини P10	засудження себе через мрійливість P10	мріяння приносить мені задоволення P10	було соромно через власне мріяння P10	
не знаю, чи нормально ТЕ, що я уявляю P12	сором через певні сценарії P12							
сором через певні сценарії P1	соромно було б розповісти про сценарії мрій, які засновані на існуючих сюжетах P1							

розповідали іншим про мріяння щодо бізнес ідей і планів P19	не поділилась би особистими мріями, бо це дивно P19	сором через певні сценарії P19	єдине, що розповідали іншим, стосувалось планів P19	нерозуміння, навіщо ділитись певними сценаріями P19					
змирились із власним мріянням, але соромлюсь рухів під час мріяння P3	не готова до того, що хтось побачить рухи під час мріяння P3								
якщо розповім про мріяння, то мене сприймуть хворою P11	страх розповісти про власну мрійливість P11								

## Продовження Таблиці 2

сміслові патерни	
розповіді про мріяння навіть у загальних рисах викликає страх і сором	розповіді про мріяння навіть у загальних рисах викликає страх і сором
сором через певні сценарії	сором через певні сценарії
навіть маючи приймаюче оточення не змогли розказати про те, що мріють	страх, що, якщо розкажуть про мріяння, то їх сприймуть хворими
вибір чи розказувати про свою мрійливість не залежить від рівня довіри	мріяння є особистою, інтимною справою
соромно б було розказати про витрати часу і створення сценаріїв для мріяння	сором і страх, що хтось побачить рухи під час мріяння
не розказували нікому про свою мрійливість	соромно розказати про власне мріяння, навіть якщо шанси на розуміння високі
страх, що, якщо розкажуть про мріяння, то їх сприймуть хворими	засудження мріяння і сором від близької людини
мріяння є особистою, інтимною справою	
сором і страх, що хтось побачить рухи під час мріяння	
соромно розказати про власне мріяння, навіть якщо шанси на розуміння високі	
засудження мріяння і сором від близької людини	
не розмовляли про мріяння, бо соромно через це	
важкість розповісти про мріяння	
неможливість спонтанної розмови про мріяння	
не готова до того, що хтось побачить рухи під час мріяння	