

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

**ДЕЗАДАПТИВНА МРІЙЛИВІСТЬ: АДАПТАЦІЯ ТА ВАЛІДАЦІЯ  
ОПИТУВАЛЬНИКА MDS-16 НА УКРАЇНСЬКИЙ ВИБІРЦІ**

*Кваліфікаційна робота*

Студентки 2 року ОР Магістр  
(спеціальність 053 «Психологія»,  
освітня програма «Клінічна психологія з  
основами психотерапії»)

Балашевич Олександри Костянтинівни

**Науковий керівник:**

Докторка філософії у галузі психології (PhD),  
асистентка кафедри психодіагностики та клінічної психології,

Молотокас Антоніна Андріївна

Роботу рекомендовано до захисту на ЕК №\_

Протокол №\_\_\_ від\_\_\_\_\_ року з

авідувачка кафедри психодіагностики та клінічної психології

\_\_\_\_\_ Людмила КРУПЕЛЬНИЦЬКА

Київ – 2025

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП.....</b>	<b>4</b>
<b>РОДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕЗАДАПТИВНОЇ МРІЙЛИВОСТІ .....</b>	<b>9</b>
1.1. Явище дезадаптивної мрійливості (ДМ) .....	9
1.2. Диференційна діагностика та коморбідність з іншими розладами .....	19
1.3. Вплив на якість життя та можливі шляхи регулювання .....	31
<b>Висновок до розділу 1 .....</b>	<b>37</b>
<b>РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ПРОЦЕДУРА ПРОВЕДЕННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.....</b>	<b>39</b>
2.1. Емпірична модель дослідження .....	39
2.2. Методологія дослідження .....	46
2.3. Опис вибірки.....	49
2.4. Дизайн дослідження.....	53
<b>Висновок до розділу 2 .....</b>	<b>56</b>
<b>РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ АДАПТАЦІЇ ТА ВАЛІДАЦІЯ ОПИТУВАЛЬНИКА MDS-16 НА УКРАЇНСЬКИЙ ВИБІРЦІ.....</b>	<b>57</b>
3.1. Аналіз внутрішньо узгодженості адаптованої методики.....	57
3.2. Дослідження латентної структури адаптованого опитувальника та оцінка конструкційної валідності інструменту .....	62
3.3. Дослідження конвергентної та дискримінантної валідності опитувальника, а також ретестової надійності .....	72
3.4. Точка відсічі та стандартизація результатів опитувальника .....	76
3.5. Інтерпретація та обговорення результатів.....	79
<b>Висновок до розділу 3 .....</b>	<b>84</b>
<b>ВИСНОВКИ .....</b>	<b>87</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....</b>	<b>90</b>
<b>ДОДАТКИ.....</b>	<b>103</b>

## Публікації за темою магістерської роботи

### Статті:

Балашевич, О., Гарагуля, А., & Молотокас, А. (2025). Деадаптивна мрійливість: диференційна діагностика та коморбідність з іншими психічними розладами. *Перспективи та інновації науки*, 50(4), 1232–1245. Наукові перспективи.

Balashkevych, O., Harahulia, A., Molotokas, A., Bayer, A., & Kurapov, O. (2024). Adaptation and psychometric evaluation of the maladaptive daydreaming scale (MDS-16) on Ukrainian sample: A pilot study. *Перспективи та інновації науки*, 6(40), 609–629. Наукові перспективи.

Балашевич, О., & Молотокас, А. (2024). Порівняльний аналіз деадаптивної мрійливості та інших форм уяви. *Габітус*, 57, 327–331.

### Конференції

Балашевич, О., & Гарагуля, А. (2025). Дослідження деадаптивної мрійливості в Україні: оцінка психометричних властивостей шкали MDS-16 на українській вибірці. Матеріали конференції *Війна, мир, людина: сучасний погляд та переосмислення* (неопубліковані тези)

Балашевич, О., & Гарагуля, А. (2025). Адаптація психометрична оцінка опитувальника MDS-16 українською мовою. Доповідь на конференції *Сучасна психометрика: теорія, практика та перспективи розвитку* (неопубліковані тези)

## ВСТУП

**Актуальність.** Мрійливість – це природний стан, властивий кожній людині. Вона проявляється у зміщенні уваги від зовнішніх завдань чи об’єктів до внутрішніх думок, фантазій і реакцій. У більшості випадків мріяння має позитивний вплив, сприяючи адаптації до життєвих ситуацій, розвитку уяви, плануванню та рефлексії. Проте інколи мріяння може набути надмірного, неконтрольованого характеру, що перетворюється на спосіб уникнення реальності. У таких випадках мрійливість починає заважати людині виконувати повсякденні обов’язки, взаємодіяти з іншими та досягати своїх життєвих цілей. Такий стан називають дезадаптивною мрійливістю.

Термін “дезадаптивна мрійливість” (ДМ) був уперше введений професором Елі Сомером у 2002 році, що стало початком систематичного дослідження цього явища. ДМ характеризується інтенсивними і деталізованими уявними сценаріями, які часто супроводжуються стереотипними рухами чи звуками. Люди, які перебувають в цьому стані, чітко розрізняють фантазії і реальність, але водночас відчують залежність від мріянь, що викликає в них дискомфорт.

Дослідження ДМ активно розвиваються у світовій психологічній спільноті. Шкала дезадаптивної мрійливості (MDS-16) була адаптована та валідизована у багатьох мовах, що свідчить про її придатність для використання у різних культурних контекстах.

Італійська версія шкали була успішно валідизована, продемонструвавши високу внутрішню надійність та двофакторну структуру, що охоплює аспекти впливу на повсякденне життя та сенсорно-моторну ізоляцію. Дослідження виявило зв’язок між ДМ, загальною психопатологією, травматичними переживаннями та дезадаптивними рисами особистості (Schimmenti et al., 2020).

У єврейській вибірці (версія MDS-H) було підтверджено очікувану трьохфакторну структуру шкали, а також відзначено її високі психометричні властивості. Шкала виявила зв’язок із дисоціацією, obsесивно-компульсивною

поведінкою та симптомами розладу дефіциту уваги з гіперактивністю (Jopp et al., 2019).

Угорська адаптація (MDS-16-HU) продемонструвала високий рівень надійності та конвергентної валідності. У дослідженні наголошувалося на ролі дитячих травм у формуванні ДМ (Sándor et al., 2020).

Арабська версія (MDS-16-AR) була валідизована у вибірці, що включала представників кількох арабських країн. Результати підтвердили її високу психометричну якість (Abu-Raya et al., 2019).

Польська версія (PMDS-16) та її коротка форма (PMDS-5) також були успішно адаптовані. Коротка версія продемонструвала вищу чутливість для скринінгу ДМ, зберігаючи при цьому хороші психометричні характеристики (Pietkiewicz et al., 2023).

Дослідження за участю респондентів із США, Італії, Туреччини та Великої Британії виявило, що хоча чотирифакторна структура MDS-16 зберігається у різних культурах, психологічне значення деяких факторів може змінюватися залежно від культурного контексту (Soffer-Dudek et al., 2021).

Проте в Україні це явище залишається практично невивченим, а вітчизняні фахівці не мають доступу до валідованих інструментів для його оцінки. Відсутність таких методик створює значний бар'єр для розуміння проблеми в національному контексті. Саме тому адаптація Опитувальника дезадаптивної мрійливості (MDS-16) для української популяції є надзвичайно актуальною.

**Мета.** Метою цього дослідження є адаптація шкали дезадаптивної мрійливості (MDS-16) для української популяції та оцінка її психометричних властивостей, включно з надійністю, факторною структурою та валідністю.

**Завдання дослідження:**

- 1) Провести аналіз наукової літератури для поглиблення розуміння феномену ДМ, її характеристик, проявів та існуючих методів оцінки.
- 2) Адаптувати шкалу дезадаптивної мрійливості (MDS-16) для української популяції, враховуючи мовні та культурні особливості.

3) Оцінити психометричні властивості шкали MDS-16, зокрема надійність (внутрішня узгодженість), факторну структуру, валідність (конвергентну та дискримінантну).

**Об'єктом** дослідження є дезадаптивна мрійливість.

**Предмет дослідження** – адаптація та психометрична оцінка опитувальника дезадаптивної мрійливості (MDS-16) на українській вибірці.

**Методи.** Для досягнення мети та виконання завдань дослідження було використано комплекс наукових методів:

1. **Теоретичні методи.** Аналіз і узагальнення наукової літератури для визначення поняття ДМ, теоретичного обґрунтування її психологічних характеристик, порівняльний аналіз для зіставлення характеристик ДМ в контексті існуючих концепцій.

2. **Методологічні засади** розробки адаптаційного алгоритму для перекладу, адаптації та перевірки валідності шкали MDS-16 з урахуванням культурно-лінгвістичних особливостей української вибірки.

3. **Емпіричні методи:** анкетування для збору соціально-демографічних даних респондентів, шкала дезадаптивної мрійливості (MDS-16), 9-пунктовий Опитувальник здоров'я пацієнта (PHQ-9; Чабан, 2021) – для оцінки рівня депресії, 7-пунктовий Опитувальник генералізованого тривожного розладу (GAD-7; Pfizer, 2023) – для визначення симптомів тривожності, 17-пунктовий Опитувальник соціальних фобій (SPIN; Connor та ін., 2000; перекладено Українським інститутом когнітивно-поведінкової терапії, 2012) – для оцінки симптомів соціальної тривожності, 18-пунктова Шкала самозвіту дорослих із РДУГ (ASRS; Kessler та ін., 2005) – для оцінки проявів розладу дефіциту уваги з гіперактивністю, 20-пунктовий чекліст посттравматичного стресового розладу відповідно до DSM-5 (PCL-5; адаптовано Кульбабою, 2022) – для оцінки симптомів посттравматичного стресового розладу, 4-пунктова Шкала сприйняття стресу (PSS-4; адаптовано Вельдбрехт, 2022) – для оцінки рівня стресу.

**4. Математико-статистичні методи:** загальна описова статистика, аналіз надійності (внутрішньої узгодженості) – коефіцієнта  $\alpha$  Кронбаха, експлораторний та конфірматорний факторні аналізи для визначення факторної структури шкали та перевірки теоретичної моделі шкали, кореляційний аналіз для оцінки конвергентної та дискримінантної валідності шкали, а також для перевірки тест-ретест надійності. Для визначення оптимального порогового значення (cut-off point) шкали дезадаптивної мрійливості (MDS-16), яке дозволяє класифікувати осіб як таких, що мають ДМ, і тих, у кого її немає, було проведено ROC-аналіз,  $\chi^2$  Пірсона було обраховано для додаткової перевірки порогового значення.

**Дослідницька вибірка.** Дослідження було проведено у дві фази із залученням 645 учасників на першому етапі. Після застосування критеріїв включення, таких як досягнення повноліття, надання інформованої згоди та відсутність психіатричних діагнозів, остаточною вибіркою першого етапу становила 591 учасника (середній вік 30.9 років).

Другий етап (повторне тестування для оцінки надійності) включав 139 учасників (середній вік 34.3 роки). У більшості досліджуваних на обох етапах були жінки (81.6% на першому етапі та 86.3% на другому).

**Наукова новизна.** Вперше в Україні здійснено повноцінну психометричну адаптацію опитувальника дезадаптивної мрійливості MDS-16 на великій репрезентативній вибірці. Було емпірично підтверджено надійність української версії шкали, зокрема її високу внутрішню узгодженість, ретестову стабільність протягом тримісячного інтервалу, а також її конструкційну валідність. Уперше в українських умовах було встановлено конвергентну валідність MDS-16 шляхом кореляційного аналізу з показниками депресії, тривоги, соціальної тривожності, РДУГ, ПТСР та сприйнятого стресу. Проведений ROC-аналіз дозволив обґрунтувати точку відсічі для скринінгового виявлення ДМ в українській популяції.

**Практичне значення.** Результати дослідження мають важливе практичне значення для психологів, психотерапевтів та дослідників.

Адаптована шкала MDS-16 може бути використана для діагностики ДМ в клінічній практиці, у наукових дослідженнях, спрямованих на вивчення феномену ДМ, а також для розробки та оцінки ефективності психологічних інтервенцій, спрямованих на подолання проблем, пов'язаних із ДМ.

**Достовірність і обґрунтованість результатів.** Достовірність і обґрунтованість результатів дослідження забезпечуються кількома ключовими факторами. По-перше, у дослідженні була використана велика вибірка (591 учасник на першому етапі та 139 учасників на етапі ретестування), що підвищує статистичну значущість отриманих даних. По-друге, адаптація шкали дезадаптивної мрійливості (MDS-16) проводилася з дотриманням стандартів, включаючи процедуру перекладу та зворотного перекладу, що забезпечує її відповідність українському культурному контексту. По-третє, було проведено пілотажне дослідження, яке дозволило уточнити формулювання запитань та перевірити початкову валідність шкали. По-четверте, проведено ретестову перевірку надійності через три місяці, що підтвердило стабільність отриманих результатів і високу надійність адаптованої шкали.

**Структура та обсяг роботи.** Кваліфікаційна робота включає вступ, три основні розділи з висновками до кожного з них, загальні висновки, список використаних джерел, що охоплює 123 позиції (з яких 118 – іноземними мовами), а також один додаток. У дослідженні представлено 5 таблиць та 11 графічних ілюстрацій. Основний зміст розміщено на 87 сторінках, загальний обсяг роботи становить 103 сторінки.

## РОЗДІЛ І

### ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕЗАДАПТИВНОЇ МРІЙЛИВОСТІ

#### 1.1. Явище дезадаптивної мрійливості (ДМ)

Явище дезадаптивної мрійливості (ДМ) привертає значну увагу в сучасній психології, особливо у межах патопсихології. Цей феномен визначається як нав'язливе, надмірне фантазування, що суттєво ускладнює повсякденне життя людини. ДМ проявляється не лише у глибокому зануренні у вигадані сценарії, але й супроводжується такими особливостями, як блукання думок, уповільнений когнітивний темп, схильність до усвідомлених мрій та аутистична спрямованість фантазійного контенту. Від традиційного фантазування ДМ відрізняє адиктивний і компульсивний характер, а також виражена сенсорно-моторна активність під час мрійливості. Цей стан часто супроводжується негативними психологічними проявами – зокрема, ангедонією, тривожністю та депресивними симптомами. ДМ виконує захисну та компенсаторну функції, допомагаючи людині тимчасово дистанціюватися від реальності. Фантазування у цьому випадку слугує механізмом дисоціації, відволікання, емоційної підтримки, переживання травматичного досвіду та самозаспокоєння. Тематика фантазій у людей з ДМ надзвичайно варіативна, і кожен сюжет відображає специфіку психічного стану та потреб особистості. Крім того, феномен ДМ має чітко виражене нейробіологічне підґрунтя, що підкреслює необхідність його глибокого вивчення у контексті психіатрії, патопсихології та загальної психології.

Поняття ДМ отримало чітке окреслення у сучасних наукових дослідженнях. Його визначають як надмірне, яскраве і нав'язливе фантазування, що суттєво перешкоджає повсякденному функціонуванню людини (Schimmenti et al., 2019; Somer, 2002; Somer et al., 2016a; Somer et al., 2016b; Thornburn, 2022). Характерною рисою ДМ є глибоке залучення до створюваних уявних сценаріїв, у межах яких особа переживає відчуття активної участі та отримує суб'єктивне

відчуття винагороди (Somers et al., 2016b). На відміну від звичайного фантазування, ДМ справляє деструктивний вплив на якість життя, формуючи ілюзорну альтернативу соціальним контактам (Somers, 2002) та перетворюючись на звичку, яка поглинає значний час, але не сприяє реальним змінам у житті (Somers et al., 2016b). Таким чином, ДМ – це форма патологічного фантазування, що поєднує надмірність, яскравість образів, глибоку залученість особистості та виражену дезадаптивність, яка ускладнює повсякденне функціонування.

ДМ проявляється у внутрішньому світі людини не лише через активне фантазування. Існує цілий спектр супутніх проявів, серед яких чільне місце займають блукаючі думки – спонтанні, не пов'язані з виконуваним завданням ментальні відхилення, що відволікають увагу і заважають зосередженню (Schimmenti et al., 2019; Fox & Beatty, 2019). Для осіб із ДМ також характерне дисоціативне поглинання, що виявляється в глибокій зануреності у внутрішні фантазії або зовнішній уявний контент (наприклад, художню літературу чи фільми) до такої міри, коли зовнішня реальність майже повністю ігнорується, а рівень самосвідомості знижується (Schimmenti et al., 2019; Soffer-Dudek, 2019).

До інших характерних симптомів належать загальна схильність до фантазування та уповільнений когнітивний темп – стан, що супроводжується уповільненим мисленням і поведінкою, розсіяністю уваги й зануренням у власні думки (Schimmenti et al., 2019; Kofler et al., 2019). Крім того, у людей із ДМ нерідко спостерігаються усвідомлені сновидіння, під час яких особа розуміє, що перебуває у сні (Schimmenti et al., 2019; Baird et al., 2019). Ще одним із проявів є аутистичні фантазії – захисні уявні конструкції, покликані пом'якшити вплив зовнішніх стресових чинників (Schimmenti et al., 2019; Wannenburg & van Niekerk, 2019). Таким чином, хоча центральним проявом ДМ залишається саме патологічне фантазування, цей феномен включає ширший комплекс психічних особливостей, що поглиблюють його дезадаптивний характер і формують складний симптоматичний профіль.

Однією з ключових характеристик ДМ є відчуття неконтрольованості власних фантазій та залежності від них. Адиктивна природа цього явища

виявляється у вираженій тязі до фантазування, що виникає внаслідок отримання внутрішнього досвіду, який сприймається як винагороджувальний, особливо якщо реальність не забезпечує аналогічного емоційного задоволення. Саме ця суб'єктивна винагорода формує прагнення знову зануритися у процес фантазування (Somer & Herscu, 2017). У дослідженні Sharma та Mahapatra (2021) описані випадки ДМ, які переконливо демонструють її природу як поведінкової залежності. Відтак, розглядати ДМ поза контекстом залежності від активного фантазування неможливо.

Водночас ДМ має виражений obsесивний компонент. Важливою причиною психологічного дистресу для осіб із ДМ стає нездатність контролювати тривалість фантазування та інтенсивність потреби до нього. Такі нав'язливі прагнення можуть відігравати роль своєрідної спроби відновити ілюзорне відчуття контролю над власним життям і переживаннями (Salomon-Small et al., 2021). Таким чином, для ДМ типові як адиктивність, так і втрата контролю над виникненням та перебігом цього психічного процесу.

У контексті ДМ фантазії не лише характеризуються глибоким зануренням, а й супроводжуються виразними емоційними реакціями. Як показало дослідження Bigelsen et al. (2016), у якому порівнювали досвід фантазування у людей з ДМ та без нього, багато учасників із ДМ повідомляли, що їхні фантазії настільки інтенсивні, що викликають сльози або сміх. Цей факт підкреслює емоційну насиченість фантазійного досвіду та високий ступінь залученості. Здатність мрійників відчувати себе повністю присутніми у вигаданому світі, створеному власною уявою, значною мірою пояснює глибоке захоплення фантазіями. Така інтенсивність переживання може також пояснити, чому фантазії нерідко стають заміником реальної соціальної взаємодії (Somer & Herscu, 2017). Відтак, при оцінці наявності ДМ важливо враховувати не лише ступінь когнітивного занурення у фантазії, а й емоційний відгук, який вони викликають.

Ще однією характерною ознакою ДМ є сенсорно-моторна активність, що супроводжує фантазування. Під час епізодів мрійливості люди часто

відтворюють рухи, темп яких узгоджується зі змістом фантазій, можуть вимовляти репліки персонажів або слухати музику для підтримання емоційного занурення (Schimmenti et al., 2020). Як свідчать спостереження, стереотипні рухи зазвичай з'являються у стані спокою або нудьги, ймовірно, як спроба компенсувати нестачу когнітивної стимуляції. Занурення у насичені уявні сценарії посилює таку стимуляцію, а відповідні моторні реакції допомагають підтримувати концентрацію та створюють додатковий сенсорний ефект (Robinson et al., 2014).

Варто зауважити, що деякі з цих рухів є мимовільними, тоді як інші виконуються свідомо й використовуються для посилення концентрації або досягнення стану самонавіювання. Відтворюючи рухи персонажів власних фантазій, людина поглиблює відчуття присутності у вигаданому світі (Somer, 2023). Таким чином, сенсорно-моторна активність є невід'ємною складовою епізодів дезадаптивного фантазування, посилюючи темп і глибину занурення у фантазійний досвід і відображаючи його зміст.

Усі наведені вище характеристики можна розглядати як позитивні симптоми ДМ, однак цьому феномену також притаманні численні негативні прояви. Зокрема, підвищений рівень ДМ корелює з більш вираженими ознаками депресії, тривоги та загального емоційного дистресу (Soffer-Dudek & Somer, 2018). Для кількісної оцінки дезадаптивного фантазування Somer та співавт. (2016) розробили Шкалу дезадаптивної мрійливості (MDS), результати застосування якої підтверджують зв'язок ДМ із більш високими показниками дефіциту уваги, obsесивно-компульсивної симптоматики та дисоціативних проявів (Bigelsen et al., 2016). Крім того, для людей із ДМ характерні соматизація, підвищена міжособистісна чутливість і тенденція до пригнічення емоційної експресії (Chirico et al., 2022). Через недостатню когнітивну гнучкість їм важко ефективно регулювати психопатологічні симптоми й стримувати неадаптивні поведінкові патерни (Salomon-Small et al., 2021). Таким чином, ДМ охоплює не лише адиктивне фантазування, блукання думок та інші позитивні симптоми, але й супроводжується широким спектром негативних проявів, серед

яких тривожність, депресивні стани та знижена здатність до емоційної саморегуляції.

Однією з важливих характеристик ДМ є її дисоціативна природа, що вказує на захисну функцію цього феномену для психіки. У межах емоційної регуляції дисоціацію можна розглядати як базовий нейропсихологічний механізм, який через уникнення як зовнішньої, так і внутрішньої реальності сприяє надмірній модуляції емоційних станів (Cavicchioli et al., 2021). У стані дисоціації людина може переживати порушення цілісного сприйняття себе: її думки, почуття, спогади або відчуття ідентичності можуть здаватися фрагментованими або відокремленими від «Я». Це порушення зв'язку між різними аспектами свідомості та самосвідомості нерідко виникає внаслідок психологічної травми (Nijenhuis, 2019).

Дисоціація може проявлятися у різних формах, зокрема як амнезія (втрата пам'яті про значущі особисті події), дереалізація (сприйняття навколишнього світу як спотвореного або нереального), деперсоналізація (відчуття відстороненості від власного тіла чи емоцій) та зміна ідентичності (формування альтернативних ідентичностей або відчуження від власного «Я») (van Heugten-van der Kloet & Lynn, 2020). Такі симптоми часто спостерігаються у людей з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), що підтверджується численними дослідженнями взаємозв'язку між дисоціацією та ПТСР (Beutler et al., 2022). У межах функціонального аналізу дисоціації виокремлюють три ключові процеси, які відображають різні рівні дезінтеграції досвіду: по-перше, поділ уваги між кількома потоками свідомості; по-друге, розмежування інформаційного та емоційного компонентів досвіду; по-третє, зміна ідентичності або встановлення психологічної дистанції від себе. Цей останній процес, ймовірно, є результатом розвитку двох попередніх і свідчить про вищий рівень дезорганізації самосприйняття (Putnam, 1997). У цьому контексті активне фантазування виступає як засіб дистанціювання від реальності або від травматичних переживань. Воно створює внутрішній простір, де особа може уникнути болісних емоцій чи зовнішніх загроз, що надає фантазіям тимчасовий

компенсаторний ефект (Soffer-Dudek & Somer, 2022). Таким чином, ДМ виконує психологічну функцію захисту та регуляції через механізми дисоціації, хоч і ціною дезадаптації до реального середовища.

ДМ може виконувати й інші психологічні функції, зокрема створювати ілюзію досягнення бажаного. Активне фантазування про реалізацію власних потреб і прагнень часто сприймається як винагороджувальний досвід. Сюжети таких фантазій нерідко мають нарцисичне забарвлення: образи власної ідеальності, переваги над іншими, влади чи помсти зазвичай формуються як відповідь на фрустрацію реальних бажань і слугують механізмом їх компенсації (Brenner et al., 2022). До цієї ж групи належать фантазії про популярність і визнання, у яких домінує мотив отримання схвалення та захоплення з боку інших (Bigelsen et al., 2016). Деякі сценарії включають героїчні мотиви: втечу з полону, порятунок інших або демонстрацію сексуальної привабливості та досвідченості (Somer, 2002). Водночас ДМ може виступати як засіб компенсації потреби у соціальній взаємодії (Somer, 2004). Люди, які страждають від страху самотності, сепарації або тривожності у міжособистісних стосунках, схильні витратити значну частину часу на уявні сценарії, у яких переживають близькість, комфорт і стабільність у стосунках (Brenner et al., 2022). Для таких осіб також характерні тривожний або уникаючий стилі прив'язаності, а активне фантазування про близькість може слугувати спробою впоратися з болісними почуттями відторгнення чи покинутості (Mariani et al., 2021). Отже, ДМ виконує функцію психологічного захисту, створюючи ілюзію досягнення нереалізованих бажань і знижуючи рівень фрустрації у ситуаціях, коли бажане недосяжне в реальності.

ДМ може виконувати функцію психологічного захисту, допомагаючи людині впоратися з наслідками травматичного досвіду або відволіктися від нього. Активне фантазування часто слугує засобом зменшення емоційного болю й відволікання уваги від болісних спогадів, особливо серед осіб, які пережили фізичне чи емоційне насильство, нехтування або комплексне поєднання цих травм у дитячому віці. Такі люди нерідко створюють у своїй уяві ідеалізовані

образи сім'ї, в яких сюжетна лінія нерозривно пов'язана з темами емоційного болю або травматичних подій (Somer et al., 2021). ДМ також поширене серед осіб, які перебувають на етапі одужання від залежності до психоактивних речовин і мають в анамнезі дитячу психологічну травму. У таких випадках ДМ може стати своєрідною формою замісної залежності: після припинення вживання речовин людина переключається на залежність від фантазування. Більше того, схильність до інтенсивних фантазій частково опосередковує зв'язок між пережитою емоційною занедбаністю в дитинстві та розвитком дисоціативної симптоматики (Somer et al., 2019). Зв'язок між травматичними подіями та ДМ може бути опосередкований різними захисними стилями особистості – від незрілих до більш адаптивних. Незрілі та психотичні захисти характеризуються спотвореним сприйняттям реальності або інтенсивними негативними емоціями; до них належать, зокрема, розігрування, дисоціація, проекція, знецінення, ідеалізація, розщеплення, пасивна агресія, заперечення та аутистичні фантазії. Зрілі захисні механізми, навпаки, сприяють кращому когнітивному розумінню власних почуттів і реакцій, підвищуючи рівень психологічного благополуччя – серед них виділяють гумор, сублимацію, альтруїзм і свідоме придушення імпульсів. Невротичні захисти мають на меті не допустити проникнення тривожних почуттів і думок до свідомості, і включають інтелектуалізацію, ізоляцію афекту, витіснення, раціоналізацію та соматизацію (Musetti et al., 2022). Таким чином, у контексті пережитої психологічної травми ДМ може виконувати роль неусвідомленої захисної стратегії, що допомагає змінити сприйняття дійсності та тимчасово пом'якшити вплив болісних переживань.

Іншою важливою функцією ДМ є відволікання, розвага та спроба покращити емоційний стан. За допомогою ДМ люди прагнуть уникнути не лише болісних спогадів, а й загалом неприємної для них реальності. Але така втеча забезпечує лише короткострокове полегшення, за яким неминуче настають негативні переживання (Wen et al., 2022). ДМ також виконує розважальну функцію та слугує засобом покращення настрою. Особи з ДМ часто створюють

складні, внутрішньо логічні й деталізовані уявні світи з розгорнутими сюжетами та персонажами. Такі сценарії забезпечують яскраву внутрішню стимуляцію і слугують ефективним способом психологічного відволікання (Somer et al., 2016a). ДМ зазвичай містить вигаданих персонажів і складні сюжетні лінії, що розгортаються у різних часових вимірах або у межах певних жанрів, як-от наукова фантастика чи анімаційні історії (Bigelsen et al., 2016). Такий тип ДМ особливо привабливий через свою вигадливість і розважальний характер, що водночас ускладнює контроль над його виникненням і перебігом.

Крім вищезгаданого, ДМ виконує функції розради, компенсації дефіциту спілкування, покращення настрою та психологічного відсторонення від стресових або болісних переживань (Somer, 2004). У цьому сенсі ДМ стає інструментом емоційної регуляції та самостійного забезпечення внутрішньої розваги, хоча такий спосіб регуляції супроводжується зниженням контролю над процесом ДМ (Somer et al., 2019). Як зазначають Somer та співавт. (2021), зв'язок між ДМ як засобом відволікання від травматичних спогадів та пережитою в дитинстві травмою особливо помітний у виборі тематики та образів, що відображають характер травматичного досвіду. Хоча занурення у ДМ може тимчасово покращувати емоційну регуляцію, розвивати емпатію та стимулювати креативність, його неадаптивні риси пов'язані з підвищеною афективною чутливістю, обмеженими навичками емоційної регуляції та нижчою ефективністю творчої діяльності (West & Somer, 2020). Отже, ДМ виконує цілу низку функцій, серед яких – поліпшення настрою, відволікання від травматичних переживань і створення розважального внутрішнього простору.

Тематика ДМ є надзвичайно різноманітною, і кожен її варіант по-різному впливає на емоційний стан людини та її повсякденне функціонування. ДМ, що зосереджується на плануванні та повторному програванні в уяві певних життєвих ситуацій, асоціюється з підвищенням позитивних емоцій після таких епізодів, оскільки може сприяти формуванню рішень і розв'язанню завдань, пов'язаних із досягненням конкретних цілей. Сюжети, побудовані навколо виконання бажань або створені для боротьби з нудьгою, здебільшого теж

позитивно впливають на настрій, радше підвищуючи його, ніж погіршуючи. Найвиразніше зростання позитивних емоцій під час ДМ спостерігається у випадках, коли її темами є пошук кохання, досягнення успіху, здобуття визнання або ідеалізоване «Я». Такі фантазії уособлюють уявлення про бажане майбутнє й створюють відчуття сили, натхнення та перспективи, що може стимулювати людину до реальних дій у напрямку реалізації цих образів. Натомість тематика «переписування минулого» часто супроводжується посиленням негативних емоцій, оскільки спроба змінити незворотні події, хоч і створює тимчасову ілюзію контролю, є по суті нереалістичною і триває лише протягом самого епізоду ДМ (Wen et al., 2022; Балашевич & Молотокас, 2024). Особи з ДМ нерідко конструюють складні, нереалістичні сценарії – від похмурих антиутопій до казкових всесвітів. Такі сюжети дарують відчуття пригод і новизни, даючи можливість тимчасово відірватися від буденності. Деякі люди з ДМ зосереджують свої уявні сценарії на супергеройських образах або сюжетах із надлюдськими здібностями, рятуванням світу чи відшкодуванням заподіяної шкоди. Такі теми створюють емоційно насичене відчуття всемогутності та героїзму (Somer et al., 2016b). Отже, тематика ДМ охоплює широкий спектр сюжетів, кожен з яких має специфічний вплив на емоційний стан і психологічне самопочуття людини, варіюючи від натхнення та позитивної стимуляції до посилення негативних емоцій залежно від змісту уявних сценаріїв.

Особливої уваги заслуговує тематика агресії в межах ДМ. Для деяких людей агресивні сюжети можуть слугувати способом опрацювання або вивільнення інтенсивних емоцій, таких як стрес, гнів чи розчарування, у безпечному й контрольованому внутрішньому середовищі (Somer, 2002). Ще однією можливою причиною агресивної спрямованості ДМ є спроба компенсувати відчуття безпорадності у реальному житті. У своїх уявних сценаріях людина може бачити себе сильною, незламною або здатною до помсти, що створює ілюзію відновлення контролю. На формування агресивних сюжетів у ДМ може також впливати споживання медіаконтенту з

насильницькими або агресивними елементами – наприклад, відеоігор, художньої літератури або фільмів. За певних умов такий контент спричиняє десенсібілізацію, підвищуючи ймовірність того, що мотиви насильства інтегруються у ДМ, навіть якщо людина на рівні переконань не підтримує насильство в реальному житті (Somer et al., 2016b). Узагальнюючи, можна зазначити, що агресивність у сюжетах ДМ має радше символічний, ніж буквальний характер, і часто відображає психологічні потреби особистості, а не її реальні наміри.

Нейробіологічні аспекти ДМ наразі залишаються недостатньо дослідженими. Водночас окремі наукові роботи, присвячені суміжним феноменам, дозволяють окреслити можливі механізми мозкової діяльності, залучені до формування ДМ. Наприклад, дослідження вказують на роль лімбічної системи та кортиколімбічних дисфункцій у розвитку деперсоналізації – дисоціативного симптому, який часто супроводжує ДМ (Sierra & Berrios, 1998). Іншим поширеним симптомом ДМ є ангедонія, яка пов'язана з порушенням роботи системи мозкової винагороди (Kibitov & Mazo, 2022). Окрім того, дослідження нейробіології фантазій та шизофренії демонструють спільні риси, зокрема порушення реактивності та дисфункцію дорсолатеральної префронтальної кори (Skrzypińska & Szmigielska, 2013). Таким чином, хоча сучасна література ще не пропонує повної нейробіологічної моделі ДМ, наявні дані свідчать про залученість структур, відповідальних за емоційну регуляцію, переживання винагороди та контроль над когнітивними процесами. Подальші дослідження, орієнтовані безпосередньо на ДМ, є необхідними для глибшого розуміння її нейробіологічних основ. Дослідження явища ДМ в межах психології, зокрема патопсихології, становить велику значимість.

ДМ – це форма активного фантазування, що вирізняється надмірною інтенсивністю, виразною образністю, глибокою залученістю особистості та дезадаптивним впливом на її повсякденне життя. Прояви ДМ виходять за межі тривалого занурення у фантазії й охоплюють блукаючі думки, уповільнений когнітивний темп, усвідомлені сновидіння, аутистичні риси у змісті фантазій та

дисоціативне поглинання. Від звичайного фантазування ДМ відрізняється відсутністю контролю, вираженою адиктивністю, компульсивністю й супутньою сенсорно-моторною активністю, що відображає уявні сценарії.

Особи з ДМ проживають власні фантазії з високим емоційним залученням, що посилює вплив цього явища на психологічний стан. Водночас ДМ супроводжується низкою негативних симптомів, серед яких ангедонія, підвищена тривожність, депресивні переживання та знижена здатність до емоційної регуляції. На рівні психологічних функцій ДМ виконує переважно захисну та компенсаторну роль: вона дозволяє уникати травматичних спогадів, знижувати емоційне напруження, формувати ілюзію досягнення бажаного, частково замінювати дефіцит соціальної взаємодії та створювати внутрішній простір для розради й розваги.

Тематика ДМ відзначається широкою варіативністю, а кожен тип уявних сценаріїв справляє специфічний вплив на емоційний стан і повсякденне функціонування людини. Зокрема, агресивні сюжети у межах ДМ зазвичай мають символічний характер і не відображають реальних поведінкових установок. Попри обмежену кількість досліджень, що безпосередньо стосуються нейробіологічних основ ДМ, аналіз неврологічних механізмів окремих симптомів цього явища дозволяє окреслити певні характеристики функціонування мозку у людей з ДМ.

Таким чином, ДМ слід розглядати як складне психологічне явище, що інтегрує когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти й потребує подальшого поглибленого вивчення. Розкриття механізмів ДМ має суттєве значення для розвитку психіатрії, патопсихології та загальної психології, оскільки сприяє кращому розумінню процесів психологічного захисту, емоційної регуляції та формування дезадаптивної поведінки.

## **1.2. Диференційна діагностика та коморбідність з іншими розладами**

На сьогодні існують вагомі підстави розглядати ДМ як окремий психічний розлад, хоча вона досі не включена до жодної міжнародної психіатричної класифікації. ДМ демонструє високий рівень коморбідності з низкою психічних

розладів, зокрема дисоціативними розладами, тривожними та депресивними розладами, розладом дефіциту уваги та гіперактивності. Окрім того, простежуються певні паралелі між ДМ і біполярним афективним розладом, а також шизофренією, що підсилює аргументи на користь її визнання клінічно значущим феноменом (Балашевич et al., 2025).

Дезадаптивний характер ДМ, виражені негативні симптоми та істотне погіршення якості життя осіб із цією особливістю вказують на необхідність її офіційного визнання як розладу. Незважаючи на це, ДМ досі не увійшла до жодної версії Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) або Міжнародної класифікації хвороб (МКХ), хоча низка дослідників переконливо обґрунтовує потребу в її включенні до цих класифікаторів (Thornburn, 2022).

Епідеміологічні дані ізраїльської вибірки демонструють поширеність ДМ на рівні приблизно 2,5% у загальній популяції, що співвідноситься з показниками інших інтерналізуючих психічних розладів (Soffer-Dudek & Theodor-Katz, 2022). Валідизація Шкали дезадаптивної мрійливості (MDS) різними мовами додатково підтверджує існування ДМ як клінічного феномену (Jopp et al., 2019; Soffer-Dudek, 2021). Більше того, емпіричні дослідження коморбідності демонструють стабільні зв'язки між ДМ і тривожними, депресивними, obsесивно-компульсивними розладами, а також розлад дефіциту уваги та гіперактивності (Sommer et al., 2017b).

Запропоновані діагностичні інструменти для оцінки ДМ демонструють високу надійність і внутрішню узгодженість із самозвітними оцінками (Sommer et al., 2017a). Сукупність цих даних свідчить про обґрунтованість включення ДМ до переліку психічних розладів у міжнародних діагностичних класифікаціях, що дозволило б підвищити ефективність діагностики та надати цільову клінічну допомогу людям з цією проблемою.

Дослідження із застосуванням структурованих клінічних інтерв'ю серед пацієнтів із ДМ показало, що 41,1% учасників відповідали критеріям більш ніж чотирьох психічних розладів, а 74,4% – критеріям більш ніж трьох додаткових розладів. Найбільш поширеним коморбідним станом виявився розлад дефіциту

уваги та гіперактивності (РДУГ), діагностований у 76,9% учасників. Високі показники коморбідності також були зафіксовані для обсесивно-компульсивних і споріднених розладів (53,9%), депресивних розладів (66,7%) та тривожних розладів (71,8%) (Sommer & Associates, 2017). Інше дослідження засвідчило, що порівняно з контрольною групою, особи з ДМ демонстрували значно вищі рівні симптомів дефіциту уваги, обсесивно-компульсивних проявів і дисоціації (Bigelsen et al., 2016). Ці дані свідчать про те, що люди з ДМ часто стикаються з комплексною психопатологією, яка охоплює спектр розладів із різною клінічною природою.

Термін дисоціативний розлад (ДР) описує групу психічних захворювань, що характеризуються порушенням інтеграції свідомості, пам'яті, ідентичності, емоцій, сприйняття, репрезентації тіла, моторного контролю та поведінки. Одним із різновидів цієї групи є дисоціативний розлад ідентичності (ДРІ), основною ознакою якого є наявність двох або більше відокремлених ідентичностей або станів особистості в межах однієї людини. Кожна з альтернативних ідентичностей має власний набір спогадів, моделей поведінки та суб'єктивного досвіду (Morton, 2018). До спектру дисоціативних розладів також належать дисоціативна амнезія, дисоціативна фуга та деперсоналізаційний розлад (Gentile et al., 2013). Істотний зв'язок між дисоціативними розладами та дитячою психологічною травмою підтверджується численними емпіричними даними (Cudzik, 2013). Хоча етіологія дисоціативних розладів залишається остаточно не встановленою, найімовірніше, вона формується під впливом комплексу екологічних, неврологічних та генетичних чинників (Dorahy et al., 2014).

Нейробіологічні дослідження підтверджують, що ДРІ є тяжкою формою посттравматичного стресового розладу (Reinders & Veltman, 2021). Складність діагностики дисоціативних розладів зумовлена їхньою клінічною схожістю з іншими психічними розладами, такими як шизофренія або межовий розлад особистості (Atilan & Asoğlu, 2022). У таких випадках застосування структурованих діагностичних інтерв'ю дозволяє точніше диференціювати ДРІ,

зокрема завдяки оцінці змін ідентичності та наявності епізодів амнезії (Dorahy et al., 2014).

Комплексний підхід до лікування дисоціативних розладів передбачає поєднання психотерапії та, за необхідності, психофармакології (Gentile et al., 2013). На сьогодні розроблені поетапні, емпірично обґрунтовані терапевтичні моделі для пацієнтів із ДРІ (Dorahy et al., 2014), що підвищує ефективність лікування та сприяє відновленню психологічної інтеграції особистості.

ДМ і ДР є різними, проте взаємопов'язаними психопатологічними явищами. ДР охоплюють групу психічних розладів, що характеризуються порушеннями інтеграції свідомості, пам'яті, ідентичності або сприйняття. Як і ДР, ДМ пов'язана з підвищеною схильністю до дисоціації та пережитою в дитинстві психологічною травмою (Ross et al., 2020; Sándor et al., 2021b). Обидва ці стани мають спільну рису – виражену дисоціацію як базовий механізм, однак вони суттєво різняться за клінічними проявами та глибиною порушень. Дисоціативний розлад ідентичності та інші форми ДР зазвичай пов'язані з глибокими порушеннями пам'яті та ідентичності, що найчастіше виникають внаслідок важкої психічної травми (Ross et al., 2020). Натомість у межах ДМ такі симптоми не фіксуються, ідентичність залишається інтегрованою, а порушення пам'яті не є домінуючими. Попри це, низка досліджень демонструє тісний зв'язок між цими феноменами. Так, за даними Ross et al. (2020), майже половина (49%) пацієнтів психіатричних стаціонарів із вираженими дисоціативними симптомами відповідали критеріям ДМ. Крім того, дисоціативні прояви, зокрема дисоціативне поглинання, відіграють важливу роль у взаємозв'язку між ДМ та симптомами obsесивно-компульсивного спектра (Salomon-Small et al., 2021). Таким чином, ДМ і ДР об'єднує спільна дисоціативна основа та високий рівень коморбідності, однак ступінь вираженості дисоціації та її вплив на структуру особистості у цих станах суттєво відрізняється.

РДУГ є поширеним нейроповедінковим розладом, що характеризується симптомами неувважності, гіперактивності та імпульсивності (Zayats & Neale,

2019). За оцінками, цей розлад виявляється у 5–10% дітей у глобальному масштабі (Migdalska et al., 2006). Щонайменше половина з них зазнають суттєвого впливу симптомів на повсякденне життя, а прояви РДУГ нерідко зберігаються й у дорослому віці (Song et al., 2021). Хоча точні причини РДУГ залишаються не до кінця з'ясованими, його етіологія пояснюється поєднанням генетичних і середовищних чинників. Визначення діагнозу базується на відповідності встановленим клінічним критеріям, які можуть варіюватися залежно від використовуваної діагностичної системи. Фармакотерапія, зокрема застосування препаратів метилфенідату та амфетаміну, довела свою ефективність у зменшенні симптомів РДУГ, поряд із психосоціальними методами лікування, що сприяють поліпшенню адаптації та функціонування пацієнтів (Castells et al., 2022).

Попри наявність окремих спільних рис, ДМ і РДУГ залишаються різними психічними розладами з відмінними клінічними характеристиками. Дослідження підтверджують, що ДМ і РДУГ мають специфічні особливості перебігу, незважаючи на певне перекриття симптоматики (Theodor-Katz et al., 2022). Разом з тим, дані свідчать про високий рівень коморбідності між цими станами: поширеність ДМ серед людей із РДУГ становить приблизно 20,5% (Theodor-Katz et al., 2022). Занурення в складні уявні світи, характерне для ДМ, призводить до порушень уваги та інших когнітивних процесів, що може сприяти розвитку коморбідної симптоматики.

Додатково, порівняно з контрольною групою, ДМ асоціюється з вищими показниками дефіциту уваги (Bigelsen et al., 2016). Водночас варто наголосити, що, попри наявність перетинів, ДМ і РДУГ є окремими розладами, кожен із яких має унікальні клінічні прояви. Для чіткого розмежування цих станів, а також для їх диференціації від нормальних варіантів уявної діяльності, включно з блукаючими думками, необхідні подальші емпіричні дослідження (Theodor-Katz et al., 2022). Таким чином, хоча ДМ належить до розладів уявної діяльності, а РДУГ – до розладів уваги й поведінкової регуляції, обидва стани

демонструють високий рівень коморбідності, часткову спільність симптомів і нерідко співіснують, утворюючи комплексне психопатологічне поєднання.

Обсесивно-компульсивний розлад (ОКР) є психіатричним станом, що характеризується нав'язливими думками й компульсивною поведінкою, які викликають виражений дистрес і порушують повсякденне функціонування. Це хронічний і доволі поширений розлад, що має значний вплив на глобальну психосоціальну адаптацію. У DSM-5 та МКБ-11 ОКР класифікується серед обсесивно-компульсивних і споріднених розладів (Mathews, 2021). Хоча ОКР має загальні характерні риси, кожен клінічний випадок потребує індивідуального аналізу з урахуванням специфіки симптоматики та можливих коморбідних станів. Прояви ОКР варіюються: від обсесивних думок і ментальних ритуалів до прагнення до порядку й симетрії, страху забруднення, надмірної потреби у перевірці та сумнівів (Borges, 2023). Як свідчать дані досліджень, нав'язливі думки й перевірки пов'язані з уникненням шкоди, а прагнення до симетрії – із відчуттям незавершеності (Ecker & Gönner, 2008). У дитячих випадках ОКР часто спостерігається сенсорна гіперчутливість до звичайних стимулів (Hazen et al., 2008).

Варто підкреслити гетерогенність клінічних проявів ОКР, адже спектр симптомів може значно відрізнятися у різних пацієнтів (Borges, 2023). Генетичні дослідження засвідчили спадкову природу ОКР та його зв'язок із синдромом Туретта і хронічними моторними тіками (Mahjani et al., 2021). У лікуванні ОКР доведену ефективність мають інгібітори зворотного захоплення серотоніну, а також когнітивно-поведінкова терапія, яка дозволяє зменшити вираженість симптомів і покращити якість життя пацієнтів (Richter & Ramos, 2018). ОКР та ДМ обидва пов'язані з надмірною та повторюваною ментальною активністю, яка супроводжується дистресом і порушенням повсякденного функціонування (Salomon-Small et al., 2021; Soffer-Dudek & Somer, 2018; Somer et al., 2017a). Проте між цими станами існують принципові відмінності. Передусім, ОКР характеризується нав'язливими небажаними думками (обсесіями) та компульсивними діями, які людина виконує для зниження

тривоги або уникнення уявної загрози. Натомість ДМ проявляється надмірною та яскравою уявною активністю, що заважає ефективному функціонуванню, але не обов'язково супроводжується компульсивною поведінкою (Salomon-Small et al., 2021; Soffer-Dudek & Somer, 2018). У той час як для ОКР характерне поєднання obsesій і компульсій, ДМ переважно пов'язана саме з obsесивними переживаннями, тоді як компульсивний компонент є відсутнім або мінімальним (Salomon-Small et al., 2021). Відмінності простежуються й у механізмах, що лежать в основі цих розладів. Як ОКР, так і ДМ пов'язані з дисоціативними процесами та втратою контролю над ментальною діяльністю (Salomon-Small et al., 2021). Однак, згідно з даними Soffer-Dudek (2023), ОКР переважно пов'язаний із когнітивними чинниками ризику – зокрема, з неконтрольованістю думок і дій та яскравим відчуттям особистої залученості в процес. Для ДМ натомість характерне переживання неконтрольованості саме фантазійної активності та суб'єктивне відчуття пасивної втягнутості у цей процес. Варто також відзначити відмінності у профілях коморбідності. Перебіг ДМ часто супроводжується РДУГ, тривожними та депресивними розладами, а також obsесивно-компульсивними проявами (The Somer group, 2017). ОКР, своєю чергою, зазвичай асоціюється з депресією, тривожними розладами та іншими obsесивно-компульсивними або спорідненими станами. Таким чином, хоча ОКР та ДМ поділяють низку спільних характеристик, зокрема obsесивність, дисоціативність та відчуття втрати контролю, їх ключова відмінність полягає у природі ментальної активності. ОКР зосереджений на нав'язливих думках і супутній компульсивній поведінці, тоді як ДМ є розладом уявної діяльності, позбавленим компульсивного компонента.

Тривожний розлад – це група психічних розладів, що характеризуються надмірним і стійким відчуттям страху, занепокоєння або поведінкою уникнення передбачуваних загроз. У західних країнах це одна з найпоширеніших груп психічних захворювань (Pittig et al., 2023). Основними симптомами тривожних розладів є постійне занепокоєння, страх соціальних контактів або публічних виступів, панічні атаки, тривога очікування, поведінка уникнення, а також

виражені соматичні прояви, включно з прискореним серцебиттям, задишкою, запамороченням, м'язовою напругою, болем у шлунку, тремтінням, пітливістю та сухістю в роті (Szuhany & Simon, 2022). Ці симптоми розглядаються як елементи єдиного синдромального комплексу (Tyrer & Baldwin, 2006). Варто зазначити, що симптоматика тривожних розладів може частково перекриватися із проявами інших психічних станів, зокрема депресії (Saha et al., 2021). До основних патофізіологічних чинників тривожних розладів належать порушення у функціонуванні лімбічної системи, дисфункція гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі та спадкові фактори. Серед загальних факторів ризику виділяють жіночу стать і сімейний анамнез тривожних розладів. Незважаючи на деякі відмінності у діагностичних критеріях за МКХ-10 та DSM-5, підходи до ідентифікації тривожних розладів у цілому узгоджуються (Pittig et al., 2023). Тривожні розлади значною мірою знижують якість життя, а до найпоширеніших їх форм належать панічний розлад, соціальний тривожний розлад та генералізований тривожний розлад. Перша лінія лікування включає інгібітори зворотного захоплення серотоніну і норепінефрину, селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну та когнітивно-поведінкову терапію (Szuhany & Simon, 2022).

Між тривожним розладом та ДМ існують як спільні риси, так і принципові відмінності. Обидва стани супроводжуються психологічним дистресом і порушенням повсякденного функціонування. Для ДМ характерне надмірне занурення у фантазії, що заважає міжособистісним стосункам та виконанню повсякденних обов'язків (Bigelsen et al., 2016). Натомість у тривожних розладах основною проблемою є стійке відчуття страху, тривоги чи занепокоєння, що перешкоджають нормальній активності (Alenizi et al., 2020). Однією зі спільних рис є висока коморбідність обох станів із депресивною симптоматикою. Дослідження демонструють часту наявність коморбідних тривожних розладів, зокрема соціального тривожного розладу та генералізованого тривожного розладу, серед осіб із ДМ (Alenizi et al., 2020). Водночас симптоми ДМ нерідко спостерігаються у людей із тривожними розладами (Salomon-Small et al., 2021).

Однак ці стани мають і принципові відмінності. Надмірне фантазування є специфічним симптомом ДМ, тоді як тривожні розлади зосереджені на надмірній тривозі та страхах. Крім того, ДМ тісно пов'язана із дисоціативними проявами (Ross et al., 2020) і симптомами обсесивно-компульсивного спектра (Salomon-Small et al., 2021), тоді як симптоматика тривожних розладів часто включає панічні атаки, специфічні фобії або симптоми посттравматичного стресового розладу. Таким чином, хоча ДМ і тривожні розлади мають певну спільність і високий рівень коморбідності, їх клінічні профілі та вплив на повсякденне життя відрізняються. ДМ в основі своїй залишається розладом уявної діяльності, тоді як тривожні розлади фокусуються на стійкому відчутті небезпеки та занепокоєння, що визначає відмінності в патогенезі та клінічній картині цих станів.

Депресія є одним із найпоширеніших психічних розладів, що поєднує психологічні та соматичні симптоми (Damm et al., 2009). Вона часто супроводжується почуттям смутку, безнадійності або зневіри (To et al., 2005). Хоча прояви депресії можуть варіювати залежно від підтипу та індивідуальних особливостей пацієнта, існує низка загальних симптомів. Серед них: порушення сну (безсоння або надмірна сонливість), втрата енергії, зміни апетиту або ваги, відчуття провини чи нікчемності, психомоторні зміни, суїцидальні думки, втрата інтересу до діяльності та пригнічений настрій (Ljungberg et al., 2020). Додатково можуть виникати тривожність, когнітивні порушення та соматичні скарги (Kendler, 2019). Для досягнення стійкої ремісії необхідно враховувати як психологічні, так і соматичні прояви депресії (Ljungberg et al., 2020).

Депресія та ДМ мають спільні риси, проте водночас істотно різняться. Обидва стани супроводжуються психологічним дистресом і порушенням повсякденного функціонування (Somer et al., 2017b; Soffer-Dudek & Somer, 2018). Дослідження демонструють позитивну кореляцію між ДМ та депресивною симптоматикою (Marchetti et al., 2014), а особи з ДМ часто мають високий рівень депресії (Somer et al., 2017b). Обидва стани також пов'язані з негативним афектом і румінацією (Marchetti et al., 2014; Marchetti et al., 2016).

Водночас існують принципові відмінності. Депресія належить до розладів настрою та характеризується тривалим пригніченим станом, втратою інтересу до повсякденних занять і вираженою апатією (Soffer-Dudek & Somer, 2018), тоді як ДМ є розладом уявної діяльності, зосередженим на надмірному фантазуванні, що відволікає від реальності. Депресія проявляється широким спектром симптомів, включно з розладами сну, апетиту, відчуттям провини або нікчемності, у той час як для ДМ характерні дисоціативні переживання й обсесивно-компульсивна симптоматика (Bigelsen et al., 2016). Отже, хоча обидва стани супроводжуються психологічним дистресом і мають значний негативний вплив на якість життя, ДМ виразно відрізняється надмірною уявною активністю, тоді як депресія – стійким пригніченим настроєм і комплексом соматичних та когнітивних порушень.

Шизофренія це хронічний психічний розлад, що супроводжується психотичними симптомами, такими як галюцинації, марення, апатія, соціальна дезадаптація та когнітивне зниження (Khan et al., 2013). Хоча етіологія шизофренії залишається остаточно не з'ясованою, генетичний фактор відіграє провідну роль, забезпечуючи близько 60–80% ризику розвитку захворювання. Антипсихотична терапія, спрямована на зменшення надлишкової дофамінової активності, є основою лікування, хоча її ефективність обмежена, а побічні ефекти залишаються суттєвою проблемою (Citrome & Meyer, 2023).

ДМ і шизофренія мають певні спільні риси. Обидва стани супроводжуються змінами у сприйнятті та мисленні, а також яскравими, емоційно насиченими психічними переживаннями (Bigelsen et al., 2016; Mariani et al., 2021). Однак ключова відмінність полягає у природі цих переживань: ДМ характеризується компульсивною та адиктивною уявною активністю з виразним нарративним і емоційним забарвленням (Soffer-Dudek & Theodor-Katz, 2022), тоді як шизофренія проявляється у вигляді психотичних симптомів – галюцинацій, марень, дезорганізованого мислення та соціального відсторонення (Hommer et al., 1991).

Дисоціація може бути присутня в обох станах, однак у контексті ДМ переважає дисоціативне поглинання (Salomon-Small et al., 2021), тоді як у шизофренії частіше фіксуються деперсоналізація та дереалізація (Ross et al., 2020). Таким чином, попри спільну рису – яскравість внутрішніх переживань, ДМ і шизофренія мають виразно різну симптоматику та клінічну динаміку.

Біполярний афективний розлад (БАР) є складним і хронічним психічним розладом, що проявляється епізодами манії, депресії або змішаних станів (McIntyre et al., 2020). Поширеність БАР у популяції оцінюється в межах від 1% до 3% (Kesk et al., 2001). Розлад асоціюється з підвищеною смертністю, зумовленою насамперед суїцидальністю та серцево-судинними ускладненнями, і є провідною причиною інвалідності, особливо серед молодих людей (Vieta et al., 2018). БАР має високу спадковість і генетичну кореляцію з іншими психічними та соматичними станами (McIntyre et al., 2020). Водночас діагностика БАР ускладнена через неспецифічність симптомів та їхню схожість із клінікою уніполярної депресії (Vieta et al., 2018). Епізоди біполярної депресії зустрічаються частіше за маніакальні, тривають довше і мають вищий рівень летальності (Kasper, 2003). Особливу увагу слід приділяти ранній діагностиці БАР у дитячому та підлітковому віці для своєчасного початку лікування. Хоча поєднання дисоціативної симптоматики з біполярним розладом вивчене недостатньо, воно може мати значні клінічні наслідки (Rajkumar, 2022).

БАР та ДМ мають низку спільних рис, однак залишаються відмінними явищами. Обидва стани супроводжуються змінами настрою та мислення. Загальною ознакою для БАР і ДМ є виражене, неконтрольоване прагнення до досягнення мети, що в контексті ДМ проявляється як потреба у постійному зануренні в уявні сценарії. Проте між цими станами існують принципові відмінності. ДМ є розладом уявної діяльності (Bigelsen et al., 2016), тоді як БАР належить до розладів афективної сфери (Meyer et al., 2011). У той час як для БАР характерне чергування епізодів манії та депресії, дезадаптивність ДМ зумовлена саме надмірною уявною активністю (Bigelsen et al., 2016; Meyer et al., 2011).

Також суттєво відрізняються профілі коморбідності цих розладів. ДМ часто супроводжується тривожними розладами, депресією, ОКР, РДУГ та іншими супутніми станами (Somer et al., 2017b; Theodor-Katz et al., 2022). Натомість для БАР основною коморбідністю залишається депресивний розлад (Meyer et al., 2011). Таким чином, хоча зміни настрою та когнітивних функцій притаманні обом розладам, БАР відноситься до розладів настрою, а ДМ – до розладів уявної діяльності, що обумовлює різні клінічні траєкторії цих станів.

Порівняльний аналіз ДМ та інших психічних розладів дозволяє дійти висновку про патологічну природу цього явища. Попри очевидні негативні наслідки, високий рівень коморбідності з дисоціативними розладами, тривожними розладами, депресією та РДУГ, ДМ досі не включена до жодного міжнародного діагностичного класифікатора. Спільність механізмів між ДМ та дисоціативними розладами полягає у феномені дисоціації, однак при ДР вона охоплює глибші рівні психіки, впливаючи на ідентичність та пам'ять, тоді як у ДМ дисоціація обмежується поточним переживанням.

Найбільша коморбідність ДМ простежується із РДУГ, що пояснюється негативним впливом надмірної уявної активності на когнітивні функції, зокрема на увагу. Водночас, на відміну від РДУГ, ДМ має у своїй основі саме розлад уявної діяльності. Зв'язок між ДМ і ОКР виявляється у спільних рисах, таких як obsесивність, дисоціативність і відчуття втрати контролю, проте в ОКР основний фокус припадає на нав'язливі думки та компульсивні дії, тоді як ДМ позбавлена компульсивного компоненту.

Тривожні та депресивні розлади також демонструють високий рівень коморбідності з ДМ, проте мають відмінний клінічний профіль: тривожні розлади і депресія належать до емоційних розладів, тоді як ДМ є розладом уявної діяльності з вираженим когнітивним компонентом. Шизофренія й ДМ поділяють спільну рису – яскравість і насиченість психічних переживань, однак шизофренія є психотичним розладом, тоді як ДМ не входить до спектру психозів.

БАР, у свою чергу, подібний до ДМ високою коморбідністю з депресією та схильністю до станів захопленості, що простежується в маніакальній фазі. Сукупність спільних і відмінних рис між ДМ та іншими психічними розладами підкреслює необхідність офіційного визнання ДМ як окремої психопатологічної одиниці в системах психіатричної діагностики.

### **1.3. Вплив на якість життя та можливі шляхи регулювання**

ДМ справляє відчутний негативний вплив на різні сфери життя людини. Надмірна уявна активність, що є характерною рисою цього розладу, призводить до вираженої соціальної дисфункції та зниження ефективності у виконанні повсякденних і професійних завдань.

ДМ значною мірою впливає на соціальну взаємодію. Особи з ДМ часто стикаються із соціальною замкненістю та обмеженими міжособистісними контактами. Надмірне захоплення фантазійними сценаріями призводить до нехтування реальними соціальними зв'язками і поступової ізоляції (Sharma & Mahapatra, 2021). Дослідження також виявили зв'язок між ДМ та надмірним використанням соціальних мереж: фантазії опосередковують залежність між ненадійними стилями прив'язаності та цифровою поведінкою уникнення (Costanzo et al., 2021). Якість життя осіб із ДМ виявляється зниженою як у психологічній сфері, так і в аспектах соціальних стосунків (Pietkiewicz et al., 2023).

Життєвий досвід таких людей нерідко визначається глибоким зануренням у створений фантазійний світ, що погіршує здатність до ефективної соціальної взаємодії (Somer et al., 2016). Відчуття соціальної ізоляції є особливо вираженим у цієї групи (Abu-Raya et al., 2020), а їхня поведінка для оточуючих може здаватися відстороненою та неуважною, що ускладнює побудову глибших стосунків (Somer et al., 2016a). Ці труднощі нерідко призводять до напруженості у стосунках і ще більшої ізоляції. Цікаво, що після уявних сценаріїв взаємодії з близькими людьми, особи з ДМ повідомляють про тимчасове зниження відчуття самотності (Poerio et al., 2016). Проте цей ефект є короткотривалим і, найімовірніше, сприяє подальшому зменшенню реальної соціальної активності.

Загалом, накопичені дані свідчать про суттєвий негативний вплив ДМ на якість соціальної взаємодії та міжособистісних стосунків.

Крім соціальних аспектів, ДМ суттєво ускладнює виконання щоденних і професійних обов'язків. Однією з ключових причин цього є зниження концентрації уваги. Блукаючі думки, що є характерним проявом ДМ, відволікають від поточних завдань і ускладнюють зосередженість (Schimmenti et al., 2019). Особи з ДМ часто стикаються з труднощами у підтриманні уваги, оскільки надмірна мрійливість заважає ефективній роботі над завданнями, що потребують концентрації (Somer, 2018). Це, у свою чергу, веде до зниження загальної продуктивності та успішності у навчанні чи професійній діяльності (Conte et al., 2023).

Дослідження також вказують на дефіцити у виконавчих функціях у людей із ДМ – зокрема, в організації, вирішенні проблем і прийнятті рішень (Salomon-Small et al., 2021). Надмірне занурення в уявні сценарії ускладнює досягнення цілей і знижує ефективність у реальних життєвих ситуаціях. Крім того, уповільнений когнітивний темп, що притаманний ДМ, включає уповільнення мислення, знижену здатність фокусуватися на навколишньому середовищі та схильність до заглибленості у власні думки (Kofler et al., 2019). Оскільки фантазії при ДМ є неконтрольованими (Somer & Herscu, 2017), вони здатні виникати під час будь-якої діяльності, зокрема у процесі роботи або навчання, що створює додаткові труднощі у виконанні завдань.

Таким чином, ДМ суттєво впливає як на соціальні взаємини, так і на здатність до ефективної повсякденної діяльності. Зниження концентрації, порушення виконавчих функцій і когнітивне уповільнення формують комплекс перешкод, що істотно обмежує повноцінне функціонування людини у різних сферах її життя.

ДМ чинить виражений негативний вплив на емоційну регуляцію особистості. Люди з високим рівнем ДМ часто стикаються з труднощами у контролі імпульсивності, прийнятті негативних емоцій та мобілізації цілеспрямованої поведінки (West & Somer, 2020). Одним із ключових чинників

такого порушення є складність у регулюванні фантазійної активності, що безпосередньо пов'язано з дисфункціональною емоційною регуляцією (Greene et al., 2020). Крім того, особи з ДМ демонструють специфічний стиль прив'язаності, відомий як “амбівалентно-уникаючий”, що посилює емоційну нестабільність (Sándor et al., 2021a).

Надмірна захопленість фантазійними сценаріями здатна поглиблювати негативний емоційний фон, зокрема сприяючи підвищенню тривожності та депресивних симптомів (Bigelsen & Schupak, 2011). Особи з ДМ можуть настільки занурюватися у власні фантазії, що їм стає складно адекватно реагувати на події реального життя (Somer et al., 2016a). Ще одним фактором, що ускладнює емоційну саморегуляцію, є порушення сну внаслідок тривалого занурення у фантазії (Somer et al., 2017a). Це дозволяє припустити, що надмірне занурення в уявні сценарії перешкоджає природному переживанню емоційних реакцій на реальні події, обмежуючи розвиток ефективних навичок емоційної регуляції. Водночас це припущення потребує подальшої емпіричної перевірки.

Вплив ДМ поширюється не лише на процеси емоційної регуляції, а й на загальний емоційний стан людини. Попри те, що фантазії можуть тимчасово слугувати джерелом розради та позитивних емоцій, вони також провокують значну емоційну напругу. Неможливість контролювати імпульс до фантазування викликає у людей із ДМ виражену фрустрацію (Sharma & Mahapatra, 2021). Додатково зростає занепокоєння через надмірну кількість часу, витраченого на фантазії, що відволікає від реальних цілей і стосунків.

Окрім того, зміст деяких фантазій стає причиною внутрішнього конфлікту та прагнення приховати цю поведінку від оточення, що посилює емоційну напругу (Bigelsen et al., 2016). Ситуацію ускладнює й те, що глибоке занурення у фантазійні сценарії може призводити до розгубленості та тривожності через розмиття меж між уявою та реальністю (Somer, 2018).

Особливу увагу заслуговує взаємозв'язок між ДМ і депресією. Дослідження вказують на складний, ймовірно, двонаправлений характер цього зв'язку: з одного боку, фантазії можуть слугувати способом втечі від

депресивних переживань, а з іншого – депресивний стан надає їм негативного емоційного забарвлення, що, у свою чергу, посилює депресію (Niu & Snyder, 2023). Таким чином, хоча ДМ може забезпечувати короточасне емоційне полегшення, у довгостроковій перспективі вона поглиблює негативний емоційний фон і посилює ризики розвитку емоційної дезадаптації. Отже, ДМ, забезпечуючи тимчасову втечу у світ фантазій, зрештою спричиняє дестабілізацію емоційної регуляції та погіршення емоційного стану загалом. Ця подвійність робить її фактором підвищеного ризику для розвитку хронічної емоційної дезадаптації, що потребує подальшого наукового вивчення.

Ангедонія та ДМ демонструють тісний взаємозв'язок. Неконтрольоване фантазування може сприяти зниженню здатності до переживання задоволення (Pitt, 2016). Ангедонія, яку визначають як втрату здатності отримувати насолоду від життєвого досвіду або відчувати енергію для його досягнення, є одним із базових проявів відчуженості та фундаментальним компонентом депресивної симптоматики. Існують підстави припускати, що ДМ може виступати як своєрідний компенсаторний механізм проти ангедонії (Brenner et al., 2022). Попри те, що фантазії тимчасово знижують рівень стресу, надмірне потурання їм може призводити до ослаблення здатності отримувати задоволення від реальних життєвих ситуацій (Oettingen et al., 2016). Заміна реальної взаємодії фантазійним зануренням знижує якість емоційного досвіду в повсякденному житті (Costanzo et al., 2021). З нейропсихологічної точки зору, цей зв'язок пояснюється порушенням функціонування системи винагороди мозку, зокрема механізмів дофамінової регуляції, що є типовим і для ангедонії (Sussman & Leventhal, 2014). Надмірне захоплення уявними сценаріями порушує баланс цієї системи, знижуючи здатність отримувати задоволення від реальних подій. Таким чином, ангедонія може водночас виступати як симптом, фактор ризику та наслідок надмірного занурення у фантазійний світ.

Попри поширену думку, що активне фантазування може бути корисним для творчої діяльності, у контексті ДМ воно, радше, створює бар'єри для продуктивності. Люди з високим рівнем ДМ зазвичай мають труднощі з

мобілізацією цілеспрямованої поведінки, що ускладнює виконання завдань у креативних професіях (Thomson & Jaque, 2023). Крім того, знижена здатність адекватно сприймати негативні емоції може погіршувати стійкість до труднощів і розчарувань, які супроводжують творчу роботу. Дослідження показали, що дезадаптивні елементи мрійливості пов'язані із зниженням творчої продуктивності, хоча при цьому занурення у фантазії може посилювати емпатію до вигаданих персонажів та поглиблювати саморозуміння (West & Somer, 2020). Таким чином, хоча мрійливість потенційно може бути джерелом натхнення, надмірне занурення в уявні світи у межах ДМ здебільшого перешкоджає ефективній творчій діяльності. Це свідчить про те, що саме здатність контролювати процес фантазування визначає, чи матиме він позитивний вплив на творчість, чи стане фактором її зниження.

Окрім впливу на емоційний стан і творчу продуктивність, ДМ пов'язана зі схильністю до саморефлексії. Якісний аналіз малюнків, створених особами з ДМ, виявив, що вони часто включають власні зображення у фантазійні сцени, що свідчить про елемент самопізнання у процесі мрійливості (Somer et al., 2019). Подібні тенденції простежуються і в мовленні: люди з ДМ частіше використовують рефлексивні конструкції у своїх висловлюваннях (Mariani et al., 2021). Це дозволяє припустити, що мрійливість для таких осіб є не лише втечею від реальності, а й засобом осмислення власного внутрішнього світу. Таким чином, попри численні негативні наслідки, ДМ може містити потенційно конструктивний компонент у вигляді саморефлексії. Зміст фантазій може слугувати цінним матеріалом для глибшого розуміння себе, що відкриває перспективи для інтеграції цього феномену у психотерапевтичну практику. Проте для реалізації такого потенціалу необхідно досягти балансу між креативністю і контролем над фантазійною активністю.

Регулювання ДМ потребує багаторівневої стратегії, яка враховує як специфічні симптоми, так і глибинні механізми цього явища. Одним із провідних напрямів терапії є психотерапевтичні підходи, зокрема когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) у поєднанні з техніками усвідомленості та

медитацією. Основна мета таких втручань полягає у зміні дезадаптивних моделей мислення й поведінки, які підтримують феномен ДМ, а також у зниженні пов'язаного з ним дистресу та функціональних порушень (Somer, 2018).

Використання КПТ дозволяє ефективно працювати з дезадаптивними фантазіями, допомагаючи пацієнтам навчитися розпізнавати свої мисленнєві патерни та розвивати навички самоконтролю. Поєднання цих підходів із медитацією усвідомленості сприяє формуванню здатності об'єктивно спостерігати за власними думками й емоціями, не занурюючись у них надмірно. Такий підхід дозволяє знижувати рівень дистресу, пов'язаного з ДМ, і покращувати загальний рівень функціонування (Herscu et al., 2023).

Ефективним додатковим методом є втручання із використанням образів, адаптоване для корекції емоційної привабливості фантазій. Ця техніка, спочатку розроблена для модифікації суїцидальних образів, допомагає знизити залежність від ДМ як копінг-стратегії, послаблюючи емоційну привабливість уявних сценаріїв (Carey & Wells, 2019). Крім того, когнітивна реструктуризація дозволяє виявляти та коригувати спотворені переконання, які підтримують потребу у фантазуванні, замінюючи їх на більш реалістичні та адаптивні установки (Mok et al., 2014). Дослідження засвідчують перспективність КПТ у суміжних галузях, зокрема у зниженні рівня стресу, покращенні емоційного стану та корекції неадаптивних мисленнєвих патернів. Окрім того, самокеровані програми, що поєднують елементи усвідомленості та самоспостереження, демонструють ефективність у зменшенні симптоматики ДМ та покращенні загального психоемоційного функціонування (Herscu et al., 2023). Таким чином, підвищення рівня самосвідомості, посилення контролю над змістом фантазій і перехід до більш продуктивних копінг-стратегій є ключовими напрямками втручання при ДМ, які найкраще реалізуються за допомогою КПТ та практик усвідомленості.

## Висновок до розділу 1

ДМ справляє комплексний негативний вплив на різні сфери життя людини. Насамперед вона порушує соціальне функціонування, оскільки привабливість і доступність фантазій призводять до витіснення реальних соціальних контактів. Занурення в уявні сценарії знижує потребу у спілкуванні та поглиблює соціальну ізоляцію. Не менш відчутний вплив ДМ має на професійну та повсякденну діяльність: порушення концентрації уваги, уповільнений когнітивний темп, труднощі в організації, прийнятті рішень і вирішенні завдань знижують ефективність у різних життєвих контекстах.

Емоційна регуляція також істотно страждає. Використання ДМ як копінгової стратегії не залишає простору для розвитку адаптивних навичок саморегуляції. Відчуття втрати контролю над фантазіями, зростаюча тривога щодо їх впливу на реальне життя, ускладнення у розмежуванні фантазійного і реального світів, а також підсилення депресивної симптоматики сприяють формуванню загального негативного емоційного стану.

Особливу роль у цьому контексті відіграє ангедонія. Вона може бути як симптомом, так і наслідком надмірного фантазування. Через те, що активне занурення у фантазії заміщає джерела реального задоволення, здатність отримувати позитивні емоції від реального досвіду поступово знижується. Попри можливий внесок ДМ у креативні процеси, її дезадаптивний компонент надто виражений, аби розглядати її як надійний ресурс для творчої продуктивності.

Водночас, важливо відзначити, що фантазії у межах ДМ можуть містити потенціал для саморефлексії та глибшого розуміння себе. Усвідомлене використання цього ресурсу в терапевтичному контексті відкриває можливості для інтеграції ДМ у конструктивну психотерапевтичну роботу.

Отже, дезадаптивна мрійливість істотно порушує різні аспекти життєдіяльності людини, включно з соціальною взаємодією, когнітивними функціями, емоційною регуляцією та загальним психоемоційним станом. Найбільш ефективними підходами до її корекції є техніки когнітивно-

поведінкової терапії та медитація усвідомленості, які спрямовані на посилення самоконтролю, модифікацію змісту фантазій та формування адаптивних стратегій подолання.

## РОЗДІЛ 2

### МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ПРОЦЕДУРА ПРОВЕДЕННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

#### 2.1. Емпірична модель дослідження

На сьогодні ДМ не визнана окремим психічним розладом ані у Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10/МКХ-11), ані у «Діагностичному та статистичному посібнику з психічних розладів» (DSM-5). Питання її нозологічного статусу залишається відкритим: не встановлено, чи є ДМ самостійним розладом, чи вона радше виступає симптомом інших психопатологічних станів. Як припускають Bigelsen і Schupak (2011), ДМ може свідчити про ще не ідентифікований клінічний синдром через характерну аномальну форму фантазування. У цьому контексті актуальним залишається дослідження зв'язків між ДМ та іншими психічними розладами.

Результати клінічних інтерв'ю засвідчили високий рівень коморбідності ДМ із широким спектром психічної патології: 74,4% учасників відповідали критеріям для трьох або більше супутніх психічних розладів, а 41,1% – для чотирьох і більше. Найчастіше ДМ поєднувалася із РДУГ, який було діагностовано у 76,9% учасників. Значна поширеність спостерігалася також для ОКР (53,9%), депресивних станів (66,7%) і тривожних розладів (71,8%) (Somers et al., 2017). Аналогічні дані було отримано в іншому дослідженні, що показало значно вищий рівень симптоматики РДУГ, ОКР та дисоціації у осіб із ДМ порівняно з контрольною групою (Bigelsen et al., 2016). Ці висновки свідчать про тісний зв'язок ДМ із різноманітними психічними розладами та складний профіль коморбідності.

Особливу увагу привертає взаємозв'язок ДМ із соціофобією. Особи з ДМ часто стикаються з вираженими соціально-психологічними труднощами, включно із соціальною тривожністю. Так, жінки, які зазнали сексуального насильства у дитинстві та мали ознаки ДМ, демонстрували вищий рівень соціальної тривоги та соціальної ізоляції порівняно з тими, хто не мав цього

розладу (Abu-Rayya et al., 2020). Інші дослідження показали, що ДМ може підсилювати соціальну тривожність шляхом використання мрійливості як стратегії уникнення міжособистісних контактів (Pyszkowska et al., 2023). Встановлено також позитивний зв'язок між рівнем ДМ і вираженістю симптомів соціальної тривоги (Soffer-Dudek & Somer, 2018), що ще раз підкреслює її роль у формуванні соціальної дезадаптації.

Не менш важливим є зв'язок ДМ із пережитими травматичними подіями. Особи, які зазнали фізичного чи емоційного насильства у дитинстві, частіше використовують ДМ як спосіб психологічного відсторонення від болісних спогадів і засіб подолання емоційного болю. Тематика фантазій таких осіб нерідко відображає пережиту травму: це можуть бути образи ідеалізованих родин, сцени емоційного страждання або уявної помсти (Somer et al., 2021). Крім того, ДМ часто супроводжується дисоціативними симптомами, які традиційно асоціюються з травматичним досвідом, зокрема посттравматичним стресовим розладом (Ross et al., 2020).

Ще одним суттєвим чинником є взаємозв'язок ДМ зі стресом. Фантазування нерідко виконує роль малоефективного копінг-механізму для тимчасового зниження рівня стресу. Однак такий спосіб подолання емоційної напруги часто виявляється контрпродуктивним, оскільки посилює тенденцію уникати реальних завдань та обов'язків, що у підсумку лише поглиблює психологічний дискомфорт (Somer et al., 2020).

Узагальнюючи наявні дані, можна стверджувати, що ДМ демонструє високий рівень коморбідності з широким спектром психічних розладів, серед яких тривожні та депресивні стани, РДУГ, ОКР, дисоціація, соціальна тривога та наслідки психологічної травматизації. Саме на основі цих досліджень була розроблена шкала дезадаптивної мрійливості (MDS-16), що слугує інструментом для кількісної оцінки проявів цього стану. Адаптація шкали до різних мовних і культурних контекстів, а також її валідація за допомогою низки психометричних методик, надала можливість глибше дослідити взаємозв'язки між ДМ та іншими психопатологічними проявами.

Оригінальна версія шкали дезадаптивної мрійливості (MDS) була розроблена для англомовної вибірки з представників 45 країн (Somer et al., 2016). Структура шкали включає 14 пунктів, що вимірюють три основні фактори ДМ: прагнення (Yearning), кінестетичні прояви (Kinesthesia) та перешкодження (Impairment). Прагнення стосується внутрішньої потреби занурюватися у фантазії, кінестетичні прояви описують моторні супутні феномени, що супроводжують мрійливість, а перешкодження відображає рівень порушення повсякденного функціонування через ДМ. Згодом до шкали було додано два додаткових пункти, що сформували окремий фактор – музика (Music), який відображає роль прослуховування музики як каталізатора мрійливості (Somer et al., 2017). Для підтвердження конвергентної та дискримінантної валідності шкали застосовувалися різноманітні психометричні інструменти, серед яких Creative Experiences Questionnaire (CEQ), Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS), Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R), Dissociative Experiences Scale (DES) та Psychosis Screener.

У процесі культурної адаптації шкали для різних мовних середовищ та з урахуванням специфіки популяцій використовувалися додаткові інструменти для забезпечення психометричної надійності та валідності. Наприклад, при адаптації шкали італійською мовою (Schimmenti et al., 2020) використовувалися такі опитувальники, як Symptom Checklist–90–Revised (SCL–90–R) для загальної оцінки психопатології, Traumatic Experiences Checklist (TEC) для вимірювання рівня травматичних переживань, Toronto Alexithymia Scale (TAS–20) для оцінки алекситимії, а також Experiences of Shame Scale (ESS), що дозволила оцінити роль почуття сорому у феномені ДМ.

У бразильській адаптації (BMDS-16) (Figueiredo Catelan et al., 2023) особливу увагу було приділено шкалам, адаптованим до місцевого контексту, зокрема шкалі самооцінки симптомів РДУГ (ASRS-18) та шкалі дисоціативного досвіду (DES-II). Угорська версія шкали (MDS-16-HU) (Sándor et al., 2020) включила Tellegen Absorption Scale (TAS) для оцінки схильності до глибокого

уявного занурення, а також опитувальник несприятливих дитячих переживань (ACE-10), що дало змогу врахувати травматичний бекграунд респондентів.

Адаптація шкали для турецької вибірки (Metin et al., 2022) передбачала використання шкали депресії Бека (BDS), Dissociative Experiences Scale (DES) та DSM-шкали для оцінки симптоматики РДУГ, що дозволило детальніше дослідити коморбідність ДМ із цими розладами у турецькому контексті. У польській версії (PMDS-16) (Pietkiewicz et al., 2023) додатково було застосовано шкалу якості життя WHOQOL-BREF та шкалу оцінки психологічної стійкості (ERS), що надало змогу розширити розуміння впливу ДМ на добробут та резилієнтність.

Арабська версія (MDS-16-AR) (Abu-Rayya et al., 2019) була збагачена широким спектром шкал, серед яких Tellegen Absorption Scale (TAS), шкала самооцінки Розенберга (RSES), шкала якості соціальних відносин Рифф (RQRS), шкала задоволеності життям (SWLS), а також шкала депресії, тривоги і стресу (DASS). Така багатовимірна методологія дозволила глибше оцінити психосоціальні кореляти ДМ у цьому культурному контексті.

І, нарешті, адаптація шкали івритом (MDS-H) (Jopp et al., 2019) також спиралася на застосування різноманітних опитувальників, серед яких Creative Experiences Questionnaire (CEQ), шкала самооцінки симптомів РДУГ (ASRS v1.1), Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R) та шкала дисоціативного досвіду (H-DES), що надало змогу всебічно охопити ключові аспекти ДМ у цій вибірці.

Порівняльний аналіз адаптацій шкали MDS показує, що, попри сталість базової структури інструменту, кожна культурна модифікація враховує специфіку психопатологічного профілю населення. У багатьох адаптаціях особливий акцент робиться на шкалах для оцінки дисоціації (DES, H-DES), симптомів РДУГ (ASRS) та депресивної симптоматики (BDS, DASS), що відображає високу коморбідність ДМ із цими психічними станами. Деякі версії – зокрема італійська та арабська – додають шкали для вимірювання сорому, алекситимії та якості життя, поглиблюючи розуміння соціально-емоційного

контексту ДМ. Інші, як-от угорська та бразильська, приділяють більше уваги дослідженню впливу дитячих травм та уявної залученості як факторів ризику.

Таким чином, адаптації шкали MDS у різних країнах демонструють універсальність цього інструменту й водночас підкреслюють необхідність урахування культурної специфіки у дослідженні феномену дезадаптивної мрійливості. Використання розширеного спектру психометричних методик дозволяє не лише забезпечити валідність і надійність шкали, а й глибше зрозуміти багатовимірну природу ДМ, її зв'язок із психічним здоров'ям та соціальним функціонуванням людини (табл. 2.1).

*Таблиця 2.1*

Зведена таблиця із наявними адаптаціями методики іншими мовами та зазначенням методик, які застосовувались для визначення конвергентної валідності

Мова адаптації	Автори	Шкали застосовані для визначення конвергентної валідності
Англійська (оригінал)	Somers et al., 2016 (14 питань) Somers et al., 2017 (16 питань)	Creative Experiences Questionnaire (CEQ) Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R) Dissociative Experiences Scale (DES) Psychosis Screener

Італійська	Schimmenti et al., 2020	Symptom Checklist–90–Revised (SCL-90–R), Traumatic Experiences Checklist (TEC), Dissociative Experiences Scale–II (DES–II), Personality Inventory for DSM–5–Brief Form–Adult (PID–5–BF), Toronto Alexithymia Scale (TAS–20), Experiences of Shame Scale (ESS).
Португальська	Figueiredo Catelan et al., 2023	Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Dissociative Experiences Scale (DES-II),
Угорська	Sándor et al., 2020	Tellegen Absorption Scale (TAS), опитувальник несприятливих дитячих переживань (ACE-10).
Турецька	Metin et al., 2022	Шкала депресії Бека (BDS), Dissociative Experiences Scale (DES), DSM-шкалу для оцінки симптомів РДУГ.
Польська	Pietkiewicz et al., 2023	WHOQOL-BREF, Environment Rating Scales
Арабська	Abu-Rayya et al., 2019	Tellegen Absorption Scale (TAS), Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE), Recovery Quality of Life Scale (RQRS), Satisfaction with Life Scale (SWLS), Social Phobia Inventory (SPIN), Social Isolation Scale (SIS), Depression Anxiety Stress Scales (DASS).

Іврит	Jopp et al., 2019	Creative Experiences Questionnaire (CEQ), Spontaneous Daydreaming Scale (SPD), Adult ADHD Self-Report Scale v1.1 (ASRS v1.1), Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R), Dissociative Experiences Scale (H-DES).
-------	-------------------	---

Враховуючи різноманітність психометричних інструментів та супутніх конструктів, застосованих в інших адаптаціях шкали ДМ, а також теоретико-емпіричні дані щодо її коморбідностей, у межах української адаптації було вирішено використати додаткові опитувальники, зокрема, шкалу PHQ-9 для вимірювання симптомів депресії, GAD-7 для оцінки тривоги, SPIN для оцінки соціальної фобії, PCL-5 для дослідження симптомів ПТСР, PSS-4 для оцінки стресу та ASRS для оцінки симптоматики РДУГ. Емпіричну модель дослідження представлено на Рис. 2.1.

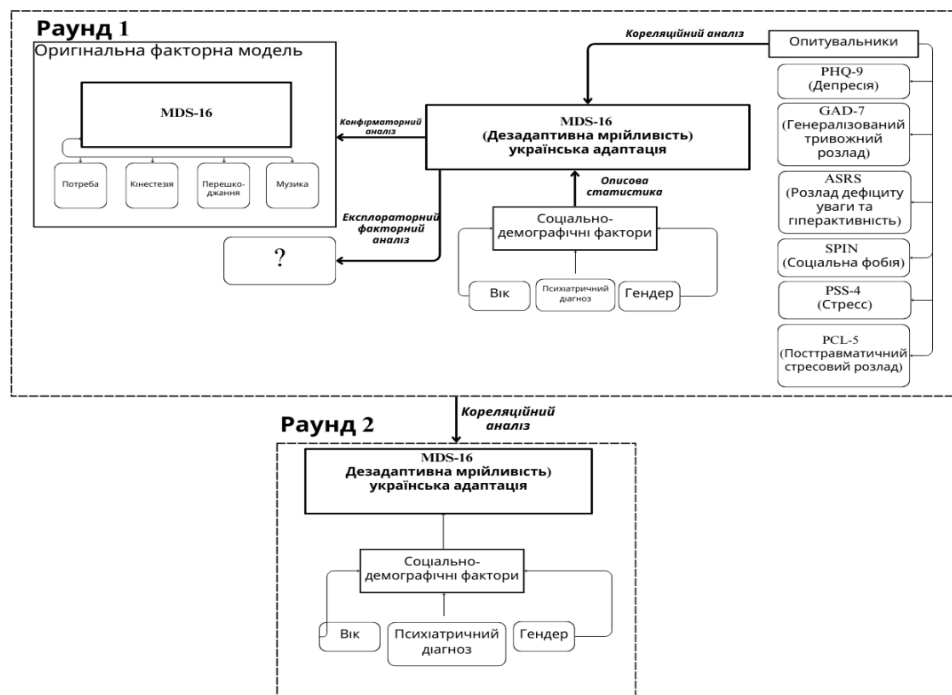


Рис. 2.1. Емпірична модель дослідження

Схема наочно ілюструє двоетапну структуру дослідження з адаптації опитувальника MDS-16 на українській вибірці. У першому раунді відображено процес перевірки факторної структури опитувальника за допомогою експлораторного та конфірматорного факторного аналізів, а також співставлення результатів з соціально-демографічними характеристиками учасників. Особливу увагу приділено вивченню кореляцій між MDS-16 та низкою психопатологічних індикаторів – депресією, тривожністю, соціофобією, симптомами РДУГ, ПТСР і рівнем стресу. Другий раунд зосереджено на повторному тестуванні, з метою перевірки надійності шкали, з подальшим аналізом зв'язку із соціально-демографічними змінними.

## **2.2. Методологія дослідження**

Шкала дезадаптивної мрійливості-16 (MDS-16) розроблена для оцінки рівня ДМ. Опитувальник включає 16 пунктів, які охоплюють такі аспекти, як частота, тривалість, рівень контролю, дистрес і вплив на повсякденну діяльність. Оцінка кожного пункту проводиться за шкалою від 0 («ніколи»/«немає») до 10 («дуже часто»/«важко»). Загальна кількість балів, отримана шляхом підсумовування відповідей, вказує на ступінь вираженості проблеми. MDS-16 був протестований на різних популяціях, демонструючи високу надійність та валідність. Шкала є корисною для моніторингу динаміки симптомів та розробки індивідуальних терапевтичних підходів (Somer та ін., 2016b).

Опитувальник здоров'я пацієнта (PHQ-9) призначений для виявлення та оцінки тяжкості депресії. Він складається з дев'яти питань, що відповідають основним критеріям депресивного розладу. Респонденти оцінюють кожен пункт за шкалою від 0 («зовсім немає») до 3 («майже кожен день»), а сума балів варіюється від 0 до 27. Рівні тяжкості класифікуються наступним чином: 5 – легкий, 10 – помірний, 15 – помірно тяжкий, 20 і більше – тяжкий ступінь депресії. Інструмент показав високу чутливість і специфічність у різних клінічних та неклінічних умовах, роблячи його універсальним як для

діагностики, так і для спостереження за динамікою стану (Kroenke та ін., 2001). У рамках дослідження застосовано україномовну версію у перекладі О. Чабана (2019).

Шкала генералізованого тривожного розладу (GAD-7) використовується для вимірювання симптомів тривожності та виявлення генералізованого тривожного розладу (ГТР). Цей опитувальник включає сім пунктів, у яких оцінюється частота симптомів тривоги за останні два тижні. Пункти оцінюються від 0 («зовсім немає») до 3 («майже кожен день»), а загальний бал варіюється від 0 до 21. Значення 5, 10 і 15 відповідають легкому, помірному та тяжкому рівню тривоги. Крім ГТР, шкала ефективна для діагностики інших тривожних розладів, таких як панічні атаки, соціальна тривожність і ПТСР. У дослідженні було застосовано переклад представлений Pfizer (2023).

Опитувальник соціальної фобії (SPIN) дозволяє оцінити ступінь вираженості соціальної тривожності. Він складається з 17 питань, що охоплюють три основні аспекти: страх, уникнення та фізіологічні симптоми. Відповіді оцінюються за шкалою від 0 («зовсім не виражений») до 4 («дуже виражений»), а підсумковий бал може досягати 68. Значення 20 і більше зазвичай свідчать про наявність соціофобії. Валідність та надійність SPIN підтверджено численними дослідженнями, а його простота робить цей інструмент ефективним для як діагностики, так і моніторингу змін у стані пацієнтів (Connor та ін., 2000). У дослідженні використано україномовну версію, створену Українським інститутом когнітивно-поведінкової терапії (Український інститут когнітивно-поведінкової терапії, n.d.).

Шкала самозвіту для дорослих щодо РДУГ (ASRS) розроблена Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) для виявлення симптомів розладу дефіциту уваги та гіперактивності у дорослих. Вона включає 18 пунктів, які відповідають діагностичним критеріям DSM-IV. Інструмент поділяється на дві частини: перша частина (6 пунктів) використовується для швидкого скринінгу, тоді як друга (12 пунктів) забезпечує більш детальну оцінку. Кожен пункт оцінюється від 0 («ніколи») до 4 («дуже часто»). Ця шкала дозволяє як

визначити наявність симптомів, так і відстежувати їх динаміку. На сьогодні немає адаптованої версії опитувальника українською мовою, тому, враховуючи силу зв'язку ДМ із РДУГ і, відповідно, важливість включення даного конструкту, дослідниками було зроблено власний переклад питань, із дотриманням процедури паралельного та зворотного перекладу.

Шкала сприйняття стресу (PSS) є популярним психологічним інструментом, що оцінює суб'єктивне сприйняття рівня стресу. Вона вимірює, наскільки респонденти відчують своє життя непередбачуваним, неконтрольованим і перевантаженим. Створена Шелдоном Коеном у 1983 році, шкала представлена у трьох версіях: PSS-10 (10 пунктів), PSS-4 (4 пункти) та PSS-14 (14 пунктів). Учасники оцінюють кожне твердження за шкалою Лайкерта від 0 («ніколи») до 4 («дуже часто»). Загальний бал визначається підсумовуванням відповідей, причому деякі пункти мають зворотну оцінку для врахування позитивних тверджень. Вищий сумарний бал свідчить про більш високий рівень стресу. Шкала валідизована у різних популяціях, демонструючи високу надійність і валідність, а також здатність відображати зміни у рівні стресу з часом. Вона добре корелює з іншими показниками стресу та загального психологічного благополуччя (Andreou та ін., 2011). Українська адаптація була зроблена у 2022 році (Вельдбрехт & Тавровецька, 2022).

Контрольний список PCL-5 використовується для оцінки симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) згідно з діагностичними критеріями DSM-5. Цей опитувальник включає 20 пунктів, кожен з яких оцінюється від 0 до 4 балів (від «зовсім ні» до «дуже сильно»). Загальний бал може варіюватися від 0 до 80, відображаючи ступінь вираженості симптомів. Крім того, шкала дозволяє оцінити симптоми за чотирма кластерами, визначеними DSM-5: нав'язливі спогади, уникнення, негативні когніції та емоції, гіперактивність.

Попередній діагноз ПТСР можна встановити за наявності принаймні одного симптому з кластеру В, одного з кластеру С, двох з кластеру D та двох з кластеру Е, якщо для кожного пункту оцінка становить 2 або більше

(«помірно»). PCL-5 також використовується для відстеження змін у симптомах ПТСР з часом (Weathers та ін., 2013). Україномовна версія цього опитувальника була адаптована компанією UA Test у 2022 році (Кульбаба, 2022).

### 2.3. Опис вибірки

Збір даних у цьому дослідженні здійснювався у два етапи із застосуванням методу рандомізованої вибірки. Опитувальник розповсюджувався через соціальні мережі дослідників, зокрема Facebook, Instagram та інші платформи. Усі учасники попередньо надали інформовану згоду на участь. У дослідженні взяли участь 645 респондентів. Процедура було схвалено Комітетом з етики факультету психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка (протокол №01-24/24). До вибірки були включені лише повнолітні учасники, які надали інформовану згоду і не мали психіатричних діагнозів. До аналізу, згідно з критеріями, було включено 591 респондент у першому раунді (Раунд 1) та 139 у другому (Раунд 2). Нижче наведено детальну характеристику вибірки за основними соціально-демографічними показниками.

У першому раунді більшість респондентів становили жінки ( $n = 482$ , 81.6%), тоді як чоловіків було значно менше ( $n = 103$ , 17.4%). Інші ідентичності позначили 1.0% учасників ( $n = 6$ ). У другому раунді також домінували жінки ( $n = 120$ , 86.3%), чоловіків було 13.7% ( $n = 19$ ), інші ідентичності не зазначалися (Рис. 2.2).

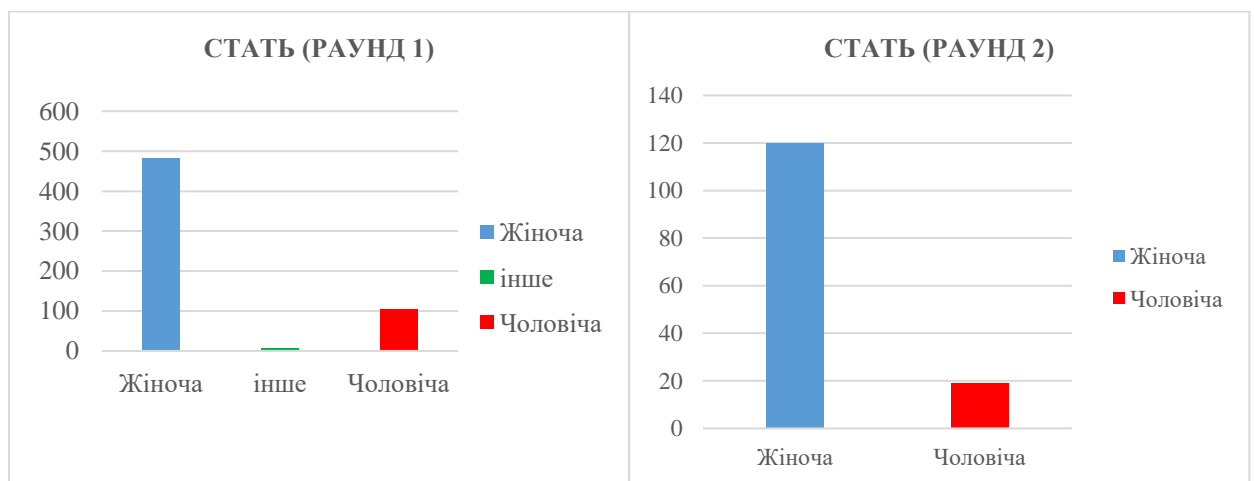


Рис. 2.2. Частотний розподіл респондентів за статтю для першого та другого раунду

У першому раунді найбільша частка респондентів була неодружена ( $n = 284$ , 48.1%), тоді як 30.1% були одружені ( $n = 178$ ). У цивільному партнерстві перебували 8.1% ( $n = 48$ ), розлучених було також 8.1% ( $n = 48$ ), а вдівців/вдов було 1.4% ( $n = 8$ ). Інші варіанти сімейного стану зазначили 4.2% ( $n = 25$ ). У другому раунді кількість одружених респондентів зросла до 39.6% ( $n = 55$ ), тоді як неодружені склали 41.0% ( $n = 57$ ). Розлучених було 8.6% ( $n = 12$ ), а в цивільному партнерстві перебували 10.1% ( $n = 14$ ) (Рис. 2.3).

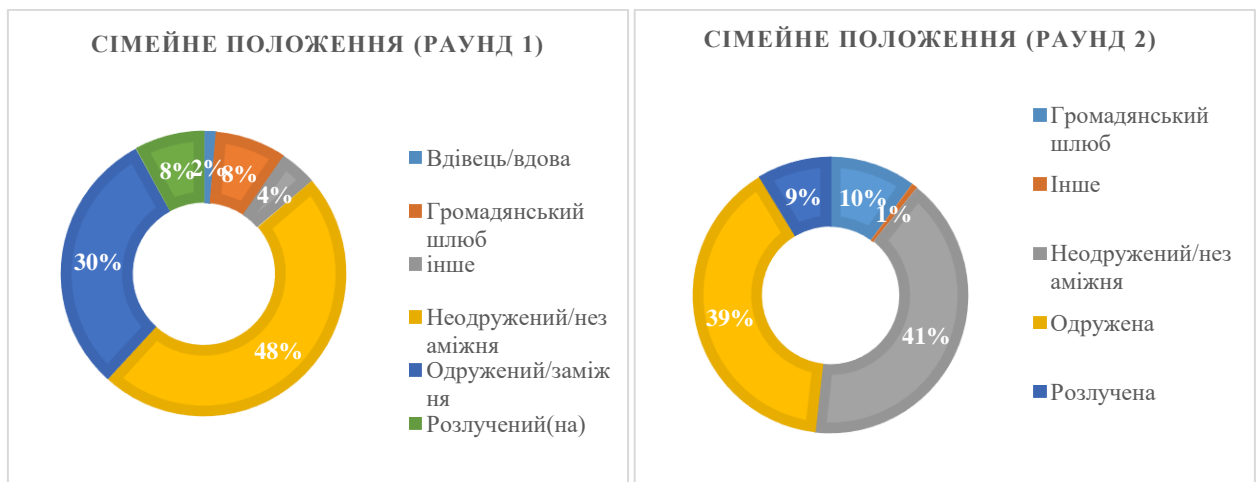


Рис. 2.3. Відсотковий розподіл респондентів за сімейним положенням для першого та другого раунду

У першому раунді більшість респондентів не мали дітей ( $n = 385$ , 65.1%), тоді як 19.5% мали одну дитину ( $n = 115$ ), 12.4% – дві ( $n = 73$ ), і лише 2.5% ( $n = 15$ ) – трьох дітей. У другому раунді кількість респондентів без дітей зменшилася до 56.1% ( $n = 78$ ), а частка тих, хто має одну або дві дитини, становила 25.2% ( $n = 35$ ) та 16.5% ( $n = 23$ ) відповідно (Рис. 2.3).

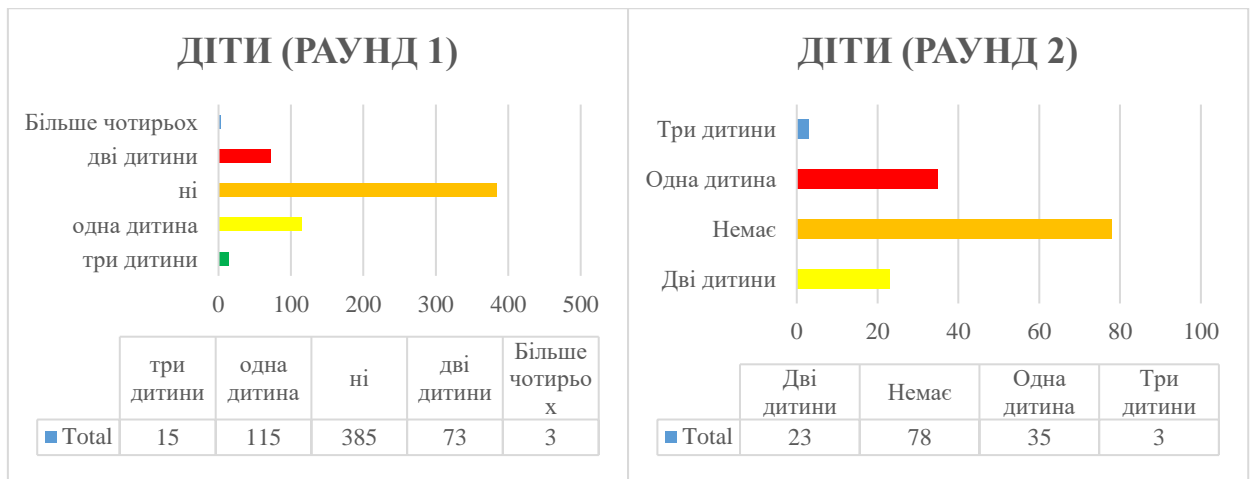


Рис. 2.3. Частотний розподіл респондентів за наявністю дітей для першого та другого раунду

Серед респондентів першого раунду 34.0% мали ступінь магістра ( $n = 201$ ), 27.7% здобули середню освіту ( $n = 164$ ), а 18.4% мали ступінь бакалавра ( $n = 109$ ). Молодших спеціалістів було 8.8% ( $n = 52$ ), осіб зі ступенем кандидата наук чи доктора наук – 5.1% ( $n = 30$ ). У другому раунді частка осіб із магістерським ступенем зросла до 44.6% ( $n = 62$ ), а бакалаврів до 23.7% ( $n = 33$ ) (Рис. 2.4).

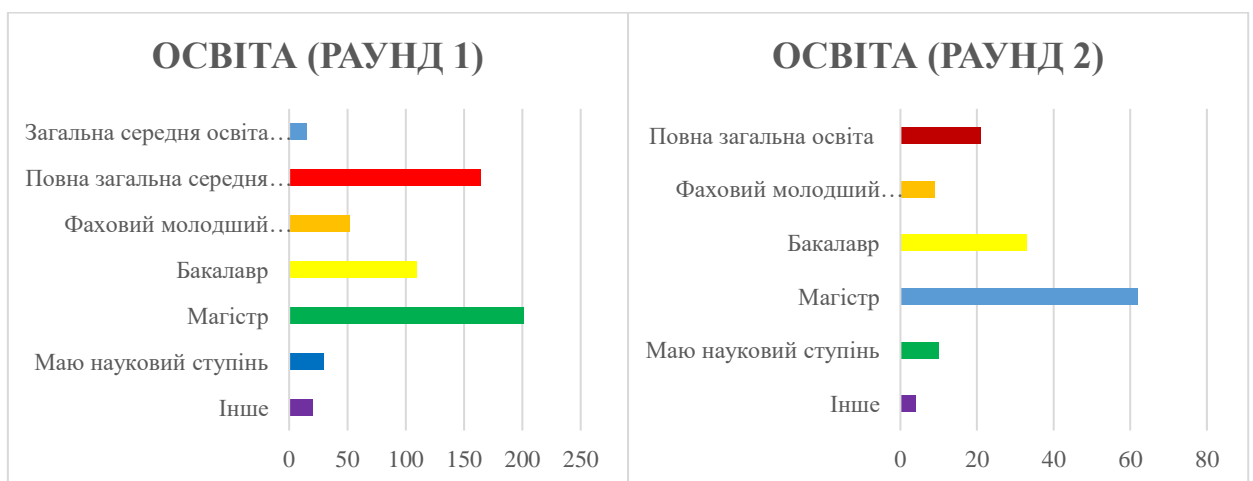


Рис. 2.4. Частотний розподіл респондентів за наявною освітою для першого та другого раунду

Щодо місячної заробітної плати, у першому раунді 19.1% респондентів заробляли менше 5000 грн ( $n = 113$ ), тоді як 16.8% мали дохід понад 30 000 грн

(n = 99). Респонденти з доходом у діапазоні 15 000–20 000 грн становили 13.5% (n = 80), а 13.4% заробляли 5000–10 000 грн (n = 79). У другому раунді частка респондентів із доходом понад 30 000 грн збільшилася до 19.4% (n = 27), тоді як 14.4% (n = 20) мали дохід менше 5000 грн (Рис. 2.5).

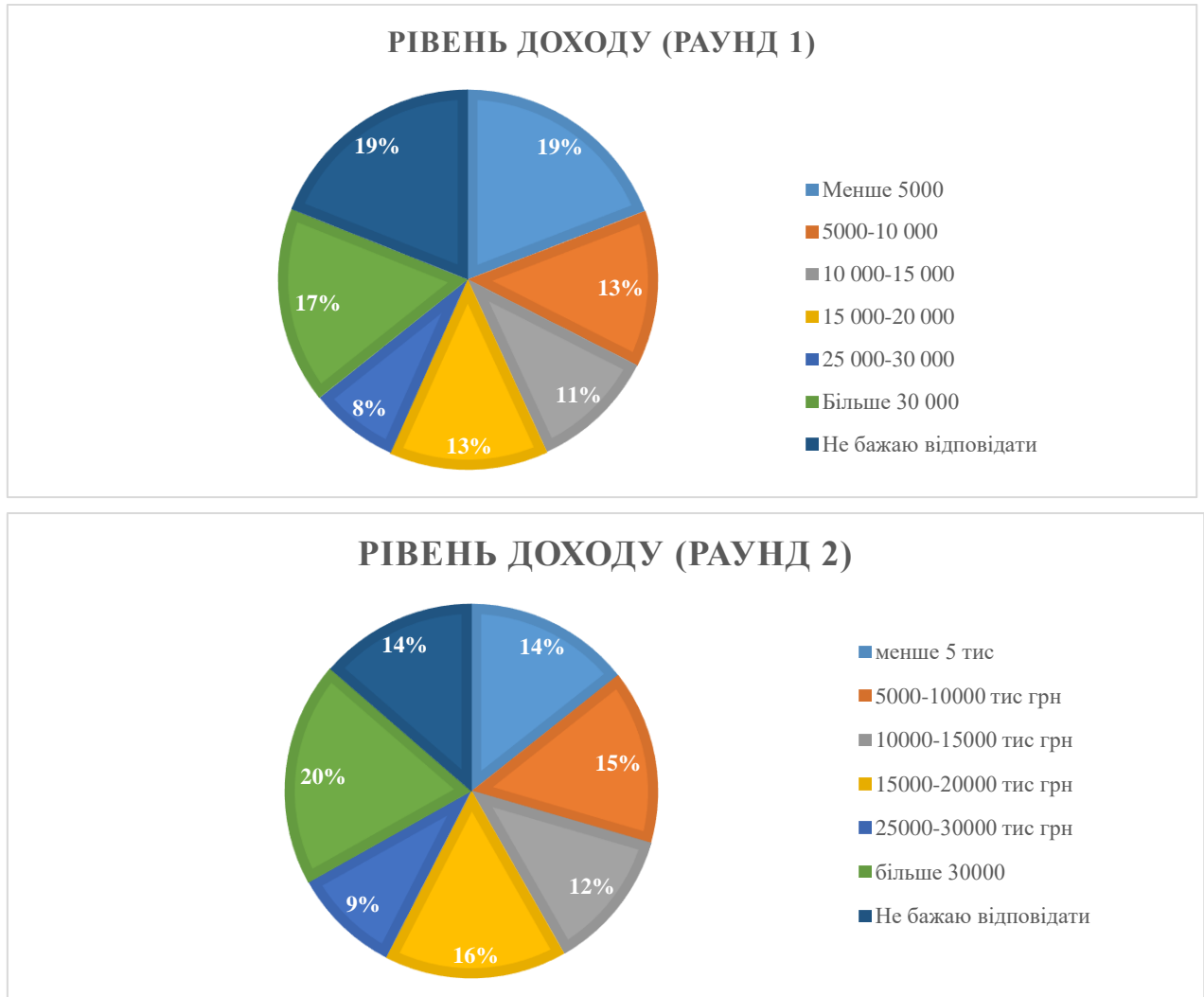


Рис. 2.5. Відсотковий розподіл респондентів за рівнем доходу для першого та другого раунду

Вибірка в обох раундах представлена переважно жінками, більшістю з яких є неодружені або бездітні. Учасники мають високий рівень освіти та помірно різні рівні доходів, що робить вибірку репрезентативною для соціально активних груп населення.

#### 2.4. Дизайн дослідження

Дозвіл на переклад Шкали дезадаптивної мрійливості-16 (MDS-16) було отримано від авторів оригінальної роботи (Somer та ін., 2016). Процес перекладу був ретельним і включав різні методології для забезпечення лінгвістичної точності, культурної відповідності та концептуальної еквівалентності з англійським оригіналом. Переклад проводився з використанням методів зворотного перекладу, паралельного перекладу, двомовного аналізу та комітетного підходу (Cha та ін., 2007).

На початковому етапі опитувальник було перекладено українською мовою дослідником, який володіє англійською та українською мовами та має досвід у дослідженні психологічних концептів, що лежать в основі шкали. Перший варіант перекладу було переглянуто експертом-лінгвістом із фаховим бекграундом у галузі психології для перевірки контекстуальної відповідності. Потім другий двомовний фахівець, який мав філологічну освіту, незалежно виконав паралельний переклад опитувальника та провів оцінку еквівалентності. Обидва переклади було порівняно для перевірки узгодженості та точності.

Після цього два дослідники співпрацювали для узгодження розбіжностей та досягнення консенсусу щодо остаточної української версії, використовуючи комітетний підхід, що включав об'єднання знань дослідників і лінгвістів. Завершений переклад був підданий зворотному перекладу незалежним дослідником, який володів обома мовами, але не був знайомий з оригінальним текстом. Цей етап забезпечував уникнення упереджень. Зворотний переклад порівнювали з оригінальною англійською версією та українським перекладом, ретельно обговорюючи будь-які розбіжності.

Суттєвим викликом під час перекладу стала відсутність прямого відповідника англійського терміна “daydreaming” в українській мові. Щоб вирішити цю проблему та забезпечити зрозумілість для учасників, дослідники додали приклади та пояснення терміна. Згідно з рекомендаціями Johns (2019), такий підхід знижує рівень неоднозначності та підвищує надійність і валідність опитувальника. Учасників повідомили, що термін “daydreaming” або споріднені

слова часто зустрічатимуться в запитаннях. Було уточнено, що у цьому контексті “daydreaming” означає “надмірне, яскраве і активне фантазування”. Для подальшого забезпечення точності в розумінні терміну в українській мові, перед початком опитування в тексті було надано пояснення про природу мрійливості. Остаточну версію перекладеного опитувальника представлено у додаткових матеріалах (Додаток А, Таблиця А.1). Перед проведенням основних раундів дослідження нами було проведено також пілотажне дослідження з метою з'ясування особливостей сприйняття зробленого перекладу (Balashevych et al., 2024).

Збір даних проводився у два етапи із використанням методу снігової кулі. Опитувальник поширювався через соціальні мережі дослідників, такі як Facebook, Instagram тощо. Усі учасники надали інформовану згоду. Загалом у дослідженні взяли участь 645 респондентів. Дослідження було схвалене Етичним комітетом факультету психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка (№01-24/24). До вибірки включали лише повнолітніх осіб, які надали інформовану згоду та не мали встановлених психіатричних діагнозів.

Для оцінки надійності тесту при повторному тестуванні шкали MDS-16 через три місяці після початкового дослідження респондентам було запропоновано повторно заповнити опитувальник. Запрошення було надіслано на електронні адреси, надані під час першого етапу.

Для проведення статистичного аналізу використовувалася програма Jamovi (версія 2.3) (Şahin & Aybek, 2019). Для опису характеристик вибірки було розраховано основні описові статистики. Надійність опитувальника оцінювалася за допомогою коефіцієнта альфа Кронбаха.

Для дослідження базової структури психологічної шкали було застосовано дослідницький факторний аналіз (EFA), який допоміг визначити оптимальну кількість латентних факторів, що найточніше відображають структуру даних. Для перевірки відповідності отриманої факторної моделі

гіпотетичній структурі шкали та її узгодженості з емпіричними даними був використаний підтверджувальний факторний аналіз (CFA).

Коефіцієнт кореляції Пірсона застосовувалася для аналізу взаємозв'язків шкали, що адаптується та іншими конструктами з метою оцінки конвергентної валідності. Для оцінки надійності тесту при повторному тестуванні також використовувався коефіцієнт кореляції Пірсона.

Крім того, для визначення оптимального порогового значення (cut-off point) шкали дезадаптивної мрійливості (MDS-16), яке дозволяє розрізняти осіб із дезадаптивною мрійливістю та без неї, був проведений ROC-аналіз, також додатково було перевірку отриманого порогового значення за допомогою хі-квадрату Пірсона.

## Висновок до розділу 2

У розділі описано процес адаптації Шкали дезадаптивної мрійливості-16 (MDS-16) для україномовної аудиторії та обґрунтовано вибір методології дослідження. Переклад здійснювався з дотриманням високих стандартів, включаючи методи зворотного перекладу, паралельного перекладу та двомовного аналізу. Особливу увагу приділено правильному розумінню терміна “daydreaming”, що не має прямого відповідника в українській мові. Для цього були надані пояснення та приклади, щоб уникнути неоднозначностей.

Дослідження проводилося з використанням валідованих інструментів для оцінки дотичних психологічних конструктів, таких як тривожність (GAD-7), депресія (PHQ-9), соціофобія (SPIN), стрес (PSS) та симптоматика посттравматичного стресового розладу (PCL-5). Такий комплексний підхід обґрунтовано зв'язками дезадаптивної мрійливості з іншими психічними станами.

Вибірка була сформована із застосуванням методу снігової кулі, охоплюючи 645 учасників, із яких 591 відповідали критеріям включення. Дослідження відповідає етичним стандартам і було затверджене Етичним комітетом. Для оцінки стабільності шкали було проведено повторне тестування через три місяці, що дозволило перевірити її надійність.

Статистичний аналіз проводився за допомогою програми Jamovi. Використані методи включали розрахунок альфа Кронбаха для оцінки внутрішньої узгодженості, дослідницький і підтверджувальний факторний аналізи для вивчення структури шкали, а також ROC-аналіз для визначення оптимальних порогових значень. Усі ці кроки підтвердили відповідність методології цілей дослідження.

## РОЗДІЛ 3

**АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ  
АДАПТАЦІЇ ТА ВАЛІДАЦІЯ ОПИТУВАЛЬНИКА MDS-16 НА  
УКРАЇНСЬКИЙ ВИБІРЦІ**

**3.1. Аналіз внутрішньо узгодженості адаптованої методики**

У Таблиці 3.1 наведено описові статистики для кожного пункту опитувальника, згрупованих у чотири первинні фактори відповідно до оригінальної факторної структури. Зокрема, вказані середні значення (M) та стандартні відхилення (SD), а також оцінки асиметрії та ексцесу, які допомагають перевірити відхилення розподілу від нормального. У переважній більшості пунктів спостерігається відносно невелике відхилення (асиметрія не перевищує |1|), що дозволяє припустити прийнятну наближеність до нормального розподілу для подальших аналізів.

Також у таблиці відображено коефіцієнт альфа Кронбаха для кожної з чотирьох груп пунктів (факторів). Усі значення альфа перебувають на прийнятному рівні (більше 0.70), що свідчить про достатню внутрішню узгодженість цих підшкал. З-поміж них найвищий показник (0.91) спостерігається у фактора «Порушення», а найнижчий (0.71) – у фактора «Музика» (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Описові статистики та показники надійності (Кронбаха) пунктів  
опитувальника за початковою факторною структурою

Фактор	Номер пункт у	Середнє	Стандартне відхилення	Асиметрія	Ексцес	Показник Альфа Кронбаха
Музика	1	6.06	2.92	-0.381	-0.905	0.707
	16	3.02	3.10	0.715	-0.696	
Кінестезія	3	3.42	2.98	0.573	-0.837	0.718

Продовження табл. 3.1

Жага	2	4.43	2.70	0.152	-0.881	0.818
	4	2.48	2.62	0.917	-0.107	
	10	2.67	2.72	0.946	-0.111	
	12	2.18	2.46	1.09	0.369	
	13	1.99	2.66	1.49	1.33	
	15	5.92	3.00	-0.291	-0.969	
Порушення	5	2.06	2.48	1.20	0.574	0.911
	6	1.75	2.43	1.51	1.49	
	7	2.92	3.02	0.871	-0.459	
	8	2.38	2.65	1.01	-0.0572	
	9	2.32	2.55	1.02	0.0318	
	11	1.93	2.43	1.35	1.03	

Для оцінки внутрішньої узгодженості Шкали дезадаптивної мрійливості (MDS-16) було використано коефіцієнт альфа Кронбаха. Аналіз показав високий рівень надійності шкали в українській вибірці, що підтверджується значенням альфа Кронбаха = 0.910.

Для додаткової перевірки надійності отриманих даних було обчислено коефіцієнти кореляції Пірсона з метою оцінки лінійного зв'язку між пунктами опитувальника 1–16.

Було виявлено помірний позитивний зв'язок між пунктом 2 та пунктом 1,  $r(589) = .40$ ,  $p < .001$ . Аналогічно, пункт 3 помірно позитивно корелював із пунктом 1,  $r(589) = .39$ ,  $p < .001$ , а також із пунктом 2,  $r(589) = .38$ ,  $p < .001$ . Між пунктом 4 та пунктом 1 також спостерігався помірний позитивний зв'язок,  $r(589) = .38$ ,  $p < .001$ , а кореляція між пунктом 4 і пунктом 2 була дещо вищою,

$r(589) = .46$ ,  $p < .001$ . Крім того, пункт 4 помірно позитивно корелював із пунктом 3,  $r(589) = .37$ ,  $p < .001$ .

Пункт 5 мав помірний позитивний зв'язок із пунктом 1,  $r(589) = .36$ ,  $p < .001$ , з пунктом 2,  $r(589) = .40$ ,  $p < .001$ , із пунктом 3,  $r(589) = .33$ ,  $p < .001$ , і досить виражений позитивний зв'язок із пунктом 4,  $r(589) = .46$ ,  $p < .001$ .

Пункт 6 мав слабкий позитивний зв'язок із пунктом 1,  $r(589) = .30$ ,  $p < .001$ , а також помірний позитивний зв'язок із пунктом 2,  $r(589) = .33$ ,  $p < .001$ . Зв'язок із пунктом 3 був слабким,  $r(589) = .26$ ,  $p < .001$ , тоді як із пунктом 4 – помірним,  $r(589) = .38$ ,  $p < .001$ . Особливо виражений позитивний зв'язок виявлено між пунктом 6 та пунктом 5,  $r(589) = .73$ ,  $p < .001$ .

Пункт 7 показав помірний позитивний зв'язок із пунктом 1,  $r(589) = .34$ ,  $p < .001$ , із пунктом 2,  $r(589) = .31$ ,  $p < .001$ , і з пунктом 3,  $r(589) = .33$ ,  $p < .001$ . Крім того, він мав помірний зв'язок із пунктом 4,  $r(589) = .41$ ,  $p < .001$ , сильний зв'язок із пунктом 5,  $r(589) = .62$ ,  $p < .001$ , а також із пунктом 6,  $r(589) = .56$ ,  $p < .001$ .

Пункт 8 виявив помірний позитивний зв'язок із пунктом 1,  $r(589) = .31$ ,  $p < .001$ , із пунктом 2,  $r(589) = .37$ ,  $p < .001$ , і слабкий позитивний зв'язок із пунктом 3,  $r(589) = .28$ ,  $p < .001$ . Також спостерігалися помірні до сильних зв'язки з пунктом 4,  $r(589) = .41$ ,  $p < .001$ , пунктом 5,  $r(589) = .65$ ,  $p < .001$ , пунктом 6,  $r(589) = .61$ ,  $p < .001$ , і пунктом 7,  $r(589) = .58$ ,  $p < .001$ .

Пункт 9 помірно корелював із пунктом 1,  $r(589) = .34$ ,  $p < .001$ , із пунктом 2,  $r(589) = .37$ ,  $p < .001$ , із пунктом 3,  $r(589) = .41$ ,  $p < .001$ , а також із пунктом 4,  $r(589) = .41$ ,  $p < .001$ . Значущі сильні зв'язки спостерігалися між пунктом 9 і пунктом 5,  $r(589) = .65$ ,  $p < .001$ , пунктом 6,  $r(589) = .61$ ,  $p < .001$ , пунктом 7,  $r(589) = .68$ ,  $p < .001$ , та пунктом 8,  $r(589) = .65$ ,  $p < .001$ .

Пункт 10 мав помірний позитивний зв'язок із пунктом 1,  $r(589) = .32$ ,  $p < .001$ , а також сильний зв'язок із пунктом 2,  $r(589) = .53$ ,  $p < .001$ . Помірні зв'язки простежувалися з пунктом 3,  $r(589) = .34$ ,  $p < .001$ , пунктом 4,  $r(589) = .50$ ,  $p < .001$ , пунктом 5,  $r(589) = .42$ ,  $p < .001$ , пунктом 6,  $r(589) = .33$ ,  $p < .001$ , пунктом

7,  $r(589) = .39$ ,  $p < .001$ , пунктом 8,  $r(589) = .44$ ,  $p < .001$ , і пунктом 9,  $r(589) = .47$ ,  $p < .001$ .

Пункт 11 продемонстрував слабкий позитивний зв'язок із пунктом 1,  $r(589) = .27$ ,  $p < .001$ , помірний – із пунктом 2,  $r(589) = .33$ ,  $p < .001$ , та слабкий – із пунктом 3,  $r(589) = .29$ ,  $p < .001$ . Далі спостерігалися помірні до сильних зв'язки з пунктом 4,  $r(589) = .38$ ,  $p < .001$ , пунктом 5,  $r(589) = .65$ ,  $p < .001$ , пунктом 6,  $r(589) = .62$ ,  $p < .001$ , пунктом 7,  $r(589) = .58$ ,  $p < .001$ , пунктом 8,  $r(589) = .74$ ,  $p < .001$ , і пунктом 9,  $r(589) = .63$ ,  $p < .001$ .

Пункт 12 показав слабкий позитивний зв'язок із пунктом 1,  $r(589) = .29$ ,  $p < .001$ , із пунктом 2,  $r(589) = .32$ ,  $p < .001$ , і з пунктом 3,  $r(589) = .26$ ,  $p < .001$ . Помірні зв'язки відзначалися з пунктом 4,  $r(589) = .44$ ,  $p < .001$ , пунктом 5,  $r(589) = .40$ ,  $p < .001$ , пунктом 6,  $r(589) = .36$ ,  $p < .001$ , пунктом 7,  $r(589) = .40$ ,  $p < .001$ , пунктом 8,  $r(589) = .35$ ,  $p < .001$ , пунктом 9,  $r(589) = .35$ ,  $p < .001$ , пунктом 10,  $r(589) = .37$ ,  $p < .001$ , і пунктом 11,  $r(589) = .38$ ,  $p < .001$ .

Пункт 13 продемонстрував помірний позитивний зв'язок із пунктом 1,  $r(589) = .37$ ,  $p < .001$ , пунктом 2,  $r(589) = .41$ ,  $p < .001$ , пунктом 3,  $r(589) = .34$ ,  $p < .001$ , пунктом 4,  $r(589) = .50$ ,  $p < .001$ , пунктом 5,  $r(589) = .51$ ,  $p < .001$ , пунктом 6,  $r(589) = .41$ ,  $p < .001$ , пунктом 7,  $r(589) = .42$ ,  $p < .001$ , пунктом 8,  $r(589) = .42$ ,  $p < .001$ , пунктом 9,  $r(589) = .43$ ,  $p < .001$ , пунктом 10,  $r(589) = .40$ ,  $p < .001$ , пунктом 11,  $r(589) = .40$ ,  $p < .001$ , і сильний зв'язок із пунктом 12,  $r(589) = .51$ ,  $p < .001$ .

Пункт 14 мав помірні позитивні зв'язки з пунктом 1,  $r(589) = .34$ ,  $p < .001$ , пунктом 2,  $r(589) = .31$ ,  $p < .001$ , а також сильний зв'язок із пунктом 3,  $r(589) = .56$ ,  $p < .001$ . Помірні зв'язки спостерігалися з пунктом 4,  $r(589) = .35$ ,  $p < .001$ , пунктом 5,  $r(589) = .40$ ,  $p < .001$ , пунктом 6,  $r(589) = .37$ ,  $p < .001$ , пунктом 7,  $r(589) = .40$ ,  $p < .001$ , пунктом 8,  $r(589) = .33$ ,  $p < .001$ , пунктом 9,  $r(589) = .45$ ,  $p < .001$ , пунктом 10,  $r(589) = .33$ ,  $p < .001$ , пунктом 11,  $r(589) = .32$ ,  $p < .001$ , пунктом 12,  $r(589) = .33$ ,  $p < .001$ , і пунктом 13,  $r(589) = .33$ ,  $p < .001$ .

Пункт 15 виявив помірний позитивний зв'язок із пунктом 1,  $r(589) = .47$ ,  $p < .001$ , пунктом 2,  $r(589) = .46$ ,  $p < .001$ , пунктом 3,  $r(589) = .35$ ,  $p < .001$ ,

пунктом 4,  $r(589) = .41$ ,  $p < .001$ , пунктом 5,  $r(589) = .33$ ,  $p < .001$ , а також слабкі позитивні зв'язки з пунктами 6–9 (діапазон  $r = .21 - .29$ , усі  $p < .001$ ). Помірні зв'язки були також із пунктом 10,  $r(589) = .33$ ,  $p < .001$ , пунктом 12,  $r(589) = .37$ ,  $p < .001$ , пунктом 13,  $r(589) = .45$ ,  $p < .001$ , і пунктом 14,  $r(589) = .35$ ,  $p < .001$ .

Нарешті, пункт 16 продемонстрував сильний позитивний зв'язок із пунктом 1,  $r(589) = .55$ ,  $p < .001$ , слабкі позитивні зв'язки з пунктами 2–9 (діапазон  $r = .19 - .29$ , усі  $p < .001$ ), помірний зв'язок із пунктом 10,  $r(589) = .34$ ,  $p < .001$ , і пунктом 14,  $r(589) = .35$ ,  $p < .001$  (Рис. 3.1).

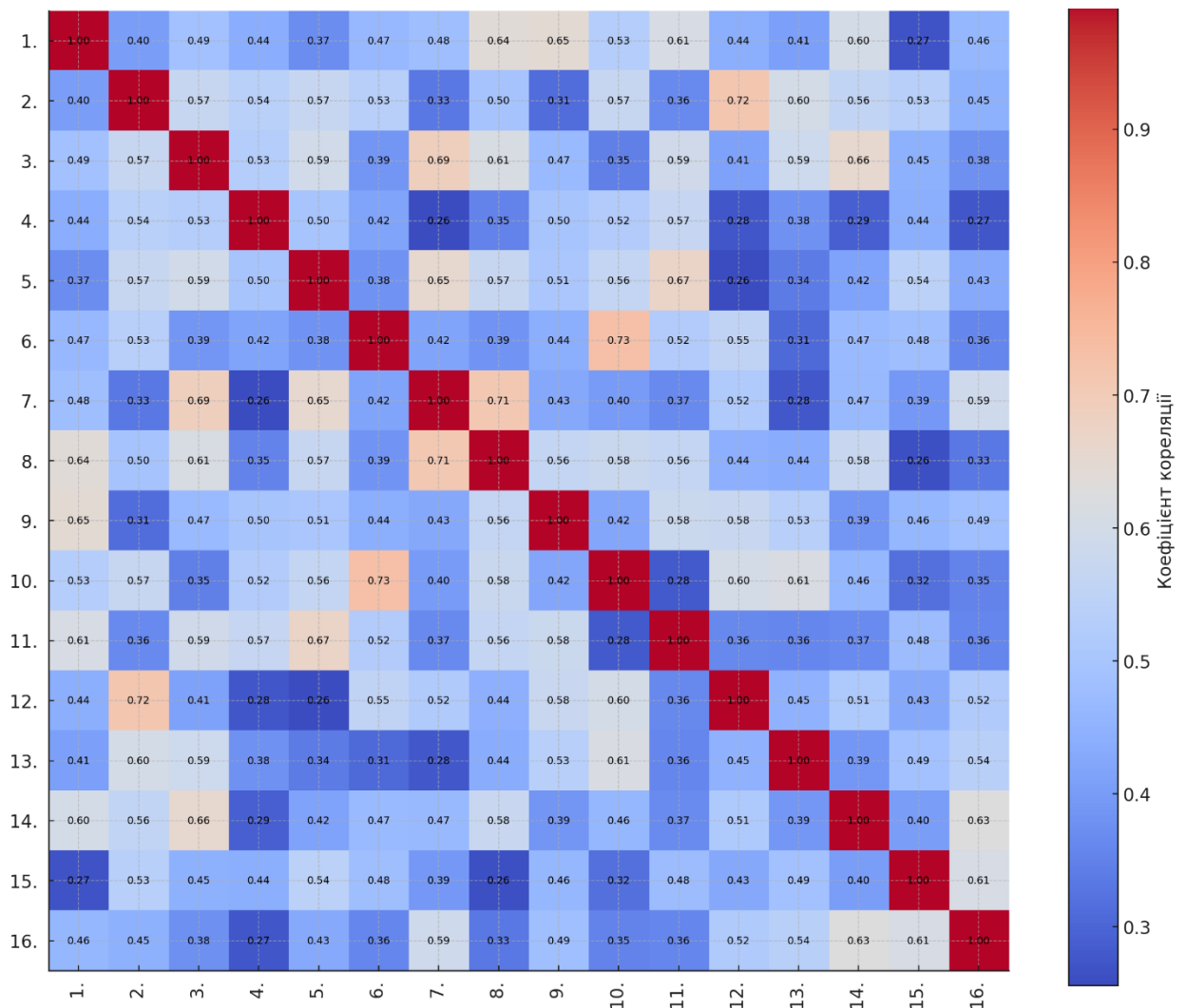


Рис. 3.1. Теплова мапа інтеркореляцій питань MDS-16

Результати кореляційного аналізу засвідчили високий рівень внутрішньої узгодженості між пунктами опитувальника. Переважна більшість пунктів

демонструвала помірні або сильні позитивні кореляції між собою, що свідчить про те, що вони вимірюють взаємопов'язані аспекти досліджуваного феномену.

Найбільш виражені кореляційні зв'язки спостерігалися між пунктами, що стосуються труднощів із контролем мріяння та його втручання у повсякденне життя (наприклад, між пунктами 5 і 6,  $r = .73$ ; пунктами 7 і 5,  $r = .62$ ; пунктами 9 і 7,  $r = .68$ ). Це підкреслює узгодженість відповідей респондентів у контексті негативних наслідків мріяння.

Також помітно виражені кореляції були між пунктами, що описують емоційні або поведінкові реакції на мріяння (наприклад, пункт 11 і пункт 8,  $r = .74$ ; пункт 9 і пункт 8,  $r = .65$ ), що вказує на існування конструктної єдності у цій групі тверджень.

Водночас деякі пункти, зокрема ті, що стосувалися фізичних або зовнішніх проявів мріяння (наприклад, пункти 14 і 3,  $r = .56$ ) чи супроводу мріяння музикою (наприклад, пункт 16 і пункт 1,  $r = .55$ ), демонстрували менш виражені, але все ж помірні зв'язки з іншими пунктами, що свідчить про дещо відмінний, специфічний вимір досліджуваної конструкції.

### **3.2. Дослідження латентної структури адаптованого опитувальника та оцінка конструкційної валідності інструменту**

Дослідницький факторний аналіз (EFA) було проведено для вивчення латентної структури шкали MDS-16 у межах української вибірки (табл. 3.2). Використовувався метод максимальної правдоподібності з облімін-обертанням, що дозволяє враховувати кореляцію між факторами. Аналіз виявив трьохфакторну модель, яка пояснює 51.7% загальної дисперсії.

Перший фактор, який можна інтерпретувати як «Порушення повсякденного функціонування», пояснює 25.1% дисперсії (SS Loadings = 4.01). До нього увійшли такі показники: «Наскільки мріяння заважають вашим професійним або особистим досягненням?» ( $\lambda = .850$ ), «Наскільки мріяння заважають досягненню ваших життєвих цілей?» ( $\lambda = .812$ ), «Наскільки ви засмучені кількістю часу, який ви витрачаєте на мріяння?» ( $\lambda = .794$ ), та інші

подібні пункти, що стосуються перешкод, викликаних мріанням, у повсякденному житті.

Другий фактор описує «Емоційне залучення та стимуляція мріання» та пояснює 18.8% дисперсії (SS Loadings = 3.01). До цього фактора увійшли такі індикатори, як “Коли ви мрієте, наскільки вас це заспокоює та/або приносить вам задоволення?” ( $\lambda = .700$ ), “Коли подія з реального життя переривала одну з ваших мрій, наскільки сильною була ваша потреба повернутися до цієї мрії?” ( $\lambda = .656$ ), а також інші пункти, що відображають емоційну привабливість мріання.

Третій фактор можна охарактеризувати як «Соматосенсорне та фізичне залучення», він пояснює 7.9% дисперсії (SS Loadings = 1.26). Основними індикаторами є: “Як часто ваші мріання супроводжуються фізичними рухами, такими як ходіння, розгойдування чи розмахування руками?” ( $\lambda = .680$ ) та “Наскільки часто наразі ваші мріання супроводжуються звуками чи мімікою (наприклад, сміхом, розмовами або промовлянням слів)?” ( $\lambda = .580$ ) (Таблиця 3.2).

Фактори помірно корелюють між собою, що підтверджує доцільність використання косо-орієнтованої ротації. Кореляція між фактором 1 і фактором 2 становила  $r = .610$ , між фактором 1 і фактором 3 –  $r = .419$ , між фактором 2 і фактором 3 –  $r = .549$ .

Модель демонструє прийнятну, хоча і не ідеальну, якість підгонки:  $\chi^2(75) = 381$ ,  $p < .001$ , показник TLI = .892, а RMSEA = .083 (90% CI [.075, .092]), що свідчить про задовільну, але межову адекватність моделі (значення RMSEA нижче .08 вважається прийнятним).

Факторна структура шкали дезадаптивної мріливості отримана за допомогою експлораторного факторного аналізу

Номер питання в опитувальнику	Фактори		
	Порушення повсякденного функціонування	Емоційне залучення та стимуляція мріяння	Соматосенсорне та фізичне залучення
1.		0.525	
2.		0.656	
3.			0.580
4.		0.627	
5.	0.752		
6.	0.794		
7.	0.669		
8.	0.812		
9.	0.730		
10.		0.507	
11.	0.850		
12.		0.471	
13.		0.593	
14.			0.680
15.		0.700	
16.		0.382	

Також перед проведенням експлораторного факторного аналізу було перевірено відповідність даних до припущень факторного аналізу. Результати тесту сферичності Бартлетта засвідчили статистично значущу відмінність від одиночної матриці кореляцій,  $\chi^2(120) = 4688$ ,  $p < .001$ , що свідчить про придатність даних для факторного аналізу. Індекс адекватності вибірки за Кайзером-Мейєром-Олкіном (КМО) був

високим: загальний показник становив .920, що вказує на “відмінну” відповідність. Індивідуальні показники MSA варіювалися від .816 до .955, що додатково підтверджує адекватність змінних для включення у факторний аналіз. Найвищі значення спостерігалися для пункту 4 (“Наскільки вас засмучує ваша нездатність знайти час для мріяння?”; MSA = .955) та пункту 7 (“Наскільки вам було важко залишатися сконцентрованим і довести справу до кінця без мріяння?”; MSA = .949). Найнижчий показник було зафіксовано для пункту 16 (“Деяким людям важко мріяти, якщо вони не слухають музику.”; MSA = .816), що все ж залишається в межах прийнятних значень.

Попередній аналіз власних значень свідчить про наявність двох факторів з власними значеннями понад 1, а саме: фактор 1 (eigenvalue = 6.483) та фактор 2 (eigenvalue = 1.072). Третій фактор мав власне значення нижче 1 (eigenvalue = 0.320), що не відповідає критерію Кайзера ( $> 1$ ). Проте, враховуючи підсумковий факторний аналіз (див. попередній опис), було вирішено залишити трьохфакторну модель для кращої теоретичної інтерпретації структури даних (Рис. 3.2).

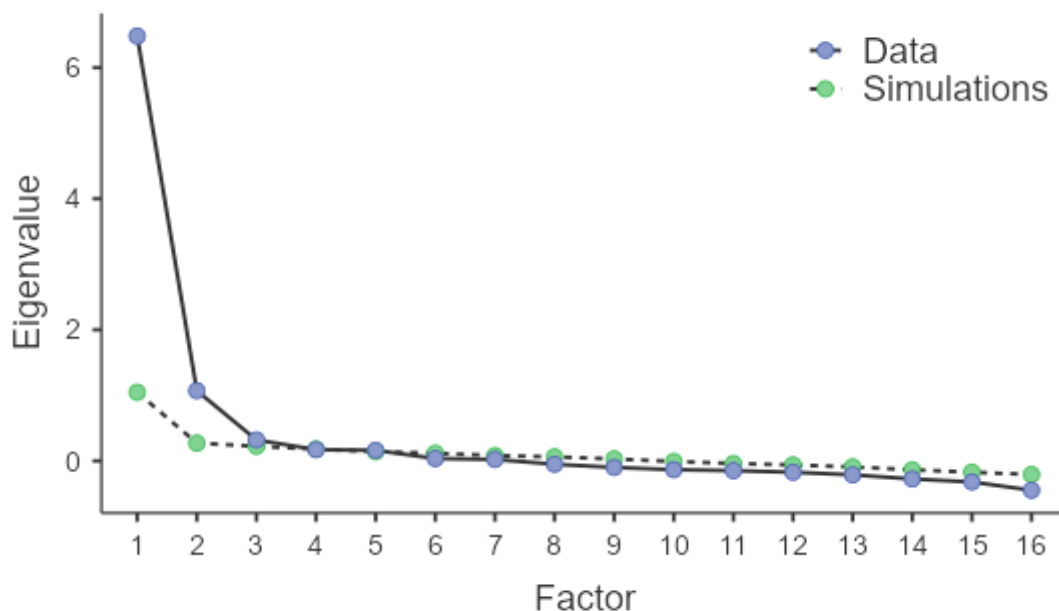


Рис. 3.2. Діаграма осипу (scree plot) для оцінки кількості факторів за критерієм власного значення ( $>1$ )

В оригінальній моделі фактор “Музика” (пункти 1 і 16), що описував роль музики як тригера мріяння, не виокремився як самостійний фактор. Замість цього ці пункти увійшли до складу Фактора 2, що вказує на інтеграцію музичних стимулів у ширший контекст емоційних тригерів.

З метою перевірки факторної структури, що була виявлена за допомогою експлораторного факторного аналізу, було проведено підтверджувальний факторний аналіз (CFA). Розглянута модель передбачала трьохфакторну структуру, яка відповідала теоретичним припущенням і результатам EFA.

Усі показники мали статистично значущі факторні навантаження ( $p < .001$ ), що свідчить про належну репрезентативність кожного індикатора для відповідного латентного фактора.

Перший фактор – “Емоційне залучення та стимуляція мріяння” – включав вісім індикаторів. Найвищі факторні навантаження спостерігались у пунктів 15 (Estimate = 1.85, SE = 0.1185, Z = 15.6,  $p < .001$ ), 4 (Estimate = 1.84, SE = 0.0995, Z = 18.5,  $p < .001$ ) та 13 (Estimate = 1.81, SE = 0.1021, Z = 17.7,  $p < .001$ ), що вказує на сильний вклад цих показників у формування фактора.

Другий фактор – “Порушення повсякденного функціонування” – об’єднав шість індикаторів, із найвищим факторним навантаженням для пункту 7 (Estimate = 2.25, SE = 0.1087, Z = 20.7,  $p < .001$ ) та пункту 8 (Estimate = 2.14, SE = 0.0921, Z = 23.3,  $p < .001$ ), що демонструє високий рівень відображення факторної сутності цими пунктами.

Третій фактор – “Соматосенсорне та фізичне залучення” – складався з двох індикаторів: пункт 3 (Estimate = 2.19, SE = 0.1265, Z = 17.3,  $p < .001$ ) та пункт 14 (Estimate = 2.37, SE = 0.1319, Z = 17.9,  $p < .001$ ). Обидва показники мали високі факторні навантаження, що підтверджує цілісність даного конструкта (Рисунок 3.3).

Між факторами спостерігалися статистично значущі позитивні коваріації. Фактор “Емоційне залучення та стимуляція мріяння” позитивно корелював із фактором “Порушення повсякденного функціонування” (Estimate = 0.713, SE = 0.0265, Z = 27.0,  $p < .001$ ), а також із фактором “Соматосенсорне та фізичне

залучення” (Estimate = 0.715, SE = 0.0343, Z = 20.9,  $p < .001$ ). Взаємозв’язок між факторами “Порушення повсякденного функціонування” та “Соматосенсорне та фізичне залучення” також був значущим і помірним (Estimate = 0.586, SE = 0.0379, Z = 15.5,  $p < .001$ ). Ці результати підтверджують припущення про концептуальну спорідненість між виділеними факторами. Інтерцепти всіх трьох факторів були зафіксовані на рівні 1.00, відповідно до специфікації моделі.

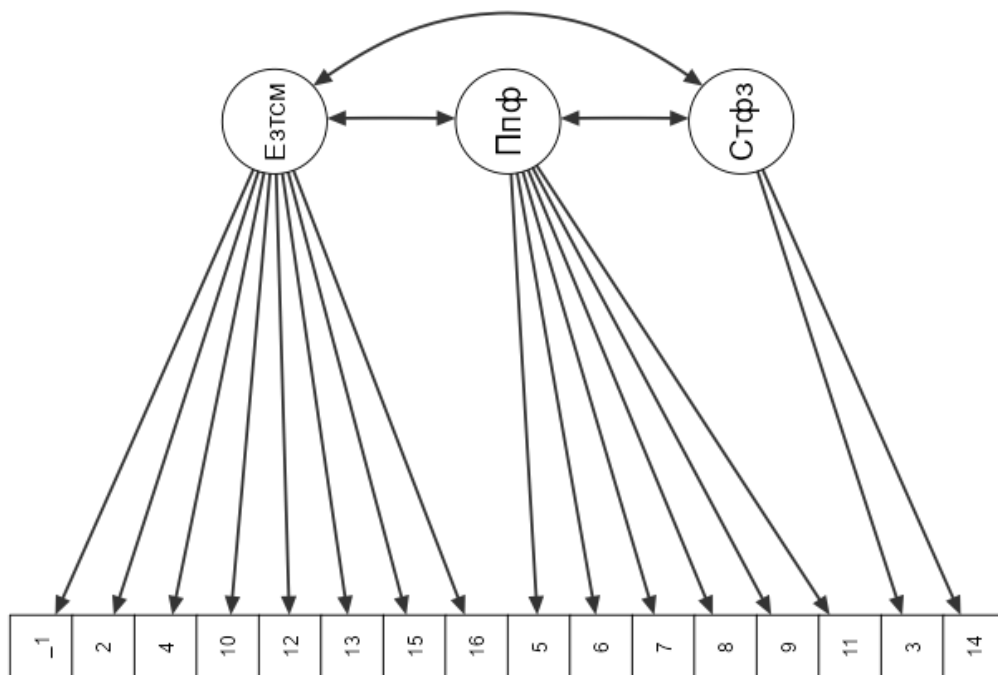
Показники відповідності моделі засвідчили прийнятну, хоча й не ідеальну, якість узгодженості даних із припущеною трьохфакторною структурою. Значення  $\chi^2(101) = 510$ ,  $p < .001$ , хоча й вказує на статистично значущу відмінність між спостережуваною та очікуваною матрицями ковариацій, є типовим для великих вибірок. Показник CFI становив .912, а TLI – .895, що свідчить про прийнятну відповідність моделі даним (значення вище .90 розглядається як добрий рівень відповідності). Індекс RMSEA становив .083 (90% CI [.076, .090]), що відповідає межовому рівню прийнятності моделі.

Розрахунок залишкових дисперсій показав, що усі індикатори мали статистично значущі залишкові варіації (усі  $p < .001$ ). Найвищі залишкові дисперсії спостерігалися для пункту 16 (Estimate = 7.40, SE = 0.453, Z = 16.34,  $p < .001$ ) та пункту 15 (Estimate = 5.56, SE = 0.359, Z = 15.51,  $p < .001$ ), що може свідчити про потенційні джерела специфічної варіативності цих пунктів, не пов’язаної безпосередньо з основними латентними факторами. Аналіз залишкових ковариацій виявив переважно низькі значення невідповідностей між спостережуваними і передбаченими кореляціями. Однак деякі пункти демонстрували помітні залишкові ковариації, наприклад, між пунктами 1 і 16 (Estimate = 0.258), що відображає їхню додаткову взаємозалежність, яка не була повністю пояснена моделлю.

Пост-хок аналіз модифікаційних індексів виявив кілька потенційних шляхів для покращення моделі. Зокрема, найвищі індекси модифікації для факторних навантажень спостерігались для пункту 15 на факторі “Емоційне залучення та стимуляція мріяння” (MI = 19.672), пункту 13 на цьому ж факторі (MI = 7.976) та пункту 9 на факторі “Соматосенсорне та фізичне залучення” (MI

= 21.640). Це може свідчити про часткове перекриття змісту цих індикаторів або можливу багатовимірність конструкта.

Аналіз модифікаційних індексів залишкових коваріацій також показав, що деякі пари пунктів можуть мати додаткові залежності, які не враховані у поточній структурі моделі. Наприклад, між пунктами 1 і 16 індекс модифікації становив  $MI = 93.59$ , що підтверджує спостережену залишкову коваріацію між цими пунктами (рис. 3.3).



*Рис. 3.3.* Підтверджувальна факторна модель трьохфакторної структури шкали MDS-16: емоційне залучення та стимуляція мріяння (ЕЗТСМ), порушення повсякденного функціонування (ПпФ), соматосенсорне та фізичне залучення (СтФз)

Попри виявлені залишкові дисперсії та коваріації, загальні показники відповідності моделі свідчать на користь задовільної якості моделі. Враховуючи складність конструкта та властиву йому багатовимірність, отримані результати

підтверджують, що трьохфакторна структура є прийнятною репрезентацією даних, виявлених за допомогою експлораторного факторного аналізу.

Для перевірки відповідності даних припущеній оригінальній структурі опитувальника було проведено підтверджувальний факторний аналіз (CFA). У моделі було виділено чотири латентні фактори: “Жага”, “Порушення”, “Кінестезія” та “Музика”, відповідно до теоретичної моделі, запропонованої авторами оригінального інструменту.

Усі індикатори мали високі та статистично значущі факторні навантаження (усі  $p < .001$ ), що свідчить про сильний зв'язок показників із відповідними латентними факторами.

Фактор “Жага” складався з шести пунктів, із найвищими навантаженнями у пунктів 4 (Estimate = 1.86, SE = 0.0996, Z = 18.7,  $p < .001$ ) та 13 (Estimate = 1.84, SE = 0.1020, Z = 18.1,  $p < .001$ ), що вказує на виражений внесок цих індикаторів у формування даного конструкта.

Фактор “Порушення” об'єднав шість індикаторів із дуже високими навантаженнями, серед яких найвищим було у пункту 7 (Estimate = 2.25, SE = 0.1087, Z = 20.7,  $p < .001$ ), що свідчить про вагомий вклад цього показника у фактор порушення повсякденного функціонування.

Фактор “Кінестезія”, що відображає фізичну експресивність мріяння, включав пункти 3 і 14, обидва з високими навантаженнями (Estimate = 2.19 і 2.36 відповідно).

Фактор “Музика” був сформований двома пунктами – 1 та 16. Обидва мали високі навантаження (Estimate = 2.46 і 2.01 відповідно), що вказує на сильну репрезентацію цього конструкта в моделі (Рисунок 3.4).

Усі фактори демонстрували статистично значущі позитивні коваріації. Зокрема, фактор “Жага” суттєво корелював із факторами “Порушення” (Estimate = 0.722, SE = 0.0266, Z = 27.2,  $p < .001$ ), “Кінестезія” (Estimate = 0.689, SE = 0.0363, Z = 19.0,  $p < .001$ ) та “Музика” (Estimate = 0.662, SE = 0.0376, Z = 17.6,  $p < .001$ ), що свідчить про взаємозалежність вимірюваних конструкцій.

Статистики відповідності моделі свідчать про прийнятну якість моделі:  $\chi^2(98) = 402$ ,  $p < .001$ . Показники інкрементної відповідності досягли належного рівня: CFI = .934, TLI = .919, що вказує на хорошу відповідність моделі даним (Bentler, 1990). Індекс RMSEA становив .073 (90% CI [.065, .080]), що також вказує на задовільну відповідність моделі емпіричним даним (Browne & Cudeck, 1993).

Усі залишкові дисперсії виявилися статистично значущими (усі  $p < .001$ ). Найбільші залишкові варіації були виявлені для пункту 16 (Estimate = 5.56, SE = 0.440, Z = 12.64,  $p < .001$ ) та пункту 15 (Estimate = 5.64, SE = 0.365, Z = 15.46,  $p < .001$ ), що може вказувати на певну специфічність цих пунктів або додаткові латентні фактори. Інтерцепти факторів були зафіксовані на рівні 1.00 відповідно до специфікації моделі.

З метою глибшої оцінки відповідності моделі емпіричним даним було проведено аналіз залишкових кореляцій та модифікаційних індексів. Залишкові кореляції між спостережуваними змінними загалом залишалися невеликими, що свідчить про прийнятну якість моделі. Найбільші залишкові відхилення спостерігались між деякими парами змінних, наприклад, між пунктами 2 та 10 (residual = 0.093), пунктами 3 та 9 (residual = 0.070), а також між пунктами 3 та 11 (residual = -0.056). Ці залишкові відхилення свідчать про наявність певних додаткових залежностей між окремими індикаторами, не повністю пояснених поточною моделлю.

Загалом жодна з залишкових кореляцій не була критично великою, що говорить про прийнятну рівновагу між складністю моделі та якістю її відтворення даних. Аналіз модифікаційних індексів для факторних навантажень виявив потенційні напрями для покращення моделі. Найвищі значення MI були зафіксовані для пункту 15 на факторі “Жага” (MI = 20.55) та на факторі “Кінестезія” (MI = 23.46), а також для пункту 11 на факторі “Кінестезія” (MI = 10.23) і пункту 9 на факторі “Порушення” (MI = 21.56). Це може свідчити про часткове перетинання змісту цих індикаторів з іншими факторами та потенційну багатовимірність окремих пунктів.

Особливу увагу заслуговує пункт 15, який, судячи з високих індексів модифікації, міг би бути віднесений не лише до фактору «Жага», але й до «Кінестезії», що свідчить про складну природу цього індикатора.

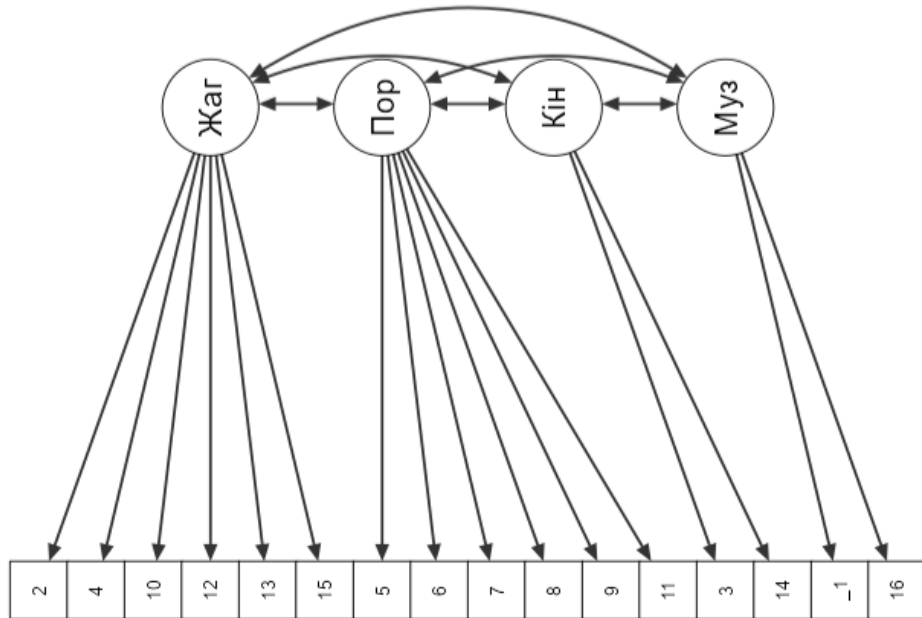


Рис. 3.4. Підтверджувальна факторна модель чотирьохфакторної структури опитувальника MDS-16 відповідно до теоретичної моделі: «Жага», «Порушення повсякденного функціонування», «Кінестезія» та «Музика»

Порівняння двох моделей підтверджувального факторного аналізу – трьохфакторної, побудованої на основі результатів експлораторного аналізу, та чотирьохфакторної, що відтворює оригінальну структуру опитувальника, – дозволяє зробити висновок на користь чотирьохфакторної моделі як більш відповідної як з теоретичної, так і з емпіричної точки зору.

Обидві моделі продемонстрували прийнятний рівень відповідності даним, однак чотирьохфакторна структура виявилася більш оптимальною за показниками якості моделі: її значення  $\chi^2$ , CFI, TLI та RMSEA свідчать про кращу узгодженість із емпіричними даними. Зокрема, включення фактора «Музика» як окремого латентного конструкту дозволило чіткіше відобразити специфічний вплив музичних стимулів на мріяння, що підтверджується

високими факторними навантаженнями відповідних пунктів і нижчим рівнем залишкових невідповідностей.

### **3.3. Дослідження конвергентної та дискримінантної валідності опитувальника, а також ретестової надійності**

Оскільки не всі шкали, які використовувалися для перевірки конвергентної та дискримінантної валідності MDS-16, мали повноцінно адаптовані україномовні версії, а застосовувалися лише у вигляді перекладів, виникла необхідність попередньої оцінки їхньої надійності у межах даного дослідження. Для цього було проведено аналіз внутрішньої узгодженості за допомогою коефіцієнта Кронбаха (Cronbach's  $\alpha$ ). Дев'ятипунктовий опитувальник здоров'я пацієнта (PHQ-9), що використовується для оцінки симптомів депресії, продемонстрував добру внутрішню узгодженість ( $\alpha = 0.837$ ), що свідчить про надійність його використання в умовах україномовної вибірки. Опитувальник генералізованого тривожного розладу (GAD-7) продемонстрував дуже високу внутрішню узгодженість ( $\alpha = 0.881$ ), що вказує на його узгодженість та придатність до дослідницького використання. Опитувальник соціальних фобій (SPIN) показав надзвичайно високий рівень внутрішньої узгодженості ( $\alpha = 0.928$ ), що підтверджує високий рівень уніфікованості шкальних показників. Шкала самозвіту дорослих із симптомами розладу дефіциту уваги з гіперактивністю (ASRS) також продемонструвала добрий рівень надійності ( $\alpha = 0.829$ ), що свідчить про її адекватність для використання в оцінці симптомів РДУГ.

Також необхідно попередньої оцінки їхньої надійності та валідності у межах даного дослідження. Для цього було проведено оцінку відповідності моделей за допомогою підтверджувального факторного аналізу (CFA).

Результати аналізу надійності свідчать про добру та високу внутрішню консистентність застосованих опитувальників. Зокрема, для шкали депресії CFA продемонструвала прийнятний рівень відповідності: CFI = .923, TLI = .897, RMSEA = .0863 (90% CI [.0729, .1000]). Для шкали генералізованого тривожного

розладу якість моделі виявилася високою: CFI = .980, TLI = .971, RMSEA = .0678 (90% CI [.0487, .0879]), що свідчить про хорошу структурну валідність.

За шкалою соціальної фобії SPIN за результатами CFA модель виявилася менш прийнятною: CFI = .757, TLI = .723, RMSEA = .142 (90% CI [.135, .148]), що свідчить про необхідність подальшої адаптаційної роботи над інструментом для покращення його структурної валідності у україномовній вибірці.

Для шкали сприйняття стресу PSS CFA-модель також показала прийнятні показники відповідності: CFI = .841, TLI = .820, RMSEA = .0615 (90% CI [.0551, .0680]) (Табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Показники відповідності моделей за результатами підтверджувального факторного аналізу для шкал, використаних у дослідженні конвергентної та дискримінантної валідності MDS-16

	CFI	TLI	RMSEA	RMSEA 90% CI	
				Lower	Upper
<b>PHQ-9</b>	0.923	0.897	0.0863	0.0729	0.100
<b>GAD-7</b>	0.980	0.971	0.0678	0.0487	0.0879
<b>SPIN</b>	0.757	0.723	0.142	0.135	0.148
<b>ASPS</b>	0.841	0.820	0.0615	0.0551	0.0680

З метою перевірки конвергентної та дискримінантної валідності адаптованої версії Шкали дезадаптивної мрійливості (MDS-16) було проведено аналіз кореляційних зв'язків із низкою психометричних інструментів, що вимірюють суміжні або розмежовані психологічні конструкти.

Результати аналізу продемонстрували помірні позитивні кореляції між MDS-16 та шкалами, що вимірюють клінічні прояви психоемоційної напруженості та порушень саморегуляції. Зокрема, найбільш виражений зв'язок був зафіксований між MDS-16 і шкалою симптомів РДУГ (ASRS),  $r(589) = .494$ ,  $p < .001$ , що свідчить про суттєву асоціацію між тенденцією до дезадаптивного мріяння та ознаками дефіциту уваги і гіперактивності.

Помірні позитивні кореляції також були встановлені між MDS-16 та показниками депресивної симптоматики (PHQ-9),  $r(589) = .479$ ,  $p < .001$ , симптомами соціальної тривожності (SPIN),  $r(589) = .475$ ,  $p < .001$ , генералізованої тривожності (GAD-7),  $r(589) = .418$ ,  $p < .001$ , а також симптомами посттравматичного стресового розладу (PCL-5),  $r(589) = .466$ ,  $p < .001$ . Зв'язок із рівнем суб'єктивно переживаного стресу (PSS) також був помірним,  $r(589) = .417$ ,  $p < .001$  (рис. 3.5).

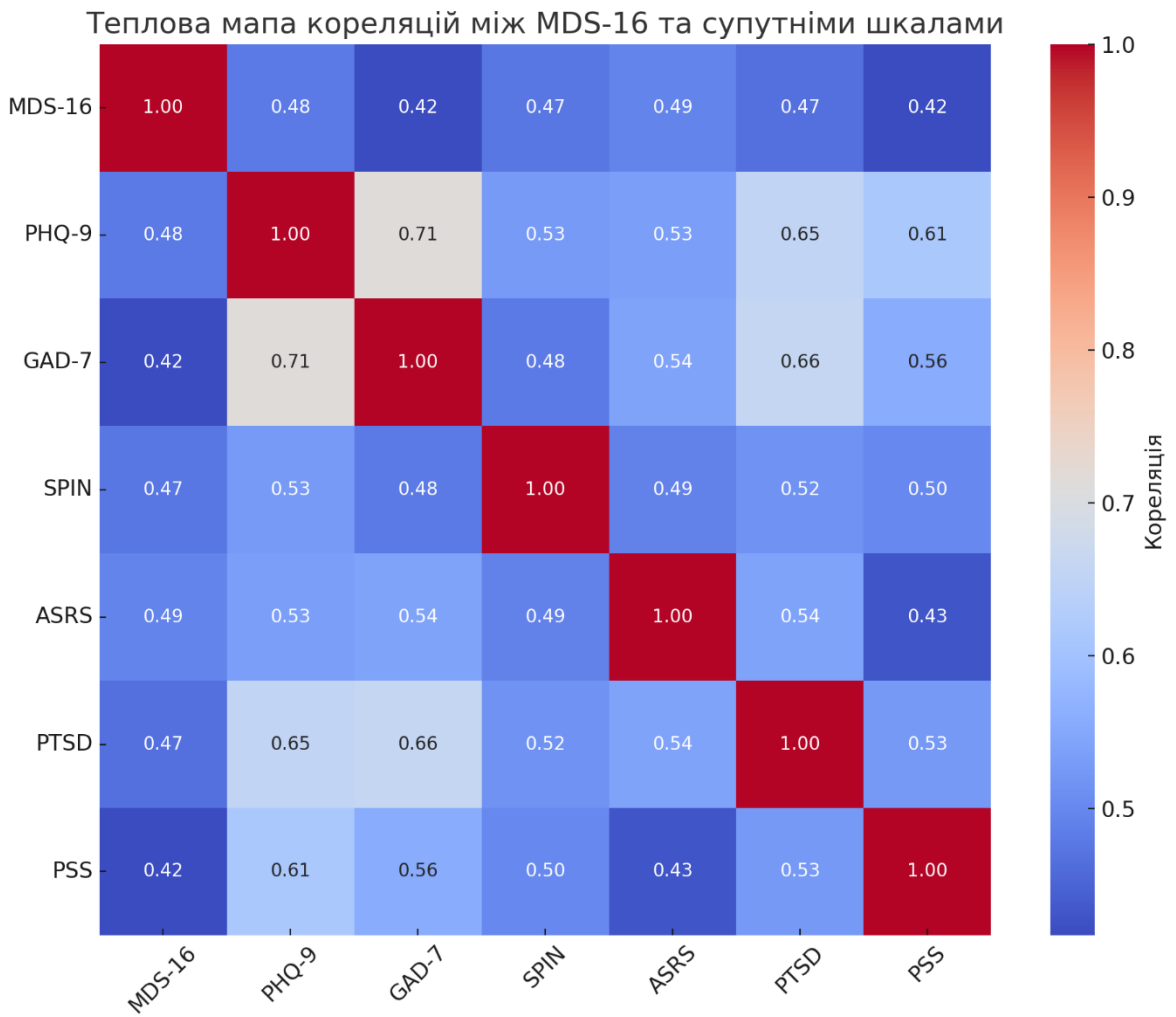


Рис. 3.5. Теплова мапа кореляцій між шкалою MDS-16 та супутніми психометричними інструментами, що використовувалися для перевірки конвергентної та дискримінантної валідності

Отримані результати підтримують припущення про конвергентну валідність MDS-16, адже дезадаптивне мріяння виявилось позитивно

пов'язаним із конструкціями, що відображають емоційну дисрегуляцію, тривожність, депресивну симптоматику та підвищений рівень стресу. Водночас сила кореляційних зв'язків не є надмірно високою, що свідчить про те, що шкала не є просто дублюванням цих психопатологічних показників, а вимірює окремий, автономний конструкт, що підтверджує також дискримінантну валідність інструменту.

Для оцінки надійності інструменту також було проведено тест–ретест дослідження, у межах якого ті ж самі респонденти заповнювали шкалу другим раз через три місяці після першого тестування. Для виявлення ступеня узгодженості результатів між першим та другим тестуваннями застосували коефіцієнт кореляції Пірсона. За результатами аналізу було отримано високе значення кореляції  $r(137) = 0.870$  при  $p < .001$ , що свідчить про високий рівень повторюваності результатів, а отже і про надійність шкали (Рис. 3.6).

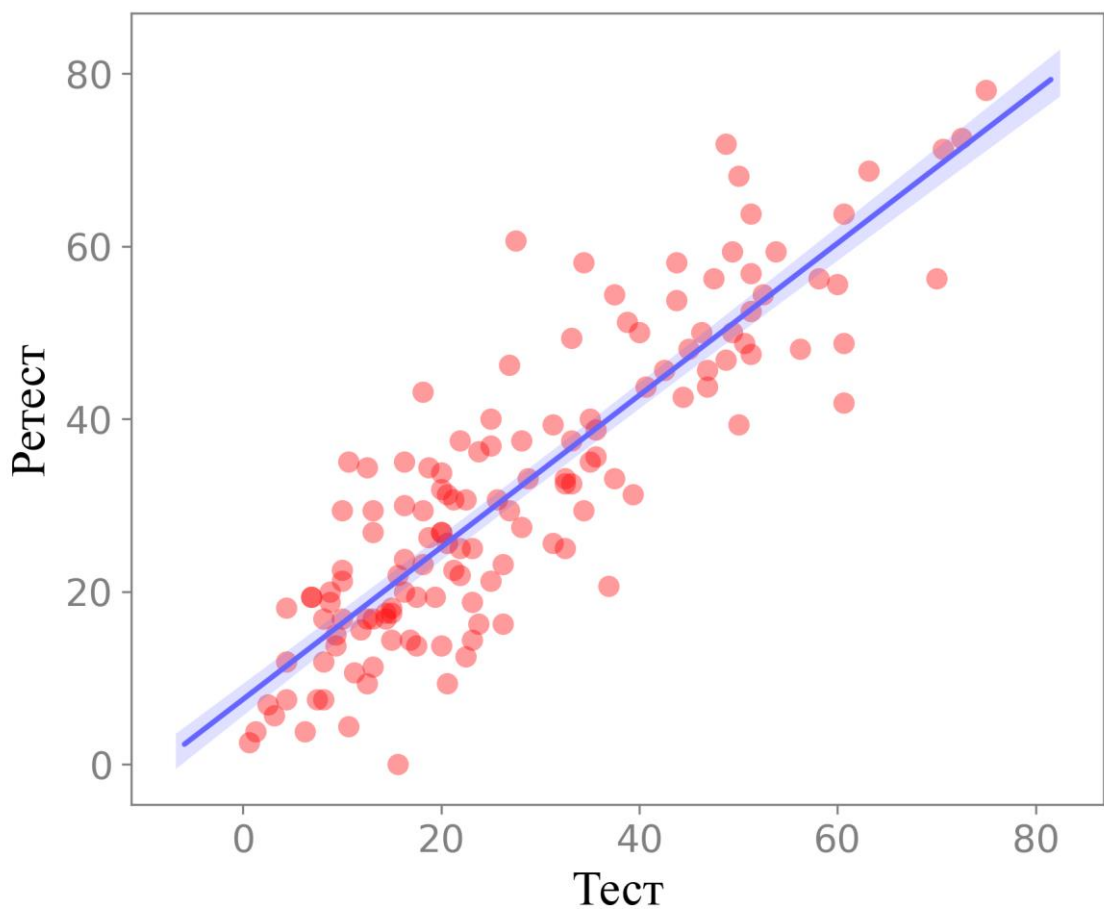
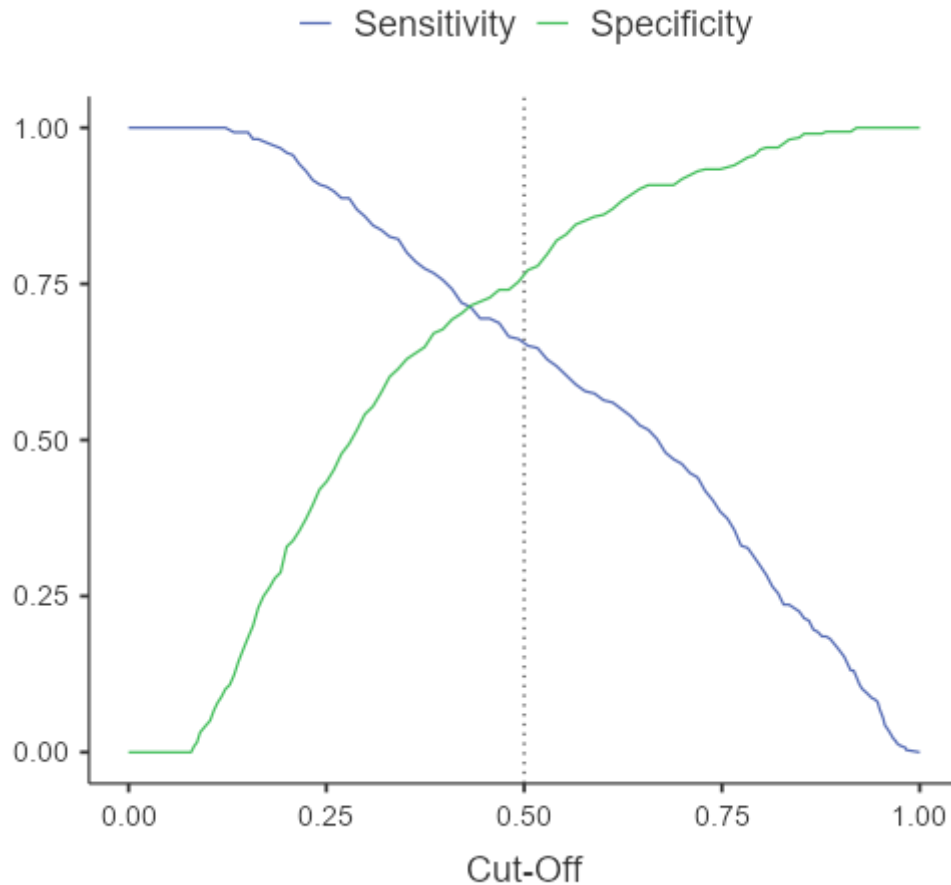


Рис. 3.6. Графічне відображення сили кореляційного зв'язку між тестовим та ретестовими етапами адаптації

Також в рамках тест-ретест надійності було перевірено показники внутрішньої узгодженості другого раунду дослідження. Окрім цього, у межах оцінки надійності шкали MDS-16 було проведено додатковий аналіз внутрішньої узгодженості за результатами другого раунду дослідження з метою перевірки якості показників у контексті тест-ретестової надійності. За підсумками аналізу коефіцієнт внутрішньої консистентності Кронбаха склав  $\alpha = .917$ , що свідчить про високий рівень внутрішньої узгодженості шкали на повторному вимірюванні. Отримані результати підтверджує стійкість показників опитувальника у часі та додатково підкріплює його надійність як інструменту вимірювання феномену дезадаптивного мріяння.

#### **3.4. Точка відсічі та стандартизація результатів опитувальника**

Аналіз кривої характеристик прийому (ROC) був проведений з метою визначення оптимальних порогових значень для диференціації осіб, які самостійно визначили себе як дезадаптивних мрійників, та тих, хто цього не зробив. Результати аналізу показали, що найвищий індекс Юдена був досягнутий при пороговому значенні 25,625, яке забезпечувало найбільш оптимальний баланс між чутливістю та специфічністю. Це означає, що для виявлення осіб з ДМ при даному пороговому значенні чутливість становила 76,73%, а специфічність – 67,09%. Зокрема, позитивна прогностична цінність (PPV) склала 66,98%, а негативна прогностична цінність (NPV) – 76,81%, що свідчить про хорошу загальну ефективність інструменту у правильному визначенні як позитивних, так і негативних випадків. Площа під кривою (AUC) досягла значення 0,804, що вказує на надійні дискримінаційні властивості MDS-16 для відрізнення осіб із ДМ від тих, хто не має цього розладу (рис.3.7).



*Рис. 3.7.* Співвідношення чутливості та специфічності за різних значень cut-off шкали MDS-16 для ідентифікації дезадаптивної мрійливості: результати ROC-аналізу

Оскільки ROC аналіз служить для визначення порогового значення на основі зовнішніх критеріїв, які в нашому дослідженні не були доступні для оцінки, було вирішено додатково перевірити точність визначеного порогу. Для цього ми порівняли результати самооцінки респондентів, які вказали на наявність чи відсутність мрійливості, з результатами, отриманими за шкалою MDS-16, використовуючи  $\chi^2$ -тест. Статистичний аналіз показав значущий результат ( $\chi^2(1) = 113$ ,  $p < 0,001$ , коефіцієнт Фі = 0,438). Ті респонденти, які вказали на низький рівень мрійливості та за результатами MDS-16 були класифіковані як такі що не мають ДМ (N=212), виявилися більш чисельними порівняно з тими, хто зазначив низький рівень мрійливості, але був класифікований як особа з ДМ (N=104). З іншого боку, респонденти, які вказали

на високий рівень мрійливості та отримали статус осіб з ДМ за результатами шкали (N=211), значно перевищували тих, хто зазначив високий рівень мрійливості, але не мав ДМ (N=64).

Розглянемо результати описової статистики для шкали MDS-16, розподілені за статтю респондентів. Стандартизовані результати дають можливість орієнтуватися на певні статистичні показники, що можуть слугувати орієнтирами для подальших досліджень і порівнянь (Табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Описова статистика за показниками MDS-16 залежно від статі респондентів

	<b>Стать</b>	<b>Середнє</b>	<b>Медіана</b>	<b>SD</b>	<b>Мінімум</b>	<b>Максимум</b>
MDS-16	Жіноча	29.08	26.03	18.0	0.0	83.8
	Чоловіча	30.05	30.0	17.0	0.0	76.3
	Інше	46.4	43.4	22.06	13.01	73.1

Середнє значення для жіночої групи складає 29,8, що вказує на помірний рівень проявів ДМ серед жінок, з варіативністю, яку характеризує стандартне відхилення 18,0. Це свідчить про значний розкид результатів, що є важливим для подальших аналізів, але варто зазначити, що кількість жінок у вибірці значно більша порівняно з чоловіками, що може дещо впливати на загальні статистичні показники для цієї групи.

Для чоловічої групи середнє значення дорівнює 30,5, що дещо перевищує показник для жінок, однак варіативність (стандартне відхилення 17,0) залишається значною. Для групи “Інші” середнє значення становить 46,4, що є значно вищим за показники для жінок і чоловіків, вказуючи на більш виражену тенденцію до ДМ серед цієї групи. Однак група “Інші” має порівняно малу кількість респондентів, що обмежує її репрезентативність для широких висновків. Стандартне відхилення 22,7 вказує на найбільший розкид у

результатів серед цієї категорії, що може свідчити про значні варіації у рівнях мрійливості.

### **3.5. Інтерпретація та обговорення результатів**

Дослідження ДМ в українському науковому просторі досі залишається обмеженим, і певною мірою це пов'язано з відсутністю адаптованих та валідизованих інструментів для її вимірювання. Останніми роками інтерес до цієї теми поступово зростає, і проведена нами робота фактично створює базу для подальшого її вивчення у локальному контексті. Ми поставили перед собою завдання адаптувати шкалу MDS-16 для української вибірки та ретельно перевірити її психометричні властивості.

Оскільки оригінальна структура шкали була побудована як чотирифакторна, ми виходили з припущення, що українська версія збереже цю структуру. Проте експлораторний факторний аналіз показав іншу картину: дані вказали на трифакторну модель, яка виглядала узгодженою та цілісною. Всі три фактори демонстрували внутрішню логіку і взаємні зв'язки, формуючи комплексну, але водночас компактну архітектуру шкали. Перший фактор об'єднав усе, що стосується втручання ДМ у повсякденне життя: труднощі з концентрацією, перешкоди у досягненні цілей, відчуття втрати контролю над мріями і пов'язаний із цим дистрес. Другий – емоційне залучення та тригери мріяння – охопив роль музики у стимулюванні мріяння, емоційні реакції на переривання фантазій, бажання повертатися до мрійливого стану, а також задоволення від самого процесу мріяння. Третій фактор відобразив соматосенсорні особливості – фізичні прояви, такі як міміка, вокалізації чи рухи під час мріяння.

На відміну від міжкультурного дослідження (Soffer-Dudek et al., 2021), де музичний тригер отримав статус окремої латентної змінної, у нашій вибірці ці пункти інтегрувались до ширшого фактору емоційного залучення. Ймовірно, це може бути пов'язано із відмінностями у ролі музичних стимулів в ініціації мріяння серед українських респондентів.

Цікавим виявився результат, що хоча експлораторний аналіз підтримав трифакторну модель, підтверджувальний аналіз вказав на кращу відповідність чотирьохфакторної структури. З одного боку, можна припустити, що чотири фактори справді точніше описують складність конструкта з теоретичної точки зору. З іншого боку, у процедурі експлораторного аналізу четвертий фактор не проявив себе настільки виразно, що змушує задуматися: чи йдеться про слабо сформований, прихований вимір, чи, можливо, про культурно зумовлену інтеграцію деяких аспектів у спільні категорії. Іншими словами, EFA зафіксував реальні патерни відповідей нашої вибірки, тоді як CFA підказав, що модель може бути складнішою, ніж здається на перший погляд.

Крім того, чотирьохфакторна модель показала більш збалансований розподіл факторних навантажень та менші модифікаційні індекси, що свідчить про меншу потребу в корекції структури моделі. Аналіз залишкових кореляцій також засвідчив, що чотирьохфакторна модель краще відтворює взаємозв'язки між індикаторами, знижуючи рівень залишкових невідповідностей порівняно з трьохфакторною структурою.

Попри дещо вищі показники відповідності чотирьохфакторної моделі, на користь трьохфакторної структури свідчить кілька важливих аргументів. Насамперед, саме трьохфакторна модель була отримана за результатами експлораторного факторного аналізу, який відображає реальну емпіричну структуру даних у вибірці. Таким чином, ця структура базується не на апріорних теоретичних припущеннях, а на фактичних статистичних закономірностях у зібраних даних, що є ключовим критерієм при адаптації та валідації психометричних інструментів.

Крім того, інтеграція пунктів, пов'язаних із музикою (пункти 1 та 16), до ширшого фактора "Емоційне залучення та стимуляція мріяння" у межах трьохфакторної моделі є теоретично виправданою. Це свідчить про те, що музика в даній вибірці не виступає як ізольований тригер мріяння, а радше є частиною ширшого комплексу емоційних та сенсорних стимулів. Таким чином, трьохфакторна структура забезпечує не лише компактнішу модель, але й краще

відповідає особливостям емпіричних даних, фіксуючи природну інтеграцію музичних стимулів у загальний контекст емоційної залученості.

З практичної точки зору трьохфакторна модель також є більш економною з погляду парсимонії (принцип найпростішої адекватної моделі), що є важливою перевагою під час інтерпретації результатів і подальшого використання інструменту в прикладних дослідженнях. Простішу структуру легше пояснювати, а об'єднання тісно пов'язаних конструктів в один фактор запобігає штучному дробленню моделі.

З огляду на зазначене, трьохфакторна структура може бути обґрунтовано розглянута як більш доцільна для адаптованої версії опитувальника. Вона поєднує емпіричну валідність, концептуальну логіку і практичну зручність використання, що робить її придатною для подальших досліджень та практичного застосування у вивченні феномену мріяння.

Оцінка надійності шкали також продемонструвала стабільні результати. Високий показник Cronbach's alpha і надійність у тест-ретестовій перевірці вказують на високу внутрішню узгодженість шкали та її здатність давати відтворювані результати. Приємно відзначити, що цей результат узгоджується із показниками, отриманими в інших культурних адаптаціях, і вказує на потенціал інструменту для подальшого використання в Україні.

Що стосується конвергентної валідності, кореляційний аналіз показав помірні та високі позитивні зв'язки з показниками депресії, тривожності, соціальної фобії, симптомами РДУГ, ПТСР, а також рівнем стресу. Найсильніша асоціація спостерігалася з симптоматикою РДУГ, що додає аргументів до гіпотези про спільні механізми порушень саморегуляції та дезадаптивного мріяння. Також варто врахувати, що частина цих конструкцій, особливо стрес і ПТСР, є надзвичайно актуальними для українського контексту, враховуючи поточні соціальні обставини та колективний травматичний досвід.

З цієї точки зору, адаптація шкали набуває ще більшої цінності: вона не тільки дозволяє оцінити феномен у загальній популяції, але й відкриває можливості для його вивчення в особливих соціальних групах, наприклад, серед

людей, які пережили травматичні події чи перебувають у стані хронічного стресу.

ROC-аналіз допоміг уточнити порогове значення шкали. Найкращий баланс між чутливістю та специфічністю було досягнуто при значенні 25.625 балів. Щоб додатково переконатися у точності цього порогу, ми порівняли результати шкали з самооцінкою учасників щодо їх схильності до мріяння за допомогою  $\chi^2$ -тесту. Такий підхід дозволив нам не покладатися лише на ROC-аналіз, а посилити обґрунтованість висновків за допомогою іншого статистичного інструменту.

До сильних сторін нашого дослідження варто віднести і те, що ми залучили велику за обсягом та соціально різноманітну вибірку. Ми прагнули дотриматися балансу між віковими, статевими та іншими характеристиками учасників, що підвищує узагальнюваність результатів.

Якщо поглянути ширше, феномен ДМ наразі отримує дедалі більше уваги у міжнародній науковій спільноті, тоді як в Україні досі залишається малодослідженим. На фоні соціального напруження, викликаного збройним конфліктом, люди шукають різні стратегії психологічної адаптації. Як показують попередні дослідження, мріяння може бути однією з таких стратегій, особливо коли інтенсивність емоційного навантаження виходить за звичні межі. Завдяки цій роботі українські дослідники отримали у своє розпорядження інструмент, який дозволить надалі вивчати мрійливість у різних групах населення та проводити порівняння з іншими країнами.

Як і будь-яке емпіричне дослідження, проведена робота має певні обмеження. По-перше, хоча була залучена велика вибірка, збір даних здійснювався онлайн, що створило ризики вибіркості. Зокрема, респонденти з вищим рівнем зацікавленості у темі ДМ могли бути більш схильними до участі в опитуванні, що могло вплинути на розподіл відповідей.

По-друге, у дослідженні не були застосовані клінічні інтерв'ю або незалежні діагностичні критерії для підтвердження наявності ДМ, що обмежує можливості екстраполяції отриманих порогових значень на клінічні популяції.

Для підвищення валідності інструменту у майбутніх дослідженнях доцільно буде поєднати метод самозвіту з професійною клінічною оцінкою, що дозволить уточнити діагностичну чутливість і специфічність шкали.

Крім того, варто врахувати, що соціально-політичний контекст України на момент збору даних є вкрай специфічним через триваючий збройний конфлікт, що могло призвести до посилення деяких проявів ДМ як засобу психологічної компенсації. З цієї причини інтерпретація отриманих результатів за межами даної вибірки потребує обережності.

Подальші дослідження доцільно буде спрямувати на більш глибоке вивчення дезадаптивної мрійливості у клінічних вибірках, зокрема серед осіб із підтвердженими діагнозами тривожних та депресивних розладів, а також ПТСР. Дослідження динаміки ДМ у контексті пережитої травми або під час психотерапевтичної підтримки потенційно дозволить краще зрозуміти її функцію як адаптивного чи дезадаптивного механізму.

Крім того, адаптація шкали відкриває можливості для здійснення крос-культурних порівняльних досліджень, що сприятиме глибшому розумінню як універсальних, так і культурно специфічних характеристик ДМ.

Було б доцільно поглиблено дослідити ДМ у клінічних вибірках, зокрема серед осіб із діагностованими тривожними та депресивними розладами, а також ПТСР. Вивчення ДМ у динаміці – наприклад, у контексті травматичного досвіду або в процесі психотерапевтичної підтримки – також може дати нове розуміння її ролі як захисного або дезадаптивного механізму.

Не менш перспективним напрямом є крос-культурні порівняння. Адаптація шкали відкриває можливість не лише локальних досліджень, а й залучення української вибірки до міжнародних проєктів, що дозволить краще зрозуміти універсальні та культурно специфічні аспекти дезадаптивної мрійливості.

### Висновок до розділу 3

Результати дослідження надали переконливі докази на користь психометричної якості адаптованої української версії шкали дезадаптивної мрійливості (MDS-16), а також забезпечили глибше розуміння структурних характеристик цього феномену в межах локальної вибірки.

Перш за все, внутрішня узгодженість шкали виявилася високою, що узгоджується із даними оригінальної розробки інструменту. Це свідчить про надійність шкали для вимірювання цільового конструкта в українській вибірці. Додатково, результати тест-ретестового аналізу підтвердили стійкість інструменту в часі, що є ключовим критерієм для клінічного та дослідницького використання.

Інтеркореляції між пунктами MDS-16 виявилися переважно помірними або сильними, з особливо вираженими зв'язками між пунктами, що відображають вплив мріяння на повсякденне функціонування. Найвищий показник спостерігався між пунктами 5 і 6, що логічно, з огляду на їхню спільну спрямованість на оцінку труднощів контролю мріяння. Подібні результати відображають внутрішню конструктну єдність шкали, підтримуючи її валідність.

Цікаво, що група пунктів, пов'язаних із фізичним залученням у мріяння, продемонструвала дещо нижчі, хоча й значущі, кореляції з іншими пунктами. Це узгоджується з гіпотезою про специфічність цього виміру як окремої складової феноменології ДМ, що раніше обговорювалось в літературі. Аналогічно, помірні, але не надмірно високі кореляції пунктів, пов'язаних із музикальними тригерами (пункти 1 і 16), відображають відносну автономність цього компонента, що підтверджується і результатами CFA, де фактор "Музика" виокремлювався лише у чотирьохфакторній моделі.

Щодо латентної структури, результати експлораторного факторного аналізу (EFA) виявили трьохфакторну модель як оптимальну з точки зору емпіричних даних. Структура включала фактори "Порушення повсякденного функціонування", "Емоційне залучення та стимуляція мріяння" та

“Соматосенсорне та фізичне залучення”, які демонстрували концептуальну цілісність та задовільні показники відповідності моделі ( $RMSEA = .083$ ). Це співзвучно з висновками інших адаптацій (Schimmenti et al., 2020), де також виявлялася багатовимірна структура конструкту, хоча і з варіаціями у кількості факторів залежно від вибірки.

Підтверджувальний факторний аналіз (CFA) чітко відобразив відповідність трьохфакторної структури емпіричним даним, однак альтернативна чотирьохфакторна модель, побудована на основі оригінальної теоретичної концепції інструменту, продемонструвала дещо вищі показники відповідності. Фактор “Музика”, який у трьохфакторній структурі інтегрувався до емоційного залучення, в чотирьохфакторній моделі отримав автономне представлення, що підвищило точність моделі. Попри це, з огляду на емпіричне підґрунтя (EFA) та адаптаційний контекст, саме трьохфакторна модель виглядає більш доцільною для використання у локальній вибірці, як такою, що відображає реальні патерни відповідей українських респондентів, а не лише сліпе відтворення первинної структури.

Аналіз конвергентної валідності додатково підтримав психометричну обґрунтованість шкали. Спостерігалися помірні позитивні кореляції між MDS-16 та шкалами психоемоційної дезрегуляції (PHQ-9, GAD-7, SPIN, PCL-5, ASRS). Найвищий показник був зафіксований для зв'язку з симптомами РДУГ, що є концептуально виправданим: за даними попередніх досліджень, дезадаптивне мріяння часто співіснує із симптомами порушення саморегуляції та дефіциту уваги.

Ці кореляції достатньо виражені, щоб підтвердити конвергентну валідність інструменту, але не надмірно високі, що свідчить про відмінність MDS-16 від інших психопатологічних конструктів і, відповідно, підтверджує також дискримінантну валідність шкали. Такий баланс оптимальний з точки зору психометричної якості, оскільки демонструє, що інструмент вимірює пов'язану, але відносно автономну конструкцію.

Надійність супутніх шкал у нашому дослідженні також була задовільною, попри відсутність повної локалізації частини опитувальників. Високі показники альфа Кронбаха та задовільні параметри CFA для PHQ-9, GAD-7 і PSS підкріплюють достовірність отриманих кореляційних даних. Єдиним винятком стала шкала SPIN, що вказує на необхідність подальшої адаптації цього інструменту для української вибірки, аби підвищити його структурну валідність.

Завершальним акцентом обговорення є результати ROC-аналізу, які виявили високі дискримінаційні властивості MDS-16. Це свідчить про добру здатність інструменту розрізняти осіб із вираженим феноменом дезадаптивного мріяння, що підсилює його потенціал як скринінгового інструменту у клінічній та дослідницькій практиці.

Узагальнюючи, результати дослідження не лише підтверджують надійність і валідність адаптованої української версії MDS-16, але й розкривають її багатовимірну структуру, що комплексно відображає феномен ДМ у вибірці українських респондентів. Шкала продемонструвала високі психометричні характеристики як у вимірах внутрішньої узгодженості, стабільності в часі, так і за критеріями структурної та конвергентної валідності. Практично це означає, що MDS-16 може бути рекомендована для використання у клінічній практиці та наукових дослідженнях в Україні як ефективний інструмент оцінки ДМ.

## ВИСНОВКИ

На теоретичному етапі дослідження було зібрано і систематизовано наукові уявлення про ДМ як складний багатокомпонентний феномен. У літературі цей стан розглядається як певний спосіб втечі від реальності, де людина надмірно занурюється у власні фантазії, нехтуючи реальними справами, контактами з іншими людьми і власними життєвими завданнями. У той же час, мріяння не є суто негативним процесом: інколи це своєрідна стратегія регуляції емоцій або відновлення психологічних ресурсів. Саме подвійна природа ДМ робить його дослідження особливо актуальним, оскільки воно балансує між умовно захисною функцією і очевидним ризиком зниження якості життя.

Практична частина дослідження розпочалася з уважної процедури перекладу і культурної адаптації шкали. Працюючи над адаптацією, ми не обмежилися прямим перекладом пунктів, а залучили експертів і обговорили семантичні нюанси формулювань, аби зробити шкалу максимально зрозумілою для респондентів української культури. Було враховано не тільки мовні особливості, але й контекстуальні відмінності сприйняття таких тем, як залежність від фантазування або роль мрій у повсякденному житті. Завдяки цьому вдалося отримати версію інструменту, придатну для використання в різних дослідницьких і практичних умовах.

Зібрана емпірична база (591 респондент) дала змогу провести глибокий психометричний аналіз шкали. Спочатку за допомогою експлораторного факторного аналізу ми з'ясували, що структура даних найкраще описується трьома факторами. Перший із них об'єднує ті аспекти мрійливості, що пов'язані з труднощами у виконанні повсякденних справ. Другий фактор відображає емоційну залученість до процесу мріяння, а третій – пов'язаний із фізичними проявами і тілесним супроводом мрій. Така структура добре узгоджується зі спостереженнями інших авторів, які вказують на багатовимірність цього явища, однак відображає саме той варіант, який був найбільш характерний для нашої вибірки.

На етапі підтверджувального факторного аналізу ми порівняли трьох- і чотирьохфакторні моделі. Хоча чотирьохфакторна структура дещо точніше описувала дані за статистичними показниками, ми обрали трьохфакторну модель як більш раціональну та відповідну реальній структурі відповідей респондентів. Вона виявилася не тільки більш лаконічною, а й краще інтегрувала особливості локального контексту, не ускладнюючи інтерпретацію результатів зайвими деталями.

Перевірка надійності шкали показала, що її внутрішня узгодженість залишається на високому рівні, а повторне тестування продемонструвало стабільність показників. Це означає, що шкала може використовуватися не лише для одноразових вимірювань, але і для відстеження динаміки змін у часовій перспективі.

Далі, при аналізі зв'язків між ДМ та іншими психологічними характеристиками, ми отримали підтвердження того, що цей феномен не існує відокремлено. Рівень ДМ виявився помірно пов'язаним із вираженістю симптомів тривоги, депресії, стресу, а також з симптомами РДУГ і ПТСР. Найтісніший зв'язок спостерігався саме із симптоматикою РДУГ, що цілком узгоджується з сучасними уявленнями про спільні механізми дезадаптивної мрійливості й порушень саморегуляції. Ці результати дозволяють глибше зрозуміти, як мріяння може виконувати роль своєрідної втечі або компенсації при складнощах у повсякденній організації уваги та діяльності.

Разом із цим, ми не побачили надмірних кореляційних зв'язків, що свідчило б про повну залежність шкали MDS-16 від інших психопатологічних конструктів. Це показує, що дезадаптивне мріяння має відносно автономний характер і не зводиться виключно до проявів депресії чи тривожності. Такий баланс виглядає здоровим показником конструктивної валідності інструменту.

Нарешті, ROC-аналіз дозволив оцінити діагностичний потенціал шкали. Отримане значення AUC вказує на достатню здатність MDS-16 розрізняти людей із високим рівнем ДМ та тих, хто менш схильний до подібної поведінки.

Це відкриває перспективи для практичного застосування шкали як інструменту первинного скринінгу.

Підсумовуючи, можна сказати, що поставлені на початку роботи завдання були виконані. Українська версія шкали дезадаптивної мрійливості показала себе надійним і валідним інструментом, придатним для дослідження як в академічному, так і у прикладному контексті. Вона може стати корисним інструментом для психологів, які працюють із клієнтами, що відчувають складнощі в контролі мрійливості, а також для дослідників, зацікавлених у вивченні феноменів емоційної саморегуляції та психологічного добробуту.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Балашевич, О., & Молотокас, А. (2024). Порівняльний аналіз дезадаптивної мрійливості та інших форм уяви. *Габітус*, 57, 327–331.
2. Балашевич, О., Гарагуля, А., & Молотокас, А. (2025). Дезадаптивна мрійливість: диференційна діагностика та коморбідність з іншими психічними розладами. *Перспективи та інновації науки*, 50(4), 1232–1245. Наукові перспективи.
3. Бібліотека публічна - Український інститут когнітивно-поведінкової терапії. (2024, July 29). Український інститут когнітивно-поведінкової терапії. <https://i-cbt.org.ua/openlibrary/>
4. Вельдбрехт, О. О., & Тавровецька, Н. І. (2022). Шкала сприйнятого стресу (PSS-10): адаптація та апробація в умовах війни. *Проблеми сучасної психології*, 2(25), 16-27.
5. Чабан, О. С., Хаустова, О. О., Асанова, А. Е., Трачук, Л. Є., & Асонов, Д. О. (2019). Практична психосоматика: діагностичні шкали. *Навчальний посібник*. Київ: Видавничий дім Медкнига.
6. Abu-Rayya, H. M., Somer, E., & Knane, H. (2020). Maladaptive daydreaming is associated with intensified psychosocial problems experienced by female survivors of childhood sexual abuse. *Violence Against Women*, 26(8), 825-837.
7. 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.
8. Adriano Schimmenti, Lucia Sideli, Luana LaMarca, Alessio Gori & Grazia Terrone (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.
9. Alenizi, M. M., Alenazi, S. D., Almushir, S., Alosaimi, A., Alqarni, A., Anjum, I., & Omair, A. (2020). Impact of maladaptive daydreaming on grade point

average (GPA) and the association between maladaptive daydreaming and generalized anxiety disorder (GAD). *Cureus*, 12(10).

10. Atilan Fedai, Ü., & Asoğlu, M. (2022). Analysis of Demographic and Clinical Characteristics of Patients with Dissociative Identity Disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 3035-3044.

11. Baird, B., Mota-Rolim, S. A., & Dresler, M. (2019). The cognitive neuroscience of lucid dreaming. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 100, 305-323.

12. Balashevych, O., Harahulia, A., Molotokas, A., Bayer, A., & Kurapov, O. (2024). Adaptation and psychometric evaluation of the maladaptive daydreaming scale (MDS-16) on Ukrainian sample: A pilot study. *Перспективи та інновації науки*, 6(40), 609–629. Наукові перспективи.

13. Beutler, S., Mertens, Y. L., Ladner, L., Schellong, J., Croy, I., & Daniels, J. K. (2022). Trauma-related dissociation and the autonomic nervous system: a systematic literature review of psychophysiological correlates of dissociative experiencing in PTSD patients. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(2), 2132599.

14. 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.

15. 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.

16. Borges, V. F. (2023). Obsessive-compulsive disorder: Conceptual and clinical aspects. *Concilium*, 23(3), 424–438.

17. Brenner, R., Somer, E., & Abu-Rayya, H. M. (2022). *Personality traits and maladaptive daydreaming: Fantasy functions and themes in a multi-country sample*. *Personality and Individual Differences*, 184, 111194.

18. Carey, M., & Wells, C. (2019). Cognitive Behavioural Therapy Suicide Prevention (CBT-SP) imagery intervention: a case report. *the Cognitive Behaviour Therapist, 12*, e31.
19. Castells, X., Saez, M., Barcheni, M., Cunill, R., Serrano, D., López, B., & van Lissa, C. J. (2022). Placebo response and its predictors in attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis and comparison of meta-regression and MetaForest. *International Journal of Neuropsychopharmacology, 25*(1), 26-35.
20. Cavicchioli, M., Scalabrini, A., Northoff, G., Mucci, C., Ogliari, A., & Maffei, C. (2021). Dissociation and emotion regulation strategies: A meta-analytic review. *Journal of Psychiatric Research, 143*, 370-387.
21. Chirico, I., Volpato, E., Landi, G., Bassi, G., Mancinelli, E., Gagliardini, G., ... & Musetti, A. (2022). Maladaptive daydreaming and its relationship with psychopathological symptoms, emotion regulation, and problematic social networking sites use: A network analysis approach. *International Journal of Mental Health and Addiction, 1-17*.
22. Citrome, L., & Meyer, J. M. (2023). Reviewing Non-Dopaminergic Mechanisms for Positive and Negative Schizophrenia Symptom Management. *The Journal of Clinical Psychiatry, 84*(4), 48355.
23. Connor, K. M., Davidson, J. R., Churchill, L. E., Sherwood, A., Weisler, R. H., & Foa, E. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): New self-rating scale. *The British Journal of Psychiatry, 176*(4), 379-386.
24. Conte, G., Arigliani, E., Martinelli, M., Di Noia, S., Chiarotti, F., & Cardona, F. (2023). Daydreaming and psychopathology in adolescence: An exploratory study. *Early Intervention in Psychiatry, 17*(3), 263-271.
25. 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.

26. Cudzik, M., Soroka, E., & Olajossy, M. (2019). Dissociative identity disorder as a wide range of defense mechanisms in children with a history of early childhood trauma. *Current problems of psychiatry*, 20(2).
27. Damm, J., Eser, D., Schüle, C., Möller, H.-J., Rupprecht, R., & Baghai, T. C. (2009). Depressive kernsymptome. *Der Nervenarzt*, 80(5), 515–531.
28. De Filippis, R., Carbone, E. A., D'Angelo, M., Liuzza, M. T., De Fazio, P., & Steardo Jr, L. (2023). The mediation role of impulsivity between childhood trauma and dissociative symptomatology in bipolar disorder. *Rivista di Psichiatria*, 58(2), 84-92.
29. Dorahy, M. J., Brand, B. L., Şar, V., Krüger, C., Stavropoulos, P., Martínez-Taboas, A., ... & Middleton, W. (2014). Dissociative identity disorder: An empirical overview. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(5), 402-417.
30. Ecker, W., & Gönner, S. (2008). Incompleteness and harm avoidance in OCD symptom dimensions. *Behaviour research and therapy*, 46(8), 895-904.
31. Ellis, G. K., Robinson, J. A., & Crawford, G. B. (2006). When symptoms of disease overlap with symptoms of depression. *Australian family physician*, 35(8).
32. Figueiredo Catelan, R., Zsila, Á., Pietkiewicz, I. J., & Egidio Nardi, A. (2023). Cross-cultural adaptation and validation of the Brazilian Portuguese version of the Maladaptive Daydreaming Scale (BMDS-16). *Journal of Psychiatry & Clinical Psychology/Psichiatria i Psychologia Kliniczna*, 23(3).
33. Fox, K. C., & Beaty, R. E. (2019). Mind-wandering as creative thinking: Neural, psychological, and theoretical considerations. *Current opinion in behavioral sciences*, 27, 123-130.
34. Gentile, J. P., Dillon, K. S., & Gillig, P. M. (2013). Psychotherapy and pharmacotherapy for patients with dissociative identity disorder. *Innovations in clinical neuroscience*, 10(2), 22.
35. Greene, T., West, M., & Somer, E. (2020). Maladaptive daydreaming and emotional regulation difficulties: A network analysis. *Psychiatry research*, 285, 112799.

36. Gupta, R. K. (2009). Major depression: an illness with objective physical signs. *The World Journal of Biological Psychiatry, 10*(3), 196-201.
37. Hazen, E. P., Reichert, E. L., Piacentini, J. C., Miguel, E. C., Do Rosario, M. C., Pauls, D., & Geller, D. A. (2008). Case series: Sensory intolerance as a primary symptom of pediatric OCD. *Annals of Clinical Psychiatry, 20*(4), 199-203.
38. Herscu, O., Somer, E., Federman, A., & Soffer-Dudek, N. (2023). Mindfulness meditation and self-monitoring reduced maladaptive daydreaming symptoms: A randomized controlled trial of a brief self-guided web-based program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
39. Holder, S. D. (2017). Psychotic and Bipolar Disorders: Bipolar Disorder. *FP essentials, 455*, 30-35.
40. Hommer, D. W., Clem, T., Litman, R., & Pickar, D. (1991). Maladaptive anticipatory saccades in schizophrenia. *Biological psychiatry, 30*(8), 779-794.
41. Jopp, D. S., Dupuis, M., Somer, E., Hagani, N., & Herscu, O. (2019). 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.
42. Jopp, D. S., Dupuis, M., Somer, E., Hagani, N., & Herscu, O. (2019). 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.
43. Kasper, S. (2003). Issues in the treatment of bipolar disorder. *European Neuropsychopharmacology, 13*, 37-42.
44. Keck Jr, P. E., McElroy, S. L., & Arnold, L. M. (2001). Bipolar disorder. *Medical Clinics of North America, 85*(3), 645-661.
45. Kendler, K. S. (2016). The phenomenology of major depression and the representativeness and nature of DSM criteria. *American Journal of Psychiatry, 173*(8), 771-780.
46. Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E. V. A., ... & Walters, E. E. (2005). The World Health Organization Adult ADHD Self-

Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological medicine*, 35(2), 245-256.

47. Kibitov, A. O., & Mazo, G. E. (2022). Anhedonia in Depression: Neurobiological and Genetic Aspects. *Neuroscience and Behavioral Physiology*, 1-9.

48. Kofler, M. J., Irwin, L. N., Sarver, D. E., Fosco, W. D., Miller, C. E., Spiegel, J. A., & Becker, S. P. (2019). What cognitive processes are “sluggish” in sluggish cognitive tempo?. *Journal of consulting and clinical psychology*, 87(11), 1030.

49. Kulbaba, T. (2022). PCL-5: PTSD Checklist for DSM-5. UA Test; TOB “ЮЕЇ TECT.” <https://start.ua-test.com/account/education/pcl-5/>

50. Ljungberg, T., Bondza, E., & Lethin, C. (2020). Evidence of the importance of dietary habits regarding depressive symptoms and depression. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1616.

51. Mahjani, B., Bey, K., Boberg, J., & Burton, C. (2021). Genetics of obsessive-compulsive disorder. *Psychological Medicine*, 51(13), 2247-2259.

52. Marchetti, I., Koster, E. H., Klinger, E., & Alloy, L. B. (2016). Spontaneous thought and vulnerability to mood disorders: The dark side of the wandering mind. *Clinical psychological science*, 4(5), 835-857.

53. Marchetti, I., Van de Putte, E., & Koster, E. H. (2014). Self-generated thoughts and depression: from daydreaming to depressive symptoms. *Frontiers in human neuroscience*, 8, 131.

54. Mariani, R., Musetti, A., Di Monte, C., Danskin, K., Franceschini, C., & Christian, C. (2021). Maladaptive daydreaming in relation to linguistic features and attachment style. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), 386.

55. Mathews, C. (2021). Obsessive-compulsive disorders. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 27(6), 1764–1784.

56. McIntyre, R. S., Berk, M., Brietzke, E., Goldstein, B. I., López-Jaramillo, C., Kessing, L. V., Malhi, G. S., Nierenberg, A. A., Rosenblat, J. D., Majeed, A.,

Vieta, E., Vinberg, M., Young, A. H., & Mansur, R. B. (2020). Bipolar disorders. *The Lancet*, 396(10265), 1841–1856.

57. Metin, S., Gocmen, B., & Metin, B. (2022). Turkish validity and reliability study of maladaptive daydreaming scale. *Psychiatry and Behavioral Sciences*, 12(1), 1.

58. Meyer, T. D., Finucane, L., & Jordan, G. (2011). Is risk for mania associated with increased daydreaming as a form of mental imagery?. *Journal of Affective Disorders*, 135(1-3), 380-383.

59. Migdalska, A., Nawara, M., Bal, J., & Mazurczak, T. (2006). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)--molecular and genetic aspects. *Medycyna Wieku Rozwojowego*, 10(1 Pt 2), 343-354.

60. Mok, A. L. F., Chau, J. P. C., Chan, D. W. K., & Ip, W. Y. (2014). The effectiveness of cognitive behavioral interventions in reducing stress among nurses working in hospitals: a systematic review protocol. *JBI Evidence Synthesis*, 12(7), 12-23.

61. Morton, J. (2018). Autooiesis and dissociative identity disorder. *Behavioral and Brain Sciences*, 41.

62. Musetti, A., Gori, A., Michelini, G., Di Monte, C., Franceschini, C., & Mariani, R. (2022). Are defense styles mediators between traumatic experiences and maladaptive daydreaming?. *Current Psychology*, 1-9.

63. Nijenhuis, E. R. (2019). The metaphor of dissociation: teleological, phenomenological, structural, dynamical. *The metaphor of dissociation: teleological, phenomenological, structural, dynamical*, 72-105.

64. Niu, X., & Snyder, H. R. (2023). The role of maladaptive emotion regulation in the bidirectional relation between sleep and depression in college students during the COVID-19 pandemic. *Anxiety, Stress, & Coping*, 36(1), 83-96.

65. Oettingen, G., Mayer, D., & Portnow, S. (2016). Pleasure now, pain later: Positive fantasies about the future predict symptoms of depression. *Psychological Science*, 27(3), 345-353.

66. Penninx, B. W., Milaneschi, Y., Lamers, F., & Vogelzangs, N. (2013). Understanding the somatic consequences of depression: biological mechanisms and the role of depression symptom profile. *BMC medicine*, *11*, 1-14.
67. Pfizer (2023). *GAD-7 – Опитувальник з генералізованої тривоги: Короткий довідник із користування (українська версія)*. Версія 1.0. ТОВ «ЮЕЙ-ТЕСТ».
68. Pfizer. (2023). Pfizer To Offer Free Public Access To Mental Health Assessment Tools To Improve Diagnosis And Patient Care.
69. 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*.
70. Pitt, J. D. (2016). *Literature Review: Mind Wandering and Anhedonia: A Systematic Review: Empirical Paper: An Experience Sampling Study: Does Mind Wandering Mediate the Link Between Depression and Anhedonia?* (Doctoral dissertation, University of Exeter (United Kingdom)).
71. Pittig, A., Heinig, I., Goerigk, S., Richter, J., Hollandt, M., Lueken, U., ... & Wittchen, H. U. (2023). Change of threat expectancy as mechanism of exposure-based psychotherapy for anxiety disorders: evidence from 8,484 exposure exercises of 605 patients. *Clinical Psychological Science*, *11*(2), 199-217.
72. Poerio, G. L., Totterdell, P., Emerson, L. M., & Miles, E. (2016). Helping the heart grow fonder during absence: Daydreaming about significant others replenishes connectedness after induced loneliness. *Cognition and Emotion*, *30*(6), 1197-1207.
73. Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. Guilford press.
74. Rajkumar, R. P. (2022). Dissociative symptoms and disorders in patients with bipolar disorders: a scoping review. *Frontiers in Psychiatry*, *13*, 925983.
75. Reinders, A. A., & Veltman, D. J. (2021). Dissociative identity disorder: out of the shadows at last?. *The British Journal of Psychiatry*, *219*(2), 413-414.

76. Richter, P. M., & Ramos, R. T. (2018). Obsessive-compulsive disorder. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 24(3), 828-844.
77. Robinson, S., Woods, M., Cardona, F., Baglioni, V., & Hedderly, T. (2014). Intense imagery movements: A common and distinct paediatric subgroup of motor stereotypies. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 56, 1139–1140.
78. Ross, C. A., Ridgway, J., & George, N. (2020). Maladaptive daydreaming, dissociation, and the dissociative disorders. *Psychiatric Research and Clinical Practice*, 2(2), 53-61.
79. Saha, S., Lim, C. C., Cannon, D. L., Burton, L., Bremner, M., Cosgrove, P., ... & J McGrath, J. (2021). Co-morbidity between mood and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Depression and anxiety*, 38(3), 286-306.
80. 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.
81. Sándor, A., Bugán, A., Nagy, A., Bogdán, L. S., & Molnár, J. (2021). Attachment characteristics and emotion regulation difficulties among maladaptive and normal daydreamers. *Current Psychology*, 1-18. **2**
82. Sándor, A., Bugán, A., Nagy, A., Nagy, N., Tóth-Merza, K., & Molnár, J. (2021). Childhood traumatization and dissociative experiences among maladaptive and normal daydreamers in a Hungarian sample. *Current Psychology*, 1-17.
83. 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.
84. 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.
85. Schimmenti, A., Somer, E., & Regis, M. (2019, November). Maladaptive daydreaming: Towards a nosological definition. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 177, No. 9, pp. 865-874). Elsevier Masson.

86. Sharma, P., & Mahapatra, A. (2021). Phenomenological analysis of maladaptive daydreaming associated with internet gaming addiction: A case report. *General psychiatry*, *34*(2).
87. Sierra, M., & Berrios, G. E. (1998). Depersonalization: neurobiological perspectives. *Biological psychiatry*, *44*(9), 898-908.
88. Skrzypińska, D., & Szmigielska, B. (2013). What links schizophrenia and dreaming? Common phenomenological and neurobiological features of schizophrenia and REM sleep. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, *15*(2).
89. Soffer-Dudek, N. (2019). Dissociative absorption, mind-wandering, and attention-deficit symptoms: Associations with obsessive-compulsive symptoms. *British Journal of Clinical Psychology*, *58*(1), 51-69.
90. Soffer-Dudek, N. (2023). Obsessive-compulsive symptoms and dissociative experiences: Suggested underlying mechanisms and implications for science and practice. *Frontiers in Psychology*, *14*, 1132800.
91. 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.
92. Soffer-Dudek, N., & Somer, E. (2022). Maladaptive daydreaming is a dissociative disorder: Supporting evidence and theory. *Dissociation and the dissociative disorders: Past, present, future*, *34*.
93. Soffer-Dudek, N., & Theodor-Katz, N. (2022). Maladaptive daydreaming: Epidemiological data on a newly identified syndrome. *Frontiers in Psychiatry*, *13*, 871041.
94. 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.
95. Somer, E. (2002) Maladaptive Daydreaming: A Qualitative Inquiry. *Journal of Contemporary Psychotherapy* **32**, 197–212.

96. Somer, E. (2018). Maladaptive daydreaming: Ontological analysis, treatment rationale; a pilot case report. *Frontiers in the Psychotherapy of Trauma and Dissociation*, 1(2), 1-22.
97. Somer, E. (2023). Body Movements During Maladaptive Daydreaming: A Thematic Analysis of Asynchronous Email Interviews. *Journal of Anomalous Experience and Cognition*, 3(2), 267-299.
98. Somer, E., & Herscu, O. (2017) Childhood Trauma, Social Anxiety, Absorption and Fantasy Dependence: Two Potential Mediated Pathways to Maladaptive Daydreaming. *J Addict Behav Ther Rehabil* 6:4. doi: 10.4172/2324-9005.1000170
99. Somer, E., Abu-Raya, H. M., & Nsairy Simaan, Z. (2019). Maladaptive daydreaming among recovering substance use disorder patients: Prevalence and mediation of the relationship between childhood trauma and dissociation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 17, 206-216.
100. Somer, E., Abu-Rayya, H. M., & Brenner, R. (2021). Childhood trauma and maladaptive daydreaming: Fantasy functions and themes in a multi-country sample. *Journal of Trauma & Dissociation*, 22(3), 288-303.
101. Somer, E., Abu-Rayya, H. M., Schimmenti, A., Metin, B., Brenner, R., Ferrante, E., ... & Marino, A. (2020). Heightened levels of maladaptive daydreaming are associated with COVID-19 lockdown, pre-existing psychiatric diagnoses, and intensified psychological dysfunctions: A multi-country study. *Frontiers in psychiatry*, 1146.
102. Somer, E., Bigelsen, J., Lehrfeld, J., & Jopp, D. (2017) 16-Item Maladaptive Daydreaming Scale. *Journal of Behavioral Addictions*.
103. Somer, E., Lehrfeld, J., Bigelsen, J., & Jopp, D. S. (2016). Development and validation of the Maladaptive Daydreaming Scale (MDS). *Consciousness and cognition*, 39, 77-91.
104. Somer, E., Soffer-Dudek, N., & Ross, C. A. (2017). The comorbidity of daydreaming disorder (maladaptive daydreaming). *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(7), 525-530.

105. 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.
106. Somer, E., Somer, L., & Halpern, N. (2019). Representations of maladaptive daydreaming and the self: A qualitative analysis of drawings. *The Arts in Psychotherapy*, 63, 102-110.
107. Somer, E., Somer, L., & Jopp, D. S. (2016). Childhood antecedents and maintaining factors in maladaptive daydreaming. *The Journal of nervous and mental disease*, 204(6), 471-478.
108. Somer, E., Somer, L., & Jopp, D.S. (2016) Parallel lives: A phenomenological study of the lived experience of maladaptive daydreaming, *Journal of Trauma & Dissociation*, 17:5, 561-576, DOI: 10.1080/15299732.2016.1160463
109. Song, P., Zha, M., Yang, Q., Zhang, Y., Li, X., & Rudan, I. (2021). The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder: A global systematic review and meta- analysis. *Journal of global health*, 11.
110. Sussman, S., & Leventhal, A. (2014). Substance misuse prevention: addressing anhedonia. *New directions for youth development*, 2014(141), 45-56.
111. Szuhany, K. L., & Simon, N. M. (2022). Anxiety disorders: a review. *Jama*, 328(24), 2431-2445.
112. 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*, 78(11), 2309-2328.
113. Thomson, P., & Jaque, V. (2023). Maladaptive Daydreaming, Overexcitability, and Emotion Regulation. *Roeper Review*, 45(3), 195-205.
114. Thorburn, C. (2022). ‘Maladaptive daydreaming’: An introduction to a new condition. *European Psychiatry*, 65(S1), S178-S179.

115. To, S. E., Zepf, R. A., & Woods, A. G. (2005). The symptoms, neurobiology, and current pharmacological treatment of depression. *Journal of Neuroscience Nursing*, 37(2), 100-105
116. Tyrer, P., & Baldwin, D. (2006). Generalised anxiety disorder. *The Lancet*, 368(9553), 2156-2166.
117. U Khan, Z., Martin-Montañez, E., & Chris Muly, E. (2013). Schizophrenia: causes and treatments. *Current pharmaceutical design*, 19(36), 6451-6461.
118. van Heugten-van der Kloet, D., & Lynn, S. J. (2020). Dreams and dissociation—commonalities as a basis for future research and clinical innovations. *Frontiers in Psychology*, 11, 745.
119. Vieta, E., Berk, M., Schulze, T. G., Carvalho, A. F., Suppes, T., Calabrese, J. R., ... & Grande, I. (2018). Bipolar disorders. *Nature reviews Disease primers*, 4(1), 1-16.
120. Wannenburg, N., & van Niekerk, R. (2019). Re-witnessing the autistic imagination. *Research in Drama Education: The Journal of Applied Theatre and Performance*, 24(2), 139-146.
121. 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, and Practice*.
122. West, M. J., & Somer, E. (2020). Empathy, emotion regulation, and creativity in immersive and maladaptive daydreaming. *Imagination, Cognition and Personality*, 39(4), 358-373.
123. Zayats, T., & Neale, B. M. (2019). Recent advances in understanding of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): how genetics are shaping our conceptualization of this disorder. *F1000Research*, 8.

## ДОДАТКИ

## Додаток А

## Таблиця А.1

## Українська версія опитувальника MDS-16

1. Деякі люди помічають, що певна музика може спонукати їх до мріяння. Наскільки музика активізує у вас процес мріяння?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 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?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Зовсім не було бажання Надзвичайно сильне бажання
3. Наскільки часто наразі ваші мріяння супроводжуються звуками чи мімікою (наприклад, сміхом, розмовами або промовлянням слів)?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ніколи Дуже часто
4. Якщо ви переживаєте період, коли ви не можете мріяти стільки, скільки зазвичай, через ваші повсякденні обов'язки, наскільки вас засмучує ваша нездатність знайти час для мріяння?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Зовсім не засмучує 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?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Зовсім не заважає Дуже сильно заважає
6. Деякі люди засмучуються або відчувають занепокоєння через те, скільки часу вони витрачають на мріяння. На даний момент, наскільки ви засмучені кількістю часу, який ви витрачаєте на мріяння?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Зовсім не засмучуюсь Сильно засмучуюсь
7. Коли вам було відомо, що потрібно зосередитися на чомусь важливому або виконати складне завдання, наскільки вам було важко залишатися сконцентрованим і довести справу до кінця без мріяння?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Зовсім не складно Дуже складно
8. Деякі люди стикаються з тим, що їхні мріяння заважають речам, які для них найбільш важливі. По ваших відчуттях, наскільки ваші мріяння заважають досягненню ваших життєвих цілей?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Зовсім не заважають Дуже сильно заважають
9. Деяким людям важко контролювати або обмежувати свої мріяння. Наскільки важко Вам буває тримати свої мріяння під контролем?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Зовсім не важко Надзвичайно важко
10. Деякі люди відчувають 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?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Зовсім не відчуваю роздратування Відчуваю сильне роздратування
11. Деяким людям мріяння заважають їхнім професійним або особистим досягненням. Наскільки мріяння заважають вашим професійним або особистим досягненням?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Зовсім не заважають Відчуваю сильне роздратування
12. Деякі люди вважають за краще мріяти, а 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?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Зовсім ні Дуже сильно заважають
13. Коли ви прокидаєтеся вранці, наскільки сильним є ваше бажання одразу почати мріяти?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Зовсім немає бажання Повною мірою бажання
14. Як часто ваші мріяння супроводжуються фізичними рухами, такими як ходіння, розгойдування чи розмахування руками?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ніколи Дуже часто
15. Деякі люди люблять мріяти. Коли ви мрієте, наскільки вас це заспокоює та/або приносить вам задоволення?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Зовсім не заспокоює/не приносить задоволення Дуже заспокоює/приносить задоволення
16. Деяким людям важко мріяти, якщо вони не слухають музику. Якою мірою ваші мріяння залежать від прослуховування музики?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Не залежать Повністю залежать