

Київський національний університет імені Тараса Шевченка
Факультет психології
Кафедра психодіагностики та клінічної психології

**Зв'язок дезадаптивної мрійливості та емоційної регуляції у осіб з
різним рівнем тривожності**
Кваліфікаційна робота

Студентки 4 курсу ОР Бакалавр
(спеціальність 053 «Психологія»,
освітня програма «Психологія»,
заочна форма навчання)

Мринської Даяни Вікторівни

Науковий керівник:

асистент кафедри психодіагностики та клінічної психології

Молотокас Антоніна Андріївна

Роботу рекомендовано до захисту на ЕК №__

Протокол №__ від__ року

Завідувачка кафедри психодіагностики та клінічної психології

_____ **Людмила КРУПЕЛЬНИЦЬКА**

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ДЕЗАДАПТИВНОЇ МРІЙЛИВОСТІ.....	9
1.1. Деадаптивна мрійливість як психологічний феномен.....	9
1.2. Деадаптивна мрійливість у контексті емоційної регуляції.....	20
1.3. Деадаптивна мрійливість у контексті тривожності	24
1.4. Взаємозв'язок деадаптивної мрійливості, тривожності та труднощів емоційної регуляції.....	30
Висновки до розділу 1.....	35
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ ДЕЗАДАПТИВНОЇ МРІЙЛИВОСТІ, ТРИВОЖНОСТІ ТА ЕМОЦІЙНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ	38
2.1. Методологічні підходи до вивчення MD у сучасній психології	38
2.2. Концептуальна модель та гіпотези дослідження	40
2.3. Обґрунтування та характеристика психодіагностичного інструментарію.....	43
2.4. Характеристика вибірки дослідження.....	47
2.5. Організація та дизайн емпіричного дослідження.....	48
2.6. Використані методи математико-статистичного аналізу даних.....	50
Висновки до розділу 2	52
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНИЙ АНАЛІЗ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ДЕЗАДАПТИВНОЇ МРІЙЛИВОСТІ, ТРИВОЖНОСТІ ТА ТРУДНОЩІВ ЕМОЦІЙНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ	54
3.1. Описові характеристики досліджуваних показників	54
3.2. Зв'язок деадаптивної мрійливості з тривожністю.....	56
3.3. Зв'язок деадаптивної мрійливості з труднощами емоційної регуляції.....	58
3.4. Взаємозв'язок деадаптивної мрійливості, тривожності та труднощів емоційної регуляції.....	64

Висновки до розділу 3	67
ВИСНОВКИ	70
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	74
ДОДАТКИ	82

ВСТУП

Актуальність теми дослідження.

У сучасній психології дедалі більше уваги приділяється не лише вираженим психічним розладам, а й тим психологічним феноменам, які тривалий час можуть залишатися непомітними, проте істотно впливати на емоційне життя, поведінку та повсякденне функціонування людини. Одним із таких феноменів є дезадаптивна мрійливість – інтенсивне та тривале занурення у фантазійні сюжети, яке може набувати компульсивного характеру, супроводжуватися труднощами контролю та відволікати людину від реальної діяльності. На відміну від звичайного фантазування, MD пов'язана не лише з уявою, а й із порушенням саморегуляції, емоційним напруженням і суб'єктивним дистресом.

Проблематика MD набула активного розвитку після праць Е. Somer, у яких цей феномен було описано як надмірну фантазійну активність, що може замінювати реальні взаємодії та порушувати академічне, професійне або міжособистісне функціонування [50]. Подальші дослідження були спрямовані на уточнення симптомів MD, розробку та валідацію шкал її оцінювання, зокрема MDS-16, а також на аналіз зв'язків MD із психопатологічними проявами, дисоціацією, obsесивно-компульсивною симптоматикою, тривожністю, депресивністю, травматичним досвідом і труднощами емоційної регуляції [54; 55; 57]. Це свідчить про поступове формування окремого дослідницького напрямку, у межах якого MD розглядається як клінічно значущий, але ще недостатньо вивчений психологічний феномен.

Особливий інтерес становить зв'язок MD з емоційною регуляцією. У сучасних працях дезадаптивна мрійливість дедалі частіше розглядається не лише як надмірне фантазування, а як спосіб емоційного відсторонення, самозаспокоєння або уникнення неприємних переживань. З одного боку, занурення у фантазійний світ може тимчасово знижувати напруження та створювати відчуття контролю. З іншого боку, за високої вираженості MD таке фантазування може підтримувати уникнення реальних проблем, ускладнювати

опрацювання емоційного досвіду та порушувати здатність діяти цілеспрямовано. Саме тому дослідження MD у контексті емоційної регуляції є важливим для глибшого розуміння механізмів, які можуть підтримувати цей феномен.

Не менш важливим є питання зв'язку MD із тривожністю. У низці досліджень MD описується у зв'язку з тривожними симптомами та ширшим психологічним дистресом. Водночас сам характер цього зв'язку залишається неоднозначним. Тривожність може виступати емоційним фоном, на тлі якого посилюється потреба у фантазійному відстороненні.

Попри зростання кількості досліджень MD, недостатньо вивченим залишається питання того, як саме дезадаптивна мрійливість пов'язана з емоційною регуляцією у осіб з різним рівнем тривожності. Частина наукових праць зосереджується на зв'язку MD з окремими психопатологічними проявами, інші – на її емоційно-регуляторних або поведінкових аспектах. Проте потребує подальшого уточнення, чи є тривожність безпосередньо пов'язаною з вираженістю MD, чи більш значущим чинником виступають ширші труднощі регуляції емоційного стану.

Отже, актуальність дослідження зумовлена необхідністю поглибити наукове розуміння MD як психологічного феномену, пов'язаного з емоційним досвідом, саморегуляцією та поведінковим контролем. Практична значущість цієї проблеми полягає в тому, що результати такого дослідження можуть бути використані у психоедукаційній, консультативній та профілактичній роботі з особами, які мають схильність до надмірного занурення у фантазування як способу емоційного уникнення або самозаспокоєння.

Мета дослідження:

Визначити характер зв'язку дезадаптивної мрійливості з труднощами емоційної регуляції у осіб з різним рівнем тривожності.

Завдання дослідження.

1. Розкрити теоретичні підходи до розуміння дезадаптивної мрійливості як психологічного феномену та обґрунтувати її вивчення у зв'язку з тривожністю й емоційною регуляцією.
2. Визначити рівень вираженості дезадаптивної мрійливості у досліджуваній вибірці.
3. Оцінити рівень тривожності та труднощів емоційної регуляції у досліджуваній вибірці.
4. Встановити характер взаємозв'язків між дезадаптивною мрійливістю, тривожністю та труднощами емоційної регуляції, зокрема її окремими компонентами.
5. Окреслити можливості практичного використання отриманих результатів у психоедукаційній, консультативній та профілактичній роботі.

Об'єкт дослідження:

дезадаптивна мрійливість як психологічний феномен.

Предмет дослідження:

зв'язок дезадаптивної мрійливості з труднощами емоційної регуляції у осіб з різним рівнем тривожності.

Методи дослідження.

Для досягнення мети та виконання поставлених завдань було використано комплекс теоретичних, емпіричних і математико-статистичних методів дослідження.

- **теоретичні:** аналіз, синтез, систематизація та узагальнення наукових підходів до вивчення дезадаптивної мрійливості, тривожності та емоційної регуляції, а також опрацювання сучасних емпіричних

досліджень, присвячених зв'язку MD із психоемоційними труднощами та процесами саморегуляції;

- **емпіричні:** анкетування та психодіагностичне тестування, зокрема авторська соціально-демографічна анкета; шкала дезадаптивної мрійливості – Maladaptive Daydreaming Scale (MDS-16; українська адаптація: О. Балашевич, А. Гарагуля, А. Молотокас, О. Байєр, А. Курапов); шкала генералізованої тривожності – Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7; українська адаптація: Н. Алексіна, О. Герасименко, Д. Лавриненко, О. Савченко); шкала труднощів емоційної регуляції – Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS; українська адаптація: Л. Сак, З. Федотова).

Обробку емпіричних показників здійснено з використанням методів математичної статистики: описових статистик, критерію Шапіро–Вілка для перевірки нормальності розподілу даних та кореляційного аналізу за коефіцієнтом кореляції Спірмена.

Дослідницька вибірка.

У дослідженні взяли участь 60 респондентів, серед яких 38 жінок, 21 чоловік та 1 небінарна особа віком від 18 до 50 років. Опитування проводилося у онлайн форматі з використанням Google-Form.

Наукова новизна одержаних результатів дослідження полягає в тому, *що уточнено:*

- характер зв'язку дезадаптивної мрійливості з тривожністю та труднощами емоційної регуляції: встановлено, що у досліджуваній вибірці MD більшою мірою пов'язана з труднощами емоційної регуляції, ніж із тривожністю як окремим показником;
- структуру зв'язку між MD та окремими компонентами емоційної регуляції: показано, що найбільш виразно дезадаптивна мрійливість

пов'язана з труднощами імпульс-контролю та збереженням цілеспрямованої поведінки в умовах емоційного напруження;

набули подальшого розвитку положення про:

- дезадаптивну мрійливість як феномен, пов'язаний не лише з надмірним зануренням у фантазування, а й з труднощами емоційної саморегуляції;
- роль емоційної дизрегуляції у підтриманні проявів MD, зокрема через труднощі прийняття емоційних реакцій, добору ефективних стратегій регуляції та контролю емоційно зумовленої поведінки.

Практичне значення роботи полягає у тому, що одержані результати можуть бути використані психологами, консультантами та фахівцями у сфері психічного здоров'я під час психоедукаційної, консультативної та профілактичної роботи з особами, які мають виражені прояви дезадаптивної мрійливості або схильність до надмірного занурення у фантазування.

Результати дослідження можуть бути корисними для кращого розуміння емоційно-регуляторних труднощів, пов'язаних із MD, зокрема труднощів імпульс-контролю, підтримання цілеспрямованої поведінки в умовах емоційного напруження, добору адаптивних стратегій регуляції емоцій, прийняття та розуміння власних емоційних реакцій. Це може бути враховано під час розробки психоедукаційних матеріалів, консультативних рекомендацій та програм психологічної підтримки, спрямованих на розвиток навичок емоційної саморегуляції.

Достовірність і обґрунтованість наукових результатів забезпечено логічною узгодженістю мети, завдань, об'єкта, предмета та дизайну дослідження; використанням сучасних наукових джерел для теоретичного обґрунтування досліджуваної проблеми; застосуванням психодіагностичних методик, релевантних поставленим завданням; повнотою зібраних емпіричних даних, оскільки всі анкети були завершені та включені до аналізу; коректним розрахунком загальних показників за шкалами MDS-16, GAD-7 і DERS та

окремих підшкал DERS; використанням відповідних методів математико-статистичної обробки даних, зокрема описової статистики, критерію Шапіро–Уїлка та кореляційного аналізу за коефіцієнтом кореляції Спірмена.

Структура та обсяг роботи.

Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел, що налічує 68 найменувань, з них – 63 іноземною мовою, та 4 додатки. Дослідження містить 3 таблиці. Основний зміст викладено на 70 сторінках комп'ютерного набору. Повний обсяг роботи становить 88 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ДЕЗАДАПТИВНОЇ МРІЙЛИВОСТІ

1.1. Деадаптивна мрійливість як психологічний феномен

Мрійливість є звичним явищем психічного життя людини і не завжди має проблемний характер. Вона може бути пов'язана з відпочинком, творчістю, плануванням майбутнього або емоційним опрацюванням досвіду. Однак у частини людей фантазування набуває іншої форми: стає тривалим, захопливим, повторюваним і починає витісняти реальну активність. Саме для опису такого типу фантазійної активності у психології використовується поняття деадаптивна мрійливість (англ. *maladaptive daydreaming*, скорочено - MD).

Появу цього поняття пов'язують із роботою ізраїльського психолога Елі Сомера, який у 2002 році описав феномен деадаптивної мрійливості, що відрізнялась від звичайної уяви або короткочасного відволікання. У його дослідженні йдеться про людей, для яких мрії ставали окремим внутрішнім простором і могли частково замінювати реальні соціальні контакти, навчальну, професійну чи міжособистісну активність [50]. Власне, деадаптивність цього явища полягає не в самому факті фантазування, а в тому, що воно починає порушувати зв'язок людини з її повсякденними справами.

Описуючи MD Сомер звертав увагу і на її психологічну привабливість. Фантазії не завжди переживаються людиною як щось небажане, навпаки, вони можуть давати відчуття безпеки, контролю, емоційного полегшення або компенсації того, чого бракує в реальному житті. Саме тому деадаптивна мрійливість часто має суперечливий характер: вона може тимчасово знижувати внутрішню напругу, але водночас поступово посилювати уникнення реального досвіду. У дослідженні Сомера мріяння описувалося зокрема як спосіб відмежування від болісних переживань, самотності або травматичних спогадів [50, с. 203–204].

Ця подвійність є важливою для розуміння феномену. Якщо звичайне мріяння найчастіше залишається епізодичним і не руйнує повсякденну

активність, то MD може ставати для людини майже окремою формою життя. У фантазіях вона може переживати бажані стосунки, успіх, визнання або контроль над ситуаціями, які в реальності викликають напруження. Через це повернення до мрій поступово набуває характеру внутрішньої потреби: людина звертається до мрій не лише заради задоволення, а й для регуляції внутрішнього стану.

Подальші дослідження дозволили точніше окреслити прояви дезадаптивної мрійливості. У роботі Е. Сомера та співавторів 2016 року MD розглядається як інтенсивне занурення у фантазійні сценарії, що супроводжується сильним бажанням продовжувати мріяння, труднощами його обмеження та негативним впливом на повсякденне функціонування [55, с. 77–78]. Це важливо, оскільки феномен включає не лише яскравість уяви, а й поведінковий компонент: людина може спеціально створювати умови для фантазування, усамітнюватися, використовувати музику або повторювані рухи, щоб підтримувати занурення.

Фантазії при MD часто мають складну внутрішню будову. Це можуть бути не окремі випадкові образи, а розгорнуті сюжети з постійними персонажами, повторюваними сценами, діалогами та емоційними кульмінаціями. Для людини такі сценарії можуть ставати значущими й особистісно важливими, оскільки вони дозволяють проживати бажані або альтернативні версії досвіду. У цьому сенсі MD відрізняється від короткого відволікання думок: вона передбачає глибоке емоційне залучення і повернення до фантазійного світу як до вже знайомого внутрішнього простору.

Водночас дезадаптивну мрійливість не слід ототожнювати з психотичними переживаннями. При MD людина усвідомлює вигаданість власних фантазій і здатна розрізняти уявний світ та реальність. В українському дослідженні адаптації MDS-16 також підкреслюється, що для MD характерне саме надмірне занурення у мрійливість, а не втрата критичного ставлення до реальності [2, с. 609]. Це розмежування є принциповим, оскільки дозволяє

розглядати MD як окремий психологічний феномен, а не як прояв психотичної симптоматики.

В українському науковому просторі тема дезадаптивної мрійливості лише починає активно розроблятися, однак уже є спроби її понятійного уточнення. Зокрема, О. Балашевич та А. Молотокас розглядають MD у порівнянні з іншими формами уяви й підкреслюють, що її не можна зводити до звичайних мрій, фантазування або блукання думок [3, с. 327–328]. На думку авторок, специфіка MD полягає у поєднанні емоційної залученості, труднощів контролю, повторюваності та негативного впливу на функціонування.

Отже, дезадаптивна мрійливість постає як складне явище, у якому поєднуються когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти. Вона пов'язана зі створенням розгорнутих фантазійних сценаріїв, потребою в емоційному полегшенні або компенсації, а також із труднощами контролю над зануренням у мрії. Саме ця сукупність ознак дозволяє розглядати MD не як варіант «багатої уяви», а як окремий психологічний феномен, що потребує подальшого аналізу в контексті емоційної регуляції, тривожності та психоемоційної адаптації особистості.

Для коректного розуміння дезадаптивної мрійливості важливо відмежувати її від звичайної уяви, творчого фантазування, мрій і блукання думок. Усі ці процеси є природними для психічного життя людини і самі по собі не свідчать про порушення. Людина може фантазувати про майбутнє, уявляти бажані події, подумки програвати різні життєві ситуації або тимчасово відволікатися від поточної діяльності. Однак у випадку MD фантазування набуває іншого характеру: воно стає не просто епізодичним внутрішнім процесом, а тривалим і повторюваним зануренням у вигадані сценарії, яке може почати заважати реальному життю.

О. Балашевич та А. Молотокас у порівняльному аналізі дезадаптивної мрійливості з іншими формами уяви підкреслюють, що MD не можна зводити до звичайних мрій, фантазування або блукання думок. Авторки зазначають, що її специфіка полягає у поєднанні кількох ознак: зниженого контролю над

процесом мріання, високої емоційної залученості, повторюваності фантазійних сценаріїв і негативного впливу на повсякденну активність [3]. Тобто MD відрізняється не лише кількісно, як “більше фантазування”, а й якісно – як інший спосіб взаємодії людини з власним внутрішнім світом.

Однією з найпомітніших відмінностей MD від звичайної мрійливості є тривалість фантазування. У дослідженні J. Bigelsen та співавторів було показано, що особи з вираженими проявами MD повідомляли про значно більшу кількість часу, проведеного у мріях, порівняно з контрольною групою. Зокрема, учасники з MD зазначали, що фантазування може займати понад половину їхнього активного часу протягом дня [7, с. 260]. Такі дані дозволяють говорити не просто про схильність до уяви, а про стійкий патерн занурення у фантазії, який поступово впливає на організацію дня, навчання, роботу та соціальну активність.

Важливою ознакою є також труднощі контролю. При звичайному мріянні людина зазвичай може переключитися на реальні справи без значного внутрішнього напруження. У випадку MD фантазування може ставати настільки привабливим, що його складно припинити навіть тоді, коли людина усвідомлює необхідність повернутися до навчання, роботи або спілкування. У роботі Е. Сомера та співавторів MD описується як стан, пов’язаний із сильним бажанням продовжувати мріання, труднощами його обмеження та впливом на повсякденне функціонування [55, с. 77–78]. Саме ця втрата гнучкості відрізняє MD від звичайного фантазування, яке не має настільки вираженого компульсивного характеру.

Окремо варто відмежувати MD від блукання думок, яке зазвичай пов’язаний із тимчасовим відходом уваги від поточного завдання до сторонніх думок. Такий процес може бути спонтанним, короткочасним і не завжди емоційно насиченим. Натомість MD частіше має розгорнуту сюжетну структуру: у фантазіях можуть повторюватися певні персонажі, сцени, діалоги, конфлікти або бажані події. Через це дезадаптивна мрійливість не виглядає як

випадкове «відволікання думок», а радше як занурення у внутрішній світ, який має для людини особистісне значення.

При цьому MD не слід ототожнювати з галюцинаціями або психотичними переживаннями. Для галюцинаторного досвіду характерним є сприймання образів як реальних, тоді як при дезадаптивній мрійливості людина зазвичай усвідомлює фантазійний характер своїх мрій. В українській адаптації MDS-16 прямо зазначається, що люди з дезадаптивною мрійливістю усвідомлюють різницю між світом своїх мріань та реальністю [2, с. 609]. Тому проблема MD полягає не у втраті контакту з реальністю, а в надмірному зануренні у вигаданий світ і труднощах контролю цього процесу.

Таким чином, дезадаптивна мрійливість відрізняється від інших форм уяви за кількома ключовими параметрами: тривалістю, емоційною залученістю, повторюваністю, зниженим контролем і негативним впливом на реальне функціонування. Вона не є просто багатою уявою або творчим фантазуванням, оскільки супроводжується дистресом, втратою часу та поступовим витісненням реальної активності. Саме тому MD доцільно розглядати як окремий психологічний феномен, який має власну структуру та потребує подальшого аналізу.

Феноменологічний опис дезадаптивної мрійливості дозволяє зрозуміти не лише те, що людина багато фантазує, а й те, як саме вона переживає цей процес. MD зазвичай не має вигляду випадкових коротких думок або простого відволікання. Навпаки, вона пов'язана з глибоким зануренням у внутрішній світ, який може мати власні сюжети, персонажів, емоційні конфлікти й повторювані сценарії. У дослідженні E. Somer, L. Somer та D. S. Jorrp учасники описували MD як досвід «паралельної реальності», що ґрунтується на створеному фантазійному світі та супроводжується сильним відчуттям присутності в ньому [61, с. 561].

Однією з головних характеристик MD є сюжетність фантазій. На відміну від звичайного мріання, яке часто виникає епізодично і не завжди має чітку структуру, дезадаптивна мрійливість може розгортатися як тривала внутрішня

історія. Учасники феноменологічного дослідження часто описували фантазії як такі, що мають продовження, повторювані теми та внутрішню логіку розвитку. Автори зазначають, що респонденти могли створювати цілі внутрішні світи, які розвивалися подібно до серіального сюжету, а серед найпоширеніших тем виділялися стосунки, сімейне життя, соціальний статус, успіх і визнання.

Важливою рисою MD є висока емоційна залученість. Людина не просто уявляє певні події, а переживає їх як значущі для себе. Фантазії можуть давати відчуття близькості, любові, підтримки, сили або соціального визнання, тобто компенсувати ті потреби, які в реальному житті залишаються незадоволеними. У роботі Сомера та співавторів показано, що фантазійні сценарії часто містять емоційно компенсаторні теми, пов'язані з компетентністю, соціальним прийняттям і підтримкою [61]. Саме тому MD може бути суб'єктивно привабливою для людини, навіть якщо вона усвідомлює її негативні наслідки.

Ще однією характерною ознакою є візуальна й сенсорна насиченість фантазій. Учасники феноменологічного дослідження описували свої мрії як образні, “кінематографічні”, іноді дуже близькі до перегляду внутрішнього фільму. Деякі респонденти повідомляли не лише про зорові образи, а й про голоси персонажів, кольори, запахи або інші сенсорні деталі, однак при цьому зберігали розуміння, що ці переживання мають внутрішнє, створене самою людиною походження. Це ще раз підкреслює, що MD не є психотичним досвідом, а радше формою інтенсивного занурення у власну уяву.

Особливу роль у переживанні MD відіграють зовнішні та тілесні тригери. Найчастіше в дослідженнях згадуються музика, усамітнення та повторювані рухи. У феноменологічному дослідженні майже всі учасники описували певний ритуал входження у мріяння, який включав музику, рух або їх поєднання [61, с. 566–567]. Музика в цьому контексті не просто супроводжує фантазії, а може допомагати емоційно “налаштувати” сцену, посилити занурення та зробити внутрішній сюжет більш яскравим.

Окреме дослідження Е. Сомера, присвячене ролі музики у MD, підтверджує, що для багатьох осіб музика є важливим чинником запуску або

поглиблення фантазування. У дослідженні взяла участь 41 особа з імовірною MD, а тематичний аналіз показав, що музика може виконувати кілька функцій: від ізоляції від зовнішніх подразників до посилення емоційності, яскравості й “сюжетності” мрій [51, с. 611, 617–618]. Тому музику можна розглядати не лише як випадковий фон, а як один із механізмів підтримання занурення у фантазійний світ.

Повторювані рухи також є важливим елементом феноменології MD. Йдеться про ходіння, розгойдування, жести або інші ритмічні дії, які можуть допомагати людині глибше занурюватися у фантазію. У дослідженні Т. Hedderly та співавторів описано зв’язок між інтенсивними образними рухами в дитинстві та повідомленнями про MD у дорослому віці. Автори розглядають такі рухи як можливий компонент або шлях формування занурювального фантазування, особливо коли рухова активність супроводжується яскравими уявними образами [19]. Це дозволяє говорити про MD не лише як про когнітивний процес, а як про досвід, що може включати тілесний компонент.

Ще однією важливою феноменологічною рисою MD є її зв’язок з образом «Я». У фантазіях людина може створювати альтернативні версії себе: більш успішні, сильні, визнані, улюблені або соціально значущі. Це не означає, що фантазії завжди є позитивними, однак вони часто дають можливість прожити той досвід, який у реальному житті є недоступним або болісно обмеженим. У якісному дослідженні малюнків осіб із MD було показано, що фантазійний світ часто зображується як більш яскравий, насичений і привабливий, тоді як реальність або образ себе поза мріями можуть подаватися як менш живі, сірі чи обмежені [59, с. 104–107]. Це свідчить про те, що MD може бути пов’язана не лише з уявою, а й з переживанням власної ідентичності.

Таким чином, феноменологічні характеристики MD охоплюють кілька взаємопов’язаних рівнів. На когнітивному рівні вона проявляється у створенні складних і повторюваних фантазійних сценаріїв. На емоційному рівні – у сильній залученості, переживанні бажаних станів і компенсації незадоволених потреб. На поведінковому рівні – у використанні музики, усамітнення та рухів

як способів підтримання занурення. Така багатовимірність дозволяє розглядати дезадаптивну мрійливість як складний психологічний феномен, що виходить за межі звичайного фантазування і має власну внутрішню структуру.

Ключовою ознакою дезадаптивної мрійливості є не сама наявність фантазій, а їхній вплив на реальне життя людини. Мрії можуть бути яскравими, емоційними й навіть суб'єктивно приємними, однак проблемними вони стають тоді, коли людина починає втрачати контроль над часом, проведеним у фантазіях, і поступово віддаляється від повсякденних справ. Саме тому у дослідженнях MD постійно підкреслюється її зв'язок із порушенням академічного, професійного, соціального та міжособистісного функціонування.

Одним із перших емпіричних підтверджень дезадаптивного характеру цього феномену стало дослідження J. Bigelsen та співавторів. Автори порівнювали осіб, які ідентифікували себе як схильні до MD, із контрольною групою і виявили, що учасники з MD проводили у фантазіях значно більше часу. Частина з них повідомляла, що мрії можуть займати понад половину активного часу протягом дня [7, с. 260]. Такий показник важливий, оскільки він демонструє: MD є не просто частою мрійливістю, а процесом, який може реально змінювати структуру дня і витіснити необхідну діяльність.

Часові витрати є лише одним із аспектів проблеми. Не менш важливою є втрата контролю над процесом мріяння. Особи з MD можуть усвідомлювати, що фантазування заважає їм виконувати справи, однак все одно відчувати сильне бажання повернутися до внутрішніх сценаріїв. У запропонованих діагностичних критеріях MD серед ключових ознак виділяються труднощі обмеження мріяння, повторюване бажання занурюватися у фантазії та негативний вплив цього процесу на функціонування [58, с. 180–182]. Це дозволяє розглядати MD не лише як інтенсивну уяву, а як стан, що має компульсивні риси.

Дезадаптивність MD проявляється також у тому, що фантазії можуть вступати в конкуренцію з реальними обов'язками. Людина може відкладати навчання, роботу, побутові справи або спілкування, бо внутрішній світ здається

емоційно привабливішим і безпечнішим. У короткостроковій перспективі це може давати полегшення, особливо якщо фантазування допомагає уникнути напруження чи неприємних емоцій. Проте в довгостроковій перспективі така стратегія може посилювати проблеми: невиконані справи накопичуються, соціальні контакти зменшуються, а відчуття провини або розчарування у собі зростає.

Окремий вимір дезадаптивності пов'язаний із дистресом. Людина може отримувати задоволення від мріяння, але водночас страждати від того, що не може його контролювати. Це створює внутрішній конфлікт: фантазії приваблюють, але після них можуть виникати провини, сором, роздратування або відчуття втрати часу. У дослідженні J. Bigelsen та співавторів респонденти з MD повідомляли не лише про інтенсивність фантазування, а й про значне порушення повсякденного функціонування та психологічний дистрес, пов'язаний із цим досвідом [7, с. 261–262].

Сором і приховування є ще одними важливими проявами дезадаптивного характеру MD. Через незвичність цього досвіду люди часто не розповідають про нього іншим або бояться бути неправильно зрозумілими. У якісному дослідженні disclosure-досвіду осіб із MD показано, що розкриття цієї теми може сприйматися як складний і вразливий процес, оскільки люди не завжди впевнені, що їхній досвід буде прийнятий без осуду [15, с. 3–5]. Це може посилювати ізоляцію і підтримувати замкнене коло: людина ще більше залишається наодинці зі своїм фантазійним світом і ще менше отримує підтримки в реальності.

Схожі тенденції описані і в дослідженні життєвого досвіду користувачів Reddit. Учасники таких онлайн-спільнот часто описували MD як явище, що змінюється з часом: спочатку воно може переживатися як ресурс або спосіб втечі, але поступово починає сприйматися як щось, що обмежує реальне життя. У тематичному аналізі A. Nowacki та A. Pyszkowska звертають увагу на переживання втрати контролю, боротьбу з надмірним фантазуванням і вплив MD на навчання, роботу, стосунки та самооцінку [35, с. 28492–28496]. Це

показує, що дезадаптивність MD формується не одномоментно, а поступово – через накопичення наслідків.

Важливо також, що MD може бути суб'єктивно привабливою навіть тоді, коли людина усвідомлює її шкоду. У цьому полягає одна з головних складностей феномену. Фантазійний світ може давати відчуття контролю, значущості, прийняття або емоційного полегшення, тому відмова від нього сприймається не просто як припинення звички, а як втрата важливого способу саморегуляції. Саме тому MD не можна розглядати лише як “нестачу дисципліни” або небажання займатися реальними справами. Частіше йдеться про більш складний механізм, у якому фантазування одночасно знижує напругу і підтримує уникнення.

Таким чином, дезадаптивність MD проявляється у кількох взаємопов'язаних аспектах: надмірних часових витратах, труднощах контролю, порушенні повсякденного функціонування, дистресі, соромі та соціальному приховуванні. Саме ці ознаки дозволяють відрізнити MD від звичайної мрійливості або творчої уяви. Якщо звичайне фантазування може бути гнучким і адаптивним, то дезадаптивна мрійливість поступово починає підпорядковувати собі частину реального життя людини, створюючи внутрішній конфлікт між бажанням залишатися у фантазійному світі та потребою функціонувати в реальності.

Попри зростання кількості досліджень, дезадаптивна мрійливість досі не має статусу офіційного психічного розладу в основних діагностичних класифікаціях. Вона не представлена як окрема нозологічна одиниця в DSM або МКХ, тому в клінічній практиці її часто складно розпізнати як самостійний феномен. Водночас дослідники все частіше підкреслюють, що MD має достатньо стійкий набір проявів, які не можна повністю пояснити лише тривожністю, депресивною симптоматикою, СДУГ, obsесивно-компульсивними проявами або дисоціацією [44, с. 865–866].

Проблема клінічного статусу MD полягає в тому, що вона одночасно перетинається з різними психічними труднощами, але не зводиться до жодної з

них. Наприклад, вона може супроводжуватися неуважністю, униканням, компульсивним потягом до фантазування, емоційним дистресом або дисоціативним зануренням. Проте її центральною ознакою залишається саме надмірне, яскраве та емоційно захопливе фантазування, яке починає порушувати функціонування людини. Через це MD доцільно розглядати як окремий клініко-психологічний конструкт, а не лише як симптом іншого розладу.

Важливим кроком у напрямі клінічного осмислення MD стала спроба сформулювати її діагностичні критерії. Е. Сомер та співавтори запропонували розглядати MD через поєднання кількох ознак: інтенсивного занурення у фантазії, труднощів контролю, повторюваного бажання повертатися до мріяння, використання тригерів на кшталт музики або рухів, а також значного дистресу чи порушення функціонування [58, с. 176–181]. Ці критерії не означають, що MD уже офіційно визнана діагностичною категорією, однак вони дають дослідникам і практикам більш чітку основу для її опису.

Окрему увагу дослідники приділяють питанню, до якої групи психічних явищ може бути найближчою MD. Частина авторів розглядає її у зв'язку з поведінковими залежностями, оскільки фантазування може мати компульсивний характер і підтримуватися через короткочасне емоційне полегшення. Інші дослідники наголошують на її зв'язку з дисоціативними процесами, адже MD передбачає глибоке занурення у внутрішній світ і тимчасове відсторонення від актуальної реальності. У position paper 2025 року група авторів прямо обґрунтовує думку про те, що MD доцільно розглядати в межах дисоціативної проблематики, оскільки вона пов'язана з інтенсивним зануренням у альтернативні уявні реальності, дистресом і порушенням функціонування [49, с. 238–240].

Водночас важливо зберігати обережність у формулюваннях. На сьогодні MD не можна подавати як офіційно визнаний діагноз. Коректніше говорити про клінічно значущий феномен, який активно досліджується і для якого вже запропоновано робочі критерії. Така позиція дозволяє уникнути перебільшення,

але водночас не знецінювати досвід людей, для яких мрійливість справді стає джерелом дистресу, втрати часу, соціального віддалення та труднощів у повсякденному житті.

Таким чином, сучасний статус дезадаптивної мрійливості можна визначити як перехідний. З одного боку, вона ще не включена до офіційних класифікацій психічних розладів. З іншого боку, наявні дослідження вже дають підстави розглядати її як окремий психологічний феномен зі специфічною структурою, характерними проявами та вираженим впливом на функціонування. Саме ця подвійність робить MD важливою темою для подальшого теоретичного й емпіричного вивчення.

1.2. Дезадаптивна мрійливість у контексті емоційної регуляції

Емоційна регуляція є одним із базових процесів, через які людина підтримує психологічну рівновагу в різних життєвих ситуаціях. Вона не зводиться лише до стримування або пригнічення емоцій. Скоріше йдеться про здатність людини розпізнавати власний емоційний стан, розуміти його причини, впливати на інтенсивність переживань і обирати такі способи реагування, які не руйнують повсякденне функціонування. У сучасній психології емоційну регуляцію розглядають як процес, за допомогою якого людина впливає на власні емоції або емоції інших людей [27].

Важливо, що емоційна регуляція не означає повного усунення негативних переживань. Тривога, смуток, злість або напруження самі по собі не є патологічними, оскільки виконують певні сигнальні й адаптивні функції. Проблеми виникають тоді, коли людина не може зрозуміти свої емоції, прийняти їх, витримати емоційне напруження або знайти спосіб діяти відповідно до ситуації. Саме тому адаптивна регуляція передбачає не тільки зменшення інтенсивності емоцій, а й здатність залишатися функціональною навіть у стані внутрішнього дискомфорту.

У моделі емоційної регуляції, яку узагальнюють К. McRae та J. Gross, підкреслюється, що вплив на емоції може відбуватися на різних етапах їх

виникнення: через вибір або зміну ситуації, спрямування уваги, переоцінку значення події або зміну вже сформованої емоційної реакції [27, с. 2]. Такий підхід важливий для нашого дослідження, оскільки він показує, що людина може регулювати емоції не лише безпосередньо після їх появи, а й через способи уникнення, переключення уваги або створення альтернативного внутрішнього фокусу.

Труднощі емоційної регуляції також розглядаються не як одна окрема проблема, а як багатовимірне явище. К. Gratz та L. Roemer запропонували розуміти емоційну регуляцію через кілька компонентів: усвідомлення й розуміння емоцій, прийняття емоційного досвіду, здатність контролювати імпульсивну поведінку, діяти відповідно до власних цілей у стані емоційного напруження та використовувати гнучкі стратегії регуляції [17, с. 42–43]. Відповідно, емоційна дисрегуляція може проявлятися не тільки в надмірній силі емоцій, а й у тому, що людина уникає переживань, не може їх назвати, не приймає власні реакції або втрачає здатність діяти цілеспрямовано.

Саме через таку багатовимірність емоційна регуляція має значення для широкого кола психологічних труднощів. В. Cludius, D. Mennin та Т. Ehring розглядають порушення емоційної регуляції як трансдіагностичний процес, тобто такий, що може бути пов'язаний не з одним окремим розладом, а з різними формами психологічного дистресу [13, с. 37–38]. Це означає, що труднощі регуляції емоцій можуть виступати спільним механізмом для різних проблемних станів: тривожності, депресивних переживань, нав'язливого мислення, уникання або інших дезадаптивних способів подолання напруження.

У контексті нашої роботи це має особливе значення, оскільки дезадаптивна мрійливість також може розглядатися не лише як форма фантазування, а як спосіб впоратися з емоційним станом. Якщо людина не має достатньо ефективних способів приймати, усвідомлювати або регулювати власні переживання, вона може звертатися до внутрішнього фантазійного світу як до більш контрольованого й безпечного простору. Тому подальший аналіз MD у контексті емоційної регуляції дозволяє краще зрозуміти, чому

мрійливість може бути не просто проявом уяви, а способом короткострокового емоційного полегшення, який у довгостроковій перспективі набуває дезадаптивного характеру.

Якщо розглядати дезадаптивну мрійливість не лише як форму уяви, а як спосіб реагування на внутрішній стан, стає помітним її зв'язок з емоційною регуляцією. У багатьох описах MD фантазування постає не випадковим процесом, а способом тимчасово знизити емоційне напруження, уникнути неприємних переживань або створити внутрішній простір, у якому людина відчувається безпечніше. Ще у першому описі цього феномену Е. Сомер звертав увагу на те, що мрії можуть виконувати компенсаторну функцію, допомагаючи людині відмежуватися від самотності, болісних спогадів або внутрішнього дискомфорту [50, с. 203–204].

У цьому контексті MD можна розглядати як своєрідний механізм самозаспокоєння. Людина занурюється у фантазії не лише тому, що вони приємні або цікаві, а тому, що вони дозволяють пережити бажаний емоційний стан: відчуття контролю, прийняття, любові, значущості або сили. У феноменологічному дослідженні Е. Сомер, Л. Сомер та Д. Йорр фантазійні світи осіб із MD часто описуються як простір, де людина може проживати альтернативні сценарії стосунків, успіху, визнання або емоційної підтримки [61, с. 568–570]. Це свідчить про те, що мрійливість у таких випадках не є нейтральною уявною активністю, а виконує важливу емоційну функцію.

Разом із цим така регуляція має суперечливий характер. У короткостроковій перспективі фантазування може справді полегшувати стан людини, знижувати напруження або давати відчуття психологічного притулку. Проте в довгостроковій перспективі воно може закріплювати уникання реального досвіду. Людина не розв'язує джерело емоційного напруження, а переходить у фантазійний простір, де переживання тимчасово стають менш болісними або більш контрольованими. Саме тому MD може поступово перетворюватися з тимчасового способу саморегуляції на дезадаптивну стратегію, яка підтримує віддалення від реальних проблем.

Сучасні емпіричні дослідження прямо розглядають MD у зв'язку з емоційною регуляцією. Зокрема, Е. Mancinelli та співавтори аналізують дезадаптивну мрійливість саме як стратегію емоційної регуляції. У їхньому дослідженні MD розглядається як активність, що може допомагати людині керувати негативними емоціями та сприйняттям проблемних ситуацій, хоча така стратегія не обов'язково є адаптивною в довгостроковій перспективі [23, с. 28578]. Важливим є те, що автори не зводять MD до простої втечі від реальності, а показують її як складний спосіб взаємодії з емоційним досвідом.

Зв'язок MD із труднощами емоційної регуляції підтверджується і в мережевому дослідженні Т. Greene, М. West та Е. Somer. Автори вивчали взаємозв'язки між окремими проявами MD і труднощами регуляції емоцій. У результаті було показано, що симптоми MD пов'язані з емоційною дисрегуляцією, а одним із центральних елементів мережі стала саме складність контролю над мріанням [18]. Це дозволяє припустити, що проблема полягає не лише в наявності фантазій, а у недостатній здатності гнучко керувати ними в ситуаціях емоційного напруження.

Особливо важливою для розуміння цього механізму є ідея уникання дискомфорту. А. Nowacki та А. Pyszkowska розглядають MD у зв'язку з фрустраційною нетолерантністю та копінг-стратегіями. У їхньому дослідженні особи з MD демонстрували вищі показники нетерпимості до дискомфорту та частіше використовували стратегії уникання, тоді як учасники без MD більше спиралися на пошук емоційної підтримки [34, с. 27447]. Це добре узгоджується з уявленням про MD як про спосіб уникнути складного емоційного стану замість того, щоб прожити його, осмислити або звернутися по підтримку.

Таким чином, дезадаптивна мрійливість може виконувати функцію емоційного регулювання, але її ефективність є переважно короткостроковою. Вона створює відчуття полегшення, однак не завжди допомагає людині краще справлятися з реальністю. Навпаки, якщо фантазування стає основним способом реагування на напруження, воно може посилювати уникання,

знижувати толерантність до дискомфорту і підтримувати труднощі емоційної регуляції.

У цьому сенсі MD доцільно розглядати не лише як наслідок емоційної дисрегуляції, а і як механізм, який може її підтримувати. Людина звертається до фантазій, бо їй складно впоратися з емоціями іншими способами; водночас чим частіше вона використовує мрійливість як основний засіб полегшення, тим менше можливостей залишається для розвитку більш адаптивних стратегій. Саме це пояснює, чому зв'язок MD з емоційною регуляцією є таким важливим для подальшого дослідження.

Отже, у контексті емоційної регуляції дезадаптивна мрійливість постає як внутрішня стратегія, що поєднує компенсацію, уникання і тимчасове самозаспокоєння. Вона може давати людині відчуття контролю над емоційним досвідом, але водночас поступово посилювати залежність від фантазійного світу як основного способу подолання напруження. Саме тому вивчення MD неможливе без аналізу того, які емоційні стани вона допомагає регулювати і які труднощі регуляції можуть стояти за її підтриманням.

1.3. Дезадаптивна мрійливість у контексті тривожності

Тривожність є одним із базових емоційних станів, який відіграє важливу роль у психологічному функціонуванні людини. У помірному прояві вона може мати адаптивне значення, оскільки допомагає людині передбачати можливу небезпеку, мобілізувати увагу та підготуватися до складної ситуації. Однак, коли тривожність стає надмірною, стійкою або погано контрольованою, вона починає порушувати повсякденну активність і може перетворюватися на джерело психологічного дистресу.

На відміну від страху, який зазвичай виникає у відповідь на конкретну й безпосередню загрозу, тривожність частіше пов'язана з очікуванням можливої небезпеки або негативного розвитку подій. Людина може відчувати напруження ще до того, як загрозлива ситуація реально виникла, або навіть тоді, коли її ймовірність залишається невизначеною. Саме тому тривожність

часто супроводжується надмірним занепокоєнням, передбаченням невдачі, внутрішньою напругою і труднощами розслаблення. У сучасному огляді тривожних розладів K. Szuhany та N. Simon зазначають, що для тривожності характерні не лише емоційні переживання страху чи напруження, а й поведінкове уникання та порушення функціонування [64, с. 2431–2432].

Важливо, що тривожність має не тільки емоційний, а й когнітивний компонент. Вона пов'язана з тим, як людина інтерпретує ситуацію, оцінює можливі ризики та прогнозує майбутні події. У стані підвищеної тривожності людина може зосереджуватися переважно на потенційних загрозах, перебільшувати ймовірність негативного результату або відчувати, що не зможе впоратися з майбутніми труднощами. У таких випадках тривожність підтримується не лише зовнішніми обставинами, а й самим способом мислення, коли увага постійно повертається до можливих небезпек.

Окреме значення має надмірне занепокоєння, яке часто розглядається як один із центральних проявів генералізованої тривожності. Воно проявляється у повторюваному обмірковуванні потенційних проблем, очікуванні негативних наслідків і труднощах зупинити цей процес. Людина може розуміти, що її хвилювання є надмірним, однак все одно продовжувати подумки повертатися до загрозливих сценаріїв. У цьому сенсі тривожність може ставати не лише реакцією на ситуацію, а й стійким внутрішнім фоном, який впливає на сприйняття себе, інших людей і майбутнього.

Поведінковим наслідком тривожності часто стає уникання. Людина може уникати ситуацій, які викликають напруження, відкладати складні рішення, обмежувати соціальні контакти або шукати способи тимчасово знизити внутрішній дискомфорт. Таке уникання може приносити короточасне полегшення, але в довгостроковій перспективі воно здатне підтримувати тривожність, оскільки людина не отримує досвіду реального подолання ситуації. Саме цей механізм є важливим для подальшого аналізу дезадаптивної мрійливості, оскільки MD також може виконувати функцію тимчасової втечі від емоційного напруження.

Отже, тривожність можна розглядати як складний емоційно-когнітивний стан, що поєднує очікування загрози, надмірне занепокоєння, тілесне напруження та схильність до уникання. Для нашого дослідження особливо важливо, що тривожність не обмежується окремим емоційним переживанням, а може впливати на спосіб мислення, поведінку та вибір стратегій саморегуляції. Це створює підґрунтя для подальшого розгляду того, як уявні образи, фантазування і занурення у внутрішній світ можуть бути пов'язані з тривожним переживанням.

Окремого значення в контексті тривожності набуває надмірне занепокоєння. Воно проявляється як повторюване обмірковування можливих проблем, очікування негативних наслідків і постійне повернення уваги до того, що може піти не так. На відміну від ситуативного хвилювання, яке виникає у відповідь на конкретну подію, надмірне занепокоєння може підтримуватися навіть тоді, коли реальна загроза є нечіткою або віддаленою. У такому стані людина ніби намагається заздалегідь підготуватися до можливих труднощів, але сам процес обмірковування часто лише посилює напруження.

Важливо, що тривожність пов'язана не тільки з вербальними думками, а й з уявними образами. Людина може не просто думати про можливу небезпеку, а уявляти конкретні сцени: власну невдачу, конфлікт, осуд з боку інших людей, втрату контролю або інший небажаний розвиток подій. У систематичному огляді L. Stavropoulos та співавторів підкреслюється, що уявні образи можуть відігравати важливу роль у процесах надмірного занепокоєння, оскільки вони роблять можливі негативні сценарії більш яскравими й емоційно насиченими [63, с. 2].

Такі уявні образи не обов'язково є довільними або контрольованими. Часто вони виникають автоматично й швидко підсилюють емоційну реакцію. Наприклад, людина може подумки "побачити" майбутню невдачу ще до того, як ситуація реально відбулася, і почати реагувати на цей образ так, ніби загроза вже наблизилася. У цьому сенсі тривожність підтримується не лише аналізом можливих ризиків, а й внутрішнім програванням загрозливих сценаріїв.

Для розуміння MD цей аспект є особливо важливим. І тривожність, і дезадаптивна мрійливість пов'язані з активною роботою уяви, однак спрямованість цієї уяви може бути різною. При тривожності уявні образи частіше пов'язані з потенційною загрозою, невдачею або втратою контролю. Натомість при MD фантазійний світ може виконувати компенсаторну функцію: він створює простір, де людина переживає бажані емоції, контроль, визнання або безпечні стосунки. Саме тому зв'язок між тривожністю і MD можна розглядати не лише через спільну участь уяви, а й через можливість переходу від тривожного внутрішнього напруження до фантазійного уникання.

Таким чином, надмірне занепокоєння та уявні образи є важливою ланкою між тривожністю і дезадаптивною мрійливістю. Тривожність може наповнювати внутрішній простір людини загрозливими сценаріями, тоді як MD може пропонувати альтернативний уявний простір, де ці переживання тимчасово заміщуються більш бажаними або контрольованими сюжетами. Це створює основу для подальшого розгляду MD як можливого способу уникання тривожного напруження.

Зв'язок дезадаптивної мрійливості з тривожністю можна пояснювати через механізм уникання емоційного напруження. Коли людина переживає тривогу, вона часто шукає спосіб зменшити внутрішній дискомфорт або хоча б тимчасово від нього відсторонитися. У цьому контексті фантазійний світ може ставати простором, де реальна невизначеність, страх або відчуття загрози замінюються більш контрольованими й бажаними сценаріями. Тобто MD може виконувати функцію психологічного “перемикання”: людина не залишається безпосередньо в тривожному переживанні, а переносить увагу у внутрішню реальність, де емоції легше змінити або приглушити.

Така логіка частково простежується ще у першому описі феномену. Е. Сомер звертав увагу, що інтенсивне фантазування може допомагати людині відмежовуватися від болісних переживань, самотності або травматичних спогадів [50, с. 203–204]. Хоча в цій роботі йшлося не лише про тривожність, сам механізм є важливим для нашої теми: фантазія може ставати способом не

прямого розв'язання внутрішнього напруження, а тимчасового виходу з нього. Саме тому MD можна розглядати як один із можливих варіантів емоційного уникання, що особливо актуально для людей із підвищеним тривожним фоном.

Водночас така стратегія має суперечливий характер. З одного боку, занурення у фантазії може давати короточасне полегшення, адже людина отримує можливість відчувати контроль, безпеку, прийняття або бажаний результат подій. З іншого боку, реальне джерело тривоги при цьому не опрацьовується. Якщо людина щоразу реагує на напруження втечею у фантазії, то вона може поступово втрачати досвід реального подолання складних ситуацій. У цьому сенсі MD може не лише знижувати тривогу на короткий час, а й підтримувати її в довгостроковій перспективі через закріплення унікального способу реагування.

Цю думку підтримують сучасні дослідження, у яких MD розглядається у зв'язку з униканням дискомфорту. А. Nowacki та А. Ryszkowska показують, що особи з дезадаптивною мрійливістю частіше мають труднощі з витримуванням дискомфорту та схильні використовувати менш адаптивні копінг-стратегії [34, с. 27447–27449]. Це дозволяє припустити, що MD може бути пов'язана не лише з наявністю тривожності, а й із тим, як саме людина намагається з нею впоратися. Якщо основним способом зниження напруження стає фантазування, то тривожність не зникає, а радше тимчасово “відкладається”.

Емпіричні дані також підтверджують наявність зв'язку між MD і тривожністю. У дослідженні М. Alenizi та співавторів, проведеному серед студентів-медиків, вивчався зв'язок дезадаптивної мрійливості з академічною успішністю та генералізованою тривожністю. Автори встановили, що вищі прояви MD були пов'язані з вищими показниками генералізованої тривожності [5]. Це важливо, оскільки генералізована тривожність пов'язана саме з надмірним і важко контрольованим занепокоєнням, тобто з тим емоційним тлом, на якому фантазійне уникання може ставати особливо привабливим.

Зв'язок MD із тривожністю також підтверджується узагальненими результатами досліджень. У метааналізі Е. Сомера та співавторів дезадаптивна

мрійливість розглядається у зв'язку з різними психопатологічними проявами, серед яких автори виділяють тривожність, депресивну симптоматику, дисоціацію та obsесивно-компульсивні прояви [54, с. 3–4]. Це дозволяє розглядати тривожність не як випадковий супутній стан, а як один із важливих психологічних контекстів, у яких MD може формуватися або підтримуватися.

При цьому важливо уникати спрощеного причинно-наслідкового пояснення. Наявність зв'язку між MD і тривожністю не означає, що тривожність завжди є єдиною причиною дезадаптивної мрійливості або що MD завжди виникає лише як наслідок тривоги. Імовірніше, ці феномени можуть взаємно підтримувати один одного. Тривожність створює внутрішнє напруження і потребу в полегшенні, а фантазування дає швидкий спосіб тимчасово змінити емоційний стан. Водночас надмірне занурення у мрії може посилювати відкладання реальних справ, соціальне уникання і відчуття незадоволеності собою, що у свою чергу здатне підтримувати тривожний фон.

Отже, дезадаптивна мрійливість у контексті тривожності може розглядатися як спосіб короткострокового зниження емоційного напруження через занурення у більш контрольований внутрішній світ. Її привабливість полягає в тому, що фантазійний простір дозволяє тимчасово уникнути невизначеності, страху або почуття безсилля. Однак саме ця стратегія може набувати дезадаптивного характеру, якщо вона замінює реальні способи подолання тривоги і поступово закріплює уникання.

Таким чином, аналіз зв'язку MD із тривожністю логічно доповнює попередній розгляд емоційної регуляції. Якщо труднощі емоційної регуляції визначають, наскільки людині складно витримувати і переробляти емоційне напруження, то тривожність може бути одним із тих станів, від яких людина намагається втекти у фантазійний світ.

1.4. Взаємозв'язок дезадаптивної мрійливості, тривожності та труднощів емоційної регуляції

Після окремого розгляду дезадаптивної мрійливості, емоційної регуляції та тривожності важливо показати, що ці феномени не існують ізольовано один від одного. Вони можуть бути поєднані через спільну психологічну логіку: людина переживає емоційне напруження, має труднощі з його регуляцією і звертається до фантазування як до способу тимчасового полегшення. У такому випадку MD постає не лише як прояв інтенсивної уяви, а як один із можливих способів взаємодії з емоційним дискомфортом.

Така логіка узгоджується з сучасним розумінням емоційної регуляції як процесу, що має значення для різних форм психологічного дистресу. В. Cludius, D. Mennin та Т. Ehring розглядають труднощі емоційної регуляції як трансдіагностичний процес, тобто такий механізм, який може бути пов'язаний із різними психологічними проблемами, а не лише з одним окремим розладом [13, с. 37–38]. Це важливо для розуміння MD, оскільки дезадаптивне фантазування може виникати або посилюватися саме тоді, коли людині складно безпосередньо витримувати, усвідомлювати чи опрацьовувати власні емоційні стани.

У цьому контексті тривожність може розглядатися як один із тих емоційних станів, що створюють потребу в регуляції. Вона пов'язана з очікуванням загрози, надмірним занепокоєнням, напруженням і прагненням уникнути неприємних переживань. Якщо людина не має достатньо ефективних способів впоратися з таким станом, фантазійний світ може ставати для неї більш контрольованим і безпечним простором. Саме тому MD може бути пов'язана з тривожністю не лише як супутній симптом, а як спосіб тимчасового зниження тривожного напруження.

Дослідження, у яких MD розглядається як стратегія емоційної регуляції, підтверджують доцільність такого підходу. Е. Mancinelli та співавтори прямо аналізують дезадаптивну мрійливість як спосіб регуляції емоційного досвіду, підкреслюючи, що фантазування може допомагати людині впливати на

негативні емоції та переживання проблемних ситуацій [23, с. 28578]. Водночас така стратегія не є однозначно адаптивною, оскільки вона може не розв'язувати джерело напруження, а лише тимчасово віддаляти людину від нього.

Отже, взаємозв'язок дезадаптивної мрійливості, тривожності та труднощів емоційної регуляції можна розглядати як єдиний психологічний механізм. Тривожність створює емоційне напруження, труднощі емоційної регуляції ускладнюють його адаптивне опрацювання, а MD може виступати способом швидкого, але не завжди конструктивного самозаспокоєння.

Якщо тривожність пов'язана з очікуванням загрози, невизначеністю та надмірним занепокоєнням, то дезадаптивна мрійливість може виступати одним зі способів тимчасового відходу від цього напруження. У фантазійному світі людина отримує можливість перенести увагу з реальних або очікуваних проблем на більш контрольовані внутрішні сценарії. На відміну від тривожних уявних образів, які часто пов'язані з небажаними подіями, фантазії при MD можуть створювати простір бажаного досвіду: прийняття, сили, безпеки, успіху або близькості. Саме тому MD може бути привабливою для людини, яка переживає тривожне напруження і не має достатньо ефективних способів його опрацювання.

Такий механізм частково перегукується з роллю уявних образів у надмірному занепокоєнні. У тривожності уява може підсилювати напруження, роблячи можливі негативні сценарії більш яскравими й емоційно переконливими [63, с. 1–2]. У випадку MD уява ніби змінює напрям: замість загрозливих сценаріїв людина створює альтернативну реальність, у якій напруження тимчасово знижується. Проте в обох випадках важливою залишається роль внутрішньої образності, тобто здатності психіки вибудовувати сценарії, які впливають на емоційний стан.

Ще у першому описі дезадаптивної мрійливості Е. Сомер звертав увагу на те, що фантазування може виконувати захисну або компенсаторну функцію. Учасники його дослідження описували мрії як спосіб відмежуватися від болісних переживань, самотності або травматичних спогадів [50, с. 203–204]. У

контексті тривожності це дозволяє розглядати MD як спосіб психологічного відступу від внутрішнього дискомфорту. Людина не обов'язково усвідомлює цей процес як “регуляцію емоцій”, однак фактично фантазування може виконувати саме таку функцію: зменшувати напруження, перемикає увагу і давати відчуття тимчасової безпеки.

Водночас така регуляція має переважно короткостроковий характер. Фантазії можуть знижувати інтенсивність тривоги в моменті, але вони не усувають джерело напруження. Якщо людина регулярно використовує мрійливість як основний спосіб реагування на тривогу, то реальні проблеми можуть залишатися невирішеними, а досвід подолання складних ситуацій – не формуватися. У такому випадку MD поступово закріплюється як стратегія уникання: вона полегшує стан зараз, але в довгостроковій перспективі може підтримувати тривожність і посилювати залежність від фантазійного світу.

Саме цю подвійність підкреслюють сучасні дослідження, у яких MD розглядається як стратегія емоційної регуляції. Е. Mancinelli та співавтори зазначають, що дезадаптивна мрійливість може бути способом впливу на негативні емоції та переживання проблемних ситуацій, але така стратегія не обов'язково є адаптивною [23, с. 28578]. Тобто фантазування може виконувати регуляторну функцію, однак його наслідки залежать від того, чи допомагає воно людині повернутися до реальності, чи навпаки – замінює реальне опрацювання труднощів.

Близькою до цього є ідея уникання дискомфорту. А. Nowacki та А. Pyszkowska пов'язують MD із труднощами витримування фрустрації та схильністю до менш адаптивних копінг-стратегій [34, с. 27447–27449]. Це важливо для розуміння тривожності, оскільки тривожний стан часто сам по собі є дискомфортним і виснажливим. Якщо людина не може достатньо витримувати цей стан, вона може шукати швидкий спосіб його послаблення. Фантазійний світ у такому випадку стає не просто приємним внутрішнім простором, а способом уникнути переживання, яке здається надто напруженим або неконтрольованим.

Таким чином, MD можна розглядати як спосіб регуляції тривожного напруження, побудований на механізмі переключення та уникання. Вона дозволяє тимчасово вийти з емоційно складного стану, але не завжди сприяє його реальному опрацюванню. Саме тому зв'язок між MD і тривожністю важливо розглядати разом із труднощами емоційної регуляції: чим складніше людині витримувати й осмислювати власні емоції, тим привабливішим може ставати фантазійний світ як швидкий, але потенційно дезадаптивний спосіб самозаспокоєння.

Теоретичне припущення про зв'язок дезадаптивної мрійливості, тривожності та труднощів емоційної регуляції підтверджується низкою сучасних емпіричних досліджень. Їх можна умовно об'єднати у три напрями: дослідження зв'язку MD з емоційною дизрегуляцією, дослідження зв'язку MD з тривожністю та роботи, у яких емоційна дисрегуляція розглядається як можливий механізм, що пояснює або посилює прояви дезадаптивної мрійливості.

Одним із важливих досліджень у цьому напрямі є робота Т. Greene, М. West та Е. Somer, у якій дезадаптивна мрійливість аналізувалася у зв'язку з труднощами емоційної регуляції за допомогою мережевого підходу. Автори показали, що прояви MD не існують окремо від емоційної дизрегуляції, а пов'язані з нею через низку симптомів, серед яких особливе значення мають труднощі контролю над мріянням і негативний вплив фантазування на повсякденне життя [18, с. 1–2]. Це дослідження є важливим, оскільки воно дозволяє розглядати MD не лише як інтенсивне фантазування, а як феномен, включений у ширшу систему емоційного функціонування.

Подібну логіку підтримує дослідження Е. Mancinelli та співавторів, у якому MD прямо розглядається як стратегія емоційної регуляції. Автори виходять із припущення, що фантазування може бути способом впливу на негативні емоції та переживання проблемних ситуацій [23, с. 28578]. Водночас результати дослідження свідчать, що така стратегія пов'язана не лише з полегшенням емоційного стану, а й з психологічними симптомами та

труднощами у розв'язанні проблем. Це підкреслює суперечливий характер MD: вона може знижувати напруження в короткостроковій перспективі, але не обов'язково сприяє більш адаптивному реагуванню в реальному житті.

Окрему увагу варто звернути на дослідження А. Sandor та співавторів, у якому порівнювалися особи з дезадаптивною та нормальною мрійливістю. Автори виявили, що *maladaptive daydreamers* відрізняються від *normal daydreamers* не лише інтенсивністю фантазування, а й більш вираженими труднощами емоційної регуляції та особливостями прив'язаності [42, с. 1617–1619]. Це важливо для нашої теми, оскільки демонструє: дезадаптивність MD пов'язана не просто з кількістю або яскравістю мрій, а з тим, як людина переживає емоційний дискомфорт і які способи використовує для його подолання.

Ще один важливий напрям досліджень пов'язаний із роллю емоційної дизрегуляції як посередника між травматичним або проблемним досвідом і MD. У роботі М. Pourmoazzen та співавторів вивчався вплив стилів прив'язаності й травматичного досвіду на дезадаптивну мрійливість в іранській вибірці. Автори показали, що сором і емоційна дисрегуляція можуть виступати медіаторами у цьому зв'язку [37, с. 1–2]. Такий результат дозволяє припустити, що MD формується не лише як реакція на зовнішні або біографічні чинники, а й через те, наскільки людина здатна регулювати емоції, які виникають у відповідь на ці чинники.

Емпіричні дані також підтверджують зв'язок MD із тривожністю. У дослідженні М. Alenizi та співавторів, проведеному серед студентів-медиків, було виявлено зв'язок між проявами дезадаптивної мрійливості та генералізованою тривожністю [5]. Це є важливим для нашої роботи, оскільки генералізована тривожність пов'язана з надмірним занепокоєнням, очікуванням негативних подій і труднощами контролю хвилювання. Саме такий емоційний фон може створювати потребу у швидкому способі самозаспокоєння, яким у деяких випадках стає фантазування.

Зв'язок MD із тривожністю підтверджується і на рівні узагальнення результатів багатьох досліджень. У метааналізі Е. Somer та співавторів було показано, що дезадаптивна мрійливість пов'язана з низкою психопатологічних проявів, серед яких значуще місце займає тривожність [54, с. 3–4]. Важливо, що цей зв'язок не є ізольованим: MD також асоціюється з депресивною симптоматикою, дисоціацією, obsесивно-компульсивними проявами та іншими показниками психологічного неблагополуччя. Це дозволяє розглядати MD як феномен, що перебуває на перетині різних форм емоційного дистресу.

Узагальнюючи ці результати, можна зазначити, що емпіричні дані підтримують не лінійну, а багатокomпонентну модель зв'язку між MD, тривожністю та труднощами емоційної регуляції. Тривожність може створювати емоційне напруження і потребу в униканні; труднощі емоційної регуляції можуть ускладнювати адаптивне опрацювання цього напруження; а MD може виступати способом тимчасового полегшення, який водночас підтримує уникання. Саме тому ці три феномени доцільно розглядати не окремо, а як взаємопов'язані компоненти психологічного процесу.

Сучасні дослідження показують, що дезадаптивна мрійливість часто включена в ширший контекст емоційного неблагополуччя. Вона може бути способом регуляції тривожного напруження, але саме через свою унікальну природу здатна підтримувати ті труднощі, від яких людина намагається втекти. Це створює теоретичне підґрунтя для подальшої емпіричної перевірки взаємозв'язку між вираженістю MD, рівнем тривожності та труднощами емоційної регуляції.

Висновки до розділу 1

1. Дезадаптивна мрійливість є складним психологічним феноменом, який не можна зводити до звичайного фантазування, творчої уяви або короткочасного відволікання думок. Її специфіка полягає у поєднанні інтенсивного занурення у фантазійні сценарії, високої емоційної залученості, повторюваності, труднощів контролю та негативного впливу

на повсякденне функціонування. Водночас MD не слід ототожнювати з психотичними переживаннями, оскільки особи з дезадаптивною мрійливістю зазвичай усвідомлюють різницю між фантазійним світом і реальністю. Це дозволяє розглядати MD як окремий психологічний феномен, що має власну структуру та потребує спеціального дослідження.

2. Аналіз наукових джерел показав, що дезадаптивна мрійливість має не лише когнітивний, а й виразний емоційно-регуляторний зміст. Фантазійний світ при MD часто виконує функцію внутрішнього простору, у якому людина може переживати бажані емоції, компенсувати нестачу підтримки, контролю, прийняття або безпеки. У короткостроковій перспективі така мрійливість може давати суб'єктивне полегшення, однак у довгостроковому вимірі вона здатна підтримувати уникання реального досвіду, посилювати віддалення від повсякденних завдань і ускладнювати адаптивне опрацювання емоційного напруження.
3. Емоційна регуляція є важливим теоретичним контекстом для розуміння MD. Труднощі емоційної регуляції можуть проявлятися у недостатньому усвідомленні емоцій, труднощах їх прийняття, зниженій здатності діяти цілеспрямовано в стані напруження та схильності до унікальних стратегій подолання. У цьому контексті MD може розглядатися як дезадаптивний спосіб саморегуляції, за якого людина не безпосередньо опрацьовує емоційний стан, а тимчасово переносить увагу у фантазійний світ. Саме тому труднощі емоційної регуляції можуть бути одним із механізмів, що підтримують або посилюють прояви MD.
4. Тривожність виступає одним із ключових емоційних станів, у контексті якого дезадаптивна мрійливість набуває особливої психологічної значущості. Тривожність пов'язана з очікуванням загрози, надмірним занепокоєнням, внутрішнім напруженням та схильністю до уникання. За таких умов фантазування може ставати способом тимчасового зниження тривожного напруження через занурення у більш контрольовані й бажані

уявні сценарії. Водночас така стратегія не усуває джерело тривоги, а за певних умов може підтримувати уникання, відкладання реальних дій і подальше посилення психоемоційного дискомфорту.

5. Узагальнення теоретичних та емпіричних джерел дозволяє розглядати MD, тривожність і труднощі емоційної регуляції як взаємопов'язані компоненти єдиного психологічного процесу. Тривожність може створювати емоційне напруження, труднощі емоційної регуляції – ускладнювати його адаптивне опрацювання, а MD – виступати способом короткострокового полегшення через фантазійне уникання. Саме ця логіка створює підґрунтя для подальшого емпіричного дослідження взаємозв'язку між вираженістю дезадаптивної мрійливості, рівнем тривожності та труднощами емоційної регуляції, що буде представлено в наступних розділах роботи.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ ДЕЗАДАПТИВНОЇ МРІЙЛИВОСТІ, ТРИВОЖНОСТІ ТА ЕМОЦІЙНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ

2.1. Методологічні підходи до вивчення MD у сучасній психології

Сучасне вивчення дезадаптивної мрійливості переважно спирається на кількісні емпіричні підходи, які дозволяють оцінити вираженість MD та встановити її зв'язки з іншими психологічними змінними. Оскільки MD досі не має статусу офіційної діагностичної категорії, дослідники найчастіше розглядають її як психологічний конструкт, що може бути виміряний за допомогою стандартизованих опитувальників і зіставлений із показниками емоційного дистресу, психопатологічної симптоматики, особливостей прив'язаності, дисоціації та труднощів емоційної регуляції.

У більшості актуальних робіт MD вивчається не ізольовано, а у зв'язку з іншими психологічними характеристиками. Такий підхід є методологічно виправданим, оскільки сам феномен дезадаптивної мрійливості має багатокomпонентну природу: він включає інтенсивну фантазійну активність, емоційне залучення, труднощі контролю, уникання та порушення повсякденного функціонування. Наприклад, у метааналізі Е. Сомера та співавторів MD розглядається у зв'язку з широким спектром психопатологічних проявів, зокрема тривожністю, депресивною симптоматикою, дисоціацією та obsесивно-компульсивними проявами [54, с. 3–4]. Це свідчить про те, що сучасна методологія вивчення MD передбачає аналіз її місця у ширшій системі психоемоційного функціонування.

Одним із поширених підходів є кореляційний дизайн, спрямований на виявлення зв'язків між рівнем MD та іншими змінними. Саме такий підхід дає змогу встановити, чи пов'язана вираженість дезадаптивної мрійливості з тривожністю, труднощами емоційної регуляції, копінг-стратегіями або іншими психологічними показниками. Наприклад, М. Alenizi та співавтори аналізували зв'язок MD із генералізованою тривожністю та академічною успішністю серед

студентів-медиків, що дозволило авторам розглядати дезадаптивну мрійливість у контексті емоційного неблагополуччя та навчального функціонування [5, с. 1–2; 5].

Окремий напрям становлять дослідження, у яких MD розглядається через призму емоційної регуляції. У роботі E. Mancinelli та співавторів дезадаптивна мрійливість аналізується як можлива стратегія регуляції емоційного досвіду [23, с. 28578]. Такий підхід є важливим для нашої роботи, оскільки дозволяє розглядати MD не лише як прояв надмірної уяви, а як спосіб реагування на внутрішнє напруження. Подібна логіка простежується і в дослідженні T. Greene, M. West та E. Somer, де за допомогою мережевого аналізу було показано зв'язки між проявами MD і труднощами емоційної регуляції [18, с. 1–2].

Сучасні дослідження також дедалі частіше використовують складніші статистичні моделі, зокрема мережевий та медіаційний аналіз. Мережевий підхід дозволяє розглядати MD не як єдиний ізольований показник, а як систему взаємопов'язаних симптомів і психологічних характеристик. Наприклад, у роботі A. Nowacki та A. Pyszkowska MD аналізується у зв'язку з униканням дискомфорту, фрустраційною нетолерантністю та копінг-стратегіями [34, с. 27447–27449]. Натомість у дослідженні M. Pourmoazzen та співавторів емоційна дисрегуляція розглядається як медіатор між стилями прив'язаності, травматичним досвідом і дезадаптивною мрійливістю [37, с. 1–2]. Це демонструє поступовий перехід від простого опису MD до пояснення можливих механізмів її формування та підтримання.

Важливим методологічним аспектом є також порівняння осіб із дезадаптивною та нормальною мрійливістю. Такий підхід дозволяє уточнити, які саме характеристики роблять мрійливість проблемною. A. Sandor та співавтори порівнювали *maladaptive* і *normal daydreamers* та показали, що дезадаптивна мрійливість пов'язана не лише з інтенсивністю фантазування, а й з більш вираженими труднощами емоційної регуляції та особливостями прив'язаності [42, с. 1617–1619]. Це має значення для побудови нашого

дослідження, оскільки підтверджує доцільність аналізу MD саме у зв'язку з емоційною регуляцією, а не лише як окремої фантазійної активності.

Таким чином, у сучасній психології MD найчастіше вивчається за допомогою кількісних опитувальникових методів, кореляційного аналізу, порівняння груп, мережових моделей і медіаційних підходів. Спільною рисою цих досліджень є те, що дезадаптивна мрійливість розглядається у взаємозв'язку з іншими показниками психоемоційного функціонування. Саме тому у межах цієї роботи доцільним є емпіричне вивчення зв'язку між вираженістю MD, рівнем тривожності та труднощами емоційної регуляції.

Методологічна логіка даного дослідження спирається на попередні роботи, у яких MD пов'язувалася з емоційним дистресом, тривожністю, униканням і дизрегуляцією емоцій. Оскільки тема роботи передбачає вивчення саме зв'язку між змінними, найбільш релевантним є кількісний кореляційний дизайн. Він дозволяє оцінити, наскільки показники дезадаптивної мрійливості пов'язані з рівнем тривожності та труднощами емоційної регуляції.

2.2. Концептуальна модель та гіпотези дослідження

На основі теоретичного аналізу, представленого в першому розділі, ми розглядаємо дезадаптивну мрійливість не лише як прояв інтенсивного фантазування, а як психологічний феномен, пов'язаний з емоційним напруженням, труднощами саморегуляції та можливим униканням неприємних переживань. Такий підхід дозволяє перейти від опису MD як окремого явища до аналізу її зв'язків з іншими психологічними показниками – насамперед тривожністю та труднощами емоційної регуляції.

Концептуальна логіка нашого дослідження ґрунтується на припущенні, що тривожність може створювати стійке емоційне напруження, пов'язане з надмірним занепокоєнням, очікуванням загрози та переживанням невизначеності. Якщо людині складно усвідомлювати, приймати або регулювати такі емоційні стани, вона може частіше звертатися до фантазування як до способу тимчасового полегшення. У цьому контексті MD ми розглядаємо

як можливий дезадаптивний спосіб емоційної регуляції, який може знижувати напруження у короткостроковій перспективі, але водночас підтримувати уникання реального досвіду.

Підґрунтям для такої моделі є сучасні дослідження, у яких MD пов'язується з регуляцією емоційного досвіду. Зокрема, E. Mancinelli та співавтори розглядають дезадаптивну мрійливість як стратегію емоційної регуляції, спрямовану на вплив на негативні емоції та переживання проблемних ситуацій [23]. Водночас дослідження T. Greene, M. West та E. Somer показує зв'язок між проявами MD і труднощами емоційної регуляції, зокрема через проблеми контролю над мріянням та його вплив на функціонування [18, с. 1–2]. Отже, емоційна дисрегуляція може бути одним із важливих психологічних контекстів, у якому підтримується дезадаптивна мрійливість.

Окремим компонентом нашої концептуальної моделі є тривожність. Емпіричні дані свідчать, що MD може бути пов'язана з генералізованою тривожністю та ширшим спектром психопатологічних проявів. У дослідженні M. Alenizi та співавторів було виявлено зв'язок між дезадаптивною мрійливістю і генералізованою тривожністю серед студентів-медиків [6, с. 1–2; 6, с. 5]. Крім того, у метааналізі E. Сомера та співавторів тривожність розглядається як один із психологічних показників, статистично пов'язаних із MD [54, с. 3–4]. Це дозволяє припустити, що тривожне напруження може бути одним із тих емоційних станів, у відповідь на які фантазування набуває регуляторної або унікальної функції.

Разом із тим ми не розглядаємо запропоновану модель як причинно-наслідкову. Наше дослідження спрямоване не на доведення того, що тривожність безпосередньо спричиняє MD або що труднощі емоційної регуляції є єдиним механізмом її формування. Ми зосереджуємося на виявленні взаємозв'язків між трьома змінними: вираженістю дезадаптивної мрійливості, рівнем тривожності та труднощами емоційної регуляції. Такий підхід дозволяє емпірично перевірити, наскільки ці показники пов'язані між собою у вибірці досліджуваних.

Основними параметрами нашого дослідження є вираженість дезадаптивної мрійливості, рівень тривожності та рівень труднощів емоційної регуляції. Індикатором дезадаптивної мрійливості виступає сумарний показник за шкалою MDS-16. Індикатором тривожності є сумарний показник за шкалою GAD-7. Індикатором труднощів емоційної регуляції є загальний показник за шкалою DERS; за потреби додатково можуть аналізуватися окремі компоненти емоційної дисрегуляції, передбачені структурою методики.

Узагальнено концептуальну модель дослідження можна представити так: підвищена тривожність створює емоційне напруження; труднощі емоційної регуляції ускладнюють адаптивне опрацювання цього напруження; дезадаптивна мрійливість може виступати способом тимчасового полегшення через занурення у фантазійний світ. Проте в емпіричній частині ця модель перевіряється не як причинна схема, а як система взаємозв'язків між вимірюваними психологічними показниками.

Відповідно до концептуальної моделі ми формулюємо такі дослідницькі гіпотези:

1. Існує позитивний зв'язок між рівнем дезадаптивної мрійливості та рівнем тривожності: вищі показники MD будуть пов'язані з вищими показниками тривожності.
2. Існує позитивний зв'язок між рівнем дезадаптивної мрійливості та труднощами емоційної регуляції: вищі показники MD будуть пов'язані з більш вираженими труднощами емоційної регуляції.
3. Існує позитивний зв'язок між рівнем тривожності та труднощами емоційної регуляції: вищі показники тривожності будуть пов'язані з більш вираженими труднощами емоційної регуляції.
4. Особи з вищим рівнем тривожності матимуть вищі показники дезадаптивної мрійливості та труднощів емоційної регуляції порівняно з особами з нижчим рівнем тривожності.

Таким чином, концепція нашого дослідження спрямована на перевірку взаємозв'язку між MD, тривожністю та труднощами емоційної регуляції. Така

модель дозволяє не лише емпірично оцінити зв'язки між окремими змінними, а й підготувати підґрунтя для подальшого аналізу того, як дезадаптивна мрійливість може функціонувати в системі емоційного напруження та саморегуляції.

2.3. Обґрунтування та характеристика психодіагностичного інструментарію

Для емпіричної перевірки концептуальної моделі було обрано три психодіагностичні методики: шкалу дезадаптивної мрійливості MDS-16, шкалу генералізованої тривожності GAD-7 та шкалу труднощів емоційної регуляції DERS. Такий набір інструментів відповідає основним змінним дослідження: MDS-16 дає змогу оцінити вираженість дезадаптивної мрійливості, GAD-7 – рівень тривожності, а DERS – труднощі емоційної регуляції. Саме ці показники надалі можуть бути використані для аналізу взаємозв'язку між MD, тривожністю та емоційною дисрегуляцією.

Під час добору психодіагностичного інструментарію враховувалася не лише змістова відповідність методик темі дослідження, а й наявність фахових джерел, у яких описано їхню розробку, структуру та психометричні показники. Оскільки емпіричне дослідження проводиться на україномовній вибірці, важливою умовою була наявність українських адаптацій або апробацій використаних шкал. Це дозволяє уникнути застосування випадкових перекладів і забезпечує більшу надійність отриманих результатів.

Першою методикою, використаною в дослідженні, є шкала дезадаптивної мрійливості MDS-16 (Додаток А). Її застосування є необхідним, оскільки саме вираженість MD виступає центральною змінною дослідження. Методика спрямована на оцінку надмірного й занурювального фантазування, що може супроводжуватися труднощами контролю, сильним бажанням повертатися до мрій, використанням музики або рухів для підтримання фантазування та негативним впливом на повсякденне функціонування. У дослідженні Е. Сомера та співавторів було закладено основу для кількісного

вимірювання дезадаптивної мрійливості та показано можливість операціоналізації цього феномену через спеціалізовану шкалу [55].

MDS-16 містить 16 пунктів, які відображають різні прояви дезадаптивної мрійливості. Респондент оцінює кожне твердження у відсотковому форматі від 0 до 100, що дозволяє визначити загальний рівень вираженості MD. Вищі показники за шкалою свідчать про більшу інтенсивність дезадаптивної мрійливості та її сильніший вплив на життя людини. У межах цього дослідження MDS-16 є релевантною методикою, оскільки дає змогу перейти від теоретичного опису MD до її кількісного вимірювання.

Для використання MDS-16 в україномовній вибірці важливою є українська адаптація шкали, здійснена О. Балашевич, А. Гарагулею, А. Молотокас, О. Байєр та А. Кураповим. У межах адаптації було проведено паралельний і зворотний переклад оригінального опитувальника, а психометрична перевірка здійснювалася на українській вибірці. У дослідженні взяли участь 132 респонденти, а внутрішня узгодженість української версії MDS-16 становила α Кронбаха = 0,91. Автори також зазначають, що факторна структура адаптованої версії перевірялася за допомогою експлораторного та конфірмаційного факторного аналізу [2, с. 609–610]. Це дає підстави використовувати MDS-16 як психометрично обґрунтований інструмент для оцінки вираженості MD в українському контексті.

Другою методикою є шкала генералізованої тривожності GAD-7 (Додаток Б). Її було обрано для оцінки рівня тривожності, оскільки в концептуальній моделі тривожність розглядається як один із ключових емоційних станів, пов'язаних із дезадаптивною мрійливістю. GAD-7 є короткою скринінговою шкалою, що дозволяє оцінити вираженість тривожних симптомів за останні два тижні. Методика складається із семи пунктів, кожен із яких оцінюється від 0 до 3 балів. Загальний показник може становити від 0 до 21 бала, а вищі бали вказують на більшу вираженість тривожних проявів.

Оригінальна шкала GAD-7 була розроблена R. Spitzer, K. Kroenke, J. Williams та B. Löwe як короткий інструмент для оцінки генералізованої

тривожності. У первинному дослідженні методика продемонструвала високі психометричні показники: внутрішня узгодженість становила α Кронбаха = 0,92, а тест-ретестова надійність – 0,83. Також було показано, що при пороговому значенні 10 балів шкала має чутливість 89% і специфічність 82% для виявлення генералізованого тривожного розладу [62, с. 1092–1095]. Ці показники підтверджують надійність GAD-7 як інструменту оцінки тривожної симптоматики.

Для застосування GAD-7 в україномовному контексті важливою є українська адаптація шкали, здійснена Н. Алексіною, О. Герасименко, Д. Лавриненком та О. Савченко. У статті описано процедуру адаптації, яка включала прямий і зворотний переклад, експертну перевірку узгодженості та онлайн-збір даних у два етапи. За результатами психометричної перевірки було підтверджено внутрішню узгодженість, ретестову надійність, конструктну та критеріальну валідність української версії GAD-7 [1]. Це дозволяє використовувати шкалу для оцінки тривожності в українській вибірці.

Третьою методикою є шкала труднощів емоційної регуляції DERS (Додаток В). Вона використовується для оцінки того, наскільки респондентам складно усвідомлювати, приймати й регулювати власні емоційні стани. Ця методика безпосередньо відповідає концептуальній моделі дослідження, оскільки труднощі емоційної регуляції розглядаються як один із можливих механізмів, пов'язаних із підтриманням MD. На відміну від методик, що вимірюють окрему емоцію, DERS дозволяє оцінити ширший спектр труднощів, які виникають у процесі емоційного реагування.

Оригінальна шкала DERS була розроблена K. Gratz та L. Roemer для багатовимірного оцінювання емоційної регуляції та дисрегуляції. Авторки запропонували розглядати труднощі емоційної регуляції через кілька компонентів: неприйняття емоційних реакцій, труднощі цілеспрямованої поведінки в емоційно напружених ситуаціях, труднощі контролю імпульсів, недостатнє усвідомлення емоцій, обмежений доступ до стратегій регуляції та недостатню емоційну ясність [17, с. 42–43]. Оригінальна версія шкали

продемонструвала високий рівень внутрішньої узгодженості, що підтверджує її психометричну надійність [17, с. 48].

DERS містить 36 пунктів, які оцінюються за п'ятибальною шкалою. Загальний бал відображає рівень труднощів емоційної регуляції: вищі показники свідчать про більш виражену емоційну дисрегуляцію. Крім загального показника, шкала дозволяє аналізувати окремі субшкали: неприйняття емоцій, труднощі цілеспрямованої поведінки, труднощі контролю імпульсів, недостатнє усвідомлення емоцій, обмежений доступ до стратегій регуляції та недостатню емоційну ясність. У цьому дослідженні основним індикатором виступає загальний показник DERS, оскільки він дозволяє оцінити загальний рівень труднощів емоційної регуляції.

Українська версія DERS була адаптована Л. Сак та З. Федотовою. Авторки здійснили крос-культурну адаптацію та валідизацію україномовної версії шкали, зокрема для подальшого використання серед підлітків і дорослих. У статті зазначено, що повна версія DERS складається з 36 запитань, а результати можуть обчислюватися як загальний показник або за окремими субшкалами. Надійність україномовної версії перевірялася за допомогою коефіцієнта α Кронбаха та процедури тест-ретесту через 14 днів; отримані значення α Кронбаха становили 0,7 за результатами тесту і ретесту, що підтверджує достатню внутрішню узгодженість шкали. Також було визначено високі показники внутрішньокласового коефіцієнта кореляції, що підтверджує відтворюваність методики [5].

Окрім трьох основних психодіагностичних методик, було використано короткий соціально-демографічний блок (Додаток Г). Він не є психометричною шкалою, однак потрібний для опису вибірки та подальшої інтерпретації результатів. До нього можуть входити питання про вік, стать, рівень освіти або інші характеристики, які дозволяють краще описати групу респондентів.

Таким чином, обраний психодіагностичний інструментарій відповідає меті й завданням дослідження. MDS-16 дає змогу виміряти рівень дезадаптивної мрійливості, GAD-7 – рівень тривожності, а DERS – труднощі

емоційної регуляції. Усі три методики мають наукове психометричне обґрунтування та українські адаптації, що дозволяє використовувати їх у межах емпіричного дослідження.

2.4. Характеристика вибірки дослідження

В емпіричному дослідженні взяли участь 60 респондентів. Усі отримані анкети були повністю заповнені, тому їх було включено до подальшої статистичної обробки. Формування вибірки відбувалося на основі добровільної участі респондентів в онлайн-опитуванні, що відповідає формату доступної вибірки. Такий спосіб збору даних дозволив залучити учасників різного віку, статі, рівня освіти та соціального статусу, що є важливим для аналізу загальних тенденцій взаємозв'язку між досліджуваними психологічними показниками.

Вік респондентів коливався від 18 до 50 років. Наймолодшому учаснику було 18 років, найстаршому респонденту 50 років. Загалом у вибірці найбільш представлені особи молодого дорослого віку, особливо респонденти віком від 18 до 35 років.

За статтю вибірка була представлена 38 жінками, 21 чоловіком та 1 небінарною особою. Отже, у вибірці спостерігається переважання жінок, що визначає одну з її соціально-демографічних особливостей і враховується при інтерпретації результатів емпіричного дослідження.

За рівнем освіти найбільшу частку становили респонденти з вищою освітою – 43 особи. Незакінчену вищу освіту мали 13 респондентів. Професійно-технічну освіту зазначили 2 особи, і ще 2 респонденти мали загальну середню освіту. Отже, вибірка переважно складається з осіб, які мають або здобувають вищу освіту.

За сімейним станом 24 респонденти не перебували у стосунках. Одруженими були 21 учасник. У романтичних стосунках перебували 13 респондентів. Ще 2 особи вказали статус вдівця або вдови.

За місцем проживання більшість респондентів перебували в Україні. Зокрема, 40 осіб проживали в Україні вдома, а 6 осіб мали статус внутрішньо

переміщених осіб. За кордоном проживали 14 респондентів; серед них 5 осіб виїхали через війну, а 9 зазначили, що давно проживають за межами України. Таким чином, більшість вибірки перебуває в українському соціокультурному контексті, однак частина учасників має досвід проживання за кордоном або переміщення.

У соціально-демографічній анкеті також було зібрано інформацію про зайнятість респондентів. Найчастіше учасники зазначали повну зайнятість – 30 осіб. Статус студента або студентки вказали 18 респондентів. Часткову зайнятість, фріланс або проєктну роботу мали 15 осіб. Тимчасово не працювали 8 респондентів. Військову службу проходили 3 особи, ще 3 займалися волонтерською діяльністю. Одна особа перебувала у декретній відпустці.

Окремо було зібрано інформацію про досвід звернення до психолога або психотерапевта. Наявність такого досвіду зазначили 34 респонденти, тоді як 26 осіб не мали досвіду звернення до спеціаліста. Цей показник не є основною змінною дослідження, однак він може бути важливим для загальної характеристики вибірки, оскільки відображає попередній досвід взаємодії учасників із психологічною допомогою.

Загалом вибірка дослідження є різномірною за віком, місцем проживання, сімейним станом і зайнятістю. Водночас вона характеризується переважанням жінок та осіб із вищою або незакінченою вищою освітою. Така структура вибірки дає змогу розглядати досліджувані показники в контексті різного соціально-демографічного досвіду респондентів і є достатньою для аналізу основних тенденцій взаємозв'язку між MD, тривожністю та труднощами емоційної регуляції.

2.5. Організація та дизайн емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження мало кількісний кореляційний дизайн. Дані було зібрано в межах одного етапу, що дало змогу оцінити актуальний рівень дезадаптивної мрійливості, тривожності та труднощів емоційної регуляції, а також проаналізувати взаємозв'язки між цими показниками.

Збір емпіричних даних проводився у квітні-травні 2026 року за допомогою онлайн-анкети, створеної у Google Forms. Такий формат збору даних був обраний з огляду на зручність поширення анкети, можливість залучення респондентів із різним місцем проживання та автоматизоване збереження відповідей у таблиці для подальшої обробки. Участь у дослідженні була добровільною. Респонденти заповнювали анкету самостійно, у зручний для себе час. Час проходження опитування не обмежувався.

Онлайн-анкета складалася із соціально-демографічного блоку та трьох психодіагностичних методик. Соціально-демографічний блок був спрямований на збір інформації про вік, стать, рівень освіти, сімейний стан, місце проживання, зайнятість та досвід звернення до психолога. Ці дані використовувалися для характеристики вибірки та не виступали основними змінними емпіричного аналізу.

Після соціально-демографічного блоку респонденти послідовно заповнювали шкали MDS-16, GAD-7 та DERS. Використання однакового набору питань для всіх учасників забезпечувало єдність процедури збору даних. За результатами опитування було отримано 60 повністю заповнених анкет, усі вони були включені до подальшої статистичної обробки.

Після завершення збору даних було розраховано підсумкові показники за кожною методикою. За MDS-16 визначався загальний показник вираженості дезадаптивної мрійливості. Оскільки відповіді в анкеті були подані у шкалі від 0 до 10, спочатку обчислювалося середнє значення за 16 пунктами, після чого результат переводився у шкалу від 0 до 100. Такий підхід відповідає логіці оригінальної шкали MDS, де підсумковий показник ґрунтується на загальному середньому балі.

За GAD-7 було розраховано сумарний бал тривожності в діапазоні від 0 до 21. Цей показник використовувався як кількісний індикатор рівня тривожності, а також міг бути підставою для поділу респондентів на групи відповідно до вираженості тривожних проявів. Такий поділ є важливим з огляду на тему роботи, оскільки дослідження спрямоване на аналіз

особливостей зв'язку MD та емоційної регуляції в осіб із різним рівнем тривожності.

За DERS було розраховано загальний показник труднощів емоційної регуляції. Перед обчисленням загального бала було здійснено перекодування пунктів зі зворотною оцінкою, після чого підсумковий результат визначався як сума балів за всіма 36 пунктами. Окрім загального показника DERS, були також розраховані показники за окремими підшкалами: неприйняття емоційних реакцій, труднощі цілеспрямованої поведінки, труднощі контролю імпульсів, відсутність емоційного усвідомлення, обмежений доступ до стратегій регуляції емоцій та відсутність емоційної чіткості.

Основними змінними емпіричного дослідження виступили: вираженість дезадаптивної мрійливості за MDS-16, рівень тривожності за GAD-7 та труднощі емоційної регуляції за DERS. Додатково для поглибленого аналізу було підготовлено показники за підшкалами DERS, що дає змогу уточнити, які саме аспекти емоційної дисрегуляції можуть бути пов'язані з MD і тривожністю.

Таким чином, організація емпіричного дослідження була спрямована на отримання кількісних даних, необхідних для перевірки сформульованих гіпотез. Обраний дизайн дозволяє описати рівень досліджуваних показників у вибірці, проаналізувати зв'язки між ними та порівняти особливості MD і труднощів емоційної регуляції в респондентів із різним рівнем тривожності.

2.6. Використані методи математико-статистичного аналізу даних

Математико-статистичний аналіз даних було здійснено після завершення збору анкет і формування зведеної таблиці результатів. Для кожного респондента було обчислено загальні показники за трьома основними методиками: MDS-16, GAD-7 та DERS. Окремо було розраховано показники за підшкалами DERS, що дозволило не лише оцінити загальний рівень труднощів емоційної регуляції, а й проаналізувати окремі її компоненти.

На першому етапі було використано методи описової статистики. Для основних досліджуваних показників було визначено середнє значення, медіану, стандартне відхилення, мінімальні та максимальні значення. Це дозволило охарактеризувати загальний рівень вираженості дезадаптивної мрійливості, тривожності та труднощів емоційної регуляції у вибірці, а також оцінити ступінь варіативності індивідуальних результатів.

Перед проведенням кореляційного аналізу було перевірено характер розподілу основних змінних. Для цього було використано критерій Шапіро-Уїлка, який дозволяє визначити, чи відповідає розподіл показників нормальному. Така перевірка була необхідною для вибору відповідного кореляційного критерію. Оскільки для частини показників було виявлено відхилення від нормального розподілу, для подальшого аналізу було обрано непараметричний коефіцієнт кореляції Спірмена.

Коефіцієнт кореляції Спірмена було використано для перевірки зв'язків між основними змінними дослідження: дезадаптивною мрійливістю, тривожністю та труднощами емоційної регуляції. Зокрема, було проаналізовано зв'язок між показниками MDS-16 і GAD-7, MDS-16 і DERS, а також GAD-7 і DERS. Такий підхід дозволив оцінити як окремі зв'язки між досліджуваними показниками, так і загальну структуру їхнього співвідношення.

Для детальнішого аналізу емоційної регуляції було також проведено кореляційний аналіз між загальним показником MDS-16 та окремими підшкалами DERS. Це дало змогу уточнити, які саме компоненти труднощів емоційної регуляції найбільшою мірою пов'язані з вираженістю дезадаптивної мрійливості.

Окрім кореляційного аналізу, для додаткового порівняння показників у групах з різним рівнем тривожності було застосовано критерій Краскела-Уолліса. Цей непараметричний критерій використовувався для зіставлення кількісних показників у більше ніж двох незалежних групах. Зокрема, було проаналізовано, чи відрізняються показники дезадаптивної мрійливості за шкалою MDS-16 та труднощів емоційної регуляції за шкалою DERS у групах

респондентів з мінімальним, легким, помірним і високим рівнями тривожності. У разі виявлення статистично значущих відмінностей між групами додатково застосовувалися парні порівняння для уточнення того, між якими саме групами ці відмінності проявляються.

Статистична значущість результатів визначалася на рівні $p < 0,05$. Під час інтерпретації кореляцій враховувалися напрям зв'язку, його сила та рівень статистичної значущості. Позитивний коефіцієнт кореляції розглядався як показник прямого зв'язку між змінними, тобто зростання одного показника супроводжувалося тенденцією до зростання іншого. Водночас кореляційний аналіз не дає підстав для встановлення причинно-наслідкових зв'язків, тому отримані результати інтерпретувалися як статистичні зв'язки між показниками, а не як докази впливу однієї змінної на іншу.

Отже, застосування описової статистики, критерію Шапіро-Вілکا, кореляційного аналізу Спірмена та критерію Краскела-Уолліса дозволило послідовно описати отримані емпіричні дані, перевірити характер їх розподілу, проаналізувати взаємозв'язки між дезадаптивною мрійливістю, тривожністю й труднощами емоційної регуляції, а також додатково порівняти показники MD та емоційної регуляції у групах респондентів з різним рівнем тривожності.

Висновки до розділу 2

1. Методологічне обґрунтування дослідження дало змогу визначити дезадаптивну мрійливість, тривожність та труднощі емоційної регуляції як основні змінні емпіричного аналізу. У межах роботи MD розглядається як психологічний феномен, що може бути пов'язаний не лише з рівнем емоційного напруження, а й зі способами його регуляції. Саме тому до концепції дослідження було включено не тільки тривожність, а й емоційну регуляцію як змінну, що дозволяє глибше розкрити можливі механізми зв'язку MD з емоційним досвідом особистості.
2. Концептуальна модель дослідження була побудована навколо перевірки зв'язків між трьома показниками: вираженістю дезадаптивної

мрійливості, рівнем тривожності та труднощами емоційної регуляції. Така модель дала змогу розглядати MD не ізольовано, а в системі взаємозв'язків із психоемоційними характеристиками. Відповідно, дослідження мало кількісний дизайн, спрямований на встановлення характеру та сили зв'язків між обраними змінними, а також на додаткове порівняння показників MD та емоційної регуляції у групах респондентів з різним рівнем тривожності.

3. Для емпіричного дослідження було обрано психодіагностичний інструментарій, релевантний поставленій меті та завданням. Шкала MDS-16 була використана для оцінки вираженості дезадаптивної мрійливості, GAD-7 – для визначення рівня тривожності, DERS – для аналізу труднощів емоційної регуляції. Використання DERS також дало змогу не обмежуватися загальним показником емоційної дисрегуляції, а надалі розглянути її окремі компоненти.
4. Організація дослідження передбачала збір даних у форматі онлайн-опитування за допомогою Google Forms. До вибірки увійшли 60 респондентів, усі анкети були повністю заповнені та включені до подальшого аналізу. Вибірка має ознаки доступної нерандомізованої вибірки, що відповідає умовам проведення онлайн-дослідження, однак потребує обережності під час поширення отриманих результатів на ширшу популяцію.
5. Для обробки емпіричних даних було обрано наступні методи математико-статистичного аналізу. Описова статистика була використана для первинної характеристики основних показників, критерій Шапіро-Уїлка – для перевірки нормальності розподілу, коефіцієнт кореляції Спірмена – для аналізу зв'язків між MDS-16, GAD-7, DERS та підшкалами DERS, критерій Краскела-Уолліса для порівняння показників MDS-16 і DERS у групах респондентів з різним рівнем тривожності. Що в купі дало можливість описати дані, проаналізувати зв'язки між основними змінними та обґрунтовано перейти до інтерпретації результатів.

РОЗДІЛ 3

ЕМПІРИЧНИЙ АНАЛІЗ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ДЕЗАДАПТИВНОЇ МРІЙЛИВОСТІ, ТРИВОЖНОСТІ ТА ТРУДНОЩІВ ЕМОЦІЙНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ

3.1. Описові характеристики досліджуваних показників

На першому етапі емпіричного аналізу було розглянуто описові характеристики основних показників дослідження: дезадаптивної мрійливості за шкалою MDS-16, тривожності за шкалою GAD-7 та труднощів емоційної регуляції за шкалою DERS. Для кожної методики було визначено середнє значення, медіану, стандартне відхилення, мінімальний та максимальний показники (табл. 3.1.).

Середній показник за шкалою MDS-16 становив 34,53 бала, що свідчить про помірну вираженість дезадаптивної мрійливості у вибірці загалом. Медіана становила 32,19 бала, тобто центральне значення вибірки також перебуває в межах помірної вираженості MD. При цьому індивідуальні результати були досить різними: мінімальний показник становив 7,50 бала, а максимальний – 89,38 бала. Це означає, що у вибірці були як респонденти з низькими проявами дезадаптивної мрійливості, так і респонденти з дуже високими показниками за MDS-16. Стандартне відхилення 17,18 також підтверджує помітну варіативність результатів.

Окремо було враховано орієнтовне порогове значення MDS. В оригінальному дослідженні шкали автори зазначають, що позитивна ідентифікація MD може ґрунтуватися на загальному середньому балі, а як робочий поріг було запропоновано значення 25 балів [55, с. 85–86].

Показник	Кількість досліджуваних	Середнє значення	Медіана	Стандартне відхилення	Мінімальне значення	Максимальне значення
MDS-16	60	34,53	32,19	17,18	7,50	89,38
GAD-7	60	8,58	8,50	5,44	0	21
DERS	60	81,35	78,00	20,11	50	136

(табл. 3.1. – узагальнені результати досліджуваних показників)

У цій вибірці 41 респондент мав показник MDS-16 на рівні 25 балів і вище, тоді як 19 респондентів мали результат нижче цього значення. Отже, більшість учасників продемонстрували показники, які можуть свідчити про ймовірно виражені прояви дезадаптивної мрійливості. Водночас цей показник не розглядається як клінічний діагноз, а використовується лише як орієнтир для опису вираженості MD у вибірці.

За шкалою GAD-7 середній показник тривожності становив 8,58 бала, а медіана – 8,50 бала. Це відповідає легкому рівню тривожності на рівні вибірки загалом. Водночас мінімальне значення дорівнювало 0, а максимальне – 21 балу, тобто в дослідженні були представлені як респонденти без виражених тривожних проявів, так і респонденти з максимально високим показником за цією шкалою.

Розподіл за рівнями GAD-7 показав, що мінімальний рівень тривожності мали 18 респондентів, легкий – 16 респондентів, помірний – 18 респондентів, високий – 8 респондентів. Таким чином, у вибірці майже однаково представлені групи з мінімальним, легким і помірним рівнем тривожності, тоді як респондентів із високим рівнем тривожності було менше. Загалом це свідчить про неоднорідність вибірки за вираженістю тривожних проявів.

За шкалою DERS середній загальний показник труднощів емоційної регуляції становив 81,35 бала, медіана – 78,00 бала. Мінімальний результат дорівнював 50 балам, максимальний – 136 балам. Оскільки можливий діапазон загального показника DERS становить від 36 до 180 балів, отримані результати вказують на наявність у вибірці різного рівня труднощів емоційної регуляції. При цьому шкала DERS не має універсальних порогових значень для поділу результатів на низький, середній або високий рівень, тому її показники інтерпретуються як кількісні: що вищий бал, то більш вираженими є труднощі емоційної регуляції.

Порівняння трьох основних показників дозволяє зробити висновок, що вибірка не є однорідною за жодною з досліджуваних змінних. За MDS-16 спостерігається значний розкид значень, що вказує на різну вираженість

дезадаптивної мрійливості серед респондентів. За GAD-7 представлені всі рівні тривожності – від мінімального до високого. За DERS також зафіксовано помітну різницю між мінімальними та максимальними значеннями, що свідчить про різний рівень труднощів емоційної регуляції в учасників дослідження.

Отже, описова статистика показала, що у вибірці наявні респонденти з різною вираженістю MD, тривожності та емоційної дисрегуляції. Найбільш помітною особливістю є те, що більшість учасників мали показник MDS-16 на рівні 25 балів і вище, тобто демонстрували ймовірно виражені прояви дезадаптивної мрійливості. Водночас середній рівень тривожності у вибірці відповідав легкому рівню, а показники DERS свідчили про наявність різного ступеня труднощів емоційної регуляції серед респондентів.

3.2. Зв'язок дезадаптивної мрійливості з тривожністю

Одним із завдань емпіричного дослідження було визначити, чи пов'язана вираженість дезадаптивної мрійливості з рівнем тривожності. Теоретично такий зв'язок є очікуваним, оскільки MD часто розглядається як спосіб тимчасового відсторонення від емоційного напруження, стресу або неприємних переживань. У такому контексті фантазування може виконувати функцію психологічного уникнення або самозаспокоєння. Водночас емпірична перевірка дає змогу уточнити, чи проявляється цей зв'язок саме в межах досліджуваної вибірки.

Для аналізу було використано загальний показник за шкалою MDS-16 та сумарний бал за шкалою GAD-7. Перед проведенням кореляційного аналізу було перевірено характер розподілу обох змінних за допомогою критерію Шапіро–Уїлка. Для показника MDS-16 було виявлено статистично значуще відхилення від нормального розподілу ($W = 0,955$; $p = 0,027$). Для показника GAD-7 статистично значущого відхилення від нормального розподілу не виявлено ($W = 0,970$; $p = 0,149$). Оскільки одна з двох змінних мала ненормальний розподіл, для подальшого аналізу було застосовано коефіцієнт кореляції Спірмена.

Кореляційний аналіз не виявив статистично значущого зв'язку між дезадаптивною мрійливістю та тривожністю. Коефіцієнт кореляції становив $r = 0,126$ при $p = 0,336$. Отримане значення має позитивний напрям, однак сила зв'язку є дуже слабкою, а рівень значущості не дозволяє підтвердити наявність достовірного зв'язку між показниками MDS-16 і GAD-7 у межах цієї вибірки.

Для додаткової перевірки зв'язку між тривожністю та дезадаптивною мрійливістю було також проведено порівняльний аналіз показників MDS-16 у групах респондентів з різним рівнем тривожності. Розподіл на групи здійснювався відповідно до порогових значень GAD-7: мінімальний, легкий, помірний та високий рівень тривожності. Оскільки порівнювалися більше ніж дві незалежні групи, а показник MDS-16 мав ненормальний розподіл, було застосовано критерій Краскела-Уолліса.

За результатами критерію Краскела-Уолліса статистично значущих відмінностей за показниками MDS-16 між групами респондентів з різним рівнем тривожності не виявлено: $\chi^2 = 0,817$; $df = 3$; $p = 0,845$. Отже, рівень дезадаптивної мрійливості у досліджуваній вибірці не відрізнявся залежно від рівня тривожності. Це узгоджується з результатами кореляційного аналізу, за яким зв'язок між MDS-16 і GAD-7 також не досяг рівня статистичної значущості.

У попередніх дослідженнях зв'язок між MD і тривожністю часто описується як позитивний. Зокрема, у метааналізі Елі Сомера та співавторів було узагальнено результати 40 досліджень із загальною вибіркою 24 977 осіб. Автори показали, що MD позитивно пов'язана з низкою психопатологічних показників, зокрема з тривожністю. Для зв'язку MD із тривожністю об'єднаний кореляційний показник становив $r = 0,387$ при $p = 0,000$ [54].

Схожі дані було отримано в дослідженні М. Alenizi та співавторів, у якому аналізувався зв'язок між MD і генералізованою тривожністю серед студентів-медиків. У цьому дослідженні було встановлено статистично значущий зв'язок між MD та GAD. Середній показник GAD-7 у групі

респондентів із MD був вищим, ніж у групі без MD: $9,3 \pm 4,6$ проти $6,1 \pm 3,4$ при $p < 0,001$ [6, с. 4].

Таким чином, отримані результати не відтворили статистично значущого зв'язку між MD і тривожністю, описаного в низці попередніх праць. За даними цього дослідження, зв'язок між MDS-16 і GAD-7 має позитивний напрям, але є дуже слабким і статистично незначущим. Додатковий порівняльний аналіз також не виявив статистично значущих відмінностей за рівнем MD між групами з різним рівнем тривожності. Отже, гіпотеза про прямий статистично значущий зв'язок між дезадаптивною мрійливістю та тривожністю у межах цієї вибірки не підтвердилася.

3.3. Зв'язок дезадаптивної мрійливості з труднощами емоційної регуляції

Для аналізу зв'язку між дезадаптивною мрійливістю та емоційною регуляцією було зіставлено загальний показник за шкалою MDS-16 із загальним показником DERS. Отже, у межах цього аналізу перевірялося, чи пов'язане зростання вираженості MD зі зростанням емоційної дисрегуляції.

Перед проведенням кореляційного аналізу було перевірено характер розподілу показників MDS-16 і DERS за критерієм Шапіро–Уїлка. Для показника MDS-16 було виявлено статистично значуще відхилення від нормального розподілу: $W = 0,955$; $p = 0,027$. Для показника DERS також було виявлено статистично значуще відхилення від нормального розподілу: $W = 0,937$; $p = 0,004$. Оскільки обидва показники мали ненормальний розподіл, для подальшого аналізу було використано коефіцієнт кореляції Спірмена.

За результатами кореляційного аналізу між показниками MDS-16 і DERS було виявлено помірний позитивний статистично значущий зв'язок: $r = 0,378$; $p = 0,0029$. Це означає, що зі зростанням показників дезадаптивної мрійливості зростали й показники труднощів емоційної регуляції. Іншими словами, респонденти з вищим рівнем MD частіше мали більш виражені труднощі у сфері емоційної регуляції.

Отриманий результат є важливим, оскільки він показує більш виразний зв'язок MD саме з емоційною дисрегуляцією, ніж із тривожністю. Якщо в попередньому аналізі зв'язок між MDS-16 і GAD-7 був дуже слабким і статистично незначущим, то зв'язок між MDS-16 і DERS досяг рівня статистичної значущості. Це дозволяє розглядати труднощі емоційної регуляції як показник, більш тісно пов'язаний із вираженістю MD у досліджуваній вибірці.

Такий результат узгоджується з сучасними дослідженнями, у яких MD розглядається не лише як надмірне фантазування, а і як спосіб реагування на емоційне напруження. У метааналізі Е. Сомера та співавторів було показано, що MD має позитивний зв'язок із труднощами емоційної регуляції; об'єднаний кореляційний показник становив $r = 0,365$ при $p = 0,000$ [54, с. 7]. Це близько до результату, отриманого в нашому дослідженні, де кореляція між MDS-16 і DERS становила $\rho = 0,378$.

Подібний зв'язок описано й у дослідженнях, присвячених емоційним механізмам MD. Зокрема, Р. Thomson і V. Jaque зазначають, що в осіб із підвищеним рівнем MD труднощі емоційної регуляції проявляються через складність прийняття негативних емоцій, труднощі імпульс-контролю та проблеми з підтриманням цілеспрямованої поведінки [66, с. 1–4]. Це дозволяє припустити, що MD може бути пов'язана не лише з інтенсивністю емоційного напруження, а й із тим, наскільки ефективно людина здатна його усвідомлювати, приймати та регулювати.

Отже, на рівні загального показника DERS було встановлено, що вища вираженість дезадаптивної мрійливості пов'язана з більшими труднощами емоційної регуляції.

Для детальнішого аналізу було окремо розглянуто зв'язки між показником MDS-16 та підшкалами DERS (табл. 3.2). Такий підхід дозволив уточнити, які саме аспекти труднощів емоційної регуляції найбільшою мірою пов'язані з дезадаптивною мрійливістю. Оскільки за результатами перевірки

нормальності розподіли показників MDS-16 і підшкал DERS відрізнялися від нормального, для аналізу було використано коефіцієнт кореляції Спірмена.

Підшкала DERS	Коефіцієнт кореляції Спірмена ρ	p-рівень
Неприйняття емоційних реакцій	0,272	0,036
Труднощі цілеспрямованої поведінки	0,444	0,0004
Труднощі з контролем імпульсів	0,548	< 0,001
Відсутність емоційного усвідомлення	-0,042	0,748
Обмежений доступ до стратегій регулювання емоцій	0,277	0,032
Відсутність емоційної чіткості	0,311	0,016

(табл. 3.2 – кореляційні зв'язки між MDS-16 та підшкалами DERS)

Найвиразніший зв'язок із дезадаптивною мрійливістю було виявлено за підшкалою імпульс-контролю: $\rho = 0,548$; $p < 0,001$. Це свідчить про те, що респонденти з вищими показниками MD частіше мали труднощі з контролем власних реакцій у стані емоційного напруження.

Оскільки DERS оцінює саме труднощі емоційної регуляції, позитивний напрям зв'язку означає, що зростання MD супроводжується посиленням проблем імпульс-контролю. У контексті дезадаптивної мрійливості це може вказувати на те, що фантазування пов'язане не лише з емоційним переживанням, а й із труднощами зупинити або обмежити поведінкову реакцію, яка вже стала звичною. Для MD це особливо важливо, оскільки сам феномен часто описується як такий, що має компульсивний або залежний характер: людина може усвідомлювати надмірність фантазування, але відчувати складність у його припиненні.

Другим за силою виявився зв'язок між MDS-16 та підшкалою труднощів цілеспрямованої поведінки: $\rho = 0,444$; $p = 0,0004$. Цей результат показує, що вищий рівень MD пов'язаний із більш вираженими труднощами збереження

цілеспрямованої активності в емоційно напружених ситуаціях. Іншими словами, коли людина переживає сильні або неприємні емоції, їй може бути складніше залишатися зосередженою на завданнях, підтримувати послідовність дій і не відходити від реальних обов'язків. Для дезадаптивної мрійливості цей результат є показовим, оскільки MD часто пов'язана з відволіканням від актуальної діяльності та заміщенням реальної активності фантазійною. Отже, зв'язок із цією підшкалою демонструє, що MD у вибірці асоціюється не лише з внутрішніми емоційними переживаннями, а й із труднощами підтримання реальної продуктивної поведінки в умовах емоційного напруження.

Статистично значущий зв'язок також було виявлено між MDS-16 та підшкалою емоційної чіткості: $r = 0,311$; $p = 0,016$. Цей зв'язок є менш вираженим, ніж зв'язки з імпульс-контролем і цілеспрямованою поведінкою, однак він також має позитивний напрям. Це означає, що вищі показники MD пов'язані з більшими труднощами в розумінні та розпізнаванні власних емоційних станів. Такий результат може свідчити про те, що для частини респондентів дезадаптивна мрійливість пов'язана з меншою ясністю щодо власних переживань. У цьому випадку фантазування може виступати не прямою відповіддю на чітко усвідомлену емоцію, а способом відходу від емоційного стану, який складно визначити або пояснити.

Позитивний статистично значущий зв'язок було встановлено і за підшкалою стратегій емоційної регуляції: $r = 0,277$; $p = 0,032$. Цей результат вказує на те, що респонденти з вищими показниками MD частіше мали труднощі з добором ефективних способів регуляції власного емоційного стану. Тобто за високої вираженості MD людині може бути складніше використовувати адаптивні стратегії подолання емоційного напруження. У такому контексті дезадаптивна мрійливість може розглядатися як один із доступних, але не завжди ефективних способів емоційного саморегулювання. Вона може тимчасово знижувати напруження або створювати відчуття контролю, однак водночас не обов'язково сприяє реальному опрацюванню емоційної ситуації.

За підшкалою неприйняття емоційних реакцій також було виявлено позитивний статистично значущий зв'язок із MDS-16: $\rho = 0,272$; $p = 0,036$. Це означає, що вищий рівень MD пов'язаний із більшою схильністю негативно оцінювати власні емоційні реакції або переживати труднощі з їх прийняттям. Такий результат може вказувати на те, що респонденти з вищою вираженістю дезадаптивної мрійливості частіше сприймають власні негативні емоції як небажані, неприйнятні або такі, від яких потрібно відсторонитися. У цьому разі фантазування може виконувати функцію емоційного уникнення: замість прийняття та проживання складного емоційного стану людина може переходити у фантазійний простір, де переживання змінюються або тимчасово втрачають гостроту.

Єдиною підшкалою DERS, за якою не було виявлено статистично значущого зв'язку з MDS-16, стало усвідомлення емоцій: $\rho = -0,042$; $p = 0,748$. Отримане значення є близьким до нуля, а рівень значущості значно перевищує $p < 0,05$. Це свідчить про відсутність кореляційного зв'язку між рівнем дезадаптивної мрійливості та загальним усвідомленням власних емоцій у цій вибірці. Отже, MD не була пов'язана з тим, наскільки респонденти загалом помічають або усвідомлюють свої емоційні стани. Значущими виявилися не стільки труднощі самого усвідомлення емоцій, скільки труднощі їх прийняття, розуміння, регуляції, контролю імпульсивних реакцій і збереження цілеспрямованої поведінки.

Загальна картина кореляцій із підшкалами DERS показує, що дезадаптивна мрійливість найбільшою мірою пов'язана з тими компонентами емоційної регуляції, які стосуються поведінкового контролю та здатності діяти цілеспрямовано в умовах емоційного напруження. Найсильніші зв'язки було виявлено з імпульс-контролем і труднощами цілеспрямованої поведінки. Менш виражені, але статистично значущі зв'язки спостерігалися з неприйняттям емоційних реакцій, обмеженим доступом до стратегій емоційної регуляції та емоційною чіткістю. Це дозволяє розглядати MD як феномен, пов'язаний

передусім не з відсутністю усвідомлення емоцій, а з труднощами керування емоційно зумовленими реакціями та добору адаптивних способів регуляції.

Отримані результати узгоджуються з уявленням про MD як про феномен, що може бути пов'язаний із емоційною дисрегуляцією. У межах досліджуваної вибірки дезадаптивна мрійливість виявилася пов'язаною не лише із загальним рівнем труднощів емоційної регуляції, а й з окремими її компонентами.

Подібні результати отримано у дослідженні A. Sandor та співавторів, де особи з дезадаптивною мрійливістю мали вищий рівень труднощів емоційної регуляції. Автори зазначають, що люди з MD частіше демонстрували труднощі прийняття негативних емоцій, проблеми з виконанням завдань у стані емоційного напруження, труднощі контролю поведінки, обмежений доступ до стратегій емоційної регуляції та нижчу емоційну чіткість [42]. Це безпосередньо перегукується з нашими результатами, оскільки статистично значущі зв'язки було виявлено майже з усіма підшкалами DERS, окрім усвідомлення емоцій.

У дослідженні P. Thomson і V. Jaque MD також була пов'язана з труднощами емоційної регуляції, зокрема з імпульс-контролем, нижчим прийняттям негативних емоцій і складністю підтримання цілеспрямованої поведінки [66, с. 198-200]. У нашій вибірці саме імпульс-контроль і труднощі цілеспрямованої поведінки виявилися найсильніше пов'язаними з MDS-16. Отже, результати цього дослідження не лише підтверджують загальний зв'язок MD з емоційною дисрегуляцією, а й уточнюють, що найбільш значущими можуть бути поведінкові компоненти регуляції емоцій.

Таким чином, аналіз загального показника DERS та його підшкал підтвердив значущість емоційної регуляції для розуміння дезадаптивної мрійливості. Вища вираженість MD супроводжувалася більшими труднощами емоційної регуляції, насамперед у сферах імпульс-контролю, цілеспрямованої поведінки та використання ефективних регуляторних стратегій. Це дозволяє

зробити висновок, що емоційна дисрегуляція є одним із важливих психологічних чинників, пов'язаних із проявами MD у досліджуваній вибірці.

3.4. Взаємозв'язок дезадаптивної мрійливості, тривожності та труднощів емоційної регуляції

Після окремого аналізу зв'язку MD з тривожністю та труднощами емоційної регуляції було здійснено узагальнене зіставлення трьох основних показників дослідження: MDS-16, GAD-7 та DERS. До аналізу було включено не лише зв'язки MDS-16 з кожною з інших змінних, а й кореляцію між GAD-7 та DERS. Це було необхідно для того, щоб побачити повнішу структуру співвідношення між досліджуваними показниками, оскільки тривожність і труднощі емоційної регуляції теоретично також можуть бути пов'язані між собою.

Додатковий кореляційний аналіз між показниками GAD-7 і DERS показав наявність помірного позитивного статистично значущого зв'язку: $\rho = 0,484$; $p < 0,001$. Це означає, що вищий рівень тривожності супроводжувався більш вираженими труднощами емоційної регуляції. Отже, у вибірці респонденти з вищими показниками за GAD-7 частіше мали вищі показники за DERS, тобто більше труднощів у прийнятті, розумінні, контролі та регуляції власних емоційних станів.

Оскільки для частини показників було виявлено відхилення від нормального розподілу, для всіх зіставлень було використано коефіцієнт кореляції Спірмена (табл. 3.3).

Зв'язок	Коефіцієнт кореляції Спірмена ρ	p-рівень
MDS-16 – GAD-7	0,126	0,336
MDS-16 – DERS	0,378	0,0029
GAD-7 – DERS	0,484	< 0,001

(табл. 3.3 – кореляційні зв'язки між MDS-16, GAD-7 та DERS)

Зведені результати показують, що прямий зв'язок між дезадаптивною мрійливістю та тривожністю у цій вибірці не досяг рівня статистичної значущості. Коефіцієнт кореляції між MDS-16 і GAD-7 становив $\rho = 0,126$ при $p = 0,336$. Отже, за отриманими даними не можна стверджувати, що вищий рівень MD закономірно супроводжується вищим рівнем тривожності.

Водночас зв'язок між дезадаптивною мрійливістю та труднощами емоційної регуляції виявився статистично значущим. Кореляція між MDS-16 і DERS становила $\rho = 0,378$ при $p = 0,0029$. Це свідчить про те, що вищий рівень MD пов'язаний із більш вираженими труднощами емоційної регуляції. Такий результат підтверджує, що емоційна дисрегуляція є важливою змінною у структурі досліджуваного феномену.

Найвищий коефіцієнт було отримано між показниками GAD-7 і DERS: $\rho = 0,484$ при $p < 0,001$. Це означає, що вищий рівень тривожності пов'язаний із більш вираженими труднощами емоційної регуляції. Такий зв'язок є очікуваним, оскільки тривожність безпосередньо стосується емоційного напруження, а DERS відображає труднощі його усвідомлення, прийняття, контролю та регуляції.

Для додаткового уточнення зв'язку між тривожністю та труднощами емоційної регуляції було проведено порівняльний аналіз показників DERS у групах респондентів з різним рівнем тривожності. Розподіл на групи здійснювався відповідно до порогових значень GAD-7: мінімальний, легкий, помірний та високий рівень тривожності. Оскільки порівнювалися більше ніж дві незалежні групи, було застосовано критерій Краскела-Уолліса.

За результатами критерію Краскела-Уолліса було виявлено статистично значущі відмінності за показниками DERS між групами респондентів з різним рівнем тривожності: $\chi^2 = 14,2$; $df = 3$; $p = 0,003$. Описові показники демонструють поступове зростання труднощів емоційної регуляції зі зростанням рівня тривожності: медіана DERS становила 68,0 у групі з мінімальним рівнем тривожності, 74,5 – у групі з легким рівнем, 84,0 – у групі з помірним рівнем та 96,5 – у групі з високим рівнем тривожності.

Статистично значущі відмінності було виявлено між групою з високим рівнем тривожності та групами з мінімальним і легким рівнями тривожності. Відмінності між іншими групами статистично значущими не були. Отже, труднощі емоційної регуляції найбільш виражені у респондентів з високим рівнем тривожності, що узгоджується з результатами кореляційного аналізу між GAD-7 і DERS.

Отримані дані показують, що у цій вибірці MD більше пов'язана не з рівнем тривожності як окремим показником, а з труднощами регуляції емоційного стану. Водночас тривожність також пов'язана з емоційною дисрегуляцією. Отже, труднощі емоційної регуляції можна розглядати як спільний психологічний компонент, що має значення і для проявів MD, і для тривожних симптомів.

Важливо зазначити, що кореляційний аналіз не дає підстав робити висновки про причинно-наслідкові зв'язки між змінними. Отримані результати не свідчать про те, що труднощі емоційної регуляції спричиняють MD або тривожність. Вони показують лише те, що ці показники статистично пов'язані між собою в межах досліджуваної вибірки. Проте саме наявність значущих зв'язків DERS з MDS-16 і GAD-7 дозволяє розглядати емоційну регуляцію як важливий напрям подальшого аналізу дезадаптивної мрійливості.

Отже, результати узагальненого аналізу показали, що гіпотеза про прямий зв'язок MD із тривожністю не підтвердилася, тоді як зв'язок MD із труднощами емоційної регуляції був статистично значущим. Водночас тривожність виявилася значуще пов'язаною з емоційною дисрегуляцією як за результатами кореляційного аналізу, так і за результатами порівняння груп з різним рівнем тривожності. Загалом це дозволяє зробити висновок, що емоційна дисрегуляція є важливою змінною для розуміння отриманої структури зв'язків між MD, тривожністю та труднощами емоційної регуляції.

Висновки до розділу 3

1. Первинний опис результатів показав, що вибірка є достатньо різномірною за рівнем дезадаптивної мрійливості, тривожності та труднощів емоційної регуляції. За шкалою MDS-16 значна частина респондентів мала показники, що можуть свідчити про ймовірно виражені прояви MD. За шкалою GAD-7 у вибірці були представлені різні рівні тривожності – від мінімального до високого. Показники DERS також засвідчили наявність різного ступеня труднощів емоційної регуляції.
2. Кореляційний аналіз не підтвердив статистично значущого прямого зв'язку між дезадаптивною мрійливістю та тривожністю. Зв'язок між показниками MDS-16 і GAD-7 мав позитивний напрям, однак був дуже слабким і статистично незначущим: $\rho = 0,126$; $p = 0,336$. Додатковий порівняльний аналіз за критерієм Краскела-Уолліса також не виявив статистично значущих відмінностей за показниками MDS-16 між групами респондентів з різним рівнем тривожності: $\chi^2 = 0,817$; $df = 3$; $p = 0,845$. Отже, у межах цієї вибірки вищий рівень MD не супроводжувався закономірним підвищенням рівня тривожності.
3. Натомість зв'язок між дезадаптивною мрійливістю та труднощами емоційної регуляції виявився статистично значущим. Між показниками MDS-16 і DERS було встановлено помірний позитивний зв'язок: $\rho = 0,378$; $p = 0,0029$. Це свідчить про те, що вища вираженість MD пов'язана з більш вираженими труднощами емоційної регуляції. Саме цей результат є одним із ключових для дослідження, оскільки він показує, що MD у цій вибірці більше пов'язана не з тривожністю як окремим емоційним станом, а з ширшими труднощами регуляції емоційного досвіду.
4. Аналіз підшкал DERS дозволив уточнити структуру зв'язку між MD та емоційною регуляцією. Найсильніші кореляції було виявлено з труднощами імпульс-контролю та труднощами цілеспрямованої поведінки в умовах емоційного напруження. Менш виражені, але статистично значущі зв'язки спостерігалися з неприйняттям емоційних

реакцій, обмеженим доступом до стратегій емоційної регуляції та емоційною чіткістю. Водночас за підшкалою усвідомлення емоцій статистично значущого зв'язку з MD виявлено не було. Отже, дезадаптивна мрійливість пов'язана передусім не з нездатністю помічати власні емоції, а з труднощами їх прийняття, розуміння, контролю та регуляції.

5. Узагальнений аналіз трьох основних змінних показав, що труднощі емоційної регуляції мають статистично значущі зв'язки і з MD, і з тривожністю. Найбільш вираженим серед основних зв'язків був зв'язок між GAD-7 і DERS: $\rho = 0,484$; $p < 0,001$. Додатковий порівняльний аналіз за критерієм Краскела-Уолліса підтвердив, що показники DERS статистично значущо відрізняються у групах з різним рівнем тривожності: $\chi^2 = 14,2$; $df = 3$; $p = 0,003$. Найбільш виражені труднощі емоційної регуляції було зафіксовано у групі з високим рівнем тривожності; за результатами парних порівнянь ця група статистично значущо відрізнялася від груп із мінімальним і легким рівнями тривожності. Водночас прямий зв'язок між MD і тривожністю не був статистично значущим. Така структура результатів дозволяє розглядати емоційну дисрегуляцію як важливіший компонент у поясненні проявів MD у цій вибірці, ніж рівень тривожності.

Практичне значення отриманих результатів полягає в тому, що під час психологічної роботи з проявами дезадаптивної мрійливості доцільно звертати увагу не лише на рівень тривожності, а й на особливості емоційної регуляції. Отримані дані показують, що саме труднощі емоційної регуляції мають значущі зв'язки як із проявами MD, так і з тривожністю, а у групі з високим рівнем тривожності ці труднощі є найбільш вираженими.

Отримані результати можуть бути використані у психоедукаційній, консультативній та профілактичній роботі з особами, які мають виражені прояви MD або схильність до надмірного занурення у фантазування як способу емоційного уникнення.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження було спрямоване на теоретичне осмислення та емпіричну перевірку зв'язку дезадаптивної мрійливості з труднощами емоційної регуляції у осіб з різним рівнем тривожності. У роботі було поєднано аналіз сучасних наукових підходів до розуміння MD з емпіричним дослідженням її зв'язків із тривожністю та емоційною дисрегуляцією. Це дозволило не лише описати MD як окремий психологічний феномен, а й уточнити, які саме емоційно-регуляторні труднощі можуть бути з ним пов'язані.

1. Теоретичний аналіз показав, що дезадаптивна мрійливість є складним психологічним феноменом, який не зводиться до звичайного фантазування, мимовільного блукання думок або творчої уяви. Її специфіка полягає в інтенсивному, тривалому та емоційно насиченому зануренні у фантазійні сюжети, яке може супроводжуватися труднощами контролю, суб'єктивним дистресом і порушенням повсякденного функціонування. Отже, MD доцільно розглядати не лише як особливість уяви, а як феномен, що має емоційний, регуляторний і поведінковий виміри.
2. Аналіз сучасних досліджень засвідчив, що MD часто розглядається у зв'язку з психоемоційним напруженням, уникненням неприємних переживань, компульсивністю, дисоціативними проявами та труднощами емоційної регуляції. У цьому контексті дезадаптивна мрійливість може виконувати функцію тимчасового емоційного відсторонення або самозаспокоєння. Водночас за високої вираженості вона може підтримувати уникнення реальної діяльності, ускладнювати опрацювання емоційного досвіду та знижувати здатність людини діяти цілеспрямовано.
3. Теоретичне обґрунтування дослідження дозволило визначити тривожність та емоційну регуляцію як важливі змінні для вивчення MD. Тривожність відображає рівень емоційного напруження, тоді як емоційна регуляція характеризує здатність людини приймати, розуміти,

контролювати та регулювати власні емоційні стани. Саме тому вивчення MD у поєднанні з цими змінними дало змогу розглянути її не лише у зв'язку з інтенсивністю негативних переживань, а й у зв'язку зі способами їх опрацювання.

4. Первинний аналіз емпіричних даних показав, що досліджувана вибірка є різнорідною за рівнем дезадаптивної мрійливості, тривожності та труднощів емоційної регуляції. Учасники дослідження відрізнялися за вираженістю всіх основних показників, що дозволило здійснити подальший аналіз взаємозв'язків між ними. Це дало змогу перейти від загального опису показників до перевірки того, які саме зв'язки між MD, тривожністю та емоційною дисрегуляцією проявляються в межах досліджуваної вибірки.
5. Емпірична перевірка зв'язку між дезадаптивною мрійливістю та тривожністю не підтвердила наявності прямого статистично значущого зв'язку між цими показниками. Це означає, що в межах досліджуваної вибірки вища вираженість MD не супроводжувалася закономірним підвищенням рівня тривожності. Додатковий порівняльний аналіз також показав, що рівень дезадаптивної мрійливості не мав статистично значущих відмінностей у групах респондентів з різним рівнем тривожності. Отже, тривожність не виступила основним показником, безпосередньо пов'язаним із проявами дезадаптивної мрійливості. Такий результат дозволяє уникнути спрощеного пояснення MD лише через рівень тривожних симптомів.
6. Натомість зв'язок між дезадаптивною мрійливістю та труднощами емоційної регуляції було підтверджено. Вища вираженість MD пов'язана з більшими труднощами регуляції емоційного стану. Це свідчить про те, що емоційна дисрегуляція є важливою змінною для розуміння проявів MD у досліджуваній вибірці.
7. Аналіз окремих компонентів емоційної регуляції дозволив уточнити структуру зв'язку між MD та емоційною дисрегуляцією. Найбільш

виразно дезадаптивна мрійливість пов'язана з труднощами імпульс-контролю та збереженням цілеспрямованої поведінки в умовах емоційного напруження. Також було встановлено зв'язок MD із труднощами прийняття емоційних реакцій, добору ефективних стратегій регуляції та емоційною чіткістю. Водночас зв'язок із самим усвідомленням емоцій не був підтверджений. Це дає підстави вважати, що MD пов'язана не стільки з нездатністю помічати власні емоції, скільки з труднощами подальшого контролю, прийняття, розуміння та регуляції емоційного досвіду.

8. Узагальнення емпіричних результатів показало, що труднощі емоційної регуляції пов'язані як із дезадаптивною мрійливістю, так і з тривожністю, тоді як прямий зв'язок між MD і тривожністю не підтвердився. Додатковий порівняльний аналіз засвідчив, що труднощі емоційної регуляції є найбільш вираженими у групі респондентів з високим рівнем тривожності, тоді як рівень дезадаптивної мрійливості не відрізнявся залежно від рівня тривожності. Це дозволяє розглядати емоційну дисрегуляцію як більш значущий психологічний компонент у межах досліджуваної проблеми, ніж тривожність сама по собі. Таким чином, гіпотеза дослідження підтвердилася частково: зв'язок MD із труднощами емоційної регуляції було підтверджено, тоді як зв'язок із тривожністю не набув емпіричного підтвердження.

Практичне значення отриманих результатів полягає в можливості їх використання у психоедукаційній, консультативній та профілактичній роботі з особами, які мають виражені прояви MD або схильність до надмірного занурення у фантазування. Результати дослідження вказують на доцільність зосередження психологічної роботи не лише на зниженні тривожності, а й на розвитку навичок емоційної регуляції. Особливо важливими напрямками можуть бути робота з імпульс-контролем, підтриманням цілеспрямованої поведінки в емоційно складних ситуаціях, прийняттям емоційних реакцій, розширенням

адаптивних стратегій саморегуляції та кращим розумінням власних емоційних станів.

Загалом результати дозволяють зробити висновок, що дезадаптивна мрійливість у досліджуваних вибірці найбільшою мірою пов'язана з труднощами емоційної регуляції, а не з тривожністю як окремим показником. Це уточнює розуміння MD як феномену, в основі якого можуть лежати не лише інтенсивні переживання, а й труднощі керування емоційно зумовленими реакціями. Перспективи подальших досліджень пов'язані з глибшим вивченням ролі окремих компонентів емоційної регуляції у формуванні та підтриманні MD, а також із перевіркою ефективності психологічних інтервенцій, спрямованих на розвиток емоційної саморегуляції.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Балашевич О. К., Гарагуля А. І., Молотокас А. А., Байєр О. О., Курапов А. О. Адаптація та психометрична оцінка опитувальника дезадаптивної мрійливості (MDS-16) на українській вибірці: пілотне дослідження. Журнал «Перспективи та інновації науки». 2024. № 6(40). С. 609–629.
2. Балашевич О. К., Молотокас А. А. Порівняльний аналіз дезадаптивної мрійливості та інших форм уяви. Габітус. 2024. Вип. 57. С. 327–331.
3. Гарагуля А. І. Важливість та перспективи адаптації україномовної версії опитувальника MDS-16. Conference Paper. 2024.
4. GAD-7 – опитувальник з генералізованої тривоги: короткий довідник із користування. Версія українською мовою для користування у вебінтерфейсі тестової платформи Start компанії ТОВ «ЮЕЙ-ТЕСТ». Керівництво, версія 1.0. 21 листопада 2023 р.
5. Сак Л. В., Федотова З. В. Крос-культурна адаптація та валідація україномовної версії шкали труднощів емоційної регуляції DERS: апробація у хворих підлітків на нервову анорексію та їх батьків/опікунів. Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2023. № 21. С. 38–45.
6. Alenizi M. M., Alenazi S. D., Almushir S., Alosaimi A., Alqarni A., Anjum I., Omair A. Impact of maladaptive daydreaming on grade point average (GPA) and the association between maladaptive daydreaming and generalized anxiety disorder (GAD). Cureus. 2020. Vol. 12, No. 10. Article e10776.
7. Bigelsen J., Lehrfeld J. M., Jopp D. S., Somer E. Maladaptive daydreaming: Evidence for an under-researched mental health disorder. Consciousness and Cognition. 2016. Vol. 42. P. 254–266.
8. Brenner R., Somer E., Abu-Rayya H. M. Personality traits and maladaptive daydreaming: Fantasy functions and themes in a multi-country sample. Personality and Individual Differences. 2022. Vol. 184. Article 111194.
9. Breuer P., Merckelbach H., Somer E., Broers N. Maladaptive daydreaming: The German and the Dutch versions of the 16-item Maladaptive Daydreaming Scale. Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice. 2025.

- 10.Cakar-Ozcelik M., Usta E., Inozu M. Maladaptive daydreaming and deliberate mind-wandering: a systematic review of psychopathological associations in adults. *Current Psychology*. 2026. Vol. 45. Article 541.
- 11.Chefetz R. A., Soffer-Dudek N., Somer E. When daydreaming becomes maladaptive: phenomenological and psychoanalytic perspectives. *Psychoanalytic Psychotherapy*. 2023. Vol. 37, No. 4. P. 319–338.
- 12.Chirico I., Volpato E., Landi G., Bassi G., Mancinelli E., Gagliardini G., Gemignani M., Gizzi G., Manari T., Moretta T., Rellini E., Saltarelli B., Mariani R., Musetti A. 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*. 2024. Vol. 22. P. 1484–1500.
- 13.Cludius B., Mennin D., Ehring T. Emotion regulation as a transdiagnostic process. *Emotion*. 2020. Vol. 20, No. 1. P. 37–42.
- 14.Ferrante E., Marino A., Guglielmucci F., Schimmenti A. The mediating role of dissociation and shame in the relationship between emotional trauma and maladaptive daydreaming. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*. 2020.
- 15.Fischera W., Lucas A., Griffiths M. “Peeling back another layer of yourself”: An interpretive phenomenological analysis of disclosures about maladaptive daydreaming. *Acta Psychologica*. 2025. Vol. 259. Article 105313.
- 16.Gemignani M., Mancinelli E., Manari T., Gagliardini G., Bassi G., Chirico I., Gizzi G., Landi G., Pistorio M. L., Pupi V., Volpato E., Moretta T., Musetti A. Understanding maladaptive daydreaming from the attachment framework: The intertwining roles of parental care, unresolved attachment, depression/anxiety and obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Psychiatric Research*. 2025. Vol. 182. P. 290–296.
- 17.Gratz K. L., Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the

- Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2004. Vol. 26, No. 1. P. 41–54.
18. Greene T., West M., Somer E. Maladaptive daydreaming and emotional regulation difficulties: A network analysis. *Psychiatry Research*. 2020. Vol. 285. Article 112799.
 19. Hedderly T., Eccles C., Malik O., Abdulsatar F., Mitchell C., Owen T., Soffer-Dudek N., Grose C., Fernandez T. V., Robinson S., Somer E. Intense imagery movements may lead to maladaptive daydreaming: A case series and literature review. *Movement Disorders Clinical Practice*. 2024. Vol. 11, No. 6. P. 716–719.
 20. Herscu O., Somer E., Federman A., Soffer-Dudek N. 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*. 2023. Vol. 91, No. 5. P. 285–300.
 21. Karaağaç M., Yücel M., Bakay H., Gıca Ş., Ak M. Cognitive fusion and psychological distress as serial mediators between childhood trauma and maladaptive daydreaming. *BMC Psychology*. 2026. Vol. 14. Article 679.
 22. Kowalczyk A., Shah P., Hargitai L. D., Leung F. Y. N. Investigating OCD, ADHD, and autistic traits as predictors of maladaptive daydreaming. *Neurodiversity*. 2025. Vol. 3. P. 1–14.
 23. Mancinelli E., Spisto S., Sukhija V. J., Salcuni S. Maladaptive daydreaming as emotion regulation strategy: exploring the association with emotion regulation, psychological symptoms, and negative problem-solving orientation. *Current Psychology*. 2024. Vol. 43. P. 28578–28589.
 24. Mansuklal S. A., Pascoal P. M., Somer E., Costa I. B., Andersson G. What is known about maladaptive daydreaming? A scoping review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2025. Vol. 32. Article e70104.
 25. Mariani R., Musetti A., Di Monte C., Danskin K., Franceschini C., Christian C., Pozzi G., Ottaviani C. Maladaptive daydreaming in relation to linguistic

- features and attachment style. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022. Vol. 19, No. 1. Article 386.
26. Marcusson-Clavertz D., West M., Kjell O. N. E., Somer E. A daily diary study on maladaptive daydreaming, mind wandering, and sleep disturbances: Examining within-person and between-persons relations. *PLoS ONE*. 2019. Vol. 14, No. 11. Article e0225529.
 27. McRae K., Gross J. J. Emotion regulation. *Emotion*. 2020. Vol. 20, No. 1. P. 1–9.
 28. Meidan O., Soffer-Dudek N. Was that really me? Relationships between memory and sense of self in people with maladaptive daydreaming. *British Journal of Clinical Psychology*. 2026. Vol. 65. P. 671–688.
 29. Metin B., Somer E., Abu-Rayya H. M., Schimmenti A., Göçmen B. Perceived stress during the COVID-19 pandemic mediates the association between self-quarantine factors and psychological characteristics and elevated maladaptive daydreaming. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2021.
 30. Moment L. Exploring the relationship between maladaptive daydreaming and adverse childhood experiences. *Graduate Student Journal of Psychology*. 2024. Vol. 23.
 31. Musetti A., Franceschini C., Pingani L., Freda M. F., Saita E., Vegni E., Zenesini C., Quattropani M. C., Lenzo V., Margherita G., Lemmo D., Corsano P., Borghi L., Cattivelli R., Plazzi G., Castelnuovo G., Somer E., Schimmenti A. Maladaptive daydreaming in an adult Italian population during the COVID-19 lockdown. *Frontiers in Psychology*. 2021. Vol. 12. Article 631979.
 32. Musetti A., Soffer-Dudek N., Imperato C., Schimmenti A., Franceschini C. Longitudinal associations between maladaptive daydreaming and psychological distress during the COVID-19 health crisis. *Journal of Behavioral Addictions*. 2023. Vol. 12, No. 1. P. 288–294.
 33. Musetti A., Gori A., Michelini G., Di Monte C., Mariani R., Franceschini C. Are defense styles mediators between traumatic experiences and maladaptive daydreaming? *Current Psychology*. 2023. Vol. 42. P. 26683–26691.

34. Nowacki A., Pyszkowska A. It is all about discomfort avoidance: Maladaptive daydreaming, frustration intolerance, and coping strategies – a network analysis. *Current Psychology*. 2024. Vol. 43. P. 27447–27455.
35. Nowacki A., Pyszkowska A. The everchanging maladaptive daydreaming – a thematic analysis of lived experiences of Reddit users. *Current Psychology*. 2024. Vol. 43. P. 28488–28499.
36. Ögüt Ç. Association of maladaptive daydreaming with behavioral addictions. *Health Sciences Quarterly*. 2024. Vol. 4, No. 3. P. 233–241.
37. Pourmoazzen M., Doosalivand H., Kianimoghadam A. S. The impact of attachment styles and traumatic experiences on maladaptive daydreaming among Iranian population: the mediating role of shame and emotion dysregulation. *BMC Psychology*. 2025. Vol. 13. Article 1085.
38. Pourmoazzen M., Doosalivand H., Bastami M., Kianimoghadam A. S. Experiential avoidance, perfectionism, and self-compassion in maladaptive versus adaptive daydreaming: A comparative study in Iran. *Iranian Journal of Psychiatry*. 2026. Vol. 21, No. 1. P. 5–14.
39. Pyszkowska A., Celban J., Nowacki A., Dubiel I. Maladaptive daydreaming, emotional dysregulation, affect and internalized stigma in persons with borderline personality disorder and depression disorder: A network analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2023. Vol. 30. P. 1246–1255.
40. Pyszkowska A., Nowacki A., Celban J. The daydream spectrum: The role of emotional dysregulation, internalized stigma and self-esteem in maladaptive daydreaming among adults with ADHD, ASD, and double diagnosis. *Journal of Attention Disorders*. 2025. Vol. 29, No. 1. P. 53–69.
41. Renzi A., Mariani R. What is the relationship between narcissism and maladaptive daydreaming? The role of defense mechanisms as mediators. *Psychiatric Research and Clinical Practice*. 2025. Vol. 7. P. 156–164.
42. Sándor A., Bugán A., Nagy A., Bogdán L. S., Molnár J. Attachment characteristics and emotion regulation difficulties among maladaptive and normal daydreamers. *Current Psychology*. 2023. Vol. 42. P. 1617–1634.

43. Schimmenti A., Sideli L., La Marca L., Gori A., Terrone G. Reliability, validity, and factor structure of the Maladaptive Daydreaming Scale (MDS-16) in an Italian sample. *Journal of Personality Assessment*. 2020. Vol. 102, No. 5. P. 689–701.
44. Schimmenti A., Somer E., Regis M. Maladaptive daydreaming: Towards a nosological definition. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*. 2019. Vol. 177, No. 9. P. 865–874.
45. Soffer-Dudek N., Oh H. Maladaptive daydreaming: A shortened assessment measure and its mental health correlates in a large United States sample. *Comprehensive Psychiatry*. 2024. Vol. 129. Article 152441.
46. Soffer-Dudek N., Somer E. Trapped in a daydream: Daily elevations in maladaptive daydreaming are associated with daily psychopathological symptoms. *Frontiers in Psychiatry*. 2018. Vol. 9. Article 194.
47. Soffer-Dudek N., Theodor-Katz N. Maladaptive daydreaming: Epidemiological data on a newly identified syndrome. *Frontiers in Psychiatry*. 2022. Vol. 13. Article 871041.
48. Soffer-Dudek N., Somer E., Abu-Rayya H. M., Metin B., Schimmenti A. Different cultures, similar daydream addiction? An examination of the cross-cultural measurement equivalence of the Maladaptive Daydreaming Scale. *Journal of Behavioral Addictions*. 2020. Vol. 9, No. 4. P. 1056–1067.
49. Soffer-Dudek N., Somer E., Spiegel D., Chefetz R., O’Neil J., Dorahy M. J., Cardeña E., Mamah D., Schimmenti A., Musetti A., Boon S., van Dijke A., Ross C., Nijenhuis E., Krause-Utz A., Dell P., Gold S. N., Pietkiewicz I., Silberg J., Steele K., Moskowitz A., Draijer N., Thomson P., Barach P., Kinsler P., Maves P., Şar V., Krüger C., Middleton W. Maladaptive daydreaming should be included as a dissociative disorder in psychiatric manuals: Position paper. *The British Journal of Psychiatry*. 2025. Vol. 226. P. 238–242.
50. Somer E. Maladaptive daydreaming: A qualitative inquiry. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2002. Vol. 32, No. 2/3. P. 197–212.

- 51.Somer E. Calling the tune in maladaptive daydreaming: The impact of music on the experience of compulsive fantasizing. *Psychology of Music*. 2024. Vol. 52, No. 6. P. 611–627.
- 52.Somer E., Abu-Rayya H. M., Schimmenti A., Metin B., Brenner R., Ferrante E., Göçmen B., Marino A. 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*. 2020. Vol. 11. Article 587455.
- 53.Somer E., Herscu O. Childhood trauma, social anxiety, absorption and fantasy dependence: Two potential mediated pathways to maladaptive daydreaming. *Journal of Addictive Behaviors, Therapy & Rehabilitation*. 2017. Vol. 6, No. 3.
- 54.Somer E., Herscu O., Samara M., Abu-Rayya H. M. Maladaptive daydreaming and psychopathology: A meta-analysis. *International Journal of Psychology*. 2025. Vol. 60. Article e70027.
- 55.Somer E., Lehrfeld J., Bigelsen J., Jopp D. S. Development and validation of the Maladaptive Daydreaming Scale (MDS). *Consciousness and Cognition*. 2016. Vol. 39. P. 77–91.
- 56.Somer E., Otgaar H. Exploring the nexus between childhood adversities, trauma-related fantasy and memory in maladaptive daydreaming. *Acta Psychologica*. 2024. Vol. 247. Article 104301.
- 57.Somer E., Soffer-Dudek N., Ross C. A. The comorbidity of daydreaming disorder (maladaptive daydreaming). *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2017. Vol. 205, No. 7. P. 525–530.
- 58.Somer E., Soffer-Dudek N., Ross C. A., Halpern N. Maladaptive daydreaming: Proposed diagnostic criteria and their assessment with a structured clinical interview. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*. 2017. Vol. 4, No. 2. P. 176–189.
- 59.Somer E., Somer L., Halpern N. Representations of maladaptive daydreaming and the self: A qualitative analysis of drawings. *The Arts in Psychotherapy*. 2019. Vol. 63. P. 102–110.

- 60.Somer E., Somer L., Jopp D. S. Childhood antecedents and maintaining factors in maladaptive daydreaming. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2016. Vol. 204, No. 6. P. 471–478.
- 61.Somer E., Somer L., Jopp D. S. Parallel lives: A phenomenological study of the lived experience of maladaptive daydreaming. *Journal of Trauma & Dissociation*. 2016. Vol. 17, No. 5. P. 561–576.
- 62.Spitzer R. L., Kroenke K., Williams J. B. W., Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*. 2006. Vol. 166. P. 1092–1097.
- 63.Stavropoulos L., Cooper D. D. J., Champion S. M., Keevers L., Newby J. M., Grisham J. R. Basic processes and clinical applications of mental imagery in worry: A systematic review. *Clinical Psychology Review*. 2024. Vol. 110. Article 102427.
- 64.Szuhany K. L., Simon N. M. Anxiety disorders: A review. *JAMA*. 2022. Vol. 328, No. 24. P. 2431–2445.
- 65.Theodor-Katz N., Somer E., Hesseg R. M., Soffer-Dudek N. 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*. 2022. Vol. 78, No. 11. P. 2309–2328.
- 66.Thomson P., Jaque S. V. Maladaptive daydreaming, overexcitability, and emotion regulation. *Roeper Review*. 2023. Vol. 45, No. 3. P. 195–205.
- 67.Vyas M., Shaikh M., Rana S., Pendyala A. G. Is this the real life? Or just a fantasy? A closer look at maladaptive daydreaming. *Mental Health and Social Inclusion*. 2024. Vol. 28, No. 3. P. 252–260.
- 68.Wall H. J., Clotworthy G. Maladaptive daydreaming and regulation of the behavioural inhibition and activation system. *Imagination, Cognition and Personality: Consciousness in Theory, Research, and Clinical Practice*. 2026. Vol. 45, No. 3. P. 273–292.

Додаток А

Українська версія MDS-16

1. Деякі люди помічають, що певна музика може спонукати їх до мріяння.

Наскільки музика активізує у вас процес мріяння?

Ніколи ☐ 0% ☐ 10% ☐ 20% ☐ 30% ☐ 40% ☐ 50% ☐ 60% ☐ 70%
☐ 80% ☐ 90% ☐ 100% 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?

Зовсім не було бажання ☐ 0% ☐ 10% ☐ 20% ☐ 30% ☐ 40% ☐ 50% ☐ 60% ☐ 70% ☐ 80% ☐ 90% ☐ 100% Надзвичайно сильне бажання

3. Наскільки часто наразі ваші мріяння супроводжуються звуками чи мімікою (наприклад, сміхом, розмовами або промовлянням слів)?

Ніколи ☐ 0% ☐ 10% ☐ 20% ☐ 30% ☐ 40% ☐ 50% ☐ 60% ☐ 70%
☐ 80% ☐ 90% ☐ 100% 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?

Зовсім не засмучує ☐ 0% ☐ 10% ☐ 20% ☐ 30% ☐ 40% ☐ 50% ☐ 60% ☐ 70% ☐ 80% ☐ 90% ☐ 100% 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?

Зовсім не заважає ☐ 0% ☐ 10% ☐ 20% ☐ 30% ☐ 40% ☐ 50% ☐ 60%
☐ 70% ☐ 80% ☐ 90% ☐ 100% 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?

Зовсім не засмучуюсь ☐ 0% ☐ 10% ☐ 20% ☐ 30% ☐ 40% ☐ 50% ☐ 60% ☐ 70% ☐ 80% ☐ 90% ☐ 100% Сильно засмучуюсь

7. Коли вам було відомо, що потрібно зосередитися на чомусь важливому або виконати складне завдання, наскільки вам було важко залишатися націленому і довести справу до кінця без мріяння?

Зовсім не складно ☐ 0% ☐ 10% ☐ 20% ☐ 30% ☐ 40% ☐ 50% ☐ 60% ☐ 70% ☐ 80% ☐ 90% ☐ 100% 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?

Зовсім не заважають ☐ 0% ☐ 10% ☐ 20% ☐ 30% ☐ 40% ☐ 50% ☐ 60% ☐ 70% ☐ 80% ☐ 90% ☐ 100% Дуже сильно заважають

9. Деяким людям важко контролювати або обмежувати свої мріяння. Наскільки важко Вам буває тримати свої мріяння під контролем?

Зовсім не важко ☐ 0% ☐ 10% ☐ 20% ☐ 30% ☐ 40% ☐ 50% ☐ 60% ☐ 70% ☐ 80% ☐ 90% ☐ 100% 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?

Зовсім не відчуваю роздратування ☐ 0% ☐ 10% ☐ 20% ☐ 30% ☐ 40% ☐ 50% ☐ 60% ☐ 70% ☐ 80% ☐ 90% ☐ 100% Відчуваю сильне роздратування

11. Деяким людям мріяння заважають їхнім професійним або особистим досягненням. Наскільки мріяння заважають вашим професійним або особистим досягненням?

Зовсім не заважають ☐ 0% ☐ 10% ☐ 20% ☐ 30% ☐ 40% ☐ 50% ☐ 60% ☐ 70% ☐ 80% ☐ 90% ☐ 100% Дуже сильно заважають

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?

Зовсім ні ☐ 0% ☐ 10% ☐ 20% ☐ 30% ☐ 40% ☐ 50% ☐ 60% ☐
70% ☐ 80% ☐ 90% ☐ 100% Повною мірою

13. Коли ви прокидаєтеся вранці, наскільки сильним є ваше бажання одразу почати мріяти?

Зовсім немає бажання ☐ 0% ☐ 10% ☐ 20% ☐ 30% ☐ 40% ☐ 50% ☐
60% ☐ 70% ☐ 80% ☐ 90% ☐ 100% Дуже сильне бажання

14. Як часто ваші мріяння супроводжуються фізичними рухами, такими як ходіння, розгойдування чи розмахування руками?

Ніколи ☐ 0% ☐ 10% ☐ 20% ☐ 30% ☐ 40% ☐ 50% ☐ 60% ☐ 70%
☐ 80% ☐ 90% ☐ 100% Дуже часто

15. Деякі люди люблять мріяти. Коли ви мрієте, наскільки вас це заспокоює та/або приносить вам задоволення?

Зовсім не заспокоює/не приносить задоволення ☐ 0% ☐ 10% ☐ 20% ☐
30% ☐ 40% ☐ 50% ☐ 60% ☐ 70% ☐ 80% ☐ 90% ☐ 100% Дуже заспокоює/приносить задоволення

16. Деяким людям важко мріяти, якщо вони не слухають музику. Якою мірою ваші мріяння залежать від прослуховування музики?

Не залежать ☐ 0% ☐ 10% ☐ 20% ☐ 30% ☐ 40% ☐ 50% ☐ 60% ☐
70% ☐ 80% ☐ 90% ☐ 100% Повністю залежать

Тест на тривожність (GAD-7)

Як часто за останні 2 тижні вас непокоїли наступні проблеми?

1. Підвищена нервова збудливість, неспокій чи дратівливість:
 - Ніколи
 - Кілька днів
 - Понад половину часу
 - Майже щодня
2. Нездатність впоратись із хвилюванням:
 - Ніколи
 - Кілька днів
 - Понад половину часу
 - Майже щодня
3. Надмірне занепокоєння з різного приводу:
 - Ніколи
 - Кілька днів
 - Понад половину часу
 - Майже щодня
4. Нездатність розслабитися:
 - Ніколи
 - Кілька днів
 - Понад половину часу
 - Майже щодня
5. Крайній рівень неспокою: «Місця собі не знаходжу»:
 - Ніколи
 - Кілька днів
 - Понад половину часу
 - Майже щодня
6. Легко піддаюся відчуттю неспокою чи дратівливості:
 - Ніколи
 - Кілька днів
 - Понад половину часу
 - Майже щодня
7. Страх через відчуття, ніби станеться щось жахливе:
 - Ніколи
 - Кілька днів
 - Понад половину часу
 - Майже щодня

Шкала труднощів емоційної регуляції DERS

- 1) Я чітко розумію свої почуття.
- 2) Я звертаю увагу на те, що я відчуваю.
- 3) Я переживаю свої емоції як неконтрольовані.
- 4) Я поняття не маю, як я почуваюся.
- 5) Мені важко зрозуміти свої почуття.
- 6) Я уважний до своїх почуттів.
- 7) Я точно знаю, як я почуваюся.
- 8) Мені все одно, що я відчуваю.
- 9) Мене бентежить те, що я відчуваю.
- 10) Коли я засмучений, я визнаю свої емоції.
- 11) Коли я засмучений, я злюсь на себе за те, що так почуваюся.
- 12) Коли я засмучений, мені стає соромно за те, що я так почуваюся.
- 13) Коли я засмучений, мені важко виконувати роботу.
- 14) Коли я засмучений, я виходжу з-під контролю.
- 15) Коли я засмучений, я вважаю що так буду почуватися протягом тривалого часу.
- 16) Коли я засмучений, я вважаю себе дуже пригніченим.
- 17) Коли я засмучений, я вважаю, що мої почуття є справжніми та важливими.
- 18) Коли я засмучений, мені важко зосередитись на інших речах.
- 19) Коли я засмучений, я відчуваю себе неконтрольованим.
- 20) Коли я засмучений, я все ще можу щось зробити.
- 21) Коли я засмучений, мені стає соромно за те, що я так почуваюся.
- 22) Коли я засмучений, я знаю, що можу знайти спосіб врешті почуватись краще.
- 23) Коли я засмучений, я відчуваю, що я слабкий.
- 24) Коли я засмучений, я відчуваю, що можу зберігати контроль над своєю поведінкою.
- 25) Коли я засмучений, я відчуваю провину за те, що так почуваюся.

- 26) Коли я засмучений, мені важко зосередитися.
- 27) Коли я засмучений, мені важко контролювати свою поведінку.
- 28) Коли я засмучений, я вважаю, що я нічого не можу зробити, щоб почуватися краще.
- 29) Коли я засмучений, я злюся на себе, що так почуваюся.
- 30) Коли я засмучений, я починаю дуже погано почувати себе.
- 31) Коли я засмучений, я вважаю що занурюватися в смуток - це все, що я можу зробити.
- 32) Коли я засмучений, я втрачаю контроль над своєю поведінкою.
- 33) Коли я засмучений, мені важко думати про щось інше.
- 34) Коли я засмучений, я витрачаю час, щоб зрозуміти, що я насправді відчуваю.
- 35) Коли я засмучений, мені потрібно багато часу, щоб почувати себе краще.
- 36) Коли я засмучений, мої емоції здаються надзвичайними.

Соціально-демографічний опитувальник**1. Будь ласка, вкажіть, як Ви ідентифікуєте себе?**

- Чоловік
- Жінка
- Небінарна особа

2. Скільки Вам повних років?**3. Вкажіть, будь ласка, Ваш рівень освіти**

- Загальна середня
- Професійно-технічна
- Незакінчена вища (навчаюсь у ВНЗ)
- Вища (бакалавр / магістр / спеціаліст)

4. Ваш сімейний стан

- Не перебуваю у стосунках
- У романтичних стосунках
- Одружений/(а)
- Вдівець / вдова

5. Де Ви на даний період часу проживаєте?

- В Україні (вдома)
- В Україні (ВПО)
- Закордоном (давно тут живу)
- Закордоном (виїхав/(ла) через війну)

6. Який із варіантів найкраще описує Вашу теперішню зайнятість? (можна обрати декілька варіантів)

- Студент/(ка)
- Працюю (повна зайнятість)
- Працюю (часткова зайнятість/фріланс/проектна робота)
- Займаюсь волонтерською діяльністю
- Проходжу військову службу
- Тимчасово не працюю
- У декретній відпустці
- Пенсіонер/(ка)

7. Чи мали Ви досвід звернення до психолога / психотерапевта?

- Так
- Ні