

## КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА АРТТЕРАПІЯ ПІД ЧАС КОРЕКЦІЇ ДЕЗАДАПТИВНОЇ МРІЙЛИВОСТІ

### COGNITIVE-BEHAVIORAL ART THERAPY IN THE CORRECTION OF MALADAPTIVE DREAMING

Статтю присвячено феномену дезадаптивної мрійливості і можливості її корекції за допомогою когнітивно-поведінкової арттерапії (КПАТ). Розглянуто особливості феномену дезадаптивної мрійливості: причини виникнення, способи підтримання мрійливості, коморбідні психопатології, а також експериментальні способи корекції, які використовували дослідники. Зазначено, що дезадаптивна мрійливість нині не вважається діагнозом, який мав би категорію у DSM-5, що в поєднанні з показниками коморбідних психопатологій знижує можливість діагностування дезадаптивної мрійливості. Це, як наголошується, є важливою причиною більш глибокого вивчення феномену.

Узято до уваги попередній спосіб корекції дезадаптивної мрійливості за допомогою КПТ і проаналізовано причини, які спонукали до вибору саме цього напрямку, а саме: робота з неадаптивними думками і переконаннями, навчання таким адаптивним стратегіям, як таймменеджмент, планування майбутнього, навички релаксації. Проаналізовано можливість використання когнітивно-поведінкової терапії разом з арттерапією для корекції дезадаптивної мрійливості, оскільки разом із реконструкцією неадаптивних переконань велику роль відіграє можливість структурування власних хаотичних думок за допомогою мистецьких засобів, що виглядає особливо корисним по відношенню до людей із надмірною фантазійною діяльністю.

**Ключові слова:** дезадаптивна мрійливість, дейдрімінг, когнітивно-поведінкова терапія, когнітивно-поведінкова арттерапія, корекція.

The article is devoted to the phenomenon of maladaptive daydreaming and the possibility of its correction with the help of cognitive-behavioral art therapy (CBAT). The article reviews the peculiarities of the phenomenon of maladaptive daydreaming: causes of occurrence, ways to maintain daydreaming, comorbid psychopathologies, as well as experimental methods of correction used by researchers. It's also noted that maladaptive daydreaming is not currently considered a diagnosis with a category in DSM-5, which, combined with indicators of comorbid psychopathologies, reduces the possibility of diagnosing maladaptive daydreaming. This, it's emphasized, is an important reason for further study of the phenomenon.

The previous method of correcting maladaptive daydreaming with the help of CBT was taken into account and the reasons that led to the choice of this direction were analyzed, namely: working with maladaptive thoughts and beliefs, learning adaptive strategies, such as time management, planning for the future, relaxation skills. Thus, the possibility of using cognitive-behavioral therapy together with art therapy for the correction of maladaptive daydreaming was analyzed, because together with the reconstruction of maladaptive beliefs, the possibility of structuring one's chaotic thoughts with the help of artistic means plays a big role, which seems to be especially useful about to people with excessive fantasy activity.

**Key words:** maladaptive daydreaming, daydreaming, cognitive-behavioral therapy, cognitive-behavioral art therapy, correction.

УДК 159.96

DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.67.20>

**Гунбіна А.І.**

викладач-стажист кафедри психології, політології та соціокультурних технологій  
Сумський державний університет

**Карпук А.О.**

студентка 4-го курсу за спеціальністю 053 – Психологія  
Сумський державний університет

**Актуальність дослідження.** Із 2002 р., моменту, коли в науковому просторі з'явилося поняття «дезадаптивна мрійливість», феномен досліджувався переважно зарубіжними авторами (Е. Соммер, Л. Соммер, Д. Джопп, Н. Теодор-Катц, Н. Соффер-Дудек). В одній зі статей Е. Соммер [2], присвяченій дезадаптивній мрійливості, наголошується на тому, що протягом останнього десятиліття феномен самої дезадаптивної мрійливості став популярним в Інтернеті та ЗМІ: створюються форуми, чати, блоги та науково-популярні статті за темою. Усе це робиться з метою знайти людей зі схожою проблемою, яка часто неправильно діагностується, неправильно лікується або ігнорується. Як повідомляється у першоджерелі, сотні дезадаптивних мрійників з усього світу зв'язалися з дослідником, висловивши бажання допомогти поширити знання про їхній загадковий розлад і добровільно взяти участь у майбутніх дослідженнях дезадаптивної мрійливості.

Також дезадаптивна мрійливість не вважається діагнозом і не має категорії у DSM-5,

що ускладнює діагностування, а разом із тим майже унеможливує корекцію. Стикаючись із людьми з дезадаптивною мрійливістю, зважаючи на показники коморбідності з іншими психопатологіями, вона може бути включена до симптоматики інших розладів, а не розглядатись як окремих.

В україномовному просторі інформацію про дезадаптивну мрійливість знайти неможливо, і донедавна не було валідизованого інструменту для діагностики дезадаптивної мрійливості, тому що опитувальник не був адаптований українською мовою. Усе це говорить про те, що актуальність феномену є високою як із боку теоретичного огляду матеріалу для підвищення обізнаності про те, що таке дезадаптивна мрійливість, так і з боку впровадження психокорекційних напрацювань.

**Мета статті** – на основі теоретичного огляду феномену дезадаптивної мрійливості проаналізувати доцільність використання синтезу когнітивно-поведінкових та арттерапевтичних методів під час корекції дезадаптивної мрійливості.

**Виклад основного матеріалу.** Саме по собі мріяння (також – дейдрімінг) є універсальною діяльністю, з якою щодня стикається більшість людей, але його унікальна природа викликає питання щодо обставин, за яких воно може спричиняти психопатологію. Сінгер і колеги називають мріяння адаптивним, а також стимулюючим – воно допомагає планувати майбутнє, мислити творчо, реалізувати цілі [15]. Своєю чергою, дезадаптивна мрійливість визначається як інтенсивне фантазування, яке замінює людині міжособистісну, академічну та професійну діяльність [1], яке, можливо, і можна назвати творчим захопленням, але суто внутрішнім і особистим. До того ж дезадаптивна мрійливість сконцентрована скоріше на нереальних сценаріях, які реалізувати в реальному житті неможливо або майже неможливо.

Дані першого якісного дослідження Е. Соммер демонструють, що дезадаптивну мрійливість можна, принаймні частково, пояснити як фобічну поведінку, що відображає альтернативу уникнення (іншими словами, тривожного розладу особистості). Дезадаптивні мрійники, які були інтерв'ювані у цьому дослідженні, включали у свої розповіді аверсивні переживання, неадаптивні реакції та їх значення. До прикладу, один з опитаних у зв'язку з негативним досвідом як із боку оточення, так і власного батька, загальної ситуації у сім'ї використовував мріяння як блокування неконтрольованого ним оточення, адже, як він зазначає, «у фантазіях я можу визначити, що станеться». У результаті унікаюча поведінка має не лише негативне підкріплення, яке пов'язане з усуненням аверсивного стимулу, а й позитивне – ним є мріяння, що є альтернативою яскравим емоційним переживанням, які приносять задоволення [1].

Феноменологічні дані, опубліковані у дослідженні Е. Соммер, Л. Соммер і Д. Джопп, а пізніше резюмовані у статті Е. Соммера, М. Регіса і А. Шіменті, описують низку ознак і умов, що характеризують дезадаптивну мрійливість: дезадаптивні мрійники зазвичай виявляють свою здатність активувати фантазії вже у дитинстві; дезадаптивні мрійники мають потребу у приватності для заняття цією розумовою діяльністю; для виклику і підтримки мріяння мрійникам потрібно відтворювати стереотипні рухи (наприклад, крокування чи розгойдування); дезадаптивна мрійливість часто викликається і підтримується музикою; дезадаптивна мрійливість є способом боротьби з наслідками несприятливого досвіду або постійних соціальних і емоційних труднощів: сорому, соціальної тривоги, ін.; має тенденцію розвиватися як приємний і втішний досвід, але перетворюється на шкідливу психічну практику, яка споживає ресурси часу за

рахунок фізичних і соціальних потреб або академічних і професійних зобов'язань; сценарії у дезадаптивних мріях фантастичні, можуть бути зосереджені від першої або третьої особи і часто переплітаються з психологічно компенсаторними темами, що включають фантазійну емоційну підтримку, репрезентації ідеалізованих себе, які досягають компетентності та соціального визнання [2; 3].

Таким чином, дослідники роблять висновок про те, що це призводить до розвитку «порочного кола», у якому мрійники використовують дезадаптивну мрійливість, аби знайти розраду від своїх стресорів, лише щоб після відчуття дистресу через марнування часу, який вони полегшують за допомогою нових мрій [4].

Поміж тим дезадаптивна мрійливість також має відсоток коморбідності: дослідження [4; 6] показують, що існують певні кореляційні зв'язки між дезадаптивною мрійливістю і деякими психопатологіями. Наприклад, Е. Соммер і колеги встановили, що дезадаптивна мрійливість має сильні дисоціативні властивості, що характеризуються переважно схильністю до абсорбції, тобто поглинання уваги. Також у дослідженні коморбідності дезадаптивної мрійливості Е. Соммер, Н. Соффер-Дудек і А. Росс показали, що дезадаптивні мрійники страждають від неувважності, і не менше 76,9% діагностованих пацієнтів із дезадаптивною мрійливістю також відповідали діагностичним критеріям РДУГ. Тим не менше за результатами дослідження був зроблений висновок про те, що РДУГ не може повністю пояснити дезадаптивну мрійливість, оскільки частина опитаних не відповідала критеріям синдрому дефіциту уваги та гіперактивності [4]. Пізніше це було підтверджено дослідженням Н. Теодор-Катц і колег, висновком якого стало припущення про дефіцит уваги, який спровоковано не РДУГ, а є прямим наслідком зануреності у дейдрімінг [15]. ОКР був єдиним розладом у дослідженні Е. Соммер та Н. Соффер-Дудек, який послідовно передував дезадаптивній мрійливості. Згідно з результатами, незважаючи на висновок про те, що обсессивно-компульсивні симптоми є центральним механізмом у щоденній динаміці дезадаптивної мрійливості, лише невелика підгрупа вибірки повідомила про наявність діагнозу ОКР. Ця розбіжність свідчить про те, що обсессивно-компульсивні симптоми і дезадаптивна мрійливість мають спільні механізми і взаємодіють один з одним, але поки що неможливо точно сказати, чи є дезадаптивна мрійливість нав'язливою ідеєю або компульсією [6].

Разом із цим можна говорити про дезадаптивну мрійливість як про поведінкову залежність: результати проведених інтерв'ю [2] говорять про те, що жага мріяти у дезадаптивних мрійників може бути настільки ж

сильною, як потяг до ігор у гемблерів або до алкоголю у алкозалежних. Інше дослідження [7] показало, що більше половини дезадаптивних мрійників описали сильне бажання почати мріяти відразу після пробудження або повернутися до мрій одразу ж після того, як їх перервала подія в реальному світі. Але при цьому мрійники здатні придушувати свої мрії, коли це абсолютно необхідно (тобто коли вони знаходяться на публіці), але відчують труднощі з боротьбою з бажанням мріяти за інших обставин. Також паралель із поведінковою залежністю наводить дослідження І. П'єтцкевич і колеги, у якому дезадаптивний мрійник відповідав усім критеріям поведінкової залежності: **зосередженість** на сценаріях і фантазіях, **зміна настрою** у вигляді емоційного збудження, **толерантність**, що змушувала піддослідного мріяти все більше, **абстиненція** через переривання мріяння, а також **конфлікт** – відчуття фрустрованості через уникнення зіткнення зі своїми проблемами [11].

Для діагностики дезадаптивної мрійливості є такі інструменти, як опитувальник MDS-16 [8; 9], а також SCIMD [10] – структуроване інтерв'ю, яке на відміну від опитувальника є не формою самозвітності, а інструментом терапевта для оцінки наявності у досліджуваного дезадаптивної мрійливості. Та, незважаючи на інструменти діагностики, специфічної корекції дезадаптивна мрійливість не має. Одиначним прикладом є пацієнтка з хронічною дезадаптивною мрійливістю, якій допомогло медикаментозне лікування, що призначають при ОКР [4]. Єдина ж задокументована психотерапевтична спроба корекції дезадаптивної мрійливості описана в роботі Е. Сомера [4]. Методами корекції представлені когнітивно-поведінкова терапія і мотиваційне інтерв'ю для розуміння досліджуваними можливостей зміни своєї поведінки, знаходження мотивації для цього, упровадження таймменеджменту і самовинагородження; також техніка майндфулнес – для покращення уваги і когнітивних функцій.

Спираючись на досвід і дослідження Е. Сомера у питанні корекції дезадаптивної мрійливості, у нашій статті ми вирішили притримуватись вибраного ним методу – когнітивно-поведінкової терапії (КПТ). Але разом із цим ми хочемо розглянути КПТ у синтезі з арттерапією, оскільки вбачаємо в поєднанні методів потенціал для успішної корекції дезадаптивної мрійливості.

Поведінкова терапія спиралася на засади біхевіористів про те, що події в людській свідомості є невидимими, а отже, не можуть бути науково досліджені. Тож зв'язки шукалися між подіями в навколишньому, названими стимулами, і видимими, вимірюваними реакціями піддослідних. Таким чином, це були спроби

знайти загальні принципи засвоєння нових зв'язків між стимулами і реакціями [12].

Когнітивна терапія була розроблена на початку 1960-х років як структурований, короткостроковий, орієнтований на справжнє вид психотерапії, призначений для лікування депресивних розладів. Основною метою когнітивної терапії стало вирішення актуальних проблем пацієнтів, а також зміна дисфункціонального, спотвореного мислення та поведінки. Пізніше низка психологічних розладів, з якими справлялася терапія, була розширена (до неї входять, наприклад, генералізований тривожний розлад, розлади харчової поведінки, соціофобія, панічні розлади, ін.). А. Бек окреслив, що в основі когнітивної терапії знаходиться спонукання терапевтом пацієнта здійснити когнітивні зміни, тобто перебудову його мислення та системи поглядів та переконань, для досягнення стійких емоційних та поведінкових покращень [12]. Також у когнітивному напрямі працював А. Елліс – він склав десяток ірраціональних переконань, які, на його думку, лежать в основі більшості емоційних розладів. Його раціонально-емотивна терапія базується на знаходженні ірраціональних переконань і допомогти клієнту визначити, коли вони виникають. Тоді проблематичні переконання замінюються ідеями, які мають більшу раціональність і більш конструктивні для життя особистості [14, с. 69].

Сформована з когнітивної і поведінкової терапій, КПТ базується на психологічній конструкції, згідно з якою інтерпретації ситуацій людьми впливають на їхні реакції (емоційні, поведінкові, фізіологічні) більше, ніж сама ситуація. Окрім того, інтерпретації людей можуть бути спотвореними, неточними або некорисними, особливо коли присутня психопатологія. Ці інтерпретації, які називаються «автоматичними думками», часто пов'язані з дезадаптивними глибинними переконаннями, які люди мають щодо себе, інших людей, світу чи майбутнього [13]. Пізніше А. Бандура окреслив основною метою КПТ набуття клієнтом самоконтролю та самоефективності, щоб досягти адаптивності [14, с. 190].

КПТ і арттерапію у поєднанні (КПАТ) уперше було розглянуто Е. Рот: вона бачила велику цінність у застосуванні поведінкових технік як частини процесу арттерапії. На її думку, найбільший ефект досягається за допомогою комбінування емпіричних методів малювання або ліплення з поведінковими методами моделювання, підкріплення та систематичного навчання. Ф. Рейнольдс наголошує, що мистецтво може мати особливу цінність у психотерапії, легко надаючи клієнту засоби структурування хаотичних почуттів, а також створюючи символічне завершення, яке приносить задоволення. Творча діяльність також дає змогу

клієнту самовиражатися і можливість відчувати себе більш потужним, менш заляганим почуттям провини або неприйняття [16]. Х. Матто, Ж. Коркоран і А. Фасслер було виявлено, що коли проблема представлена у візуальному образі, її легше та безпечніше досліджувати для клієнта [14, с. 8].

Е. Айзнер висунув припущення про те, що мистецтво має під собою чотири важливих когнітивних процеси: (1) через швидкоплинність ментальних образів важливим є їх зафіксування для подальшого вивчення, (2) із зафіксованим образом з'являється можливість його редагування, що дає пацієнту можливість проаналізувати зображення, удосконалити те, що він вважає за потрібне, (3) відкривається можливість комунікації через проєкцію власних образів і думок для інших людей, (4) оцінка результатів власної творчості, що призводить до здивування цим результатом навіть самого творця і провокує знаходження способів вирішення проблем. Саме ж мистецтво, на його думку, має сім когнітивних функцій, але лише чотири підходять для КПАТ: залучення уваги для дослідження нових можливостей, підвищення толерантності до неоднозначності, стабілізація нетривалих думок та ідей, дослідження свого внутрішнього світу [14, с. 54].

Оскільки КПТ є підходом, який передбачає співпрацю між клієнтом і терапевтом, вона добре підходить також у поєднанні з арттерапевтичними практиками. Розроблення успішних стратегій змін у КПТ передбачає участь клієнта у визначенні курсу лікування. А у рамках арттерапевтичного підходу клієнту пропонується можливість співпрацювати з терапевтом у розробленні творчої діяльності для підтримки та посилення змін у поведінці. Окрім того, КПТ орієнтована на дію, що означає, що клієнт повинен бути готовий вкладати час і енергію в терапію як протягом терапевтичної сесії, так поза сеансом. Арттерапія як частина КПТ вимагає від клієнта бути активним учасником процесу змін і відновлення та взяти на себе «практичні» стратегії за допомогою малювання, колажування чи інших засобів творчості [17].

У попередньому дослідженні Е. Соммер, Л. Соммер і Н. Халперн, яке стосувалося вивчення графічних способів вираження дезадаптивної мрійливості, «я» респондентів із дезадаптивною мрійливістю часто представлялося як переживання подвійності: розділене між інертним та емоційно похмурих, сумним і дисфункціональним відчуттям зовнішнього існування, з одного боку, та емоційно насиченим, живим і приємним досвідом, що пов'язаний із утішними мріями – з іншого. Цей розкол художньо передається декількома способами: (1) графічні межі часто розмежовують два різні стани свідомості, (2) для представлення внутрішнього світу використовується багатша

палітра кольорів і (3) тематично внутрішній світ представлений як набагато більш насичений, цікавий, корисний порівняно з відчуттям порожнечі чи несправності, яке випливає із зображень реального життя. Як вважає Е. Соммер, аналіз художніх об'єктів певної клінічної групи потенційно міг би забезпечити критерії оцінки, подібні до тих, що отримані з проєктивних тестів малювання [5].

За М. Росал існує шість загальноприйнятих категорій технік КПАТ: (1) розуміння конструктивів та думок; (2) робота з почуттями та емоціями; (3) зміна схеми особистості; (4) використання ментальних образів; (5) поліпшення навичок вирішення проблем і подолання труднощів; (6) розвиток адаптації та саморегуляції [14, с. 103].

Отже, дезадаптивна мрійливість навіть із самоназви дає змогу зрозуміти, що подібна поведінка є неадаптивною. Її можна назвати когнітивним викривленням, яке закріплює визначену поведінкову стратегію, один із прикладів якої ми вже наводили на початку: опитуваний у дослідженні використовував дейдрімінг як спосіб контролю, який недоступний йому в реальному житті.

Таким чином, оскільки мета КПАТ – це розроблення адаптивних стратегій, завданням терапевта визначається допомога дезадаптивному мрійникові реконструювати когнітивні викривлення. Звертаючись до вищеописаних технік за М. Росал, процес корекції дезадаптивної мрійливості містить такі етапи:

**1. Розуміння конструктивів і думок** – цей пункт уже розкривається у попередньому дослідженні, у якому учасникам пропонувався намалювати саморепрезентацію в реальному житті та репрезентацію власного досвіду дезадаптивної мрійливості. Таким чином, ми можемо зрозуміти витoki і причини появи дезадаптивної мрійливості: з описаних у дослідженні виділяємо відволікання респондентів від життєвих стресорів, відчуття контролю над життям хоча б у мріях, нудьга від реальності. Також ідентифікація думок грає важливу роль у розумінні особливостей мислення дезадаптивних мрійників, оскільки не всім притаманні одні й ті самі прояви: поки один із досліджуваних мрійників описував свої мрії як підконтрольні, як «павутину, що забезпечує захист його [мрійника] заповідного простору мрій від загрозливого, чужого людського світу», інша учасниця зобразила себе посеред сюрреалістичного світу, в якому вона не може контролювати свої мрії – їх вона намалювала як кроликів, які нескінченно і безконтрольно вистрибують із капелюха, заповнюючи собою простір [5].

**2. Робота з почуттями та емоціями** як знаходження розуміння зв'язку цих емоцій і почуттів із самооцінкою мрійника, оцінкою ним навколишнього світу [14, с. 109]. Знову беручи

до прикладу проведене артдослідження серед дезадаптивних мрійників [5], ми спостерігаємо, що одна з опитаних бачить своє життя сірим, позбавленим фарб, але наповнене стресорами (як вона сама зазначає: соціальне життя, тривога, відповідальність і навіть базові людські потреби та захоплення). Саму ж себе у цьому сірому житті мрійниця презентує як ніби у кольоровій бульбашці, яка допомагає їй почуватися себе у безпеці від цього тиску. Таким чином, на цьому етапі мрійникові важливо ідентифікувати ті емоції і почуття, від яких він тікає, щоб надалі змінити стратегію уникати цих емоцій і почуттів у власних мріях на адаптивне реагування.

**3. Зміна схеми особистості**, перш за все, означає потребу виявлення і пропрацювання *я-схем* і *я-концепцій*, а також ідентифікувати негативні механізми, за якими і розвивалися схеми і концепції власного я [14, с. 121]. Хоча і за різними внутрішніми причинами, головним механізмом дезадаптивної мрійливості для всіх мрійників ми можемо назвати уникання – перш за все реальності. А отже, потрібно працювати з причинами, які змушують мрійника знову і знову повертатися до уникання у мріях (страх, нудьга, невпевненість, ін.). Після виявлення я-концепцій мрійника важливим є визначення сильних боків особистості, тому як у своїх мріях мрійник є ідеалізованим, але в реальному житті йому частіше за все не вистачає ні впевненості в собі, ні у своїх силах. Це все допомагає, по-перше, підняти впевненість у собі, самоефективність і навчитися використовувати знайдені хороші якості для зниження фрустраційних станів, а по-друге, сильніше задуматися про реальний світ і свою роль та значущість у ньому.

**4. Робота в рамках КПАТ** часто включає **трансформацію ментальних образів**. Образи, які клієнти несуть із собою, можуть бути причинами проблемних емоційних реакцій чи поведінки [14, с. 127]. У роботі з дезадаптивними мрійниками є великий потенціал для використання *переписування образів* – техніки, у якій мрійнику пропонується опрацювати власні мрії, переробивши їх так, що подія, яку вони уявляють, більше не турбувала їх. Власне, насправді багато мрійників цим і займаються – вони уявляють тривожне майбутнє кращим для себе або те саме роблять із минулим, проте замість відчуття полегшення від зміни сюжету відчувають лише більш сильне занурення. Саме тому доцільно працювати із цією технікою як способом припинення мріяння. Наприклад, учасник дослідження, яке провів Е. Соммер, у рамках терапії прагнув якомога раніше перехопити сюжети своїх дезадаптивних мрій (переважно про власне майбутнє) і самостійно якнайшвидше завершити ці сюжети негатив-

ним або аверсивним закінченням (наприклад, сумним поворотом сюжету) [4].

**5. Ключовим компонентом є поліпшення навичок вирішення проблем і подолання труднощів**. У моделі подолання, яку запропонували Р. Лазарус і С. Фолкман, людина оцінює стресор або як виклик або як загрозу. Якщо стресор сприймається як виклик, людина зможе ефективно з нею впоратися та вирішити проблему. Якщо стресор здається загрозою, можуть виникнути негативні емоції, через що людина може відчути уразливість, при цьому здатність справлятися із ситуацією знижується [14, с. 137]. Оскільки дезадаптивна мрійливість – це буквально копінг-стратегія уникання, необхідним є зміна цього копіngu на інший, більш адаптивний. КПАТ пропонує метод створення об'єктів мистецтва, оскільки саме це може бути механізмом подолання труднощів і розширення можливостей для подолання проблем.

**6. Завершенням є розвиток адаптації та саморегуляції**. Наприклад, Ф. Рейнольдс виявила, що використання КПАТ на дорослу жінку, яка мала справу з проблемами горя, призвело до того, що вона почувалася менш уразливою до емоційних атак, що є одним з аспектів життєстійкості [14, с. 139; 16]. Дезадаптивні ж мрійники завдяки методам КПАТ можуть почуватися менш залученими у свої сюжети, а також менш емоційно залежними від них, що можна вважати підвищенням життєстійкості, адже це означатиме, що свої проблеми вони готові і можуть вирішувати адаптивними способами.

**Висновки.** Дезадаптивна мрійливість характеризується як постійна і інтенсивна фантазійна діяльність, яка займає собою увесь доступний людині час, що виключає його із соціального життя, а також накладає негативний відбиток на робочі та навчальні зобов'язання. Виникає дезадаптивна мрійливість як відповідь на стресори, які людина не може контролювати або як вона сама думає, що не може. Дезадаптивна мрійливість часто супроводжується коморбідними розладами, але поза вивченням як такої скоріше буде визначена як частина іншого розладу, що показує важливість подальшого інтенсивного вивчення дезадаптивної мрійливості.

Застосування КПАТ під час корекції дезадаптивної мрійливості дає змогу змінити неадаптивні стратегії поведінки, такі як уникання, а також сильніше залучити мрійника у роботу. Арттерапевтичні методи дають мрійникові наглядно відслідковувати власні зміни і відчувати певні зрушення, так би мовити, «розірвати порочне коло», де проблеми змушують мрійника мріяти, але мріяння саме по собі стає шкідливою поведінковою звичкою, а отже, також проблемою.

## ЛІТЕРАТУРА:

1. Somer E. Maladaptive Daydreaming: A Qualitative Inquiry. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2002. Vol. 32. P. 197–212.
2. 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.
3. 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.
4. Somer E. Maladaptive Daydreaming: Ontological Analysis, Treatment Rationale; a Pilot Case Report. *Frontiers in the Psychotherapy of Trauma and Dissociation*. 2018. P. 1–22.
5. 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.
6. 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.
7. Maladaptive daydreaming: Evidence for an under-researched mental health disorder / J. Bigelsen et al. *Consciousness and Cognition*. 2016. Vol. 42. P. 254–266.
8. Development and validation of the Maladaptive Daydreaming Scale (MDS) / E. Somer et al. *Consciousness and Cognition*. 2016. Vol. 39. P. 77–91.
9. Адаптація та психометрична оцінка опитувальника дезадаптивної мрійливості (MDS-16) на українській вибірці: пілотне дослідження / О. Балашевич та ін. *Перспективи та інновації науки*. 2024. № 6(40).
10. Maladaptive daydreaming: Proposed diagnostic criteria and their assessment with a structured clinical interview. / E. Somer et al. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*. 2017. Vol. 4, no. 2. P. 176–189.
11. Maladaptive daydreaming as a new form of behavioral addiction / I.J. Pietkiewicz et al. *Journal of Behavioral Addictions*. 2018. Vol. 7, no. 3. P. 838–843.
12. Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк Дж. Вступ у когнітивно-поведінкову терапію. Львів : Свічадо, 2014. 410 с.
13. Beck J.S., Fleming S. A brief history of Aaron T. Beck, MD, and Cognitive Behavior Therapy. *Clinical Psychology in Europe*. 2021. Vol. 3, no. 2.
14. Rosal M.L. Cognitive-Behavioral Art Therapy: From Behaviorism to the Third Wave. Taylor & Francis Group, 2018.
15. Could immersive daydreaming underlie a deficit in attention? The prevalence and characteristics of maladaptive daydreaming in individuals with attention-deficit/hyperactivity disorder / N. Theodor-Katz et al. *Journal of Clinical Psychology*. 2022.
16. Reynolds F. Cognitive behavioral counseling of unresolved grief through the therapeutic adjunct of tapestry-making. *The Arts in Psychotherapy*. 1999. Vol. 26, no. 3. P. 165–171.
17. Rozum, A.L., Malchiodi, C.A. Cognitive-behavioral approaches. *Handbook of art therapy*. 2003. P. 72–81.