

## СИТУАТИВНА ДИСФОРІЯ В КОНТЕКСТІ СТЕНІЧНИХ І АСТЕНІЧНИХ ПРОЯВІВ

### SITUATIONAL DYSPHORIA IN THE CONTEXT OF STHENIC AND ASTHENIC MANIFESTATIONS

*Дисфорія може бути описана як настрій, а також як відчуття дискомфорту щодо окремих станів тіла та самопочуття. З боку темпоральних характеристик виділяють дисфорію як стан, який відображає стійкі особистісні характеристики, а також дисфорію як ситуативну реакцію. Дисфоричний стан частіше відображає психопатологічні процеси, а дисфоричне реагування – набуті неефективні практики повсякденного спілкування. Метою даного дослідження є вивчення співвідношення проявів ситуативної дисфорії з деякими стеничними й астенічними чинниками.*

*Дослідження підтвердило, з одного боку, наявність стеничних і астенічних структурних елементів у дисфорії, з іншого – надало можливість стверджувати, що немає підстав виділяти окремі форми дисфорії, зокрема, з направленістю на зовнішній світ, з одного боку, та на себе – з іншого. Було виявлено, що ситуативна дисфорія являє собою єдність стеничних і астенічних компонентів, водночас направленість агресії орієнтована переважним чином на предметний світ. Ступінь впливу предметної агресії на виникнення ситуативної дисфорії майже вдвічі переважає вплив іншого психологічного компоненту – тривоги.*

*Зроблено припущення, що чинником виникнення ситуативної дисфорії є механізм конструювання реальності, елементи якої значною мірою не збігаються з об'єктивною дійсністю. Уявний образ реальності, вірогідно, є способом зменшення тривоги суб'єкта. У разі незбігу образу ситуації з реальним перебігом подій суб'єкт починає відчувати дисфорію. Дисфоричні прояви прив'язані саме до якоїсь ситуації і можуть не проявлятися в інших умовах. Отже, дисфорію можна описати як модуляторний механізм, що трансформує реальність суб'єкта, на основі неадекватного відображення об'єктивної зовнішньої події або конструйованої викривленої реальності.*

**Ключові слова:** дисфорія, ситуативна дисфорія, тривога, депресія, агресія, предметна агресія.

*Dysphoria can be defined as a mood, as well as a feeling of discomfort in relation to certain states of one's own body and well-being. From the side of temporal characteristics, dysphoria is distinguished as a state and as a situational reaction. A dysphoric state often reflects psychopathological processes, and a dysphoric response reflects acquired ineffective ways of everyday communication.*

*The purpose of this study is to study the correlation of manifestations of situational dysphoria with some sthenic and asthenic factors. The study confirmed, on the one hand, the presence of sthenic and asthenic structural elements in dysphoria, on the other hand, it allowed us to assert that there are no grounds to single out separate forms of dysphoria, in particular, with a focus on the outside world, on the one hand, and on oneself, on the other. It was found that situational dysphoria is a unity of sthenic and asthenic components, while the direction of aggression is focused on the objective world. The degree of influence of objective aggression on the occurrence of situational dysphoria is almost two times higher than the influence of anxiety.*

*On the basis of the study, it was concluded that the factor in the occurrence of situational dysphoria is the construction of reality, in the image of which individual elements do not coincide with objective reality. This image is probably a way to reduce the subject's anxiety. If the image of the situation does not coincide with the real course of events, the subject begins to feel dysphoria. At the same time, dysphoric manifestations are associated precisely with a certain situation and may not appear under other conditions. Dysphoria, therefore, can be described as a modulatory mechanism that transforms the reality of the subject, based on an inadequate display of an objective external event or a constructed distorted reality.*

**Key words:** dysphoria, situational dysphoria, anxiety, depression, aggression, subject aggression.

УДК 616.895.4:616.89-008.19-052-008.46  
DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.46.42>

**Іванова Т.В.**

к.психол.н.,  
доцент кафедри психології, політології  
та соціокультурних технологій  
Сумський державний університет

**Шалатонова Ю.Р.**

студентка гр. ПЛ-01  
Сумський державний університет

**Постановка проблеми.** Однією з характерних ознак сучасного світу є зростання рівня психічних розладів, поширення граничних відхилень різної нозології. У цьому ж контексті можна зазначити збільшення питомої ваги поліемоційних розладів, що включають різноманітний спектр відхилень, які складно описати в межах моносимптоматики. Формувана ситуація передбачає необхідність формування додаткових підходів до категоріального опису тих чи інших одиниць психоемоційних відхилень, а також необхідних психологічних втручань у контексті роботи з такими розладами.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** До психоемоційного розладу, що має досить широкий спектр симптоматичної представленості, належить дисфорія. У структурі афективних розладів термін «дисфорія» можна позначити як парасольковий, тому що він уживається в контексті означення, хоча загалом негативних, але досить різноманітних станів [7]. Зокрема, термін «дисфорія» уживається як синонім туги або суму; на означення субдепресії; як специфічна суміш переживань тривоги та депресії; для опису комплексу негативних емоційних станів, особливістю яких є загальне незадоволення [2].

Водночас дисфорія розглядається як додаткова ознака в межах деяких захворювань, або ж дисфорію означають за допомогою інших нозологічних одиниць. Наприклад, у DSM-5 описаний дисфоричний настрій, який включає смуток, тривогу або дратівливість; стан, у якому людина відчуває сильні почуття депресії, незадоволення, а іноді – байдужість до навколишнього середовища [6, с. 451]. Як ми можемо зазначити, уже в даному визначенні присутні різноманітні інтенції (наприклад, існування водночас емоцій стеничного й астеничного спектра), а також використовується визначення через інші досить широкі симптомокомплекси (тривога та депресія), щодо співвідношення яких (це два різні захворювання або різні стадії одного) і нині точаться дискусії [10, с. 1715].

Також досить активно вивчається «передменструальний дисфоричний розлад» (далі – ПМДР), який класифікується як депресивний розлад, що включає різноманітні емоційні стани: дратівливість, гнів, депресивний настрій, тривогу, емоційну нестабільність [8]. У даному разі ми бачимо, що дисфорія описується вже не як окрема структурна одиниця, а як елемент складного соматопсихологічного розладу [14, с. 1175]. Тобто можна зазначити, що вживання поняття «дисфорія» у контексті ПМДР підсилює уявлення про те, що дисфорія являє собою неспецифічний неприємний стан.

Ще однією нозологічною одиницею, що описується в контексті дисфоричних розладів, є ґендерна дисфорія, яка характеризується активним незадоволенням власною статтю та запереченням накладених суспільством стереотипів поведінки, що передують виникненню проблем із соціальною адаптацією [5]. Тобто в такому разі специфічні ознаки дисфорії деякою мірою переходять на другий план, втрачають переважну кількість власних характеристик [4].

Також дисфорію описують як компонент посттравматичного стресового розладу, до характерних ознак якого відносять: нездатність пригадувати негативні переконання про себе чи світ, звинувачення себе чи інших, стійкі негативними емоції, пов'язані із травмою, зниженням інтересу до участі у важливих заходах, відчуттям відстороненості, нездатністю переживати позитивні емоції, дратівливістю, спалахами гніву, безрозсудною, саморуйнівною поведінкою, проблемами з концентрацією, порушеннями сну [17, с. 98]. У даному разі, навпаки, ознаки дисфорії фактично цілком представлені в описі ПТСР, що позбавляє дисфоричний розлад об'єктивної специфічності.

Отже, дисфорію можна описати, з одного боку, як настрої з усіма властивими йому характеристиками: стійкість, відсутність інтенційного об'єкта, невмотивованість, ригід-

ний стан, що переживається як неприємний, дискомфортний, негативний і пригнічуючий [1, с. 995], який, у свою чергу, формує систему відносин індивіда до світу, інших і самого себе [9]. Тобто із цих позицій дисфорію можна описати як складний емоційний стан, що важко переноситься суб'єктом.

З іншого боку, дисфорію можна представити як відчуття дискомфорту щодо деяких станів власного тіла та самопочуття [13]. Як уже зазначалось, у психіатрії та клінічній психології розглядаються такі стани, як ґендерна дисфорія (стан дискомфорту та дистресу, який виникає під час оцінювання власного тіла); передменструальна дисфорія (самопочуття, яке заважає нормальному функціонуванню індивіда); 3) нейрорептична дисфорія (занепокоєння та дискомфорт, пов'язані з відчуттям психічної та рухової незручності, які людина вважає наслідком прийому нейрорептиків) [16]. Тобто в такому разі в основі дисфоричних переживань лежить відчуття спотворення або невідповідності – чогось, що пішло не так і заважає жити.

З боку темпоральних характеристик виділяють дисфорію як стан, який відображає досить стійкі особистісні характеристики [11, с. 556], а також дисфорію як ситуативну реакцію [12]. Якщо дисфоричний стан – це зазвичай прояв психопатологічних процесів, то дисфоричне реагування (ситуативної дисфорії) включає значно ширший діапазон чинників, на одному полюсі якого може бути усталене реагування, що базується на ендогенних процесах, а на іншому – набуті неефективні практики повсякденного спілкування. Саме тому вивчення ситуативної дисфорії становить значний інтерес саме для психологів, тому що деякі форми ситуативного дисфоричного реагування можна скоригувати за допомогою відповідних практик психокорекції.

Варто зазначити, що дисфорія є досить складним процесом, який включає комплекс психоемоційних станів і реакцій, що мають різнонаправлені тенденції. Наприклад, досить часто дисфорію описують як депресивний стан, навіть для діагностування наявності дисфорії використовують опитувальники для вимірювання депресивного стану [3]. З іншого боку, більш глибокий аналіз показує наявність помітних відмінностей між депресією та дисфорією. Досить характерними особливостями дисфорії є незадоволення, відчуття нещастя, дратівливість, що проявляється екстерналізованим способом (звинуваченням інших у власних почуттях, гнівом) і полегшується через, здавалося б, цілеспрямовану, але соціально небажану поведінку (наприклад, спалахами гніву). З іншого боку, у разі депресії почуття більш пригнічені, сумні, ангедонічні; цей стан має більш інтерналізований вияв (звинувачу-

чення себе, відчуття провини), а полегшується зменшенням цілеспрямованості, пасивністю, безцільною діяльністю.

Отже, під час вивчення ситуативної дисфорії важливо зафіксувати – переважання саме яких компонентів має місце: астенічних (туга, сум, пасивність) або стенічних (лють, роздратованість, конфліктність). Виділення цих компонентів допоможе побудувати більш логічну тактику психологічної корекції. Саме це стало **метою** зазначеного дослідження – вивчення співвідношення проявів ситуативної дисфорії з деякими стенічними й астенічними чинниками.

Дослідження було проведено в період із 26 вересня до 19 листопада 2022 р. Зважаючи на воєнний стан в Україні, ми запропонували респондентам у доступний для них час пройти методики у форматі онлайн, що були оформлені за допомогою Google Форми та розповсюджені через соціальні мережі Telegram та Instagram у чатах.

У дослідженні взяли участь 278 осіб віком 18–32 роки, з них жінок – 154 (55,4%), чоловіків – 124 (44,6%), за віком респонденти розподілились так: 18–20 років – 106 осіб (38,12%), 21–25 років – 90 осіб (32,33%), 26–32 роки – 82 особи (29,55%).

Для діагностики рівня тривоги та депресії була використана методика «Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)» [15, с. 292]. Для дослідження наявності та вираженості вербальної, фізичної, предметної, емоційної агресії та самоагресії був використаний «Тест агресивності» [18]. Ситуаційна дисфорія вимірювалась із використанням опитувальника «Шкала ситуаційної дисфорії (SITDS)» [3].

Обробка результатів проводилась за допомогою програмного пакету Statistika.

У таблиці 1 наведені результати дескриптивної статистики (середнє, стандартна помилка, стандартне відхилення, коефіцієнт варіації).

Показники практично за всіма шкалами всіх трьох тестів перебувають у середніх межах.

Показник «Самоагресія» має значущу відмінність порівняно з іншими, але теж перебуває на середньому рівні. Виняток становить показник «Тривога» (Госпітальна шкала тривоги і депресії), який перебуває на рівні вище середнього.

Варто зазначити наявність досить високого рівня варіативності ознак за всіма шкалами, що свідчить про різноманітність вибірки та дає можливість припустити, що отримані результати більшою мірою відображають особливості генеральної сукупності, аніж конкретної групи.

Отже, у межах Тесту агресивності два показники мали деякі відмінності від інших (переважання рівня параметра «Самоагресія» у порівнянні з іншими показниками та досить високий рівень показника «Фізична агресія»). Цей факт потребував додаткового уточнення співвідношення окремих параметрів агресивності, тому був проведений кластерний аналіз з використанням показників Тесту агресивності.

Результати кластерного аналізу наочно свідчать про існування трьох окремих груп ознак: першу групу становлять предметна, емоційна та вербальна агресія, другу – фізична агресія, третю – самоагресія (Рис. 1). Виділення самоагресії як окремого кластера, вірогідно, пов'язане з тим, що вона, на відміну від інших, орієнтована на самого суб'єкта переживання даної агресії, тому має ознаки деструкції не щодо навколишнього світу, а до самого себе. Щодо іншого показника – рівня вираження орієнтації суб'єкта на фізичну агресію, то він відображає, вірогідно, у деяких випадках не ситуативні, а психопатологічні прояви, за цією ознакою має принципові відмінності від інших форм і проявів агресії. Саме тому дана ознака (фізична агресія) виявилась із найвищим рівнем варіативності, тому що вона включає поведінкові реакції різної етіології.

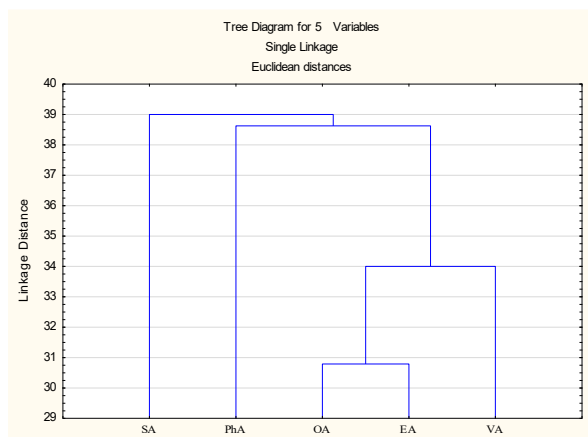
Наступним етапом було проведення кореляційного аналізу для виявлення взаємозв'язку між параметром «Ситуативна дисфорія» й іншими показниками інших тестів.

Таблиця 1

**Дескриптивна статистика показників «Тесту агресивності», «Госпітальної шкали тривоги та депресії», «Шкали ситуаційної дисфорії»**

Тест агресивності	Mean	S. D.	V. C. (%)
Вербальна агресія	3,72 ± 0,09	1,67	44,74
Фізична агресія	2,63 ± 0,10	1,89	71,58
Предметна агресія	2,95 ± 0,09	1,60	54,21
Емоційна агресія	2,78 ± 0,08	1,56	55,98
Самоагресія	4,32** ± 0,10	1,93	44,60
<b>Госпітальна шкала тривоги і депресії</b>			
Тривога	8,25** ± 0,20	3,78	45,79
Депресія	6,60 ± 0,16	2,96	44,80
<b>Шкала ситуаційної дисфорії</b>			
Ситуаційна дисфорія	42,13 ± 0,1,09	20,35	48,31

p\*\* ≤ 0,01



**Рис. 1. Дендродіаграма видів агресії.**

Примітка: SA – самоагресія; PhA – фізична агресія; OA – предметна агресія; EA – емоційна агресія; VA – вербальна агресія

Результати кореляційного аналізу (табл. 2) досить наочно підтверджують зазначену вище особливість дисфорії – поєднання стеничних і астенічних компонентів – про це свідчить наявність значущої кореляції між показником «Ситуативна дисфорія» та формами вербальної, предметної, емоційної агресії (стеничний модус) і між показником «Ситуативна дисфорія» та параметрами самоагресії, тривоги та депресії (астенічний модус). Варто зазначити, що значущий кореляційний зв'язок між параметрами «Фізична агресія» та «Ситуативна дисфорія» відсутній, що є підтвердженням раніше висловленого припущення щодо різних передумов, що сприяють виникненню фізичної агресії, з одного боку, та інших видів агресії – з іншого.

Можливість зафіксувати наявність кореляційних зв'язків між окремими показниками ще не дає інформації щодо форми та залежності між вказаними величинами. Тому наступним етапом був обраний регресійний аналіз, де залежною змінною був обраний параметр «Ситуативна дисфорія», а незалежними (після усунення мультиколінеарності) – предметна агресія та тривога.

Показники, наведені в таблиці 3, показують статистичну значущість лінійної регресії [F = 0,408, p = 0,000 < 0,05]. Виправлене значення R становить 0,166. Відповідно до цього значення зрозуміло, що 16,6% варіативності у прояві ситуативної дисфорії залежать від рівня тривоги та предметної агресії. Рівняння регресії для простих лінійних залежностей між змінними:

$$\text{Ситуативна дисфорія} = 18,019 + 2,038 * \text{Предметна агресія} + 1,342 * \text{Тривога}.$$

Виходячи з отриманого рівняння, можна зазначити, що ситуативна дисфорія є станом, що, з одного боку, залежить від рівня переживання тривоги (суб'єктивний модус), з іншого – проявляється в рівні агресивного ставлення до предметного світу (поведінковий модус).

**Обговорення.** Як уже зазначалось, дисфорія, зокрема й ситуативна дисфорія, згідно з феноменологічним підходом до її вивчення, являє собою комплекс різнонаправлених психічних станів. Дане уявлення базується передусім на психіатричних спостереженнях, досить мало підкріплених психологічними дослідженнями, що, безумовно, потребує вивчення даного психічного процесу в руслі психологічної парадигми.

Щоб зафіксувати та докладніше вивчити складові частини ситуативної дисфорії, зокрема її стеничних і астенічних елементів, були використані методики для психічних станів різного спектра – з одного боку, тривоги та депресії, з іншого – схильності до агресивного реагування.

Необхідно зазначити, якщо використання тестів з вивчення депресії для визначення наявності дисфоричних проявів є досить поширеним, хоча, може, і не досить об'єктивним, з огляду на протилежні модуси депресії (пригніченість, зниження тону та активності загалом) і дисфорії (значна частка в загальній картині симптомів належить таким станам, як роздратування, невдоволення, лють, тобто станам активного полюсу), то використання тестів для вимірювання агресії та психічної напруги не у традиції під час діагностування

Таблиця 2

**Кореляційна матриця взаємозв'язку параметрів за різними тестами**

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Вербальна агресія	1,00							
2. Фізична агресія	0,28	1,00						
3. Предметна агресія	0,34	0,05	1,00					
4. Емоційна агресія	0,25	0,05	0,29	1,00				
5. Самоагресія	0,19	-0,12	0,26	0,42	1,00			
6. Тривога	0,24	0,02	0,37	0,41	0,42	1,00		
7. Депресія	0,01	-0,05	0,10	0,24	0,21	0,35	1,00	
8. Ситуативна дисфорія	0,20***	0,06	0,29***	0,24***	0,19***	0,35***	0,18**	1,00

p\*\* ≤ 0,01; p\*\*\* ≤ 0,001

Таблиця 3

**Показники регресійного аналізу**

Model	Non-Standardized Coefficient	Non-Standardized Coefficient	Beta	T	Sig.
	B	Std. error			
Константа	18,019	3,94023		4,573149	0,00
Предметна агресія	2,038	0,811942	0,159	2,510227	0,013
Тривога	1,342	0,356642	0,227	3,763431	0,000
Залежна змінна: Ситуативна дисфорія					
F Value = 9,007	p = 0,000				
R = 0,408	R <sup>2</sup> = 0,166	Adjusted R <sup>2</sup> = 0,148			

дисфоричних проявів. Тому використання методик на вимірювання агресії в даному дослідженні дозволяє деяким чином заповнити цю прогалину. За результатами описової статистики всі показники агресії були в середньонормативних межах, деяка різниця була тільки за показником мінливості (хоча рівень мінливості всіх показників є досить високим) – найвищий рівень мінливості виявився в показника «Фізична агресія». Додатково кластерний аналіз виявив виділення фізичної агресії в окремий фактор, а регресійний аналіз надав додаткові докази того, що фізична агресія не є елементом ситуативної дисфорії.

**Висновки.** Проведений аналіз підтвердив розуміння дисфорії як складного психологічного феномену, що включає стенічні й астенічні елементи, водночас не можна стверджувати, що існують окремі форми дисфорії, зокрема, з направленістю на зовнішній світ, з одного боку, та на себе – з іншого. Ситуативна дисфорія, у даному випадку, являє собою єдність стенічних і астенічних компонентів, водночас направленість агресії орієнтована переважно на предметний світ. Ступінь впливу предметної агресії на виникнення ситуативної дисфорії майже вдвічі переважає вплив іншого психологічного компоненту – тривоги.

Можна припустити, що в основі виникнення ситуативної дисфорії лежить механізм конструювання реальності, елементи якої значною мірою не збігаються з об'єктивною дійсністю. Вірогідно, уявний образ реальності не стільки орієнтований на забезпечення ефективної взаємодії з нею індивіда, скільки служить способом зменшення тривоги суб'єкта. У разі незбігу образу ситуації з реальним перебігом подій суб'єкт починає відчувати дисфорію. До того ж дисфоричні прояви прив'язані саме до ситуації і можуть не проявлятися в інших умовах.

Отже, можна стверджувати, що дисфорія перебуває між суб'єктивним полем її існування та поведінковою реакцією індивіда. Дисфорію, у контексті даного бачення, можна описати як модуляторний механізм, що трансформує

реальність суб'єкта, на основі неадекватного відображення об'єктивної зовнішньої події або навіть конструйованої викривленої реальності. Адекватна відповідь, з погляду суб'єкта, але фактично дисфоричний відгук, формується в контексті зазначеного неадекватного образу. Фактично, ці механізми, що модулюють відгук на деякі зовнішні чинники, у разі дисфорії дають збій або стають нерегульованими, з нездатністю контролювати власні емоції. Вони можуть підсилитись такою мірою, що суб'єкт починає цілком від них залежати. У важких випадках може відбуватись ототожнення суб'єкта із власними емоційними реакціями із втратою меж між Я й об'єктом.

Емоції, а також їх окремі втілення, як-от дисфорія, були і залишаються не досить вивченою сферою у психології, що передбачає багатоаспектний простір для їх розвідок. Перспективним вважаємо формування узгодженої категоріальної системи понять щодо терміна «дисфорія» з подальшим створенням відповідного інструментарію для їх вимірювання.

**ЛІТЕРАТУРА:**

1. Psychopathological concepts of dysphoria / P. Berner et al. *Psychopathology*. 1987. № 20 (2). С. 93–100.
2. The interictal dysphoric disorder: recognition, pathogenesis, and treatment of the major psychiatric disorder of epilepsy / D. Blumer et al. *Epilepsy Behav.* 2004. № 5 (6). Р. 826–840. DOI: 10.1016/j.yebeh.2004.08.003.
3. Assessing situational dysphoria in borderline patients: Development and preliminary validation of the Situational Dysphoria Scale (SITDS) / A. D'Agostino et al. *Clinical Neuropsychiatry*. 2017. № 6. Р. 415–423.
4. Davy Z., Toze M. What Is Gender Dysphoria? A Critical Systematic Narrative Review. *Transgend Health*. 2018. № 3 (1). Р. 159–169. DOI: 10.1089/trgh.2018.0014.
5. Mental health and gender dysphoria: A review of the literature / C. Dhejne et al. *Int Rev Psychiatry* 2016. № 28 (1). Р. 44–57. DOI: 10.3109/09540261.2015.1115753.
6. DSM-5. *Supplement to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Ed. American Psychiatric Assoc. Publishing, 2018. 970 p.
7. Frank G.R. Dysphoria: A major symptom factor in persons with disability or chronic illness. *Psychiatry Research*. 1992. V. 43 (3). Р. 231–241.

8. Hofmeister S., Bodden S. Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder. *Am Fam Physician*. 2016. № 94 (3). P. 236–40.
9. Joormann J., Siemer M. Affective processing and emotion regulation in dysphoria and depression: Cognitive biases and deficits in cognitive control. *Social and Personality Psychology Compass*. 2011. № 5 (1). P. 13–28.
10. Groß Julia, Bayen Ute J. Effects of dysphoria and induced negative mood on the processes underlying hindsight bias. *Cognition and Emotion*. 2017. 31 : 8. P. 1715–1724. DOI: 10.1080/02699931.2016.1249461.
11. Liebowitz M.R., Klein D.F. Hysteroid Dysphoria. *Psychiatric Clinics of North America*. 1979. № 2 (3). P. 555–575.
12. Models of borderline personality disorder: recent advances and new perspectives / A. D'Agostino. *Curr. Opin. Psychiatry*. 2018. № 31 (1). P. 57–62.
13. Minority stress, pandemic stress, and mental health among gender diverse young adults: Gender dysphoria and emotion dysregulation as mediators / M. Pease et al. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. Advance online publication. 2022. DOI: 10.1037/sgd0000574.
14. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: a meta-analysis / N.R. Shah et al. *Obstetrics and gynecology*. 2008. № 111 (5). P. 1175–1182.
15. Snaith R.P., Zigmond A.S. The hospital anxiety and depression scale. *Br. Med. J. (Clin. Res. Ed.)*. 1986. 292 (6516) – 344. DOI: 10.1136/bmj.292.6516.344.
16. Voruganti L., Awad A.G. Neuroleptic dysphoria: towards a new synthesis. *Psychopharmacology*. 2004. № 171 (2). P. 121–132.
17. Understanding heterogeneity in PTSD: fear, dysphoria, and distress / L.A. Zoellner et al. *Depress, Anxiety*. 2014. № 31 (2). P. 97–106. DOI: 10.1002/da.22133.
18. Почебут Л.Г. Теорія міжкультурної комунікативної компетентності. *Наукові праці : науково-методичний журнал. Серія «Соціологія»*. Миколаїв, 2012. Вип. 172. Т. 184. С. 14–19.