

УДК 159.9.072.432

DOI <https://doi.org/10.30970/PS.2024.21.13>

РОЗРОБКА ТА ВАЛІДИЗАЦІЯ ШКАЛИ ДИСФОРІЇ

Тетяна Іванова

*Сумський державний університет,
вул. Харківська, 116, м. Суми, Україна, 40007
e-mail: sociol8tanya@gmail.com*

Дисфорія є складним психологічним феноменом, що характеризується інтенсивним почуттям невдоволення, роздратування та загального дискомфорту. Незважаючи на зростаючу увагу до цього стану в клінічній практиці, існує нестача валідних інструментів для його оцінки, особливо українською мовою. Метою даного дослідження була розробка та валідиція україномовної шкали для вимірювання дисфорії.

Процес розробки шкали включав аналіз літератури, експертну оцінку, пілотне тестування та основне дослідження. Початковий набір з 35 ознак дисфорії був оцінений групою експертів ($n=8$), що дозволило відібрати 24 найбільш релевантні пункти. Пілотне тестування ($n=52$) дозволило уточнити формулювання питань та структуру шкали. В основному дослідженні взяли участь 414 осіб (52.2% жінок, середній вік 34.7 років).

Експлораторний факторний аналіз виявив двофакторну структуру шкали: «Емоційне виснаження» (12 пунктів) та «Емоційна дисрегуляція» (10 пунктів). Конфірматорний факторний аналіз підтвердив цю структуру ($\chi^2(251) = 300.45$, $p < 0.001$; CFI = 0.965; TLI = 0.958; RMSEA = 0.048). Шкала продемонструвала високу внутрішню узгодженість (α -Кронбаха = 0.93) та тест-ретестову надійність ($r = 0.91$). Конвергентна валідність була підтверджена через кореляції з пов'язаними конструктами: тривогою ($r = 0.55$), депресією ($r = 0.40$) та ворожістю ($r = 0.50$).

Результати дослідження свідчать, що розроблена Шкала дисфорії є надійним та валідним інструментом для оцінки дисфоричних станів в україномовній популяції. Двофакторна структура шкали відображає комплексну природу дисфорії, включаючи як внутрішні переживання, так і зовнішні прояви. Шкала може бути корисним інструментом для клініцистів та дослідників, що працюють з різними психічними розладами, де дисфорія є важливим симптомом.

Подальші дослідження могли б включати валідицію шкали на клінічних групах та вивчення зв'язку між дисфорією та іншими психологічними та фізіологічними показниками. Розробка короткої версії шкали могла б підвищити її практичність для використання в клінічних умовах.

Ключові слова: дисфорія, емоційне виснаження, емоційна дисрегуляція, валідиція, тривога, конвергентна валідність, дискримінантна валідність.

Постановка проблеми. Дисфорія – це складний емоційний стан, що характеризується інтенсивним почуттям невдоволення, роздратування та загального дискомфорту. Цей стан може бути симптомом різних психічних розладів, включаючи депресію, біполярний розлад та гендерну дисфорію. Вивчення та вимірювання дисфорії є важливими для розуміння внутрішньої динаміки цих розладів, використання валідних інструментів для оцінки дисфорії допомагає уточнити її роль у загальному контексті психічного здоров'я, сприяючи більш тонкому диференціюванню психопатологічних проявів та їх впливу на емоційний і міжособистісний функціонал.

Хоча термін «дисфорія» стає все більш популярним у клінічній практиці, його зміст все ще залишається оповитим ореолом невизначеності [1]. У психіатричній та клінічно-психологічній літературі він зустрічається у контексті розладів настрою в цілому,

у контексті тривожних розладів та розладів особистості, а також використовується для опису комплексу негативних та неприємних емоцій без будь-яких особливих характеристик [2; 3].

Аналіз останніх досліджень та публікацій. На початку вивчення феномену дисфорії цей термін використовувався для характеристики розладу настрою, зумовленого особистісними факторами («істероїдна дисфорія») [4], але поступово у цей термін почали включати більш широкий набір значень. Зокрема, дисфорія розглядалась як синонім легкої депресії, що відображає стан загального незадоволення та зниженого настрою [5]. Крім того, дисфорія використовувалась як клінічний індикатор при оцінці більш важких психопатологічних симптомів, зокрема агресивної та суїцидальної поведінки у пацієнтів з діагностованими депресивними розладами [6]. Деякі дослідники запропонували розглядати дисфорію як окреме «третє емоційне поле», що доповнює традиційний біполярний спектр манії та депресії [7]. Така перспектива припускає, що дисфорія може представляти собою окрему афективну область з власними нейробіологічними субстратами та клінічними наслідками, а не просто варіант чи піддомен депресивної симптоматики. Багатогранна природа дисфорії, що охоплює елементи порушення настрою, когнітивних змін та поведінкових тенденцій, створює значні виклики для її операціоналізації та вимірювання. Більше того, потенційне перекриття з іншими психіатричними конструктами, такими як тривога, ажитація та змішані афективні стани, вимагає ретельного окреслення її меж та ключових особливостей [8].

Термін «дисфорія» згадується як у Діагностичному та статистичному посібнику з психічних розладів, так і у Міжнародній класифікації хвороб. У DSM-5, дисфорія описується як стан загального емоційного дискомфорту, що включає такі симптоми, як депресивний настрій, тривога, дратівливість або загальне почуття невдоволення [9]. Дисфорія згадується при різних психічних станах, наприклад, як форма передменструального синдрому, як один із симптомів депресивного розладу, як гендерна дисфорія.

У МКХ-11 дисфорію включено в діагностичні критерії кількох розладів, наприклад: передменструальний дисфоричний розлад (N94.3), дисфорія як симптом депресивного епізоду (6A70), гендерна невідповідність (HA60) [10].

Таким чином, термін «дисфорія» використовується в обох діагностичних класифікаціях для опису стану емоційного дискомфорту, невдоволення, тривоги або депресії при різних психічних розладах.

У психології дисфорія розглядається з наступних позицій.

1. Як симптом або прояв інших психологічних розладів, зокрема, у межах депресивних розладів (дисфоричний настрій) [11], як розлад адаптації (дисфорія як реакція на стресор) [12], як посттравматичний стресовий розлад (дисфорія як емоційна реакція на травму) [13].

2. Як складова загального дистресу чи психологічного неблагополуччя, зокрема як загальне негативне емоційне забарвлення переживань людини [14], як один з показників зниженого психологічного благополуччя [15].

3. Як один з аспектів переживання специфічних станів, наприклад, передменструальна дисфорія у жінок [16], гендерна дисфорія у трансгендерних людей [17].

4. У деяких напрямках психології дисфорія сприймається як базовий конфлікт між суперечливими мотиваціями чи аспектами особистості [18].

Таким чином, у психології термін «дисфорія» використовується для опису емоційних порушень, дискомфорту та загального психологічного неблагополуччя при різних станах та розладах. При цьому дисфорія розглядається швидше як симптом чи теоретичний конструкт, а не як самостійна нозологічна категорія.

Виходячи з того, що дисфорія виступає як певний конструкт, що може мати дещо інший зміст у межах різних парадигм, це обумовлює специфікацію інструментарію до її вивчення. Наприклад, створені шкали для оцінки гендерної дисфорії [19] не можуть бути застосовані для вимірювання загального емоційного дискомфорту, не пов'язаного з гендерною ідентичністю.

Наше визначення дисфорії ґрунтується на її розумінні як відчуття загального емоційного дискомфорту. Це неприємний, незручний, негативний, пригнічений стан, що характеризується чотирма переважаючими вимірами: дратівливістю, невдоволенням, міжособистісною ворожістю та астенією [1]. Також цей стан містить усі ознаки настрою: він стійкий, позбавлений інтенціонального об'єкту, немотивований, ригідний, складний для вербалізації, охоплює весь горизонт суб'єкта і впливає на його стосунки зі світом, іншими людьми та самим собою [20].

Враховуючи складну та потенційно гетерогенну природу дисфорії, є потреба у валідизованих психометричних інструментах, здатних охопити її багатовимірні аспекти. Такі інструменти не лише сприятимуть більш точній клінічній оцінці, але й уможливають більш нюансоване дослідження етіології та перебігу стану дисфорії у межах інших нозологічних одиниць. Систематичний огляд теоретичних підходів до концептуалізації дисфорії створює основу для розробки психометрично обґрунтованого інструментарію вимірювання цього конструкту в україномовному контексті. Дана стаття присвячена висвітленню методологічних етапів конструювання та валідизації такого інструменту. **Мета статті** – представити результати розробки та психометричної валідизації Шкали дисфорії українською мовою.

Виклад основного матеріалу. Розробка та валідизація шкали базувалась на підході Р.М. Фарра, який запропонував систематичний та послідовний процес створення інструменту вимірювання: 1) визначення конструкта; 2) генерація та відбір пунктів; 3) збір даних для пілотної вибірки; 4) перевірка структури; 5) оптимізація довжини тесту; 6) валідизація; 7) нормування [21].

Для ідентифікації ключових ознак дисфорії був проведений аналіз наукової літератури, присвяченої цьому феномену. На основі систематичного огляду наукових публікацій було складено попередній список із 35 ознак, що потенційно характеризують стан дисфорії. При цьому, Шкала дисфорії була розроблена у формі переліку можливих емоційних і психічних станів, які індивід може переживати, а не як набір тверджень, що стосуються конкретних ситуацій чи подій. Така форма була обрана через її здатність більш точно відобразити суб'єктивний емоційний досвід респондентів, а також забезпечити ширше охоплення різних проявів дисфорії, що може сприяти підвищенню валідності вимірювання. Цей підхід дозволяє врахувати кілька важливих аспектів.

1. Універсальність. Перелік станів є більш універсальним і менш залежним від конкретних життєвих обставин респондентів, що сприяє узагальненню результатів.

2. Безпосередність оцінки. Опис станів дозволяє респондентам безпосередньо оцінити свої почуття та переживання, не прив'язуючись до конкретних ситуацій.

3. Широта охоплення. Такі стани можуть проявлятися в різноманітних ситуаціях, що дає можливість зафіксувати більш широкий спектр проявів дисфорії.

4. Простота самоаналізу. Респондентам легше ідентифікувати та оцінити свої внутрішні стани, ніж аналізувати свою поведінку в гіпотетичних ситуаціях, що сприяє більш точному самозвіту.

Для валідизації відібраних ознак та визначення їх релевантності було залучено експертну групу у складі 8 фахівців: 3 психіатри, 3 клінічні психологи, 2 психотерапевти. Експерти провели аналіз запропонованих індикаторів дисфорії, спираючись на свій

професійний досвід та знання в галузі психічного здоров'я. Участь експертів дозволила забезпечити змістовну валідність та значущість розроблюваного інструменту оцінки дисфоричних станів. Кожному експерту було надано попередній список ознак з проханням оцінити їх за 5-бальною шкалою залежно від того, наскільки ця ознака є характерною для стану дисфорії (від 1 – зовсім не характерна, до 5 – дуже характерна). Після узагальнення експертних оцінок було відібрано 24 ознаки, які набрали найвищі бали, тобто були визнані експертами як найбільш релевантні для діагностики дисфорії. Відібрані ознаки склали основу для подальшого дослідження та розробки діагностичного інструментарію для виявлення дисфорії.

Процедура розробки опитувальника. Таким чином, первинний варіант Шкали дисфорії складався із 24 пунктів, які передбачалось оцінити з використанням 4-бальної шкали. Причини використання 4-бальної шкали полягали у наступному.

1. Уникнення нейтральності. Вилучення середньої відповіді («не знаю», «важко сказати» тощо) змушує респондентів зайняти більш визначену позицію, що може підвищити точність оцінки.

2. Зменшення ефекту центральної тенденції. Респонденти не можуть обрати «безпечну» середню відповідь, що часто використовується при невпевненості або небажанні глибоко аналізувати свій стан.

3. Підвищення дискримінативності. 4-бальна шкала може краще розрізняти рівні вираженості симптомів, особливо у випадках легкої та помірної дисфорії.

4. Врахування чутливості питань. Зважаючи на делікатність теми дисфорії, вилучення середнього варіанту відповіді запобігає можливості респондентів уникати чітких відповідей на чутливі питання. При наявності нейтрального варіанту респонденти могли б схилитися до його вибору, щоб не розкривати свої справжні переживання, особливо якщо вони викликають дискомфорт або сором.

Таким чином, використання 4-бальної шкали спрямоване на отримання більш чітких та інформативних даних щодо вираженості дисфорії у респондентів, а також на заохочення їх до більш відвертих відповідей на чутливі питання.

Пілотне тестування Шкали дисфорії проводилось на вибірці з 52 осіб (30 жінок та 22 чоловіки) віком від 18 до 55 років (середній вік 32,6 років). Кожному учаснику був наданий опитувальник для самостійного заповнення, після чого проводилось коротке структуроване інтерв'ю, під час якого збиралися відгуки про зрозумілість питань, зручність шкали та загальні враження від процесу тестування. Учасників просили відзначити будь-які незрозумілі формулювання або складні для інтерпретації пункти.

Для аналізу результатів пілотного тестування були використані наступні статистичні методи: 1) аналіз внутрішньої узгодженості шкали з використанням коефіцієнта альфа Кронбаха; 2) аналіз розподілу відповідей на кожен пункт шкали; 3) кореляційний аналіз між окремими пунктами та загальним балом шкали.

Коефіцієнт альфа Кронбаха для всієї шкали склав 0.89, що свідчить про високу внутрішню узгодженість. Однак, було виявлено три пункти з низькими кореляціями із загальним балом ($r < 0.3$), що вказувало на потенційні проблеми з цими пунктами. Крім того, на ці ж питання вказували респонденти як на такі, що потребують додаткового контексту для їхнього розуміння.

Аналіз розподілу відповідей також виявив два пункти з дуже низькою варіативністю, що могло вказувати на їх низьку дискримінативну здатність.

За результатами пілотного тестування були внесені наступні зміни до шкали.

1. Два пункти з низькою варіативністю відповідей були видалені зі шкали, оскільки вони могли знизити здатність Шкали ефективно диференціювати різні рівні дисфорії.

2. Один пункт з низькою кореляцією із загальним балом був переформульований для підвищення його релевантності до конструкту дисфорії.

3. Два інших пункти з низькими кореляціями були замінені на нові, більш специфічні для дисфорії твердження, базуючись на відгуках учасників та консультаціях з експертами.

4. Формулювання трьох пунктів були уточнені для підвищення їх зрозумілості, враховуючи коментарі учасників пілотного тестування.

Основне дослідження. Процедура проведення основного дослідження полягала у онлайн-опитуванні з використанням розробленої Шкали дисфорії. Дослідження проводилося за допомогою платформи Google Forms, що дозволило охопити значну кількість респондентів та забезпечити зручність участі.

Вибірка дослідження складала 414 осіб (жінки – 58,2%, чоловіки – 41,8%). Вік учасників варіювався від 18 до 66 років, з середнім значенням 34,7 років ($SD = 11,2$). Учасники були рекрутовані через соціальні мережі, форуми, присвячені психічному здоров'ю, розсилки в освітніх закладах та організаціях.

Текст опиувальника включав наступні елементи: інформована згода на участь у дослідженні, демографічний блок питань (вік, стать, освіта, сімейний стан), Шкала дисфорії, додаткові валідаційні шкали (Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)) [22], Шкала ворожості Кука-Медлей (Cook-Medley Hostility Scale) [23]. Учасникам не потрібно було вказувати свої особисті дані, що сприяло отриманню більш відвертих відповідей. Google Form була налаштована таким чином, щоб забезпечити повноту відповідей (всі питання були обов'язковими для заповнення) та уникнути дублювання відповідей від одного респондента. Після завершення опитування учасники отримували автоматичне повідомлення з подякою за участь та інформацією про можливість отримати результати дослідження після його завершення.

Факторний аналіз для визначення структури шкали. Був проведений експлораторний факторний аналіз (ЕФА) методом головних компонент з варімакс обертанням з використанням програми Statistical0. Критерій Кайзера-Мейєра-Олкіна (КМО) становив 0.934, що вказує на достатню вибіркочув адекватність для факторного аналізу. Тест сферичності Бартлетта був значимим ($p < 0.001$). Початкове рішення виявило 3 фактори, що пояснюють 63,2% загальної дисперсії. Однак, візуальний аналіз графіка ламаної лінії (scree plot) вказував на 2-факторне рішення як найбільш оптимальне. Зважаючи на це, був проведений додатковий аналіз для перевірки відповідності двофакторної моделі даним, що дозволило досягти більш адекватного і компактного представлення структури даних. У табл. 1 представлені факторні навантаження пунктів шкали дисфорії.

Перший фактор пояснює 42,7% дисперсії та складається з 12 пунктів. Він відображає комплекс негативних психоемоційних переживань депресивно-тривожного спектру, включаючи пригнічений настрій, безнадію, страхи, втрату сенсу життя, схильність до суїциду, вину та залежність від інших. Цей фактор був умовно названий «Емоційне виснаження».

Другий фактор пояснює додаткові 16,6% дисперсії та включє 10 пунктів. Цей фактор можна позначити як «Емоційна дисрегуляція». Він відображає схильність до вибухів гніву, нестриманість у проявах негативних емоцій та готовність до конфліктної, образливої поведінки. Високі показники за цим фактором можуть свідчити про проблеми з контролем імпульсів та регуляцією емоційних реакцій.

Факторне навантаження всіх пунктів варіювалось у проміжку від 0.533 до 0.801. Отримана 2-факторна модель була перевірена за допомогою конфірматорного факторного аналізу. Конфірматорний факторний аналіз підтвердив двофакторну структуру

Таблиця 1

Факторна структура шкали дисфорії

Номер пункту	Зміст пункту	Факторне навантаження	
		Фактор 1	Фактор 2
1	Невдоволення собою	.718	
2	Відчуття безвиході	.801	
3	Тривога	.672	
4	Страхи	.703	
5	Туга, сум	.676	
6	Відчай	.789	
7	Розчарування	.638	
11	Втрата інтересу до життя	.664	
12	Суїцидальні думки	.533	
18	Схильність ображатись на інших	.542	
21	Переживання сорому	.592	
22	Відчуття надмірної залежності від інших	.660	
8	Дратівливість		.651
9	Неприязнь до оточуючих		.609
10	Неврівноваженість		.559
13	Злість		.727
14	Уїдливість (намагання дошкулити докором, насмішкою)		.683
15	Буркотливість		.660
16	Гнів		.800
17	Спалахи люті		.754
19	Прискіпливість		.563
20	Імпульсивні (непродумані) вчинки		.601

шкали дисфорії. Модель показала хорошу відповідність даним: $\chi^2(251) = 300.45$, $p < 0.001$; CFI = 0.965; TLI = 0.958; RMSEA = 0.048, 90% CI [0.035, 0.061]; SRMR = 0.042. Всі факторні навантаження були статистично значущими ($p < 0.001$) і варіювалися від 0.533 до 0.801.

Перевірка внутрішньої узгодженості. Коефіцієнт α -Кронбаха для опитувальника в цілому дорівнює 0.93, що вказує на високу внутрішню узгодженість. Середня міжпунктова кореляція становить 0.46. Також слід зазначити, що Шкала дисфорії демонструє позитивні кореляції з її складовими факторами: емоційним виснаженням ($r = 0.626$) та емоційною дисрегуляцією ($r = 0.581$). Це також підтверджує внутрішню узгодженість шкали.

Тест-ретест. Ретестування на вибірці з 54 учасників (жінок – 31, чоловіків – 23) через 4 тижні показало високі коефіцієнти кореляції між початковим тестуванням і ретестом як для загального балу Шкали дисфорії ($r = 0.91$, $p < 0.001$) так і для окремих факторів: Фактор 1 ($r = 0.88$, $p < 0.001$), Фактор 2 ($r = 0.92$, $p < 0.001$). Це свідчить про високу стабільність результатів опитувальника в часі та його тест-ретестову надійність.

У процесі аналізу **конвергентної валідності** Шкали дисфорії було досліджено її кореляції з теоретично пов'язаними конструктами. Результати представлені в таблиці 2.

Таблиця 2

Конвергентна та дискримінантна валідність Шкали дисфорії

	Шкала дисфорії	Емоційне виснаження	Емоційна дизрегуляція
5. Тривога	.55***	.60***	.37**
5. Цинізм	.35**	.29*	.35**
6. Агресивність	.29*	.19	.36**
7. Ворожість	.50***	.41**	.50***
Депресія	.40**	.43***	.29*
Оптимізм	-.28*	-.34*	.15
Задоволеність життям	-.14	-.12	.18

Примітка: * – $p < .001$, ** – $p < .001$, *** – $p < .001$.

Найсильніша кореляція спостерігається між шкалою дисфорії та тривогою ($r = 0.553$), що свідчить про хорошу конвергентну валідність, оскільки ці конструкти теоретично пов'язані. Помірні позитивні кореляції з ворожістю ($r = 0.499$) та депресією ($r = 0.404$) також підтримують конвергентну валідність, демонструючи зв'язок дисфорії з іншими негативними емоційними станами. Менш сильні, але все ще значущі кореляції спостерігаються з цинізмом ($r = 0.351$) та агресивністю ($r = 0.294$). Це вказує на те, що дисфорія, хоча і пов'язана з цими конструктами, все ж є окремим психологічним феноменом.

Загалом, патерн кореляцій підтверджує конвергентну валідність шкали дисфорії. Шкала демонструє очікувані зв'язки з теоретично спорідненими конструктами, при цьому кореляції є достатньо сильними, щоб підтвердити зв'язок, але не настільки високими, щоб припустити, що вони вимірюють той самий конструкт.

Ці результати забезпечують емпіричну підтримку використанню цієї шкали для оцінки дисфорії, оскільки вони демонструють її здатність адекватно відображати пов'язані, але водночас різні аспекти негативного емоційного досвіду.

Для перевірки **дискримінантної валідності** були обрані конструкти, які теоретично не повинні сильно корелювати з дисфорією: Оптимізм (Тест диспозиційного оптимізму) [24] та Шкала задоволеності життям [25]. Отримані дані демонструють хорошу дискримінантну валідність для всіх трьох шкал (Шкала дисфорії, емоційне виснаження, емоційна дизрегуляція) відносно оптимізму та задоволеності життям (табл. 2). Більшість кореляцій слабкі або не значущі, що вказує на те, що ці шкали вимірюють конструкти, які суттєво відрізняються від оптимізму та задоволеності життям. Значущий негативний зв'язок між емоційним виснаженням та оптимізмом підкреслює, що ці конструкти мають певний рівень взаємозв'язку, але все ще залишаються досить різними. Загалом, ці результати підтверджують, що шкали дисфорії, емоційного виснаження та емоційної дизрегуляції вимірюють унікальні аспекти емоційного стану, які відрізняються від оптимізму та задоволеності життям.

Обговорення результатів. Результати проведеного дослідження демонструють, що розроблена Шкала дисфорії є надійним та валідним інструментом для оцінки дисфорії. Факторний аналіз виявив двофакторну структуру шкали, що відповідає теоретичним уявленням про природу дисфорії. Перший фактор, названий «Емоційне виснаження», відображає комплекс негативних психоемоційних переживань, що узгоджується з класичним розумінням дисфорії як стану емоційного дискомфорту. Другий фактор – «Емоційна дисрегуляція», вказує на проблеми з контролем емоцій та поведінки, що є важливим аспектом дисфорії, часто недостатньо висвітленим у існуючих інструментах оцінки.

Високі показники внутрішньої узгодженості (α -Кронбаха = 0.93) та тест-ретестової надійності ($r = 0.91$) свідчать про стабільність та надійність розробленої шкали.

Це дозволяє використовувати її як для одноразових оцінок, так і для відстеження змін у стані індивіда на протязі певного періоду.

Аналіз конвергентної валідності показав очікувані кореляції з пов'язаними конструктами, такими як тривога, депресія та ворожість. Це підтверджує, що шкала дисфорії вимірює споріднені, але не ідентичні психологічні феномени. Особливо цікавим є зв'язок між дисфорією та ворожістю, який може вказувати на важливість міжособистісного компонента в переживанні дисфорії.

Дискримінантна валідність, перевірена через кореляції з оптимізмом та задоволеністю життям, підтверджує, що шкала дисфорії вимірює унікальний конструкт, який не просто відображає рівень загального психологічного благополуччя.

Ці результати узгоджуються з дослідженнями інших авторів, таких як Н. Фарб та колеги, які також виявили двофакторну структуру дисфорії [26] та А. Еліс з співавт., які підкреслили важливість емоційної дисрегуляції в концептуалізації дисфорії [27]. Крім того, виявлений зв'язок між дисфорією та ворожістю підтримує висновки В. Скотт та співавт. щодо міжособистісних аспектів дисфоричних станів [28].

Обмеження та перспективи подальших досліджень. Слід зазначити, що дослідження було проведено на неклінічній вибірці. Важливим наступним кроком є валідизація шкали на клінічних групах, особливо це стосується осіб з депресивними, тривожними розладами та розладами особистості, де дисфорія часто є ключовим симптомом.

Перспективним напрямком досліджень могло б бути вивчення зв'язку між дисфорією, вимірюною за допомогою цієї шкали, та іншими психологічними і фізіологічними показниками. Зокрема, дослідження нейробіологічних корелятивів дисфорії, її впливу на когнітивні функції та соціальне функціонування.

Загалом, розроблена Шкала дисфорії є важливим внеском у психологічний інструментарій і може бути використана з метою вивчення даного складного психологічного феномену.

Список використаної літератури

1. Starcevic V. Dysphoric about dysphoria: towards a greater conceptual clarity of the term. *Australas Psychiatry*. 2007, 15(1):9-13. doi: 10.1080/10398560601083035. PMID: 17464626.
2. Cella M., Cooper A., Dymond S. O., Reed P. The relationship between dysphoria and proneness to hallucination and delusions among young adults. *Comprehensive Psychiatry*. 2008, 49(6), 544-550. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.02.011>
3. Voruganti L., Awad A. G. Neuroleptic dysphoria: towards a new synthesis. *Psychopharmacology*. 2004, 171: 121-132.
4. Klein D.F., Liebowitz M.R. Hysteroid dysphoria. *Am J Psychiatry*. 1982, 139(11):1520-1. doi: 10.1176/ajp.139.11.1520.
5. Manstead, Antony & Dosmukhambetova, & Shearn, Julia & Clifton, Amy. The Influence of Dysphoria and Depression on Mental State Decoding. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 32. 116-133. 10.1521/jscp.2013.32.1.116.
6. Kovacs M., Yaroslavsky I. Practitioner review: Dysphoria and its regulation in child and adolescent depression. *J Child Psychol Psychiatry*. 2014, 55(7):741-57. doi: 10.1111/jcpp.12172.
7. Berner P., Musalek M., Walter H. *Psychopathological concepts of dysphoria*. *Psychopathology*. 1987, 20(2):93-100. doi: 10.1159/000284485.
8. 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: 13-28.

9. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5-TR*. American Psychiatric Association. Text Revision Dsm-5-tr. 5th Edition. 2013. 992 p.
10. *Міжнародна класифікація хвороб 11-го перегляду*. URL: <https://icd.who.int/en> – Дата доступу: 28 серпня 2024 р.
11. Msetfi. R., Murphy R., Kornbrot D. Dysphoric Mood States are Related to Sensitivity to Temporal Changes in Contingency. *Frontiers in Psychology*. 2012, 3, 368. doi: 10.3389/fpsyg.2012.00368.
12. Whisman M., Kwon P. Life Stress and Dysphoria: The Role of Self-Esteem and Hopelessness. *Journal of personality and social psychology*. 1993, 65. 1054-60. doi: 10.1037//0022-3514.65.5.1054
13. Claycomb M.A., Wang L., Sharp C., Ractliffe K.C., Elhai J.D. Assessing relations between PTSD 's dysphoria and reexperiencing factors and dimensions of rumination. *PLoS One*. 2015, 4;10(3). doi: 10.1371/journal.pone.0118435.
14. Novović Z., Mihic L., Tovilovic S., Jovanović V. Relations among positive and negative affect, dysphoria and anxiety. *Psihologija*. 2008, 41. 413-433. doi:10.2298/PSI0804413N.
15. Jimenez A., et al. Dysphoria and Well-Being in Daily Life: Development and Validation of Ecological Momentary Assessment Scales. *Psychological Assessment*. 2022. doi: 34. 10.1037/pas0001117.
16. Inapuri M., Kethar J. & Appavu R. Premenstrual Dysphoric Disorder: Patterns, Causes, and Effects. *Journal of Student Research*. 2023, 12. doi: 10.47611/jsrhs.v12i3.5107.
17. Yazdanpanahi Z., Ebrahimi A., Badrabadi N., Akbarzadeh M. Gender Dysphoria, Its Causes and Symptoms: A Review. *Journal of Health Science and Medical Research*. 2022. 10.31584/jhsmr.2022883.
18. Pazzagli A., Rossi Monti M. Dysphoria and Aloneness in Borderline Personality Disorder. *Psychopathology*. 2000. 33. 220-6. 10.1159/000029147.
19. Deogracias J.J., Johnson L.L., Meyer-Bahlburg H.F., Kessler S.J., Schober J.M., Zucker K.J. The gender identity/gender dysphoria questionnaire for adolescents and adults. *J Sex Res*. 2007, 44(4):370-9. doi: 10.1080/00224490701586730.
20. Rossi Monti M., D 'Agostino A. Borderline personality disorder from a psychopathological-dynamic perspective. *Journal of Psychopathology*. 2015, 20. 451-460.
21. Furr, R. M. *Scale Construction and Psychometrics for Social and Personality Psychology*. 2011, New Delhi: Sage Publications. URL: <https://doi.org/10.4135/9781446287866>
22. *Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги: депресія*. МОЗ України, 2016. 57 с.
23. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. *Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях*. Київ : Педагогічна думка, 2016. 219 с.
24. Лукова С. Валідизація української версії методики диспозиційного оптимізму (Life Orientation Test-revised – LOT-R). *Scientific Bulletin of Kherson State University. Series Psychological Sciences*. 2023 47-55. 10.32999/ksu2312-3206/2023-1-6.
25. Кушмирук Є. С. Діагностика рівня задоволеності життям в осіб юнацького віку. *Теорія і практика сучасної психології : зб. наук. пр.* Запоріжжя : Класичний приватний університет, 2018. № 3. С. 202-205.
26. Farb N.A., Irving J.A., Anderson A.K., Segal Z.V. A two-factor model of relapse/recurrence vulnerability in unipolar depression. *J Abnorm Psychol*. 2015,124(1):38-53. doi: 10.1037/abn0000031.
27. Ellis A.J., Beevers C.G., Wells T.T. Emotional dysregulation in dysphoria: support for Emotion Context Insensitivity in response to performance-based feedback. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2009, 40(3):443-54. doi: 10.1016/j.jbtep.2009.05.002.
28. Scott, W. D., Ingram, R. E., Shadel, W. G. Hostile and sad moods in dysphoria: Evidence for cognitive specificity in attributions. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2003, 22(3), 233-252. <https://doi.org/10.1521/jscp.22.3.233.22892>

DEVELOPMENT AND VALIDATION OF THE DYSPHORIA SCALE**Tetyana Ivanova***Sumy State University,
116, Kharkivska St., Sumy, Ukraine, 40007
e-mail: sociol8tanya@gmail.com*

Dysphoria is a complex psychological phenomenon characterized by an intense feeling of dissatisfaction, irritation, and general discomfort. Despite growing attention to this condition in clinical practice, there is a lack of valid assessment tools, especially in the Ukrainian language. The aim of this study was to develop and validate a Ukrainian-language scale for measuring dysphoria.

The scale development process included literature analysis, expert evaluation, pilot testing, and the main study. An initial set of 35 dysphoria indicators was evaluated by a group of experts ($n=8$), allowing for the selection of 24 most relevant items. Pilot testing ($n=52$) allowed for refinement of question wording and scale structure. The main study involved 414 participants (52.2% women, mean age 34.7 years).

Exploratory factor analysis revealed a two-factor structure of the scale: «Emotional Exhaustion» (12 items) and «Emotional Dysregulation» (10 items). Confirmatory factor analysis supported this structure ($\chi^2(251) = 300.45$, $p < 0.001$; CFI = 0.965; TLI = 0.958; RMSEA = 0.048). The scale demonstrated high internal consistency (Cronbach's $\alpha = 0.93$) and test-retest reliability ($r = 0.91$).

Convergent validity was confirmed through correlations with related constructs: anxiety ($r = 0.55$), depression ($r = 0.40$), and hostility ($r = 0.50$).

The results indicate that the developed Dysphoria Scale is a reliable and valid tool for assessing dysphoric states in the Ukrainian-speaking population. The two-factor structure of the scale reflects the complex nature of dysphoria, including both internal experiences and external manifestations. The scale can be a useful tool for clinicians and researchers working with various mental disorders where dysphoria is an important symptom.

Further research could include validation of the scale in clinical groups and exploration of the relationship between dysphoria and other psychological and physiological indicators. The development of a short version of the scale could increase its practicality for use in clinical settings.

Key words: dysphoria, emotional exhaustion, emotional dysregulation, validation, anxiety, convergent validity, discriminant validity.