

УДК 159.942.5:616.89-008.454

DOI <https://doi.org/10.30970/PS.2025.24.7>

ДИСФОРІЯ ЯК ДИНАМІЧНИЙ ПРОЦЕС АФЕКТИВНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ

Тетяна Іванова

*Сумський державний університет,
вул. Харківська, 116, м. Суми, Україна, 20007
e-mail: sociol8tanya@gmail.com*

Стаття присвячена системному теоретичному аналізу дисфорії як багатогранного емоційного феномена та розробці інноваційної концептуальної моделі для її розуміння в сучасній клінічній психології. Досліджено історичну еволюцію терміну від первинної категорії «істероїдної дисфорії» до складного психологічного конструкту, що охоплює широкий спектр емоційних порушень. Проведено критичний аналіз підходів до концептуалізації дисфорії в міжнародних діагностичних системах DSM-5-TR та МКХ-11, розглянуто різноманітні теоретичні перспективи її розуміння в психологічній науці. Особливу увагу приділено принципово важливому питанню диференціальної діагностики дисфорії та депресії, систематизовано їх ключові відмінності в механізмах виникнення, феноменологічних характеристиках та клінічних проявах. Детально проаналізовано когнітивні механізми формування дисфоричних станів, включаючи негативні упередження в обробці емоційної інформації, порушення автобіографічної пам'яті та схильність до неефективних стратегій подолання стресу. Розкрито значущу роль соціокультурних детермінант, зокрема воєнних умов, цифрового середовища та культурної стигматизації, у процесах виникнення та хронізації дисфорії.

На основі критичного синтезу теоретичних напрацювань та емпіричних даних запропоновано принципово нову динамічну інтегративну модель дисфорії як фазового емоційного процесу, що послідовно розвивається через чотири етапи: вразливість → реактивність → ригідність → дезадаптація. Модель інтегрує три рівні прояву дисфорії (ситуативний, афективний, структурний) та включає міжособистісний вимір, що розкриває механізми формування самопідтримуючого циклу емоційної дисрегуляції. Запропонована концепція дозволяє розуміти дисфорию як динамічний процес трансформації адаптивних реакцій у патологічні патерни функціонування, що створює теоретичне підґрунтя для розробки диференційованих діагностичних інструментів та спеціалізованих терапевтичних стратегій.

Ключові слова: дисфорія, емоційна дезадаптація, афективні розлади, структурна дисфорія, когнітивні упередження, агресія, тривога.

Постановка проблеми. Дисфорія як складний емоційний феномен набуває особливої актуальності в сучасних умовах зростаючих психосоціальних викликів та трансформацій. Глобальні кризові події призводять до значного поширеності дисфоричних станів серед різних вікових та соціальних груп. Сучасні епідеміологічні дані свідчать про зростання частоти емоційних розладів, що супроводжуються дисфоричними проявами [1]. Але, з іншого боку, хоча термін «дисфорія» стає дедалі популярнішим у клінічній практиці, змістовно він залишається недостатньо визначеним.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. У психіатричній та клініко-психологічній літературі термін «дисфорія» використовується у різних контекстах: для опису розладів настрою, тривожних станів, особистісних розладів та для характеристики комплексу негативних емоцій без специфічних ознак [2], при цьому існують певні труднощі, зокрема, при визначенні ключових характеристик дисфорії та відмежування її від дещо схожого емоційного стану – роздратування [3].

Історичні розвідки еволюції терміну показують, що спочатку він використовувався у досить вузькому контексті, для характеристики розладу настрою, викликаного особистісними чинниками («істероїдна дисфорія») [4]. Однак поступово зміст цього терміну еволюціонував і розширювався. На початок 2000-х років дисфорія все частіше починає розглядатися як синонім легкої депресії [5], що дозволило краще зрозуміти зазначений психологічний феномен у контексті його як клінічних, так і субклінічних проявів.

Також дисфорія починає використовуватись у якості індикатора для оцінки більш важких психопатологічних симптомів, зокрема агресивної та суїцидальної поведінки у пацієнтів із діагнованими депресивними розладами [6]. Таким чином, у контекстуальне поле дисфорії починає включатись агресія як один з її проявів. Дослідники також звернули увагу на гендерні відмінності у проявах дисфорії у контексті компонентів тривожності та агресивності. Наприклад, жінки частіше демонструють афективні компоненти – тривожність, емоційну вразливість, тоді як у чоловіків переважають поведінкові реакції – агресивність, дратівливість, імпульсивність [7].

Феноменологічна невизначеність дисфорії спонукала деяких дослідників до розгляду її як окремого «третього емоційного поля», яке доповнює традиційний біполярний спектр манії та депресії. Така перспектива передбачає, що дисфорія може бути окремою афективною сферою з власними нейробіологічними субстратами та клінічними наслідками, а не просто варіантом депресивної симптоматики [8].

Багатогранна природа дисфорії створює значні виклики для її операціоналізації та вимірювання. Більше того, потенційне перекриття з іншими конструктами, такими як тривога, роздратування та змішані афективні стани, потребує чіткого визначення її меж і ключових ознак [9]. Ці теоретичні ускладнення та багатозначність у тлумаченні дисфорії актуалізують потребу в системному аналізі її присутності у сучасних діагностичних підходах.

У сучасних діагностичних системах термін «дисфорія» згадується як у DSM-5-TR, так і в Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-11). У DSM-5 дисфорія описується як стан загального емоційного дискомфорту, що включає симптоми пригніченого настрою, тривожності, дратівливості або загального невдоволення [10]. В МКХ-11 дисфорія є частиною діагностичних критеріїв кількох розладів, наприклад, передменструального дисфоричного розладу (N94.3), дисфорії як симптому депресивного епізоду (6A70), гендерної невідповідності (NA60) [11].

У психології дисфорию розглядають із кількох позицій. По-перше, як симптом чи прояв інших психологічних розладів: у межах депресивних розладів (дисфоричний настрій) [12], як розлад адаптації (дисфорія як реакція на стресор) [13], як посттравматичний стресовий розлад (дисфорія як емоційна реакція на травму) [14]. По-друге, як компонент загального стресу або психологічного дистресу, зокрема як загальне негативне емоційне забарвлення переживань людини [15], як один із показників зниженого психологічного благополуччя [16]. По-третє, як один із аспектів переживання специфічних станів, наприклад передменструальної дисфорії у жінок [17] та гендерної дисфорії у трансгендерних осіб [18]. У деяких психологічних напрямках дисфорию розглядають як фундаментальний конфлікт між суперечливими мотиваціями або аспектами особистості [19].

Перераховані підходи до розуміння дисфорії демонструють її складність і різноманітність проявів. Слід додати, що для повного розуміння цього феномена важливо враховувати його змістовні характеристики, а також тривалість і стабільність проявів. Дослідники особливу увагу приділяють часовим характеристикам дисфорії, виділяючи три основні рівні її прояву. На найглибшому рівні дисфорія проявляється як структурна характеристика особистості [20], що відображає стабільні особистісні патерни та тенденції до специфічних емоційних реакцій. На другому рівні дисфорія виступає як особливий тип

настрою, що характеризується ригідністю, браком інтенційного об'єкта та відсутністю мотивації. У цьому контексті вона пронизує всі сфери життя суб'єкта й впливає на його відносини зі світом, іншими людьми та самим собою [21]. Цей настрій має наступні виміри: дратівливість, невдоволення, міжособистісна ворожість та астения. На третьому рівні дисфорія проявляється як ситуативний стан або реакція на зовнішні чинники. Цей рівень включає найширший спектр факторів та тригерів. Зокрема, особи із ситуативною дисфорією демонструють вищий рівень гніву після стресових завдань і нижчу толерантність до дистресу порівняно з недисфоричними особами [22].

Розуміння часових характеристик дисфорії має особливе значення для диференціальної діагностики, а саме для розрізнення дисфорії та депресії. У клінічній практиці дисфорія й депресія часто розглядаються як взаємопов'язані або навіть ідентичні стани через певну схожість їхніх проявів, хоча насправді ці стани мають принципово різні механізми виникнення, прояву й перебігу. Дисфорія характеризується невдоволенням і дратівливістю, має активний характер та супроводжується соціально небажаною поведінкою. При депресії почуття більш пригнічені та ангедонічні; цей стан має більш інтерналізоване вираження і супроводжується зниженням цілеспрямованості та пасивністю. Емпіричні дослідження підтверджують зазначені відмінності між дисфорією та депресією. Зокрема, особи з дисфорією демонструють знижену здатність прогнозувати та переживати щастя й задоволення від позитивних подій порівняно з недисфоричними особами [23].

Складність феномену дисфорії спонукає до інтеграції різних дослідницьких підходів. У цьому контексті особливої ваги набуває феноменологічне осмислення суб'єктивного досвіду дисфоричних осіб, які переживають внутрішнє протиріччя між відчуттям тягара, що перешкоджає активності та прагненням до дії. Поглиблюючи розуміння цих феноменологічних проявів, когнітивні дослідження розкривають конкретні механізми, що лежать в основі описаних суб'єктивних переживань. Зокрема, увага зосереджується на когнітивних упередженнях, які формуються на етапах первинної оцінки та переоцінки емоційних подій і зумовлюють систематичне спотворення емоційного досвіду. Дослідження осіб із підвищеним рівнем дисфорії виявляють асиметрію в автобіографічній пам'яті: позитивні спогади відтворюються з меншою епізодичною деталізацією, тоді як негативні – з підвищеною, що свідчить про домінування негативного емоційного фокусу при обробці інформації [24]. Такий характер когнітивної переробки, у свою чергу, зумовлює схильність до неефективних стратегій подолання стресу: переважають румінація, когнітивне відволікання та емоційно-орієнтоване реагування, тоді як проблемно-орієнтовані стратегії та звернення по соціальну підтримку виявляються менш характерними. Клінічні прояви цих когнітивних особливостей варіюють залежно від супутньої психопатології: зокрема, при межовому розладі особистості дисфорія формується як наслідок повторюваних циклів очікування емоційної стабільності та переживання її недосяжності [19].

На перебіг та вираженість дисфоричних станів істотний вплив мають соціокультурні чинники, які можуть як посилювати дистрес, так і пом'якшувати його наслідки. Рівень суспільної стигматизації психічних розладів, доступність психологічної допомоги, а також культурні норми емоційного самовираження визначають умови, за яких дисфорія набуває хронічного або компенсаторного характеру [25]. Особливої уваги заслуговують екстремальні соціальні обставини, за яких дія цих чинників значно посилюється. Зокрема, воєнний стан в Україні призводить до масового поширення дисфоричних проявів: підвищеної дратівливості, емоційної дестабілізації та соціальної ізоляції, що може свідчити про розвиток різних рівнів дисфорії – від ситуативної до афективної. Емпіричні дані з зон військових дій фіксують зростання емоційного виснаження, дратівливості та афективної ригідності серед цивільного населення [25].

Незважаючи на домінування західних психіатричних моделей у концептуалізації дисфорії, важливо враховувати культурну варіативність її проявів та інтерпретацій. Припущення про універсальність діагностичних категорій, сформованих у межах західної парадигми, може призводити до методологічних похибок і недостовірних висновків у крос-культурних дослідженнях. У цьому контексті особливого значення набуває інтеграція локальних уявлень про психічні стани, релевантних конкретним соціокультурним середовищам. Сучасна міжкультурна психіатрія потребує глибшого осмислення екзистенційних аспектів дисфорії та її культурно-специфічних форм прояву.

Таким чином, дисфорія постає як багатогранний феномен у сучасній психіатрії та клінічній психології. Різноманітні дослідження підтверджують її присутність у широкому спектрі психічних розладів – від афективних до розладів особистості. Водночас важливо наголосити, що дисфорія не є простим синонімом негативних емоційних станів, а становить специфічну модель емоційної відповіді, що має власні нейробіологічні та поведінкові кореляції й потребує поглибленого, системного вивчення.

Ця модель характеризується двома ключовими рисами, які формують її унікальну клінічну картину. По-перше, йдеться про знижену чутливість до позитивних стимулів та підвищену реактивність на негативні, що істотно впливає на механізми емоційної регуляції. По-друге, про складну взаємодію агресивних і тривожних компонентів, що створює характерний емоційний профіль, відмінний від інших форм емоційних порушень і такий, що вимагає спеціалізованих терапевтичних підходів.

Синтез теоретичних напрацювань і емпіричних даних засвідчує необхідність формування цілісного концептуального підходу до розуміння дисфорії та її проявів. У зв'язку з цим **метою** даного дослідження є розробка динамічної інтегративної моделі дисфорії, яка враховує як структурні, так і процесуальні аспекти цього феномена, а також концептуалізація дисфорії як фазового емоційного процесу.

Концептуальна модель дисфорії. На основі представленого теоретичного огляду можна запропонувати динамічну інтегративну модель дисфорії, яка враховує як структурні, так і процесуальні аспекти цього феномена. Вона базується на розумінні дисфорії не як стабільного набору симптомів, а як фазового емоційного процесу, що виникає у відповідь на комбінацію внутрішніх вразливостей і зовнішніх стресорів та поступово переходить у стійкий патерн дезадаптації.

Важливою складовою запропонованої концепції є модель поетапного розвитку дисфорії, що передбачає її послідовне розгортання через чотири взаємопов'язані фази: вразливість → реактивність → ригідність → дезадаптація. Така динаміка дозволяє простежити, яким чином індивідуальні психоемоційні особливості можуть трансформуватися у клінічно значущі порушення функціонування.

Етап вразливості характеризується наявністю преморбідних факторів, які формують психологічне підґрунтя для розвитку дисфоричних реакцій. До таких чинників належать особливості емоційної регуляції, зокрема стійкі негативні когнітивні упередження, що виявляються у схильності до катастрофізації та песимістичної інтерпретації нейтральних подій. Важливою ознакою цього етапу є знижена здатність до емоційного відновлення після стресу, що зумовлює пролонговані негативні афективні стани. Підвищена чутливість до загрозливих стимулів сприяє формуванню гіперчутливості у сприйнятті навколишнього середовища.

На стадії реактивності відбувається активація дисфоричних механізмів у відповідь на тригерні фактори. Цей етап супроводжується посиленням емоційної збудливості, що проявляється у непропорційних афективних реакціях на незначні подразники. Поведінка набуває імпульсивного характеру: індивід діє під впливом миттєвих емоційних імпульсів

без належної когнітивної оцінки наслідків, що знаходить відображення у збільшенні тривожних та/або агресивних станів.

Фаза ригідності розвивається в умовах заяжного перебігу дисфоричного процесу та проявляється у стабілізації дезадаптивних патернів емоційного та поведінкового реагування. Спостерігається домінування нав'язливих роздумів, схильність до повторного переживання негативного досвіду та закріплення унікальних стратегій подолання стресу, що призводить до звуження репертуару адаптивних реакцій. У межах цієї фази поступово знижується здатність до позитивного афективного реагування, що проявляється в ангедонії, емоційному притупленні та байдужості.

Етап дезадаптації становить кульмінацію розвитку дисфорії та характеризується суттєвими порушеннями функціонування особистості в різних сферах життєдіяльності. Соціальне відсторонення виконує роль умовно-захисного, але вкрай неефективного механізму уникнення потенційно напружених взаємодій. Домінантними формами соціальної поведінки стають агресія або, навпаки, емоційна апатія, що додатково посилює ізоляцію та поглиблює емоційне виснаження.

Запропонована модель також інтегрує три рівні прояву дисфорії, що відрізняються часовими характеристиками та ступенем функціонального впливу на особистість. Ситуативна дисфорія розглядається як нормативна реакція на конкретні стресові події або несприятливі середовищні умови, такі як воєнні дії, значущі втрати, або тривала соціальна ізоляція. Вона зазвичай має обмежену тривалість та зникає після усунення провокуючих факторів.

Афективна дисфорія проявляється у стабільно-негативному емоційному стані, що спотворює поведінкові реакції. Вона характеризується стійким негативним афектом, не зумовленим поточними зовнішніми обставинами.

Структурна дисфорія відображає найбільш глибокий рівень порушень та формує усталені особистісні характеристики. Вона визначає фундаментальну схильність до негативного світосприйняття та хронічну дисрегуляцію емоційних процесів, перетворюючись на інтегральну частину структури особистості.

Особливої уваги заслуговує міжособистісний вимір моделі, у межах якого дисфорія постає як потужний чинник трансформації соціальної взаємодії. Дисфоричні стани зумовлюють широкий спектр дезадаптивних соціальних реакцій: реактивну агресію у відповідь на сприйняття загрози, систематичне уникнення контактів через очікування негативної оцінки, підозрілість у міжособистісних стосунках і генералізовану ворожість до соціального оточення. Такі поведінкові патерни, у свою чергу, спричиняють вторинний емоційний дистрес, пов'язаний із поглибленням соціальної ізоляції та втратою підтримуючих зв'язків. У результаті утворюється порочне коло: емоційна нестабільність спричиняє проблеми у спілкуванні з іншими людьми, що, в свою чергу, посилює емоційний дистрес та подальше погіршення соціальних контактів. Особливо небезпечним цей механізм є для уразливих категорій населення – підлітків, осіб із психологічними травмами, людей у кризових життєвих ситуаціях, оскільки може призводити до повної соціальної ізоляції та значного погіршення психологічного благополуччя.

Принципова відмінність запропонованої концепції від традиційних підходів полягає в акцентуванні на динамічній природі трансформації дисфорії – від адаптивної емоційної реакції до патологічного патерну функціонування. Така трансформація модулюється складною взаємодією зовнішніх чинників (зокрема хронічним стресом, культурною стигматизацією психічних розладів, воєнним конфліктом тощо) з індивідуальними внутрішніми детермінантами, до яких належать індивідуальні особливості, наприклад, рівень афективної лабільності, схильність до негативної інтерпретації подій, ригідність мислення та обмеженість репертуару адаптивних когнітивних стратегій.

Висновки. Дисфорія постає як складний, динамічний і багаторівневий психоемоційний феномен, що не зводиться до сукупності негативних емоцій. Вона має специфічну афективну конфігурацію, відмінну від депресивних і тривожних станів, що включає знижену чутливість до позитивних стимулів, підвищену реактивність на негативні впливи та напружену взаємодію агресивних і тривожних компонентів.

Запропонована концепція описує дисфорію як процес, що розгортається у часі через низку етапів – від індивідуальної вразливості до глибокої дезадаптації. Цей процес охоплює ситуативні, афективні та структурні рівні прояву, кожен з яких має різну значущість і вимагає специфічних підходів до діагностики та втручання.

Міжособистісний вимір дисфорії відіграє ключову роль у формуванні самопідтримуваних патернів емоційної дезрегуляції та соціальної ізоляції, що знижує ефективність адаптивних ресурсів особистості. Водночас, соціокультурні чинники – як-от воєнні обставини або стигматизація психічних розладів – підсилюють і пролонгують дисфоричні стани. Таким чином, дисфорія може бути розглянута як динамічна система афективної дезадаптації, що формує підґрунтя для індивідуалізованих стратегій психопрофілактики, діагностики та терапії з урахуванням як внутрішньопсихологічних, так і соціальних чинників.

Перспективи подальших досліджень включають емпіричну верифікацію запропонованої моделі, розробку валідних діагностичних інструментів для оцінки різних рівнів дисфорії. Особливої уваги потребує дослідження культурно-специфічних проявів дисфорії та розробка міжкультурно валідних підходів до її діагностики.

Список використаної літератури

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). 2022. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
2. Berner P., Musalek M., Walter H. Psychopathological concepts of dysphoria. *Psychopathology*. 1987. Vol. 20. № 2. P. 93–100. DOI: <https://doi.org/10.1159/000284485>
3. 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. Vol. 49. № 6. P. 544–550. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.02.011>
4. 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. Vol. 10. № 3. e0118435. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0118435>
5. Corrigan P. W., Watson A. C. The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2002. Vol. 9. № 1. P. 35–53. DOI: <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.35>
6. D'Agostino A., Rossi Monti M., Starcevic V. Models of borderline personality disorder: recent advances and new perspectives. *Current Opinion of Psychiatry*. 2018. Vol. 31. № 1. P. 57–62. DOI: <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000374>
7. Duken S. B., Keessen L., Hoijsink H., Kindt M., van Ast V. A. Bayesian evaluation of diverging theories of episodic and affective memory distortions in dysphoria. *Nature Communications*. 2024. Vol. 15. 1320. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41467-024-45203-4>
8. Grzegorzewska A. M., Wiglusz M. S., Cubała W. J., Jakuszkowiak-Wojten K., Włodarczyk A., Szarmach J. Dysphoria and irritability-diagnostic pitfalls in the assessment of interictal dysphoric disorder in epilepsy. *Journal of Clinical Medicine*. 2021. Vol. 10. № 19. 4624. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm10194624>
9. Inapuri M., Kethar J., Appavu R. Premenstrual dysphoric disorder: Patterns, causes, and effects. *Journal of Student Research*. 2023. Vol. 12. № 3. P. 1–10. DOI: <https://doi.org/10.47611/jsrshs.v12i3.5107>

10. Jimenez A., McMahon T. P., Watson D., Naragon-Gainey K. Dysphoria and well-being in daily life: Development and validation of ecological momentary assessment scales. *Psychological Assessment*. 2022. Vol. 34. № 6. P. 546–557. DOI: <https://doi.org/10.1037/pas0001117>
11. 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. Vol. 5. № 1. P. 13–28. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00335.x>
12. Kang H., Fischer I. C., Vus V., Kolyshkina A., Ponomarenko L., Chobanian A., Esterlis I., Pietrzak R. H. Well-being of mental health workers during the Russian-Ukrainian War. *Mental Health: Global Challenges Journal*. 2024. Vol. 7. № 1. P. 41–49. DOI: <https://doi.org/10.56508/mhgj.v7i1.189>
13. Klein D. F., Liebowitz M. R. Hysteroid dysphoria. *American Journal of Psychiatry*. 1982. Vol. 139. № 11. P. 1520–1521. DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.139.11.1520>
14. Kovacs M., Yaroslavsky I. Practitioner review: Dysphoria and its regulation in child and adolescent depression. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2014. Vol. 55. № 7. P. 741–757. DOI: <https://doi.org/10.1111/jcpp.12172>
15. Liebowitz M. R., Klein D. F. *Hysteroid Dysphoria*. *Psychiatric Clinics of North America*. 1979. Vol. 2. P. 555–575.
16. Manstead A. S. R., Dosmukhambetova D., Shearn J., Clifton A. The influence of dysphoria and depression on mental state decoding. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2013. Vol. 32. № 1. P. 116–133. DOI: <https://doi.org/10.1521/jscp.2013.32.1.116>
17. Novović Z., Mihic L., Tovilovic S., Jovanović V. Relations among positive and negative affect, dysphoria and anxiety. *Psihologija*. 2008. Vol. 41. № 4. P. 413–433. DOI: <https://doi.org/10.2298/PSI0804413N>
18. Olf M., Langeland W., Draijer N., Gersons B. P. Gender differences in posttraumatic stress disorder. *Psychological Bulletin*. 2007. Vol. 133. № 2. P. 183–204. DOI: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.2.183>
19. Pazzagli A., Rossi Monti M. Dysphoria and aloneness in borderline personality disorder. *Psychopathology*. 2000. Vol. 33. № 4. P. 220–226. DOI: <https://doi.org/10.1159/000029147>
20. Rossi Monti M., D'Agostino A. Borderline personality disorder from a psychopathological-dynamic perspective. *Journal of Psychopathology*. 2014. Vol. 20. P. 451–460. URL: <https://old.jpsychopathol.it/wp-content/uploads/2015/07/13-rossi1.pdf>
21. Sekhon S., Gupta V. Mood Disorder. *Treasure Island (FL)*. StatPearls Publishing. 2025. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558911/>
22. Starcevic V., Monti M. R., D'Agostino A., Berle D. Will DSM-5 make us feel dysphoric? Conceptualisation(s) of dysphoria in the most recent classification of mental disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2013. Vol. 47. № 10. P. 954–955. DOI: <https://doi.org/10.1177/0004867413495930>
23. Whisman M. A., Kwon P. Life stress and dysphoria: The role of self-esteem and hopelessness. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1993. Vol. 65. № 5. P. 1054–1060. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.65.5.1054>
24. World Health Organization. *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). 2019. URL: <https://icd.who.int/>
25. Yazdanpanahi Z., Ebrahimi A., Badrabad N., Akbarzadeh M. Gender dysphoria, its causes and symptoms: A Review. *Journal of Health Science and Medical Research*. 2023. Vol. 41. № 1. e2022883. DOI: <https://doi.org/10.31584/jhsmr.2022883>
26. Yuan J. W., Kring A. M. Dysphoria and the prediction and experience of emotion. *Cognition and Emotion*. 2009. Vol. 23. № 6. P. 1221–1232. DOI: <https://doi.org/10.1080/02699930802416453>

DYSPHORIA AS A DYNAMIC PROCESS OF AFFECTIVE DISADAPTATION

Tetiana Ivanova

Sumy State University,

116, Kharkivska Str., Sumy, Ukraine, 20007

e-mail: sociol8tanya@gmail.com

The article is devoted to a systematic theoretical analysis of dysphoria as a multifaceted emotional phenomenon and the development of an innovative conceptual model for its understanding in contemporary clinical psychology. The historical evolution of the term from the primary category of “hysteroid dysphoria” to a complex psychological construct encompassing a wide spectrum of emotional disorders has been investigated. A critical analysis of approaches to dysphoria conceptualization in international diagnostic systems DSM-5-TR and ICD-11 has been conducted, examining various theoretical perspectives of its understanding in psychological science. Particular attention has been given to the fundamentally important issue of differential diagnosis between dysphoria and depression, systematizing their key differences in mechanisms of origin, phenomenological characteristics, and clinical manifestations. Cognitive mechanisms of dysphoric states formation have been thoroughly analyzed, including negative biases in emotional information processing, autobiographical memory disturbances, and tendency toward ineffective stress coping strategies. The significant role of sociocultural determinants, particularly wartime conditions, digital environment, and cultural stigmatization, in the processes of dysphoria emergence and chronification has been revealed. Based on critical synthesis of theoretical developments and empirical data, a fundamentally new dynamic integrative model of dysphoria has been proposed as a phase emotional process that sequentially develops through four stages: vulnerability → reactivity → rigidity → maladaptation. The model integrates three levels of dysphoria manifestation (situational, affective, structural) and includes an interpersonal dimension that reveals mechanisms of self-sustaining emotional dysregulation cycle formation. The proposed concept allows understanding dysphoria as a dynamic process of adaptive reactions transformation into pathological functioning patterns, creating theoretical foundation for developing differentiated diagnostic instruments and specialized therapeutic strategies.

Key words: dysphoria, emotional maladaptation, affective disorders, structural dysphoria, cognitive biases, aggression, anxiety.