




**RS Global**  
Journals

**Scholarly Publisher**  
**RS Global Sp. z O.O.**  
ISNI: 0000 0004 8495 2390

Dolna 17, Warsaw, Poland 00-773  
Tel: +48 226 0 227 03  
Email: editorial\_office@rsglobal.pl

---

<b>JOURNAL</b>	International Journal of Innovative Technologies in Social Science
<b>p-ISSN</b>	2544-9338
<b>e-ISSN</b>	2544-9435
<b>PUBLISHER</b>	RS Global Sp. z O.O., Poland
<b>ARTICLE TITLE</b>	ВІДМІННОСТІ СУБ'ЄКТИВНОГО ДОСВІДУ ПІКОВИХ ПЕРЕЖИВАНЬ ТА ГІПОМАНІЇ: ФЕНОМЕНОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ З ВИКОРИСТАННЯМ ІНТЕРВ'Ю РЕХІ
<b>AUTHOR(S)</b>	Андрій Заєць
<b>ARTICLE INFO</b>	Andrii Zaiets. (2021) Subjective Differences Between Peak Experiences and Hypomania: Phenomenological Study Using Peak Experiences Interview. International Journal of Innovative Technologies in Social Science. 2(30). doi: 10.31435/rsglobal_ijitss/30062021/7625
<b>DOI</b>	<a href="https://doi.org/10.31435/rsglobal_ijitss/30062021/7625">https://doi.org/10.31435/rsglobal_ijitss/30062021/7625</a>
<b>RECEIVED</b>	03 May 2021
<b>ACCEPTED</b>	16 June 2021
<b>PUBLISHED</b>	21 June 2021
<b>LICENSE</b>	 This work is licensed under a <b>Creative Commons Attribution 4.0 International License</b> .

---

© The author(s) 2021. This publication is an open access article.

# ВІДМІННОСТІ СУБ'ЄКТИВНОГО ДОСВІДУ ПІКОВИХ ПЕРЕЖИВАНЬ ТА ГІПОМАНІЇ: ФЕНОМЕНОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ З ВИКОРИСТАННЯМ ІНТЕРВ'Ю РЕХІ

Андрій Заєць, магістр психології, ГО «АРЦ “Барвінок”», Київ, Україна,  
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8214-2149>

DOI: [https://doi.org/10.31435/rsglobal\\_ijitss/30062021/7625](https://doi.org/10.31435/rsglobal_ijitss/30062021/7625)

---

## ARTICLE INFO

**Received** 03 May 2021  
**Accepted** 16 June 2021  
**Published** 21 June 2021

## KEYWORDS

bipolar disorder, hypomania, self-actualization, peak experiences, recurrent depression, phenomenology.

## ABSTRACT

The borderline nature of hypomania may be a cause of widely reported issues with accurate bipolar disorder or recurrent depression differential diagnosis. It is understandable as long as there is a subtle difference between criteria for hypomania and normal (more or less extreme) elevated mood conditions, such as peak experiences of a self-actualizing person. In such cases, there are possibilities for taking one for another that leads both to a false-positive hypomania diagnosis for healthy subjects and subjects suffering from recurrent depression rather than from bipolar disorder, and to a false-negative perception of actual hypomania as just a highly good mood, brilliant efficiency and holistic existential feelings. This paper focuses on the phenomenological study of subjective experiences of such states in groups of healthy individuals with high or moderate self-actualization levels and individuals diagnosed with bipolar disorder without comorbidity. A Peak Experiences Interview has been developed to collect phenomenological data for further extraction of substantial features of subjective experiences for both groups. The study shows that the differences in phenomenology of peak experiences and hypomania state encompass various components, such as cognitive, emotional, somatic, behavioural, imaginative, existential. These findings may be used for developing diagnostic manuals and inventories as well as self-monitoring tools for patients and psychoeducational materials. The PEXI itself has shown its capacity for collecting phenomenological data and detecting relatively subtle differences in experiences of various modalities. Nevertheless, it shall undergo more trials with larger samples and cross-validation. Theoretical and practical insights from using such an approach may contribute greatly both in clinical psychology and personality studies.

---

**Citation:** Andrii Zaiets. (2021) Subjective Differences Between Peak Experiences and Hypomania: Phenomenological Study Using Peak Experiences Interview. *International Journal of Innovative Technologies in Social Science*. 2(30). doi: 10.31435/rsglobal\_ijitss/30062021/7625

---

**Copyright:** © 2021 **Andrii Zaiets**. This is an open-access article distributed under the terms of the **Creative Commons Attribution License (CC BY)**. The use, distribution or reproduction in other forums is permitted, provided the original author(s) or licensor are credited and that the original publication in this journal is cited, in accordance with accepted academic practice. No use, distribution or reproduction is permitted which does not comply with these terms.

---

**Вступ.** Протягом останніх років широко досліджується проблема гіпердіагностики біполярного афективного розладу (далі – БАР), як в розрізі гіподіагностики рекурентної депресії (Sharma, 2019), так і з фокусом на труднощі диференційної діагностики в маргінальних спільнотах (Doeyen, 2021), або крізь призму неповноти або надмірності діагностичних критеріїв у DSM-5 (Ogasawara, Nakamura, Kimura, Aleksic, B., & Ozaki, 2018; Angst, 2013). Хоча наявність ефекту гіпердіагностики отримує все більше емпіричних підтверджень (Kelly, 2018), причини такого ефекту та методи його корекції залишаються дискусійним питанням.

Для диференційної діагностики БАР та рекурентної депресії ключовим критерієм є наявність одного або більше гіпоманіакального (БАР другого типу) або маніакального (БАР

першого типу) епізодів (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5<sup>th</sup> edition, 2013), а оскільки гіпоманіакальний стан є в більшій мірі межовим, аніж повноцінна манія або манія з психотичними симптомами, то значна увага в останніх дослідженнях приділена саме розгляду та уточненню поведінкових критеріїв гіпоманії, які визнаються неоднозначними (Ogasawara et al., 2018, Kelly, 2018; Angst, 2013).

Зокрема, переживання підвищеного настрою та активності, характерного для гіпоманіакального епізоду БАР першого та другого типів за описом пацієнтів можуть бути подібні до пікових переживань в процесі самоактуалізації, як їх описує Абрахам Маслоу (Maslow, 1962): «моменти чистого, позитивного щастя, коли всі сумніви, всі непевності, будь-яке напруження, всі слабкості залишені позаду» (с. 9). Порівняймо з описом гіпоманії (Evdokas & Khadivi, 2011): «відчуття піднесення, відсутності гальмування, звільнення від обмежень, свобода від самокритики, досягнення без зусиль». Пікові переживання зазвичай описуються та досліджуються в контексті самоактуалізації особистості, її духовного чи особистісного розвитку (Compton, 2018; Flower, 2017), трансцендентальних практик (Ferrara, 2021) або специфічних стимуляцій (Solberg & Dibben, 2018; Hoffman, Jiang, Wang, & Li, 2021), і рідше – в контексті психопатології. В той же час, на думку автора статті, як теоретично так і практично є сенс досліджувати відмінності у суб'єктивному досвіді гіпоманії та пікових переживань.

Теоретична актуальність такого підходу полягає в отриманні нових даних щодо психологічних механізмів утворення екстремальних позитивних емоційних станів за різних умов та психіатричних статусів, а також кращого розуміння внутрішньої картини таких переживань. Практична актуальність лежить в площині покращення якості самомоніторингу пацієнтів з БАР, що є суттєвим фактором стійкості ремісії (Compton & Nemeroff, 2000), а також у площині дестигматизації їх здатності переживати інтенсивні позитивні емоції у ремісії та спроби корекції ефекту гіпердіагностики гіпоманії.

З огляду на вищевказане, **метою** даної роботи є розробка напівструктурованого інтерв'ю Peak Experiences Interview (PEXI) з дослідження суб'єктивного досвіду пікових переживань та його пілотний тест, направлений на диференціацію особливостей суб'єктивних відчуттів при пікових переживаннях у здорових осіб з високим та середнім рівнем самоактуалізації та гіпоманії у осіб з діагностованим БАР.

Для досягнення цієї мети було проведено огляд літератури з методів дослідження суб'єктивних переживань та робіт з опису та систематизації суб'єктивних переживань зокрема гіпоманіакального стану, проаналізовано популярні та визнані структуровані та напівструктуровані інтерв'ю, що передбачають дослідження суб'єктивних переживань. Після цього було створено пілотажну версію PEXI, яким було опитано три групи респондентів: група осіб без психіатричних діагнозів та з високим рівнем самоактуалізації, група осіб з середнім рівнем самоактуалізації та група осіб з діагностованим БАР без коморбідних розладів. Усі групи були виділені з більш об'ємної вибірки, яка попередньо була досліджена з використанням особистісних опитувальників: Самоактуалізаційний тест САТ (Алешина, Гозман, Заїка & Кроз, 1984), який є адаптованим Personal Orientation Inventory (Shostrom, 1963), скорочена версія ММРІ Міні-мульти (Зайцев, Козюля, 1981) та Фрайбурзький особистісний опитувальник FPI-B (Fahrenberg, Hampel & Selg, 1963; адаптація – Крилов, Ронгінський, 1989; переоцінка валідності – Луценко, 2016). Нарешті, було проаналізовано відповіді респондентів та зроблено висновки щодо доцільності використання PEXI, а також проаналізовано відмінності у переживанні піднесених емоційних станів при пікових переживаннях та гіпоманії.

### **Огляд літератури.**

Теорія самоактуалізації Абрахама Маслоу характеризується як багатокомпонентністю так і значним культурним та науковим впливом, утворившим як плеяду наслідувачів, так і значну кількість критиків. Зокрема, Compton (2018) підмічає, що «[теорія Маслоу] часто буває невірно інтерпретована», а «релевантність теорії самоактуалізації для сучасної психологічної науки знаходиться під питанням» (с. 1). Тим не менше, релевантність такого компоненту теорії як пікові переживання, тобто переживання особливого стану щастя й наповненості, єдності та осмисленості буття, викликає менше дискусій, адже даних (і пояснюючих їх моделей) щодо станів інтенсивного позитивного афекту, пов'язаного з певною неординарною стимуляцією або ціннісно осмисленою діяльністю достатньо (Compton, 2018; Flower, 2017; Ferrara, 2021; Solberg & Dibben, 2018; Hoffman, Jiang, Wang, & Li, 2021). Більше того, мотиваційна цінність таких

переживань, а також здатність особистості організувати свою діяльність для їх досягнення, визнаються важливими компонентами процесів емоційного інтелекту та фактором персонального благополуччя (Bar-On, 2001).

Описи суб'єктивної картини пікових переживань активно публікувалися у другій половині минулого сторіччя, на хвилі популярності теорії. Зараз термін зустрічається зазвичай у дослідженнях впливу галюциногенних психоактивних речовин на свідомість, а також різноманітних специфічних стимуляцій (зорових, слухових). В інших проблемних полях конструкт пікового переживання є більш розмитим та набув багатьох синонімічних та суміжних понять.

Сучасних досліджень суб'єктивних переживань гіпоманії порівняно більше. Вони детально сфокусовані на різноманітних когнітивних та емоційних компонентах, із деяким переважанням перших. Наприклад, Evdokas & Khadivi (2010), проводячи феноменологічне дослідження, виявляють, що гіпоманія спочатку відчувається як пасивний стан, як дещо зовнішнє, до чого респонденти не відчувають агентності, а при подальшому розвитку епізоду респонденти стають здатними активно впливати на цей стан, найчастіше в бік його посилення та експлуатації.

Keizer et al. (2014), використовуючи подібний феноменологічний підхід, доповідають про особливості мисленневих процесів, виділяючи п'ять ключових компонент: послідовність мисленневого потоку, гіперстимуляція, змагання за володіння ресурсами, неочікуваність початку епізоду, зв'язок з емоційним фоном та афектами.

Ryles, Meyer, Adan-Manes, MacMillan, & Scott (2017) через феноменологічне дослідження виявляють вікову різницю у суб'єктивних переживаннях манії серед дітей, підлітків та дорослих. Дослідження виявило, що дратівливість є характерним переживанням у дітей, підвищена активність – у підлітків, а розгальмованість мовлення – у дорослих.

Проведення демаркаційної лінії між власне гіпоманіакальним піднесенням та емоційним піднесенням іншого роду набуває особливої значущості для коректної діагностики гіпоманії та самомоніторингу. Так, наявні дані (Clemente, dos Santos, Nicolato & Firmo, 2017; Sharma, 2019), що підкріплюються і практичним досвідом автора, що ставлення пацієнтів, їхніх близьких та лікарів до піднесеного настрою та енергії варіюється. Пацієнти часто демонструють гіпернозогнозію або експлуатацію гіпоманіакального стану, його сприйняття як довгоочікуваного саморозвитку і самоактуалізації на контрасті із болісною депресією, яка позбавляла можливості бути енергійним та продуктивним. Родичі та лікарі, з іншого боку, можуть стигматизувати піднесений настрій та передчасно пояснювати його гіпоманіакальним станом, що призводить до гіпердіагностики та погіршує якість життя пацієнтів (Sharma, 2019).

Додатково (Chan & Sireling, 2010), культурний міф про видатних особистостей, в яких нібито було або могло бути діагностовано БАР, дозволяє певній частині пацієнтів створювати наратив за яким гіпоманіакальний стан стає своєрідним сурогатом самоактуалізації, характеризуючись високою енергією та творчою продуктивністю.

Для розробки PEXI було використано досвід застосування та структуру таких визнаних інструментів як STIPO-R (Clarkin, Caligor, Stern, & Kernberg, 2019), OPD-2 (Force, 2008) та MEQ (MacLean, Leoutsakos, Johnson, & Griffiths, 2012), а також дані дослідження Conway & Peneno (1999), які стали корисними для побудови запитань.

#### **Методологія.**

Дослідження спирається на припущення, що існують відмінності між суб'єктивними переживаннями пікових та гіпоманіакальних станів, які можуть бути феноменологічно дослідженні із застосуванням нового напівструктурованого інтерв'ю PEXI.

Для перевірки цього припущення дві групи: контрольну «С» (N = 135) та експериментальну «В» (N = 24) – було анкетовано трьома особистісними опитувальниками: Самоактуалізаційний тест, САТ (Алешина та ін., 1984), Міні-мулт (Зайцев та ін., 1981) та Фрайбурзький особистісний опитувальник, форма В, FPI-V (Крилов та ін., 1989).

Вибірка збиралася навесні 2019 року. Першочерговий об'єм складав 167 осіб, але після виключення нерелевантних даних підсумкова вибірка склала 159 осіб (58 чоловіків та 101 жінка), з яких групу «А» склали особи без психіатричних діагнозів з високим рівнем самоактуалізації – 25 осіб (11 чоловіків та 14 жінок), групу «В» – пацієнти з діагностованим БАР – 24 особи (14 чоловіків та 10 жінок), групу «С» – особи без психіатричних діагнозів з

середнім рівнем самоактуалізації – 110 осіб (33 чоловіки та 77 жінок). Дані групи «В» було зібрано через анкетування пацієнтів ТМО «Психіатрія» (КМКЛІ №1 ім. І. П. Павлова) та учасників київської групи психологічної підтримки «Барвінок», усім встановлено діагноз F31 – Біполярний афективний розлад, без супутніх розладів. Збір даних груп «А» та «С» реалізовувався частково опосередковано, онлайн, через платформу Google Forms, частково – через безпосереднє анкетування. За результатами САТу, з контрольної групи було виокремлено групу «А» (N = 25), до якої увійшли особи із найвищим рівнем самоактуалізації, тобто такі спостереження, які потрапили до топ-квартиля за найбільш навантаженими шкалами САТу «компетентність у часі» та «опора на себе».

Віковий розподіл за групами становить: група «А» – середній вік: 27,64; SD: 5,21; медіана: 27; група «В» – середній вік: 36,91; SD: 9,12; медіана: 37; група «С» – середній вік: 21,98; SD: 4,51; медіана: 22. Віковий розподіл неоднорідний, статистично значимих середніх за віком у шкалах опитувальників не виявлено. За статтю з використанням t-критерію Стьюдента для порівняння середніх двох незалежних вибірок виявлено статистично значиму (на рівні  $p < 0,05$ ) різницю за показниками «самоприйняття» САТу: чоловіки 52,79; жінки 47,09; та «істеричність» Міні-Мульту: чоловіки 50,67; жінки 46,04; та «невротичність»: чоловіки 6,00; жінки 6,79; і «відкритість»: чоловіки 7,91; жінки 7,08; Фрайбурзького опитувальника.

Для проходження інтерв'ю РЕХІ було відібрано по шість осіб з кожної групи (загалом  $n=18$ ), які дали ствердну відповідь на запитання «Чи доводилося вам пережити відчуття інтенсивного щастя, повноти існування, яке часто може супроводжуватися усвідомленням деякої «абсолютної істини» або єдності усіх речей, і чи готові ви поділитися ним в інтерв'ю?».

Розроблене інтерв'ю є напівструктурованим, що дає інтерв'юєру деяку свободу для уточнень та поглиблення діалогового дослідження. Питання здебільшого відкриті, без пресупозицій. Інтерв'юєра було проінструктовано стимулювати досліджуваних до надання найбільш змістовних та обширних відповідей, а також утримуватися від необов'язкових інтервенцій з метою збереження спонтанності первинного наративу. Стандартні умови збережено. Інтерв'ю складається з п'яти блоків: одного оціночного («А») та чотирьох змістовних. Блок «М» заповнюється за наявності психіатричного статусу. Блок «В» націлений на досвід пікових переживань загалом, а блок «С» – на феноменологію конкретного випадку пікового переживання. Блок «D» направлений на дослідження соціальної складової явища. Структура інтерв'ю наведена у табл. 1.

Попередньо, вибірка респондентів була перевірена на репрезентативність по відношенню до загальної вибірки з використанням даних проведених особистісних опитувальників. З цією метою було використано дисперсійний аналіз ANOVA з тестом Уелча. Порівнювалися групи досліджуваних, що пройшли інтерв'ю, та досліджуваних, які брали участь тільки в заповненні особистісних опитувальників.

За тестом Уелча дисперсії двох груп розрізняються лише за шкалою «компетентності у часі» САТу та «параної» Міні-Мульту на рівні значимості  $p < 0,05$ . За іншими шкалами статистично значимої різниці не виявлено, а отже група відібрана на інтерв'ю є репрезентативною до загальної вибірки за цими шкалами.

Відповіді було записано аудіо-обладнанням і в подальшому розшифровано. З первинного наративу було виокремлено ґрунтовні теми у конструктивістсько-інтерпретаційній парадигмі феноменологічного методу. Додатково, респондентам була надана можливість створити малюнок у якості доповнення до відповіді на питання С14.

Таблиця 1. Інтерв'ю з Дослідження Пікових Переживань

Блок А. Загальні відомості. Контекстуальний анамнез та поточний стан.	Блок С. Зміст пікового переживання
А1. Діагностовано БАР	<b>С1. Зміст переживання. Первинний наратив.</b> Розкажіть про пережите відчуття якнайбільш детально.
А2. Інші ментальні розлади	<b>С2. Часова структура переживання.</b> Скільки часу це тривало? Як почалося? Як завершилося?
А3. Досвід вживання ПАР	<b>С3. Зміст переживання. Емоційний.</b> Якщо виокремити тільки емоційні почуття з цього переживання, то як би ви їх описали?
А4. Вживання ПАР під час переживання	<b>С4. Зміст переживання. Тілесний.</b> А якщо звернути увагу на тілесні відчуття, і пригадати їх тоді, то якими вони були?
А5. Психоемоційний стан	<b>С5. Зміст переживання. Образний.</b> Чи пригадуєте ви якісь фантазії на той момент? Образи?
А6. Афект	<b>С6. Зміст переживання. Когнітивний.</b> Окремо пригадайте свої думки на момент переживання.
Блок В. Загальні відомості про явище пікових переживань в досвіді	<b>С7. Зміст переживання. Поведінковий</b> А тепер опишіть свою поведінку на той момент. Як ваша поведінка виглядала би зі сторони?
В1. Чи єдине це переживання?	<b>С8. Передумови переживання. Події.</b> Які життєві події передували переживанню? В період до півроку до самого переживання.
В2. Якщо ні, то яка частота переживань?	<b>С9. Передумови переживання. Екзистенційні.</b> Пригадайте своє самовідчуття в цей період, який передував переживанню. Що вас хвилювало?
В3. Яке ставлення до них?	<b>С10. Наслідки переживання. Події.</b> Які життєві події наступили після переживання? В період не більше ніж півроку після нього.
В4. Чому ви обираєте саме це переживання для інтерв'ю?	<b>С11. Наслідки переживання. Екзистенційні</b> Як змінилося ваше самовідчуття після переживання?
В5. Чи легко пам'ятати про ці переживання?	<b>С12. Ставлення до переживання. Там і тоді.</b> Яке ставлення до переживання сформувалося у вас тоді?
В6. Як ви їх впізнаєте?	<b>С13. Ставлення до переживання. Тут і зараз.</b> Як ви ставитесь до цього переживання зараз?
Блок М. Структура патологічного процесу	<b>С14. Метафоричний образ</b> Як би ви образно, метафорично описали б це переживання?
1. Ментальний розлад.	<b>Блок D. Соціальний вимір</b>
2. Періодичність фаз.	<b>D1.</b> Чи розповідали ви комусь про це переживання? Кому?
3. Характер протікання манакальних фаз.	<b>D2.</b> Як часто ви ділитесь цим досвідом?
4. Характер протікання депресивних фаз.	<b>D3.</b> Про які компоненти переживання ви розповідаєте охоче? Які опускаєте?
5. Характер протікання змішаних фаз.	<b>D4.</b> Які почуття ви відчуваєте, коли ділитесь цим досвідом?
6. Характер інтермісій.	<b>D5.</b> Як реагують на цей досвід інші люди?
7. Фармакотерапія на момент переживання.	<b>D6.</b> Чи був присутній хтось із вами під час переживання?
8. В якій фазі відчувалося пікове переживання?	<b>D7.</b> Як вони реагували?
	<b>D8.</b> Чи ділився хтось подібними переживаннями із вами?
	<b>D9.</b> Як ви реагуєте на такий досвід інших людей?
	<b>D10.</b> Як досвід інших відрізняється від вашого?

**Результати.** Пікові та гіпоманіакальні переживання об'єднує ряд характеристик, серед яких можна назвати високу індивідуальність змісту, особливості часового перебігу та умов, за яких вони виникають. Проте виявляються й стійкі відмінності.

Далі буде наведено суттєві узагальнені якості феноменологічного досвіду, що відрізняють пікові переживання у групах «А» та «С» від подібних переживань за гіпоманіакального епізоду у групі «В».

*Емоційний компонент.* Для пікових переживань характерним є відчуття спокою разом із «сіяючим» збудженням. При цьому відсутня тривога, страхи або здатність до драгування, що суттєво відрізняє їх від гіпоманіакальних відчуттів. Також описуються відчуття радості, щастя, захоплення, абсолютної любові, але ці якості зустрічаються і при гіпоманіакальному епізоді.

*Соматосенсорний компонент.* Деякі респонденти зазначають, що для пікових переживань характерні специфічні відчуття у тілі – поколювання або пощипування. Проте всі без виключення респонденти вказують на легкість, яка з'являється у тілі. При цьому деякі тілесні відчуття поєднують пікові переживання з гіпоманіакальними – це невідчуття фізіологічних потреб. Тим не менш, основною характеристикою переживання гіпоманії, яка відрізняє її від пікового переживання, є «електричне» напруження в тілі, а не легкість.

*Образний компонент.* При піковому переживанні у більшості респондентів відсутня потреба у фантазуванні. У деяких респондентів, тим не менше, як і у респондентів з групи «В» фантазування зберігається та набуває фантастичної, проте наївної форми, без грандіозних мотивів, що відрізняє пікове переживання від гіпоманіакального.

*Когнітивний компонент.* В мисленнєвому процесі при піковому переживанні спостерігається інтерес та зануреність в актуальну діяльність «тут і зараз». Респонденти доповідають про щось подібне до «абсолютної уваги», як її описував Маслоу. Іноді цей когнітивний процес збагачується персональними інсайтами, але не завжди. У гіпоманіакальному ж стані наявне внутрішнє відчуття перегонів ідей, пришвидшення мислення, «невстигання» за думками.

*Поведінковий компонент.* З боку зовнішньої поведінки пікове переживання може бути описане і як деяке «застигання» та «спостереження», і як деяке психомоторне збудження. Деякі респонденти повідомляють про бажання завмерти та не рухатися, аби не втратити це приємне відчуття. Інші ж повідомляють, що будь-які спроби «втримати» відчуття призводять до його втрати. За гіпоманіакального стану респонденти переживають сильну ажитацію, яка викликається відчуттям напруги в тілі та тривоги в афекті. Ця ажитація сприяє включеності в роботу та продуктивності діяльності, проте феноменологічно відрізняється від «застигання» або «наївного збудження» за пікового переживання.

*Події та екзистенційний процес, що передують переживанню.* В усіх респондентів усіх груп піковому чи гіпоманіакальному переживанню передують як буттєві, так і екзистенційні труднощі. В групі «В» це часто депресія або субдепресія, що відповідає структурі розладу, а в контрольній групі та групі «А» це якість зміни в звичному житті або вагання над вирішенням актуальної екзистенційної кризи. В половині респондентів піковому переживанню передують важливе життєве рішення, радикальна зміна оточення, втрата якогось соціального стосунку, або виконання певної місії.

*Події та екзистенційний процес, що слідує за переживанням.* Усі без винятку респонденти з групи «В» доповідають про загострення маніакальної фази з подальшим відкатом у депресивну фазу. Більшість респондентів доповідають, що «відкат» спостерігається і після пікового переживання. Проте важливою рисою, що відрізняє ці два випадки є те, що з пікового переживання виноситься певний урок, який пам'ятається людиною впродовж подальшого життя. Гіпоманіакальні ж стани не мають такого ефекту.

*Ставлення до переживання там і тоді.* Гіпоманіакальні переживання відчуються респондентами як довгоочікуване повернення сил до нормального життя, як винагорода, яка нарешті отримана. Таке ставлення змушує їх «витискати» з переживання все можливе, використовувати його як можливість бути енергійним та діяльним. За пікового переживання також спостерігається подібне позитивне ставлення, проте відсутні ідеї «полегшення», «винагороди» та потреба «брати від нього все».

*Ставлення до переживання тут і тепер.* До гіпоманіакальних переживань респонденти ставляться як до неприємної пригоди, про яку хоча й буває весело розповідати, проте завжди трохи соромно. Респонденти ж, які говорять про пікові переживання, ставляться до них досі позитивно та бажали б, щоб вони повторились.

*Метафоричний образ.* Пікові переживання були описані наступними метафорами: «сонячне сяйво», «промені крізь мряку», «мультяшний зомбі», «каспер», «світло», «ємність, що наповнилась», «водоспад», «гейзер з маршмелу», «проживання багатьох життів за раз», «космос», «снігопад у вихрі, всередині якого я; і світло», «я в кулі і над землею». Гіпоманіакальні

переживання метафорично описуються таким чином: «взлітна смуга», «відчуття перебування в польоті», «гроза, блискавка, випалене місце», «рух ідей, що коливають цей світ». Як видно, метафоричні уявлення пікових переживань описують в більшій мірі світлі й статичні образи, в той час як гіпоманіакальні метафори динамічні, зі швидкістю та коливанням.

**Дискусія.** В ході дослідження феноменологічного досвіду при пікових та гіпоманіакальних переживаннях було виокремлено ряд суттєвих відмінностей між ними. Для пікових переживань, на відміну від гіпоманіакальних, характерними є відсутність тривоги, легкість у тілі, когнітивна зосередженість, слабке або невичурне фантазування, відсутня або невисока ажитованість, екзистенційна значимість, зв'язок із життєвими рішеннями або виконанням місії та ряд інших характеристик. При гіпоманіакальному переживанні, навпаки, характерна тривога, що відчувається разом з ейфорією, напруження в тілі, значне психомоторне збудження, суб'єктивне відчуття напливу думок, грандіозне фантазування. Найбільш чітко виділені теми, що дозволяють феноменологічно розрізнити пікове та гіпоманіакальне переживання, наведено у табл. 2.

Таблиця 2. Узагальнені феноменологічні відмінності пікових та гіпоманіакальних переживань

<b>Пікове переживання</b>	<b>Гіпоманія</b>
Відчуття легкості у тілі.	Наявна тривога, що супроводжує ейфорію.
Відсутнє або слабко виражене фантазування.	Виражене фантазування з мотивами грандіозності.
Когнітивна ясність та висока концентрація уваги.	Суб'єктивне відчуття стрімкості потоку думок та високого відволікання уваги.
Переважає відчуття статичності над відчуттями динаміки.	Бажання «осідлати» переживання та «взлетіти» на ньому.
Відчуття глибокого занурення в актуальний момент.	Ставлення до переживання як до довгоочікуваного полегшення та розквіту життєвих сил.
Переживанню передують важливі життєві рішення, суттєва зміна обставин або виконання певної особистої місії.	Концентрація на майбутньому з мотивами грандіозності.

Проведено дослідження продемонструвало, що існують значні відмінності у суб'єктивному досвіді пікових та гіпоманіакальних переживань, які респонденти здатні вербально артикулювати, а отже феноменологічний підхід видається перспективним напрямом подальшої роботи з дослідження даної теми. Результати такого та подібних досліджень, разом із даними досліджень із залученням спостереження, зрізів або лонгitudів, можуть зробити внесок у розробку діагностичних та психоедукативних матеріалів, які б потенційно могли підвищити якість психіатричної діагностики та самомоніторингу пацієнтів, що ймовірно дозволить в певній мірі компенсувати означений ефект гіпердіагностики гіпоманій та сприятиме протидії соціальній стигмі.

Розроблене інтерв'ю РЕХІ показало свою здатність виділяти певні відмінності у феноменологічному досвіді різних груп респондентів при дослідженні пікових переживань. Серед недоліків пілоотної версії можна виокремити розмитість формулювання пунктів С9 та С11, недостатню кількість уточнюючих субпитань. Можливо, має сенс більша деталізація пунктів, що стосуються тілесного та образного компонентів переживання, з міркувань підвищення стандартизації відповідей. В якості подальшої роботи передбачається та пропонується проведення даного інтерв'ю на більшій вибірці та його крос-валідація з іншими інструментами. Автор переконаний, що феноменологічний підхід до цієї теми здатний зробити значний внесок як в клінічну психологію, так і в психологію особистості.



## REFERENCES

1. Sharma, A. (2019). Hypomania: A clinician's perspective. *Indian Journal of Social Psychiatry*, 35(2), 137.
2. Doyen, P. (2021). The Overdiagnosis of Bipolar Disorder Within Marginalized Communities: A Call to Action. *Columbia Social Work Review*, 19(1), 80-99.
3. Ogasawara, K., Nakamura, Y., Kimura, H., Aleksic, B., & Ozaki, N. (2018). Issues on the diagnosis and etiopathogenesis of mood disorders: reconsidering DSM-5. *Journal of Neural Transmission*, 125(2), 211-222.
4. Angst, J. (2013). Bipolar disorders in DSM-5: strengths, problems and perspectives. *International journal of bipolar disorders*, 1(1), 1-3.
5. Kelly, T. (2018). Prospective: Is bipolar disorder being overdiagnosed?. *International journal of methods in psychiatric research*, 27(3), e1725.
6. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
7. Maslow, A. H. (1962). Lessons from the peak-experiences. *Journal of humanistic psychology*, 2(1), 9-18.
8. Evdokas, A., & Khadivi, A. (2011). Activity, Passivity, and the Subjective Experience of Hypomania. In *Personality and Psychopathology* (pp. 261-274). Springer, New York, NY.
9. Compton, W. C. (2018). Self-actualization myths: what did Maslow really say? *Journal of Humanistic Psychology*, 0022167818761929.
10. Flower, L. (2017). Spiritual experiences: Understanding their subjective nature in peak performance. *The Sport Journal*, 19.
11. Ferrara, M. S. (2021). Peak-experience and the entheogenic use of cannabis in world religions. *Journal of Psychedelic Studies*, 4(3), 179-191.
12. Solberg, R. T., & Dibben, N. (2019). Peak experiences with electronic dance music: Subjective experiences, physiological responses, and musical characteristics of the break routine. *Music Perception: An Interdisciplinary Journal*, 36(4), 371-389.
13. Hoffman, E., Jiang, S., Wang, Y., & Li, M. (2021). Travel as a Catalyst of Peak Experiences Among Young Chinese Adults. *Journal of Humanistic Psychology*, 61(4), 608-628.
14. Compton, M. T., & Nemeroff, C. B. (2000). The treatment of bipolar depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 57-67.
15. Lucenko, O. L. (2016). Frajburz'kij osobistisnij opituval'nik FPI-perevirka validnosti ta lokal'na standartizacija. *Visnik Harkivs'kogo nacional'nogo universitetu imeni VN Karazina. Serija Psihologija*, (61), 49-54.
16. Bar-On, R. (2001). Emotional intelligence and self-actualization. In J. Ciarrochi, J. P. Forgas, & J. D. Mayer (Eds.), *Emotional intelligence in everyday life: A scientific inquiry* (pp. 82-97). Psychology Press.
17. Keizer, I., Pigué, C., Favre, S., Aubry, J. M., Dayer, A., Gervasoni, N., ... & Bertschy, G. (2014). Subjective experience of thought overactivation in mood disorders: beyond racing and crowded thoughts. *Psychopathology*, 47(3), 174-184.
18. Ryles, F., Meyer, T. D., Adan-Manes, J., MacMillan, I., & Scott, J. (2017). A systematic review of the frequency and severity of manic symptoms reported in studies that compare phenomenology across children, adolescents and adults with bipolar disorders. *International journal of bipolar disorders*, 5(1), 1-11.
19. Clemente, A. S., Santos, W. J. D., Nicolato, R., & Firmo, J. O. A. (2017). Stigma related to bipolar disorder in the perception of psychiatrists from Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. *Cadernos de saude publica*, 33, e00050016.
20. Chan, D., & Sireling, L. (2010). 'I want to be bipolar'... a new phenomenon. *The Psychiatrist*, 34(3), 103-105.
21. Clarkin, J. F., Caligor, E., Stern, B., & Kernberg, O. F. (2019). *MANUAL FOR THE STRUCTURED INTERVIEW OF PERSONALITY ORGANIZATION-REVISED (STIPO-R)*.
22. Force, O. T. (Ed.). (2008). *Operationalized psychodynamic diagnosis OPD-2: Manual of diagnosis and treatment planning*. Hogrefe Publishing.
23. MacLean, K. A., Leoutsakos, J. M. S., Johnson, M. W., & Griffiths, R. R. (2012). Factor analysis of the mystical experience questionnaire: A study of experiences occasioned by the hallucinogen psilocybin. *Journal for the scientific study of religion*, 51(4), 721-737.
24. Conway, J. M., & Peneno, G. M. (1999). Comparing structured interview question types: Construct validity and applicant reactions. *Journal of Business and Psychology*, 13(4), 485-506.