

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ПСИХОАНАЛІТИЧНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ ПРИ ПАНІЧНИХ АТАКАХ: АНАЛІЗ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ

Костянтин Сігута, M.D., лікар-психіатр вищої категорії, навчаючий психоаналітичний терапевт
і супервізор, голова Української асоціації психоаналітичної психотерапії,
Викладач відділення психотерапії
Зігмунд Фройд Університет Україна
Київ, Україна

SPECIFICS OF UTILIZING PSYCHOANALYTIC PSYCHOTHERAPY FOR PANIC ATTACKS: ANALYSIS OF A CLINICAL CASE

Kostiantyn Sihuta, M.D., psychiatrist, training psychoanalytic psychotherapist, supervisor, the Head
of the Ukrainian Association for Psychoanalytic Psychotherapy, the Lecturer
at the Psychotherapy Department,
Ukraine Sigmund Freud University,
Kyiv, Ukraine
<http://orcid.org/0009-0009-9979-6013>
sigutak@gmail.com

Вступ. Панічні атаки (ПА) та інші тривожні порушення належать до поширених розладів, які суттєво впливають на якість життя та працездатність. За оцінками міжнародних епідеміологічних оглядів, поширеність панічного розладу протягом життя коливається близько 1–3%, а частота панічних симптомів у населення є значно вищою (World Health Organization, 2017; 2022). В Україні проблема ускладнюється наслідками хронічного стресу, воєнних дій та економічної нестабільності, що підвищують вразливість до тривожно-депресивних станів.

Попри доведену ефективність фармакотерапії, у частини пацієнтів зберігається залишкова симптоматика, висока схильність до рецидивів або непереносимість препаратів. Це підкреслює необхідність психотерапевтичного втручання, орієнтованого не лише на приборкання симптомів, але й на роботу з глибинними психічними конфліктами та стійкими патернами саморегуляції. Психодинамічна або психоаналітична терапія продемонстрували ефективність у низці рандомізованих контрольованих випробувань щодо

лікування ПА (Milrod et al., 2007; Milrod et al., 2016; Leichsenring, 2005; Shedler, 2010).

Мета цієї статті – проілюструвати можливості та обмеження психоаналітичної психотерапії у пацієнта з ПА на тлі нарцисично-депресивної організації особистості, показати динаміку перенесення/контрперенесення та трансформацію захистів на двохрічному відрізку лікування.

Завдання: (1) узагальнити сучасні теоретичні уявлення про ПА в психоаналітичній традиції; (2) описати клінічний випадок і ситинг; (3) подати 4 узагальнені фрагменти сесій з різних періодів; (4) обговорити терапевтичні механізми змін і практичні висновки.

Методи: аналітичний огляд літератури; клінічний метод; якісний аналіз психотерапевтичного процесу з елементами мікроаналізу сесій; описовий дизайн одиничного випадку (case study) згідно з етичними вимогами конфіденційності (через деідентифікація даних та зміну другорядних деталей випадку).

Аналіз останніх досліджень. Психоаналітичне розуміння тривоги та панічних атак. Класичний психоаналіз трактує тривогу,

як сигнал перевантаження Его, що виникає у ситуації конфлікту між імпульсами, заборонами Супер-Его, та вимогами реальності (Freud, 1926/1959). ПА у цьому ракурсі можна розуміти, як гостру декомпенсацію регуляторних механізмів, коли елементи несвідомого прориваються у свідомість у вигляді соматичних і катастрофічних відчуттів.

У кляйніанській традиції (Klein, 1946; Segal, 1973) у питанні тривоги центральними є поняття персекуторної та депресивної тривоги, що пов'язані із ранніми об'єктними стосунками. Ранні примітивні захисти – розщеплення, проєктивна ідентифікація, ідеалізація та знецінення – дозволяють зменшити афект, але ціною втрати інтеграції та гнучкості Я. При ПА часто спостерігається регрес у персекуторну тривогу параноїдно-шизоїдної позиції з переживанням «загрози ззовні».

Біон (Bion, 1962) зробив внесок у розуміння цієї клініки через опис моделі контейнера–контейнованого: тобто як здатність об'єкта (терапевта/батьківської фігури) витримувати та перетравлювати неопрацьовані афекти суб'єкта (β-елементи), повертаючи їх суб'єкту у символізованій формі. Для пацієнтів із ПА стабільний контейнер є необхідною умовою розвитку альфа-функції – здатності споглядати та осмислювати власні афекти, а не відреагувати їх тілесно.

Клінічно цінним у розумінні ПА можуть бути й напрацювання Розенфельда (1971/1987), який звертав увагу на феномени всемогутньої ідентифікації та нарцисичних систем, що схильні до саморуйнування та до спротиву інтерпретації. У подібних випадках терапевтичний альянс регулярно підривається атаками на зв'язки (Bion, 1959/1962) і потребує витримування тривалих перешкод (Rosenfeld, 1987).

Психодинамічні та психоаналітичні втручання при тривозі й панічних атаках. Сучасні емпіричні огляди свідчать, що психодинамічні втручання середньої тривалості демонструють клінічно значущі ефекти при тривожних розладах, включно з панічним, порівнянні з когнітивно-поведінковою терапією за низкою показників, з тенденцією до подальшого приросту ефекту у постлікувальному періоді (Leichsenring, 2005; Milrod et

al., 2007; Shedler, 2010; Abbass et al., 2014). Окремі дослідження виділяють роль роботи з перенесенням як предиктор кращого результату у підгруп пацієнтів з міжособистісною вразливістю (Keefe et al., 2014).

У сучасній науковій літературі психоаналітична та психодинамічна психотерапія все частіше розглядаються у світлі доказової психології і психотерапії (Великодна, 2023а; Великодна, 2023б). Мета-аналіз Abbass et al. (2014) показав, що короткострокова психодинамічна психотерапія має статистично значущий ефект при тривожних і депресивних розладах, що зберігається у довгостроковій перспективі.

Leichsenring et al. (2015) у своєму огляді підтвердили, що психодинамічна терапія є ефективною не лише для депресивних, а й для тривожних розладів, включаючи панічний розлад. Автори наголошують, що тривалість терапії та якість альянсу мають вирішальне значення.

Milrod et al. (2007) провели рандомізоване контрольоване дослідження, яке показало ефективність психоаналітично орієнтованої психотерапії при панічному розладі, продемонструвавши значне зниження частоти панічних атак і покращення функціонування пацієнтів. Таким чином, сучасні дослідження підтверджують, що психоаналітична психотерапія не лише зберігає своє теоретичне значення для розуміння панічних атак, але й відповідає критеріям доказовості у роботі з ними.

Клінічний випадок. Наведена нижче терапія проводилася індивідуально, вічна-віч, із частотою двічі на тиждень, тривалістю по 45 хвилин. Загальна тривалість описаного етапу – близько двох років. Формат – переважно наживо з періодичними онлайн-сесіями під час відряджень. Сетинг: фіксований день і час, оплата в кінці сесії (або до початку онлайн-зустрічей), обговорені правила перерв (відпустка терапевта 3,5 тижні).

Пацієнт Е. (чоловік, 38 років) звернувся через місяць після дебюту ПА, що розпочалися на тлі гіпертонічного кризу в контексті гострого стресу, пов'язаного зі здоров'ям 4-річного сина (підозра на хворобу кишечника). *Симптоми ПА:* раптова тахікардія, запаморочення, дереалізація, страх смерті, пошук

невідкладної допомоги. *Очікування пацієнта від терапії*: позбавлення від ПА; «замінити стару програму на нову»; повернути здатність радіти життю.

Ранній розвиток: до 6 років проживав у іншій країні (це суб'єктивно переживається, як «світла пляма в житті»), далі сім'я переїхала в Україну. Родина проживала в умовах 7 осіб у двокімнатній квартирі. Е. часто мав зміни шкіл (3 школи до 6 класу). З 6 до 11 років – займався спортивною акробатикою, де зазнавав жорсткого ставлення тренера, з епізодами фізичного покарання, що схвалювалося батьками. У 9 років самостійно пройшов відбір у футбольну школу, однак батько заборонив відвідувати її, наполігши на акробатиці. Це переживається Е. як фрустрація й обмеження самовираження.

Сімейна динаміка: Е. – старша дитина в сім'ї, має сестру, молодшу на 4 роки. У період 12–15 років згадує наростання конфліктів батьків, епізоди відходів батька з дому. Мати – турботлива, але керована власною матір'ю. Е. згадує, що бабуся активно втручалася в сімейні стосунки. Батько – соціально активний, але пізніше практикував зловживання алкоголем і невірність у шлюбі. Головне його послання до сина: «без мене ти нічого не вартий». Пацієнт відповідає на це компенсаторною гіперідентифікацією з досягненнями: у 23 роки він керівник великого відділу, згодом – побудував власний бізнес. Водночас у нього зберігаються сумніви у власній цінності та страх «чогось не знати». Внутрішній образ батька амбівалентний: одночасно ідеалізований як «сильний, здатний вирішити будь-що», і знецінений через алкогольну деградацію.

Партнерсько-батьківський контекст: Е. має стабільний шлюб, а його дружина – підтримувальна, розумна. В парі народився довгоочікуваний син, однак із харчовими обмеженнями та алергіями. В Е. через це виникають амбівалентність і провина («його обмеження – моя провина») поряд із нарцисичною інвестицією в футбольні досягнення сина (ідентифікація з нереалізованою мрією).

Початок терапії: високий контроль, мовні потоки без пауз; труднощі витримування мовчання терапевта; очікування від терапевта, що той буде суворо оцінювати, або звернення до

нього як до «всезнаючого лікаря, який видасть зайве». Характерними були запізнення та забування оплати після перерв, що розуміється терапевтом як відреагування образи та перевірка надійності об'єкта. В структурі особистості – невротичний рівень із вираженими нарцисичними та депресивними радикалами; ключові захисти: ідеалізація/знецінення, розщеплення, проєктивна ідентифікація, раціоналізація, маніакальна репарація.

Узагальнені фрагменти сесій (динаміка процесу).

Фрагмент 1. Ранній період (місяці 1–3). Тема боротьби та неможливості розслабитись.

Пацієнт: «Життя – це боротьба. Я весь час доводжу, що чогось вартий. Коли хтось компетентніший, я ніби зникаю». Терапевт віддзеркалює дитячий запит на прийняття та право «бути», інтерпретує конфлікт між нарцисичною ідеальною самістю та страхом розчинитися у соромі. Обговорюється «скарбниця» – внутрішній притулок всемогутності, з якого важко вийти без ризику втрати ідеального образу. Досвід паузи як нестерпний: мовчання сприймається як вимога «відповідати очікуванням». Починається робота над толеруванням паузи та невизначеності.

Фрагмент 2. Після першої відпустки терапевта (місяці 4–6). Забування оплат, запізнення, провина.

Напередодні сесії пацієнт терміново погашає заборгованість, приходить з вираженим соромом та очікуванням покарання: «Учень не виправдав очікувань учителя». Інтерпретуються сценарії всевладного Супер-Его, що вимагає ідеальності, та цикли самопокарання, як спроба зберегти контроль («якщо покарання – значить, усе передбачив»). Паралель у перенесенні: терапевт, як одночасно «педіатр для дитячої частини» і «хірург, що видаляє зайве»; очікування всемогутнього лікування. На тлі інсайтів щодо надмірних вимог до себе, пацієнт пом'якшує очікування до сина, з'являється зачаткова емпатія до власної вразливої частини.

Фрагмент 3. Середній період (місяці 7–10). Сон про матір і «загорнуту цукерку», виключення з пари «дружина–син».

Пацієнт приносить сон: на святі мати прилюдно критикує його; він загортає цукерку

і кидає в матір – полегшення поряд зі страхом невідповідності. В асоціаціях – конфлікт щодо спільного засинання з дружиною і сином, відчуття виключеності, провина за злість. Опрацьовується тема допустимості власних «малих задоволень» і права на межі. Терапевт розглядає перенесення: терапевт, як мати, що не дозволяє відокремлення, та контрперенесення – відчуття притиснення нормативними очікуваннями. Формується здатність утримувати амбівалентність без відреагування у симптом.

Фрагмент 4. Період безвихідності та робота з люттю (місяці 11–16). Мовчазна лють і сонливість терапевта.

Після запізнення пацієнт довго мовчить; на запити реагує роздратуванням, яке спершу не усвідомлює. У терапевта – сонливість і тимчасова «неможливість думати» – ознака проєктивної ідентифікації. Поступово зростає здатність пацієнта називати лють та страх «підставитися», приймати обмеженість контролю в терапії (триває «прогулянка по болоту»). Після витримування безвихідності відзначається суб'єктивне зниження частоти ПА, поява досвіду самозаспокоєння без уникнення.

Обговорення. Представлений випадок ілюструє типовий для ПА цикл: персекуторна тривога – регресивні захисти – соматизація/катастрофізація – посилення контролю та самопокарання. У перенесенні пацієнт розміщує у терапевтові вимогливий, всезнаючий та потенційно каральний об'єкт. Через це у контрперенесенні виникають переживання сонливості та «зависання мислення», що відповідало його несвідомій потребі віддати нестерпні афекти на переробку (Bion, 1962).

Терапевтичні зміни наставали завдяки (а) стабільному сетингу, який виконував контейнерну функцію; (б) фокусуванню на мікропроцесах стосунків (забування оплати, запізнення, мовчання) як матеріалі для інтерпретації; (в) поступовій інтерналізації «достатньо доброго об'єкта», що не карає за невідповідність, а допомагає осмислити власні афекти. Трансформація у бік

депресивної позиції проявилась у збільшенні здатності витримувати провину без самоприпущення та у здатності піклуватися про реальних об'єктів (сина) без маніакальної вимоги ідеальності.

Важливими клінічними уроками стали: (1) потреба явного обговорення правил і перерв – це знизило інтенсивність відігравань; (2) пряме називання люті люттю та її прийняття у терапевтичній дійсності замість інтелектуалізації; (3) увага до снів, як до «мосту» між внутрішньою сценою і поточними стосунками; (4) толерування безвихідних ситуацій без поспіху до «позитивного підкріплення», що дозволяло пацієнтові пережити новий досвід некараного недосконалого буття (Rosenfeld, 1987; Joseph, 1989).

Висновки. У представленому клінічному випадку психоаналітична психотерапія пацієнта з ПА і нарцисично-депресивною організацією сприяла зниженню частоти та інтенсивності нападів тривоги, посиленню рефлексійної функції та м'якішій регуляції афектів. Ключовими механізмами змін тут можна вважати контейнерні функції сетингу, інтерпретацію первинних захистів, роботу з перенесенням/контрперенесенням і поступову інтерналізацію підтримувального об'єкта. Узагальнені фрагменти сесій демонструють рух від тотального контролю та самопокарання до здатності витримувати паузу, невизначеність і амбівалентність, не вдаючись до панічної реакції. Цей випадок може слугувати орієнтиром для тактики роботи із іншими пацієнтами з ПА через такі практичні рекомендації: чітко структурувати сетинг; валідизувати потребу в контролі такими пацієнтами, паралельно пропонуючи досвід безпечного «не-знання»; послідовно повертати увагу до тілесних маркерів тривоги, як сигналів афекту, що піддаються осмисленню; залучати матеріал снів для опрацювання відокремлення.

Етичні зауваги

Опис підготовлено з дотриманням анонімності пацієнта.

Список літератури:

- Abbass, A., Town, J., & Driessen, E. (2014). Intensive short-term dynamic psychotherapy: A systematic review and meta-analysis. *Harvard Review of Psychiatry*, 22 (2), 97–108.
- Bion, W. R. (1962). *Learning from Experience*. London: Heinemann.

- Bion, W. R. (1959/1962). Attacks on linking. In *Second Thoughts* (pp. 93–109). London: Heinemann.
- Freud, S. (1926/1959). Inhibitions, Symptoms and Anxiety. *Standard Edition*, 20. London: Hogarth Press.
- Hinshelwood, R. D. (1991/2018). *A Dictionary of Kleinian Thought* (Rev. ed.). London: Routledge.
- Joseph, B. (1985/1989). Transference: The total situation. In *Psychic Equilibrium and Psychic Change* (pp. 127–159). London: Routledge.
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psycho-Analysis*, 27, 99–110.
- Leichsenring, F. (2005). Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? A review of empirical data. *International Journal of Psychoanalysis*, 86 (3), 841–868.
- Milrod, B., Busch, F., Leon, A. C., et al. (2007). A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164 (2), 265–272.
- Milrod, B., Keefe, J. R., & Dormeier Freire, A. (2016). Psychodynamic treatments for panic disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 39 (3), 533–544.
- Rosenfeld, H. (1971/1987). *Impasse and Interpretation*. London: Tavistock.
- Segal, H. (1973). *Introduction to the Work of Melanie Klein*. London: Hogarth Press.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65 (2), 98–109.
- World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2022). *Anxiety disorders: Key facts*. Geneva: WHO.
- Leichsenring, F., Klein, S., & Salzer, S. (2015). The efficacy of psychodynamic psychotherapy in specific mental disorders: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 45(14), 2711–2722.
- Milrod, B., Leon, A. C., Busch, F. N., Rudden, M., Schwalberg, M., Clarkin, J., ... Shear, M. K. (2007). A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164(2), 265–272.
- Великодна, М. (2023а). Психодинамічна психотерапія як доказова практика: огляд емпіричних даних про ефективність роботи з дорослими. *Український психодинамічний журнал*, 1(2), 39–47. <https://doi.org/10.32782/upj/2023-2-5>
- Великодна, М. (2023б). Психодинамічна психотерапія як доказова практика: огляд емпіричних досліджень про ефективність роботи з дітьми та підлітками. *Український психодинамічний журнал*, 1(3), 66–73. <https://doi.org/10.32782/upj/2023-3-10>

Анотація. Стаття присвячена аналізу можливостей та обмежень психодинамічної психотерапії у лікуванні панічних атак у пацієнта з нарцисично-депресивною організацією особистості. Панічні атаки є поширеною симптоматикою, зокрема у тривожних розладах. В Україні ця проблема посилюється наслідками хронічного стресу. Наголошується, що психодинамічна терапія довела свою ефективність у низці рандомізованих контрольованих випробувань щодо лікування панічних, демонструючи значне зниження їхньої частоти та покращення загального функціонування. Ця стаття мала на меті проілюструвати динаміку перенесення/контрперенесення та трансформацію захистів на дворічному відрізку лікування, використовуючи якісний аналіз клінічного випадку пацієнта з панічними атаками.

Теоретичний огляд статті охоплює класичне психодинамічне розуміння тривоги як сигналу переважання Его при конфлікті між імпульсами та реальністю. У кляйніанській традиції панічні атаки пов'язуються з регресом у персекutory тривогу параноїдно-шизоїдної позиції та функціонуванням примітивних захистів (розщеплення, проєктивна ідентифікація), а також як наслідок нездатності об'єкта виконувати контейнерувальну функцію, що перешкоджає здатності суб'єкта осмислювати власні афекти.

Наведений клінічний випадок пацієнта 38 років ілюструє цей типовий цикл: персекutory тривога – регресивні захисти – соматизація – посилення контролю. Динаміка терапевтичного процесу, що відбувався віч-на-віч двічі на тиждень, показала рух від тотального контролю та очікування карального/всезнаючого терапевта до здатності витримувати паузу та амбівалентність. Ключовими механізмами терапевтичних змін зазначено: (а) контейнерувальні функції сетингу, (б) інтерпретацію примітивних захистів та фокусування на мікропроцесах стосунків, (в) поступову інтерналізацію «достатньо доброго об'єкта». Це сприяло підтримці

депресивної позиції, що проявилася у зниженні частоти панічних атак, посиленні рефлексійної функції та здатності витримувати провину без самоприпинення.

Ключові слова: панічні атаки, психоаналіз, психоаналітична психотерапія, психодинамічна терапія, тривога.

Abstract. The paper is devoted to the analysis of the possibilities and limitations of psychoanalytic psychotherapy in the treatment of panic attacks in patients with narcissistic-depressive personality organization. Panic attacks are a common symptom, particularly in anxiety disorders. In Ukraine, this problem is exacerbated by the effects of chronic stress. It is emphasized that psychodynamic therapy has proven its effectiveness in a number of randomized controlled trials for the treatment of panic attacks, demonstrating a significant reduction in their frequency and improvement in overall functioning. This article aimed to illustrate the dynamics of transference/countertransference and the transformation of defenses over a two-year treatment period, using a qualitative analysis of a clinical case of a patient with panic attacks.

The theoretical review of the article covers the classical psychoanalytic understanding of anxiety as a signal of ego overload in the conflict between impulses and reality. In the Kleinian tradition, panic attacks are associated with regression to persecutory anxiety of the paranoid-schizoid position and the functioning of primitive defenses (splitting, projective identification), as well as a consequence of the object's inability to perform a containing function, which hinders the subject's ability to comprehend their own affects.

The following clinical case of a 38-year-old patient illustrates this typical cycle: persecutory anxiety – regressive defenses – somatization – increased control. The dynamics of the therapeutic process, which took place face-to-face twice a week, showed a shift from total control and expectation of a punitive/omniscient therapist to the ability to endure pause and ambivalence. The key mechanisms of therapeutic change are: (a) the containing functions of the setting, (b) the interpretation of primitive defenses and focus on microprocesses of relationships, (c) the gradual internalization of a “good enough object.” This contributed to the maintenance of a depressive position, which manifested itself in a decrease in the frequency of panic attacks, a strengthening of the reflective function, and the ability to endure guilt without self-deprecation.

Key words: panic attacks, psychoanalysis, psychoanalytic psychotherapy, psychodynamic therapy, anxiety.