

Фоменко Анжела

психолог, супервізор,

членкиня спільноти The International Focusing Institute,

майстер – школи Клієнт-центрованої психотерапії К. Роджерса

Асоціації практичних психологів

Приватна психологічна практика

<https://orcid.org/0009-0005-6840-791X>

Черткова Вікторія

практичний психолог, тренер, супервізор

Приватна психологічна практика

<https://orcid.org/0009-0005-9711-3267>

ФІКСАЦІЯ НА ДИТЯЧИХ ПСИХОЛОГІЧНИХ ТРАВМАХ: ЧОМУ НАДМІРНА УВАГА ДО МИНУЛОГО МОЖЕ ЗАШКОДИТИ КЛІЄНТОВІ В ПРОЦЕСІ ПСИХОТЕРАПІЇ

Анотація. У статті розглянуто феномен фіксації на дитячих психологічних травмах у психотерапевтичному процесі та його потенційні ризики для пацієнта й терапевтичної динаміки. Підкреслюється, що надмірна орієнтація на реконструкцію минулого без достатнього рівня емоційної стабілізації може не лише погіршувати прогноз, а й спричиняти ретравматизацію, посилювати проблеми з ідентичністю, впливати на розвиток дисоціативних реакцій і викривлень автобіографічної пам'яті. У цьому контексті проаналізовано сучасні підходи до роботи з травмою, від психоаналітичних до соматичних і тілесно-орієнтованих практик. Робиться акцент на пошук збалансованої методології, яка поєднує глибину переживання з безпекою процесу. Особливу увагу приділено методу фокус-орієнтованої психотерапії (Focusing-Oriented Therapy (FOT)), розробленому Юджином Джендліном, як потенційно ефективному інструментові інтеграції афективного досвіду без заглиблення в деструктивні аспекти минулого. У статті детально описано механізми, через які FOT сприяє актуалізації «тілесного відчуття» (felt sense) як ресурсу для перетворення травматичних слідів у нові смислові структури, що підтримують процес саморегуляції. Представлено результати сучасних емпіричних досліджень і систематичних оглядів у галузі травмотерапії, що демонструють потенціал тілесно-орієнтованих підходів у запобіганні ретравматизації. На основі клінічних спостережень і практичних прикладів зроблено висновок, що FOT, будучи поміркованим, інтуїтивним підходом, допомагає клієнтові відновити контакт із власними емоційними процесами, формуючи безпечний простір для інтеграції болісного досвіду. Підкреслено необхідність подальших рандомізованих контрольованих досліджень для валідації специфічних терапевтичних ефектів методу, а також розробки стандартів його застосування в клінічній практиці.

Ключові слова: дитяча травма, фіксація на минулому, ретравматизація, фокус-орієнтована психотерапія, фокусинг, травмофокусні інтервенції.

Fomenko Angela*Psychologist, Supervisor,**Member of the International Focusing Institute,**Master of the school of Client-Centered Psychotherapy by K. Rogers**Association of Practical Psychologists**Private psychological practice**<https://orcid.org/0009-0005-6840-791X>***Chertkova Victoria***Practical Psychologist, Trainer, Supervisor**Private psychological practice**<https://orcid.org/0009-0005-9711-3267>*

FIXATION ON CHILDHOOD PSYCHOLOGICAL TRAUMA: WHY EXCESSIVE ATTENTION TO THE PAST CAN HARM THE CLIENT IN THE PROCESS OF PSYCHOTHERAPY

Abstract. The article examines the phenomenon of fixation on childhood psychological trauma within the psychotherapeutic process and its potential risks for both the client and therapeutic outcomes. It is emphasized that excessive focus on reconstructing the past without sufficient emotional stabilization may not only hinder progress but also lead to retraumatization, identity rigidity, dissociative responses, and distortions of autobiographical memory. Within this context, the paper reviews contemporary trauma therapy approaches—from psychodynamic and cognitive frameworks to somatic and body-oriented modalities—highlighting the need for balanced methodologies that combine experiential depth with emotional safety. Particular attention is given to Focusing-Oriented Therapy (FOT), developed by Eugene Gendlin, as a therapeutic model that minimizes the risk of retraumatization while fostering integration of affective experience. The article explores the mechanisms through which FOT activates the “felt sense” as a bodily-grounded experiential process, enabling the transformation of implicit traumatic memory into coherent meaning structures that enhance self-regulation and psychological resilience. Recent empirical findings and systematic reviews are summarized, demonstrating the growing evidence base for body-oriented approaches in trauma-informed care. Drawing on clinical observations and practical examples, the conclusions emphasize that FOT represents a moderate, experiential, and empathy-based approach allowing safe and effective engagement with traumatic material. The article highlights the need for further randomized controlled trials to validate the specific therapeutic mechanisms of FOT and to develop guidelines for its standardized implementation in psychotherapeutic practice.

Keywords: childhood trauma, fixation on the past, retraumatization, focus-oriented psychotherapy, focusing, trauma-focused interventions.

Постановка проблеми та аналіз досліджень.

У психотерапії й психології останніми роками значну увагу привертає концепція дитячих психологічних травм – пережитого в дитинстві стресу, насильства, емоційного зловживання, нехтування, зради довіри тощо. Ці травми асоціюються з низкою негативних наслідків: підвищеним ризиком депресії, тривоги, порушення самоповаги, когнітивних дефіцитів, соціальних труднощів тощо.

Багато емпіричних досліджень підтверджують, що травматичний досвід має реальні та довготривалі наслідки для психічного функціонування особистості.

Водночас низка теоретичних і клінічних праць наголошує, що надмірна фіксація на пережитій травмі може підтримувати в дорослої людини ідентичність «жертви» як провідну, знижувати

рівень особистісної відповідальності й агентності, сприяти формуванню хронічного сорому, перфекціонізму або відчуття безсилля, а також зумовлювати появу когнітивних спотворень і тенденції до румінацій.

Важливо підкреслити, що травматичний досвід може формуватися не лише внаслідок очевидно негативних подій, а й через умовно позитивні впливи, такі як гіперпідключування, демонстрація надмірної любові, гіпертрофована стимуляція подарунками, підкуп чи інші форми надмірного задоволення потреб, які здатні порушувати процеси формування автономії, меж «Я» та адекватного самосприйняття.

Водночас у клінічній практиці можна спостерігати тенденцію надмірного фокусування на «відкритті» й багаторазовому перерахуванні

травматичного досвіду як центральної терапевтичної тактики. Ця практика здатна породжувати низку небажаних наслідків: від ретравматизації до консервування травматичної ідентичності, що ускладнює відновлення нормального функціонування особистості.

Аналіз наукової літератури, клінічні огляди й практичні рекомендації в сфері травмоінформованої допомоги дає змогу виділити причини, через які надмірна зосередженість на травматичному минулому може перешкоджати нормальному функціонуванню особистості: ретравматизація (повторне емоційне перевантаження без адекватної регуляції); консолідація травматичної ідентичності (хронічне маркування себе як «постраждалого», що підживлює когнітивні та поведінкові патерни); дисоціація й емоційне відключення, надмірна увага до минулого клієнта можуть сприяти відчуженню від дійсності, ускладнюючи доступ до ресурсів; порушення процесів реконсолідації пам'яті (повторні повторення спогадів у терапевтичному режимі без контрольованої переробки фрагментують пам'ять або підсилювати негативну афективну коморбідність) і через умовно позитивні впливи [20; 16].

Зокрема, Д. Круз зі співавторами наголошує, що хронічний стрес у дитинстві змінює регуляторні системи (гіпоталамо-гіпофізарна вісь, амігдала, передня поясна кора), що підвищує реактивність до тригерів та ускладнює емоційну регуляцію в дорослому житті [7]. Науковці доводять, якщо терапевт багато уваги приділяє реконструкції докладних спогадів без паралельної роботи над регуляторними навичками, це може активувати й підтримувати гіперзбудливість, провокуючи симптоматичні напади та ретравматизацію [16].

Варто також підкреслити, що психологічна ідентичність формується в діалозі: терапія може випадково підкріплювати самосприйняття як жертви, якщо зміст сесій стабільно зосереджений на дисфункціональній події без роботи над ресурсами, агентністю й майбутнім. Така «ідентифікаційна фіксація» стримує розвиток альтернативних сценаріїв самоусвідомлення й поведінки [11].

Сучасні дослідження, які вивчають моделі пам'яті (memory reconsolidation), демонструють, що спогади під час їхньої активації податливі до зміни. Однак активація без надання нової безпечної інформації або інструментів регуляції може призвести до того, що травматичні патерни знову й знову будуть закріплюватися, створюючи клінічну парадоксальність: багаторазове «повторення» не завжди означає «переробка» [16; 20].

Проблеми ідентичності, які ґрунтовно досліджено в теорії «centrality of event» (центральність події), доводять, що подія стає центральною для життя, свідомості й ідентичності людини, тобто сприймається як поворотна точка, як визначальна для всього того, що сталося після неї. Якщо людина вважає травматичну подію «центральною» для себе, тим вища ймовірність появи симптомів посттравматичного стресового розладу (далі – ПТСР). Надмірний фокус на події, яка стає «історією про те, хто я через те, що сталося», часто заважає виробити ефективні копінг-стратегії на кшталт «що я можу зараз і в майбутньому» [3].

Теорії, як-от зруйновані припущення Яноффа-Булмана (Shattered Assumptions (Janoff-Bulman)), підкреслюють, що травматичні події збурюють базові уявлення про добро, справедливість, власну компетентність. А той, хто залишається зосередженим на травматичній події без роботи над реконструкцією, може «застрягнути» в циклі негативних переконань, невпевненості, безсилля [19].

Наукові розвідки показують, що, коли люди сприймають травму як доказ «фатальної негативної характеристики» себе, а не як щось, що сталося й може бути опрацьоване, це пов'язано з гіршими результатами (вищий депресивний індекс, тривога, сором).

У дослідженні «Травма та центральність події: валентність і включеність в ідентичність і їх вплив на благополуччя (Trauma and event centrality: Valence and incorporation into identity influence well-being more than exposure)» встановлено, що негативна центральність події (те, наскільки центральною для особистості вона є) передбачає більше симптомів ПТСР, навіть контрольовано через рівень експозиції до травми [2].

У роботі «Види звинувачень, пов'язаних із травмою, після міжособистісної травми (Types of trauma-related blame following interpersonal trauma)» показано, що різні типи звинувачень (самозвинувачення, звинувачення інших, обставин) мають різну дію, але звинувачення можуть підтримувати погіршення через румінацію та внутрішній дискурс [17].

Робота «Наративна ідентичність у спектрі психозу... (Narrative identity in the psychosis spectrum...)» позначає, що особи з психотичним спектром часто мають наративну ідентичність, де фігурує фокус на стражданні, пораненнях, пасивності й утраті (зниження агентності) [6].

Дослідження «Зіткнення зі складними життєвими переживаннями – процеси розвитку нара-

тивної ідентичності й асоціації з благополуччям під час переходу до середнього віку (Facing Challenging Experiences in Life – Narrative Identity Development Processes and Associations with Wellbeing During the Transition to Midlife)» доводить, що розповіді, які дають змогу інтегрувати як негативні, так і позитивні емоції з елементами «redemption» (перетворення, відновлення), як правило, пов'язані з кращим добробутом у середньому віці. Навпаки, люди, які залишаються з негативним наративом, мають гірше психічне здоров'я та рівень добробуту [5, с. 12].

Дослідження «Довгостроковий вплив жорстокого поводження в дитинстві на інтерналізуючі розлади серед людей похилого віку: пом'якшувальна роль самооцінки (The long-term impact of childhood abuse on internalizing disorders among older adults: the moderating role of self-esteem)» показало, що високий рівень самооцінки може пом'якшити зв'язок між дитячим зловживанням і внутрішніми розладами (депресія, тривога) у старшому віці [20, с. 491].

Отже, на основі сучасних теорій і досліджень можна виділити кілька потенційних ризиків, а саме: утвердження ролі жертви як ідентичності; наявність відчуття сорому й самозвинувачення; зациклення на минулому/румінація; утрата агентності й контролю (якщо акцент лише на тому, що «зробили батьки», клієнт може відчувати, що зміни залежать лише від пояснення, вибачення чи визнання з боку батьків, а не від власних дій, що може зменшувати мотивацію до активної роботи над собою, у розвитку ресурсів); перетворення травми у визначальний фактор (клієнти й терапевти інтерпретують усі нинішні труднощі через призму минулої травми – «це тому, що батьки...», «якби не вони...»), що знижує усвідомлення інших факторів (соціальних, економічних, особистих здібностей, контексту, нових ресурсів) і зменшує різноманіття стратегій втручання).

Крім того, не можна не брати до уваги так звані «умовно позитивні впливи» (нав'язливе піклування, демонстрація гіпертрофованої любові, часте використання матеріальних стимулів – подарунків, заохочень чи підкупу, а також інші форми надмірного задоволення потреб дитини, які можуть мати неочевидний, але потенційно травматичний ефект).

Подібні патерни взаємодії, навіть за своєю зовнішньою доброзичливістю, здатні призводити до порушення процесів формування автономії, самостійності й відповідальності, сприяти розмиттю особистісних і психологічних меж,

формуванню залежної поведінки та нестійкого самосприйняття. У довготривалій перспективі це може обмежувати розвиток зрілої ідентичності, саморегуляції й конструктивного вибору в міжособистісних стосунках.

Систематичні огляди сучасних наукових досліджень, які вивчають відповідну проблематику, демонструють, що травмофокусні інтервенції загалом ефективні для зменшення симптомів ПТСР і пов'язаних із ним розладів, але їх ефективність залежить від типу травми, ступеня складності, супутніх проблем і готовності клієнта тощо [16]. Отже, виникає нагальна необхідність визначення ефективної методології, що мінімізує ризики ретравматизації та сприяє інтеграції афективного досвіду.

Мета роботи – розглянути феномен фіксації на дитячих психологічних травмах у психотерапевтичному процесі та його потенційні ризики для пацієнта й терапевтичної динаміки, проаналізувати сучасні підходи до роботи з травмою, а також окреслити напрями профілактики й терапевтичного втручання, зокрема обґрунтувати ефективність фокус орієнтованої психотерапії.

Матеріали й методи уточнення сутності основних понять і категорій, виокремлення їх змістових структур; опрацювання наукової літератури, клінічних оглядів і практичних рекомендацій у сфері травмоінформованої допомоги, з метою обґрунтування стану розкриття проблеми; теоретичний і методологічний аналіз і синтез джерел проблеми; порівняння; систематизація й узагальнення теоретичних та експериментальних даних; узагальнення досвіду.

Виклад основного матеріалу. Розвиткова (childhood/developmental) травма охоплює повторювані або тривалі стресорні чинники в ранньому житті – зловживання, емоційний недогляд, нестабільні прив'язаності, які впливають на розвиток саморегуляції, соціальної когніції та нейробіологічні процеси [7].

Сучасні огляди підкреслюють поліфакторну природу наслідків: дисрегуляцію афекту, проблеми з міжособистісними стосунками, підвищений ризик ПТСР/комплексного ПТСР і соматичних проблем [20].

Травма в дитинстві часто породжує довготривалі зміни в процесах пам'яті й емоційного переживання, що створює основу для терапевтичної роботи, спрямованої на реконсолідацію й інтеграцію цих спогадів [16].

Систематичні огляди й метааналізи психотерапевтичної теорії та практики 2010–2025 років

підтверджують ефективність окремих травмофокусних підходів у зниженні симптомів ПТСР [20].

Однак огляд літератури також указує на неоднорідність методологій, варіативність результатів у складних випадках (complex PTSD, множинні травми) і на те, що жоден підхід не є універсально кращим у всіх контекстах. Важливим висновком є те, що інтервенції повинні бути адаптовані до рівня регуляції клієнта й готовності переносити активацію травматичних подій.

З метою запобігання небажаним наслідкам, наукові дані й клінічна практика пропонують під час роботи з клієнтом фіксувати увагу здебільшого на тому, які рішення він може прийняти зараз, які кроки можливі, які ресурси має. Тобто давати можливість проінтерпретувати або інкорпорувати травму у свою історію так, щоб вона стала історією зростання або змін.

Мінімізація характерологічного самозвинувачення (characterological self-blame) та розвиток конструктивного копінгу є ще одним механізмом, який покликаний подолати наслідки травматичного досвіду [10].

Ефективним є використання різноманітного діагностичного інструментарію, наприклад, «Шкали центральності подій (Centrality of Events Scale (CES))», для визначення того, наскільки подія стала «центром» і як це впливає на симптоми [3].

Робота над корекцією переконань про себе та світ, що медіують ефект центральності. Фокус необхідно зосередити на врахуванні культурного контексту, соціальних систем, ролі громади, соціальної підтримки тощо.

Залучення позитивного досвіду з минулого або сьогодення (наприклад, моменти підтримки, успіху, компетентності) у терапії. Оцінка не лише симптомів, а й стійкості (resilience), самовизначення, якості життя тощо, адже доведено, що ті, хто проходив травмоорієнтовану терапію, часто мають не лише зменшення симптомів, а й підвищення стійкості.

Одним із потужних інструментів, який демонструє високу ефективність у роботі з наслідками психологічної травматизації та який належить до сучасних клієнт-центрованих підходів, є фокус-орієнтована терапія (Focusing-Oriented Therapy (далі – ФОТ)). На відміну від методів, що акцентують увагу переважно на когнітивних або поведінкових аспектах, фокусинг ґрунтується на безпосередньому досвіді клієнта та його тілесних відчуттях [1].

ФОТ Юджина Джендліна (Gendlin, 1981; 1996) є одним із найбільш впливових тілесно-експерієнційних підходів, що поєднує гуманістичну традицію Карла Роджерса з тілесною увагою [8]. Ю. Джендлін довів, що зцілення відбувається не лише через інтелектуальне розуміння чи вербалізацію травми, а й через контакт із внутрішнім тілесним відчуттям (felt sense), яке несе цілісний емоційно-смысловий зміст досвіду. На відміну від фіксації на батьках чи минулих подіях, ФОТ учить клієнтів бути уважними до того, як травма живе в тілі зараз. Цей процес дає змогу отримати новий досвід, який не потребує раціонального пояснення; інтегрувати тілесні й емоційні частини досвіду, що були заблоковані; зменшити румінації та знизити симптоми тривоги й дисоціації [15].

Сучасні дослідження показують, що ФОТ підвищує рівень саморефлексії, емоційної інтеграції та стійкості при роботі з травмою [9].

Таким чином, ФОТ пропонує збалансований шлях між надмірною когнітивізацією минулого та його витісненням – шлях безпосереднього проживання досвіду «тут і зараз». Фокусинг (Focusing) – це процес уважного виникнення в соматично-афективне відчуття ситуації (felt sense) і робота з ним у контексті діалогічного ставлення [8; 9]. ФОТ інтегрує цю практику в психотерапевтичний підхід: терапевт підтримує клієнта в процесі орієнтації на «відчуттєвий центр», допомагає дозволити спонтанні зміни відчуттів і значень і сприяє природній внутрішній переробці досвіду.

Основні характеристики ФОТ: увага до «тут-і-тепер» переживання, робота через тіло й відчуття, поступове відкриття образів і значень, а не експансивне «витягання» назовні фактів минулого [8]. Сучасні дані щодо ФОТ включають кореляційні й емпіричні дослідження, які вказують на його продуктивність, зокрема його ефективність щодо зниження тривоги й підвищення самоусвідомлення [4]. Заради справедливості необхідно констатувати, що цей підхід має сильне теоретичне підґрунтя й клінічні звіти, але потребує подальшої валідації [22].

Чинники, які мінімізують ризики фіксації на минулому, такі:

1. Органічне спрямування уваги: замість вербального багаторазового «програвання» подій, ФОТ орієнтує клієнта на тілесне відчуття, яке дає доступ до нових імпліцитних значень і можливостей переробки без надмірної когнітивної репетиції. Це знижує ризик укорінення травматичного нарративу.

2. Поступова активація з регуляцією: процес фокусингу природно регулює інтенсивність активації – відчуття (felt sense) часто приходять у м'якій, поступовій формі, що дає клієнту змогу залишатися в межах прийнятної активації вікна толерантності (window of tolerance).

3. Фокус на ресурсах і самовідновленні: ФОТ оперує не лише з «травматичними» матеріалами, а й відчуттями внутрішніх ресурсів і контактів, що сприяє підвищенню агентності та зменшенню ідентифікаційної фіксації.

4. Інтегративний потенціал: ФОТ легко поєднується з іншими методами (зокрема когнітивно-поведінковою терапією тощо) як підготовчий або супровідний компонент, зменшуючи шанси ретравматизації під час прямого опрацювання спогадів [16].

Огляд стану досліджень ФОТ показує, що за наявними даними дослідження його ефективності пов'язане зі зниженням психологічного дистресу, підвищенням самоусвідомлення й сенсоформування [12].

Однак відсутність великих досліджень спеціально для ФОТ у популяціях з комплексною дитячою травмою обмежує формальну рекомендацію як «першої лінії» для ПТСР у широких керівних документах [16].

Таким чином, ФОТ найкраще розглядати як перспективний підхід із сильним теоретичним підґрунтям і клінічними звітами, але поки що з недостатньою кількістю рандомізованих контрольованих досліджень.

Найсильніші практичні рекомендації щодо надання травматоорієнтованої допомоги (trauma-informed care) радять комбінувати роботу з минулим і розвитком ресурсів у теперішньому, поступово нарощуючи експозицію/опрацювання спогадів, тільки коли клієнт має достатній рівень регуляції [20]. У цьому контексті ФОТ може виступати як підготовча або супровідна методика, котра робить пряме травматичне опрацювання безпечнішим та ефективнішим [16].

До рекомендацій, які дають змогу уникнути шкідливої фіксації, зараховуємо такі:

1. Оцінку готовності й ресурсів (перед початком глибокого опрацювання важливо оцінити регуляторні навички клієнта, наявність стабільних соціальних ресурсів і здатність тримати контакти із «тут-і-тепер». Якщо ці аспекти слабкі – зосередитися на регуляції, стабілізації та роботі з тілесними ресурсами).

2. Поступова активація (застосовувати техніки, що активують спогади, поєднувати їх із

короткими ФОТ-сесіями або іншими інструментами саморегуляції, щоб клієнт зміг «відчути» зміни в тілі й повертатися в стан безпеки в разі необхідності).

3. Уникнення надмірного вербального «пережовування» (терапевтичні інтервенції, що повторюють деталі травми без кроків для інтеграції та побудови нового значення, варто обмежувати. Натомість заохочувати роботу з відчуттями, метафорами, внутрішніми ресурсами).

4. Контракт на безпеку й агентність клієнта (дозволити клієнту контролювати темп опрацювання, «запасний план» для регуляції між сесіями й чіткі сигнали безпеки, усі ці прийоми підвищують терапевтичну ефективність і знижують ризик ретравматизації).

5. Комбінація ФОТ із доказовими травмофокусними методами (ФОТ може використовуватися як підготовка перед іншими методами лікування травм або як супровід під час експозиційної роботи для забезпечення «контактності» з тілесним досвідом і зниження ризику дисоціації).

Пропонуємо орієнтовну протоколізацію ФОТ-інтегрованого підходу:

1 етап. Оцінка (1–3 сесії): визначення наявності ПТСР, рівня дисоціації, ресурсів; пояснення підходу й установа контракту безпеки.

2 етап. Стабілізація (3–8 сесій): навчання базових регуляційних технік, вправи на фокусингу, робота з диханням тощо.

3 етап. Інтеграція травматичного матеріалу (залежно від готовності): короткі активаційні інтервенції з послідовними ФОТ-перервами для відчуттєвої рефлексії й переробки.

4 етап. Закріплення (кілька сесій): робота над агентством, планування майбутнього, використання фокусингу для підсилення ресурсів і самовідновлення.

Як практичні рекомендації пропонується здійснити такі кроки: по-перше, оцінити готовність клієнта (емоційну регуляцію, підтримку в житті, ризик суїциду/самопошкодження, наявність співіснуючих розладів тощо); по-друге, мінімізувати ризики ретравматизації (стабілізувати стан клієнта, навчання технік регуляції, чутлива робота з альянсом, розробка плану безпеки); по-третє, моніторинг терапевтичного процесу (відстежування змін симптомів (включно з погіршенням) під час втручання; застосування стандартних шкал і документування побічних реакцій); по-четверте, увага на адаптивні зміни: поєднання опрацювання минулого з роботою над теперішніми шаблонами поведінки/думок

(наприклад, експозиція й робота над румінацією, когнітивна реструктуризація, навички міжособистісної регуляції).

Висновки. Отже, визнання й вивчення минулого необхідні, але надмірна увага до нього може завдати шкоди через ретравматизацію, консервацію травматичної ідентичності, порушення процесів реконсолідації пам'яті й посилення дисоціації. Сучасна доказова база підтверджує ефективність травмофокусних втручань загалом, але також акцентує потребу в індивідуалізації й увазі до регуляторних ресурсів клієнта.

Фокус-орієнтована терапія (Focusing-Oriented Therapy) пропонує процес-орієнтований, тілесно-сприйнятний шлях, який знижує ризики надмірного вербального «переживування» минулого та підтримує природну інтеграцію переживань через «почуття, що відчувається (felt-sense)» – фізичне, тілесне усвідомлення ситуації

або теми, що переживається як єдине, складне й часто нечітке почуття, а не як низка думок або слів. Як підготовчий або супровідний компонент ФОТ може підвищити безпеку терапевтичного втручання й ефективність інших травмофокусних методик.

Перспективність ФОТ потребує додаткових досліджень для формування твердої емпіричної бази в контексті комплексної дитячої травми. Хоча теоретична база сильна й клінічні звіти позитивні, бракує великих досліджень для оцінки специфічних ефектів ФОТ порівняно з іншими підходами вразі комплексної дитячої травми. Потрібні нейропсихофізіологічні дослідження для виявлення шляхів, якими фокусинг модулює активацію й реконсолідацію пам'яті тощо. Перспективним також вважаємо вивчення питання, як навчання фокусингу впливає на компетентність терапевтів у роботі з травмою.

Список використаних джерел

1. Árpád K. Understanding Focusing-Oriented Psychotherapy. *Psychological Counseling and Psychotherapy*. 2015. doi: 10.26565/2410-1249.
2. Bernard J.D., Whittles R.L., Kertz S.J., Burke P.A. Trauma and event centrality: Valence and incorporation into identity influence well-being more than exposure. *Psychol Trauma*. 2015. Jan. 7(1). P. 11–17. doi: 10.1037/a0037331. Epub 2014 Aug 18. PMID: 25793588.
3. Berntsen D., Rubin D.C. The centrality of event scale: a measure of integrating a trauma into one's identity and its relation to post-traumatic stress disorder symptoms. *Behav Res Ther*. 2006. № 44(2). P. 219–231. doi: 10.1016/j.brat.2005.01.009. PMID: 16389062; PMCID: PMC3974102.
4. Benjamin, Benny. Bringing psychotherapy research to life: understanding change through the work of leading clinical researchers. *British Journal of Guidance & Counselling*. 2011. №39. P. 288–291. 10.1080/03069885.2011.563955.
5. Eriksson, Py Liv & Frisén, Ann. Facing Challenging Experiences in Life – Narrative Identity Development Processes and Associations with Wellbeing During the Transition to Midlife. *Identity*. 2023. № 24. P. 1–15. 10.1080/15283488.2023.2258152.
6. Cowan H.R., Mittal V.A., McAdams D.P. Narrative identity in the psychosis spectrum: A systematic review and developmental model. *Clin Psychol Rev*. 2021 Aug. 88. 102067. doi: 10.1016/j.cpr.2021.102067. Epub 2021 Jul 10. PMID: 34274799; PMCID: PMC8376804.
7. Cruz, D. та ін. Developmental trauma: Conceptual framework, associated ... [Оглядовий документ]. *Frontiers*, 2022. doi: 10.1007/s40653-021-00415-4. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9352895/>.
8. Gendlin E.T. *Focusing-Oriented Psychotherapy: A Manual of the Experiential Method*. The Guilford Press, 6.p. URL: <https://focusing.org/gendlincenter>.
9. Inner Relationship Focusing by Ann Weiser Cornell & Barbara McGavin. *Focusing Folio*. 2008. Volume 21. Number 1. URL: <https://focusingresources.com/inner-relationship-focusing/>.
10. Janoff-Bulman R. Characterological versus behavioral self-blame: inquiries into depression and rape. *J Pers Soc Psychol*. 1979 Oct. 37(10). P. 1798–1809. doi: 10.1037//0022-3514.37.10.1798. PMID: 512837.
11. Keefe J. R. та ін. A meta-analysis of interpersonal and psychodynamic approaches in PTSD treatment. *Psychotherapy Journal*, 2024.
12. Krycka K.C., Ikemi A. Focusing-oriented–experiential psychotherapy: From research to practice. In D. J. Cain, K. Keenan, & S. Rubin (eds) *Humanistic Psychotherapies: Handbook of Research and Practice*, Second Edition. Washington, 2016, DC: American Psychological Association.
13. Mewes L. та ін. Protocol for a systematic review and meta-analysis ... *Frontiers*, 2025. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12096967/>.
14. Parker R. The current status of research on focusing-oriented psychotherapy: summary and invitation. *Focusing.org*, 6.p. URL: <https://focusing.org/gendlincenter/current-status-research-focusing-oriented-psychotherapy-summary-and-invitation>.

15. Parry P. Pediatric Bipolar Disorder versus Developmental Trauma and Holistic Assessment and Care: The Contribution of Dr Ed Levin. *Frontiers in Psychiatry*. 2025. Jul 7. № 16.
16. Reid J. та ін. A systematic review of trauma-focused psychotherapies. *Journal*, 2024. doi: 10.1002/mpr.2005. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10914124/>.
17. Reich C.M., McKnight K., Sacks S.A., Farahid N., Mulzon T., Pegel G., Jamieson J. Types of trauma-related blame following interpersonal trauma. *Psychol Trauma*. 2023. Feb. 15(2). P. 287–294. doi: 10.1037/tra0001139. Epub 2021 Sep 23. PMID: 34553983.
18. Sachs-Ericsson N., Gayman M.D., Kendall-Tackett K., Lloyd D.A., Medley A., Collins N., Corsentino E., Sawyer K. The long-term impact of childhood abuse on internalizing disorders among older adults: the moderating role of self-esteem. *Aging Ment Health*. 2010. May. 14(4). P. 489–501. doi: 10.1080/13607860903191382. PMID: 20455125.
19. Schuler E.R., Boals A. Shattering world assumptions: A prospective view of the impact of adverse events on world assumptions. *Psychol Trauma*. 2016 May. 8(3). P. 259–266. doi: 10.1037/tra0000073. Epub 2015 Jul 27. PMID: 26214070.
20. StatPearls. Trauma-Informed Therapy / ред. G. Yadav. StatPearls Publishing, 2024. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK604200/>.
21. U.S. Department of Veterans Affairs. Overview of psychotherapy for PTSD (клінічні рекомендації). 2023. URL: https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/txessentials/overview_therapy.asp.
22. Wong, Ming Yu Claudia, The Potential Psychological Advantages of the Focusing-Oriented Therapy: A Pilot Quasiexperimental Study of “Proficiency as Focusing Partner” Training Workshop on Self-Compassion. *International Journal of Clinical Practice*. 2025. 8466900. 6 pages. URL: <https://doi.org/10.1155/ijcp/8466900>.



Дата надходження статті: 14.10.2025
 Дата прийняття статті: 14.11.2025
 Опубліковано: 29.12.2025