

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-623-2-6>

**FIXATION ON CHILDHOOD TRAUMA IN PSYCHOTHERAPY:  
MECHANISMS, RISKS FOR THE PATIENT AND IMPACT  
ON THERAPEUTIC DYNAMICS, PROBLEMS AND PREVENTION**

**ФІКСАЦІЯ НА ДИТЯЧИХ ТРАВМАХ У ПСИХОТЕРАПІЇ:  
МЕХАНІЗМИ, РИЗИКИ ДЛЯ ПАЦІЄНТА ТА ВПЛИВ  
НА ТЕРАПЕВТИЧНУ ДИНАМІКУ, ПРОБЛЕМИ  
ТА ПРОФІЛАКТИКА**

**Chertkova V. O.**

*Practical psychologist, trainer,  
supervisor,  
Private psychological practice  
Kharkiv, Ukraine*

**Черткова В. О.**

*практичний психолог, тренер,  
супервізор,  
приватна психологічна практика  
м. Харків, Україна*

Проблема дитячих травм і їхнього впливу на психіку дорослої людини є однією з ключових у сучасній психотерапії. Наукові розвідки та терапевтична практика доводить, що неінтегровані досвіди дитинства формують основні патерни поведінки, емоційного реагування та міжособистісних відносин [1].

Фіксація на дитячих травмах у терапії може мати як конструктивну, так і деструктивну роль: з одного боку, вона відкриває шлях до глибинного розуміння внутрішніх конфліктів, а з іншого – може призвести до стагнації процесу, повторної ретравматизації або залежності пацієнта від терапевта.

Поняття фіксації вперше було розроблене в класичному психоаналізі З. Фрейда як зупинка лібідинозної енергії на ранніх стадіях психосексуального розвитку [2]. Надалі це поняття отримало розширене тлумачення у працях А. Фрейд, М. Кляйн, Д. Віннікотта, де фіксація розглядається як форма регресії або захисного механізму у відповідь на травматичний досвід [3].

У сучасній психотерапії фіксація розуміється як тенденція особистості до повторення певних емоційних або поведінкових сценаріїв, які беруть початок у дитячому досвіді, яка часто супроводжується феноменом ретравматизації – несвідомого повторення болісного минулого у терапевтичних стосунках [4].

Фіксація формується у результаті порушення процесу інтеграції афективного досвіду. Ключові механізми її виникнення включають: дисоціацію (відокремлення болісних емоцій від свідомого «Я»);

регресію (повернення до ранніх форм психічної організації); перенесення (проекцію дитячих образів на фігуру терапевта); опір (несвідому спробу уникнути повторного переживання травми) [5].

Такі механізми забезпечують тимчасову стабільність психіки, але у довготривалій терапії вони можуть стати джерелом стагнації та залежності від терапевтичного процесу.

Серед основних ризиками фіксації, які здатні впливати на результати терапевтичної динаміки необхідно визначити наступні: ретравматизація (повторне проживання болісного досвіду без достатньої підтримки терапевта); залежність від терапевта (емоційна або поведінкова залежність, що заважає автономії пацієнта); порушення терапевтичних меж (зміщення ролей у стосунках «терапевт–пацієнт»); супервізійні труднощі (складність виявлення моменту, коли терапія стає контрпродуктивною) та інші [6].

Вплив фіксації на терапевтичну динаміку проявляється у формі циклічності процесу, коли пацієнт не рухається вперед, а повторює ті самі патерни взаємодії.

Ефективна профілактика фіксації, на наш погляд, повинна включати низку етапів, а саме: створення безпечного терапевтичного простору з чіткими межами та контрактом; використання супервізії для зовнішнього погляду на динаміку процесу; підтримку автономії пацієнта через акцент на його відповідальності у процесі зцілення; інтеграцію тілесно-орієнтованих і когнітивних методів для уникнення надмірної емоційної регресії.

З позицій сучасної інтегративної психотерапії ефективною стратегією є поступове «перепроживання» травматичного досвіду у контрольованих умовах із наступною когнітивною реконсолідацією [7].

**Висновки.** Фіксація на дитячих травмах у психотерапії є природним, але потенційно ризикованим феноменом. Її вчасне розпізнавання та корекція дозволяють запобігти стагнації процесу, знизити ризик ретравматизації та підвищити ефективність терапевтичного втручання.

Подальші дослідження мають бути спрямовані на розробку уніфікованих критеріїв діагностики та профілактики фіксації у різних психотерапевтичних школах.

### Література:

1. Van der Kolk B. *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. New York : Penguin Books, 2014. 464 p.
2. Freud S. *Three Essays on the Theory of Sexuality*. London : Imago, 1905. 125 p.

3. Winnicott D. W. *Playing and Reality*. London : Tavistock Publications, 1971. 214 p.
4. Ogden P., Minton K., Pain C. *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. New York : Norton, 2006. 380 p.
5. Herman J. *Trauma and Recovery*. New York : Basic Books, 1992. 276 p.
6. McWilliams N. *Psychoanalytic Diagnosis: Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. 2nd ed. New York : Guilford Press, 2011. 426 p.
7. Courtois C. A., Ford J. D. *Treatment of Complex Trauma: A Sequenced, Relationship-Based Approach*. New York : Guilford Press, 2013. 476 p.
8. Fonagy P., Campbell C., Luyten P. Attachment, mentalizing and trauma: Then (1992) and now (2022). *Brain Sciences*. 2023. Vol. 13, No. 3. P. 459. DOI: 10.3390/brainsci13030459.
9. Rüfenacht E., Fonagy P., Dörfler K., Luyten P. Addressing dissociation symptoms with trauma-focused mentalization-based treatment. *Psychoanalytic Psychotherapy*. 2023. Vol. 37, No. 4. P. 467–491. DOI: 10.1080/02668734.2023.2263793.
10. Melegkovits E., Kovács M., Simon E., Szabó A. The effectiveness of trauma-focused psychotherapy for complex post-traumatic stress disorder: A retrospective study. *European Psychiatry*. 2022. Vol. 65, No. 1. P. e10. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2022.10.
11. Swerdlow B. A., Smith T. L., Zimmerman L. E. The impact of trauma-focused psychotherapy for PTSD on interpersonal functioning: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Journal of Traumatic Stress*. 2023. Vol. 36, No. 4. P. 856–874. DOI: 10.1002/jts.22992.
12. Maciel M. R., Souza D. A., Pereira J. C., Silva R. T. Changes in attachment dimensions during the treatment of acute PTSD in sexually assaulted Brazilian women. *Frontiers in Psychology*. 2023. Vol. 14. Article 1325622. DOI: 10.3389/fpsyg.2023.1325622.
13. Krakau L., Ernst M., Hautzinger M. та ін. Childhood trauma and differential response to long-term psychoanalytic versus cognitive-behavioural therapy for chronic depression in adults. *The British Journal of Psychiatry*. 2024. Vol. 224, No. 2. P. 74–83. DOI: 10.1192/bjp.2023.54.