

**Скрипник К.І.** ( ORCID 0000-0002-9995-0801),  
**Жигаренко І.Є.** (ORCID 0000-0001-5851-9137),  
**Завацький В.Ю.** (ORCID 0000-0001-9946-9113),  
**Царенок Л.Б.** (ORCID 0000-0002-1306-2724)

## **ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ У КРИЗОВІ ТА ПОСТКРИЗОВІ ПЕРІОДИ ЖИТТЯ**

*У статті розкрито особливості психологічної корекції посттравматичних стресових розладів особистості у кризові та посткризові періоди життя. Запропонована програма корекції ПТСР, побудована на принципах: активності, зворотного зв'язку, диференційованого підходу, доступності та комплексності психологічної допомоги, формування позитивного самоставлення і конструктивної життєвої перспективи, мобілізації адаптивних копінг-механізмів, з урахуванням провідних стратегій (особистісне дистанціювання; моделювання; зміна позиції; зниження суб'єктивної значущості) подолання ПТСР на етапах превенції, інтервенції й поственції.*

*Ефективність розробленої програми доведена позитивною динамікою рівня інтеграції між потребою в досягненні головних життєвих цінностей та можливістю їх досягнення в реальності; зниженням показників внутрішнього дискомфарту, ситуативної та особистісної тривожності, депресії, індексів агресивності та ворожнечі; підвищенням комунікативної та соціальної компетентності; формуванням адаптивних копінг-стратегій поведінки; розширенням мережі соціальної підтримки.*

**Ключові слова:** особистість, посттравматичні стресові розлади, психологічна корекція, кризові періоди життя, посткризові періоди життя.

**Постановка проблеми.** Встановлено, що ПТСР є структурно складним станом, який розвивається при травматичних (екстремальних) ситуаціях внаслідок емоційного або фізичного стресу, здатного викликати дистрес у будь-якої людини [1-10].

Розглянуто теоретичні моделі ПТСР: психодинамічну, когнітивну, психосоціальну та мультифакторну (комплексну), яку визнано провідною у розвитку ПТСР. Констатовано, що в межах мультифакторної моделі значущими характеристиками травматичних чинників визначені раптовість, стрімкий темп розвитку катастрофічної події й тривалість її впливу, повторюваність протягом життя, а також вразливість особистості до формування ПТСР, про яку свідчать

не тільки особливості її преморбіда (поєднання конституційно-біологічних, соціально-демографічних, сомато- й екзогенних чинників), а й схильність до віктимізації (тенденції перебувати в ролі жертви при аналогічних ситуаціях) або риси травматофілії (утримання травматичного досвіду) [11-21].

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** ПТСР виникають як відставлена та/або затяжна реакція на стресову подію або ситуацію (короткочасну/тривалу) виключно загрозового або катастрофічного характеру, які здатні викликати загальний дистрес у будь-якої людини (Г. Боуландер, А. Егендорф, С. Фіглей). Доведено, що екстремальними можуть бути й ситуації, які мають значення для окремої людини, наприклад акти агресії, насильницькі дії [40-50].

З'ясовано, що інформація з проблеми ПСТР відрізняється суперечливістю, пов'язаною, насамперед, із використанням різних методичних підходів. ПСТР описують через призму діагностичних вказівок сучасних систематик поведінкових розладів (Д. Джонсон, М. Сілвер). Використовується феноменологічний підхід із визначенням різноманіття ознак ПТСР, постадійного їх розвитку зі схильністю до затяжного перебігу, формування особистісних змін. При цьому неоднозначно трактується роль індивідуально-типологічних та особистісних особливостей, що призводять до виникнення ПТСР. Зокрема, до них відносять істеро-збудливі та астенічні риси характеру людини, емоційну нестійкість й підвищену тривожність. Показано значення соціально-демографічних характеристик у розвитку ПТСР (Г. Каплан, Дж. Мюррей). В якості предикторів таких розладів розглядаються психічні травми в дитинстві (О. Загоруйко, Ц. Короленко), залежність від психоактивних речовин, психічна ретравматизація (Р. Робінсон) та ін. Проте, на нашу думку, ці чинники предиспозиції можуть знизити поріг для розвитку ПТСР або погіршити їх перебіг, але вони не є обов'язковими, і недостатні для пояснення виникнення таких розладів загалом у осіб всіх вікових груп [22-39].

**Мета статті** – розкрити особливості психологічної корекції посттравматичних стресових розладів особистості у кризові та посткризові періоди життя.

**Виклад основного матеріалу і результатів дослідження.** У психокорекційній роботі взяли участь 78 досліджуваних із різним ступенем та типом проявів ПТСР – 14 осіб (10 чоловіків та 4 жінки) із I групи, 36 респондентів (22 чоловіка та 14 жінок) із II групи та 28 випробуваних (21 чоловік та 7 жінок) із III групи, з яких було сформовано експериментальну групу. Відбір учасників відбувався за принципом добровільності. Решта учасників (82 досліджуваних, з яких 40 чоловіків та 42 жінки) із ПТСР склали контрольну групу, з якою процедура психокорекції не проводилася.

Досліджуваних експериментальної групи було розподілено на 7 підгруп по 10-12 осіб. З кожною підгрупою протягом трьох місяців займалися двічі на тиждень, потім протягом 3 місяців здійснювали підтримуючу корекцію два рази на місяць та у наступні 6 місяців – один раз на місяць.

Психотерапевтична та психолого-консультативна робота будувалася на основі полімодального підходу, який об'єднував техніки раціональної, когнітивної, біхевіоральної психотерапії, релаксаційні методики, гештальт-терапію, психодраму, логотерапію, психологічний дебрифінг із урахуванням провідних стратегій подолання ПТСР у молоді: особистісного дистанціювання; моделювання; зміни позиції; зниження суб'єктивної значущості. Такий підхід співвідноситься з напрямом «психотерапії нового рішення» (Р. Гулдінг, М. Гулдінг), в якому переоцінюється смислове переживання певного (травматичного) моменту, зафіксоване в попередньому досвіді, й утверджується інший погляд на ситуацію, себе, зовнішні умови та впливи. Новий сенс досягається через винаходження переживання, що відповідає більшій свободі, спонтанності, можливості довіряти собі та іншим, перевіряти та випробовувати свою психологічну межу, робити вибір, знаходити особистісний ресурс для подолання ПТСР.

При впровадженні формувальних заходів враховувалися соціально-психологічні особливості молоді та відповідність обраних методів допомоги основним завданням запропонованої програми: зниження психоемоційної напруженості; опрацювання вражень, реакцій і почуттів досліджуваних; формування у них розуміння сутності подій, що відбулися, й психотравматичного досвіду; зменшення відчуття унікальності та патологічності власних реакцій шляхом обговорення почуттів та обміну переживаннями; мобілізація внутрішніх ресурсів, групової підтримки, солідарності й розуміння; зниження індивідуального та групового напруження; підготовка до переживання тих проявів і реакцій, які можуть виникнути в подальшому; розвиток комунікативної та соціальної компетентності; навчання основним методам психологічної саморегуляції.

Вивчено можливість подолання ПТСР у молоді на етапах превенції, інтервенції та поственції в умовах індивідуальної та групової форм психокорекційної роботи, відмінність між якими вбачалася в організаційному, а не змістовно-смісловому характері. При організації простору психокорекційної та консультативної взаємодії психолога з учасниками груп було впроваджено низку вимог, що відповідали сучасним уявленням про організаційно-інтеракційні особливості психотерапевтичних стосунків. Ці вимоги розглядалися нами як психологічні умови актуалізації внутрішніх ресурсів молоді з ПТСР. До них належали взаємна відповідальність психолога та

учасників за процес і результати спільної діяльності (реалізується через обговорення й укладання організаційного та терапевтичного контракту); реалізація феноменологічної установки «тут і тепер» (Ф. Перлз, К. Стайнер), відсутність тиску або примусу учасників – недирективність (К. Роджерс) та ін. Зауважимо, що урахування етнокультурних і релігійних особливостей молоді також сприяло ефективності заходів формувального впливу, особливо в досягненні мети щодо зміни травматичних деструктивних переконань.

Зважаючи на те, що серед провідних чинників, які впливають на розвиток ПТСР, є відсутність соціальної підтримки, особливо з боку групи близьких (і не тільки за родинною ознакою) людей, організація групи психологічної підтримки та проведення тренінгів із членами родин вважалися нами корисним паліативом, який сприяв подоланню ПТСР у молоді.

Аналіз результатів впровадження розробленої програми показав, що внаслідок зниження рівня внутрішнього дискомфорту ( $t=-3,2$ ;  $p\leq 0,05$ ) та самозвинувачення ( $t=-2,96$ ;  $p\leq 0,05$ ) рівень самооцінки респондентів став більш адекватним ( $t=-1,96$ ;  $p\leq 0,05$ ). Констатовано зниження коефіцієнту дезінтеграції між головними цінностями та можливостями в їх досягненні ( $p\leq 0,01$ ) у представників I та II підгруп. Рівень розходження між «цінністю» і «доступністю» в мотиваційно-ціннісній сфері осіб III групи не змінився, але ступінь внутрішнього дискомфорту зменшився ( $t=-4,06$ ;  $p\leq 0,05$ ). У респондентів експериментальної групи зафіксоване збільшення інтересу до свого внутрішнього світу (за шкалою «самоцінність»  $t=2,42$ ;  $p\leq 0,05$ ), зростання впевненості у собі та задоволеності собою (за шкалою «самоприхильність»  $t=2,53$ ;  $p\leq 0,05$ ) та зменшення критичності власного усвідомлення (за шкалою «самосприйняття»  $t=4,28$ ;  $p\leq 0,05$ ).

Констатовано збільшення здатності респондентів експериментальної групи впливати на обставини та покращення саморегуляції (за шкалою «самокерівництво»  $t=3,94$ ;  $p\leq 0,05$ ). Засвідчено зменшення таких показників комунікативної соціальної компетентності як замкненість ( $t=1,81$ ;  $p\leq 0,05$ ), емоційна нестійкість ( $t=1,54$ ;  $p\leq 0,05$ ); підвищилось вміння підкорювати себе встановленим правилам ( $t=2,32$ ;  $p\leq 0,05$ ).

При порівняльному аналізі рівнів тривожності до і після корекції виявлено достовірні зрушення високої тривожності ( $T=1721$ ;  $p\leq 0,01$ ) у осіб із I та II груп та зниження параметру агресивності ( $T=2543$ ;  $p\leq 0,01$ ), що вказує на підвищення контролю агресивних тенденцій та стриманості у поведінці. У респондентів із III групи покращення не досягало ступеня статистичної значущості, що може свідчити про перевагу агресивних тенденцій у поведінці.

Встановлено покращення параметрів психологічного захисту за показниками «регресія», «інтелектуалізація», «компенсація», «проекція»

( $p \leq 0,01$ ). Проте за показниками «заперечення», «заміщення», «реактивні утворення» покращення показників не досягало рівня статистичної значущості, що може свідчити про стійкість та глибину психотравми.

Констатовано, що в експериментальній групі збільшилась частота використання копінг-стратегії планування розв'язання проблем ( $T=3811$ ;  $p \leq 0,05$ ). Тобто досліджувані частіше стали використовувати цілеспрямований аналіз можливих варіантів поведінки з урахуванням об'єктивних обставин та минулого досвіду. Знизилися середні значення копінг-стратегії дистанціювання ( $T=1926$ ;  $p \leq 0,05$ ).

Визначено, що у досліджуваних із I та II груп значно підвищився загальний показник соціальної підтримки, розширилася соціальна мережа підтримки ( $T=2937$ ;  $p \leq 0,05$ ): покращилися взаємозв'язки з безпосереднім оточенням, розширилося коло друзів. Проте, у респондентів із III групи обмеженою залишилася соціальна мережа підтримки, відзначається недостатня сформованість адекватних уявлень про види соціальної підтримки та можливості її отримання.

Найбільш виражені позитивні зміни зафіксовані у молоді з низьким та вираженим ступенем проявів ПТСР адаптивного типу, меншою мірою – у осіб із глобальним ступенем проявів таких розладів та перевагою соціально-психологічної дезадаптації інтерпсихічної спрямованості дисгармонійного типу. У контрольній групі статистично значущих відмінностей за вказаними параметрами не виявлено.

Результати формувального етапу дослідження підтвердили ефективність розробленої психокорекції програми та можливість її впровадження при подоланні ПТСР.

**Висновки.** Виокремлено ступені та типологію проявів ПТСР, загальними критеріями визначення яких є показники частоти та інтенсивності травматичних ситуацій, рівня вираженості дистреса, інтрузії, гіперактивації, депресії та предиктори соціально-психологічної дезадаптації, динаміка яких залежить від показників соціального функціонування особистості.

Встановлено, що досліджуваним із низьким ступенем проявів ПТСР притаманні емоційний дискомфорт, незадоволеність стосунками з оточуючими, своїм соціальним статусом, рівнем самореалізації та переважає активно-захисний (здебільшого адаптивний) тип проявів ПТСР. Респондентів із вираженим ступенем прояву ПТСР відрізняють тривожно-депресивні тенденції, використання неадаптивних паттернів поведінки та несформованість самоконтролю, соціальна пасивність, низький рівень самоприйняття з перевагою соціально-психологічної дезадаптації інтрапсихічної спрямованості та пасивно-захисним типом проявів ПТСР. Досліджувані з глобальним ступенем проявів ПТСР характеризуються

високою внутрішньою напруженістю, дисфорією, експлозивністю, низьким рівнем інтеграції з середовищем, відсутністю глибоких особистісних контактів, обмеженим колом спілкування та дисгармонійним типом проявів ПТСР із переважанням дезадаптації інтерпсихічної спрямованості.

Запропонована програма корекції ПТСР, побудована на *принципах*: активності, зворотного зв'язку, диференційованого підходу, доступності та комплексності психологічної допомоги, формування позитивного самоствавлення і конструктивної життєвої перспективи, мобілізації адаптивних копінг-механізмів, з урахуванням провідних *стратегій* (особистісне дистанціювання; моделювання; зміна позиції; зниження суб'єктивної значущості) подолання ПТСР на етапах превенції, інтервенції й поственції.

Ефективність розробленої програми доведена позитивною динамікою рівня інтеграції між потребою в досягненні головних життєвих цінностей та можливістю їх досягнення в реальності; зниженням показників внутрішнього дискомфорту, ситуативної та особистісної тривожності, депресії, індексів агресивності та ворожечі; підвищенням комунікативної та соціальної компетентності; формуванням адаптивних копінг-стратегій поведінки; розширенням мережі соціальної підтримки.

## References

1. American Psychological Association. (2017). *Clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults*. Washington, DC: American Psychological Association. [in English]
2. Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S., & Keane, T. M. (1995). The development of a clinician-administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8(1), 75–17. doi: 10.1002/jts.2490080106 [in English]
3. Bohus, M., Dyer, A., Priebe, K. K., Kleindienst, N., Schmahl, C., Niedtfeld, I., ... Steil, R. (2013). Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: A randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(4), 221–233. doi: 10.1159/000348451 [in English]
4. Borenstein, M., Hedges, L. V., Higgins, J., & Rothstein, H. (2013). *Comprehensive meta-analysis version 3*. Englewood, NJ: Biostat. [in English]
5. Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 214–227. doi: 10.1176/appi.ajp.162.2.214 [in English]
6. Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The

- 1996 Detroit area survey of trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55(7), 626–632. doi: 10.1001/archpsyc.55.7.626 [in English]
7. Clarke, S., Rizvi, S., & Resick, P. (2008). Borderline personality characteristics and treatment outcome in cognitive-behavioral treatments for PTSD in female rape victims. *Behavior Therapy*, 39(1), 72–78. doi: 10.1016/j.beth.2007.05.002 [in English]
8. Cloitre, M., & Koenen, K. (2001). The impact of borderline personality disorder on process group outcome among women with posttraumatic stress disorder related to childhood abuse. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51(3), 379–398. doi: 10.1521/ijgp.51.3.379.49886[in English]
9. Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd Ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. [in English]
10. Cuijpers, P. (2016). *Meta-analyses in mental health research. A practical guide*. Amsterdam: VU University Amsterdam. [in English]
11. Cuijpers, P., Weitz, E., Cristea, I. A., & Twisk, J. (2017). Pre-post effect sizes should be avoided in meta-analyses. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(4), 364–368. doi: 10.1017/S2045796016000809 [in English]
12. Dorrepaal, E., Thomaes, K., Smit, J. H., van Balkom, A. J., van Dyck, R., Veltman, D. J., & Draijer, N. (2010). Stabilizing group treatment for complex posttraumatic stress disorder related to childhood abuse based on psycho-education and cognitive behavioral therapy: A pilot study. *Child Abuse & Neglect*, 34(4), 284–288. doi: 10.1016/j.chiabu.2009.07.003 [in English]
13. Feeny, N. C., Zoellner, L. A., & Foa, E. B. (2002). Treatment outcome for chronic PTSD among female assault victims with borderline personality characteristics: A preliminary examination. *Journal of Personality Disorders*, 16(1), 30–40. doi: 10.1521/pedi.16.1.30.22555[in English]
14. Foa, E., Hembree, E., & Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences therapist guide*. Oxford University Press. [in English]
15. Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V., & Rothbaum, B. O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6(4), 459–473. doi: 10.1002/jts.2490060405 [in English]
16. Forbes, D., Creamer, M., Allen, N., Elliott, P., McHugh, T., Debenham, P., & Hopwood, M. (2002). The MMPI-2 as a predictor of symptom change following treatment for posttraumatic stress disorder. *Journal Of Personality Assessment*, 79(2), 321–336. doi: 10.1207/S15327752JPA7902\_13 [in English]

17. Frías, Á., & Palma, C. (2015). Comorbidity between post-traumatic stress disorder and borderline personality disorder: A review. *Psychopathology*, 48(1), 1–10. doi: 10.1159/000363145 [in English]
18. Friborg, O., Martinussen, M., Kaiser, S., Øvergård, K. T., & Rosenvinge, J. H. (2013). Comorbidity of personality disorders in anxiety disorders: A meta-analysis of 30 years of research. *Journal of Affective Disorders*, 145(2), 143–155. doi: 10.1016/j.jad.2012.07. [in English]
19. Furukawa, T. A., Cipriani, A., Barbui, C., Brambilla, P., & Watanabe, N. (2005). Imputing response rates from means and standard deviations in meta-analyses. *International Clinical Psychopharmacology*, 20(1), 49–52. doi: 10.1097/00004850-200501000-00010 [in English]
20. Gratz, K. L., Rosenthal, M. Z., Tull, M. T., Lejuez, C. W., & Gunderson, J. G. (2006). An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(4), 850. doi: 10.1037/0021-843X.115.4.850 [in English]
21. Hagenaaers, M. A., Van Minnen, A., & Hoogduin, K. A. (2010). The impact of dissociation and depression on the efficacy of prolonged exposure treatment for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 48(1), 19–27. doi: 10.1016/j.brat.2009.09.001 [in English]
22. Harned, M. S. (2013). Treatment of posttraumatic stress disorder and comorbid borderline personality disorder. In E. A. Storch & D. McKay (Eds.), *Handbook of treating variants and complications in anxiety disorders* (pp. 203–221). New York, NY: Springer. [in English]
23. Harned, M. S., Korslund, K. E., Foa, E. B., & Linehan, M. M. (2012). Treating PTSD in suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder: Development and preliminary evaluation of a dialectical behavior therapy prolonged exposure protocol. *Behaviour Research and Therapy*, 50(6), 381–386. doi: 10.1016/j.brat.2012.02.011 [in English]
24. Harrer, M., Cuijpers, P., Furukawa, T. A., & Ebert, D. D. (2019). *Doing meta-analysis in R: A hands-on guide*. doi: 10.5281/zenodo.2551803 [in English]
25. Harriman, S. L., & Patel, J. (2016). When are clinical trials registered? An analysis of prospective versus retrospective registration. *Trials*, 17(1), 1–8. doi: 10.1186/s13063-016-1310-8 [in English]
26. Hefferman, K., & Cloitre, M. (2000). A comparison of posttraumatic stress disorder with and without borderline personality disorder among women with a history of childhood sexual abuse: Etiological and clinical characteristics. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(9), 589–595. doi: 10.1097/00005053-200009000-00005 [in English]



27. Hembree, E. A., Cahill, S. P., & Foa, E. B. (2004). Impact of personality disorders on treatment outcome for female assault survivors with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 117–127. doi: 10.1521/pedi.18.1.117.32767 [in English]
28. Higgins, J. P., & Thompson, S. G. (2002). Quantifying heterogeneity in a meta-analysis. *Statistics in Medicine*, 21(11), 1539–1558. doi: 10.1002/sim.1186 [in English]
29. Higgins, J. P., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J., & Welch, V. A. (Eds.). (2019). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. John Wiley & Sons. [in English]
30. Imel, Z. E., Laska, K., Jakupcak, M., & Simpson, T. L. (2013). Meta-analysis of dropout in treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(3), 394. doi: 10.1037/a0031474 [in English]
31. Institute of Medicine of the National Academies . (2013). *Treatment for posttraumatic stress disorder in military and veteran populations: Final assessment*. Washington DC: National Academies Press. [in English]
32. Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., ... Florescu, S. (2017). Trauma and PTSD in the WHO world mental health surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup5), 1353383. doi: 10.1080/20008198.2017.1353383 [in English]
33. Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Milanak, M. E., Miller, M. W., Keyes, K. M., & Friedman, M. J. (2013). National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *Journal of Traumatic Stress*, 26(5), 537–547. doi: 10.1002/jts.21848 [in English]
34. Kredlow, M. A., Szuhany, K. L., Lo, S., Xie, H., Gottlieb, J. D., Rosenberg, S. D., & Mueser, K. T. (2017). Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in individuals with severe mental illness and borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 249, 86–93. doi: 10.1016/j.psychres.2016.12.045 [in English]
35. Markowitz, J., Petkova, E., Biyanova, T., Ding, K., Suh, E., & Neria, Y. (2015). Exploring personality diagnosis stability following acute psychotherapy for chronic posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 32(12), 919–926. doi: 10.1002/da.22436 [in English]
36. McDonagh, A., Friedman, M., McHugo, G., Ford, J., Sengupta, A., Mueser, K., ... Descamps, M. (2005). Randomized trial of cognitive-behavioral therapy for chronic posttraumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 515–524. doi: 10.1037/0022-006X.73.3.515 [in English]

37. Miguel, C., Karyotaki, E., Cuijpers, P., & Cristea, I. A. (in press). Selective outcome reporting and the effectiveness of psychotherapies for depression. *World Psychiatry*.
38. Mills, K. L., Teesson, M., Back, S. E., Brady, K. T., Baker, A. L., Hopwood, S., Sannibale, C., Barrett, E. L., Merz, S., Rosenfeld, J. & Ewer, P. L. (2012). Integrated exposure-based therapy for co-occurring posttraumatic stress disorder and substance dependence. *Journal of the American Medical Association*, 7(308), 690–699. doi: 10.1001/jama.2012.9071 [in English]
39. National Collaborating Centre for Mental Health National Collaborating Centre for Mental Health . (2005). *Post-traumatic stress disorder. the management of PTSD in adults and children in primary and secondary PTSD in adults and children in primary and secondary care*. Leicester: British Psychological Society; Leicester: British Psychological Society & Gaskell. [in English]
40. Pagura, J., Stein, M. B., Bolton, J. M., Cox, B. J., Grant, B., & Sareen, J. (2010). Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder in the US population. *Journal of Psychiatric Research*, 44(16), 1190–1198. doi: 10.1016/j.jpsychires.2010.04.016 [in English]
41. Schottenbauer, M. A., Glass, C. R., Arnkoff, D. B., Tendick, V., & Gray, S. H. (2008). Nonresponse and dropout rates in outcome studies on PTSD: Review and methodological considerations. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 71(2), 134–168. doi: 10.1521/psyc.2008.71.2.134 [in English]
42. Schwarzer, G. (2007). meta: An R package for meta-analysis. *R News*, 7(3), 40–45. doi: 10.1007/978-3-319-21416-0 [in English]
43. Slotema, C. W., Wilhelmus, B., Arends, L. R., & Franken, I. H. (2020). Psychotherapy for posttraumatic stress disorder in patients with borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis of its efficacy and safety. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1796188. doi: 10.1080/20008198.2020.1796188 [in English]
44. Stalker, C., Palmer, S., Wright, D., & Gebotys, R. (2005). Specialized inpatient trauma treatment for adults abused as children: A follow-up study. *The American Journal of Psychiatry*, 162(3), 552–559. doi: 10.1176/appi.ajp.162.3.552 [in English]
45. Tarrier, N., Sommerfield, C., Pilgrim, H., & Faragher, B. (2000). Factors associated with outcome of cognitive-behavioural treatment of chronic post-traumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(2), 191–202. doi: 10.1016/S0005-7967(99)00030-3 [in English]
46. Van Emmerik, A. A., Kamphuis, J. H., Noordhof, A., & Emmelkamp, P. M. (2011). Catch me if you can: Do the five-factor model personality traits moderate dropout and acute treatment response in post-traumatic stress disorder

patients? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80(6), 386. doi: 10.1159/000329111 [in English]

47. Van Minnen, A., Arntz, A., & Keijsers, G. (2002). Prolonged exposure in patients with chronic PTSD: Predictors of treatment outcome and dropout. *Behaviour Research and Therapy*, 40(4), 439–457. doi: 10.1016/S0005-7967(01)00024-9 [in English]

48. Van Minnen, A., Harned, M., Zoellner, L., & Mills, K. (2012). Examining potential contraindications for prolonged exposure therapy for PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 3(1), 1–14. doi: 10.3402/ejpt.v3i0.18805 [in English]

49. Walter, K., Bolte, T., Owens, G., & Chard, K. (2012). The impact of personality disorders on treatment outcome for veterans in a posttraumatic stress disorder residential treatment program. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 567–584. doi: 10.1007/s10608-011-9393-8 [in English]

50. Zayfert, C., DeViva, J. C., Becker, C. B., Pike, J. L., Gillock, K. L., & Hayes, S. A. (2005). Exposure utilization and completion of cognitive behavioral therapy for PTSD in a “real world” clinical practice. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for of the International Society for Traumatic Stress Studies*, 18(6), 637–645. WAS 19. doi: 10.1002/jts.20072 [in English]

**Skrypnyk K.I., Zhyharenko I.Ye., Zavatskyi V.Yu., Tsarenok L.B.**

## **PSYCHOLOGICAL CORRECTION OF THE POST-TRAUMATIC STRESS PERSONALITY DISORDERS IN CRISIS AND POST-CRISIS PERIODS OF LIFE**

*The article reveals the peculiarities of psychological correction of post-traumatic stress disorders of the personality in crisis and post-crisis periods of life. The proposed PTSD correction program is built on the principles of: activity, feedback, differentiated approach, availability and comprehensiveness of psychological help, formation of positive self-attitude and constructive life perspective, mobilization of adaptive coping mechanisms, taking into account leading strategies (personal distancing; modeling; change of position; reduction of subjective significance) of overcoming PTSD at the stages of prevention, intervention and post-treatment.*

*The effectiveness of the developed program is proven by the positive dynamics of the level of integration between the need to achieve the main life values and the possibility of achieving them in reality; decrease in indicators of internal discomfort, situational and personal anxiety, depression, indexes of aggressiveness and hostility; increasing communicative and social competence; formation of adaptive behavioral coping strategies; expanding the network of social support.*

***Key words:** personality, post-traumatic stress disorders, psychological correction, crisis periods of life, post-crisis periods of life.*

**Скрипник Катерина Ігорівна** – магістрантка групи ПСПП-21зм спеціальності 053 Психологія кафедри практичної психології та соціальної роботи Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля;

**Жигаренко Ігор Євгенович** – доктор психологічних наук, професор, професор кафедри психології та соціології Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля;

**Завацький Вадим Юрійович** – доктор психологічних наук, доцент, професор кафедри психології та соціології Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля;

**Царенок Лілія Борисівна** – кандидат психологічних наук, докторантка спеціальності 053 Психологія кафедри практичної психології та соціальної роботи Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля.