

## СОЦІОПСИХОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ПОДОЛАННЯ ТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ

### Анотація

У статті висвітлені механізми подолання травматичного стресу, проаналізовано динаміку травматичної ситуації, розглянуті окремі теоретичні питання щодо надання психологічної допомоги особам із посттравматичним стресовим розладом, які постраждали унаслідок бойових дій, розглядається поетапність роботи психолога з учасникам під час психологічної реабілітації. Представлені основні напрямки психотерапевтичної допомоги.

*Ключові слова:* психологічна допомога, психологічна реабілітація, психотерапія, посттравматичний розлад, соціопсихологічні механізми подолання стресу, психічна травма.

### Анотация

В статье освещены механизмы преодоления травматического стресса, проанализирована динамика травматической ситуации, рассмотрены отдельные теоретические вопросы оказания психологической помощи лицам с посттравматическим стрессовым расстройством, пострадавшим вследствие боевых действий, рассматривается поэтапность работы психолога с участниками во время психологической реабилитации. Показаны основные направления психотерапевтической помощи.

*Ключевые слова:* психологическая помощь, психологическая реабилитация, психотерапия, посттравматическое расстройство, социопсихологические механизмы преодоления стресса, психическая травма.

### Annotation

The article outlines mechanisms for overcoming traumatic stress, analyzes the dynamics of the traumatic situation, discusses some theoretical questions regarding the provision of psychological assistance to persons with post-traumatic stress disorder who suffered as a result of hostilities, and the stage-by-stage work of a psychologist with participants during psychological rehabilitation is considered. The features of each line of psychotherapeutic care are shown.

Key words: psychological help, psychological rehabilitation, psychotherapy, post-traumatic disorder, sociopsihologicheskije mechanisms of overcoming stress, mental trauma.

**Постановка проблеми.** Проблема посттравматичного стресового розладу і необхідності постійного його подолання стала ще більш актуальною у зв'язку із загальним загостренням соціальної кризи, що особливо спостерігається серед військовослужбовців, що зазнають впливу численних стресогенних факторів як соціального так і особистісного характеру. Розвиткові психологічного напруження сприяє також специфіка виконуваної діяльності, характер якої, у сполученні з особистісними властивостями, позначається на особливостях переживання критичних (травматичних) ситуацій.

Реакція військовослужбовців на вплив стресорів бойової обстановки залежить як від їх значущості для конкретного учасника бойових дій, так і від особливостей їх копінг-поведінки. Значимість впливу на психіку військовослужбовців тих чи інших бойових стресорів та можливий розвиток наслідків переживання бойової психічної травми визначається їх індивідуальнопсихологічними особливостями і особистісними властивостями, рівнем психологічної та професійної підготовки до ведення бойових дій, характером і рівнем бойової мотивації, особливостями сприйняття військовослужбовцями місця і ролі бойових дій в історії та перспективі їх системи життєдіяльності.

**Мета статті:** проаналізувати соціопсихологічні механізми подолання травматичного стресу військовослужбовцями.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** Подолання посттравматичних розладів учасників бойових дій на Сході України у теперішньому гібридизованому конфлікті часто потребує нестандартизованих прийомів корекційної роботи, оскільки передумовами його появи є не лише бойове виснаження чи шокуючі ситуації, а часто – заплутані інформаційно-маніпулятивні потоки, які роз'ятрюють ціннісні установки перебування особи в цьому конфлікті. Виходу з цих граней посттравматичних станів можуть добротню сприяти характерологічні особливості соціокультурних інтуїцій національної психіки, її ментальних ознак, вдачі, мислення, світосприймальних настанов, архетипової специфіки спільноти. Їхня сукупність складає гаму

психоментальних чинників соціальної психіки, названих інтегруючим поняттям соціопсихологічними, сповідування яких має бути як ментальна основа переведення прожитого у особистісний досвід воїнів-захисників.

Соціопсихологічне - це сукупність рис і якостей, що складають соціальну психіку суспільства чи його конкретної частини, тобто проблеми менталітету спільнот, соціально-психологічні механізми соціальної динаміки, глибинні соціально-психологічні, духовні і підсвідомі регулятивні параметри соціуму, а також загальні властивості, стани та процеси соціальної психіки [8, с.26-31]. Особливо важливо для подолання розладів – цілісно суспільна декларація готовності віддячити воїнству за персональний вклад у справу стримування ворога, в сутності якої є соціально-психологічна (соціопсихологічна) свідомість.

Ефективність копінг-поведінки військовослужбовця залежить від рівня його активності, спрямованої на протидію негативному впливу стрес-факторів бойової обстановки; характеру використовуваних ним способів подолання дестабілізуючого впливу бойових стресорів на психіку, поведінку і життєдіяльність в цілому; наявності у військовослужбовця досвіду копінг-поведінки в бойовій обстановці і його змісту. Прояви негативних психічних станів, бойової психічної травми, у формі гострої реакції на стрес, посттравматичних стресових розладів, розладів фізичного і психічного здоров'я, хронічних психопатологічних змін особистості, соціальної дезадаптації, асоціальної поведінки, в силу їх соціально-економічних наслідків для країни, вимагають невідкладного запровадження і активного використання ефективних профілактичних, реабілітаційних та прогностичних заходів.

Згідно клінічної типології і класифікації посттравматичного стресового розладу (ПТСР)» у цю групу розладів віднесені зтяжні патологічні стани у військовослужбовців, ветеранів війни, колишніх депортованих і екстремально-військовополонених після короткочасної або тривалої екстремальної дії.

*Посттравматичний стресовий розлад* визначається як характерний симптомокомплекс, що розвивається внаслідок психотравми, викликані подією, яка виходить за межі звичайного людського досвіду, як приклад: загроза життю, збиток самій людині або його родині [4, с. 32].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це непсихотична відстрочена реакція на травматичний стрес, який здатний викликати психічні порушення практично у будь-якої людини. Були виділені наступні характеристики травми, здатної викликати травматичний стрес: цей стан обумовлений зовнішніми причинами; пережите руйнує звичний спосіб життя; подія, що сталася, викликає жах і відчуття безпорадності, безсилля що-небудь зробити або змінити.

Відстрочені реакції на сильну стресову ситуацію - комплекси змін в емоційній та психічній сфері, зміни в поведінці, що виникають після отримання психічної травми.

*Психічна травма* – наслідок травматичного стресового впливу; передбачає крайній (екстремальний) ступінь стресогенності фактора, який руйнує систему індивідуальних особистісних захистів, що, призводить до глибинних порушень (від психологічних до біологічних) цілісної системи функціонування практично будь-якої людини [4, с. 35].

В рамках посттравматичної патології більшість авторів виділяють три основні групи симптомів:

1) надмірне збудження (включаючи вегетативну лабільність, порушення сну, тривогу, нав'язливі спогади, фобічне уникнення ситуацій, що асоціюються з травматичною);

2) періодичні напади депресивного настрою (притупленість відчуттів, емоційна заціпенілість, відчай, усвідомлення безвихідності);

3) риси істеричного реагування (паралічі, сліпота, глухота, припадки, нервове тремтіння) [2, с. 11].

Психічні прояви загального адаптаційного синдрому позначаються як «емоційний стрес» – тобто афективні переживання, які супроводжують стрес і ведуть до несприятливих змін в організмі людини. Оскільки емоції залучаються до структури будь-якого цілеспрямованого поведінкового акту, то саме емоційний апарат першим включається в стресову реакцію при дії екстремальних і травматичних чинників. Згідно сучасних поглядів емоційний

стрес можна визначити як феномен, що виникає при порівнянні вимог, що пред'являються до особистості, з її здатністю впоратися з цією вимогою.

В разі відсутності у людини стратегій того, як впоратись із стресовою ситуацією (копінг-стратегії) виникає напружений стан, який укупі з первинними гормональними змінами у внутрішньому середовищі організму викликає порушення його гомеостазу. Ця відповідна реакція є спробою впоратися з джерелом стресу. Подолання стресу включає психологічні (сюди входять когнітивна, тобто пізнавальна, і поведінкова стратегії) і фізіологічні механізми. Якщо спроби впоратися з ситуацією виявляються неефективними, стрес продовжується і може привести до появи патологічних реакцій і органічних пошкоджень.

Травматичний досвід не вкладається в повсякденні алгоритми поведінки людини. Йдеться про ситуації де була загроза (фізична, психологічна) життю та безпеці людини, було порушено базові людські інстинкти: інстинкт самозбереження, інстинкт збереження роду.

У цих випадках прийняття всієї ситуації відразу має руйнівний вплив на психіку. Механізм витіснення, як один з потужних психологічних захистів, дозовано проявляється, симптом за симптомом, нагадуючи про те, що трапилося.

Психологічна реакція на травму включає три відносно самостійні фази, що дозволяє охарактеризувати її як розгорнутий в часі процес.

Перша фаза – фаза психологічного шоку – містить два основні компоненти:

1. Пригноблення активності, порушення орієнтування в довкіллі, дезорганізація діяльності;
2. Заперечення того, що сталося (своєрідна охоронна реакція психіки). У нормі ця фаза досить короткочасна.

Друга фаза – дія, що характеризується вираженими емоційними реакціями на подію і її наслідки. Це можуть бути сильний страх, жах, тривога, гнів, плач, звинувачення – емоції, прояви, що відрізняються безпосередністю, і крайньою інтенсивністю. Поступово ці емоції змінюються реакцією критики або

сумніву в собі. Вона протікає за типом «що було б, якби...» і супроводжується хворобливим усвідомленням невідворотності того, що сталося, визнанням власного безсилля і самобичуванням. Характерний приклад – описане в літературі відчуття «провини за те, що вижив», часто доходять до рівня глибокої депресії.

Дана фаза є критичною в тому відношенні, що після неї починається або процес одужання (від реагування, прийняття реальності, адаптація до нових обставин), тобто третя фаза нормального реагування, або відбувається фіксація на травмі і подальший перехід стресового стану в хронічну форму [4, с. 75]. Дослідники виділяють фактори, що впливають на ступінь дії на людину сильної стресової ситуації.

<b>Фактори, що підсилюють травматичний стрес</b>	<b>Фактори, що послаблюють травматичний стрес</b>
Сприйняття того, що сталося як крайньої несправедливості	Сприйняття того, що сталося як можливого
Нездатність і/або неможливість хоч якось протистояти ситуації	Часткове прийняття відповідальності за ситуацію
Пасивність у поведінці. Наявність невилікованих травм	Поведінкова активність. Наявність позитивного досвіду самостійного вирішення складних життєвих ситуацій
Відсутність соціальної підтримки	Наявність психологічної підтримки з боку членів родини, друзів, товаришів по службі

Комплексний підхід у моніторингу психічного здоров'я військовослужбовців дозволяє виділити два компоненти: 1) психологічний і 2) медичний. Змістовний аспект психопрофілактики стресу у військовослужбовців вимагає чіткого уявлення про феноменології стресових розладів психологічного і психопатологічного рівнів

Психотерапевтичне лікування клієнтів з посттравматичним стресовим розладом передбачає звільнення від спогадів про минуле, що переслідують і від інтерпретації подальших емоційних переживань як нагадувань про травму, а також в тому, щоб клієнт міг активно і відповідально включитися в сьогодення. Для цього йому необхідно знов знайти контроль над емоційними реакціями і знайти для травматичної події, яка сталася, належне місце в загальній

тимчасовій перспективі свого життя та особистій історії. Ключовим моментом психотерапії клієнта з посттравматичним стресовим розладом є інтеграція того чужого, неприйняттого, жахливого і незбагненого, що з ним сталося, в його уявлення про себе (образ Я). У зв'язку з цим існує чотири стратегії терапії, що дозволяють досягти цієї мети:

- 1) підтримка адаптивних навичок Я;
- 2) формування позитивного ставлення до симптомів;
- 3) зниження уникнення;
- 4) нарешті, зміна атрибуції сенсу [4, с. 76].

Психокорекція, як метод психологічної допомоги повинна звертатися до двох фундаментальних аспектів посттравматичного розладу: зниженню тривоги і відновленню відчуття особистої цілісності та контролю над тим, що відбувається. При цьому необхідно пам'ятати, що терапевтичні стосунки з клієнтами, які страждають на ПТСР, надзвичайно складні, оскільки міжособові компоненти травматичного досвіду.

Розглядається п'ять стадій актуального стану клієнта (фази його реакції на травматичну подію): 1) тривалий стресовий стан в результаті травматичної події; 2) прояв нестерпних переживань: напливи відчуттів і образів; паралізуюче уникнення і оглушеність; 3) застрягання в неконтрольованому стані уникнення і оглушеності; 4) здатність сприймати і витримувати спогади і переживання; 5) здатність до самостійної переробки думок і відчуттів. Кожній фазі реакції клієнта на травматичну подію відповідають послідовні цілі психотерапії.

1. Завершити подію або вивести клієнта із стресогенного оточення. Побудувати тимчасові стосунки. Допомогти клієнтові в ухваленні рішень, плануванні дій (наприклад, в усуненні його з оточення).

2. Понизити амплітуду станів, спогадів і переживань до рівня таких, що можуть бути подолані.

3. Допомогти клієнтові в повторному переживанні травми і її наслідків, а також у встановленні контролю над спогадами і в здійсненні довільного пригадування. У ході пригадування надавати допомогу клієнтові в

структуризації і вираженні переживання; при зростаючій довірливості стосунків з клієнтом забезпечити подальше опрацювання травми.

4. Допомогти клієнтові переробити його асоціації і пов'язані з ними когніції та емоції, що стосуються Я-образу і образів інших людей 45 [2, с. 42].

Основні передумови успішної роботи з клієнтами, які страждають на посттравматичний стресовий розлад, передбачають датність клієнта розповідати про травму прямо пропорційна здатності терапевта емпатично вислуховувати цю розповідь.

Психотерапія допомагатиме військовому чи цивільному, якщо для неї створені належні умови. Не можна опрацювати пережитий досвід, коли перед цим найважливіше було вижити, і напруга допомагала цьому. За правилами тактичної медицини, у зоні обстрілу – розслаблення пораненого небезпечно не лише для нього самого, а й для побратимів, яким його доведеться нести під кулями на собі. В подібних обставинах бути сконцентрованим – важливо для виживання. Так само це стосується і психологічного стану. Функція психолога на фронті більше стосується стрес-менеджменту, першої психологічної допомоги. Психотерапевтичну роботу варто відкласти до моменту, коли солдат буде в безпеці і його не чекатиме повернення на фронт: у зоні АТО це може принести більше шкоди аніж користі. Для успішного вирішення терапевтичних завдань психотерапевт повинен володіти особистісними якостями, без яких неможлива психотерапевтична робота з військовослужбовцями. А саме: чуйність, що проявляється в умінні за найнезначнішими і найменшими проявами вловлювати зміни в психічній діяльності, поведінці, загальному стані й адекватно реагувати на такі зміни; терплячість і наполегливість у досягненні поставлених цілей [7, с. 404–405].

Для успішного подолання професійного вигорання психотерапевту слід пам'ятати про такі компоненти: інтелектуальний – розуміння завдань, обов'язків, знання засобів досягнення мети, прогноз діяльності; емоційний – упевненість в успіху, наснага, почуття відповідальності; мотиваційний – інтерес, прагнення домогтись успіху, потреба успішно виконати поставлене



завдання; вольовий – мобілізація сил, зосередженість на завданні, відволікання від перешкод, подолання сумнівів [6, с. 400].

*Психотерапевтичні методи при посттравматичному стресовому розладі:*

1. Раціональна психотерапія – коли клієнтові роз'яснюють причини і механізми ПТСР.

2. Методи психічної саморегуляції для зняття симптомів напруги і тривоги – аутотренінг, прогресивна м'язова релаксація, активна візуалізація позитивних образів.

3. Когнітивна психотерапія – використовується для переосмислення дезадаптивних думок і зміни негативних установок.

4. Особисто-орієнтована терапія – дозволяє змінити ставлення постраждалого до психотравмуючої ситуації і прийняти відповідальність якщо не за неї, то за своє ставлення до неї.

5. Позитивна терапія, гештальт-підхід засновані на уявленні, що існують не лише проблеми і хвороби, але і способи і можливості їх подолання, властиві кожній людині.

Існує і серйозніший підхід – «логотерапія», який полягає в тому, щоб знайти сенс в тому, що сталося. Виявляється, що як тільки знайдений сенс, більшість клієнтів швидко видужують. Слід намагатися залучати до співпраці як котерапевтів або союзників, традиційні ресурси, наприклад священнослужителів, монахів, цілителів.

**Результати дослідження.** Згідно із результатами, отриманими за методикою визначення психічних станів Г. Айзенка, виявлено, що у 45,2% військовослужбовців переважає високий рівень фрустрації, у 42,1% середній, а в 12,7% низький. Цей стан характеризується розчаруванням, нездійснення значущої для людини мети. При переживанні фрустрації нерідко спостерігається залишкова невпевненість в собі, а також фіксація способів дії, що застосовувалися в ситуації фрустрації. Також у 46,9% військовослужбовців переважає високий рівень ригідності, у 41,8% середній, а в 11,3% низький. У 43,6% військовослужбовців переважає високий рівень агресивності, у 31,2%

середній, а в 24,2% низький. Це свідчить про те, що у військовослужбовців переважає високий рівень агресивності, оскільки брали активну участь у бойових діях (Див. Рис. 1.).

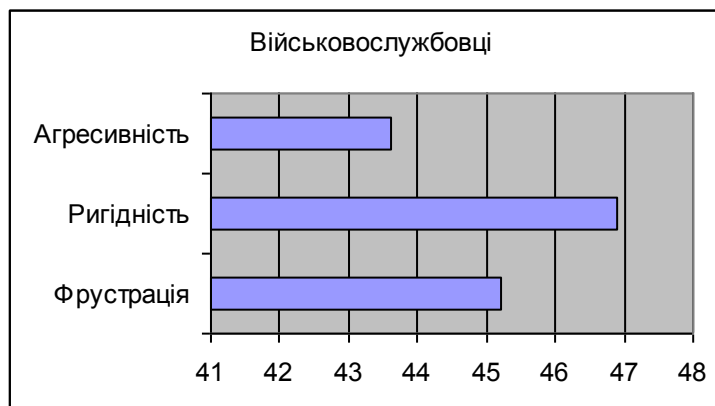


Рис. 1. Результати якісного аналізу за методикою визначення психічних станів Г. Айзенка

Згідно з результатами, отриманими за методикою діагностики рівня невротизації Л.І. Вассермана, виявлено, що у 47,3% військовослужбовців переважає високий рівень невротизації, у 34,2% середній, а в 18,5% низький. Це свідчить про те, що у військовослужбовців переважає високий рівень невротизації (Див. Рис. 2.).

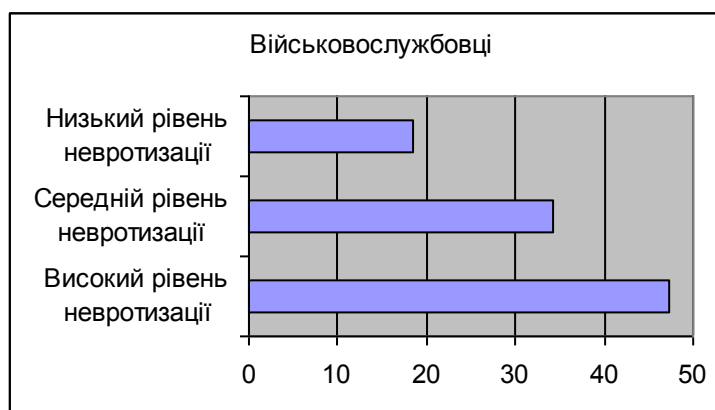


Рис. 2. Результати якісного аналізу за методикою діагностики рівня невротизації Л.І. Вассермана

Більшість опитаних нами виявились людьми з адекватною самооцінкою (80%), та такими, що цілком спокійно можуть контролювати свої тілесні потяги (43,3%), хоча в третини поведінка більше спрямовується мотивами, ніж інтелектом (33,3%). У 76,6% респондентів ми відмічаємо інтелектуальну та соціальну адекватність. Тривожність відчувають 86,6% опитаних, з них, 80%

мають підчищену чутливість на критику. В стані депресії на даний час знаходиться 76,6% осіб. Це свідчить про те, що у військовослужбовці спостерігається інтелектуальна та соціальна адекватність, проте присутні тривожність та депресивність.

*Кореляційні аналіз емпіричних даних, отриманих в групі військовослужбовців*, дозволив виділити ряд значущих зв'язків. Отриманий прямий кореляційний взаємозв'язок між показниками наявність стресового розладу та фрустрація ( $r=0,52$ ) свідчить про те, що наявність стресового розладу впливає на виникнення у військовослужбовців розчарування через нездійснення якої-небудь значущої для людини мети, потреби. Встановлений прямий кореляційний взаємозв'язок між показниками наявність стресового розладу та агресивність ( $r=0,49$ ) можна пояснити тим, що наявність стресового розладу підвищує схильність особистості до агресивної поведінки. Виявлений прямий кореляційний взаємозв'язок між показниками наявність стресового розладу та невротизація ( $r=0,42$ ) свідчить про те, що наявність стресового розладу впливає на рівень невротизації, що характеризується невротичним синдромом астенічного типу із значними психосоматичними порушеннями. Отримано також обернений кореляційний взаємозв'язок між показниками наявність стресового розладу та встановлення аналогій та узагальнення ( $r=-0,43$ ). Це можна пояснити тим, що наявність стресового розладу впливає на показники інтелектуальної діяльності, встановлення аналогій та узагальнення. Кореляційні взаємозв'язки показані на рисунку 3.

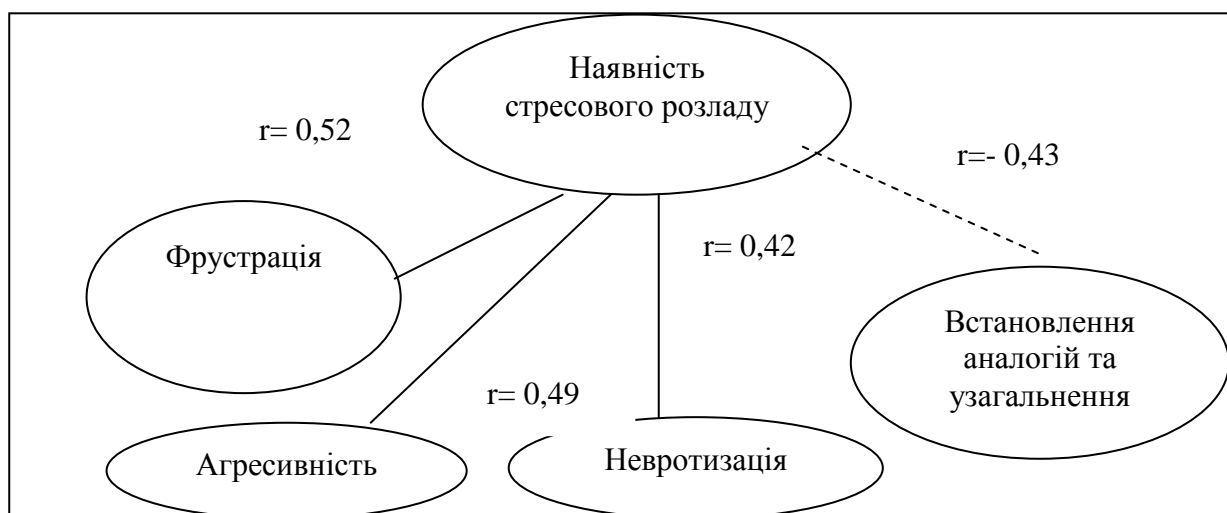


Рис. 3. Взаємозв'язок наявності стресового розладу військовослужбовців із фрустрацією, агресивністю, невротизацією та встановленням аналогій та узагальненням

Психотерапевтична робота з клієнтами, які страждають на ПТСР визначити наступним чином:

1. Повторне емоційне переживання травми в безпечному просторі підтримуючої групи, розділення цього переживання з терапевтом і групою (при цьому терапевтові не слід форсувати процес).

2. Спілкування в групі з людьми, які мають схожий травматичний досвід, що дає можливість зменшити відчуття ізоляції, відчуженості, сорому і підсилити відчуття приналежності, доцільності, спільності, не зважаючи на унікальність травматичного переживання кожного учасника групи.

4. Спільне навчання методам тих, хто упорався з наслідками особистої травми.

5. Можливість бути в ролі того, хто допомагає (здійснює підтримку, вселяє впевненість, здатний повернути відчуття власної гідності).

6. Набуття досвіду нових взаємин, що допомагають учасникам групи сприйняти стресову подію в більш адаптивний спосіб [2, с. 42].

Психологічна реабілітація передбачає наступні послідовні кроки: взаємна адаптація психолога та пацієнта, навчання пацієнта методам саморегуляції, катарсичний етап (повторне переживання), обговорення найбільш типових форм поведінки (на прикладі життєвих ситуацій), апробація нових способів поведінки через гру, визначення життєвих перспектив. Клієнтів, які страждають на посттравматичний стресовий розлад слід навчати конструктивним копінг-стратегіям.

Копінг-стратегії – це стратегії співіснування з труднощами і врегулювання взаємовідносин з навколишнім середовищем. Дані стратегії пов'язані з такими поняттями, як життєстійкість і стресостійкість. Копінг-поведінка виникає тоді, коли людина потрапляє в кризову ситуацію. Провідними характеристиками кризової ситуації є психічна напруженість, значущі переживання як особлива

внутрішня робота по подоланню життєвих подій або травм, зміна самооцінки і мотивації, а також виражена потреба в їх корекції ззовні.

У деяких теоріях копінг-поведінки виділяють наступні базисні стратегії: 1) вирішення проблем; 2) пошук соціальної підтримки; 3) уникнення [1, с. 23].

Стратегія вирішення проблем – це активна поведінкова стратегія, при якій людина прагне використовувати особові ресурси, все що є у неї, для пошуку можливих способів ефективного вирішення проблеми.

Стратегія пошуку соціальної підтримки – це активна поведінкова стратегія, при якій людина для ефективного вирішення проблеми звертається по допомогу і підтримку до її оточуючого середовища: сім'ї, друзів, значущих осіб.

Стратегія уникнення – це поведінкова стратегія, при якій людина прагне уникнути контакту з дійсністю, що оточує її, піти від вирішення проблем.

До адаптивних варіантів копінг-стратегії поведінки в поведінковій сфері відносяться співпраця, звернення та альтруїзм. Ці прояви відображають таку поведінку особи, при якій вона вступає у взаємодію в найближчому соціальному оточенні або сама пропонує її людям для подолання труднощів.

Таким чином, проведення психологічної реабілітації, психотерапевтичної роботи серед осіб із посттравматичного стресового розладу сприяє формуванню усвідомленого сприйняття себе, свого внутрішнього стану, емоцій, почуттів; впевненості особистості в своїх силах; впливатиме на покращення психологічного здоров'я особистості; сприятиме профілактиці порушень психіки та емоційних розладів.

**Висновки.** Соціальна адаптація особистості виступає як єдиний процес діяльності, спілкування, самосвідомості у соціальній діяльності людини, коли відбувається перетворення її внутрішнього світу, реалізація прихованих потенцій, що допомагають повноцінно включитися в процеси соціальної адаптації як активної особистості. Успішність соціальної адаптації залежить від властивостей соціального середовища і характеристик індивіда. До основних соціопсихологічних механізмів подолання стресу належать: методи психічної саморегуляції, підтримка найближчого оточення та застосування психотерапевтичного впливу, орієнтованого на особистісний підхід.

## Використана література

1. Нартова-Бочавер С.К. «Coping Behavior» в системе понятий психологии личности / С.К. Бочавер // Психологический журнал. – 1997. – Т. 18. – № 5. – С. 20 – 30.
2. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти. Методичний посібник / Упор. : Д.Д. Романовська, О.В. Ілащук. – Чернівці : Технодрук, 2014. – 133 с.
3. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса. Психологическая антропология стресса. – М.: Академический Проект, 2009. – 943 с.
4. Кондрюкова В.В. Соціально-психологічна адаптація військовослужбовців силових структур, звільнених у запас :навчально-методичний посібник / В.В. Кондрюкова, І.М. Слюсар. – К. : Гнозис, 2013. – 116 с.
5. Кравцова О. А. Сексуальное насилие как психологическая травма // Дисс... канд. психол. наук. – М.: МГУ, 2000. – 187 с.
6. Островська К. О. Психологічні чинники професійного вигорання у корекційних педагогів / К. О. Островська // Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова : зб. наук. пр. / за ред. В. М. Синьова. – К. : НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2012. – № 21. – Сер. 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. – С. 399–405.
7. Сайко Х. Я. Особливості емоційного інтелекту корекційних педагогів / Х. Я. Сайко // Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка Національної АПН України / за ред. С. Д. Максименка. - Т. XIV. - Ч. 6. – К., 2012. – С. 398–405.
8. Сулятицький І.В. Соціопсихологія організації інформаційної безпеки держави. Магістерська робота на здобуття кваліфікації магістра державного управління(на правах рукопису).- УАДУ при Президентові України.- ЛРІ ДУ.- 2002.-78с.