

of deprivation through the mode of social isolation, which is used in prisons establishments. Imprisonment, conclusion and serving of punishment, results in a inkulturation person in the original «paradigm of colony», where deviant prevail, aggressive and segregation systems of intercourse, mutual relations. It is marked important value after prison revitalisation personality as humane socialisation.

Key words: *deprivation, of type of deprivation, deprived personality, revitalisation, school-boarding-school, domestic deprivation.*

Стаття надійшла 27 березня 2016 р.

УДК 342.97

Л. Й. Гуменюк,
О. В. Федчук

ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ І НАПРЯМКІВ ПСИХОРЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ВІД ВОЄННИХ ПСИХОТРАВМ

Узагальнено сучасний стан у сфері дослідження посттравматичного стресового розладу і напрямків психореабілітації постраждалих від воєнних психотравм. Проведено емпіричне дослідження особливостей посттравматичного стресу. Визначено складові системи комплексної реабілітації військовослужбовців: психологічний блок; медичний (психотерапевтичний, неврологічний, кардіологічний) блок; блок соціальної реабілітації; методи: фізіологічні, аутогенні, медикаментозні, організаційні, психотерапевтичні.

Ключові слова: *посттравматичний стресовий розлад, психотравма, психотравмуюча подія, комплексна реабілітація, реадaptaція, реабілітація, дебрифінг.*

Постановка проблеми. Світова статистика засвідчує, що кожен п'ятий учасник бойових дій за відсутності будь-яких фізичних ушкоджень страждає на нервово-психічні розлади, а серед поранених і калік – кожен третій. Особливо важкі наслідки екстремальних впливів починають проявлятися через кілька місяців після повернення до нормальних умов життя. Це різні психосоматичні захворювання: загальний стан здоров'я характеризується слабкістю, запамороченням, зниженням працездатності, головним болем, болями в ділянці серця, сексуальними розладами, порушеннями сну та ін. А в інвалідів він доповнюється проблемами, пов'язаними з отриманими пораненнями і травмами [5].

«Серед українських військових, які брали участь у бойових діях на Донбасі, спостерігається дуже високий рівень психологічних проблем, – відзначив начальник Науково-дослідного центру гуманітарних проблем Збройних сил України Назім Агаєв. – Аналіз досвіду бойових дій, які відбуваються на території нашої країни, свідчить про значне зростання психогенних втрат серед особового складу Збройних сил України порівняно з війнами інших періодів і в інших державах». За словами експерта, якщо середньостатистичний показник психогенних втрат становить 10–25%, то на сьогодні серед українських військових він сягає майже 80%, і приблизно в 30–40% випадків це можуть бути незворотні втрати, коли психологічні проблеми трансформуються у психіатричні. «Військовослужбовці фактично не здатні виконувати завдання в зоні АТО і становлять небезпеку для оточуючих», – підкреслив Н. Агаєв [1].

З огляду на це з'являється нагальна потреба в дослідженні особливостей проявів ПТСР у військовослужбовців, які побували в зоні АТО, на відміну від постраждалих інших категорій працівників «групи ризику».

Стан дослідження. Проблему виникнення травматичного стресу та посттравматичного стресового розладу (ПТСР) вивчали і вітчизняні, і зарубіжні психологи та науковці, а саме: А. Кардінер, А. Меркер, В. Конторович, В. Петрухін, В. Ромек, Г. Сельє, Дж. Мітчел, К. Калмикова, З. Фрейд, М. Горовіц, М. Падун, Н. Ласко, Н. Тарабіна, Р. Яноф-Бурман та ін. Відомо про науковий доробок в галузі вивчення механізмів розвитку стресу та ПТСР (М. Горовіц, Л. Китаєв-Смик, Р. Лазарус); психологічні основи впровадження в практику технологій діагностики та подолання стресових розладів, зокрема ПТСР (І. Котєньов, В. Лисенко, О. Морозов, В. Омелянович, Н. Тарабіна, О. Тімченко, С. Яковенко).

Не зважаючи на те, що кількість здебільшого емпіричних досліджень, присвячених вивченню психологічних наслідків перебування людини в травматичній ситуації, за останні десятиліття швидко збільшується, теоретико-методологічні та прикладні аспекти цієї проблеми залишаються або невирішеними, або дискусійними.

Мета статті – теоретично обґрунтувати й експериментально дослідити особливості посттравматичного стресу; узагальнити специфіку організації системи медико-психологічного аналізу реадптації та реабілітації постраждалих від воєнних психотравм.

Виклад основних положень. Бойові дії накладають помітний відбиток на перебіг психічної діяльності і поведінку військовослужбовців. Основними проблемами колишніх солдатів є страх (57%), демон-

стративність поведінки (50%), агресивність (58,5%) і підозрілість (75,5%). До їх поведінкових особливостей належать конфліктність у сім'ї, з родичами, колегами по роботі, спалахи гніву, зловживання алкоголем і наркотиками [5]. Крім того, їм характерні нестійкість психіки, за якої найнезначніші втрати, труднощі штовхають людину на самогубство; особливі види агресії; боязнь нападу ззаду; відчуття провини за те, що залишився живий; ідентифікація себе з убитими. Учасникам бойових дій притаманні також емоційна напруженість і емоційна відособленість, підвищена дратівливість і агресивність, безпричинні спалахи гніву, напади страху і тривоги; а також повторювані яскраві сні бойових ситуацій та нічні жахіття, нав'язливі спогади про психотравмуючі події, що супроводжуються важкими переживаннями, раптові сплески емоцій з «поверненням» у психотравмуючі ситуації.

До інших психічних явищ, присутніх у ветеранів воєн, варто віднести стан песимізму, відчуття занедбаності оточуючими; недовіру до інших людей, нездатність говорити про війну; втрату сенсу життя; невпевненість у своїх силах; відчуття нереальності того, що відбувалося на війні; відчуття, що він загинув на війні; відчуття нездатності впливати на хід подій; неспроможність бути відкритим у спілкуванні навколишніми; тривожність; потребу мати при собі зброю; неприйняття ветеранів інших воєн; негативне ставлення до представників влади; бажання зігнати на кому-небудь злість за те, що був посланий на війну, і за все, що там відбувалося; ставлення до жінок тільки як до об'єкта сексуального задоволення; потребу брати участь у небезпечних «пригодах»; спробу знайти відповідь на питання, чому загинули друзі, а не він. Усі ці прояви, які науковці називають посттравматичними стресовими розладами, свідчать про наявність в учасників бойових дій посттравматичного синдрому.

Емпіричне дослідження організовано та проведено авторами на базі 4-го батальону військової частини 3002 Національної гвардії України (м. Ужгород), а також у Львівському обласному госпіталі інвалідів війни та репресованих ім. Ю. Липи, визначеному як основний заклад охорони здоров'я для лікування та реабілітації учасників анти-терористичної операції.

Методичний комплекс, використаний у роботі, охоплює декілька блоків:

1) *методики, спрямовані на вимірювання ознак і рівня ПТС*, – Структуроване клінічне інтерв'ю (SCID: Structured Clinical Interview for DSM-III-R); Шкала для клінічної діагностики ПТСР (CAPS: Clinical – Administered PTSD Scale); Шкала суб'єктивної оцінки тяжкості впливу травматичної події, (Impact of event scale – revised,

IOES-R); Міссісіпська шкала – військовий і цивільний варіант (MS, Mississippi Scale);

2) *методики, спрямовані на вивчення психопатологічних характеристик*, – опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R, Symptom Check List); Опитувальник ситуативної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна (ЛТ, СТ); Опитувальник депресивності Бека (Beck Depression Inventory, BDI);

3) *методики для вивчення особистісних і когнітивних параметрів* – Особистісний опитувальник (адаптований варіант методики Айзенка) (Eysenk Personality Inventory, EPI); Шкала базисних переконань (World Assumption Scale, WAS); Опитувальник переживання терористичної загрози, розроблений Н. Тарабриною у співавторстві з Ю. Биховець.

Інтегративний підхід до дослідження клініко-психологічних, когнітивно-емоційних, особистісних феноменів у різних соціальних контекстах дозволяють поєднувати сучасну психометричну діагностику, якісний аналіз матеріалів спостереження, опитування, експертні оцінки, врахування зовнішніх критеріїв.

За результатами порівняння даних емпіричного дослідження «травмованих» і осіб «ризик» виокремлено 4 групи, до яких віднесено обстежених, що вирізняються як травматичним професійним досвідом, так і симптоматикою ПТСР та інших психічних порушень. Далі розроблено механізм розпізнавання ризику стресових розладів (поділ їх на дві групи, що відрізняються ступенем ризику) за показниками «психологічних захистів»: 1) учасники бойових дій в Афганістані; 2) ліквідатори аварії на ЧАЕС; 3) військовослужбовці ЗСУ, які побували в зоні АТО; 4) військовослужбовці ЗСУ, які не проходили службу в зоні АТО. На першому етапі обробки весь контингент було розділено за критерієм імовірності переживання травматичного стресу. До першого блоку ввійшли групи: 1– учасники бойових дій в Афганістані, ліквідатори аварії на ЧАЕС; 2 – військовослужбовці та працівники ОВС, які побували в зоні АТО. Контингент першого блоку – це особи, умовно позначені як «травмовані», що пережили в анамнезі травматичну ситуацію, пов'язану з безпосередньою загрозою життю, тобто таку, що входить у реєстр травматичних за класифікацією DSM–4. Контингент другого блоку – особи, професійна діяльність яких пов'язана з підвищеним ризиком попадання в травматичні ситуації.

Названі групи порівнювали за показниками, отриманими за допомогою психометричного комплексу, спрямованого на вимірювання ознак посттравматичного стресу, в який включає: Міссісіпську шкалу (МШ), опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики

(SCL-90-R), опитувальник Спілбергера-Ханіна та опитувальник Бека. Порівняння проводили за середнім значенням підсумкового показника МШ за допомогою однофакторного дисперсійного аналізу (ANOVA). Групи відрізнялися за рівнем вираженості психопатологічної симптоматики, показниками особистісної тривожності і рівнем депресивності, котрі були вищими в групі «травмованих» ($P < 0,001$). Цей результат підтверджує припущення про те, що рівень травмованості суб'єкта є тим вищим, чим імовірнішим є його зіткнення з впливом травмуючих стресорів.

Однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA) підсумкового показника МШ у групах з високим, середнім і низьким рівнем посттравматичного стресу продемонстрував значущі відмінності між цими групами ($P < 0,001$); на такому ж рівні значущості розрізняються ці групи за показниками психометричних характеристик. Поділ вибірки на групи з різним рівнем ПТС проводили з метою підтвердити висунуту у статті гіпотезу про специфіку взаємозв'язків досліджуваних психологічних характеристик залежно від рівня травматизації суб'єкта, що здійснили на третьому етапі обробки даних. Було проведено кореляційний аналіз психометричних характеристик у групах з високим (В), середнім (С) і низьким (Н) рівнем посттравматичного стресу з використанням критерію Пірсона.

Під час проведення кореляційного аналізу ми були впевнені в присутності достовірних взаємозв'язків між досліджуваними показниками, тому застосовували психологічний інструментарій, спеціально підібраний для вимірювання психологічних параметрів посттравматичного стресу. Попри це було зроблено спробу знайти відмінності в кореляційних залежностях у групах з різним рівнем посттравматичного стресу. Аналіз результатів кореляційного аналізу в групі з *високим рівнем* ПТСР (Група В) показав, що досліджувані характеристики достовірно взаємопов'язані, відсутній взаємозв'язок МШ та освіти, однак освіта позитивно корелює з віком.

У групі зі *середнім рівнем* ПТСР (Група С) показники також переважно достовірно взаємопов'язані, проте вони нижчі, ніж у групі В. Параметри МШ не взаємозалежні з віком і освітою. Наявні взаємозв'язки освіти і субшкали соматизації з опитувальника депресивності Бека, а також зі шкалами SCL-90-R: соматизація, obsесивно-компульсивний, депресії, додаткові питання, психотизм, загальний індекс тяжкості дистресу. До групи зі середнім рівнем ПТС увійшли особи, щодо яких прогнозувати подальше можливе виникнення будь-яких форм дезадаптацій або, навпаки, їх позитивний особистісний розвиток складно без спеціального додаткового клініко-психологічного

обстеження – це залежить від рівня їх фізичних і психологічних ресурсів, а також наявності в їхньому житті сприятливих чи, навпаки, ускладнювальних соціальних факторів. Дуже ймовірно, що до групи «середніх» належать особи, стан яких визначається субклінічним рівнем, що не відповідає діагностичним критеріям МКБ-10, які не потрапляють в діагностичну категорію постстресових розладів, тому вони не стають пацієнтами клініцистів. Однак присутність виокремлених у дослідженні психопатологічних параметрів змушує припустити, що ці особи потребують психологічної допомоги, до того ж індивідуально, позаяк певний рівень посттравматичного стресу в сукупності з виділеними психопатологічними ознаками можуть бути мішенями психокодекційного впливу.

Група з низьким рівнем ПТС складається з осіб без порушення їх особистісної інтегрованості. Вони пережили травмуючі ситуації без втрати своєї психобіологічної адаптації: це життестійкі люди, здатні до протистояння впливу травми, її осмислення та інтегрування на суб'єктивно-особистісному рівні.

Отримані результати досліджень сприяють можливості здійснювати гнучкий підхід при виявленні ризику стресових розладів у військовослужбовців та розробляти різні варіанти методичного комплексу, а також систему критеріїв віднесення обстежуваних до груп ризику дезадаптивних станів. Вони ж лягли в основу методичних рекомендацій для практичних психологів Збройних сил України.

На сьогодні найширшого застосування в арміях різних держав набули такі *способи психологічної реабілітації*, як: *фізіологічні* (глибокий сон, якісна їжа, відпочинок і т. д.); *аутогенні* (аутотренінг, саморегуляція, медитація); *медикаментозні*; *організаційні*; *психотерапевтичні* (раціональна психотерапія, музико-, бібліо-, імаго-, арттерапія та ін.). Найбільш релевантною для вирішення завдань психологічної реабілітації військовослужбовців, що беруть участь у бойових діях, і поширеною формою групової раціональної терапії є методика «Дебрифінг стресу критичних інцидентів». Вона становить собою організоване обговорення стресу, спільно пережитого військовиками під час виконання загального бойового завдання.

Мета дебрифінгу – мінімізація і купірування страждань військовослужбовців, його проводять у перші 48 годин після травмуючої події. Стрижневим механізмом дебрифінгу є техніка «закриття минулого». Вона полягає в підведенні своєрідного підсумку під тим, що було пережито, у демонстративному, фіксованому розриві зі своїми тривогами, сумнівами, нічними жахіттями. Часові строки обмежують основні стратегії подолання наслідків бойового стресу, а також число випад-

ків, у яких учасник дебрифінгу повинен буде шукати спеціальної допомоги (присутність постстресових симптомів через 6 місяців після дебрифінгу, їх ескалація, наявність труднощів у виконанні найпростішої роботи й ін.).

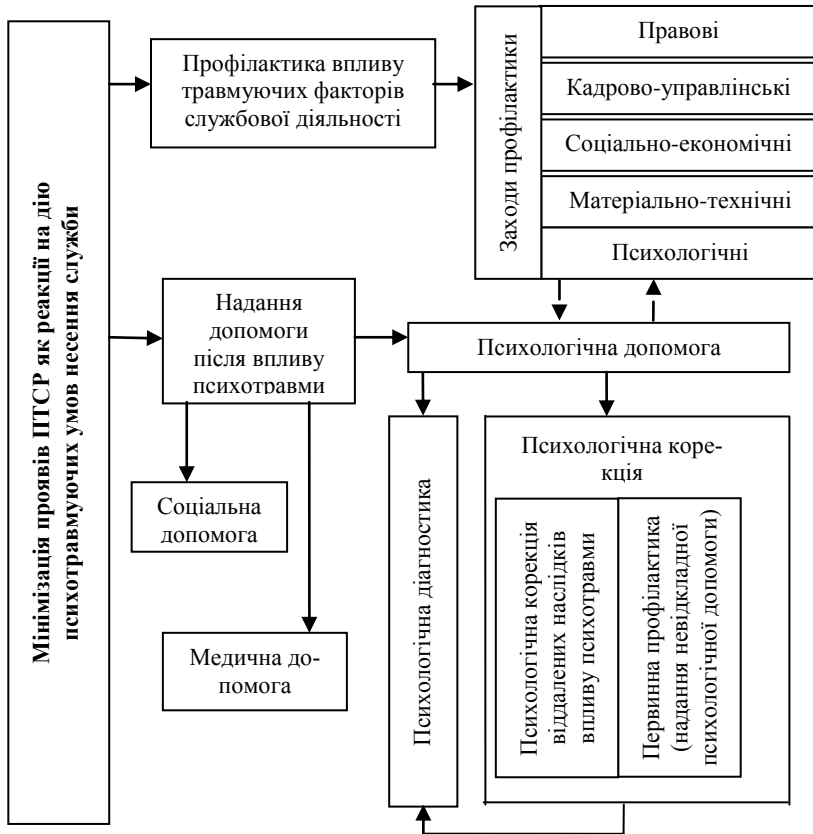


Рис. 1. Схема методики мінімізації проявів ПТСР за І. М. Слюсар

Таким чином, психологічна реабілітація в бойовій обстановці передбачає збереження боєготовності військовослужбовців і уникнення ними ПТСР згодом. На прикладах роботи зарубіжних реабілітаційних центрів створюється система комплексної реабілітації в Україні,

яка включає в себе: психологічний блок; медичний (психотерапевтичний, неврологічний, кардіологічний) блок; блок соціальної реабілітації.

Для досягнення успіху слід використовувати всі види дій та ті системи відносин, які є особистісно значущими для військовослужбовця, тобто стосовно яких наявні емоційно насичені переживання. Ще один напрямок, надзвичайно ефективний у роботі з військовослужбовцями, – *раціональна терапія*.

Під час дослідження автором проведено тренінг соціальних умінь і навичок – раціональну групову психотерапію з використанням методу формуючого експерименту. Обстежуваних розділили на 3 групи залежно від стажу служби (18–24 роки; 25–35 років; 36 і більше років). Психодіагностичне обстеження, проведене напередодні тренінгу, охоплювало визначення учасниками всіх трьох груп рівня умінь і навичок військовослужбовців Національної гвардії України (рис. 2, 3).

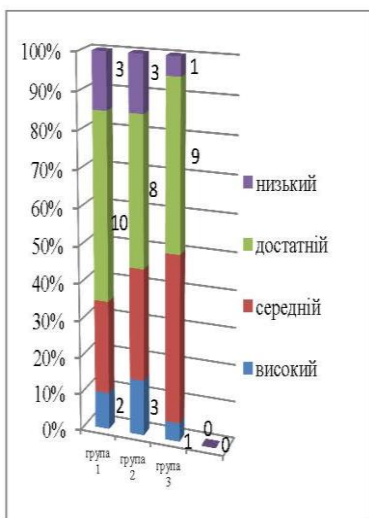


Рис. 2. Самооцінка соціальних умінь

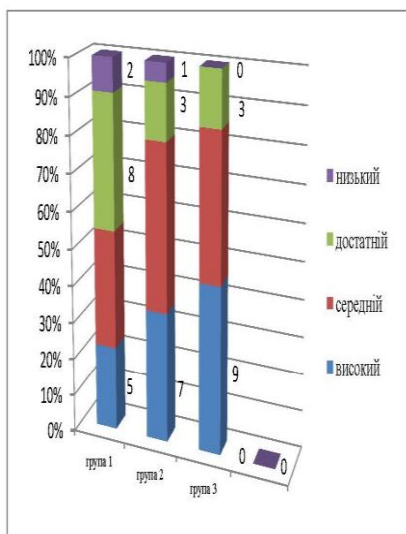


Рис. 3. Самооцінка соціальних навичок

Опитування учасників груп напередодні і після закінчення психотерапевтичного тренінгу показало ріст самооцінки рівня соціальних умінь і навичок (рис. 4–6):

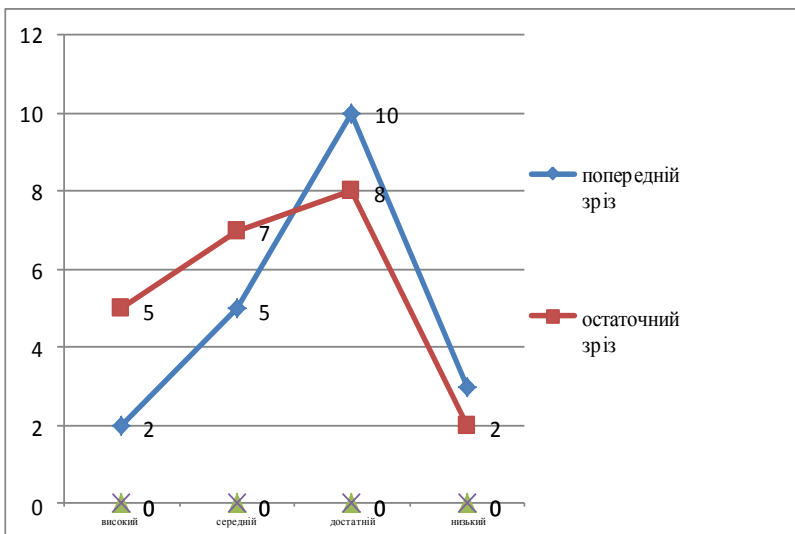


Рис. 4. Самооцінка в групі 1

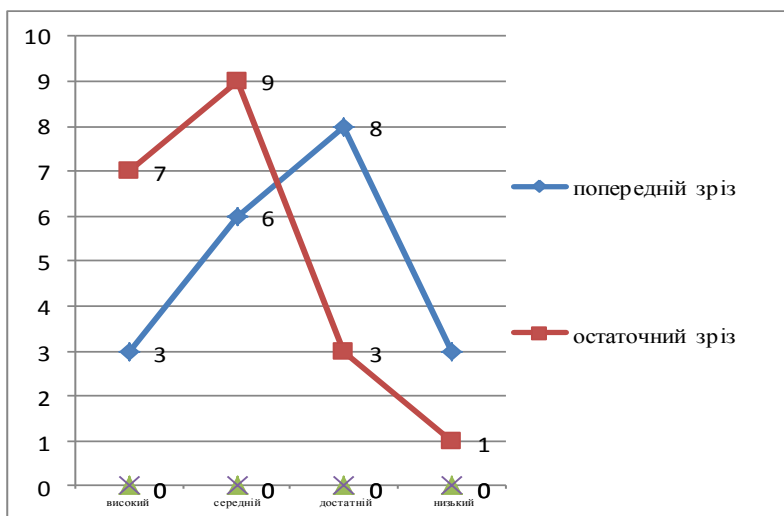


Рис. 5. Самооцінка в групі 2

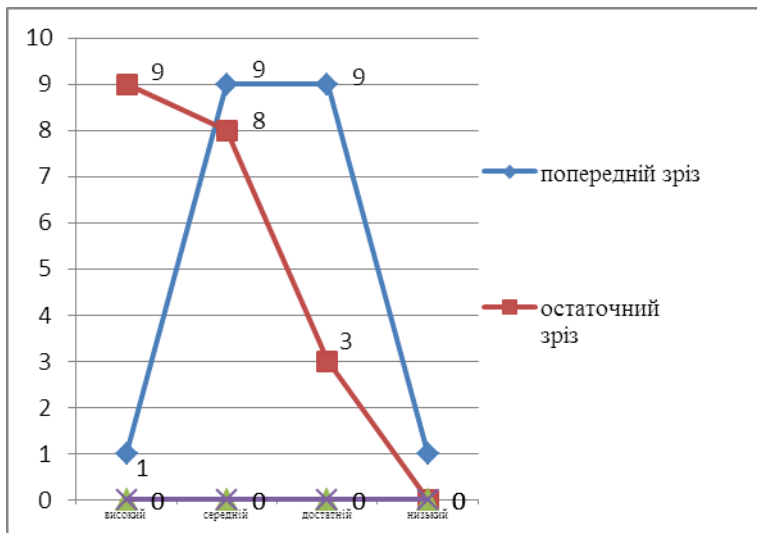


Рис. 6. Самооцінка в групі 3

Отже, наше дослідження засвідчує, що групова корекційна робота в армії має велике майбутнє. У нинішній час, коли зростає увага до особистості індивіда й армія приходить до розуміння, що психологію людини важко переробити наказами, виникає перспективна можливість використовувати групові види робіт з різною спрямованістю для розвитку особистості та подолання ПТСР військовослужбовців.

Висновок. Посттравматичний стресовий розлад розвивається в осіб, які пережили травмуючі події, найчастіше в бойових умовах. ПТСР накладає істотний відбиток на психіку військовослужбовця, що призводить до вкорочення життєвої перспективи, постійну активізацію бойового стресу.

Під час дослідження нами апробовано низку психодіагностичних методів, які дозволяють виявляти різні аспекти цього симптомокомплексу, диференціювати осіб і групи за рівнем посттравматичного стресу й визначати мішені психокорекційної та психотерапевтичної роботи з ними. У реадaptaції та реабілітації військовослужбовцям з ПТСР можуть допомогти консультативні форми роботи психолога, групова корекція в різних видах, аутотренінг, саморегуляція. Проведене нами опитування учасників груп напередодні і після закінчення психотерапевтичного тренінгу показало ріст самооцінки рівня соціальних умінь і навичок.

В окремих випадках психологічна консультація і корекція спрямована не стільки на зняття симптоматики або пошук причин неблагополуччя, скільки «у майбутнє», на особистісне зростання військово-службовця, розвитку його «Я-концепції», самосвідомості, віднайдення нового сенсу життя.

Перспективи дослідження пов'язані з вивченням особливостей ПТСР, отриманих військовослужбовцями на різних етапах воєнних дій, а також із відпрацюванням новітніх способів психореабілітації та соціальної адаптації до життєдіяльності в умовах соціально-економічної та політичної кризи.

1. Психогенні втрати серед учасників АТО на сході України досягають 80% [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.litres.ru/pages/biblio_bookhttp://interfax.com.ua/news/pharmacy/230360.html

2. Бурлака О. В. Професійно-соціальний стрес та стрес-індуковані розлади / О. В. Бурлака, О. А. Золотарьова, В. В. Стеблюк. – Одеса: ТС «Сталкер», 2010. – 174 с.

3. Комплексний підхід до медико-психологічної реабілітації пожежних-рятувальників / Л. М. Шафран, Ю. В. Чумаєва, Ю. В. Нехорошкова та ін. // Медична гідрологія та реабілітація. – 2013. – Т. 11. – № 1. – С. 60–75.

4. Котельникова, А. В. Психическая травма и картина мира / А. В. Котельникова, М. А. Падун // Теория, эмпирия, практика / Институт психологии РАН. – М., 2012 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.litres.ru/pages/biblio_book

5. Лікування та реабілітація комбатантів – миротворців із посттравматичним стресовим розладом / О. Г. Сироп'ятов, О. К. Напреєнко, Н. О. Дзеружинська та ін. – К.: О. Т. Ростунов, 2012. – 76 с.

6. Напреєнко О. К. Клінічна характеристика варіантів перебігу посттравматичного стресового розладу / О. К. Напреєнко, Т. Є. Марчук // Архів психіатрії. – 2002. – № 1 (28). – С. 117–119.

7. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація: метод. реком. / уклад. П. В. Волошин та ін. – Харків, 2002. – 47 с.

8. Психология и нейропсихиатрия: сборник клинических рекомендаций / учред. И. Д. Иванченко. – К.: Нейроньюс, 2009. – 217 с.

9. Селье Г. Стресс без дистресса / Г. Селье. – М., 1979. – 89 с.

10. Слюсар І. М. Посттравматичний стресовий розлад у працівників Дорожньо-патрульної служби Державтоінспекції: профілактика, психологічна діагностика та корекція: автореф. дис. на здобуття наук. ступ. канд. психол. наук: спец. 19.00.06. «Юридична психологія» / І. М. Слюсар; Національна академія внутрішніх справ України. – К., 2005. – 27 с.

11. Слюсар І. М. Психологічна діагностика та корекція посттравматичного стресового розладу: навч.-метод. посібник / І. М. Слюсар. – К.: Друкарня ФПУ, 2005. – 56 с.

12. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.

13. Шафран Л. М. Нейрогормональные и психофизиологические особенности медико-психологической реабилитации пожарных-спасателей / Л. М. Шафран, Ю. В. Нехорошкова, Ю. В. Чумаева // Клінічна та експериментальна патологія. – 2012. – Т. X. – № 3 (41). – С. 186–190.

Гуменюк Л. И., Федчук А. В. Исследование посттравматического стрессового расстройства и направлений психореабилитации пострадавших от военных психотравм

Сделан обзор разработанности проблемы исследования посттравматического стрессового расстройства и направлений психореабилитации пострадавших от военных психотравм. Проведено эмпирическое исследование особенностей посттравматического стресса.

Определены составляющие системы комплексной реабилитации военнослужащих: психологический блок; медицинский (психотерапевтический, неврологический, кардиологический) блок; блок социальной реабилитации; методы: физиологические, аутогенные, медикаментозные, организационные, психотерапевтические.

Ключевые слова: *посттравматическое стрессовое расстройство, психотравма, психотравмирующее событие, комплексная реабилитация, релаксация, реабилитация, дебрифинг.*

Gumenyuk L. Y., Fedchuk O. V. Research PTSD and directions affected by military psychological adjustment psychological trauma

The article summarizes the current state of research of a problem PTSD and areas affected by war psycho rehabilitation trauma; conducted an empirical study features of post-traumatic stress. The composition of the complex rehabilitation of soldiers: a psychological block; medical (psychotherapy, neurological, cardiologic) block; Social rehabilitation unit; Methods: physiological, autogenous, medication, organizational, therapeutic.

Highlight 4 groups, which can be attributed examined, characterized as traumatic professional experience, and symptoms of PTSD and other mental disorders. The above groups were compared in terms of obtained using psychometric complex, aimed at measuring signs of post-traumatic stress, which included: Mississippi scale (ML) questionnaire severity of psychopathology (SCL-90-R), a questionnaire Spielberger-Hanin questionnaire and Beck. The obtained results make it possible to implement a flexible approach in identifying the risk of fire stress disorder and develop various options methodical complex system of criteria and classification of subjects at risk maladaptive states.

Negative correlation scales with indicators Internal methods that make some symptomatic «psychological distress», saying that external locus of control also contributes to the formation of stress reactions. Also, was significant correlation between age and protective mechanisms such as intellectualization and jet formation. This is consistent with the fact that these defence mechanisms

are associated with higher levels of mental regulation and during ontogeny most emerging and developing late.

The possibility of a mechanism of recognition and risk stress disorder (division into two groups, different levels of risk) in terms of «psychological defence». During the study the author conducted training social skills – rational group therapy using the method of forming experiment. The results formed the basis of guidelines for psychologists of the Armed Forces of Ukraine.

Key words: post-traumatic stress disorder, psycho trauma, traumatic event, comprehensive rehabilitation, readjustment, rehabilitation, debryfing.

Стаття надійшла 15 квітня 2016 р.

УДК 159.91

**Н. М. Калька,
М.В. Цивінська**

ДОЦІЛЬНІСТЬ ВРАХУВАННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНОЇ ПАМ'ЯТІ ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ ПОЛІГРАФОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Теоретично обґрунтовано місце й роль емоційної пам'яті під час проведення поліграфологічних досліджень. Подано ґрунтовну психологічну характеристику особливостей емоційної пам'яті в системі інших видів пам'яті. Проаналізовано використання механізму дії емоційної пам'яті в процесі дослідження на поліграфі спеціальних вербальних або візуальних стимулів, аналіз та оцінка яких дає можливість зв'язати правдиві чи оманливі відповіді особи з діагностичними змінами фізіологічних характеристик.

Ключові слова: пам'ять, враження, вербальні стимули, візуальні стимули, емоції, емоційна пам'ять, емоційна реакція, емоційний слід, мнемічний продукт, поліграф.

Постановка проблеми. Проблема дослідження існування такого виду пам'яті, як емоційна, є предметом наукових дискусій та суперечок сучасних науковців. Більшість дослідників вважають, що емоційна пам'ять безпосередньо пов'язана із почуттями, пережитими людиною, отриманою інформацією зі зовнішнього світу, має безпосереднє відношення до відчуттів, емоцій та інформації, що надходять із навколишнього середовища і, відповідно, спричиняють виникнення певного «сліду» зі суто емоційним забарвленням у пам'яті індивіда.

Цілий спектр емоцій та почуттів, починаючи від симпатії, любові, гордості, честі, закінчуючи ненавистю, горем, є емоціями-