

ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ» (СПбГУ)

Факультет психологии

Кафедра медицинской психологии и психофизиологии

Выпускная квалификационная работа на тему:  
***КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН, ПОДВЕРГШИХСЯ  
ЖЕСТОКОМУ ОБРАЩЕНИЮ***

по специальности 37.05.01- Клиническая психология

Основная образовательная программа Клиническая психология

профиль: клиническая психодиагностика, консультирование, психотерапия

Рецензент: психолог, специалист  
психологической службы ФГБУ Ураева Г.Е.  
«Санкт-Петербургский государственный  
университет телекоммуникаций  
им. проф. М.А. Бонч-Бруевича»  
Ураева Г.Е.

Выполнила: студентка 6 курса  
очного отделения Борисова Т.В.  
Научный руководитель:  
старший преподаватель кафедры  
медицинской психологии и  
психофизиологии Бурина Е.А.

Санкт-Петербург

2017

## АННОТАЦИЯ

Данная дипломная работа посвящена изучению клинико-психологических особенностей женщин, подвергшихся жестокому обращению. В исследовании приняли участие 46 женщин в возрасте от 26 до 37 лет. Экспериментальную группу составили 20 женщин, имеющих в своем опыте многократный факт жестокого обращения со стороны партнера, контрольную – 26 женщин, не имеющих в своем опыте факта жестокого обращения со стороны партнера. Контрольная группа идентична экспериментальной по возрасту и уровню образования. Участницы исследования набирались на отделении помощи женщинам «Социального центра семьи помощи и детям Невского района г. Санкт-Петербурга». Все участницы подписывали информированное согласие перед началом исследования.

Исследование было направлено на изучение следующих особенностей: личностные характеристики, стратегии совладающего поведения, уровень агрессии и враждебность, личностная тревожность, уровень депрессии, выраженность посттравматических стрессовых реакций.

Для реализации задач исследования использовались следующие методики: Гиссенский личностный опросник, опросник Стратегии совладающего поведения Лазаруса, опросник уровня агрессивности Басса-Дарки, шкала личностной тревожности Спилбергера, шкала депрессии Бека, Миссисипская шкала посттравматических стрессовых реакций. Также в ходе исследования с участницами проводилось полуструктурированное интервью, основные вопросы которого касались социально-демографических данных и особенностей жестокого обращения, которому подверглись респондентки.

Математическая обработка данных осуществлялась в программах SPSS STATISTICS 23.0, STATISTICA Version 13.2 и Excel.

В ходе исследования были получены основные результаты: уровень депрессии, личностной тревожности, посттравматической стрессовой симптоматики, а также показатели по шкале обиды и подозрительности выражены сильнее у лиц, в чьем опыте был факт жестокого обращения.

Полученные позволяют выявить терапевтические мишени для последующей психокоррекционной и консультационной работы с женщинами, подвергшимися жестокому обращению.

## **ABSTRACT**

This diploma thesis is devoted to the study of clinical and psychological features of abused women. 46 women, clients of «Social center for children and families», aged 26-37, took part in the research. All the women lived in St.-Petersburg didn't suffer from alcohol or drug addiction, didn't have any serious oncology, somatic or mental disorders. All the participants signed the informed consent form prior to the research.

This research was aimed at the study of such features as personality characteristics, personal anxiety, depression, coping strategies, aggression and symptoms of PTSD. The following methods were used to realize research tasks: Giessen Personality Questionnaire, Trait anxiety Inventory, Beck Depression Inventory (BDI), Ways of Coping Scales, Buss Perry Aggression Questionnaire, Mississippi Scale for Combat-Related PTSD. Also all the participants were interviewed in order to identify social and demographic characteristics and of cruel treatment peculiarities.

Results of this research will allow to reveal therapeutic targets for future work with abused women.

## СОДЕРЖАНИЕ

Generating Table of Contents for Word Import ...

### ВВЕДЕНИЕ

Проблема жестокого обращения охватывает обширный спектр предметов обсуждения: это не только физическое и сексуальное насилие или принуждение, но и психологическое давление, тотальный контроль над личностью человека.

Вопреки широко распространенному мнению, данная проблема встречается не так уж редко и не только в социально неблагополучных семьях: согласно опросам, среди пострадавших есть и представительницы низкостатусных профессий: уборщицы, продавцы, так и высокостатусных: врачи инженеры и т.п. (Пашина А.Х., 2002). Ежегодно от жестокого обращения в США страдают более 4 млн. женщин (Flitcraft A.H., Hadley S.M., et al, 1992). Согласно статистике, в РФ от тридцати до сорока процентов женщин подвергались тому или иному типу обращения со стороны партнера (Красненков В.Л., Руднев А.О., 2014).

Следует учесть, что женщины, проживающие во внешне благополучных семьях, также могут быть подвержены жестокому обращению. Зачастую высокий материальный доход и высокий социальный статус партнера может быть одним из дополнительных факторов, располагающих его к психологическому, физическому или сексуальному насилию, и в этих случаях

пострадавшая может находиться в более безвыходной ситуации, чем женщины, проживающие в менее финансово благополучных семьях.

Дополнительная опасность для здоровья и жизни женщины заключается в психологическом жестоком обращении: оно может рассматриваться как дополнительный фоновый фактор, усложняющий общую ситуацию женщины, пострадавшую от физического или сексуального насилия, а также рассматриваться исключительно как самостоятельный вид насилия и иметь ряд негативных психологических последствий (в том числе отдаленных). Ряд исследований указывает на то, что роль психологического насилия на личность очень велика (Боголюбова О.Н, 2006; Фролова С.В., 2004; Хасина А.М., 2002).

В нашей стране недостаточно развита психологическая и социальная помощь жертвам жестокого обращения со стороны партнера, кроме того, отсутствует полноценная законодательная база по данной проблеме, и это является одной из причин, по которой даже выйдя из подобной ситуации, пострадавшая в течение длительного времени не может начать вести полноценную самостоятельную жизнь и зачастую возвращается снова к прежней (Йорик Р.В., 2010; О межведомственном взаимодействии субъектов профилактики, 2014). В связи с частым замалчиванием проблемы со стороны пострадавшей, связанной с нежеланием самой женщины обращаться к психологу, юристу или социальному работнику ввиду стыда за ситуацию в своей семье, а также страха возможности еще большего ухудшения семейной ситуации и усиления попыток насилия со стороны партнера, в некоторых случаях, связанных с воспитанием пострадавшей, культурными особенностями или особенностями вероисповедания и религии – подобная ситуация может восприниматься как должное.

В отечественной психологической литературе не так часто можно встретить работы, посвященные проблематике внутрисемейного жестокого обращения, что, в свою очередь, не позволяет выстроить эффективную психокоррекционную работу с пострадавшими, а также работу по

психологической реабилитации и психопрофилактике возможных негативных последствий (Платонова Н.М., 2013).

В последнее время в российском и зарубежном обществе наметилась тенденция раскрытия подобного рода проблемы, интерес к ней со стороны социологических, психологических и иных организаций, однако развитие тормозится недостаточным уровнем оказания социальной, психологической и правовой помощи по сравнению со странами запада (Платонова Н.М, 2013).

Процесс жестокого обращения оказывает влияние на формирование психологических особенностей вовлеченных в него лиц. Тяжесть последствий зависит от многих факторов, в том числе от личностных особенностей пострадавшей, времени, проведенного в ситуации жестокого обращения, восприятия факта жестокого обращения, обусловленного культурными особенностями, традициями, а также внутрисемейными установками.

Целью данной работы явилось изучение клинико-психологических особенностей женщин, подвергшихся жестокому обращению.

В связи с поставленной целью, был сформулирован ряд задач исследования:

1. Изучение личностных особенностей женщин, подвергшихся жестокому обращению;
2. Изучение стратегий совладания со стрессом женщин, подвергшихся жестокому обращению;
3. Изучение уровня агрессивности и враждебности женщин, подвергшихся жестокому обращению;
4. Изучение уровня депрессии женщин, подвергшихся жестокому обращению и женщин;
5. Изучение уровня личностной тревожности женщин, подвергшихся жестокому обращению;
6. Изучение уровня выраженности посттравматических стрессовых реакций у женщин, подвергшихся жестокому обращению;

7. Сравнительное изучение клинико-психологических особенностей женщин, подвергшихся жестокому обращению, и женщин, в чьем опыте не было жестокого обращения;

8. Изучение взаимосвязи жестокого обращения и клинико-психологических особенностей женщин, подвергшихся жестокому обращению;

9. Изучение взаимосвязи социально-демографических характеристик и клинико-психологических особенностей женщин, подвергшихся жестокому обращению.

Предметом исследования работы являются личностные особенности, стратегии совладающего поведения со стрессовыми ситуациями, уровень враждебности и агрессивности, личностная тревожность, уровень депрессии, выраженность посттравматической стрессовой симптоматики

Объектом исследования работы являются личностные особенности, стратегии совладающего поведения со стрессовыми ситуациями, уровень враждебности и агрессивности, личностная тревожность, уровень депрессии, выраженность посттравматической стрессовой симптоматики у женщин, подвергшихся жестокому обращению.

Были сформулированы две гипотезы исследования:

1. Женщины, имеющие в своем опыте факт жестокого обращения со стороны партнера, характеризуются более выраженным уровнем депрессии, личностной тревожности, посттравматической стрессовой симптоматики, нежели женщины, в чьем опыте не было факта жестокого обращения.

2. Женщины, имеющие в своем опыте факт жестокого обращения со стороны партнера, склонны использовать такие стратегии как «бегство-избегание» и «принятие ответственности» в качестве предпочтительных в сравнении с женщинами, не имеющими подобного опыта.





## ГЛАВА 1. ЖЕСТОКОЕ ОБРАЩЕНИЕ

### 1.1 Жестокое обращение: понятие, виды

Жестокое обращение – тип обращения, подразумевающий физическое, сексуальное, психологическое, экономическое насилие или принуждение.

В отношении жестокого обращения также используется термин Intimate Partner Violence, или IPV, характеризующий различные виды жестокого обращения между супругами или интимными партнерами, и термин BWS, или Battered Women Syndrome, введенный L.E. Walker в 1979 году для того, чтобы обозначить ряд особенностей, характерных для женщин, подвергшихся многократному жестокому обращению со стороны партнера. Battered Women Syndrome включает в себя обширный ряд симптомов, таких как, например, депрессия, тревожность, чувство беспомощности и апатии перед лицом угрозы и опасности и т.п. (Briere J., & Jordan C.E., 2004; Walker L.E., Lenore E., Rachel I., Tome A., 2007). Также BWS включен в редакцию DSM-IV.

Согласно определению ВОЗ, жестоким обращением со стороны партнера является любое поведение в рамках интимных отношений, являющееся причиной физического, сексуального или психического вреда для одного из партнеров такого рода отношений (Watts C., Heise L., Ellsberg M., 2001).

Ряд авторов обращает внимание на необходимость разграничений такого рода понятий как «семейное насилие» и «конфликт». Семейное насилие является крайним проявлением конфликта, в результате которого один из партнеров использует принуждение или применяет силу для достижения своих целей вопреки воле другого партнера (Красненков В.Л., Руднев А.О., 2014).

Жестокое обращение, совершенное в рамках семьи, носит циклический, или повторяющийся характер и может включать в себя постоянные избиения, сексуальное принуждение, постепенную социальную изоляцию, депривацию и устрашение. Помимо прочего, партнер может контролировать множество аспектов, влияющих на жизнь и благополучие своей супруги (или спутницы): передвижение, общение с друзьями, обращение за медикаментозной и

социальной помощью, ограничение финансового плана, запрет выходить на работу или учебу, запрет на занятия различного рода деятельностью, ограничения в еде и необходимой одежде (Flitcraft A.H., Hadley S.M., Hendricks-Matthews M.K., et al, 1992).

В МКБ десятого пересмотра также содержится понятие «Синдром жестокого обращения», имеющий идентификационный номер Т74. В свою очередь в синдром жестокого обращения входит следующее:

Т74.0 Оставление без внимания или заброшенность

Т74.1 Физическая жестокость

Т74.2 Сексуальная жестокость

Т74.3 Психологическая жестокость

Т74.8 Другие формы жестокого обращения (смешанные формы)

Т74.9 Синдром неуточненного жестокого обращения (МКБ 10 пересмотра).

Следует отметить, что данный синдром ставится как детям, оставленным без должного внимания или ухода, или испытывающим психологическое, физическое, сексуальное жестокое обращение, так и взрослым.

В ряде литературы указано, что «синдром жестокого обращения» – не такой уж частый диагноз, и во многих случаях жестокого обращения диагностируется депрессия, или невротическое расстройство, или ряд других расстройств. Это связано в том числе и с тем, что признаки жестокого обращения не всегда заметны при первом контакте, а пострадавшая зачастую умалчивает о нем, причем не только с целью скрыть происходящее, но и с непониманием того, что ее проблемы могут быть связаны со сложившейся с ситуацией в семье (Swanson R.W., 2006).

Однако распространенность жестокого обращения в отношении женщин велика: по данным США от домашнего насилия ежегодно страдают около четырех миллионов женщин. В РФ насилие совершается в каждой четвертой семье, в сорока процентах случаев пострадавшими являются женщины. Согласно статистике, от тридцати до сорока процентов женщин подвергались

различному типу жестокого обращения со стороны нынешних или бывших партнеров. Более половины из них испытали такой опыт в состоянии беременности или после родов, болезни или беспомощности (Красненков В.Л., Руднев А.О., 2014).

Немаловажное значение в исследованиях играет и изучение факторов риска жестокого обращения.

Согласно данным американской медицинской ассоциации, в зону риска подверженности внутрисемейному жестокому обращению относят следующие типы женщин:

- одинокие, разведенные женщины или женщины, находящиеся в процессе оформления развода;
- женщины в возрасте от 17 до 28 лет;
- женщины, находящиеся под влиянием алкогольной или наркотической зависимости;
- женщины, чей партнер находится в алкогольной или наркотической зависимости;
- женщины, чей партнер проявляет патологическую ревность и чувство собственности (Платонова Н.М., 2013).

Помимо прочего, девочки, выросшие в семьях, где практиковалось жестокое обращение в той или иной форме между родителями или лицами, их заменяющими, также входят в группу риска и могут испытывать опыт жестокого обращения со стороны партнера во взрослом возрасте, однако это не значит, что все жертвы жестокого обращения со стороны партнера воспитывались в семьях, где оно практиковалось (Flitcraft A.H., Hadley S.M., Hendricks-Matthews M.K., et al, 1992). Жестокое обращение в рамках семьи имеет и немаловажное отдаленное последствие, так в литературе указано на то, что выйти из ситуации жестокого обращения в течение длительного времени не могут именно те женщины, в семье которых жестокое обращение имело место (Зубрицкая А.С., 2009).

Жестокое обращение в рамках семьи зачастую определяемое как «домашнее насилие» носит циклический характер. Так совершенное между близкими людьми, повторяющееся регулярно, оно условно делится на три фазы.

#### 1. Фаза напряжения.

Для данной фазы характерны вспышки агрессии и недовольства со стороны мужчины, направленные в сторону партнерши, причем обе стороны объясняют это стрессом на работе, нехваткой денег и т.п. Женщина в данной ситуации пытается реагировать спокойно, стремясь разрядить или загладить ситуацию. Однако с ростом напряжения ресурсы женщины ослабевают, она становится истощенной.

#### 2. Фаза острого насилия.

При данной фазе вспышки гнева сильны настолько, что их нельзя объяснить лишь стрессовыми ситуациями. Именно в этой фазе наблюдаются акты физического или сексуального насилия, или принуждение. В связи с ожиданием очередной вспышки у жертвы начинаются депрессивные реакции, а также реакции страха и тревоги она начинает ощущать собственную беспомощность и чувство неполноценности, зависимость от своего партнера.

#### 3. Фаза примирения.

Фаза, которая способствует тому, чтобы партнеры оставались вместе. Мужчина при этом становится добрым и любящим, берет на себя роль защитника и опекуна по отношению к женщине, при всем при этом он не отрицает, что сама женщина спровоцировала его и зачастую обвиняет ее в этом (Малкина-Пых И.Г.,2008).

Исследователи выделяют несколько типов переживания семейного насилия, которые зависят в том числе от личностных факторов его пережившей женщины:

1. Стремление к преодолению.
2. Стремление к избеганию осуждения.
3. Переживание утраты собственных ресурсов (Фролова С.В.,2004).

Жестокое обращение многообразно по своей природе и принимает различные виды и формы. Условно их классифицируют по типу: психологическое, физическое и сексуальное.

Эмоциональное, или психологическое, жестокое обращение подразумевает контролирование партнера путем страха или угрозы расправы и может включать в себя следующие формы активности:

- запугивание и угрозы, касающиеся возможного нанесения вреда партнерше;
- психологическую и социальную изоляцию;
- патологическую ревность со стороны партнера или проявление чрезмерной заботы;
- отношение к партнеру как к своей личной собственности;
- контроль над распорядком дня партнерши;
- запрет выхода на работу или учебу;
- запрет поддержания социальных контактов с социально значимым кругом лиц;
- контроль над внешним видом партнерши; запрет самостоятельно выбирать одежду и обувь, менять прическу и т.п.;
- унижение; высмеивание партнерши;
- постоянные ложные обвинения, упреки в адрес партнерши;
- постоянная необоснованная критика в адрес партнерши;
- подрыв доверия, ложь, нарушенные обещания;
- игнорирование нужд партнерши (в том числе экономических, эмоциональных, физических).

Физическое жестокое обращение обычно носит постоянный характер и с течением времени имеет тенденцию увеличиваться в частоте и жестокости. Оно может включать в себя следующие формы:

- плевки, толчки, пощечины, удары руками, удары ногами, акты удушения;
- причинения вреда с использованием оружия;

- причинение ожогов;
- порезы, использование остро-режущих предметов с целью оставить шрамы на теле партнерши или нанести ей травму;
- связывание, ограничение подвижности партнерши;
- оставление партнерши без помощи в опасном месте;
- намеренное неоказание партнерши помощи, когда она больна или ранена.

Сексуальное насилие и принуждение является одним из наиболее сложных аспектов жестокого обращения в отношении женщин. Оно может включать различные формы сексуального взаимодействия по принуждению или сексуального унижения, например:

- принуждение к сексуальному акту против ее воли;
  - осуществление сексуального акта, когда партнерша не полностью осознает свои действия или боится высказать отказ;
  - принуждение к сексуальному акту в присутствии других лиц или с третьим лицом;
  - принуждение к сексуальному акту с ребенком или несовершеннолетним;
- (Луковцева З.В., 2000)

- причинение партнерше боли во время сексуальной активности, в том числе с использованием различного рода предметов;
- совершение сексуального акта без средств предохранения от нежелательной беременности и от инфекций, передаваемых половым путем, вопреки воли партнерши;
- осуждение и вербальные оскорбления в адрес партнерши (Flitcraft A.H., Hadley S.M., Hendricks-Matthews M.K., et al, 1992).

Помимо прочего, ряд авторов выделяет экономическое насилие и шантаж и манипулирование детьми для контроля над взрослой жертвой в отдельные типы жестокого обращения (Мылкина-Пых И.Г., 2005; Платонова Н.В., 2013).

К экономическому насилию относят следующее:

- отказ в содержании детей;

- трата денег из семейного бюджета;
- требование постоянного отчета со стороны партнерши о поступлении и трате денежных средств, в том числе ее собственных;
- лишение партнерши ее личных финансов и (или) собственности.

К шантажу и манипулированию детьми для контроля над партнершей относят

- различные типы жестокого обращения над детьми;
- принуждение детей использовать физическое или психологическое насилие над матерью или женщиной, ее заменяющей;
- манипулирование детьми и угрозы отобрать их, при условии, что женщина пытается уйти от партнера.

Немаловажный аспект заключается в следующем: если в отношениях присутствует один вид жестокого обращения, то велика вероятность того, что впоследствии к нему будут добавляться другие (Меновщиков В.Ю., 2002).

Огромное множество факторов влияет на восприятие женщиной домашнего насилия. В их числе культурные особенности, особенности вероисповедания и религии, социально-экономический статус; семейный опыт, пережитый ранее, модель поведения между родителями или лицами, их заменяющими, в родительской семье; отношение родителей к пострадавшей в детско-юношеском возрасте (Flitcraft A.H., Hadley S.M., Hendricks-Matthews M.K., et al, 1992).

В разделе 1.1 были рассмотрены понятия: «жестокое обращение», «синдром жестокого обращения», «battered women syndrome» (BWS), «Intimate Partner Violence» (IPV); указаны факторы риска подверженности жестокому обращению, а также рассмотрены фазы, характерные для жестокого обращения в рамках семьи. Также были рассмотрены виды жестокого обращения и дана их краткая характеристика.

## **1.2 Последствия жестокого обращения**



Последствия жестокого обращения разнообразны. Много зависит от того, когда, в какой форме и в каком возрасте человек пережил жестокое обращение. При этом, по мнению ряда исследователей, психологическое жестокое обращение только кажется менее безобидным – на самом деле оно оказывает на личность не менее разрушающее воздействие (Пашина А.Х., 2002). Ряд авторов отмечает, что именно оно является «центральной звеном всех остальных форм жестокого обращения» и лежит в основе всех искажений восприятия собственного Я (цит. по Боголюбова О.Н., 2006, с. 94). Наиболее травматичным считается жестокое обращение, пережитое в детстве. Его последствия могут быть не только единичными и незамедлительными, но и отдаленными, с трудом поддающимися корректировке.

Условно все последствия можно разделить на четыре группы: когнитивные, эмоциональные, поведенческие и социальные. К когнитивным последствиям относят изменения в познавательной сфере, трудности концентрации внимания, ухудшение памяти, задержку интеллектуального развития, а также снижение общей успеваемости. К эмоциональным последствиям – повышенную тревожность, чувство вины и стыда, ощущение беспомощности и зависимости, высокий уровень внешней агрессии и аутоагрессии, неуверенность в себе, контроль над проявлением эмоций. К поведенческим последствиям относят самодеструктивное поведение, занятие проституцией, сексуальную раскрепощенность, пристрастие к алкоголю или наркотикам, апатию. К социальным – неумение и нежелание строить социальные отношения, склонность к криминальному поведению, тенденция к изоляции (Цымбал Е.И, 2010).

Лица, подвергшиеся жестокому обращению в детстве, во взрослом возрасте показывают более высокий уровень личностной и ситуативной тревожности, выраженный уровень депрессии, нарушение Я-концепции, повышенный уровень чувства вины и подозрительности (Ильина С.В., 1997; Johnson D.M., Zlotnick C., 2009). Вместе с этим жестокое обращение, пережитое в раннем возрасте в семье, ведет к формированию комплекса неполноценности,

ориентации на неуспех, неуверенности в своих силах, низкой самооценке и чрезмерному уровню самокритики. Для взрослых, переживших факт жестокого обращения в детстве, характерна неспособность выстраивать доверительные отношения с окружающими людьми, особенно противоположного пола. Это объясняется тем, что, пережив опыт жестокого обращения со стороны родителя в раннем возрасте, и утратив всяческое доверие по отношению к близкому человеку, впоследствии такие люди стремятся избегать психологической близости, считая подобную близость и отношения, вытекающие из нее, потенциально опасными (Клецина И.С., 2009). Такие подростки-жертвы, как правило, имеют большое количество половых партнеров, с которыми они не стремятся построить доверительные или семейные отношения (Widom C.S., Czaja S., et al, 2013). В тех случаях, когда лица, пережившие факт жестокого обращения в детском возрасте, заводят семьи, они, как правило, практикуют жестокое обращение в своей семье (Widom C.S., Czaja S., et al, 2013).

К числу последствий также относят нарушение половой идентификации. Деформация половой роли в результате жестокого обращения встречается у лиц обоих полов. Зачастую тело кажется причиной насилия, именно поэтому потерпевшая стремится сделать его непривлекательным: старается меньше или, наоборот, больше есть; прячет его под длинной одеждой; перестает ухаживать за собой (Ильина С.В., 1997).

Ряд исследований последних десятилетий указывает на то, что феномен расстройства множественной личности может проследиваться в раннем детском опыте интенсивного длительного насилия, причем последнее может быть как физическим, так и психологическим (Ross С.А, 1997).

В последнее время активно обсуждается тема влияния опыта жестокого обращения, пережитого в детстве, на последующую виктимизацию во взрослом возрасте, а также подверженность семейному насилию. Однако исследования последних лет не обнаруживают достоверной взаимосвязи между опытом жестокого обращения со стороны родителей или опытом насилия между родителями в семье и последующим опытом внутрисемейного насилия во

взрослом возрасте (Smith-Marek E.N., Cafferky B., Dharnidharka P., et al, 2015). Однако несмотря на это, данная тема до сих пор остается дискуссионной и требует последующего анализа.

Последствия жестокого обращения, совершенного в рамках семьи, могут быть различными. Следует учесть, что от семейного насилия различного типа могут страдать не только женщины, но и мужчины, но процент обращения последних за различного рода помощью довольно низок, и именно поэтому в литературе, в основном, освещена тема жестокого обращения в отношении женщин (Anderson K.L., 2002).

В литературе указано, что ситуация семейного насилия может влиять на личность ее участников. Отмечается, что это достигается за счет нескольких факторов:

1. Характер и тип насилия (физическое, сексуальное, психологическое, сочетанное);
2. Личностные особенности, на формирование которых оказал влияние характер отношения в родительской семье;
3. Внутренняя позиция пострадавшей (активность-пассивность);
4. Социокультурные особенности и стереотипы отношения к семейному насилию (Фролова С.В., 2004).

Со временем, по мнению ряда исследователей под влиянием долгого пребывания в состоянии жестокого обращения со стороны партнера формируются особые установки, которые не позволяют пострадавшей уйти от своего обидчика. К их числу относят жалость к агрессору, искренняя убежденность в том, что «без нее он пропадет», вера в изменении ситуации к лучшему, сохранение семьи ради детей, ощущение своей вины и заслуженности наказания (Зубрицкая А.С., 2009).

Для женщин, переживших факт домашнего насилия, наиболее характерен высокий уровень выраженности депрессии и тревоги. При этом тревога рассматривается в нескольких аспектах:

1. Высокая потребность в контроле над своей личностью.

2. Чрезвычайно острые реакции по отношению к предполагаемой опасности.

3. Ложная интерпретация нейтральных или положительно окрашенных межличностных стимулов как опасных (Briere J., & Jordan C.E., 2004).

Женщины, пережившие факт жестокого обращения, вне зависимости от вида (физический, сексуальный, психологический или сочетанный) характеризуются ослабленным психическим здоровьем, показывают более высокие показатели по уровню депрессии, чаще употребляют антидепрессанты и транквилизаторы (Ruiz-Pérez I., Plazaola-Castaño J., 2005).

К числу последствий психологического насилия, совершенного в рамках семьи по отношению к партнерше, относят повышенную самокритику, доходящую до уровня самонаказания и самобичевания, чувство вины за происходящее, искажение образа Я и неопределенность его границ, неспособность установления адекватных границ во время общения с другими людьми; чувство страха и беспомощности, синдром зависимости, стремление к эмоциональной близости при неудовлетворенной потребности в любви, страх потери объекта привязанности, отрицание собственных потребностей в угоду потребностям своего партнера; подавление собственных чувств, запрет на выражение эмоций, неуверенность в себе, восприятие мира как несущего опасность (Клецина И.С., 2009), также для них характерна амбивалентность, чувство утраты и оцепенения (Меновщиков В.Ю., 2002). Помимо прочего, к числу последствий относят: тягу к самоограничению, негативизм, отказ от выражения собственной позиции, стремление к самопожертвованию, страх выражения потребности в любви и близком общении (Хасина А.М., 2002).

Впоследствии женщины, неоднократно испытывавшие опыт домашнего насилия, склонны винить себя в сложившейся ситуации и рассматривать ее как заслуженное наказание за некое «аморальное поведение», также испытывать чувство вины за то, что в прошлом им не удалось избежать такого рода ситуации, именно потому для таких женщин характерно проявление тенденции к самоизоляции (Зубрицкая А.С., 2009). По мнению А.М. Хасиной, такие

женщины испытывают внутренний конфликт между привязанностью и желанием независимости, который усиливается травмами повторяющегося жестокого обращения и потому не может разрешиться (Хасина А.М., 2002).

Переживание жестокого обращения связано очевидно с деформацией эмоциональной сферы, именно это способствует запрету на выражение эмоций: как положительно, так и отрицательно окрашенных. Часто женщин, пострадавших от домашнего насилия, характеризуют как зависимых, объясняя, что сама женщина склонна определять свою личность через взаимоотношение со своим партнером и именно поэтому не желает уходить от него (Зубрицкая А.С., 2009).

К числу последствий домашнего насилия также относят выраженность посттравматической стрессовой симптоматики. Так, согласно ряду исследований последних лет, наиболее ярко она прослеживается при сочетании факторов физического и психологического насилия (Pill N., Day A., Mildred H., 2017).

Последствия домашнего насилия оказывают влияние и на здоровье: у пострадавших от домашнего насилия обнаруживается большое количество психосоматических симптомов, таких как головная боль, астма, гастроинтестинальные симптомы, боли в спине, боли в области таза, гинекологические заболевания (Goldsmith T.D., 2015). Это обусловлено постоянным стрессом и напряжением, вызванными травматическими отношениями, а также психологическим последствием вытеснения чувств и их влиянием на психосоматическую сферу (Колодзин Б., 1992). Эти симптомы сохраняются в течение долгого времени после выхода из психотравмирующей ситуации.

Даже после преодоления ситуации пострадавшая не может вернуться к полноценной трудовой деятельности. Это обусловлено разными факторами: долгое время женщина привыкла жить под контролем, не имея возможности самостоятельно принимать решения и тем самым утратив власть над своей жизнью и стремление к самостоятельности; она утратила множество

социальных связей из-за чрезмерного контроля супруга, а также потеряла и часть трудовых навыков в случае, если находилась карьерная деятельность была для нее под запретом; депрессивным состоянием, в котором может находиться женщина, тревожными переживаниями, страхом перед возвращением к полноценному труду и общению. Помимо прочего, женщины, пережившие опыт домашнего насилия, в дальнейшем предпочитают избегать эмоционально близких отношений с мужчинами, отказываются вступить в новый брак, полагая, что последующие отношения будут столь же травматичными, как предыдущие (Мылкина-Пых И.Г., 2006).

В разделе 1.3 были рассмотрены последствия жестокого обращения следующих типов: психологического, физического, сексуального, а также сочетанного; указано как жестокое обращение оказывает формирование на клинико-психологические особенности лиц его испытавших.

### **1.3 Обзор исследований, посвященных тематике жестокого обращения**

Исследования, посвященные тематике жестокого обращения, пережитого женщиной со стороны партнера, появились относительно недавно и не являются многочисленными. Это объясняется рядом факторов: замалчиванием со стороны женщины факта жестокого обращения, принятием факта жестокого обращения как должного, обусловленного различными особенностями: воспитанием, религиозными нормами, культурными традициями, а также недостаточным уровнем развития оказания помощи женщинам, подвергшимся жестокому обращению.

Согласно данным недавних исследований, проведенных на российской выборке, среди женщин, переживших в своем опыте факт жестокого обращения от партнера, наблюдается высокий уровень депрессии, ситуативной и

личностной тревожности, низкая самооценка, неуверенность в своих силах (Руднев А.О., 2015).

Жертвы домашнего насилия испытывают дефицит коммуникативных навыков и не способны формировать свой собственный круг общения. Для них характерны повышенная тревожность и зависимость от партнера, низкая самооценка, ощущение своей некомпетентности, высокий уровень самокритики, стремление обвинять в сложившейся ситуации и другого рода неудачах исключительно себя. В сравнении с женщинами, в чьем опыте не было жестокого обращения со стороны партнера, они обнаруживают значительные различия по уровню субъективного контроля. Согласно исследованию А.С. Зубрицкой, интернальность неудач у переживших жестокое обращение со стороны партнера составляет 81% (6,4% соответственно у группы женщин без подобного опыта). Шкала интернальности в межличностных отношениях у экспериментальной группы также обнаруживает более высокие результаты, что свидетельствует о том, что респондентки в экспериментальной группе могут самостоятельно формировать межличностные контакты с меньшей долей вероятности, чем респондентки в контрольной группе (81% и 5% соответственно). Для женщин, переживших факт жестокого обращения со стороны партнера, характерно активное использование психологических защит, таких как рационализация и отрицание. Это обусловлено тем, что пережитый опыт достаточно травматичен, и потому с течением времени девушки и женщины, испытавшие жестокое обращение со стороны партнера, склонны преуменьшать свой травматичный опыт или забывать его (Зубрицкая А.С., 2009). Еще один немаловажный аспект, описанный в отечественных исследованиях: для жертв домашнего насилия характерен запрет на выражение эмоций (в том числе как негативных, так и положительных) и оправдание своего обидчика, рассмотрение его действий как справедливых относительно конкретной ситуации (Пашина А.Х., 2002). Интересные данные получены и А.О. Рудневым: женщины, пережившие жестокое обращение, чаще страдают от психосоматических заболеваний, в том числе от заболеваний органов

пищеварения (10% в группе женщин, подвергавшихся жестокому обращению, и 5% в группе женщин, в чьем опыте не было факта жестокого обращения), нервной (14% и 5%), эндокринной (10% и 5%) и костно-мышечных систем (10% и 3%) (Руднев А.О., 2015). Зарубежные коллеги также указывают на большое количество гастроинтестинальных симптомов (Goldsmith T.D., 2015). Этот факт может быть объяснен длительной травматизацией женщины, ситуацией постоянного стресса, которую она регулярно испытывает, а также постоянным контролем своего поведения, необходимым ей для того, чтобы избежать лишних случаев вспышек агрессии своего обидчика.

Зарубежные исследования также показывают результаты, сходные с результатами их отечественных коллег по ряду параметров. Исследование, проведенное в Италии в 2014 году на двух группах женщин, экспериментальную группу которых составили 80 женщин, подвергшихся жестокому обращению со стороны партнера (IPV), а контрольную – 80 женщин, не имеющих в своем опыте ни одного факта жестокого обращения со стороны мужа или партнера, показало более высокий уровень депрессии у экспериментальной группы (19,50 – у контрольной и 9,95 – у экспериментальной, соответственно). Также в ходе данного исследования была обнаружена значимая положительная корреляционная зависимость между алекситимией и уровнем депрессии у экспериментальной группы и негативная – между способностью справляться со стрессом и уровнем депрессии и алекситимии. Немаловажный аспект заключается и в установлении следующей взаимосвязи: жертвы жестокого обращения показывают значимую корреляционную взаимосвязь депрессии с рядом параметров: положительную – с дискомфортом при установлении близких отношений, что отмечено и в российских исследованиях, приведенных ранее; поиском поддержки и озабоченностью отношений с партнером, а отрицательную – с уровнем доверия. Также группы достоверно отличаются по стилю привязанности: экспериментальная обнаруживает более высокие показатели по типу



избегающей и амбивалентной привязанности; контрольная – по надежному типу привязанности (Срарго G., Gori A., Petruccelli I., Cannella V., et al, 2014).

Более ранние исследования также указывают на то, что женщины, имеющие в своем опыте факт жестокого обращения со стороны партнера, показывают более высокие результаты по шкалам депрессии, ситуативной и личностной тревожности, а также соматизации, по сравнению с женщинами, в чьем опыте не было случаев жестокого обращения. Находящиеся в тяжелой ситуации женщины в течение долгого времени демонстрируют более высокий уровень пристрастия к алкоголю или наркотикам, а также большее количество попыток суицида. (McCauley J., Kern D.E., Kolodner K., et al, 1993).

Анализируя жертв домашнего насилия, S.M. Back пришел к выводу, что в клинике им чаще ставятся такие диагнозы как пограничное расстройство личности, зависимое расстройство личности и пассивно-агрессивное расстройство личности (психопатия). Для сравнения: у женщин, не имеющих в своем опыте факт жестокого обращения, в 2 раза реже встречаются такого рода диагнозы (Back S.M., Post R.D., D'Arcy G., 1993). Помимо этого, у женщин с синдромом жестокого обращения также чаще диагностировались черты обсессивно-компульсивного расстройства антисоциального расстройства личности (Pico-Alfonso M.A., Echeburúa E., Martinez M., 2008). Исследование, посвященное личностным характеристикам женщин, пережившим в своем опыте факт жестокого обращения, показало, что уровень психопатизации выражен у них гораздо выше, чем у женщин, не имеющих такого опыта. Так по своим показателям экспериментальная группа показывает существенное повышение уровня шкал: психопатии, паранойи, шизофрении и гипомании (для диагностики использован опросник MMPI), в сравнении с контрольной (Khan F.I., Welch T.L., Zillmer E.A., 1993). Вследствие чего был сделан вывод, что синдром жестокого обращения (IPV) может лежать в основе психопатологии (Martinez M., Garcia-Linares M.I., Pico-Alfonso M.A., 2004; Carton H., Egan V., 2016).

В исследованиях последних лет указано, что женщины, имеющие в своем опыте факт жестокого обращения показывают более высокий уровень выраженности ПТСР симптоматики, чем женщины, не имеющие такого опыта (Norwood A, Murphy C., 2012; Pill N., Day A., Mildred H., 2017). Причем, уточняется, что предиктором ПТСР как раз является физическое жестокое обращение, а психологическое служит фоном, увеличивающим симптоматику (Babcock J.C., Roseman A., Green C.E., Ross J.M., 2008). Исследования ПТСР относительно сексуального насилия или принуждения показывают различные результаты: часть из них указывает на то, что сексуальное насилие является уникальным предиктором ПТСР, а часть опровергает данное утверждение, но делает поправку на то, что роль сексуального насилия выше именно в тех случаях, где есть психологическое жестокое обращение (Craparo G., Faraci P., Rotondo G., Gori A., 2013; Meston C., Lorenz T.A., Stephenson K., 2013).

К сожалению, женщинам после долгого нахождения в ситуации жестокого обращения тяжело начать новую жизнь, а ряд факторов и отсутствие поддержки пострадавших от домашнего насилия в нашей стране не способствует полному преодолению ситуации (Йорик Р.В., 2010).

В разделе 1.3 рассмотрен обзор российских и зарубежных исследований, посвященных тематике жестокого обращения. Особое внимание было уделено обзору исследований, посвященных клинико-психологическим особенностям женщин, переживших жестокое обращение со стороны супруга или партнера.

#### **1.4 Особенности психокоррекционной работы с женщинами, подвергшимся жестокому обращению**

Психокоррекционная работа с женщинами, подвергшимися жестокому обращению со стороны партнера имеет ряд своих особенностей. В первую

очередь, как правило, она должна проводиться консультантом, специализирующимся на работе с домашним насилием, так как в противном случае возможно влияние широко распространенного мнения о провокации пострадавшей, и тем самым, усугубление психологической ситуации и вторичная травматизация (Lee D., James L., Sawires P., 1999).

О том, что работа с женщиной, пострадавшей от насилия в рамках семьи, должна носить междисциплинарный характер также сообщается в ряде отечественных изданий, контролирующих работу социальных и кризисных центров (О межведомственном взаимодействии субъектов профилактики..., 2014). Помимо этого, отмечается, что работа в данном случае должна проводиться не только с женщиной, пострадавшей от жестокого обращения, но и с членами ее семьи, а также при возможности с ближайшим социальным окружением.

Однако ряд авторов отмечает, что совместная семейная терапия двух супругов одновременно противопоказана по ряду причин. Зачастую оказывается невозможным, чтобы партнер взял на себя ответственность за применение жестокого обращения в отношении женщины; а учитывая особенности их взаимоотношений, в том числе наличие тотальной власти и контроля по отношению к супруге женщина не может быть откровенна на таких занятиях, поэтому они оказываются бесполезны (Берг-Кросс Л., 2004; Платонова Н.В., 2013).

И все же это не означает, что работа с мужчиной проводиться не должна: в США есть практика ведения групп, направленная на регуляцию мужчиной своего поведения в отношении партнерши. В России также создаются подобные группы (Платонова Н.М., 2013).

При проведении работы с пострадавшей от домашнего насилия женщиной должен учитываться ряд принципов:

1. Работа с пострадавшей должна осуществляться в безопасном месте, т.е. в месте, недоступном для обидчика, или в месте, где ничто не напоминает пострадавшей об ее обидчике.

2. Принцип взаимного доверия играет большую роль в случае работы с женщиной, пострадавшей от домашнего насилия. Излишняя критика, осуждение и недоверие могут вызвать вторичную травматизацию. Учитывая, что и как в самой ситуации домашнего насилия, так и спустя некоторое время выхода из нее женщина находится в эмоционально неустойчивом состоянии и склонна остро реагировать даже на малейшие признаки возможной критики со стороны консультанта, выражающиеся в мимике, интонации, позе, жестах, неаккуратных словах и т.п.

3. Работа должна базироваться на принципе безоценочности.

4. Необходимо не ограничиваться только психокоррекционной работой – в случае с жертвами жестокого обращения необходимо также информировать пострадавшую о ее правах.

5. Принцип самостоятельного принятия решения. Женщина, находившаяся долгое время под влиянием деспотичного мужа или партнера, часто утрачивает чувство контроля над своей жизнью, именно поэтому необходимо обговаривать возможные варианты решения проблемы с женщиной, но конечные варианты она должна принимать сама (Берг-Кросс Л., 2004).

Зачастую консультанту предстоит решать ряд дополнительных задач (в зависимости от тяжести случая):

1. Преодоление защитных механизмов, которые занимают большое место в структуре личности женщины, пострадавшей от домашнего насилия.

2. Ряд просветительских задач, в случае, если женщина считает, что жестокое обращение со стороны партнера является нормальным явлением.

3. Научение заботиться о себе, так как будучи в критическом состоянии долгое время женщина утрачивает этот навык.

4. Выявление и анализ ресурсов для преодоления кризисной ситуации; поиск дополнительных ресурсов.

5. Анализ травмирующих событий; поиск механизмов влияния прошлых событий на личность женщины.

6. Создание системы социальной поддержки, восстановление прежних социальных связей.

7. Работа с чувством вины.

8. Научение выражения эмоций гнева и стыда.

9. Анализ прошлых и нынешних страхов, поиск надежд, целей в жизни, подготовка почвы для их реализации.

10. Составление реабилитационной программы в случае, если женщина захочет продолжить справляться с ситуацией без данного консультанта (Берг-Кросс Л., 2004).

Также консультант должен иметь понятие о психологическом статусе клиента, с которым он работает, о его повышенной тревожности и повышенном уровне депрессии, возможно, выраженной ПТСР симптоматики. Часть жертв домашнего насилия находится в подавленном состоянии; ввиду того, что долгое время они находились в состоянии повышенного контроля со стороны супруга или партнера, велик риск того, что пострадавшая не понимает четких границ между собой и консультантом и его действиями (что обусловлено психологическими особенностями жестокого обращения в семье). Именно в этом случае возникает риск того, что жертва воспроизведет модель поведения в семье, покорно исполняя указания консультанта, а консультант в данном случае будет усугублять ситуацию, косвенно подавляя ее самостоятельность. Если ситуация жестокого обращения носила тотальный характер и продолжалась долго, то также следует учитывать, что женщина теряет ряд навыков: в том числе она не способна возражать и отстаивать свою точку зрения, выражать свое мнение, покорно следуя воле того, с кем она находится рядом, зачастую теряет навык ухода за собой. Также стоит учитывать и то, что, как правило, у женщин, длительное время находящихся в ситуации домашнего насилия, а затем вышедших из нее, наблюдаются черты паранойяльности (что подтверждается рядом исследований), что связано со страхом возможного повторения подобной ситуации в дальнейшем, потому окружающие (и

особенно мужчины) могут рассматриваться как источники потенциального вреда.

В разделе 1.4 рассмотрены особенности психокоррекционной работы с женщинами, пережившими жестокое обращение, указана необходимость учета их индивидуально-психологических особенностей при осуществлении такого рода работы.

В главе 1 рассмотрен обзор отечественной и зарубежной литературы по тематике жестокого обращения. Кратко рассмотрена литература на предмет влияния жестокого обращения, пережитого в детстве, на последующую виктимизацию и формирование личностных и клинико-психологических особенностей во взрослом возрасте, рассмотрена литература, посвященная тематике жестокого обращения между партнерами в семье и особенностей взаимодействия между такими партнерами; указаны факторы возможного риска подверженности жестокому обращению. Особое внимание уделено роли семейного, или домашнего насилия между партнерами на проявление клинико-психологических особенностей личности жертвы.

## ГЛАВА 2. МЕТОДЫ ОРГАНИЗАЦИИ ИССЛЕДОВАНИЯ

*Целью* данной работы явилось изучение клинико-психологических особенностей женщин, подвергшихся жестокому обращению.

В связи с поставленной целью, были сформулированы следующие *задачи* исследования:

1. Изучение личностных особенностей женщин, подвергшихся жестокому обращению;
2. Изучение стратегий совладания со стрессом женщин, подвергшихся жестокому обращению;
3. Изучение уровня агрессивности и враждебности женщин, подвергшихся жестокому обращению;
4. Изучение уровня депрессии женщин, подвергшихся жестокому обращению и женщин;
5. Изучение уровня личностной тревожности женщин, подвергшихся жестокому обращению;
6. Изучение уровня выраженности посттравматических стрессовых реакций у женщин, подвергшихся жестокому обращению;
7. Сравнительное изучение клинико-психологических особенностей женщин, подвергшихся жестокому обращению, и женщин, в чьем опыте не было жестокого обращения;
8. Изучение взаимосвязи жестокого обращения и клинико-психологических особенностей женщин, подвергшихся жестокому обращению;
9. Изучение взаимосвязи социально-демографических характеристик и клинико-психологических особенностей женщин, подвергшихся жестокому обращению.

*Гипотезы* исследования:

1. Женщины, имеющие в своем опыте факт жестокого обращения со стороны партнера, характеризуются более выраженным уровнем депрессии, личностной тревожности, посттравматической стрессовой симптоматики, нежели женщины, в чьем опыте не было факта жестокого обращения.

2. Женщины, имеющие в своем опыте факт жестокого обращения со стороны партнера, склонны использовать такие стратегии как «бегство-избегание» и «принятие ответственности» в качестве предпочтительных в сравнении с женщинами, не имеющими подобного опыта.

*Объектом* исследования работы являются личностные особенности, стратегии совладающего поведения со стрессовыми ситуациями, уровень враждебности и агрессивности, личностная тревожность, уровень депрессии, выраженность посттравматической стрессовой симптоматики у женщин, подвергшихся жестокому обращению.

*Предметом* исследования работы явились личностные особенности, стратегии совладающего поведения со стрессовыми ситуациями, уровень враждебности и агрессивности, личностная тревожность, уровень депрессии, выраженность посттравматической стрессовой симптоматики.

## **2.1 Описание выборки исследования**

В данном исследовании приняли участие женщины, посещавшие Отделение помощи женщинам при Социальном Центре Помощи Семьи и Детям Невского района.

Экспериментальную группу составили женщины, имеющие в своем опыте факт многократного жестокого обращения со стороны партнера. Возрастной диапазон респонденток на момент исследования составил от 26 до 37 лет ( $M=31,35$ ;  $\sigma=3,6$ ), с различным уровнем образования – от среднего специального и до нескольких высших или ученой степени. Участницы на момент исследования имели различный трудовой и семейный статус, различались по фактору наличия (отсутствия) детей, степени финансовой зависимости от партнера или других социально значимых людей, не имели алкогольной или наркотической зависимости, а также ряда заболеваний, которые могут влиять на профессиональную деятельность и жизнедеятельность респондентки.



Группу сравнения составили женщины, не имеющие в своем опыте случая жестокого обращения со стороны партнера, идентичного возрастного диапазона ( $M=31,48$ ;  $\sigma=3,33$ ) и уровня образования.

Критериями включения в экспериментальную группу являлись:

1. Наличие факта неоднократного жестокого обращения со стороны мужа или партнера.

2. Возраст от 25 до 40 лет как период средней взрослости, согласно возрастной периодизации Бромлея.

3. Отсутствие состояния алкогольной или наркотической зависимости.

4. Отсутствие психических, онкологических и серьезных психосоматических заболеваний, которые могли бы повлиять на ответы респондентки.

Критериями включения в контрольную группу являлись:

1. Отсутствие факта жестокого обращения со стороны мужа или партнера на протяжении всей жизни.

2. Возраст от 25 до 40 лет как период средней взрослости, согласно возрастной периодизации Бромлея.

3. Отсутствие состояния алкогольной или наркотической зависимости.

4. Отсутствие психических, онкологических и серьезных психосоматических заболеваний, которые могли бы повлиять на ответы респондентки.

Социально-демографические характеристики выборки по группам представлена в Таблице 1.

*Таблица 1*

***Социально-демографические характеристики выборки***

	Сравниваемые группы
--	---------------------

Социально-демографические характеристики		Экспериментальная группа: женщины, имеющие в своем опыте факт многократного жестокого обращения (n=20)	Контрольная группа: женщины, не имеющие в своем опыте жестокого обращения (n=26)
Возраст	Диапазон	2637 лет	26– 37 лет
	Среднее значение	31,35 лет	31,48 лет
	Стандартное отклонение	$\sigma=3,6$	$\sigma=3,33$
Семейное положение	Не замужем	45% (n=9)	15,4% (n=4)
	Замужем	45% (n=9)	69,2% (n=18)
	Гражданский брак	10% (n=2)	15,4% (n=4)
Дети	Есть	35% (n=7)	61,5% (n=16)
	Нет	65% (n=13)	38,5% (n=10)
Уровень образования	Среднее специальное	15% (n=3)	11,5% (n=3)
	Высшее	65% (n=13)	73% (n=19)
	Два и более высших (ученая степень)	20% (n=4)	15,5% (n=4)
Трудовой статус	Работает	75% (n=15)	100% (n=26)
	Не работает	25% (n=5)	0% (n=0)
Тип занимаемой должности	Исполнительная	80% (n=16)	92% (n=24)
	Руководящая	5% (n=1)	8% (n=2)
	На себя	15%(n=3)	(n=0)
Уровень дохода	Хватает только на еду и необходимые средства личной гигиены	0% (n=0)	0% (n=0)
	Хватает только на еду, необходимые средства личной гигиены и необходимую одежду	45% (n=9)	30,7% (n=8)

	Хватает только на еду, необходимые средства личной гигиены, необходимую одежду, бытовую технику	50% (n=10)	69,3% (n=18)
	Хватает только на еду, необходимые средства личной гигиены, необходимую одежду, бытовую технику и дорогостоящие покупки (автомобиль, недвижимость)	5% (n=1)	0% (n=0)
Употребление наркотических средств	Не употребляет совсем	80% (n=18)	84,6% (n=22)
	Употребляет редко	10% (n=2)	15,4% (n=4)
	Употребляет регулярно	0% (n=0)	0% (n=0)
Частота употребления алкоголя	Не употребляет совсем	20% (n=4)	38,4% (n=10)
	Менее раза в месяц	30% (n=6)	61,4 (n=16)
	Раз в месяц	25% (n=5)	19,3% (n=5)
	Раз в неделю	15% (n=3)	19,3% (n=5)
	Несколько раз в неделю	10% (n=2)	0% (n=0)
	Каждый день	0% (n=0)	0% (n=0)

Как продемонстрировано в Таблице 1, респонденты контрольной и экспериментальной группы не различаются по возрасту, уровню образования и семейному положению ( $p > 0,05$ ) Различия были выявлены по следующим параметрам: наличие детей, уровню дохода, степени финансовой независимости от партнера или родителей, частоте употребления алкоголя и наркотических средств.

## 2.2 Описание методов исследования

Для реализации задач исследования были использованы следующие методы: специально разработанное полуструктурированное интервью; Гиссенский личностный опросник, опросник «Способы совладающего поведения», опросник уровня агрессивности Басса-Дарки, шкала депрессии Бека, шкала личностной тревожности Спилбергера, Миссисипская шкала для оценки посттравматических стрессовых реакций.

### **2.2.1 Полуструктурированное интервью**

Для реализации задач исследования было разработано полуструктурированное интервью, содержащее 23 вопроса. Интервью состоит из двух блоков: «социально-демографические данные» и «особенности жестокого обращения».

Блок «социально-демографические данные» направлен на прояснение социального статуса респондента. Данный блок включает в себя исключительно закрытые вопросы (с вариантом выбора ответа) и позволяет выяснить нынешний семейный статус респондента, наличие у него детей, выявить уровень образования и дохода, уточнить вопросы относительно рабочего статуса респондента и степени финансовой зависимости от других членов его семьи или/и социально значимых людей, находящихся в близком окружении, выявить особенности взаимодействия между родителями или лицами, их заменяющими, в родительской семье, а также выяснить подвержен ли респондент алкогольной или наркотической зависимости и имеет ли он заболевания, которые могут влиять на его профессиональную деятельность.

Блок «особенности жестокого обращения» направлен на выявление различных аспектов жестокого обращения, которым респондент подвергался ранее или/и подвергается в настоящий момент. Данный блок включает в себя закрытые (с вариантами выбора ответов) и открытые (без вариантов выбора) вопросы. Данные вопросы позволяют уточнить информацию, касающуюся жестокого обращения в прошлом, его частоты и типа, а также выявить,

подвержен ли респондент жестокому обращению в настоящем, каков его тип и от кого оно исходит. На ряду с этим в этом блоке содержатся вопросы, позволяющие определить, какие ресурсы задействовал респондент, чтобы преодолеть ситуацию жестокого обращения или какие ресурсы, по его мнению, помогут ему справиться с ней в будущем или помогают справиться сейчас.

### **2.2.2 Гиссенский личностный опросник**

Гиссенский личностный опросник разработан Д. Бэкманом и Г. Рихтером в 1968 году на базе Психосоматической клиники Гиссенского университета (город Гиссен, Германия), переведен, адаптирован и стандартизован Е.А. Голынкиной. Опросник направлен на комплексную и многоаспектную диагностику социально-психологических характеристик личности и используется для составления психологического портрета.

Текст опросника включает три бланка по 40 одинаковых утверждений каждый («Я», «Он», «Она»), каждое из которых оценивается по семибалльной шкале. Все утверждения имеют два противоположных полюса. Респонденту предлагается оценить, как каждое утверждение относится к нему самому, используя для этого цифры от 0 до 3. При этом ноль является центром шкалы и нейтральной характеристикой, числа от одного до трех указывают на степень соответствия самооценки тому или иному полюсу утверждения. Гиссенский личностный опросник содержит шесть основных и две оценочных шкалы. К основным шкалам относятся следующие:

#### **1. Шкала социального одобрения**

Шкала характеризует способность взаимодействовать с социальным окружением. Для нижнего полюса характерны субъективные представления человека о своей социальной непривлекательности и низком уровне репутации, о неумении добиваться поставленных целей и оценки других людей. Для верхнего полюса – уверенность в своей положительной социальной репутации,

привлекательности и популярности, а также в способности добиваться целей, уважения и оценки других людей.

## **2. Шкала доминантности**

Шкала доминантности характеризует личностные особенности, связанные с психосоциальными защитными формами поведения. Для нижнего полюса характерны властолюбие, настойчивость, нетерпение, для верхнего – послушание, уступчивость, терпение.

## **3. Шкала самоконтроля**

Шкала определяет степень выраженности способности к сознательному и волевому регулированию собственного поведения. Для нижнего полюса шкалы характерны неаккуратность, непостоянство, склонность к беззаботному поведению и легкомысленным поступкам. Для верхнего – педантичность, усердие, аккуратность, упорядоченность.

## **4. Шкала преобладающего настроения**

Шкала характеризует эмоциональный фон, проявляющийся в особенностях поведения, переживаний, самооценки. Для нижнего полюса характерны такие характеристики, как отсутствие склонности к рефлексии и критическому отношению к себе, отсутствие подавленности, независимость. Для верхнего – робость, зависимость, самокритичность, подавленность, склонность к рефлексии.

## **5. Шкала открытости (замкнутости)**

Шкала отражает фундаментальные свойства социальных контактов и социального поведения, развивающиеся из первичного доверия (откровенность, открытость в общении, потребность в любви) или недоверия (замкнутость, отстраненность, подозрительность). На нижнем полюсе находятся такие психологические особенности, как доверие, открытость перед другими людьми, потребность в любви; на верхнем – замкнутость, недоверчивость, отстраненность, стремление скрывать свою потребность в любви.

## **6. Шкала социальных способностей**

Шкала социальных способностей описывает комплекс качеств, позволяющий судить о зрелости личности. На полюсе нижних значений находятся такие характеристики, как активность, общительность, уверенность в себе, богатое воображение, способность к длительным межличностным отношениям. На полюсе верхних значений – необщительность, слабая способность к самоотдаче, неспособность к длительным отношениям.

Гиссенский личностный опросник включает также две оценочные шкалы: М и Е, измеряющие количество утверждений, на которые даны средние оценки (шкала М) и крайние оценки (Е). В исследовании был использован только один бланк опросника – бланк «Я».

Подсчет баллов производится по каждой шкале отдельно. Каждому ответу присваивается номер от 1 до 7 в прямой шкале и от 7 до 1 в обратной. Баллы суммируются по каждой шкале отдельно, затем к результату прибавляется константа (имеющая разное значение для каждой шкалы). После всех подсчетов полученные сырые баллы переводятся в стандартизованные баллы согласно таблицам (Голынкина Е.А., Исурина Г.Л., Кайдановская Е.В., 1993).

Поскольку методика стандартизирована и широко используется в исследованиях, представляется возможным не прикладывать бланк в приложение.

### **2.2.3 Опросник «Способы совладающего поведения»**

Опросник «Способы совладающего поведения» разработан Р. Лазарусом и С. Фолкман в 1988 году, адаптирован Т. Крюковой и стандартизированный в НИИ им. Бехтерева Л. Вассерманом, О. Щелковой, Б. Иовлевым в 2004 году. Опросник применяется при исследовании особенностей поведения в трудных и проблемных для личности ситуациях, а также выявлении характерных способов преодоления стресса.

Испытуемому предлагается 50 утверждений, описывающих поведение в трудной или проблемной жизненной ситуации. Необходимо определить по

четырёхбалльной шкале частоту использования стратегии поведения, указанной в каждом утверждении («никогда», «редко», «иногда», «часто»), делая соответствующие пометки в бланке методики в таблице.

Опросник содержит восемь шкал (по количеству типов копинг-стратегий):

### **1. Конфронтация**

Стратегия предполагает разрешение проблемы за счет не всегда целенаправленной поведенческой активности и осуществления конкретных действий. В том случае, когда эта стратегия является наиболее предпочтительной, наблюдается импульсивность в поведении, враждебность, трудности планирования действий, прогнозирования их результата, изменения стратегии поведения, необоснованное упорство. Копинг-действия в этом случае могут терять свою целенаправленность и становиться преимущественно результатом разрядки эмоционального напряжения. Стратегия конфронтации рассматривается как неадаптивная, однако при умеренном использовании она обеспечивает способность личности к сопротивлению трудностям, энергичность и предприимчивость при разрешении проблемных ситуаций, умение отстаивать собственные интересы, справляться с тревогой в стрессовых условиях.

### **2. Дистанцирование**

Стратегия дистанцирования предполагает преодоление негативных переживаний в связи с проблемой за счет субъективного снижения ее значимости и степени эмоциональной вовлеченности в нее. Для данной стратегии характерно использование приемов рационализации, переключения внимания, отстранения, юмора, обесценивания. Сильные стороны использования данной стратегии: снижение субъективной значимости трудноразрешимых ситуаций, предупреждение интенсивных эмоциональных реакций на фрустрацию. Слабые стороны: возможность обесценивания собственных переживаний, недооценка важности проблемных ситуаций.

### **3. Бегство - избегание**



Стратегия бегства-избегания предполагает попытки преодоления негативных переживаний за счет отрицания проблемы, фантазирования, необоснованных ожиданий, отвлечения. При использовании этой стратегии в качестве предпочтительной могут наблюдаться инфантильные формы поведения в стрессовых ситуациях: отрицание либо полное игнорирование проблемы, уклонение от ответственности и действий по разрешению возникших трудностей, пассивность, нетерпение, вспышки раздражения и др. с целью снижения эмоционального напряжения.

#### **4. Самоконтроль**

Стратегия самоконтроля характеризует способ преодоления негативных переживаний за счет целенаправленного подавления и сдерживания эмоций, уменьшения их влияния на оценку ситуации и выбор стратегии поведения, стремление к высокому контролю поведения и самообладанию. При использовании данной стратегии в качестве ведущей может наблюдаться стремление скрывать от окружающих свои переживания в связи с проблемной ситуацией. Положительные стороны данной стратегии: возможность избегания импульсивных поступков, преобладание рационального подхода при решении проблемных ситуаций. Отрицательные стороны стратегии самоконтроля: трудности в выражении переживаний и потребностей, склонность к сверхконтролю поведения.

#### **5. Принятие ответственности**

Стратегия принятия ответственности характеризует признание своей роли в возникновении проблемы и ответственности за ее решение, в ряде случаев с компонентом самокритики и самообвинения. При умеренном использовании данная стратегия отражает стремление личности к пониманию зависимости между собственными действиями и их последствиями, готовность анализировать свое поведение, искать причины актуальных трудностей в личных недостатках и ошибках. Выраженное использование данной стратегии может приводить к необоснованной самокритике, переживанию чувства вины и неудовлетворенности собой, что является фактором риска развития

депрессивных состояний. К положительным сторонам стратегии относятся возможность понимания личной роли в возникновении актуальных трудностей. К отрицательным – склонность к необоснованной самокритике и принятию чрезмерной ответственности.

### **6. Поиск социальной поддержки**

Стратегия предполагает разрешение проблемы за счет привлечения социальных ресурсов, поиска информационной и эмоциональной поддержки. При использовании стратегии характерны ориентированность на взаимодействие с другими людьми, ожидание поддержки, внимания, совета, сочувствия и сопереживания, конкретной помощи от других людей.

### **7. Планирование решения проблемы**

Стратегия планирования решения проблемы характеризует попытки преодоления проблемы за счет целенаправленного анализа ситуации, возможных вариантов поведения, выработки стратегии разрешения проблемы, планирования действий с учетом объективных условий, прошлого опыта и имеющихся ресурсов. Стратегия рассматривается как адаптивная, способствующая конструктивному разрешению трудностей. Положительные стороны стратегии: возможность целенаправленного и планомерного разрешения проблемной ситуации. Отрицательные стороны: вероятность чрезмерной рациональности, недостаточной эмоциональности, спонтанности в поведении.

### **8. Положительная переоценка**

Стратегия положительной переоценки характеризует попытки преодоления негативных переживаний за счет ее положительного переосмысления, а также рассмотрения ее как стимула для личностного роста. Положительные стороны стратегии: возможность положительного переосмысления проблемной ситуации. Отрицательные стороны: вероятность недооценки личностью возможностей эффективного разрешения проблемной ситуации.

Полученные баллы суммируются отдельно по каждой шкале, а затем переводятся в стандартные в соответствии с таблицами. Величина стандартных баллов зависит от пола и возраста испытуемого. После всех вычислений определяется лидирующие, умеренно используемые и редко используемые копинг-стратегии (Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., 2008).

Поскольку методика стандартизирована и широко используется в различных исследованиях, представляется возможным не прикладывать бланк в приложение.

#### **2.2.4 Опросник уровня агрессивности Басса-Дарки**

Опросник уровня агрессивности Басса-Дарки разработан А. Басс и Э. Дарки в 1957 году, стандартизирован А.А. Хваном, Ю.А. Зайцевым и Ю.А. Кузнецовой в 2005 году. Опросник состоит из 75 утверждений, на каждое из которых респонденту предлагается дать ответ «Да» или «Нет» в соответствии с предпочитаемым им стилем поведения.

Согласно А. Басс и Э. Дарки, в основе опросника лежат следующие принципы:

1. Вопрос относится только к одной форме агрессии.
2. Вопрос сформулированы таким образом, чтобы ослабить влияние общественного мнения при ответе.

Ответы оцениваются по восьми шкалам:

- 1. Физическая агрессия:** шкала характеризует использование физической силы против другого.
- 2. Вербальная агрессия:** шкала характеризует выражение негативных чувств как через форму (ссора, крик, визг), так и через содержание словесных обращений к другим лицам (угроза, ругань).

**3. Косвенная агрессия:** шкала характеризует использование не прямым путем направленных против других лиц сплетен, шуток и проявления ненаправленных и неупорядоченных взрывов ярости.

**4. Негативизм:** шкала характеризует оппозиционную форму поведения, направленную обычно против авторитета и руководства, которая может нарастать от пассивного сопротивления до активных действий против требований, а также правил и законов.

**5. Раздражение:** шкала характеризует готовность к проявлению негативных чувств и грубости при малейшем возбуждении.

**6. Подозрительность:** шкала характеризует склонность к недоверию и осторожному отношению к людям, проистекающим из убеждения, что окружающие намерены причинить вред.

**7. Обида:** шкала характеризует проявления зависти и ненависти к окружающим, обусловленные чувством гнева, недовольства кем-то именно или всем миром за действительные или мнимые страдания.

**8. Чувство вины:** шкала характеризует отношение и действия по отношению к себе и окружающим, проистекающие из возможного убеждения самого обследуемого в том, что он является плохим человеком и поступает нехорошо.

Индексы различных форм агрессивных реакций подсчитываются, согласно А.А. Хвану и соавторам, путем суммирования баллов по каждой шкале отдельно. Полученные результаты будут являться сырыми баллами, которые необходимо умножить на коэффициенты (для каждой шкалы – разные), чтобы привести значения каждой шкалы приблизительно к ста баллам. После этого определяется уровень выраженности той или иной реакции («низкий», «средний», «повышенный», «высокий», «очень высокий»). Также полученные баллы можно перевести в стеноны в соответствии со специальной таблицей, разработанной Хваном и соавторами.

Отдельно рассчитывается индекс враждебности, являющийся средним арифметическим от суммы шкал обиды и подозрительности, и индекс агрессивности – среднее арифметическое от суммы шкал физической агрессии,

вербальной и косвенной агрессии (Хван А.А., Зайцев Ю.А., Кузнецова Ю.А., 2005).

Поскольку методика стандартизирована и широко используется в исследованиях, представляется возможным не прикладывать бланк в приложение.

### **2.2.5 Шкала депрессии Бека**

Шкала депрессии Бека разработана Аароном Беком в 1961 году.

Опросник состоит из 21 вопроса – утверждений, включающих в себя вопросы, касающиеся специфических проявлений депрессии.

Респонденту предлагается при ответе на каждый вопрос выбрать один из четырех предложенных вариантов ответа, наиболее точно характеризующий его самочувствие и настроение в течение последней недели.

Шкала Бека имеет общую шкалу, выражающую общий показатель депрессии; а также две подшкалы: когнитивно-аффективная субшкала и субшкала соматических проявлений.

Когнитивно-аффективная субшкала включает в себя вопросы от 1 до 13 включительно и предназначена для оценки уровня депрессии тех пациентов, соматические симптомы которых могут послужить основой для вывода о завышенном уровне депрессии (Тарабрина Н.В., 2001).

Субшкала соматических проявлений состоит из вопросов, имеющих порядковый номер от 14 до 21 и направлена на оценку выраженности соматических симптомов депрессии.

Подсчет общего показателя шкалы осуществляется простым суммированием баллов по всем пунктам опросника. Каждый пункт оценивается в диапазоне от 0 до 3 в соответствии со степенью выраженности симптома. Максимально возможный балл по шкале депрессии составляет 63.

Подсчет показателя когнитивно-аффективной субшкалы осуществляется суммированием баллов по пунктам от 1 до 13 включительно.

Подсчет показателя субшкалы соматических проявлений – суммированием баллов по пунктам от 14 до 21 включительно.

После подсчета общего показателя шкалы Бека делается вывод об отсутствии депрессивных симптомов или уровня их выраженности.

Так, общий балл в диапазоне от 0 до 9 включительно свидетельствует об отсутствии депрессивных симптомов; от 10 до 18 включительно – о легкой депрессии, или субдепрессии; от 19 до 29 включительно – о критическом уровне выраженности депрессии, и от 30 до 63 – о симптомах явно выраженной депрессии (Тарабрина Н.В., 2001).

Поскольку методика стандартизирована и регулярно используется в исследованиях, представляется возможным не прикладывать бланк в приложение.

### **2.2.6 Шкала личностной тревожности Ч. Спилбергера**

Шкала личностной и ситуативной тревожности, разработанная Ч.Д. Спилбергером и адаптированная Ю.Л. Ханином в 1976 году, направлена на самооценку уровня личностной тревожности как устойчивой характеристики и ситуативной тревожности как состояния эмоциональной реакции на стрессовую ситуацию. Такая реакция характеризуется напряженностью, беспокойством и нервозностью.

Для реализации одной из задач исследования была выбрана только шкала личностной тревожности. Использование исключительно данной части методики представляется возможным, так как бланки опросника ситуативной и личностной тревожности разделены, находятся на разных листах, а подсчеты по каждой из шкал проводятся отдельно. Испытуемому предлагается ответить на 20 утверждений в соответствии с тем, как часто («никогда», «почти никогда», «часто», «всегда») его состояние соответствует приведенным в методике суждениям.

Общий показатель шкалы личностной тревожности может находиться в диапазоне от 20 до 80 баллов. Показатель шкалы определяется отдельным суммированием баллов прямых ответов и обратных ответов в соответствии с ключом. К разнице между полученными результатами прямых и обратных ответов прибавляется константа, равная численному значению 35. Полученный результат будет являться конечным показателем, по которому можно сделать вывод об уровне личностной тревожности. Чем выше показатель шкалы, тем выше личностная тревожность («низкий уровень личностной тревожности» – до 30 баллов, «умеренный уровень личностной тревожности» – от 31 до 45 баллов включительно и «высокий уровень личностной тревожности» – от 46 баллов и выше).

Лица с высоким показателем личностной тревожности воспринимают угрозу своей жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагируют выраженным состоянием тревоги. Высокий показатель личностной тревожности также может свидетельствовать о наличии невротических конфликтов, эмоциональных срывов и психосоматических заболеваний.

Лица с низким показателем личностной тревожности характеризуются как неактивные, со сниженным уровнем мотивации. В некоторых случаях такие показатели могут говорить о желании респондента преподнести себя в лучшем свете (Гребень И.Ф., 2007).

Поскольку методика стандартизирована и широко используется в исследованиях, представляется возможным не прикладывать бланк в приложение.

### **2.2.7 Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций**

Миссисипская шкала для оценки выраженности посттравматических реакций была разработана в 1987 году и изначально была направлена на диагностику степени выраженности посттравматических стрессовых реакций у ветеранов боевых действий. В 1995 году был разработан гражданский вариант

миссисипской шкалы, предназначенный для использования данной методики на гражданских лицах (Тарабрина Н.В., 2001).

Миссисипская шкала состоит из 39 вопросов, каждый из которых оценивается по пятибалльной системе (от одного до пяти) в соответствии с частотой выраженности симптоматики.

Содержащиеся вопросы условно можно разделить на четыре категории: три из них можно соотнести с критериями ПТСР согласно DSM - IV. К данным категориям относятся вопросы, направленные на диагностику симптомов вторжения, симптомов избегания и симптомов физиологической возбудимости. К четвертой категории относятся вопросы, направленные на диагностику чувства вины и суицидальности.

Респонденту предлагается ответить на каждый вариант вопроса – утверждения, выбрав ответ, который наиболее полно описывает его чувства.

Общий балл Миссисипской шкалы вычисляется путем простого суммирования результатов по прямой и обратной шкале. Результаты по прямой и обратной шкале представляют собой сумму баллов, полученную по каждому пункту, принадлежащему к шкале. Пункты, относящиеся к прямой и обратной шкале, определяются ключом (Тарабрина Н.В., 2001).

Поскольку методика стандартизирована и широко применяется в исследованиях, представляется возможным не прикладывать бланк в приложение.

### **2.3 Описание процедуры исследования**

В исследовании приняли участие женщины, являющиеся клиентами Отделения помощи женщинам при центре Социальной помощи Семьи и Детям Невского района города Санкт-Петербурга.

Перед началом процедуры исследования всем респонденткам сообщалось, что данное исследование никак не повлияет на получение помощи любого типа ни в Социальном центре, ни в других государственных учреждениях ни сейчас, ни в дальнейшем; результаты проведенных методик и полуструктурированного интервью не будут доступны третьим лицам и будут



использованы исключительно в рамках дипломной работы. Также уточнялось, что участницы могут отказаться от исследования в любой момент, в случае если они сочтут его прохождение для себя некомфортным или болезненным, без каких-либо негативных последствий. Оговаривалось, что на бланках предложенных методик участница в праве поставить как свое, так и чужое имя, или псевдоним. В случае заинтересованности в результатах предлагалось получение полноценной обратной связи по результатам методик по электронной почте (в течение недели после прохождения исследования).

После этого женщинам, выразившим желание принять участие в данном исследовании, сообщалось, что полная процедура состоит из прохождения тестовых психологических методик и полуструктурированного интервью и по времени полное прохождение исследования занимает в среднем от часа до полутора.

Перед исследованием респондентки подписывали бланк информированного согласия (Приложение А). Затем с ними очно проводилось полуструктурированное интервью, направленное на прояснение социально-демографических данных, а также на выявление особенностей жестокого обращения. Перед началом интервью участнице еще раз сообщалось, что она может давать информацию исключительно в том объеме, в котором посчитает нужным, и если в какой-то момент она почувствует себя некомфортно или указанные вопросы покажутся им болезненными, то она в праве отказаться от дальнейшего его прохождения.

После прохождения интервью предлагалось заполнить бланки психологических методик. Перед заполнением каждой из методик предлагалась инструкция и уточнялось, насколько респондентка ее поняла. При возникновении вопросов давались дополнительные пояснения.

## **2.4 Математико-статистические методы обработки данных**

В рамках дипломной работы использовались следующие математико-статистические методы: первичные описательные статистики, критерий Шапиро-Уилка для проверки гипотезы о нормальности распределения на малой выборке, метод сравнения двух независимых выборок с помощью непараметрического критерия U-Манна-Уитни и параметрического критерия Т-Стьюдента; таблицы сопряженности  $\chi^2$ -Пирсона для оценки результатов полуструктурированного интервью, однофакторный дисперсионный анализ с использованием критерия  $\phi$ -Фишера для малых выборок, корреляционный анализ в каждой из групп (коэффициент ранговой корреляции Пирсона и Спирмена).

В главе 2 были рассмотрены методы проведения исследования, подробно описаны применяемые методики и полуструктурированное интервью; описана выборка исследования, приведены ее социально-демографические характеристики; описан способ сбора данных, процедура исследования и методы математической обработки.

## ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

### 3.1 Результаты полуструктурированного интервью

Для статистического анализа номинальных данных, полученных в результате полуструктурированного интервью, использован критерий  $\chi^2$  Пирсона. По его результатам две (экспериментальная и контрольная) представленные группы не различаются по возрасту, семейному положению и уровню образования ( $p > 0,05$ ).

Согласно результатам проведенного интервью, в экспериментальной группе преобладает сочетание физического и психологического типа жестокого обращения (50% респонденток); наиболее редко встречается сочетание сексуальных и психологических типов жестокого обращения (20% респонденток).

При этом часть женщин (20%) обнаруживает отсутствие информированности относительно того типа обращения, которому они подверглись. Это можно объяснить, как низкой осведомленностью респонденток относительно возможных типов жестокого обращения, так и склонностью вытеснять психотравмирующие переживания или уменьшать их значимость, о чем говорится в ряде исследований (Пашина А.Х, 2002). Так, одна из респонденток первоначально характеризует тип жестокого обращения, которому она подвергалась, как «психологическое и сексуальное», однако при более детальном расспросе рассказывает, что молодой человек регулярно применял к ней физическую силу в случае, если она отказывала в интимных отношениях. Другая респондентка характеризует тип насилия, примененный к ней как «психологическое», однако при уточнении деталей выясняется, что молодой человек также регулярно применял к ней и физическое насилие: пытался душить ее и несколько раз избивал.

Выраженность типов жестокого обращения можно наблюдать в таблице 2.

Таблица 2

*Типы жестокого обращения*

Тип жестокого обращения	Экспериментальная группа (n=20)	Контрольная группа (n=26)
Физическое и психологическое	N=10 (50%)	N=0 (0%)
Физическое и сексуальное	N=4 (20%)	N=0 (0%)
Физическое, психологическое и сексуальное	N=6 (30%)	N=0 (0%)

Десять из двадцати девушек в экспериментальной группе (50%) поддерживают связь с тем партнером, от которого они подвергались жестокому обращению, в той или иной форме (приятельское общение, переписка, встречи), при этом только у пятерых из них партнер является действующим супругом, с которым они вместе проживают.

К числу ресурсов, которые способствовали преодолению ситуации жестокого обращения, девушки относят: новую влюбленность (n=3), помощь психолога (n=2), «уход» в работу (n=3), занятия спортом (n=2) и религию (n=1).

Восемь из двадцати девушек являются финансово зависимыми от родителей, при этом шесть из них старше тридцати лет и имеют высшее образование. Именно эти женщины не находят в своей финансовой зависимости от родителей ничего предосудительного. В контрольной группе только две девушки являются финансово зависимыми от родителей, и возраст их на момент прохождения интервью меньше тридцати лет.

Только у четырех девушек (20%) из двадцати, помимо эпизодов жестокого обращения от партнера, были эпизоды насилия вне пары (физического и сексуального) в экспериментальной группе. В контрольной группе эпизодов насилия вне пары выявлено не было.

Две девушки (10%) в экспериментальной группе говорили об опыте сексуального насилия от родителей или лиц, их заменяющих (отец и отчим), и этот опыт сексуального взаимодействия был первым в их жизни. В контрольной группе ни у одной из девушек подобных эпизодов не было. Примечателен тот факт, что именно эти девушки имели в своем опыте не только опыт жестокого обращения со стороны партнера, но и опыт жестокого обращения вне пары (одна из них – с несколькими партнерами), а также подвергались насилию в юношеско-подростковом возрасте. В контрольной группе эпизодов сексуального насилия со стороны родителей выявлено не было.

Только шесть человек из экспериментальной группы характеризовали отношения с родителями как плохие, при этом на эпизоды физического и психологического насилия в детско-юношеском возрасте указывали пять из них и одна утверждала, что испытывала постоянное психологическое насилие со стороны родителей. Четыре ( $\approx 15,4\%$ ) из двадцати шести девушек в контрольной группе характеризовали отношения с родителями в детском возрасте как плохие, но не указывали на эпизоды физического или сексуального насилия, ограничиваясь только психологическим.

Шестнадцать (60%) из двадцати девушек в экспериментальной группе воспитывались в неполной семье, в контрольной – их количество составило двенадцать человек ( $\approx 46,1\%$ ).

Был проведен корреляционный анализ с целью выявления взаимосвязей между социально-демографическими характеристиками и эпизодами жестокого обращения, который выявил ряд статистически значимых взаимосвязей. Так, на эпизоды физического и сексуального насилия вне пары влияет фактор жестокого обращения от родителей (психологического, физического или сексуального) ( $r=0,81$ ;  $p<0,05$ ), а также фактор жестокого обращения между партнерами в родительской семье ( $r=0,74$ ;  $p<0,05$ ) и воспитание в неполной семье ( $r=0,75$ ;  $p<0,05$ ). Фактор замужества за тем партнером, который применял различный тип жестокого обращения к респондентке, показывает взаимосвязь со следующими параметрами: наличие детей ( $r=0,514$ ;  $p<0,05$ ), отрицательная

связь – с фактором финансовой независимости ( $r=-0,577$ ;  $p<0,05$ ) и фактором плохое отношение родителей ( $r=-0,763$ ;  $p<0,01$ ), а также с фактором жестокого обращения от родителей ( $r=-0,670$ ;  $p<0,01$ ). Фактор наличия детей отрицательно коррелирует с фактором наличия работы у респондентки ( $r=-0,60$ ;  $p<0,01$ ), а также с наличием источника дополнительного пассивного дохода ( $r=-0,509$ ;  $p<0,01$ ).

### 3.2 Результаты изучения личностных характеристик

Для изучения личностных характеристик респондентов была использована методика Гиссенский личностный опросник. Результаты опросника приведены в таблице №3, из которой видно, что средние значения у контрольной и экспериментальных групп существенно различаются, особенно по следующим шкалам: «социальное одобрение», «недостаточный - избыточный контроль», «открытость - замкнутость».

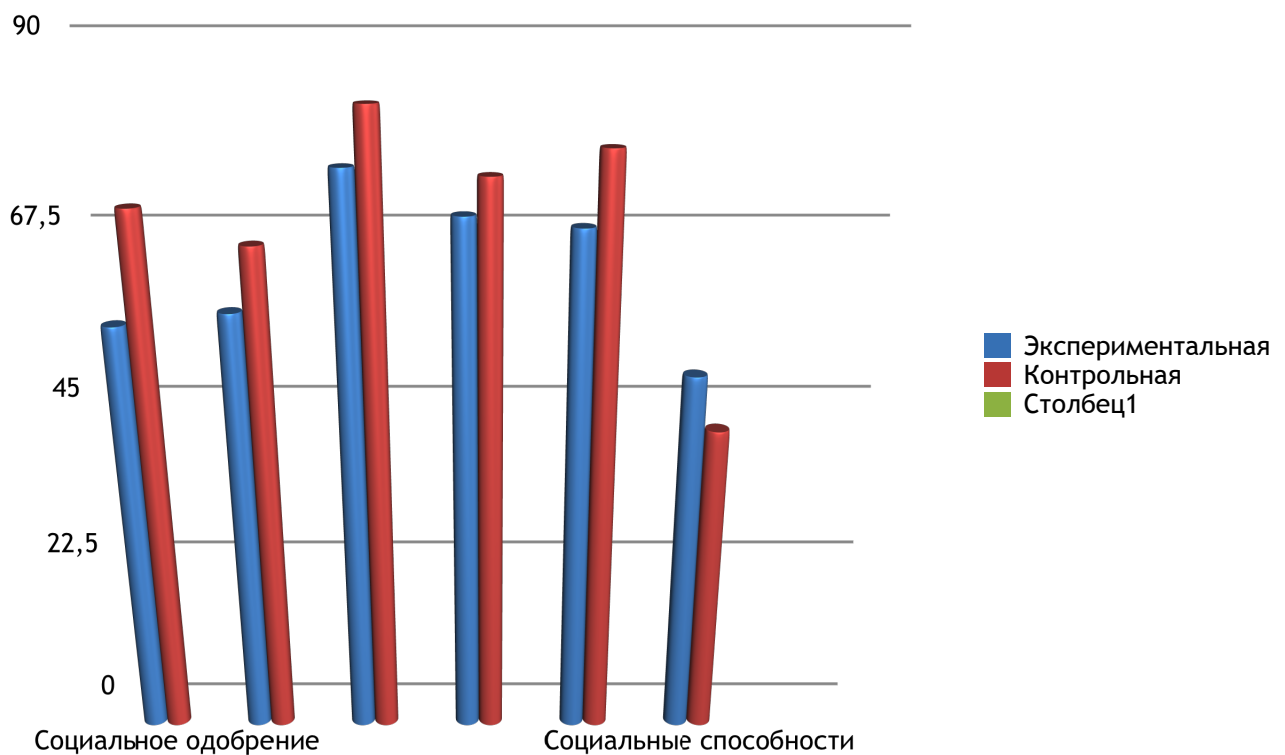
Таблица 3

*Результаты изучения личностных характеристики респондентов*

Название шкалы	Экспериментальная группа (n=20)		Контрольная группа (n=26)	
	Средние значения	Стандартное отклонение	Средние значения	Стандартное отклонение
Социальное одобрение	56,05	13,394	70,384	7,975
Доминантность-Покорность	57,7	13,572	65,92	4,821
Недостаточный - Избыточный контроль	75,1	19,072	85,28	4,929
Гипертимность-Депрессивность	69,45	28,376	74,08	3,999
Открытость - Замкнутость	68,05	19,519	77,32	5,129

Социальные способности	49,7	15,644	42,52	6,923
------------------------	------	--------	-------	-------

Также стоит отметить, что респонденты контрольной группы показывают более высокие значения по шкалам «социальное одобрение», «открытость - замкнутость» и «недостаточный - избыточный контроль». Наиболее сходными являются средние значения по шкале «социальные способности». На рисунке 1 представлено наглядное распределение средних показателей двух групп по шкалам.



*Рисунок 1 Личностные характеристики респондентов в контрольной и экспериментальной группе*

Для определения нормальности распределения использован критерий Шапиро-Уилка, впоследствии с учетом его показателей проведен статистический анализ шкал личностного опросника с использованием критерия U-Манна-Уитни (так как распределение не является нормальным). Данные анализа показали наличие достоверных статистических различий по группам с низкой вероятностью возможной ошибки по следующим шкалам:

«социальное одобрение» ( $U=99$ ;  $p=0,000$ ) и «доминантность - покорность» ( $U=135$ ;  $p=0,008$ ).

### 3.3 Результаты изучения способов совладающего поведения

Для изучения стратегий совладающего поведения респондентов была выбрана методика «Стратегии совладающего поведения». Полученные результаты представлены в таблице 4.

Таблица 4

*Результаты изучения способов совладающего поведения*

Тип используемой стратегии	Экспериментальная группа (n=20)		Контрольная группа (n=26)	
	Среднее значение	Стандартное отклонение	Среднее значение	Стандартное отклонение
Конфронтация	55,11	9,82	53,20	7,96
Дистанцирование	51,47	10,18	51,64	9,24
Самоконтроль	46,21	8,69	44,64	7,12
Поиск социальной поддержки	46,95	13,32	44,24	9,43
Планирование решения проблемы	46,42	8,89	54,04	9,16
Положительная переоценка	44,00	7,47	45,60	7,45
Принятие ответственности	49,79	10,61	43,88	8,06
Бегство-избегание	57,42	11,13	48,88	5,80



Как следует из таблицы 4, наиболее часто используемыми стратегиями совладания со стрессовыми ситуациями для респондентов экспериментальной группы являются «конфронтация», «бегство-избегание» и «дистанцирование», для респондентов контрольной группы: «конфронтация», «планирование решение проблемы» и «дистанцирование». Наиболее сильные различия в средних показателях обнаружены в стратегиях: «бегство - избегание», «планирование решения проблемы» и «принятие ответственности». Как видно из таблицы 4, для респондентов экспериментальной группы наиболее характерны высокие показатели по шкалам «бегство-избегание» и «принятие ответственности» и наиболее низкие показатели по шкале «планирование принятия решений» в сравнении с респондентами контрольной группы.

Для проверки гипотезы о нормальности распределения был использован критерий Шапиро-Уилка, с учетом полученного типа распределения далее проводилась проверка статистически значимых различий с помощью критериев U- Манна-Уитни и Т-Стьюдента. Полученные данные представлены в таблице 5.

Таблица 5

**Статистическая межгрупповая значимость по методике «Стратегии совладающего поведения»**

Тип используемой стратегии	Значение критерия	Значимость $p \leq 0,05$
Конфронтация	U = 191,0	p=0,269
Дистанцирование	T= -0,56	p=0,956
Самоконтроль	U=217,5	p=0,634
Поиск социальной поддержки	T =0,754	p=0,457
Планирование решение проблемы	T =-2,779	p=0,008
Положительная переоценка	U =226,0	p=0,782
Принятие ответственности	T =2,024	p=0,05
Бегство-избегание	T= 3,301	p=0,002

Как следует из таблицы, статистически достоверные различия получены по следующим шкалам: «планирования решения проблемы», «бегство - избегание», «принятие ответственности».

Поскольку распределения в ряде шкал приближено к нормальному, представлялось возможным провести однофакторный дисперсионный анализ ANOVA с использованием параметрического критерия Фишера (с учетом критерия равенства дисперсий Ливиня), который показал, что фактор группы (т.е. фактор наличия жестокого обращения) статистически достоверно влияет на такие стратегии совладания, как «принятие ответственности» ( $F=4,413$ ;  $p=0,042$ ), «бегство-избегание» ( $F=10,897$ ;  $p=0,002$ ) и «планирование принятия решения» ( $F = 6,998$ ;  $p=0,008$ ).

### 3.4 Результаты изучения уровня агрессивности и враждебности

Для изучения выраженности показателей агрессивности и враждебности использован опросник уровня агрессивности Басса-Дарки.

В таблице 6 представлены полученные результаты, из которых видно, что исследуемые группы показывают существенные различия по средним показателям следующих шкал: «косвенная агрессия», «раздражение», «подозрительность», «обида, чувство вины» и «индекс враждебности». Все указанные показатели выше у экспериментальной группы.

*Таблица 6*

***Результаты изучения уровня агрессивности и враждебности***

Тип шкалы	Экспериментальная группа (n=20)		Контрольная группа (n=26)	
	Средние значения	Стандартное отклонение	Средние значения	Стандартное отклонение
Физическая агрессия	52	33,655	44,545	28,069
Вербальная агрессия	52	20,520	53,473	11,330
Косвенная агрессия	55,9	21,223	64,315	22,360

Негативизм	44	27,985	44,5	30,860
Раздражение	54	24,777	37,8	28,400
Подозрительность	50,5	23,946	37,5	16,503
Обида	64,35	22,899	46,15	18,129
Чувство вины	53,35	20,894	43	20,424
Индекс агрессивности	50,847	19,885	54,894	16,364
Индекс враждебности	57,425	19,067	43,152	13,646

Средние значения шкалы «физическая агрессия» хоть и показывают разницу между собой, однако попадают в зону средней выраженности параметра. Показатели по шкале «вербальная агрессия» почти не различаются между собой и попадают в критическую зону между средним и повышенным уровнем выраженности симптоматики. Показатели по шкале «косвенная агрессия», как ни странно, выше у контрольной группы. Именно у женщин данной группы они попадают в зону выраженности высокого уровня значений, а у экспериментальной – в зону повышенного уровня значений. Параметр «негативизм» не показывает никаких различий. У обеих групп он характеризуется средней выраженностью. Показатели по шкале «раздражение» у представителей экспериментальной группы попадают в диапазон повышенного уровня значений, а у представителей контрольной – в критический интервал между средним и повышенным. Такой же диапазон значений характерен и для средних значений по шкале «подозрительность». Средние показатели по шкале «обида» у лиц, переживших жестокое обращение, попадают в диапазон высокого уровня значений; а у лиц, в чьем опыте не было жестокого обращения, – в диапазон повышенного уровня значений. Показатели по шкале «чувство вины» у респондентов экспериментальной группы характеризуются повышенными показателями, а у респондентов контрольной – средними. Средние показатели по шкале «индекс агрессивности» не обнаруживают больших различий в значениях и попадают в диапазон

повышенного уровня, причем отдельно стоит отметить, что у контрольной группы показатели по этой шкале несущественно, но выше; а показатели по шкале «индекс враждебности» хотя и обнаруживают разницу в средних значениях, попадают в зону повышенного уровня выраженности враждебности. Однако отдельно хотелось бы отметить, что у экспериментальной группы показатель приближается к критической отметке между повышенным и высоким уровнем выраженности параметра.

Дополнительно для проверки статистической значимости различий был проведен анализ с использованием критерия U-Манна-Уитни и Т-Стьюдента с учетом показателя нормальности-ненормальности распределения. В результате выявлено, что исследуемые группы имеют достоверные различия по ряду шкал: «обида» ( $U=110,5$ ;  $p=0,01$ ), «подозрительность» ( $T=2$ ;  $p=0,05$ ) и «индекс враждебности» ( $T=2,626$ ;  $p=0,05$ ). Различия по шкалам агрессивности и шкале «индекс агрессивности» также обнаружены не были. Дополнительно проведенный дисперсионный анализ (ANOVA) показал, что именно фактор группы оказывает влияние на такие характеристики как «подозрительность» ( $F=3,998$ ;  $p=0,05$ ) и «индекс враждебности» ( $F=6,898$ ;  $p=0,01$ ).

### 3.5 Результаты изучения уровня депрессии

Для изучения уровня выраженности депрессии использовалась методика Шкала Бека. Результаты представлены в таблице 8.

Таблица 8

*Результаты изучения уровня выраженности депрессии*

	Экспериментальная группа (n=20)		Контрольная группа (n=26)	
	Среднее	Стандартное отклонение $\sigma$	Среднее	Стандартное отклонение $\sigma$
Общий показатель	20,21	10,42	3,24	3,60

Когнитивно-аффективная субшкала	12,47	6,84	1,96	1,97
Соматическая субшкала	7,74	4,59	2,08	4,32

Сравнительный анализ средних показателей шкалы Бека показал существенные различия по общему уровню депрессии, а также когнитивно-аффективной субшкале выраженности симптоматики.

Так в экспериментальной группе среднее значение общего уровня депрессии попадает в интервал выраженной депрессии, в контрольной – в интервал отсутствия депрессии. Также отмечается, что показатели средних значений по когнитивно -аффективной субшкале выражены сильнее у обеих групп в сопоставлении их с показателями по соматической субшкале депрессии; однако наибольшую разницу в проявлении симптомов депрессии когнитивно-аффективного и соматического уровней показывает экспериментальная группа.

Минимальное значение по общей шкале депрессии, полученное в экспериментальной группе, - 6; максимальное - 45. В контрольной группе минимальное значение, полученное в ходе проведения методики, - 0. Максимальное - 12.

Для проверки гипотезы о нормальности распределения был использован критерий Шапиро-Уилка. Для проверки статистически достоверных различий с учетом ненормальности распределения использован критерий U-Манна-Уитни. После проведения анализа выявлены статистически достоверные различия по показателям общего уровня депрессии, когнитивно-аффективной и соматической субшкал. Данные результаты представлены в таблице 9.

*Таблица 9*

***Статистическая межгрупповая значимость по методике «Шкала депрессии Бека»***

Шкалы	Значение критерия	Значимость
-------	-------------------	------------

Общий уровень депрессии	U=18,5	p<0,01
Когнитивно-аффективная субшкала	U=21,5	p<0,01
Соматическая субшкала	U=28,00	p<0,01

Как видно, из таблицы статистически значимые отличия были выявлены как по показателю общего уровня депрессии, так и по когнитивно-аффективной и соматической субшкалам.

### 3.6 Результаты изучения личностной тревожности

Для изучения личностной тревожности была выбрана методика личностной тревожности Спилбергера. Результаты можно наблюдать в таблице 7.

*Таблица 7*

*Результаты изучения уровня выраженности личностной тревожности*

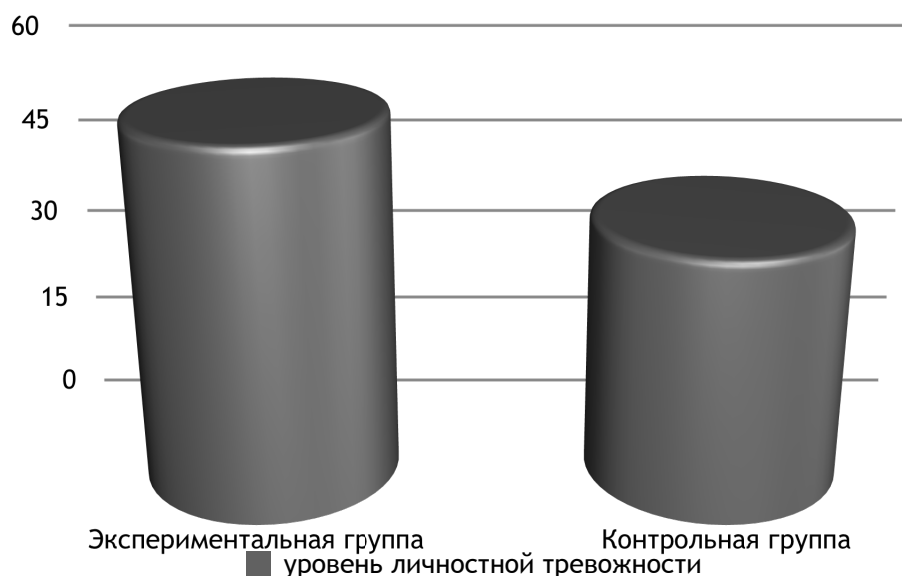
Название шкалы	Экспериментальная группа (n=20)		Контрольная группа (n=26)	
	Средние значения	Стандартное отклонение	Средние значения	Стандартное отклонение
Личностная тревожность	54,3	9,3138	39	6,3382

Наименьшее значения показателя уровня тревожности, полученное в экспериментальной группе, — 38; наибольшее — 72. В контрольной группе минимальное значение — 31, максимальное — 51.

В ходе сравнительного анализа групп выявлено (таблица 7), что обе группы (экспериментальная и контрольная) различаются по показателям личностной тревожности: у экспериментальной она выражена сильнее, чем у контрольной. Средние значения показателя личностной тревожности у

экспериментальной группы попадают в диапазон значений высокого уровня личностной тревожности; средние значения у контрольной группы – среднего уровня.

Графически уровень личностной тревожности представлен на рисунке 2.



*Рисунок 2 Уровень выраженности личностной тревожности*

Поскольку распределение по данной шкале не является нормальным, то для проверки статистических различий проведен анализ с помощью критерия U-Манна-Уитни, который выявил достоверные статистические различия между двумя группами ( $U=41,00$ ;  $p=0,000$ ).

### **3.7 Результаты изучения уровня выраженности посттравматических стрессовых реакций**

Для изучения выраженности посттравматических стрессовых реакций и их оценки использовалась Миссисипская шкала ПТСР.

Результаты методики представлены в таблице № 10

*Таблица 10*

#### ***Результаты изучения уровня выраженности посттравматических стрессовых реакций***

Название шкалы	Экспериментальная группа (n=20)	Контрольная группа (n=26)

Шкала ПТСР	Средние	Стандартное отклонение	Средние	Стандартное отклонение
	96,05	19,67	63,70	6,46

Как видно из таблицы 10, средние показатели шкалы значительно различаются в контрольной и экспериментальной группе. В экспериментальной они находятся на уровне критических значений, по которым можно сделать вывод о влиянии травматического события (в нашем случае – опыта жестокого обращения со стороны партнера) на их жизнь; в контрольной - они попадают в зону отсутствия яркой выраженности посттравматических стрессовых реакций

Наименьшее значение, полученное по данной шкале в экспериментальной группе, - 64, максимальное - 146; наименьшее значение обнаруживают те респондентки, которые уже вышли из ситуации жестокого обращения и характеризуют себя как ее преодолевших и часть тех, кто находится в ней в данный момент; наибольшие - те, кто находится в ситуации выхода из данной ситуации (подает на развод, начинает жить самостоятельно и т.п.); в контрольной группе наименьшим значением являлось - 57; максимальным - 77.

Ввиду того, что распределение по данной шкале оказалось ненормальным, статистическая проверка достоверности различий проведена с помощью непараметрического критерия U-Манна-Уитни. Его результаты показали, что исследуемые различия являются статистически достоверными ( $U = 110; p = 0,000$ ).

### **3.8 Результаты взаимосвязи жестокого обращения и клинико-психологических особенностей**

Особый интерес представляет изучение взаимосвязи жестокого обращения и клинико-психологических особенностей. С учетом критерия нормальности распределения и равенства дисперсий для более детального изучения клинико-психологических особенностей, а также влияния на эти



особенности фактора жестокого обращения был проведен однофакторный дисперсионный анализ ANOVA там, где это представлялось возможным.

Результаты анализа показали, что фактор группы (т.е. наличия жестокого обращения) достоверно влияет на различную предпочтительность использования стратегий совладания со стрессовыми ситуациями респондентами, имеющими в своем опыте факт жестокого обращения со стороны партнера, и респондентами, не имеющими в своем опыте факта жестокого обращения. Так, обнаружено влияние данного фактора на следующие шкалы: «принятие ответственности» ( $F=6,756$ ;  $p=0,008$ ), «планирование принятия решения» ( $F=4,413$ ;  $p=0,042$ ), «бегство-избегание» ( $F=10,897$ ;  $p=0,002$ ). Респонденты, имеющие в своем опыте факт жестокого обращения со стороны партнера, показывают более высокие значения по стратегии совладания по шкалам «принятие ответственности» и «бегство-избегание» в стрессовой ситуации и более низкие по стратегии по шкале «планирование принятия решения».

Особого внимания заслуживает анализ ситуации наличия жестокого обращения, переживаемого как актуальной ситуации на данный момент. По результатам ANOVA было выявлено, что респонденты, которые в настоящий момент подвергаются жестокому обращению показывают влияние данного фактора на следующие стратегии совладания: «принятие ответственности» ( $F=14,498$ ;  $p=0,000$ ), «планирование принятия решения» ( $F=7,291$ ;  $p=0,01$ ), «бегство-избегание» ( $F=4,806$ ;  $p=0,034$ ), а также показывают тенденцию влияния этого фактора на стратегию «положительная переоценка» ( $F=0,319$ ;  $p=0,05$ ).

Влияние фактора жестокого обращения обнаруживается и на ряд шкал агрессивности и враждебности, а именно: «индекс враждебности» ( $F=6,896$  при  $p=0,01$ ), шкалу «подозрительность» ( $F=4,123$  при  $p=0,05$ ) и высокое влияние на шкалу «обида» ( $F=7,776$   $p<0,01$ ). Немаловажный факт заключается в следующем: лица, подверженные жестокому обращению в настоящий момент,

не показывают влияние фактора жестокого обращения в настоящем на все вышеуказанные шкалы.

Ряд интересных взаимосвязей обнаружен также и в ходе использования корреляционного анализа: так у респондентов экспериментальной группы получена достоверная положительная корреляционная взаимосвязь между стратегией «принятие ответственности» и шкалой «социальные способности» по Гиссенскому личностному опроснику, характеризующей более низкую социальную компетентность на полюсе высоких значений ( $r=0,4887$ ;  $p\leq 0,05$ ), в сравнении с респондентами контрольной группы ( $r=0,064$ ;  $p>0,05$ ); положительная взаимосвязь получена между стратегиями «принятие ответственности» и «бегство - избегание» ( $r=0,5244$ ;  $p\leq 0,05$  у экспериментальной и  $r=-0,028$ ;  $p\leq 0,05$  у контрольной группы), а также влияние шкалы «принятие ответственности» на выраженность переживания депрессии с учетом того, что данная взаимосвязь не обнаруживает себя у контрольной группы ( $r=0,548$ ;  $p=0,01$  у экспериментальной группы и  $r=0,147$ ;  $p<0,05$  у контрольной группы).

Также выявлена двусторонняя положительная корреляционная взаимосвязь между шкалой «самоконтроль» и уровнем выраженности личностной тревожности ( $r=0,623$ ;  $p<0,001$ ) у группы респондентов, подвергавшихся жестокому обращению. Стоит упомянуть, что у контрольной группы такой взаимосвязи не выявлено.

В контрольной группе общий показатель по уровню депрессии показывает значимую взаимосвязь с поиском социальной поддержки ( $r=0,474$ ;  $p<0,05$ ) – в экспериментальной группе такой взаимосвязи не обнаружено ( $r=-0,244$ ;  $p>0,05$ ).

Однако есть и общие результаты: вербальная агрессия и уровень выраженности депрессии положительно коррелируют в обеих группах ( $r=0,548$ ;  $p=0,01$  в экспериментальной группе и  $r=0,522$ ;  $p<0,05$ ).

Личностная тревожность в группе женщин, подвергшихся жестокому обращению, показывает взаимосвязь как с личностной характеристикой

«доминантность-покорность» ( $r=-0,448$ ;  $p<0,05$ ), так и со стратегией совладания «бегство-избегание» ( $r=0,563$ ;  $p<0,05$ ), так и с рядом шкал агрессии и враждебности: вербальная агрессия ( $r=0,543$ ;  $p<0,05$ ), подозрительность ( $r=0,514$ ;  $p<0,05$ ), негативизм ( $r=0,605$ ;  $p<0,05$ ), общий индекс враждебности ( $r=0,515$ ;  $p<0,05$ ), а также с субшкалой когнитивно-аффективных проявлений депрессии ( $r=0,544$ ;  $p<0,05$ ). В отличие от этих показателей, группа женщин, в чьем опыте не было жестокого обращения, показывает единственную значимую корреляцию личностной тревожности со шкалой подозрительности ( $r=0,48$ ;  $p<0,05$ ).

Вместе с тем данные корреляционного анализа показывают и ряд взаимосвязей с личностными характеристиками по Гиссенскому тесту. Так, данные по шкале «доминантность-покорность» показывают двустороннюю значимую корреляцию со шкалой контроля ( $r=0,526$ ;  $p=0,01$ ), отрицательную двустороннюю – с вербальной агрессией ( $r=-0,598$   $p<0,01$ ) и негативизмом ( $r=-0,797$ ;  $p<0,01$ ) и отрицательную одностороннюю с раздражением ( $r=-0,556$ ;  $p=0,01$ ) и подозрительностью ( $r=-0,453$ ;  $p<0,5$ ), а также с личностной тревожностью ( $r=-0,448$ ;  $p<0,05$ ). Стоит отметить, что у контрольной группы достоверных корреляционных взаимосвязей по данной шкале с другими шкалами не обнаружено ( $p>0,05$ ).

### **3.9 Результаты взаимосвязи социально-демографических характеристик и клинико-психологических особенностей**

Социально-демографические характеристики также могут оказывать влияние на клинико-психологические особенности как лиц, подвергшихся жестокому обращению, так и лиц, никогда ему не подвергавшихся, именно поэтому детальное рассмотрение данной взаимосвязи представляет особый интерес.

Так обнаружена взаимосвязь между характеристикой «возраст» и «вербальная агрессия» ( $r=-0,511$ ;  $p<0,05$  и  $r=0,494$ ;  $p<0,05$ ) у экспериментальной и контрольных групп.

Интересна взаимосвязь между переживанием жестокого обращения со стороны родителей в детско-юношеском возрасте и жестокого обращения со стороны партнера во взрослом. Так, в экспериментальной группе респонденты, характеризующие отношение родителей в детско-подростковом возрасте как «плохое» и отмечающие у себя наличие какого-либо типа жестокого обращения (в т.ч. только психологического) показывают значимую корреляционную взаимосвязь с личностной характеристикой «открытость-замкнутость» ( $r=0,684$ ;  $p<0,05$ ), а также со шкалой «социальные способности» ( $r=0,508$ ;  $p<0,05$ ) и шкалой самоконтроля ( $r=0,604$ ;  $p<0,05$ ). Более того, данные респонденты также являются более подозрительными ( $r=0,581$ ;  $p<0,05$ ) и показывают более высокие показатели по шкале негативизма ( $r=0,573$ ;  $p<0,05$ ) в сравнении с теми, кто отрицает факт наличия жестокого обращения со стороны родителей.

Для женщин с более высоким уровнем образования характерно использование положительных стратегий совладания: положительная корреляционная взаимосвязь обнаружена со стратегией «положительная переоценка» ( $r=0,652$ ;  $p<0,05$ ) и отрицательная – со стратегией «бегство-избегание» ( $r=-0,581$ ;  $p<0,05$ ). Они характеризуются меньшей степенью выраженности личностной тревожности ( $r=-0,594$ ;  $p<0,05$ ) и посттравматических стрессовых реакций ( $r=-0,560$ ;  $p<0,05$ ), а также более низкими показателями по шкале соматических проявлений депрессии ( $r=-0,532$ ;  $p<0,05$ ).

Доход – еще одна характеристика, которая может влиять на различную выраженность клинической симптоматики. Так, респонденты с более высоким уровнем дохода реже используют стратегию совладания «дистанцирование» ( $r=-0,579$ ;  $p<0,05$ ), бегство-избегание ( $r=-0,631$ ;  $p<0,05$ ); а фактор наличия дополнительного пассивного дохода – с меньшим уровнем обиды ( $r=-0,546$ ;  $p<0,05$ ). Фактор полной финансовой независимости (с учетом

отсутствия зависимости от партнера, бывших партнеров или родителей) показывает положительную корреляцию с личностной характеристикой социального одобрения ( $r=0,557$ ;  $p<0,05$ ) и использованием адаптивных стратегий совладания: социальной поддержки ( $r=0,688$ ;  $p<0,05$ ). В то же время фактор финансовой зависимости от родителей коррелирует с уровнем выраженности физической агрессии ( $r=0,582$ ;  $p<0,05$ ), косвенной агрессией ( $r=0,544$ ;  $p<0,05$ ) и раздражением ( $r=0,53$ ;  $p<0,05$ ).

В то же время женщины, не имеющие в настоящий момент никакого дохода и находящиеся на полном иждивении показывают зависимость с рядом шкал агрессии и враждебности: физическая агрессия ( $r=0,703$ ;  $p<0,05$ ), косвенная агрессия ( $r=0,607$ ;  $p<0,05$ ), раздражение ( $r=0,661$ ;  $p<0,05$ ), обида ( $r=0,53$ ;  $p<0,05$ ). В контрольной группе не обнаружено значимых корреляций с данным шкалами, однако выявлена положительная взаимосвязь с адаптивной стратегией совладания, которой нет у женщин в экспериментальной группе, а именно - «положительная переоценка» ( $r=0,43$ ;  $p>0,05$ ). Так, респонденты с более высоким уровнем дохода реже используют стратегию совладания «дистанцирование» ( $r=-0,579$ ;  $p<0,05$ ), бегство-избегание ( $r=-0,631$ ;  $p<0,05$ ); а фактор наличия дополнительного пассивного дохода – с меньшим уровнем обиды ( $r=-0,546$ ;  $p<0,05$ ). Фактор полной финансовой независимости (с учетом отсутствия зависимости от партнера, бывших партнеров или родителей) показывает положительную корреляцию с личностной характеристикой социального одобрения ( $r=0,557$ ;  $p<0,05$ ) и использованием адаптивных стратегий совладания: социальной поддержки ( $r=0,688$ ;  $p<0,05$ ). В то же время фактор финансовой зависимости от родителей коррелирует с уровнем выраженности физической агрессии ( $r=0,582$ ;  $p<0,05$ ), косвенной агрессией ( $r=0,544$ ;  $p<0,05$ ) и раздражением ( $r=0,53$ ;  $p<0,05$ ).

Фактор наличия постоянной работы также может влиять на самочувствие и поведение женщины. Так, наличие работы и постоянного заработка отрицательно коррелирует с косвенной агрессией ( $r=-0,598$ ;  $p<0,05$ ) и раздражением ( $r=-0,631$ ;  $p<0,05$ ), обидой ( $r=-0,49$ ;  $p<0,05$ ) и общим индексом

агрессивности ( $r=-0,56$ ;  $p<0,05$ ) у экспериментальной группы. У контрольной – корреляция обнаружена со шкалой контроля по Гиссенскому личностному опроснику ( $r=0,549$ ;  $p<0,05$ ) и шкалой социальных способностей ( $r=-0,574$ ;  $p<0,05$ ).

Примечателен и факт корреляционной взаимосвязи фактора замужество с клинико-психологическими особенностями. Так в экспериментальной группе, он негативно коррелирует с уровнем выраженности депрессии ( $r=-0,599$ ;  $p<0,05$ ) и с симптоматикой посттравматических стрессовых реакций ( $r=-0,529$ ;  $p<0,05$ ), а фактор замужества в контрольной группе – лишь с уровнем выраженности конфронтации ( $r=-0,414$ ;  $p<0,05$ ). Отсутствие детей коррелирует с тенденцией использования адаптивной стратегии совладания «планирование решения» ( $r=0,51$ ;  $p<0,05$ ). В контрольной группе лица, не имеющие детей, характеризуются более высоким уровнем принятия ответственности ( $r=0,49$ ;  $p<0,05$ ) и более высоким уровнем подозрительности ( $r=0,56$ ;  $p<0,05$ ).

### **3.10 Обсуждение результатов**

В ходе проведенного исследования получены интересные результаты, касающиеся как личностных особенностей женщин, так и таких характеристик, как: стратегии совладания, уровень агрессивности и враждебности, личностная тревожность, уровень депрессии, выраженность посттравматической стрессовой симптоматики. Учитывая полученные данные, можно сделать вывод о том, что именно факт наличия жестокого обращения влияет на выбор предпочтительной стратегии совладания со стрессовой ситуацией. Для переживших жестокое обращение характерно использование исключительно неадаптивных стратегий совладания в то время, как для тех, в чьем опыте не было факта жестокого обращения со стороны партнера, сочетание неадаптивных и адаптивных. Так для переживших жестокое обращение

характерно использование стратегии «бегство-избегание», «дистанцирование» и «принятие ответственности». Наиболее сходные результаты, в которых также указывается на стремление женщин, переживших факт жестокого обращения, выбирать те стратегии совладания, которые позволяют избежать стрессовых ситуаций получены в нескольких исследованиях (Craparo G., Faraci P., et al., 2013; Meston C., Lorenz T.A., Stephenson K., 2013). Использование стратегии «принятие ответственности» также наиболее характерно для респондентов первой группы, у той группы женщин, у которой факт жестокого обращения является актуальной ситуацией, уровень использования стратегии «принятие ответственности» еще выше, потому можно сделать вывод, что именно факт жестокого обращения влияет на использование данной стратегии совладания, и она приобретает в процессе переживания жестокого обращения и, вероятно, сохраняется в течение длительного периода после выхода из нее. Учитывая особенности женщин, находящихся в ситуации жестокого обращения, и склонность винить в происходящем себя, данная стратегия не может представляться адаптивной, а ведет скорее к избыточной критике и самобичеванию. В дополнение наиболее высокие средние показатели по шкале вины у экспериментальной группы свидетельствуют в подтверждение этого факта. В литературе упомянуто, что зачастую женщина считает виноватой себя в ситуации, которой она подверглась, и берет ответственность за поведение партнера на себя, именно поэтому данный вывод не противоречит выводам ряда исследований (Крюкова М.В., 2008; Меновщиков В.Ю., 2002; Пашина А.Х., 2002).

Еще один интересный результат, полученный в ходе проведенной работы: различие групп по фактору наличия жестокого обращения по шкалам враждебности, а именно: более высоком уровне выраженности общего индекса враждебности и подозрительности у перенесших жестокое обращение, причем повышенный уровень данных шкал не обнаруживает себя у категории женщин, для которых жестокое обращение является актуальной ситуацией, в связи с чем можно предположить, что подозрительность и общий уровень враждебности –

черты, приобретенные после выхода из ситуации жестокого обращения; и, возможно, они выполняют защитную функцию.

Высокая значимая положительная корреляция по шкале «самоконтроль» и «личностная тревожность», необнаруженная у контрольной группы, может интерпретироваться как склонность респондентов экспериментальной группы не обнаруживать и не показывать свои переживания, что впоследствии может проявляться в тревожных реакциях респондентов.

Две группы достоверно отличаются и по личностным особенностям, а именно шкалам «доминантность-покорность» и «социальное одобрение». Однако не представляется возможным сделать вывод о том, что первично повлияло на данное различие: опыт переживания жестокого обращения и как следствие – изменение личностных характеристик или изначально влияние личностных характеристик на подверженность жестокому обращению. Следует отметить, что достоверных статистических различий между двумя группами по остальным шкалам личностного опросника («гипертимность-депрессивность»; «открытость-замкнутость»; «недостаточный - избыточный контроль»; «социальные способности») обнаружено не было, хотя в ряде шкал показания по средним значениям отличаются друг от друга. Однако, ввиду того, что в литературе описано влияние на такого рода факторы как неуверенность в себе, самокритичность, осознание своей вины за происходящее, а также апатию и отсутствие сопротивления пострадавшей данной ситуации, можно сделать вывод о том, что само длительное пребывание в состоянии жестокого обращения влияет на личность женщины, делая ее менее активной, менее социально уверенной и компетентной (Craparo G., Gori A., Petruccelli I., Cannella V., et al, 2014; Norwood A, Murphy C., 2012).

Депрессия описана в литературе как последствие жестокого обращения, однако особенности исследования (ненормальное распределение по данной шкале) не дают возможности вычислить достоверное влияние именно фактора жестокого обращения на уровень выраженности депрессии. Общие показатели по средним обнаруживают существенные различия: для женщин, переживших



факт жестокого обращения, характерны показатели на уровне критических значений между субдепрессией и выраженной депрессией; для тех, у кого не было жестокого обращения, - на уровне отсутствия депрессии. Достоверные отличия дают основание предположить, что женщины, пережившие факт жестокого обращения со стороны партнера, испытывают большую выраженность депрессивных переживаний, особенно по когнитивно-аффективной субшкале. Результаты уровня выраженности депрессия, полученные в ходе данного исследования, сходны с результатами других исследований последнего десятилетия: так согласно исследованию, проведенному в Италии, уровень депрессии женщин, для диагностики которого также использовалась шкала Бека составляет 19,5 баллов, что незначительно ниже по сравнению с результатами, полученными в данном исследовании, - 20,21 балл. (Scaparo G., Gori A., Petruccelli I., Cannella V., et al, 2014). Учитывая, что показатель по уровню депрессии у респондентов контрольной группы положительно коррелирует со стратегией совладания «поиск социальной поддержки», а у экспериментальной группы - со шкалой «принятие ответственности» и «дистанцирование», а также шкалами вины и посттравматической симптоматики, респонденты контрольной группы скорее избегают выраженной депрессии за счет самостоятельного преодоления стрессовых ситуаций путем использования адаптивных стратегий совладания, а респонденты экспериментальной - усугубляют свою ситуацию за счет повышенного уровня вины и самокритики, характерной для людей с высоким уровнем принятия ответственности.

Тревожность у респондентов, подвергшихся жестокому обращению, связана с большим количеством параметров («бегство- избегание», «вербальная агрессия», «негативизм», «подозрительность», «индекс враждебности», когнитивно-аффективная субшкала депрессии), в то время как у девушек, в чьем опыте не было жестокого обращения лишь с единственным параметром - шкалой «подозрительность». Это дает основание полагать, что повышенный показатель тревожности является результатом более сложного комплекса

переживаний, который как актуализирует неадаптивные стратегии совладания и влияет общий уровень враждебности, так и может усугубляться ими.

Повышенный уровень посттравматической стрессовой симптоматики у женщин, подвергавшихся жестокому обращению, и у женщин, в чьем опыте не было факта жестокого обращения, также различен. Это обусловлено, в первую очередь, субъективной значимостью ситуации, а также постоянным повторением ситуации. Похожие данные получены и в ряде исследований (Norwood A, Murphy C., 2012; Pill N. , Day A., Mildred H., 2017). К сожалению, особенности выборки (малое количество респондентов) не позволяют делать выводы о том, какой из типов жестокого обращения является наиболее травматичным для женщины.

Анализ взаимосвязи социально-демографических характеристик дает основание предположить, что жестокому обращению наиболее часто подвержены девушки из неполных семей, с особо требовательными родителями, преимущественно матерями, вероятно по той причине, что в процессе воспитания не был получен навык конструктивного взаимодействия с противоположным полом (Пашина А.Х., 2002).

Фактор насилия в детско - юношеском возрасте со стороны родителей или лиц, их заменяющих, является отягощающим. Часто в литературе это связано с тем, что лица, пережившие подобный опыт в детском возрасте, практикуют жестокое обращение в семье или становятся его жертвами (Клецина И.С., 2009; Малкина-Пых И.Г.; 2008; Меновщиков В.Ю., 2002)

В целом, исходя из результатов данного исследования можно сделать вывод об отдаленных последствиях негативного семейного воспитания и жестокого обращения в детском возрасте, о чем также упомянули в своих работах многие исследователи (Боголюбова О.Н., 2006; Back S.M., Post R.D., D'Arcy G., 1993; Goldsmith, T.D., 2015; Vuuren M.J, 2015)

В то же время фактор воспитания в полной семье влияет на последующее нежелание женщины разрывать брачные отношения с партнером, от которого исходило жестокое обращение. Фактор наличия детей также имеет большое

значение: подавляющие большинство женщин, находящихся в ситуации жестокого обращения сейчас, не могут покинуть своего партнера именно из-за наличия ребенка. Не получено никаких данных, позволяющих судить о том, что фактор дохода влияет на предрасположенность жестокому обращению. Анализируя всю предоставленную выше информацию, нельзя сделать вывод о предрасположенности женщин по уровню образования, дохода или возраста фактору внутрисемейного жестокого обращения. В подтверждение этого говорит исследование А.Х. Пашиной, в котором упоминается, что женщины различных социальных слоев и профессий оказались подверженными внутрисемейному жестокому обращению.

Таким образом, можно сделать вывод, что жестокое обращение оказывает существенное влияние на самочувствие, текущее эмоциональное состояние, уровень выраженности посттравматической стрессовой симптоматики, враждебности и агрессивности, выбор предпочтительных стратегий поведения женщины. Все вышесказанное характерно как для женщин, находящихся в ситуации жестокого обращения, так и для женщин, вышедших из нее и сохраняется в течение длительного времени. Такие характеристики как выбор стратегии совладания («бегство - избегание», «принятие ответственности», «планирование решения») представляются приобретенными в ходе процесса жестокого обращения и влияющими на адаптацию женщины скорее негативным образом (стремление к излишней самокритике, принятию ответственности не только за свои действия и поступки, но и за действия и поступки партнера или окружающих), повышенный уровень подозрительности, обиды и чувства вины также являются характеристикой, приобретенной в процессе травматической ситуации и сохраняющейся в течение длительного времени после.

## ВЫВОДЫ

1. Женщины, подвергшиеся жестокому обращению, характеризуются субъективным представлением о своей социальной непривлекательности, неуважении окружающих, педантичностью, усердием, склонностью к самоанализу и самокритике, недоверчивостью.

2. Женщины, подвергшиеся жестокому обращению, чаще используют следующие стратегии совладания со стрессовыми ситуациями: «бегство-избегание», «принятие ответственности» и реже - «планирование решение проблемы».

3. Женщины, подвергшиеся жестокому обращению, характеризуются высоким уровнем общего индекса враждебности, обиды, чувства вины, раздражения и подозрительности.

4. Женщины, подвергшиеся жестокому обращению, характеризуются высоким уровнем депрессии.

5. Женщины, подвергшиеся жестокому обращению, характеризуются высоким уровнем личностной тревожности.

6. Женщины, подвергшиеся жестокому обращению, характеризуются высоким уровнем выраженности посттравматической стрессовой симптоматики.

7. Уставлено влияние фактора жестокого обращения на ряд стратегий совладания, а именно: «бегство-избегание», «принятие ответственности», «планирование принятия решения», а также общий индекс враждебности, уровень выраженности подозрительности и обиды.

8. Установлено, что опыт переживания любого типа жестокого обращения в детско-родительской семье является дополнительным фактором, который также может влиять на подверженность внутрисемейному жестокому обращению во взрослом возрасте.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Проблеме внутрисемейного жестокого обращения зачастую не придается должного внимания, тем не менее, ряд исследований в этой сфере позволяет утверждать, что женщины, испытавшие его на себе, имеют ряд психологических особенностей, которые затрудняют их социальную адаптацию и негативно влияют на их общее психологическое состояние.

Для построения эффективной психокоррекционной работы с женщинами, подвергшимися внутрисемейному жестокому обращению, важным аспектом является изучение их клинико-психологических особенностей. Исследование, проведенное в ходе данной дипломной работы, было направлено на изучение этих особенностей. Благодаря полученным сведениям, можно утверждать, что такие женщины действительно испытывают ряд затруднений и нуждаются в психологической помощи. Именно поэтому дальнейшее изучение и исследование данной категории женщин представляется важным.

Полученные в ходе дипломной работы данные могут быть использованы в последующих психодиагностических и психокоррекционных целях.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Берг-Кросс Л. Терапия супружеских пар, Москва: Издательство института психотерапии, 2004. — 528 с.
2. Боголюбова О.Н. Субъективная картина будущего и дезадаптация у людей, переживших насилие в детстве, Санкт-Петербург: СПбГУ, 2006. —с.93.
3. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р., Щелкова О.Ю. Методика для психологической диагностики совладающего поведения в стрессовых и проблемных для личности ситуации. Санкт-Петербург: СПбНИПНИим. В.М. Бехтерева 2008. — 35 с.
4. Голынкина Е.А., Исурина Г. Л., Кайдановская Е.В. Гиссенский личностный опросник. Использование в психодиагностике для решения дифференциально-диагностических и психотерапевтических задач. Методическое пособие. Санкт-Петербург: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1993. — 18с.
5. Гребень И.Ф. Психологические тесты для профессионалов, Москва: Букмастер, 2017. — 428 с.
6. Зубрицкая А.С., Особенности психологической помощи женщинам, пострадавшим от домашнего насилия//Вестник ТГУ№3, 2009. — с. 77-87.
7. Ильина С.В. Влияние пережитого в детстве насилия на возникновение личностных расстройств // Вопросы психологии, 1997. — 64-77 с.
8. Ильина С.В. Эмоциональный опыт насилия и пограничная личностная организация при расстройствах личности, Москва: МГУ им. Ломоносова, 2000. — 241 с.
9. Йорик Р.В. Протокол межведомственного взаимодействию по оказанию помощи женщинам, пострадавшим от насилия, Санкт-Петербург: Санкт-Петербургская общественная организация «Врачи детям», 2010. — 100 с.
10. Клецина И.С. Психологическое насилие в гендерных межличностных отношениях: сущность, причины и последствия //Жизнь без насилия. Материалы научно-практического семинара «Домашнему насилию НЕТ»/ Под ред. С.Л. Акимовой. – СПб.: Островитянин, 2009. — 7-30 с.

11. Красненков В.Л., Руднев А.О. Семейное насилие в отношении женщин как медико-социальная проблема// Тверской медицинский журнал №6, 2014 — 44-52 с.
12. Крюкова М.В. Особенности влияния домашнего насилия на личность женщины // Психология и педагогика: методы и проблемы практического применения №4, 2008. — 27-32 с.
13. Кутейников А.Н. Математические методы в психологии, Санкт-Петербург: Речь, 2008. — 172 с.
14. Малкина Пых И.Г. Виктимология, Москва: Юнити-Дата, 2008. — 191 с.
15. Малкина - Пых И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях, Москва: Эксмо, 2005. — 960 с.
16. Мамайчук И.И. Экспертиза личности в судебно-следственной практике, Санкт-Петербург, Речь, 2002. — 254 с.
17. Меновщиков В.Ю. Психологическое консультирование - работа с кризисными и опасными ситуациями, Москва: Смысл, 2002. — 182 с.
18. МКБ-10 Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. Всемирная Организация Здравоохранения Женева. 1995. — 96 с.
19. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования: анализ и интерпретация данных, Спб, Речь, 2004. — 392 с.
20. О межведомственном взаимодействии субъектов профилактики и предотвращении насилия в семье, Санкт-Петербург, 2014. — 4с.
21. Пашина А.Х. Психология и практика взаимодействия различных видов насилия в отношении женщин и особенностей их эмоциональной сферы// Психологический журнал, т.23№6, 2002. 98 — 105 с.
22. Платонова Н.М. Семья и домашнее насилие. Практика консультирования мужчин-субъектов домашнего насилия, Санкт-Петербург: «Институт недискриминационных гендерных отношений», Кризисный центр для женщин 2013 . — 217 с.

23. Профилактика насилия в семье и обществе: сб. методических материалов кризисных центров Сибири и Дальнего Востока - Иркутск: Иркутский кризисный центр для женщин, 2003. — 120с.
24. Превенция домашнего насилия. Практические рекомендации для специалистов, учреждений и ведомств, работающими со случаями насилия, Ростов: Региональный ресурсный центр по профилактике насилия, 2015. — 53 с.
25. Руднев А.О. Медико-социальные аспекты насилия в отношении женщин в семье: распространенность, факторы риска и профилактика, // Вестник Российского университета дружбы народов, Москва 2015. — 32-38 с.
26. Сафонова Т.Я., Цымбал Е.И. Жестокое обращение с детьми и его последствия, Москва: Психология и педагогика 1993. — 27 с.
27. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса, Санкт-Петербург: Питер, 2001. — 268 с.
28. Ураева Г.В., Боголюбова О.Н., Смыкало Л.В., Скочиллов Р.В. Опыт переживания насилия в семье и психологическое состояние ВИЧ - инфицированных женщин // Вестник СПбГУ, выпуск 2, 2012. — 48-55 с.
29. Хасина А.М. В центре внимания женщина, пострадавшая от домашнего насилия, Москва: Смысл, 2002. — 73с.
30. Хван А.А. Зайцев Ю.А. Кузнецова Ю.А. Стандартизированный опросник изменения агрессивных и враждебных реакций А. Басса и А. Дарки. Методические рекомендации. Кемерово, 2005. — 69с.
31. Фролова С.В. Психология преодоления насилия в семье, Спб: Речь 2004. — 112 с.
32. Цымбал Е.И. Жестокое обращение с детьми: причины, проявление, последствия, Москва: РБФ НАН, 2010. — 286 с.
33. Anderson, K. L. Perpetrator or victim? Relationships between intimate partner violence and well-being. // Journal of Marriage and Family, 2002, 64, 851-863.



34. Babcock J.C., Roseman A., Green C.E., Ross J.M. Intimate partner abuse and PTSD symptomatology: Examining mediators and moderators of the abuse-trauma link. //Journal FamPsychol 2008; 223-233.
35. Babcock J.C., Jacobson N.S., Gottman J.M., Yerington T.P.. Attachment, emotional regulation, and the function of marital violence: Differences between secure, preoccupied and dismissing violent and nonviolent husbands. Journal FamViol 2000; 15: 391–409.
36. Back S.M., Post RD, D’Arcy G.A study of battered women in a psychiatric setting, 1993; 132.
37. Briere, J., & Jordan, C. E. Violence against women: Outcome complexity and implications for treatment. Journal of Interpersonal Violence, 19, 2004; 143- 156.
38. Buntin T. International Encyclopedia of the Social and Behavioral Science. Second Edition, 2015; 685–688.
39. Carton H.Egan V. The dark triad and intimate partner violence: UK, 2016; 93-107.
40. Craparo G., Faraci P., Rotondo G., Gori A., Intimate Partner Violence: Relationships Between Alexithymia, Depression, Attachment Styles, and Coping Strategies of Battered Women//J. Sex Medicine, 2014; 122-133.
- 41..Flitcraft A., Hadley S.M., Hendricks-Matthews M.K., Diagnostic and Treatment Guidelines on Domestic Violence: American Medical Association, 1992; 25.
42. Goldsmith T.D. Symptoms of Domestic Violence , 2015[Электронный ресурс]. URL: <http://psychventral.com> (дата обращения: 07.03.2017).
43. Goldsmith T.D. The Common Pattern of Domestic Violence, 2015[Электронный ресурс]. URL: <http://psychventral.com> (дата обращения: 07.03.2017).
44. Goldsmith T.D. Men as Victims in abuse relationships. 2016[Электронный ресурс]. URL: <http://psychventral.com> (дата обращения: 07.03.2017).
45. Hudson S., Buranosky R., Hanusa B.Routine Screening for Intimate Partner Violence in an Obstetrics and Gynecology Clinic//J. Sex Medicine 2003;110-118.

46. Johnson D.M, Zlotnick C. Hope for battered women with PTSD in domestic violence shelters. //Prof Psychol Res Pract, 2009; 87-94.
47. Knight J.A. Childhood Trauma in Female Intimate Partner Violence: Weaving Attachment Theory, Complex Trauma, and Self Psychology, //J. Sex Medicine 2013; 12:118-123.
48. Khan F.I., Welch TL, Zillmer EA. MMPI-2 profiles of battered women in transition. New York: Journal Pers Assess, 1993; 32-45.
49. Lee D. Sawire L.J. Preventing Domestic Violence: Clinical Guidelines on Routine// Family Violence Preention Fund, 1999; 28.
50. Logan T.K., Intimate partner violence: A clinical training guide for mental health professionals. New York: Springer, 2004; 37.
51. McCauley J., Kern D.E. The «Battering Syndrome»: Prevalence and Clinical Characteristics of Domestic Violence in Primary Care Internal Medicine Practices, 1993; 117.
52. Martinez M, Garcia-Linares MI, Pico-Alfonso MA. Women victims of domestic violence: Consequences for their health and the role of the health system. In: Klein R, Wallner B, //. Conflict, gender, and violence. Vienna: Studien-Verlag; 2004; 78-88.
53. Meston C.M., Lorenz T.A., Stephenson K.R. Effects of expressive writing on sexual dysfunction, depression, and PTSD in women with a history of childhood sexual abuse: Results from a randomized clinical trial. Jorurnal of Sex Medicine 2013; 213-245.
54. Norwood A, Murphy C. What forms of abuse correlate with PTSD symptoms in partners of men being treated for intimate partner violence?// Journal of Psychol Trauma 2012; 134-140.
55. Pico-Alfonso MA, Echeburúa E, Martinez M. Personality disorder symptoms in women as a result of chronic intimate male partner violence.// J Fam Viol, 2008; 134-142.
56. Renner L.M., Habib L. The Association of Intimate Partner Violence and Depressive Symptoms in a Cohort of Rural Couples, //J. Sex Medicine 2013; 76-87.

57. Ruiz- Perez I., Plazaola-Castano J. Intimate partner violence and mental health consequences in women attending family practice in Spain. //J. Sex Medicine 2005;12: 54-59.
58. Pill N., Day A., Mildred H. Trauma responses to intimate partner violence: A review of current knowledge// Aggression and violent behaviour, 2017; 59-65.
59. Smith N., Anderson K.L. Perpetrator or Victim? Relationships Between Intimate Partner Violence and Well-Being//J. Sex Medicine 2002; 53-64.
60. Smith-Marek E., Cafferky B., Dharnidharka P., Mallory A.B., Dominguez M, Effects of Childhood Experiences of Family Violence on Adult Partner Violence: A Meta-Analytic Review// Journal of family Theory and Review, 2015; p. 47-57.
61. Swanson R., Battered women syndrome, NY, 2006; 43.
62. Vuuren M. J. Emotion regulation in women who are psychologically abused by their intimate partners: a systematic review: North-West University, 2015; 72.
63. Walker L.E. Rachel I., The Battered Women Syndrome, 1999; 93.
64. Walker, L. E. Psychology and violence against women. American Psychologist, 44, 2001; 695-703.
65. Walker, L. E.. Psychology and domestic violence around the world. American Psychologist, 1999; 54: 21-29.
66. Widom C.S. Czaja S. Child abuse and neglect and intimate partner violence victimization and perpetration: A prospective investigation Intimate Partner Violence //J Health Psychol. 2015. Vol. 11, Issue 1: 98 – 109.

## **ПРИЛОЖЕНИЯ**

### **Приложение А**

## **Санкт-Петербургский государственный университет**

### **Информированное согласие**

на участие в исследовании на тему:

«Клинико-психологические особенности женщин, подвергшихся жестокому обращению»

Исследователь: Борисова Т.В.

В этом исследовании примут участие молодые женщины в возрасте от 25 до 40 лет, имеющие в своем опыте случай жестокого обращения со стороны супруга/партнера.

Прежде чем Вы примите решение об участии в этом исследовании, мы бы хотели предоставить Вам информацию о данном исследовании, о том, что Вас ожидает, а также о возможных рисках.

### **Условия участия в исследовании**

Вы можете принять участие в исследовании, если:

1. Ваш возраст на момент исследования не менее 25 и не более 40 лет;
2. Вы имеете в своем опыте случай психологического давления со стороны партнера, физической или сексуальной агрессии.

### **Добровольность участия**

1. Ваше участие в данном исследовании исключительно добровольно.

2. Вы можете отказаться от участия в исследовании прямо сейчас или в любой другой момент на любом этапе исследования. Отказ от участия в исследовании не несет за собой каких-либо последствий.

### **Конфиденциальность**

Ваше имя, фамилия, отчество, контактные данные, место работы (и/или учебы) не будут упомянуты где-либо в связи с теми сведениями, которые Вы сообщаете. При желании Вы можете не указывать свое имя на бланках методик и не сообщать его исследователю, используя вместо него псевдоним, код, шифр и др. Все результаты исследования будут представлены только в общем виде в рамках дипломной работы. Все данные, собранные в ходе исследования, не будут доступны третьим лицам.

### **Процедура исследования**

Вам будет предложено заполнить бланки тестовых методик, а также полуструктурированное интервью. Каждая методика снабжена инструкцией, в случае, если какая-либо инструкция вызывает затруднение, Вы можете обратиться к исследователю за разъяснением. В заполнении методик Вы не ограничены временем. Желательно, но необязательно отвечать на все вопросы методик. Если какой-либо вопрос (вопросы) вызывает у Вас затруднение, то Вы имеете право не отвечать на него (них).

Во время прохождения полуструктурированного интервью аудио и видео записи проводиться не будут. С Вашего согласия исследователь будет делать письменные пометки во время сбора информации.

В среднем полное прохождение исследования занимает 1-1,5 часа. У вас будет возможность ознакомиться с результатами исследования по Вашему желанию.

### **Возможные неудобства**

Некоторые вопросы интервью, возможно, затрагивают личные и/или эмоционально тяжёлые темы. Помните, что Вы можете отказаться от участия в исследовании на любом этапе.

### **Выгоды**

Участие в исследовании не предполагает получение респондентом денежной или материальной компенсации, или какой-либо другой прямой выгоды.

Если у Вас возникло желание ознакомиться со своими индивидуальными результатами, то Вы можете обратиться непосредственно к исследователю по электронному адресу [bluemelany@yandex.ru](mailto:bluemelany@yandex.ru).

## **ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ НА УЧАСТИЕ В ИССЛЕДОВАНИИ**

Подписывая данную форму информированного согласия, я подтверждаю, что прочитала и поняла цели, процедуру, методы и возможные неудобства участия в исследовании. У меня была возможность задать все интересующие

меня вопросы. Я получила удовлетворительные ответы и уточнения по всем вопросам, интересовавшим меня в связи с данным исследованием. Я даю свое согласие на участие в исследовании.

Подпись участника исследования _____	Д а т а : « ____ » _____ 2016/17
---	-------------------------------------

Я объяснила респонденту предложенную выше форму информированного согласия, а также ответила на все вопросы респондента относительно участия в исследовании. Ее решение принять участие в исследовании не навязано кем-то, а является осознанным и добровольным, о чем получено согласие.

Ф.И.О. и подпись интервьюера _____	Д а т а : « ____ » _____ 2016/17
---------------------------------------	-------------------------------------

## ПРИЛОЖЕНИЕ Б

### АНКЕТА

#### Скрининг

Имя (псевдоним) \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_

Ваше семейное положение  замужем  гражданский брак/совместное проживание  гостевой брак  не замужем

Есть ли у вас дети?  Да  Нет

#### Демографические данные

1. Каков уровень Вашего образования?

Среднее  Среднее специальное  Высшее  Два и более высших/ ученая степень

2. Работаете ли Вы в данный момент?

Да (указать кем) \_\_\_\_\_  Нет

2а. Если Вы не работаете, планируете ли Вы работать в ближайшем будущем?

Да  Нет

3. Укажите, пожалуйста, тип Вашей должности

Руководящая  Исполнительная  Работа «на себя»

4. Каков примерный уровень дохода Вашей семьи?

материальных доходов семьи хватает на еду и необходимые средства личной гигиены



материальных доходов семьи хватает на еду, необходимые средства личной гигиены и необходимую одежду

материальных доходов семьи хватает на еду, необходимые средства личной гигиены, одежду и бытовую технику.

материальных доходов семьи хватает на еду, необходимые средства личной гигиены, одежду, бытовую технику и дорогостоящие покупки (например, автомобиль; недвижимость)

5. Кто в большей степени обеспечивает Вашу семью?  муж (партнер)  я  
 муж и я вместе  мои родители  родители мужа  бывший муж  
 гражданский муж  мужчина, с которым встречаюсь  родители мужчины, с которым встречаюсь  другой вариант \_\_\_\_\_

6. Есть ли у Вас какой-либо источник пассивного дохода (например, сдаваемая в аренду недвижимость, проценты с различных вкладов и других сделок, бизнес или дело, не требующее вашего участия)

Да  Нет

7. Помогают ли Вам родители в финансовом плане?

Да  Нет

8. Как часто Вы употребляете алкоголь?

каждый день  несколько раз в неделю  раз в неделю  раз в месяц  менее одного раза в месяц  не употребляю вообще

9. Употребляете ли Вы наркотические вещества?

Да, употребляю.  Да, очень редко.  Нет, не употребляю совсем.

10. Диагностированы ли у Вас врачом какие-либо заболевания?

Да (указать какие), \_\_\_\_\_

Нет

11. Как Вы оцениваете отношение родителей к Вам в детском возрасте?

---

12. Вы воспитывались в полной семье?

Да  Нет

*12 а. С кем из родителей Вы проживали?*

Мать  Отец  Другое

13. Практиковалось ли жестокое обращение между отцом и матерью или лицами, их заменяющими, в Вашей семье?

Да  Нет

*13 а. Укажите, пожалуйста, тип жестокого обращения, практиковавшийся в вашей семье.*

Психологическое  Сексуальное  Физическое

### **Особенности жестокого обращения**

14. Были ли в Вашей жизни ситуации, когда Вы подвергались жестокому обращению?

Да  Нет

15. От кого исходило жестокое обращение?

Муж  Бывший муж  Гражданский муж  Мужчина, с которым встречалась  
 Другое

16. Какому типу жестокого обращения Вы подвергались?

Физическое  Сексуальное  Психологическое





---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

23. Как вы видите идеальные отношения с мужем (партнером), если они могли бы быть?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## ПРИЛОЖЕНИЕ В

### Клинический пример 1

Респондентка – молодая женщина, 30 лет, не замужем, детей нет, в настоящий момент проживает в незарегистрированном браке с молодым человеком, отношения с которым характеризует как теплые и доверительные, эпизодов жестокого обращения между ними нет и не было с момента начала отношений. Имеет высшее образование (магистратура), в настоящий момент работает в двух местах по профессии и имеет стабильный доход, не находится в алкогольной или наркотической зависимости. Имеет большой круг социальных контактов.

Отмечает, что воспитывалась в неполной семье, проживала с матерью, мама была (мама – учитель) за плохие оценки («хорошо» считала плохой оценкой), отношения с матерью характеризует как плохие. При первой возможности (в 18 лет) начала жить самостоятельно. Респондентка объясняет, что не хочет иметь детей, потому что боится стать такой же, как ее мать. С отцом связи не поддерживала. Есть младшая сестра, которая также сейчас находится в состоянии жестокого обращения от своего гражданского мужа. Эпизодов физического или сексуального насилия от других людей или партнеров не было.

Жестокое обращение исходило от молодого человека, с которым она проживала в течение пяти лет. Тип жестокого обращения, которому подвергалась – сочетанное, включающее в себя сексуальное, физическое и психологическое. В ходе расспроса выясняется, что партнер также применял и экономическое насилие: контролировал финансовые средства респондентки, не позволял их тратить самостоятельно, заставлял писать объяснительные письма о выделении средств на необходимые ей вещи. На начальном этапе отношения с молодым человеком характеризует как теплые и доверительные; момент, когда начали проявляться черты жестокого обращения не заметила.

«Начиналось вкрадчиво, я не понимала, что происходит», – поясняет респондентка; также она отмечает, что чрезмерный контроль над ее личностью первоначально выглядел как проявление заботы, что характерно для подавляющего числа такого рода отношений. На этапе, предшествующем физическому и сексуальному жестокому обращению, партнер попытался контролировать ее социальные связи: оградить от некоторых друзей и подруг, которые, по его мнению, оказывали на нее дурное влияние; в своих неудачах начал обвинять ее.

С течением времени партнер начал контролировать внешний облик респондентки, самостоятельно подбирать одежду, прическу и макияж, невзирая на желание партнерши. Затем началось физическое жестокое обращение в виде побоев, измены, а также сексуальное насилие. Когда респондентка была больна, партнер пообещал привести лекарства, но вместо этого вернулся домой поздно с рассказами о своих изменах. Партнер также знакомил ее со своими любовницами, затем сравнивал их внешность и возраст между собой. Физическое жестокое обращение началось для респондентки также незаметно: с легких пощечин и до переломов ребер.

Дополнительно стоит отметить, что молодой человек, со слов респондентки, физическое жестокое обращение применял не только к ней: избивал также и свою мать, а впоследствии (после расставания с респонденткой) применял и жестокое обращение, сходное по типу испытанного самой респонденткой, по отношению к последующим девушкам и своей жене.

На расставание с партнером решалась год. Отмечает, что было страшно уйти из-за постоянных угроз, а также из-за того, что находилась под влиянием партнера. С ее слов, он внушил ей, что никому не нужна, всегда будет одна, если его покинет, и не достойна лучшей жизни. Покинуть этого партнера ей помогла новая мимолетная влюбленность.

Отмечает, что приходила в себя в течение года. С ее слов, ей помогла работа, а также занятия спортом.

В ходе полуструктурированного интервью была выявлена типичная для жертв жестокого обращения склонность над контролем эмоций («Я считаю, человек должен контролировать свои эмоции»). К пережитому относится философски: «Это все равно опыт. Если к нему с юмором относиться, то все в порядке». Тем не менее была замечена некоторая противоречивость в том, что девушка больше не желает оказываться в подобной ситуации и отмечает в интервью: «Быть жертвой выгодно».

Результаты по методике Гиссенский личностный опросник.

По шкале социальной желательности – (59) результаты чуть выше среднего показателя и характеризуют респондентку как уверенную в своей социальной репутации, уважении со стороны окружающих и как личность, способную активно взаимодействовать с окружающими.

По шкале доминантности-покорности – (39) результаты респондентки находятся в диапазоне чуть ниже среднего значения по данной шкале и характеризует респондентку как личность в большей степени желающую настоять на своем и имеющую ряд притязаний на первенство.

Результаты по шкале недостаточного-избыточного контроля (51) характеризуют респондентку как склонную в ряде ситуаций вести себя легкомысленно, а в ряде – проявлять такие черты характера, как педантичность и усердие.

По шкале гипертимности-депрессивности (59) респондентку можно охарактеризовать как личность, склонную к самокритике, рефлексии, с преобладающим пониженным фоном настроения.

По шкале социальных способностей (32) респондентку можно охарактеризовать как личность с высокими социальными способностями, коммуникабельную, способную выстраивать доверительные отношения с окружающими.

Результаты по методике «Стратегии совладающего поведения»: наиболее часто используемыми стратегиями совладания со стрессовыми ситуациями являются: «конфронтация» (55) и «положительная переоценка» (56), наиболее



редко - «принятие ответственности» (38). Респондентка характеризуется использованием в стрессовой ситуации сочетания адаптивных и неадаптивных стратегий совладания. Разрешение проблемы она может осуществлять за счет поведенческой активности, зачастую импульсивной, направленной на отреагирование эмоций, упорства, возможно – враждебности и конфликтов. Тем не менее, при корректном использовании стратегии респондентка может активно противостоять трудностям и различным стрессовым воздействиям.

В то же время она склонна преодолевать проблему за счет переосмысления трудной ситуации и нахождения в ней положительных моментов, а также дополнительных аспектов, способствующих ее личностному росту.

Результаты по методике опросник уровня агрессивности Басса-Дарки обнаруживают повышенный уровень физической (70), вербальной (56) и косвенной агрессии (44), повышенный уровень негативизма (60), повышенный уровень раздражения (45), очень высокий уровень подозрительности (80), средний уровень чувства вины (33), уровень обиды характеризуется критическим значением между средним и повышенным уровнем (39) и является одним из наиболее низких в общей выборке, что связано, очевидно, с тем, что респондентка преодолела ситуацию (с ее слов). Полученные результаты, а именно: высокая подозрительность в сочетании с повышенным уровнем негативизма и общей агрессии, могут трактоваться как черты, полученные в ходе ситуации жестокого обращения, в которой находилась респондентка в течение пяти лет. В пользу этого говорит и тот факт, что до встречи с молодым человеком, от которого она подвергалась жестокому обращению, девушка характеризует себя как доверчивую и уступчивую.

На основании результатов можно говорить о повышенном общем уровне агрессивности (56,7) и высоком уровне враждебности (59,5).

Результаты по методике личностной тревожности Спилбергера: 55, что свидетельствует о высоком уровне личностной тревожности, восприятии респонденткой огромного количества ситуаций как потенциально опасных,

сниженной стрессоустойчивости, неуверенности в себе, повышенной чувствительности.

Результат по методике шкала депрессии Бека (16) свидетельствует о наличии субдепрессивного состояния, при этом наиболее высокие показатели получены по когнитивно-аффективной субшкале (14), что исключает влияние большого количества соматических симптомов на вывод о выраженности депрессивного состояния респондентки.

Респондентка также показывает средний показатель выраженности посттравматической стрессовой симптоматики (64), являющийся самым низким в общей выборке экспериментальной группы, что говорит о том, что она не обнаруживает признаков посттравматического стрессового расстройства.

Резюме: респондентку можно характеризовать как личность, способную к установлению долгосрочных доверительных отношений, склонную к рефлексии и самокритике, с преобладающим пониженным фоном настроения, стремлением скрывать свои глубокие личные переживания от окружающих; с повышенным уровнем подозрительности и недоверия к окружающим, с общим повышенным индексом агрессивности и враждебности, склонную использовать как адаптивные, так и неадаптивные стратегии совладания. В настоящий момент респондентка переживает субдепрессивное состояние; посттравматической симптоматики, позволяющей сделать вывод о влиянии критического события на ее текущее состояние не обнаруживает.

## ПРИЛОЖЕНИЕ Г

## Клинический пример 2

Респондентка, 29 лет; высшее экономическое образование. Работает по специальности и имеет стабильный регулярный доход, в настоящий момент нацелена на карьерное развитие. Замужем, детей нет. В отношениях с мужем и с бывшими молодыми людьми факты жестокого обращения отрицает. Осведомлена о типах жестокого обращения и его проявлениях. Отрицает в своем опыте ситуации какого бы то ни было жестокого обращения. Воспитывалась в полной семье, до замужества проживала с родителями. Отношения с ними характеризует как хорошие, ситуации жестокого обращения как между родителями, так и по отношению к ней в детско-юношеском возрасте отрицает. Имеет большой круг социальных контактов. Не подвержена алкогольной или наркотической зависимости; психических, онкологических или серьезных соматических заболеваний, которые могли бы влиять на результаты проведенных методик не имеет.

Показывает высокие показатели по шкале социального одобрения (68), что характеризует респондентку как уверенную в своей социальной репутации и привлекательности, высокой оценки и уважении окружающих личность.

Высокие показатели по шкале доминантности-покорности (71) характеризуют респондентку как терпеливую, склонную к покладистости и покорности.

Высокие показатели по шкале контроля (78) характеризуют респондентку как проявляющую следующие личностные черты: педантичность, усердие, упрямство; а также отсутствие склонности к легкомысленному поведению.

Шкала гипертимности-депрессивности (77) показывает максимально высокий результат, что свидетельствует о склонности респондентки к рефлексии, избыточной самокритичности, зависимости.

Шкала открытости-замкнутости (75) также обнаруживает высокие показатели, что свидетельствует о закрытости респондентки, склонности

к недоверчивости, что также можно подтвердить высокими баллами по шкале подозрительности (60) по методике опросник уровня агрессивности Басса-Дарки.

По шкале социальных способностей (41) респондентка проявляет себя как коммуникабельная, общительная личность, способная к установлению прочных долговременных отношений.

Согласно результатам методики «Стратегии совладающего поведения», наиболее часто используемыми респонденткой стратегиями совладания со стрессовыми ситуациями являются: «конфронтация» (68), «планирование принятия решений» (68) и «дистанцирование» (64); наиболее низкие показатели получены по шкале самоконтроля (49). Остальные показатели обнаруживают несущественные различия между собой и характеризуются как умеренно используемые стратегии: «бегство-избегание» (58), «положительная переоценка» (58), «принятие ответственности» (54), «поиск социальной поддержки» (54).

По методике опросник уровня агрессивности Басса-Дарки: в целом, респондентка характеризуется повышенным уровнем агрессивности и враждебности. Результаты показывают средний уровень по шкале физической агрессии (50), повышенный уровень вербальной агрессии (64), высокий уровень по шкале косвенной агрессии (66). Также респондентка характеризуется повышенным уровнем раздражения (54) и высоким уровнем подозрительности (60), высоким уровнем негативизма (60) и высоким чувства вины (66). По шкале обиды (39) респондентка показывает критическое значение между средним и повышенным уровнем.

По шкале личностной тревожности: результат респондентки – 51 балл, что характеризует ее как высокотревожную личность.

По шкале депрессии: общий показатель 1 (когнитивно-аффективная субшкала – 1; соматическая субшкала – 0), что свидетельствует об отсутствии симптомов депрессивного состояния.

Результаты по Миссисипской шкале (72) говорят об отсутствии ярко выраженных симптомов посттравматических стрессовых реакций.

Резюме: респондентку можно характеризовать как коммуникабельную личность, способную к установлению долгосрочных доверительных отношений с другими людьми, при этом склонную к рефлексии и порой излишней самокритике и скрытию своих глубоких личных переживаний от окружающих. Респондентка характеризуется повышенным уровнем подозрительности и недоверия по отношению к другим людям, повышенным уровнем раздражения и высоким уровнем негативизма и чувства вины; для нее характерны проявления агрессии вербальным и косвенным путем. В целом, она показывает повышенный уровень подозрительности и агрессивности, однако столь высокие показатели по данным шкалам могут быть обусловлены ситуацией конкуренции на работе, о которой упомянула респондентка в ходе беседы.

В стрессовых ситуациях респондентка склонна использовать сочетание адаптивных и неадаптивных стратегий совладания таких, как «конфронтация» и «планирование принятия решения». Высокие показатели по шкале личностной тревожности характеризуют респондентку как чувствительную личность, склонную принимать широкий круг ситуаций как угрожающих, высокие показатели по шкале враждебности могут усиливать субъективную значимость такого рода ситуаций. Поскольку респондентка не обнаруживает признаков депрессии и посттравматического стрессового расстройства, то можно говорить об актуальном удовлетворительном эмоциональном состоянии.