

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

ДИПЛОМНА РОБОТА

**«Психологічні кореляти пережитого сексуального насильства у
жінок»**

Освітньо-професійна програма «Психологія»

Спеціальність 053 «Психологія»

Студентки 4 курсу, 6 групи

ОС «Бакалавр»

спеціальності 053 «Психологія»

Пасічник Ірини Олександрівни

Науковий керівник:

кандидат психологічних наук

доцент Найдьонова Ганна

Олександрівна

Роботу рекомендовано до захисту на ЕК №_ Протокол

№_____ від_____ року

**Завідувачка кафедри психодіагностики та клінічної
психології**

_____ Людмила КРУПЕЛЬНИЦЬКА

Київ – 2026

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ДОСВІДУ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛЬСТВА У ЖІНОК	9
1.1. Сексуальне насильство як предмет вивчення клінічної психології	9
1.2. Психологічні наслідки пережитого сексуального насильства у жінок	11
1.3. Копінг-стратегії як фактор емоційного та міжособистісного функціонування у жінок, які пережили сексуальне насилля	18
Висновки до розділу 1	20
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ КОРЕЛЯТИВ ПЕРЕЖИТОГО СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛЛЯ У ЖІНОК.....	22
2.1. Організація дослідження та характеристика вибірки.....	22
2.2. Обґрунтування дослідницького інструментарію та методів обробки даних	25
Висновки до розділу 2	29
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ КОРЕЛЯТИВ ПЕРЕЖИТОГО СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛЛЯ У ЖІНОК.....	31
3.1. Порівняльний аналіз психологічних показників в досліджуваних групах	31
3.2. Психологічна інтерпретація отриманих результатів при порівнянні груп та можливі подальші напрямки дослідження	40
3.3. Кореляційний аналіз: жінки, які пережили сексуальне з включенням зміни досвіду терапії	43
3.4. Психологічна інтерпретація результатів кореляційного аналізу	51
3.5. Поліноміальна регресія: показник алекситимії, уникаючого копіну та типу прив'язаності	53

3.6. Психологічна інтерпретація результатів отриманих за допомогою поліноміальної регресії	57
Висновки до розділу 3	59
ВИСНОВКИ	62
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	64
ДОДАТКИ	67

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. У сучасному світі проблема вчинення сексуального насилля над жінками є надзвичайно поширеною. За даними ВООЗ у 2021 році 25% жінок у світі пережили сексуальне насилля, тобто кожна четверта жінка. Якщо брати статистику по Україні, то за 2023 рік 8.4% жінок віком 16-30 років, 12.9% віком 31-40 років, 15% віком 41-50 та 15.3% віком 51-60 років пережили зґвалтування. І це не враховуючи інших видів сексуального насилля, таких як порнопомста, чи сексуальні домагання та фактору війни. В умовах повномасштабної війни ця проблема загострюється, адже сексуальне насилля може використовуватися як метод руйнування особистості.

На сьогодні вивчається вплив сексуального насилля на подальше життя жінок: які емоції вони відчують після пережиття сексуального насилля? Які розлади у них можуть розвинути? Які копінг-стратегії вони використовують, щоб впоратися з цим? і таке інше. Важливим питанням є те, як досвід сексуального насильства пов'язаний із їхніми подальшими міжособистісними стосунками, зокрема з майбутніми та теперешніми партнерами – чи почуваються вони захищеними при взаємодії зі своїм партнером? Чи здатні вони довіряти йому, покладатися на нього? Чи задоволені вони своїми стосунками?

Дослідженням сутності та різновидів інтимних стосунків займалися R. J. Sternberg, S. S. Brehm, Perlman, D., Fehr B., Fletcher G. J., Simpson J. A., Thomas G., Giles L.

Питання того, як досвід пережитого сексуального насилля впливає на жінок, досліджували N. Khan, L. Tavora, M. L. Larsen M, M. Hilden, R. Jina, L. S. Thomas, J. C. Campbell, K. L. Soeken, L. Tarzia, S. Feldman-Summers, P. E. Gordon, J. R. Meagher, J. R. Figueira, L. A. Lara, M. Andrade, P. A. Resick, W. Van Berlo, B. Ensink, K. N. Vitek, E. A. Yeater, V. Connop, J. Petrak.

Незважаючи на те, що питання особливостей емоційного та міжособистісного функціонування жінок, які пережили сексуальне насилля доволі багато й ґрунтовно досліджувалося й продовжує досліджуватись, але все ще залишається багато аспектів, які потребують уваги.

Мета роботи полягає у виявленні психологічних корелятив пережитого сексуального насилля у жінок.

Об'єкт дослідження: сексуальне насилля.

Предмет дослідження: психологічні кореляти пережитого сексуального насильства у жінок.

Відповідно до мети сформовані такі **завдання**:

1. Здійснити теоретичний аналіз наукової літератури з проблематики емоційного та міжособистісного функціонування жінок, які пережили сексуальне насилля.
2. Встановити та порівняти особливості емоційного та міжособистісного функціонування у жінок при наявності та відсутності досвіду сексуального насильства, із врахуванням наявності або відсутності досвіду психотерапії.
3. Виявити характер зв'язків при наявності досвіду сексуального насилля з врахуванням наявності або відсутності досвіду терапії між емоційним та міжособистісним сферами функціонування жінок.
4. Визначити прогностичний потенціал та характер нелінійних змін виявлених психологічних корелятив у досліджуваних груп за допомогою поліноміальної регресії.

Методи дослідження.

Теоретичні: аналіз, синтез, узагальнення, систематизація, порівняння.

Емпіричні методи: опитувальні, психодіагностичні. У роботі використано такі методики: Торонтську шкалу алекситимії (TAS-20) в адаптації В. Васильця та ін., Шкалу самооцінки Розенберга в адаптації

О. Вельдбрехт, Опитувальник Brief-COPE в адаптації Т. Яблонської та ін., опитувальник “Досвід близьких стосунків” в адаптації М. Казанжи та Ю. Вторнікової.

Математично-статистичні методи. Статистичний аналіз отриманих даних здійснювався за допомогою програмного забезпечення Jamovi. Для перевірки нормальності розподілу використовувався критерій Шапіро–Вілکا, а для перевірки однорідності дисперсій – критерій Левена. Залежно від особливостей розподілу даних та рівності дисперсій для аналізу відмінностей між групами застосовувалися параметричні та непараметричні методи: критерій Уелча та критерій Крускала–Уолліса. Для проведення попарних порівнянь використовувалися post-hoc критерії Геймса–Хауела та Dwass-Steel-Critchlow-Fligner. Також були розраховані показники сили ефекту. Кореляційний аналіз проводився з використанням критеріїв Пірсона та Спірмена в залежності від нормальності розподілу та також було виміряно силу ефекту. Для оцінки спільної прогностичної сили психологічних корелятів та диференціації у групах було застосовано метод поліноміальної регресії. У межах аналізу здійснювалася зміна опорного рівня порівняння груп для послідовного вивчення ефектів сексуального травмування та психотерапевтичного досвіду. Оцінка надійності та якості побудованих моделей проводилася за показниками критерію Хі-квадрат, інформаційних критеріїв AIC/BIC та псевдо-коефіцієнта детермінації Нагелькерке.

База та вибірка дослідження. У дослідженні взяло участь 150 жінок: 57 жінок – не переживали сексуальне насилля та не мали досвіду терапії, 35 жінок – не переживали сексуальне насилля та мали досвід терапії, 27 жінок – пережили сексуальне насилля та не мали досвіду терапії та 31 жінка – пережила сексуальне насилля й мала досвід терапії.

Наукова новизна дослідження полягає в тому, що вперше проаналізовано особливості емоційного функціонування жінок, які пережили досвід сексуального насилля з врахуванням досвіду

психотерапії у межах багатовимірної аналізи психологічних показників, таких як, алекситимія, унікаючий копінг та типу прив'язаності (тривожний й унікаючий). Уточнено характер взаємозв'язків між цими психологічними характеристиками, зокрема їхню вираженість у жінок, які мали досвід сексуального насилля в залежності від досвіду терапії.

Практичне значення дослідження. Отримані результати можуть бути використані: у практиці психологічного консультування та психотерапії – для врахування особливостей емоційного функціонування жінок, які пережили сексуальне насилля; у розробці програм психологічної допомоги – для врахування необхідності роботи з унікаючими копінг стратегіями та підвищеною тривожністю у близьких стосунках; у клінічній та кризовій психології – для більш точного розуміння особливостей адаптації після травматичного досвіду сексуального насилля; у підготовці майбутніх психологів – для формування уявлень про специфіку психологічних наслідків сексуального насилля.

Достовірність і обґрунтованість результатів забезпечуються застосуванням стандартизованих психодіагностичних методик із підтвердженими психометричними властивостями; достатнім обсягом вибірки для виявлення статистично значущих ефектів ($N=150$); використанням адекватних методів обробки даних відповідно до типу шкал і розподілу змін; використання порівняння незалежних вибірок та кореляційного аналізу; використання поліноміальної логістичної регресії для оцінки статистичного зв'язку між сукупністю психологічних показників та групою належності досліджуваних; а також коректною інтерпретацією результатів із урахуванням обмежень дослідження та специфіки вибірки.

Структура та обсяг роботи. Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел, що налічує 30 найменувань, з них 27

іноземною мовою. Дослідження містить 13 таблиць. Основний зміст викладено на 63 сторінках комп'ютерного набору. Повний обсяг роботи становить 83 сторінки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ЕМОЦІЙНОГО ТА МІЖОСОБИСТІСНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ЖІНОК ЗА НАЯВНОСТІ ТА ВІДСУТНОСТІ ДОСВІДУ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛЬСТВА

1.1. Сексуальне насильство як предмет вивчення клінічної психології

У сучасній клінічній психології сексуальне насильство розглядається як критична життєва подія, що спричиняє психологічну та фізіологічну травму [27]. Всесвітня організація охорони здоров'я визначає сексуальне насильство як будь-який сексуальний акт, спробу його отримати, небажані сексуальні коментарі чи злицяння, що здійснюються за допомогою примусу незалежно від стосунків із постраждалою особою [28, 29]. Ключовим критерієм для клінічної класифікації таких випадків є відсутність обопільної згоди [27]. Сексуальне насильство є широким терміном, що включає зґвалтування (вагінальне, оральне або анальне проникнення без згоди) та сексуальне домагання [28, 29]. Як предмет вивчення, цей феномен вимагає інтегративного підходу, оскільки він поєднує в собі аспекти агресії, порушення особистісних кордонів та глибокої психоемоційної деструкції [27, 28].

Клінічний інтерес до наслідків сексуального насильства значно зріс із 1970-х років, багато в чому завдяки феміністичному руху та працям фахівців з психічного здоров'я. У 1974 році Берджесс і Холмстром вперше описали “синдром травми зґвалтування” (Rape Trauma Syndrome), виділивши специфічний набір симптомів, характерних для постраждалих. Важливим етапом розвитку в клінічній психології стало визнання того, що травма, спричинена навмисними діями іншої людини, як у випадку сексуального насильства, призводить до найбільш тяжких і тривалих наслідків порівняно з природними катастрофами [27, 30].

З клінічної точки зору сексуальне насильство інтерпретується як ситуація, де его постраждалої особи виявляється повністю пригніченим, а баланс між

внутрішньою адаптацією та середовищем руйнується. Це розглядається не просто як сексуальний акт, а як злочин, де агресор використовує секс як засіб домінування, задоволення потреби у владі та вираження ворожості. Психодинамічний аналіз вказує на те, що така травма спричиняє масивне вторгнення в тілесні межі та втрату частини “Я”. Це призводить до руйнації фундаментальних переконань про особисту невразливість та безпечність навколишнього світу, що стає центральним об’єктом роботи клінічного психолога [27].

Сучасна ж клінічна психологія відходить від аналізу сексуального насильства виключно як ізольованої події, застосовуючи екологічну модель (за Бронфенбреннером). Згідно з цим підходом, досвід жінки та її відновлення вивчаються на кількох рівнях: індивідуальному (особистісні риси, копінг-механізми), мікросистемному (реакція близького оточення), екзосистемному (взаємодія з медичними та правовими інститутами) та макросистемному (соціальні норми та міфи про зґвалтування) [29, 30]. Такий багаторівневий аналіз дозволяє зрозуміти, чому при однаковій тяжкості насильства різні жінки демонструють різні траєкторії одужання або хроніфікації станів [29].

За статистикою, приблизно кожна п'ята або четверта доросла жінка стикається з сексуальним насильством протягом життя [27]. Дослідження показують, що сексуальне насильство має більш виражений негативний вплив на психічне здоров'я, ніж інші форми травм [30]. Оскільки лише від 10% до 20% постраждалих офіційно повідомляють про інцидент, клінічна психологія стикається з проблемою “прихованої віктимізації”, коли симптоми (депресія, тривога, сексуальні дисфункції) опрацьовуються фахівцями без усвідомлення їхнього першоджерела – пережитого насильства [27].

Вивчення сексуального насильства у клінічній психології ускладнюється відсутністю уніфікованих визначень у науковій літературі [29]. Результати досліджень можуть суттєво різнитися залежно від того, чи включають автори в поняття насильства випадки без фізичної сили (наприклад, за допомогою психологічного тиску або алкогольного сп'яніння жертви) [30]. Одним з значних

викликів також є ретроспективний характер більшості досліджень, де постраждалі жінки змушені згадувати події минулого, що може бути пов'язано з викривленнями пам'яті або повторною травматизацією під час самого процесу вивчення [27, 30].

1.2. Психологічні наслідки пережитого сексуального насильства у жінок

Пережитий досвід сексуального насилля негативно впливає на психологічне здоров'я. Після отримання досвіду сексуального насилля жінка може відчувати шок, заперечення, відсторонення, страх [7]. Важливо враховувати часову динаміку розвитку симптомів після інциденту. Дослідження показують, що протягом першого тижня після зґвалтування 94% жінок відповідають симптоматичним критеріям посттравматичного стресового розладу. Хоча для багатьох рівень дистресу знижується природним шляхом протягом наступних тижнів, приблизно у 47% постраждалих через три місяці симптоматика зберігається, через що можна визначити у них ПТСР. Найбільш стійкими наслідками, що можуть зберігатися десятиліттями, є інтенсивний страх перед ситуаціями, що нагадують про напад, та дифузна тривожність – відчуття страху та нервозності без можливості пояснити його чи прив'язати до конкретної події. Крім того, жінки часто повідомляють про значні порушення сну, включаючи кошмари [1].

Також жінки часто можуть відчувати сором – негативна оцінка себе; та провину – негативна оцінка свої поведінки. Особливо часто жінки відчують сором та провину, якщо вони зазнали сексуального насильства з боку свого інтимного партнера [8]. Відраза – реакція відторгнення на потенційно шкідливий чи небезпечний стимул – вона більше притаманна жінкам, які піддавалися сексуальному насильству у дитинстві [8]. Самі по собі ці емоції вже не сприяють подальшій довірі жінок до протилежної статі, особливо якщо кривдником була близька людина. Але ці емоції це тільки вершина льодовика.

Психологічний дистрес жінки які мали цей досвід також часто посилюється через взаємодію з офіційними структурами, що описується як феномен

“вторинної віктимізації” або “другого зґвалтування”. Досвід спілкування з поліцією, медичними закладами та судовою системою може бути дегуманізуючим, оскільки жінки стикаються з недовірою, звинуваченнями та нечутливими допитами. Зокрема, медичні огляди (так звані “rape kits”) часто сприймаються як повторне порушення тілесних кордонів, особливо якщо вони проводяться в холодній, відстороненій манері. Такі негативні соціальні реакції з боку офіційних осіб напряду корелюють із посиленням симптомів ПТСР, викликаючи у жінок відчуття знецінення (87%), депресію (71%) та глибоку недовіру до соціуму (53%) [2].

Жінки, які пережили сексуальне насилля можуть звинувачувати себе у тому що з ними сталося. Звісно, що це негативно впливає на їх самооцінку [14]. Крім того, у жінок які пережили сексуальне насилля можуть розвинутися фобії, панічні та тривожні розлади, ПТСР, депресія та вони можуть бути схильні до вчинення самогубства. І знов таки, якщо жінки пережили сексуальне насилля з боку свого інтимного партнера то ймовірність що у них розвинеться ПТСР чи депресія вища [8, 9]. Сексуальне насилля скоєне інтимними партнерами дуже травматичний досвід для жінок. Цей досвід не тільки дає відчуття руйнування власної гідності, жіночності й людяності, а й також відчуття зради людиною, яка мала бути найближчою [10].

Коли система емоційного функціонування дає збій, можуть виникати різноманітні порушення, одним із яких є алекситимія. Вона характеризується труднощами в ідентифікації емоцій – людині важко зрозуміти, що вона відчуває; труднощами з розрізненнями почуттів та тілесних відчуттів; та обмеженою здатністю до фантазування та зовнішньо орієнтований тип мислення – людина концентрується на фактах і деталях, але не на внутрішніх переживаннях. Важливо розуміти, що алекситимія це не тимчасовий стан, який виникає під впливом травматичної події, а стабільна риса особистості [3].

Важливим є також зміни з якими можуть стикнутися такі жінки прр подальших романтичних стосунках. Існує 3 типи прив’язаності: надійний тип, уникаючий та тривожний. Іноді ще виділяють уникаючо-тривожний тип. При

надійному типі прив'язаності люди легко зближуються з іншими, не бояться залежати від партнера та не хвилюються, що їх покинуть. Їх самооцінка зазвичай стабільна, та вони ставляться до світу з довірою. Але після пережитого досвіду сексуального насилля у жінок, можуть відбуватися зміни в типі прив'язаності. Він, якщо до цього був надійним може перетворитися на уникаючий чи/та тривожний. Люди з уникаючим типом прив'язаності відчують дискомфорт при близькості з іншою людиною. Їм важко довіряти партнеру чи покладатися на нього. У стосунках такі люди зазвичай тримають дистанцію, щоб захистити свою незалежність. Люди з тривожним типом прив'язаності схильні надмірно хвилюватися, що їх не люблять, часто мають низьку самооцінку та схильні до ревностей [5, 6].

Також ненадійні типи прив'язаності пов'язані з алекситимією. Так наприклад, зовнішньо орієнтоване мислення – коли людина зосереджена на фактах, та не бере до уваги почуття – пов'язане з уникаючим типом прив'язаності [3]. Це може пояснювати чому людям з уникаючим типом прив'язаності важко будувати близькі стосунки – це не про те, що такі люди не хочуть близькості, а про те, що їхня психіка функціонує так, щоб ігнорувати внутрішні стани, як і свої, так і свого партнера.

Сексуальне насильство спричиняє глибоку руйнацію когнітивних схем жінки, створюючи так звані “точки застрягання” (stuck points) – конфлікти між попередніми переконаннями про світ та новою травматичною реальністю. Дослідники виділяють п'ять основних сфер когнітивного функціонування, які зазнають найбільшої деформації: безпека, довіра, влада/контроль, самооцінка та інтимність. Наприклад, переконання “я в безпеці у власному ліжку” або “людям можна довіряти” конфліктують із досвідом насильства, призводячи до дезадаптивних узагальнень, таких як “світ є абсолютно небезпечним місцем” або “нікому не можна довіряти”. Такі когнітивні викривлення стають основою для формування хронічного уникання та гіперпильності [4]

Звісно що після пережитого досвіду сексуального насилля, особливо якщо це було зґвалтування, жінки в подальшому стискаються ще й з проблемою

отримання задоволення від сексу [11]. Аноргазмія та зниження сексуального бажання – ці проблеми більш притаманні жінкам які пережили сексуальне насилля чим жінкам які не мали цього травматичного досвіду [12]. Так само як і вагінізм – рефлекторний спазм м'язів навколо входу в піхву. Цей спазм може бути спровокований будь-якою спробою проникнення. Тобто це може бути намагання жінки мати статевий акт з партнером, або ж використання тампону. Спазм є болючим і подальші спроби проникнення неможливі. Іноді жінки які пережили зґвалтування можуть вважати що причиною спазму є отримані пошкодження вагіни під час нападу. І боятися можливості того, що секс з проникненням розірве або ще більше пошкодить їм піхву [13]. Й хоча це не можливо, але якщо жінки не лікуватимуть це захворювання – вправами на розслаблення та модифікаціями відчуття страху – то вони не матимуть змоги займатися сексом, що негативно вплине на можливість встановлення зв'язку з майбутнім чи теперішнім партнером (не через саму неможливість зайняття сексом, а через боязнь і страх жінок перед ним та неможливість пояснити партнерові, що відбувається – через страх осуду).

Окрім цього всього жертви сексуального насилля також мають більшу ймовірність мати obsesивно-компульсивні симптоми та більші шанси отримати наркотичну чи алкогольну залежність [14]. Всі ці проблеми з якими можуть стикнутися жінки, які пережили сексуальне насилля (відчуття відсторонення, страху, сорому, проблеми з самооцінкою, можливість розвитку різноманітних розладів (ПТСР, депресія), аноргазмія, вагінізм, можливі залежності) не сприяють можливості встановлення (або ж продовження) подальших близьких інтимних стосунків. Хоча люблячий і турботливий партнер є фактором, який може допомогти жінці яка отримала цей жахливий досвід, швидше отямитися (у тому випадку якщо сексуальне насилля не було здійснено попереднім/цим ж партнером) [15].

Якщо говорити більше про поведінкові аспекти жінок, які пережили такий досвід, то існує синдром травми після зґвалтування, який включає 3 стадії – гостру стадію, зовнішню адаптацію та повторну нормалізацію. Гостра стадія – настає відразу після нападу й може тривати від кількох годин до кількох тижнів.

На цій стадії жертви зґвалтування можуть бути схвильованими, дуже емоційними, тривожними, або ж навпаки виглядати спокійними, так наче нічого не сталося – це наслідок шоку [16]. Тобто, якщо жінка після зґвалтування поводить себе “нормально”, “так, як завжди” це ще не означає, що зґвалтування не відбувалося.

Під час стадії зовнішнього пристосування людина продовжує жити своє “нормальне” життя, але при цьому насправді всередині неї все руйнується. На цій стадії якраз таки з’являється можливість розвитку таких розладів, як ПТСР, депресія. Це включає такі симптоми, як: проблеми зі сном, флешбеки, дисоціація, можливо також небажання виходити з дому, сексуальні проблеми. Часто жертви на цій стадії намагаються не говорити про цей досвід, але при цьому можуть постійно аналізувати кожен нюанс того, що сталося (можливо звинувачуючи себе у цьому чи думаючи що б вони могли зробити інакше, щоб цього не сталося). В намаганнях уникнути болю намагаються втекти – переїхавши чи змінивши роботу і т. д. [16].

Ренормалізація (повторна нормалізація) – жінки, які змогли впоратися з цим жахливим досвідом і пережити його можуть дійти до цієї стадії. Коли напад не є більшим центром всієї їхньої уваги. Негативні емоції, такі як відчуття провини та сорому більше не турбують цих жінок і вони знають що не винні у тому що сталося з ними. Також ці жінки позбуваються негативних копінг стратегій, яких вони набули в намаганні позбутися цього досвіду (спогадів про нього) [16].

Як ж цей досвід сексуального насилля та всі можливі подальші симптоми травматизації впливають на інтимні стосунки жінок з їхніми партнерами/партнерками? Є дані, які підтверджують, що жінки які зазнали сексуального насилля в дитинстві значно менше довіряють своїм інтимним партнерам чим жінки, які не зазнавали цього. Через що таким жінкам, як і жінкам, які пережили сексуальне насилля в дорослому віці важче встановити інтимну близькість з партнером. Але також деякі дослідження показували, що отриманий досвід сексуального насилля не суттєво впливав саме на подальше сексуальну інтимність [17].

Також є дослідження, які підтверджують, що у парах де жінки пережили сексуальне насильство у дитинстві, більший відсоток розлучень та конфліктів. Це якраз таки може бути пов'язано з проблемою у встановленні близьких стосунків з партнером та здатністю довіряти йому. Серед іншого досліджувалося зв'язок між сексуальним насиллям (і у дитячому і у дорослому віці) та поганою комунікацією в стосунках. Деякі дослідження встановили значущий зв'язок між цими двома факторами, деякі ні, тому важко сказати як це впливає насправді [17]. До того ж на це можуть впливати й інші фактори. Наприклад, чи було сексуальне насилля у дитинстві систематичним і чи переживали жінки ще якісь інші види насилля (фізичне, моральне) та чи проходили вони терапію після цього і який досвід отримали від оточення після (підтримку чи засудження) і т. д.

Також є дослідження, яке вивчало декілька пар, у яких жінки пережили сексуальне насилля перебуваючи у стосунках з романтичним партнером, але не від романтичного партнера та як це повпливало на них та стосунки. У цьому дослідженні проводилися інтерв'ю з 6-ма чоловіками, чії партнерки пережили досвід сексуального насилля та 3-ма жінками, які його пережили при цьому перебуваючи у романтичних стосунках. Та потім стенограми інтерв'ю були проаналізовані за допомогою інтерпретаційного феноменологічного аналізу. І хоча насилля скоювали не інтимні партнери цих жінок, але всеодно 5 з 9-и жінок покинули своїх інтимних партнерів після цього (2-оє жінок з цих 5-ти вважали, що їх розрив був не пов'язаний з нападом, тоді як інші 3-оє пов'язували розрив саме з цим). Ще 3 жінки говорили про відчуття нестабільності у шлюбі та страх того, що їхні партнери покинуть їх [18]. Звісно, що є певні питання до цього дослідження, адже насилля переживали жінки, а обговорювали вплив цього пережитого досвіду на стосунки переважно партнери таких жінок, що не до кінця може показати стан жінок і їхнє бачення цього.

Але це дослідження показує, у якому середовищі часто опиняються жінки, які пережили сексуальне насилля. Адже більшість партнерів цих жінок злилися не тільки на гвалтівника, а й на жінок, які стали жертвами. Чоловіки намагалися зрозуміти чи вчинили їхні партнерки щось що могло “сприяти” тому досвіду

(сприяти виключно на їхню думку). Під факторами цього “сприяння” чоловіки мали на увазі те, чи вживали їхні партнерки багато алкоголю, чи не були вони занадто наївними чи одягнутими занадто “провокаційно”, чому вони не боролися (не кусали нападника, не виривалися) і таке інше [18]. Звісно, що всі ці фактори не сприяють тому, щоб жінка була зґвалтована і не перекладають провину через зґвалтування на неї. Та після пережиття такого травматичного досвіду жінкою засудження її партнера може значно погіршити її стан.

Крім того, у дослідженні вивчалось питання впливу цього досвіду на подальші сексуальні стосунки у парі. І хоча деякі чоловіки сказали, що намагалися бути ніжними до своїх партнерок та не займалися практиками, які могли викликати у жінок флешбеки, але більшість говорила про відчуття того наче їхня партнерка мала секс з іншим чоловіком. Це також підтвердили жінки, які приймали участь у цьому дослідженні – що вони відчували наче їх чоловіки сприймали це як зраду. Одна жінка навіть відчула, що її партнер втратив повагу до неї після цього досвіду.

Ці деструктивні стани не є незворотними: сучасна психотерапія пропонує інструменти для трансформації травматичного досвіду та відновлення цілісності особистості. Науково обґрунтовані методи терапії, такі як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) та її спеціалізований протокол – когнітивна процесуальна терапія (СРТ), демонструють високу ефективність у зниженні симптомів ПТСР та депресії. Терапевтичне втручання дозволяє жінці перейти від пасивного переживання симптомів до активного опрацювання травми, що призводить до стійких клінічних змін [2].

Основним механізмом змін у процесі терапії є ідентифікація та модифікація “точок застрягання” (stuck points). Терапія допомагає відновити фундаментальні схеми функціонування у п’яти критичних сферах: безпека, довіра, влада/контроль, самооцінка та інтимність [4]. Наприклад, через когнітивну реструктуризацію переконання “світ абсолютно небезпечний” трансформується у більш адаптивне усвідомлення того, що хоча небезпека існує, жінка має навички для захисту та відновлення контролю над своїм життям [2].

Особлива увага в терапії приділяється подоланню сорому та самозвинувачення, які часто є найбільш руйнівними бар'єрами для одужання [2, 4]. Когнітивні методи дозволяють жінці переоцінити свою відповідальність за подію [2]. Дослідження показують, що робота над зміною внутрішніх атрибуцій провини веде до значного підвищення самооцінки та зменшення депресивних станів, оскільки жінка припиняє сприймати себе як “зіпсовану” особистість [4]. Крім того, групові формати терапії створюють простір для соціальної валідації досвіду, що допомагає подолати відчуття ізоляції та зради [2, 25].

Для подолання фізіологічних та соматичних наслідків, таких як гіперпильність, порушення сну чи дисоціація, ефективними є методи експозиційної терапії та EMDR [26]. Вони привчають нервову систему до того, що спогади про травму більше не є безпосередньою загрозою [2]. Паралельно з цим, комплементарні підходи, зокрема травма-чутлива йога, допомагають відновити зв'язок із тілом та навчитися толерувати тілесні відчуття, що є критичним для подолання сексуальних дисфункцій та аноргазмії [26].

1.3. Копінг-стратегії як фактор емоційного та міжособистісного функціонування у жінок, які пережили сексуальне насилля

Копінг-стратегії – моделі поведінки, мислення та емоційного реагування, спрямовані на подолання стресу та складних життєвих ситуацій. Копінг стратегії можна розділити на активні та уникаючі. Активні копінг стратегії спрямовані на те, щоб зустрітися з проблемою та вирішити її, або ж спробувати почати її під іншим кутом, чи знайти підтримку та у відкритому вираженні емоцій. Уникаючі ж копінг стратегії спрямовані на те, щоб відсунути проблему подалі від себе. Це наприклад, надмірне фантазування, уникання інших людей, намагання не думати чи не зважати на проблему [19].

Копінг стратегії можуть змінюватися з часом. Особливо, якщо вони є реакцією на травматичну подію (а не стресову). Те, що допомагає в перший тиждень після такої події, може почати приносити шкоду після того, як минуло більше часу. При пережитому досвіді сексуального насилля, копінг стратегії

мають особливе значення, адже на початку саме вони дозволяють жінці продовжити її життя, не зважаючи на те, що воно може бути видозміненими, або навіть сприйматися, як ілюзорне [19, 20].

Однієї з найгірших копінг стратегій, яка зустрічається у жінок, які пережили сексуальне насилля є самозвинувачення. Розрізняють 2 його види – поведінкове та характерологічне. Поведінкове самозвинувачення це наприклад, коли жінка думає “Я зробила щось не так” (пройшла по темному провулку, пішла в бар й т. д.). Для деяких травматичних подій, ця копінг стратегія може бути адаптивною, бо дає відчуття контроль над майбутнім (якщо я цього більше не зроблю, то зі мною такого не станеться), але для жінок, які пережили сексуальне насилля, ця копінг стратегія не приносить відчуття контроль, а підсилює психологічний дистрес [20]. Характерологічний вид самозвинувачення це коли жінка вважає, що проблема в першу чергу в ній, як особистості. Це найбільш руйнівний вид копіngu та жінкам з ним з часом частіше діагностують депресію [20].

Також на копінг-стратегію жінки, яка пережила сексуальне насилля впливає реакція оточуючих. Якщо жінка стикається з негативною реакцією – недовіра до її розповіді, дистанціювання від неї, або ж порала забути про це – то це часто призводить до уникаючого копіngu – відаллення від близьких, чи вживання алкоголю, наркотиків. Якщо ж жінку приймають – вірять у її розповідь, намагаються вислухати, допомогти – вона з більшою ймовірністю перейде до активної стратегії [20].

Також міжособистісне життя жінки, яка пережила сексуальне насилля залежить від того, знала вона нападника чи ні. Якщо так, то такі жінки частіше використовують як копінг-стратегію соціальний відхід. Оскільки насилля вчиняє той, кому жінка довіряла, світ сприймається як небезпечний, та така жінка намагається закритися [20].

Висновки до розділу 1

1. Сексуальне насильство є однією з найважчих психологічних травм, яка руйнує базове почуття безпеки жінки та часто залишається прихованою через низький рівень офіційних звернень
2. Ефективне вивчення цієї проблеми ускладнюється відсутністю єдиних наукових стандартів та високим ризиком повторної травматизації постраждалих під час самих досліджень
3. Алекситимія – стабільна риса особистості, що характеризується труднощами в ідентифікації власних почуттів та їх описі.
4. Ненадійні типи прив'язаності корелюють із алекситимією. Так, унікаючий тип прив'язаності часто супроводжується зовнішньо орієнтованим мисленням через що жінка ігнорує внутрішні переживання і створює дистанцію у близьких стосунках.
5. Аналіз зарубіжної літератури свідчить, що жінки які пережили досвід сексуального насилля стикаються з низкою негативних емоцій – страх, сором, провина, відраза, заперечення, відсторонення, відчуття шоку. Також у цих жінок можуть розвинутиися ПТСР, тривожні розлади, депресія. На додачу до цього жертви сексуального насилля також мають більшу ймовірність мати obsесивно-компульсивні симптоми та набути наркотичної чи алкогольної залежності.
6. Синдром травми після зґвалтування включає 3 стадії: гостра стадія – на цій стадії жертви можуть бути або тривожними або навпаки виглядати спокійно, що є наслідком шоку. На стадії зовнішнього пристосування, коли жінка продовжує наче жити своє життя як раніше, але насправді всередині неї все руйнується. На цій стадії може розвинутиися ПТСР, депресія та інші розлади. Жертви намагаються не говорити про цей травматичний досвід, але постійно аналізують його всередині себе й намагаючись втекти від нього переїхавши, чи змінивши роботу і таким чином наче почавши нове життя. Ренормалізація – стан коли жінки впоралися і пережили цей досвід.

7. Дослідження підтверджують, що жінки, які пережили сексуальне насилля важче встановити інтимну близькість та довірливі стосунки з новим партнером чи відновити з уже існуючим, чим жінкам які не переживали такого досвіду. Важкість відновлення може бути пов'язана з тим, що чоловік може вважати наче частина провини зґвалтування є на його партнерці; та сприймати пережитий досвід зґвалтування, як акт зради. Звісно таке середовище не сприяє психологічному відновленню жінки.
8. Те, які копінг стратегії буде використовувати жінка, яка пережила сексуальне насилля (активні чи уникаючі) впливатиме на те, як ця жінка в подальшому соціально адаптуватимуся. Самозвинувачення (як поведінкове так і характерологічне) є деструктивним для жінок і пов'язане з більшою ймовірністю розвитку ПТСР та депресії.
9. Соціально оточення відіграє важливу роль у відновленні для жінки, яка пережила сексуальне насилля. Підтримка, віра, прийняття сприятимуть використанню активних стратегій, тоді як ігнорування чи недовіра сприятимуть уникаючим копінг стратегіям, соціальній ізоляції та вживанням психоактивних речовин.
10. Науково обґрунтована психотерапія дозволяє постраждалим жінкам відновити психологічну цілісність та контроль над життям шляхом трансформації травматичних спогадів і подолання руйнівних почуттів провини та сорому.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ КОРЕЛЯТИВ ПЕРЕЖИТОГО СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛЛЯ У ЖІНОК

2.1. Організація дослідження та характеристика вибірки

Нами було проведене емпіричне дослідження з метою вивчення особливостей емоційного та міжособистісного функціонування у жінок які пережили досвід сексуального насилля. Оскільки тема сексуального насилля є соціально чутливою та жінки часто почуваю себе не комфортно надуючи таку інформацію навіть анонімно, то досліджувати цей аспект було непросто.

У дослідженні взяли участь 150 жінок віком від 18 до 31 року. Вибірка складається зі студенток факультету психології та з жінок, які зверталися за допомогою у благодійну організацію Amnesty або ж працюють у цій організації.

Вибірка формувалася добровільно та за принципом доступності. Посилання на дослідження було поширено у спільних групах, де перебувають студентки-психологині та також через організацію Amnesty.

Вибірка складається з 4 груп жінок: жінки, які не переживали сексуальне насилля та не мали досвіду терапії (57), жінки, як не переживали сексуальне насилля та мали досвід терапії (35), жінки, які пережили сексуальне насилля та не мали досвіду терапії (27) та жінки, які пережили сексуальне насилля й мали досвід і в терапії (31).

Це дозволяє не лише порівняти особливості емоційного та міжособистісного функціонування у жінок, які переживали або не переживали досвід сексуального насилля, а й також дослідити можливу роль психотерапевтичного досвіду, як чинника, що може бути пов'язаний із особливостями емоційної регуляції, копінг-поведінки та міжособистісної взаємодії..

Дослідження проводилося у формі анонімного онлайн-опитування за допомогою Google Form. У вступній частині анкети коротко пояснювалося, що

дослідження стосується теми міжособистісного та емоційного функціонування, участь у ньому є добровільною та що опитування є анонімним і учасниці можуть зупинитися у будь-який момент, якщо відчують себе некомфортно. Збір даних тривав протягом трьох тижнів – із 31 березня 2026 року та до 20 травня 2026 року.

Отже, вибіркою є жінки віком від 18 до 31 років, які погодилися добровільно заповнити анкету; також частина вибірки переживала сексуальне насилля, частина – ні, ще частина мала досвід терапії, або ж не мала, але що важливо всі ці жінки перебувають чи перебували у інтимних стосунках (а саме романтичних) – адже без цього вони б не змогли дати відповіді на частину опитування (шкала “Досвід близькості”). Також, у межах дослідження досвід психотерапії розглядався як наявність попереднього або актуального звернення учасниць до психотерапевтичної допомоги незалежно від тривалості, теми звернення, чи напрямку терапії. А наявність досвіду сексуального насильства визначалося на основі самоіндифікації учасниць у вступній частині анкети.

Через чутливість теми було важливо забезпечити максимальну анонімність, тому жодних персональних даних не збиралося (окрім як віку). Також опитування не містило травматичних запитань про обставини насилля – тільки нейтрально сформульовані блоки з методиками, які вивчали досвід стосунків, копінг стратегій, емоційні особливості (алекситимію) та самооцінність учасниць.

Було сформульовано такі гіпотези дослідження:

H1. Жінки, які пережили досвід сексуального насильства та не мали досвіду терапії, мають статистично значущо відмінності від інших груп. Очікується, що такі жінки можуть демонструвати вищий рівень труднощів розпізнаванні та описі емоцій. Також, очікується, що жінки, які також пережили досвід сексуального насилля, але й мають досвід терапії матимуть нижчі показники, чим група жінок, яка переживала сексуальне насилля, але не мала досвіду терапії.

H0(1). Статистично значущі відмінності між групами жінок за показниками алекситимії відсутні.

H2. Жінки, які пережили досвід сексуального насилля, але не мали досвіду психотерапії частіше використовуватимуть менш адаптивні копінг-стратегії, на

відміну від жінок, які не мали досвіду сексуального насилля, або тих які мали, але також мали досвід терапії.

H0(2). Відмінності в особливостях використання копінг-стратегій між групами відсутні.

H3. Жінки, які пережили сексуальне насильство, матимуть нижчу самооцінку порівняно з жінками, які не мали такого досвіду. Також передбачається, що досвід терапії матиме вищі показники в незалежності від групи.

H0(3). Відмінності у рівні самооцінки будуть відсутні.

H4. Жінки, які пережили досвід сексуального насилля демонструватимуть вищі показники тривожного та уникаючого типу прив'язаності у близьких стосунках. При цьому очікується, що жінки, які не переживали сексуальне насилля в незалежності від досвіду терапії матимуть нижчі показники за цими шкалами.

H4(0). Відмінності у показниках тривожного та уникаючого типу прив'язаності між групами відсутні.

H5. Передбачається, що вищий рівень алекситимії у жінок, які переживали сексуальне насильство незалежно від наявності чи відсутності досвіду психотерапії буде пов'язаний із нижчим рівнем самооцінки.

H5(0). У жінок із досвідом сексуального насильства в незалежності від досвіду терапії статистично значущий зв'язок між рівнем алекситимії та самооцінки відсутній.

H6. У жінок, які пережили сексуальне насильство в незалежності від досвіду психотерапії чи його відчутності вищі показники за шкалою алекситимії будуть пов'язані з вищими показниками за шкалою уникаючого типу прив'язаності.

H6(0). У жінок, які пережили досвід сексуального насилля в незалежності від того присутній досвід психотерапії чи ні статистично значущий зв'язок між алекситимією та уникаючим типом прив'язаності відсутній.

H7. У жінок з досвідом сексуального насилля в незалежності від того чи мали вони досвід терапії чи ні використання менш адаптивних копінг-стратегій буде пов'язане з нижчим рівнем самооцінки.

H7(0). У жінок із досвідом сексуального насильства в незалежності від того чи мали вони досвід терапії чи ні, статистично значущий зв'язок між копінг-стратегіями та самооцінкою відсутній.

H8. У жінок із досвідом сексуального насильства не в залежності від досвіду проходження терапії чи його відсутності використання менш адаптивних копінг-стратегій буде пов'язане з вищими показниками тривожності.

H8(0). У жінок із досвідом сексуального насилля в не залежності від досвіду проходження терапії чи його відсутності статистично значущий зв'язок між копінг стратегіями та тривожним типом прив'язаності відсутній.

2.2 Обґрунтування дослідницького інструментарію та методів обробки даних

З метою виявлення психологічних корелятив пережитого сексуального насилля у жінок було підібрано 4 психодіагностичні методики, що дозволяють комплексно оцінити ключові аспекти, дотичні до теми: алекситимію (та також окремі складові, які є частинами цього стану – труднощі з ідентифікацією почуттів, труднощі з описом почуттів та зовнішньо-орієнтоване мислення), 3 види копінг-стратегій – фокусовані на проблемі, фокусовані на емоціях та уникаючі (та також окремі копінг-стратегії, такі як активне подолання, використання інформаційної підтримки, позитивний рефреймінг, планування, емоційна підтримка, вираження емоцій, гумор, прийняття, релігія, самозвинувачення, самовідволікання, відмова, вживання психоактивних речовин та поведінкове розмежування), самооцінку та характер прив'язаності у близьких стосунках.

Для дослідження особливостей емоційної сфери жінок мною було обрано “Торонтську шкалу алекситимії” (TAS-20), а саме українську версію методики, яка пройшла кроскультурну адаптацію та валідизацію у 2023 році колективом

науковців Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова – В. В. Васильцем та іншими [Додаток А].

Опитувальник розроблений для кількісної оцінки алекситимії – сукупності когнітивних та афективних характеристик, що проявляються у труднощах ідентифікації та опису власних почуттів. Методика складається з 20 тверджень і дозволяє оцінити 3 основні субшкали: труднощі з ідентифікацією почуттів – вимірює неможливість розрізняти емоції або диференціювати почуття від тілесних відчуттів; труднощі з описом почуттів – оцінює неможливість вербалізації (словесного вираження) суб'єктивних емоцій; зовнішньо орієнтоване мислення – визначає тенденцію зосереджувати увагу на зовнішніх подіях, а не на внутрішньому емоційному досвіді [21].

Вибір цієї методики був зумовлений поєднанням таких трьох критеріїв: наявність адаптованої україномовної версії, схваленої авторами оригінальної шкали для використання в українській популяції; висока психометрична якість – методика продемонструвала достатню внутрішню узгодженість (коефіцієнт α -Кронбаха 0,7) й високу надійність (відтворюваність за внутрішньокласовим коефіцієнтом кореляції – 0,996); та також методика релевантна для моєї дослідницької мети, оскільки опитувальник дозволяє оцінити дефіцит емоційної саморегуляції, що є критично важливим при вивченні наслідків сексуального насилля. Час заповнення методики близько 10 хвилин.

Для аналізу стратегій подолання стресу та особливостей адаптивної поведінки респонденток було використано опитувальник Brief-COPE (автор – Ч. Карвер, рік створення – 1997) у нещодавній українській адаптації Т. Яблонської, О. Верника та Г. Гайворонського (2023) [Додаток Б]. Ця методика є скороченою версією повного опитувальника COPE і розроблена для оцінювання того, як індивід (респондент) справляється з кризовими життєвими ситуаціями.

Цей діагностичний інструмент складається з 28-ми тверджень, що формують 14 шкал, які відображають різні аспекти копінг-поведінки: проблемно-фокусований копінг включає шкали активне подолання, планування, використання інформаційної підтримки та позитивному рефреймінгу; емоційно-

фокусований копінг включає використання таких копінг стратегій, як емоційна підтримка, вираження емоцій, позитивне переформулювання, прийняття, гумор, звернення до релігії та самозвинувачення; унікаючий копінг це про самовідволікання, відмову (заперечення), вживання психоактивних речовин та поведінкове розмежування [22].

Використання Brief-COPE дозволяє виявити переважаючі механізми психологічного захисту. Так, методика дає змогу зафіксувати тенденції до самозвинувачення або заперечення, які часто притаманні для жінок, що пережили сексуальне насилля. Серед іншого методика є лаконічною (час заповнення 5-10 хвилин), що мінімізує втому респонденток.

Шкала самооцінки Розенберга була розроблена соціологом Моррісом Розенбергом у 1965 році для вимірювання загального рівня самооцінки особистості та адаптована українською мовою у 2025 році О. Вельдбрехт, Н. Зінченко, Н. Тавровецькою. Опитувальник складається з 10 тверджень, на які респондент відповідає за 4-бальною шкалою Лікерта – від “повністю згоден” до “повністю не згоден”. Проміжними відповідями є “згоден” та “не згоден”. Половина тверджень сформульована позитивно, інша половина – негативно. Це зроблено для того, щоб уникнути соціально бажаних відповідей [Додаток В].

Ця шкала була обрана ними, адже самооцінка є важливим показником психологічного благополуччя. Зниження самооцінки може бути одним із наслідків сексуального насильства і мати певний зв'язок з подальшими інтимними стосунками жінок. На заповнення цієї шкали потрібно близько 5 хвилин часу.

У межах дослідження типів прив'язаності було використано україномовну адаптацію опитувальника “Досвід близьких стосунків”. Автори опитувальника – Brennan K., Clark C., Shaver P., (1998) та адаптацію здійснили – Казанжи М. та Вторніковою Ю. (2022) [Додаток Г].

Опитувальник спрямований на вимірювання індивідуальних відмінностей у стилях прив'язаності дорослих людей, що проявляються у близьких емоційних

стосунках – тривожному типу прив’язаності та унікаючому [22]. На заповнення опитувальника потрібно близько 10-15 хвилин.

Для статистичної обробки отриманих даних планується використання параметричних на непараметричних методів аналізу дану залежно від наявності чи відсутності нормального розподілу за кожною шкалою. Оскільки дослідження передбачає порівняння чотирьох незалежних груп жінок, основним статистичним методом буде дисперсійний аналіз (ANOVA). Даний метод дозволяє визначити, чи існують статистично значущі відмінності між групами за показниками алекситимії, копінг-стратегій, самооцінки та типу прив’язаності.

Перед проведенням дисперсійного аналізу дані будуть перевірені на нормальність розподілу та однорідності дисперсій. Для перевірки нормальності розподілу буде використаний критерій Шапіро-Вілка, а для перевірки однорідності дисперсій тест Левена. Якщо окремі шкали не відповідатимуть вимогам параметричного аналізу, то для них використовуватиметься непараметричний критерій Краскела-Уолліса.

Після проведення ANOVA планується використання post-hoc аналізу Tukey, щоб виявити, між якими саме групами спостерігаються статистично значущі відмінності.

Окрім порівняльного аналізу, у дослідженні також буде застосовано кореляційний аналіз з метою виявлення взаємозв’язків між показниками алекситимії, копінг-стратегії, самооцінки та типів прив’язаності. Кореляційний аналіз буде проводитися лише у групі жінок, які пережили сексуальне насильство з урахуванням наявності або відсутності досвіду терапії. Залежно від розподілу даних буде використано коефіцієнт кореляції Пірсона при нормальному розподілі та Спірмена при ненормальному.

Також для виявлення спільної прогностичної сили психологічних корелятив та цілісної диференціації чотирьох груп жінок планується застосування методу поліноміальної регресії. У межах аналізу буде здійснено зміна опорного (базового) рівня порівняння груп для послідовного вивчення ефектів травматизації жінок через сексуальне насилля та психотерапевтичного досвіду

Оцінка надійності та математичної збалансованості побудованих моделей проводитиметься за показниками критерію Хі-квадрат, ступенів свободи, інформаційних критеріїв AIC/BIC та псевдо-коефіцієнта детермінації Нагелькерке.. Розрахунок внеску окремих особистісних маркерів у загальну модель здійснюватиметься за показниками регресійних коефіцієнтів, стандартних помилок та Z-критерію Вальда.

Статистично значущими вважатимуться результати при $p < 0.05$. Попередньо дані також будуть перевірені на наявність пропущених значень та викидів.

Висновки до розділу 2

У другому розділі було представлено організаційні аспекти мого дослідження, яке вивчає особливості міжособистісного та емоційного функціонування у жінок, які пережили досвід сексуального насилля.

У дослідженні взяли участь 150 жінок віком від 18 до 31 року. Вибірка була сформована із чотирьох груп – учасниць, які пережили досвід сексуального насильства та не мали досвіду терапії, тих, які пережили досвід сексуального насилля та мали досвід терапії, тих, які не переживали ні сексуального насилля й не мали досвіду терапії та тих, які не переживали сексуальне насилля та мали досвід терапії.

Для вивчення особливостей емоційної та міжособистісної сфери були використані 4 психодіагностичні методики: Торонтська шкала алекситимії (адаптація В. Васильця та іншими, 2023); опитувальник Brief-COPE (адаптація Т. Яблонської, О. Верника та Г. Гайворонською, 2023); шкала самооцінки Розенберга (адаптація О. Вельдбрехт та ін., 2025); опитувальник “Досвід близьких стосунків” (адаптація Казанжи і Вторнікової, 2022).

Кожна з методик дозволяє дослідити окремі аспекти емоційного та міжособистісного функціонування, що можуть зазнати змін під впливом травматичного досвіду. Торонтська шкала алекситимії дає змогу оцінити труднощі у розпізнаванні та описі власних емоцій. Опитувальник Brief-COPE

особливості використання копінг-стратегій у стресових ситуаціях. Шкала самооцінки Розенберга загальний рівень самооцінки. Опитувальник “Досвід близьких стосунків” визначає тип прив’язаності у партнерських стосунках.

Для статистичної обробки даних буде використаний дисперсійний аналіз (ANOVA), оскільки дослідження передбачає порівняння чотирьох незалежних груп. Використання цього методу дозволяє виявити наявність чи відсутність статистично значущих відмінностей за показниками алекситимії, копінг-стратегій, самооцінки та типу прив’язаності. Для подальшого уточнення між якими саме групами спостерігаються статистично значущі відмінності буде використано post-hoc аналіз Tukey.

Окрім порівняння груп, у дослідженні також буде проведено кореляційний аналіз з метою виявлення взаємозв’язків між показниками алекситимії, копінг-стратегій, самооцінки та типами прив’язаності. Кореляційний аналіз проводитиметься окремо у групах жінок із досвідом сексуального насилля залежно від наявності або відсутності досвіду психотерапії.

Для побудови цілісної прогностичної моделі та визначення спільної сили виявлених психологічних корелятів планується застосувати метод поліноміальної регресії. Цей аналіз дозволить оцінити надійність і збалансованість системи особистісних маркерів на основі критерію Хі-квадрат та коефіцієнта Нагелькерке за допомогою ротації опорного рівня при порівнянні чотирьох груп жінок.

Загалом, можна стверджувати, що обраний психодіагностичний інструментарій та методи статистичного аналізу даних відповідають меті та завданням дослідження.

РОЗДІЛ 3

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ КОРЕЛЯТИВ ПЕРЕЖИТОГО СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛЛЯ У ЖІНОК

3.1. Порівняльний аналіз психологічних показників в досліджуваних групах

Метою цього етапу емпіричного аналізу є виявлення можливих статистично значущих відмінностей між жінками, які пережили досвід сексуального насильства та мали досвід терапії; тими, хто не мав досвіду ані сексуального насилля, ані терапії; тими, хто мав досвід сексуально насилля, але не мав досвіду терапії; та тими жінками, які не мали досвіду сексуального насилля й досвіду терапії. Зміни або ж їх відсутність будуть перевірятися для показників алекситимії, виду притаманних копінг-стратегій, рівню самооцінки, а також особливостям емоційної прив'язаності в інтимних стосунках.

Перевірка на викиди показала, що за певними шкалами, є досліджувані, які б могли вважатися викидами, але у кожній шкалі це були різні досліджувані, на коробчастому графіку вони розташовувалися візуально не далеко від вусиків та їх кількість була не великою, тому мною було прийнято рішення не виключати їх.

У межах підготовки до статистичного аналізу було здійснено перевірку на нормальність розподілу за критерієм Шапіро-Вілка та перевірка однорідності дисперсій за допомогою критерія Левена. Шкали “труднощі з описом почуттів”, “зоовнішньорієнтоване мислення”, “загальний рівень алекситимії”, “уникаючий копінг” та “рівень самооцінки” мають нормальний розподіл ($p > 0.05$). У цей же час шкали “труднощі з ідентифікацією почуттів”, “активне подолання”, “використання інформаційної підтримки”, “позитивний рефреймінг”, “планування”, “емоційна підтримка”, “вираження емоцій”, “гумор”, “прийняття”, “релігія”, “самозвинувачення”, “самовідволікання”, “відмова”, “вживання психоактивних речовин”, “поведінкове розмежування”, “копінг фокусований на проблемі”, “копінг фокусований на емоціях”, “тривожність” та “уникання

близькості” не мають нормально розподіл ($p < 0.05$). Тест на однорідність за критерієм Левіна показав, що у всіх шкалах окрім “самозвинувачення”, “релігії” та “уникання близькості” дисперсії є рівними, тобто $p > 0.05$.

На основі цих даних був проведений дисперсійний аналіз за шкалами “труднощі з описом почуттів”, “зовнішньоорієнтоване мислення”, “загальний рівень алекситимії” та “рівень самооцінки” з використанням критерію Фішера, адже ці шкали мають рівні дисперсії, але статистично значущої різниці між групами за цими показниками не було виявлено (Таблиця 3.1.).

Таблиця 3.1.

Показники статистичної значущості за критерієм Фішера (дисперсії є рівними)

Шкала	p
Труднощі з описом почуттів	0.129
Зоовнішньоорієнтоване мислення	0.070
Загальний рівень алекситимії	0.058
Рівень самооцінки	0.650

Також був проведений дисперсійний аналіз за критерієм Уелча для шкали “уникаючий копінг” та було виявлено статистично значущі відмінності між групами ($p = 0.007$). При проведенні post-hoc аналізу за критерію Геймса-Хауела (для нерівних дисперсій) були виявлені різниці між групою жінок, які не переживали сексуальне насилля та мали досвід терапії та групою жінок, які переживали сексуальне насилля та мали досвід терапії ($p = 0.008$). Абсолютна різниця середніх складала – (-3.37), що вказує на те, що жінки, які пережили досвід сексуального насильства й терапії мають вищі показники за шкалою “уникаючий копінг” порівняно із жінками без такого травматичного досвіду, які теж відвідували терапевта (див. табл. 3.2.).

Сила ефекту була розрахована самостійно за формулою: $d = (M1 - M2) / SD_{pooled}$, де SD_{pooled} – це об'єднане (зважене) стандартне відхилення, яке обчислюється за формулою: $SD_{pooled} = \sqrt{((N1 - 1) * SD1^2 +$

$(N2 - 1) * SD2^2) / (N1 + N2 - 2))$ та дорівнювала 0.84, що свідчить про сильний ефект (див. табл. 3.3.).

Таблиця 3.2.

Попарні порівняння за шкалою
“уникаючий копінг”

	Жінки, які не пережили досвід сексуального насилля та терапії	Жінки, які не пережили досвід сексуального насилля та мали досвід терапії	Жінки, які пережили досвід сексуального насилля та не мали досвіду терапії	Жінки, які пережили досвід сексуального насилля та мали досвід терапії
Жінки, які не пережили досвід сексуального насилля та терапії		p=0.692	p=0.706	p=0.051 різниця середніх – (-2.54) сила ефекту – 0.61
Жінки, які не пережили досвід сексуального насилля та мали досвід терапії			p=1	p=0.008 різниця середніх – (-3.37) сила ефекту - 0.84
Жінки, які пережили досвід сексуального насилля та не мали досвіду терапії				p=0.008 різниця середніх – (-3.33) сила ефекту – 0.85

Також була виявлена статистично значуща різниця між групою жінок, які пережили сексуальне насилля, але не мали досвіду терапії, та групою жінок, які пережили сексуальне насилля та мали досвід терапії (p=0.008). Різниця середніх складала – (-3.33), а сила ефекту, яка також рахувалася самостійно була 0.85. Тобто у жінок, які пережили досвід сексуального насилля та мали досвід психотерапії вищі показники уникаючого копінгу чим у жінок, які також пережили сексуальне насилля, але не мали досвіду терапії.

Серед іншого спостерігалася тенденцію до відмінностей між групою жінок, які не переживали сексуальне насильство та не мали досвіду терапії та жінками, які переживали сексуальне насильство та мали досвід терапії ($p=0.051$). Різниця середніх складала – (-2.54) а сила ефекту 0.61, що може вказувати на певну схильність жінок з досвідом сексуального насильства та досвід терапії бути більш схильними до копінг стратегій спрямованих на уникання ніж жінок, які не мали досвіду насильства та досвіду терапії.

Між іншими групами не було виявлено статистичних відмінностей чи тенденцій.

Таблиця 3.3.

Описові статистики за якими рахувалася
”сила ефекту для шкали “уникаючий копінг

	Жінки, які не мають досвіду сексуального насильства та терапії	Жінки, які не мають досвіду сексуально-го насильства, але мають досвід терапії	Жінки, які мають досвід сексуально-го насильства, але не мають досвід терапії	Жінки, які мають і досвід сексуально-го насильства й досвід терапії
Середнє	17.8	16.9	17.0	20.3
Стандартне відхилення	3.66	3.48	2.83	4.61
Кількість	56	36	27	31

Надалі за всіма іншими шкалами було проведено порівняння за допомогою критерія Крускала-Уолліса та були виявлені статистично значущі відмінності у групах за шкалами “позитивний рефреймінг”, “гумор”, “поведінкове розмежування”, “копінг фокусований на емоціях” та “тривожний тип прив’язаності” (див. табл. 3.4.).

Таблиця 3.4.

Показники статистичної значущості та сили ефекту
за критерієм Крускала Уолліса

Шкала	p	ϵ^2
Труднощі з ідентифікацією почуттів	0.061	
Активне подолання	0.156	
Використання інформаційної підтримки	0.057	

Позитивний рефреймінг	0.008	0.078
Планування	0.496	
Емоційна підтримка	0.202	
Вираження емоцій	0.683	
Гумор	0.011	0.074
Прийняття	0.065	
Релігія	0.618	
Самозвинувачення	0.203	
Самовідволікання	0.582	
Відмова	0.169	
Вживання психоактивних речовин	0.269	
Поведінкове розмежування	< 0.001	0.125
Копінг фокусований на проблемі	0.097	
Копінг фокусований на емоціях	< 0.001	0.131
Тривожність	0.001	0.107
Уникання близькості	0.911	

За шкалою “позитивний рефреймінг” було зафіксовано значущі відмінності ($p=0.008$) із помірною силою ефекту ($\epsilon^2=0.078$). Попарні порівняння показали, що статистично значуща різниця існує тільки між групою жінок, яка не переживала сексуальне насилля, в залежності від відсутності чи присутності досвіду терапії. Жінки, які не мали досвіду сексуального насилля, але які мали досвід терапії демонструють вищу схильність використання позитивного рефреймінгу на відмінну від жінок, які не мали досвіду терапії ($w = (-4.516)$). Між іншими групами відмінностей не було виявлено (див. табл. 3.5.).

Таблиця 3.5.

Попарні порівняння за шкалою
“позитивний рефреймінг”

	Жінки, які не переживали досвід сексуального насилля та терапії	Жінки, які не переживали досвід сексуального насилля та мали досвід терапії	Жінки, які пережили досвід сексуального насилля та не мали досвіду терапії	Жінки, які пережили досвід сексуального насилля та мали досвід терапії
Жінки, які не переживали досвід сексуального насилля та		$p=0.08$	$p=0.137$	$p=0.942$

терапії		W – (-4.516)		
Жінки, які не переживали досвід сексуального насилля та мали досвід терапії			p=0.942	p=0.180
Жінки, які пережили досвід сексуального насилля та не мали досвіду терапії				p=0.486

За шкалою “гумор” також були виявлені статистично значущі відмінності середньої сили ефекту ($p=0.011$, $\varepsilon^2=0.074$). А саме ці відмінності були зафіксовані між групою жінок, які не переживали досвіду сексуального насилля та не проходили терапію та тими, які переживали досвід сексуального насилля, але не мали досвіду психотерапії ($p=0.020$). Другі з них використовують стратегію “гумору”, як копінг-стратегію частіше за перших ($W = (-4.080)$) (див. табл. 3.6.).

Таблиця 3.6.

Попарні порівняння за шкалою “гумор”

	Жінки, які не переживали досвід сексуального насилля та терапії	Жінки, які не переживали досвід сексуального насилля та мали досвід терапії	Жінки, які пережили досвід сексуального насилля та не мали досвіду терапії	Жінки, які пережили досвід сексуального насилля та мали досвід терапії
Жінки, які не переживали досвід сексуального насилля та терапії		p=0.183	p=0.020 W – (-4.080)	p=0.914
Жінки, які не переживали досвід сексуального насилля та мали досвід терапії			p=0.652	p=0.497
Жінки, які пережили досвід				

сексуального насилля та не мали досвіду терапії				p=0.073
---	--	--	--	---------

За шкалою “поведінкове розмежування” були виявленні статистично значущі відмінності ($p < 0.001$) із середньою силою ефекту ($\varepsilon^2 = 0.125$). Виявилось що група жінок, які переживали сексуальне насилля та мали досвід терапії відрізняється від інших трьох груп. А саме, ця група жінок має більш виражене використання до поведінкового розмежування, ніж група жінок, які не мали досвіду сексуального насилля та досвіду терапії ($p = 0.001$, $W = 5.175$), група жінок без досвіду сексуального, але з досвідом терапії ($p = 0.001$, $W = 5.205$) та також було виявлено цю ж тенденцію до відмінностей (яку варто більш детально дослідити в майбутньому враховуючи, що p на межі) у групи жінок з досвідом сексуального насилля та без досвіду терапії ($p = 0.005$, $W = 4.687$) (див. табл. 3.7.).

Таблиця 3.7

Попарні порівняння за шкалою “поведінкове розмежування”

	Жінки, які не переживали досвід сексуального насилля та терапії	Жінки, які не переживали досвід сексуального насилля та мали досвід терапії	Жінки, які пережили досвід сексуального насилля та не мали досвіду терапії	Жінки, які пережили досвід сексуального насилля та мали досвід терапії
Жінки, які не переживали досвід сексуального насилля та терапії		p=0.915	p=0.984	p=0.001 W=5.175
Жінки, які не переживали досвід сексуального насилля та мали досвід терапії			p=1	p=0.001 W=5.205
Жінки, які пережили досвід сексуального насилля та не мали досвіду				p=0.005 W=4.687

терапії				
---------	--	--	--	--

Статистично значуща різниця за шкалою “копінг фокусований на емоціях” ($p < 0.001$) мала найбільшу силу ефекту поміж усіх інших шкал ($\epsilon^2 = 0.131$). Були виявлені такі різниці між групами: жінки, які не переживали сексуальне насилля та мали досвід терапії демонструють вищий рівень копінг фокусованого на емоціях, ніж жінки без досвіду сексуального насилля та терапії ($p = 0.004$, $W = (-4.8306)$). Так само й жінки, які постраждали від сексуального насилля та не мають досвіду терапії демонструють вищий рівень копінгу порівняно з жінками без досвіду насилля та терапії ($p = 0.004$, $W = (-4.978)$). Жінки, які не мали досвіду сексуального насилля, але мали досвід терапії мають більш виражене використання цього вид копінгу ніж жінки, які пережили досвід сексуального насилля та також мали досвід терапії ($p = 0.040$, $W = 3.7557$). Та також жінки, які пережили сексуальне насилля та не мали досвіду терапії є більш схильними до використання емоційно фокусованого копінгу, ніж жінки, які також пережили насилля, але мали досвід терапії ($p = 0.045$, $W = (3.6841)$ (див. табл. 3.8.).

Таблиця 3.8.

Попарні порівняння за шкалою “копінг фокусований на емоціях”

	Жінки, які не переживали досвід сексуального насилля та терапії	Жінки, які не переживали досвід сексуального насилля та мали досвід терапії	Жінки, які пережили досвід сексуального насилля та не мали досвіду терапії	Жінки, які пережили досвід сексуального насилля та мали досвід терапії
Жінки, які не переживали досвід сексуального насилля та терапії		$p = 0.004$ $W = -4.8306$	$p = 0.004$ $W = -4.7978$	$p = 0.936$
Жінки, які не переживали досвід сексуального насилля та мали досвід терапії			$p = 1$	$p = 0.040$ $W = 3.7557$
Жінки, які пережили				

досвід сексуального насилля та не мали досвіду терапії				p=0.045 W=3.6841
--	--	--	--	---------------------

Також була виявлена статистично значуща різниця за шкалою “тривожність” (як тип прив’язаності у близьких стосунках) ($p=0.001$, $\varepsilon^2=0.107$). Жінки, які пережили досвід сексуального насилля та мали досвід терапії мають нижчий рівень тривожної прив’язаності ніж жінки, які не мали досвіду сексуального насилля, але мали досвід терапії ($p=0.010$, $W=4.394$) та також чим жінки, які постраждали від сексуального насилля, але не мають досвід терапії ($p=0.010$, $W=4.390$) (табл. 3.9.).

Таблиця 3.9.

Попарні порівняння за шкалою “тривожність”

	Жінки, які не переживали досвід сексуального насилля та терапії	Жінки, які не переживали досвід сексуального насилля та мали досвід терапії	Жінки, які пережили досвід сексуального насилля та не мали досвіду терапії	Жінки, які пережили досвід сексуального насилля та мали досвід терапії
Жінки, які не переживали досвід сексуального насилля та терапії		p=0.128	p=0.061	p=0.395
Жінки, які не переживали досвід сексуального насилля та мали досвід терапії			p=0.971	p=0.010 W=4.394
Жінки, які пережили досвід сексуального насилля та не мали досвіду терапії				p=0.010 W=4.390

Гіпотеза Н1 – спростувалася – немає різниці у рівні алекситимії між групами. Прийнято гіпотезу Н1(0).

Гіпотеза Н2 не підтвердилася, а гіпотеза Н2(0) була частково спростована, оскільки між групами були виявлені статистично значущі відмінності ($p=0.007$). Водночас отримані результати виявилися неоднозначними: жінки, які постраждали від сексуального насилля та мали досвід терапії демонстрували вищі показники за шкалами “уникаючий копінг” ($p=0.008$, $d=0.84$) та “поведінкове розмежування” ($p=0.005$, $\epsilon^2=0.125$) порівняно з жінками, які пережили сексуальне насилля, але не мали досвіду терапії. Тобто припущення, про нижчий рівень менш адаптивних копінг-стратегій у жінок із досвідом терапії не підтвердилося.

Гіпотеза Н3 спростувалася – немає різниці у рівні самооцінці між групами. Прийнято гіпотезу Н3(0).

Гіпотеза Н4 частково підтверджена. Хоча не було виявлено статистично значущих відмінностей за показником уникаючого типу прив’язаності, але було виявлено, що жінки, які мали досвід сексуально насилля й досвід терапії демонстрували нижчий рівень тривожної прив’язаності, чим жінки, які не мали досвіду терапії, але пережили сексуальне насилля.

3.2. Психологічна інтерпретація отриманих результатів при порівнянні груп та можливі подальші напрямки досліджень

Отримані результати лише частково підтвердили висунуті гіпотези та продемонстрували неоднозначні та навіть парадоксальні на перший погляд закономірності. Результати свідчать про те, що пережиття досвіду сексуального насилля пов’язано з певними особливостями емоційного реагування, копінг-стратегіями та типом прив’язаності, але це не завжди проявляється у очікуваний спосіб.

Те, що між групами не було виявлено статистично значущих відмінностей за показниками алекситимії та самооцінки може свідчити про те, що сам по собі факт досвіду сексуального насилля не обов’язково визначає актуальний рівень емоційної усвідомленості чи ставлення до себе. На це може бути декілька причин.

Одна з них, це те що реакція на травматичний досвід залежить від багатьох факторів – часу що минув після травми, наявністю соціальної підтримки, особистих ресурсів, специфікою насилля. Також, частина жінок могла вже інтегрувати травматичний досвід у власну життєву історію, що зменшує його вплив на емоційне функціонування. Та ще одне пояснення того, чому не було виявлено різниці за цими показниками стосується того, що не було уточнено у жінок, які не переживали сексуальне насилля, чи доводилося їм переживати якийсь інший вид насилля – фізичний, матеріальний, психологічний – адже це також могло повпливати на результати. Це варто перевірити у майбутньому. Також вибірка має певну специфіку. Значну частину складали студентки факультету психології, які можуть бути більш психологічно обізнаними та краще розуміти власні емоції.

Найбільш неоднозначні результати були отримані щодо копінг стратегій. Висунута гіпотеза полягала в тому, що жінки, які пережили досвід сексуального насилля та мали досвід терапії, демонструватимуть менше використання дезадаптивних копінгів. Але результати показали протилежну тенденцію – жінки з досвідом сексуального насилля та терапії демонстрували вищі показники за шкалами “уникаючий копінг” та “поведінкове розмежування” порівняно із жінками без досвіду насилля, так і з жінками, які пережили насилля, але не мали досвіду терапії.

Ці результати можуть мати декілька пояснень. Звернення по психотерапевтичну допомогу часто відбувається у випадках більш вираженого психологічного дистресу. Тобто, жінки, які зверталися до терапії, могли з початку мати вищий рівень травматизації, або ж ця травматизація могла відбутися відносно нещодавно через що вони й звернулися до терапевта. У цьому випадку психотерапія не є причинною більш високого рівня уникання, а радше маркером, що ці жінки у складнішому психологічному стані. Інше можливе пояснення може стосуватися особливостей досвіду терапії: який вид терапії це був? терапію проводив терапевт чи терапевтка? жінка звернулася з запитом, щодо сексуального

насилля чи ні? яка кількість сесій була проведена? Все це може впливати на отримані результати, та це варто дослідити більш глибоко в майбутніх роботах.

Цікавими також є результати щодо емоційно фокусованого копінгу. Було виявлено, що жінки без досвіду сексуально насилля, але з досвідом терапії, а також жінки з досвідом сексуального насилля та без досвіду терапії частіше використовують емоційно орієнтовані копінг-стратегії у порівнянні з іншими групами. Це може свідчити про те, що психотерапевтичний досвід й переживання психологічного дистресу можуть бути пов'язані із більшою концентрацією на власних емоційних переживаннях та емоційному реагуванні.

Водночас нижчі показники емоційно фокусованого копінгу у жінок із досвідом сексуального насилля та досвідом терапії можуть свідчити про складніший характер психологічної адаптації після травматичного досвіду. Можливо, що психотерапія наразі у цих жінок наразі пов'язана не зі зниженням психологічної напруги, а з опрацюванням травматичного досвіду.

Також було виявлено, що жінки, які пережили сексуальне насилля та мали досвід терапії, демонструють нижчий рівень тривожної прив'язаності порівняно з жінками з аналогічним травматичним досвідом, але без досвіду психотерапії. Це може свідчити про позитивний вплив психотерапії на міжособистісне функціонування та відчуття безпеки у близьких стосунках. Психотерапія може сприяти формуванню більш стабільного уявлення про себе та інших, зниженню страху покинутості та кращому усвідомленню власних потреб у особистих стосунках.

Загалом результати дослідження демонструють складність психологічних наслідків сексуального насилля й неоднозначність впливу психотерапевтичного досвіду та потребу подальших детальних досліджень.

3.3. Кореляційний аналіз: жінки, які пережили сексуальне з включенням зміни досвіду терапії

Для дослідження внутрішньої структури та взаємозв'язків між досліджуваними психічними феноменами було проведено процедуру кореляційного аналізу.

За результатами попередньої перевірки на нормальність розподілу шкал було обрано коефіцієнт Пірсона для перевірки наявності чи відсутності зв'язків між такими шкалами як “труднощі з описом почуттів”, “зоовнішньоорієнтоване мислення”, “загальний рівень алекситимії”, “уникаючий копінг” та “рівень самооцінки”, для всіх інших шкал у зв'язку з не нормальним розподілом був обраний коефіцієнт Спірмена.

Кореляційний аналіз проводився окремо для групи жінок, які пережили досвід сексуального насилля та не мали досвіду терапії, та для групи жінок, які пережили сексуальне насилля й мали досвід терапії. Отримані статистично значущі результати знаходяться у Додатку Д для жінок, які пережили сексуальне насилля, але не мали досвіду терапії та у Додатку Є для жінок, які пережили сексуальне насилля та мали досвід терапії.

За шкалою “труднощі з ідентифікацією почуттів” було виявлено статистично значущий позитивний зв'язок з показником “зоовнішньоорієнтоване мислення” для групи жінок, які переживали досвід насилля та у яких відсутній досвід терапії (надалі, буде зазначатися “жінки без досвіду терапії”) ($p=0.024$, $r=0.434$) та для групи жінок, які переживали сексуальне насилля та у яких є досвід терапії (надалі “жінки, які мали досвід терапії”). Також позитивний статистично значущий зв'язок у цих груп жінок був з показником “труднощі з описом почуттів” ($p<0.001$, $r=0.833$ – без досвіду терапії; $p<0.001$, $r=0.668$ – з досвідом терапії), що очікувано, адже всі ці показники стосуються алекситимії. Але також для групи жінок без досвіду терапії був зафіксований позитивний зв'язок між цією шкалою та шкалою “уникання близькості” ($p<0.001$, $r=0.665$). У групі з досвідом терапії цей зв'язок не є статистично значущим.

За шкалою “труднощі з описом почуттів” було зафіксовано статистично значущі взаємозв’язки з такими шкалами: позитивний зв’язок із “уникання близькості” у групі жінок без досвіду терапії ($p=0.015$, $r=0.462$), позитивний зв’язок із показником “зооовнішньоорієнтоване мислення” у групі жінок з досвідом терапії ($p=0.035$, $r=0.379$), позитивний зв’язок із шкалою “гумор” у групі з досвідом ($p=0.009$, $r=0.460$), позитивний зв’язок із “вживання психоактивних речовин” у групі з досвідом ($p=0.003$, $r=0.513$) та позитивний зв’язок із шкалою “копінг фокусований на емоціях” знов таки у групі з досвідом терапії ($p=0.018$, $r=0.422$).

За шкалою “загальний рівень алекситимії” були отримані очікуванні позитивні статистично значущі зв’язки для шкал, які входять у її обчислення “зооовнішньоорієнтоване мислення”, “труднощі з ідентифікацією почуттів”, “труднощі з описом почуттів” для групи жінок в незалежності від того мали вони досвід терапії ($p<0.001$, $r=0.680$, $p<0.001$, $r=0.822$; $p<0.001$, $r=0.822$ відповідно) чи ні ($p<0.001$, $r=0.638$; $p<0.001$, $r=0.948$; $p<0.001$, $r=0.894$ відповідно). Також за цією ж шкалою були виявлені статистично значущі позитивні зв’язки з шкалою “уникання близькості” для групи жінок без досвіду терапії ($p=0.001$, $r=0.638$) та зі шкалами “релігія”, “вживання психоактивних речовин”, “копінг фокусований на емоціях” для групи жінок з досвідом терапії.

За шкалою “зовнішньоорієнтоване мислення” статистично значущі зв’язки, які не пов’язані з явищем алекситимії, були зафіксовані й для групи жінок, яка мала досвід терапії й тих які ні. Для тих, які мали досвід терапії це були негативні зв’язки зі шкалами “активне подолання” ($p=0.029$, $r=-0.393$) та “планування” ($p=0.048$, $r=-0.358$) й позитивні зі шкалами “релігія” ($p=0.018$, $r=0.421$) та “вживання психоактивних речовин” ($p=0.015$, $r=0.433$).

Також у цієї групи жінок шкала “активне подолання” має позитивні зв’язки з показниками “планування” ($p<0.01$, $r=0.728$), “прийняття” ($p=0.027$, $r=0.397$), “копінг фокусований на проблемі” ($p<0.001$, $r=0.564$), та “емоційна підтримка” ($p=0.022$, $r=0.410$).

За шкалою “використання інформаційної підтримки” для цієї ж групи жінок (з досвідом терапії) виявлено позитивні статистично значущі кореляції з шкалою “планування” ($p=0.008$, $r=0.468$) та “емоційна підтримка” ($p<0.001$, $r=0.714$). Також у них “позитивний рефреймінг” корелює негативно з шкалами “прийняття” ($p=0.010$, $r=-0.457$) та “релігія” ($p=0.018$, $r=0.423$) та позитивно з “копінг фокусований на проблемі” ($p=0.008$, $r=0.470$), “уникання близькості” ($p<0.001$, $r=0.607$).

У групі жінок, які не мали досвід терапії шкала “планування” корелює негативно зі шкалами, які стосуються алекситимії: “труднощі з ідентифікацією почуттів” ($p=0.003$, $r=-0.544$), “труднощі з описом почуттів” ($p=0.014$, $r=-0.469$) та “загальним рівнем алекситимії” ($p=0.006$, $r=-0.515$). У групі жінок, які мали досвід терапії “планування” позитивно корелює з шкалами “емоційна підтримка” ($p<0.001$, $r=0.599$) та “гумор” ($p=0.003$, $r=0.513$).

Шкала “емоційна підтримка” має суттєві відмінності у структурі зв’язків між групами. У групі без терапії вона негативно корелює з шкалами “уникання близькості” ($p<0.001$, $r=-0.630$), “труднощі з ідентифікацією почуттів” ($p<0.001$, $r=-0.603$), “труднощі з описом почуттів” ($p=0.004$, $r=-0.533$), “загальний рівень алекситимії” ($p=0.005$, $r=-0.522$) та позитивно з шкалою “активне подолання” ($p=0.023$, $r=0.437$). У групі жінок, які мають досвід терапії ця шкала також має позитивну кореляцію зі шкалою “активне подолання” ($p=0.022$, $r=0.410$), але й також вона має позитивні кореляції “гумором” ($p=0.036$, $r=0.378$), “релігією” ($p=0.009$, $r=0.462$), “копінг фокусованим на проблемі” ($p<0.001$, $r=0.791$) та “копінгом фокусованим на емоціях” ($p<0.001$, $r=0.820$).

Шкала “вираження емоцій” у групі жінок, які мали досвід терапії позитивно корелює із показником поведінкове розмежування ($p=0.010$, $r=0.457$). Також у цій групі, шкала “гумор” позитивно корелює з шкалами “використання інформаційної підтримки” ($p=0.025$, $r=0.402$), “копінг фокусований на проблемі” ($p=0.002$, $r=0.538$) та “копінг фокусований на емоціях” ($p<0.001$, $r=0.614$). У групі з жінок без досвіду терапії шкала “гумор” має позитивний зв’язок зі шкалою “уникнення

близькості” ($p=0.036$, $r=0.406$) та шкалою “використання інформаційної підтримки” ($p=0.007$, $r=0.508$).

Для групи жінок без досвіду терапії шкала “прийняття” має статистично значущі негативні зв’язки зі шкалами “уникання близькості” ($p=0.017$, $r=-0.456$), “труднощі з ідентифікацією почуттів” ($p<0.001$, $r=-0.626$), “труднощами з описом почуттів” ($p=0.004$, $r=-0.542$) та “загальним рівнем алекситимії” ($p=0.003$, $r=-0.555$) та позитивні зв’язки з шкалами “використання інформаційної підтримки” ($p=0.030$, $r=0.418$), “планування” ($p<0.001$, $r=0.662$) та “емоційна підтримка” ($p=0.025$, $r=0.430$). У групі жінок з досвідом терапії зафіксовано статистично значущі негативні зв’язки шкали “прийняття” зі шкалами “відмова” ($p=0.002$, $r=-0.524$), “поведінкове розмежування” ($p=0.002$, $r=-0.527$), “уникаючий копінг” ($p<0.001$, $r=-0.583$) та позитивний зв’язок зі шкалою “планування” ($p=0.003$, $r=0.523$).

За шкалою “релігія” для жінок, які не мали досвіду терапії виявлено позитивні зв’язки з “труднощі з ідентифікацією почуттів” ($p=0.005$, $r=0.521$), “труднощами з описом почуттів” ($p=0.005$, $r=0.522$) та “загальним рівнем алекситимії” ($p=0.005$, $r=0.528$). Для жінок, які мали досвід терапії шкала “релігія” має позитивні зв’язки зі шкалами “труднощі з описом почуттів” ($p=0.020$, $r=0.417$), “копінг фокусований на емоціях” ($p=0.048$, $r=0.359$) та “копінг фокусований на проблемі” ($p<0.001$, $r=0.584$).

Шкала “самозвинувачення” має статистично значущі кореляції тільки у групі жінок які не мали досвіду терапії (винятком є тільки кореляції зі шкалою “самооцінка” – вони присутні у обох групах). А саме це позитивні кореляції із такими шкалами, як “зоовнішньоорієнтоване мислення” ($p=0.038$, $r=0.401$), “уникання близькості” ($p=0.017$, $r=0.455$), “труднощі з ідентифікацією почуттів” ($p=0.016$, $r=0.459$), “загальний рівень алекситимії” ($p=0.039$, $r=0.399$) та негативні кореляції із “рівнем самооцінки” ($p=0.004$, $r=-0.499$).

Шкала “самовідволікання” позитивно корелює із копінг стратегію “відмова” ($p=0.026$, $r=0.399$) у групі жінок, які мали досвід терапії. Шкала ж “відмова” позитивно корелює з шкалами “труднощі з ідентифікацією почуттів” ($p=0.045$,

$r=0.389$), “труднощі з описом почуттів” ($p=0.005$, $r=0.526$), “загальний рівень алекситимії” ($p=0.023$, $r=0.437$), “релігія” ($p=0.013$, $r=0.470$) та негативно корелює з “емоційна підтримка” ($p=0.022$, $r=-0.440$) для групи жінок без досвіду терапії.

Шкала “вживання психоактивних речовин” у групі жінок без досвіду терапії позитивно корелює “позитивним рефреймінгом” ($p<0.001$, $r=0.681$). У групі жінок з досвідом терапії ця шкала також позитивно корелює з “позитивним рефреймінгом” ($p=0.001$, $r=0.559$), але вона ще й корелює з “поведінковим розмежуванням” ($p=0.021$, $r=0.413$) та “униканням близькості” ($p=0.016$, $r=0.430$).

Шкала “поведінкове розмежування” у групі жінок, які не мали досвіду терапії позитивно корелює з такими шкалами як “уникання близькості” ($p=0.002$, $r=0.573$), “труднощі з ідентифікацією почуттів” ($p<0.001$, $r=0.616$), “труднощі з описом почуттів” ($p<0.001$, $r=0.649$), “загальний рівень алекситимії” ($p=0.002$, $r=0.572$), “релігія” ($p=0.049$, $r=0.383$), “відмова” ($p=0.001$, $r=0.581$) та негативно корелює з “емоційною підтримкою” ($p<0.001$, $r=-0.656$). У групі жінок, які мали досвід терапії, шкала “поведінкове розмежування” має статистично значущий позитивний зв’язок зі шкалою “відмова” ($p<0.001$, $r=0.565$).

За шкалою “копінг фокусований на проблемі” були виявлені статистично значущі позитивні зв’язки зі шкалами “використання інформаційної підтримки” та “планування”? як і в групі жінок, які мали досвід терапії (відповідно: $p<0.001$, $r=0.776$; $p<0.001$, $r=0.781$) так і у групі, які не мали (відповідно: $p<0.001$, $r=0.694$; $p<0.001$, $r=0.603$). Але у групі жінок, які не мали досвіду терапії також зафіксовані позитивні зв’язки з шкалою “прийняття” ($p=0.037$, $r=0.404$) та “вживання психоактивних речовин” ($p=0.039$, $r=0.400$).

Шкала “копінг фокусований на емоціях” має позитивні статистично значущі зв’язки з такими шкалами, як “використання інформаційної підтримки”, “планування”, “копінг фокусований на проблемі” та “прийняття”, як і у групі з досвідом терапії (відповідно: $p<0.001$, $r=0.658$; $p<0.001$, $r=0.655$; $p<0.001$, $r=0.737$; $p=0.013$, $r=0.442$), так і без (відповідно: $p=0.003$, $r=0.545$; $p=0.045$, $r=0.388$; $p=0.021$, $r=0.442$; $p=0.002$, $r=0.565$). Але також у групі без досвіду терапії виявлено ще статистично значущі позитивні зв’язки “копінгу який фокусований на емоціях” з

шкалами “емоційна підтримка” ($p=0.019$, $r=0.449$), “вираження емоцій” ($p=0.041$, $r=0.396$), “гумор” ($p=0.004$, $r=0.530$).

“Уникаючий копінг” позитивно корелює з такими шкалами як “уникання близькості”, “труднощі з описом почуттів”, “загальний рівень алекситимії”, “самовідволікання”, “відмова”, “вживання психоактивних речовин”, “поведінкове розмежування”, як і у групі жінок, які не мали досвіду терапії (відповідно: $p=0.005$, $r=0.520$; $p=0.038$, $r=0.402$; $p=0.013$, $r=0.473$; $p=0.044$, $r=0.391$; $p=0.022$, $r=0.438$; $p=0.06$, $r=0.515$; $p<0,001$, $r=0.716$), так і в групі, що мала (відповідно: $p=0.021$, $r=0.412$; $p=0.009$, $r=0.461$; $p=0.011$, $r=0.452$; $p<0.001$, $r=0.563$; $p<0.001$, $r=0.806$; $p<0.001$, $r=0.707$, $p<0.001$, $r=0.790$). Також у групі без досвіду терапії шкала “уникаючий копінг” позитивно корелює зі шкалами “труднощі з ідентифікацією почуттів” ($p=0.016$, $r=0.458$) та “позитивний рефреймінг” ($p=0.034$, $r=0.409$) й негативно з “емоційною підтримкою” ($p=0.017$, $r=-0.455$) й “вираженням емоцій” ($p=0.023$, $r=-0.435$).

Шкала “рівень самооцінки” у жінок, які не мали досвіду терапії є статистично значущі негативні зв’язки з такими шкалами “уникання близькості” ($p<0.001$, $r=-0.696$), “труднощі з ідентифікацією почуттів” ($p<0.001$, $r=-0.617$), “труднощі з описом почуттів” ($p=0.027$, $r=-0.427$), “загальний рівень алекситимії” ($p=0.004$, $r=-0.533$), “самозвинувачення” ($p=0.036$, $r=-0.406$), “поведінкове розмежування” ($p<0.001$, $r=-0.690$), “уникаючий копінг” ($p=0.002$, $r=-0.567$) та позитивні зв’язки з “активним подоланням” ($p=0.003$, $r=0.549$), “плануванням” ($p=0.043$, $r=0.393$) й “емоційною підтримкою” ($p=0.004$, $r=0.539$). У групі жінок, які мали досвід терапії “самооцінка” корелювали лише негативно з “самозвинуваченням”.

Шкала “тривожність” у групі жінок, які не мали досвіду терапії позитивно корелювала з такими шкалами як “уникання близькості” ($p<0.001$, $r=0.707$), “труднощі з ідентифікацією почуттів” ($p<0.001$, $r=0.616$), “труднощі з описом почуттів” ($p=0.006$, $r=0.517$), “загальний рівень алекситимії” ($p=0.003$, $r=0.542$), “гумор” ($p=0.022$, $r=0.440$), “релігія” ($p=0.016$, $r=0.458$), “самозвинувачення” ($p=0.010$, $r=0.487$), “відмова” ($p=0.006$, $r=0.519$), “поведінкове розмежування”

($p < 0.001$, $r = 0.637$), “уникаючий копінг” ($p = 0.023$, $r = 0.437$) та негативно із шкалами “емоційна підтримка” ($p = 0.016$, $r = -0.461$) та “рівень самооцінки” ($p < 0.01$, $r = -0.756$). У групі жінок, які мали досвід терапії, зафіксовано статистично значущі позитивні зв'язки між шкалою “тривожність” та “уникання близькості” ($p = 0.003$, $r = 0.522$), “відмова” ($p = 0.018$, $r = 0.423$), “поведінкове розмежування” ($p = 0.010$, $r = 0.453$).

Всі гіпотези, окрім Н7 були підтверджені частково. Гіпотеза Н5 – було виявлено статистично значущі негативні зв'язки між показниками алекситимії та рівнем самооцінки у жінок, які пережили сексуальне насилля, але не мали досвіду психотерапії. Зокрема, рівень самооцінки негативно корелював із труднощами з ідентифікацією почуттів ($p < 0.001$, $r = -0.617$), труднощами з описом почуттів ($p < 0.027$, $r = -0.427$) та загальним рівнем алекситимії ($p = 0.004$, $r = -0.533$). Це свідчить про те, що чим складніше жінкам усвідомлювати та вербалізувати власні емоції, тим нижче вони оцінюють себе та власну цінність. Водночас у групі жінок, які пережили сексуальне насилля та мали досвід психотерапії, статистично значущих зв'язків між показниками алекситимії та самооцінкою виявлено не було. Таким чином, гіпотеза Н5 підтвердилася лише частково, а нульова гіпотеза Н5(0) була частково спростована.

Гіпотеза Н6 – групі жінок, які пережили сексуальне насилля без досвіду психотерапії, було виявлено статистично значущі позитивні зв'язки між алекситимією та униканням близькості. Зокрема, труднощі з ідентифікацією почуттів, труднощі з описом почуттів та загальний рівень алекситимії були пов'язані з униканням близькості (відповідно: $p = 0.001$, $r = 0.665$; $p = 0.014$, $r = 0.462$; $p = 0.001$, $r = 0.582$). Це може свідчити про те, що труднощі в усвідомленні власних емоцій у жінок без досвіду терапії поєднуються зі схильністю до емоційного дистанціювання та уникання близьких міжособистісних контактів. Водночас у групі жінок із досвідом психотерапії статистично значущих зв'язків між алекситимією та униканням близькості виявлено не було. Таким чином, гіпотеза Н6 підтвердилася лише для групи жінок без досвіду психотерапії, а нульова гіпотеза Н6(0) була частково спростована.

Гіпотеза Н7 загалом підтвердилася. У групі жінок, які пережили сексуальне насилля та не мали досвіду психотерапії, було виявлено статистично значущі негативні зв'язки між самооцінкою та менш адаптивними копінг-стратегіями. Зокрема, рівень самооцінки негативно корелював із поведінковим розмежуванням ($p < 0.001$, $r = -0.690$), уникаючим копінгом ($p = 0.002$, $r = -0.567$), самозвинуваченням ($p = 0.036$, $r = -0.406$) та униканням близькості ($p < 0.001$, $r = 0.707$). Це свідчить про те, що використання стратегій уникання, дистанціювання та самозвинувачення пов'язане з нижчим рівнем самооцінки у жінок, які пережили сексуальне насилля. У групі жінок із досвідом психотерапії статистично значущий негативний зв'язок було виявлено лише між самозвинуваченням та рівнем самооцінки ($p = 0.004$, $r = -0.499$). Таким чином, результати свідчать, що зв'язок між дезадаптивними копінг-стратегіями та самооцінкою є більш вираженим у жінок без досвіду психотерапії. Нульова гіпотеза Н7(0) була спростована.

Гіпотеза Н8 частково підтвердилася. У групі жінок, які пережили сексуальне насилля без досвіду психотерапії, було виявлено статистично значущі позитивні зв'язки між тривожністю та менш адаптивними копінг-стратегіями. Зокрема, тривожність позитивно корелювала з поведінковим розмежуванням ($p < 0.001$, $r = 0.637$), уникаючим копінгом ($p = 0.023$, $r = 0.437$), самозвинуваченням ($p = 0.010$, $r = 0.487$) та відмовою ($p = 0.06$, $r = 0.519$). Це може свідчити про те, що жінки, які частіше використовують уникання, дистанціювання або самозвинувачення, також мають вищий рівень тривоги у близьких стосунках. У групі жінок із досвідом психотерапії статистично значущий зв'язок із тривожністю було виявлено лише для відмови ($p = 0.018$, $r = 0.423$) та поведінкового розмежування ($p = 0.010$, $r = 0.453$). Таким чином, гіпотеза Н8 підтвердилася частково, оскільки зв'язки між тривожністю та менш адаптивними копінг-стратегіями виявилися значно сильнішими та численнішими саме у жінок без досвіду психотерапії. Нульова гіпотеза Н8(0) була частково спростована.

3.4. Психологічна інтерпретація результатів кореляційного аналізу

Результати кореляційного аналізу дозволяють більш глибоко зрозуміти особливості емоційного та міжособистісного функціонування жінок, які пережили сексуальне насилля, а також виявити відмінності у структурі психологічних зв'язків залежно від наявності чи відсутності досвіду психотерапії. На відмінну від порівняння середніх показників, між групами кореляційний аналіз дозволяє побачити, які саме психологічні характеристики взаємопов'язані між собою та як вони формують цілісну систему функціонування.

У групі жінок, які пережили сексуальне насилля, але не мали досвіду психотерапії, спостерігалася велика кількість взаємозв'язків між показниками, алекситимії, копінг-стратегіями, самооцінкою та особливостями типу прив'язаності. Це може свідчити про те, що психологічні труднощі у цій групі мають більш комплексний характер, коли одна проблема підсилює іншу.

Зокрема, труднощі з ідентифікацією та описом почуттів були пов'язані з униканням близькості у романтичних стосунках. Тобто, жінкам, які не розуміють або чітко не усвідомлюють власні емоції складніше будувати емоційні насичені безпечні стосунки. Уникання близькості виступає способом психологічного захисту від можливого болю, вразливості чи повторної травматизації.

Сильні зв'язки між загальним рівнем алекситимії та поведінковим розмежуванням (відмова від зусиль, спрямованих на досягнення мети коли стрес занадто великий), відмовою та загалом уникаючими копінгами, й тривожним типом прив'язаності можуть свідчити про те, що труднощі в емоційному усвідомленні поєднуються зі схильністю уникати переживання складних емоцій та дистанціюватися від проблемних ситуацій. У такому випадку жінка може не лише уникати емоційної близькості, але й загалом уникати зіткнення з власними переживаннями.

Водночас було виявлено негативні зв'язки між алекситимією та більш адаптивними копінг-стратегіями, зокрема плануванням, прийняттям та емоційної підтримкою. Це може означати, що чим більше жінка має труднощів із розумінням власних емоцій, тим рідше вона використовує більш конструктивні

способи подолання труднощів, такі як пошук підтримки, прийняття ситуації чи послідовне планування подальших дій.

Особливо важливими є результати, пов'язані з самооцінкою. У групі жінок без досвіду психотерапії низька самооцінка була пов'язана як із високими показниками алекситимії, так і з униканням близькості, поведінковим розмежуванням та загалом уникаючими копінгамі. Це може свідчити про те, що труднощі у сфері емоційного функціонування та міжособистісної взаємодії безпосередньо впливають на ставлення жінки до самої себе. Тобто, чим більше жінка уникає складних переживань та близькості з іншими, тим нижче вона оцінює власну цінність та здатність справлятися із життєвими труднощами.

Також було виявлено, що тривожний тип прив'язаності у близьких стосунках пов'язаний з труднощами ідентифікацією та описом почуттів, поведінковим розмежуванням, самозвинуваченням, відмовою та уникаючим копінгом. Це може означати, що жінки, які використовують більш дезадаптивні способи психологічного захисту також й мають вищий рівень страху втратити близькі стосунки та мають більшу тривогу щодо свого партнера.

У групі жінок, які пережили сексуальне насилля та мали досвід психотерапії, структура кореляцій була більш диференційованою. Тут спостерігалось менше сильних зв'язків між алекситимією та іншими показниками, що може свідчити про часткове розмежування емоційних труднощів і поведінкових стратегій.

У цій групі більшу роль починають відігравати взаємозв'язки між адаптивними копінг-стратегіями. Наприклад, активне подолання було тісно пов'язане з плануванням та копінгом, орієнтованим на вирішення проблем. Це може свідчити про те, що жінки з досвідом психотерапії частіше використовують більш структуровані та усвідомлені способи реагування на труднощі.

Також емоційна підтримка у цій групі була пов'язана як і з копінгом орієнтованим на проблеми так і з копінгом орієнтованим на емоції. Це може означати, що пошук підтримки для цих жінок стає частиною активного процесу подолання труднощів.

Цікавим також є зв'язок між позитивним рефреймінгом та униканням близькості. Можливо, у деяких випадках переосмислення ситуації може використовуватися не лише, як адаптивна стратегія, але й як спосіб інтелектуалізації або емоційного дистанціювання від травматичного досвіду.

Загалом отримані результати дозволяють припустити, що у жінок без досвіду психотерапії емоційні труднощі, копінг-стратегії та міжособистісні особливості функціонування значно сильніше пов'язані між собою. У групі жінок із досвідом терапії психологічна структура виглядає більш диференційовано та з'являється більше зв'язків між адаптивними стратегіями подолання стресу та алекситимія не займає центральне місце, а самооцінка не пов'язана з негативними копінг стратегіями, як у жінок без досвіду терапії.

3.5. Поліноміальна регресія: показник алекситимії, уникаючого копіngu та типу прив'язаності

Метою цього етапу емпіричного аналізу є побудова прогностичних моделей для глибшого дослідження нелінійної динаміки особистісних змін у чотирьох групах жінок залежно від поєднання пережиття досвіду сексуального насильства (чи його відсутності) та досвіду проходження психотерапії (чи також відсутності). Застосування поліноміального логістичного моделювання дозволяє перейти від ізольованого порівняння рівнів окремих показників та констатації структури їхніх взаємозв'язків до аналізу психіки як єдиної, взаємопов'язаної системи. Цей метод спрямований на визначення того, які саме особистісні ознаки виступають найбільш вагомими прогностичними маркерами, що розділяють досліджувані групи.

У межах підготовки до статистичного аналізу було враховано результати попередніх порівняння груп та кореляційного аналізу. З метою оптимізації структури моделі, та усунення статистичного шуму, мною було прийнято рішення провести процедуру редукції предикторів. До фінальної моделі було включено лише ті параметри, які виявили значущу диференційованість на етапі міжгрупового порівняння (загальний рівень алекситимії, уникаючий копінг,

тривожний тип прив'язаності та уникаючий тип прив'язаності), тоді як шкали, що не робили надійного спільного внеску (наприклад, загальний рівень самооцінки, копінг фокусований на проблемі), були вилучені з аналізу.

Фінальний варіант очищеної моделі продемонстрував статистичну надійність та якість ($\chi^2=51.3$, $df=12$, $p < 0.001$), а показник псевдо-коефіцієнта детермінації Нагелькерке = 0.167 засвідчив, що відібраний комплекс особистісних ознак на 16.7% пояснює дисперсію розподілу респонденток за чотирма групами. Початкова модель: BIC = 454, AIC = 382. Очищена модель: BIC = 427, AIC = 382.

На першому кроці розрахунків, як базовий (референтний) рівень було виставлено групу жінок з досвідом сексуального насильства, які не мали досвіду терапії, щоб чітко зафіксувати чисті ефекти психотравми, на другому кроці референтний статус було надано групі жінок з досвідом насильства та терапії з метою детальної оцінки унікальності та специфіки сформованих психотерапевтичних новоутворень у порівнянні з контрольними вибірками.

У результаті розрахунку поліноміальної логістичної моделі, де як базовий (референтний) рівень порівняння було визначено групу жінок, які пережили сексуальне насильство та не мали досвіду терапії, було встановлено статистично значущі коефіцієнти для низки особистісних предикторів.

Виявлено статистично значущий негативний регресійний ефект за шкалою “Тривожний тип прив'язаності” (Оцінити = - 0.24592, $p = 0.015$) [Таблиця 3.10]. Приналежність респонденток до групи жінок, яка пережила сексуальне насилля та не мала досвіду терапії значущо прогнозує вищі показники за цією шкалою порівняно з групою жінок, які не переживали сексуальне насилля та не мали досвіду терапії. За іншими аналізованими предикторами у цьому блоці значущих відмінностей не встановлено.

При аналізі показників жінок за групами у одній з яких жінки переживали сексуальне насилля та або мали або ні досвід терапії, було зафіксовано найбільшу кількість статистично значущих маркерів диференціації груп. Так за шкалою “Уникаючий копінг” виявлено статистично значущий позитивний ефект – жінки, які переживали сексуальне насилля та мають досвід терапії демонструють

статистично значущий вищий рівень уникаючого копіngu, ніж жінки, які пережили сексуальне насилля та не мали досвіду терапії (це ж було помічено й під час порівняння груп) (Оцінити = 0.31589, $p < 0.001$) [Таблиця 3.10]. Та при цьому в межах цієї моделі, вони також демонструють статистично значущий від'ємний ефект за шкалою “Тривожний тип прив'язаності” (Оцінити = - 0.41784, $p < 0.001$) (також було помічено при порівнянні груп) [Таблиця 3.10]. Тобто, досвід проходження психотерапії у жінок, які пережили сексуальне насильство виступає сильним прогностичним чинником зниження тривожності у стосунках у порівнянні з жінками, які не мали досвіду психотерапії та розбиралися з наслідками травми без професійної допомоги.

Цікавим є те що з'являється значущий від'ємний ефекту за шкалою “уникання близькості” (Оцінити = -0.26436, $p = 0.044$) [Таблиця 3.10]. Тобто, жінки, які пережили досвід сексуального насилля, але мали досвід терапії мають рівень уникання близькості в стосунках статистично значущо нижчий, ніж у групу жінок, які також пережили сексуальне насильство, але не мали досвіду терапії. При порівнянні всіх 4 груп за цією шкалою не було виявлено статистично значущої різниці ($p = 0.911$), але наразі у логістичній моделі цей показник є значущим. Можливо це можна пояснити через результати кореляційного аналізу для групи жінок, які пережили сексуальне насильство та не мали досвід терапії. У них цей показник був переплетений із іншими дезадаптивними процесами – середньо корелював з вищим рівнем алекситимії, тривожністю у близьких стосунках та низькою самооцінкою. Спільна логістична модель математично очистила шкалу від кореляційного шуму та впливу інших симптомів. Якщо витягнути цей патерн у чистому вигляді та урівняти групи жінок, які пережили сексуальне насильство за рівнем тривожного типу прив'язаності та алекситимії, то у групі жінок, які пережили сексуальне насилля та мали досвід терапії, цей досвід психотерапії мінімізує деструктивний захисний механізм до уникання принаймні у близьких стосунках.

Таблиця 3.10.

Коефіцієнти моделі, коли референтний рівень розраховуються для жінок, які пережили сексуальне насилля й не мали досвіду терапії

Сексуальн е насилля та терапія	Предиктор	Оцінити	SE	Z	p
*1 - 3	Тривожний тип прив'язаності	- 0.24592	0.1012	- 2.4291	0.015
*4 - 3	Уникаючий копінг	0.31589	0.0933	3.3855	<0.001
*4 - 3	Тривожний тип прив'язаності	- 0.41784	0.1234	-3.3866	<0.001
*4-3	Уникання близькості	- 0.26436	0.1312	-2.0151	0.044

*1 – жінки, які не переживали досвід сексуального насилля та не мали досвіду терапії

*2 – жінки, які не переживали сексуальне насилля та мали досвід терапії

*3 – жінки, які пережили сексуальне насильство та не мали досвіду терапії

*4 – жінки, які пережили сексуальне насильство та мали досвід терапії

При розгляді поліноміальної лінії моделі, де як референтний рівень порівняння було визначено групу жінок, які пережили досвід сексуального насилля та мали досвід терапії, було встановлено статистично значущі коефіцієнти для низки особистісних предикторів.

Так за шкалою “загальний рівень алекситимії” при порівнянні з групою жінок, які не переживали досвіду сексуального насилля та не мали досвіду терапії було виявлено статистично значущий позитивний ефект (Оцінити = 0.05840, $p = 0.025$) (див. табл. 3.11). Це вказує на те, що жінки, які пережили сексуальне насильство та при цьому мали досвід терапії можуть трішки краще розуміти та описувати свої емоції, чим жінки, які не мали досвіду терапії та при цьому не переживали сексуальне насилля. Також між цими ж групами зафіксовано значущий від’ємний ефект за шкалою “уникаючий копінг” (Оцінити = -0.26063, $p < 0.001$) (див. табл. 3.11), тобто група жінок, які не переживали сексуальне насилля та мали досвід терапії менше використовують цю стратегію частіше чим

група жінок, які не переживали сексуальне насилля та не мали досвід терапії. Але й також якщо порівнювати між собою групи жінок, які мали досвід психотерапії, то та група, яка не переживала сексуального насилля все одно значно менше потребує уникання, ніж та яка переживала (Оцінити = -0.42579, $p < 0.001$) (див. табл. 3.11.). Також було виявлено статистично значущий від'ємний ефект за шкалою "Тривожність" (Оцінити = -0.42579, $p < 0.001$) (див. табл. 3.11). Величина цього коефіцієнта є однієї з найбільших у всій моделі, що свідчить про його максимальну прогностичну силу. Жінки, які мали досвід терапії та не мали досвіду сексуального насилля мають значущо нижчий рівень тривожного стилю прив'язаності, ніж жінки, які переживали сексуальне насильство, та мали досвід терапії.

Таблиця 3.11.

Коефіцієнти моделі коли референтний рівень розраховуються
для жінок, які пережили сексуальне насилля та мали досвіду терапії

Сексуальне насилля та терапія	Предиктор	Оцінити	SE	Z	p
*1-4	Загальний рівень алекситимії	0.05840	0.0261	2.237	0.025
*1-4	Уникаючий копінг	-0.26063	0.0766	-3.403	<0.001
*2-4	Уникаючий копінг	-0.30831	0.0887	-3.478	<0.001
*2-4	Тривожний тип прив'язаності	-0.42579	0.1188	-3.583	<0.001

*1 – жінки, які не переживали досвід сексуального насилля та не мали досвіду терапії

2 – жінки, які не переживали сексуальне насилля та мали досвід терапії

3 – жінки, які пережили сексуальне насильство та не мали досвіду терапії

4 – жінки, які пережили сексуальне насильство та мали досвід терапії

3.6. Психологічна інтерпретація результатів отриманих за допомогою поліноміальної регресії

Отримані результати дозволяють більш глибоко зрозуміти емоційні та міжособистісні особливості жінок, які пережили сексуальне насильство, а також

побачити, як саме змінюється структура їхньої психіки під впливом психотерапії. Цей аналіз допоміг виявити приховані зв'язки та зрозуміти, які саме характеристики стають вирішальними для відновлення особистості.

При аналізі результатів відносно жінок, які пережили сексуальне насильство, але не мали досвіду психотерапії, чітко видно руйнівний вплив психотравми. Високі показники за шкалою тривожності свідчать про те, що насильство сильно шкодить базовій довірі у стосунках. Жінки, які застрягли у травмі без професійної допомоги, постійно відчують страх бути покинутими або зрадженими, через що намагаються надмірно контролювати партнера.

Різке зростання унікаючого копінгу після терапії у жінок, які пережили досвід сексуального насилля може свідчити про те, що цей механізм стає для них свідомим способом захисту. Особливо враховуючи результати за шкалою уникання близькості. На етапі порівняння груп різниці за цією шкалою не було помітно, адже у жінок без терапії страх близькості був міцно “зав’язаний” у загальному клубку проблем разом із низькою самооцінкою, тривогою у близьких стосунках та алекситимією (одна проблема просто підсилювала іншу). Але ця модель очистила шкалу уникання близькості від стороннього психологічного шуму. У чистому вигляді результат довів: психотерапія ефективно руйнує внутрішні бар'єри та страх вразливості. Тобто, можливо, що хоча жінки які пройшли терапію частіше використовують унікаючі копінги при взаємодії зі стресовими ситуаціями, але вони все ще стають більш відкритими до партнера, ніж ті, хто залишився з травмою наодинці.

Також під впливом терапії у цих жінок значущо знижується тривожність у близьких стосунках. Опрацювання травми з терапевтом допомагає їм звільнитися від постійного страху самотності, роблячи взаємодію з партнером більш спокійною та надійною.

Дивовижним є також результат за шкалою загальної алекситимії. Виявилось, що жінки, які не мали досвіду сексуального насильства та терапії мають трішки вищий рівень алекситимії, ніж жінки, які пройшли терапію після насильства. Це вказує на сильний розвивальний ефект психотерапії для жінок, які

пережили сексуальне насилля. Пропрацьовуючи тяжку травму, жінки починають так глибоко розуміти власні емоції та вчаться так чітко описувати їх словами.

При порівнянні жінок, які проходили терапію з інших причин, та тих, хто опрацьовував саме досвід сексуального насильства, виявляється глибокий слід травми. Рівень тривожного стилю прив'язаності у жінок з досвідом насильства навіть після терапії залишається вищим. Це означає, що насильство залишає стійкий відбиток у психіці, і навіть успішна терапія не може миттєво прибрати потребу в особливих гарантіях безпеки та підтримки з боку партнера.

Висновки до розділу 3

У цьому розділі було представлено результати емпіричного дослідження особливостей емоційного та міжособистісного функціонування жінок, які пережили сексуальне насилля, з урахуванням наявності або відсутності досвіду психотерапії. У межах дослідження було проведено аналіз відмінностей між чотирма групами (ANOVA), а також кореляційний аналіз взаємозв'язків між показниками алекситимії, копінг стратегіями, самооцінки та типом прив'язаності у групі жінок, які пережили сексуальне насилля та не мали досвіду психотерапії та у групі, де жінки також пережили сексуальне насилля, але мали досвід психотерапії.

Отримані результати показали, що найбільш виражені відмінності між групами стосувалися особливостей використання копінг-стратегій. Зокрема були виявлені статистично значущі відмінності за шкалами “уникаючий копінг”, “поведінкове розмежування”, “копінг фокусований на емоціях”, “позитивний рефреймінг”, “тумор”, та “тривожний тип прив'язаності”. При цьому частина результатів виявилася парадоксальною. Жінки, які пережили сексуальне насилля та мали досвід психотерапії вищі показники окремих стратегій уникання порівняно з жінками без досвіду терапії. Можливо, уникання не завжди має дезадаптивний характер та може бути формою психологічного захисту, адже у межах терапії так чи інакше потрібно повертатися до травматичної події для її опрацювання.

Водночас статистично значущих відмінностей між групами за загальним рівнем алекситимії та самооцінки виявлено не було. Це може свідчити про складність і неоднорідність наслідків сексуального насилля. Але також варто враховувати, що у дослідженні не було зібрано інформації щодо того чи переживали учасниці інші види насилля (фізичне, психологічне, матеріальне) через що можливо й не було виявлено відмінностей.

Результати кореляційного аналізу показали, що у жінок без досвіду психотерапії емоційні труднощі, дезадаптивні копінг стратегії, особливості типу прив'язаності та самооцінка є більш взаємопов'язаними між собою. Зокрема, високий рівень алекситимії пов'язаний із нижчою самооцінкою, вищим рівнем уникання та близькості та більш частим використанням стратегій уникання. Тобто, у жінок без терапевтичного досвіду, емоційні, поведінкові та міжособистісні труднощі підсилюють одні одного.

У групі жінок із досвідом психотерапії структура психологічних взаємозв'язків виглядає більш диференційованою. Виявлено більше зв'язків між адаптивними копінг стратегіями та та алекситимія не займає центральне місце, а самооцінка не пов'язана з негативними копінг стратегіями, як у жінок без досвіду терапії.

Застосування поліноміальної регресії дозволило суттєво поглибити ці результати та виявити приховані особистісні особливості, які не фіксувалися під час звичайного порівняння. Завдяки цій моделі вдалося математично очистити показники від сильного кореляційного взаємовпливу інших симптомів (наприклад, алекситимії та низької самооцінки), які були виявили раніше.

Хоча й у жінок, які пережили сексуальне насилля та не мали досвід терапії відбувалося зростання уникаючого копінгу на відміну від жінок, які не мали досвіду терапії та також пережили сексуальне насилля, але при цьому відбувалося зменшення щодо уникання близькості у романтичних стосунках. У цьому вигляді результати довели, що хоча ці жінки можуть бути більш схильні уникати стесових ситуацій (не вірити, що це справді відбувається, переключатися на щось інше), але психотерапія ефективно руйнує внутрішні бар'єри та страх вразливості,

роблячи дозволяючи цим жінка бути значущо більш відкритими до побудови близьких стосунків, ніж ті, хто залишився з травмою наодинці. Також ця група жінок почала розуміти та описувати свої емоції навіть трішки краще, ніж жінки, які не переживали сексуальне насилля й ніколи не працювали з психологом.

У той же час високі показники тривожності у близьких стосунках, які залишаються у жінок навіть після терапії при порівнянні їх із тими жінками, що проходили терапію з інших причин, вказують на глибинний та стійкий слід сексуального насильства. Це доводить, що пропрацювання руйнівних наслідків такої травми є тривалим процесом і вимагає пролонгованої психотерапевтичної допомоги зі зміцнення безпечної прив'язаності.

Загалом отримані за допомогою поліноміальної регресії дані підтверджують, що відновлення особистості після сексуального насильства є нелінійним процесом. Психотерапевтичний досвід виступає головним чинником, який розриває патологічні зв'язки між симптомами та повертає психіці гнучкість.

ВИСНОВКИ

В цілому за результатами дослідження зроблено такі висновки:

1. На основі теоретичного аналізу зарубіжної наукової літератури було встановлено, що сексуальне насильство має довготривалий вплив на психіку жінки. Найбільш вразливими сферами виявляються емоційна регуляція, здатність до розпізнавання та вираження власних почуттів, тип прив'язаності у близьких стосунках, самооцінка та способи подолання стресових ситуацій.

2. На емпіричному рівні встановлено особливості емоційного та міжособистісного функціонування жінок залежно від досвіду сексуального насильства та психотерапії. Виявлено, що найбільш виражені відмінності між досліджуваними групами стосуються копінг-стратегій та особливостей прив'язаності. Так, жінки, які пережили сексуальне насильство та мали досвід психотерапії, характеризуються нижчим рівнем тривожності у близьких стосунках, проте частіше використовують унікаючий копінг при стресових ситуаціях. Значущих відмінностей між рівнем самооцінки та алекситимії між групами не виявлено.

3. Виявлено особливості взаємозв'язків між алекситимією, копінг-стратегіями, самооцінкою та типами прив'язаності у жінок, які пережили сексуальне насилля. Було встановлено, що за відсутності досвіду психотерапії труднощі в усвідомленні власних почуттів та описі емоцій, нижчий рівень самооцінки, вищий рівень уникання близькості та частіше використання дезадаптивних копінг-стратегій пов'язані між собою. Також встановлено, що підвищена тривожність у близьких стосунках була пов'язана із схильністю до самозвинувачення та з нижчою самооцінкою. Для жінок, які переживали сексуальне насилля та мали досвід терапії, таких зв'язків між емоційним функціонуванням не було виявлено.

4. Визначено, що сукупність досліджуваних психологічних показників має прогностичне значення для розуміння особливостей

адаптації жінок із різним життєвим досвідом. Отримані результати свідчать про зв'язок досвіду психотерапії з нижчим рівнем тривожності у близьких стосунках та меншою вираженістю бар'єрів щодо емоційної близькості після пережитого сексуального насильства. Водночас підвищене використання унікаючих копінг-стратегій серед жінок із досвідом терапії може відображати формування нових механізмів захисту особистісних меж, що потребує подальшого наукового вивчення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. [Rothbaum, B. O., Foa, E. B., Riggs, D. S., Murdock, T., & Walsh, W. (1992). A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic stress*, 5(3), 455-475.]
2. [Campbell, R. (2008). The psychological impact of rape victims. *American psychologist*, 63(8), 702.]
3. [Taylor, G. J. (2000). Recent developments in alexithymia theory and research. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45(2), 134-142.]
4. [Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60(5), 748.]
5. [Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of personality and social psychology*, 58(4), 644.]
6. [Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (2000). Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Review of general psychology*, 4(2), 132-154.]
7. [Jina, R., & Thomas, L. S. (2013). Health consequences of sexual violence against women. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*, 27(1), 15-26.]
8. [McLean, C. P., & Foa, E. B. (2017). Emotions and emotion regulation in posttraumatic stress disorder. *Current opinion in psychology*, 14, 72-77]
9. [Campbell, J. C., & Soeken, K. L. (1999). Forced sex and intimate partner violence: Effects on women's risk and women's health. *Violence against women*, 5(9), 1017-1035]
- 10.[Tarzia, L. (2021). “It went to the very heart of who I was as a woman”: The invisible impacts of intimate partner sexual violence. *Qualitative health research*, 31(2), 287-297] (10)
- 11.[Feldman-Summers, S., Gordon, P. E., & Meagher, J. R. (1979). The impact of rape on sexual satisfaction. *Journal of Abnormal Psychology*, 88(1), 101]

- 12.[Figueira, J. R., Lara, L. A., Andrade, M. C., & Rosa-e-Silva, A. C. J. D. S. (2021). Comparison of sexual dysfunction in women who were or were not victims of sexual violence. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 47(6), 621-630]
- 13.[Webster, L. (2002). Treatment for the psychosexual impact of sexual assault. The trauma of sexual assault: Treatment, prevention, and practice, 183-203]
- 14.[Resick, P. A. (1993). The psychological impact of rape. *Journal of interpersonal violence*, 8(2), 223-255]
- 15.[Van Berlo, W., & Ensink, B. (2000). Problems with sexuality after sexual assault. *Annual review of sex research*, 11(1), 235-257]
- 16.[Tinney, G., & Gerlock, A. (2017). Intimacy after Sexual Violence. *Intimacy Post-injury: Combat Trauma and Sexual Health*, 145]
- 17.[Vitek, K. N., & Yeater, E. A. (2021). The association between a history of sexual violence and romantic relationship functioning: A systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 22(5), 1221-1232]
- 18.[Connop, V., & Petrak, J. (2004). The impact of sexual assault on heterosexual couples. *Sexual and Relationship Therapy*, 19(1), 29-38]
- 19.[Gutner, C. A., Rizvi, S. L., Monson, C. M., & Resick, P. A. (2006). Changes in coping strategies, relationship to the perpetrator, and posttraumatic distress in female crime victims. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*, 19(6), 813-823.]
- 20.[Ullman, S. E. (1996). Social reactions, coping strategies, and self-blame attributions in adjustment to sexual assault. *Psychology of women quarterly*, 20(4), 505-526.]
- 21.[Василець, В. В., Шаповал, І. І., Шалковський, Є. І., Клебанська, А. О., & Станіславчук, М. А. (2023). Крос-культурна адаптація україномовної версії торонтської шкали алекситимії TAS-20: апробація у хворих на анкілозивний спондиліт. *Український ревматологічний журнал*, 91(1), 24-30.]
- 22.[Yablonska, T., Vernyk, O., & Haivoronskyi, H. (2023). Українська адаптація опитувальника Brief-COPE. *Insight: the psychological dimensions of society*, (10), 66-89.]

- 23.[Казанжи, М. Й., & Вторнікова, Ю. (2022). Україномовна адаптація комплексу методик діагностики прив'язаності особистості.]
- 24.[Koss, M. P. (1985). The hidden rape victim: Personality, attitudinal, and situational characteristics. *Psychology of women quarterly*, 9(2), 193-212.]
- 25.[Nixon, R. D., Best, T., Wilksch, S. R., Angelakis, S., Beatty, L. J., & Weber, N. (2016). Cognitive processing therapy for the treatment of acute stress disorder following sexual assault: A randomised effectiveness study. *Behaviour Change*, 33(4), 232-250.]
- 26.[Miles, L. W., Valentine, J. L., Mabey, L. J., Hopkins, E. S., Stodtmeister, P. J., Rockwood, R. B., & Moxley, A. N. (2024). A systematic review of evidence-based treatments for adolescent and adult sexual assault victims. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 30(3), 480-502.]
- 27.[Moscarello, R. (1990). Psychological management of victims of sexual assault. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 35(1), 25-30.]
28. [Serrano-Rodríguez, E., Luque-Ribelles, V., & Hervías-Parejo, V. (2025). Psychosocial consequences of sexual assault on women: A scoping review. *Archives of Sexual Behavior*, 54(1), 231-258.]
- 29.[Stockman, D., Haney, L., Uzieblo, K., Littleton, H., Keygnaert, I., Lemmens, G., & Verhofstadt, L. (2023). An ecological approach to understanding the impact of sexual violence: A systematic meta-review. *Frontiers in psychology*, 14, 1032408.]
- 30.[Dworkin, E. R., Menon, S. V., Bystrynski, J., & Allen, N. E. (2017). Sexual assault victimization and psychopathology: A review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 56, 65-81.]

ДОДАТКИ

Додаток А

Торонтська шкала алекситимії (TAS-20)

Умова. Послуговуючись наведеною нижче шкалою, зазначте, наскільки ви погоджуєтеся чи не погоджуєтеся з переліченими твердженнями. Обведіть відповідну цифру. Оберіть одну відповідь для кожного твердження.

Обведіть 1, якщо ви ЦІЛКОМ не ПОГОДЖУЄТЕСЯ

Обведіть 2, якщо ви ПЕВНОЮ МІРОЮ не ПОГОДЖУЄТЕСЯ

Обведіть 3, якщо вам ВАЖКО СКАЗАТИ

Обведіть 4, якщо ви ПЕВНОЮ МІРОЮ ПОГОДЖУЄТЕСЯ

Обведіть 5, якщо ви ЦІЛКОМ ПОГОДЖУЄТЕСЯ1.

1. Я часто не розумію, яку емоцію відчуваю
2. Мені важко знайти правильні слова, щоб описати свої почуття
3. У мене є фізичні відчуття, які навіть лікарі не розуміють
4. Я можу легко описати свої почуття
5. Я волію аналізувати проблеми, а не просто їх описувати
6. Коли я засмучуюсь, я не знаю, що відчуваю: смуток, страх чи злість
7. Мене часто спантеличують відчуття в тілі
8. Я вважаю за краще просто дозволяти речам відбуватися, аніж розуміти, чому все сталося саме так
9. У мене є почуття, які я не можу точно визначити
10. Важливо дослухатися до почуттів
11. Мені важко описати, як я ставлюся до людей

12. Інші люди просять мене більше описувати свої почуття
13. Я не знаю, що відбувається в моєму внутрішньому світі
14. Я часто не знаю, чому серджуся
15. Мені краще говорити з людьми про їхні повсякденні справи, ніж про почуття
16. Я надаю перевагу «легким» розважальним шоу, а не психологічним драмам
17. Мені важко говорити про потаємні почуття навіть з близькими друзями
18. Я можу відчути близькість з іншою людиною, навіть коли ми мовчимо
19. Я вважаю, що аналіз власних почуттів є корисним у вирішенні особистих проблем
20. Пошук прихованого сенсу в фільмах чи виставах відволікає від насолоди ними

Додаток Б**Опитувальник Brief-COPE**

Інструкція. Наступні пункти стосуються того, як Ви справлялися зі стресом у своєму житті. Оцініть наведенні нижче твердження відносно того, наскільки вони стосувалися саме Вас: 1 – я зазвичай цього не робила, 2 – я рідко це робила, 3 – я робила це час від часу, 4 – це саме, що я зазвичай робила.

1. Я зверталася до роботи чи іншої діяльності, щоб відволіктися від думок
2. Я зосереджувала свої зусилля на тому, щоб щось зробити щодо ситуації, в якій я опинилася
3. Я говорила собі: "Це нереально"
4. Я вживала алкоголь або інші речовини, щоб почуватися краще
5. Я отримувала емоційну підтримку від інших
6. Я відмовлялася від спроб впоратися з цим
7. Я вживала заходів, намагаючись покращити ситуацію
8. Я відмовлялася вірити, що це сталося
9. Я говорила щось, щоб позбутися своїх неприємних почуттів
10. Я отримувала допомогу та поради від інших людей
11. Я вживала алкоголь та інші речовини, щоб допомогти собі пройти через це
12. Я намагалася побачити це в іншому світлі, зробити це більш позитивним
13. Я критикувала себе
14. Я намагалася продумати стратегію своїх подальших дій
15. Я отримувала почуття розуміння та комфорту від когось
16. Я відмовлялася від спроб впоратися
17. Я шукала щось хороше в тому що відбувається
18. Я жартувала з цього приводу

19. Я робила щось, щоб менше про це думати, наприклад дивилася
телевізор, читала, мріяла, спала чи робила покупки
20. Я приймала реальність того, що це сталося
21. Я виражала свої негативні почуття
22. Я намагалася знайти втіху у своїй релігії чи духовних переконаннях
23. Я намагалася отримати пораду або допомогу від інших людей щодо
того, що робити
24. Я вчилася жити з цим
25. Я довго розмірковувала над тим, які кроки робити для подолання
ситуації
26. Я звинувачувала себе, в тому що сталося
27. Я молилася або медитувала
28. Я сміялася над ситуацією

Додаток В**Шкала самоповаги Розенберга**

Умова. Визначити, наскільки ви згодні або не згодні з наведеними нижче твердженнями: 4 – повінстю згоден, 3 – згоден, 2 – не згоден, 1 – абсолютно не згоден.

1. Я відчуваю, що я гідна людина, принаймні, не менше ніж інші.
2. Я завжди схильний відчувати себе невдахою.
3. Мені здається, у мене є ряд хороших якостей.
4. Я здатний дещо робити не гірше, ніж більшість.
5. Мені здається, що мені особливо нічим пишатися.
6. Я до себе добре ставлюся.
7. В цілому я задоволений собою.
8. Мені б хотілося більше поважати себе.
9. Іноді я ясно відчуваю свою неефективність.
10. Іноді я думаю, що я в усьому нехороший.

Додаток Г

Опитувальник “Досвід близьких стосунків”

Умова. Згадайте, будь ласка Вашу кохану людину, і те, як складаються Ваші стосунки. Оцініть, чи відповідає кожне із наведених тверджень Вашим почуттям у цих відносинах. Напроти кожного твердження позначте, чи згодні Ви з тим, що воно є правильним для Вас, поставивши знаки (+) або (–) відповідно.

1. Якщо це необхідно, я завжди прийду на допомогу партнеру.
2. Я говорю своєму партнеру практично про все.
3. Коли у мене зав'язуються близькі стосунки, я стаю тривожним та неспокійним.
4. Мені стає не по собі, коли партнер хоче скоротити дистанцію між нами надто сильно.
5. Я боюся, що можу залишитись один.
6. Ми з моїм партнером дійсно розуміємо одне одного.
7. Я хочу бути ближчим зі своїм партнером, але щось у мені змушує триматися на відстані.
8. Мене вибиває з колії, якщо мій партнер не проводить зі мною багато часу.
9. Звернення до партнера не завжди допомагає мені, коли я відчуваю труднощі.
10. Мені часто хочеться, щоб його почуття до мене були такими ж сильними, як і мої до нього.
11. Коли мій партнер незадоволений мною, я втрачаю повагу до себе.
12. Мене засмучує, якщо партнера немає поруч у потрібний момент.

13. Я намагаюся не показувати партнерові, що відчуваю в глибині душі.
14. Якщо я не можу добитися уваги з боку партнера, я засмучуюсь або злюся.
15. Як тільки стосунки починають заходити надто далеко, мені хочеться трохи віддалитися.
16. Я часто переживаю через те, що можу втратити свого партнера.
17. Я намагаюся уникати зайвої близькості до партнера.
18. Мені часто хочеться стати з партнером єдиним цілим, повністю злитися з ним, що, можливо, відлякує його.
19. Мені легко відчувати свою залежність від партнера.
20. Я намагаюся не завантажувати партнера своїми проблемами.
21. Я волію зберігати кордони у відносинах із партнером.
22. Іноді я відчуваю, що змушую партнера показувати сильніші почуття та більше відданості.
23. Мій партнер нерідко змушує мене сумніватися у собі.
24. Мені важко бути відвертим зі своїм партнером.
25. Я багато хвилююся через свої стосунки.
26. Мені потрібно, щоб мій партнер постійно підтверджував свою любов до мене.
27. Я іноді боюся, що, познайомившись зі мною ближче, партнер може розчаруватись і відвернутися від мене.
28. Я можу вільно попросити у партнера допомоги, підтримки чи поради.

Додаток Д

**Таблиця кореляцій для групи жінок, які пережили сексуальне
насилля та не мають досвіду терапії**

Досліджуванні показники (Шкала 1 – Шкала 2)	Статистична значущість (p)	Сила зв'язку та напрямок (r)
Труднощі з ідентифікацією почуттів – Зоовнішньоорієнтоване мислення	0.024	0.434
Труднощі з ідентифікацією почуттів – Уникання близькості	0.001	0.665
Труднощі з описом почуттів – Уникання близькості	0.014	0.462
Труднощі з описом почуттів – Труднощі з ідентифікацією	<0.001	0.833
Загальний рівень алекситимії – Зовнішньоорієнтоване мислення	0.001	0.638
Загальний рівень алекситимії – Уникання близькості	0.001	0.582
Загальний рівень алекситимії – Труднощі з ідентифікацією почуттів	<0.001	0.948
Загальний рівень алекситимії – Труднощі з описом почуттів	<0.001	0.894
Планування – Труднощі з ідентифікацією почуттів	0.003	-0.544
Планування – Труднощі з описом почуттів	0.014	-0.469
Планування – Загальний рівень алекситимії	0.006	-0.515
Емоційна підтримка – Уникання близькості	<0.001	-0.630
Емоційна підтримка – Труднощі з ідентифікацією почуттів	<0.01	-0.603
Емоційна підтримка – Труднощі з описом почуттів	0.004	-0.533
Емоційна підтримка – Загальний рівень алекситимії	0.005	-0.522
Емоційна підтримка – Активне подолання	0.023	0.437
Гумор – Уникання близькості	0.036	0.406
Гумор – Використання інформаційної підтримки	0.007	0.508
Прийняття – Уникання близькості	0.017	-0.456
Прийняття – Труднощі з ідентифікацією почуттів	<0.001	-0.626

Прийняття – Труднощі з описом почуттів	0.004	-0.542
Прийняття – Загальний рівень алекситимії	0.003	-0.555
Прийняття – Використання інформаційної підтримки	0.030	0.418
Прийняття – Планування	<0.001	0.662
Прийняття – Емоційна підтримка	0.025	0.430
Релігія – Труднощі з ідентифікацією почуттів	0.005	0.521
Релігія – Труднощі з описом почуттів	0.005	0.522
Релігія – Загальний рівень алекситимії	0.005	0.528
Самозвинувачення – Зоовнішньоорієнтоване мислення	0.038	0.401
Самозвинувачення – Уникання близькості	0.017	0.455
Самозвинувачення – Труднощі з ідентифікацією почуттів	0.016	0.459
Самозвинувачення – Загальний рівень алекситимії	0.039	0.399
Відмова – Труднощі з ідентифікацією почуттів	0.045	0.389
Відмова – Труднощі з описом почуттів	0.005	0.526
Відмова – Загальний рівень алекситимії	0.023	0.437
Відмова – Емоційна підтримка	0.022	-0.440
Відмова – Релігія	0.013	0.470
Вживання психоактивних речовин – Позитивний рефреймінг	<0.001	0.681
Поведінкове розмежування – Уникання близькості	0.002	0.573
Поведінкове розмежування – Труднощі з ідентифікацією почуттів	<0.001	0.616
Поведінкове розмежування – Труднощі з описом почуттів	<0.001	0.649
Поведінкове розмежування – Загальний рівень алекситимії	0.002	0.572
Поведінкове розмежування – Емоційна підтримка	<0.001	-0.656
Поведінкове розмежування – Релігія	0.049	0.383
Поведінкове розмежування – Відмова	0.001	0.581
Копінг фокусований на проблемі – Використання інформаційної підтримки	<0.001	0.694
Копінг фокусований на проблемі – Планування	<0.001	0.603
Копінг фокусований на проблемі – Прийняття	0.037	0.404
Копінг фокусований на проблемі –	0.039	0.400

Вживання психоактивних речовин		
Копінг фокусований на емоціях – Використання інформаційної підтримки	0.003	0.545
Копінг фокусований на емоціях – Планування	0.045	0.388
Копінг фокусований на емоціях – Емоційна підтримка	0.019	0.449
Копінг фокусований на емоціях – Вираження емоцій	0.041	0.396
Копінг фокусований на емоціях – Гумор	0.004	0.530
Копінг фокусований на емоціях – Прийняття	0.002	0.565
Копінг фокусований на емоціях – Копінг фокусований на проблемі	0.021	0.442
Унікаючий копінг – Уникання близькості	0.005	0.520
Унікаючий копінг – Труднощі – ідентифікацією почуттів	0.016	0.458
Унікаючий копінг – Труднощі з описом почуттів	0.038	0.402
Унікаючий копінг – Загальний рівень алекситимії	0.013	0.473
Унікаючий копінг – Позитивний рефреймінг	0.034	0.409
Унікаючий копінг – Емоційна підтримка	0.017	-0.455
Унікаючий копінг – Вираження емоцій	0.023	-0.435
Унікаючий копінг – Самовідволікання	0.044	0.391
Унікаючий копінг – Відмова	0.022	0.438
Унікаючий копінг – Вживання психоактивних речовин	0.006	0.515
Унікаючий копінг – Поведінкове розмежування	<0.001	0.716
Рівень самооцінки – Уникання близькості	<0.001	-0.696
Рівень самооцінки – Труднощі з ідентифікацією почуттів	<0.001	-0.617
Рівень самооцінки – Труднощі з описом почуттів	0.027	-0.427
Рівень самооцінки – Загальний рівень алекситимії	0.004	-0.533
Рівень самооцінки – Активне подолання	0.003	0.549
Рівень самооцінки – Планування	0.043	0.393
Рівень самооцінки – Емоційна підтримка	0.004	0.539
Рівень самооцінки – Гумор	0.008	-0.501
Рівень самооцінки – Самозвинувачення	0.036	-0.406
Рівень самооцінки – Поведінкове розмежування	<0.001	-0.690

Рівень самооцінки – Уникаючий копінг	0.002	-0.567
Тривожність – Уникання близькості	<0.001	0.707
Тривожність – Труднощі з ідентифікацією почуттів	<0.001	0.616
Тривожність – Труднощі з описом почуттів	0.006	0.517
Тривожність – Загальний рівень алекситимії	0.003	0.542
Тривожність – Емоційна підтримка	0.016	-0.461
Тривожність – Гумор	0.022	0.440
Тривожність – Релігія	0.016	0.458
Тривожність – Самозвинувачення	0.010	0.487
Тривожність – Відмова	0.006	0.519
Тривожність – Поведінкове розмежування	<0.001	0.637
Тривожність – Уникаючий копінг	0.023	0.437
Тривожність – Рівень самооцінки	<0.001	-0.756

Додаток Є

**Таблиця кореляцій для групи жінок, які пережили сексуальне
насилля та мати досвіду терапії**

Досліджувані показники (Шкала 1 – Шкала 2)	Статистична значущість (p)	Сила зв'язку та напрямок (r)
Труднощі з описом почуттів – Труднощі з ідентифікацією почуттів	<0.001	0.668
Загальний рівень алекситимії – Труднощі з ідентифікацією почуттів	<0.001	0.895
Загальний рівень алекситимії – Труднощі з описом почуттів	<0.001	0.822
Загальний рівень алекситимії – Зоовнішньоорієнтоване мислення	<0.001	0.680
Емоційна підтримка – Активне подолання	0.022	0.410
Гумор – Використання інформаційної підтримки	0.025	0.402
Прийняття – Планування	0.003	0.523
Релігія – Труднощі з описом почуттів	0.020	0.417
Вживання психоактивних речовин – Позитивний рефреймінг	0.001	0.559
Поведінкове розмежування – Відмова	<0.001	0.565
Копінг фокусований на проблемі – Використання інформаційної підтримки	<0.001	0.776
Копінг фокусований на проблемі – Планування	<0.001	0.781
Копінг фокусований на емоціях – Використання інформаційної підтримки	<0.001	0.658
Копінг фокусований на емоціях – Планування	<0.001	0.655
Копінг фокусований на емоціях – Прийняття	0.013	0.442
Копінг фокусований на емоціях – Копінг фокусований на проблемі	<0.001	0.737
Унікаючий копінг – Уникання близькості	0.021	0.412
Унікаючий копінг – Труднощі з описом почуттів	0.009	0.461
Унікаючий копінг – Загальний рівень алекситимії	0.011	0.452
Унікаючий копінг – Самовідволікання	<0.001	0.563
Унікаючий копінг – Відмова	<0.001	0.806

Уникаючий копінг – Вживання психоактивних речовин	<0.001	0.707
Уникаючий копінг – Поведінкове розмежування	<0.001	0.790
Тривожність – Уникання близькості	0.003	0.522
Тривожність – Відмова	0.018	0.423
Тривожність – Поведінкове розмежування	0.010	0.453
Труднощі з описом почуттів – Зовнішньоорієнтоване мислення	0.035	0.379
Труднощі з описом почуттів – Гумор	0.009	0.460
Труднощі з описом почуттів – Вживання психоактивних речовин	0.003	0.513
Труднощі з описом почуттів – Копінг фокусований на емоціях	0.018	0.422
Зоовнішньоорієнтоване мислення – Активне подолання	0.029	-0.393
Зоовнішньоорієнтоване мислення – Планування	0.048	-0.358
Зоовнішньоорієнтоване мислення – Релігія	0.018	0.421
Зоовнішньоорієнтоване мислення – Вживання психоактивних речовин	0.015	0.433
Активне подолання – Планування	<0.001	0.728
Активне подолання – Прийняття	0.027	0.397
Активне подолання – Копінг фокусований на проблемі	<0.001	0.564
Використання інформаційної підтримки – Планування	0.008	0.468
Використання інформаційної підтримки – Емоційна підтримка	<0.001	0.714
Позитивний рефреймінг – Прийняття	0.010	-0.457
Позитивний рефреймінг - Релігія	0.018	0.423
Позитивний рефреймінг – Копінг фокусований на проблемі	0.008	0.470
Позитивний рефреймінг – Уникання близькості	<0.001	0.607
Планування – Емоційна підтримка	<0.001	0.599
Планування – Гумор	0.003	0.513
Емоційна підтримка – Гумор	0.036	0.378
Емоційна підтримка – Релігія	0.009	0.462
Емоційна підтримка – Копінг фокусований на проблемі	<0.001	0.791
Емоційна підтримка – Копінг фокусований на емоціях	<0.001	0.820
Емоційна підтримка – Активне подолання	0.022	0.410

Вираження емоцій – Поведінкове розмежування	0.010	0.457
Гумор – Копінг фокусований на проблемі	0.002	0.538
Гумор – Копінг фокусований на емоціях	<0.001	0.614
Прийняття – Відмова	0.002	-0.524
Прийняття – Поведінкове розмежування	0.002	-0.527
Прийняття – Уникаючий копінг	<0.001	-0.583
Релігія – Копінг фокусований на проблемі	0.048	0.359
Релігія – Копінг фокусований на емоціях	<0.001	0.584
Самозвинувачення – Рівень самооцінки	0.004	-0.499
Самовідволікання – Відмова	0.026	0.399
Вживання психоактивних речовин – Поведінкове розмежування	0.021	0.413
Вживання психоактивних речовин – Уникання близькості	0.016	0.430