

Tartu Ülikool
Sotsiaal- ja Haridusteaduskond
Psühholoogia Instituut

Inga Ignatieva

PAARISUHTES FÜÜSILIST JA VAIMSET VÄGIVALDA KOGENUD
NAISTE HINNANGUD ISEENDALE

Magistriprojekt kliinilises psühholoogias

Juhendajad: Kaia Kaste põld-Tõrs
Tiina Kompus

Läbiv pealkiri: paarisuhtes vägivalda kogenud naiste hinnangud

Tartu 2010

KOKKUVÕTE

Magistrip projekti eesmärgiks oli uurida paarisuhtes füüsilist (n=26) ja vaimset (n=24) vägivalda kogenud naiste hinnanguid iseendale ja vaadata, kuidas need erinevad omavahel ja paarisuhtes vägivalda mitte kogenud naiste (n=15) hinnangutest. Uuritavad täitsid töö autori poolt koostatud vägivalda ankeeti, EEK-2, PSS, R-EHI, NEO-FFI, IIP-65, ECR-I, IRI, ATQ-N, ATQ-P, IBI ja rahulolu küsimustikku. Kasutades dispersioonanalüüsi ilmnes, et naised, kes on kogenud paarisuhtes füüsilist vägivalda, erinesid paarisuhtes üksnes vaimset vägivalda kogenud naistest madalama meeleolu, kõrgema stressitaseme, suurema negatiivsete automaatmõtete ja irratsionaalsete veendumuste hulga, väiksema positiivsete automaatmõtete hulga, madalama rahulolu, interpersonaalsete probleemide suurema hulga, ärevama seotuse stiili, kõrgema neurootilisuse, madalama enesehinnangu, kõrgema emotsionaalse empaatia ja personaalse distressi poolest. Mõlemal vägivaldagrupil oli madalam avatus, meelekindlus ja kognitiivne empaatia. Paarisuhtes üksnes vaimset vägivalda kogenud naised sarnanesid oma hinnangutes vägivalda mitte kogenud naistega. Lisaks näitavad töö tulemused, et füüsilist vägivalda kogenud naised ei ole homogeenne grupp: naiste hinnangud erinesid sõltuvalt naise neurootilisusest ja vägivaldse suhte pikkusest. Käesoleva töö tulemusi võib kasutada edasiste uuringute planeerimisel, ravis ja paarisuhte vägivalda ennetamises.

Märksõnad: *paarisuhte vägivald, vägivalda kogenud naised, vaimne vägivald, füüsiline vägivald, meeleolu, isiksus, kognitsioonid, suhted*

ABSTRACT

The aim of my masters project was to research the self assessments of women who have experienced physical and psychological abuse in their intimate relationships and see how they are different in comparison to one another and also in comparison to the self assessments of women who have not experienced abuse in their relationships. Participants filled out a questionnaire on violence prepared by the author of this thesis, plus EEK-2, PSS, R-EHI, NEO-FFI, IIP-65, ECR-I, IRI, ATQ-N, ATQ-P, and IBI tests, along with a questionnaire concerning satisfaction of life. Using dispersion analysis, it became clear that women who had experienced physical violence in their relationships differed from women who had experienced only psychological abuse by having a lower emotional statement, higher stress, more negative automatic thoughts and irrational beliefs, less positive automatic thoughts, lower satisfaction, more interpersonal problems, a more anxious attachment style, higher level of neuroticism, lower self-esteem, higher emotional empathy and higher personal stress. Both abused groups had a lower level of openness, conscientiousness and cognitive empathy. The self-assessments of women who suffered psychological abuse exclusively in their relationships were similar to those of women who had not suffered abuse. In addition, the results of this thesis show that women who have experienced physical abuse are not a homogenous group: the self-assessments of women were different depending on the neuroticism and length of the abusive relationship of the women. The results could be used in further research, treatment and prevention of abuse in relationships.

Key words: intimate partner violence, abused women, psychological violence, physical violence, emotional state, personality, cognitions, relationship

SISSEJUHATUS

Erinevate uuringute järgi kogevad paarisuhtes füüsilist vägivalda vähemalt üks kord elus 22% kuni 50% naistest (Flynn ja Graham, 2010; Johnson ja Zlotnick, 2009). Eesti statistika järgi umbes 50% meestest ja naistest on kogenud praeguse või endise partneri poolt vaimset, füüsilist ja/või seksuaalset vägivalda (Eesti Statistika andmebaas: sotsiaalelu, internetis). Lääne Politseiprefektuuri statistika järgi kümnest paarisuhtevägivalla juhtumist üheksal korral on ohvriks naine (Kase, 2007).

Paarisuhte vägivalla defineerimine

Paarisuhtes/peres naise vastu suunatud vägivalla kohta võib leida nimetusi: *intimate partner abuse/violence/assault*, *domestic violence*, *spousal violence*, *violence against women*, *maltreatment of women*. Nimetuste rohkus viitab sellele, et uurijad kasutavad erinevaid definitsioone, liigitamise viise ning vägivalda on raske defineerida (Gordon, 2000; Walker, 1999). Eesti keeles kasutatakse termineid nagu *paarisuhte vägivald*, *lähisuhtevägivald*, *perevägivald*. Soo ja Laas (2009) leiavad, et on parem kasutada terminit “paarisuhtevägivald”, kuna perevägivald ja lähisuhte vägivald ei kirjelda piisavalt suhte intiimsust. Termin “paarisuhtevägivald” on kõige täpsem mõiste kirjeldamiseks agressiooni intiimpartneri vastu, viitamata sealjuures ohvri või toimepanija soole ning sobides ühtlasi nii heteroseksuaalsete kui ka homoseksuaalsete paaride kohta.

Paarisuhtevägivalla kirjeldamiseks kasutatakse erinevaid liigitamise viise. Sageli liigitatakse paarisuhtevägivalda kolmeks: füüsiliseks (ingl. *physical*), vaimseks (ingl. *psychological*) ja seksuaalseks (ingl. *sexual*) vägivallaks (Johnson, 2008; Ollus, 2001; Perttu, Mononen-Mikkilä, Rauhala ja Särkkälä, 1999; Flynn ja Graham, 2010). Mõned uurijad toovad eraldi liigina verbaalset (Gordon, 2000) ja emotsionaalset (Valente, 2002) vägivalda. Kirjandusest võib leida erinevust ka seksuaalse vägivalla liigitamisel. Enamasti tuuakse seksuaalne vägivald välja eraldi, kuid on olemas tööd, kus seda vaadeldakse kas vaimse või füüsilise vägivalla vormina (Holtzworth-Munroe jt., 1998; Valente, 2002).

Füüsiliseks vägivallaks võib nimetada füüsilist kontakti, mis kahjustab, tekitab valu või vaimset distressi ning sisaldab järgnevaid teise inimese vastu suunatud tegevusi: löömine lahtise käe või rusikaga; pähe või kõhtu löömine; nügimine; müksimine; kinniholdmine; liikumise takistamine; relvade kasutamine ohvri vastu; juustest kiskumine; kägistamine; jalaga löömine (Ollus, 2001; Valente, 2002). Füüsiline vägivald ulatub kergematest vormidest rasketeni, viimaste hulka kuulub eluohtlike vigastuste tekitamine ja tapmine.

Vaimse vägivalda defineerimisel on kasutatud nimetusi: psühholoogiline; vaimne; emotsionaalne vägivald. Vaimne vägivald sisaldab: ähvardamist; segamist; hirmutamist; sõimamist; laimamist; teise inimese esemete või omandi hävitamist; asjade lõhkumist; lemmikloomade piinamist; majanduslikku kontrolli; rahasaamise takistamist; tahtlikku pidamist ilma rahata; isoleerimist; naeruvääristamist; armukadedust; maha jätmise ähvardust; kontrollivat käitumist (Gordon, 2000; Ollus, 2001; Valente, 2002).

Seksuaalseks vägivallaks on nimetatud soovimatut, tahtevastast seksuaalset puudutamist, suguühtelevõtmist ja vägistamist (Ollus, 2001; Valente, 2002). Vägivaldne partner võib kasutada erinevaid vaimseid või füüsilisi mõjutamise viise, et astuda ohvriga seksuaalvahekorda. Sageli kasutatakse selleks emotsionaalset survet, mistõttu ohvrid nimetavad seksuaalset vägivalda vaimseks (Walker, 1991).

Raskused paarisuhtevägivalda uurimisel

Vaatamata artiklite rohkusele (nt PsycInfo andmebaasist märksõnaga “battered women” võib leida 2905 artiklit alates 1974. aastast, “intimate partner violence” – 2920 artiklit alates 1959. aastast) on palju küsitavusi ja raskusi, mis paarisuhtevägivalda uurides esile tulevad. Üheks takistuseks paarisuhtevägivalda uurimisel võib pidada ühtse universaalse definitsiooni puudumist (Flynn ja Graham, 2010). Teise raskusena paarisuhtevägivalda uurimisel tuuakse välja, et paarisuhtes olevate naiste vastu suunatud vägivald on suhteliselt vähe uuritud ja empiiriline baas on väike (Gordon, 2000). Uuringute vähesuse ja vastuoluliste tulemuste tõttu puudub teadlikkus probleemist praktiseerivatel psühholoogidel. Seetõttu hindavad paljud klinitsistid vägivalda all kannatanud naiste kaebusi diagnostiliselt valesti, keskendudes vaid psühholoogilistele sümptomitele ning ei saa täpselt aru, kuidas on need sümptomid seotud vägivallaga (Holtzworth-Munroe jt., 1998). Samuti pole piisavalt paarisuhtevägivalda ohvritele mõeldud teraapiate efektiivsusuuringuid (Stapleton, Taylor ja Asmundson, 2007). Kolmas raskus on, et vägivalda levimust ja taset on raske määrata, sest perekond teeb kõike, et hoida probleemid kinniste uste taga (Rotter ja Houston, 1999). Kuni 70% paarisuhtevägivalda kogenud naistest ei ole kunagi kellelegi toiminust rääkinud. Politseisse abi saamiseks pöördub Eestis umbes 10% paarisuhtevägivalda ohvritest ning enne abi otsimist kogevad naised 30-35 vägivallaakti (Kase, 2007). Kultuuritaustast sõltub, kellele ja kui palju paarisuhtes vägivalda kogenud naine infot peres toimuva vägivalda kohta avaldab (Valente, 2002). Samuti sõltub vägivalda avaldamine spetsialistidele ja uurijatele küsimise viisist ja suhtumisest ohvrise (Chang jt., 2005; Flinck, Paavilainen, Åstedt-Kurki, 2005). Partnerite vaheline suhe sisaldab endas emotsionaalset kiindumust, emotsionaalset ja seksuaalset lähedust või sõltuvust, nii et füüsiline vägivald toimub

intiimse suhte kontekstis, mis muudab selle tähendust ja lõpetamise võimalusi (Gordon, 2000; Berkowitz, 1997). Naiste süütunne, häbitunne ja hirm võivad sundida rääkima toimunud vägivallast tagasihoidlikumalt, eriti seksuaalse vägivalda osas (Pico-Alfonso, 2004). Eelnev võib olla üheks põhjuseks, miks peres toimuvat vägivalda nii hoolikalt varjatakse.

Vägivalda mõju ohvri tervisele

Mitmed uurijad väidavad, et nii füüsilisel kui vaimsel vägivaldal on negatiivne mõju naiste psüühilisele ja füüsilisele tervisele (Campbell ja Angott, 2008; Clements, Sabourin ja Spiby, 2004; Coker jt., 2000 ja 2003; Constantino jt., 2000; Johnson ja Leone, 2005; Romito, Molzan Turan ja De Marchi, 2005; Sanchez jt., 2008; Woods, Hall, Weinbaum jt., 2001). Enamasti keskendutakse uuringutes füüsilise vägivalda mõjule ning on vähe uurimusi, mis uuriks eraldi füüsilist või vaimset vägivalda kogevasid naisi (Calvete, Estévez, Corral, 2007; Follingstad, Brennan, Hause, Polek ja Rutledge, 1991; Pico-Alfonso, jt., 2006). Füüsilise vägivalda all kannatavad naised pöörduvad, võrreldes vägivalda mitte kogenud naistega, erinevate terviseprobleemidega arstide poole sagedamini (Sanchez jt., 2008; Woods jt., 2008), neil on kõrgem stress ning seetõttu vähem lümfotsüüte ja madalam immuunsus (Constantino jt., 2000). Füüsilist vägivalda kogenud naistel esineb rohkem psühhoseksuaalseid düsfunktsioone, depressiooni, posttraumaatilist stressihäiret, üldistunud ärevushäiret, obsessiiv-kompulsiivset häiret, suitsiidimõtteid ja suitsiidi katseid (Calvete jt., 2008; Clements jt., 2004; Constantino jt., 2000; Coolidge ja Anderson, 2002; Johnson, 2008; Rhodes ja McKenzie, 1998; Zlotnick, Johnson ja Kohn, 2006; Pico-Alfonso, 2006). Depressioon ja enesehinnang korreleeruvad tugevalt vägivalda tõsiduse ja sagedusega (Rhodes ja McKenzie, 1998; Zlotnick jt., 2006). Eestis läbiviidud uuringud leidsid samuti, et 87% vägivalda kogenud naistest kaebavad stressi ja pideva pingeseisundi üle, 74% tunnevad masendust. Kolmandikul vägivalda kogenud naistest on enesetapumõtteid (Kase, 2007).

Naised, kes kogevad paarisuhtes üksnes vaimset vägivalda ei erine füüsilist vägivalda kogevatest naistest depressiooni, ärevuse ja posttraumaatilise stressihäire (PTSD), psüühhoaktiivsete ainete tarvitamise ja tervisega rahulolu poolest (Romito jt., 2005; Pico-Alfonso jt., 2006). Vaimne vägivald on samuti seotud erinevate stressiga seostuvate haigustega: migreenid, artriidid, peavalud, kõhuvalud, kõhulahtisused, koliit (Coker jt., 2000). Vaimne vägivald suurendab 3,2 korda preeklampsia riski rasedatel (Sanchez, 2008). Vägivalda kogenud naised leiavad, et vaimsel vägivaldal on raskemad tagajärjed kui füüsilisel (Follingstad jt., 1991; Vitanzas, Vogel ja Marshall, 1995).

Vägivaldsest suhtest lahkumist takistavad faktorid

Ühte faktorit, mis seletaks paarisuhtevägivalla esinemist, ei ole leitud (Bender ja Roberts, 2007; Johnson, 1995 ja 2008; Holtzworth-Munroe ja Meehan, 2004). Vägivalla eest alati vastutab vägivallatseja ning põhjusi otsitakse vägivallatseja omadustes (paarisuhtevägivalla puhul uuritakse peaaegu alati vägivaldseid mehi) (Bancroft, 2006; Bender ja Roberts, 2007; Berkowitz, 2001; Johnson, 1995; Johnson ja Leone, 2005; Holtzworth-Monroe ja Stuart, 1994; Gottman, Jacobson, Rushe ja Shortt, 1995; Stith, 2004). Seoses ohvriga uuritakse suhetest mittelahkumise põhjusi ning lahkumisprotsessi (Brown, Transgrud ja Linnemeyer, 2009; Frisch ja MacKenzie, 1991; Barnett, 2010a, Barnett, 2010b).

Mõned naised lahkuvad vägivaldsest suhtest kohe suhte alguses (Bender ja Roberts, 2007), teised aga jäävad suhtesse hoolimata vägivallast (Pape ja Arias, 2000). Frisch ja MacKenzie (1991) leiavad, et naiste otsus jääda pikaajalisse vägivaldsesse suhtesse on osaliselt ratsionaalne tulu-kulu analüüsil tehtud otsus, mille tegemisel võtavad naised arvesse seda, kui palju on nad suhtesse panustanud ja millised on võimalikud alternatiivid suhtele. Naised ise toovad mittelahkumise põhjuseks seda, et: 1) “mul ei ole kuhugi minna ja millest elada” (43,4%); 2) armastus partneri vastu või kahjutunne (30,4%); 3) usk, et partner täidab oma lubadust muutuda (26,1%); 4) lapsed vajavad isa emotsionaalset ja rahalist toetust (17,3%). Vähemlevinud seletusteks olid hirm tulevase vägivalla eest, abieluskohustuse täitmine, usk, et keegi enam ei armasta ja perekonna surve partnerit mitte maha jätta (Frisch ja MacKenzie, 1991).

Naise otsust mõjutavad erinevad faktorid, mis võivad olla nii välised kui sisemised (Barnett, 2010a; Barnett, 2010b; Frisch ja MacKenzie, 1991). Üks vähestest uuringutest näitab, et suhtesse jäänud naistel on naise rollide kohta rohkem traditsioonilisi hoiakuid, madalam enesehinnang, eksternaalsem kontrollikese, neil on madalam haridustase, suurem tõenäosus olla töötu ja vähem võimalusi saada nõustamist (Frisch ja MacKenzie, 1991). Kõige rohkem uuritakse sotsiaalmajanduslike tegureid, kognitsioone ja meeleoluprobleemidega seotud riskifaktoreid. Vähem on uuritud naise isiksusega seonduvaid faktoreid ja empaatiat.

Majanduslikud tegurid

Kuigi naised toovad üheks mittelahkumise põhjuseks hirmu majanduslike raskuste eest, on sissetuleku ja naise lahkumisotsuse vahelist seost otsivate uurimuste tulemused vastuolulised. Ühelt poolt, sotsiodemograafiliste tunnuste uurimisel on leitud, et naised, kellel on töö ja kes arvavad, et nad saavad ise materiaalselt hakkama, lõpetavad suhte suurema tõenäosusega (Pape ja Arias, 2000). Teiselt poolt, 5 aastat kestnud longituuduuring näitas, et selle aja jooksul

vägivaldse suhte lõpetanud naised olid madalama isikliku sissetulekuga, nooremad ja suurema sotsiaalse toetusega (Zlotnick jt., 2006). Frisch'i ja MacKenzie (1991) uuring näitas, et "krooniliselt pekstud" naised ja vägivaldse suhte lõpetanud naised ei erinenud omavahel sissetuleku osas.

Naise isiksuseomadused ja suhted

Katsed leida isiksuse jooni, mis on tüüpilised vägivalda kogenud naistele, või selgitada välja isiksuse tüüpi, mis talub vägivalda, ei ole olnud edukad (Coolidge ja Anderson, 2002). Isiksuse uurimiseks on kasutatud MMPI, 16-PF, MPQ, CATI (küsimustik isiksusehäirete uurimiseks), enesehinnangu skaalasid, seotuse stiilide küsimustikke. Coolidge ja Anderson (2002) viitavad oma töös Back'i jt. (1982) saadud uuringutulemusele, et 83% vägivalda kogenud psühhiaatrilistest patsientidest olid isiksusehäire diagnoosiga. Vägivaldade mitte kogenud naistest oli isiksusehäire diagnoosiga 45% (Coolidge ja Anderson, 2002). Rohkem psühhopatoloogiat esineb nendel naistel, kellel oli mitu vägivaldset suhet võrreldes nendega, kellel oli üks vägivaldne suhe või ei esinenud üldse vägivalda (Coolidge ja Anderson, 2002). Isiksusetüüpi, mis oleks omane vägivalda kogenud naisele, ei ole leitud (Rhodes ja Baranoff McKenzie, 1998). Mõnede uurijate arvates on naiste psühhopatoloogia situatiivse iseloomuga ja taandub, kui naine eraldada vägivaldsest suhtest (Coolidge ja Anderson, 2002). Samuti arvavad mõned uurijad, et isiksusehäireid või DSM-IV järgi I telje sümptomeid leidnud uuringud on tegelikult avastanud posttraumaatilist stressihäiret, mille sümptomeid võib ekslikult pidada isiksusehäireks (Coolidge ja Anderson, 2002).

Robins'i jt. (2002) longituuduuring näitas, et isiksus (mõõdetud *Multidimensional Personality Questionnaire* abil) mõjutab paarisuhte kvaliteeti (mõõdetud suhte kvaliteet, konfliktid ja vägivald) ning on püsiv erinevate partneritega suheldes. Uurides noori vanuses 18, 21 ja 26 aastat leidsid nad, et isiksusejooned vanuses 18 ennustavad suhte kvaliteeti vanuses 26. Suhete iseloom jäi suhteliselt stabiilseks: inimesed, kes olid õnnelikud ja mittevägivaldsed vanuses 21, jäid sellisteks ka 26-aastaselt, nende suhte kvaliteet paranes ja konfliktide arv vähenes. Kui nad valisid selle aja jooksul teisi partnereid, siis ka teine suhe oli õnnelik. Positiivse emotsionaalsusega inimestel olid õnnelikumad ja mittevägivaldsed suhted. Agressiivsetel, stressitundlikel, eemalehoidvatel inimestel olid mitterahuldavad suhted, nende suhte kvaliteet aja jooksul halvenes. Uurijad leidsid, et vägivaldne ja mitterahuldav suhe muudab inimest ärevamaks, vihasemaks ja eemalehoidvamaks. Sellisesse suhtesse jäämine pikemaks perioodiks võib muuta inimest ettevaatlikumaks ja sunnib ta piirama oma mõtlemist,

tundeid ja käitumist. Pakutakse, et aastakümneid kestnud vägivaldne suhe võib muuta isiksust, kuid seda pole pikaajaliste longituuduuringutega uuritud (Robins jt., 2002).

Empaatia

Eristatakse emotsionaalset ja kognitiivset empaatiat, fantaasiat ja personaalset distressi (Davis, 1980). Enamasti arvatakse, et empaatia on positiivne isiksuseomadus. Marcus ja Swett (2003) viitavad metaanalüütilisele uuringule (230 uuringut), milles leiti, et kognitiivne empaatia oli seotud sotsiaalsete ja isiksuse omadustega, mis aitavad vähendada konflikte paarisuhetes. Nad viitavad McCullough'i, Worthington'i ja Rachal'i (1997) uuringule, milles leiti, et empaatia soodustab partneri andestamist, võõrdumuse vähenemist ja kättemaksu vähenemist (Marcus ja Swett, 2003). Mõned uurijad pakuvad, et kõrge empaatia võib viia probleemideni. Lee (2009) leidis, et fantaasial (mõõdetud *Interpersonal Reactivity Index* abil) oli osaliselt vahendav roll neurootilisuse ja depressiooni vahel, personaalsel distressil ja neurootilisusel oli koosmõju depressioonile. Tsang ja Stanford (2007) leidsid, et naised olid empaatilisemad (mõõdetud *Dispositional and Relationship Empathy* abil) dominantsete partnerite vastu. Nad pakkusid, et empaatilisema ja andestava isiksusega naised võivad olla huvitatud dominantsematest meestest. See tähendab, et paarisuhtevägivalda kogenud naistel võib kõrgem empaatia olla üks suhtest mitte lahkumise põhjustest.

Seotuse stiil

Isiku seotuse stiil on seotud suhete kvaliteediga (Collins, Cooper, Albino ja Allard, 2002; Robins, Caspi ja Moffit, 2002). Seotuse stiilid kirjeldavad seda, kuidas luuakse suhetes emotsionaalset lähedust, kas turvalises, vältivas või ärevas stiilis. Kõrge ärevusega inimesed kalduvad muretsema, kas nende partner on kättesaadav, reageeriv, hoolitsev jne. Neil on kõrge läheduse vajadus ja nad võivad piirata partneri autonoomsust. Stressiolukorras võivad kõrge ärevusega inimesed reageerida üle, kaotada emotsionaalset kontrolli. Madala ärevusega inimesed tajuvad oma partnereid turvalisematena. Kõrge vältimisega inimesed eelistavad ise olla sõltumatud ning mitte muuta kedagi endast sõltuvaks. Madala vältimisega inimesed tunnevad end hästi, olles teistega lähedased, kui on kellestki sõltuvad ning kui keegi sõltub neist (Brennan, Clark ja Shaver, 1998; McClellan ja Reed Killeen, 2000; Västriik, 2009). Collins jt. (2002) kontrollisid hüpoteesi, et mitteturvalise seotusega isikud (mõõdetud Hazan'i ja Shaver'i välja töötatud *Attachment Style* küsimustiku abil) valivad endale samuti mitteturvalise seotuse stiiliga partnereid, ja leidsid, et kõrge vältimisega noorukid olid 6 aasta pärast suhetes kõrge negatiivse emotsionaalsuse ja madala kompetentsusega partneritega (kompetentsuse all on uuringus

mõeldud maskuliinsust, enesehinnangut, sotsiaalset kompetentsust, enesekehtestamist ja aktiivset toimetulekut). Samuti leidsid nad, et äreva seotusestiiliga naistel oli hiljem suhe madala kompetentsusega partneriga, meestel aga sellist seost ei esinenud (Collins jt., 2002).

Enesehinnang

Enamus uurijaid on leidnud, et vägivalda kogenud naiste enesehinnang (mõõdetuna Rosenbergi enesehinnangu skaala ning *Barksdale Self-Esteem Evaluation* abil) on, võrreldes naistega, kes pole vägivalda kogenud, madalam ja sõltub vägivalla tüübist (Aguilar ja Nightingale, 1994; Forte, Franks, Forte ja Rigsby, 1996; Clements, Sabourin ja Spiby, 2004; Brown jt., 2009). Vägivaldses suhtes elavad naised kipuvad olema enesekriitilised ja tunnevad häbi (Enander, 2010; Sharhabani-Arzy jt., 2005; Buchbinder jt., 2003; Brown jt., 2009). Enesehinnang ei pruugi taastuda ka pärast vägivaldse suhte lõpetamist, eriti kui naine alustab uut suhet mehega, kes on samuti vägivaldne (Brown jt., 2009). Kuna enamik enesehinnanguuuringuid on läbilõikeuuringud, ei ole selge, kas paarisuhtes vägivalda kogenud naiste enesehinnang on madalam juba enne suhte alustamist või langeb vägivaldse suhte jooksul.

Kognitsioonid

Kõige rohkem seoses kognitsioonidega uuritakse tajutud kontrolli (*Control, Attributions and Expectations Questionnaire*, Clements jt., 2004; *Internal-Powerful Other-Chance Scale-Chance Subscale*, Frisch ja MacKenzie, 1991), seletusstiile (nt *Relationship Attribution Measure-Revised*, Pape ja Arias, 2000), õpitud abitust ja lootusetust (*Hopelessness Scale*, Clements jt., 2004) ning toimetulekustrateegiaid (*COPE-B*, Clements jt., 2004). Kuna paarisuhteprobleem on nii levinud ja ühiskonna tasemel pole probleemile lahendust leitud, tekitab see naistes kontrollimatuse tunnet (Benight ja Bandura, 2004). Jacobson jt. (1994) leidsid, et kui vägivald on konflikti ajal alanud, ei saa naine seda enam peatada ja mehe käitumist kontrollida ning töötab välja strateegiaid vägivallaga kohanemiseks. Tajutud kontrollimatus on distressi allikas ning mõjutab oluliselt traumast taastumist (Jacobson jt., 1994). Füüsilist vägivalda kogenud naised, kes jäid vägivaldsesse suhtesse, olid välisema kontrollikeskmeaga võrreldes nendega, kes suhte lõpetasid (Frisch ja MacKenzie, 1991). Mida kõrgem on naise enesetõhusus ja kontrolli tunne, seda suurem on tõenäosus, et ta suudab suhte lõpetada (Benight ja Bandura, 2004). Calvete jt. (2008) uuring näitas, et vägivalda kogenud naised, kes kasutasid vältimist (emotsionaalset ja kognitiivset) ja soovmõtlemist (uskumus, et ei pea ise midagi tegema, olukord laheneb iseenesest) vägivallaga toimetulekuks, olid ärevamad ja depressiivsemad. Kognitiivkäitumuslikud teooriad eeldavad, et trauma protsess sõltub eelnevatest uskumustest enda, teiste

ja maailma kohta (Johnson ja Zlotnick, 2009). Kontrollistrateegiad nagu positiivne mõtlemine, kognitiivne restruktureerimine, aktsepteerimine olid sõltumatud vägivalda esinemisest ja aitasid erinevates situatsioonides toime tulla (Calvete jt., 2008). Teises sama autorite uuringus on leitud, et kognitiivsetel skeemidel on modereeriv ja vahendav roll vägivalda kogemise ja depressiooni vahel (Calvete jt., 2007). Pape ja Arias (2002) on leidnud, et naise soov lahkuda kasvab, kui ta tajub vägivalda süvenemist ja omistab vägivalda põhjusi mehele.

Walker on seletanud Seligman'i õpitud abituse teooria abil vägivalda kogenud naiste suutmatust suhet lõpetada ja leiab, et naisel, kellel on internaalne ("vägivallas olen süüdi mina") stabiilne ("see ei lõpe kunagi") globaalne ("mind väärkoheldakse igal pool") seletusstiil, areneb klassikaline õpitud abitus, mis teeb naise lootusetuks ja passiivseks. Teised uuringud ei toeta tema arvamust (Rhatigan, Street ja Axsom, 2005; Rhodes ja Baranoff McKenzie, 1998; Clements jt., 2004).

Üheks mittelahkumise põhjuseks on hirm, et vägivald ei lõpe ka pärast lahkuminekut. Peaaegu 20% lahutanud naistest kogevad füüsilist vägivalda endise partneri poolt, 35% nendest naistest kogevad sügavamat vägivalda võrreldes kooselu ajal kogetud vägivallaga; tõenäosus saada tapetud on 5 korda suurem lahku läinud naiste seas (Davies jt., 2009). Vägivallajärgse hirmu ja paanika tagajärjeks on vältimine. Kui vältimine vähendab hirmu ja paanikat, kinnitub edaspidine vältimine. Vältimine võib toimuda ka kognitiivsel tasemel: mõtete, kujutluspiltide, tunnete vältimine. See viib negatiivsete emotsioonide piiramiseni, *detachment*-ini (Valente, 1998; Oathes ja Ray, 2008).

Enesesüüdistamine ja lootusetus abielukonflikti olukorras tõstab depressiooni tõenäosust ja vähendab enesehinnangut (Clements jt., 2004; Sayers, Kohn, Fresco, Bellack ja Sarwer, 2001). Brown'i jt. (2009) longituuduuringu tulemusena leiti, et paarisuhtevägivalda kogevad naised kipuvad ennast süüdistama, tunnevad lootusetust ja abitust isegi 2 aastat hiljem peale suhte lõpetamist. Nad olid pessimistlikumad oma tuleviku suhtes, tundsid, et ei kontrolli ise oma elu, olid sama rahulolematud oma eluga nagu 2 aastat tagasi (Brown jt., 2009). Naistel, kes pidevalt kohtusid naiste varjupaiga töötajatega, esines vähem enesesüüdistamist (Brown jt., 2009). Uuring näitas, et veel pikka aega pärast vägivaldse suhte lõpetamist vajab naine psühholoogi/karjäärinõustaja abi ja toetust, sest enesehinnang ei taastu iseenesest (Brown jt., 2009).

Emotsioonid, meeleolu

Naise suhtesse jäämise üheks võimalikuks põhjuseks on tuimenenud emotsioonid ja kognitiivne vältimine, ohu minimiseerimine ja eitamine (Valente, 1998; Walker, 1991).

Meeleoluhäired on paarisuhtevägivalda tagajärg, samas võib nendel olla tähtis roll vägivalda alles hoidmisel. Näiteks depressiooniga seostuv motivatsiooniline ja kognitiivne defitsiit võib mõjutada naise probleemilahendusoskust (Walker, 1984). Samuti leiavad erinevad uuringud, et ebarahuldavates suhetes võivad negatiivsed emotsioonid/negatiivne afektiivsus viia destruktiivse käitumiseni (Marcus ja Swett, 2003). Depressioon on seotud enesesüüdistamise, vältiva toimetuleku ja madala probleemilahendusoskusega (Clements ja Sawhney, 2000). Kõrge neurootilisus soodustab depressiooni teket (Bagby jt., 2005; Möttus, 2005). Naised, kes kogevad vägivalda tagajärjel depressiooni, otsivad väiksema tõenäosusega vägivallale alternatiivseid lahendusi või vajalikku psühholoogilist ravi (Clements jt., 2004).

Praktiseeriva psühholoogi seisukohalt on oluline teada, missugused naise psühholoogilised riskitegurid on seotud vägivaldsesse suhtesse jäämisega. Kliinilisel psühholoogil tuleb enamasti töötada vägivalda ohvriga, mistõttu on oluline teada, millele pöörata tähelepanu ning kuidas naist aidata. Seega tundub oluline uurida, kuidas tunneb end Eestis elav paarisuhtes vägivalda kogenud naine, millisena ta näeb ennast ja oma suhet ning mis on võimalikud internaalsed psühholoogilised/kognitiivsed tegurid, mis hoiavad teda vägivaldses suhtes. Eestis on see siimaani väga vähe uuritud teema (Soo ja Laas, 2009), kuna probleemina hakati paarisuhtevägivalda teadvustama alles selle aastatuhande algusest ning puudub representatiivne ja kvaliteetne ülevaade paarisuhtevägivalda esinemisest ühiskonnas, kuigi on läbi viidud mitu uuringut (Ostavel ja Soo, trükkis; Kase ja Pettai, 2003; Soo ja Laas 2009).

Eesmärk

Töö peamiseks eesmärgiks on uurida paarisuhtes vaimset ja füüsilist vägivalda kogenud naiste hinnanguid oma meeleolule, kognitsioonidele ja isiksuseomadustele, suhetes esinevatele probleemidele ja teada saada, kuidas erineva vägivalda kogemusega naised erinevad omavahel. Teiseks eesmärgiks on vaadata, kuidas paarisuhtes vägivalda kogenud naiste hinnangud erinevad paarisuhtes vägivalda mitte kogenud naiste hinnangutest.

Hüpoteesid

Eelnevatest uurimustulemustest lähtuvalt on käesolevas uurimuses püstitatud järgmised hüpoteesid:

1. Paarisuhtes vaimset vägivalda kogenud uuritavad ei erine füüsilist vägivalda kogenud uuritavatest depressiivsuse, ärevuse ja stressitaseme poolest. Mõlemad vägivalda grupid erinevad paarisuhtes vägivalda mitte kogenud uuritavatest. Paarisuhtes nii vaimset kui ka

füüsilist vägivalda kogevad uuritavad on depressiivsemad ja ärevamad, neil on kõrgem stressitase.

2. Paarisuhtes vaimset vägivalda kogenud uuritavad erinevad füüsilist vägivalda kogenud uuritavatest eluga rahulolu poolest, negatiivsete ja positiivsete automaatmõtete hulga ja usutavuse poolest, irratsionaalsete uskumuste poolest. Mõlema vägivalla grupi uuritavad erinevad paarisuhtes vägivalda mitte kogenud uuritavatest. Mõlema vägivallagrupi uuritavad on rahulolematud oma eluga, neil on rohkem irratsionaalseid uskumusi ja negatiivseid automaatmõtteid ning vähem positiivseid automaatmõtteid.

3. Paarisuhtes vaimset vägivalda kogenud uuritavad ei erine füüsilist vägivalda kogenud uuritavatest interpersonaalsete probleemide kogemise ja seotuse stiili poolest. Mõlemad vägivalla grupid erinevad paarisuhtes vägivalda mitte kogenud grupi uuritavatest. Paarisuhtes nii vaimset kui ka füüsilist vägivalda kogenud uuritavatel esineb rohkem interpersonaalseid probleeme ja mitteturvalist seotust kui vägivalda mitte kogenud uuritavatel.

4. Paarisuhtes vaimset vägivalda kogenud uuritavad ei erine füüsilist vägivalda kogenud uuritavatest isiksuseomaduste, empaatia ja enesehinnangu poolest. Mõlema vägivalla grupi uuritavad erinevad paarisuhtes vägivalda mitte kogenud uuritavatest. Vägivalla kogenud uuritavatel on madalam enesehinnang, kõrgem empaatia, kõrgem neurootilisus.

5. Pikaajalises vägivaldses suhtes elavate naiste hinnangud enese kohta erinevad naiste hinnangutest, kes elavad vägivaldses suhtes lühema aja jooksul.

Meetod

Uuritavad

Uuritavaid kaasasin uurimusse Naiste varjupaiga kaudu, psühholoogide kaudu (kliendid, kelle kohta oli teada, et nad kogevad paarisuhtes vägivalda) ning lumepalli meetodit rakendades enda tutvusringkonnas. Uuringusse kaasamise kriteeriumid olid: 1) lähisuhte olemasolu käesolevalt või lähiminevikus ning 2) eesti keele valdamine. Valimisse kuulus 65 naist vanusevahemikus 21-71 a., kelle keskmine vanus oli 38,4 a. (SD=10,9). Uuritavad jaotasin kolme gruppi vägivalla kogemuse alusel. Naised, kes kogesid vaimset vägivalda ilma füüsilise vägivallata, moodustasid vaimse vägivalla gruppi (neid nimetan edaspidi VV grupiks; n=24) ning praeguses paarisuhtes füüsilist vägivalda kogenud naised moodustasid füüsilise vägivalla gruppi (FV; n=26). Ühelgi korral ei esinenud füüsiline vägivald eraldi, sellega kaasnes alati vaimne vägivald (s.h. ka seksuaalne), seega kogesid kõik füüsilist vägivalda kogenud naised samal ajal ka vaimset

vägivalda. Kontrollgrupi moodustasid naised, kes ei olnud oma praeguse suhte ajal kogenud vaimset ja füüsilist vägivalda (n=15). Täpsemad andmed uuritavate kohta on toodud tabelis 1.

Protseduur

Töö on läbilõikeuuring. Igale uuritavale anti kirjalikuks täitmiseks testipakett. Uuringus osalemine oli anonüümne, kuid juhul, kui naine soovis tagasisidet testitulemuste kohta, võis ta jätta oma kontaktandmed. Iga uuringus osalenud naine täitis informeeritud nõusoleku lehe, kus olid toodud uuringu eesmärgid, riskid ja kasu ning uurija kontaktandmed. Lisaks testidele täitsid naised lühikese ankeedi demograafiliste andmete ja vägivalda kogemuse kohta. Ankeet oli koostatud uurija poolt toetudes bakalaureusetöö kirjutamise käigus saadud informatsioonile (Ignatyeva, 2002). Uuringus osalejad tagastasid testipaketi suletud ümbrikus isiklikult või posti teel. Vägivallaga kogenud naised, kes täitsid teste kodus, täitsid ankeedi vägivalda kohta uurija juuresolekul ning kaasa võtsid ainult testid, mis ei viidanud kuidagi sellele, et naine osaleb vägivalda puudutavas uuringus. Seda tehti eesmärgiga uuritavaid mitte ohtu seada.

Mõõtmisvahendid

Vägivalda ankeet oli autori poolt koostatud toetudes kirjandusele ja bakalaureusetöö kirjutamisel saadud kogemusele. Ankeet sisaldas 10 küsimust, mille eesmärk oli hinnata vägivalda esinemise sagedust ja tõsidust ning saada infot erinevate vägivallaliikide kohta, mida naised paarisuhtes kogevad. Vägivallaga puudutavate küsimuste puhul iga "ei" vastus andis 0 punkti, "mõnikord" – 1 punkti ja "sageli" – 2 punkti. Ankeet on toodud täispikkuses töö lisa. Lisaks sisaldas ankeet küsimusi sotsiodemograafiliste andmete ja psühhiaatrilise/psühholoogilise abi saamise kogemuse kohta. Kuna küsimustikus polnud eraldi küsimust vaimse vägivalda kohta, siis kodeerimisel koosnes see kategooria vastustest järgnevatele küsimustele: verbaalsest vägivallast, majanduslikust ja sotsiaalsest kontrollist, seksuaalsuhteks sundimisest, naise asjade lõhkumisest. Selleks et nimetada vägivalda vaimseks, pidi esinema kas mitu eelnimetatud liiki koos või mõni liik sageli (v.a. asjade lõhkumise kohta). Samuti arvutasin välja vägivalla üldise skoori, liites kokku kõik vägivalla liikide punktid.

Emotsionaalse enesetunde küsimustik (EEK-2; Aluoja, Shlik, Vasar, Luuk ja Leinsalu, 1999) mõõdab depressiooni ja ärevushäirete sümptomeid ning kaasnevaid mittespetsiifilisi probleeme, nagu väsimus ja insomniat. Küsimustik koosneb 28 väitest, millele vastatakse 5-pallisel Likert'i skaalal (0 – üldse mitte kuni 4 – pidevalt). Väited on jaotunud 6 alaskaalasse: depressiivsus, üldine ärevus, agorafobia/paanika, sotsiaalne ärevus, väsimus ja insomniat.

Tajutud Stressi Skaala (*Perceived Stress Scale, PSS*; Cohen, Kamarck ja Mermelstein, 1983) hindab indiviidi tajutud stressi määra. Küsimustik koosneb 14 väitest, millele vastatakse 5-pallisel Likert'i skaalal (0 – ”väga harva” kuni 4 – ”väga sageli”).

Rosenbergi Enesehinnangu Skaala (*The Rosenberg Self-Esteem Inventory, R-EHI*; Rosenberg, Pullmann ja Allik, 2000) mõõdab inimese üldist enesehinnangut. Küsimustik koosneb 10 enesehinnangulisest väitest (nt “*Suhtun endasse hästi*”), mida vastaja peab hindama Likert'i 5-pallisel skaalal vahemikus “täiesti nõus” kuni “ei ole sugugi nõus”.

NEO-FFI (Allik, Laidra, Realo ja Pullmann, 2004) mõõdab viit isiksuseomadust. Test koosneb 95 väitest, mida vastaja peab hindama 5-pallisel Likert'i skaalal (0 – “vale” kuni 4 – “õige”). Vastused jaotuvad 5 skaalasse: neurootilisus, avatus, extravertsus, sotsiaalsus, meelekindlus.

Interpersonaalsete probleemide küsimustik (*Inventory of Interpersonal Problems, IIP-65*; Barkham, Hardy ja Startrup, 1996; Esop, 1998) mõõdab interpersonaalseid probleeme, mida inimesed kogevad, ja nendega seotud distressi. Küsimustik koosneb 65 väitest (nt “*püüan liiga palju teiste meele järele olla*”), mida vastaja peab hindama 5-pallisel Likert'i skaalal (0 – “üldse mitte” kuni 4 – “täiesti”). Väited jaotuvad 8 alaskaalasse: Raske olla seotud, Liiga hooliv, Raske olla toetav, Raske kehtestada, Raske olla sotsiaalne, Liiga agressiivne, Liiga avatud, Liiga sõltuv. Lisaks arvutatakse koguskoor. Mida kõrgem skoor, seda rohkem interpersonaalseid probleeme.

Lähisuhete küsimustik (*Experiences in Close Relationships Questionnaire, ECR-I*; Brennan, Clark ja Shaver, 1998) mõõdab täiskasvanute seotuse stiile (suhetega seotud ärevus ja vältimine). Küsimustik koosneb 36 väitest, mida vastaja peab hindama 7-pallisel Likert'i skaalal (1 – “ei nõustu üldse” kuni 4 – “täiesti nõus”).

Interpersonaalse reaktiivsuse küsimustik (*Interpersonal Reactivity Index, IRI*; Davis, 1983) võimaldab hinnata teistele suunatud emotsionaalset ja kognitiivset empaatiat ning enesekeskset distressi tunnet. Test koosneb 28 väitest seitsme vastusevariandiga. Tulemused jaotatakse 4 alaskaalasse: 1) *emotsionaalne empaatia* mõõdab määra, mil indiviid kogeb kaastunnet, hoolitsust, soojust jms tundeid hädasolija suhtes; 2) *kognitiivse empaatia skaala* näitab indiviidi võimet näha asju teise inimese vaatepunktist; 3) *fantasia* skaala mõõdab kalduvust kujutada end ette väljamõeldud olukordades (nt unistamine, filmid, raamatud); 4) *personaalse distressi* skaala mõõdab aga indiviidi enda hirmu, ebamugavustunnet olukorras, kus nähakse pealt teise õnnetust.

Rahulolu küsimused mõõdavad rahulolu seoses 6 valdkonnaga: rahulolu oma praeguse eluga üldiselt, oma majandusliku olukorraga, oma seniste saavutustega, suhetega lähedaste inimestega, iseendaga, oma tervisliku seisundiga. Vastused antakse Likert'i 6-pallisel skaalal (1 – väga rahulolematu kuni 6 – väga rahul). Kolm esimest vastust kirjeldavad rahulolematust ja kolm viimast rahulolu.

Negatiivsete automaatmõtete küsimustik (*Automatic Thoughts Questionnaire-Negative, ATQ-N*; Hollon ja Kendall, 1980; Vahtra, 2008) mõõdab negatiivsete automaatmõtete sagedust (1 – “mitte üldse” kuni 5 – “kogu aeg”) ja usutavust 1 nädala jooksul (1 – “mitte üldse” kuni 4 – “täiesti”).

Positiivsete automaatmõtete küsimustik (*Automatic Thoughts Questionnaire – Positive, ATQ-P*; Ingram, Wisnicki, 1988; Vahtra, 2008) mõõdab positiivsete enesekohaste mõtete sagedust (1 – “mitte üldse” kuni 5 – “kogu aeg”) ja usutavust 1 nädala jooksul (1 – “mitte üldse” kuni 4 – “täiesti”).

Irratsionaalsed uskumused (*Irrational Believes Inventory, IBI*; Emmelkamp, Koopmans; Sanderman, Timmerman, 1994; Esop, 1995) hindab ebakohaseid uskumusi seoses viie teemaga (st et nendes valdkondades esineb ebakohast mõtlemist): muretsemine, väline kontrollikese, jäikus, probleemide vältimine, heakskiiduvajadus. Vastajal palutakse hinnata 5-pallisel Likert'i skaalal (1 – “kunagi ei mõtle nii” kuni 5 – “mõtlen alati nii”), kuivõrd on talle tüüpilised loetletud mõtted. Arvutatakse ka küsimustiku koguskoor.

Andmetöötlus on teostatud programmi *Statistica 7* abil. Töös kasutasin kirjeldavaid statistikuid, gruppide vaheliste keskmiste võrdlemiseks dispersioonianalüüsi (ANOVA), muutujate vaheliste seoste leidmiseks Pearson'i korrelatsioonianalüüsi.

Tulemused

Vägivalda kogenud uuritavad kirjeldasid järgmiste füüsilise vägivalla aktide kogemist: mees lööb käega ja jalaga, lükkab, kasutab esemeid, pigistab käevart, surub vastu seina või põrandat, kägistab, põgenemisel erimeelsuste tekkimisel püüab takistada väänates kätest, lõhub, laamendab, lämmatab padjaga, trambib jalgadega minu peal, ootamatud hoobid selja tagant, kasutab relva, kasutab nuga, rebib riideid katki, torkab nõelaga, tõstab ja viskab jõuga maha, taob naist vastu seina või mööblit, viskab klaasiga vett näkku, sülitab näkku, tekitab luumurde (ribid, sõrmeluud), lööb hambad välja.

Vaimse vägivalla ilmingud, mida naised kirjeldasid: lööb sõnadega, joobes olles agressiivne, noriv, halb sõnavara, ärrituses viskab mõnd asja toas, ärritub, sõimab, kui asjad/naise tegevus ei vasta tema ootustele, takistab naisel mõnda tööd tegemast, sest naine ei oskavat seda teha (“*ma ei oskavat korralikult puid võtta*”), “*ei oska vabandada ega soovi väga vestelda/analüüsida olukordi*”, “*karjub nii et värised*”, mõnitab, alandab, “*on 2 aastat kinni*

istunud, kasutab sealseid õpitud asju”, terroriseerib psüühiliselt (“et olen lits, joodik, varas jne.”), ei räägi, ei tee välja, kasutab pigem psüühilist terrorit.

Vägivalda kogenud ja mittekokogenud naiste sotsiodemograafilised andmed ja psühholoogilise/psühhiaatrilise abi kogemuse ajalugu on toodud tabelis 1.

Tabel 1. Sotsiodemograafilised andmed ja psühhiaatrilise/psühholoogilise abi kogemus

	Kontrollgrupp (n=15)	VV grupp (n=24)	FV grupp (n=26)
Vanus	M=38,6(SD= 11,6)	M=36,4 (SD=10,0)	M=40,3 (SD=11,5)
Suhtekestus (aastates)	M=12,3 (SD=11,3)	M=12,2 (SD= 9,1)	M=13,9 (SD=11,1)
Laste arv	M=1,2 (SD=1)	M=1,8 (SD=1,3)	M=1,9 (SD=1,4)
Naise haridus:			
- keskharidus või alla selle	3 (9,68%)	10 (32,3%)	18 (58,1%)
- kõrgharidus/kraadiga	12 (35,3%)	14 (41,2%)	8 (23,5%)
Partneri haridus:			
- keskharidus või alla selle	7 (46,7%)	14 (63,6%)	24 (92,3%)
- kõrgharidus	8 (53,3%)	8 (36,4%)	2 (7,69%)
- puuduvad andmed	0 (0%)	2 (8,3%)	0 (0%)
Perekonnaseis			
-kooselu(abielu ja vabaabielu)	13 (86,7%)	21 (87,5%)	18 (69,2%)
- vallaline	1 (6,7%)	1 (4,2%)	4 (15,4%)
- lahutatud või lesk	1 (6,7%)	2 (8,3%)	4 (15,4%)
Emakeel			
- eesti keel	14 (93,3%)	21 (87,5%)	21 (80,8%)
- muu keel	1 (6,67%)	3 (12,5%)	5 (19,2%)
Pöördumised psühholoogi ja psühhiaatri poole:			
- ei	11 (73,3%)	19 (79,2%)	9 (34,62%)
- jah	4 (26,7%)	5 (20,8%)	17 (65,38%)
Pöördumise põhjus:			
- ei ole pöördunud	11 (73,3%)	19 (79,2%)	9 (34,62%)
- vägivald	0 (0%)	0 (0%)	3 (11,5%)
- muu	4 (26,7%)	5 (20,8%)	13 (50%)
Osalemine teraapias või tugigruppides:			
- ei ole	12 (80%)	24 (100%)	19 (73,1%)
- tugigrupp naistele	0 (0%)	0 (0%)	1 (3,9%)
- muu teraapia	2 (13,3%)	0 (0%)	4 (15,4%)
- mitu teraapiat (sh. ka tugigrupp)	1 (6,7%)	0 (0%)	2 (7,7%)

Märkus: M= keskmine; SD = standardhälve

Emotsionaalne seisund

Depressiivsust esines 20,8%-l VV grupil, 73,1%-l FV grupil, 6,7%-l kontrollgrupil. Üldistunud ärevust esines 29,2%-l VV grupil, 65,4%-l FV grupil ja 6,7%-l kontrollgrupil.

Vägivalda üldskoor korreleerus positiivselt kõikide EEK-2 alaskaaladega ja PSS skooriga ($p<0,05$). Kõige tugevam seos oli depressiooni ($r=0,67$), ärevuse ($r=0,62$) ja sotsiaalsooibiaga ($r=0,60$), kõige nõrgem seos oli asteenia ($r=0,46$) ja stressiga ($r=0,47$).

Gruppidevahelised erinevused PSS ja EEK-2 tulemuste keskmiste alusel on toodud tabelis 2. Gruppidevaheliste erinevuste täpsustamiseks kasutasin *Post hoc* analüüsi Fisher'i testi.

Tabel 2. Gruppidevahelised erinevused PSS ja EEK-2 tulemuste keskmiste alusel

	Kontrollgrupp (n=15)		VV grupp (n=24)		FV grupp (n=26)		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
PSS (stress)	18,6	2,6	21,7	2,6	34,8	2,3	13,639	0,000
EEK-2								
Depressiivsus	4,8	3,9	7,25	5,4	17,3	8,5	22,26	0,000
Üldine ärevus	5,3	4,6	8,3	4,6	14,4	5,3	18,82	0,000
Paanika	0,0	0,0	1,0	1,4	4,3	4,9	10,78	0,000
Sotsiaalsoobia	0,4	0,5	1,3	1,6	2,8	10,6	9,96	0,000
Asteeniat	5,0	4,26	6,4	4,5	10,6	3,4	11,32	0,000
Unehäired	2,3	2,7	3,5	2,7	6,9	3,9	11,88	0,000

Märkus: PSS = Tajutud stressi skaala; EEK-2 = Emotsionaalse enesetunde küsimustik, M = keskmine; SD = standardhälve

Post hoc analüüs näitas statistiliselt olulist erinevust FV grupi ja kontrollgrupi ning FV ja VV grupi vahel ($p<0,01$) nii EEK-2 kui ka PSS testide tulemustes. VV ja kontrollgrupi vahel statistiliselt olulist erinevust ei ilmnunud. FV grupi naised kirjeldasid rohkem emotsionaalse enesetunde probleeme võrreldes VV ja kontrollgrupiga. Neil oli kõrgem depressiivsus ja üldistunud ärevuse tase, rohkem paanika ja sotsiaalsoobia sümptomeid, asteeniat ja unehäireid, kõrgem stressi tase.

Analüüsides eraldi EEK-2 depressiivsuse alaskaala üksikväiteid selgus, et FV grupil oli statistiliselt oluliselt ($p<0,0001$) kõrgem alaväärsustunne, üksildustunne, lootusetus tuleviku suhtes, võimetus rõõmu tunda; enam esineb ennast süüdistavaid mõtteid ning sagedamad on korduvad surma või enesetapumõtted. VV ja kontrollgrupi vaheline erinevus ei olnud statistiliselt oluline.

Kognitsioonid

Korrelatsioonianalüüs näitas vägivalda üldskoori positiivset seost IBI alaskaaladega ($r=0,29$ kuni $r=0,43$) (v.a. probleemi vältimine), negatiivsete automaatmõtete sagedusega ja usuga nendes (vastavalt $r=0,58$ ja $r=0,46$). Negatiivselt seostus vägivalda üldskoor positiivsete automaatmõtete usutavusega ($r=-0,40$), rahulolu kõikide aspektidega ($r=-0,46$ “Rahulolu oma majandusliku olukorraga” kuni $r=-0,60$ “Rahulolu eluga üldiselt”).

Tabelis 3 on toodud gruppidevahelised erinevused keskmiste alusel rahulolu, irratsionaalsete uskumuste ja automaatmõtete testide tulemustes. Erinevuste täpsustamiseks kasutasin *Post hoc* analüüsi Fisher’i testiga.

Tabel 3. Gruppidevahelised erinevused keskmiste alusel kognitsioonide testides

	Kontrollgrupp (n=15)		VV grupp (n=24)		FV grupp (n=26)		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
Rahulolu:								
<i>Eluga üldiselt</i>	5,0	1,1	4,7	0,9	2,9	1,5	0,96	0,000
<i>Majand. olukorraga</i>	4,1	1,1	3,8	1,1	2,8	1,5	5,57	0,006
<i>Oma saavutustega</i>	4,8	1,2	4,5	1,0	3,6	1,4	5,66	0,006
<i>Suhetega lähedaste inimestega</i>	5,1	1,0	5,0	0,9	3,6	1,4	13,15	0,000
<i>Iseendaga</i>	4,9	1,0	4,5	1,2	3,2	1,3	11,22	0,000
<i>Oma terv. seisundiga</i>	4,8	1,1	4,6	1,0	3,3	1,5	9,47	0,000
IBI								
<i>Muretsemine</i>	22,4	6,4	22,2	8,0	28,7	9,4	4,72	0,012
<i>Väline kontrollikese</i>	14,9	3,2	15,7	5,0	18,0	31,0	2,50	0,090
<i>Jäikus</i>	26,3	7,2	28,8	8,9	31,0	8,2	1,55	0,221
<i>Probleemi vältimine</i>	20,9	2,6	20,2	5,8	21,2	5,3	0,25	0,780
<i>Heakskiiduvajadus</i>	17,3	5,5	17,2	6,1	20,4	7,2	1,91	0,157
<i>Koguskoor</i>	101,8	10,9	104,1	26,9	119,3	28,4	3,29	0,043
ATQ								
<i>ATQ-P (sagedus)</i>	86,9	27,5	89,7	20,7	71,7	23,9	4,41	0,016
<i>ATQ-N (sagedus)</i>	41,5	14,3	48,0	16,2	76,9	28,9	12,57	0,000
<i>ATQ-P (usk)</i>	111,3	21,0	99,0	27,4	85,0	29,0	5,21	0,008
<i>ATQ-N (usk)</i>	50,3	30,5	49,9	23,6	78,1	34,1	6,94	0,002

Märkus: M = keskmine, SD = standardhälve, IBI = irratsionaalsete uskumuste skaala, ATQ-P = positiivsete automaatmõtete küsimustik, ATQ-N = negatiivsete automaatmõtete küsimustik.

Post hoc analüüs näitas, et 2 vägivaldgruppi erinevad omavahel statistiliselt oluliselt ($p<0,05$) Rahulolu poolest. FV grupp erines ka kontrollgrupist ($p<0,05$). VV grupp ei erinenud oluliselt kontrollgrupist. Nii vägivalda mittekogetavad kui ka ainult vaimset vägivalda kogetavad naised olid pigem rahul oma praeguse elu ja selle erinevate aspektidega. Füüsilist vägivalda kogetavad naised aga olid pigem rahulolematud.

Erinevalt VV ja kontrollgrupist oli FV grupil IBI testi alusel üldiselt rohkem irratsionaalseid uskumusi. *Post hoc* analüüs näitas statistiliselt olulist erinevust VV ja FV grupi vahel ning kontrollgrupi ja FV grupi vahel muretsemise alaskaalal ja IBI koguskooris ($p<0,05$). Kõik grupid ei erinenud omavahel statistiliselt oluliselt kontrollikeskme, jäikuse, probleemi vältimise ja heakskiiduvajaduse poolest.

Automaatmõtete küsimustike tulemusi analüüsides ilmnis statistiliselt oluline gruppidevaheline erinevus nii negatiivsete automaatmõtete (ATQ-N) kui ka positiivsete automaatmõtete (ATQ-P) osas. FV grupil oli keskmiselt rohkem negatiivseid automaatmõtteid ja kõrgem usk nendesse ning vähem positiivseid automaatmõtteid ja madalam usk nendesse ($p<0,05$) võrreldes kontrollgrupi ja VV grupiga. VV ja kontrollgrupp ei erinenud omavahel negatiivsete automaatmõtete ja positiivsete automaatmõtete sageduse poolest ning positiivsete automaatmõtete usutavuse poolest. Usk positiivsetesse automaatmõtetesse oli kõrgeim kontrollgrupi naistel ja madalaim FV naistel, erinevus nende vahel oli statistiliselt oluline ($p<0,05$). VV grupp näitas vahepealset tulemust FV ja kontrollgrupi vahel ning ei erinenud oluliselt kummastki ($p>0,05$).

Kontrollisin vägivalda kogemise ja depressiooni koosmõju automaatmõtetele antavatele hinnangutele. Depressiivsuse alaskaala tulemuste alusel moodustatud kõrge (üle 12) ja madala (alla 12) grupi keskmiste *Post hoc* analüüs näitas, et vähedepressiivsed FV grupi naised ($n=7$), ei erinenud teistest vähedepressiivsetest naistest negatiivsete automaatmõtete sageduse poolest ($p>0,05$). Omavahel erinesid kõrge depressiivsusega VV ($n=5$) ja kõrge depressiivsusega FV ($n=19$) grupi uuritavad ($p<0,05$). Kõrge depressiivsusega füüsilist vägivalda kogenud uuritavatel oli rohkem negatiivseid automaatmõtteid.

Enesehinnang, isiksus ja suhted

Vägivalda üldskoor korreleerus negatiivselt enesehinnanguga ($r = -0,65$); positiivselt empaatia (IRK) personaalse distressi alaskaalaga ($r=0,35$); Lähisuhete küsimustiku (ECR-I) ärevuse alaskaalaga ($r=0,48$); positiivselt kõikide Interpersonaalsete probleemide küsimustiku (IIP-65) alaskaaladega v.a. *Raske olla toetav* (kõige tugevam seos $r=0,72$ alaskaalaga *Raske olla seotud*, nõrgeim $r=0,28$ alaskaalaga *Liiga agressiivne*). Positiivselt vägivalda üldskoor seostus neurootilisusega ($r=0,60$; $p<0,05$) ning negatiivselt seostus üldskoor avatusega ($r=-0,24$; $p<0,05$) ja meelekindlusega ($r=-0,29$; $p<0,05$).

ANOVA-t rakendades ilmnis statistiliselt oluline gruppidevaheline erinevus enesehinnangu, IRI kolme skaala (v.a. fantaasia), ECR-I ärevuse, peaaegu kõikidel IIP skaalade (v.a. *Raske olla toetav*) ja koguskoori ning NEO-FFI neurootilisuse, avatuse ja meelekindluse osas (vt tabel 4).

Tabel 4. Gruppidevahelised erinevused keskmiste alusel isiksuse ja suhete testides

	Kontrollgrupp (n=15)		VV grupp (n=24)		FV grupp (n=26)		F	P
	M	SD	M	SD	M	SD		
R-EHI	34,3	3,3	31,5	5,5	21,3	9,9	19,27	0
NEO-FFI:								
<i>neurootilisus</i>	15,7	10,0	21,3	9,5	32,7	10,5	15,81	0,000
<i>ekstravertsus</i>	28,9	8,0	25,9	8,8	25,0	9,7	0,95	0,393
<i>avatus</i>	34,9	4,8	31,0	5,9	30,0	6,1	3,59	0,034
<i>sotsiaalsus</i>	30,4	11,2	31,3	7,5	29,4	8,0	0,29	0,749
<i>meelekindlus</i>	35,5	5,2	28,6	8,4	30,0	9,6	3,41	0,040
IIP-65								
<i>Summa</i>	31,3	8,8	41,3	16,7	59,8	19,8	15,74	0,000
<i>Raske olla sotsiaalne</i>	1,6	1,6	3,1	2,7	5,2	3,9	7,03	0,002
<i>Liiga avatud</i>	4,6	1,9	5,9	3,1	7,2	2,4	4,83	0,011
<i>Raske olla toetav</i>	5,5	3,2	5,8	2,9	6,1	3,3	0,77	0,469
<i>Liiga hooliv</i>	6,3	3,1	6,9	3,0	9,6	3,4	6,51	0,003
<i>Raske olla seotud</i>	1,5	1,5	2,6	2,2	6,0	3,1	19,55	0,000
<i>Liiga sõltuv</i>	3,5	2,6	4,4	2,6	6,4	3,4	5,22	0,008
<i>Liiga agressiivne</i>	2,9	2,3	5,0	3,6	6,5	4,8	4,11	0,021
<i>Raske olla kehtestav</i>	5,3	2,8	7,6	4,3	12,3	5,1	14,22	0,000
ECR-I								
<i>Ärevus (AN)</i>	51,1	13,0	61,8	15,3	71,3	17,4	8,02	0,001
<i>Vältimine (AV)</i>	70,3	6,9	69,4	8,5	69,7	9,6	0,05	0,949
IRI								
<i>Emotsionaalne</i>	41,3	3,5	38,4	9,5	43,3	4,9	3,27	0,045
<i>Kognitiivne</i>	38,9	3,5	32,5	8,9	32,5	8,9	3,71	0,030
<i>Fantaasia</i>	29,3	8,7	29,8	9,4	31,7	7,0	0,54	0,586
<i>Personaalne distress</i>	22,5	7,8	24,8	9,4	31,3	7,7	6,42	0,002

Märkus: M=keskmine, SD=standardhälve, R-EHI=Rosenbergi enesehinnangu skaala, IRK=Interpersonaalse Reaktiivsuse Küsimustik (empaatia), ECR-I=Lähisuhete küsimustik, IIP-65=Interpersonaalsete probleemide küsimustik

Erinevuste täpsustamiseks kasutasin *Post hoc* analüüsi Fisher'i testiga. FV naised said oluliselt madalama skoori enesehinnangu skaalal, võrreldes VV ja kontrollgrupiga ($p<0,001$). Kontrollgrupp ja VV grupp aga statistiliselt oluliselt ei erinenud.

NEO-FFI testis neurootilisuse skaalal näitas Fisher'i test statistiliselt olulist erinevust FV ja VV ($p<0,005$) vahel ning FV ja kontrollgrupi vahel ($p<0,005$). FV grupi uuritavatel oli oluliselt kõrgem neurootilisuse tase võrreldes teiste gruppidega, VV ja kontrollgrupp ei erinenud omavahel neurootilisuse taseme poolest. Avatuse ja meelekindluse skaaladel said FV grupi uuritavad madalama skoori võrreldes kontrollgrupiga ($p<0,05$). Uuritavad VV grupist said vahepealse skoori ning nende tulemus ei erinenud statistiliselt olulisel määral kontrollgrupi ja FV

grupi tulemustest. Grupid ei erinenud omavahel statistiliselt oluliselt ekstravertsuse ja sotsiaalsuse poolest ($p>0,05$).

FV grupi uuritavad hindasid endal rohkem interpersonaalseid probleeme olevat ($p<0,01$) kui VV ja kontrollgrupi naised (IIP koguskoor). Kontrollgrupp ja VV grupp ei erinenud omavahel statistiliselt oluliselt. Alaskaalal *Raske olla toetav* ei erinenud grupid omavahel statistiliselt olulisel määral. Alaskaaladel *Raske olla sotsiaalne*, *Liiga hooliv*, *Raske olla seotud*, *Liiga sõltuv* ja *Raske olla kehtestav* said FV grupi naised kõige kõrgemat skoori ($p<0,01$). VV ja kontrollgrupp ei erinenud omavahel statistiliselt oluliselt. Alaskaaladel *Liigne avatus* ja *Liigne agressiivsus* erinesid omavahel vaid FV ja kontrollgrupp ($p<0,01$).

Kuna VV ja kontrolgrupp ei erinenud omavahel neurootilisuse poolest, liitsin neid kokku (liitgrupp – LG), et vaadata, kuidas neurootilisus (kvartiilide alusel jagatud madalaks, keskmiseks ja kõrgeks) on seotud oma interpersonaalsetele probleemidele antavate hinnangutega. Selleks viisin läbi korrelatsioonianalüüsi ja vaatasin füüsilise vägivalla kogemise ja neurootilisuse koosmõju rakendades. Neurootilisus korreleerus positiivselt kõikide IIP-65 alaskaaladega (kõige tugevam seos IIP-65 koguskooriga ($r=0,72$, $p<0,05$), kõige nõrgem seos oli Liigse hoolivusega ($r=0,31$, $p<0,05$). Peamõjud olid statistiliselt olulised: vägivald ($F(1,59)=5,83$, $p=0,019$), neurootilisus ($F(2,59)=10,19$, $p=0,000$), kuid koosmõju ei olnud statistiliselt oluline ($F(2,59)=0,29$, $p=0,75$). Fisher'i testi rakendades leidsin, et neurootilisemad inimesed kõikidest gruppidest hindasid endal olevat rohkem interpersonaalseid probleeme. Kõige vähem interpersonaalseid probleeme oli madala neurootilisusega liitgrupil, kõige rohkem interpersonaalseid probleeme oli kõrge neurootilisusega FV grupil ($p<0,05$). Kõrge neurootilisusega liitgrupp ja madala neurootilisusega FV grupp ei erinenud omavahel statistiliselt oluliselt ($p>0,05$). Fisher'i test näitas olulist erinevust kõrge neurootilisusega FV grupi ja kõrge neurootilisusega liitgrupi naiste vahel ($p<0,05$).

Lähisuhete küsimustikus (ECR-R) esines statistiliselt oluline erinevus gruppide vahel vaid ärevuse skaalal, grupid ei erinenud omavahel vältimise poolest. Ärevuse skaalal erinesid omavahel vaid FV grupp ja kontrollgrupp ($p<0,005$). FV grupi naised olid lähisuhetes ärevamad kui kontrollgrupi naised. VV naised ei erinenud statistiliselt oluliselt ärevuse skaalal kontrollgrupist ja FV grupist, nad said vahepealseid skoori.

Empaatia (IRI) testis esines statistiliselt oluline gruppidevaheline erinevus kolmel alaskaalal: emotsionaalne empaatia, kognitiivne empaatia ja personaalne distress. Emotsionaalse empaatia alaskaalal erines FV grupp statistiliselt oluliselt VV grupist ($p<0,05$), FV grupil oli kõige kõrgem emotsionaalne empaatia. Kognitiivse empaatia alaskaalal hindasid mõlemad vägivalla grupid oma kognitiivset empaatiat võrdselt madalamaks ($p<0,05$) kui kontrollgrupp.

Personaalse distressi alaskaalal erines FV grupp statistiliselt oluliselt VV grupist ja kontrollgrupist ($p<0,01$), kes hindasid oma personaalset distressi võrdselt madalamana.

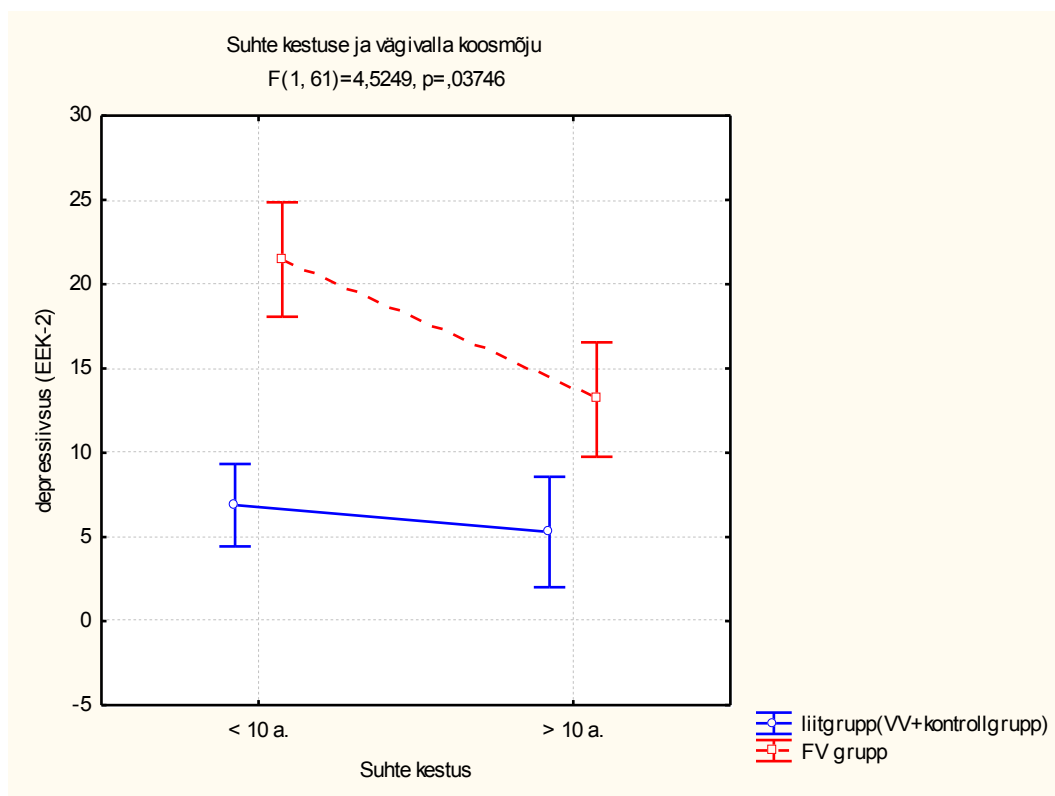
Suhte kestuse seotus isiksuse, meeleolu ja kognitsioonidega

Tulemustest selgub, et VV ja kontrollgrupi naised ei erinenud oluliselt paljude testide tulemustes, seetõttu pidasin otstarbekamaks liita need grupid kokku nimetades selle liitgrupiks (LG). Edasi uurisin, kas liitgrupi ja FV grupi vahel on erinevusi erinevate tunnuste koosmõjus.

Käesolevas uuringus ei näidanud korrelatsioonianalüüs statistiliselt olulist seost vägivalda üldskoori ja suhte kestuse vahel ($r=0,02$, $p<0,05$).

Dispersioonianalüüs näitas, et FV<10 grupp (suhte kestus vähem kui 10 aastat) oli kõige kõrgema neurootilisusega ja LG>10 (suhte kestus rohkem kui 10 aastat) grupp oli kõige madalama neurootilisusega ($p<0,05$). LG<10 ja FV>10 näitasid vahepealset tulemust ning ei erinenud omavahel ($p>0,05$). Teistel NEO-FFI alaskaaladel ei olnud erinevused liitgrupi ja FV grupi vahel statistiliselt olulised. Seega naised, kes elasid füüsiliselt vägivaldse mehega vähem kui 10 aastat, erinesid teistest gruppidest ainult kõrge neurootilisuse poolest.

Kui vaadata vägivalda kogemise ja suhte kestuse (kodeerituna <10 ja >10) koosmõju meeleolule, siis on näha (vt Joonis 1), et kõige depressiivsemad on need naised (koosmõju $F(1,61)=4,53$, $p<0,05$), kes elavad füüsiliselt vägivaldse mehega vähem kui 10 aastat (edaspidi nimetain neid FV<10) ($n=13$; $M=21,5$; $SD=7,1$). FV grupi naistel, kelle suhe kestab rohkem kui 10 aastat (FV>10), on samuti kõrge skoorid ($n=13$; $M=13,2$; $SD=8,0$) kuid nad hindavad oma depressiivsust oluliselt madalamana ning keskmine läheneb äralõikepunktile. Liitgrupi uuritavate hinnangutes (LG<10, $n=25$; LG>10, $n=14$) ei sõltunud depressiivsuse skoor suhte kestusest. Ärevuse skaalal oli samasugune tendents, kuid koosmõju ei olnud statistiliselt oluline ($F(1,61)=1,67$, $p=0,202$). Koosmõju ei olnud statistiliselt oluline ka teistel EEK-2 alaskaaladel, kuigi tendents oli sama, mis depressiivsusega.



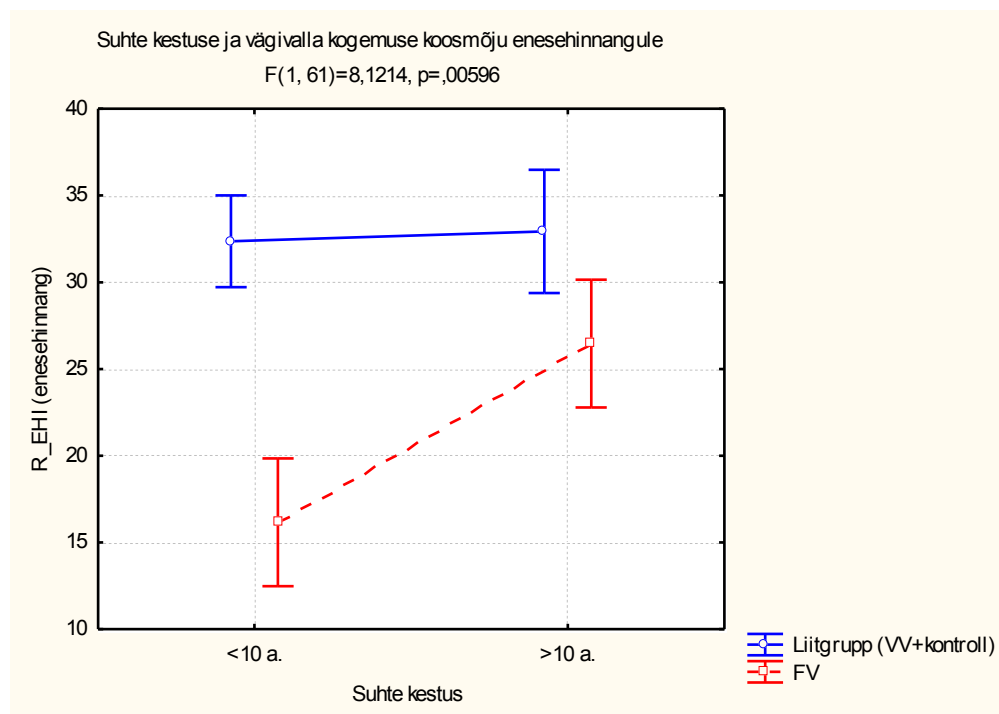
Joonis 1. Suhte kestuse ja vägivalda kogemuse koosmõju depressiivusele

FV<10 grupp hindas endal olevat kõige kõrgemat stressitaset ($p<0,01$; $M=40,5$; $SD=9,2$); ärevamat seotusemustrit ($p<0,05$; $M=79,4$, $SD=17,2$), madalamat enesehinnangut ($p<0,001$; $M=16$, $SD=7,1$; vt Joonis 2). Neil esines rohkem irratsionaalseid uskumusi ($p<0,01$; $M=130,1$, $SD=10,8$) ja negatiivseid automaatmõtteid ($p<0,001$; $M=92,3$, $SD=26,5$). FV>10 naised andsid vahepealseid hinnanguid oma enesehinnangule ($M=26,4$, $SD=9,8$) ning nende enesehinnang oli kõrgem, kui FV<10 grupil ($p<0,001$). Samasugune tendents oli negatiivsete automaatmõtetega ($p<0,05$; $M=60,7$, $SD=34,4$).

Liitgrupi uuritavatel ei sõltunud stressi skoor suhte kestusest ning oli ühtlaselt madalam (LG<10 ja LG>10 vastavalt $M=21,8$; $SD=10,2$ ja $M=18,1$, $SD=10,7$). LG grupil oli ühtlaselt kõrgem enesehinnang (LG<10 ja LG>10 vastavalt $M=32$; $SD=4,5$ ja $M=33$, $SD=5,6$), ühtlaselt vähem irratsionaalseid uskumusi (LG<10 ja LG>10 vastavalt $M=107,8$; $SD=13$ ja $M=95,1$, $SD=31,5$), ühtlaselt vähem negatiivseid automaatmõtteid (LG<10 ja LG>10 vastavalt $M=47,4$; $SD=17,2$ ja $M=42,1$, $SD=12$) vähem ärev seotusemuster (LG<10 ja LG>10 vastavalt $M=61,6$; $SD=15$ ja $M=50,5$, $SD=13,3$).

FV>10 grupil ei erinenud IBI (irratsionaalsed uskumused) skoor ($M=108,3$, $SD=36,2$) ja PSS (stress) skoor ($M=29,1$; $SD=11,5$) statistiliselt oluliselt liitgrupi skoorist. FV>10 andsid oma seotusele (ärevusele) LG<10 grupiga sarnast hinnangut ($M=63,2$; $SD=14$).

Suhte pikkus ei mõjutanud oma empaatiale antavat hinnangut.



Joonis 2. Suhte kestuse ja vägivalda kogemise koosmõju enesehinnangule

ARUTELU

Käesoleva töö eesmärgiks oli uurida paarisuhtes füüsilist ja vaimset vägivalda kogenud naiste hinnanguid iseendale ja võrrelda, kuidas need erinevad omavahel ning paarisuhtes vägivalda mitte kogenud naiste hinnangutest. Pidasin oma töös oluliseks eraldi käsitleda paarisuhtes füüsilist vägivalda ja üksnes vaimset vägivalda kogenud naisi. Vähesed uuringud, mis neid gruppe eraldi käsitlevad, on leidnud, et need grupid omavahel ei eristunud. Käesoleva töö tulemused näitavad, et naised, kes on kogenud paarisuhtes füüsilist vägivalda, erinesid paarisuhtes üksnes vaimset vägivalda kogenud naistest emotsionaalse seisundi (meeleolu ja stress), kognitsioonide (irratsionaalsed uskumused, negatiivsed ja positiivsed automaadmõtted, rahulolu eluga), suhete (interpersonaalsed probleemid, mitteturvaline seotusestiil) ja isiksuse (neurootilisus, avatus ja meelekindlus; enesehinnang; empaatia) poolest. Paarisuhtes üksnes vaimset vägivalda kogenud uuritavad sarnanesid oma hinnangutes vägivalda mitte kogenud uuritavatega.

Uuringu tulemustest selgub, et füüsilist vägivalda kogenud naised olid kõrgema stressitasemega, depressiivsemad, ärevamad. Lisaks esines neil rohkem paanika, sotsiaalfobia, asteenia ja unetuse sümptomeid. FV grupil oli statistiliselt oluliselt kõrgem alaväärsustunne;

rohkem kurvameelsust, enesesüüdistusi, üksildustunnet, lootusetust tuleviku suhtes ja võimetust rõõmu tunda; sagedamini esines surma- või enesetapumõtteid. Tulemus on kooskõlas varasemate uuringutega, kus on leitud, et füüsilise vägivalda all kannatavatel naistel on kõrgem depressiooni-, ärevuse- ja stressitase, nad kipuvad ennast süüdistama, tundma lootusetust (Brown jt., 2009) ja sagedamini kogema suitsiidimõtteid (Constantino jt., 2000; Rhodes ja McKenzie, 1998; Coolidge ja Anderson, 2002; Johnson, 2008; Clements jt., 2004; Zlotnick, Johnson ja Kohn, 2006; Calvete jt., 2008). Madal enesehinnang, lootusetus tuleviku suhtes, alaväärsustunne ja enesesüüdistused võivad takistada pöördumist psühholoogide või psühhiaatrite poole. Seega väheneb võimalus saada muutuseks vajalikku ravi (sh. teraapiat) (Frisch ja MacKenzie, 1991).

Varasematest uuringutest on leitud, et paarisuhtes üksnes vaimset vägivalda kogenud naised ei erine füüsilist vägivalda kogenud naistest depressiooni, ärevuse ja teiste psüühiliste probleemide poolest (Follingstad jt., 1990; Romito jt., 2005; Pico-Alfonso jt., 2006; Vitanzas jt., 1995). Erinevalt nende uuringute tulemustest näitas käesolev uuring, et ainult vaimset vägivalda kogenud naised hindasid oma meeleolu ja stressitaset sarnaselt nendega, kes ei ole vägivalda kogenud. Mõlemas eelnimetatud grupis oli madalam stressitase ja kliinilisest piirist (Aluoja, Leinsalu, Shlik, Vasar ja Luuk, 2004) madalam meeleolu. Võib oletada, et ainult vaimset vägivalda kogenud naised ei hinnanud vaimset vägivalda enda jaoks piisavalt ohtlikuks või on neil võrdlemisi palju kaitsvaid faktoreid, mis aitavad neil vägivalda negatiivsete tagajärgedega toime tulla. Üheks kaitsvaks faktoriks võib olla madal üksildustunne (erinevalt füüsilist vägivalda kogenud naistest ei näidanud EEK-2 vaimset vägivalda kogenud naistel kõrge üksildustunnet). Sarnaselt varasemate uuringutega näitasid käesoleva töö tulemused, et depressiivsus korreleerub positiivselt vägivalda tõsiduse ja sagedusega (Rhodes ja McKenzie, 1998; Zlotnick jt., 2006). Vägivalla tõsiduse ja sagedusega korreleerusid positiivselt ka teised EEK-2 alaskaalad ja stressitase.

Töös ilmnes, et füüsilist vägivalda kogenud naised erinesid teistest gruppidest ka kognitsioonide poolest. Erinevalt vägivalda mittekoogenud naistest ja ainult vaimset vägivalda kogenud naistest olid nad oma eluga ja selle erinevate aspektidega (majanduslik olukord, tervislik seisund, suhted lähedaste inimestega, iseenda ja oma saavutustega) üldiselt rahulolematud. Näiteks on Romito jt. (2005) leidnud, et nii füüsilist kui ka ainult vaimset vägivalda kogevad naised on rahulolematud oma tervisega. Käesoleva töö tulemus erineb Romito jt. (2005) tulemustest, kuna tervisega rahulolematuse tase oli kõrge vaid füüsilist vägivalda kogenud naistel.

Füüsilist vägivalda kogenud naistel oli rohkem irratsionaalseid uskumusi (eriti seoses muretsemisega), rohkem negatiivseid automaatmõtteid ja kõrgem usk nendesse. Vähem esines

positiivseid automaatmõtteid ja usk nendesse oli madalam. On teada, et stressiolukorras aktiveeruvad irratsionaalsed uskumused ja negatiivsed automaatmõtted kutsuvad esile meeleolumuutusi ja ebakohast käitumist (Beck jt., 1979; Young, 2003; Beck, Rush, Shaw ja Emery, 1979; Vahtra, 2008; Young, 2003; Calvete jt., 2008). See aitab seletada meeleoluprobleemide rohkust füüsilist vägivalda kogenud naistel ning meeleoluprobleemide vähesust üksnes vaimset vägivalda kogenud ja vägivalda mittebogenud naistel.

Mitmed varasemad uuringud on rõhutanud vältimiskäitumise düsfunktsionaalsust ja negatiivset mõju (Clements ja Sawhney, 2000; Calvete jt., 2008; Valente, 1998; Oathes ja Ray, 2008; Walker, 1991). Probleemi vältimise osas gruppidevahelisi erinevusi antud töös ei ilmnenu. Samuti ei leidnud ma oma uuringus gruppidevahelisi erinevusi kontrollikeskme osas, mis on vastuolus Frisch'i ja MacKenzie (1991) uurimuse tulemusega, kus väideti, et füüsilist vägivalda kogenud naistel on kõrgem eksternaalne kontrollikese.

Tulemustest selgub, et füüsilist vägivalda kogenud naistel oli rohkem interpersonaalseid probleeme ja mitteturvaline seotusmuster (kõrgem ärevus). Paarisuhtes üksnes vaimset vägivalda kogenud naised ei erinenud vägivalda mittebogenud naistest interpersonaalsete probleemide hulga ja seotusmusteri poolest. Füüsilist vägivalda kogenud naistel oli summaarselt rohkem interpersonaalseid probleeme, neil on raskem olla sotsiaalne, seotud ja kehtestav. Nad on liigselt avatud, hoolivad, sõltuvad ja agressiivsed. Mida enam on inimestel interpersonaalseid probleeme ja mida kõrgem on stress, seda vähem kasutavad nad probleemi lahendamisele suunatud toimetulekustrateegiaid (Esop, 1998). Paarisuhtes füüsilist vägivalda kogevate naiste interpersonaalsete probleemide rohkus ja kõrge stressi tase võivad seletada, miks naised ei lahenda oma probleeme aktiivselt. Collins jt. (2002) leidsid longituuduuringus, et noorukieas ärevamad naised loovad hiljem suhteid sotsiaalselt ebakompetentsete meestega. Käesolevast uuringust ilmnes, et füüsilist vägivalda kogevad naised olid ärevama seotuse stiiliga, mis toetab Collins'i jt. (2002) tulemust. Samuti leidsid Collins jt. (2002), et vältiv seotuse stiil oli seotud madala rahuloluga suhetes. Käesolevas töös ei erinenud grupid vältiva seotuse stiili osas.

Esop (1998) leidis oma magistratöös, et interpersonaalseid probleeme omavad oluliselt rohkem neurootilisemad inimesed, tuues seletuseks, et vahendades sotsiaalseid suhteid omavad emotsioonid olulist rolli suhete kogemisel ning neile hinnangu andmisel. Seega on oluliselt kõrgem interpersonaalsete probleemide hulk neurootilistel inimestel tingitud just sellest, et nende ülemäärane muretsimine, närvilisus ja emotsionaalsus suunavad ka nende suhetele antavaid hinnanguid (Esop, 1998). Vaadates isikuseomaduste, sh neurootilisuse ja interpersonaalsete probleemide seoseid vägivalla kogemisega, leidsin, et kõrge neurootilisusega füüsilist vägivalda kogevad naised hindasid endal olevat enam suhteprobleeme kui teised uuringus osalenud grupid.

Madala neurootilisusega vägivalda kogenud naised andsid sarnaseid hinnanguid vägivalda mittebogenud kõrge neurootilisusega naistega. Füüsilist vägivalda kogenud kõrge neurootilisusega naised andsid ka teistes testides keskmisest oluliselt erinevaid vastuseid. Madala neurootilisusega vägivalda kogenud naised andsid kõrge neurootilisusega vägivalda mittebogenud naistega võrdseid hinnanguid. See tähendab, et vägivalda kogemine iseenesest ei sunni inimest hindama endal rohkem interpersonaalseid probleeme, vaid neurootilisusel on samuti oluline roll.

Füüsilist vägivalda kogenud naised olid erinevalt ainult vaimset vägivalda kogenud ja vägivalda mittebogenud naistest neurootilisemad (kalduvad murelikkusele, närvilisusele ja ärevusele ning on suurema tõenäosusega rahulolematud nii enda kui teistega). Mõlemad vägivaldagrupid erinesid vägivalda mittebogenud naistest madalama avatuse (praktilisemad, traditsioonidest kinnipidavad ja harjumuspäraseid tegevusi eelistavad) ja meelekindluse (oma tegemistes paindlikud ning vähem orienteeritud kindlate eesmärkide saavutamisele) poolest.

Füüsilist vägivalda kogenud naistel oli samuti madal enesehinnang, kõrgem emotsionaalne empaatia (kaastunne, hoolitsus, soojus jms tunded hädasolija suhtes) ja personaalne distress (hirmu- ja ebamugavustunne olukorras, kus nähakse pealt teise õnnetust). Mõlemal vägivaldagrupil oli madalam kognitiivne empaatia (neil on raskem näha asju teise inimese vaatepunktist). Naised, kes kogesid üksnes vaimset vägivalda, ei erinenud vägivalda mitte kogenud naistest eelnimetatud tunnuste poolest. Need tulemused on kooskõlas varasemate uuringutega, kus leiti, et füüsilist vägivalda kogenud naistel on madalam enesehinnang (Aguilar ja Nightingale, 1994; Forte jt., 1996; Clements jt., 2004, Brown jt., 2009). Empaatia osas võib leida viiteid, et vägivalda kogenud naised on empaatilisemad ja andestavamad (Tsang ja Stanford, 2007). Frisch'i ja MacKenzie (1991) uuring näitab, et üheks vägivaldse suhte mittelõpetamise põhjuseks on kahjutunne (neil on partnerist kahju). Käesoleva töö autori kliinilise töö kogemusest paarisuhtevägivalda kogevate naistega nähtub, et naised toovad tihti just kahjutunnet suhtest mittelahkumise põhjenduseks. Nad arvavad, et *“mees ei saa ilma nendeta hakkama”* ja *“tal on niigi raske/kõrge stress”*.

Ferguson'i (2010) metaanalüütiline uuring näitas, et 20. ja 30. eluaasta vahel jääb isiksus (nii normaalne kui patoloogiline) stabiilseks. Lähtudes sellest tulemusest võib oletada, et füüsilist vägivalda kogenud naised olid neurootilisemad, vähem avatud ja meelekindlad, empaatilisemad ja madalama enesehinnangu ja ebaturvalise seotusestiiliga juba enne sattumist vägivaldssesse suhtesse. Selle hüpoteesi kontrollimiseks on vajalik longituuduuring.

Uuringu tulemused näitavad, et kuigi paarisuhtes füüsilist vägivalda kogevad naised eristuvad vägivalda mittebogenud naistest mitme näitaja poolest, ei ole nad homogeenne grupp.

Eelmainitud tulemused toetavad Coolidge'i ja Anderson'i (2002) järeldust vägivalda kogevate naiste heterogeensuse kohta. Varasemad uuringud on leidnud, et ajaga muutub nõ patriarhaalne paarisuhtes naiste vastu suunatud vägivald tõsisemaks (Marcus ja Swett, 2003; Johnson, 1995). Käesoleva uuringu tulemused ei näidanud seost suhte kestuse ja vägivalla raskuse vahel. Robins jt. (2002) leidsid, et suhe muudab suhteliselt vähe isiksust, kuid aastaid kestev väärkohtlemine suhtes suurendab negatiivset emotsionaalsust. Nad pakkusid, et aastakümneid kestev ebaadaptiivne suhe võib oluliselt tõsta negatiivset emotsionaalsust, kuid seda oletust pole empiiriliselt uuritud ja tõestatud (Robins jt., 2002). Käesolevas töös selgub, et füüsiliselt vägivaldse mehega vähem kui 10 aastat elanud naised olid kõrgema neurootilisusega, depressiivsemad ja ärevamad, madalama enesehinnanguga, kõrgema stressitasemega võrreldes naistega, kes elasid vägivaldse mehega kauem kui 10 aastat. Ka teistes testides andsid keskmisest oluliselt erinevaid hinnanguid naised, kes olid füüsiliselt vägivaldses suhtes vähem kui 10 aastat. Tulemus võib tähendada, et suhtesse vägivaldse mehega jäävad suurema tõenäosusega pikemaks ajaks vähem neurootilised naised. Edaspidistes uuringutes suuremal valimil ja pikema aja jooksul oleks võimalik kontrollida, kas naised, kes elavad vägivaldse mehega kauem kui 10 aastat, on tõepoolest vähem neurootilised või oli see juhuslik tulemus. Kuna neurootilisus on negatiivses seoses vanusega (Möttus, 2005) võib veel ühe seletusena oletada, et vägivaldse partneriga kauem elanud naised on ealiselt vanemad ning suhtuvad probleemidesse teistmoodi kui nooremad naised, seetõttu on neil vähem irratsionaalseid uskumusi, negatiivseid automaاتمõtteid ja vähem meeoluhäired. Võib oletada ka, et pikajaline suhe vägivaldse mehega tõepoolest muudab naist emotsionaalselt tuimemaks (Valente, 1998; Oathes ja Ray, 2008). Seega, käesolevad tulemused ei kinnita Robins'i jt. oletust. Edasistes uuringutes tuleks vaadata seda teemat longitudinaalselt.

Käesoleva töö tulemused erinevad eelnevatest uuringutest (Follingstad jt., 1990; Romito jt., 2005; Pico-Alfonso jt., 2006; Vitanzas jt., 1995), mis väidavad, et mõlemat liiki vägivalla puhul esineb meeoluhäireid ja teisi psüühilisi probleeme võrdselt. Käesolevas töös erinesid naised, kes kogesid ainult vaimset vägivalda, paarisuhtes füüsilist vägivalda kogenud naistest. Paarisuhtes üksnes vaimset vägivalda kogenud naised sarnanesid vägivalda mitte kogenud naistega oma hinnangutes peaaegu kõikides testides. Minu arvates on see huvitav tulemus, mis peegeldab, et uuritavad ei suhtunud vaimsesse vägivalda kui vägivallaliiki, kui ta ei esinenud koos füüsilise vägivallaga. Arvamust kinnitab Johnson'i (2005) idee, et füüsilise vägivalla kontekstis muutuvad ka teised käitumised hirmutavateks. Ilmselt muutub vaimne vägivald riskifaktoriks just füüsilise vägivalla kontekstis (Johnson, 2005, 2008). Kui mees on kasutanud naise suhtes füüsilist vägivalda kas või ühel korral, tekib naises hirm, et see võib korduda ja ta

muutub tähelepanelikumaks teiste vägivallale viitavate märkide suhtes. See paneb naist piirama või muutma oma käitumist selleks, et vältida edasist füüsilist vägivalda. Teine seletus erinevusele võib olla füüsilist vägivalda kogenud naiste isiksus. Neurootilisematel, madala avatusega, madalama enesehinnanguga ja ärevama seotusestiiliga naistel (nagu olid füüsilist vägivalda kogeavad naised), kellel on rohkem irratsionaalseid uskumusi ja muretsemist, võib olla vähem sotsiaalseid kontakte. Tulemusena on nad piiratud oma valikutes ja satuvad suurema tõenäosusega mitterahuldavatesse suhetesse. Isiksuseomaduste ja kognitiivse haavatavuse tõttu tajuvad füüsilist vägivalda kogenud naised rohkem interpersonaalseid probleeme ja tunnevad kõrgemat stressi. Samal ajal võivad nad oma äreva seotusemustri, neurootilisuse ja muretsemiskalduvuse kaudu suurendada interpersonaalsete probleemide hulka.

Kokkuvõtvalt võib järeldada, et vaimset ja füüsilist vägivalda kogeivate naiste grupe on vaja uurida eraldi.

Andmete analüüsimisel selgus, et suur osa paarisuhtes füüsilist vägivalda kogenud naistest on pöördunud psühholoogide või psühhiaatrite poole. Suurem osa vägivalda mittekoogenud naistest ja ainult vaimset vägivalda kogenud naistest psühholoogide ja psühhiaatrite poole pöördunud ei ole. See on kooskõlas teiste uuringutega, kus väidetakse, et füüsilist vägivalda kogenud naised pöörduvad arsti poole sagedamini (Sanchez jt., 2008; Woods jt., 2008). Väga vähestel füüsilist vägivalda kogenud naistel oli pöördumise põhjuseks vägivald. Enamikul olid muud probleemid: depressioon, enesehinnang, suhte probleemid. Käesolevas tööst selgus, et vaid väike osa füüsilist vägivalda kogenud naistest osales erinevates teraapiates ja tugigruppides: naised kirjeldasid osalemist Naiste varjupaiga tugigrupis, kognitiiv-käitumulikus teraapias, geštaltteraapia grupis, söömishäirete grupiteraapias, muusikateraapias. Vaimset vägivalda kogevatel naistel olid pöördumise põhjuseks muud probleemid ja ükski nendest naistest ei osalenud teraapias või tugigrupis. Tulemused viitavad, et kuigi vägivalda kogenud naised pöörduvad psühhiaatri või psühholoogi poole, ravitakse neil enamasti psüühikahäireid, mis võivad olla vägivaldse suhte tagajärjed, või ei saa nad ravi süstemaatiliselt. Põhjused võivad olla erinevad: naised ei pruugi rääkida vägivalla esinemisest suhtes (Rotter ja Houston, 1999), vägivalda kogenud naised võivad tänu oma psühholoogilistele iseärasustele katkestada ravi (Rizvi, Vogt ja Resick, 2009), arstidel ja psühholoogidel ei pruugi olla piisavalt teadmisi füüsilise vägivalla mõjudest ja seostest (Holtzworth-Munroe jt., 1998). Võrreldes teiste klientidega eeldab töö vägivalda kogenud naisega veelgi kõrgemat empaatiat ja mõistvat suhtumist (Chung jt., 2005), mis võib olla kurnav spetsialistile.

Antud töö tulemuste tõlgendamisel tuleb arvesse võtta, et kõik füüsilist vägivalda kogenud naised kogesid samal ajal ka vaimset vägivalda, mis tähendab, et puhast füüsilise

vägivalla mõju ei ole võimalik hinnata. Tulemus on kooskõlas teiste uuringutega (Gordon, 2000; Pico-Alfonso, 2004 ja 2005). Naised ise ütlevad selle kohta nii: *“ta lööb mind nii füüsiliselt kui ka vaimselt”*.

Varasemate sellelaadsete uuringute vähesus, definitsioonide, kontseptsioonide ebahühtlus ja mõõtvahendite erinevus raskendab uurimist ja saadud tulemuste võrdlemist. Käesoleva töö üheks piiranguks on valimi väiksus, mis ei võimalda teha üldistavaid järeldusi. Samuti seab valimi väiksus piirangud statistiliste analüüside läbiviimisele. Valimi koostamise teeb raskeks põhjus, et uuritavaid on keeruline leida, kuna enamasti ei julge naised rääkida; professionaalid ei julge/ei oska küsida; vajalik on oskus selgitada naisele uurimise eesmärki ilma tema eneseväärikut kahjustamata; korduvalt füüsilist vägivalda kogenud naistel esinevad kognitiivsed raskused (nt. tähelepanu ja mäluhäired). Kuna käesolev töö on läbilõikeuuring, ei ole võimalik kontrollida naiste enesehinnangu, neurootilisuse, kognitsioonide, meeleoluhäirete, empaatia, interpersonaalsete probleemide ja seotusestiili esinemismäära enne vägivaldsesse suhtesse sattumist. Seega on raske näha põhjuslikkust ning pole arusaadav, kas erinevus erinevate gruppide vahel on tingitud füüsilise vägivalla esinemisest või erinevus on mõjutanud vägivalla kogemist. Longituuduuring võimaldaks uurida neid seoseid paremini.

KASUTATUD KIRJANDUS

- Aguilar, R.J., Nightingale, N.N. (1994). The impact of specific battering experiences on the self-esteem of abused women. *Journal of Family Violence*, 9, pp. 35–45.
- Aluoja, A., Shlik, J., Vasar, V., Luuk, K., Leinsalu, M. (1999). development and psychometric properties of the emotional state questionnaire, a self-report questionnaire for depression and anxiety. *Nordic Journal of psychiatry*, 53 (6), pp. 443–449.
- Aluoja, A., Leinsalu, M., Shlik, J., Vasar, V., Luuk, K. (2004). Symptoms of depression in the Estonian population: prevalence, sociodemographic correlates and social adjustment. *Journal of Affective Disorders*, 78, pp. 27–35.
- Allik, J., Laidra, K., Realo, A., Pullmann, H. (2004). Personality development from 12 to 18 years of age: changes in mean levels and structure of traits. *European Journal of Personality*, 18, pp. 445–462.
- Bagby, R.M., Joffe, R.T., Parker, J.D.A., Kalembo, V. (1995). Major depression and the five-factor model of personality. *Journal of Personality Disorders*, 9, pp. 224–234.
- Barkham, M., Hardy, G.E., Startup, M. (1994). The structure, validity and clinical relevance of the Inventory of Interpersonal Problems. *British Journal of Medical Psychology*, 67, pp. 171–185.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.E., Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. *New York: Guilford Press*.
- Brennan, K.A., Clark, C.L., Shaver, P.R. (1998). Self-report measurement of adult *romantic attachment: An integrative overview*. Simpson, J.A. ja Rholes, W.S. (Eds.), *Attachment theory and close relationships*. New York: Guilford Press, pp. 46–76.
- Brown, C., Transgrud, H.B., Linnemeyer, R.M. (2009). Battered women's process of leaving. A 2-year follow-up. *Journal of career assessment*, 17 (4), pp. 439–456.
- Bancroft, L. (2006). Miks ta seda teeb. Kuidas mõtlevad vihased ja kontrollivad mehed. *Tartu Naiste varjupaik*.
- Barnett, O.W. (2010a). Why battered women do not leave, part 1. External inhibiting factors within society. *Trauma, violence and abuse*, 1 (4), pp. 343–372.
- Barnett, O.W. (2010b). Why battered women do not leave, part 1. External inhibiting factors – social support and internal inhibiting factors. *Trauma, violence and abuse*, 2 (1), pp. 3–35.

- Bender, K., Roberts, A.R. (2007). Battered women versus batterer typologies: same or different based on evidence-based studies? *Agression and Violent Behavior*, 12, pp. 519–530.
- Benight, C.C., Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: the role of perceived self-efficacy. *Behaviour Research and therapy*, 42, pp. 1129–1148.
- Берковиц, Л. (2001). Агрессия: причины, последствия и контроль. *Санкт-Петербург*, 512с.
- Buchbinder, E., Eisikovits, Z. (2003). Battered women's entrapment in shame: a phenomenological study. *American Journal of orthopsychiatry*, 73 (4), pp. 355–366.
- Calvete, E., Corral, S., Estévez, A. (2008). Coping as a mediator and moderator between intimate partner violence and symptoms of anxiety and depression. *Violence against women*, 14 (8), pp. 886–904.
- Calvete, E., Estévez, A., Corral, S. (2007). Intimate partner violence and depressive symptoms in women: cognitive schemas as moderators and mediators. *Behaviour research and therapy*, 45, pp. 791–804.
- Campbell, J.C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The lancet*, 359, pp. 1331–1336.
- Coker, A.L., Watkins, K.W., Smith, P.H., Brandt, H.M. (2003). Social support reduces the impact of partner violence on health: application of structural equation models. *Preventive Medicine*, 37, pp. 259–267.
- Coker A.L, Smith P.H, Bethea, L., King, M.R., McKeown, R.E. (2000). Physycal health consequences of physycal and psychological intimate partner violence. *Archives of family Medicine*. May, 9 (5), pp. 451–457.
- Chang, J.C., Decker, M.R., Moracco, K.E., Martin, S.L., Petersen, R., Frasier, P.Y. (2005). Asking about intimate partner violence: advice from female survivors to health care providers. *Patient Education and Counseling*, 59, pp. 141–147.
- Clements, C.M., Sabourin, C.M., Spiby, L. (2004). Dysphoria and Hopelessness Following Battering: The Role of Perceived Control, Coping, and Self-Esteem. *Journal of Family Violence*, 19, No. 1, February 2004.
- Clements, C.M., Sawhney, D.K. (2000). Coping with domestic violence: Control attributions, dysphoria, and hopelessness. *Journal of Traumatic Stress*, 13 (2), pp. 219–240.
- Collins, N.L, Cooper, M.L, Albino, A., Allard, L. (2002). Psychosocial vulnerability from adolescence to adulthood: a prospective study of attachment style differences in relationship

- functioning and partner choice. *Journal of personality*, 70 (6), pp. 965–1008.
- Constantino, R.E., Sekula, L.K., Rabin, B., Stone, C. (2000). Negative life experiences, depression and immune function in abused and nonabused women. *Biological research for nursing*. 1 (3), pp. 190–198.
- Coolidge, F.L., Anderson, L.W. (2002). Personality profiles of women in multiple abusive relationships. *Journal of Family Violence*, 17 (2), pp. 117–131.
- Davies, L., Ford-Gilboe, M., Hammerton, J. (2009). Gender inequality and patterns of abuse post leaving. *Journal of Family Violence*, 24 (1), pp. 27–39.
- Davis, M.H. (1983). Measuring Individual Differences in Empathy: Evidence for a Multidimensional Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, pp. 113–126.
- Esop, K-E. (1995). Irratsionaalsete tõekspidamiste inventuuri adapteerimine. *Seminaritöö. Tartu Ülikool*.
- Esop, K-E. (1998). Interpersonaalsete probleemide küsimustiku struktuur ja valiidsus. *Magistritöö. Tartu Ülikool*.
- Emmelkamp, P.M.G., Koopmans, P.C.; Sanderma, R.; Timmerman, I.(1994). The Irrational Beliefs Inventory (IBI): Development and psychometric evaluation. *European Journal of Psychological Assessment*, 10 (1), pp. 15–27.
- Enander, V. (2010). “A fool to keep staying”: battered women labeling themselves stupid as in expression of gendered shame. *Violence against women*, 16 (1), pp. 5–31.
- Ferguson, C.J. (2010). A meta-analysis of normal and disordered personality across the life span. *Journal of personality and social psychology*, 98 (4), pp. 659 –667.
- Flinck, A., Paavilainen, E., Åstedt-Kurki, P. (2005). Survival of intimate partner violence as experienced by women. *Journal of clinical nursing*, 14, pp. 383–393.
- Flynn, A., Graham, K. (2010). “Why did it happened?” A review ad conceptual framework for research on perpetrator's and victims' explanations for intimate partner violence. *Agression and Violent Behavior*, 15, pp. 239–251.
- Frisch, M.B.; MacKenzie, C.J. (1991). A comparison of formerly and chronically battered women on cognitive and situational dimensions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 28 (2), pp. 339–344.
- Forte, J.A., Franks, D.D., Forte, J.A., Rigsby, D. (1996). Asymmetrical role-taking: comparing

- battered and nonbattered women. *Social work*, 41 (1), pp. 59–73.
- Follingstad, D.R., Brennan, A.F., Hause, E.S., Polek, D.S., Rutledge, L.L., (1991). Factors moderating physical and psychological symptoms of battered women. *Journal of Family Violence*, 6, pp. 81–95.
- Johnson, M.P. (1995). Patriarchal terrorism and common couple violence: Two forms of violence against women. *Journal of Marriage & Family*, 57 (2), pp. 283–295.
- Johnson, M.P. (2008). A typology of domestic violence. Intimate terrorism, violent resistance, and situational couple violence. Boston, Northeastern University Press.
- Johnson, M.P.; Leone, J.M. (2005). The Differential Effects of Intimate Terrorism and Situational Couple Violence: Findings From the National Violence Against Women Survey. *Journal of Family Issues*, 26 (3), pp. 322–349.
- Johnson, D.M., Zlotnick, C. (2009). HOPE for battered women with PTSD in domestic violence shelter. *Professional psychology: research and practice*, 40 (3), pp. 234–241.
- Jacobson, N.S., Gottman, J.M., Waltz, J., Rushe, R., Babcock, J., Holtzworth-Munroe, A. (1994). Affect, verbal content, and psychophysiology in the arguments of couples with a violent husband. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, pp. 982–988.
- Holtzworth-Munroe, A., Meehan, J.C. (2004). Typologies of men who are maritally violent. Scientific and clinical implications. *Journal of Interpersonal Violence*, 19 (12), pp. 1369–1389.
- Holtzworth-Munroe, A., Smutzler, N., Jouriles, E.N., Norwood, W.D. (1998). Victims of Domestic Violence. *Comprehensive Clinical Psychology*, ch.9.20, pp. 325–339.
- Hollon, S.D., Kendall, P.C. (1980). Cognitive Self-Statements in Depression: Development of an Automatic Thoughts Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4, pp. 383–395.
- Ignatyeva, I. (2002). Vägivallariski hindamine paarisuhtes. *Lõputöö, TÜ Sotsiaalteaduskond, Psühholoogia osakond*.
- Ingram, R.E. ja Wisnicki, K.S. (1988). Assessment of Positive Automatic Cognition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, pp. 898–902.
- Gordon, M. (2000). Definitional Issues in Violence Against Women. *Violence Against Women*, 6, 7, pp. 747–784.
- Gottman, J.M., Jacobson, N.S., Rushe, R.H., Shortt, J.W. (1995). The relationship between heart

- rate reactivity, emotionally aggressive behavior and general violence in batterers. *Journal of Family Psychology*, 9 (3), pp. 227–248.
- Kase, H. (2004). Lähisuhtevägivald. *Eesti Avatud Ühiskonna Instituut*.
- Kase, H., Pettai, I. (2003). Vägivalla mõju naiste tervisele. Meedikute küsitluse tulemused. Tallinn: Eesti Avatud Ühiskonna Instituut.
- Lee, S.A. (2009). Does empathy mediate the relationship between neuroticism and depressive symptomatology among college student? *Personality and individual differences*, 47, pp. 429–433.
- McClellan, A.C., Reed Killeen, M. (2000). Attachment theory and violence toward women by male intimate partners. *Journal of nursing scholarship, fourth quarter*, pp. 353–360.
- Mõttus, R. (2005) The relationship of cognitive ability to the structure, variability and measurement of personality. *Master thesis, Tartu University*.
- Ollus, N. (2001). Sooline vägivald – mis see on? Kogumikus: Vaikijate hääled (koostanud Helve Kase), Tallinn.
- Oathes, D.J., Ray, W.J. (2008). Dissociative tendencies and facilitated emotional processing. *Emotion*, 8 (5), pp. 653–661.
- Otstavel, S., Soo, K. (trüki). Paarisuhtevägivald Eestis. Arengud 21. sajandil
- Pape, K.T., Arias, I. (2000). The role of perceptions and attributions in battered women's intentions to permanently end their violent relationships. *Cognitive therapy and research*, 24 (2), pp. 201–214.
- Perttu, S., Mononen-Mikkilä, P., Rauhala, R., Särkkälä, P. (1999). *Ava silmad! Käsiraamat vägivalda kogenud naistele*, 59 lk.
- Pullmann, H., Allik, J. (2000). The Rosenberg self-esteem scale: its dimensionality, stability and personality correlates in Estonian. *Personality and Individual Differences*, 28, pp. 701–715.
- Pico-Alfonso, M.A. (2005). Psychological intimate partner violence: the major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. *Neuroscience ja Biobehavioral Reviews*, 29 (1), pp. 181–193.
- Pico-Alfonso, M.A.; Garcia-Linares, M.I.; Celda-Navarro, N.; Blasco-Ros, C.; Echeburúa, E.; Martinez, M. (2006). The Impact of Physical, Psychological, and Sexual Intimate Male Partner Violence on Women's Mental Health: Depressive Symptoms, Posttraumatic Stress

- Disorder, State Anxiety, and Suicide. *Journal of Women's Health*, 15 (5), pp. 599–611.
- Rhatigan, D.L., Street, A.E., Axson, D.K. (2005). A critical review of theories to explain violent relationship termination: implications for research and intervention. *Clinical Psychology Review*, 26, pp. 321–345.
- Rhodes, N.R., Baranoff McKenzie, E. (1998). Why do battered women stay?: three decades of research. *Aggression and violent behavior*, 3 (4), pp. 391–406.
- Rizvi, S.L., Vogt, D.S., Resick, P.A. (2009). Cognitive and affective predictors of treatment outcome in cognitive processing therapy and prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 47, pp. 737 – 743
- Robins, R.W., Caspi, A., Moffitt, T.E. (2002). It's not just who you're with, it's who you are: personality and relationship experiences across multiple relationships. *Journal of Personality*, 70, pp. 925–964.
- Romito, P., Molzan Turan, J., De Marchi, M. (2005). The impact of current and past interpersonal violence on women's mental health. *Social Science ja Medicine*, 60 (2005) pp. 1717–1727.
- Rotter, J.C., Houston, I.S. (1999). Treating Family Violence: Risks and Limitations. *Family Journal*, 7 (1), pp 58–64.
- Sanchez, S.E., Qiu, C., Perales, M.T., Lam, N., Garcia, P., Williams, M.A. (2008). Intimate partner violence (IPV) and preeclampsia among Peruvian women. *European Journal of Obstetrics ja Gynecology and Reproductive Biology*, 137 (1), pp. 50–55.
- Sayers, S.L., Kohn, C.S., Fresco, D.M., Bellack, A.S., Sarwer, D.B. (2001). Marital cognitions and depression in the context of marital discord. *Cognitive therapy and research*, 25 (6), pp. 713–732.
- Sharhabani-Arzy, R., Amir, M., Swisa, A. (2005). Self-criticism, dependency and posttraumatic stress disorder among a female group of help-seeking victims of domestic violence in Israel. *Personality and individual differences*, 38, pp. 1231–1240.
- Soo, K., Laas, A. (2009). Naistevastane vägivald paarisuhtes ja töökohal. Vägivalla mõju naistele. Kogumik (avaldamata). *TÜ sotsiaalteaduskond*.
- Stapleton, J.A., Taylor, S., Asmundson, G..J.G. (2007). Efficacy of various treatment for PTSD in battered women: case studies. *Journal of cognitive psychotherapy: an international quarterly*, 21 (1), pp. 91–102.

- Stith, S.M., Smith, D.B., Penn, C.E., Ward, D.B. ja Tritt, D. (2004). Intimate partner physical abuse perpetration and victimisation risk factors: a meta-analytic review. *Aggression and violent behaviour*, 10, pp. 65–98.
- Tsang, J-A., Stanford, M.S. (2007). Forgiveness for intimate partner violence: the influence of victim and offender variables. *Personality and individual differences*, 42, pp. 653–664.
- Vahtra, L. (2008). Positiivsete ja negatiivsete automaatmõtete hindamine depressiooniga patsientidel ja tervetel inimestel. *Magistriprojekt kliinilises psühholoogias, Tartu Ülikool*.
- Valente, S.M. (2002). Evaluating intimate partner violence. *Journal of American academy of nurse practitioners*, 14 (11), pp. 505–514.
- Vitanzas, S., Vogel, L.C., Marshall, L.L. (1995). Distress and symptoms of posttraumatic stress disorder in abused women. *Violence and Victims*, 10, pp. 23–34.
- Västrik, K. (2009). Depressiooni riskitegurid: kiindumusstiili ja tajutud vanemlikkuse kogemuse seos isiksuseomadustega. *Seminaritöö, TÜ Psühholoogiainstituut*.
- Walker, L.E. (1991). Post-traumatic stress disorder in women: diagnosis and treatment of battered woman syndrome. *Psychotherapy*, 28 (1), pp. 21–29.
- Walker, L.E. (1999). Psychology and domestic violence around the world. *American psychologist*, 54 (1), pp. 21–29.
- Woods S.J., Hall, J., Campbell, J.C., Angott, D.M. (2008). Physical Health and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Women Experiencing Intimate Partner Violence. *Journal of Midwifery ja Women's Health*, 53 (6), pp. 538–546.
- Zlotnick, C., Johnson, D.M., Kohn, R. (2006). Intimate Partner Violence and Long-Term Psychosocial Functioning in a National Sample of American Women. *Journal of Interpersonal Violence*, 21 (2), pp. 262–275.
- Young, J.E. (2003). Schema therapy: A practitioner's guide. New York: Guilford Press.

Internetileheküljed:

Statistikaameti andmebaas: sotsiaalelu (viimati külastatud 05.05.2010)

http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Sotsiaalelu_regionaalne/databasetree.asp

LISA 1.

Perekonnaseis: *vallaline abielus vabaabielus lesk lahutatud*

Partneriga oleme (olnud) koos aastat

Laste arv perekonnas.....

Kas Teie partner kasutab Teie suhtes füüsilist vägivalda? 1- ei kasuta, 2- mõnikord, 3- tihti

Kui Te vastasite eelmisele küsimusele “jah”, siis mida ta teeb?

lööb käega

lööb jalaga

kägistab

kasutab esemeid

kasutab relva (nuga, püss jne.)

lükkab

mida veel:

Kas partner karjub Teie peale, solvab Teid? 1- ei, 2- mõnikord, 3- tihti

Kas partner lõhub Teie asju? 1- ei, 2- mõnikord, 3- tihti

Kas partner kontrollib, kuidas Te raha kasutate? 1- ei, 2- mõnikord, 3- tihti

Kas partner kontrollib, kellega suhtlete ja kus viibite? 1- ei, 2- mõnikord, 3- tihti

Kas partner sunnib seksuaalvahekorraks, kui Teie seda ei soovi? 1-ei, 2- mõnikord, 3- tihti

Kuidas mees käitub pärast vägivaldset käitumist? ta on väga tähelepanelik minu suhtes

samasugune nagu alati kingib midagi midagi veel

Ta on mulle (mitmes?) partner

Kas eelmine (eelmised) partner(id) oli vägivaldne? 1- ei, 2- mõned olid, 3- kõik olid vägivaldsed

Kas Te olete pöördunud psühholoogi või psühhiaatri poole? jah ei

Kui jah, siis milliste probleemidega?

Kas te olete osalenud tugigruppides, psühhoteraapias? jah ei

Millises:.....

Ainult Naiste Varjupaigas viibijatele:

Mitu korda olete Naiste Varjupaigas elanud/pöördunud? korda

Kui kaua olete Naiste Varjupaigas elanud? päeva

Tänuavaldused

Soovin tänada oma juhendajaid Kaia Kaste põld-Tõrsi ja Tiina Kompust mõistva suhtumise, kannatlikkuse ja põhjalikkuse eest. Suur tänu Triinu Niiberg-Pikksöödile ja Sirje Otstavelile toetuse, suunamise, töö põhjaliku lugemise ja keelelise toimetamise eest; Marika Paaverile heade soovitude ja abi eest; samuti teistele kolleegidele, kes olid nõus jagama teste oma klientidele ja patsientidele.

Täna oma perekonda kannatlikkuse ja emotsionaalse toetuse eest.

Ja kindlasti olen väga tänulik kõikidele naistele, kes nõustusid osalema uuringus ja ilma kellelta ei oleks see töö teoks saanud.