

# Тарабрина Н.В., Майн Н.В. Индивидуальная и межпоколенческая психотравматизация усыновителей и качество приемной семьи (эмпирическое исследование)



English version: [Tarabrina N.V., Main N.V. Individual and transgenerational traumatization of adoptive parents and an adoptive family quality \(an empirical study\)](#)

Институт психологии Российской академии наук, Москва, Россия

[Сведения об авторах](#)

[Литература](#)

[Ссылка для цитирования](#)

Обсуждаются результаты эмпирического исследования, проведенного на выборке кандидатов в усыновители. Определены и рассматриваются факторы, потенциально влияющие на качество приемной семьи, среди которых выделяются: текущее психическое состояние усыновителей, уровень их межпоколенческой и индивидуальной психотравматизации, мотивы усыновления и тактика родительско-детского взаимодействия.

**Ключевые слова:** приемная семья, специфические потребности мотивы усыновления, межпоколенческий психический травматизм, индивидуальный психический травматизм, родительско-детское взаимодействие, психическое состояние, психическое здоровье

В настоящее время проблема социального сиротства составляет одно из остроактуальных направлений государственной политики Российской Федерации. Приоритетным решением этой социальной проблемы является определение детей-сирот в семьи. Социальная реклама усыновления, проводимая в последние годы, дает свои положительные результаты. Вместе с тем растет число возвратов приемных детей в детские учреждения: за последние два года их число составило около 30 тысяч. Таким образом, увеличение количества приемных семей ставит вопрос о повышении их качества.

В настоящем исследовании под качеством приемной семьи понимается уровень эффективности ее функционирования, психологическое благополучие всех ее членов. Качество приемной семьи является результирующей взаимодействия ряда факторов, как способствующих, так и препятствующих взаимной адаптации родителей и ребенка и установления между ними искренних и любящих отношений. Оно предполагает также решение специфических проблем и задач, встающих перед приемными родителями в силу самой природы этой семьи. Это, прежде всего, преодоление негативных последствий многочисленных психических травм, пережитых лишившимся родителей ребенком и вписывание его в новую семью, а также становление усыновителей в их родительских ролях. Маркером плохого качества приемной семьи является возврат ребенка, что представляет для него кумуляцию специфической травмы – травмы брошенного ребенка, которую при этом становится все труднее преодолевать, а для родителей – опыт разочарования с неизбежным чувством вины [Eldrige, 2003].

Многочисленные исследования приемных семей в разных странах были направлены на выявление факторов, влияющих на ее эффективное функционирование. Их можно разделить на те, что связаны с усыновляемым ребенком, и те, которые относятся к приемным родителям.

*Для ребенка* это: возраст, когда произошло разделение с родными родителями, характер и интенсивность пережитых им психических травм, длительность пребывания в детском доме, возраст усыновления [Triseliot, 2002], его поведенческие, эмоциональные и другие специфические проблемы [Reilly, Platz, 2003], предыдущий неудачный опыт усыновления [Berry, 1997; McRoy, 1999]. Имеются данные, что около 70% возвратов детей может быть статистически достоверно предсказан следующими переменными: возраст, выраженные проблемы поведения и наличие предшествующих возвратов [Stijker, Knorth, 2007].

*Со стороны приемных родителей:* возраст, личностные качества, мотивация, жизненный опыт и стиль родительства [Rosental, 1993; Groze, 1996; Berry, 1997]; ориентация на будущее и использование предлагаемой социальной и иной помощи [Erich, Leung, 1998; Rosental, 1993]; реалистичность ожиданий приемных родителей относительно ребенка и оценка собственных ресурсов [Rosental, 1993]; информированность родителей об особенностях приемного ребенка [Howard, Smith, 2001]. Состояние психического здоровья родителей и степень их психической травматизации, а также наличие склонности к аддикциям и насилию – фактор, признаваемый всеми специалистами как решающий в процессе отбора кандидатов в замещающие родители. Данные исследований, проведенных в США, Австралии, Нидерландах, Польше и других странах, показали, что сексуальное насилие над детьми в приемных семьях совершается в четыре раза чаще, чем в родных семьях, а физическое – в три раза (приводится по: [Махнач и др., 2013]).

Одним из путей выявления склонности к насилию у приемных родителей является выяснение того, был ли в их истории опыт насилия, поскольку эмпирически доказаны негативные последствия пережитого насилия любого рода на эмоциональное состояние человека [Тарабрина, 2007]. Важно также учитывать трансгенерацию психической травмы, ее передачу последующим поколениям и влияние на психическое функционирование потомков – тема, достаточно хорошо изученная зарубежными авторами [Daud et al., 2005; Yehuda et al., 1998; Danieli, 1982]. В отечественной психологии интерес к трансгенерационной передаче сосредоточен в большей степени на ресурсности передачи опыта предков последующим поколениям [Сапоровская, 2012], нежели на исследовании влияния психических травм предков на их потомков.

Опыт отбора усыновителей имеет давнюю историю в западных странах. Можно выделить два основных подхода к оценке кандидатов в замещающие родители. Первый, компетентностный подход, направлен на выявление сильных сторон кандидатов [Reder et al., 2003; Budd et al., 2001]. Другой подход основан на оценке зон рисков, выявлении противопоказаний для усыновления. Под зонами риска понимаются те опасности, которые могут ожидать ребенка в замещающей семье: насилие со стороны взрослых, пренебрежение, эксплуатация, невозможность адаптации в новой семье, отказ от ребенка.

В нашей стране уже несколько лет действуют Школы приемных родителей, но критерии и принципы отбора кандидатов находятся еще на стадии разработки. Примером использования обоих подходов с учетом оценки специфики внутрисемейных отношений, особенностей организации семейной жизни для определения ресурсности семьи в целом является Программа психологической диагностики кандидатов в замещающие родители, разработанная группой отечественных специалистов [Махнач и др., 2013].

Таким образом, актуальным представляется исследование факторов, потенциально влияющих на качество приемной семьи, и их взаимодействия с целью более качественного отбора кандидатов в замещающие родители и разработки мероприятий социально-психологического сопровождения приемной семьи как на этапе ее формирования, так и в процессе взаимной адаптации ребенка и родителей.

## **Цели и гипотезы исследования**

Можно выдвинуть *гипотезу* о том, что индивидуальный и межпоколенческий травматизм, текущее психическое состояние усыновителей, мотивация усыновления и тактика родительско-детского взаимодействия, отражающая представления усыновителей о специфических потребностях ребенка и приемной семьи в целом, взаимосвязаны между собой и являются факторами, потенциально влияющими на качество приемной семьи.



**Рис. 1.** Гипотетическая связь факторов, влияющих на качество приемной семьи.

Таким образом, целью настоящей работы является исследование факторов, потенциально влияющих на качество приемной семьи, и их сопряженности.

*Задачами* исследования являются:

- 1) определение текущего психического состояния, включая уровень психической травматизации усыновителей, с выделением группы риска;
- 2) выявление и анализ взаимосвязи индивидуального и межпоколенческого травматизма с уровнем психической травматизации и текущим психическим состоянием усыновителей;
- 3) выделение и анализ групп мотивов усыновления;
- 4) выявление и анализ тактики родительско-детского взаимодействия усыновителей и ее взаимодействия с текущим психическим состоянием, индивидуальным и межпоколенческим травматизмом и мотивами усыновления.

# Методы

## Выборка

В исследовании принимали участие мужчины и женщины, желающие усыновить или взять под опеку ребенка – слушатели Школ приемных родителей г. Москвы. 71% обследуемых составили женщины и 29% – мужчины. 70% состоят в браке и 30% – люди одинокие. Средний возраст усыновителей составил  $39,39 \pm 8,43$  года. Среднее количество лет, затраченное на образование, составило 14,25 года, что свидетельствует о высоком уровне образования усыновителей в целом.

## Методики

1. Текущее психическое состояние исследовалось с помощью опросника оценки выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised). SCL-90-R позволяет оценивать паттерны психологических признаков как у больных, так и у здоровых лиц [Тарабрина, 2007]. Опросник состоит из 90 утверждений, отражающих наличие определенных соматических и психологических проблем. Оценка и интерпретация результатов производится по 9 основным субшкалам, которые объединяют определенные группы симптомов: соматизации, обсессивности-компульсивности, межличностной сензитивности, депрессии, тревожности, враждебности, фобической тревожности, паранойяльных тенденций, психотизма.

2. Опросник травматических ситуаций (Life Experience Questionnairry, LEQ). Методика основана на самоотчете и предназначена для оценки влияния на личность психических травм, пережитых индивидом на протяжении жизни. Количественно оценивается интенсивность переживания травматических ситуаций. Методика состоит из четырех разделов: криминальные события (кражи, ограбления); природные катастрофы и общие травмы (аварии, стихийные бедствия, несчастные случаи); ситуации физического и сексуального насилия; другие события. Каждый раздел содержит от 4 до 14 тщательно сформулированных пунктов с описанием различных ситуаций, потенциально относящихся к психотравмирующим. Ситуации соответствуют определению травмирующих событий в DSM-IV. Всего в опроснике 38 пунктов.

Анализируются следующие показатели: общее количество травматических событий, пережитых на протяжении жизни; суммарный показатель влияния указанных событий на жизнь испытуемого за последний год; индекс травматичности, определяемый отношением суммарного показателя влияния травматических событий на количество пережитых травм. «Индекс травматизации (ИТ)» является усредненным показателем влияния на индивида психической травмы, отражающим уязвимость человека к стрессогенному воздействию травмирующих жизненных событий и интенсивность их переживания. Уровень ИТ выше 3 свидетельствует о наличии признаков посттравматического стресса (ПТС), от 2 до 3 – это группа риска, ниже 2 – отсутствие признаков ПТС.

3. Геносоциограмма. Для выявления факторов межпоколенческого травматизма использовался метод построения геносоциограммы [Шутценбергер, 2005; Крюкова и др., 2009]. При этом учитывается общая осведомленность испытуемых об истории рода: она оценивалась как высокая, если обследуемый имеет информацию о трех и более поколениях предков; как низкая – информация только о родителях и как средняя – о 2–3 поколениях предков. Оценивалось наличие в истории семьи различных психотравмирующих ситуаций. Для целей данного исследования были выделены следующие ситуации: наличие семейного секрета, сложных тем, о которых не принято говорить в семье; репрессии, раскулачивания, ссылки; смерть детей; истории сиротства; факты насилия в роду.

4. Для определения мотивов усыновления и тактики родительско-детского взаимодействия было разработано полуструктурированное интервью. В него включены вопросы, направленные на

понимание усыновителем необходимости говорить с ребенком о его истории; на выявление представлений о том, что, как и когда говорить ребенку о его истории; о наличии намерений обращаться за психологической помощью семье и ребенку.

## Результаты и обсуждение

Обследование проводилось в несколько этапов. На первом этапе, после беседы, в которой подробно разъяснялись цели и задачи исследования, каждый участник заполнил опросник травматических ситуаций (LEQ) и опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R). Затем было предложено пройти второй этап исследования, для чего каждый участник был приглашен на индивидуальную встречу, предполагавшую проведение полуструктурированного интервью с построением геносоциограммы. Из 105 человек, прошедших первый этап, на индивидуальную встречу приехали 54 человека.

На первом этапе анализа полученных данных были определены уровень травматизации, уровень текущего психологического дистресса, выраженность психопатологических симптомов с помощью опросников SCL-90-R и LEQ на двух выборках (объемом  $n = 105$  и  $n = 54$ ). Кроме этого, данные, полученные на второй выборке ( $n = 54$ ), были подвергнуты кластерному анализу, в результате чего выделилось два кластера. Результаты представлены в табл. 1.

**Таблица 1**

Показатели выраженности психопатологической симптоматики и уровня травматизации

Показатели SCL-90-R	1 выборка $n = 105$	2 выборка $n = 54$	p	U	Кластер 1	Кластер 2	p	U
	M ± SD	M ± SD			M ± SD	M ± SD		
SOM	0,56 ± 0,46	0,59 ± 0,47	0,49	1269	0,33 ± 0,23	0,96 ± 0,49	0,00	61,00
O-C	0,76 ± 0,57	0,79 ± 0,62	0,70	1317	0,52 ± 0,29	1,19 ± 0,75	0,00	123,50
INT	0,81 ± 0,54	0,84 ± 0,5	0,42	1252	0,63 ± 0,41	1,16 ± 0,45	0,00	118,00
DEP	0,67 ± 0,53	0,72 ± 0,53	0,24	1195	0,46 ± 0,31	1,1 ± 0,56	0,00	85,00
ANX	0,6 ± 0,52	0,65 ± 0,54	0,28	1209	0,31 ± 0,27	1,16 ± 0,42	0,00	21,00
HOS	0,7 ± 0,58	0,71 ± 0,6	0,99	1375	0,41 ± 0,42	1,14 ± 0,55	0,00	71,00
PHOB	0,27 ± 0,38	0,28 ± 0,38	0,63	1302	0,13 ± 0,26	0,5 ± 0,42	0,00	149,00
PAR	0,57 ± 0,49	0,6 ± 0,48	0,41	1249	0,38 ± 0,34	0,92 ± 0,47	0,00	122,00
PSY	0,37 ± 0,43	0,38 ± 0,39	0,26	1201	0,17 ± 0,16	0,7 ± 0,42	0,00	63,50
Доп. вопросы	0,69 ± 0,6	0,67 ± 0,55	0,82	1342	0,41 ± 0,38	1,06 ± 0,53	0,00	99,50
GSI	0,6 ± 0,42	0,63 ± 0,41	0,35	1232	0,38 ± 0,18	1 ± 0,37	0,00	22,50
PST	36,97 ± 19,88	39,35 ± 19,77	0,20	1179	25,66 ± 9,91	59,27 ± 11,82	0,00	0,00
PSDI	1,38 ± 0,32	1,38 ± 0,3	0,65	1306	1,29 ± 0,22	1,5 ± 0,35	0,03	227,50
ИТ	2,69 ± 1,05	2,77 ± 1,05	0,40	1246	2,49 ± 0,97	3,18 ± 1,04	0,03	227,50

*Примечания.* SOM – соматизация, O-C – обсессивно-компульсивные расстройства, INT – межличностная сензитивность, DEP – депрессия, ANX – тревожность, HOS – враждебность, PHOB – фобическая тревожность, PAR – паранойяльность, PSY – психотизм, PTSD – индекс наличного симптоматического дистресса, GSI – общий индекс тяжести симптомов, PST – общее количество симптомов, ИТ – индекс травматизации.

Из табл. 1 видно, что значимых различий по шкалам SCL-90-R и уровню индекса травматизации в двух выборках не установлено. Это позволяет экстраполировать выводы, сделанные для выборки  $n = 54$ , на выборку  $n = 105$ . Анализ значимости различий в выделенных кластерах с использованием критерия Манна–Уитни подтвердил достоверность различий.

Полученные результаты были сопоставлены с данными исследования, проведенного группой специалистов [Махнач и др., 2013], которые также использовали опросник SCL-90-R. В этом исследовании было выделено две группы потенциальных усыновителей на основании Шкалы социальной желательности, измеряющей выраженность мотивации социального одобрения: склонности давать социально желательные ответы. Авторы выделили группу с нормативными показателями и группу с показателями, выходящими за границы нормативных. Данные исследования сравнивались со значениями по этим шкалам в группе ветеранов Афганистана с ПТСР, у пожарных и у больных шизофренией [Тарабрина, 2007]. Результаты представлены в табл. 2.

**Таблица 2**

Выраженность психопатологической симптоматики в группах

Показатели SCL-90-R	Кластер 1	Кластер 2	Группа с нормативн. соц. желат.	Группа с ненормативн. соц. желат.	Пожарные	Ветераны Афганистана с ПТСР	Больные шизофренией
	М ± SD	М ± SD	М ± SD	М ± SD	М ± SD	М ± SD	М ± SD
SOM	0,33 ± 0,23	0,96 ± 0,49	0,4 ± 0,37	0,31 ± 0,09	0,29 ± 0,3	1,08 ± 0,64	0,93 ± 0,82
O-C	0,52 ± 0,29	1,19 ± 0,75	0,51 ± 0,42	0,37 ± 0,12	0,38 ± 0,33	1,15 ± 0,72	1,23 ± 0,83
INT	0,63 ± 0,41	1,16 ± 0,45	0,52 ± 0,43	0,36 ± 0,11	0,44 ± 0,38	1,25 ± 0,68	0,94 ± 0,69
DEP	0,46 ± 0,31	1,1 ± 0,56	0,39 ± 0,36	0,27 ± 0,08	0,25 ± 0,26	1,15 ± 0,65	1,04 ± 0,74
ANX	0,31 ± 0,27	1,16 ± 0,42	0,33 ± 0,35	0,25 ± 0,09	0,26 ± 0,27	1,16 ± 0,81	0,99 ± 0,78
HOS	0,41 ± 0,42	1,14 ± 0,55	0,36 ± 0,37	0,19 ± 0,08	0,33 ± 0,41	1,22 ± 0,66	0,6 ± 0,58
PHOB	0,13 ± 0,26	0,5 ± 0,42	0,18 ± 0,25	0,12 ± 0,04	0,12 ± 0,19	0,76 ± 0,74	0,73 ± 0,82
PAR	0,38 ± 0,34	0,92 ± 0,47	0,41 ± 0,39	0,28 ± 0,1	0,37 ± 0,39	1 ± 0,69	0,92 ± 0,76
PSY	0,17 ± 0,16	0,7 ± 0,42	0,18 ± 0,26	0,13 ± 0,04	0,15 ± 0,22	0,72 ± 0,51	0,83 ± 0,72
Доп.вопросы	0,41 ± 0,38	1,06 ± 0,53	1,34 ± 1,93	0,95 ± 2,97	0,3 ± 0,31	1,16 ± 0,64	0,77 ± 0,62
GSI	0,38 ± 0,18	1 ± 0,37	0,37 ± 0,31	0,27 ± 0,06	0,29 ± 0,24	1,07 ± 0,51	0,93 ± 0,66
PST	25,66 ± 9,91	59,27 ± 11,82	25,38 ± 17,6	19,56 ± 24,17	21,61 ± 16,64	54,29 ± 17,46	43,05 ± 24,95
PSDI	1,29 ±	1,5 ±	1,09 ± 0,73	1,03 ± 0,19	1,16 ± 0,24	1,72 ± 0,49	1,85 ± 0,71

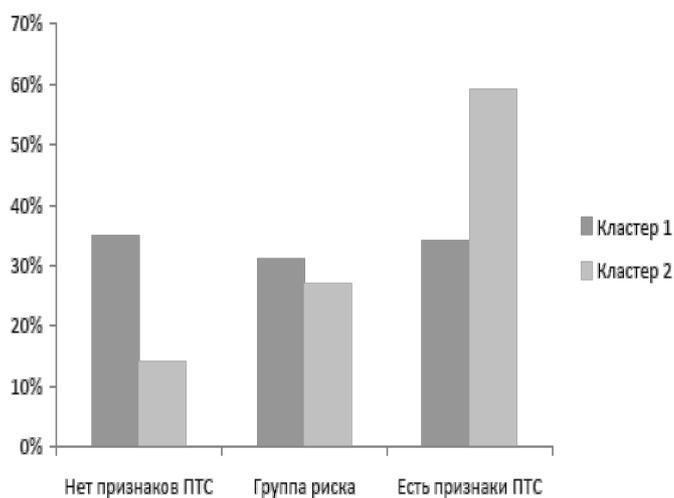
0,22

0,35

*Примечания.* SOM – соматизация, О-С – обсессивно-компульсивные расстройства, INT – межличностная сензитивность, DEP – депрессия, ANX – тревожность, HOS – враждебность, PNOB – фобическая тревожность, PAR – паранойяльность, PSY – психотизм, PTSD – индекс наличного симптоматического дистресса, GSI – общий индекс тяжести симптомов, PST – общее количество симптомов, IT – индекс травматизации.

Как видно из табл. 2, показатели по шкалам SCL-90-R кластера 2 соотносятся с таковыми у ветеранов Афганистана с ПТСР, а также у больных шизофренией, а индекс травматизации в этой группе свидетельствует о наличии у них признаков посттравматического стресса (ПТС). Показатели в кластере 1 соответствуют показателям в группе с нормативной социальной желательностью. Показатели кластера 2 значительно превышают таковые во всех группах. Сходство полученных результатов с результатами исследования Махнач с соавт. свидетельствует об адекватности использования методики SCL-90-R при обследовании усыновителей, тогда как различия могут быть связаны с выбором критериев для разделения обследуемых на группы и требуют дальнейшего изучения и анализа.

Более детальный анализ данных по опроснику LEQ показал, что у представителей второго кластера чаще есть признаки посттравматического стресса (ПТС) – 59% по сравнению с представителями первого кластера – 34%, и напротив, признаки ПТС чаще отсутствуют в первом кластере – 35% против 14% во втором кластере.



**Рис. 2.** Наличие признаков посттравматического стресса в кластерах.

*Примечания.* ПТС – посттравматический стресс.

Стоит отметить, что уровень травматизации у женщин достоверно выше, чем у мужчин ( $p = 0,05$ ,  $U = 182$ ).

Таким образом, полученные данные по степени выраженности психопатологической симптоматики и уровню травматизации дают основание для определения кластера 1 как группы «норма», а кластера 2 – как группы «риска».

Следующий этап исследования заключался в выявлении и анализе представленности в выделенных группах индивидуального и межпоколенческого травматизма и их связи с текущим психическим состоянием.

Сначала в ходе построения геносоциогаммы выявлялась общая осведомленность испытуемых об истории рода. В группе «норма» и группе «риска» достоверных различий в осведомленности по геносоциогамме не выявлено. Однако анализ связи параметра осведомленности с показателями по шкалам SCL-90-R с использованием критерия Спирмена (R) показал, что чем она выше, тем менее выражены показатели по шкале «Депрессия» и ниже индекс наличного симптоматического дистресса PSDI (R = -0,27 и -0,29 соответственно). Стоит отметить, что женщины достоверно лучше осведомлены об истории своей семьи, чем мужчины (p = 0,03). В исследовании, проведенном Крюковой и др., где также применялся метод построения геносоциогаммы, авторы пришли к схожим результатам и выводам о том, что знание истории семьи способствует чувству уверенности в себе, защищенности, комфорта и поддержки, веры в будущее. Возможность обратиться к представлениям о предке является ресурсом совладания в сложных и важных для человека ситуациях, связанных с проблемами выбора, ответственности, любви, одиночества, смысла существования. В исследовании этих авторов также выявлено, что уровень осведомленности об истории семьи и предках на значимом уровне выше у женщин, чем у мужчин [Крюкова и др., 2009].

В процессе построения и обсуждения геносоциогаммы выявлялись факты межпоколенческого и индивидуального травматизма в выделенных группах. Полученные данные отражены в табл. 3.

**Таблица 3**

Представленность межпоколенческого и индивидуального травматизма в группе «норма» и группе «риска» (в процентах)

Факторы травматизма	Группа «норма»	Группа «риска»	p
<i>Межпоколенческий травматизм</i>			
Репрессии	25,00	9,09	0,05
Смерть детей	31,25	9,09	> 0,05
Семейный секрет	37,50	63,64	0,05
Насилие	12,50	31,82	0,08
Сиротство	15,63	22,73	> 0,05
<i>Индивидуальный травматизм</i>			
С детства без отца	21,88	13,64	> 0,05
Физическое насилие в детстве	18,75	18,18	> 0,05
Пренебрежение в детстве	25,00	27,27	> 0,05
Тяжелое переживание чьей-либо смерти, болезни	40,63	54,55	> 0,05
Ранняя смерть родителя	3,13	4,55	> 0,05
Плохие отношения между родителями	46,88	81,82	0,01
Развод родителей	34,38	54,55	> 0,05
Воспитание не родителями	6,25	13,64	> 0,05
Сексуальное насилие	12,50	27,27	> 0,05
Смерть ребенка	13	9	> 0,05

*Примечания.* p – значения уровня достоверности статистики Фишера, отражающей межгрупповые различия в частоте наличия травматизма в группах.

Как видно из таблицы 3, статистически достоверно семейный секрет и насилие в истории рода

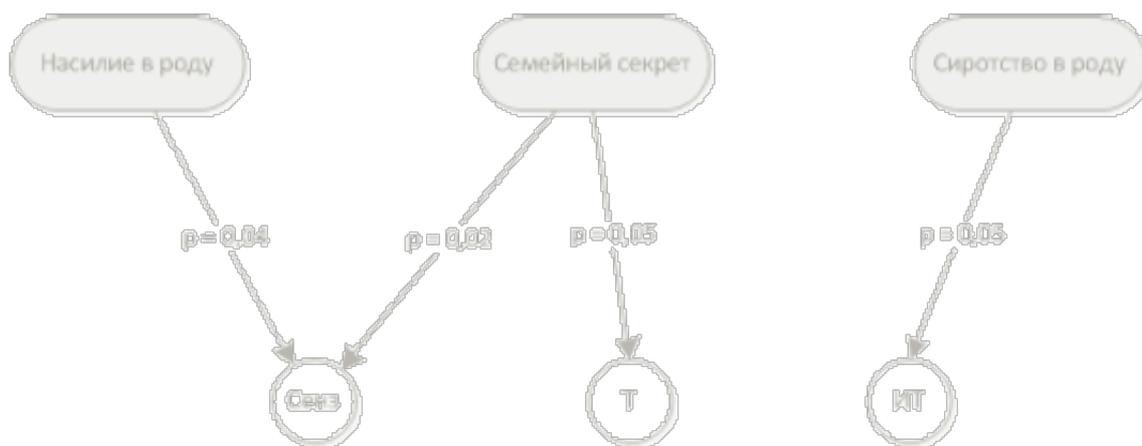
встречается чаще у лиц из группы «риска». Отмечается тенденция более частой представленности таких видов травматизма, как репрессии, раскулачивание, смерть детей в роду в группе «норма». Семейный секрет и насилие связаны с дефицитом вербализации, что, видимо, и определяет их как особенно неблагоприятные типы межпоколенческого травматизма. Именно непроговоренность, тайна, а значит, отсутствие психической переработки травмы, пережитой предками, расценивается всеми исследователями, занимающимися проблематикой межпоколенческой передачи травматизма, как причина воспроизведения этих травм у потомков и наличия у них психологических проблем [Kaes, 2009; Haesler, 1989; Yehuda et al., 1998].

Для оценки «плотности» межпоколенческой травматизации был введен интегральный показатель уровня межпоколенческой травматизации (ИПТ), представляющий собой среднее количество пережитых травм на одного человека. В группе «норма» он составил 1,28 (41/32), а в группе «риска» – 1,45 (32/22), что свидетельствует о большей «плотности» межпоколенческой травматизации в группе «риска».

Относительно индивидуального травматизма видно, что в группе «риска» значимо чаще плохие отношения между родителями. Отмечается также тенденция более частого воспитания не родителями и сексуального насилия в группе «риска», тогда как другие виды травматизма встречаются с одинаковой частотой в обеих группах. В группе «норма» часто наблюдается отсутствие общения с отцом с раннего возраста. Эти данные свидетельствуют о важности роли, которую играют ранняя сепарация с родителями, невозможность опереться на образ любящей родительской пары, а также влияние пережитого сексуального насилия на психическое состояние ребенка и в дальнейшем взрослого, для которого усыновление станет, возможно, попыткой компенсации, залечивания полученных травм.

Очевидно, что непроработанный межпоколенческий и индивидуальный травматизм станет препятствием в возможности усыновителей помочь ребенку, оказавшемуся в их семье, переработать травматизм ребенка, что неизбежно негативно скажется на качестве приемной семьи.

На третьем этапе исследования проводился анализ связи индивидуального и межпоколенческого травматизма и текущего психического состояния на основании выявления значимых различий по факту наличия или отсутствия травмы и выраженности психопатологической симптоматики и уровню индекса травматизации (с использованием критерия Манна–Уитни). На следующих схемах представлены статистически достоверные связи.

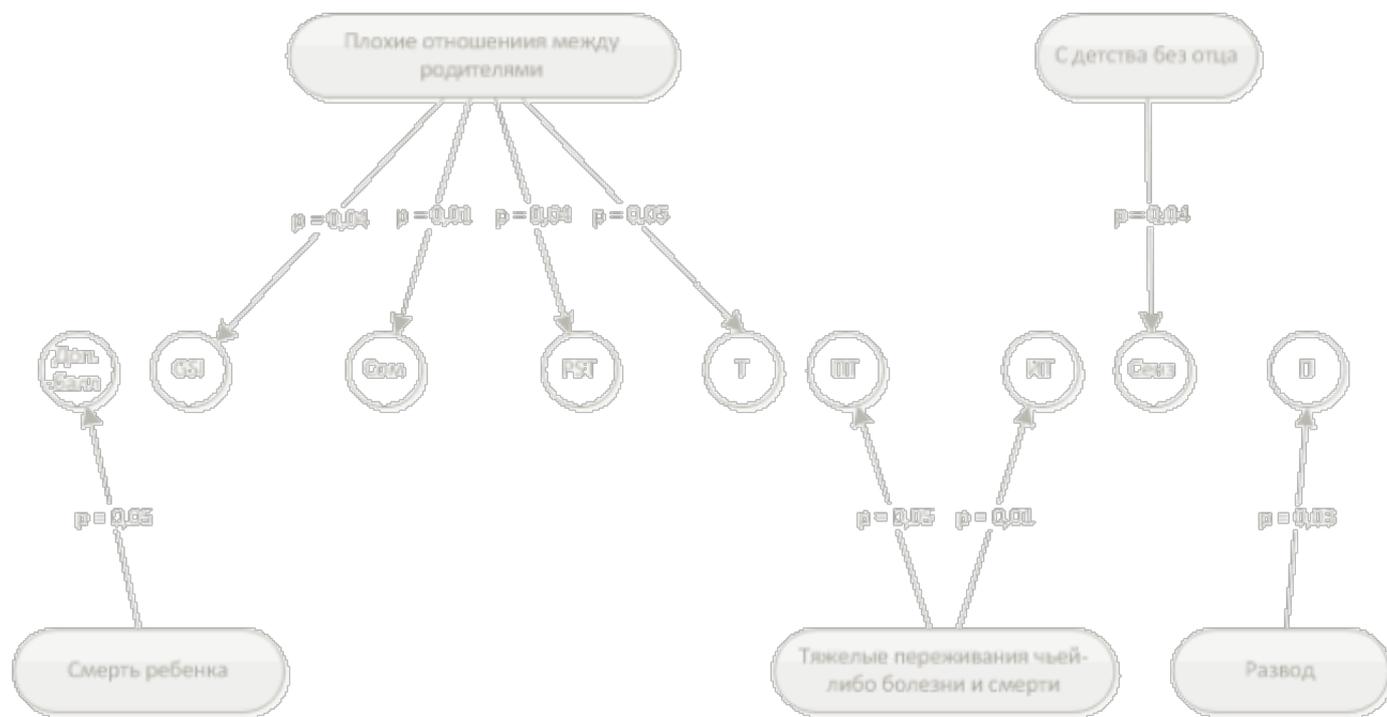


**Рис. 3.** Межпоколенческий травматизм и текущее психическое состояние.

*Примечания.* Сенз – сензитивность, Т – тревожность, ИТ – индекс травматизации.

Положительная корреляция обнаруживается между наличием в роду семейного секрета и насилия и

высокими показателями по шкале сензитивности. Сиротство в роду коррелирует с более высоким уровнем индекса травматизации. На уровне тенденции есть связь между насилием в роду и тревожностью ( $p = 0,07$ ), и семейным секретом и индексом травматизации ( $p = 0,07$ ). Эти данные подтверждают результаты многочисленных исследований в области межпоколенческого травматизма, свидетельствующие о негативном влиянии психических травм, пережитых предками, на психическое функционирование потомков [Eugeur, 2005; Ciccone, 2005; Nader, 1998]. Особенно это касается ситуаций насилия и семейных секретов [Tisseron, 2007].



**Рис. 4.** Индивидуальный травматизм и текущее психическое состояние.

*Примечания.* Доп. балл – дополнительная шкала, GSI – общий индекс тяжести симптомов, Сом – соматизация, PST – общее количество симптомов, Т – тревожность, ПТ – психотизм, ИТ – индекс травматизации, Сенз – сензитивность.

Характер отношений между родителями отражается в целом ряде показателей: если эти отношения плохие, то выше индекс тяжести состояния GSI, большее количество симптомов дистресса PST, выше баллы по шкалам соматизации и тревожности, чем когда отношения между родителями оценивались испытуемыми как хорошие или нейтральные. Те, кто с детства воспитывался без отца, демонстрируют более высокий уровень сензитивности, то есть им трудно устанавливать отношения с незнакомыми людьми.

Переживание смерти собственного ребенка отражается в более высоком показателе по дополнительной шкале, отражающей тревожность и депрессивность. Те, кто пережил развод, демонстрируют более высокий показатель по шкале паранойальности. Более высокие показатели по шкале психотизма и индексе травматизации обнаруживаются у лиц, тяжело переживавших чьи-либо болезни и смерти.

Пережитое физическое и сексуальное насилие в детстве на уровне тенденции коррелирует с высокими показателями индекса наличного симптоматического дистресса PSDI и количеством симптомов дистресса (индекс PST) ( $p = 0,07$ ). Эти данные подтверждают описанное в литературе негативное влияние пережитого насилия на психическое функционирование в целом с высокой вероятностью воспроизведения подобных ситуаций уже со своими детьми [Cicchetti, Carlson, 1989; Mohler et al., 2001].

Полученные данные доказывают наличие связи между пережитым травматизмом, как индивидуальным, так и межпоколенческим, и наличием психопатологической симптоматики и уровнем психического дистресса.

На следующем этапе исследования выявлялись и анализировались мотивы усыновления.

В ходе полуструктурированного интервью выявилось несколько основных групп мотивов усыновления. Их представленность в общей выборке и в группах «норма», и «риска» отражены в табл. 4.

**Таблица 4**

Мотивы усыновления (в процентах)

Мотив	n = 54	Группа «норма»	Группа «риска»
Сострадание; поделиться тем, что имеют	26	31	18
Невозможность иметь своих детей	39	38	41
Решить личностные и семейные проблемы, нежелание самой рожать	17	9	27
Заменить умершего ребенка	9	9	9
Желание иметь ребенка при отсутствии партнера	9	13	5

Из табл. 4 видно, что довольно многочисленной является группа обследуемых, имеющих желание поделиться с ребенком любовью, материальным благополучием, жизненным опытом, и тех, кто хочет усыновить или установить опеку над детьми родственников или друзей, оставшихся по каким-либо причинам без попечения родителей (26%).

Самым распространенным мотивом усыновления является невозможность иметь собственных детей (39%). Факт невозможности иметь своих детей является значительной нарциссической раной, а зачастую и психической травмой. Усыновление в данной группе является способом реализовать родительский потенциал, потребность в любви, а также желание «быть как все».

Следующая группа (17%) объединяет обследуемых, которые хотят усыновить ребенка, чтобы решить свои психологические и жизненные проблемы: заполнить пустоту, придать смысл жизни, улучшить отношения с партнером, «привязать» его, а также нежелание проходить через трудности вынашивания, родов, первых лет жизни ребенка. В этом случае ребенку заведомо навязывается роль «репаратора», сам по себе, как личность, он не представляет большого интереса и ценности, и трудно ожидать в такой ситуации от приемных родителей чуткости и понимания в отношении его специфических потребностей.

Желание усыновить или взять под опеку ребенка после смерти кровного составляет 9%. Представление о «замене умершего ребенка» либо явно отражается в высказываниях обследуемых, либо подразумевается. Роль заместительного ребенка, которую ему придется играть, неизбежно нарушит процесс развития его идентичности, что чревато самыми неблагоприятными последствиями [Lebovici, 2007].

Желание усыновить ребенка ввиду отсутствия партнера (9%) демонстрирует наличие у представителей этой группы трудностей в установлении отношений с противоположным полом и создания пары, что может быть отражением неразрешенных внутриспсихических конфликтов. Это будут родители-одиночки – ситуация, рассматриваемая многими исследователями как фактор риска

в плане качества приемной семьи [Rosental, 1993].

Мотивация решения своих психологических и жизненных проблем с помощью усыновления чаще встречается в группе «риска»; мотивация сострадания и усыновления ввиду отсутствия партнера чаще встречается в группе «норма»; мотивы усыновления вследствие невозможности иметь своих детей и после смерти кровного ребенка распределены равномерно в двух группах. В целом 26% усыновителей имеют альтруистический мотив, тогда как 74% предпринимают этот шаг для решения тех или иных проблем, то есть их мотивацию можно расценить как эгоистическую.

Сопоставительный анализ текущего психического состояния усыновителей с различными мотивами усыновления представлен в табл. 5.

**Таблица 5**

Выраженность психопатологической симптоматики в группах мотивов в сравнении с пожарными, ветеранами Афганистана с ПТСР и больными шизофренией

ПП	1	2	3	4	5	6	7	8
	M ± SD	M ± SD	M ± SD	M ± SD	M ± SD	M ± SD	M ± SD	M ± SD
SOM	0,53 ± 0,35	0,53 ± 0,35	0,8 ± 0,69	0,7 ± 0,67	0,48 ± 0,62	0,29 ± 0,3	1,08 ± 0,64	0,93 ± 0,82
O-C	0,74 ± 0,4	0,75 ± 0,54	0,94 ± 0,66	1,12 ± 1,29	0,5 ± 0,47	0,38 ± 0,33	1,15 ± 0,72	1,23 ± 0,83
INT	0,81 ± 0,49	0,77 ± 0,56	1,04 ± 0,48	1,04 ± 0,5	0,69 ± 0,25	0,44 ± 0,38	1,25 ± 0,68	0,94 ± 0,69
DEP	0,56 ± 0,4	0,68 ± 0,46	0,83 ± 0,52	1,38 ± 0,88	0,49 ± 0,36	0,25 ± 0,26	1,15 ± 0,65	1,04 ± 0,74
ANX	0,49 ± 0,37	0,7 ± 0,61	0,92 ± 0,53	0,74 ± 0,64	0,34 ± 0,42	0,26 ± 0,27	1,16 ± 0,81	0,99 ± 0,78
HOS	0,5 ± 0,46	0,71 ± 0,53	0,91 ± 0,78	1,07 ± 0,79	0,53 ± 0,57	0,33 ± 0,41	1,22 ± 0,66	0,6 ± 0,58
PHOB	0,19 ± 0,21	0,35 ± 0,47	0,37 ± 0,4	0,23 ± 0,44	0,14 ± 0,2	0,12 ± 0,19	0,76 ± 0,74	0,73 ± 0,82
PAR	0,43 ± 0,35	0,67 ± 0,55	0,59 ± 0,44	0,73 ± 0,48	0,63 ± 0,59	0,37 ± 0,39	1 ± 0,69	0,92 ± 0,76
PSY	0,29 ± 0,33	0,41 ± 0,42	0,46 ± 0,43	0,56 ± 0,44	0,22 ± 0,35	0,15 ± 0,22	0,72 ± 0,51	0,83 ± 0,72
Доп.	0,53 ± 0,41	0,61 ± 0,48	0,75 ± 0,64	1,31 ± 0,47	0,57 ± 0,76	0,3 ± 0,31	1,16 ± 0,64	0,77 ± 0,62
GSI	0,52 ± 0,31	0,62 ± 0,42	0,77 ± 0,41	0,91 ± 0,56	0,46 ± 0,42	0,29 ± 0,24	1,07 ± 0,51	0,93 ± 0,66
PST	36,29 ± 18,98	40,05 ± 20,6	45,44 ± 14,78	44,4 ± 22,78	29 ± 25,38	21,61 ± 16,64	54,29 ± 17,46	43,05 ± 24,95
PSDI	1,27 ± 0,22	1,31 ± 0,23	1,49 ± 0,4	1,76 ± 0,31	1,34 ± 0,19	1,16 ± 0,24	1,72 ± 0,49	1,85 ± 0,71
ИТ	2,69 ± 0,84	2,54 ± 1,25	3,09 ± 0,72	3,16 ± 0,93	3,04 ± 1,36			

*Примечания.* ПП – Показатели SCL-90-R. SOM – соматизация, O-C – обсессивно-компульсивные

расстройства, INT – межличностная сензитивность, DEP – депрессия, ANX – тревожность, NOS – враждебность, РНОВ – фобическая тревожность, PAR – паранойяльность, PSY – психотизм, Доп. – дополнительная шкала, PTSD – индекс наличного симптоматического дистресса, GSI – общий индекс тяжести симптомов, PST – общее количество симптомов, ИТ – индекс травматизации. 1 – Сострадание, 2 – Невозможность иметь ребенка, 3 – Стремление решить свои психологические проблемы, 4 – Смерть ребенка, 5 – Одиночество, 6 – Пожарные, 7 – Ветераны Афганистана с ПТСР, 8 – Больные шизофренией.

Из табл. 5 видно, что мотив усыновления для решения своих личных и психологических проблем и после смерти кровного ребенка сопровождается самыми высокими показателями по всем шкалам и соотносятся с таковыми у ветеранов Афганистана с ПТСР и у больных шизофренией, что можно расценить как отрицательный предиктор в плане качества приемной семьи. В группе мотива сострадания практически все показатели ниже, чем во всех других группах, то есть по выраженности психопатологической симптоматики эта группа является наиболее благоприятной.

На следующем этапе исследования в ходе полуструктурированного интервью выявлялась тактика родительско-детского взаимодействия усыновителей.

Положительными предикторами качества приемной семьи в данном исследовании рассматриваются и анализируются следующие составляющие тактики родительско-детского взаимодействия:

1) понимание необходимости говорить с ребенком о его истории, 2) наличие представлений о том что, как и когда говорить ребенку о его истории, 3) понимание необходимости психологической помощи семье и ребенку. В табл. 6 приведены результаты сопоставительного анализа тактики родительско-детского взаимодействия во всей выборке, в группе «норма» и группе «риска» и в группах мотивов.

#### **Таблица 6**

Тактика родительско-детского взаимодействия (представленность ее составляющих в общей выборке, группах «норма» и «риска» и в группах мотивов, в процентах)

Составляющие тактики родительско-детского взаимодействия	n = 54	Группа «норма»	Группа «риска»	1	2	3	4	5
Понимание необходимости говорить с ребенком о его истории	61,00	62,50	59,10	71,40	52,40	66,70	60,00	60,00
Представляют, что говорить ребенку о его истории	61,00	28,10	13,60	57,10	14,30	11,10	0,00	0,00
Планируют обращаться к психологу после усыновления	7,00	6,30	9,00	14,30	4,80	11,10	0,00	0,00

*Примечания.* 1 – Сострадание, 2 – Невозможность иметь ребенка, 3 – Стремление решить свои психологические проблемы, 4 – Смерть ребенка, 5 – Одиночество.

Из табл. 6 видно, что большинство усыновителей (61%) понимает, что говорить с ребенком о его истории нужно. Однако представители группы «норма» достоверно чаще осознают эту необходимость, чем усыновители из группы «риска». В группах же мотивов различия по этому показателю нет.

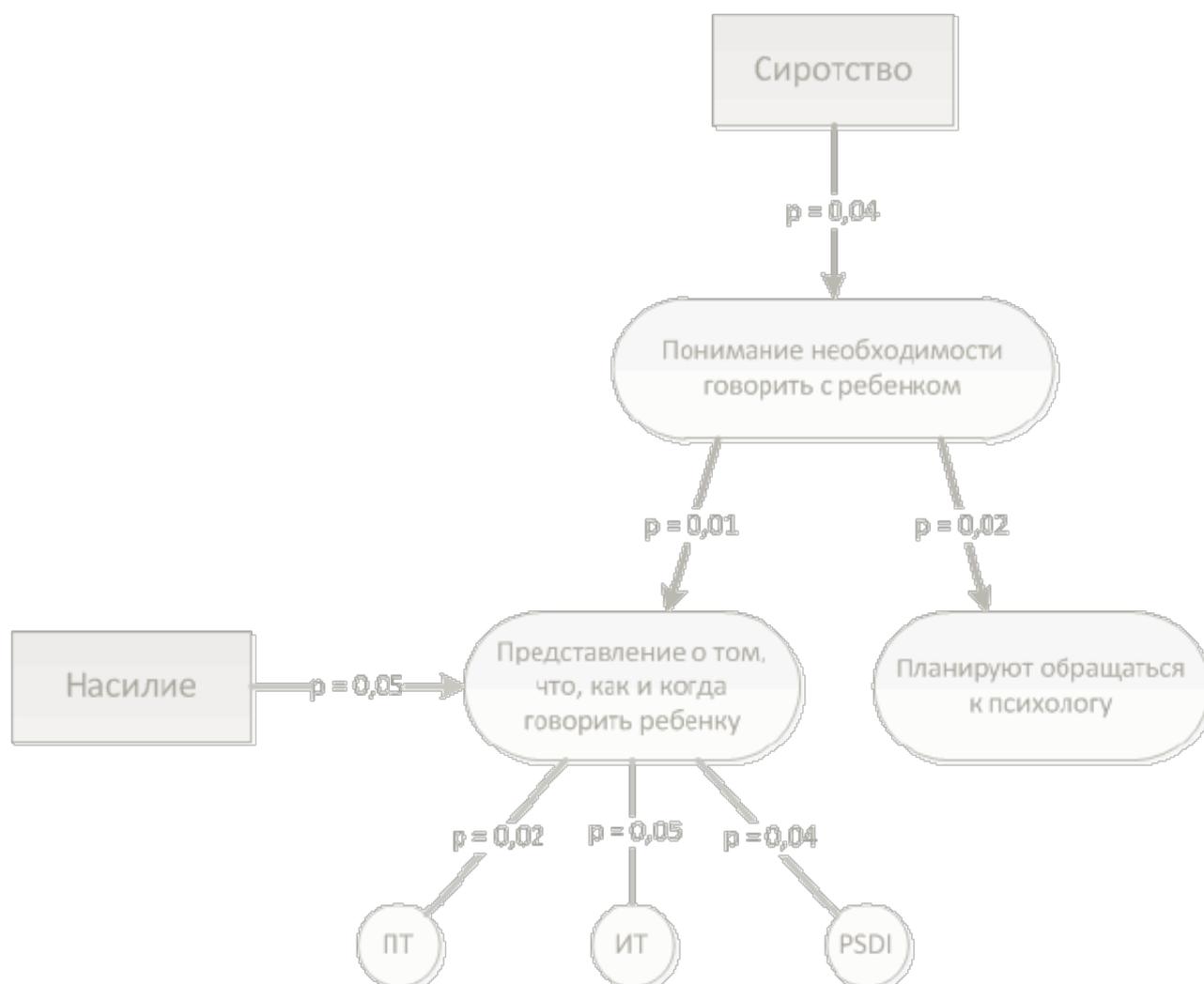
По показателю «есть ли представления, что, как и когда говорить ребенку о его истории» видно, что в группе «норма» такие представления есть чаще. У усыновителей с мотивом сострадания этот

показатель значимо выше, чем во всех других группах мотивов. Желание усыновить ребенка после смерти кровного и в связи с отсутствием партнера сопровождается полным отсутствием таких представлений.

Крайне малое количество усыновителей во всех группах планирует обращаться за психологической помощью (7%). Альтруистический мотив сочетается с более частым пониманием такой необходимости, и снова смерть своего ребенка и одиночество сопровождаются полным отсутствием понимания такой необходимости, несмотря на то что именно этим людям такая помощь особенно нужна.

Полученные данные говорят о крайней недостаточности понимания у будущих усыновителей специфических потребностей ребенка и приемной семьи. Большую роль в изменении такой ситуации могут играть Школы приемных родителей.

Сопоставительный анализ связи тактики родительско-детского взаимодействия с текущим психическим состоянием и межпоколенческим травматизмом выявил следующие значимые связи (рис. 5).



**Рис. 5.** Тактика родительско-детского взаимодействия, межпоколенческий травматизм и текущее психическое состояние.

*Примечания.* ПТ – психотизм, ИТ – индекс травматизации, PSDI – общий уровень психического дистресса.

Составляющие тактики родительско-детского взаимодействия усыновителей с приемным ребенком значимо связаны между собой: чем чаще есть понимание, что с ребенком нужно говорить о его истории, тем чаще есть и представление о том, что, как и когда ему говорить ( $p = 0,01$ ,  $U = 248$ ), а также чаще намерение обращаться за помощью к психологу ( $p = 0,02$ ,  $U = 247$ ).

Наличие в роду истории сиротства положительно коррелирует с пониманием усыновителей, что говорить с ребенком о его истории нужно ( $p = 0,04$ ,  $U = 140$ ). Насилие в роду отрицательно сказывается на наличии представлений о том, что, как и когда говорить ребенку о его истории ( $p = 0,05$ ,  $U = 171$ ). Также с низким уровнем этой составляющей тактики родительско-детского взаимодействия связаны высокие показатели по шкале психотизма ( $p = 0,02$ ,  $U = 143$ ), индекса травматизации ( $p = 0,05$ ,  $U = 160$ ) и общего уровня психического дистресса PSDI ( $p = 0,04$ ,  $U = 160$ ). На уровне тенденции такая же связь имеется с общим уровнем психического дистресса GSI ( $p = 0,07$ ,  $U = 163,5$ ).

Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что тактика родительско-детского взаимодействия, то есть представления усыновителей о специфических потребностях приемной семьи, связаны с межпоколенческим и индивидуальным травматизмом, а также с уровнем психологического дистресса.

Таким образом, на основании проведенного исследования можно заключить, что качество будущей приемной семьи будет зависеть как от отбора кандидатов в усыновители, так и от помощи в преодолении негативных последствий их индивидуального и межпоколенческого травматизма, а также психологического сопровождения семьи, что станет профилактикой воспроизведения травм в отношениях с ребенком и, как следствие, возврата ребенка в детский дом.

## Выводы

1. Изученная выборка потенциальных усыновителей разделилась на две группы: группа «норма» и группа «риска», последняя составила 41% от обследованных кандидатов в усыновители. Это разделение основано на статистически значимых различиях уровней выраженности по всем шкалам психопатологической симптоматики и психологического дистресса, а также уровню психической травматизации.
2. Текущее психическое состояние связано с уровнем межпоколенческого травматизма. Чем выше осведомленность об истории предков, тем ниже показатели по шкале «депрессия» и ниже уровень психологического дистресса. У женщин осведомленность об истории предков выше, чем у мужчин. В группе «риска» чаще встречается такой вид межпоколенческого травматизма, как наличие семейного секрета и насилие, а в группе «норма» – репрессии, смерть детей в роду. У представителей группы «риска» отношения между родителями хуже. Положительная корреляция обнаруживается между наличием в роду семейного секрета и насилия и высокими показателями по шкале сензитивности. Сиротство в роду коррелирует с более высоким уровнем индекса травматизации (ИТ).
3. Индивидуальный травматизм связан с наличием психопатологической симптоматики. Установлена положительная корреляция между: смерть ребенка и депрессивность; плохими отношениями между родителями и индексом тяжести состояния, общее количество симптомов дистресса, соматизация, тревожность; тяжелые переживания чьей-либо смерти или болезни и индекс травматизации и психотизм; развод и паранойяльность; отсутствие с детства общения с отцом и сензитивность.
4. Выделено пять основных групп мотивов усыновления: сострадание к ребенку и желание поделиться с ним тем, что имеют сами; невозможность иметь своего ребенка у пары; желание

решить свои личные и психологические проблемы с помощью усыновления; смерть кровного ребенка; желание иметь ребенка при отсутствии партнера. Самым распространенным мотивом у пары является невозможность иметь своего ребенка. Мотив сострадания можно считать прогностически позитивным для усыновления, поскольку лица с таким мотивом имеют все показатели по шкалам психопатологической симптоматики ниже, чем у тех, кто хочет усыновить ребенка после смерти собственного ребенка. Усыновители с мотивами для решения своих личных и психологических проблем имеют также высокие показатели психопатологической симптоматики, которые соотносятся с таковыми у ветеранов Афганистана с ПТСР и больными шизофренией, то есть эти два мотива являются самыми неблагоприятными в плане качества приемной семьи.

5. Составляющие тактики родительско-детского взаимодействия, отражающие представления усыновителей о специфических потребностях приемной семьи и ребенка, взаимосвязаны между собой: чем чаще у усыновителей есть понимание, что с ребенком нужно говорить о его истории, тем чаще они имеют представление о том, что, как и когда ему говорить, и чаще намерены обращаться за психологической помощью.

6. Составляющие тактики родительско-детского взаимодействия связаны с показателем межпоколенческого травматизма и текущим психическим состоянием. Наличие сиротства в истории рода положительно коррелирует с пониманием необходимости говорить с ребенком о его истории, а наличие ситуаций насилия отрицательно коррелирует с представлением о том, что, как и когда говорить ребенку о его истории. Чем ниже показатели по шкале психотизма, ниже уровень общего психического дистресса и ниже уровень травматизации, тем чаще есть представление о том, что, как и когда говорить с ребенком о его истории.

## Литература

Крюкова Т.Л., Сапоровская М.В., Гущина Т.В., Петрова Е.А. Психология межпоколенных отношений: конфликты и ресурсы. Кострома: Костром. гос. университет им. Н.А. Некрасова, 2009.

Махнач А.В., Прихожан А.М., Толстых Н.Н. Психологическая диагностика кандидатов в замещающие родители. М.: ИП РАН, 2013.

Сапоровская М.В. Исследование межпоколенных связей в семейном контексте. Психологические исследования, 2008, 2(2), 4. <http://psystudy.ru>.

Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса. М.: Когито-Центр, 2007.

Филькина О.М., Шанина Т.Г., Кочерова О.Ю., Пыхтина Л.А., Воробьева Е.А., Витрук Е.Л., Долотова Н.В., Матвеева Е.А. Мотивы создания замещающих семей у потенциальных приемных родителей. Системная интеграция в здравоохранении, 2009, 4(6), 54–65.

Шутценбергер А.А. [Schutzenberger A.A.] Синдром предков: Трансгенерационные связи, семейные тайны, синдром годовщины, передача травм и практическое использование геносоциограммы. М.: Институт психотерапии, 2005.

Berry M. Adoption Disruption. In: R.J. Avery (Ed.), Adoption policy and special needs children. Wesport, CT: Auburn House, 1997. pp. 77–106.

Budd K.S., Poindexter L.M., Felix E.D., Naik-Polan A.T. Clinical assesement of parents in child protection cases: an empirical analysis. Law and Human Behavior, 2001, 25(1), 93–108.

Cicchetti D., Carlson V. Child maltreatment. Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect. New York: Cambridge University Press, 1989.

Ciccone A. *La transmission psychique inconsciente*. Paris: Dunod, 1999.

Danieli Y (Ed.). Families of survivors of the Nazi Holocaust: some short and long-term effects. Research Perspective. In: *International handbook of multigenerational legacies of trauma*. New York: Plenum Press, 1998. pp. 43–68.

Daud A., Skoglund E., Rydelius P.A. Children in families of torture victims: transgenerational transmission of parents' traumatic experiences to their children. *International Journal of Social Welfare*, 2005, 14(1), 23–32.

Destombes C. Les parents adoptifs. In: C. Geissmann, D. Houzel (Eds.), *L'enfant, ses parents et le psychanalyste*. Paris: Bayard Editions, 2000. pp. 323–337.

Eiguer A., Carel A., Ciccone A., Kaes R. *Le générationnel*. Paris: Dunod, 2005.

Eldridge S. *Parents de cœur*. Paris: Édition Albin Michel, 2003.

Erich S., Leung P. Factors contributing to family functioning of adoptive children with special needs: a long term outcome analysis. *Children and Youth Services Review*, 1998, 20(1/2), 135–150.

Groze V. *Successful adoptive families, a longitudinal study of special needs adoption*. Westport, CT: Praeger, 1996.

Haesler L. Un enfant de la "troisième génération" des persécutions nazies. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 1989, No. 9, 133–147.

Houzel D. *La transmission psychique*. Paris: Odide Jacobe, 2010.

Howard J.A., Smith S.L. *The needs of adopted youth: a study of illinois adoption assistance families*. Illinois: Center for Adoption Studies, 2001.

Kaes R. *Les alliances inconscientes*. Paris: Dunod, 2009.

Kaes R., Faimberg H., Enriquez M., Baranes J.J. *Transmission de la vie psychique entre générations*. Paris: Dunod, 1993.

Lebovici S., Soulé M. *La connaissance de l'enfant par la psychanalyse*. Paris: PUF, 2007.

McRoy R.G. *Special needs adoption: practice issues*. New York: Garland Publishing Inc, 1999.

Nader K.O. Violence. Effects of parents' previous trauma on currently traumatized children. In: Y. Danieli (Ed.), *International handbook of multigenerational legacies of trauma*. New York: Plenum Press, 1998. pp. 571–583.

Reder P., Duncan S., Lucey C. *Studies in the assessment of parenting*. London: Brunner-Routledge, 2003.

Reilly T., Platz L. Characteristics and challenges of families who adopt children with special needs: an empirical study. *Children and Youth Services Review*, 2003, 25(10), 781–803.

Rosenthal J.A. Outcomes of adoption of children with special needs. *The Future of Children*, 1993, 3(1), 77–88.

Strijker J., Knorth E.J. Family fostering behind the dykes: practice and research. In: H. Grietens,

E.J. Knorth, P. Durning, J.E. Dumas (Eds.), Promoting competence in children and families. Leuven: University Press, 2007. pp. 125–148.

Tisseron S. Secrets de famille. Mode d'emploi. Paris: Marabout, 2007.

Triseliotis J. Long-term foster care or adoption? The evidence examined. Child and Family Social Work, 2002, 7(1), 23–33.

Yehuda R., Schmeidler J., Elkin A., Houshmand E., Siever L., Binder-Brynes K., Wainberg M., Aferiot D., Lehman A., Guo L.S., Yang R.K. Phenomenology and psychobiology of the intergenerational response to trauma. In: Y. Danieli (Ed.), International handbook of multigenerational legacies of trauma. New York: Plenum Press, 1998. pp. 639–655.

Поступила в редакцию 18 декабря 2013 г. Дата публикации: 30 апреля 2014 г.

### [Сведения об авторах](#)

*Тарабрина Надежда Владимировна.* Доктор психологических наук, профессор, главный научный сотрудник, лаборатория психологии посттравматического стресса, Институт психологии Российской академии наук, ул. Ярославская, д. 13, 129366 Москва, Россия.  
E-mail: [nvtarab@gmail.com](mailto:nvtarab@gmail.com)

*Майн Надежда Владимировна.* Аспирант, Институт психологии Российской академии наук, ул. Ярославская, д. 13, 129366 Москва, Россия.  
E-mail: [nadejda.main@gmail.com](mailto:nadejda.main@gmail.com)

### [Ссылка для цитирования](#)

Стиль psystudy.ru

Тарабрина Н.В., Майн Н.В. Индивидуальная и межпоколенческая психотравматизация усыновителей и качество приемной семьи (эмпирическое исследование). Психологические исследования, 2014, 7(34), 1. <http://psystudy.ru>

Стиль ГОСТ

Тарабрина Н.В., Майн Н.В. Индивидуальная и межпоколенческая психотравматизация усыновителей и качество приемной семьи (эмпирическое исследование) // Психологические исследования. 2014. Т. 7, № 34. С. 1. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).

[Описание соответствует ГОСТ Р 7.0.5-2008 "Библиографическая ссылка". Дата обращения в формате "число-месяц-год = чч.мм.гггг" – дата, когда читатель обращался к документу и он был доступен.]

Адрес статьи: <http://psystudy.ru/index.php/num/2014v7n34/953-tarabrina34.html>

[К началу страницы >>](#)