Научная статья
УДК 316.6
https://doi.org/10.21702/rpj.2026.3.3

Системные и социально-психологические механизмы и последствия сформированной созависимости в семьях с психически больным родственником

Ольга Б. Полякова

Московский инновационный университет, Москва, Российская Федерация

obp.csu@gmail.com

Аннотация

Введение. Семьи, в которых один из членов страдает психическим расстройством, нередко оказываются в ситуации хронической перегрузки: жизнь постепенно перестраивается вокруг болезни, а собственные потребности опекунов отходят на второй план. Несмотря на широкую распространенность проблемы, большинство исследований обращались к созависимости в контексте химических зависимостей; психические расстройства как ее источник изучены значительно меньше. Цель данного исследования – описать системные и социально-психологические механизмы созависимости в семьях с психически больным родственником и оценить их связь с эмоциональным выгоранием опекунов.

Методы. В исследовании приняли участие 50 семей с психически больным родственником (124 респондента). Для диагностики использовались полуструктурированное интервью, шкала эмоционального выгорания (MBI, адаптированная модификация для семейных опекунов), авторский социально-психологический опросник и логистическая регрессия для анализа вклада различных психических и поведенческих проблем больного в формирование созависимости. Статистическая обработка осуществлялась с помощью IBM SPSS Statistics.

Результаты. Получена социально-психологическая характеристика семей с психически больным родственником, в частности, данные полуструктурированного

интервью выявили, что семейная система отличается выраженной ригидностью ролей, эмоциональной замороженностью и недостатком открытой коммуникации. Результаты социально-психологического опросника показали: высокий уровень поддержки жертвенных ролевых; ощущение стигматизации; дефицит внешней поддержки; открытость к внешней помощи; готовность к изменениям. Это указывает на высокий уровень социальной изоляции, внутреннюю закрытость и низкую мотивацию к поиску внешних ресурсов.

Обсуждение результатов. Полученные данные согласуются с системными концепциями семейной дисфункции и дополняют их конкретными эмпирическими характеристиками: показано, что социальная дезадаптация и продуктивная симптоматика у больного сильнее всего связаны с созависимостью у членов семьи, тогда как убеждение «семья – главное» и ощущение стигматизации существенно ограничивают готовность к изменениям.

Ключевые слова

созависимость, социальная психология, семейная дисфункция, эмоциональное выгорание, психические расстройства, стигматизация, ригидные ролевые паттерны, групповая динамика, социальные установки, семейная психотерапия

Для цитирования

Полякова, О.Б. (2026). Системные и социально-психологические механизмы и последствия сформированной созависимости в семьях с психически больным родственником. *Российский психологический журнал, 23*(3), 66–89, https://doi.org/10.21702/rpj.2026.3.3

Введение

Вопрос о том, что происходит с семьей, когда один из ее членов получает диагноз психического расстройства, в отечественной и зарубежной психологии обсуждается давно (Андронникова, 2026; Емельянова, 2014, Rahmani et al., 2022). Установлено, что совместное проживание с психически больным родственником сопряжено с устойчивыми изменениями всего уклада семейной жизни: перераспределяются роли, сужается круг общения, нарастает хроническое напряжение (Сухов, Деркач, 2001). В семьях, в которых родственники берут на себя основную нагрузку по уходу, описываются явления эмоционального истощения, тревожных и депрессивных расстройств, а также психосоматические реакции (Coffman & Swank, 2021). Совокупность этих изменений в психологии принято обозначать термином «созависимость» – состояние, при котором жизнь опекуна начинает определяться прежде всего потребностями и состоянием больного, а не собственными (Shalahuddin et al., 2025).

Закономерным остается вопрос, если психически больной человек принимает психотропные препараты, купирующие болезнь, почему же в семьях формируется созависимость? На этот вопрос отвечают последние исследования (Минухин, Фишман, 1998), в которых показано, что созависимость в семьях с родственником, имеющим психические нарушения, формируется не столько из-за отсутствия или наличия медикаментозного лечения (например, препаратов, купирующих галлюцинации и бред), сколько по причине длительного психологического стресса, деформации внутрисемейных отношений и адаптации всех членов семьи к хронически сложной ситуации.

Среди ключевых механизмов формирования созависимости в таких семьях исследователи выделяют несколько взаимосвязанных процессов (Артемцева, 2017; Боуэн, 2015). Прежде всего хронический стресс и эмоциональная вовлеченность: даже когда симптомы психоза у родственника купированы, семья продолжает жить в атмосфере страха рецидива и постоянной готовности к ухудшению; такое состояние сопровождается устойчивым эмоциональным напряжением и чувством ответственности за благополучие своего родственника. Параллельно формируются дисфункциональные ролевые паттерны – «спасатель», «жертва», «преследователь», – в рамках которых члены семьи постепенно перестают замечать собственные потребности (Бугадинова, 2020). Личные границы оказываются нарушены: уклад семейной жизни подстраивается под болезнь, и это меняет эмоциональные реакции, поведение и социальные связи всех ее членов. Наконец, нерешенные конфликты и общая нестабильность создают условия для межпоколенческой травмы, передачи созависимых паттернов, в том числе детям, растущим в таких семьях (Dariotis et al., 2023).

Роль медикаментозного лечения родственника с психическими нарушениями (Correll et al., 2023) заключается в том, что медикаменты (например, антипсихотики) помогают контролировать острые симптомы, такие как галлюцинации и бред, но не устраняют психологическую нагрузку на семью. Даже при стабилизации состояния больного (Kane, 2011), близкие продолжают испытывать страх рецидива, чувство вины, стыда и бессилия, что поддерживает созависимые модели поведения.

Таким образом, созависимость формируется в условиях длительного проживания в хроническом стрессе и необходимости адаптации семьи к болезни родственника, а не определяется наличием или отсутствием медикаментозного лечения (Gallo, 1991; Tambling et al., 2022; Wilkens & Foote, 2022). Принятие на себя полной ответственности за уход, финансовое обеспечение и психологическую поддержку больного, как правило, сопровождается сокращением собственной социальной активности опекуна, ограничением профессиональных возможностей и снижением финансовой автономии.

Авторы (Москаленко, 2015; Олифирович, Зинкевич-Куземкина, Велента, 2006; Осинская, Кравцова, 2016) в исследовании ненормативного кризиса отмечают неизбежность межпоколенческих последствий и влияние психического заболевания родственника на детей, воспитывающихся в такой семье. Так дети, растущие в атмосфере

созависимости и хронического стресса, сталкиваются с эмоциональной нестабильностью, низкой самооценкой и трудностями в построении здоровых отношений во взрослом возрасте. Это формирует риски повторения модели созависимых отношений, формирования синдрома ВДА (взрослые дети алкоголиков/кризисных семей) в следующих поколениях, что увеличивает социальную значимость проблемы.

Рассматривая созависимость в семьях с психически больным родственником, авторы (Cham et al., 2022; Eiser & Morse, 2001) указывают на явление, которое затрагивает существенное количество семей. Ненормативный семейный кризис, состояние выгорания, но и созависимости влияет на социальную адаптацию семей и влияющую на показатели благополучия значительного количества семей.

Общий вывод, который можно сделать из рассмотренных исследований, заключается в том, что созависимость формируется в семьях, в которых до дебюта психического заболевания родственника уже были сформированы условия (эмоциональная закрытость, холодность и пр.), способствующие формированию созависимости. Современные исследования в основном затрагивают вопросы: созависимости от психоактивных веществ, созависимость от болезни детей, профессиональная созависимость в социальных специализированных детских учреждениях, при этом вопросы созависимости от психического заболевания родственника остаются недостаточно изученными. Благодаря использованию комплекса оригинальных авторских методик настоящее исследование устраняет недостаток в описании социально-психологических механизмов созависимости применительно к данной категории семей.

Гипотеза исследования: уровень созависимости от психического расстройства родственника предопределен рядом факторов, в частности, стигматизацией таких семей, закрытостью семейных отношений «семья-главное», отсутствие внешней социально-психологической поддержки и низким уровнем мотивации к изменениям.

Развитие системного социально-психологического подхода анализа последствий созависимости

Понятие созависимости сложилось в 1970–80-е годы в клинической работе с семьями алкоголиков и наркозависимых (Полякова, 2024; Москаленко, 2015). Первоначально акцент делался на личностных характеристиках родственников: низкой самооценке, склонности к жертвенности, трудностях с самоопределением. Постепенно, по мере распространения системной семейной терапии, фокус сместился: стало очевидно, что речь идет не столько об индивидуальной патологии, сколько об устойчивом паттерне всей семейной системы. Применительно к семьям с психически больным родственником это означает, что созависимость формируется и поддерживается самой семейной структурой – и без ее изменения индивидуальная работа с опекуном дает лишь ограниченный эффект (Коренева, 2019, Поляков, 2024).

С позиций системной семейной терапии – прежде всего в работах Манухиной (2017), Боуэна (2015), Сатир (2015) – семья рассматривается не как сумма составляющих ее людей, а как целостная система с собственными закономерностями. Для семей с психически больным родственником особое значение приобретают несколько системных механизмов. Первый из них – гомеостаз: система стремится сохранить привычное равновесие, даже если оно держится на патологических паттернах. Второй – нарушение границ между подсистемами: личные границы размываются, роли фиксируются, автономия каждого члена семьи сокращается. Третий – качество коммуникации: в семьях с тяжело больным родственником она нередко становится непрямой, избегающей, замкнутой на теме болезни.

Манухина (2017), Крюкова, Сапоровская (2016) и Ермаков и др. (2025) показывают, что эти системные понятия, такие как гомеостаз, роли, границы, коммуникация – объясняют устойчивость созависимости: она воспроизводится не потому, что кто-то из членов семьи «хочет» быть созависимым, а потому, что так устроена система. В силу сложных и укоренившихся паттернов поведения изменить созависимые отношения крайне сложно, не затрагивая семейной системы.

Авторы (Федорова, 2020; Холмогорова, 2015) обращают внимание на эффективность применения системной работы с созависимыми родственниками в рамках когнитивно-поведенческой терапии, а также используя нарративный подход. Именно комплексный подход дает возможность увидеть закрепившееся созависимое поведение родственников. Когнитивно-поведенческая терапия помогает изменить собственное отношение, а нарративный подход помогает пересмотреть семейные отношения, историю болезни в предпотчительной позитивной истории, которая позволяет увидеть личность психически больного родственника. Проведенное исследование использует системный подход для анализа и смысловой реконструкции данных.

Системный анализ семейной ситуации семей с выраженной созависимостью и закрытостью обнаруживает ряд нарушений, тесно связанных между собой (Трофимова, Цилюгина, Хабарова, 2022; Costa & Oliveira-Monteiro, 2020; Greef et al., 2016). Внешне такие семьи выглядят сплоченными, но за этим фасадом доверительной близости почти нет – для этого состояния в литературе закрепилось определение «вакуум интимности». Болезнь чаще всего обходят молчанием: о ней не принято говорить ни между собой, ни с посторонними. Молчание приглушает тревогу, однако ценой этого становится отрезанность семьи от внешней помощи. Границы между членами семьи размыты до такой степени, что тревога или агрессия больного мгновенно подхватывается остальными и переживается как общая, – у Боуэна (2015) это описано через понятие недостаточной дифференциации Я. Отказ обращаться к специалистам замыкает систему на саму себя, а стремление полностью контролировать поведение больного постепенно подчиняет себе все внутрисемейное взаимодействие, становясь его главной осью. В итоге семья теряет гибкость перед лицом новых обстоятельств, и кризисы воспроизводятся раз за разом по одному и тому же сценарию.

Приведенный обзор позволяет сформулировать рабочее понимание созависимости, которое используется в данном исследовании: это устойчивый паттерн семейного взаимодействия, при котором члены семьи систематически подчиняют собственные потребности и эмоции задаче контроля над состоянием больного. Из этого понимания следует, что эффективная помощь должна быть адресована семье как целому – ее ролевой структуре, коммуникативным паттернам и границам, – а не только индивидуальному состоянию опекуна.

Методы

Выборка и процедура исследования

В исследовании приняли участие 50 семей с психически больным родственником (всего 124 респондента). Среди опрошенных преобладали женщины (85%): матери, жены, сестры; мужчины составили 15% – братья, взрослые дети.

Критерии включения:

1) возраст от 18 лет и старше; 2) совместное проживание с родственником, имеющим официально подтвержденный диагноз психического расстройства (шизофрения, аффективные расстройства, органические поражения ЦНС и др.); 3) продолжительность совместного проживания – не менее 12 месяцев.

Критерии исключения:

1) возраст менее 18 лет; 2) тяжелые когнитивные нарушения у респондента, препятствующие осмысленному участию; 3) острый кризис в семье на момент включения (недавняя госпитализация больного или смерть члена семьи).

Участие в исследовании было добровольным, данные анонимизированы, от каждого участника было получено письменное информированное согласие.

Инструменты исследования

В исследовании применялись четыре инструмента, относящихся к трем методическим категориям: авторские оригинальные методики (Инструменты 1–3), модифицированная стандартизированная методика (Инструмент 4), а также статистические методы анализа данных.

Инструмент 1. Авторское полуструктурированное интервью (оригинальная авторская методика)

Интервью содержит 14 вопросов, организованных в пять тематических блоков: 1) семейные роли и распределение обязанностей (вопросы 1–3); 2) характер коммуникации и открытость (вопросы 4–6); 3) межличностные границы и личная автономия (вопросы

7–9); 4) эмоциональный климат и совладание (вопросы 10–12); 5) внешние ресурсы и социальная включенность (вопросы 13–14). По итогам каждой беседы исследователь фиксировал наличие или отсутствие 7 бинарных структурных индикаторов: ригидные ролевые паттерны; нарушение межпоколенческих границ; гиперопека и контроль; эмоциональная замороженность; табуирование темы болезни; недостаток открытой коммуникации; доминирование одного члена семьи.

Шкала и подсчет: Каждый индикатор оценивается дихотомически: 1 – признак выражен, 0 – признак отсутствует. Итоговый показатель по каждому индикатору – доля семей выборки, у которых он зафиксирован (в %).

Интерпретация: Высокой распространенностью считается показатель ≥ 60% семей выборки. Полный текст интервью представлен в Приложении А.

Инструмент 2. Авторский социально-психологический опросник (оригинальная авторская методика)

Опросник содержит 28 пунктов, равномерно распределенных по 7 шкалам (по 4 пункта в каждой): 1) ориентация на самостоятельное решение проблем; 2) ощущение стигматизации; 3) дефицит внешней поддержки; 4) поддержка жертвенных ролевых ожиданий; 5) согласие с установкой «семья – главное»; 6) открытость к внешней помощи; 7) готовность к изменению семейных паттернов.

При составлении пунктов мы опирались на работы по семейной созависимости (Costa & Oliveira-Monteiro, 2020; Vederhus, Kristensen & Timko, 2019).

Формат ответа дихотомический: 1 – «согласен», 0 – «не согласен». Балл по шкале считается как доля согласий среди ее четырех пунктов и принимает значения от 0 до 1; значения от 0,60 мы рассматривали как высокие, до 0,40 – как низкие. Внутренняя согласованность шкал оказалась приемлемой: α Кронбаха по отдельным шкалам составила от 0,68 до 0,81. Полный текст опросника приведен в Приложении Б.

Инструмент 3. Шкала семейной созависимости (авторская методика)

Уровень созависимости измерялся авторской «Шкалой семейной созависимости». Методика создавалась специально для этого исследования: нам важно было учесть специфику ситуации, когда человек годами живет под одной крышей с психически больным родственником. Шкала состоит из 15 утверждений, сгруппированных в три субшкалы по пять пунктов. Первая – эмоциональная вовлеченность – отражает, насколько собственные переживания респондента сливаются с состоянием больного. Вторая – гиперконтроль и опека – фиксирует стремление контролировать его поведение и самочувствие. Третья – утрата личной автономии – касается отказа от собственных потребностей, интересов и круга общения. Текст шкалы также вынесен в Приложение Б.

Каждое утверждение оценивается по пятибалльной шкале Ликерта от 1 («никогда») до 5 («всегда»). Итоговый показатель – среднее по всем 15 пунктам, то

есть от 1 до 5 баллов; чем он выше, тем выраженнее созависимость. В нашей выборке средние значения колебались от 2,50 до 3,44 при стандартных отклонениях 0,55–0,80 – в зависимости от того, какие именно симптомы наблюдались у больного (Таблица 1).

Для бинарной логистической регрессии итоговый балл пришлось дихотомизировать. Порогом служило значение выборочной медианы плюс 0,5 SD: балл от 3,5 и выше кодировался как высокий уровень созависимости (1), ниже 3,5 – как умеренный или низкий (0). Выбор порога не случаен: 3,5 балла соответствует ответу «часто», то есть созависимые паттерны проявляются уже не эпизодически, а систематически. Эта бинарная переменная выступала зависимой в регрессионной модели, а предикторами служили дихотомические переменные наличия/отсутствия конкретных симптомов у больного (0/1). Отношения шансов (OR) интерпретировались как изменение шансов высокого уровня созависимости при наличии данного симптома (Kutner, Nachtsheim & Neter, 2004).

Инструмент 4. Адаптированный опросник эмоционального выгорания MBI

За основу взята стандартизированная методика Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS; Maslach & Jackson, 1981). В оригинале опросник содержит 22 пункта и три шкалы: эмоциональное истощение (9 пунктов, 0–54 балла), деперсонализация (5 пунктов, 0–30) и редукция личных достижений (8 пунктов, 0–48). Частота переживаний оценивается по семибалльной шкале от 0 («никогда») до 6 («ежедневно»).

Стандартные пороги высокого выгорания (Maslach et al., 1996): ЭИ ≥ 27 баллов; ДП ≥ 13 баллов; РЛД ≤ 31 балла (низкий балл соответствует высокому выгоранию).

Адаптация для данного исследования: Выполнена смысловая адаптация формулировок пунктов применительно к контексту семейного ухода за психически больным родственником: профессиональные термины («пациент», «клиент», «работа», «коллеги») заменены на соответствующие семейные («родственник», «близкий человек», «уход за больным», «другие члены семьи»). Три основные шкалы MBI-HSS сохранены в полном объеме. Дополнительно разработаны пять авторских шкал, специфичных для контекста семейного ухода: (а) индекс удовлетворенности ролью опекуна (4 пункта, диапазон 4–28); (б) чувство безнадежности (3 пункта, диапазон 3–21); (в) чувство безысходности (3 пункта, диапазон 3–21); (г) апатия (3 пункта, диапазон 3–21); (д) депрессивные проявления (4 пункта, диапазон 4–28). Все дополнительные пункты оцениваются по той же 7-балльной частотной шкале (0 – никогда; 6 – ежедневно), что и основные шкалы MBI. Надежность дополнительных шкал: Cronbach's α = 0,78–0,89.

Подсчет и наблюдаемые диапазоны: Итоговый балл по каждой шкале – сумма значений входящих пунктов. Полученные в выборке показатели: ЭИ – M = 34,2 (SD = 7,5; диапазон 19–49); ДП – M = 11,4 (SD = 3,2; диапазон 5–18); РЛД – M = 28,8 (SD = 5,1; диапазон 16–38); общий индекс выгорания – M = 74,4 (SD = 10,2; диапазон 50–97).

Надежность адаптированной версии: Cronbach's α: ЭИ = 0,89; ДП = 0,81; РЛД = 0,85; общий индекс = 0,91 – высокая внутренняя согласованность. Интерпретация основных шкал проводилась в соответствии с нормативными порогами MBI-HSS (Maslach et al., 1996).

Статистический анализ

Обработка данных проводилась в IBM SPSS Statistics. Применялись следующие методы: Описательная статистика: среднее (M), стандартное отклонение (SD), медиана (Me), минимум, максимум, доля (%) – для характеристики выборки и переменных.

Бинарная логистическая регрессия: оценка вклада симптомов психического расстройства у больного (предикторы: дихотомические переменные «наличие/отсутствие симптома») в вероятность высокого уровня созависимости у членов семьи (зависимая переменная: 1/0). Результаты представлены в виде отношения шансов (OR) с 95% доверительным интервалом (ДИ).

Корреляционный анализ: коэффициент r Пирсона – для оценки линейной связи между непрерывными переменными. Уровень статистической значимости: $p < 0,05$.

Размер эффекта: φ Крамера – для дихотомических переменных; d Коэна – при сравнении групп по непрерывным шкалам.

Надежность: внутренняя согласованность шкал оценивалась с помощью Cronbach's α; приемлемый уровень – $\alpha \geq 0,70$.

Результаты

В выборке из 50 семей с психически больным родственником наиболее часто встречается социальная дезадаптация, которая составила 38 семей что составляет 7,0 по частоте проявлений в неделю. Также выделен показатель по шкале созависимости.

Анализ результатов логистической регрессии показал уровень значимости семейной созависимости (OR = 2.65, 95% ДИ:1,30-5,39).

Чаще всего в обследованных семьях встречались галлюцинации – 33 семьи, в среднем 4,2 эпизода в неделю. Бредовые идеи отмечены в 29 семьях (3,6 раза в неделю). И то и другое значимо связано с созависимостью: OR составил 2,33 и 2,00 соответственно. Заметную роль играет и апато-абулический синдром (27 семей, 5,8 раза в неделю), хотя его вклад скромнее – OR = 1,64.

Связь с повышенным риском созависимости обнаружена также для пассивной агрессии (21 семья, 2,9 раза в неделю; OR = 1,72) и ненамеренного, дезорганизованного поведения больного (19 семей, 6,1 раза в неделю; OR = 1,57) – операционализация последнего понятия описана в разделе «Материалы и методы». Отдельно стоит сказать о суицидальных мыслях и попытках: они встречались реже всего из «тяжелых» симптомов (12 семей, 1,3 раза в неделю), однако именно в этих семьях зафиксирован самый высокий средний балл по шкале созависимости – 3,20. По-видимому, такие ситуации создают для родственников особую психологическую нагрузку.

Таблица 1

Показатели высокого уровня созависимости по данным бинарной логистической регрессии (зависимая переменная: ШСС-балл ≥ 3,5)

Проблема у родственника с психическим расстройством	Количество семей с проблемой (из 50)	Среднее количество проявлений в неделю	Логистическая регрессия (OR)	Доверительный интервал OR (95%)	Среднее значение по шкале созависимости	Стандартное отклонение
Галлюцинации	33	4.2	2.33	1.55–3.49	3.07	0.77
Бредовые идеи	29	3.6	2.00	1.33–3.02	2.95	0.70
Апато-абулический синдром	27	5.8	1.64	1.07–2.52	3.12	0.80
Пассивная агрессия	21	2.9	1.72	1.12–2.64	2.85	0.65
Ненамеренное поведение	19	6.1	1.57	1.04–2.35	2.78	0.60
Суицидальные мысли или попытки	12	1.3	1.90	1.23–2.93	3.20	0.75
Социальная дезадаптация	38	7.0	2.65	1.30–5.39	3.44	0.64
Эмоциональная лабильность	18	3.4	1.54	1.01–2.35	2.90	0.68
Физическая агрессия	9	0.8	1.29	0.81–2.06	2.50	0.55
Отрицание болезни	14	2.2	1.54	1.01–2.35	2.70	0.60

Примечание. *Колонка «Среднее количество проявлений в неделю» носит описательный характер и в регрессионную модель не включалась. Приведенные значения OR показывают, насколько наличие того или иного симптома у больного связано с высоким уровнем созависимости в семье (ШСС ≥ 3,5). Подчеркнем: речь идет именно о статистической ассоциации, а не о доказанной причинно-следственной связи.*

Эмоциональная лабильность (18 семей, 3,4 раза в неделю) и отрицание болезни (14 семей, 2,2 раза в неделю) тоже связаны с созависимостью, но значения OR здесь ниже. Слабее всего с созависимостью ассоциирована физическая агрессия – она отмечена лишь в 9 семьях (0,8 раза в неделю).

Полученную картину можно интерпретировать следующим образом. Там, где у больного присутствуют галлюцинации и бред, родственники живут в состоянии постоянной тревоги и ощущения небезопасности – отсюда выраженное стремление контролировать его поведение. При апато-абулическом синдроме семья берет на себя обязанности больного: роли перераспределяются, а собственная автономия родственников сужается. Пассивная агрессия и дезорганизованное поведение усиливают у близких чувство вины и тревогу, что, вероятно, и закрепляет дисфункциональные паттерны взаимодействия. Наконец, суицидальные мысли и попытки пациента ложатся на семью максимальным грузом, о чем говорит наивысший средний балл по ШСС (M = 3,20).

Таблица 2

Распространенность дисфункциональных паттернов семейного взаимодействия по данным полуструктурированного интервью (N = 50 семей)

Параметр	N (семей из 50)	Медиана (Me)	Мода (Mo)	Min	Max	SD	% проявления
Ригидные ролевые паттерны	39	1	1	0	1	0.49	78%
Нарушение межпоколенческих границ	32	1	1	0	1	0.47	64%
Гиперопека и контроль	41	1	1	0	1	0.49	82%
Эмоциональная замороженность	36	1	1	0	1	0.48	72%
Табуирование темы болезни	34	1	1	0	1	0.47	68%
Недостаток открытой коммуникации	38	1	1	0	1	0.49	76%
Один член семьи принимает решения за всю семью	29	1	1	0	1	0.46	58%

По данным интервью дисфункциональные паттерны встречаются в исследуемых семьях очень часто. На первом месте гиперопека и контроль: их мы зафиксировали в 82% семей. Скорее всего, это компенсаторная реакция на тревогу. Болезнь родственника лишает семью ощущения предсказуемости, и контроль над бытовыми мелочами хоть как-то ее возвращает.

Ригидные роли отмечены в 78% семей. Мы проверили, отличается ли наша выборка от обычных семей без психически больного родственника, и сравнение по коэффициенту φ Крамера дало 0,56 при $p < 0,001$. Это сильная связь, то есть жесткое закрепление ролей действительно характерно именно для таких семей, а не для семей вообще. Практическое следствие понятно: когда роли застыли, семья не успевает перестраиваться под меняющиеся потребности больного и остальных, и люди постепенно выгорают.

С коммуникацией картина похожая. В 76% семей открыто о происходящем почти не говорят, и в 68% сама тема болезни табуирована. Одно подпитывает другое: молчание увеличивает дистанцию между членами семьи, а чем больше дистанция, тем труднее начать разговор.

Таблица 3

Результаты по адаптированному MBI и авторским шкалам (N = 124)

Показатель	N (респондентов=124)	Среднее (M)	SD	Медиана (Me)	Min	Max	% с высоким уровнем	Cronbach's α
Эмоциональное истощение	124	34.2	7.5	35	19	49	67%	0.89
Деперсонализация	124	11.4	3.2	12	5	18	54%	0.81
Редукция личных достижений	124	28.8	5.1	29	16	38	62%	0.85
Общий индекс выгорания	124	74.4	10.2	75	50	97	59%	0.91
Индекс удовлетворенности работой	124	21.6	4.7	22	10	29	38% (низкий)	0.78

Показатель	N (респондентов=124)	Среднее (M)	SD	Медиана (Me)	Min	Max	% с высоким уровнем	Cronbach's α
Чувство безнадежности	124	9.8	3.4	10	3	16	58%	0.84
Чувство безысходности	124	10.2	3.7	10	4	17	55%	0.86
Апатия	124	11.6	4.1	12	5	19	61%	0.87
Депрессия	124	14.7	5.3	15	5	25	47%	0.89

Полученные показатели выгорания заставляют говорить не просто о высокой нагрузке, а о состоянии, близком к пределу адаптационных возможностей. У двух третей респондентов (67%) эмоциональное истощение достигает клинически значимого уровня, а средний балл 34,2 при d Коэна = 1,95 означает, что исследуемая группа по этому параметру практически не пересекается с нормативной. Иначе говоря, истощение здесь – не индивидуальная особенность отдельных опекунов, а закономерное следствие самой ситуации длительного ухода.

На этом фоне деперсонализация, выявленная у 54% участников, прочитывается двояко. С одной стороны, эмоциональное отстранение от переживаний больного – респонденты сами называли его «защитной глухотой» – выполняет очевидную охранительную функцию: оно позволяет выдерживать ежедневную нагрузку и экономить остатки ресурса. С другой стороны, цена этой защиты обнаруживается в третьем компоненте: у 62% выражена редукция личных достижений, то есть стойкое ощущение, что усилия по уходу ни к чему не приводят. Отстраняясь, опекун теряет и то, что могло бы поддерживать смысл его деятельности.

Именно сочетание всех трех компонентов представляется нам ключевым: оно свидетельствует, что мы имеем дело не с ситуативной усталостью, которую снимает отдых, а с устойчивым выгоранием как сформировавшимся состоянием. В пользу такой интерпретации говорит и чувство безнадежности, отмеченное более чем у половины участников. Эта картина согласуется с данными о выгорании семейных опекунов в других группах с хронической нагрузкой (Cham et al., 2022) и позволяет рассматривать семьи психически больных как группу, нуждающуюся в целенаправленной психологической поддержке, а не только в информировании.

Корреляционный анализ показал положительную связь между ригидностью семейных ролей и уровнем эмоционального истощения ($r = 0,61$; $p < 0,01$). Это позволяет

рассматривать ригидность не только как структурную характеристику семьи, но и как один из факторов, ассоциированных с индивидуальным состоянием опекуна.

Таблица 4

Показатели социальных установок и готовности к изменениям по данным социально-психологического опросника (N = 124 респондента)

Параметр	N (из 124)	Среднее (M)	SD	Медиана (Me)	Min	Max	% проявления	Cronbach's α
Ориентация на самостоятельное решение	69	0.56	0.50	1	0	1	56%	0.74
Ощущение стигматизации	84	0.68	0.47	1	0	1	68%	0.76
Дефицит внешней поддержки	71	0.57	0.50	1	0	1	57%	0.72
Поддержка жертвенных ролевых ожиданий	92	0.74	0.44	1	0	1	74%	0.79
Согласие с установкой «семья – главное»	110	0.89	0.31	1	0	1	89%	0.81
Открытость к внешней помощи	47	0.38	0.48	0	0	1	38%	0.70
Готовность к изменению семейных паттернов	42	0.34	0.47	0	0	1	34%	0.68

Доминирование установки «семья – главное» (89% респондентов) на фоне низкой открытости к внешней помощи (38%) и слабой готовности менять сложившиеся паттерны (34%) рисует вполне определенный ценностный профиль исследуемой

группы. Семья здесь воспринимается как замкнутая система, обязанная справляться своими силами, – и именно это, по-видимому, ограничивает мотивацию к обращению за профессиональной помощью. Дополнительным барьером выступает стигма: ощущение стигматизации отметили 68% респондентов, что согласуется с зарубежными данными о связи воспринимаемой стигмы с социальной изоляцией семей, ухаживающих за психически больным родственником (Eghbal Manesh et al., 2023; Guan et al., 2023). В совокупности эти установки образуют защитную позицию, которую вряд ли удастся преодолеть простым информированием – она требует специальной мотивационной работы как обязательного компонента психосоциального сопровождения.

Обсуждение результатов

Полученные результаты складываются в достаточно однородную картину: какой бы симптом ни доминировал у больного родственника, семейная система отвечает примерно одинаково – нарастающей ригидностью ролей, сужением коммуникации и постепенным вытеснением собственных потребностей опекуна. Выявленные паттерны (гиперопека в 82% семей, ригидные роли в 78%, табуирование темы болезни в 68%) хорошо ложатся в системные модели семейной дисфункции (Minuchin & Fishman, 1998; Bowen, 2015), но при этом дополняют их конкретными количественными характеристиками, полученными именно для семей созависимых родственников людей с психическими нарушениями.

1. Предикторы созависимости (Таблица 1). Логистическая регрессия показала, что сильнее всего с высоким уровнем созависимости связана социальная дезадаптация больного (OR = 2,65; 95% ДИ: 1,30–5,39). Результат, на первый взгляд, неожиданный – интуитивно главным кандидатом кажется продуктивная симптоматика. Однако он объясним: именно дезадаптация больного сокращает социальные контакты всей семьи и усиливает у ее членов чувство стыда и отчужденности, а это факторы, тесно связанные с формированием созависимых паттернов (Vederhus, Kristensen & Timko, 2019; Costa & Oliveira-Monteiro, 2020; Cham et al., 2022). Продуктивная симптоматика тоже вносит свой вклад: галлюцинации и бредовые идеи (OR = 2,33 и 2,00 соответственно) поддерживают у родственников хроническую тревогу и, как следствие, стремление непрерывно контролировать состояние больного. Иначе действуют пассивная агрессия и ненамеренное проблемное поведение (OR = 1,72 и 1,57): здесь на первый план выходят вина и тревога, которые члены семьи разрешают подавлением эмоций и избеганием открытых конфликтов (Guan, Poon & Zwi, 2023). Апато-абулический синдром (OR = 1,64) запускает еще один механизм – родственники берут на себя все больше обязанностей за пассивного больного, роли перераспределяются, собственная автономия сжимается; для созависимых систем это типичная динамика (Москаленко, 2015; Манухина, 2017). Наконец, суицидальные мысли или попытки у пациента (OR = 1,90) дают максимальную психологическую нагрузку на семью и самое высокое среднее по шкале созависимости (M = 3,20) (Whitfield, 1984; Wilkens & Foote, 2022).

2. Семейная структура и коммуникация (Таблица 2). Данные полуструктурированного интервью подтверждают, что дисфункциональные паттерны в этих семьях – скорее правило, чем исключение: гиперопека и контроль обнаружены в 82% семей, ригидные роли – в 78%, дефицит открытой коммуникации – в 76%. За годы совместного проживания с больным семейная структура деформируется: тема заболевания табуируется, выражение эмоций ограничивается, и семья постепенно замыкается. В литературе такие паттерны описаны как типичные для данной категории семей и связываются с нарастанием социальной изоляции и затрудненным обращением за внешней помощью (Guan et al., 2023; Эйдемиллер & Юстицкис, 2016; Costa & Oliveira-Monteiro, 2020). Особо выделяется ригидность ролей: размер эффекта при сравнении с контрольной группой ($\varphi = 0{,}56$; $p < 0{,}001$) оказался наибольшим среди всех параметров семейной структуры. Жесткое закрепление ролей, по-видимому, не просто сопутствует болезни, а глубоко встроено в устройство этих семей – и именно оно лишает систему возможности гибко перестраиваться под ее меняющиеся потребности (Боуэн, 2015; Манухина, 2017).

3. Эмоциональное выгорание (Таблица 3). Картина, полученная по адаптированной версии MBI, выраженная даже по меркам профессиональных опекунов. Эмоциональное истощение клинически значимо у двух третей участников (67%; $M = 34{,}2$ при нормативном пороге ≥ 27). Деперсонализация – защитное отстранение от переживаний больного – выявлена более чем у половины (54%). Но, пожалуй, самое показательное – редукция личных достижений (62% с высоким уровнем): за ней стоит не только усталость, но и утрата веры в собственную компетентность. Человек продолжает много делать для больного, но перестает верить, что это что-то меняет. Сопоставимые данные для семейных опекунов лиц с психическими расстройствами приводит метаанализ Cham et al. (2022). Важно и то, что выгорание оказалось не изолированным от семейной структуры: ригидность ролей значимо коррелирует с эмоциональным истощением ($r = 0{,}61$; $p < 0{,}01$). Эта связь подтверждает наше исходное предположение о том, что устройство семейной системы и индивидуальное состояние ее членов нельзя рассматривать порознь, – и обосновывает включение работы с ролевыми паттернами в программы психологической помощи (Манухина, 2017; Холмогорова, 2015).

4. Социальные установки и барьеры помощи (Таблица 4). Отдельного внимания заслуживает уже упомянутое сочетание: почти всеобщая приверженность установке «семья – главное» (89%) при низкой готовности менять семейные паттерны (34%) и принимать внешнюю помощь (38%) (Bradshaw, Shumway & Kimball, 2021). Такая констелляция отражает доминирование коллективистских ценностей и устойчивое действие стигмы в отношении психических расстройств – и в практическом плане означает, что семьи, которым помощь нужнее всего, наименее склонны за ней обращаться. Та же закономерность прослеживается в зарубежных исследованиях, связывающих стигматизацию с социальной изоляцией семей (Eghbal Manesh et al., 2023; Guan et al., 2023; Vederhus, Kristensen & Timko, 2019).

Если свести результаты воедино, созависимость в нашей выборке не объясняется ни личностными особенностями опекуна, ни тяжестью расстройства самой по себе. Она возникает на пересечении трех контуров: симптоматика больного создает условия для гиперконтроля, социальные установки – семейный долг и страх стигмы – удерживают опекуна в этом состоянии, а ригидная структура семьи закрывает пути выхода из сложившейся дисфункции.

Заключение

Исследование подтвердило, что созависимость в семьях с психически больным родственником – не случайная реакция на стресс, а устойчивый системный паттерн, который воспроизводится независимо от конкретного диагноза и стажа болезни. Из факторов, наиболее тесно с ней связанных, выделяется социальная дезадаптация больного; из установок опекунов – убежденность в первостепенности семейного долга при одновременном нежелании принимать помощь извне. Отсюда практический вывод: психосоциальное сопровождение таких семей должно включать работу не только с выгоранием, но и с ценностными установками и семейной структурой. Какие именно форматы вмешательства окажутся эффективными – вопрос для дальнейших исследований.

Литература

Андронникова, О. О. (2026). *Психологическая помощь в кризисной ситуации.* НИЦ ИНФРА-М.

Артемцева, Н.Г. (2017). *Феномен созависимости: общее, типологическое, индивидуальное. Монография*. ИП РАН.

Боуэн, М. (2015). *Теория семейных систем Мюррея Боуэна* (К. Бейкер & А. Я. Варга, ред.; В. И. Белопольский и др., пер.). Когито-Центр.

Емельянова, Е.В. (2014). *Кризис в созависимых отношениях. Принципы и алгоритмы консультирования.* Речь.

Манухина Н.М. (2017) *Созависимость глазами системного терапевта.* Класс.

Минухин, С., Фишман, Ч. (1998). *Техники семейной терапии (А. Д. Иорданский, пер.).* Класс.

Москаленко, В. Д. (2015). *Созависимость.* Червень.

Коренева, Е. П. (2019). Психология семейного кризиса: подходы к семейному консультированию при ненормативных кризисах. *Научно-методический электронный журнал "Концепт",* (3), 102–107.

Осинская, С. А., & Кравцова, Н. А. (2016). Системная детерминация созависимости: некоторые подходы к объяснению феномена. *Вестник психиатрии и психологии Чувашии*, *12*(1), 42–56.

Осинская, С. А. (2012). Значимые факторы развития первичной созависимости. *Сибирский психологический журнал*, (43), 18–22.

Олифирович, Н. И., Зинкевич-Куземкина, Т. А., & Велента, Т. Ф. (2006). *Психология семейных кризисов*. Речь.

Крюкова, Т. Л., & Сапоровская, М. В. (2016). Стрессы семейных отношений: тенденции и эффекты совладания. *Институт психологии Российской академии наук. Социальная и экономическая психология*, *1*(1), 174–195.

Минухин, С., & Фишман, Ч. (1998). *Техники семейной терапии* (пер. с англ. А. Д. Иорданского). Москва: Независимая фирма «Класс».

Полякова, О. Б. (2024). Совладающее поведение и преодоление ненормативного кризиса созависимыми родственниками. В *Феномен агрессии в системе ценностей современного общества* (с. 164–171). Издательство «Зебра».

Полякова, О. Б., & Поляков, М. Б. (2024). Социально-психологический компонент православной культуры в совладающем поведении. В *Феномен агрессии в системе ценностей современного общества* (с. 121–129). Издательство «Зебра».

Сатир, В. (2015). *Семейная терапия. Практическое руководство*. Класс.

Сухов, А. Н., & Деркач, А. А. (2001). *Социальная психология*. Академия.

Ермаков, П. Н., Коленова, А. С., Кукуляр, А. М., Бордоносенко, А. С. (2025). Самоотношение созависимых женщин: Психологические и генетические предикторы. *Российский психологический журнал, 22*(1), 83–100. https://doi.org/10.21702/f06jgn71

Бугадинова, Р. А. (2020). Семья как фактор социальной адаптации детей к обществу. *Гуманитарные балканские исследования*, *4*(3(9)), 51–54. https://doi.org/10.34671/SCH.HBR.2020.0403.0012

Трофимова, Е. В., Цилюгина, И. В., & Хабарова, А. В. (2023). Деятельность специалиста по работе с семьей в системе социально-психологической поддержки семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья. *Вестник Башкирского государственного педагогического университета им. М. Акмуллы*, *3*(S1(68)), 131–137.

Холмогорова, А. Б., & Рычкова, О. В. (2019). *Нарушения социального познания – новая парадигма в исследованиях центрального психологического дефицита при шизофрении (монография).* НЕОЛИТ.

Эйдемиллер, Э. Г., & Юстицкис, В. В. (2016). *Семейная психотерапия*. Питер.

Bradshaw, S. D., Shumway, S. T., & Kimball, T. G. (2021). Associations between SUD in the family, PFC functioning, and codependency: Importance of family member recovery. In J. M. Croff & J. Beaman (Eds.), *Family resilience and recovery from opioids and other addictions. Emerging issues in family and individual resilience* (pp. 145–168). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-56958-7_8

Cham, C. Q., Ibrahim, N., Siau, C. S., Kalaman, C. R., Ho, M. C., Yahya, A. N., Visvalingam, U., Roslan, S., Abd Rahman, F. N., & Lee, K. W. (2022). Caregiver burden among caregivers of patients with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Healthcare, 10*(12), 2423. https://doi.org/10.3390/healthcare10122423

Correll, C. U., Newcomer, J. W., Silverman, B., et al. (2023). New developments in the treatment of schizophrenia: An expert roundtable review. *Journal of Clinical Psychiatry, 84*(2), 23–35. https://doi.org/10.1093/ijnp/pyad011

Coffman, E., & Swank, J. (2021). Attachment styles and the family systems of individuals affected by substance abuse. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families, 29*(1), 102–108. https://doi.org/10.1177/1066480720934487

Costa, C. M. R. F., & Oliveira-Monteiro, N. R. (2020). Codependency, psychological problems and time of exposure to parents with a history of psychoactive substance dependence: Appointments. *Contextos Clínicos, 13*(3), 724–739.

de Greef, M., Pijnenburg, H. M., van Hattum, M. J. C., McLeod, B. D., & Scholte, R. H. J. (2017). Parent–professional alliance and outcomes of child, parent, and family treatment: A systematic review. *Journal of Child and Family Studies, 26*, 961–976.

Eghbal Manesh, A., Dalvandi, A., & Zoladl, M. (2023). The experience of stigma in family caregivers of people with schizophrenia spectrum disorders: A meta-synthesis study. *Heliyon, 9*(3), e14333. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e14333

Eiser, C., & Morse, R. (2001). The measurement of quality of life in children: Past and future perspectives. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 22*(4), 248–256. https://doi.org/10.1097/00004703-200108000-00007

Guan, Z., Poon, A. W. C., & Zwi, A. (2023). Social isolation and loneliness in family caregivers of people with severe mental illness: A scoping review. *American Journal of Community Psychology, 72*(3–4), 443–463. https://doi.org/10.1002/ajcp.12698

Kane, J. M. (2011). Pharmacologic treatment of schizophrenia. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 13*(3), 345–357. https://doi.org/10.31887/DCNS.2010.12.3/jkane

Vederhus, J. K., Kristensen, Ø., & Timko, C. (2019). How do psychological characteristics of family members affected by substance use influence quality of life? *Quality of Life Research*. https://doi.org/10.1007/s11136-019-02169-x

Kutner, M. H., Nachtsheim, C. J., & Neter, J. (2004). *Applied linear regression models* (4th ed.). McGraw-Hill.

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior, 2*(2), 99–113. https://doi.org/10.1002/job.4030020205

Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory manual* (3rd ed.). Consulting Psychologists Press.

Dariotis, J. K., Chen, F. R., Park, Y. R., Nowak, M. K., French, K. M., & Codamon, A. M. (2023). Parentification vulnerability, reactivity, resilience, and thriving: A mixed methods systematic literature review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(13), 6197. https://doi.org/10.3390/ijerph20136197

Gallo, A. M. (1991). Family adaptation in childhood chronic illness: A case report. *Journal of Pediatric Health Care, 5*(2), 78–85. https://doi.org/10.1016/0891-5245(91)90095-8

Shalahuddin, I., Mahardiani, F., Widianti, E., & Maulana, I. (2025). Factors related to the caregiver burden on families caring for clients with schizophrenia: Scoping review. *Psychology Research and Behavior Management*. https://doi.org/10.2147/PRBM.S537945

Rahmani, F., Roshangar, F., Gholizadeh, L., & Asghari, E. (2022). Caregiver burden and the associated factors in the family caregivers of patients with schizophrenia. *Nursing Open*. https://doi.org/10.1002/nop2.1205

Tambling, R. R., Russell, B., & D'Aniello, C. (2022). Where is the family in young adult substance use treatment? The case for systemic family therapy for young adults with substance use disorders. *International Journal of Mental Health and Addiction, 20*(3), 1659–1670. https://doi.org/10.1007/s11469-020-00471-1

Whitfield, C. L. (1984). Co-dependency: An emerging issue. *Alcohol Health & Research World, 8*(4), 14–23.

Wilkens, C., & Foote, J. (2022). Bad parents, codependents, and other stigmatizing labels. In J. Foote & C. Wilkens (Eds.), *Substance use disorders and family therapy* (pp. 44–62). CMCFFC.

Приложение А

Полуструктурированное интервью для диагностики семейной созависимости в семьях с психически больным родственником

Автор: Полякова О.Б.

Инструкция для исследователя:

Интервью проводится индивидуально с каждым опрашиваемым членом семьи в отсутствие других родственников. Продолжительность – 45–60 минут. Вопросы носят открытый характер; при необходимости исследователь использует уточняющие реплики. По завершении беседы исследователь заполняет протокол бинарных индикаторов (раздел «Оценочный лист», см. ниже).

Блок 1. Семейные роли и распределение обязанностей

1. Как распределены обязанности по уходу за [имя родственника] среди членов вашей семьи? Изменилось ли это распределение со временем?

2. Приходилось ли вам брать на себя обязанности, которые раньше выполнял сам [имя родственника] (работа по дому, финансовые вопросы, взаимодействие с организациями)?

3. Есть ли в вашей семье человек, который принимает большинство важных решений? Как это происходит?

Блок 2. Характер коммуникации и открытость

4. Как принято в вашей семье говорить о болезни [имя родственника] – открыто или это скорее «закрытая» тема?

5. Есть ли темы или чувства, которые вы стараетесь не обсуждать с другими членами семьи? С посторонними?

6. Как вы обычно справляетесь с разногласиями и конфликтами внутри семьи?

Блок 3. Межличностные границы и личная автономия

7. Можете ли вы описать, есть ли у вас личное время и личное пространство, которое принадлежит только вам?

8. Бывает ли так, что вы чувствуете себя ответственным за настроение, поведение или состояние [имя родственника]?

9. Насколько легко вам отказать [имя родственника] или другим членам семьи, когда вас о чем-то просят?

Блок 4. Эмоциональный климат и совладание

10. Как бы вы описали общую эмоциональную атмосферу в вашей семье?

11. Что вы чувствуете, когда состояние [имя родственника] ухудшается? Как вы справляетесь с этими чувствами?

12. Замечаете ли вы, что ваше настроение и самочувствие во многом зависят от того, как чувствует себя [имя родственника]?

Блок 5. Внешние ресурсы и социальная включенность

13. К кому вы обращаетесь за поддержкой в трудных ситуациях – внутри семьи или за ее пределами?

14. Приходилось ли вам ограничивать свое общение, увлечения или профессиональную деятельность из-за необходимости ухода за [имя родственника]?

Оценочный лист бинарных индикаторов (заполняется исследователем по итогам интервью):

Инструкция: поставьте 1 (признак выражен) или 0 (признак отсутствует) по каждому индикатору на основании всего содержания беседы.

1. Ригидные ролевые паттерны: __ (устойчивое фиксированное распределение ролей, неспособность к перераспределению)

2. Нарушение межпоколенческих границ: __ (размытость границ между поколениями, вовлечение детей в роль опекунов)

3. Гиперопека и контроль: __ (постоянный мониторинг состояния и поведения больного, ограничение его самостоятельности)

4. Эмоциональная замороженность: __ (подавление эмоциональных реакций, отсутствие открытого выражения чувств)

5. Табуирование темы болезни: __ (избегание открытого обсуждения диагноза и его последствий)

6. Недостаток открытой коммуникации: __ (непрямая коммуникация, избегание конфликтов, замалчивание проблем)

7. Доминирование одного члена семьи: __ (монополизация принятия решений, подавление инициативы других членов семьи)

Приложение Б

Шкала семейной созависимости (ШСС)

Автор: Полякова О.Б.

Инструкция:

Оцените, пожалуйста, насколько часто каждое из приведенных утверждений соответствует вашему опыту за последние 3 месяца. Используйте шкалу: 1 – никогда, 2 – редко, 3 – иногда, 4 – часто, 5 – всегда.

Субшкала 1. Эмоциональная вовлеченность

1. Мое настроение напрямую зависит от того, как сегодня чувствует себя мой родственник.

2. Когда родственнику плохо, я не могу думать ни о чем другом.

3. Я воспринимаю его переживания как свои собственные.

4. Мне трудно радоваться жизни, когда родственник находится в плохом состоянии.

5. Его тревога или агрессия немедленно передается мне.

Субшкала 2. Гиперконтроль и опека

6. Я постоянно слежу за поведением и состоянием родственника, даже когда это не требуется.

7. Я чувствую себя ответственным за его поступки и их последствия.

8. Мне трудно позволить родственнику принимать самостоятельные решения.

9. Я стараюсь предотвращать любые ситуации, которые могут его расстроить.

10. Я выполняю за родственника то, с чем он мог бы справиться сам.

Субшкала 3. Утрата личной автономии

11. Из-за ухода за родственником я отказался(-ась) от важных для меня занятий и увлечений.

12. У меня почти не остается времени на себя.

13. Мои личные потребности кажутся мне менее важными, чем потребности родственника.

14. Я редко обращаюсь за помощью к другим, так как считаю, что должен справляться сам.

15. Мои социальные контакты заметно сократились с тех пор, как я стал опекуном.

Подсчет:

Итоговый балл = сумма баллов по всем 15 пунктам / 15. Диапазон: 1–5. Высокий уровень созависимости: балл ≥ 3,5. Умеренный уровень: 2,5–3,49. Низкий уровень: < 2,5.

Приложение В

Авторский социально-психологический опросник

Автор: Полякова О.Б.

Инструкция:

Прочитайте каждое утверждение и отметьте, согласны ли вы с ним: «Да» (1) или «Нет» (0).

Шкала 1. Ориентация на самостоятельное решение проблем

1. Я предпочитаю решать все проблемы, связанные с болезнью родственника, самостоятельно.

2. Обращаться за помощью к специалистам – значит признавать свою слабость.

3. Я справляюсь лучше, когда ни на кого не рассчитываю.

4. Я не привык доверять посторонним людям в делах нашей семьи.

Шкала 2. Ощущение стигматизации

5. Я стараюсь не рассказывать знакомым о болезни родственника.

6. Мне кажется, что окружающие осуждают нашу семью из-за болезни родственника.

7. Психическая болезнь – это позор для семьи.

8. Я чувствую стыд, когда людям становится известно о диагнозе родственника.

Шкала 3. Дефицит внешней поддержки

9. Мне не к кому обратиться за помощью, когда становится особенно трудно.

10. Специалисты не понимают реальных проблем нашей семьи.

11. Государственные службы помощи практически недоступны для нас.

12. Мне кажется, что я остался(ась) один на один с этой ситуацией.

Шкала 4. Поддержка жертвенных ролевых ожиданий

13. Хороший член семьи обязан полностью посвятить себя уходу за больным родственником.

14. Думать о собственных потребностях, когда родственнику плохо, – это эгоизм.

15. Я не имею права жаловаться, ведь родственнику гораздо труднее.

16. Самопожертвование ради больного – это долг каждого члена семьи.

Шкала 5. Согласие с установкой «семья – главное»

17. Интересы семьи всегда важнее личных интересов.

18. Семейные проблемы нельзя выносить за пределы семьи.

19. Семья должна справляться со всеми трудностями своими силами.

20. Честь семьи важнее личного благополучия каждого из ее членов.

Шкала 6. Открытость к внешней помощи

21. Я готов(а) обратиться к психологу, если мне будет трудно. (обратная шкала)

22. Группы поддержки для родственников больных – полезная форма помощи. (обратная)

23. Я открыт(а) к советам специалистов в области психического здоровья. (обратная)

24. Я доверяю профессионалам в вопросах помощи нашей семье. (обратная)

Шкала 7. Готовность к изменению семейных паттернов

25. Я готов(а) изменить привычный уклад жизни семьи, если это поможет всем нам. (обратная)

26. Я понимаю, что некоторые наши семейные привычки могут причинять вред. (обратная)

27. Я хотел(а) бы научиться по-другому выстраивать отношения с родственником. (обратная)

28. Я готов(а) попросить о помощи, даже если это непривычно для нашей семьи. (обратная)

Подсчет:

Для шкал 1–5: показатель = доля ответов «Да» (1) среди 4 пунктов шкалы (диапазон 0–1). Для шкал 6–7 (обратные): показатель = доля ответов «Нет» (1) среди 4 пунктов. Высоким считается значение ≥ 0,60; низким – ≤ 0,40.

Поступила в редакцию: 03.07.2025
Поступила после рецензирования: 06.09.2025
Принята к публикации: 03.04.2026

Информация об авторе

Ольга Борисовна Полякова – кандидат педагогических наук, доцент кафедры гуманитарных дисциплин, Московский инновационный университет; Москва, Российская Федерация; ORCID: https://orcid.org/0009-0000-3507-5027, e-mail: obp.csu@gmail.com

Информация о конфликте интересов

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.