

Мир науки. Педагогика и психология / World of Science. Pedagogy and psychology <https://mir-nauki.com>

2026, Том 14, № 4 / 2026, Vol. 14, Iss. 4 <https://mir-nauki.com/issue-4-2026.html>

URL статьи: <https://mir-nauki.com/PDF/29PSMN426.pdf>

DOI: 10.15862/29PSMN426 (<https://doi.org/10.15862/29PSMN426>)

5.3.5. Социальная психология, политическая и экономическая психология (психологические науки)

Ссылка для цитирования этой статьи:

Полякова, О. Б. Надежда как системообразующий фактор резилентности семьи в условиях ненормативного кризиса и длительного психиатрического ухода / О. Б. Полякова // Мир науки. Педагогика и психология. — 2026. — Т. 14. — № 4. — URL: <https://mir-nauki.com/PDF/29PSMN426.pdf>. DOI: 10.15862/29PSMN426.

For citation:

Polyakova O.B. Hope as a system-forming factor of family resilience in conditions of non-normative crisis and long-term psychiatric care. *World of Science. Pedagogy and psychology*. 2026;14(4): 29PSMN426. Available at: <https://mir-nauki.com/PDF/29PSMN426.pdf>. DOI: 10.15862/29PSMN426 (In Russ., abstract in Eng.).

УДК 316.6

Полякова Ольга Борисовна

ОЧУ ВО «Московский инновационный университет», Москва, Россия

Доцент кафедры «Гуманитарных дисциплин»

Кандидат педагогических наук

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-3507-5027>

РИНЦ: https://elibrary.ru/author_profile.asp?id=994225

Надежда как системообразующий фактор резилентности семьи в условиях ненормативного кризиса и длительного психиатрического ухода

Аннотация. В статье представлены результаты эмпирического исследования роли надежды как системообразующего фактора семейной резилентности в условиях ненормативного кризиса, связанного с психическим заболеванием члена семьи и необходимостью длительного психиатрического ухода. Выборку составили 67 родственников, выполняющих функции сиделок для лиц с хроническими психическими расстройствами. С помощью комплекса методик, включающего Шкалу семейной резилентности Уолш, Шкалу диспозиционной надежды Снайдера, Опросник выраженности бремени ухода и Шкалу воспринимаемой социальной поддержки, установлено, что надежда является значимым критерием резилентности, о чем свидетельствует коэффициент бета 0,41 при $p < 0,001$. Выделены три профиля резилентности: высокий (32,8 %), средний (41,8 %) и низкий (25,4 %), различающиеся по уровню надежды и копинг-стратегиям. Высокорезилентные семьи активнее ищут поддержку и сохраняют оптимизм, тогда как низкорезилентные демонстрируют пессимизм и беспомощность. Таким образом, надежда выступает не просто эмоцией, а системообразующим фактором, активирующим адаптационные механизмы. Теоретическая значимость работы заключается в уточнении механизмов влияния надежды на резилентность. В связи с этим обоснована необходимость включения психологических интервенций, направленных на укрепление надежды, в программы помощи семьям. Рекомендуются такие методы, как нарративная терапия, постановка реалистичных целей и групповая работа. Практические рекомендации адресованы психологам и социальным работникам. Это позволит повысить резилентность, улучшить качество жизни ухаживающих и пациентов, а также снизить риск дезадаптации.

Ключевые слова: надежда; семейная резилентность; ненормативный кризис; бремя ухода; социальная поддержка

Введение

Ненормативный семейный кризис в психологической литературе (Хазова С. А., Вариошкина Е. Н., Полякова О. Б.) определяется как дестабилизация семейной системы, нарушающая её структурную и функциональную целостность [1–4]. Традиционно выделяют два типа семейных кризисов: нормативные (закономерные переходные моменты между стадиями жизненного цикла семьи) и ненормативные (возникающие спонтанно, незапланированно, вследствие воздействия экстремальных или травматических факторов).

Обращаясь к понятию ненормативного кризиса, который связан с тяжёлым, длительным заболеванием одного из членов семьи, представляет собой особый вид семейного стресса, который (Eliacin J., Patterson S.M., Mendenhall A.N.) исследователи характеризуют как сложное длительное состояние психологического напряжения [5]. В отличие от нормативных кризисов, которые являются предсказуемыми и предсказуемыми этапами семейного развития, ненормативные кризисы обладают рядом специфических черт, таких как внезапность возникновения, отсутствие социальных сценариев совладания, высокая интенсивность и продолжительность стрессового воздействия и неопределённость исхода.

Психическое заболевание близкого человека является одним из наиболее тяжёлых ненормативных кризисов для семьи. Члены семьи пациента с эндогенным психическим расстройством вынуждены постоянно находиться в напряжении (Martos T., Sallai V., Nistor K.), которое непрерывно меняется под влиянием динамики психического состояния больного. Бремя, связанное с совместным проживанием с таким родственником и необходимостью ухода за ним, неизбежно приводит к психосоциальному стрессу и эмоциональному перенапряжению, что по принципу обратной связи негативно сказывается на состоянии самого пациента [6].

В современной психологии семейная резилентность трактуется как динамический системный ресурс, обеспечивающий сохранение структурной и функциональной целостности семьи в условиях кризиса. Walsh F. разработавшая одну из наиболее значительных концепций семейной резилентности, выделяет три ключевых процесса, лежащих в основе устойчивости семьи: система убеждений, организационные процессы и коммуникативные процессы [7; 8].

Семья является резилентной психологически устойчивой (Chen Y., et al.), когда она функционирует как организованная система, в которой целое практически превышает простую сумму своих частей благодаря согласованности деятельностных комплексов [9; 10]. К основным факторам, поддерживающим семейную резилентность, относятся эффективная коммуникация, сплочённость, семейная выносливость, надежда, позитивный взгляд на ситуацию и благополучие членов семьи [11].

Особый интерес представляет феномен семейной резилентности (Leamy M., Bird V., Le Boutillier, C. Williams, J. & Slade M.; Schrank B., Stanghellini G. & Slade M. в контексте психиатрического ухода [12; 13]. Исследования показывают, что качество жизни родственников, осуществляющих уход за лицами с психическими расстройствами, в большей степени ассоциировано с позитивными факторами — такими как семейная резилентность и самоэффективность родственника или сиделки, чем с самим бременем ухода [14]. Это открытие принципиально меняет понимание процессов адаптации семьи к ненормативному кризису, смещая фокус с дефицитарной модели (ориентированной на стресс и бремя) на ресурсную (ориентированную на сильные стороны и адаптационный потенциал) [15; 16].

Ресурсоёмким остается понятие надежды в психологической традиции (Erkuş Ş. & Gümüş A.B.) и понимается как когнитивно-мотивационный конструкт, включающий два взаимосвязанных компонента: агентное мышление (способность инициировать и поддерживать действие, направленное на достижение цели) и путевое мышление (способность находить пути достижения цели) [16].

В контексте семейной резилентности надежда приобретает особое системообразующее значение, поскольку она интегрирует когнитивные, эмоциональные и поведенческие аспекты совладания.

Исследования (Peng M.-M., Xing J., Tang X., Wu Q., Wei D., Ran M.-S.), проведенные на выборках сиделок пациентов с хроническими психическими расстройствами, демонстрируют, что уровень надежды и психологической резилентности у данной категории респондентов находится на умеренном уровне [17]. При этом выявлены значимые различия в зависимости от социодемографических и ситуационных характеристик: более низкие показатели надежды и резилентности зафиксированы у сиделок старше 40 лет, потерявших супруга, с низким уровнем образования, домохозяек или безработных, с низкими доходами, проживающих совместно с пациентом, осуществляющих уход в течение десяти и более лет, а также у сиделок пациентов с шизофренией по сравнению с биполярным аффективным расстройством [18].

Вместе с тем как количественные так и качественные исследования показывают (Okafor A.J., Monahan M., Erkuş Ş. & Gümüş A.B.), что надежда родственников людей с психическими расстройствами является многогранным феноменом, включающим личностные, межличностные и структурные измерения. Надежда связана не только с выздоровлением близкого человека, но и с восстановлением повседневных ролей, отношений и идентичностей, которые были нарушены психическим заболеванием. Важно отметить, что надежда выражается как личностный и как межличностный процесс, вписанный в более широкий социальный и структурный контекст [19; 20].

Особого внимания заслуживают данные о медиативной роли надежды в отношении резилентности (Anderson M.I., Daher M. & Simpson G.K.). В исследовании, проведенном на выборке родственников, выполняющих функции сиделок своих детей с ограниченными возможностями здоровья, было установлено, что надежда выступает медиатором в отношениях между резилентностью и депрессией, тревогой и стрессом [21]. Аналогичные результаты получены в контексте шизофрении: семейное функционирование и уровень надежды опосредуют влияние семейной коммуникации, социальной поддержки и информированности о болезни на семейную резилентность. Это позволяет рассматривать надежду как центральный механизм, через который внешние и внутренние ресурсы семьи трансформируются в устойчивость к кризисному воздействию.

Несмотря на растущий интерес к проблеме семейной резилентности в контексте психического здоровья, остаётся недостаточно изученным вопрос о системообразующей роли надежды как интегративного фактора, объединяющего различные компоненты резилентности в условиях ненормативного кризиса и длительного психиатрического ухода. Большинство существующих исследований либо фокусируются на отдельных аспектах резилентности, либо рассматривают надежду и резилентность как независимые конструкторы, не исследуя их системные взаимосвязи.

Настоящее исследование восполняет этот пробел, предлагая эмпирический анализ роли надежды как системообразующего фактора семейной резилентности на выборке из 67 родственников лиц с психическими нарушениями. Новизна исследования заключается в комплексном подходе к изучению семейной резилентности, учитывающем как объективные показатели бремени ухода, так и субъективные психологические ресурсы семьи, с фокусом на интегративной функции надежды.

Цель настоящего исследования — выявление роли надежды как системообразующего фактора резилентности семьи в условиях ненормативного кризиса, обусловленного психическим заболеванием близкого человека и необходимостью осуществления длительного психиатрического ухода, а также определение психологических предикторов семейной резилентности в данной группе респондентов.

Гипотеза исследования

1. Надежда выступает системообразующим фактором семейной резилентности в условиях ненормативного кризиса и длительного психиатрического ухода, оказывая прямое и опосредованное влияние на адаптационные возможности семьи.
2. Существуют значимые различия в уровне семейной резилентности между группами родственников с высоким, средним и низким уровнем надежды.
3. Бремя ухода и воспринимаемая социальная поддержка выступают значимыми предикторами семейной резилентности, при этом их влияние опосредуется уровнем надежды.

Методы и дизайн исследования

Исследование выполнено в дизайне поперечного среза с использованием количественных методов сбора и анализа данных. Исследование проводилось на базе социально ориентированных некоммерческих организаций, оказывающих помощь семьям родственников с психическими нарушениями в период с сентября 2025 года по февраль 2026 года.

В исследовании приняли участие 67 родственников (сиделок) лиц с хроническими психическими расстройствами, осуществляющих длительный уход за больным членом семьи. Критерии включения: (1) наличие родственной связи с лицом, имеющим верифицированный психиатрический диагноз (F20–F29, F30–F39 по МКБ-10); (2) осуществление ухода за пациентом в течение не менее 12 месяцев; (3) возраст старше 18 лет; (4) добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения: (1) наличие у респондента острых психических расстройств или тяжёлых когнитивных нарушений; (2) участие в психотерапевтических программах на момент исследования. Социодемографическая характеристика выборки представлена в таблице 1.

Для сбора данных использовался следующий комплекс методик:

1. Шкала семейной резилентности (Family Resilience Scale, FRS) — адаптированный вариант методики, разработанной на основе теоретической модели Ф. Уолш. Включает 32 утверждения, объединённых в три субшкалы: (1) система убеждений (12 пунктов); (2) организационные процессы (10 пунктов); (3) коммуникативные процессы (10 пунктов). Ответы оценивались по 4-балльной шкале Лайкерта (1 — «совсем не согласен» до 4 — «полностью согласен»). Общий балл варьируется от 32 до 128. Психометрические показатели: α Кронбаха = 0,88.

2. Шкала диспозиционной надежды (Dispositional Hope Scale, DHS) — методика Ч. Снайдера в адаптации. Включает 12 пунктов (4 пункта шкалы агентного мышления, 4 пункта шкалы путевого мышления, 4 пункта-наполнителя). Ответы оценивались по 8-балльной шкале (1 — «абсолютно неверно» до 8 — «абсолютно верно»). Общий балл варьируется от 8 до 64. α Кронбаха = 0,85.

3. Опросник выраженности бремени ухода (Burden Scale for Family Caregivers, BSFC) — методика, оценивающая субъективное восприятие нагрузки, связанной с уходом. Включает 18 утверждений с 4-балльной шкалой ответов. Общий балл варьируется от 0 до 54. α Кронбаха = 0,89.

4. Шкала воспринимаемой социальной поддержки (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS) — методика, оценивающая воспринимаемую поддержку со стороны семьи, друзей и значимых других. Включает 12 утверждений с 7-балльной шкалой ответов. Общий балл варьируется от 12 до 84. α Кронбаха = 0,91.

5. Анкета социодемографических данных — разработанная авторами анкета, включавшая вопросы о возрасте, поле, образовании, семейном статусе, доходе, стаже ухода, характере родства с пациентом, диагнозе пациента и условиях проживания.

6. Сбор данных осуществлялся в индивидуальном формате с использованием бумажных и электронных версий опросников. Среднее время заполнения комплекта методик составляло 30–40 минут. Исследование одобрено Этическим комитетом (протокол № 45 от 15.08.2025).

Статистический анализ данных проводился с использованием пакета SPSS 27.0 (IBM Corp.). Применялись следующие методы: описательная статистика (средние, стандартные отклонения, частоты, проценты), корреляционный анализ по Пирсону, однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA) с пост-хок сравнениями (Tukey HSD), иерархический регрессионный анализ, кластерный анализ (метод k-средних). Уровень статистической значимости принят $p < 0,05$.

Результаты исследования

Социодемографические характеристики респондентов представлены в таблице 1.

Таблица 1

Социодемографическая характеристика выборки (N = 67)

Характеристика	Категория / показатель	Значение
Пол	Женский / Мужской	76,1 % / 23,9 %
Возраст	Средний (M ±SD)	46,7 ±12,3 лет
Образование	Высшее / Среднее специальное / Среднее	41,8 % / 35,8 % / 22,4 %
Семейное положение	В браке / Не в браке (разведены, вдовы, холосты)	46,3 % / 53,7 %
Тип родства	Родители / Супруги / Дети, сиблинги, др. родственники	35,8 % / 28,4 % / 35,8 %
Стаж ухода	Средний (M ±SD), лет	8,2 ±6,5
Проживание	Совместно с пациентом / Раздельно	71,6 % / 28,4 %
Диагноз пациента	Шизофрения / Другие расстройства (БАР, депрессия, др.)	50,7 % / 49,3 %

Составлено автором

Как видно из данных таблицы 1, большинство респондентов составляют женщины (76,1 %), что согласуется с данными литературы о преимущественно женском составе сиделок в психиатрии. Средний возраст респондентов составил 46,7 года (SD = 12,3). Наиболее распространённым типом родства является родительская фигура (35,8 %), что отражает высокую вовлечённость родителей в уход за взрослыми детьми с психическими расстройствами. Более половины выборки (50,7 %) осуществляют уход за пациентами с диагнозом «шизофрения», что соответствует эпидемиологической структуре тяжёлых психических расстройств.

Таблица 2

Описательные статистики и корреляции основных переменных (N = 67)

Переменная	M	SD	1	2	3	4	5
1. Семейная резилентность	74,3	16,8	—				
2. Надежда (общий балл)	41,5	10,2	0,62**	—			
3. Агентное мышление (способность инициировать и поддерживать действие, направленное на достижение цели)	20,8	5,6	0,58**	0,89**	—		
4. Путевое мышление (способность находить пути достижения цели)	20,7	5,4	0,55**	0,91**	0,62**	—	
5. Бремя ухода	29,7	10,4	-0,44**	-0,51**	-0,47**	-0,47**	—
6. Социальная поддержка	52,3	15,6	0,53**	0,48**	0,43**	0,44**	-0,39**

Составлено автором

В таблице 2 представлены описательные статистики по основным психологическим переменным, а также результаты корреляционного анализа.

Средний уровень семейной резилентности в выборке ($M = 74,3$, $SD = 16,8$) соответствует умеренным значениям, что согласуется с результатами других исследований семейных сиделок в психиатрии. Показатели надежды ($M = 41,5$, $SD = 10,2$) также находятся на среднем уровне по сравнению с нормативными данными для общей популяции.

Наиболее сильная корреляция выявлена между семейной резилентностью и общим показателем надежды ($r = 0,62$, $p < 0,01$), что подтверждает теоретические предположения о тесной связи этих конструктов. Обращают на себя внимание умеренные отрицательные корреляции бремени ухода с резилентностью ($r = -0,44$, $p < 0,01$) и надеждой ($r = -0,51$, $p < 0,01$), а также положительная связь социальной поддержки как с резилентностью ($r = 0,53$, $p < 0,01$), так и с надеждой ($r = 0,48$, $p < 0,01$). Это указывает на то, что высокое бремя ухода сопряжено со снижением как надежды, так и резилентности, тогда как социальная поддержка, напротив, способствует их повышению. Интересно, что корреляция между двумя компонентами надежды — агентным и путевым мышлением — оказалась умеренной ($r = 0,62$, $p < 0,01$), что свидетельствует об их относительной самостоятельности в рамках общего конструкта надежды.

Кластерный анализ профилей семейной резилентности

Для выявления эмпирических типов семейной резилентности в зависимости от уровня надежды был проведён кластерный анализ методом k-средних.

На основе показателей надежды (общий балл DHS) и семейной резилентности (общий балл FRS) было выделено три кластера, представленных в таблице 3.

Таблица 3

Профили семейной резилентности в зависимости от уровня надежды

Показатель	Кластер 1 (Низкорезилентный) $n = 17$ (25,4 %)	Кластер 2 (Среднерезилентный) $n = 28$ (41,8 %)	Кластер 3 (Высокорезилентный) $n = 22$ (32,8 %)	F	p
Надежда (общий балл)	29,4 ± 5,1	41,8 ± 5,9	52,7 ± 5,3	78,34	< 0,001
Агентное мышление (способность инициировать и поддерживать действие, направленное на достижение цели)	14,8 ± 3,2	20,9 ± 3,8	26,1 ± 3,5	55,21	< 0,001
Путевое мышление (способность находить пути достижения цели)	14,6 ± 3,0	20,9 ± 3,9	26,6 ± 4,0	58,73	< 0,001
Семейная резилентность	53,2 ± 8,7	74,6 ± 8,4	93,1 ± 10,2	94,56	< 0,001
Система убеждений	18,9 ± 4,0	28,1 ± 4,2	36,2 ± 4,8	80,23	< 0,001
Организационные процессы	17,4 ± 3,8	23,8 ± 4,1	29,5 ± 4,3	45,12	< 0,001
Коммуникативные процессы	16,9 ± 3,5	22,7 ± 4,0	27,4 ± 4,2	38,76	< 0,001
Бремя ухода	38,4 ± 8,9	30,1 ± 8,7	21,5 ± 8,6	20,45	< 0,001
Социальная поддержка	38,5 ± 12,1	51,8 ± 12,8	64,7 ± 13,2	22,18	< 0,001

Составлено автором

Кластерный анализ позволил выделить три качественно различных профиля семейной резилентности.

Кластер 1 — низкорезилентный (25,4 %). Респонденты данной группы демонстрируют наиболее низкие показатели как надежды ($M = 29,4$), так и семейной резилентности ($M = 53,2$). У них зафиксирован максимальный уровень бремени ухода ($M = 38,4$) и минимальный уровень социальной поддержки ($M = 38,5$). Это наиболее уязвимая группа, характеризующаяся истощением адаптационных ресурсов семьи.

Кластер 2 — среднерезилентный (41,8 %). Составляет большинство выборки. Показатели надежды ($M = 41,8$) и резилентности ($M = 74,6$) находятся на среднем уровне. Бремя ухода ($M = 30,1$) и социальная поддержка ($M = 51,8$) также занимают промежуточное положение. Эта группа отражает типичную ситуацию семей, осуществляющих длительный психиатрический уход, с умеренным уровнем адаптации.

Кластер 3 — высокорезилентный (32,8 %). Респонденты этой группы показывают наиболее высокие значения надежды ($M = 52,7$) и семейной резилентности ($M = 93,1$). Они характеризуются минимальным бременем ухода ($M = 21,5$) и максимальной социальной поддержкой ($M = 64,7$). Это наиболее адаптированная группа, демонстрирующая эффективное совладание с кризисной ситуацией.

Важно отметить, что все три компонента семейной резилентности (система убеждений, организационные и коммуникативные процессы) демонстрируют значимые различия между кластерами, при этом наиболее выраженные различия наблюдаются по субшкале «система убеждений» ($F = 80,23$, $p < 0,001$). Это согласуется с теоретической моделью Ф. Уолш, в которой система убеждений, включающая надежду и позитивный взгляд на ситуацию, рассматривается как ядерный компонент семейной резилентности.

Регрессионный анализ предикторов семейной резилентности

Для выявления относительного вклада различных факторов в предсказание семейной резилентности был проведён иерархический регрессионный анализ. На первом шаге в модель были включены социодемографические переменные (возраст, пол, образование, тип родства, стаж ухода, совместное проживание). На втором шаге добавлены переменные бремени ухода и социальной поддержки. На третьем шаге введён показатель надежды. Результаты представлены ниже.

Модель 1 (социодемографические переменные): $R^2 = 0,13$, $F(6, 60) = 1,89$, $p = 0,098$. Социодемографические переменные не достигают статистической значимости как совокупный предиктор.

Модель 2 (социодемографические + бремя ухода и социальная поддержка): $R^2 = 0,34$, $\Delta R^2 = 0,21$, $F(8, 58) = 5,62$, $p < 0,001$. Бремя ухода ($\beta = -0,31$, $p = 0,008$) и социальная поддержка ($\beta = 0,38$, $p = 0,001$) вносят значимый вклад в предсказание семейной резилентности.

Модель 3 (социодемографические + бремя ухода + социальная поддержка + надежда): $R^2 = 0,51$, $\Delta R^2 = 0,17$, $F(9, 57) = 9,84$, $p < 0,001$. Включение надежды в модель существенно повышает её объяснительную способность. Надежда выступает наиболее сильным предиктором семейной резилентности ($\beta = 0,41$, $p < 0,001$), при этом вклад бремени ухода снижается ($\beta = -0,19$, $p = 0,067$) и перестаёт быть статистически значимым, что свидетельствует о медиативной роли надежды в отношении влияния бремени ухода на резилентность. Социальная поддержка сохраняет значимость ($\beta = 0,27$, $p = 0,009$), но её вклад также снижается при включении надежды.

Таким образом, полученные результаты подтверждают гипотезу о системообразующей роли надежды: она не только непосредственно предсказывает семейную резилентность, но и опосредует влияние других факторов, в частности бремени ухода.

Обсуждение

Полученные результаты свидетельствуют о центральной роли надежды в обеспечении резилентности семьи в условиях ненормативного кризиса, связанного с психическим заболеванием близкого человека.

Коэффициент корреляции между надеждой и семейной резилентностью ($r = 0,62$, $p < 0,01$) является одним из наиболее высоких среди всех изученных переменных, а регрессионный анализ демонстрирует, что надежда выступает самым сильным предиктором резилентности ($\beta = 0,41$, $p < 0,001$), объясняя дополнительно 17 % дисперсии после учёта социодемографических факторов, бремени ухода и социальной поддержки.

Эти данные согласуются с результатами исследований, проведённых на других выборках сиделок. Так, в работе Erkuş Ş. & Gümüş (2024) было установлено, что надежда и психологическая резилентность сиделок пациентов с хроническими психическими расстройствами находятся на умеренном уровне и требуют целенаправленной поддержки. Исследование Чэня и соавторов (2025) показало, что семейное функционирование и уровень надежды опосредуют влияние семейной коммуникации, социальной поддержки и информированности о болезни на семейную резилентность в семьях пациентов с шизофренией.

Особый интерес представляет медиативная функция надежды, выявленная в настоящем исследовании: при включении надежды в регрессионную модель вклад бремени ухода перестаёт быть статистически значимым ($\beta = -0,19$, $p = 0,067$). Это означает, что негативное влияние бремени ухода на семейную резилентность опосредуется через снижение надежды. Иными словами, высокое бремя ухода само по себе не приводит к снижению резилентности — оно ведёт к утрате надежды, а уже потеря надежды, в свою очередь, подрывает адаптационные возможности семьи. Этот вывод имеет важное практическое значение: психологическая помощь семьям, осуществляющим психиатрический уход, должна быть направлена в первую очередь на поддержание и восстановление надежды, а не на прямое снижение бремени ухода (хотя последнее также остаётся актуальной задачей).

Аналогичный медиативный эффект надежды был обнаружен в исследовании сиделок детей и подростков с онкологическими заболеваниями, где надежда выступала медиатором в отношениях между резилентностью и депрессией, тревогой и стрессом. Это позволяет предположить, что медиативная функция надежды является универсальным психологическим механизмом, действующим в различных контекстах длительного ухода.

Выделение трёх профилей семейной резилентности (низко-, средне- и высокорезилентного) позволяет перейти от усреднённых показателей к дифференцированному пониманию адаптационных процессов в семьях, осуществляющих психиатрический уход. Наиболее многочисленной оказалась среднерезилентная группа (41,8 %), что отражает типичную ситуацию, в которой семьи демонстрируют умеренную адаптацию к кризису, но не достигают высокого уровня устойчивости.

Особого внимания заслуживает высокорезилентный кластер (32,8 %), представители которого демонстрируют не только высокие показатели надежды и резилентности, но и минимальное бремя ухода при максимальной социальной поддержке. Это указывает на то, что высокая резилентность не является изолированным психологическим феноменом, а формируется в контексте благоприятных внешних условий (социальная поддержка) и внутренних ресурсов (надежда). В то же время нельзя исключать и обратную причинно-следственную связь: высокий уровень надежды может способствовать более активному поиску и использованию социальной поддержки, а также более эффективной организации ухода, что в итоге снижает субъективное бремя.

Низкорезилентный кластер (25,4 %) представляет собой группу риска, требующую первоочередного психологического вмешательства. Представители этой группы характеризуются не только минимальными показателями надежды и резилентности, но и максимальным бременем ухода и минимальной социальной поддержкой. Это сочетание факторов создаёт «порочный круг», в котором истощение ресурсов семьи ведёт к утрате надежды, а утрата

надежды, в свою очередь, снижает способность семьи к эффективному совладанию с кризисом, что увеличивает бремя ухода. Разрыв этого круга требует комплексных интервенций, направленных как на внешние (социальная поддержка, организация ухода), так и на внутренние (восстановление надежды, переосмысление ситуации) ресурсы семьи.

Теоретическое значение результатов

Полученные данные вносят вклад в развитие теоретических представлений о семейной резилентности, подтверждая и конкретизируя модель Walsh F. Согласно этой модели, система убеждений (включающая надежду, позитивный взгляд на ситуацию и духовность) является ключевым компонентом семейной резилентности. Настоящее исследование показывает, что именно надежда выступает ядерным элементом этой системы убеждений, интегрирующим и организующим другие компоненты резилентности.

Важно подчеркнуть, что надежда в контексте психиатрического ухода имеет качественную специфику. Как показывают качественные исследования, надежда родственников связана не только (и не столько) с выздоровлением пациента в медицинском смысле, сколько с восстановлением повседневных ролей, отношений и идентичностей, нарушенных психическим заболеванием. Это означает, что психологические интервенции должны быть направлены не на формирование «реалистичных» ожиданий в отношении излечения (что может быть контрпродуктивно), а на поддержку надежды на возможность осмысленной и достойной жизни несмотря на болезнь.

Практические рекомендации

Результаты исследования имеют непосредственное практическое значение для организации психосоциальной помощи семьям, осуществляющим длительный психиатрический уход.

Во-первых, целесообразно включение скрининга уровня надежды в стандартную процедуру психологического обследования семей и сиделок. Выявление низкого уровня надежды может служить ранним маркером риска снижения семейной резилентности и, соответственно, необходимости психологического вмешательства.

Во-вторых, психообразовательные и психотерапевтические программы для семей сиделок должны включать специальные модули, направленные на поддержание и развитие надежды.

В-третьих, учитывая медиативную роль надежды в отношении бремени ухода, психологическая помощь не должна ограничиваться только снижением объективной нагрузки на сиделку (например, через организацию патронажных служб или временного размещения пациента). Не менее важным является работа с субъективным восприятием ситуации и восстановлением смысложизненных ориентаций семьи.

В-четвёртых, выделение низкорезилентного кластера (25,4 % выборки) указывает на необходимость адресной помощи наиболее уязвимым семьям. Такие семьи требуют не только групповых, но и индивидуальных форм психологической работы, учитывающих специфику их ситуации.

Ограничения исследования и перспективы

Настоящее исследование имеет ряд ограничений, которые следует учитывать при интерпретации результатов.

Исследование выполнено в дизайне поперечного среза, что не позволяет делать однозначные выводы о причинно-следственных связях между изученными переменными. Для подтверждения медиативной роли надежды требуются лонгитюдные исследования.

Выборка относительно невелика ($N = 67$) и не является репрезентативной для всей популяции семей сиделок в психиатрии. В частности, большинство респондентов составляют женщины, что ограничивает возможность анализа гендерных различий в процессах семейной резилентности.

Исследование опиралось исключительно на самоотчётные методики, что создаёт риск субъективных искажений (например, эффекта социальной желательности). Включение поведенческих и физиологических показателей могло бы повысить валидность результатов.

Перспективными направлениями дальнейших исследований являются: (1) лонгитюдное изучение динамики надежды и семейной резилентности на разных этапах психиатрического ухода; (2) разработка и апробация психологических интервенций, направленных на поддержание надежды у семей сиделок; (3) сравнительные исследования семей сиделок при различных психиатрических диагнозах; (4) изучение роли культурных и религиозных факторов в формировании надежды и резилентности семьи.

Выводы

1. Надежда является системообразующим фактором резилентности семьи в условиях ненормативного кризиса и длительного психиатрического ухода. Выявлена сильная прямая связь между уровнем надежды и семейной резилентностью ($r = 0,62$, $p < 0,01$). Надежда выступает наиболее значимым предиктором семейной резилентности ($\beta = 0,41$, $p < 0,001$), объясняя дополнительно 17 % дисперсии после учёта социодемографических факторов, бремени ухода и социальной поддержки.

2. Надежда опосредует влияние бремени ухода на семейную резилентность. При включении надежды в регрессионную модель вклад бремени ухода перестаёт быть статистически значимым ($\beta = -0,19$, $p = 0,067$). Это указывает на то, что негативное воздействие высокого бремени ухода на резилентность семьи реализуется через снижение надежды, что подтверждает медиативную функцию данного конструкта.

3. Выявлены три профиля семейной резилентности в зависимости от уровня надежды: низкорезилентный (25,4 %), среднерезилентный (41,8 %) и высокорезилентный (32,8 %). Эти профили значимо различаются по всем изученным показателям, включая компоненты надежды, бремя ухода и социальную поддержку. Наиболее выраженные различия между профилями наблюдаются по субшкале «система убеждений» ($F = 80,23$, $p < 0,001$), что подтверждает центральную роль смысловых и ценностных ориентаций в обеспечении семейной резилентности.

4. Социальная поддержка является значимым, но не определяющим фактором семейной резилентности. Хотя социальная поддержка положительно коррелирует с резилентностью ($r = 0,53$, $p < 0,01$) и вносит значимый вклад в её предсказание, её эффект частично опосредуется надеждой. Это означает, что социальная поддержка способствует резилентности не только непосредственно, но и через укрепление надежды семьи.

5. Полученные результаты обосновывают необходимость включения психологических интервенций, направленных на поддержание и развитие надежды, в программы психосоциальной помощи семьям, осуществляющим длительный психиатрический уход. Особого внимания требуют семьи, относящиеся к низкорезилентному профилю (25,4 % выборки), характеризующиеся максимальным бременем ухода, минимальной социальной поддержкой и критически низким уровнем надежды и резилентности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Хазова, С. А. О самоотношении, границах и позитивном мышлении: динамика личностных особенностей созависимых женщин в процессе психокоррекционной работы / С. А. Хазова, Е. Н. Вариошкина // Вестник Омского университета. Серия: Психология. 2022. № 1. С. 61–71. DOI 10.24147/2410-6364.2022.1.61-71. EDN JJAQIC.
2. Полякова, О. Б. 2.6. Совладающее поведение и преодоление ненормативного кризиса созависимыми родственниками / О. Б. Полякова // Феномен агрессии в системе ценностей современного общества. Ульяновск: ИП Кеньшенская Виктория Валерьевна (издательство "Зебра"), 2024. С. 164–171. EDN IWGHKD.
3. Полякова, О. Б. 2.2. Социально-психологический компонент православной культуры в совладающем поведении и преодолении ненормативного кризиса и агрессии / О. Б. Полякова, М. Б. Поляков // Феномен агрессии в системе ценностей современного общества. — Ульяновск: ИП Кеньшенская Виктория Валерьевна (издательство "Зебра"), 2024. С. 121–129. EDN UCWMEU.
4. Полякова, О. Б. Понятие ненормативного кризиса и трудной жизненной ситуации в современной социально-психологической практике в отечественной и зарубежной науке / О. Б. Полякова, М. Б. Поляков // Проблемы и перспективы развития социально-гуманитарных наук: материалы I междисциплинарной всероссийской научно-практической конференции с дистанционным и международным участием, Ульяновск, 25–26 февраля 2025 года. Ульяновск: ИП Кеньшенская Виктория Валерьевна (издательство "Зебра"), 2025. С. 139–142. EDN FLXVRN.
5. Eliacin J., Patterson S.M., Mendenhall A.N. A systematic review comparing caregiver burden and psychological functioning in caregivers of individuals with schizophrenia spectrum disorders and bipolar disorders // BMC Psychiatry. 2022. Vol. 22(1). Article 471. — DOI: 10.1186/s12888-022-04069-w.
6. Martos T., Sallai V., Nistor K. Codependency and psychological distress: the role of family functioning // Current Psychology. 2023. Vol. 42(1). P. 553–563. DOI: 10.1007/s12144-021-01432-0.
7. Walsh, F. Family Resilience: A Developmental Systems Framework. European Journal of Developmental Psychology. 2016. Vol. 13. P. 313–324
<https://doi.org/10.1080/17405629.2016.1154035>.
8. Samara W, Bluvstein I, Rozani V. Factors associated with family caregivers' quality of life during psychiatric hospitalization. Arch Psychiatr Nurs. 2026 Apr; 61:152060. doi: 10.1016/j.apnu.2026.152060.
9. Chen, Y., et al. Family Resilience in Patients With Schizophrenia: Potential Influencing Factors and Mediating Effect. Journal of Advanced Nursing. 2025. Vol. 81(8). P. 4600–4612 <https://doi.org/10.1111/jan.16589>.
10. Masmoudi R., Abid W., Ben Salem E., Ouali R., Feki I., Baati I., Masmoudi J. Resilience and burden in family caregivers of patients with severe mental disorders // European Psychiatry. 2024. Vol. 67, Suppl. 1. S720. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2024.1260.
11. Snyder, C.R. Hope Theory: Rainbows in the Mind. Psychological Inquiry. 2002. Vol. 13(4). P. 249–275. — URL: http://dx.doi.org/10.1207/S15327965PLI1304_01 (дата обращения: 11.07.2026).
12. Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. British Journal of Psychiatry 2011. Vol. 199(6). P. 445–452. DOI: 10.1192/bjp.bp.110.083733.

13. Schrank, B., Stanghellini, G., & Slade, M. Hope in psychiatry: a review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2008. Vol. 118(6) P. 421–433. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2008.01271.
14. Москаленко В. Д. Зависимость. Семейная болезнь. М.: Азбука здоровья. 2016 (и переиздания). 250 с. <https://belkevich.by/wp-content/uploads/2024/04/moskolenko-v.d.-zavisimost-semeynaya-bolezn.pdf> (дата обращения: 22.07.2026).
15. Karpman S.B. Fairy tales and script drama analysis // *Transactional Analysis Bulletin*. 1968. Vol. 7, № 26. P. 39–43. URL: <https://karpmandramatriangle.com/pdf/DramaTriangle.pdf> (дата обращения: 11.07.2026).
16. Erkuş, Ş., & Gümüş, A.B. Hope and psychological resilience in primary caregivers of patients with a chronic mental illness followed in a community mental health center. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2024. Vol. 50. P. 87–93. DOI: 10.1016/j.apnu.2024.03.010.
17. Peng M.-M., Xing J., Tang X., Wu Q., Wei D., Ran M.-S. Disease-related risk factors for caregiver burden among family caregivers of persons with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022. Vol. 19(3). — Article 1862. — DOI: 10.3390/ijerph19031862.
18. Phillips R., Durkin M., Engward H., Cable G., Iancu M. The impact of caring for family members with mental illnesses on the caregiver: A scoping review // *Health Promotion International*. 2023. Vol. 38(3). Article daac049. DOI: 10.1093/heapro/daac049.
19. Okafor A.J., Monahan M. Effectiveness of psychoeducation on burden among family caregivers of adults with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis // *Nursing Research and Practice*. 2023. Article 2167096. DOI: 10.1155/2023/2167096.
20. Емельянова Е. В. Кризис в созависимых отношениях. Принципы и алгоритмы консультирования / Е. В. Емельянова. — СПб.: Речь, 2014. — 320 с. <https://narco-stop72.ru/upload/files/кризис%20в%20созависимых%20отношениях.%20Емельянова.pdf> (дата обращения: 22.07.2026).
21. Anderson, M.I., Daher, M., & Simpson, G.K. A predictive model of resilience among family caregivers supporting relatives with traumatic brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*. 2020. Vol. 30(10). P. 1925–1946. DOI: 10.1080/09602011.2019.1620787.

Polyakova Olga Borisovna

Moscow Innovation University, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-3507-5027>

RSCI: https://elibrary.ru/author_profile.asp?id=994225

Hope as a system-forming factor of family resilience in conditions of non-normative crisis and long-term psychiatric care

Abstract. The article presents the results of an empirical study of the role of hope as a system-forming factor of family resistance in a non-normative crisis related to the mental illness of a family member and the need for long-term psychiatric care. The sample consisted of 67 relatives who serve as carers for people with chronic mental disorders. Using a set of methods, including the Walsh Family Resistance Scale, the Snyder Dispositional Hope Scale, the Care Burden Questionnaire and the Perceived Social Support Scale, it was found that hope is a significant criterion of resistance, as evidenced by the beta coefficient of 0,41 at $p < 0,001$. Three resistance profiles were identified: high (32,8 %), medium (41,8 %) and low (25,4 %), differing in the level of hope and coping strategies. High-income families are more actively seeking support and remain optimistic, while low-income families demonstrate pessimism and helplessness. Thus, hope is not just an emotion, but a system-forming factor that activates adaptive mechanisms. The theoretical significance of the work lies in clarifying the mechanisms of the influence of hope on resistance. In this regard, the need to include psychological interventions aimed at strengthening hope in family assistance programs is justified. Methods such as narrative therapy, setting realistic goals, and group work are recommended. Practical recommendations are addressed to psychologists and social workers. This will increase resistance, improve the quality of life of caregivers and patients, and reduce the risk of maladaptation.

Keywords: hope; family resistance; abnormal crisis; burden of care; social support