

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ СОЦИАЛЬНОГО ОКРУЖЕНИЯ НА ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ  
ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

В.А. АГАРКОВ\*, С.А. БРОНФМАН\*\*, Б.Н. БЕЗДЕНЕЖНЫХ\*, А.М. ЧЕРНЕНКО\*\*\*

\*ФГБУН Институт психологии РАН, Ярославская ул., 13, корп. 1, г. Москва, Россия, 129366

\*\*ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава РФ,  
Малая Трубецкая ул., 8, стр. 2, Москва, Россия, 119048

\*\*\*ФГБУН Институт космических исследований РАН, Российская академия наук,  
Профсоюзная ул., 84/32, Москва, Россия, 117342

**Аннотация.** Одним из важнейших факторов, оказывающих влияние на формирование убеждений относительно доверия к психотерапии, является фактор социального окружения. Анализ ожиданий российских пациентов от психотерапии (этот конструкт, с некоторой долей условности, можно приравнять к убеждениям относительно доверия к психотерапии) требует учета факторов социального окружения, в том числе учета социально-демографической ситуации современной России. По данным опроса 1500 граждан старше 18 лет Фонда Общественное Мнение (ноябрь 2014 года), обращаемость в психотерапевтам и психологам с 2006 года снизилась на 20% (!) и составляет на сегодняшний день менее 20%. При этом, по мнению опрошенных, доступность психотерапевтической помощи для них лично стала несколько больше (на 5%). За это же время на 8% увеличилось число респондентов, уверенных в том, что обращение к психологам или психотерапевтам не приносит пользы. При этом, согласно отечественной статистике, более 30% населения имеют психические нарушения и нуждаются в лечебной или консультативной помощи врача – психиатра или, чаще, психотерапевта или клинического психолога. Таким образом, среди потенциальных потребителей психотерапевтических услуг в нашей стране, наблюдается снижение доверия к психотерапии, не в малой степени связанное с опасением неодобрения психотерапевтической помощи референтной группой (друзья, коллеги, члены семьи и пр.). Иными словами, лечение у психотерапевта или психолога будет, скорее, связано со стыдом и небезопасностью. Вероятно, причинами такого отношения к психотерапевтическому методу лечения среди населения являются искаженные представления, связанные с недостатком информации, настороженностью по отношению к психиатрической помощи (тесно связанной в массовом сознании с психотерапией). Немаловажную роль в недостаточном уровне доверия к психотерапии может играть и отношение к ней врачей-интернистов, а также организаторов здравоохранения. Создается впечатление, что на сегодняшнем этапе развития психотерапевтической помощи в нашей стране, особое значение приобретает образовательная функция психотерапевта, направленная как на углубление знаний об эффективности методов психотерапии и необходимости привлечения врачей-психотерапевтов и психологов для диагностики и лечения среди коллег-интернистов, так и повышения престижа психотерапии у потенциальных потребителей психотерапевтических услуг.

**Ключевые слова:** ожидания от психотерапии, эффективность психотерапии, факторы социального окружения, убеждения, доверие к психотерапии, образовательная функция психотерапевта, представления о психотерапии.

THE INFLUENCE OF SOCIAL ENVIRONMENT ON PATIENT CONCEPT  
ON PSYCHOTHERAPEUTIC INTERVENTION EFFICACY

V.A. AGARKOV\*, S.A. BRONFMAN\*\*, B.N. BEZDENEZHNYH\*, A.M. CHERNENKO\*\*\*

\*Institute of Psychology of Russian Academy of Sciences, Yaroslavl st., 13, Bldg. 1, Moscow, Russia, 129366

\*\*I.M. Sechenov First Moscow State Medical University,  
Malaya Trubetskaya st., 8, p. 2, Moscow, Russia, 119048

\*\*\*Space Research Institute, Profsoyuznaya st., 84/32, Moscow, Russia, 117342

**Abstract.** One of the most important factors, influencing the development on concept of confidence in psychotherapy is social environment.

The analysis of expectations of Russian patients towards psychotherapy (this construct with a certain limitations can be assimilated to concept of confidence in psychotherapy) requires taking into account social environment factor, including social-demographic situation in the Russian Federation. According to the results of a survey of the Public Opinion Foundation (POF) including 1500 individuals aged 18+ years (dated November

**Библиографическая ссылка:**

Агарков В.А., Бронфман С.А., Безденежных Б.Н., Черненко А.М. Влияние факторов социального окружения на представления пациентов об эффективности психотерапевтической помощи // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №4. Публикация 7-8. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-4/5315.pdf> (дата обращения: 30.11.2015). DOI: 10.12737/17080

2014), the use of psychotherapeutic and psychological services decreased since 2006 by 20% (!) and today constitutes less than 20%. According to participant's opinion, the accessibility of psychotherapeutic service slightly increased (by 5%). During the same time period the number of respondents who are certain that reference to psychologists or psychotherapists is worthless increased by 8%. At the same time, according to national statistical investigations, more than 30% of population has psychiatric conditions requiring medical help or consultation of a psychiatrist, or, more often, a psychotherapist or clinical psychologist. Consequently, there is a decrease of confidence in psychotherapy among potential service consumers in our country, which is to no small degree associated with concern of disapproval of psychotherapeutic help by reference group (friends, colleagues, family members etc.). In other words, psychotherapeutic or psychological help will be associated with shame and insecurity. The reason for such an attitude of population to psychotherapeutic treatment are likely distorted perception, associated with lack of information, apprehensive attitude towards psychiatric treatment (which is closely related in the public consciousness to psychotherapy). The attitude of internists and health officials towards psychotherapy may play an important role in the discrediting psychotherapy. One gets the impression that nowadays at the present stage of development of psychotherapy in our country, educational function of psychotherapist becomes of paramount significance. It should be aimed both at the development of knowledge on the efficacy of psychotherapeutic methods and at the necessity of engagement of psychotherapists and psychologists in diagnostics and treatment alongside with internal medicine doctors, and also at the promotion of credibility of psychotherapy among the potential users of psychotherapeutic services.

**Key words:** expectations of psychotherapy, efficacy of psychotherapy, social environment factors, beliefs and opinions, confidence in psychotherapy, educational function of psychotherapist, concept of psychotherapy.

Настоящая статья является продолжением первой публикации, посвященной теоретическому конструкту «ожидания пациентов от психотерапии» и обзору зарубежных исследований по представлениям пациентов о психотерапии (см. «Вестник новых медицинских технологий». – 2014 г., электронный журнал).

Дотерапевтические установки пациента, его ожидания в отношении психотерапевтического процесса и личности психотерапевта традиционно исследовались в психоаналитической психотерапии, в рамках, прежде всего, отношений переноса [13]. *Доверие* к определенному виду терапии является функцией явности разных специфических и неспецифических факторов или, по сути, убеждений пациента относительно их явности. Таким образом, доверие как переменная может быть отнесена к классу *установок*. Этой переменной свойственна определенная степень постоянства и устойчивости. Таким образом, следуя теории И.Эйджена и М.Фишбеэна [18, 30], доверие к терапии может вносить вклад в предположительное *намерение* (или действие) индивида – отдать предпочтение *психотерапии как методу*, а также той или иной форме терапии перед другими, когда в этом будет необходимость.

Намерения различаются по своей специфичности. Различают четыре элемента намерения: поведение, целевой объект поведения, ситуация, в которой поведение исполняется и время, когда исполняется поведение.

*Намерение* определено как готовность субъекта исполнять то или иное поведение. Намерение считается непосредственным предшественником поведения, оно репрезентирует мотивацию индивида реализовать конкретный осознанный план или решение в поведенческих актах [20].

**Процесс принятия решения.** Акт принятия решения включает в себя выбор в пользу определенных характеристик объекта или ситуации [24, 30]. Процесс принятия решения является совокупностью ненаблюдаемых, обычно неосознаваемых психологических процессов, кульминацией которых является выбор. Процесс принятия решения может также обладать сенсорной природой, когда индивид реагирует эмоционально или телесно на внешние стимулы. Процесс принятия решений является характеризуется непрерывающейся динамической активностью. Однако вместе с тем, течение такого процесса испытывает влияние начального потока информации, поступающей по сенсорным каналам, а также многочисленных внутренних, психологических, факторов, таких как потребности, оценки, приоритеты, прошлый опыт и влияния социума.

С формированием предпочтений также связаны два важных элемента – аффект и идеалы. В процессе принятия решения субъект испытывает те или иные чувства (например, позитивные или негативные), по поводу существующих альтернатив, которые должны получить ту или иную оценку. Процесс «весовых» оценок приводит к выбору той альтернативы, в отношении которой у субъекта больше положительных чувств. Альтернативы также оцениваются в отношении их соответствия идеалу. Сделанный выбор обладает двумя значениями: «Это то, что является идеалом [близким к идеалу]»; «Это то, что я хочу». Желание идеального сопровождается переживанием негативных или позитивных чувств, связанных с воспринимаемым присутствием или отсутствием этих характеристик у объекта или ситуации.

Аффект является основанием, «клеяком» акта принятия решения. Всегда есть определенные чувства некоторой интенсивности, которые субъект испытывает по отношению к тому, что он предпочитает.

---

**Библиографическая ссылка:**

Агарков В.А., Бронфман С.А., Безденежных Б.Н., Черненко А.М. Влияние факторов социального окружения на представления пациентов об эффективности психотерапевтической помощи // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №4. Публикация 7-8. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-4/5315.pdf> (дата обращения: 30.11.2015). DOI: 10.12737/17080

Эти чувства могут варьировать от слабых, умеренных – до очень сильных. Из позиции нейтральности выбор невозможен, и, следовательно, невозможно выражение предпочтений.

Кроме того, важнейшую роль в принятии решений (и в поведении) играют убеждения.

Принято различать три вида «явных» убеждений:

1. *Поведенческие убеждения* – те, что оказывают влияние на установки в отношении поведения.
2. *Нормативные убеждения* – те, что составляют основу детерминант субъективных норм.
3. *Убеждения, имеющие отношение к контролю* – те, что составляют основу поведенческого контроля.

«Явные» убеждения можно оценить, по мнению М.Фишбеина и И.Эйджена [18, 26, 30], в ходе своего рода «ассоциативного» задания. Первые 5-9 убеждений, которые появляются в отношении того или иного поведения, считаются «явными». Респондента спрашивают о том, какие преимущества или убытки может принести поведение. Такая процедура не позволяет выявить те убеждения, которые трудно артикулировать, например, убеждения, связанные с моральными, аффективными аспектами поведения. Обычно сначала проводятся опросы на выявление убеждений «референтной» группы – набор «модельных» убеждений.

*Нормативные убеждения и субъективные нормы.* Нормативные убеждения субъекта относятся к тому, что референтные персоны или группа одобрит или не одобрит исполнение данного поведения.

Если большинство в социальной группе, которой принадлежит индивид, считает, что проходить психотерапию зазорно, то человек будет чувствовать себя несчастным, оставаясь в психотерапии и предпочтет, в случае крайней необходимости, краткосрочную, а не долгосрочную психотерапию.

Информационное давление (*informational pressure*) вызвано тем, что, расширяя наши знания о себе и о мире, стремясь понять, какой позиции следует придерживаться в тех или иных социальных вопросах, мы в большой степени опираемся не на собственный опыт, а на информацию, предоставляемую окружающими. Иными словами, иногда мы подчиняемся не просто из-за того, что боимся осуждения общества, а потому что без направляющего воздействия других мы действительно не знаем, что думать, чувствовать и делать (социальная проверка).

С. Адамсон [17] предположил, что подчинение нормативному давлению вызвано нашим желанием нравиться окружающим, а подчинение информационному давлению – желанием быть правыми. С. Армитаж и др. [20] показали, что в случае негативного настроения, на намерение в большей степени влияет установка, в случае позитивного – субъективные (социальные) нормы.

Негативные эмоциональные состояния способствовали более тщательной и систематической работе информации, а не эвристическому или интуитивному, нерациональному подходу. Явные установки рассматривались как более рациональные, по сравнению с социальными нормами, и, поэтому, более близко относящимися к *намерению*.

**Влияние намерения на поведение.** Х. Хекхаузен и М. Кун [6, 34, 40], исследуя индивидуальные различия в отношении ориентации на состояние или ориентации на действие, пришли к выводу, что ориентированные на состояние индивиды в меньшей степени склонны к настойчивости в реализации намерения. «Ориентация на действие связана с когнитивной деятельностью, направленной на построение планов и вариантов действий, подходящих для преодоления разрыва между текущим состоянием и намеренным будущим состоянием. В противоположность этому, для ориентации на состояние характерны «навязчивые» размышления о неудачном результате и неспособность сосредоточиться на поставленной цели» [15]. В теории И.Эйджена намерение является непосредственным выражением того, в какой мере индивид готов прилагать усилия для достижения цели, насколько он готов стараться для исполнения поведения [18,23, 31].

Таким образом, становится очевидным, что одним из важнейших факторов, оказывающих влияние на формирование *убеждений* относительно доверия к психотерапии, является фактор социального окружения.

Отношение к лечению психических расстройств, установки, система убеждений формируются в общении с членами семьи, родственниками, друзьями. Это оказывает влияние на то, как индивид действует в отношении собственных симптомов или в кризисном состоянии [19, 22, 26].

Исследование, проведенное в Германии в 2003-2005 годах, имело целью исследовать установки и убеждения относительно эффективности психотерапевтической помощи [19, 25, 29, 34, 36]. Теоретической основой данного исследования выступили понятия о субъективной норме, которая, в свою очередь, состоит из нормативных ожиданий и мотивации поступать в соответствии с этими ожиданиями. Ориентиром для нормативных ожиданий выступают идеи, которые в настоящий момент преобладают в обществе. Согласно этому допущению, установки обычной публики должны играть центральную роль в процессе принятия решения в случае переживания события ментального дистресса. Было опрошено 5025 чел.

С участниками проводили интервью после того, как им предъявляли описание кейса – шизофрении или большого депрессивного расстройства по *DSM-IV-R*. Прежде чем описание было включено в

---

**Библиографическая ссылка:**

Агарков В.А., Бронфман С.А., Безденежных Б.Н., Черненко А.М. Влияние факторов социального окружения на представления пациентов об эффективности психотерапевтической помощи // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №4. Публикация 7-8. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-4/5315.pdf> (дата обращения: 30.11.2015). DOI: 10.12737/17080

интервью, его предъявляли 5 психиатрам и клиническим психологам для слепой диагностики. Затем участников просили обозначить проблему, далее предоставляли альтернативы оказания помощи – близкий друг, психиатр, психотерапевт, семейный доктор, группа самопомощи, священник, сообщество в районе или сообщество департамента здравоохранения, специалист не медик, курс восстановительных процедур и пр.). Сначала предлагали сделать единственный выбор, а потом второй – в том случае, если первый не помогает. Далее, в интервью следовала оценка предпочтения опциям лечения данного респондента. Опции лечения: психотерапия, естественные средства, акупунктура, релаксация, психотропные средства, медитация/йога, электросудорожная терапия. Сначала один выбор и второй – если первый не помогает.

Далее, для того, чтобы выявить систему убеждения относительно причин психиатрических расстройств был предложен список возможных причин: органическое заболевание мозга, наследственность, события в жизни, стресс на работе/безработица, проблемы с жильем, недостаток внимания со стороны родителей, недостаток силы воли, аморальный стиль жизни. Для ответа на вопросу респондентам предлагалась 5-балльная шкала Ликерта от «определенно не является причиной» до «определенно является причиной».

Для оценки прогноза описанного расстройства было предложено 5 возможностей: полное излечение, полная ремиссия с риском рецидива, частичная ремиссия, стабилизация хронического состояния, и хроническое прогрессирующее ухудшение. Респондентам было предложено сделать один выбор из этих альтернатив в качестве прогноза для оптимального лечения. Большинство респондентов рекомендовали обратиться к специалисту в области психического здоровья. Интересна динамика в новых землях Германии с 1993 г. Отмечено существенное снижение частоты выбора опций обыденной помощи (близкий друг, группа самопомощи) и увеличение частоты выбора помощи профессионала в области психического здоровья, особенно в отношении диагноза депрессии. Наиболее значимой детерминантой выбора источника и опций помощи было определение проблемы. Если проблема определялась как психиатрическое расстройство, то чаще выбирались психиатры или психотерапевты. Если проблема не определялась как психиатрическая, тогда выбирались другие специалисты. Если в качестве наиболее важной причины выбиралось мозговое нарушение, то наиболее частой рекомендацией было обратиться к врачу-психиатру. Если социальный стресс, стресс на работе – близкий человек. Если проблема атрибутировалась недостатку внимания родителей или проблемам в семье, то более частыми становились рекомендации в пользу психотерапевта. Возраст и образование респондентов также играли важную роль в рекомендациях того или иного лечения. Люди старшего поколения более склонны рекомендовать обратиться за помощью к семейному доктору. Респонденты с высшим образованием чаще рекомендовали близкого человека и психиатра, реже – семейного доктора. Если прогноз оценивался как плохой, то психотерапия предлагалась с меньшей вероятностью. Женщины чаще предлагали психотерапию и реже психотропные препараты и йогу/медитацию. В более старшей возрастной группе более вероятным был выбор естественных средств и менее – йоги/медитации. Таким образом, убеждения относительно болезни и социодемографические характеристики связаны с выбором рекомендаций.

Ожидания обычной публики в отношении лечения отличаются от рекомендаций психиатрического лечения, основанного на эмпирических данных.

Как известно, одной из ведущих проблем в повседневной психиатрической практике является отказ пациента следовать рекомендациям, особенно при лечении психотропными препаратами. В этом исследовании большинство опрошенных также рекомендовали психотерапию.

Другое исследование, проведенное на репрезентативной выборке «широкой публики» [23, 25, 27, 32, 38], было задумано с целью выявить предпочтения среди разных видов психотерапии.

Респондентам были даны описания различных психотерапевтических подходов – *психодинамическая психотерапия* (ПДП), *когнитивная психотерапия* (КТ), *когнитивно-бихевиориальная психотерапия* (КБТ) по 1 листу А4 на каждый вид. Описание состояло из 4 компонент: теория психологических проблем, цели и задачи, метод и контракт, роль отношений между терапевтом и клиентом.

Оценка доверия к тому или иному виду психотерапии осуществлялась по 5 параметрам с использованием 5-балльных шкал:

1. Логическое (теоретическое обоснование): насколько данный вид терапии представляется теоретически обоснованным
2. Трудность: насколько ресурсоемким для пациента является данный метод
3. Пригодность метода для решения проблем: насколько данный метод может быть полезен для достижения пяти конкретных целей терапии (понимание себя, самооценка, снижение симптомов, улучшение отношений, совладание со стрессом) – оценка по данному параметру представляет сумму ответов «да» по каждой цели.
4. Выбор: выбрал бы респондент для себя данный метод, если бы он/она стал выбирать для себя психотерапию.

---

#### Библиографическая ссылка:

Агарков В.А., Бронфман С.А., Безденежных Б.Н., Черненко А.М. Влияние факторов социального окружения на представления пациентов об эффективности психотерапевтической помощи // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №4. Публикация 7-8. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-4/5315.pdf> (дата обращения: 30.11.2015). DOI: 10.12737/17080

5. Рекомендации: Рекомендовал бы респондент своим родственникам и друзьям данный метод, если бы они нуждались в психотерапии

В конце опросника респондента спрашивали, какую из трех форм терапии они бы выбрали для себя, если бы они нуждались в психологической помощи. Допускался ответ «я не знаю»

ПДП получила самую низкую оценку по теоретическому обоснованию. КТ – самую высокую. Более молодые респонденты были склонны давать более низкие оценки всем видам психотерапии по параметру «Обоснованность». «Ресурсоемкость» одинакова для КБТ и КТ и более высокая для ПДП. «Полезность» – самая высокая (2,8) у КТ и самая низкая (2,2) у ПДП. В целом можно сказать, что оценка полезности для психотерапии означает низкий т.н. плацебо-потенциал. В вопросе «выбор для себя» явное преимущество наблюдалось у КТ (3,9), ПДП набрала минимальное количество баллов – 3,4 (*min*). Аналогичный выбор был сделан на вопрос «рекомендовать другим».

КБТ получила большие оценки в отношении достижения цели улучшения совладания со стрессом, КТ – повышения самооценки. В отношении понимания себя, снижения симптомов и улучшения отношений между видами терапий не обнаружено достоверных отличий. Женщины в большей степени склонны выбирать ПДТ, чем мужчины. КБТ – поровну мужчин и женщин. Почти в два раза больше мужчин выбрали КТ, чем женщин. Однако все эти гендерные различия не достигли уровня статистической значимости. Респонденты с опытом получения психологической помощи (25% от всей выборки) чаще выбирают ПДТ [24, 26, 28].

Общий вывод: разные виды терапии обладают разной степенью доверия для разных групп.

Результаты данного исследования также согласуются с подобными исследованиями, проведенными в Англии и США [24, 28]. Возможно, что термины «бессознательное», «сопротивление» и «перенос», которые использовались в описании терапии, были трудны для понимания респондентами, которые прежде не интересовались психотерапией и не имели опыта терапии. Таким образом, по сравнению с описаниями КТ и КБТ, в которых акцент ставится на четкую ориентацию на достижения конкретных результатов, описание ПДТ могло оказаться в меньшей степени интуитивно понятным, трудным для понимания. КТ и КБТ могли показаться более привлекательными и понятными. Исследование показывает, что доверие к терапии является общим феноменом и не ограничивается только клинической популяцией. Однако степень доверия к тому или иному виду психотерапии среди «публики» варьирует в зависимости от группы.

Анализ ожиданий российских пациентов от психотерапии (этот конструкт, с некоторой долей условности, можно приравнять к *убеждениям* относительно доверия к психотерапии), как было показано выше, требует учета факторов социального окружения, в том числе учета социально-демографической ситуации современной России. Для советского общества было характерно отсутствие взаимосвязи культурного статуса и социально-экономического положения. Труд людей, занятых в науке, в том числе в сфере гуманитарных наук и в культуре, оплачивался, в среднем, ниже, чем труд рабочего. Советская элита состояла, главным образом, из людей с низким уровнем образования, враждебно настроенных по отношению к культуре (и психотерапии, как важной и особой части культуры). В современном российском обществе к качествам, которые способствуют повышению социального статуса, относятся одаренность, талант, уровень социализации, способность к обучению, общий кругозор, энергия, воля, наличие организационных способностей, но немалую роль играют и те качества, которые в крайнем своем проявлении входят в круг характеристик социопатических личностных расстройств: агрессивность и честлюбие в сочетании с низким уровнем культуры и невысокими требованиями морали.

В структуре российского общества, по мнению социологов, можно выделить четыре основных социальных слоя: верхний, средний, базовый и нижний. Некоторые выделяют в нижнем слое прослойку «социального дна» [7, 16].

К верхнему слою относятся элитные и близкие к ним группы, которые занимают ключевые позиции в аппарате государственного управления, экономических структурах и силовых органах. Значительную долю этого слоя составляют потомки советской партийной номенклатуры и сотрудников комитета госбезопасности. Средний слой, который в западных постиндустриальных обществах играет роль гаранта социальной стабильности, в России является малочисленным и не может выполнять эту функцию; большинство представителей этого слоя не обладает личным капиталом, достаточным для обеспечения независимости. К среднему слою российского общества относятся мелкие предприниматели, менеджеры средних и небольших предприятий, среднее звено бюрократии, старшие офицеры, наиболее квалифицированные рабочие и специалисты.

Базовый социальный слой охватывает более 2/3 российского общества. К базовому слою относятся интеллигенция (специалисты) и так называемая полуинтеллигенция (помощники специалистов), технический персонал, работники массовых профессий торговли и сервиса, большая часть крестьянства. Главная задача представителей данной группы состоит в выживании в меняющихся условиях и сохранение достигнутого статуса [7].

---

#### Библиографическая ссылка:

Агарков В.А., Бронфман С.А., Безденежных Б.Н., Черненко А.М. Влияние факторов социального окружения на представления пациентов об эффективности психотерапевтической помощи // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №4. Публикация 7-8. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-4/5315.pdf> (дата обращения: 30.11.2015). DOI: 10.12737/17080

Представителей нижнего слоя характеризует низкий деятельностный потенциал и неспособность адаптироваться к жестким социально-экономическим условиям современной России. Этот слой, главным образом, составлен из малообразованных людей, часто со слабым здоровьем и низким потенциалом. Подавляющее большинство людей низшего слоя не имеют профессии, малообразованны, среди них высок уровень безработицы. К этому слою также относятся беженцы и вынужденные мигранты из районов межнациональных конфликтов. Признаками представителей данного слоя являются низкий доход, занятие неквалифицированным трудом (при наличии работы).

Отличительной чертой социального дна является изолированность от социальных институтов общества, которая в некоторых случаях компенсируется включенностью в криминальные или полукриминальные институты, асоциальность, утрата навыков жизни в социуме.

В развитых странах средний класс составляют люди со сравнительно высоким материальным статусом, владеющие собственностью, что обеспечивает им свободу выбора деятельности. Средний класс выполняет функцию стабилизатора общества, так как заинтересован в сохранении порядка. В современной России как будто бы все выглядит наоборот: средний класс выступает против сложившегося порядка, политической системы, которая властными структурами представляется как гарант стабильности. Представители среднего класса отличаются высоким профессионализмом, гражданской активностью и высоким деятельностным потенциалом. Средний класс в развитых странах выступает носителем национальной культуры и выразителями общественных интересов.

В западной социологической науке одним из важных индикаторов социального положения индивида, его принадлежности к социальной группе, является род занятий. Этот показатель является чрезвычайно информативным, так как вбирает в себя широкий спектр конкретных видов экономической активности, отражает совокупность навыков, качеств, знаний, которыми обладает индивид. Использование этого показателя для определения социальных классов и групп в западной эмпирической социологии оправдано в силу устойчивости и институализации социальных классов в постиндустриальном информационном обществе, которые воспринимаются как реальные социальные группы. В России, на протяжении всей ее истории, традиционно качественные статусные характеристики, присущие той или иной занятости, постоянно менялись.

Исследования, проводимые под руководством О.И. Шкартана [16], показали, что в России произошло снижение численности двух основных социальных групп, формирующих средний класс в западных странах: частных предпринимателей (снижение с 2006 года до уровня 4%) и высококвалифицированных профессионалов (в два раза после 1994 г.). Несмотря на некоторые изменения в период с 1994 по 2012 г., все же приходится констатировать, что до настоящего времени в развитии социально-профессиональной структуры российского общества не отмечено существенных сдвигов в сторону параметров, характеризующие структуру информационных постиндустриальных обществ. При этом следует отметить, что вероятными потребителями психотерапевтических услуг являются как раз представители среднего класса и интеллигенции (в меньшей степени – представители элит и т.н. базового социального слоя), и тенденции к снижению численности и, вероятно, снижению образовательного и культурного уровня представителей этих слоев, могут быть одним из важных факторов, ответственных за невысокое доверие к психотерапии как к методу лечения и «застоя» в развитии психотерапии в нашей стране.

Так, по данным опроса 1500 граждан старше 18 лет *Фонда Общественное Мнение* (ФОМ), обращаемость в психотерапевтам и психологам с 2006 года снизилась на 20% (!) и составляет на сегодняшний день всего 20%. При этом, по мнению опрошенных, доступность психотерапевтической помощи для них лично стала несколько больше (на 5%). За это же время на 8% увеличилось число респондентов, уверенных в том, что обращение к психологам или психотерапевтам не приносит пользы.

При этом, по мнению профессионалов в области психического здоровья и социологов медицины, состояние психического здоровья населения современной России, отражая общемировые тенденции, вместе с тем отличается некоторыми особенностями, в основном, неблагоприятными. Среди последних надо отметить, что повышение распространенности непсихотических расстройств в большинстве развитых стран, усугубляется в России быстротой и драматизмом социально-экономических перемен [5, 10, 14]. Согласно отечественной статистике, более 30% населения имеют психические нарушения и нуждаются в лечебной или консультативной помощи врача-психиатра или, чаще, психотерапевта или клинического психолога [5, 6, 12, 14]. По данным М.Ю. Дробужева [6], от 30% до 50% лиц, обратившихся за помощью в соматические отделения стационаров и поликлиник, страдают не соматическими, а пограничными психическими расстройствами, при этом скрытая заболеваемость, по мнению ряда специалистов, еще выше [9, 10, 12]. По мнению А.Б. Смулевича [12], в квалифицированной психолого-психиатрической помощи хотя бы раз в жизни нуждается как минимум 15-20% населения России. Это особенно касается депрессивных расстройств, которые утяжеляют течение и ухудшают прогноз любого соматического заболевания, но имеют свойство «маскироваться» (маскированная, ларвированная депрессия) под соматическое страдание, и в этом случае выявляются не более чем в 5% случаев [12].

---

**Библиографическая ссылка:**

Агарков В.А., Бронфман С.А., Безденежных Б.Н., Черненко А.М. Влияние факторов социального окружения на представления пациентов об эффективности психотерапевтической помощи // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №4. Публикация 7-8. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-4/5315.pdf> (дата обращения: 30.11.2015). DOI: 10.12737/17080

Необходимо отметить, что развитие психотерапии в России имеет свои особенности. Считается, что развитие психотерапевтического метода в мире проходило 5 этапов [8, 9], которые вкратце можно описать так:

- шаманский (от древности до 18 века или чуть позже);
- «ранний» гипноз;
- психоаналитический подход З. Фрейда;
- юнгианство и аналитическая психология;
- современная недирективная психотерапия (М. Эриксон, К. Роджерс, современные экзистенциальные психотерапевты и пр.).

Характерной особенностью психотерапии в России явилось длительное существование ее начального, донаучного, «шаманского» этапа, при этом психотерапия как медицинское направление не развивалась. Данный период характеризовался мощным влиянием церкви на процессы познания, и в основе понимания психических болезней была вера в существование сверхъестественных сил [1, 4, 5]. Бурное развитие психотерапии в ранние послереволюционные годы быстро сменилось политикой искоренения идей психоанализа, и до конца 80-х годов XX века занятия психотерапией не поощрялись, а в представлении «широкой публики» врач-психотерапевт и психолог представляли такую же опасность, как и врач-психиатр. Несмотря на бурное развитие психотерапии в последние 20-25 лет, врачей – психотерапевтов и клинических психологов относительно мало врачей-психотерапевтов, по данным 2007 года, было 1898 человек, или 0,13 на 10 тысяч населения. Для сравнения: неврологов и психиатров в 10 раз больше, гинекологов – более чем в 30, но в то же время, по неофициальным данным кафедры психотерапии РМА-ПО, в середине 2000-х годов в РФ было не менее 300 тысяч (!) целителей, колдунов и пр. [4], услуги которых пользуются чрезвычайно высоким спросом у некоторых групп населения. При этом, по данным опросов врачей общемедицинской сети, рекомендацию обратиться к психотерапевту определенная часть населения воспринимает как оскорбление (такое мнение высказали более 50% опрошенных врачей), отождествляя понятия «психотерапия» и «психиатрия». Показательно, что на взгляд почти 30% врачей, значительная часть пациентов не верит в психотерапию, воспринимает ее «несерьезно» [5]. По данным исследования А.А. Горбунова, при наличии оснований для обращения за психотерапевтической помощью, обратится за помощью к психотерапевту или психологу не более 10% опрошенных. Обращает на себя внимание также несогласие тратить средства на лечение у психолога или психотерапевта, даже при наличии материальных возможностей, а также тот факт, что преждевременно прервали лечение у психотерапевта более 65% потребителей психотерапевтических услуг. Среди причин прерывания назывались такие как занятость, недостаточная эффективность, а также опасения (!), что о лечении у психотерапевта могут узнать окружающие. Около 10% опрошенных пожаловались на отсутствие контакта с психологом или врачом – психотерапевтом, «непонимание» с их стороны [2, 3, 5].

Таким образом, среди потенциальных потребителей психотерапевтических услуг в нашей стране, наблюдается снижение доверия к психотерапии, не в малой степени связанное с опасением неодобрения психотерапевтической помощи референтной группой (друзья, коллеги, члены семьи и пр.). Иными словами, лечение у психотерапевта или психолога будет, скорее, связано со стыдом и небезопасностью. Вероятно, причинами такого отношения к психотерапевтическому методу лечения среди населения являются искаженные представления, связанные с недостатком информации, остороженностью по отношению к психиатрической помощи (тесно связанной в массовом сознании с психотерапией) [2, 3]. Немаловажную роль в недостаточном уровне доверия к психотерапии может играть и отношение к ней врачей-интернистов, а также организаторов здравоохранения. Создается впечатление, что на сегодняшнем этапе развития психотерапевтической помощи в нашей стране, особое значение приобретает образовательная функция психотерапевта, направленная как на углубление знаний об эффективности методов психотерапии и необходимости привлечения врачей-психотерапевтов и психологов для диагностики и лечения среди коллег-интернистов, так и повышения престижа психотерапии у потенциальных потребителей психотерапевтических услуг.

### Литература

1. Агарков В.А., Бронфман С.А., Божко С.А., Шерина Т.Ф., Гуртовенко И.Ю. Влияние социально-психологических факторов и особенностей культуры на ожидания российских пациентов от психотерапии // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014. №1. Публикация 9-7. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/4993.pdf> (дата обращения: 03.12.2014). DOI: 10.12737/7224

2. Агарков В.А., Бронфман С.А., Лаукарт Е.Б., Сулимов С.Ю. Особенности ожиданий пациентов от психотерапии при аффективных, тревожных и соматоформных расстройствах // Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2012. №4. С. 77–80.

---

#### Библиографическая ссылка:

Агарков В.А., Бронфман С.А., Безденежных Б.Н., Черненко А.М. Влияние факторов социального окружения на представления пациентов об эффективности психотерапевтической помощи // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №4. Публикация 7-8. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-4/5315.pdf> (дата обращения: 30.11.2015). DOI: 10.12737/17080

3. Агарков В.А., Бронфман С.А. Ожидания пациентов от психотерапии (обзор литературы) // Психическое здоровье. 2013. №8. С. 52–60.
4. Бойко Ю.П., Добридень В.П., Бойко А.Ю. О развитии российской психотерапии // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2004. №4. С. 26–27.
5. Горбунов А.А. Социальные оценки оказания психотерапевтической помощи населению: Автореферат дис. канд.мед.наук. Волгоград, 2012. 26 с.
6. Дробижев М.Ю. Распространенность психических расстройств в общемедицинской сети // Психиатрия и психофармакотерапия. 2002. №5. С.175–180.
7. Заславская Т.И. Современное российское общество: проблемы и перспективы // Общественные науки и современность. 2004. №5-6. С. 5–19.
8. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия 2-е изд., 2002.
9. Карвасарский Б. Д. Психотерапия, 2-е изд., 2002.
10. Краснов В.Н. Охрана психического здоровья – общая ответственность // Социальная и клиническая психиатрия. 2001. Т.11, вып. 2. С.5–6.
11. Пуговкина О.Д., Никитина И.В., Холмогорова А.Б., Гаранян Научные исследования процесса психотерапии и ее эффективности: история проблемы // Консультативная психология и психотерапия. 2009. №1. С. 30–63.
12. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине: Руководство для врачей. М.: МИА, 2007. 256 с.
13. Соколова Е.Т. Психотерапия: теория и практика: учебн. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: Издательский центр «Академия», 2010. 368 с.
14. Татарников М.А. Общественная оценка медицинской помощи населению Московской области // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2003. №1. С. 7–11.
15. Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность. Спб.: Питер, М.: Смысл, 2003. 860 с.
16. Шкаратан О.И., Ильин В.И. Социальная стратификация России и Восточной Европы. Сравнительный анализ. М.: Издат.дом ГУ ВШЭ, 2006.
17. Adamson S.J., Man J.D.S, Dore G.M. Therapy preference and treatment outcome in clients with mild to moderate alcohol dependence // Drug and Alcohol Review. 2005. V. 24, N. 5. P. 209–216.
18. Ajzen I. The Theory of Planned Behavior // Organizational Behavior and Human Decision Processes. 1991. V. 50, Issue 2. P. 179–211
19. American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. Evidence-based practice in psychology. // American Psychologist, 2006, V. 61, N 4, P. 271–285
20. Armitage C. J., Conner M., Norman P. Differential effects of mood on information processing: Evidence from the theories of reasoned action and planned behaviour // European Journal of Social Psychology. 1999. V. 29, Issue 4. P. 419–433.
21. Barber J., Gallop R., Crits-Christoph P., Frank A., Thase M.E., Weiss R.D., Gibbons M.B.C. The role of therapist adherence, therapist competence, and alliance in predicting outcome of individual drug counseling: Results from the National Institute Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study // Psychotherapy Research. 2006. V. 16, N. 2. P. 229–240.
22. Bateman A., Fonagy P. Psychotherapy for borderline personality disorders: Mentalization based treatment // Oxford, UK: Oxford University Press, 2004. 408 p.
23. Berg A.L., Sandahl Ch., Clinton D. The relationship of treatment preferences and experiences to outcome in generalized anxiety disorder (GAD) // Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 2008. V. 81, Issue 3. P. 247–259.
24. Bragesjö M., Clinton D., Sandell R. The credibility of psychodynamic, cognitive and cognitive-behavioural psychotherapy in a randomly selected sample of the general public // Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 2004. V. 77, P. 297–307.
25. Budden J.S., Sagarin B.J. Implementation Intentions, Occupational Stress, and the Exercise Intention–Behavior Relationship // Journal of Occupational Health Psychology. 2007. V. 12, No. 4. P. 391–401.
26. Clarkin F.J., Fonagy P., Gabbard G.O. (Eds.) Psychodynamic psychotherapy for personality disorders. A Clinical handbook // Washington, London: American Psychiatric Publishing, 2010. p. 486.
27. Clinton D. Why do eating disorder patients drop out? // Psychotherapy and Psychosomatic. 1996. V. 65, N. 1. P. 29–35.
28. Clinton D., Bjorck C., Sohlberg S., Norring, C. Patient satisfaction with treatment in eating disorders: Cause for complacency or concern? // European Eating Disorders Review. 2004. V. 12. P. 240–246.
29. Conner, M. Smith N., Mcmillan B. Examining normative pressure in the theory of planned behaviour: Impact of gender and passengers on intentions to break the speed limit // Current Psychology: Developmental, Learning, Personality, Social. 2003. V.22. P. 252–263.
30. Fishbein M., Ajzen I., Belief, Attitude, Intention and Behavior // Addison-Wesley Publishing Company, 1975. 578 p.

**Библиографическая ссылка:**

Агарков В.А., Бронфман С.А., Безденежных Б.Н., Черненко А.М. Влияние факторов социального окружения на представления пациентов об эффективности психотерапевтической помощи // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №4. Публикация 7-8. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-4/5315.pdf> (дата обращения: 30.11.2015). DOI: 10.12737/17080

31. Frövenholt J., Bragesjö M., Clinton D., Sandell R. How do experiences of psychiatric care affect the perceived credibility of different forms of psychotherapy? // *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2007. V. 80. P. 205–215.
32. Holmes J. *Exploring in security*. London and New York: Routledge, 2010. 200 p.
33. Jaeger J.A., Echiverri A., Zoellner L.A., Post L., Feeny N.C. Factors associated with choice of exposure therapy for PTSD // *The International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*. 2009. V. 5, N. 3-4. P. 294–310.
34. Payne N., Jones F., Harris P.R. A daily diary investigation of the effects of work stress on exercise intention implementation: Can planning overcome the disruptive effects of work? // *Psychology and Health*. 2010. V. 25, Issue 1. P. 111–129.
35. Riedel-Heller S.G., Matschinger H., Angermeyer M.C. Mental disorders – who and what might help? Help-seeking and treatment preferences of the lay public // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2005. V. 40, Issue 2, P. 167–174.
36. Sandell R., Clinton D., Frövenholt J., Bragesjö M., Credibility clusters, preferences, and helpfulness beliefs for specific forms of psychotherapy // *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2011. V.84, N. 3.
37. Swift J., Callahan J. Client and Trainee Clinician Perspective Convergence // *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2009, V.16. P. 228–236.
38. Swift J., Callahan J. Early Psychotherapy Processes: An Examination of Client and Trainee Clinician Perspective Convergence // *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2009. V. 16. P. 228–236.
39. Swift J.K., Callahan J.L. The Impact of Client Treatment Preferences on Outcome: A Meta-Analysis // *Journal of Clinical Psychology*. 2009. V.65, N. 4. P. 368–381
40. Van H.L., Dekker J., Koelen J., Kool S., Van Aalst G., Hendriksen M., Peen J., Schoevers R. Patient preference compared with random allocation in short-term psychodynamic supportive psychotherapy with indicated addition of pharmacotherapy for depression // *Psychotherapy Research*. 2009. 19(2). P. 205–212.

#### References

1. Agarkov VA, Bronfman SA, Bozhko SA, Sherina TF, Gurtovenko IYu. Vliyaniye sotsial'no-psikhologicheskikh faktorov i osobennostey kul'tury na ozhidaniya rossiyskikh patsientov ot psikhoterapii. Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy. Elektronnoe izdanie [internet]. 2014 [cited 2014 Dec 03];1[about 8 p.]. Russian. Available from: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/4993.pdf>. DOI: 10.12737/7224
2. Agarkov VA, Bronfman SA, Laukart EB, Sulimov SYu. Osobennosti ozhidaniy patsientov ot psikhoterapii pri affektivnykh, trevozhnykh i somatoformnykh rasstroystvakh. Kremlevskaya meditsina. Klinicheskiy vestnik. 2012;4:77-80. Russian.
3. Agarkov VA, Bronfman SA. Ozhidaniya patsientov ot psikhoterapii (obzor literatury). Psikhicheskoe zdorov'e. 2013;8:52-60. Russian.
4. Boyko YuP, Dobriden' VP, Boyko AYu. O razvitiy rossiyskoy psikhoterapii. Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny. 2004;4:26-7. Russian.
5. Gorbunov AA. Sotsial'nye otsenki okazaniya psikhoterapevticheskoy pomoshchi naseleniyu [dissertation]. Volgograd (Volgograd region); 2012. Russian.
6. Drobizhev MYu. Rasprostranennost' psikhicheskikh rasstroystv v obshchemeditsinskoy seti. Psikhiaetriya i psikhofarmakoterapiya. 2002;5:175-80. Russian.
7. Zaslavskaya TI. Sovremennoe rossiyskoe obshchestvo: problemy i perspektivy. Obshchestvennye nauki i sovremennost'. 2004;5-6:5-19. Russian.
8. Karvasarskiy BD. Psikhoterapevticheskaya entsiklopediya 2-e izd.zh 2002. Russian.
9. Karvasarskiy BD. Psikhoterapiya, 2-e izd.; 2002. Russian.
10. Krasnov VN. Okhrana psikhicheskogo zdorov'ya – obshchaya otvetstvennost'. Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiaetriya. 2001;11(2):5-6. Russian.
11. Pugovkina OD, Nikitina IV, Kholmogorova AB, Garanyan Nauchnye issledovaniya protsessa psikhoterapii i ee effektivnosti: istoriya problemy. Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya. 2009;1:30-63. Russian.
12. Smulevich AB. Depressii v obshchey meditsine: Rukovodstvo dlya vrachey. Moscow: MIA; 2007. Russian.
13. Sokolova ET. Psikhoterapiya: teoriya i praktika: uchebn. posobie dlya stud. vyssh. ucheb. zavedeniy. Moscow: Izdatel'skiy tsentr «Akademiya»; 2010. Russian.
14. Tatarnikov MA. Obshchestvennaya otsenka meditsinskoy pomoshchi naseleniyu Moskovskoy oblasti. Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny. 2003;1:7-11. Russian.
15. Khekhauzen Kh. Motivatsiya i deyatel'nost'. Spb.: Piter, Moscow: Smysl; 2003. Russian.

#### Библиографическая ссылка:

Агарков В.А., Бронфман С.А., Безденежных Б.Н., Черненко А.М. Влияние факторов социального окружения на представления пациентов об эффективности психотерапевтической помощи // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №4. Публикация 7-8. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-4/5315.pdf> (дата обращения: 30.11.2015). DOI: 10.12737/17080

16. Shkaratan OI, Il'in VI. Sotsial'naya stratifikatsiya Rossii i Vostochnoy Evropy. Sravnitel'nyy analiz. Moscow: Izdat.dom GU VShE; 2006. Russian.
17. Adamson SJ, Man JDS, Dore GM. Therapy preference and treatment outcome in clients with mild to moderate alcohol dependence. *Drug and Alcohol Review*. 2005;24(5):209-16.
18. Ajzen I. The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 1991;50(2):179-211. Russian.
19. American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*. 2006;61(4):271-85.
20. Armitage CJ, Conner M, Norman P. Differential effects of mood on information processing: Evidence from the theories of reasoned action and planned behavior. *European Journal of Social Psychology*. 1999; 29(4):419-33.
21. Barber J, Gallop R, Crits-Christoph P, Frank A, Thase ME, Weiss RD, Gibbons MBC. The role of therapist adherence, therapist competence, and alliance in predicting outcome of individual drug counseling: Results from the National Institute Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Psychotherapy Research*. 2006;16(2):229-40.
22. Bateman A, Fonagy P. *Psychotherapy for borderline personality disorders: Mentalization based treatment*. Oxford, UK: Oxford University Press; 2004.
23. Berg AL, Sandahl Ch, Clinton D. The relationship of treatment preferences and experiences to outcome in generalized anxiety disorder (GAD). *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2008;81(3):247-59.
24. Bragesjö M, Clinton D, Sandell R. The credibility of psychodynamic, cognitive and cognitive-behavioural psychotherapy in a randomly selected sample of the general public. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2004;77:297-307.
25. Budden JS, Sagarin BJ. Implementation Intentions, Occupational Stress, and the Exercise Intention-Behavior Relationship. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2007;12(4):391-401.
26. Clarkin FJ, Fonagy P, Gabbard GO. (Eds.) *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders. A Clinical handbook*. Washington, London: American Psychiatric Publishing; 2010.
27. Clinton D. Why do eating disorder patients drop out? *Psychotherapy and Psychosomatic*. 1996;65(1):29-35.
28. Clinton D, Bjorck C, Sohlberg S, Norring, C. Patient satisfaction with treatment in eating disorders: Cause for complacency or concern? *European Eating Disorders Review*. 2004;12:240-6.
29. Conner M, Smith N, Mcmillan B. Examining normative pressure in the theory of planned behaviour: Impact of gender and passengers on intentions to break the speed limit. *Current Psychology: Developmental, Learning, Personality, Social*. 2003;22:252-63.
30. Fishbein M, Ajzen I. *Belief, Attitude, Intention and Behavior*. Addison-Wesley Publishing Company; 1975.
31. Frövenholt J, Bragesjö M, Clinton D, Sandell R. How do experiences of psychiatric care affect the perceived credibility of different forms of psychotherapy? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2007;80:205-15.
32. Holmes J. *Exploring in security*. London and New York: Routledge; 2010.
33. Jaeger JA, Echiverri A, Zoellner LA, Post L, Feeny NC. Factors associated with choice of exposure therapy for PTSD. *The International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*. 2009;5(3-4):294-310.
34. Payne N, Jones F, Harris PR. A daily diary investigation of the effects of work stress on exercise intention implementation: Can planning overcome the disruptive effects of work? *Psychology and Health*. 2010;25(1):111-29.
35. Riedel-Heller SG, Matschinger H, Angermeyer M.C. Mental disorders – who and what might help? Help-seeking and treatment preferences of the lay public. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2005;40(2):167-74.
36. Sandell R, Clinton D, Frövenholt J, Bragesjö M, Credibility clusters, preferences, and helpfulness beliefs for specific forms of psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2011;84(3).
37. Swift J, Callahan J. Client and Trainee Clinician Perspective Convergence. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2009;16:228-36.
38. Swift J, Callahan J. Early Psychotherapy Processes: An Examination of Client and Trainee Clinician Perspective Convergence. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2009;16:228-36.
39. Swift JK, Callahan JL. The Impact of Client Treatment Preferences on Outcome: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychology*. 2009;65(4):368-81.

**Библиографическая ссылка:**

Агарков В.А., Бронфман С.А., Безденежных Б.Н., Черненко А.М. Влияние факторов социального окружения на представления пациентов об эффективности психотерапевтической помощи // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №4. Публикация 7-8. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-4/5315.pdf> (дата обращения: 30.11.2015). DOI: 10.12737/17080

40. Van HL, Dekker J, Koelen J, Kool S, Van Aalst G, Hendriksen M, Peen J, Schoevers R. Patient preference compared with random allocation in short-term psychodynamic supportive psychotherapy with indicated addition of pharmacotherapy for depression. *Psychotherapy Research*. 2009;19(2):205-12.

*Работа выполнена по гранту РГНФ № 15-06-10923*

---

**Библиографическая ссылка:**

Агарков В.А., Бронфман С.А., Безденежных Б.Н., Черненко А.М. Влияние факторов социального окружения на представления пациентов об эффективности психотерапевтической помощи // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №4. Публикация 7-8. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-4/5315.pdf> (дата обращения: 30.11.2015). DOI: 10.12737/17080