

**ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ И ОСОБЕННОСТЕЙ
КУЛЬТУРЫ НА ОЖИДАНИЯ РОССИЙСКИХ ПАЦИЕНТОВ ОТ ПСИХОТЕРАПИИ**

В.А. АГАРКОВ, С.А. БРОНФМАН, С.А. БОЖКО, Т.Ф. ШЕРИНА, И.Ю. ГУРТОВЕНКО

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Трубецкая улица, дом 8, строение 2, г. Москва, Россия, 119991

Аннотация. В данном обзоре авторы показывают связь между особенностями типа культуры, социальными факторами окружения и представлениями и ожиданиями пациентов от психотерапии.

В российской психологической науке практически не уделяется внимание изучению ожиданий пациентов от психотерапии. Между тем от конвергенции между ожиданиями пациента и тем, что пациенту предлагает психотерапевт, часто зависит успех терапии. Теоретическая структура конструкта «ожидания от психотерапии» является сложной и детерминированной факторами различного уровня. Выборы пациентов отражают их ментальность, социальный статус и традиции культуры, к которой они принадлежат, а также их личностные черты, систему ценностей, внутренние динамические факторы, к которым относится тип привязанности и особенности психопатологии. В статье рассмотрены множественные аспекты детерминации конструкта «ожидания пациентов от психотерапии». Особенное внимание уделено культурным детерминантам ожиданий российских пациентов. В нашем анализе мы отталкивались от подходов Рут Бенедикт и Герта Хофстеде. Согласно классификации Р.Бенедикт, русская культура может быть отнесена к так называемому дионисийскому типу. Согласно нашей гипотезе, ожидания пациентов от психотерапии в условиях российской культуры в большей степени соответствуют такие виды психотерапии как психодрама, гештальттерапия, холотропное дыхание, НЛП, и в меньшей – психоанализ и психодинамическая психотерапия.

Ключевые слова: представления о психотерапии, ожидания пациентов от психотерапии, типы культур, измерения культуры, социально – психологические детерминанты, внутренняя картина болезни.

THE INFLUENCE OF SOCIO - PSYCHOLOGICAL AND CULTURAL FACTORS ON THE EXPECTATIONS OF RUSSIAN PATIENTS FROM THE PSYCHOTHERAPY

V.A. AGARKOV, S.A. BRONFMAN, S.A. BOZHKO, T.F. SHERINA, I.J. GYRTOVENKO

*The First Moscow State I.M. Sechenov Medical University,
Trubetskaya Street, Building 8, Building 2, Moscow, Russia, 119991*

Abstract. The authors of this review demonstrate the correlation between the cultural features, social factors and the patients' expectations from the psychotherapy. Russian psychologists have been paying very little attention to client expectations. It is very often that convergence between the patient's expectations from psychotherapy and that the psychotherapist offers the patient - often depends on the success of the therapy. The results of many studies confirm that clients' expectations are an important factor with regards to the efficiency of psychotherapy as well as to the rate of drop-outs. Reliable methods of assessment of clients' expectations allow to create and to implement strategies of pre-therapy interventions. The theoretical structure of patients' expectations is complex, as is the set of their determinants. Patients' choices reflect their mentality, the social stratum and cultural tradition they belong to, their personal traits and value systems, inner dynamic factors including the type of attachment and particularities of the psychopathology, and so on. The paper covers multiple aspects of determination of the construct «patient's expectations». Particular focus is on the cultural determinants of Russian patients' expectations. In the analysis of cultural determinants of therapy expectations the authors used approaches of Ruth Benedict and Geert Hofstede. According to Benedict's classification Russian culture might be considered more as so-called Dionysian culture. According to authors' analysis more pertinent patients' expectations formed by Russian culture might be such psychotherapies as psychodrama, NLP, Gestalt-therapy Holotropic Breathwork; and in a less degree – psychoanalysis.

Key words: psychotherapy, patients' expectation from psychotherapy, type of culture, cultural dimensions, socio-psychological determinants, inner representation of disorder.

У подавляющего большинства российских пациентов, обращающихся за помощью к специалистам в области психического здоровья, представления о психотерапии сильно искажены. Такое положение вещей вызвано разными причинами: отсутствием знаний о сути и возможностях психотерапии; малой степенью заинтересованности в изучении и понимании собственного внутреннего мира; страхом утраты

Библиографическая ссылка:

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).

контроля над собственной жизнью; стыдом, связанным с признанием невозможности самому справиться с проблемами; страхом обращения за психотерапевтической помощью, автоматически приравненной к психиатрической (страх диагноза, страх «клейма» психической неполноценности).

Ожидания пациентов от психотерапии – один из наиболее значимых факторов, влияющих на параметры процесса и эффективность психотерапии.

Содержание самого термина «ожидания пациентов от психотерапии» является сложным. Разные авторы ставят акцент на разных аспектах содержания этого термина [16, 19-21]. Так, некоторые используют данный термин для обозначения степени уверенности пациента относительно положительного результата или терапевтической эффективности в решении его проблем при обращении к конкретному терапевту и выборе того или иного вида терапии [19, 20]. Другие авторы относят к ожиданиям дотерапевтические представления пациента о том, что представляют собой и как осуществляются терапевтические процедуры, в чем состоят роли терапевта и пациента, какова продолжительность сессии и терапии [16, 21].

Таким образом, в конструкте «ожидания пациентов от психотерапии» можно выделить следующие аспекты.

Во-первых, ожидания пациента в отношении внешних характеристик психотерапевтического процесса: продолжительность терапии, необходимая для того, чтобы произошли перемены к лучшему; количество, частота и продолжительность сессий; как, кем, когда и в каком объеме осуществляется оплата за терапию; правило о пропусках сессий; место встреч; участие третьих сторон (например, администрация и персонал лечебного учреждения, страховая компания, родственники и другие близкие люди), и т.д.

Во-вторых, представления пациента о терапевте: его внешнем облике, чертах личности, поведении на сессии (т.е. ролевое поведение психотерапевта, в том числе, терапевтические интервенции).

В-третьих, представления пациента о своей собственной роли: как он должен вести себя на сессиях для того, чтобы достичь поставленных целей в психотерапии.

В-четвертых, у пациента может быть интуитивное знание или более или менее рефлексивные идеи о том, что будет для него полезным и в какой именно помощи он нуждается в данный момент. Эти четыре аспекта ожиданий можно обозначить следующим образом: (1) «сеттинг»; (2) «личность и роль терапевта» (3) «роль пациента» (4) «процесс психотерапии».

Ожидания пациентов детерминированы факторами, относящимися к разным уровням. При анализе ожиданий в отношении психотерапии реальных и потенциальных пациентов необходимо учитывать следующие уровни детерминации: культурный, социально-психологический, интерперсональный и индивидуальный.

Культурные детерминанты ожиданий пациентов в отношении психотерапии. Культуру можно уподобить некой преломляющей линзе, которую мы используем для создания, определения и интерпретации реальности.

Для определения общих характеристик русской культуры может быть использована классификация Рут Бенедикт (аполлоническая или дионисийская), согласно которой русская культура, скорее, относится ко второму типу [14].

Если к высшим приоритетам в культурах аполлонического типа относятся созерцательность, логичность, интеллектуальность, то в системе ценностей дионисических культур главенствующее положение занимают буйство и экстаз, транс, способность вырваться за рамки здравого смысла, разрушить рутину повседневного существования. В таких культурах санкционировано использование психоактивных веществ (алкоголь, наркотические вещества и растения) для достижения измененных состояний сознания. Транс также может быть вызван аскетическими практиками: самоизоляцией, постом, самоистязанием. Высоким статусом в этих культурах обладают те, кто показал себя бесстрашным и жестоким, презирающим опасность в бою, безудержным в радости и в горе.

Подобно культурам и направления современной психотерапии, с определенной долей условности, могут быть отнесены к «дионисийскому» или «аполлонийскому» типу. Дионисийскими, в первую очередь можно было бы назвать психодраму, гештальт, холотропное дыхание, НЛП, в которых используются трансовые техники и/или во главу угла ставится спонтанность самовыражения. К аполлонийскому типу относятся, например, психоанализ, все типы психоаналитически ориентированной психотерапии, КБТ, КТ, нарративная психотерапия [3, 4, 7, 8]. Естественно предположить, что клиентские ожидания от психотерапии представителя дионисийской культуры, будут, скорее, противоречить тому, что предлагает, например, психоанализ с его «убогим» следованием конвенциональности и опорой на рассуждение, вербализацию.

Современный голландский социолог Герт Хофстеде [23] определяет 5 измерений культуры:

Дистанция власти. Этот параметр определяет отношение в культуре к неравенству в распределении власти между людьми. Россия относится к наиболее централизованным странам, в которой между теми, кто обладает властью и теми, кто не обладает властью установлена огромная дистанция. Символам статуса придается решающее значение. Поведение должно отражать и репрезентировать статусные роли во всех видах социальных интеракций и выстраиваться по траектории сверху вниз.

Библиографическая ссылка:

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).

Индивидуализм. Этот параметр определяет степень независимости, которая поддерживается в обществе между его членами. Т.е. в каких терминах человек определяет образ себя – «я» или «мы». В России человек, который собирается куда-то с друзьями, скорее скажет: «Мы идем с друзьями туда-то», а не «Я иду с друзьями». Россия принадлежит к коллективистским культурам, в которых члены группы получают защиту и поддержку от своего «клана» в обмен на лояльность [3, 14, 23].

Маскулинность/феминность. Основной движущей силой в маскулинных обществах выступает соревновательность, конкуренция, стремление к успеху и достижениям. В феминных (низкие баллы) в системе ценностей доминирует забота о других и качество жизни. В феминных обществах показателем успеха является качество жизни, в то же время считается неприличным выбиваться из общего фона. Доминантное поведение приемлемо от босса, но не от коллег. Г. Хофстеде отмечает, что преобладающим паттерном поведения русских при встречах с незнакомыми, особенно с иностранцами, является склонность недооценивать свои достижения, способности, усилия [4, 18, 23, 25].

Избегание неопределенности. Высокие значения этого параметра означают стремление контролировать будущее, низкие – позволение событиям просто происходить. Высокие значения по этому параметру для России отражают тот факт, что люди в нашем обществе чувствуют сильную тревогу, угрозу в двусмысленной ситуации, поэтому требуется внешняя структура, которая позволяла бы справиться с этой тревогой [1-3, 8, 10].

Ориентация на долгосрочную / краткосрочную перспективу. Россия относится к культурам с ориентацией на краткосрочную перспективу с опорой на такие добродетели как национальная гордость, уважение к традициям. Культуры с краткосрочной перспективой ориентированы на достижение абсолютной истины, быстрый результат и с недоверием относятся к инвестициям в будущее. В культурах с долгосрочной ориентацией доминирует убежденность, что истина зависит от контекста и времени, поэтому традиции адаптируются к конкретным историческим условиям, приветствуется бережливость и терпение [4, 5, 10, 11].

Таким образом, можно предположить, что при альтернативе психодрама (относительно краткосрочный групповой метод психотерапии) / психоанализ ожиданиям потенциального пациента, сформированным под влиянием культуральных особенностей России, будет в большей степени соответствовать психодрама, которая предоставляет возможность идентификации с группой, а также, с другой стороны, открывает простор дионисийскому началу, но в то же время жестко структурируется директором или режиссером группы, который наделен большой властью по сравнению с остальными участниками группы. В психодраматическом формате (к ним также можно отнести такие типы психотерапевтических вмешательств как семейные расстановки по методу Б. Хеллингера, символдраму и некоторые методы групповой психотерапевтической работы) чаще предлагается кратковременная терапия, участники группы часто говорят о сильном влиянии, которое оказывает на них групповые занятия. Таким образом, удовлетворяется ожидание быстрого результата. Психоанализ (психоаналитическая психотерапия), в противоположность психодраматическому формату, относится к недирективным методам психотерапии, роль аналитика пассивна, пациент с самого начала находится в двусмысленной ситуации – предполагается, что он или она будет свободно ассоциировать. Психоанализ также предполагает идею долгосрочных инвестиций в будущее.

Наблюдения отечественных клиницистов согласуются с объяснением, которое предлагает модель Г.Хофстеде. Так, Б.Карвасарский [4] отмечает, что российские пациенты, начиная психотерапию, стремятся перенести всю или почти всю ответственность за процесс и результаты лечения на психотерапевта: «Я просто хочу, чтобы мне стало лучше. Спрашивайте вы, самому мне трудно говорить. Делайте что-нибудь, помогайте мне!». Пациенты часто представляют свою роль в терапии как пассивного реципиента чудодейственных манипуляций психотерапевта и крайне далеки от восприятия терапии как совместной работы, требующей усилий и активности не только терапевта, но и пациента. Российские пациенты, по видимому, в большей степени склонны ожидать от психотерапевта директивного поведения, видят его в роли руководителя и хотят от него направляющих инструкций, указаний, руководства, активных действий. Совместное исследование внутреннего мира пациента – основа психодинамического подхода – в такой ситуации является трудновыполнимой задачей. От психотерапевта ожидают действия и/или совета. Типична также вера в «магию белого халата».

Социально-психологические детерминанты. Многие исследователи ожиданий в отношении психотерапии отталкиваются от теории намеренного или планируемого поведения М.Фишбайна и И.Эйджена [20], которую сами авторы этой теории определяют как теорию ближних детерминант поведения, выводя за ее рамки, например, влияния личности на поведение.

Центральным элементом теории намеренного действия является намерение субъекта исполнить конкретное поведение, например, начать собственную психотерапию. *Намерение* определено как готовность субъекта исполнить то или иное поведение. В сферу намерения входят мотивационные факторы. Однако исполнение поведения также зависит от группы немотивационных факторов, которые авторы теории определяют как поведенческий контроль, в котором выделены два аспекта: актуальный, или дей-

Библиографическая ссылка:

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).

ствительный, и *воспринимаемый поведенческий контроль* (ВПК). Чем большими ресурсами располагает индивид (или думает, что располагает), тем выше вероятность осуществления поведения.

Между ВПК и реальными возможностями индивида может быть сильное расхождение. Так может быть в том случае, если индивид располагает относительно малой информацией о поведении (например, плохо осведомлен о том, что и как надо делать в терапии), когда требования или доступные ресурсы изменились, или когда появляются новые и незнакомые элементы ситуации (обострение симптомов, нестабильность социально-экономической ситуации может стать причиной отказа от планов пройти терапию, образ терапевта и терапии в СМИ).

Согласно многочисленным исследованиям [17, 20, 22, 24, 27, 28] на намерение исполнения поведения – начало и продолжение психотерапии – оказывают влияние такие факторы, как:

1. *Установка (У) в отношении поведения*: благоприятная или неблагоприятная оценка результатов поведения (прохождения терапии) или затрат на его осуществление.

2. *Субъективные нормы* (СН): воспринимаемое социальное давление (в случае терапии – вопросы отношения референтной группы, общества в целом к психиатрическим расстройствам и психотерапии) в отношении исполнения или неисполнения поведения. Будет ли человек чувствовать себя отверженным в своем социальном окружении, семьей, если станет известно, что он или она проходит психотерапию.

3. *Степень ВПК*: оценка легкости или сложности исполнения конкретного поведения. ВПК отражает как прошлый опыт, так и предвидение препятствий и затруднений на пути выполнения поведения.

4. *Убеждения*:

а). *Поведенческие убеждения* – это те, которые оказывают влияние на установки в отношении поведения.

б). *Нормативные убеждения* – к ним относятся те, которые составляют основу детерминант субъективных норм.

в) *Убеждения, имеющие отношение к контролю* – те, которые составляют основу поведенческого контроля.

Поведенческие убеждения – концентрированный опыт, получаемый при исполнении поведения. Так мы учимся отдавать предпочтение тому поведению, которое, согласно нашей системе убеждений, несет с собой наиболее желаемые нами последствия.

Нормативные убеждения и субъективные нормы. Нормативные убеждения субъекта относятся к одобрению или неодобрению референтной группой того или иного поведения.

Принято различать описательные и запретительные нормы. Пример описательной нормы: люди, принадлежащие к высшему классу выбирают психоанализ или долгосрочную психодинамическую психотерапию. Пример «запретительной нормы»: эта референтная группа не использует физическую силу в решении конфликтов. Описательные и запретительные нормы могут как тормозить, так и поощрять то или иное поведение. Запретительные нормы могут быть социальными (общественными) и персональными. Общественные запретительные нормы – это запрет обществом определенного поведения. Персональные нормы – это то, что индивид сам считает допустимым или недопустимым для себя. Социальные запретные нормы особенно тесно связаны с удовлетворенностью жизнью. 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.

Другие исследователи расширили список факторов, определяющих отношение между намерением и поведением [20, 25, 26].

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 (Smith, 1982)[18]. Другими 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 (Social proof) М. Чиадини (Cialdini, 1993) [17] отметил следующую особенность: чтобы определить, что именно является правильным, мы стараемся разузнать, что считают правильным другие, а свое поведение мы считаем правильным только до тех пор, пока наблюдаем его у окружающих (он назвал это *социальной проверкой*). *Человек оценивает свое поведение как правильное, пока наблюдает такое же поведение у членов референтной группы.*

Аронсон (Aronson, 1992)[12] предположил, что подчинение нормативному давлению вызвано нашим желанием нравиться окружающим, а подчинение информационному давлению — желанием быть правыми.

Прошлое поведение/привычка. Хотя прошлое поведение не выступает в качестве причины поведения в настоящем, однако является наиболее сильным предиктором поведения и, возможно, предпочтения

Библиографическая ссылка:

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).

(или выбора) в отношении вида терапии и конкретных интервенций. В исследовании шведских ученых люди с опытом психотерапии отдавали предпочтение психодинамической психотерапии; без такого опыта – поведенческой.

Ролевой аспект идентичности определяется как та часть активного я (self), которая имеет непосредственное отношение к исполняемому поведению. Эта переменная отражает степень, в которой действующий субъект видит себя соответствующим критериям той или иной социальной роли. Люди мотивированы искать те ситуации, которые поддерживают их я-концепцию и избегают тех ситуаций, которые противоречат или нарушают я-концепцию.

Интерперсональный уровень. Интернализированные объектные отношения. Опыт отношений, особенно привязанности к значимым фигурам детства и подросткового возраста, кристаллизуются на интрапсихическом уровне (как репрезентации Я и объектов). Интернализированный опыт объектных отношений понимается как единство чувств, желаний, ожиданий, связанных с переживанием себя и внешнего объекта, привычных межличностных взаимодействий. Влияние интернализированного опыта объектных отношений на ожидания в отношении психотерапии является весьма существенным и не осознается.

Существенное влияние на ожидания пациента оказывают *внутренние рабочие модели* (ВРМ) и стили привязанности [13, 15].

ВРМ – это репрезентация набора паттернов поведенческого ответа фигуры привязанности на поиски ребенком безопасности.

Репрезентации привязанности формируют избирательное стремление к определенным аспектам личности и поведения других, в частности, психотерапевта, и бессознательное стремление вести себя таким образом, чтобы провоцировать в Другом реакции, конгруэнтные его ожиданиям [15, 22, 27].

Стили привязанности. Концепция стилей привязанности отражает то, как индивид участвует в близких отношениях, его ожидания в этих отношениях.

Стили привязанности принято делить на организованный (избегающий и амбивалентный) и дезорганизованный, который характеризуется отсутствием постоянства с системе взаимодействия между ребенком и фигурой привязанности [13, 15].

Индивидуальный уровень. На индивидуальном уровне особое место занимает отношение пациента к болезни (проблеме).

Основным термином, характеризующим отношение пациента к болезни, в отечественной литературе является конструкт «внутренняя картина болезни».

Внутренняя картина болезни (ВКБ) – термин, которым обозначают личностные механизмы, определяющие системный ответ человека на болезнь, возможности его выздоровления и улучшения качества жизни [6, 8, 9].

Согласно Р.Лурии, в ВКБ определены 4 компонента: сенситивный, эмоциональный; рациональный и мотивационный, или волевой [6].

Многочисленные эмоциональные феномены, проявляющиеся на разных этапах формирования болезни, в ходе ее течения, составляют эмоциональный компонент внутренней картины болезни.

Эмоциональные переживания стимулируют познавательную деятельность, которая направлена на поиск информации и создание концепции болезни. В случае если, согласно построенной концепции, причины симптомов лежат в сфере психического, то формируется мотивационный компонент ожиданий в отношении психотерапии (или психофармакотерапии).

Так, больные неврозами с «психоцентрированным типом» внутренней картины болезни мотивированы на лечение методами психотерапии, в то же время больные с «соматоцентрированным типом» — на фармакотерапию [8, 9].

В зарубежной литературе принят термин «объяснительная картина болезни», в некоторой степени соответствующий понятию внутренней картины болезни. Объяснительная модель делает возможным понимание пациентом его расстройства и позволяет установить связь между симптомами и этиологическими моментами. Субъективная теория пациента о болезни содержит важные концепции, которые влияют на использование им психотерапевтической помощи. Некоторые авторы указывают на то, что теория болезни пациента (или некоторые ее аспекты) может принадлежать сфере неосознаваемого и отмечают важность чуткости психотерапевтов и врачей-психиатров, их готовности к восприятию бессознательно-магических теорий болезни [12, 17, 18, 26].

Таким образом, можно прийти к выводу о том, что изучение ожиданий пациентов от психотерапии представляет как научный, так и практический интерес. Надежные методы оценки ожиданий пациентов от психотерапии помогут в построении стратегий до - терапевтических интервенций и их проведении, а также позволит более ясно представлять успешность и длительность того или иного вида психотерапии при лечении пациентов разных нозологических групп и психологических типов. Как теоретический конструкт, ожидания пациентов от психотерапии обладают сложной структурой и детерминацией. Выбор пациента отражает ментальность пациента, его принадлежность к социальному слою и определенной

Библиографическая ссылка:

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).

культурной традиции, особенности его личности, его систему ценностей, а также внутренние психодинамические факторы, такие как тип привязанности и особенности его психопатологии и т.д. В российской психологической науке вопросу исследований представлений о психотерапии и ожиданий от психотерапии потенциальных пациентов врачей – психотерапевтов и клинических психологов уделялось и уделяется крайне мало внимания.

Создается впечатление, что именно свойственное нашей культуре благоговение перед властью, статусом, ориентация на «мнение коллектива», а также низкая самооценка в сочетании с тайными фантазиями о собственном величии, сниженная толерантность к неопределенности и ориентация на краткосрочную перспективу, связанные, вероятно, с трансгенеративной передачей травматического опыта, создают немало сложностей для широкого внедрения в клиническую практику разнообразных видов психотерапевтической помощи. Необходимым условием для удовлетворения нужд потенциальных пациентов является разработка и внедрение специальных программ просветительской деятельности психотерапевтов в отношении методов психотерапевтической работы как среди врачей общей практики, так и среди тех, кто нуждается в психотерапевтической помощи и мог бы при иных обстоятельствах с огромной пользой для себя стать участником психотерапевтического процесса.

Литература

1. Агарков В.А. Базовые принципы психотерапии последствий психической травмы. Нарушение регуляции возбуждения // Вопросы психологии экстремальных ситуаций 2010. №1. С. 11–16.
2. Агарков В.А. Базовые принципы психотерапии последствий психической травмы. Память после психотравмирующего переживания // Вопросы психологии экстремальных ситуаций. 2010. №3. С. 7–15.
3. Карвасарский Б. Д. Психотерапевтическая энциклопедия 2-е изд., 2002 .
4. Карвасарский Б. Д. Психотерапия, 2-е изд., 2002.
5. Кошелев В.В. Система медицинской реабилитации пациентов при состояниях клинической дезадаптации с преобладанием астенических нарушений на основе комплексного этапного применения восстановительных технологий / Автореф. дисс. на д.м.н. Москва, 2009.
6. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. М.: Медицина, 1977. 112 с.
7. Пуговкина О.Д., Никитина И.В., Холмогорова А.Б. Научные исследования процесса психотерапии и ее эффективности: история проблемы // Консультативная психология и психотерапия. 2009. №1.
8. Соколова Е.Т. Психотерапия: теория и практика: учебн. пособие для студ. высш. учеб. заведений. 4-е изд., стер.. М.: Издательский центр «Академия», 2010. 368 с.
9. Ташлыков В.А. Клинико-психологическое исследование внутренней картины болезни при неврозах в процессе их психотерапии // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1981. № 11. С. 1704–1708.
10. Фрейд З. Собрание сочинений в 10 томах. Дополнительный том. Сочинения по технике лечения. М.: Фирма СТД, 2008. 440 с.
11. Ajzen I. The Theory of Planned Behavior // Organizational Behavior and Human Decision Processes. 1991. V. 50. Issue 2. P. 179–211.
12. Aronson E. The return of the repressed: Dissonance theory makes a comeback // Psychological Inquiry. 1992. V. 3. N 4. P. 303–311.
13. Bateman A., Fonagy P. Psychotherapy for borderline personality disorders: Mentalization based treatment // Oxford, UK: Oxford University Press. 2004. 408 p.
14. Benedict R. Patterns of Culture. New York: Mentor Books. 1960. 254 p.
15. Clarkin F.J., Fonagy P., Gabbard G.O. (Eds.) Psychodynamic psychotherapy for personality disorders. A Clinical handbook // Washington, London: American Psychiatric Publishing. 2010, 486 p.
16. Clinton D. Why do eating disorder patients drop out? // Psychotherapy and Psychosomatic. 1996. V. 65. N 1. P. 29–35.
17. Cialdini R.B. Influence: Science and practice (3rd ed.). New York: HarperCollins, 1993.
18. Constantino M.J., Glass C.R., Arnkoff D.B., Ametrano R.M., Smith J.Z. 2011 Expectations / Norcross J.C. (Ed.) Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness (2nd ed). New York, NY: Oxford University Press, Inc, 2011. P. 354–376.
19. Elkin I., Parloff M.B., Hadley S.W., Autry J.H. Treatment of Depression Collaborative Research Program // Archives of General Psychiatry. 1985. V.42. N 3. P. 305–316.
20. Fishbein M., Ajzen I., Belief, Attitude, Intention and Behavior / Addison-Wesley Publishing Company, 1975. 578 p.
21. Garfield S.L. Research on client variables in psychotherapy / Bergin A.E., Garfield S. Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: John Wiley & Sons, 1995. P. 190–227.
22. Holmes J. Exploring in security. London and New York: Routledge, 2010. 200 p.

Библиографическая ссылка:

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).

23. Hofstede G. Culture's Consequences, Comparing Values, Behaviors, Institutions, and Organizations Across Nations. Thousand Oaks / CA: Sage Publications, 2001.
24. Lambert M. Implications of outcome research for psychotherapy integration. / Norcross J., Goldstein J. (Eds.) Handbook of Psychotherapy Integration. New York: Basic Books, 1992. P. 94–129.
25. Pekarik G., Wierzbicki M. The Relationships Between Clients' Expected and Actual Treatment Duration // Psychotherapy. 1986. V. 23. Issue 4. P. 532–534.
26. Saltzman C., Luetgert M.J., Roth C.H., Creaser J., Howard L. Formation of Therapeutic Relationships: Expectancies During the Initial Phase of Psychotherapy as Predictors of Treatment Duration and Outcome // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1976. V. 44. Issue 4. P. 267–273.
27. 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.
28. Weber J.J., Bachrach H.M., Solomon M. Characteristics of Psychoanalytic Clinic Patients: Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (I) // International Review of Psychoanalysis. 1985. V.12. P. 13–26.

References

1. Agarkov VA. Bazovye printsipy psikhoterapii posledstviy psikhicheskoy travmy. Narushenie regulyatsii vzbuzhdeniya. Voprosy psikhologii ekstremal'nykh situatsiy 2010;1:11-6. Russian.
2. Agarkov VA. Bazovye printsipy psikhoterapii posledstviy psikhicheskoy travmy. Pamyat' posle psikhotravmiruyushchego perezhivaniya. Voprosy psikhologii ekstremal'nykh situatsiy. 2010;3:7-15. Russian.
3. Karvasarskiy BD. Psikhoterapevticheskaya entsiklopediya 2-e izd.; 2002. Russian.
4. Karvasarskiy BD. Psikhoterapiya, 2-e izd.; 2002. Russian.
5. Koshelev VV. Sistema meditsinskoj reabilitatsii patsientov pri sostoyaniyakh klinicheskoy dezadaptatsii s preobladaniem astenicheskikh narusheniy na osnove kompleksnogo etapnogo primeneniya vosstanovitel'nykh tekhnologiy [dissertation]. Moscow (Moscow region); 2009. Russian.
6. Luriya RA. Vnutrennyaya kartina bolezni i yatrogennye zabolevaniya. Moscow: Meditsina; 1977. Russian.
7. Pugovkina OD, Nikitina IV, Kholmogorova AB. Nauchnye issledovaniya protsessa psikhoterapii i ee effektivnosti: istoriya problemy. Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya. 2009;1. Russian.
8. Sokolova ET. Psikhoterapiya: teoriya i praktika: uchebn. posobie dlya stud. vyssh. ucheb. zavedeniy. 4-e izd., ster.. Moscow: Izdatel'skiy tsentr «Akademiya»; 2010. Russian.
9. Tashlykov VA. Kliniko-psikhologicheskoe issledovanie vnutrenney kartiny bolezni pri nevrozakh v protsesse ikh psikhoterapii. Zhurnal nevropatologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova. 1981;11: 1704-8. Russian.
10. Freyd Z. Sobranie sochineniy v 10 tomakh. Dopolnitel'nyy tom. Sochineniya po tekhnike lecheniya. Moscow: Firma STD; 2008. Russian.
11. Ajzen I. The Theory of Planned Behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes. 1991;50(2):179-211.
12. Aronson E. The return of the repressed: Dissonance theory makes a comeback. Psychological Inquiry. 1992;3(4):303-11.
13. Bateman A, Fonagy P. Psychotherapy for borderline personality disorders: Mentalization based treatment. Oxford, UK: Oxford University Press; 2004.
14. Benedict R. Patterns of Culture. New York: Mentor Books; 1960.
15. Clarkin FJ, Fonagy P, Gabbard GO. (Eds.) Psychodynamic psychotherapy for personality disorders. A Clinical handbook. Washington, London: American Psychiatric Publishing; 2010.
16. Clinton D. Why do eating disorder patients drop out? Psychotherapy and Psychosomatics. 1996;65(1):29-35.
17. Cialdini RB. Influence: Science and practice (3rd ed.). New York: HarperCollins; 1993.
18. Constantino MJ, Glass CR, Arnkoff DB, Ametrano RM, Smith JZ. 2011 Expectations / Norcross J.C. (Ed.) Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness (2nd ed). New York, NY: Oxford University Press, Inc; 2011.
19. Elkin I, Parloff MB, Hadley SW, Autry JH. Treatment of Depression Collaborative Research Program. Archives of General Psychiatry. 1985;42(3):305-16.
20. Fishbein M, Ajzen I, Belief, Attitude, Intention and Behavior / Addison-Wesley Publishing Company; 1975.
21. Garfield SL. Research on client variables in psychotherapy. Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: John Wiley & Sons; 1995.
22. Holmes J. Exploring in security. London and New York: Routledge; 2010.

Библиографическая ссылка:

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).

23. Hofstede G. Culture's Consequences, Comparing Values, Behaviors, Institutions, and Organizations Across Nations. Thousand Oaks / CA: Sage Publications; 2001.
24. Lambert M. Implications of outcome research for psychotherapy integration. / Norcross J., Goldstein J. (Eds.) Handbook of Psychotherapy Integration. New York: Basic Books; 1992.
25. Pekarik G, Wierzbicki M. The Relationships Between Clients' Expected and Actual Treatment Duration. *Psychotherapy*. 1986;23(4):532-4.
26. Saltzman C, Luetgert MJ, Roth CH, Creaser J, Howard L. Formation of Therapeutic Relationships: Expectancies During the Initial Phase of Psychotherapy as Predictors of Treatment Duration and Outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1976;44(4):267-73.
27. Swift J, Callahan J. Early Psychotherapy Processes: An Examination of Client and Trainee Clinician Perspective Convergence. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2009;16:228-36.
28. Weber JJ, Bachrach HM, Solomon M. Characteristics of Psychoanalytic Clinic Patients: Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (I). *International Review of Psychoanalysis*. 1985;12:13-26.

Библиографическая ссылка:

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).