

Главный редактор  
КАЗАКОВЦЕВ Борис Алексеевич

Заместители главного редактора  
ЧЕРНОБРОВКИНА Тамара Васильевна  
БОХАН Николай Александрович  
КАТКОВ Александр Лазаревич

Редакционная коллегия  
АЛИМОВ У.Х. (Ташкент)  
БАЛАШОВ П.П. (Томск)  
БАРДЕНШТЕЙН Л.М. (Москва)  
ВИНОГРАДОВА Р.Н. (Тверь)  
ГАЖА А.К. (Тамбов)  
ГОЛЕНКОВ А.В. (Чебоксары)  
ДЕМЧЕВА Н.К. (Москва)  
ДЕРЕЧА В.А. (Оренбург)  
ЕГОРОВ А.Ю. (Санкт-Петербург)  
КАЛУЕВ А.В. (Вашингтон)  
КАРВАСАРСКИЙ Б.Д. (Санкт-Петербург)  
КАРПОВ А.М. (Казань)  
КЕКЕЛИДЗЕ З.И. (Москва)  
КОНОНЕЦ А.С. (Москва)  
КОСЕНКО В.Г. (Краснодар)  
КОТОВ В.П. (Москва)  
КРАСНОВ В.Н. (Москва)  
МЕНДЕЛЕВИЧ В.Д. (Казань)  
МОСОЛОВ С.Н. (Москва)  
НАЗЫРОВ Р.К. (Санкт-Петербург)  
НЕЗНАНОВ Н.Г. (Санкт-Петербург)  
ПОЛОЖИЙ Б.С. (Москва)  
РУБИНА Л.П. (Санкт-Петербург)  
СИДОРОВ П.И. (Архангельск)  
СМУЛЕВИЧ А.Б. (Москва)  
ТИГАНОВ А.С. (Москва)  
ШАЙДУКОВА Л.К. (Казань)  
ЯХИН Х.К. (Казань)

Председатель редакционного совета  
ХРИТИНИН Д.Ф. (Москва)

Заместитель председателя  
редакционного совета  
ЦЫГАНКОВ Б.Д. (Москва)

Редакционный совет  
АРТЕМЧУК А.Ф. (Харьков)  
БАБИН С.М. (Санкт-Петербург)  
БУРКИН М.М. (Петрозаводск)  
ВАЛИНУРОВ Р.Г. (Уфа)  
ВОРОБЬЕВА Т.М. (Харьков)  
ДУДКО Т.Н. (Москва)  
КИНКУЛЬКИНА М.А. (Москва)  
ЛИМАНКИН О.В. (Санкт-Петербург)  
МАКУШКИН Е.В. (Москва)  
МИТИХИН В.Г. (Москва)  
НАНЕЙШВИЛИ Г.Б. (Тбилиси)  
РУТЦ В. (Стокгольм)  
СОЛОВЬЕВ А.Г. (Архангельск)  
СОЛОХИНА Т.А. (Москва)  
СОСИН И.К. (Харьков)  
СОФРОНОВ А.Г. (Санкт-Петербург)  
ТАБАЧНИКОВ С.И. (Киев)  
ТАРАБРИНА Н.В. (Москва)  
ШЕВЧЕНКО Л.С. (Москва)  
ШИШКОВ С.Н. (Москва)  
ХАРЬКОВА Т.Л. (Москва)  
ЭЙДЕМИЛЛЕР Э.Г. (Санкт-Петербург)

Издатель: Издательство «Гениус Медиа»

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.  
Редакция не несет ответственности за содержание  
рекламных публикаций.

Передача материалов и использование их в любой  
форме, в том числе и в электронных СМИ, возможны  
только с письменного разрешения издателя.

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе  
по надзору за соблюдением законодательства в сфере  
массовых коммуникаций и охране культурного наследия  
№ФС-77-21458 от 28 июля 2005 г.

Почтовый адрес редакции: 125315, Москва, а/я 9  
e-mail: genius-media@mail.ru

© ООО Издательство «Гениус Медиа», 2013

Тираж 1000 экз.

# Психическое ЗДОРОВЬЕ

Ежемесячный рецензируемый научно-практический журнал

## 2013 г. №8 (87)

### СОДЕРЖАНИЕ

#### ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Малкин Д.А., Абрамов С.В., Булыгина В.Г.,  
Дерябина О.М., Насруллаев Ф.С.,  
Трубецкой В.Ф., Трифионов О.И., Шаклеин К.Н.,  
Клинико-психологическое обследование осужденных  
в исправительных учреждениях уголовно-исполнительной системы.  
Методические рекомендации . . . . . 3

Тетенова Е.Ю.  
Организация адресной информационно-пропагандистской  
антинаркотической работы с использованием современных  
коммуникационных технологий . . . . . 14

Сатаева Л.Г.  
Совершенствование социального института  
лекарственного рынка психотропных препаратов в Республике Казахстан . . . . . 21

#### ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Лиманкин О.В.  
Динамика показателей состояния психического здоровья  
населения Санкт-Петербурга за 20 лет (1991–2010 гг.) . . . . . 24

#### КЛИНИКА. ДИАГНОСТИКА. ЛЕЧЕНИЕ

Вандыш-Бубко В.В., Тарасова Г.В.  
Экспертно-значимые клинико-социальные параметры  
органического психического расстройства  
у лиц с сердечно-сосудистой патологией . . . . . 35

Тульская Т.Ю., Ерышев О.Ф., Крупицкий Е.М.  
Клинико-психопатологические характеристики  
алкогольной зависимости у больных шизофренией. . . . . 42

Назыров Р.К., Холявко В.В., Калганов С.П.  
Психотерапевтическая модель лечения  
больных с невротическими расстройствами  
и их клинико-психологические характеристики . . . . . 47

#### ОБЗОРЫ

Агарков В.А., Бронфман С.А.  
Ожидания пациентов в отношении психотерапии . . . . . 52

#### СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ

Безчасный К.В.  
Роль И.П. Мержеевского в истории отечественной психогигиены . . . . . 61

Голенков А.В., Николаев Е.Л.  
50 лет сообществу психiatров Чувашии . . . . . 65

#### ДИСКУССИОННАЯ ТРИБУНА

Андреев И.Л., Назарова Л.Н.  
Детская психика: издержки адаптации и иллюзорные искушения . . . . . 68

Editor-in-chief  
KAZAKOV TSEV B.A.

Deputies editor-in-chief  
CHERNOBROVKINA T.V.  
BOKHAN N.A.  
KATKOV A.L.

Editorial Board

ALIMOV U.H. (Tashkent)  
BALASHOV P.P. (Tomsk)  
BARDENSHTEIN L.M. (Moscow)  
VINOGRADOVA R.N. (Tver)  
GAZHA A.K. (Tambov)  
GOLENKOV A.V. (Cheboksari)  
DEMCHEVA N.K. (Moscow)  
DERETCHA B.A. (Orienburg)  
EGOROV A.Ju. (Sankt-Peterburg)  
KALUEFF A.V. (Washington)  
KARVASARSKYJ B.D. (Sankt-Peterburg)  
KARPOV A.M. (Kasan)  
KEKELIDZE Z.I. (Moscow)  
KONONETS A.S. (Moscow)  
KOSENKO V.G. (Krasnodar)  
KOTOV V.P. (Moscow)  
KRASNOV V.N. (Moscow)  
MENDELEVICH V.D. (Kasan)  
MOSOLOV S.N. (Moscow)  
NAZYROV R.K. (Sankt-Peterburg)  
NEZNANOV N.G. (Sankt-Peterburg)  
POLOJYJ B.S. (Moscow)  
RUBINA L.P. (Sankt-Peterburg)  
SEMKE V.Ja. (Tomsk)  
SIDOROV P.I. (Archangelsk)  
SMULEVITCH A.B. (Moscow)  
TIGANOV A.S. (Moscow)  
SHAIIDUKOVA L.K. (Kasan)  
JACHIN H.I. (Kazan)

Head of Editorial Council  
CHRITININ D.F. (Moscow)

Vice-Head of Editorial Council  
TSIGANKOV B.D. (Moscow)

Editorial Council

ARTEMCHUK A.Ph. (Kharkov)  
BABIN S.M. (Sankt-Peterburg)  
BURKIN M.M. (Petrozavodsk)  
VALINUROV R.G. (Ufa)  
DUDKO T.N. (Moscow)  
EIDEMILLER E.G. (Sankt-Peterburg)  
KINKULKINA M.A. (Moscow)  
LIMANKIN O.V. (Sankt-Peterburg)  
MAKUSHKIN E.V. (Moscow)  
MITICHIN V.G. (Moscow)  
NANEISHVILI G.B. (Tbilisi)  
RUTZ W. (Stockholm)  
SOLOVJEV A.G. (Archangelsk)  
SOLOCHINA T.A. (Moscow)  
SOFRONOV A.G. (Sankt-Peterburg)  
SOSIN I.K. (Kharkov)  
TABACHNIKOV S.I. (Kiev)  
TARABRINA N.V. (Moscow)  
SHEVTCHENKO L.S. (Moscow)  
SHISHKOV S.N. (Moscow)  
HARKOVA T.L. (Moscow)  
VOROBYEVA T.M. (Kharkov)

Publisher:  
Genius Media Publishing LLC

# The Russian MENTAL HEALTH

Monthly reviewed scientific and practical journal

## 2013 г. №8 (87)

### CONTENT

#### ORGANIZATIONAL AND METHODOLOGICAL ASPECTS OF MENTAL HEALTH

Malkin D.A., Abramov S., Bulygina V.G., Deryabina O.M., Nasrullaev F.S., Troubetzkoy V.F., Trifonov O.I., Shaklein K.N. Clinico-psychological examination of convicted in correctional institutions of the penal system. Guidelines. . . . .	3
Tetenova E.Yu. Targeted drug-prevention activities. A web-based approach. . . . .	14
Sataeva L.G. Improving the social institution of psychotropic drugs market in the Republic of Kazakhstan . . . . .	21

#### EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF MENTAL HEALTH

Limankin O.V. The dynamics of mental health indicators for the population of St.Petersburg over the period of 20 years (1991–2010) . . . . .	24
--	----

#### CLINICS, DIAGNOSTICS, THERAPY

Vandysh-Bubko V.V., Tarasova G.V. Expert significant clinical and social parameters of organic mental disorders in people with cardiovascular disease. . . . .	35
Tul'skaya T.Yu., Erishev O.F., Krupitsky E.M. Clinical and psychopathological characteristics of alcohol dependence in patients with schizophrenia . . . . .	42
Nazirov R.K., Kholyavko V.V., Kalganov S.P. Psychotherapeutic model of treatment for patients with neurotic disorders and their clinical-psychological characteristics . . . . .	47

#### REVIEW

Agarkov V.A., Bronfman S.A. Patient's expectancies related to psychotherapy . . . . .	52
--	----

#### HISTORY

Bezchasny K.V. The role of I.P. Merzheyevskiy in the history of the national psychohygiene . . . . .	61
Golenkov A.V., Nikolaev E.L. Psychiatric fellowship in Chuvashia: fifty years of specialists consolidating . . . . .	65

#### ДИСКУССИОННАЯ ТРИБУНА

Andreev I.L., Nazarova L.N. Children's psyche: the costs of adaptation and illusory temptation . . . . .	68
---	----

# Ожидания пациентов в отношении психотерапии

**АГАРКОВ В.А.**

к.п.н.; лаб. психофизиологии им. В.Б. Швыркова, учреждение Институт психологии РАН; 129366, Москва, ул. Ярославская, д. 13, к. 1, кв. 108; e-mail: agargor@yandex.ru

**БРОНФМАН С.А.**

к.м.н.; ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава РФ, лаборатория по разработке и внедрению новых нелекарственных терапевтических методов НИЦ; 129366, Москва, ул. Ярославская, д. 13, к. 1, кв. 108; e-mail: chernenko@mtu-net.ru

*Приведен обзор публикаций, посвященных проблеме клиентских ожиданий в отношении психотерапии. На примере данных исследований показано, что клиентские ожидания оказывают существенное влияние на параметры эффективности психотерапии, а также на преждевременное прерывание пациентом психотерапии. Рассмотрены сходство и различия смежных понятий: «ожидания», «предпочтения», «доверие» и др.*

**Ключевые слова:** психотерапия, клиентские ожидания, эффективности психотерапии, преждевременные прерывания, предпочтения, доверие к психотерапии.

## Введение. Исследования психотерапии

**А**ктуальность исследований эффективности психотерапии и психотерапевтического процесса продиктована ростом спроса на психотерапевтические услуги, процессами институализации психотерапевтических школ и их интеграции в систему страховой медицины, развитием традиционных видов психотерапии и разработкой новых, а также существенным приростом знаний об этиологии и механизмах формирования психических расстройств, источником которого являются эмпирические данные, полученные современными методами исследования, в том числе методов нейро- и психофизиологии.

Психотерапия — древнее искусство и молодая наука [27]. Психотерапия как самостоятельная научная дисциплина, согласно мнению Карвасарского [5], располагает собственными теоретическими концепциями, методологией, категориальным аппаратом и терминологией. Бурное развитие психотерапевтического движения в XX веке привело к появлению многочисленных направлений и школ психотерапии, число которых в настоящее время уже приближается к 1000. Многие из этих направлений существенно отличаются одно от другого как в теоретических основаниях, так и технических приемах.

Многие исследования в области психотерапии направлены как на поиски основ для интеграции разных психотерапевтических подходов, определение и сравнение их эффективности, так и на определение видов психотерапии, специфически эффективных для того или иного расстройства. В результатах таких исследований, кроме того, заинтересована система страховой медицины, нуждающаяся в эмпирическом обосновании эффективности методов психотерапии [27].

На современном этапе развития исследований психотерапии можно выделить два основных направления:

(1) оценка результатов психотерапии, ее эффективности, т.е. какой именно вид терапии, для кого и при каких обстоятельствах полезен; определение факторов, влияющих на результат и эффективность психотерапии;

(2) исследование процесса психотерапии, т.е. оценка эффективности терапевтических интервенций и изучение коммуникации между пациентом и терапевтом в контексте терапевтической работы, в том числе создания и поддержания терапевтического альянса [7, 8, 27].

## Проблема преждевременного прерывания

С вопросами результативности и эффективности тесно связаны проблемы продолжительности и преждевременного прерывания психотерапии. Согласно данным исследований продолжительности терапии, проведенных в США в период с 1948 по 1989 гг., медианный показатель количества сеансов, посещаемых пациентами перед прерыванием терапии, варьировал в диапазоне от 3 до 13 [26], при этом значения этого показателя для большинства исследований группируются вокруг отметки 6 сессий. Исследования, в которых были исключены те из пациентов, которые не приходили на следующую после начального интервью сессию, медианное значение продолжительности психотерапии варьировало в диапазоне 5–8 сессий. Исследования, проведенные в разное время в разных учреждениях системы здравоохранения США, показали, что более половины пациентов прерывают терапию после первых 2–4 сессий.

Метаанализ исследований, посвященных продолжительности психотерапии показал наличие устойчивой тенденции: значительное сокращение числа пациентов, продолжающих психотерапию в течение относительно непродолжительного периода времени после ее начала [26]. Данная тенденция воспроизводится в разное время при разных параметрах клинической работы, а также для пациентов с разными диагнозами и для разных видов психотерапии. Впрочем, процент преждевременных прерываний несколько меньше (30–45%) среди пациентов, самостоятельно выбравших долговременную психотерапию у частнопрактикующих психотерапевтов. Хотя в нашей стране не проводилось систематических исследований продолжительности психотерапии, однако клинический опыт показывает, что похожая картина

складывается и в отношении российских пациентов, обращающихся за психотерапевтической помощью.

Проблема преждевременного прерывания особенно остро стоит при работе с определенными группами пациентов: с теми, кто страдает от последствий психической травмы [1, 2, 3], в том числе посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и диссоциативных расстройств, а также расстройств личности. Сочетание первого и второго довольно часто встречается в клинической практике отечественных психотерапевтов. Следует, впрочем, отметить, что продолжительность психотерапии не может считаться критерием ее эффективности. Довольно часто раннее прерывание психотерапии является отражением того факта, что пациент неспособен, по крайней мере на данном этапе своей жизни, к внутренним изменениям. Это может быть связано с сочетанием низкого «психического уровня» пациента и тяжелых жизненных обстоятельств (например, крайнее экономическое неблагополучие, насилие в семье, острое горе и т.д.), которые препятствуют достижению пациентом «психического уровня» [3], достаточного для начала внутренних изменений. В этих случаях, прежде всего, требуется помощь социальных работников и/или интервенции, направленные на управление стрессом.

Негативный эффект преждевременного прерывания сказывается на всех участниках психотерапевтического процесса прежде всего, на самом пациенте. Так как пациент может быть разочарован в результатах своей попытки получить психотерапевтическую помощь, то ему может потребоваться некоторое время для того, чтобы решиться на повторное обращение к психотерапевту. При этом нередко за преждевременным прерыванием следуют серьезное ухудшение социальной адаптации и самочувствия бывшего пациента. Отрицательный опыт психотерапии часто приводит к отказу от дальнейшего обращения за психотерапевтической помощью и/или ограничением рамками психофармакологического лечения. Кроме того, пациенты, преждевременно прекратившие психотерапию, упускают выгоды, которые они могли бы получить от проработки фазы завершения [17, 24].

Негативные последствия прерывания сказываются и на психотерапевте. Преждевременное прерывание, особенно в случае, когда пациент просто исчезает без объяснения причин, деморализует психотерапевта, подрывая его уверенность в своем методе и снижая уверенность в себе, оценку своих профессиональных качеств. Наряду с этим, у терапевта возникает чувство, что он непродуктивно тратит свое время и упускает заработок. Преждевременное прекращение психотерапии может также негативно сказаться и на работе психотерапевта с другими пациентами [34, 35, 38, 39].

Негативное влияние преждевременных прерываний распространяется также на «третьи стороны», не принимающие непосредственного участия в психотерапев-

тическом процессе. Так, близкие и родственники пациента, преждевременно прервавшего терапию, страдают от усиления его симптоматики. Преждевременные прерывания снижают также эффективность расходования ресурсов системы здравоохранения, направляемых на обеспечение психического здоровья населения. Пациенты, которые внезапно прекращают терапию и не приходят на следующую назначенную им сессию без предупреждения, тем самым, блокируют возможность для других пациентов воспользоваться услугами психотерапевта, увеличивая для них продолжительность ожидания начала терапии. Исследования также показали, что пациенты, преждевременно прерывавшие терапию, порой, чрезмерно часто прибегают к госпитализации и к тому, что можно было бы определить как «эксплуатацию ресурсов психолого-психиатрической помощи». Парадоксальным образом это нередко сочетается с проблемами в получении психиатрической помощи и низким уровнем комплаентности [4, 7, 8, 16, 17, 19].

Преждевременное прерывание психотерапии представляет собой серьезную методологическую проблему для исследований результативности и эффективности психотерапии, так как, в силу того, что определенный процент пациентов выбывает из участия в исследовании, получаемые данные относятся к выборке «избранных» пациентов, остающихся в терапии. В связи с этим встает вопрос о валидности получаемых данных [15, 18, 19, 26, 27].

Преждевременное завершение терапии встречается в практике терапевтов всех без исключения направлений. По-видимому, можно утверждать, что большое значение для будущего психотерапии данного конкретного пациента имеет взаимопонимание или процесс конвергенции между пациентом и терапевтом на первых сессиях [26], о чем мы будем говорить в дальнейшем.

### Характеристики пациентов

Важной группой факторов, оказывающих влияние на продолжительность и результаты терапии, на отношения сотрудничества между пациентом и терапевтом в процессе психотерапии (терапевтический альянс), являются характеристики пациента. Современные исследования показывают, что характеристики пациента вносят наибольший вклад, даже по сравнению с интервенциями психотерапевта, в дисперсию значений параметров процесса психотерапии и оценки ее эффективности [26, 31, 34, 36, 37].

Стандарты в отношении практики психологов-консультантов и психологов-психотерапевтов, определяемые Американской психологической ассоциацией (АРА) [11] (и другими организациями в области психического здоровья) включают в себя учет ожиданий и предпочтений клиентов. Например, эмпирически обоснованная практика психолога-консультанта/психотерапевта определена как «интеграция результатов лучших исследований с клинической компетентностью в контексте характеристик па-

циента, культуры и предпочтений» [11, стр. 273]. Кроме того, в рекомендациях АРА отмечается, что главной задачей должна стать максимизация учета выбора пациента в процессе принятия решения об оказании помощи. Эти стандарты разработаны на основании результатов многочисленных исследований.

Данные Совместной исследовательской программы лечения депрессии показали [22], что наиболее важным предиктором эффективности психотерапии являются характеристики пациентов. Факторы, связанные с характеристиками пациентов вносят существенный вклад в дисперсию показателей эффективности и процесса психотерапии [26].

Те, кто размышляют о том, чтобы начать психотерапию, или уже подбирают для себя тот или иной вид терапии, как правило, страдают от чувств подавленности, беспомощности, а также от социальной изоляции, низкой самооценки, невозможности получать от своей жизни радость и удовольствие, которое, как им кажется, они могли бы получать. Наиболее частыми жалобами пациентов, обращающихся за помощью психотерапевта, являются симптомы тревоги и депрессии.

Однако есть существенные различия между пациентами как в отношении мотивации к терапии, так и по социально-демографическим характеристикам и диагнозу, а также в отношении черт личности и ожидания от терапии [26]. Так, некоторые люди самостоятельно принимают решение пройти собственную психотерапию и сами прилагают усилия для поиска подходящего психотерапевтического метода и специалиста, тогда как другие приходят в кабинет психотерапевта по направлению, например, лечащего врача (психиатра или доктора иной специальности).

Влияние социально-демографических факторов по-разному оценивается в разных исследованиях. Хотя многие клиницисты, начиная с Фрейда, высказывали мнение, что с точки зрения успешности психотерапии наиболее предпочтительным возрастным диапазоном для пациента являются 18–50 лет, независимые исследования подтверждают, что возраст не оказывает выраженного влияния на результат психотерапии. Как молодые, так и пожилые люди эффективнее решают психологические проблемы и преодолевают дезадаптацию, вызванную психиатрическим расстройством, при наличии психотерапевтической помощи [26]. Вместе с тем отмечено, что большинство пациентов в стационарах психиатрических клиник США и Западной Европы составляют пациенты старше 40 лет. В России средний возраст пациентов в психиатрическом стационаре составляет 48 ( $\pm 9$ ) лет [6]. При этом данная возрастная группа составляет заметно меньшую долю среди пациентов, проходящих личную психотерапию.

Пол, по-видимому, не является важным фактором, влияющим на продолжительность психотерапии. Подавляющее большинство исследований продемонстрировало отсутствие значимых различий по половому составу между группами пациентов, завершивших терапию пре-

жде времени и продолживших ее. Однако некоторые исследования показали, что мужчины остаются в терапии значимо чаще, чем женщины, при том, что за помощью к психотерапевтам, в целом, чаще обращаются женщины.

Противоречивые данные получены и относительно влияния фактора расовой принадлежности. Исследования, проведенные на клинической популяции граждан США мексиканского происхождения с низким социально-экономическим статусом, показали, что 75% пациентов не явились на вторую встречу с терапевтом после первого интервью; 15% посетили только две сессии, и только 10% — три сессии и больше. Согласно данным других исследований, в группе отказавшихся от терапии пациентов преобладают черные американцы и люди старше 40 лет, однако другие данные не подтверждают эту закономерность [26].

Некоторые исследования, проведенные за рубежом, показали, что значимо большую часть пациентов, самостоятельно искавших для себя психотерапию и продолживших ее, составляют лица, обладающие более высоким социально-экономическим статусом и уровнем образования [26, 41]. Пациентам с неполным средним образованием и более низкими оценками по параметрам трудовой занятости чаще назначалось лечение в психиатрическом стационаре и реже — индивидуальная психотерапия. Согласно другим данным, полученным в США в 1950–70-е годы, пациенты с разным социальным статусом получают разное психолого-психиатрическое лечение: среди пациентов, проходящих долговременную психотерапию у частнопрактикующих психотерапевтов, подавляющее большинство составляют лица, принадлежащие к среднему и высшему классам. Большую часть из 1582 пациентов, проходивших психоаналитическую психотерапию или психоанализ в Учебном и исследовательском центре психоанализа Колумбийского университета [41], составляли молодые, белые студенты с высоким уровнем образования, а также домохозяйки, имевшие в прошлом высокие достижения в профессиональной сфере. С этими данными согласуются результаты других исследований, согласно которым оценки социального статуса пациента и продолжительность терапии положительно и значимо коррелируют. Наибольшие значения показателей преждевременного завершения психотерапии получены для выборок лиц, получивших самые низкие оценки по социально-экономическим параметрам.

Однако не все, хотя и большинство, исследований подтверждают эту тенденцию. Так, в некоторых исследованиях получены достоверные значимые различия между группами продолживших терапию и преждевременно ее прервавших не по социально-экономическим параметрам, а по параметрам, определявшим способ презентации собственных проблем на начальном интервью. Для тех пациентов, кто отказался от психотерапии, был характерен весьма туманный и уклончивый рассказ о том, что заставило их искать помощи у психолога-психотерапевта [26].

Данные о взаимосвязи уровня и выраженности психопатологии крайне противоречивы. Так, некоторые исследования указывают на то, что пациенты с симптомами тревожных расстройств и депрессией дольше остаются в терапии. В целом, результаты многих исследований указывают на большую вероятность преждевременного прерывания психотерапии и худшего прогноза у пациентов с более серьезной психопатологией. Наличие расстройства личности служит отягчающим фактором в плане результативности и продолжительности психотерапии [13, 15, 30].

Таким образом, такие демографические факторы, как возраст, пол, скорее всего, не играют существенной роли для показателей эффективности, результативности и продолжительности терапии. Наиболее значимыми, по-видимому, оказываются такие факторы, как социально-экономический статус, расовая принадлежность и диагноз личностного расстройства.

Вместе с тем, результаты многих исследований указывают на ожидания пациента в отношении психотерапии как на один из наиболее значимых факторов, влияющих на параметры процесса и результативности психотерапии. Так, М. Lambert [32] показал, что вклад фактора, связанного с ожиданиями клиентов и их надеждой на изменения к лучшему в результате терапии, в дисперсию параметров, определяющих успех психотерапии, составляет 15%. Согласно результатам другого исследования [38], пациенты, преждевременно прервавшие психотерапию, в первую очередь, характеризуются тем, что предпочитают мириться с дистрессом, который они испытывают в настоящее время, если им не обещают существенного облегчения их страданий за малое количество сессий. То есть те, кто преждевременно прерывают психотерапию, характеризуются нереалистичными ожиданиями радикальных перемен за короткое время по сравнению с теми, кто завершает терапию.

#### **Ожидания пациентов в отношении психотерапии**

Еще З. Фрейд отмечал влияние ожиданий пациента на успех психотерапии. В одной из своих ранних работ [9] он указал на тот факт, что, помимо психотерапевтических интервенций в достижение позитивного эффекта вносит вклад и действие внутренних психических сил пациента. К этим силам Фрейд относил состояние ожидания и, особенно доверчивого ожидания, когда пациент надеется и верит в то, что его психотерапевт может ему помочь, в успех психотерапии. Кроме того, Фрейд полагал, что прогрессу в терапии способствует положительная оценка пациентом личности, компетентности, «силы» своего врача, а также человеческая симпатия, которую вызывает врач у пациента.

Ожидания пациентов от психотерапии играют важную роль в определении показаний к конкретным ви-

дам психотерапии. По-видимому, большое значение для продолжения терапии имеют вера и позитивные ожидания пациента от терапии, которые мотивируют его обращение за помощью к психотерапевту и продолжение работы в психотерапии, несмотря на все связанные с лечением неудобства и затраты. Пациент надеется на то, что его «инвестиции» в терапию не будут напрасными: симптомы, доставлявшие ему страдания, исчезнут или, по крайней мере, их выраженность значительно уменьшится; он также ожидает, что новый опыт конструктивных и доброжелательных отношений положительно скажется на улучшении самооценки и росте уверенности в собственных силах и т.д. [8].

Пациенты обладают различными установками и ожиданиями относительно терапии, которые они могут быть более или менее реалистичными, оптимистическими, пессимистическими или амбивалентными. Как правило, пациенты начинают психотерапию с оптимистическими ожиданиями в отношении тех методов лечения, которые направлены на разрешение симптома, в том числе это относится и к психофармакотерапии. Следует, однако, отметить, что слишком оптимистические или, наоборот, выражено пессимистические ожидания от психотерапии оказывают определенное давление на терапевта при формировании терапевтических отношений и терапевтического альянса. Такое «биперсональное поле» может вызывать у терапевта ощущение, что он как бы зажат тесными рамками, ограничивающими его активность, направленную на эмпатию, понимание и осуществление интервенций, и это, в конечном итоге, оказывает неблагоприятное влияние на терапевтический процесс. Между тем, умеренные реалистичные ожидания создают благоприятные условия для развития психотерапевтического процесса и формирования рабочего альянса<sup>1</sup> [4, 5].

Несоответствие поведения психотерапевта ожиданиям пациентов часто вызывает у последних беспокойство, которое, в сочетании с тревожностью, а также с другими особенностями функционирования в аффективной и когнитивной сферах, связанными с психопатологией (например, враждебностью, подозрительностью), может привести к преждевременному прерыванию психотерапии.

Для подавляющего большинства российских пациентов, обращающихся за помощью к специалистам в области психического здоровья, характерны сильно искаженные представления о психотерапии, в частности о самом процессе. Такое положение вещей создается в силу действия разных причин, например: отсутствие знаний о сути и возможностях психотерапии; малая степень заинтересованности в изучении и понимании собственного внутреннего мира; страх утраты контроля; стыд, связанный с признанием невозможности самому справиться с проблемами; страх обращения за психотерапевтической помощью, автоматически приравненной к психиатрической (страх диагноза, страх «клейма» психической неполноценности).

Искажению представлений о возможностях психотерапии способствует и медийная активность «телетерапевтов» и «экстрасенсов», шоуменов, предлагающих мгновенное «магическое» избавление в одночасье от всех эмоциональных и личностных проблем у экранов телевизоров: «Решаем все и сразу!» — лозунг «эффективной» теле-терапии.

Б.Д. Карвасарский также 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. Таким образом, российский 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 в такой ситуации является трудновыполнимой задачей. От психотерапевта ожидают действия и/или совета. Типична также вера в «магию белого халата» [4].

К настоящему времени за рубежом (главным образом, в европейских развитых странах и США) проведено много исследований, посвященных проблеме клиентских ожиданий от терапии. Так, S.L. Garfield [26] приводит данные исследований влияния ожиданий клиента от психотерапии на эффективность и продолжительность психотерапии. Garfield и Wolpin [28] исследовали ролевые ожидания и представления о длительности психотерапии у пациентов, которые хотели начать свою психотерапию в условиях дневного или круглосуточного стационара. В отличие от большинства российских пациентов, испытуемые в этом исследовании понимали связь между социальной дезадаптацией и собственными эмоциональными проблемами, однако, вместе с тем, они предполагали, что продолжительность сессии составляет 30 минут и даже меньше, что после 5 сессий наступят существенные улучшения, а ожидаемая продолжительность психотерапии составила 10 сессий. Необходимо отметить, что эти показатели соответствовали параметрам психотерапевтических услуг, которые предоставлялись большинством федеральных клиник в США в то время. Таким образом, как с иронией отмечают авторы, ожидания пациентов, принявших участие в этом исследовании, в большей степени соответствовали реалиям федеральной системы психотерапевтических услуг, чем ожидания терапевтов.

Более поздние исследования подтвердили данные исследования. Средние значения показателя ожидае-

мой продолжительности психотерапии в исследовании Pekarik и Wierzbicki [33] составили 10 сессий. Большинство преждевременных прерываний происходило после того, как количество сессий превышало этот рубеж. J.K. Swift, J.L. Callahan [38] исследовали ожидания клиентов в отношении продолжительности терапии, опираясь на модель обесценивания отсроченной выгоды (delay discounting model). Они также приводят обзор данных других авторов, исследовавших этот аспект клиентских ожиданий. Результаты этих исследований показали, что ожидания пациентов в отношении продолжительности существенно меньше эмпирически установленных значений продолжительности эффективной психотерапии. При этом форма кривой зависимости эффективности от количества сессий напоминает форму кривых, приведенных в литературе, посвященной исследованиям зависимости «доза—эффект», т.е. быстрое увеличение ожидаемой эффективности от первых нескольких сессий и затем постепенный сглаженный рост при увеличении числа сессий. На рис. 1 представлено графическое изображение результатов исследования ожидания улучшения в зависимости от количества сессий и исследований улучшения в зависимости от количества сессий в реальной психотерапии.

Согласно данным, полученным С. Saltzman с соавторами [35], показатели преждевременного прерывания терапии коррелируют с тем, что происходит в отношениях между терапевтом и клиентом на первых сессиях. То есть показатели прерывания терапии зависели, во-первых, от ожиданий клиента в отношении того, что именно будет делать и как будет себя вести психотерапевт (будет ли он занимать нейтральную позицию или будет открыто проявлять поддержку, эмпатию); и, во-вторых, от процесса конвергенции между ожиданиями пациента и установками терапевта.

Содержание самого термина *клиентские ожидания* является сложным. Так, некоторые авторы используют данный термин для обозначения степени уверенности клиента относительно положительного результата или терапевтической эффективности в решении его проблем при обращении к конкретному терапевту и выборе того или иного вида терапии. Другие авторы относят к клиентским ожиданиям дотерапевтические представления клиента о том, что представляют собой и как осуществляются терапевтические процедуры, в чем состоят роли терапевта и клиента, какова продолжительность сессии и терапии [26].

M.J. Constantino с соавторами [20] определяют клиентские ожидания результативности терапии как набор прогностических мнений/убеждений пациента относительно последствий его участия в терапии. H.J. Grantham, M.F. Gordon [29] используют термин *ожидание* для обозначения особого набора когнитивных, своего рода когнитивного фильтра, через который проходят стимуляция

<sup>1</sup> В литературе, посвященной психотерапии, термины рабочий альянс и терапевтический альянс часто используют как тождественные.

(информация), поступающая из внешнего мира, подвергаясь сортировке, оценке и ранжированию. Ожидания детерминируют селективность в отношении как внешних объектов и событий, так и идеаторных элементов (воспоминаний, мыслей, фантазий).

Ожидания как набор когний и состояние ожидания принято различать. Быть в состоянии ожидания, ожидать что-то не значит просто быть бдительным. Состояние ожидания предполагает некоторую степень определенности в отношении того, что именно ожидается, и, кроме того, подразумевает идею готовности к этому чему-то и представления о том, как это произойдет. Это также отличается от поисков чего-то конкретного — готовности воспринять что-то независимо от оценок вероятности его появления.

Ожидания — динамический феномен. Ожидания изменяются и формируются под влиянием результатов переработки информации, которая поступает клиенту в ситуации консультативного кабинета. Не только для новых клиентов, но и для тех, кто уже обладает некоторым опытом психотерапии, существует некоторая степень неопределенности в отношении того, что будет происходить в течение сессии. Клиент создает ментальный образ (презентацию) предстоящих событий и сценарий вероятных вариантов развития событий в течение терапевтической сессии, последовательности сессий, а также терапии в целом. Часто в этот сценарий включены ожидания в отношении персоны

консультанта или терапевта, общие внешние параметры ситуации консультирования, а также другие аспекты, связанные с навыками, личной историей и потребностями данного клиента. Так, клиент переходит от состояния ожидания к личному прогнозу данной ситуации, к индивидуальному персонализированному ожиданию. У клиентов с опытом терапии состояние ожидания и последующие ожидания находятся под более сильным влиянием прошлого опыта. Они также могут дополнить создающийся мысленный образ ситуации аффективным компонентом, что придает общей картине большую четкость и определенность.

На основании вышесказанного можно сделать предположение, что теоретический конструкт *клиентские ожидания* является многоаспектным, детерминированным факторами, относящимися к разным уровням. Что касается вопроса детерминант ожиданий пациента в отношении психотерапии, то он будет рассмотрен в последующих публикациях. Здесь мы отметим только, что, по-видимому, при анализе ожиданий в отношении психотерапии реальных и потенциальных пациентов необходимо учитывать следующие уровни детерминации: культурный, социально-психологический, интерперсональный и индивидуальный (личность пациента, особенности его внутренней динамики, психопатология, в том числе внутренняя картина болезни). Многие исследователи [14, 18, 31] рассматривают конструкт *клиентские ожидания* в более широком контексте социально-психологических

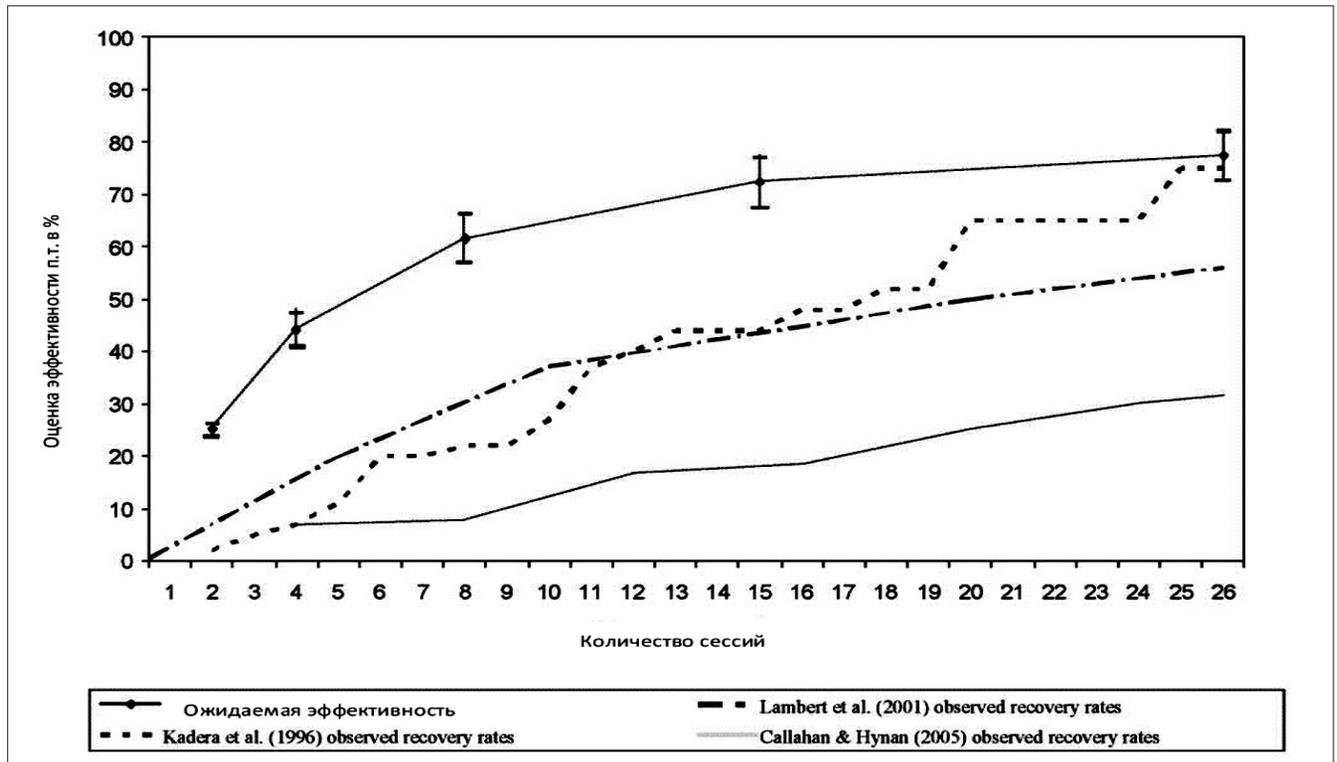


Рис. 1. Ожидания пациентов в отношении улучшения состояния в зависимости от продолжительности психотерапии (сплошная черная линия) и показатели наблюдаемого улучшения в ходе реальной психотерапии (пунктирные и сплошная серая линии)

теорий установки I. Ajzen [10] и теории намеренного действия Fishbein, Ajzen [23]. Более подробно вопрос приложения этих теорий к проблеме клиентских ожиданий будет рассмотрен в других публикациях.

В самом конструкте *клиентские ожидания*, по-видимому, 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 сеансах для того, чтобы достичь поставленных целей в психотерапии, другими словами, чтобы терапия была эффективной.

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 клиентских ожиданий можно обозначить следующим образом: (1) «не-процесс» или «сеттинг»; (2) «личность и роль терапевта» (3) «роль пациента» (4) «процесс»

Клиентские ожидания, как правило, меняются по ходу психотерапевтического процесса, поэтому ожидания пациента до начала терапии, во время и после ее окончания могут различаться в той или иной степени. D. Clinton, R. Sandell [18] выделяют также клиентские *посттерапевтические* ожидания. В данном случае речь идет об ожиданиях пациента, завершившего психотерапию, относительно того, насколько устойчивыми и полезными, с точки зрения адаптации и улучшения жизни в целом, окажутся его достижения (изменения в психическом и межличностном функционировании), которые достигнуты им в процессе психотерапии.

### Ожидания в отношении психотерапии и другие смежные понятия

В литературе, посвященной исследованиям терапии, часто используются понятия с перекрывающимися полями значений: ожидания, приемлемость, предпочтения, склонность, доверие, предполагаемая польза, что иногда приводит к путанице. Однако, в целом, все эти понятия относятся к одному аспекту терапии, а именно, насколько клиент (или человек, обдумывающий проект собственной терапии), рассматривает тот

или иной тип лечения как эффективный для решения его проблем. Некоторые авторы предлагают использовать эти понятия как взаимозаменяемые [25].

Конструкт *доверие к терапии* [25] относится к суждению индивида о том, насколько метод и теория данного вида терапии применимы к решению его проблемы. Однако психотерапия, как известно, представляет собой набор специфических и неспецифических составляющих [4, 8, 27, 35]. Некоторые из них могут показаться индивиду более полезными, другие — менее. Таким образом, если конструкт доверия к терапии относится к терапии в целом, то конструкт *представление о полезности* касается представлений индивида о том, в какой степени те или иные специфические и неспецифические факторы терапии помогут ему справиться с его состоянием дистресса и/или проблемой. Например, насколько полезными могут быть для него (пациента) поиск корней текущих проблем в его ранних детских переживаниях, распознавание и анализ автоматических мыслей, высвобождение сильных чувств (катарсис) и т.д. Доверие к терапии связано и с обыденными «теориями» относительно этиологии психологических проблем и психиатрических расстройств. Этому вопросу мы уделим внимание при рассмотрении социальных и культурных детерминант ожидания.

*Предпочтения* [25, 29] является еще одно понятие, которое используется наряду с понятием *ожидание*. Хотя некоторые исследователи [40] не проводят границы между этими понятиями, считая их взаимозаменяемыми и используя эти термины как синонимы, другие авторы [12, 21, 29, 38] настаивают на концептуальном различии между ними. Данные эмпирических исследований предпочтений и ожиданий также указывают на то, что это разные конструкты. Традиционно термин *предпочтения* в литературе, посвященной проблемам психотерапии, относится к процессу принятия решения и актуальному выбору [29]. P.N. Duckro, C.E. George [21] различают *ожидание-предвидение* и *ожидание-предпочтение*. D.E. Arnkoff с соавторами [12] выделяют 3 группы предпочтений: в отношении ролей, типа терапии и типа терапевта.

Отношения между ожиданиями и предпочтениями, по мнению C.I. Grantham и M.E. Gordon [29], носят иерархический характер. Предпочтения первичны и являются многомерными и динамичными формированиями, они могут быть осознаваемыми и неосознаваемыми, могут меняться и развиваться со временем по мере того, как процесс принятия решения повторяется вновь и вновь, а также по мере размышлений о процессах принятия решений.

### Заключение

В настоящее время в исследованиях психотерапии сложилось два центра мнений, вокруг которых группируется большинство исследователей. Один из

таких центров соответствует идее «вердикта Додо»<sup>2</sup>, согласно которой все виды психотерапии эффективны. Согласно этой точке зрения, подобно тому, как в некоторых продуктах фармацевтических компаний (например, в зубной пасте) наряду с рядом особых компонентов (незамерзающий гель, пузырьки, пищевая сода и т.д.) присутствует только один активный компонент — фторид, так и все виды терапии содержат «совокупный фторид», набор общих факторов, которые оказывают решающее действие в плане улучшения состояния и функционирования пациента. К этим общим факторам относятся терапевтические отношения/альянс, надежда/оптимизм пациента, внимание/эмпатия терапевта [19]. Однако это не означает индифферентности пациента при выборе терапевта. Например, при выборе зубной пасты мы исходим из ценовых показателей (подавляющее большинство не станет тратиться на сверхдорогой тюбик с обычной пастой, украшенный стразами), внешнего вида продукта, запаха и вкуса (если паста полезна, но вызывает рвотный рефлекс, вряд ли мы сможем пользоваться ей). При выборе психотерапии и психотерапевта, среди прочего, пациент ориентируется на свои впечатления о личности терапевта, уровне стоимости, а также на привлекательность для него того или иного вида психотерапии. Выбор пациента отражает менталитет пациента, его принадлежность к социальному слою и определенной культурной традиции, особенности его личности, его систему ценностей, внутренние динамические факторы, например, тип привязанности и особенности его психопатологии и т.д.

Другим «идеологическим» центром является та точка зрения, что так называемый вердикт Додо не учитывает факта, что эффективность разных видов психотерапии может варьировать в зависимости от типа и глубины психопатологии. Например, исследования показали, что терапия ментализации эффективна при работе с пациентами, страдающими от пограничного расстройства личности [13], однако эффективность этого вида психотерапии гораздо ниже для пациентов с глубокими нарциссическими нарушениями и антисоциальными чертами. Другой вид терапии, ДПДГ<sup>3</sup>, доказал свою эффективность для работы с взрослыми пациентами, страдающими от ПТСР, в результате психической травмы, полученной во взрослом возрасте, однако для пациентов жертв хронической травматизации раннего детства и для пациентов с тяжелыми личностными расстройствами этот вид терапии вряд ли будет полезен.

Таким образом, из приведенного выше обзора следует, что ожидания и предпочтения пациента являются важным фактором успеха психотерапии и учет этого фактора обязателен при эмпирическом обосновании того или иного вида психотерапии для работы с пациентами.

В российской психологической науке вопросу исследований клиентских ожиданий уделялось и уделяется крайне мало внимания. Как теоретический конструкт, клиентские ожидания в отношении психотерапии обладают сложной структурой и детерминацией. Вопросам детерминантов ожиданий в отношении психотерапии российских клиентов (или потенциальных клиентов) будет посвящена следующая публикация.

### Список литературы

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. Ван дер Харст О., Нейенхюс Э., Стил К. Призраки прошлого: Структурная диссоциация и терапия хронической травматизации / М.: «Когито-Центр», 2013.
4. Карвасарский Б. Д. Психотерапевтическая энциклопедия 2-е изд., 2002 г.
5. Карвасарский Б. Д. Психотерапия, 2-е изд., 2002 г.
6. Кошелев В.В. Система медицинской реабилитации пациентов при состояниях клинической дезадаптации с преобладанием астенических нарушений на основе комплексного этапного применения восстановительных технологий. / Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук. Москва 2009.
7. 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.
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. Фрейд З. Собрание сочинений в 10 томах. Дополнительный том. Сочинения по технике лечения. / М.: СТД, 2008 — 440 с.
10. Ajzen I. The Theory of Planned Behavior // Organizational Behavior and Human Decision Processes, 1991, V. 50, Issue 2, P. 179–211.
11. 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;

<sup>2</sup> Птица Додо — персонаж книги Л. Кэрролла «Алиса в Стране Чудес». Додо устраивает соревнования «Бег по кругу», в котором участники сами выбирают, где и когда им стартовать, а также направление вдоль круговой дистанции. После того, как через полчаса соревнование завершается, Додо произносит свой вердикт: «Все выиграли и все должны получить приз»

<sup>3</sup> ДПДГ — десенсибилизация и переработка при помощи движения глаз.

12. Arnkoff D.B., Glass C.R., Shapiro S.J. Expectations and preferences. / Norcross J.C. (Ed.) *Psychotherapy relationships that work* // New York: Oxford University Press, 2002, p. 335-356
13. Bateman A., Fonagy P. *Psychotherapy for borderline personality disorders: Mentalization based treatment* // Oxford, UK: Oxford University Press — 2004 — 408 p.
14. Bragesjū 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.
15. 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
16. Clinton D. Why do eating disorder patients drop out? // *Psychotherapy and Psychosomatic*, 1996, V. 65 N. 1, P. 29-35.
17. Clinton D., Björck 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.
18. Clinton D., Sandell R. PEX (unpublished manual)
19. Constantino M.J. Believing is seeing: An evolving research program on patients' psychotherapy expectations. // *Psychotherapy Research*, 2012, V. 22, N. 1, P. 1-12
20. 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.
21. Duckro P.N., George C.E. Effects of failure to meet client reference in a counseling interview analogue. // *Journal of Counseling Psychology*, 1979, V. 26, N. 1, P. 9-14.
22. 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
23. I., *Belief, Attitude, Intention and Behavior* / Addison-Wesley Publishing Company, 1975 c. 578
24. Frank J.D. The dynamics of the psychotherapeutic relationship. // *Psychiatry*, 1959, V. 22, P. 17-39
25. Frøyenholth J., Bragesjū M., Credibility clusters, preferences, and helpfulness beliefs for specific forms of psychotherapy // *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, V.84, N. 3, 2011
26. 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
27. Garfield S.L., Bergin A.E. Introduction and historical overview / Bergin A.E., Garfield S. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. // New York: John Wiley & Sons, 1995, p. 3-19
28. Garfield S.L., Wolpin M. Expectations Regarding Psychotherapy // *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 1963, V. 137, N. 3, P. 353-362
29. Grantham R.J., Gordon M.E. The nature of preference. // *Journal of Counseling and Development*, 1986, V. 64, N. 2. P. 396–400.
30. Holmes J. *Exploring in security* // London and New York: Routledge — 2010 — p. 200
31. 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* V. 5, N. 3-4, P.294-310
32. 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
33. Pekarik G., Wierzbicki M. The Relationships Between Clients' Expected and Actual Treatment Duration // *Psychotherapy*, 1986, V. 23, Issue 4, P. 532-534
34. Rosen A. Client preferences: An overview of the literature. // *The Personnel and Guidance Journal*, 1967, V. 45, Issue 8, P. 785–789.
35. 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
36. Swift J., Callahan J. Client and Trainee Clinician Perspective Convergence // *Clinical Psychology and Psychotherapy* 2009, V.16, April, P. 228–236.
37. 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.
38. Swift J.K., Callahan J. L. A delay discounting model of psychotherapy termination. // *The International Journal of Behavioral Consultation and Therapy* V. 5, N. 3-4, P.278–29.
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. Tinsley H.E.A., Workman K.R., Kass R. Factor analysis of the domain of client expectancies about counseling. // *Journal of Counseling Psychology*, 1980, V.27, Issue 6, P. 561–570.
41. 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.

## Patient's expectancies related to psychotherapy. Review

AGARKOV V.A., BRONFMAN S.A.

*The article is a review of literature devoted to the problem of clients expectancies related to psychotherapy. Client's expectancies are considered as one of the most powerful factors which affect effectiveness as well as processes of psychotherapy. There is also emphasis on influence that the client's expectancies have on the drop-outs rate. Other terms such as «preferences», «credit» and others which overlap with the term «expectancies» are examined.*

**Key words:** *psychotherapy, client's expectancies, effectiveness of psychotherapy, drop-outs, preferences, credit to psychotherapy.*