

УДК 316.6

Казанцева Т.В.<sup>а</sup>, Антонова Н.А.<sup>б</sup>, Ерицян К.Ю.<sup>б</sup>

<sup>а</sup>Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

<sup>б</sup>Институт психологии РГПУ им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург, Россия

## Обращение за профессиональной помощью в сфере психического здоровья: концептуализация понятия и анализ предикторов<sup>1</sup>

Help-seeking in mental health problems:  
conceptualization and analysis of predictors

### Аннотация

Во всем мире, в том числе и в России, наблюдается разрыв между нуждаемостью в профессиональной психолого-психиатрической помощи и реальной обращаемостью за ней. Особенно уязвимой категорией является молодежь. С целью стимуляции комплексных исследований предикторов обращаемости проведена систематизация подходов к описанию этого специфического вида поведения. Обнаружено, что доминирующие теоретические модели рассматривают преимущественно факторы формирования намерения к обращению за помощью (отношение к проблеме, к помощи, к помогающему и пр.), не объясняя собственно поведения. Кроме того, стало очевидно, что культуральные факторы, как проксимальные, так и дистальные, остаются вне зоны внимания исследователей. Структурированы эмпирические данные о предикторах обращаемости за помощью в сфере психического здоровья на трех уровнях анализа: индивидуальном (признание проблемы, понимание необходимых для ее решения ресурсов, активное планирование); социально-психологическом (непосредственно процесс коммуникации со специалистом – представления о нем и реальный опыт) и средовом (доступность помощи, нормативность, влияние ближайшего социального окружения и более широких культуральных факторов). Делается вывод о необходимости разработки комплексной методики оценки обращаемости за специализированной помощью.

**Ключевые слова:** здоровье молодежи, поведение в сфере здоровья, принятие решения, доверие официальной медицине, профессиональная психологическая помощь, установки, социальные представления, социальные нормы, готовность к обращению

### Abstract

All around the globe, including Russia, there is a gap between the need for professional psychological and psychiatric help and the real help-seeking. A particularly vulnerable category is young adults. In order to stimulate comprehensive studies of help-seeking predictors, we had systematized approaches to the description of this specific type of behavior. It was found that the dominant theoretical models consider mainly the factors responsible for the formation of the intention to seek help (attitudes toward the problem, mental help, the career, etc.), without explaining the actual behavior. In addition, it became obvious, that cultural factors, both proximal and distal, remain outside the scope of researchers. The empirical data concerning predictors of mental help-seeking were structured at three levels of analysis: individual (problem recognition, understanding of the resources needed to solve it, active planning); socio-psychological (directly the process of communication with the professional – representations and stigmas about the process and real past experience) and environmental (accessibility of mental help, normativity, the influence of social network and broader cultural factors). The conclusion is drawn about the need for a comprehensive methodology for assessing mental help-seeking.

**Keywords:** youth health, health behavior, decision making, trust in official medicine, professional psychological help, attitudes, social representations, social norms, willingness to seek help

<sup>1</sup> Исследование проведено в рамках проекта РФФИ № 19-013-00903 А, «Факторы обращаемости за профессиональной психологической помощью молодежи: разработка и эмпирическая верификация модели».

## Постановка проблемы

Несмотря на широкую распространенность проблем в сфере психического здоровья среди населения разных стран, а также на возможное снижение качества жизни и субъективного благополучия в результате подобных проблем, обращаемость за психолого-психиатрической помощью остается крайне низкой даже в тех регионах, где эта помощь является высоко доступной и эффективной (Alonso et al., 2018). В российской выборке опыт обращения за психологической помощью также невелик – всего 25% опрошенных имеют подобный опыт (Петрова, Бурдин, 2016). Исследователи отмечают, что наиболее уязвимые группы подростков и молодежи (в состоянии тяжелой депрессии и суицидальной готовности), нуждаясь в профессиональной помощи более других, зачастую не склонны стремиться ни к этой помощи, ни к какой-либо другой (Rickwood et al., 2007; Sawyer et al., 2012).

У студентов со склонностью к суициду преобладают такие установки, которые затрудняют поиск помощи. Например, 73,3% «предпочитают справляться с проблемами самостоятельно», 52,1% «сомневаются в том, насколько серьезна необходимость помощи» и 34,9% «переживают о том, что могут подумать другие люди» в случае, если они обратятся за помощью (Downs, Eisenberg, 2012).

Разрыв между нуждаемостью и получением адекватной помощи связан в основном, с тем, что люди не в состоянии распознать и признать у себя те проблемы, по которым необходимо профессиональное вмешательство. Если рассматривать эти барьеры ступенчато, то в случае, например, с тревожными расстройствами получается следующая картина, типичная для 21 страны мира (Alonso et al., 2018).

1) Разрыв между диагностированным тревожным расстройством и субъективной нуждаемостью в помощи составляет 58,7% (только 41,3% людей с тревожными расстройствами признают, что им необходима помощь:

от 28,5% в странах с низким доходом на душу населения до 66,8% в странах с высоким доходом).

2) Разрыв между объективно подтвержденным диагнозом и обращением за какой-либо помощью составляет 72,4% (т.е. получает помощь лишь каждый четвертый пациент (27,6%) – это разовые визиты к врачу или психотерапевту, психологу, консультанту, социальному работнику, духовному наставнику, травнику, специалисту по акупунктуре, целителю, посещение группы самопомощи и др.).

3) Разрыв между объективно существующим диагнозом и получением адекватной помощи составляет 90,2% (только 9,8% людей получили помощь в адекватном объеме: в случае обращения к врачу – не менее 4-х визитов и фармакотерапия длительностью более 1 месяца, а в случае немедицинской помощи и психотерапии – не менее 8 визитов продолжительностью более 30 минут).

Исследования зарубежных коллег указывают на то, что с течением времени отношение населения англоязычных стран к обращению за помощью по вопросам психического здоровья становятся все более негативными. Сравнив данные за период 1968-2008 гг., они пришли к выводу, что эти изменения – возможный побочный эффект маркетинговых кампаний по продвижению фармакологической терапии и медикализации сферы психического здоровья. Сдвиги в установках отразились и на поведении людей – за 20 лет обращаемость по депрессивным состояниям снизилась на 28%. Так, в 1987 г. к немедикаментозной психотерапии обращались 71% людей с депрессией, в 1997 г. – 60.2%, в 2007 г. – 43.1% (Mackenzie et al., 2014).

Кроме того, люди, которые все же решаются обратиться за профессиональной помощью, склонны откладывать первый визит годами: для тревожных расстройств отсрочка варьирует от 3 до 30 лет, для депрессивных расстройств – от 1 до 14 лет; для расстройств, связанных со

злоупотреблением психоактивными веществами – от 6 до 18 лет (Wang et al., 2007). Из тех, кто получает консультативную помощь, от 20 до 50 % пропускают сессии или заканчивают терапию досрочно (Swift, Callahan, 2010).

В настоящее время в мировой психологической науке идет активный поиск причин низкого уровня обращения к специалистам в сфере психического здоровья. Понимать, какие факторы способствуют обращению нуждающихся за помощью, а что выступает барьером к обращению крайне важно для построения эффективной системы вторичной и третичной профилактики психических расстройств.

Исследования предикторов обращаемости за помощью актуальны также и с точки зрения превенции заболеваемости нервно-психическими расстройствами, раннего их выявления, а также профилактики их хронизации (Bienvenu, Ginsburg 2009).

Целью данной работы является анализ и систематизация:

- 1) подходов к концептуализации и операционализации феномена обращения за профессиональной психолого-психиатрической помощью;
- 2) факторов, оказывающих влияние на обращаемость за помощью в сфере психического здоровья.

В данной работе мы сознательно не разводим психологическую и психиатрическую помощь, отдавая себе отчет в том, что есть безусловная специфика как самих этих видов помощи, так и людей, которые за ней обращаются. На текущем этапе перед нами стояла задача более общего плана – изучить обращаемость по любым вопросам, связанным с психическим здоровьем.

## Концептуализация понятия «обращение за помощью в сфере психического здоровья»

Несмотря на растущую активность исследований в области обращения за психолого-психиатрической помощью, эксперты говорят об отсутствии на данный момент четкого и полного определения самого феномена обращения за помощью (Cornally, McCarthy, 2011; Rickwood, Thomas 2012; White et al., 2018). Анализ общих элементов, включенных в различные концептуальные модели обращения за помощью, поможет сформулировать системное описание этого специфического вида поведения.

Под обращением за помощью в самом общем виде понимают «адаптивный копинг-механизм, представляющий собой попытку получить внешнее содействие по совладанию с проблемой, связанной с психическим здоровьем» (Rickwood, Thomas 2012, p. 180).

Чаще всего в зарубежной литературе встречаются ссылки на определение обращения за психологической помощью N. Gourash (1978). Оно содержит четыре базовых компонента: (1) *дистресс* как контекст поиска помощи; (2) обращение за помощью как форма *коммуникации*; (3) психологическая *проблема*, которая определяет содержание этой коммуникации; (4) *результат* как цель коммуникации (поддержка, совет или помощь в преодолении дистресса). Другие определения включают также: (5) *намерение* как осознанный план приложить усилие к осуществлению поведения (в данном случае, коммуникации – обращения с запросом о помощи) (Hammer, Vogel, 2013); и (6) *готовность* как открытость к определенному поведению при появлении возможности, как готовность к риску, но не сознательно продуманный план (Wilson, Deane, Ciarrochi, Rickwood, 2005).

В эмпирических работах можно встретить взаимозаменяемость понятий «готовность» и «намерение». Тем не менее, важно подчеркнуть, что готовность и намерение – различные явления. Это подтверждается

исследованиями о том, что обращение за профессиональной помощью происходит, как правило, после тщательного анализа, и в случае, когда другие стратегии получения помощи не привели к успеху (Tinsley et al., 1982).

Включение в понятие «обращение за помощью» элемента намерения позволяет получить более полное определение. «Намерение обратиться за психологической помощью» в этом случае трактуется как «осознанный план приложить усилия к тому, чтобы сообщить о своих проблемах, эмоциональной боли или психологическом вопросе, при этом коммуникация является попыткой получить желаемую поддержку, совет или помощь, которые в конечном итоге приведут к снижению личного дистресса» (White et al., 2018, p. 65).

Важным компонентом процесса обращения за помощью, таким образом, помимо готовности (определяемой по большей мере установками) и намерения, является собственно поведение – наблюдаемое и приводящее к результату. Таким поведением является сообщение другому лицу о своей проблеме, связанной с психическим здоровьем (коммуникация), а также другие способы реализации в поведении обращения к социальным и средовым ресурсам помощи.

В сфере психического здоровья выделяют четыре вида источников помощи: (а) обращение за институционализированной, профессиональной помощью (к медикам, психологам, учителям, социальным работникам и т.п.); (б) обращение к представителям альтернативной помощи (знахари, травники, гадалки, экстрасенсы, шаманы и пр.); (в) обращение за неформальной помощью к представителям ближайшего социального окружения (семья, друзья, учителя); и (г) самопомощь (современные компьютерные технологии позволяют получить помощь без прямого контакта с другим человеком).

Обращение к любому источнику помощи в сфере психического здоровья может оказаться действенной. При обращении за неформальной

помощью (к т.н. неформальным сетям доверия), подчеркивается наличие позитивных эффектов с точки зрения эмоциональной и поведенческой адаптации (Tinsley et al., 1982; Vogel, Wei, 2005). Получение помощи у непрофессионалов в сфере психического здоровья или самолечение являются важнейшей практикой адаптации «больного» и нормализации его социального функционирования, снижения нервно-психического напряжения. Однако только обращение к профессионалам в сфере психического здоровья (дипломированным психологам и психиатрам), во многих случаях может реально улучшить состояние здоровья человека, поскольку предоставляет доступ к необходимым дополнительным ресурсам.

### **Теоретические подходы и модели обращения за помощью в сфере психического здоровья**

Как ни удивительно, но измерение намерения обратиться за психологической помощью только в 19-25% случаев опирается на определенную теорию или модель, все остальные исследования являются описательными (Rickwood, Thomas 2012; White et al., 2018). Из тех работ, которые явно отсылают к теоретическим обоснованиям методик, половина основываются на уникальной для данного конкретного исследования модели. В другой половине эмпирических исследований наиболее часто используемой теорией (около 4% от общего числа) является теория обоснованного действия и родственная ей теория планируемого поведения. Остальные теории встречаются реже, тем не менее, порядка десяти являются повторяющимися, и в них можно рассмотреть различные элементы, лежащие в основе мотивации здоровьесберегающего поведения (см. таблицу 1).

Таблица 1 – Теоретические модели, объясняющие поведение, направленное на получение помощи в сфере психического здоровья

Теоретическая модель	Авторы, апеллирующие к этим моделям	Основные элементы намерения обратиться за помощью
1) Модель убеждений в сфере здоровья (Health-Belief Model (НВМ))	O'Connor et al., 2014	Намерение является результатом субъективной ценности негативных последствий от неиспользования профилактических мероприятий, а также воспринятой вероятности наступления данных последствий: самооффективность, воспринятая степень тяжести симптомов, воспринимаемое соотношение выгод и затрат от получения помощи
2) Теория обоснованного действия (Theory of Reasoned Action (TRA)) и Теория планируемого поведения (Theory of Planned Behavior (TPB))	Halgin et al., 1987; Ajzen, 2011; Mackenzie et al., 2004	Намерение определяется убеждениями в отношении определенного поведения, субъективными нормами и воспринимаемым поведенческим контролем
3) Модель болезни, основанная на здравом смысле (Common Sense Model of Illness (CSM))	Hamilton-West et al., 2010	Знание о симптомах болезни, представления об эмоциональных и когнитивных расстройствах, копинг-стратегии, оценка совладания
4) Модель прототипа готовности (Prototype Willingness Model (PWM))	Hammer, Vogel, 2013	Поведение рассматривается как результат намерения (сознательное планирование) и готовности (спонтанная реакция на появившиеся возможности): намерение, социальные нормы, установки, прототипичное поведение в ситуации риска
5) Транстеоретическая модель поведения (Transtheoretical Model of Behavior (TTM))	Freyer et al., 2004	Поведение формируется в ходе серии дискретных стадий: предразмышление, размышление, подготовка, действие и пр. Переход со стадии на стадию осуществляется за счет специально выделенных процессов изменения
6) Модель обращения за помощью Алана Кейт-Лукаса (Keith-Lucas Model of Help-Seeking (K-LS))	Keith-Lucas 1994; Cohen, 1999	Намерение формируется в результате серии взаимосвязанных процессов, обладающих кумулятивным эффектом: признание потребности, готовность к самораскрытию, частичная передача контроля другому человеку, желание измениться



Продолжение Таблицы 1

Теоретическая модель	Авторы, апеллирующие к этим моделям	Основные элементы намерения обратиться за помощью
7) Модель обращения за помощью Д. Риквуд и К. Томас (Rickwood et al. Model of Help-Seeking (RDWC))	Rickwood, Thomas, 2012	Намерение формируется в процессе актуализации генерализованной установки на получение помощи, будущего поведенческого намерения и наблюдаемого поведения в прошлом или будущем: знание о симптомах, имеющиеся ресурсы, готовность открыто говорить о проблемах
8) Модель обращения за помощью М. Уайт и др. (White et al. Model of Help-Seeking)	White M., Clough B., Casey L., 2018	Намерение определяется наличием сознательного планирования, ориентации на будущее, готовности коммуницировать, восприятием необходимых усилий, восприятием проблемы, восприятием поддержки
9) Модель эпизода в социальной сети (Network Episode Model (NEM))	Pescosolido, 1991; Vogel et al., 2007	Поиск помощи подвержен влиянию социальной сети человека, представлениям в ней о причинности проблем и эффективности лечения, то есть рекомендаций

Традиционные теоретические модели, объясняющие формирование поведения (НВМ, TRA, TPB), делают акцент на когнициях – представлениях о заболевании, возможностях лечения, самоэффективности и социальных нормах.

В частности, модель убеждений в сфере здоровья рассматривает формирование намерения обратиться за помощью и роль, которую в этом играют осведомленность и представления о симптомах нездоровья, а также о положительных последствиях от возможной помощи. Субъективная ценность потенциальных выгод является определяющим фактором. В рамках модели, при анализе баланса затрат и выгод, человеком могут учитываться также имеющийся опыт обращения за помощью и знания о работе системы оказания помощи в сфере психического здоровья.

Теория обоснованного действия опирается на оценку рисков и избегание негативных последствий, и также учитывает имеющийся опыт

обращения за помощью. Наличие позитивного опыта служит фактором обращения за психологической помощью в дальнейшем.

Теория планируемого поведения, улучшенная версия предыдущей теории, также определяет намерение через установки к определенному поведению, субъективные нормы и воспринимаемый поведенческий контроль. Мета-аналитические данные говорят о том, что корреляция аттитюдов, субъективных норм и воспринятого контроля с намерением составляет 0,67, а корреляция намерения с поведением – 0,43 (Ajzen, 2011). В этом случае основной упор должен делаться на поиске условий, определяющих силу данных связей.

Критики вышеописанных классических моделей утверждают, что обращение за помощью – это не только осознаваемое, рациональное и планируемое поведение, оно может быть и спонтанным, реактивным, обусловленным эмоциональным отношением к болезни (как в Модели болезни, основанной на здравом смысле), ситуационной готовностью и пр.

Следующий тип моделей указывает на то, что обращение за помощью – это разворачивающийся во времени процесс, который имеет свои стадии: человек испытывает симптомы; пытается определить значимость этих симптомов и возможные последствия; принимает решение, нуждается ли он профессиональном вмешательстве и насколько полезным может быть это вмешательство; оценивает выгоды и затраты от различных видов лечения, и выбирает специалиста для консультации. На каждое решение влияют свои факторы, а поведение случается, когда индивид достигает соответствующей стадии (как в Транстеоретической модели, стадии предразмышления, размышления, подготовки, действия).

Еще один тип моделей, разработанных конкретно под поиск помощи в сфере психического здоровья, отсылает к серии индивидуально-личностных условий, которые должны быть соблюдены, чтобы обращение за помощью было реализовано: это Модель обращения за помощью Алана Кейт-Лукаса

(Keith-Lucas, 1994), Модель обращения за помощью Дебры Риквуд и Керри Томас (Rickwood, Thomas, 2012), а также Модель обращения за помощью Маргарет Уайт с коллегами (White et al., 2018). В них также можно увидеть общие элементы: восприятие проблемы и признание нуждаемости в помощи; готовность к открытой коммуникации о проблеме, отношение к оказываемой помощи.

Учитывая тот факт, что все описанные выше модели оперируют когнитивными переменными, еще раз встает вопрос – насколько рациональным может быть способ принятия решения об обращении за помощью с учетом психических и невротических симптомов, включающих когнитивные искажения, когнитивный дефицит и дезорганизацию мышления? Есть сторонники нерационального подхода к принятию таких решений, подчеркивающего определяющую роль социальной сети. Модель эпизода в социальной сети, не отрицая активности индивида, возвращает внимание исследователей к культуральным факторам, которые задают рамки для понимания проблемы и ее решения (Pescosolido, 1991).

Таким образом, помимо осознанного выбора человека и влияния прототипичной ситуации, важно рассматривать структурные факторы при объяснении обращаемости за психолого-психиатрическими услугами, а именно – включенность в социальную сеть, члены которой могут рекомендовать профессиональную помощь или сами ее оказать. В этом случае на первый план выходит осведомленность окружения в вопросах, связанных с психическим здоровьем, их убеждения об эмоциональных расстройствах, норме и отклонениях от нормы (Jorm, 2000). Осведомленность, в свою очередь, напрямую зависит от социально-экономического статуса человека (Pattyn, 2014), поэтому разнородность окружения может служить как барьером, так и фасилитатором доступа к ресурсам, связанным со здоровьем.

## Методология и методы исследования обращения за помощью в сфере психического здоровья

При оценке обращаемости за помощью в сфере психического здоровья измеряют несколько аспектов: (1) опыт обращения за помощью в прошлом, (2) установки к обращению за помощью, (3) ориентацию на получение помощи, (4) намерение получить помощь, (5) поведение, направленное на поиск помощи в текущий момент времени и (6) гипотетическое поведение в ситуации появления проблем.

С этой целью используются различные стандартизированные и нестандартизированные методы, часто прибегают к сочетанию подходов.

Нестандартизированные методы обычно подразумевают следующие приемы.

1) Анализ *поведенческих* индикаторов из баз данных (например, расчет доли людей, дошедших в течение 3-х лет до психиатра по направлению врача общей практики).

2) Прямые вопросы в анкете, интервью или для фокус-группы, как открытые, так и закрытые, направленные на оценку *намерений* и реального *опыта* обращения. Примеры открытых вопросов: «Опишите, пожалуйста, в свободной форме, в какой ситуации у Вас могла бы возникнуть потребность обращения к психологу?»; «Назовите причины, по которым Вы могли бы обратиться за профессиональной психологической помощью». Примеры закрытых вопросов: «Обращались ли Вы ранее за психологической помощью?», «Обращались ли Вы за помощью с какой-либо психологической проблемой за последние 12 недель?», и далее у тех, кто отвечал «да», уточняется, формальную или неформальную помощь они получали (Rickwood and Braithwaite, 1994). «Чувствовали ли Вы за последние 12 месяцев, что Вам необходима профессиональная помощь в решении проблем с эмоциями, нервами, психическим здоровьем, использованием

алкоголя или наркотиков?», далее уточняется, какого рода помощь и в каком объеме получена (Alonso et al., 2018).

3) Списки возможных *проблем* и реальный *опыт* обращения за помощью в связи с этими проблемами. Например, «Шкала обращения за неформальной помощью» (Help-seeking behaviors scale, Pham et al., 2014) состоит из 15-ти пунктов, в которых студенты по 5-балльной шкале Лайкерта оценивают частоту обращения за помощью к родителям, преподавателям и сверстникам по пяти типам проблем (общая необходимость, проблемы в учебе, личные проблемы, что-то важное в жизни, а также вопросы с будущим и карьерными устремлениями). Авторы специально формулировали пункты таким образом, чтобы подчеркнуть *активную* вовлеченность респондента в получение помощи («я звоню, прошу, обращаюсь»), а не пребывание в роли ее пассивного получателя («мне подсказывают, мне помогают» и пр.).

Другие исследователи использовали список типичных запросов студентов на консультации по 23-м личным, межличностным и учебным проблемам. Они просили респондентов отметить, с какими из этих проблем они сталкивались за последние полгода. После этого следовали 5 пунктов, в которых перечислены все виды источников помощи, которые они могли использовать для решения этих проблем (Vee-Gates et al., 1996).

4) Проективные вопросы, например «Как Вы думаете, в каком эмоциональном состоянии находится человек, обратившийся за психологической помощью?» (Петрова, Бурдин, 2016 с. 120-128).

5) Сценарные методы (виньетки), которые используются на неклинических выборках, для того чтобы определить намерения людей в случае возникновения у них симптомов психологического нездоровья, сформулированных в соответствии с диагностическими стандартами, например, DSM-IV. Метод основан на концепции осведомленности в вопросах психического здоровья (Jorm, 2000). Виньетка, или гипотетическая история, позволяет преодолеть излишнюю абстрактность утверждений

опросников, погружая респондента в детали конкретного случая и приближая процесс принятия решения к условиям реальной жизни. Другими достоинствами метода считаются его пригодность для кросс-культурных исследований и слабая связь с социальной желательностью.

Стандартизированные методы, которые встречаются в эмпирических исследованиях, включают опросники, в названии которых содержатся следующие понятия:

- 1) установки (отношение, убеждения, предубеждения и самостигматизация) к получению помощи в целом и к психолого-психиатрической помощи в частности (attitudes, beliefs, stigma, self-stigma);
- 2) установки (отношение, стигма) к психологическим проблемам и психическим заболеваниям;
- 3) склонность обращаться за помощью (propensity);
- 4) осведомленность в вопросах психического здоровья и о системе оказания психолого-психиатрических услуг (literacy, familiarity);
- 5) нуждаемость в психологической помощи (need);
- 6) готовность к обращению за помощью, готовность к терапии (readiness, willingness);
- 7) намерение обратиться за помощью (intention, decision);
- 8) предпочтения в отношении источника и вида помощи (preference);
- 9) поведение, направленное на получение помощи (behavior, scenarios, patterns).

Установки и отношение, безусловно, являются важной составляющей обращения за помощью, однако не определяют его полностью и не описывают ни намерение, ни, тем более, реальное поведение.

Следует отметить, что самая популярная методика, использованная более чем в половине зарубежных исследований – это «Опросник отношения к обращению за услугами в сфере психического здоровья» (Attitudes Toward

Seeking Professional Psychological Help (Mackenzie et al., 2004)). Она же является единственной методикой, которая демонстрирует удовлетворительные показатели надежности и валидности, и которая переведена и адаптирована на русскоязычной выборке (Вайнштейн и др., 2015; Антонова, 2020).

### **Предикторы обращаемости за помощью в сфере психического здоровья**

Барьеры, препятствующие обращению за помощью в сфере психического здоровья, в общем виде подразделяют на: (1) ограничения в знаниях (например, о симптомах и о том, где можно получить помощь); (2) структурные (наличие специалистов, их доступность (финансовая, транспортная), характеристики социальной сети и др.) и (3) установочные (отношение к проблемам, страх самораскрытия, представления об эффективности помощи и пр.) (Thompson, Hunt, Issakidis, 2004).

Установки и предубеждения могут относиться к одному из четырех типов: (1) собственные негативные установки в отношении поиска профессиональной помощи; (2) собственные негативные установки в отношении людей с проблемами в сфере психического здоровья; (3) самостигматизация; (4) воспринятая общественная стигматизация. Из них первые два типа имеют сильную отрицательную связь с реальным обращением за помощью; самостигматизация имеет слабоотрицательную связь с активным поиском помощи, а воспринятая стигма оказалась не связанной с обращением за помощью (Schnyder et al., 2017).

Отдельно выделяют социодемографические факторы – возраст, пол, образование, этническая принадлежность, уровень доходов (Mojtabai et al., 2002). Установлено, что значительно реже с проблемами обращается молодежь в возрасте от 15 до 24 лет; основная причина отказа от обращения в этой категории – смущение и ожидание осуждения теми, кто оказывает помощь (Yar et al., 2013). Сдерживающим фактором для мужчин является

приверженность традиционным нормам маскулинности, поскольку эти нормы не совместимы с самораскрытием, эмоциональным самовыражением и демонстрацией уязвимости, присущей терапевтическому процессу (Cole et al., 2019). Люди с более низким образованием и социально-экономическим статусом также реже обращаются за помощью по поводу проблем с психическим здоровьем (Mojtabai et al., 2002).

Факторы, определяющие обращаемость к профессионалам системы здравоохранения, относятся к разным уровням анализа: индивидуальному, социально-психологическому и средовому (таблица 2). На каждом уровне описаны по три фактора, выделены компоненты каждого фактора, а также критерии, которые уже заложены или могут быть включены в пункты исследовательских методик. За теоретическую основу мы взяли определение намерения обращения за помощью М. Уайт (White et al., 2018), представленное выше, и расширили его за счет включения средовых факторов и предшествующего опыта обращения.

Индивидуальный уровень содержит три фактора: (1) восприятие проблемы и себя в связи с этой проблемой; 2) представления об усилиях, которые необходимо приложить к получению помощи, а также 3) активное планирование действий по реализации намерения получить такую помощь.

Социально-психологический уровень также содержит три фактора: 1) социально-нормативные убеждения относительно проблем в сфере психического здоровья; (2) социальные нормы обращения за профессиональной психолого-психиатрической помощью, а также (3) наличие реального опыта взаимодействия со специалистами.

Средовой уровень включает в себя: (1) фактор доступности психолого-психиатрических услуг, а также (2) проксимальные и (3) дистальные культуральные факторы.



Таблица 2 – Предикторы обращаемости к профессионалам в сфере психического здоровья

Уровень	Фактор	Компоненты	Критерии (возможное содержание пунктов методик)
Индивидуальный	Восприятие проблемы	Осознание проблемы	Знания о психическом здоровье, способность понимать и описывать свои состояния
		Оценка проблемы	Оценка тяжести симптомов, рисков
		Самоидентичность	Восприятие себя в связи с проблемой; представления о себе, которые влияют на атрибуцию симптомов; восприятие своей способности решить проблему
	Восприятие необходимых усилий	Воспринимаемые барьеры и ресурсы	Внутренние и внешние факторы, которые способствуют / препятствуют обращению за помощью
		Убеждения о контроле	Локус контроля, самоэффективность в отношении получения помощи (но не способность справиться самому)
	Сознательное планирование	Произвольное поведение	Осознаваемое поведение, активная позиция в получении помощи
		Ориентация на будущее	Установка на планирование, прогнозирование
		Предвосхищаемое поведение	Оценка вероятности обращения за помощью в особых обстоятельствах; прямые вопросы о намерениях обратиться за помощью
	Социально-психологический	Готовность к коммуникации	Социальные нормы – проблемы в сфере психического здоровья
Социальные нормы – обращение за помощью			Интернализованные нормативные убеждения; а также представления о том, как другие люди воспринимают тех, кто обращается за помощью
Самораскрытие-Приватность			Готовность к обсуждению проблем, комфорт / стыд при самораскрытии
Восприятие оказываемой помощи, поддержки		Субъективная ценность оказываемой помощи	Общие представления о ценности помощи в связи с проблемой; представления о рекомендациях людям в подобных ситуациях
		Оценка человека, оказывающего помощь	Представления о характере и компетенциях профессионалов в сфере психического здоровья (о способности оказать помощь); сравнение / предпочтение различных источников помощи; гипотетические рекомендации другим людям конкретных профессионалов
		Готовность принимать помощь	Готовность / способность ослабить контроль, передать часть контроля другому лицу, оценка вероятности последовать рекомендациям профессионала
Реальный опыт обращения за помощью		Наличие опыта; Позитивный / негативный характер опыта	Опыт контакта с «проводниками» к сфере психического здоровья, рабочий альянс со специалистом, реализация ожидаемых результатов, намерения о повторных обращениях, готовность рекомендовать

Продолжение Таблицы 2

Уровень	Фактор	Компоненты	Критерии (возможное содержание пунктов методик)
Средовой	Доступность	Наличие возможности получить формальную помощь	Осведомленность о возможностях, о работе системы получения помощи, экономическая доступность, транспортная доступность, включение в страховку, время ожидания приема
		Наличие возможности получить неформальную помощь	Оценивается структура и объем социальной сети и социального капитала (количество и разнообразие людей, от которых человек может получить разные виды помощи, а также степень близости с ними)
	Проксимальные культурные факторы	Влияние ближайшего социального окружения, семьи, социальных сообществ на решение обратиться за помощью	Социальные нормы обращения за профессиональной психолого-психиатрической помощью в ближайшем окружении; посещение специалистов людьми из социальной сети; наличие эпизодов самораскрытия людям в ближайшем окружении; давление или рекомендации ближайшего окружения; забота о других
	Дистальные культурные факторы	Культурно обусловленные различия в обращаемости за помощью	Отношение к негативным и позитивным эмоциям, стыд-вина, индивидуализм-коллективизм, независимость-взаимозависимость, религиозность

Индивидуальный и социально-психологический уровень анализа включают все возможные персональные установки и социально-нормативные представления об эмоциональных проблемах и помощи. Дискуссия о роли установок, в том числе, интернализованных социальных норм, в предсказании поведения, направленного на поиск специализированной психолого-психиатрической помощи, ведется уже давно. Выявлено, что установки играют роль медиаторов связи между намерением обратиться за помощью и индивидуальными и социально-психологическими факторами (социальная стигма, социальные нормы, дистресс, социальная поддержка, предыдущий опыт терапии, пол участника и др.). Эти психологические факторы вкпе с установками предсказывают 63% дисперсии намерения обратиться за помощью в проблемах с межличностными отношениями (Vogel, Wei, 2005). Еще в одном

международном исследовании показано, что аттитюдные барьеры более значимы, чем структурные, но только в случае с проблемами легкой и средней степени тяжести. В наиболее тяжелых случаях именно структурные факторы играют определяющую роль в обращаемости за помощью (Andrade et al., 2014).

Стигматизация, как разновидность предубежденности, занимает отдельную нишу в исследованиях обращаемости к специалистам в сфере психического здоровья (Gierk et al., 2018). Стигматизация – важный предиктор обращаемости, и, безусловно, должна быть одной из мишеней в программах по увеличению обращаемости. Однако она далеко не единственная, и даже не основная причина отказа от обращения. Связи стигматизации и обращаемости колеблются от слабых (интернализованная стигма) до умеренно выраженных (стигматизация терапии), по частоте указания занимая 4-е место и уступая другим факторам – страху самораскрытия и озабоченности вопросами конфиденциальности, желанию решать проблемы самостоятельно, неспособности признать потребность в помощи (Clement et al., 2015) – то есть тем детерминантам, которые находятся на индивидуальном уровне.

Тем не менее, признается, что установки влияют на все стадии процесса получения помощи – от формирования намерения и до воплощения этих намерений, а также на посещаемость консультаций и вовлеченность в них. Таким образом, изучение установок, представлений, предубеждений в сфере психического здоровья даст возможность глубже понять и другие факторы и стадии процесса поиска и получения помощи.

Помимо аттитюдов, для формирования намерения обратиться за помощью имеет значение реальный опыт позитивного контакта и доверие профессионалам, выступающим в роли «проводников» (gatekeepers) в сферу психического здоровья – это врачи общей практики, социальные работники; в студенческой среде – руководство и преподаватели (Rickwood et al., 2007).

Здесь встает вопрос о формировании доверия к экспертному знанию профессионала-психолога и / или психиатра и их институциональной среде (к социальным институтам, в которых производится их знание). Исследования показывают, что молодые люди в большей степени расположены обращаться к профильным специалистам, если у них был подобный опыт, если у них самих есть некоторые познания о психическом здоровье, и если они чувствуют себя достаточно эмоционально компетентными, чтобы поделиться своими проблемами. Негативный опыт взаимодействия с представителями помогающих профессий, напротив, замедляет процесс получения помощи. Причинами прекращения терапии (Andrade et al., 2014) называют субъективную неэффективность помощи (39,3%) и опыт негативного взаимодействия с консультантом (26,9%).

Такой средовой фактор как доступность, подразумевает финансовую, географическую, и временную доступность психолого-психиатрических услуг. К сожалению, даже если клиент связался со специалистом и договорился о приеме, это далеко не всегда значит, что он воспользуется услугой. Одна из причин этого – отсроченное обслуживание. Постановка клиента в длительную очередь после первичного обращения способствует тому, что он не только не возвращается, но и не пользуется услугой в будущем (Booth, Bennett, 2004). В одном исследовании даже посчитали, что каждый день ожидания на 150% увеличивает пропуск первой сессии (Swift, Whipple, Sandberg, 2012). Половина обратившихся за помощью, но не пришедших на первую встречу, больше не делают попыток начать лечение (Pang et al., 1996).

Очень важным является то обстоятельство, что личность функционирует не в социальном вакууме, а в контексте социальной сети, и в более широком культуральном контексте. Таким образом, можно рассматривать отдельно как проксимальные (влияние ближайшего социального окружения), так и дистальные (на уровне нации) факторы

обращаемости за помощью. Социальная среда может, например, задавать рамки понимания нормы и болезни, «проблемы».

Влияние членов ближайшего круга социальной сети человека на принятие решения обратиться к специалисту в сфере психического здоровья трудно переоценить. Нормы обращения за профессиональной психолого-психиатрической помощью (как минимум, позитивное к ней отношение) среди друзей и членов семьи – важный фактор обращаемости (Rickwood, Braithwaite, 1994). Даже единичный эпизод самораскрытия в ближайшем окружении служит надежным предиктором реального поиска помощи (Mosher et al., 2014b). Давление ближайшего окружения обратиться за психологической помощью обладает большей предсказательной силой, чем самостигматизация (Bitman-Heinrichs, 2017). Среди тех, кто обращался за помощью, 75% сделали это по рекомендации ближайшего социального окружения, а 94% были знакомы с людьми, пользовавшимися услугами специалистов в сфере психического здоровья. Также, наличие знакомых, имевших опыт обращения за психологической помощью, связано и с более позитивным отношением к обращению за помощью, и со сформированным намерением запланировать визит к психологу (Vogel et al., 2007). Ориентация на других, забота о них может также служить поводом для поиска помощи – например, для того, чтобы не быть обузой близким, чтобы не тревожить их своими проблемами (Matsui, Taku, 2016).

Культуральные и контекстуальные факторы также влияют на все составляющие процесса обращения за помощью – на то, как оценивается проблема, на вероятность обращения за помощью и на выбор источника помощи. Культуральные факторы в англоязычной литературе учитываются редко. На них чаще всего обращают внимание японские исследователи, обнаруживая кросс-культурные различия в обращении за помощью (Matsui, Taku, 2016). Описано пять элементов, ответственных за кросс-культурные различия: (1) отношение к позитивным и негативным эмоциям; (2) стыд и

вина; (3) культурно обусловленное видение себя – независимость и взаимозависимость; (4) коллективизм-индивидуализм; (5) религия. Интересные кросс-культурные различия были обнаружены во влиянии негативных эмоций на здоровье. Например, в США переживание негативных эмоций связано с высоким уровнем маркеров воспаления в крови, а в Японии – не связано. Объясняют это восприятием негативных эмоций в восточных культурах не как «проблематичных», а как «нормальных» и «неизбежных». Введенное Рут Бенедикт разделение культур на «культуры стыда» и «культуры вины» (Бенедикт, 1948, 2007) применительно к обращению за помощью, может объяснить, что вина побуждает человека меняться, а стыд – прятаться от публичности. Точно так же, индивид со взаимозависимым видением себя, будет выдвигать иные причины для посещения специалиста, нежели человек из культуры, ориентированной на независимость (например: «Это сделает счастливыми моих родных», а не «Это сделает счастливым меня»). В коллективистических культурах также может быть затруднено признание потребности в специализированной помощи, поскольку более развито чувство «мы» и социальная поддержка, а доверие институционализированной помощи подорвано (Cohen et al., 1998). В России, к слову, своя культурная специфика – самопознание не связано с необходимостью профессиональной помощи (Вайнштейн, 2015).

Таким образом, мы систематизировали 19 факторов обращаемости за помощью, на индивидуальном, социально-психологическом и средовом уровнях. Информации о том, чтобы судить об относительной значимости каждого из факторов, в литературе недостаточно. Необходимо отметить, что нет ни одного опросника, который оценивал бы намерение обратиться за психолого-психиатрической помощью комплексно. Например, опросник К. Маккензи (ATSPPHS), вошедший в использование на русском языке (Вайнштейн и др., 2015), оценивает только 7 содержательных параметров: убеждения о контроле, нормативные представления о психологических

проблемах, нормативные представления об обращении за помощью, готовность к самораскрытию, отношение к проблеме, самоидентичность в связи с проблемой, ценность помощи. Следовательно, вопрос о комплексной методике или продуманной системе методик остается остро актуальным.

## **Выводы**

Доминирующие теоретические модели, объясняющие обращение за помощью в сфере психического здоровья (например, Модель обоснованного действия, Модель убеждений в сфере здоровья, Транстеоретическая модель) имеют ряд ограничений. Они основаны, в первую очередь, на понимании формирования установок на поиск помощи и формирования «намерения» реализации поведения, однако обладают невысокой предиктивной способностью в отношении собственно поведения. Во-вторых, они не включают в себя экологические и культуральные факторы, определяющие установки и поведение на уровне сообществ и больших социальных групп. Исследования структурных и социально-сетевых предикторов обращаемости остаются единичными и разрозненными.

Мировой опыт изучения данной проблематики при проведении эмпирических исследований в отечественной социокультурной среде следует принимать во внимание лишь с учетом потенциально высокой культуральной специфичности подобных феноменов и отсутствием сравнительных отечественных научных данных о социально-психологических аспектах проблемы.

Необходимы новые научные данные о детерминации обращаемости российской молодежи за профессиональной помощью в сфере психического здоровья. При этом важно учитывать потенциальные психологические, социальные и средовые ресурсы, а также их культуральную специфику. Кроме того, актуален вопрос об особенностях детерминации поведения в области именно психического, а не соматического здоровья.

Знание о разноуровневых факторах, способствующих и препятствующих обращению молодежи за профессиональной психолого-психиатрической помощью, будет способствовать разработке высокоэффективных научно-обоснованных программ повышения обращаемости к профильным специалистам и получению помощи в адекватном объеме и качестве.

Существует объективная необходимость в валидации и апробации релевантного методического инструментария изучения феномена на российской выборке, создании единой методики или комплекса методик, способного оценить различные факторы обращения за помощью во всей полноте.

#### **Список использованных источников**

- Антонова Н.А. Установки студентов к обращению за помощью в сфере психического здоровья // Известия Российского государственного педагогического университета имени А.И. Герцена. Санкт-Петербург, 2020. № 1 (в печати).
- Бенедикт Р. Хризантема и меч. Модели японской культуры. Под ред. А.В. Говорунова; пер. с англ. Н.М. Селиверстова, изд. 2-е, стер. Санкт-Петербург, Наука, 2007. 357 с.
- Вайнштейн С.В., Бурдин М.В., Шабалин Е.Ю. Опросник отношения к обращению за услугами в сфере психического здоровья (IASMHS): результаты психометрического анализа русскоязычной версии // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология, 2015. Вып. 3(23). С. 81-96.
- Петрова А.В., Бурдин М.В. Отношение к профессиональной психологической помощи в зависимости от уровня тревоги и депрессии // Будущее клинической психологии-2016, 2016. С. 120-127.
- Попова Р.Р. Особенности первичной психологической консультации // Филология и культура, 2009. № 17-18. С. 126-128.
- Ajzen I. The theory of planned behavior: Reactions and reflections // Psychology and Health, 2011. No. 26(9). Pp. 1113-1127. URL: <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2011.613995>
- Alonso J. et al. Treatment gap for anxiety disorders is global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries // Depression and anxiety, 2018. Vol. 35. No. 3. Pp. 195-208.
- Andrade L.H. et al. Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys // Psychological medicine. 2014. Vol. 44. No. 6. Pp. 1303-1317.



- Bee-Gates D., Howard-Pitney B., Rowe W., LaFromboise T. Help-seeking behavior of Native American Indian high school students // *Professional Psychology: Research and Practice*, 1996. No. 27. Pp. 495-499.
- Bitman-Heinrichs R.L. From attitude to intent to action: Predictors of psychological help-seeking behavior among clinically distressed adults. 2017. PhD dissertation.
- Booth P.G., Bennett H.E. Factors associated with attendance for first appointments at an alcohol clinic and the effects of telephone prompting // *Journal of Substance Use*, 2004. No. 9(6). Pp. 269-279. URL: doi: 10.1080/14659890410001711715
- Clement S. et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies // *Psychological medicine*, 2015. Vol. 45. No. 1. Pp. 11-27.
- Cohen B.-Z. Measuring the willingness to seek help // *Journal of Social Service Research*, 1999. No. 26(1). Pp. 67-82. URL: [http://dx.doi.org/10.1300/J079v26n01\\_04](http://dx.doi.org/10.1300/J079v26n01_04).
- Cohen B.-Z., Guttman D., Lazar A. The Willingness to Seek Help: A Cross-National Comparison // *Cross-Cultural Research*, 1998. No. 32(4). Pp. 342-357.
- Cole B.P., Petronzi G.J., Singley D.B., Baglieri M. Predictors of men's psychotherapy preferences // *Counselling and Psychotherapy Research*, 2019. Vol. 19. No. 1. Pp. 45-56. URL: <https://doi.org/10.1002/capr.12201>
- Cornally N., McCarthy G. Help seeking behaviour: A concept analysis // *International Journal of Nursing Practice*, 2011. Vol. 17. No. 3. Pp. 280-288.
- Downs M.F., Eisenberg D. Help seeking and treatment use among suicidal college students // *Journal of American College Health*, 2012. No. 60. Pp. 104-114. URL: <http://dx.doi.org/10.1080/07448481.2011.619611>
- Freyer J., Tonigan J.S., Keller S., John U., Rumpf H.-J., Hapke U. Readiness to change versus readiness to seek help for alcohol problems: The development of the Treatment Readiness Tool (TRaT) // *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 2004. No. 65(6). Pp. 801-809. URL: <http://dx.doi.org/10.15288/jsa.2004.65.801>
- Gierk B. et al. Assessment of perceived mental health-related stigma: The Stigma-9 Questionnaire (STIG-9) // *Psychiatry Research*, 2018. Vol. 270. Pp. 822-830.
- Gourash N. Help-seeking: a review of the literature // *Am J Community Psychol.*, 1978. No. 6. Pp. 413-423.
- Halgin R.P., Weaver D.D., Edell W.S., Spencer P.G. Relation of depression and help-seeking history to attitudes toward seeking professional psychological help // *Journal of Counseling Psychology*, 1987. No. 34(2). Pp. 177-185. URL: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.34.2.177>
- Hamilton-West K.E., Milne A.J., Chenery A., Tilbrook C. Help-seeking in relation to signs of dementia: A pilot study to evaluate the utility of the commonsense model of illness representations // *Psychology, Health & Medicine*, 2010. No. 15(5). Pp. 540-549. URL: <http://dx.doi.org/10.1080/13548506.2010.487109>
- Hammer J.H., Vogel D.L. Assessing the utility of the willingness/prototype model in predicting help-seeking decisions // *Journal of Counseling Psychology*, 2013. No. 60(1). Pp. 83-97. URL: <http://dx.doi.org/10.1037/a0030449>
- Jorm A.F. Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders // *The British Journal of Psychiatry*, 2000. No. 177. Pp. 396-401.

- Keith-Lucas A. Giving and taking help (Rev. ed.). St. Davids, PA: North American Association of Christians in Social Work, 1994.
- Mackenzie C.S., Erickson J., Deane F.P. Wright M. Changes in attitudes toward seeking mental health services: A 40-year cross-temporal meta-analysis // *Clinical Psychology Review*, 2014. No. 34 (2). Pp. 99-106.
- Mackenzie C.S., Knox V.J., Gekoski W.L., Macaulay H.L. An adaptation and extension of the attitudes toward seeking professional psychological help scale // *Journal of Applied Social Psychology*, 2004. No. 34(11). Pp. 2410-2433. URL: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1559-1816.2004.tb01984.x>
- Matsui T., Taku K. A review of posttraumatic growth and help seeking behavior in cancer survivors: effects of distal and proximate culture // *Japanese Psychological Research*, 2016. Vol. 58. No. 1. Pp. 142-162.
- Mojtabai R., Olfson M., Mechanic D. Perceived need and help-seeking in adults with mood, anxiety, or substance use disorders // *Archives of General Psychiatry*, 2002. No. 59. Pp. 77-84.
- Mosher C.E., Winger J.G., Hanna N., Jalal S.I., Fakiris A.J., Einhorn L.H., ... Champion V.L. Barriers to mental health service use and preferences for addressing emotional concerns among lung cancer patients // *Psycho Oncology*, 2014b. No. 23. Pp. 812-819.
- O'Connor P.J., Martin B., Weeks C.S., Ong L. Factors that influence young people's mental health help-seeking behavior: A study based on the Health Belief Model // *Journal of Advanced Nursing*, 2014. No. 70(11). Pp. 2577-2587. URL: <http://dx.doi.org/10.1111/jan.12423>
- Pang A.H.T., Lum F.C.K., Ungvari G.S., Wong C.K., Leung Y.S. A prospective outcome study of patients missing regular psychiatric outpatient appointments // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1996. No. 31(5). Pp. 299-302. URL: [doi:10.1007/BF00787924](https://doi.org/10.1007/BF00787924)
- Pattyn E. Holding up a sociological mirror to the mental health treatment gap (Doctoral dissertation, Ghent University), 2014.
- Pescosolido B.A. Illness careers and network ties: A conceptual model of utilization and compliance // *Advances in Medical Sociology*, 1991. No. 2. P. 164.
- Pham Y.K., McWhirter E.H., Murray C. Measuring help-seeking behaviors: Factor structure, reliability, and validity among youth with disabilities // *Journal of Adolescence*. 2014. Vol. 37. No. 3. Pp. 237-246.
- Rickwood D.J., Deane F.P., Wilson C.J. When and how do young people seek professional help for mental health problems? // *Medical Journal of Australia*, 2007. Vol. 187. No. S7. Pp. S35-S39.
- Rickwood D.J., Thomas K. Conceptual measurement framework for helpseeking for mental health problems // *Psychology Research and Behavior Management*, 2012. No. 5. Pp. 173-183. URL: <http://dx.doi.org/10.2147/PRBM.S38707>
- Rickwood D.J., Braithwaite V.A. Social-psychological factors affecting seeking help for emotional problems // *Social Science and Medicine*, 1994. No. 39. Pp. 563-572.
- Sawyer M.G. et al. Do help-seeking intentions during early adolescence vary for adolescents experiencing different levels of depressive symptoms? // *Journal of Adolescent Health*, 2012. Vol. 50. No. 3. Pp. 236-242.

- Schnyder N. et al. Association between mental health-related stigma and active help-seeking: systematic review and meta-analysis // *The British Journal of Psychiatry*, 2017. Vol. 210. No. 4. Pp. 261-268.
- Swift J.K., Callahan J.L. A comparison of client preferences for intervention: empirical support versus common therapy variables // *Journal of Clinical Psychology*, (2010). No. 66(12). Pp. 1217-1231. URL: doi: 10.1002/jclp.20720
- Swift J.K., Whipple J.L., Sandberg P. A prediction of initial appointment attendance and initial outcome expectations // *Psychotherapy*, 2012. No. 49(4). P. 549. URL: doi:10.1037/a0029441
- Tinsley H.E., de St Aubin T.M., Brown M.T. College students' help-seeking preferences // *Journal of Counseling Psychology*, 1982. No. 29(5). P. 523. URL: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.29.5.523>
- Thompson A., Hunt C., Issakidis C. Why wait? Reasons for delay and prompts to seek help for mental health problems in an Australian clinical sample // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2004. No. 39. Pp. 810-817.
- Vogel D.L. et al. Seeking help from a mental health professional: The influence of one's social network // *Journal of Clinical Psychology*, 2007. Vol. 63. No. 3. Pp. 233-245.
- Vogel D.L., Wei M. Adult Attachment and Help-Seeking Intent: The Mediating Roles of Psychological Distress and Perceived Social Support // *Journal of Counseling psychology*, 2005. Vol. 52. No. 3. P. 347.
- Wang P.S., Angermeyer M.C., Borges G., Bruffaerts R., Tat Chiu W., de Girolamo G. et al. Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative // *World Psychiatry*, 2007. No. 6. Pp. 177-85.
- White M.M., Clough B.A., Casey L.M. What do help-seeking measures assess? Building a conceptualization framework for help-seeking intentions through a systematic review of measure content // *Clinical Psychology Review*, 2018. Vol. 59. Pp. 61-77.
- Wilson C.J., Deane F.P., Ciarrochi J., Rickwood D.J. Measuring helpseeking intentions: Properties of the General Help-Seeking Questionnaire // *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 2005. No. 39(1). Pp. 15-28.

## References

- Antonova N.A. Ustanovki studentov k obrashcheniiu za pomoshch'iu v sfere psikhicheskogo zdorov'ia [Attitudes of students to seek help in the field of mental health] // *Izvestiia Rossiiskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta imeni A.I. Gertsena*. St. Petersburg, 2020. No. 1 (in press). (In Russian)
- Benedikt R. Khrizantema i mech. Modeli iaponskoi kul'tury [Chrysanthemum and the sword. Models of Japanese culture]. Pod red. A.V. Govorunova; per. s angl. N.M. Seliverstova, izd. 2-e, ster. St. Petersburg, Nauka Publ., 2007. 357 p. (In Russian)
- Vainshtein S.V., Burdin M.V., Shabalin E.Iu. Oprosnik otnosheniia k obrashcheniiu za uslugami v sfere psikhicheskogo zdorov'ia (IASMHS): rezul'taty psikhometricheskogo analiza russkoiazychnoi versii [Inventory of attitudes toward seeking mental health services

- (Russian version): a pilot study of psychometric properties] // Vestnik Permskogo universiteta. Filosofii. Psikhologii. Sotsiologii, 2015. Iss. 3(23). Pp. 81-96. (In Russian)
- Petrova A.V., Burdin M.V. Otnoshenie k professional'noi psikhologicheskoi pomoshchi v zavisimosti ot urovnia trevogi i depressii [Attitude to professional psychological assistance depending on the level of anxiety and depression] // Budushchee klinicheskoi psikhologii-2016, 2016. Pp. 120-127. (In Russian)
- Popova R.R. Osobennosti pervichnoi psikhologicheskoi konsul'tatsii [Features of the preliminary psychological consultation] // Filologiya i kul'tura, 2009. No. 17-18. Pp. 126-128. (In Russian)
- Ajzen I. The theory of planned behavior: Reactions and reflections // Psychology and Health, 2011. No. 26(9). Pp. 1113-1127. URL: <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2011.613995>
- Alonso J. et al. Treatment gap for anxiety disorders is global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries // Depression and anxiety, 2018. Vol. 35. No. 3. Pp. 195-208.
- Andrade L.H. et al. Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys // Psychological medicine. 2014. Vol. 44. No. 6. Pp. 1303-1317.
- Bee-Gates D., Howard-Pitney B., Rowe W., LaFromboise T. Help-seeking behavior of Native American Indian high school students // Professional Psychology: Research and Practice, 1996. No. 27. Pp. 495-499.
- Bitman-Heinrichs R.L. From attitude to intent to action: Predictors of psychological help-seeking behavior among clinically distressed adults. 2017. PhD dissertation.
- Booth P.G., Bennett H.E. Factors associated with attendance for first appointments at an alcohol clinic and the effects of telephone prompting // Journal of Substance Use, 2004. No. 9(6). Pp. 269-279. URL: [doi: 10.1080/14659890410001711715](https://doi.org/10.1080/14659890410001711715)
- Clement S. et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies // Psychological medicine, 2015. Vol. 45. No. 1. Pp. 11-27.
- Cohen B.-Z. Measuring the willingness to seek help // Journal of Social Service Research, 1999. No. 26(1). Pp. 67-82. URL: [http://dx.doi.org/10.1300/J079v26n01\\_04](http://dx.doi.org/10.1300/J079v26n01_04).
- Cohen B.-Z., Guttman D., Lazar A. The Willingness to Seek Help: A Cross-National Comparison // Cross-Cultural Research, 1998. No. 32(4). Pp. 342-357.
- Cole B.P., Petronzi G.J., Singley D.B., Baglieri M. Predictors of men's psychotherapy preferences // Counselling and Psychotherapy Research, 2019. Vol. 19. No. 1. Pp. 45-56. URL: <https://doi.org/10.1002/capr.12201>
- Cornally N., McCarthy G. Help seeking behaviour: A concept analysis // International Journal of Nursing Practice, 2011. Vol. 17. No. 3. Pp. 280-288.
- Downs M.F., Eisenberg D. Help seeking and treatment use among suicidal college students // Journal of American College Health, 2012. No. 60. Pp. 104-114. URL: <http://dx.doi.org/10.1080/07448481.2011.619611>
- Freyer J., Tonigan J.S., Keller S., John U., Rumpf H.-J., Hapke U. Readiness to change versus readiness to seek help for alcohol problems: The development of the Treatment Readiness Tool (TRaT) // Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 2004. No. 65(6). Pp. 801-809. URL: <http://dx.doi.org/10.15288/jsa.2004.65.801>
- Gierk B. et al. Assessment of perceived mental health-related stigma: The Stigma-9 Questionnaire (STIG-9) // Psychiatry Research, 2018. Vol. 270. Pp. 822-830.

- Gourash N. Help-seeking: a review of the literature // *Am J Community Psychol.*, 1978. No. 6. Pp. 413-423.
- Halgin R.P., Weaver D.D., Edell W.S., Spencer P.G. Relation of depression and help-seeking history to attitudes toward seeking professional psychological help // *Journal of Counseling Psychology*, 1987. No. 34(2). Pp. 177-185. URL: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.34.2.177>
- Hamilton-West K.E., Milne A.J., Chenery A., Tilbrook C. Help-seeking in relation to signs of dementia: A pilot study to evaluate the utility of the commonsense model of illness representations // *Psychology, Health & Medicine*, 2010. No. 15(5). Pp. 540-549. URL: <http://dx.doi.org/10.1080/13548506.2010.487109>
- Hammer J.H., Vogel D.L. Assessing the utility of the willingness/prototype model in predicting help-seeking decisions // *Journal of Counseling Psychology*, 2013. No. 60(1). Pp. 83-97. URL: <http://dx.doi.org/10.1037/a0030449>
- Jorm A.F. Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders // *The British Journal of Psychiatry*, 2000. No. 177. Pp. 396-401.
- Keith-Lucas A. Giving and taking help (Rev. ed.). St. Davids, PA: North American Association of Christians in Social Work, 1994.
- Mackenzie C.S., Erickson J., Deane F.P. Wright M. Changes in attitudes toward seeking mental health services: A 40-year cross-temporal meta-analysis // *Clinical Psychology Review*, 2014. No. 34 (2). Pp. 99-106.
- Mackenzie C.S., Knox V.J., Gekoski W.L., Macaulay H.L. An adaptation and extension of the attitudes toward seeking professional psychological help scale // *Journal of Applied Social Psychology*, 2004. No. 34(11). Pp. 2410-2433. URL: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1559-1816.2004.tb01984.x>
- Matsui T., Taku K. A review of posttraumatic growth and help seeking behavior in cancer survivors: effects of distal and proximate culture // *Japanese Psychological Research*, 2016. Vol. 58. No. 1. Pp. 142-162.
- Mojtabai R., Olfson M., Mechanic D. Perceived need and help-seeking in adults with mood, anxiety, or substance use disorders // *Archives of General Psychiatry*, 2002. No. 59. Pp. 77-84.
- Mosher C.E., Winger J.G., Hanna N., Jalal S.I., Fakiris A.J., Einhorn L.H., ... Champion V.L. Barriers to mental health service use and preferences for addressing emotional concerns among lung cancer patients // *Psycho Oncology*, 2014b. No. 23. Pp. 812-819.
- O'Connor P.J., Martin B., Weeks C.S., Ong L. Factors that influence young people's mental health help-seeking behavior: A study based on the Health Belief Model // *Journal of Advanced Nursing*, 2014. No. 70(11). Pp. 2577-2587. URL: <http://dx.doi.org/10.1111/jan.12423>
- Pang A.H.T., Lum F.C.K., Ungvari G.S., Wong C.K., Leung Y.S. A prospective outcome study of patients missing regular psychiatric outpatient appointments // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1996. No. 31(5). Pp. 299-302. URL: [doi:10.1007/BF00787924](https://doi.org/10.1007/BF00787924)
- Pattyn E. Holding up a sociological mirror to the mental health treatment gap (Doctoral dissertation, Ghent University), 2014.
- Pescosolido B.A. Illness careers and network ties: A conceptual model of utilization and compliance // *Advances in Medical Sociology*, 1991. No. 2. P. 164.

- Pham Y.K., McWhirter E.H., Murray C. Measuring help-seeking behaviors: Factor structure, reliability, and validity among youth with disabilities // *Journal of Adolescence*. 2014. Vol. 37. No. 3. Pp. 237-246.
- Rickwood D.J., Deane F.P., Wilson C.J. When and how do young people seek professional help for mental health problems? // *Medical Journal of Australia*, 2007. Vol. 187. No. S7. Pp. S35-S39.
- Rickwood D.J., Thomas K. Conceptual measurement framework for helpseeking for mental health problems // *Psychology Research and Behavior Management*, 2012. No. 5. Pp. 173-183. URL: <http://dx.doi.org/10.2147/PRBM.S38707>
- Rickwood D.J., Braithwaite V.A. Social-psychological factors affecting seeking help for emotional problems // *Social Science and Medicine*, 1994. No. 39. Pp. 563-572.
- Sawyer M.G. et al. Do help-seeking intentions during early adolescence vary for adolescents experiencing different levels of depressive symptoms? // *Journal of Adolescent Health*, 2012. Vol. 50. No. 3. Pp. 236-242.
- Schnyder N. et al. Association between mental health-related stigma and active help-seeking: systematic review and meta-analysis // *The British Journal of Psychiatry*, 2017. Vol. 210. No. 4. Pp. 261-268.
- Swift J.K., Callahan J.L. A comparison of client preferences for intervention: empirical support versus common therapy variables // *Journal of Clinical Psychology*, (2010). No. 66(12). Pp. 1217-1231. URL: doi: 10.1002/jclp.20720
- Swift J.K., Whipple J.L., Sandberg P. A prediction of initial appointment attendance and initial outcome expectations // *Psychotherapy*, 2012. No. 49(4). P. 549. URL: doi:10.1037/a0029441
- Tinsley H.E., de St Aubin T.M., Brown M.T. College students' help-seeking preferences // *Journal of Counseling Psychology*, 1982. No. 29(5). P. 523. URL: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.29.5.523>
- Thompson A., Hunt C., Issakidis C. Why wait? Reasons for delay and prompts to seek help for mental health problems in an Australian clinical sample // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2004. No. 39. Pp. 810-817.
- Vogel D.L. et al. Seeking help from a mental health professional: The influence of one's social network // *Journal of Clinical Psychology*, 2007. Vol. 63. No. 3. Pp. 233-245.
- Vogel D.L., Wei M. Adult Attachment and Help-Seeking Intent: The Mediating Roles of Psychological Distress and Perceived Social Support // *Journal of Counseling psychology*, 2005. Vol. 52. No. 3. P. 347.
- Wang P.S., Angermeyer M.C., Borges G., Bruffaerts R., Tat Chiu W., de Girolamo G. et al. Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative // *World Psychiatry*, 2007. No. 6. Pp. 177-85.
- White M.M., Clough B.A., Casey L.M. What do help-seeking measures assess? Building a conceptualization framework for help-seeking intentions through a systematic review of measure content // *Clinical Psychology Review*, 2018. Vol. 59. Pp. 61-77.
- Wilson C.J., Deane F.P., Ciarrochi J., Rickwood D.J. Measuring helpseeking intentions: Properties of the General Help-Seeking Questionnaire // *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 2005. No. 39(1). Pp. 15-28.