

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение  
высшего образования  
«ТЮМЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
ИНСТИТУТ ПСИХОЛОГИИ И ПЕДАГОГИКИ  
Кафедра общей и социальной психологии

РЕКОМЕНДОВАНО К ЗАЩИТЕ  
В ГЭК И ПРОВЕРЕНО НА ОБЪЕМ  
ЗАЙМСТВОВАНИЯ

Заведующий кафедрой  
к.психол.н.

О.С.Андреева

3.07 2019 г.

**ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА**  
(магистерская диссертация)

ТЕМА РАБОТЫ

**ПРЕДСТАВЛЕНИЯ КЛИЕНТОВ О ФАКТОРАХ ЭФФЕКТИВНОСТИ  
ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ**

37.04.01 Психология:

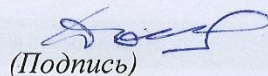
«Психологическое консультирование»

Выполнил (а) работу  
Студент (ка) 2 курса  
Очной формы обучения

  
(Подпись)

Фамилия Коробова  
Имя Екатерина  
Отчество Андреевна

Научный руководитель  
(доктор психологических наук)

  
(Подпись)

Фамилия Доценко  
Имя Евгений  
Отчество Леонидович

Рецензент  
(клинический психолог  
«Областной клинической  
больницы №2»  
(ГБУЗ ТО "ОКБ № 2")

(Подпись)



Фамилия Якушева  
Имя Любовь  
Отчество Николаевна

г. Тюмень, 2019

## Оглавление

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ .....	10
1.1. Субъективная готовность клиента к консультированию .....	10
1.1.1. Личные критерии выбора консультанта .....	10
1.1.2. Кризис доверия к помогающим сервисам в обществе .....	14
1.1.3. Практическая значимость исследования .....	15
1.2. Исследование неспецифических факторов, обуславливающих исцеление и эффективность лечения.....	17
1.2.1. Понятие о неспецифических факторах, обуславливающих исцеление и эффективность лечения .....	17
1.2.2. Исследования плацебо-эффекта в соматической медицине .....	20
1.2.3. Исследования плацебо-эффекта применительно к психическим заболеваниям .....	24
1.2.4. Исследования плацебо-эффектов в практиках, близких к психологическому консультированию .....	31
1.2.5. Сравнительная эффективность различных методов и подходов к психотерапии .....	31
1.2.6. Результаты исследований в не-плацебо логике.....	36
1.3. Теоретическая платформа исследования .....	40
1.3.1. Биологические механизмы плацебо-эффекта.....	40
1.3.2. Индивидуальные особенности пациентов, объясняющие выраженность плацебо-эффект .....	44
1.3.3. Теории плацебо .....	46
1.3.4. Факторы, обеспечивающие эффективность психологического консультирования .....	50
1.4 Выводы по 1 главе .....	54
ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ КЛИЕНТОВ О ФАКТОРАХ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ .....	57
2.1.1. Планирование исследования.....	58

2.1.2. Средства измерения зависимой переменной .....	58
2.1.3. Ход исследования .....	63
2.1.4. Обработка результатов.....	64
2.2. Обсуждение результатов.....	65
2.2.1. Вера как фактор успешности психотерапии .....	66
2.2.2. Представления о характере своего затруднения как фактор успешности психотерапии .....	75
2.2.3. Концепция терапевтического процесса (у клиента) как фактор успешности психотерапии .....	78
2.2.4 Представление об отношениях к психологу-консультанту как фактор успешности психотерапии .....	81
2.2.5. Анализ представлений клиентов о факторах эффективности психологического консультирования .....	83
2.3 Выводы по 2 главе .....	87
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	89
ЛИТЕРАТУРА .....	91
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	100
Приложение 1 .....	100
Приложение 2 .....	109

## **ВВЕДЕНИЕ**

**Актуальность.** Существует элемент недоверия пациентов к докторам (медицинской службе). ВЦИОМ отметил падение доверия россиян к врачам. Если в 2010 году медработникам доверяли 54% граждан, то в 2017 г. их число снизилось до 36%.

По данным ВОЗ, в России насчитывается 800 тысяч магов и колдунов. Профессиональных врачей в России 640 тысяч, а настоящих ученых - почти 400 тысяч. Эзотериков почти столько же, сколько врачей и ученых вместе взятых. По данным Института социологии РАН на январь 2013 года к гадалкам, экстрасенсам и магам обращаются за помощью 36 процентов россиян. Еще шесть процентов российских граждан пытаются добиться осуществления своих желаний при помощи эзотерических и магических практик. Российским врачам на рынке медицинских услуг приходится конкурировать не только со своими зарубежными коллегами, но и с экстрасенсами, это мешает развитию медицины в России. У людей есть выбор, к какому специалисту обратиться. Этот выбор зависит от того, насколько у них сформированы представления о эффективности той или иной терапии. Вероятность выбора в пользу альтернативной медицине повышается при наличии широкой сети социальных контактов (друзей и приятелей), а также при общем недоверии государственным институтам. В связи с этим актуален вопрос выстраивания такого взаимодействия с клиентом, которое способствовало бы установлению доверия клиенту психологу-консультанту. Это требует исследования представлений людей о факторах эффективности психологического консультирования.

### **Степень разработанности проблемы**

В психологической литературе аналогов работ, посвященных теоретическому осмыслению факторов, обеспечивающих эффективность психотерапии, мы не нашли. Нам пришлось опираться на соображения авторов, которые связывают тесное существование сомы и психики и изучают

субъективную сторону заболевания (Тайлор, Шевалев, 1936; Квасенко, Зубарев, 1980; Лурия 1977).

Мы ищем факторы, которые не отражаются и не рефлексированы в научных подходах, поэтому пришлось обратиться к медицине, где мы нашли аналогичные исследования по выявлению неспецифических факторов, обуславливающие эффективность лечения. Исследование неспецифических эффектов (плацебо-эффекта), обуславливающие эффективность терапии, были показаны применительно к психическим заболеваниям (Walsh et al., 2002; Brown, 1988; Greenberg et al., 1989; Kirsch et al., 2008; Lambert et al., 2004; Kirsch et al., 2002), рассмотрены в соматической медицине (Hrobjartsson et al., 2004; Wager et al., 2004; Flaten et al., 2006; Braithwaite et al., 1981; Kam-Hansen., 2014; Crow et al., 1999; Ernst, 2001). В практиках, близких к психологическому консультированию (Eysenck 1952; Grissom R.J, 1996, Craighead et al, 2005, Stub, Foss, Liodden, 2017; Kaptschuk 2002; Kirsch, 2005; Wallerstein, 1986). Можно увидеть, что в разных подходах ищут неспецифические факторы, обуславливающие эффективность терапии. Эти факторы исследованы не в полном объеме, поэтому в своей работе мы намерены выявить и объединить эти неспецифические факторы, которые могут обуславливать терапевтический эффект и в психологическом консультировании.

Психологические консультанты удивляются, что при похожих клиентских случаях консультативный процесс порой дает разные результаты и эффективность. Это можно объяснить тем, что клиент, который приходит на психологическую консультацию, уже имеет свое представление о процессе, результате, с уже сформированной готовностью к изменениям в психологическом консультировании. Таких клиентов профессиональные психологи-консультанты называют «квалифицированными», которые встречаются даже среди тех, кто впервые приходит с клиентским запросом. В доступной нам научной психологической литературе не обнаружено работ, посвященных проблеме готовности клиентов. Обнаруживается трудность

психологов-консультантов, вынужденных ограничиваться констатацией феномена готовности/неготовности клиентов и поверхностными его объяснениями. А также в понимании им конструктов готовности клиента, способности ее сформировать и эффективно использовать в своей консультативной практике. Очевидно противоречие между необходимостью объяснения и управления готовностью клиентов, с одной стороны, и практически полной неразработанностью этой темы.

**Объект** – психологическое консультирование как процесс взаимодействия консультанта и клиента.

**Предмет** – представления клиентов о факторах эффективности работы психологического консультанта.

**Цель исследования** – выявить факторы, обеспечивающие эффективность психологического консультирования в зависимости от успешности консультативной работы, и сравнить с факторами, обеспечивающее плацебо-эффект.

**Задачи:**

- 1) Провести теоретический анализ литературы, посвященный неспецифическим факторам, обуславливающие эффективность терапии (плацебо-эффект).
- 2) Теоретически описать представления клиентов о факторах эффективности психологического консультирования.
- 3) Провести эмпирическое исследование и выявить представления клиентов о факторах эффективности психологического консультирования.
- 4) Выявить факторы успешности психологического консультирования и сравнить их с неспецифическими факторами, обуславливающие эффективность терапии (плацебо-эффект).

**Теоретическая платформа** нашего исследования основывается на теории социальных представлений С. Московичи и теории обыденного сознания Е.В. Улыбиной. Под социальными представлениями мы

подразумеваем набор понятий, убеждений и объяснений, возникающих в повседневной жизни по ходу межличностных коммуникаций. «В нашем обществе они являются эквивалентом мифов и систем верований традиционных обществ; их даже можно назвать современной версией здравого смысла. Наш подход фокусируется на том, как люди думают и создают свою разделяемую реальность, а также на содержательном аспекте их мышления» (Москвичи, 1995, с. 181). Обыденное сознание понимается как «совокупность представлений, установок и стереотипов, основывающихся на непосредственном повседневном опыте людей и доминирующих в социальной общности, которой они принадлежат» (Улыбина 2001, с 91). Согласно представлениям Е.В. Улыбиной и С. Московичи представления имеют сильно выраженную мифологическую природу, обладают противоречивостью, нерациональностью, с трудом поддаются рефлексии, но не является полностью бессознательным. В данной работе мы рассматриваем представления клиентов о факторах эффективности психологического консультирования как реальное содержание, которым наполняется обыденное сознание. В нашей работе мы опираемся на исследования медицинского плацебо-эффекта, авторы выдвигают теории и факторы появления данного феномена (Walsh et al., 2002; Kirsch et al. 1998; Lambert et al., 2004; Лапин, 2000; Hróbjartsson, 2001; Ader, 1997; H. Brody, 1980).

#### **Гипотезы исследования:**

1. Факторами успешности психологического консультирования являются:

а) Доверие: вера в психологию, вера определенному психологу-консультанту: представление образа эффективного консультанта (пол, возраст, голос, качества личности), отражение веры психолога-консультанта.

б) Представления о характере своего затруднения, куда входит внутренняя картина своей трудности: представление о сущности затруднения, субъективная оценка значимости затруднения, мотивация; представление момента обращения к психологу-консультанту.

в) Представление концепции терапевтического процесса (у клиента), куда входит предполагаемые сроки решения затруднения, представление о структуре и методах работы психолога, представление о цене консультации.

г) Представление о взаимоотношениях с психологом консультантом: занимаемая позиция психолога-консультанта, ощущение поддержки со стороны психолога-консультанта.

2. Факторы, обеспечивающие эффективность психологического консультирования и медицинский плацебо-эффект, сопоставимы (схожи) между собой.

**Теоретическая новизна** заключается в выявлении представлений о факторах эффективности психологического консультирования. Показаны различия в представлениях людей с положительным опытом обращения к психологам-консультантам и людей с негативным опытом обращения к психологам-консультантам (субъективная оценка опыта самого клиента). На основании этих представлений выделены и сформулированы факторы эффективности психологического консультирования.

**Фактологическая база** в исследовании приняли участие 24 человека, из них 11 респондентов с положительным опытом обращения к психологам-консультантам, 7 с негативным опытом обращения к психологам-консультантам, 6 без опыта обращения к психологам-консультантам. Опыт обращения оценивали сами респонденты, поэтому в своей работе под эффективностью консультации мы понимаем субъективную оценку опыта клиента (положительного или негативного).

**Практическая значимость работы** Понимание представлений о факторах эффективности психологического консультирования поможет психологам-консультантам более эффективно и качественно выстраивать взаимодействие с клиентами и формировать их готовность к психологическому консультированию. Задача психолога-консультанта – научиться использовать эту готовность, тем самым расширяя возможности самого клиента самостоятельно справляться со своими трудностями.



Полученные результаты могут быть использованы при подготовке психологов-консультантов.

# ГЛАВА 1. НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

## 1.1. Субъективная готовность клиента к консультированию

### 1.1.1. Личные критерии выбора консультанта

В этом параграфе рассматривается вопрос, чем руководствуются клиенты, выбирая консультанта-психолога. Приведен обзор высказываний, опубликованных на специальных форумах, посвященных обсуждению проблемы поиска психолога. Обсуждая критерии выбора консультантов, участники часто подменяют его описанием способ поиска «своего» психолога. Поэтому, говоря критерий, мы объединяем способы и критерии поиска вместе.

**Оценка профессионализма.** Участники форума полагают, что психолог обязан грамотно преподнести себя клиенту, уметь ответить, где и как он учился тому, чем собирается помогать. Клиенты, ориентированные на профессионализм, обзванивают центры психологической поддержки, и если есть возможность, то и самих консультантов, читают на сайтах психологической помощи, как охарактеризован тот или иной специалист. Оценивают репутацию, опыт работы, стаж, стажировки и курсы повышения квалификации.

*Ирина Николаевна: «Я в первую очередь смотрю на образование, мне важно, чтобы со мной работал профессионал, а шарлатанов с липовыми корочками очень много».*

*Светлана: «Очень долго выбирала специалиста, не могу рассказывать о себе, кому попало. Для меня важно, чтобы специалист был хорошо образован, прошел современные курсы повышения квалификации»*

*Дмитрий: «Если уж идти к такому специалисту, то обязательно специально обученному и с опытом. Я вообще сразу звоню и спрашиваю, какое у него образование»*

**Отзывы.** Выбирая такой метод подбора консультанта, клиент опирается на опыт людей, уже имеющих опыт обращения к психологу. Это люди, как правило, из ближайшего окружения, со схожими проблемами. Этот человек рассказывает, как проходила работа, характеризует консультанта как профессионала своего дела. Если рассказчик впечатлил своего собеседника, то выбор делается в пользу этого консультанта, а клиент готов доверить профессионалу свои проблемы.

*«Хочу рассказать со словами искренней благодарности о моей спасительнице, психологе. До общения с ней не верила в психологию. Уговорила обратиться за помощью старшая сестра, которой я верю безоговорочно, так и пришла на прием. После смерти мужа меня одолели депрессия, бессонница и постоянный страх потери близких людей, похудела до состояния скелета, ничего не хотелось, билась со мной много, и всё исправилось к лучшему. Теперь я другой человек, появилось любимое хобби и просто новая жизнь, не хуже, чем у других».*

*«В нашем классе есть очень буйный мальчик. На него не может повлиять ни родители, ни учителя. Наконец, мы уговорили маму обратиться к психологу. Одна из родительниц водила туда сына перед школой. Уже через две недели был результат, мальчик стал менее агрессивным, а то мы уже боялись в школу ходить из-за него»*

Здесь приведены примеры успешного обращения за помощью, люди нашли специалиста, опираясь на советы тех, кто уже эту помощь получил и остался доволен. К сожалению, люди не всегда советуют обращаться к психологическим консультантам, бывают случаи, когда детям советуют снимать испуг, а взрослым порчу.

**Интуиция.** В этом случае, человек ориентируется на некие личные ассоциации, будь то симпатичное лицо, звучная фамилия, возраст или любой другой посторонний фактор. Но реальный выбор клиент делает после личной встречи, а если консультант не оправдает интуитивный выбор, человека ожидает новый поиск.

*Елена: «Мне достаточно посмотреть на человека, и я понимаю, что он мне поможет».*

*Светлана: «Я тоже выбираю интуитивно, посмотрела на человека...И сразу для себя решила, пойду или не пойду к нему»*

*Полина: «Я так даже бригаду на стройку выбираю, а тут психолог! Конечно, я должен видеть, что этот человек явно в теме»*

*Дмитрий: «Представьте, когда присылают сто резюме, а я срочно должен выбрать электрика, только и остается, что пригласить всех на личную встречу и выбрать, полагаясь на чутье. Еще ни разу, кстати, не подводило»*

Кто привык доверять внутреннему голосу, считает, что этот способ никогда не подводит. Так выбирают не только психологов, но и любых других специалистов и даже приглашают людей на работу.

**Доверие социальным институтам.** Люди обращаются в центры психологической помощи, к любому, кто принимает в данный момент и куда есть свободная запись.

*Ангелина: «Долго выбирала себе психолога. Читала отзывы, выбирала. Видимого результата не увидела. Через десять лет пришла снова в "разобранном виде" (в муниципальное учреждение), без разницы было к кому. В каком направлении работает, дипломы, сертификаты, стаж. Вы о чём?! Мне не до этого было вообще. И после первой встречи мне стало легче. Как будто начала заново ходить. Лечит, прежде всего, личность специалиста! То, что я получила в итоге дороже всех сокровищ на свете!»*

*Светлана: «Мне нужен был детский психолог, сын постоянно капризничал, вставал по ночам, отказывался спать один. В нашем городе один центр психологической помощи, где принимают детей бесплатно, записалась туда, где была свободная запись. В принципе, осталась довольна, дали кучу рекомендаций, будем выполнять»*

В критической ситуации люди идут к любому психологу, не тратя времени на долгие поиски специалиста. Если в населенном пункте мало специалистов, то выбора вообще нет.

**Цена услуги.** Существует мнение, что слишком низкая стоимость характеризует специалиста как низко квалифицированного, а слишком высокая бывает «не по карману». Большинство готово платить более крупные суммы, лишь бы им помогли восстановить душевное равновесие.

*Сергей: «Я не верю психологу, который берет за свою работу мало, скорее всего, он ничего и не знает, и только начал работать, а быть подопытным кроликом не хочу»*

*Валентина Николаевна: «Я долго прожила с мужем алкоголиком, нервная нагрузка проявилась в болях в желудке, прошла множество курсов лечения, но боль не уходит. Читала, что психологи помогают тем, кто оказался в схожей ситуации, решила попробовать. Дорого, но если проблема в этом, я готова сходить »*

*Нина Ивановна: «Меня преследуют головные боли. Обследования ничего не выявили. Я так устала от этого всего, пойду к психологу, может быть боли не от здоровья. Если это так, готова идти за любые деньги, лишь это закончилось»*

Люди готовы заплатить, если это «избавит их от проблем». Все больше людей задумывается о причинах своих недугов, особенно, если медицина оказывается бессильной помочь.

**Доверие.** Люди готовы обращаться за психологической помощью, также, если есть вера в успех и доверие к выбранному специалисту. Оно складывается из общего имиджа консультанта: образованности, репутации, стоимости услуг, умения подать себя при первой встрече. Особенно хорошо, когда человек осознает свою проблему и понимает, что помощь необходима. Но, если этого не происходит, специалист-психолог призван помочь поднять проблему на поверхность и дать возможность клиенту увидеть ее и осознать. Главным критерием для успешного общения становится доверие клиента к постороннему

человеку, готовому помочь в его трудностях. Но существует и обратная сторона вопроса.

*Евгения: «Долго выбирала, изучала дипломы, стаж, отзывы. Всё не то, сходила, ни о чём. По голове погладили и конфетку дали».*

Таким образом, **объектом** нашего исследования является: представления клиентов об эффективности работы психолога консультанта.

### ***1.1.2. Кризис доверия к помогающим сервисам в обществе***

Существует элемент недоверия пациентов к докторам (медицинской службе). ВЦИОМ отметил падение доверия россиян к врачам. Если в 2010 году медработникам доверяли 54% граждан, то в 2017 г. их число снизилось до 36%.

По данным ВОЗ, в России насчитывается порядка 800 тысяч магов и колдунов. Что касается профессиональных врачей, то их в России порядка 640 тысяч, а настоящих ученых - почти 400 тысяч, сообщил эксперт.

По данным Института социологии РАН на январь 2013 года к гадалкам, экстрасенсам и магам обращаются за помощью 37 процентов россиянок. Еще шесть процентов российских граждан пытаются добиться осуществления своих желаний при помощи эзотерических и магических практик. Стоит заметить, что поход к целителю стоит не дешевле, чем обратиться к психологу. Стоимость консультации у экстрасенса в Москве едва ли не дороже приёма у академика медицинских наук— от 1000 до 5000 руб. Лечебный сеанс стоит от 2.5 до 7 тыс. рублей. Болезнь за одно наложение рук не вылечишь, поэтому сеансов требуется минимум 10. Или больше. А если случай тяжелый (если экстрасенс заметил, что у клиента уж очень много лишних денег), то и все 10 тыс. долларов. Кроме собственно сеанса, клиенту порекомендуют приобрести за отдельную плату оберег от сглаза или специальную чудо-книжечку. Эксперты подсчитали, что ежемесячный доход целителя составляет от 3 до 40 тыс. долларов. Российским врачам на рынке медицинских услуг приходится конкурировать не только со своими зарубежными коллегами, но и с экстрасенсами. Если на лечение за границей россияне в год тратят в общей

сложности примерно 17 миллиардов долларов, то колдунам, гадалкам и магам за тот же период жители страны платят около 30 миллиардов долларов. Это мешает развитию медицины в России. Проблема доверия/недоверия остро стоит в России,

### ***1.1.3. Практическая значимость исследования***

Среди профессиональных психологов-консультантов, рассуждения на тему предоставляемых услуг как товара, нельзя назвать популярным. Сопrotивление вызывает сама идея продажи. До сих пор самый распространенный способ привлечения клиентов для психолога – личная рекомендация коллег или клиентов. Сами психологи часто плохо себе представляют, по каким критериям клиент выбирает консультанта. Начиная работать частной практикой, они часто сталкиваются с этическими затруднениями в самопрезентации себя и своих услуг.

Так, в этическом кодексе Российского психологического Общества (РПО) есть следующий пункт: «Психологу запрещается организовывать рекламу себе или какому-либо определенному методу вмешательства или лечения», в других кодексах категорического запрета на рекламу специалистам себя и своих услуг, подобно приведенному выше пункту, не было, но во многих текстах содержатся ограничения: «Они не должны содержать отклики пациентов о качестве психотерапевтических услуг или продукции; утверждения, намеренно вызывающие ложные или неоправданные ожидания благоприятных результатов либо утверждения, которые могут вызвать такие ожидания с высокой вероятностью; утверждения, необоснованно предполагающие наличие способностей, которые делают терапевта необычным, уникальным, единственным в своем роде; утверждения, намеренно апеллирующие к страхам, тревогам пациента, к эмоциям, возникающим вследствие неспособности получить предлагаемые услуги – либо утверждения, которые с высокой вероятностью могут оказаться таковыми; утверждения, относящиеся к сравнительной желательности предлагаемых услуг; утверждения,

воспринимающиеся как прямое привлечение клиентов» (Кодекс этики и профессиональной практики ЕКПП, 2009).

Психолог не может продавать свои услуги напрямую, потому как затрудняется при выборе рекламных методов, не знает, как преподнести себя и свои услуги. Это подрывает доверие к профессии. Клиенты предпочитают обращаться к экстрасенсам и магам.

### **Сравнение рекламы психологов и экстрасенсов.**

В рекламе психологических услуг в основном используется перечисление видов техник, которыми обладает специалист. У экстрасенсов в рекламе более четкая позиция, они указывают и запросы своих клиентов, и готовый результат. Ниже приведены высказывания из реальных рекламных компаний из интернета.

Реклама психологов: «консультирование индивидуальное, семейное, деловое. Направления: НЛП, клиент-центрированная терапия, индивидуальная и групповая психотерапия детей, взрослых».

«Психотерапия пар, телесно-ориентированная психотерапия, работа с телом».

Реклама экстрасенсов: «коррекция судьбы, возврат любимых, заговор на удачу»

2. Еще одна немаловажная проблема – невозможность обозначить ожидания клиента с первой встречи. Как презентовать искомый результат.

Терапевтический альянс устроен таким образом, что психолога учат не формулировать результат и не объявлять его клиенту. Желательно, чтобы клиент сам сделал правильные выводы, а психолог лишь задал нужное направление для поиска. Консультант вынужден рассматривать проблемы последовательно, одну за другой, пока клиент не будет готов принять результат, поскольку обращение к психологу предусматривает принятие ответственности за свое поведение и поступки.

3. Психолог не может обеспечить клиенту ритуал исцеления, в отличие от экстрасенса. Человеку свойственно находить чудодейственную силу для



решения своих проблем, но консультирование проходит исключительно на словах.

## **1.2. Исследование неспецифических факторов, обуславливающих исцеление и эффективность лечения**

### ***1.2.1. Понятие о неспецифических факторах, обуславливающих исцеление и эффективность лечения***

Болезнь является одним из наиболее частых и драматических событий человеческой жизни. Заболевания телесные и душевные сопровождают человека от рождения до смерти. Вся история человечества может быть представлена как история изучения заболеваний и поиска средств борьбы с ними с целью продления полноценной человеческой жизни, повышения ее качества и удовлетворенности человека собственной жизнью.

Наблюдения над людьми, страдающими хроническими заболеваниями возникли еще до появления научного медицинского знания. Они составляют неотъемлемую часть культуры каждого народа, находят отражение в сложившихся у различных народов представлениях о влиянии болезней на душевное состояние человека и, наоборот, о возможности возникновения телесных страданий (болезней) вследствие "душевных возмущений" (Мудров, 1949). Еще задолго до возникновения психосоматической проблемы как особого направления научного поиска, обыденная жизнь открыла человеку существование тесной связи между явлениями душевными (психическими) и телесными (соматическими). Но, пожалуй, более всего те из них, которые ориентированы на взаимоотношения людей, воздействие на них с целью их изменения или гармонизации. К таковым областям практики относятся всего религии, педагогика и медицина. Каждая из них, решая свои задачи, выработала особые приемы, "техники" воздействия на человека с целью изменения его душевного или физического состояния. Наиболее ранний опыт подобного рода открывает религия, использовавшая возможности влияния психики на телесные

процессы (и наоборот) в практике воздействия на человека. Э.Б. Тайлор (1989), анализируя явления первобытной культуры, отмечает, что ряд возникших в древности религиозных обрядов и церемоний, дошедших в том или ином виде до нашего времени, имеют символическое значение и используют в этой связи эмпирически зафиксированный факт связи сомы и психики. Одни из этих обрядов позволяли оказывать влияние на физическое состояние человека через воздействие на его психику, другие – изменяя физическое состояние человека, способствовали возникновению нужного душевного настроя. Они могут быть рассмотрены также как "способы искусственного возбуждения экстаза" (там же, с. 459).

В частности, рассматривая символическую функцию молитвы, он отмечает, что "от древнейших эпох культуры мы находим религию тесно связанной с экстатическими состояниями тела" (там же, с. 484). В частности, рассматривая символическую функцию молитвы, он отмечает, что "от древнейших эпох культуры мы находим религию тесно связанной с экстатическими состояниями тела" (там же, с. 484). Таковые достигаются, в частности, при помощи поста, ритуального танца, приема наркотических средств, с целью изменения телесного самочувствия. Благодаря этому наступает состояние особого "духовного" просветления. Подобные же средства используются в истории человечества и для исцеления телесных недугов и врачевания психических расстройств.

В религиозных обрядах и церемониях показан факт взаимосвязи, взаимовлияния души и тела, сомы и психики. Эта же связь стала основой для создания разнообразных психотерапевтических техник, широко применяющихся в настоящее время при коррекции психосоматических расстройств.

Тесная связь телесных и психических явлений может выражаться как в негативном, так и в позитивном влиянии одной "сферы" на другую. Эта связь обнаруживает себя наиболее отчетливо в ситуациях повышенной субъективной значимости, в состояниях чрезмерной эмоциональной "заряженности" субъекта.

Независимо от знака эмоции, такая связь либо фиксирует, упрочивает субъективный опыт, создавая возможности оптимальной ориентации в будущем; либо смягчает, нивелирует, снижает субъективную травматичность переживаемых ситуаций, позволяя человеку адаптироваться к ним и даже успешно преодолевать их. Возникающие при этом отклонения становятся почвой для образования патологических симптомов.

Для изучения субъективной стороны заболевания был введен ряд терминов, среди которых "переживание болезни", "сознание болезни", "соматонозогнозия" (Квасенко, Зубарев, 1980) и другие. Наиболее полно отражающим реальность является понятие "внутренняя картина болезни" (ВКБ). Под ВКБ А.Р. Лурия понимал "все то, что испытывает, переживает больной "всю массу "его ощущений, общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, ее причинах – весь тот огромный мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм" (Лурия, 1977).

Начиная лечение, пациент испытывает целый комплекс ожиданий, связанных с надеждой на выздоровление, с представлениями о возможных переменах в его жизни. Позитивные изменения могут происходить и за счет общих факторов – качества отношений терапевта и пациента и личностным особенностям пациента. В современной науке исследователи выделяют следующие неспецифические факторы: веру пациента в успешность лечения и способность терапевта эту веру вызывать и поддерживать, устанавливая с пациентом доверительные, теплые отношения; терапевтические отношения, адекватность и прочность терапевтического контакта, плацебо-эффекты.

Далее мы хотим рассмотреть, как проявляется действие вышеперечисленных неспецифических факторов в процессе лечения или психотерапии на примере плацебо-эффектов. Плацебо-эффект взят нами за основу исследования потому, что из всех неспецифических факторов обуславливающих исцеление и эффективность лечения, именно его действие

получило возможность фиксировать статистическими и экспериментальными методами исследования.

### *1.2.2. Исследования плацебо-эффекта в соматической медицине*

Сообщается, что плацебо улучшает субъективные и объективные результаты у 30-40% пациентов с широким спектром клинических состояний, таких как боль, астма, высокое кровяное давление и даже инфаркт миокарда. В статье 1955 года «Мощное плацебо» Н.К Бичер заключил: «Очевидно, что плацебо обладает высокой степенью терапевтической эффективности в лечении субъективных ответов, решительных улучшений, интерпретируемых по неизвестной методике в качестве реального терапевтического эффекта, в  $35,2 \pm 2,2\%$  случаев (Beecher, 1955).

В настоящее время в соматической медицине под плацебо-эффектом понимают разнообразные положительные физиологические или психологические изменения в состоянии пациента, связанные с применением плацебо – инертной фармакологической субстанции, инертной процедуры или терапевтического вмешательства (Kleinman et al., 2002). Процедура плацебо описывается как мнимое лечение, которое назначают под видом реальной терапии. Плацебо может быть фармакологическим (таблетки, растворы), физическим (манипуляции или оперативное вмешательство).

В фармакологии, чтобы подтвердить эффективность того или иного лекарственного препарата, проводят клинические испытания, которые требуют использования плацебо-контроля. Метод оценки эффективности исследуемого лекарственного препарата основан на сравнении показателей среди двух групп лиц: тех, кто принимал плацебо и тех, кто принимал оригинальный препарат.

Клинические испытания нового лекарственного препарата сводятся к следующему алгоритму: формируют 2 равнозначные выборки обследуемых лиц. Одна выборка лиц получает новый лекарственный препарат, вторая получает плацебо. Спустя некоторое время проводят оценку значимых клинических показателей, например, артериального давления, степень

выраженности болевого синдрома, температуру тела и т. д. Клинический показатель зависит от типа исследования и характеристик фармакологического препарата. Проводят сравнительный анализ между двумя группами обследуемых лиц. Если фармакологический эффект нового препарата в основной группе превышает фармакологический эффект плацебо в группе сравнения, то такое исследование подтверждает действенность исследуемого вещества. Если фармакологический эффект в обеих группах оказывается одинаков, то исследуемый препарат, как привило, признается неэффективным. Подобные исследования могут отличаться по объему выборок, условиями проведения, качеством контроля, набором исследуемых эффектов, однако сравнение двух (и более) групп без учета эффекта плацебо считается недопустимым.

Такие плацебо-исследования требуют обширных финансовых затрат, однако в конечном итоге **позволяют получить доказательную базу** для конкретного лекарственного препарата. Фармакологи используют плацебо-эффект как индикатор эффективности лекарств, и не рассматривают его как инструмент для более широкого применения. Гарвардский специалист по плацебо Ted Kaptchuk заявляет: «Мы годами добиваемся повышения эффекта лекарств, но никто даже не пытался повысить эффективность плацебо» (Kaptchuk, 2002).

Наиболее доказан плацебо-эффект в лечении болевого синдрома (Hrobjartsson et al., 2004). Основные исследования плацебо в соматической медицине сосредоточены вокруг проблемы **купирования боли**. Ярким примером таких исследований является плацебо-индуцированные изменения МРТ в *ожидании и опыте боли* (Wager et al, 2004).

В исследовании, проведенным под руководством М.А. Flaten было показано, что *ожидание улучшения* (самонастрой) уменьшает *боль*. (Flaten et al., 2006) Величина эффекта плацебо-анальгезии в их исследовании зависела от нескольких факторов: *обусловленность, ожидание* (независимо от того, оценивается анальгезия одномоментно или ретроспективно). Aslaksen с

соавторами выдвинули гипотезу, что получение эффективного лечения и *ожидание улучшения*, уменьшают нервозность и беспокойство, которые, в свою очередь, приводят к уменьшению боли (Aslaksen et al., 2011).

В одном исследовании авторы, сравнивая четыре группы людей, лечившиеся по поводу головной боли, установили, что особый смысл для пациентов содержит *название лекарственного препарата* (в силу самого лингвистического названия или через *опыт пациента* относительно названия лекарственного препарата), и сам смысл может оказывать клиническое воздействие (Braithwaite et al., 1981). Измененная с учетом эффекта плацебо маркировка лекарств изменяет исход эпизодических приступов мигрени (Kam-Hansen, 2014).

Плацебо-эффект неоднократно исследовали при *нарушениях сна* у больных с разнообразными заболеваниями. Результаты варьировались от его полного признания до безоговорочного отрицания. Было обнаружено, что многие факторы связаны с плацебо-реагированием, включая характеристики клинициста, пациента, окружающей среды и самого плацебо (Geers et al., 2007; BUCKALEW et al., 1981). Большинство этих переменных были рассмотрены в контексте модели *ожидания*, и есть некоторые данные, свидетельствующие о том, что эти факторы влияют на плацебо, реагируя на изменение ожидаемого срока. В исследованиях, оценивающих характеристики врачей общей практики, которые могли бы влиять на плацебо-эффект, отмечается, что *обезболивающий эффект плацебо усиливается авторитетом врача*, проявленным им энтузиазмом в отношении лечения, чувством уверенности, эмпатией и душевным теплом (Crow et al, 1999; Ernst, 2001).

*Ожидание получения эффективного лечения и ожидание улучшения*, уменьшают нервозность и беспокойство, которые, в свою очередь, приводят к уменьшению боли (Aslaksen et al., 2011; Petrovic et.al., 2005).

Плацебо используют не только с терапевтической, но и с диагностической целью. В клинике неврозов и психотерапии Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева плацебо применялось

Ю. Я. Тупицыным на первом этапе лечения нарушение сна. Если бессонница возникала или фиксировалась по механизму тревожного ожидания, однократное применение плацебо приводило к улучшению. Также для дезинтоксикации больного, принимавшего в течение длительного времени в связи с бессонницей. Успешным было применение плацебо также с целью создания благоприятных условий для более высокой эффективности снотворных средств (Карвасарский, 1985).

В научных исследованиях, где изучали обезболивающее действие плацебо, отмечается, что *энтузиазм* в отношении лечения, *чувство уверенности, авторитет, эмпатия* и *душевное тепло* усиливают плацебо-эффект (Crow et al, 1999; Harrington, 1999; Ernst, 2001).

***Другие исследования плацебо-эффекта*** проводились при таких заболеваниях, как Паркинсон (McRae, Cherin, Yamazaki, Diem, 2004), при применении иглоукалывания, а также при проблеме курения (Hendricks, & Brandon, 2007).

В клиническом исследовании пациентов спросили, считают ли они иглоукалывание эффективной терапией в целом и чего они лично ожидали от лечения. Пациенты с более высокими ожиданиями в отношении иглоукалывания имели больше клинических преимуществ, чем пациенты с более низкими ожиданиями, независимо от их распределения в реальных или фиктивных группах (Linde et al., 2007). Авторы сделали вывод, что на самом деле не имело значения, действительно ли пациенты проходили настоящую или фиктивную процедуру, эффективность лечения обуславливалось *верой* в иглоукалывание и *ожиданием* от него пользы.

Наконец, в клиническом испытании мезэнцефальной трансплантации плода человека (возможное лечение болезни Паркинсона в настоящее время оценивается) исследователи изучили эффект этого лечения по сравнению с плацебо-лечением в течение 12 месяцев. Они также оценивали воспринимаемое пациентом назначение либо активного (имплантация ткани плода), либо плацебо-лечения (хирургическое вмешательство). Не было никаких различий

между группами трансплантации и ложной хирургии по нескольким показателям результата, таким как показатели физического состояния и качества жизни. Тем не менее, предполагаемое назначение группы лечения оказало благотворное влияние на общий результат, и эта разница сохранялась через 12 месяцев после операции. Пациенты, которые полагали, что получили трансплантированную ткань, имели значительные улучшения как в качестве их жизни, так и в двигательных результатах (McRae et al., 2004).

Исследователями было обнаружено, что ответы плацебо (например, изменения артериального давления) были выше, когда участники сильно желали ответа (например, повышение энергии от спортивного напитка), поэтому были задействованы мотивационные факторы (Irmark et al., 2005).

Облегчение приступов стенокардии – один из «классических» примеров положительного плацебо-эффекта (Лапин, 1990; Лапин, Анналова, 1997; Wolf, 1959; Shapiro, 1978; Bienenfeld et al., 1996).

В заключение надо сказать, что эффекты плацебо в соматической медицине изучались и наблюдались в отношении ряда состояний, таких как *боль, нарушения сна, и болезнь Паркинсона* (Benedetti, 2009). Выявлено, что эффекты плацебо могут влиять на иммунную систему и эндокринную систему и могут способствовать некоторому терапевтическому эффекту. Однако появление данных эффектов непостоянно и не поддается планированию, что сильно уменьшает возможности их целенаправленного использования как терапевтического метода лечения.

### ***1.2.3. Исследования плацебо-эффекта применительно к психическим заболеваниям***

Большинство исследований плацебо-эффекта в психиатрической практике направлены на сравнение плацебо-эффекта с эффективностью антидепрессантов и лечении больных с алкогольной зависимостью.

Проведенный В.Т. Walsh и коллегами в 2002 г. систематический обзор 75 рандомизированных контролируемых испытаний эффективности



антидепрессантов наглядно продемонстрировал, что почти у половины пациентов, получавших плацебо, состояние значительно улучшилось). Исследования, изучающие использование эффекта плацебо в антидепрессантах, показало, что за последние 20 лет размер плацебо-ответа резко увеличился вместе с размером эффекта для антидепрессантов (Walsh, Seidman, et al., 2002). Одна из интерпретаций этого результата заключается в том, что общественность все больше осознает психофармакологические вмешательства через такие источники как средства массовой информации. Фармацевтические компании значительно расширили маркетинг антидепрессантов, а осведомленность и принятие этих препаратов для лечения психологических расстройств, таких как депрессия, возрастает. Возможно, повышение осведомленности и изменение общественного восприятия привело к широкому распространению психофармакологических препаратов с терапевтической выгодой. Эти результаты подчеркивают важность опыта в формировании эффектов плацебо.

Антидепрессивный плацебо-эффект колеблется от 30 до 40% случаев. У больных с более короткими и менее глубокими эпизодами он может достигать 50% и быть практически неотличимым от наиболее эффективных антидепрессантов (Brown, 1988). Ни один из видов психотерапии не превосходил плацебо по величине и качеству антидепрессивного эффекта. В целом на фоне плацебо улучшение наступало примерно у одной трети депрессивных больных, а в процессе приема антидепрессантов у двух третьих (Greenberg, Fisher, 1989). Более быстрый, чем обычно, выход из депрессии может быть и не плацебо-эффектом; он зависит также от определенных черт личности, невербальных межличностных процессов (Geerts, Bouhuys, 1998).

В 1998 R. Sapirstein & Kirsch провели мета-анализ, целью которого стала оценка эффекта плацебо при депрессии. Авторы искали исследования, в которых пациенты с депрессией (MDD) были рандомизированы на группы, получавшие антидепрессанты и плацебо, психотерапию или не получавшие никакого лечения. Авторы включили исследования с применением

психотерапии, поскольку только в них пациентов рандомизировали на группы, не получавшие лечения, Это условие было необходимым для оценки эффекта плацебо. В группах пациентов, принимавших лекарственные препараты, состояние здоровья улучшилось на 33% больше, чем в группах, получавших плацебо. Но у последних состояние улучшилось на 200% больше, чем в группах, не принимавших никакого лечения. По их расчетам эффект можно приписать плацебо-эффекту (Kirsch et al., 1998; Lambert et al., 2004).

Этот мета-анализ стал довольно противоречивым, а его публикация привела к жаркой дискуссии. Критики утверждали, что приведённые данные наверняка неточны.

Отвечая на эту критику, Kirsch и другие решили повторить это исследование на другом наборе клинических исследований (Kirsch, Moore, Scoboria & Nicholls, 2002), использовав Акт о свободе информации и обратившись в FDA с требованием предоставить данные, полученные от фармацевтических компаний при регистрации шести новых антидепрессантов, которые на то время пользовались популярностью у врачей.

У этого подхода был ряд преимуществ. Во-первых, FDA требует, чтобы фармкомпании предоставляли информацию обо всех спонсированных ими клинических исследованиях. Таким образом, исследователи получили данные не только об опубликованных, но и о неопубликованных исследованиях. Во-вторых, во всех этих исследованиях использовался один и тот же инструмент оценки результата – шкала депрессии Гамильтона (HAM-D). Это облегчало понимание клинической важности различий между препаратом и плацебо. В-третьих, эти данные являлись основанием для одобрения препаратов. Если с данными было что-то не то, само решение об одобрении препаратов могло быть поставлено под сомнение.

В данных, предоставленных FDA, лишь 43% исследований показали статистически значимое преимущество антидепрессантов по сравнению с плацебо. Оставшиеся 57% исследований были безуспешными или имели

негативные результаты. Исследования показали, что **ответ плацебо составлял 82% от общего эффекта антидепрессантов**. Впоследствии Kirsch и коллеги повторили этот метаанализ на большем количестве исследований, поданных в FDA (Kirsch et al, 2008). Учитывая эти расширенные данные, они снова обнаружили, что 82% эффекта препарата воспроизводились при приёме плацебо. Что важнее, в обоих мета-анализах среднее расхождение между влиянием препарата и плацебо составляло менее 2 баллов по HAM-D, а стандартизованное среднее расхождение (SMD) составило 0,32. Национальный институт клинического совершенствования (NICE), который составляет рекомендации по лечению в Объединённом Королевстве, в качестве критериев клинической эффективности препарата установил порог в 3 балла по HAM-D между эффектами препарата и плацебо. Таким образом, когда опубликованные и неопубликованные данные были проанализированы вместе, они не показали значимого преимущества антидепрессантов перед плацебо. Эти результаты были неоднократно подтверждены, но, несмотря на различия в обработке данных цифры удивительно схожи. SMD варьируется между 0,30 и 0,34, а разница по баллам HAM-D остаётся в пределах 3 баллов (Fournier et al., 2010; NICE, 2004; Turner, Matthews, Linardatos, Tell & Rosenthal, 2008).

### ***Панические атаки***

Антипанический эффект плацебо отмечен по тем же критериям эффективности, по которым оценивают современные препараты (алпразолам, имипрамин, серотониновые антидепрессанты), частота панических атак, страх, растерянность, беспокойство, нарушения сна, сердцебиения, вегетативно-сосудистые симптомы и др. (Орликов, 1994).

Плацебо-эффект в среднем отличался от лекарственного более быстрым началом и меньшей продолжительностью (Dager. et al., 1990).

Больные с паническими атаками, реагирующие позитивно на плацебо, отличаются рядом черт личности и клинических характеристик (Rosenberg, et al., 1991). Не найдено связи между личностными чертами и спонтанными

паническими атаками. Больше патологических отклонений в чертах личности установлено у пациентов, которые прекращали прием плацебо уже через 3 недели, чем у тех, кто принимал плацебо дольше.

По опыту наблюдений исследователей, известно, что предсказать у конкретного пациента улучшение после плацебо практически невозможно. Больные, у которых почти неизменным был значимый лечебный эффект от одного препарата, например алпразолама, часто не реагировали на препараты других групп, например имипрамин, высокоэффективные у других больных с весьма сходной симптоматикой. Пациентов можно разделить на «алпразолам-чувствительных» и «имипрамин-чувствительных». Замена на короткий срок имипрамина на плацебо чаще всего не сопровождалась ухудшением состояния, но замена алпразолама почти всегда сказывалась возобновлением панических атак, хотя и намного меньшей интенсивности. Мы можем предположить, что возможно есть факторы, которые не учтены. Например, сформированное представление пациентов именно о конкретном препарате.

### ***Шизофрения и плацебо***

Использование плацебо для контроля эффективности фармакотерапии больных с острой и хронической шизофренией разрешено официальными инстанциями Канады и США со ссылками на этические и научные основания (Addington D., 1995). Положительный плацебо-эффект у больных хронической шизофренией отличался от такового у больных с тревожными состояниями и паническими атаками прежде всего тем, что он был постепенным (проявлялся через несколько недель), то есть не быстрым в течение нескольких дней.

*Пример.* На протяжении 12 недель наблюдали больных шизофренией, получавших плацебо, в результате чего выделили группу плацебо-реакторов и группу плацебо-нереакторов. Больные этих групп не отличались ни по одному из 16 отобранных анамнестических или симптомных параметров. Положительный плацебо-эффект не удалось предсказать ни по одному из показателей. Анализ опубликованных в 1979-1990 годы 40 журнальных статей об использовании плацебо в контролируемых исследованиях 8-недельного

лечения больных шизофренией показал, что при острой и хронической шизофрении у 500 больных улучшение после приема плацебо возникало на 3-й неделе и достигало максимума к 4-5-й неделе. Положительный плацебо-эффект снижался к 7-8-й неделе. С помощью краткой шкалы психиатрического рейтинга определили, что ослабление психопатологической симптоматики под влиянием плацебо не превышало 10%.

При острой шизофрении положительный плацебо-эффект также значителен и варьирует в зависимости от многих причин: критериев оценки, уровня согласия (compliance), личности врача и его отношения к больному и к лекарству и др. (Addington D., 1995). Данных о том, насколько быстро развивается положительный плацебо-эффект при острой шизофрении, в литературе мы не нашли.

Эффективность лечения больных неврозами с помощью плацебо и психотропными препаратами оказалась весьма сходной.

И.П. Лапин и А.В. Рубитель отметили, что отрицательные плацебо-эффекты встречались среди испытуемых-студентов с частотой 3,3%, а среди психически больных — 10,7%. *Ожидание* побочного эффекта, основанное на опыте приема лекарств, совпадало у части больных с отрицательным плацебо-эффектом (например, сухость во рту или тошнота) (Лапин, Рубитель, 1987).

### ***Плацебо-эффект и алкоголизм***

Исследование было выполнено в Ленинградском областном наркологическом диспансере (Лапин и др., 1994). Таблетки плацебо назначались каждому больному одним и тем же врачом, с одинаковым кодом (под названием «КОС») и с одинаковой инструкцией («КОС» — это безопасный препарат, близкий по действию к витаминам).

Персонал не знал, что больные получают плацебо. Плацебо-реактивность тестировали трижды с интервалом в 10 дней. Заполнение анкеты больным проводилось в одинаковых условиях. Тем самым авторы старались свести к минимуму колебания условий. Отношение больных к «препарату» (плацебо) было в основном достаточно индифферентным. Значительных различий в

состоянии и самочувствии больных между тремя днями исследования клинически не отмечено.

Плацебо-реакторами считали лиц, отметивших минимум одно изменение в своем самочувствии и состоянии. Такой критерий намного мягче, чем применявшийся раньше (Лапин, 1996) — минимум три плацебо-реакции. Однако, он совпадает с обычными критериями, известными по литературе (Shapiro, 1978).

При первом тестировании примерно 40% больных оказались плацебо-реакторами. Результаты были одинаковыми через 1 час и 24 часа после приема плацебо. Наблюдавшаяся частота плацебо-реакторов примерно соответствует таковой у больных с разными заболеваниями (Лапин, 1990; Shapiro, 1978). Среди плацебо-реакторов 20-30% были положительными, то есть отметившими улучшение в самочувствии и состоянии. Наименьшую подгруппу у больных алкоголизмом (6%), как и у других категорий здоровых и больных, составляли отрицательные плацебо-реакторы — лица с жалобами на ухудшение.

Из 21 плацебо-реактора у 11 при втором и третьем тестировании не было зарегистрировано плацебо-эффектов за 1 час самонаблюдения. Так же было и через 24 часа. Плацебо-нереакторы оказались достоверно более стабильными, чем плацебо-реакторы: из 29 плацебо-нереакторов только у 6 в последующих пробах появились плацебо-эффекты. Как отмечено выше, плацебо-нереакторы отличаются от плацебо-реакторов и тем, что у них абсолютно стабильно предпочтение цвета в тесте Люшера, в то время как у примерно половины плацебо-реакторов оно нестабильно. Плацебо-нереакторы предпочитали синий цвет, показывающий, если довериться принятым интерпретациям, стабильность, уравновешенность, релаксацию (Лапин, 1996). По клиническим наблюдениям, плацебо-нереакторы отличаются от плацебо-реакторов меньшей контактностью, меньшей доброжелательностью, меньшей сговорчивостью или податливостью, иными словами, более низким согласием или сотрудничеством (compliance) с врачом и персоналом.

#### ***1.2.4. Исследования плацебо-эффектов в практиках, близких к психологическому консультированию***

Проблема разграничения психологического консультирования и психотерапии особенно остро стоит в России в связи с тем, что долгое время российское законодательство признает право заниматься психотерапией только для людей, имеющих высшее медицинское образование, т.е. врачей. До сих пор идет борьба между психотерапевтами-врачами и психотерапевтами-психологами за равные права в данной области деятельности. Стоит заметить, что в других странах этой границы практически нет. Психотерапия и психологическое консультирование рассматриваются как два вида клиничко-психологического вмешательства, имеющие различные цели и средства воздействия, выполняющие различные функции, различающиеся по длительности и интенсивности, но имеющие общую теоретическую основу, в качестве которой выступает научная психология (Исурина, 2017), поэтому ниже мы будем рассматривать психотерапию как практику, по сути родственную психологическому консультированию.

#### ***1.2.5. Сравнительная эффективность различных методов и подходов к психотерапии***

Количество психотерапевтических школ и техник постоянно растет. Так, в начале 60-х годов было описано около 60 различных разновидностей психотерапии, в середине 70-х их число выросло до 130, к концу 70-х превысило 250. По последним данным, известно и осуществляется на практике около 400 разновидностей психотерапии для взрослых пациентов и примерно 200 – для детей и подростков. Сейчас профессиональный интерес к исследованиям эффективности психотерапии связан с ростом общественного интереса к этой отрасли. Например, в США к вопросам эффективности и стоимости такого лечения привлекло профессиональное, общественное и законодательное включение психотерапии в государственную программу

здравоохранения. Страховые компании покрывают большую часть расходов, именно они являются основными заказчиками на исследования, направленные на сравнительную эффективность различных методов и подходов в психотерапии. Необходимость объективной оценки психотерапии возникла еще с начала 50-х гг., когда Н. Айзенк доказал с помощью исследований, опубликованных другими авторами, что психотерапия по результатам не более эффективна, чем пребывание больных в больницах, т.е. без систематической психотерапии кроме бесед с врачами. Он настаивал на том, что психотерапия не эффективнее, чем спонтанная ремиссия (Eysenck 1952). Позиция Н. Н. Айзенк вызвала резкий протест со стороны практикующих психотерапевтов: Б. Сингер с М. Луборски опубликовали первичный мета-анализ ряда исследований и показали, что эффект психотерапии положительно отличается от спонтанной ремиссии (Luborsky, Singer 1975) Этот результат успокоил всех психотерапевтов. Пытаясь ответить на вопрос "какой вид психотерапии эффективнее?", ученые проанализировали некоторые исследования, в которых сравнивались виды психотерапии. Статистически значимой разницы в эффективности используемых психотерапевтических подходов авторы не нашли. Их резюме: " Все выиграли и всем положен приз" "Everyone has won and must have prizes" (Там же).

Позже, при использовании мета-аналитической технологии обобщения результатов разных исследований были получены противоречивые данные: от отсутствия различий в эффективности (Smith et al., 1980), до признания незначительного, но стойкого преимущества когнитивных и бихевиоральных подходов (Shapiro, 1982).

В середине 1950-х годов психологи начали интегрировать двойное слепое плацебо-контролируемое исследование в исследованиях, тестирующих психологические методы лечения (Rosenthal & Frank, 1956). Первым крупным проектом в исследовании эффективности психотерапии стал так называемый Меннингеровский проект, проведенный в США в 1950-х годах (Norcross et al., 2006). Теоретико-методологический принцип этого исследования



сформулирован автором итогового отчета R. Wallerstein: «Исходя из теоретических соображений мы считаем, что процесс и результаты психотерапии необходимым образом связаны между собой, и что эмпирическое исследование, которое позволит дать ответ на многие вопросы, должно уделять одинаковое внимание обеим сторонам. В любом исследовании, направленном на изучение результатов, должны быть сформулированы критерии улучшения, ориентированные на характер заболевания и процесс изменения» (Wallerstein, 1986). Сторонники лабораторно-ориентированных исследований психотерапии (efficacy studies) строго следуют парадигме рандомизированных контролируемых исследований и рассматривают эту часть доказательной медицины. В настоящее время почти безраздельно господствует эта методологическая установка в исследованиях психотерапии (Холмогорова, 2009).

Влияние философии позитивизма в современной медицине, а также давление страховых компаний, заинтересованных во вложении средств в экономичное и эффективное лечение и настаивающих на выработке ясных и простых критериев последнего, привело, с одной стороны, к значительному организационному усложнению и интенсификации исследований эффективности психотерапии, а с другой – к их упрощению и унификации на основе единых принципов «медицины, основанной на доказательствах» (evidence based medicine) (там же). Современным стандартом оценки эффективности терапии, в соответствии с принципами доказательной медицины, являются рандомизированные контролируемые испытания.

Альтернативный методологический принцип гласит, что организация психотерапевтического процесса должна быть максимально естественной и больные должны распределяться на разные виды психотерапии по показаниям, а не в случайном порядке (Wallerstein, 1986). В дальнейшем этот тип методологии исследований эффективности психотерапии определяют как «естественный» (naturalistic study) Сторонники этого направления не одобряют практику разработки протоколов и парадигму рандомизированных

контролируемых исследований; они выступают за «натуралистические» эмпирические исследования в реальных терапевтических условиях, которые изучают связь процесса и конечных результатов.

Один из наиболее известных и заслуженных исследователей в области исследования психотерапии Д. Орлинский прямо пишет о некорректности перенесения ряда исследовательских принципов современной доказательной медицины на психотерапию в силу ее специфических особенностей как метода помощи. Он иронически замечает, что «область исследований психотерапии надела «парадный костюм» (trapping) «нормальной науки по Куну, т.е. выработала общепризнанную модель проведения исследований или парадигму» (Orlinsky, 2007, с. 11).

В.Е Уомполд с соавторами (Wampold et al., 1997) просмотрели 277 исследований, проведенных между 1977 и 1995 годами, и обнаружили, что ни один метод терапии не показал преимуществ в своей эффективности. В исследование Real World Study, проведенное Human Affairs International, было привлечено более 2000 психотерапевтов и 20000 пациентов. Исследователи обнаружили, что результаты терапии из 13 разных терапевтических концепций не отличались между собой. Вердикт птицы додо, известный в германоязычной литературе как «парадокс эквивалентности исследований разных видов психотерапии», в соответствии с которым ни один метод психотерапии в общем не имеет преимуществ перед другим, является одним из наиболее проверенных результатов исследований психотерапии. В. Чушке с коллегами объяснил и показала, что в пределах 1-15% вариабельности относится к собственно терапевтическому методу, 7% – к терапевтическому альянсу (который не учитывается в доказательных исследованиях), тогда как 40% относятся к переменным пациента (личная восприимчивость к терапии, мотивация к терапии, специфические качества расстройства, выраженность страдания и т.д.); более того, внетерапевтические переменные (включая переменные пациента) составляют 87%. Авторы подчеркивают, что доказательные исследования вращаются вокруг лишь вариабельности 1-15%

(техника терапии), в то время как игнорируются все остальные аспекты (Tschuschke, 2010).

Многие методы терапии не участвовали в рандомизированных контролируемых исследованиях (или не желают в них участвовать). Психодинамическая, клиент-центрированная, семейная терапия не рассматривается в прямом сравнении с поведенческими и когнитивно-поведенческими направлениями терапии. В Чушке объяснил эту закономерность тем, что они имеют обширный и целостный канон базовых гипотез, которые используются в течение долгого времени, а также обладают обширной традицией эмпирических исследований, однако отвергают парадигму рандомизированных контролируемых исследований (психодинамическая, клиент-центрированная, семейная терапия). Они не рассматриваются в прямом сравнении с поведенческими и когнитивно-поведенческими направлениями терапии именно потому, что используются при смешанных расстройствах (например, при социальной дезадаптации, сочетании большой депрессии с тревожным расстройством). И всё же, если указанные выше формы терапии сравнивать с поведенческими или когнитивно-поведенческими формами терапии, аналогичные эффекты наблюдаются в 41 из 49 эмпирически обоснованных исследований (Tschuschke 2010). Указанные исследователи сделали вывод, что эмпирические исследования в логике рандомизированных контролируемых исследований не только ничего не говорят о психотерапии, они, напротив, могут вводить в заблуждение и формируют искажённый образ психотерапии, поскольку описывают психотерапевтические реалии очень предвзято. А именно (Tschuschke 2010, с 26):

1. В большинстве случаев предвзятость исследователей сознательно или бессознательно ведёт к подтасовке результатов.
2. Нет репрезентативных пациентов, которые обращаются за терапией; напротив, те, кого отбирают для исследований, не являются репрезентативными (нет внешней валидности).

3. Сложные расстройства «типичных» пациентов, которые обращаются к психотерапевтам, исключаются из РКИ (нет внешней валидности).
4. Проведение контролируемых исследований (контроль переменных, оказывающих влияние) невозможно.
5. Рандомизация невозможна.
6. Контроль при помощи плацебо в психотерапии невозможен (а тем более двойные слепые исследования).
7. Психотерапевтическое лечение на основе протоколов не имеет смысла и не является эффективным, поскольку делает свободные, спонтанные интервенции невозможными и поскольку берёт за основу «стандартных» пациентов и рассматривает отношение терапевта к протоколу как более важное, нежели отношения терапевт-пациент; а также поскольку оно рассматривает психотерапию как хирургическую технику, таблетку, которую можно принимать в предписанный момент.

И. Кирш отметил, что **идея оценки эффективности психотерапии путем контроля неспецифических или плацебо-факторов основана на ошибочной аналогии и должна быть оставлена<sup>1</sup>** (Kirsch, 2005). Попытка развести эффект от психотерапии и плацебо эффект поставлен возможно неверно, мы можем предположить, что плацебо по своим сущностным механизмам схож с психотерапией.

#### ***1.2.6. Результаты исследований в не-плацебо логике***

Ряд авторов предложили в качестве плацебо рассматривать наиболее общие факторы психотерапии – такие как *выражение тепла, поддержки, внимания*. Наиболее всеохватывающим в этой области считается исследование Р. Гриссома, который обобщил 46 мета-анализов и показал превосходство психотерапии как над контрольной группой пациентов, которые находились в ожидании лечения, так и над пациентами, получавшими вместо специфических

---

<sup>1</sup> Выделено нами

форм психотерапии плацебо, то есть поддерживающие беседы (Grissom R.J, 1996)

В. Грейхед с коллегами предположили, что неспецифические факторы объясняют влияние всех психологических методов лечения. По их мнению, адекватные исследования неспецифические эффекты станут «ранее неопределенными эффектами». То есть все вмешательства могут иметь некоторые неспецифические компоненты, но при тщательной работе по определению того, что эти компоненты и тестируют, чтобы продемонстрировать их влияние, они становятся определенными факторами, которые, как известно, являются активными компонентами вмешательства. Принимая эту позицию, они признают, что результаты психологического лечения являются результатом как специфических, так и *неспецифических* факторов, а также их взаимодействия (Craighead et al, 2005). И их точки зрения «неспецифические» факторы, такие как *ожидания пациентов и терапевтические альянсы пациента* и клинициста обладают мощными «неспецифическим» эффектами, которые должны учитываться в большинстве успешных психологических вмешательств.

Норвежские ученые определяют «эффект плацебо как лечебную силу пациента» (Stub, Foss, Liodden, 2017). Терапевты проводят значительное время со своими пациентами, особенно на первой консультации. Связь между пациентами и их терапевтами важна для повышения сознания и активации силы самовосстановления пациента. Успешность консультации они приписывают плодотворным отношениям *между терапевтом и пациентом. Позитивные убеждения и ожидания пациентов* относительно лечения играют значительную роль в процессе терапии. Чем больше терапевт надеется на успешность лечения, тем легче пациенту верить в эффективность терапии (*там же*).

Т. Каптчук заметил, что основная медицина игнорирует клиническое значение эффекта плацебо от нетрадиционной медицины, и предположил, что эффекты плацебо от нетрадиционной и основной медицины являются спектром неспецифических эффектов в отношениях между пациентом и врачом, включая

внимание, сострадательный уход, модуляция ожиданий, беспокойства и самосознания. Автор выделяет пять компонентов плацебо-эффекта: пациент, врач, их взаимодействие, характер болезни, лечение. Терапевтические паттерны, которые усиливают эффект плацебо, особенно заметны в нетрадиционном исцелении (Kaptchuk 2002).

Понимание неспецифических факторов позволяет психологу осознанно делать свою работу и понимать, от чего именно клиенту становится легче, использовать механизмы лечебного воздействия в работе с клиентом своевременно и целенаправленно. А также делать понятным этот процесс клиенту.

Подводя итог обзору исследований неспецифических факторов терапии (плацебо-эффекта), следует отметить, что отдельно в соматической медицине было показана взаимосвязь между *ожиданием* улучшения (самонастрой) и уменьшением боли, величина эффекта плацебо-анальгезии зависит от *обусловленности, ожидания*.

В лечении головной боли установили, что особый смысл для пациентов содержит *название лекарственного препарата*, а также *опыт пациента*, отмечается, что обезболивающий эффект плацебо усиливается авторитетом врача.

Фармакологи используют плацебо эффект как индикатор эффективности лекарств, и не рассматривают его как инструмент для более широкого применения.

Исследования, где плацебо сравнивалось с антидепрессантами, показали, что ответ плацебо составлял 82% от общего эффекта антидепрессантов.

Традиционный подход к пониманию плацебо применительно к психотерапии дает свои сбои, и исследователи приходят к выводу, что подход к исследованию плацебо, который используют применительно к соматическим и психическим заболеваниям, не срабатывает в психотерапии. В исследованиях (Kaptchuk 2002, Liodden, 2017, Craighead et al, 2005) показаны сложность

факторов и множественных механизмов, участвующих в обеспечении плацебо-эффекта. Это помогает объяснить различия в выраженности эффекта, описанные в литературе, авторы предполагают необходимость в создании комплексной модели плацебо.

Таким образом, обнаруженная область неполных знаний может быть очерчена как система целого ряда представлений и ожиданий клиента, независимо от того как пройдет терапия.

Подводя итог обзору исследований неспецифических факторов терапии (плацебо-эффекта), следует отметить, что отдельно в соматической медицине было показана взаимосвязь между ожиданием улучшения (самонастрой) и уменьшением боли, величина эффекта плацебо-анальгезии зависит от обусловленности, ожидания.

В лечении головной боли установили, что особый смысл для пациентов содержит название лекарственного препарата, а также опыт пациента, отмечается, что обезболивающий эффект плацебо усиливается авторитетом врача.

Фармакологи используют плацебо эффект как индикатор эффективности лекарств, и не рассматривают его как инструмент для более широкого применения. Исследования, где плацебо сравнивалось с антидепрессантами, показали, что ответ плацебо составлял 82% от общего эффекта антидепрессантов.

Традиционный подход к пониманию плацебо применительно к психотерапии дает свои сбои, и исследователи приходят к выводу, что подход к исследованию плацебо, который используют применительно к соматическим и психическим заболеваниям, не срабатывает в психотерапии. В исследованиях показаны сложность факторов и множественных механизмов, участвующих в обеспечении плацебо-эффекта. Это помогает объяснить различия в выраженности эффекта, описанные в литературе, авторы предполагают необходимость в создании комплексной модели плацебо.

Таким образом, обнаруженная область неполных знаний может быть очерчена как система целого ряда представлений и ожиданий клиента, независимо от того как пройдет терапия.

### **1.3. Теоретическая платформа исследования**

#### ***1.3.1. Биологические механизмы плацебо-эффекта***

Многие исследователи подтвердили роль эндо-опиоидной системы организма в реализации плацебо-эффекта при анальгезии. Группа ученых (Petrovic et al, 2002) обнаружила, что плацебо и агонист опиоидных рецепторов ремифентанил влияют на одни и те же области головного мозга, что дало возможность предположить, что механизм плацебо обезболивания и опиоидная анальгезия имеют одинаковый способ действия. Они были пионерами в использовании нейровизуализации для исследования плацебо-эффекта. Использовались возможности функциональной магнито-резонансной томографии, чтобы получить данные об активности отделов головного мозга во время реализации плацебо. Многие исследователи использовали данные методы для раскрытия механизмов реализации плацебо (Bingel, 2005; Eippert, 2009). С помощью этих методов были получены фундаментальные данные в понимании плацебо анальгезии и сведения о функциональной нейроанатомии обезболивающих плацебо-эффектов (Benedetti, 2013).

В исследовании с помощью функциональной магнитно-резонансной томографии экспериментально индуцированной боли у здоровых людей, Т. Вагер с коллегами обнаружили, что плацебо-обезболивание связано со снижением активности нейронов в таких областях обработки информации о боли в головном мозге, как таламус, передняя островная кора и передняя поясная кора. Была установлена корреляция между снижением активности нейронов в этих областях и снижением уровня ощущаемой боли, авторы также установили, что активация этих областей головного мозга происходит не



только во время того как пациент испытывает боль, но и во время ожидания боли (Wager, 2005).

Таким образом, у человека есть физиологические ресурсы и нейронные процессы, которые способны обеспечить плацебо-эффект – по меньшей мере в области анальгезии.

Л. Колока с соавторами приводят схему, в которой показывают, как *слова лечащего персонала*, наблюдение за пациентами, получившими положительных эффект от лечения и *предварительное обусловливание* повышает активность в разных участках головного мозга; этим вызывается сильное *ожидание* положительного эффекта, и как следствие в нервную систему транслируются импульсы, которые приводят к высвобождению эндогенных опиоидов и дофамина, вследствие чего создается анальгетический эффект (Colloca et al, 2011).

Д. Бенедетти рассматривает плацебо как уникальное эволюционное явление, проявляющееся в результате *взаимодействия врача и пациента*, а также окружающих, социального взаимодействия и ритуалов. Он выделяет несколько этапов в развитии отношений между пациентом, ищущим облегчение от страданий, вызванных болезнью и врачом. Автор отмечает, что для развития плацебо играют важную роль *доверие* со стороны пациента, *надежда* и *ожидание позитивного эффекта*, а со стороны врача важную роль в развитии плацебо-эффекта оказывают *надежность* и *сострадание*. К этим выводам он приходит, исследовав активность разных участков головного мозга врача и пациента при их взаимодействии во время лечения и сопоставив эти данные с психологическими функциями, определенных для разных участков головного мозга (Benedetti, 2013.)

Исходя из приведенных результатов следует подчеркнуть, что именно психические явления, такие как ожидание, доверие или надежда вызывают обеспечивающие их физиологические/биологические процессы, а не наоборот. Эта зависимость (от психики к мозгу) может быть активно использована в работе психолога-консультанта.

Негативные ожидания и эффекты ноцебо могут очень быстро распространяться на людей посредством распространения негативной информации и коммуникации, и это может привести к биохимическим изменениям, которые негативно влияют на здоровье и могут изменить базовый уровень многих физиологических параметров. Головная боль изучалась как модель для исследования продуктов циклооксигеназы, то есть простагландинов и тромбоксана (Benedetti et al., 2014). Человек получал негативную информацию о риске головной боли на большой высоте и распространял эту негативную информацию среди других людей. За 1 неделю эта негативная информация распространилась еще на 36 человек. В этой группе ноцебо наблюдалось значительное увеличение простагландинов и тромбоксана в слюне, когда они находились на большой высоте по сравнению с контрольной группой. Авторы пришли к выводу, что негативная социальная коммуникация в распространении симптомов и заболеваний среди населения играет важную роль в формировании ноцебо.

Исследователями было проведено 2 мета-анализа работ, посвященных исследованию плацебо-эффекта с помощью методов нейровизуализации. В результате анализа одной группы 60 исследований (Wager, 2003) и других 163 исследований (Kober, 2008) авторы обнаружили, что активность в областях мозга, участвующих в обработке эмоций, предсказывала развитие плацебо-эффекта, в то время как активность в областях, связанных с когнитивным контролем и активацией рабочей памяти, не приводило к развитию плацебо-эффекта. Это поддержало мнение о решающей роли эмоций в развитии плацебо-анальгезии (Zubieta, 2008; Wager, 2003). Следовательно, механизм плацебо-эффекта запускают по большей степени эмоциональные реакции, а когнитивные, вероятно, создают условия для работы эмоций. Этим механизмом можно пользоваться и в психотерапии или психологическом консультировании – объяснить успешность одних технологий, равно как и неэффективность рациональной терапии, в которой в основном используют убеждение.

***Генетический аспект плацебо.***

Исследователи Университета Калифорнии предложили генетическое объяснение плацебо-эффекту. Доктор А. Leuchter с коллегами сообщили, что регулировать реакцию на плацебо могут гены (Leuchter et al, 2009). Ученые взяли образцы крови у 84 пациентов с большим депрессивным расстройством, 32 из них дали лекарства, а 52 – плацебо. Затем исследователи изучили полиморфизмы в генах, которые связаны с двумя белками, регулирующими уровень моноаминов: катехол-О-метилтрансфераза и моноаминоксидаза А. Пациенты с большой активностью белков внутри полиморфизма моноаминоксидазы А слабо реагировали на плацебо. Напротив, чем меньше была активность белков внутри полиморфизма катехол-О-метилтрансферазы, тем реакция на плацебо была сильнее. Иными словами, индивидуальные различия реакции на плацебо во многом вызваны, как утверждают авторы, различиями генотипа. Следует все же отметить, что корреляционная связь не указывает направление причинно-следственных отношений.

Л. Фурмарк с коллегами также доказали существование генетической предрасположенности к реакции на плацебо. Они показали, что полиморфизм двух генов, играющих важную роль в метаболизме серотонина, определяют плацебо-эффект при социальной фобии. Оказалось, что полиморфизм триптофан-гидроксилазы-2 позволяет прогнозировать плацебо-эффект с точностью 70,8% (Furmark et al, 2009). Впрочем, авторы говорят, что утверждать доказанность «гена плацебо» преждевременно. Связь с генами пока была обнаружена лишь в связи с одним заболеванием и одним биологическим механизмом. Кроме того, вопреки более ранним предположениям, эффект плацебо оказался переменным и не коррелирующим с остротой симптомов. Тем не менее, сама возможность участия генома в реализации воздействия плацебо на организм диктует необходимость внимательного и осторожного к нему отношения.

Прямой связи между генами и плацебо не обнаружено, но если клиент верит в силу генетической предрасположенности, то в работе психолога-

консультанта эту веру можно использовать как вспомогательный фактор, повышающий эффективность плацебо.

### ***1.3.2. Индивидуальные особенности пациентов, объясняющие выраженность плацебо-эффект***

Есть исследования, которые можно объединить под условным названием «плацебо-чувствительная личность».

И.П. Лапин установил, что вероятность плацебо-реакторов выше среди тех лиц, которые экстравертированы, тревожны, зависимы, эмоционально лабильны, социально консервативны, искренны, отличаются высоким уровнем согласия (compliance) и поэтому хорошо сотрудничают с врачом. Плацебо-нереакторы чаще встречаются среди недоверчивых, подозрительных, интровертированных пациентов (Лапин, 1990).

Некоторые личностные качества, такие как оптимизм (Maskenbach 2005) и альтруизм (Geers, 2005), также играют важную роль в возникновении плацебо ответа. Можно предположить, что эти качества могут влиять на ожидание от процедуры, если оптимист ожидает улучшения, то пессимист ожидает ухудшения, тем самым влияя на плацебо ответ.

Среди больных алкоголизмом положительные плацебо-реакторы отличаются сенситивностью, повышенной ригидностью психических процессов, отсутствием склонности к вытеснению как психологической защите (Беркалиев, 1994). Отрицательные плацебо-реакторы отличались от остальных больных повышенной тревожностью.

**И.П. Лапин** считает **ключевым** моментом проблемы плацебо-реактивности изменчивость индивидуальной характеристики «плацебо-реактор» и «плацебо-нереактор» (Лапин, 1994). Более того, плацебо-реактивность изменчива, и плацебо-эффекты у одного и того же лица могут быть или отсутствовать в разные дни. Поэтому на основании результатов однократного тестирования нельзя сказать, является ли этот человек плацебо-реактором или плацебо-нереактором. В одних условиях (авторитетный врач,

внушающий доверие, подробная инструкция о лекарстве, индивидуально значимая для пациента информация, цвет плацебо и др.) больной может быть плацебо-реактором, а в других — плацебо-нереактором. Значимо изменение эмоционального состояния больного при более или менее стабильных внешних условиях. У детей, госпитализированных по поводу агрессивного поведения, не было найдено различий между плацебо-реакторами и плацебо-нереакторами ни по возрасту, ни по тяжести заболевания, ни по коэффициенту интеллектуальности, ни по другим шкалам оценки личности. Однако было выявлено, что дети из семей, где чаще встречаются «хаотическое поведение и нарушение социальных правил», сильнее реагируют на плацебо (Sanchez et al., 1994), что объяснено терапевтическим воздействием среды больницы и положительным контрастом с обстановкой в семье. В 2005 году Г. Гирс с коллегами оценивал реакции на плацебо у оптимистов и у пессимистов, в рамках экспериментального исследования с привлечением здоровых добровольцев. Они пришли к выводу, что как тип личности, так и ситуация влияли на реакцию. Можно предположить, что движущей силой активации плацебо-эффекта является представления о результате: оптимисты верят в эффективность, а пессимисты в неэффективность процедуры. (Geers, 2005)

Положительный плацебо-эффект наблюдается обычно у пациентов, которые относятся к окружающим объектам более зрело, лучше дифференцируют хорошее и плохое (Glassman, 1998).

В возникновении плацебо-эффекта может участвовать социальное научение, посредством которого люди учатся друг у друга методом наблюдения и подражания. В одном исследовании обезболивающий плацебо-эффект был зафиксирован у испытуемых, которые лишь наблюдали, как обезболивание развивается у демонстратора. Степень анальгезии у наблюдавших соответствует результатам участников эксперимента, которые предварительно получали медикаментозное обезболивание. Также было обнаружено, что чем выше эмпатия у испытуемых, тем более выражен у них плацебо-эффект после наблюдения за демонстратором (Colloca, 2009).

Несоответствия в результатах показывают, что личные качества пациента могут изменять представления об ожидаемом результате. Можно предположить, что плацебо зависит не от «личности», а от совокупности факторов, которые влияют на человека и его представления.

### *1.3.3. Теории плацебо*

В этом параграфе мы составили список существующих и получивших приемлемое обоснование теорий, объясняющих наличие плацебо-эффекта. Существуют три основные психологические концепции, которые практически исчерпывают современные представления о механизмах плацебо-эффекта.

**Теория ожидания:** пусковым фактором плацебо-эффекта является состояние позитивного ожидания. Выделяют следующие факторы, влияющие на реализацию ожидания:

Полярность ожидания (при ожидании улучшения индуцируется положительный плацебо-эффект, при негативном настрое или предчувствии побочных эффектов – отрицательный плацебо-эффект. Роль ожидания. Важны факторы мотивации и ожидания. (Jensen et al, 2012; Geers, et al 2005, Irmak et al., 2005). При ожидании эффективного действия и улучшения состояния плацебо-эффект увеличивается, и отрицательный плацебо-эффект — в случае ожидания побочных и токсических эффектов (чаще при негативном предыдущем опыте лечения лекарствами), ожидание улучшения (самонастрой) приводит к плацебо-эффекту. (Flaten et al., 2006). Предварительная информация об ожидаемых эффектах лекарств и плацебо оказывает сильное воздействие на испытуемых, превосходящее иногда собственно фармакологическое действие (Гамбург, 1956; Нуллер, Лапин, 1971)

Эффекты, связанные с ожидаемым улучшением, зависят от культуральных особенностей, уровня образования пациента, жизненного опыта, «коллективного опыта», который передается родителями детям, одними больными другим больным (Quitkin et al, 1998; 1980; Лапин, 2000).

Ослабление тревоги и активация защитных изменений, происходящих при ожидании. Реакция плацебо связана с ожидаемой наградой и облегчением упреждающей тревоги (Jakovljevic, 2014). Получение эффективного лечения и *ожидание улучшения*, уменьшают нервозность и беспокойство, которые, в свою очередь, приводят к уменьшению боли (Aslaksen et al., 2011.)

Существенное значение придается личности врача. Энтузиазм в отношении лечения, чувство уверенности, авторитет, эмпатия и душевное тепло усиливают эффект плацебо (Crow et al, 1999; Harrington, 1999; Ernst, 2001).

**Теория обусловливания** (R. Ader, 1997) базируется на представлениях об условных рефлексах по И.П. Павлову. Фармакологическое действие препарата рассматривается в качестве безусловного стимула. Внешний вид лекарства, процедура приема препарата в определенное время, в той или иной связи с приемом пищи, становятся условно-рефлекторным стимулом. Плацебо действует как условный стимул, сформировавшийся на основе предшествующего опыта (включая результаты общения с докторами в прошлом), а также на имеющейся в распоряжении пациента информации относительно его заболевания и лечения.

Авторы этой теории выделяют условно-рефлекторный стимул, а ведь помимо рефлексов есть и более высокие механизмы – мифы и ритуалы. Во многом эта теория пересекается с ритуальными действиями, представлениями людей. Под видом плацебо может выступать врачебная деятельность, процедура лечения, разнообразные средства и лица.

Внешний вид лекарственного средства «сообщает» пациенту, какая реакция его ждет: так, инструментальные процедуры (иглоукалывания, инъекции) воспринимаются пациентами как более эффективные по сравнению с таблетками (Kaptchuk, 2006), а дорогостоящие лекарства считаются более действенными (Waber et al, 2008).

**Теория значения** (H. Brody, 1980) акцентирует внимание на значимых для пациента субъективных факторах: представлении пациента о тяжести

своего заболевания и характере отношений с лечащим врачом. Согласно данной теории, позитивные сдвиги при плацебо-терапии возникают при соблюдении следующих условий:

1. Пациент получает от врача удовлетворяющее его объяснение своего заболевания.

2. Пациент ощущает заботу со стороны врача и своего окружения. Эмпатия и душевное тепло со стороны врача увеличивает плацебо-эффект (Crow et al, 1999; Harrington, 1999; Ernst, 2001)

3. Пациент ощущает все возрастающее чувство контроля над симптомами.

4. «Отношение пациента и врача к лекарству» (и к лечебному воздействию вообще). Энтузиазм врача увеличивает эффект (Braithwaite & Cooper, 1981). Вера пациента в эффективность процедуры или лекарства.

И.П. Лапин выделяет важные факторы формирования плацебо-эффекта:

1. «Социальная среда» включает людей, с которыми человек общается (родные, знакомые, врач, медицинский персонал, фармацевт, пациенты - соседи по больнице), рекламу, разнообразные источники информации.

2. «Совладание» (coping).

3. «Согласие» (compliance).

Приведенные теории плацебо-эффекта во многом близки, они подчеркивают различные аспекты плацебо. В то же время, мы можем воспользоваться достижениями указанных авторов с тем, чтобы вычлениить, вероятно, наиболее действенные факторы, которые наиболее часто упоминаются в литературе.

*Вид лекарственного средства/процедуры «сообщает»* пациенту, какая реакция его ждет: так, инструментальные процедуры (иглоукалывания, инъекции) воспринимаются пациентами как более эффективные по сравнению с таблетками (Kaptchuk, 2006), а дорогостоящие лекарства считаются более действенными (Waber et al, 2008).



*Мотивация и ожидания.* Важны факторы мотивации и ожидания ( Geers, et al 2005; Jensen et al, 2012, Irmak et al., 2005).

*Предварительная информация об ожидаемых эффектах лекарств и плацебо оказывает сильное воздействие* на испытуемых, превосходящее иногда собственно фармакологическое действие (Гамбург А.Л., 1956; Нуллер Ю.Л., Лапин И.П., 1971).

*Ожидание получения эффективного лечения и ожидание улучшения уменьшают нервозность, что приводит к плацебо-эффекту.*

Ожидание эффективного действия и улучшения состояния.

Отрицательный плацебо-эффект — в случае ожидания побочных и токсических эффектов (чаще при негативном предыдущем опыте лечения лекарствами), ожидание улучшения (самонастрой) приводит к плацебо-эффекту (Flaten et al., 2006).

Ослабление тревоги и активация защитных изменений, происходящих при ожидании. Реакция плацебо связана с ожидаемой наградой и облегчением упреждающей тревоги (Jakovljevic, 2014). Ожидание получения эффективного лечения и ожидание улучшения, уменьшают нервозность и беспокойство, которые, в свою очередь, приводят к уменьшению боли (Aslaksen et al., 2011; Petrovic et.al., 2005)

*Получение удовлетворяющего объяснения своего заболевания, забота со стороны врача и своего окружения.*

Эмпатия и душевное тепло со стороны врача увеличивает плацебо-эффект (Crow et al, 1999; Harrington, 1999; Ernst, 2001)

Социальное научение, посредством которого люди учатся друг у друга методом наблюдения и подражания.

*Вера специалиста.* Энтузиазм в отношении лечения, чувство уверенности, авторитет «Отношение пациента и врача к лекарству» (и к лечебному воздействию вообще). Энтузиазм и вера врача увеличивает эффект (Braithwaite & Cooper, 1981).

Доминирующие теории эффектов плацебо основаны на понятии, что сознательно воспринимаемые сигналы, такие как словесная информация или различные стимулы в классическом обусловливании, обеспечивают сигналы, которые активируют эффекты плацебо. Тем не менее, все больше данных свидетельствуют о том, что поведение может быть вызвано стимулами, представленными вне сознательного сознания (Jensen et al, 2012).

#### ***1.3.4. Факторы, обеспечивающие эффективность психологического консультирования***

Существуют факторы, обеспечивающие эффективность психологического консультирования. Этому утверждению мы придаем статус теоретической гипотезы нашего научного исследования. Проанализируем насколько справедливо такого рода предположение. Опираясь на выше описанные факторы, выявленные клиническими специалистами и исследователями плацебо-эффекта, мы можем предположить, что они могут быть обнаружены и в отношении психологического консультирования:

«Концепция» заболевания/затруднения клиента

Представления о путях решения трудности

Представления о квалификации специалиста

Представления об ожидаемом эффекте и результате

Представления о взаимодействии со специалистом

Вера самих специалистов (врача и персонала) в возможность и эффективность терапии

Механизмы, которые влияют на представления клиента.

Рассмотрим эти же факторы как предположительно столь же справедливые и по отношению к психологическому консультированию. Соответственно, оценим их как факторы/источники готовности клиента к положительным изменениям (душевному исцелению) и в ходе психологического консультирования.

**«Концепция» заболевания/затруднения клиента «Концепция» заболевания/затруднения клиента.** У каждого пациента есть базовые представления о своей болезни. Что означает болезнь для больного. Человек всегда по-разному ощущает, воспринимает патологические процессы, истолковывает их, объясняет. Эти представления могут быть осознанными и имплицитными. Беседуя с пациентом, собирая информацию о болезни, обсуждая тактику лечения, врач и пациент рассматривают недуг с различных позиций. Это часто становится препятствием в достижении взаимопонимания, приводит к неудовлетворенности результатами лечения, а иногда и к ухудшению состояния здоровья. *Внутренняя картина болезни* – это сугубо индивидуальная система ощущений, эмоциональных переживаний и мыслей (суждений), определяющих отношение больного к нарушению здоровья и связанное с ним поведение (Тюльпин, 2004). В концепцию заболевания мы склонны включать и представление пациента о тяжести своего заболевания.

Клиент, приходя на консультацию к психологу, имеет представления о своем затруднении, о причинах возникновения, о времени, которое может быть потрачено на его исцеление.

### **Представление о путях решения трудности**

У пациента уже имеются некоторые представления о методе лечения (как справиться с трудностью). У пациента есть конкретные представления, как лечить его заболевание, какими методами, о сроках излечения. Объяснение о лечении и понимание со стороны терапевта имеют сильное влияние. В теории плацебо уделяется значение самой процедуре, внешний вид лекарственного средства, его стоимость, брендинг.

Клиент заранее представляет (явно для себя или неявно) какими методами ему хотелось бы лечиться. Сейчас существует множество направлений и методов решения психологических проблем. К ним относятся как нетрадиционная медицина (целители, парапсихологи, астрологи, маги), так и представители профессионального сообщества – психологи-консультанты. Представление о путях решения трудности (лечения заболевания).

**Представление о квалификации специалиста**, который в принципе может помочь в исцелении его болезни. Люди, столкнувшиеся с определенными трудностями, имеют представление, к какому рода специалисту обращаться, какая спецификация этого специалиста, в рамках какой школы (традиционной или нетрадиционной) работает терапевт. Важным фактором является отношение пациента и врача к лекарству (и к лечебному воздействию вообще).

### **Представления об ожидаемом эффекте и результате**

Клиенты могут приходиться к терапевту с уже готовыми ожиданиями в отношении того, как будет проводиться психотерапия и какими могут быть ее результаты: чем лучше сформулированы ожидания, тем больше клиент вовлекается в процесс лечения, и тем больший эффект можно ожидать от терапии (Ekberg at al, 2014; Constantino at al, 2011). Здесь может быть проведена аналогия с феноменом «чуда» в религии – вероятность появления «чуда» тем выше, чем сильнее (страстнее) его ожидание. Чем более детализирована и доступна информация.

Эффект ожидания влияет на удержание пациента в процессе проведения терапии и конкретные терапевтические результаты. Позитивные ожидания приводят к снижению стресса, большей осознанности психологических процессов, появлению улучшения в состоянии клиента еще до начала терапии (при записи на прием), а негативные или низкие ожидания, напротив, способствуют общему снижению эффективности психотерапии (DeFife, 2011). Роль представления об ожидаемом эффекте и результате является важным фактором эффективности терапии и формирования плацебо-эффекта. Мотивация и положительные ожидания пациента от процедуры повышают эффект, при ожидании эффективного действия и улучшения состояния эффективность терапии увеличивается, и, наоборот, при ожидании побочных эффектов, эффективность уменьшается. Если пациента предварительно получил информацию об эффектах и эффективности лекарств или процедуры, это оказывает сильное воздействие на пациентов. Ожидание улучшения

уменьшают нервозность и беспокойство, что приводит к активизации плацебо-эффекта.

### **Представления о взаимодействии со специалистом**

Сюда относится все то, что касается непосредственно общения между клиентом и консультантом. А также готовность специалиста принять иррациональные воззрения клиента, в данном случае можно опереться на дословный перевод «плацебо» – в XVIII в. в Шотландии плацебо было описано как средство, с помощью которого можно лечить пациентов, которым не помогала активная терапия, и одновременно угождать им («placebo» с лат. — угождаю, нравиться, удовлетворять, быть подходящим) (Czerniak at al, 2012). Важна позиция консультанта по отношению к клиенту, к самой проблеме, вера в результат и в процедуру терапии. Клиент получает от психолога-консультанта удовлетворяющее его объяснение своей проблемы, ощущает заботу со стороны специалиста. В той мере, в которой клиент доверяет конкретному специалисту, он усиливает свою готовность к консультированию. Чем выше доверие к консультанту, тем эффективнее терапия. Попав в трудную ситуацию, пациент ждет от специалиста поддержку, душевное тепло. В клинических исследованиях авторы выделяют такие факторы, как пациент получает от терапевта удовлетворяющее его объяснение своей проблемы, пациент ощущает заботу со стороны врача и своего окружения. Эмпатия и душевное тепло со стороны врача увеличивает плацебо-эффект

**Вера самих специалистов (врача и персонала) в возможность и эффективность терапии.** Сам специалист имеет свои представления и веру в результат терапии, в силу выбранной методики. В теориях плацебо исследователи выделяют веру самого специалиста и персонала в силу лекарства или процедуру. И наоборот, если врач не верит в силу процедуры, это снижает ее эффективность.

Помимо самих факторов терапии, клинические специалисты выделяют **механизмы, которые влияют на представления пациента**, независимо от того, осознает пациент это или нет. При личном негативном опыте лечения

лекарствами, ожидание побочных и токсических эффектов от процедуры увеличивается, что приводит к снижению эффективности реализации плацебо-эффекта. Так же и негативный опыт, который передают между собой пациенты, сказывается на плацебо-эффекте. Этот опыт может передаваться родителями детям, одними больными другим больным. Эта информация может снизить, или повысить веру в специалиста, в процедуру.

#### **1.4 Выводы по 1 главе**

В первой главе был выполнен литературный анализ работ, посвященных исследованию неспецифических факторов, обуславливающих исцеление и эффективность лечения (плацебо-эффекта). Дано описание исследований отдельно в соматической медицине, в психиатрии, в практиках, близких к психологическому консультированию. В каждой рубрике мы нашли достаточно много исследований, где описываются и изучаются неспецифические эффекты (плацебо-эффекты). Можно сделать вывод, что исследователи продолжают искать подобные факторы в разных областях. Эффекты плацебо в соматической медицине изучались в отношении лечения боли, нарушения сна, и болезнь Паркинсона (Benedetti, 2009). Наиболее полно плацебо-эффект доказан в купировании болевого синдрома (Hrobjartsson et al., 2004). Особую тему исследований составляют антидепрессивные эффекты плацебо. Мета-анализ данных, полученных при оценке новых лекарств, показал, что ответ плацебо составлял 82% от общего эффекта антидепрессантов (Kirsch et al. 2008).

Появление плацебо-эффекта непостоянно и не поддается планированию, и это сокращает возможность использовать их в качестве терапевтического метода. Ряд авторов указывают на необходимость заметить потенциал плацебо-эффекта, научиться пользоваться им в целях повышения эффективности терапии: «Мы годами добиваемся повышения эффекта лекарств, но никто даже не пытался повысить эффективность плацебо» (Kaptchuk 2002).

Исследования, посвященные попыткам выявить факторы формирования плацебо-эффекта, показали, что у человека есть физиологические ресурсы и

нейронные процессы, которые способны обеспечить плацебо-эффект – по меньшей мере, в области анальгезии. Психические явления, такие как ожидание, доверие или надежда вызывают обеспечивающие их физиологические/биологические процессы, а не наоборот. Эта зависимость (от психики к мозгу) может быть активно использована в работе психолога-консультанта. Показано также, что плацебо-эффекты способны проявляться на иммунной и эндокринной системах, и могут способствовать основному терапевтическому эффекту.

Механизм плацебо-эффекта запускают по большей степени эмоциональные реакции, а когнитивные, вероятно, создают условия для работы эмоций. Этим механизмом можно пользоваться в психотерапии или психологическом консультировании – объяснить успешность одних технологий, равно как и неэффективность рациональной терапии, в которой в основном используют убеждение.

Пользуясь достижениями авторов, мы вычленили наиболее действенные факторы формирования плацебо-эффекта, которые наиболее часто упоминаются в литературе:

1. Мотивация и ожидания.
2. Предварительная информация об ожидаемых эффектах.
3. Ожидание получения эффективного лечения.
4. Ожидание улучшения состояния.
5. Ожидание эффективного действия
6. Вид лекарственного средства/процедуры «сообщает» пациенту, какая реакция его ждет.
7. Получение удовлетворяющего объяснения своего заболевания, забота со стороны врача и своего окружения.
8. Вера специалиста.

Мы обнаружили психологические аспекты этого феномена. На основании этого предложили концептуальную основу, которая могла бы лучше объяснить механизмы плацебо с психологической стороны. В итоге мы получили

теоретически выделенные факторы, которые способствуют эффективности психологического консультирования:

1. Вера клиента (в консультанта, доверие психологии).
2. Отражение веры психолога-консультанта.
3. Представление о своей трудности (концепция затруднения).
4. Совпадение ожидания клиента с желаемым образом консультанта.
5. Совпадение ожидания клиента о взаимодействии с психологом-консультантом.
6. Совпадение ожидания клиента с приемлемым сроком излечения.
7. Наличие представлений о методах и структуре психологического консультирования.



## **ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ КЛИЕНТОВ О ФАКТОРАХ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ**

**Цель:** выявить и изучить факторы, обеспечивающие терапевтическую эффективность психологического консультирования.

### **Задачи исследования:**

1. Спланировать исследование, позволяющее выявить факторы, обеспечивающие терапевтическую эффективность психологического консультирования.

2. Подобрать и провести методику, дающая возможность выявить представления клиентов о факторах эффективности психологического консультирования.

3. Обработать выявленные представления о факторах эффективности психологического консультирования методом контент-анализа, статистическими методами обработки данных.

4. Проанализировать результаты, сравнить факторы, обеспечивающие медицинский плацебо-эффект и терапевтическую эффективность психологического консультирования.

### **Гипотезы:**

1. Факторами успешности психологического консультирования являются:

а) Доверие: вера в психологию, вера определенному психологу-консультанту: представление образа эффективного консультанта (пол, возраст, голос, качества личности), отражение веры психолога-консультанта.

б) Представления о характере своего затруднения, куда входит внутренняя картина своей трудности: представление о сущности затруднения, субъективная оценка значимости затруднения, мотивация; представление момента обращения к психологу-консультанту.

в) Представление концепции терапевтического процесса (у клиента), куда входит предполагаемые сроки решения затруднения, представление о структуре и методах работы психолога, представление о цене консультации.

г) Представление о взаимоотношениях с психологом консультантом: занимаемая позиция психолога-консультанта, ощущение поддержки со стороны психолога-консультанта.

2. Факторы, обеспечивающие эффективность психологического консультирования и медицинский плацебо-эффект, сопоставимы (схожи) между собой.

### *2.1.1. Планирование исследования*

**Независимые переменный (НП):** 1) наличие или отсутствие опыта обращения к психологу-консультанту (субъективная оценка самого клиента) 2) негативный или позитивный опыт обращения к психологу-консультанту (субъективная оценка самого клиента).

**Зависимая переменная (ЗП):** представления клиентов о факторах эффективности психологического консультирования.

**Выборку** составляют потенциальные и реальные клиенты психолога-консультанта. Мы разбили их по группам:

Клиенты с положительным опытом обращения к психологу-консультанту (субъективная оценка самого клиента).

Клиенты с негативным опытом (субъективная оценка самого клиента) обращения к психологу-консультанту.

Люди без опыта обращения к психологу-консультанту.

### *2.1.2. Средства измерения зависимой переменной*

В качестве метода выявления представлений о факторах эффективности психологического консультирования мы используем **стандартизированное интервью**. Этот метод дает возможность выявлять глубинное содержание и детализированные представления респондентов. Метод интервью – проводимая

по определенному плану беседа, предполагающая прямой контакт интервьюера с респондентом. *Респондент* (от англ. «отвечающий», «опрашиваемый») — человек, участвующий в опросе в роли источника информации. *Интервьюер* — лицо, непосредственно проводящее опрос.

Интервью является самым интерактивным видом опроса. При возникновении каких-либо неясностей респондент может переспросить вопрос, равно как интервьюер может попросить разъяснения ответа на вопрос. Интервьюер активно управляет диалогом, при необходимости фокусируя внимание опрашиваемых на каких-либо дополнительных аспектах обсуждаемых проблем. Однако при этом он не выходит за пределы заранее составленного перечня вопросов. Это позволяет нам наиболее детально и подробно изучить представления клиентов о факторах эффективности психологического консультирования.

Проведя теоретический анализ литературы, были выделены основные темы и разработан перечень вопросов для выявления представлений факторов эффективности психологического консультирования.

**Группы вопросов** (основные темы, вокруг которых организован сбор данных с помощью интервью):

1. Представления о квалификации специалиста:

- доверие к психологии в целом
- доверие к традиционной/нетрадиционной медицине
- образ консультанта

2. Концепция заболевания:

- представление о природе затруднения:
- длительность периода, необходимого для принятия решения, когда следует обратиться к специалисту
- субъективная оценка значимости проблемы для клиента
- мотивация для преодоления трудности

3. Представление о путях решения проблемы:

- ожидаемые сроки, которые потребуются для получения результатов
- методы, используемые психологом-консультантом
- стоимость психологических услуг
- структура процедуры консультирования
- отношения клиента с психологом-консультантом

4. Вера клиента и консультанта в возможность и эффективность терапии.

**Перечень вопросов респондентам, разработанных для выявления представлений клиентов о факторах эффективности психологического консультирования:**

### ***Блок 1. Представления о квалификации специалиста***

#### **Доверие к психологии**

Были ли у вас опыт обращения к психологам-консультантам?

Среди знакомых и близких людей есть те, кто обращается/обращался за помощью к психологическим консультантам?

Вы знакомы с людьми, у кого получилось решать свои трудности с помощью психологов-консультантов? Как вы у них узнали? Где получили эту информацию?

Для людей эта помощь ощутима? Они делились с вами результатами?

#### **Доверие к традиционной/нетрадиционной медицине**

Какие специалисты могли бы вам помочь справиться с вашей трудностью?

Вы знакомы с людьми, у кого получилось решить похожую проблему? Каким специалистам обращались они? Где вы узнали об этом?

Оцените свою степень доверия к психологам по шкале от 0 до 9, где 0-совсем не доверяю, 9 доверяю и верю, что они способны помогать людям.

Оцените свою степень доверия к представителям нетрадиционной медицины, например, маги, экстрасенсы, по шкале от 0 до 9, где 0-совсем не доверяю, 9 доверяю и верю, что они способны помогать людям.

#### **Образ консультанта**

Были ли у вас представления, каким должен быть психолог-консультант?

Опишите.

Пол? Кто предпочтителен? Возраст? Почему?

Голос? Опишите идеальную интонацию.

Как вы выбирали специалиста?

По каким критериям?

Какими профессиональными навыками должен обладать?

Ваши представления совпали с реальностью?

## ***Блок 2. Концепция заболевания.***

### **Представление о природе затруднения:**

В чем вы видите суть вашего затруднения?

Что, по вашему мнению, явилось причиной вашей проблемы?

Как вы считаете, могла ли консультация у психолога-консультанта усугубить вашу трудность? Почему? Где вы об этом узнали?

### **Длительность периода принятия решения обратиться к специалисту?**

Как вы считаете, какой период времени после возникновения трудности/проблемы можно обходиться без помощи специалиста?

Опишите тот момент, когда нужно обращаться к консультанту?

Приведите примеры.

### **Субъективная оценка значимости проблемы для клиента**

Насколько для вас важно разрешение вашей трудности?

С какой проблемой из вашей жизни или жизни ваших знакомых эта проблема сопоставима?

Приходилось ли вам решать такого рода проблему?

Вспомните самую глобальную для вас проблему и самую несущественную, где находится ваша проблема по шкале от 0-9?

### **Мотивация для преодоления трудности**

Почему вам важно было решить вашу трудность?

Что могло бы произойти, если бы вы не решили эту трудность?

Кто кроме вас заинтересован в решении вашей проблемы?

### ***Блок 3. Представление о путях решения проблемы***

#### **Ожидаемые сроки, которые потребуются для получения результатов**

За какой временной промежуток вы планировали/надеялись/верили решить свою трудность? Обоснуйте/объясните

Почему нельзя было за более короткий/длинный срок?

Ваши представления совпали с этим сроком?

Насколько не совпали?

Как вы к этому (совпадению/несовпадению) отнеслись?

Этот срок приемлем для вас?

#### **Методы, используемые психологом-консультантом**

Были ли у вас представления, какими методами может решиться именно ваша проблема?

Вы знакомы с направлениями и техниками психологического консультирования?

Где вы получили эту информацию?

Совпали ли ваши представления с реальностью?

Если не знали, что думаете об этом методе сейчас? Как сейчас изменились ваши представления об этом методе, после того как вы сходили на консультацию?

#### **Стоимость психологических услуг**

Вы знакомы с примерной стоимостью психологических услуг?

Как вы оцениваете адекватность такой цены?

Если бы цена была ниже, как это отразилось бы на вашем представлении об эффективности терапии?

Если бы цена была выше, как это отразилось бы на вашем представлении об эффективности терапии?

#### **Структура процедуры консультирования**

Как вы думаете, как должна протекать процедура консультирования у психолога? Почему именно так?

Знакомы ли вы со стандартным сценарием психологического консультирования?

Были ли у вас ожидания о том, по какому сценарию будет проходить ваш консультативный процесс? Опишите его

Ваши ожидания совпали с реальностью?

#### **Отношения клиента с психологом-консультантом.**

Как представляли ваши взаимоотношения с психологом?

Что вы ожидали?

Какую позицию должен был занять консультант?

Чувствовали ли вы поддержку со стороны консультанта?

#### **Блок 4. Вера клиента и консультанта в возможность и эффективность терапии**

Какое впечатление у вас сложилось о том, верил ли он в эффективность своих техник?

Вы чувствовали от консультанта уверенность в успехе? Говорил(а) ли консультант что-то о своей уверенности? Насколько убедительно звучали для вас его/ее слова.

По каким признакам вы можете оценить степень уверенности психолога в используемых им методах работы?

#### ***2.1.3. Ход исследования***

Интервью проходило при личной встрече или через Skype.

План проведения интервью:

1. Введение в беседу: установление контакта, информирование о целях опроса и условиях его проведения, формирование установки на сотрудничество  
ответы на возникающие у респондента организационные или содержательные вопросы;

2. основная фаза интервью: подробное исследование представлений эффективности психологического консультирования, осуществляемое по заранее разработанным вопросам;

3. завершение беседы: снятие возникшего напряжения, выражение благодарности и признательности за участие в работе.

**Регистрация данных:** составление письменного протокола интервью.

#### ***2.1.4. Обработка результатов***

После проведения исследования методом структурированного интервью нами были получены протоколы на каждого респондента. В них описывались выявленные представления о психологическом консультировании. Их мы объединили в 4 группы: представления о квалификации специалиста, концепция заболевания, представление о путях решения проблемы, представления клиента об ожидаемом эффекте и вера клиента и консультанта в возможность и эффективность терапии. Для обработки данных мы использовали **метод контент-анализ** – качественный метод исследования, основанный на частном анализе элементов текста и текстовых массивов с целью последующей содержательной интерпретации выявленных числовых закономерностей.

На основе полученных представлений клиентов о эффективности психологического консультирования, была составлена матрица ответов (см. приложение 1). Для дальнейшей статистической обработки данных мы перевели их в числовые значения. Данные, для сборов которых использовался метод субъективного шкалирования, мы заносили в таблицу средние значения. Данные, содержащие частные ответы, заносились в таблицу частота всех ответов и частота различных ответов.

Та часть матрицы, которая содержала количественные данные, была сформирована отдельно (см. приложение 2). Туда мы внесли все данные, которые смогли перевести в числовые значения для дальнейшего сравнения.

Чтобы сравнить представления у респондентов (с положительным, негативным опытом и без опыта обращения к психологам-консультантам) мы использовали метод расчёта критерия Манна-Уитни.



Полученные данные не имеют нормального распределения, поэтому для проведения статистического анализа мы воспользовались непараметрическими критериями для независимых выборок.

Результаты статистического анализа находятся в таблице 1.

Таблица 1.

Результаты сравнения представлений о факторах эффективности психологического консультирования в зависимости от опыта обращения к психологам-консультантам

Сравнение между группами	сумма рангов 1	сумма рангов 2	U	Z	p=
Группа с положительным опытом и группа с отрицательным опытом	132,00	78,00	23,00	<b>2,03</b>	<b>0,043</b>
Группа с положительный опытом и группа без опыта	22,00	23,00	8,00	0,37	0,710
Группа с отрицательным опытом и группа без опыта	26,00	19,00	4,00	1,39	0,163

Статистическая значимость между представлениями клиентов с положительным и негативным опытом=0,043 ( $P < 0,05$ ). Таким образом, можно сделать вывод, что статистически достоверно различие между двумя группами (группа с положительным опытом и группа с негативным опытом).

В связи с тем, что данных, полученных в группе без опыта, недостаточно (ошибка в методике и опросе), то результаты сравнений, в которых участвовала группа без опыта, не являются статистически значимыми и несут дискуссионный характер. На этом основании дальнейший анализ полученных данных мы будем проводить качественно

## 2.2. Обсуждение результатов

В результате анализа литературы, посвященного исследованиям неспецифических эффектов и плацебо-эффекта, мы получили теоретически выделенные факторы, которые способствуют эффективности психологического консультирования: вера клиента (в консультанта, доверие психологии), отражение веры психолога-консультанта, представление о своей трудности

(концепция затруднения), совпадение ожидания клиента с желаемым образом консультанта, совпадение ожидания клиента о взаимодействии с психологом-консультантом, совпадение ожидания клиента с приемлемым сроком излечения, есть представления о методах и структуре психологического консультирования. Ради удобства обсуждения мы сгруппировали их в *четыре обобщенных фактора*:

1. Вера как фактор успешности психотерапии.
2. Представления о характере своего затруднения как фактор успешности психотерапии.
3. Концепция терапевтического процесса (у клиента) как фактор успешности психотерапии.
4. Отношения к психологу-консультанту как фактор успешности психотерапии.

### ***2.2.1. Вера как фактор успешности психотерапии***

В нашем исследовании мы будем использовать термин вера согласно определению В.Л. Петрушенко, Вера— это эмоционально переживаемое отношение субъекта к определенной совокупности взглядов и представлений о реальной или вымышленной действительности, признаваемой истинной, правильной, справедливой, хорошей, плохой, возможной, целесообразной, то есть отношение к такой совокупности взглядов, которая не может быть доказана в данный момент, обусловлена источником и качеством информации, формируется под влиянием социально-исторических ценностей, потребностей и интересов, становится формой субъективного внутреннего принятия авторитета и обуславливает волевое отношение и поступки людей (Петрушенко, 1989).

Вера является широким понятием, поэтому мы разделили его на три вида веры, которые сначала обсудим отдельно:

- вера клиента в психологию в целом;
- доверие к психологу-консультанту (как к специалисту и к человеку),
- вера самого консультанта (в восприятии клиентов) в успех терапии.

Рассмотрим, чем различаются результаты у людей с положительным, отрицательным опытом обращения к психологу и без опыта.

### **Вера клиента в психологию**

Респонденты изначально уже имеют представления, какие специалисты могут помочь им справиться с трудностью, у них уже есть свои установки, доверие к определенным специалистам.

Таблица 2.

Результаты субъективного шкалирования доверия к психологам-консультантам (в ячейках – средние значения)

Параметры доверия	С опытом обращения к психологу			Без опыта обращения – 6 чел
	Негативный опыт 7 чел	Положительный опыт 11 чел	Всего 18 чел.	
Субъективная оценка доверия к психологам-консультантам	5,5	7,7	6,8	5
Субъективная оценка доверия к другим специалистам (альтернативным)	4,3	5,6	4,9	4,4
Наличие положительного опыта обращения знакомых людей к психологам-консультантам	Да 3 Нет 4	Да 9 Нет 2	да 13 нет 6	Да 2 нет 5

Сравним показатели (таблица 2): у имеющих опыт консультативных встреч респондентов доверие к психологам-консультантам выше (6,8), чем доверие к другим специалистам (4,9) – альтернативным, которые находятся для них во втором круге (про запас). Это различие говорит о высоком уровне доверия к психологам (максимальное значение – 9 баллов). А с другой стороны, разрыв между значениями не так уж велик (1,9). Резонно предположить, что здесь мы обнаруживаем признаки «мистификации» психологов: они не очень-то отличают психологов от альтернативных специалистов (см. таблицу 3).

Очевидно, что у людей с положительным опытом обращения, субъективная оценка доверия к психологам высокая (7,7), по сравнению с людьми, не имеющими опыт общения с консультантами (5) и негативным опытом (5,5). Клиенты с положительным опытом обращения к психологам-консультантам

верят, что психология поможет им справиться с их трудностью. Похожую веру мы можем наблюдать в исследованиях плацебо-эффекта, где вера в медицину и ожидание от нее пользы, является фактором появления плацебо-эффекта (Linde et al., 2007).

У респондентов с негативным опытом обращения к психологам и без опыта близки значения доверия к психологам-консультантам: без опыта (5), с негативным опытом (5,5). Это можно объяснить тем, что у людей снижено доверие из-за негативного опыта, но возможно и наоборот, что из-за низкого доверия к психологии они и получили свой негативный результат. Косвенное подтверждение тому, что недоверие к психологии может формировать негативный опыт, мы находим в последней строке таблицы 1, где свое доверие они несут как групповое доверие, а не персональное: у клиентов с положительным опытом в окружении больше людей, имеющих позитивный опыт обращения к психологам-консультантам. Вероятно, они обмениваются информацией, делятся результатами, тем самым формируют друг у друга доверие к специалистам. Противоположную картину наблюдаем у клиентов с негативным опытом, в их окружении мало позитивного опыта обращения к специалистам. Важным фактором формирования плацебо-эффекта И.П Лапин (2000) выделяет «социальную среду», которая включает людей, с которыми человек общается (родные, знакомые, врач, медицинский персонал, фармацевт, пациенты – соседи по больнице), рекламу, разнообразные источники информации. Другой автор также полагает, что в возникновении плацебо-эффекта может участвовать социальное научение, посредством которого люди учатся друг у друга методом наблюдения и подражания (Colloca, 2009). В 3 таблице приведены специалисты, которые, по мнению респондентов, тоже могли бы помочь справиться с трудностями (между какими специалистами выбирали). Самый популярный специалист среди клиентов с опытом обращения к психологу-консультанту (как с положительным, так и негативным) – астролог (указали его 7 из 18 опрошенных).

Таблица 3.

## Альтернативные специалисты

Негативный опыт 7 человек	Всего	различных	Положительный опыт 11 человек	Всего	различных	Без опыта 6 человек	Всего	различных
астролог (2) психиатр (1), психотерапевт (1) экстрасенс (1)	4	3	астролог (5) невролог (3), психиатр (2), психотерапевт (1)	11	4	Массажист (1) невролог (1) Экстрасенс (1) Психиатр (1)	4	4

Клиенты с положительным опытом обращения идентифицируют психолога со специалистами, которые близки по виду деятельности с психологами-консультантами: психиатром (2 человека), психотерапевтом (1 человек). Это может служить дополнительным аргументом в пользу того, что у клиентов с положительным опытом высокое доверие к психологии. Клиенты с негативным опытом сравнивают консультанта с психиатром (1 человек), психотерапевтом (1) и экстрасенсом (1). Респонденты без опыта называют иной набор специалистов, с кем они сравнивают психологов-консультантов, в их список входит массажист (1 человек), экстрасенс (1 человек), невролог (1 человек), психиатр (1 человек).

#### **Доверие к психологу-консультанту (как к специалисту и к человеку)**

У клиентов есть свои представления, каким они видят эффективного психолога-консультанта. Во всех группах чаще всего предпочитали в качестве консультантов женщин (таблица 3): 12 из 24 опрошенных (для сравнения – мужчин предпочли бы всего четверо). Люди с положительным опытом обращения к психологу-консультанту отмечают, что их выбор зависит от того, насколько сформировано их личное доверие к женщинам и мужчинам. Они неплохо объясняют свой выбор, ссылаясь на высокую степень доверия, в комфорте в общении и обсуждении своих проблем. Скорее всего, у женщин доверие к женщинам выше в связи с выборкой (из 24 респондентов 22 женщины и 2 мужчины). В отличие от людей с положительным опытом, люди с

негативным опытом и без опыта обращения к психологам чаще указывают, что пол консультанта не имеет значения и зависит от темы (6 человек из 13). Можно предположить, что у них не сформирован образ специалиста, к которому они могли бы довериться.

Таблица 4.

Предпочитаемый пол консультанта

	Негативный опыт 7 человек			Положительный опыт 11 человек			Без опыта 6 человек		
	Семантические единицы	Всего	различных	Семантические единицы	Всего	различных	Семантические единицы	Всего	различных
Предпочитаемый пол консультанта	Не имеет значения.(3) Женский (4) Мужской (0)			Не имеет значения.(2) Женский (6) Мужской (3)			Не имеет значения.(3) Женский (2) Мужской (1)		
Объяснение	к женщинам доверие выше (2) выбор зависит от темы (2) женщины эмпатийны (1) женщина поймет (1)	6	4	К женщинам доверие выше (3) можно быть естественной (3) комфортнее в общении (2) отношение с папой лучше(1), выбор зависит от темы (1)  Женщина пожалеет (1) женщины эмпатийны (1)	12	6	выбор зависит от темы (4) к женщинам доверие выше (3)	7	2

Во всех группах респонденты указали средний предпочитаемый возраст консультанта 30-50 лет (таблица 5) (клиенты с негативным опытом обращения к психологу-консультанту 7 человек, клиенты с положительным опытом обращения к психологу-консультанту 9 человек, без опыта 5 человек). Возможно, это связано с возрастом самих испытуемых. Люди *предпочитают специалиста своего возраста, либо старше*. Респонденты 56 и 50 лет описали консультанта, чей возраст больше 50 лет, объясняя это тем, что они доверяют опытным специалистам. Следовательно, доверие является ключевым фактором

и при выборе предпочитаемого возраста психолога-консультанта. Авторы, изучающие плацебо-эффекты, отмечают, что опытный, авторитетный врач способствует формированию этого эффекта (Crow et al., 1999; Ernst, 2001; Harrington, 1999; Braithwaite et al., 1981).

Таблица 5.

Предпочитаемый возраст консультанта

	Негативный опыт 7 человек	Положительный опыт 11 человек	Без опыта 6 человек
Предпочитаемый возраст	до 30 (0) 30-50 (7) >50(1)	до 30 (4) 30-50 (9) >50 (1)	до 30 (1) 30-50(5) >50 (1)

Как оказалось, важное место респонденты отводят интонации и голосу психолога-консультанта (таблица 5). Все три группы хотят, чтобы с ними разговаривали мягким голосом. Мягкий голос ассоциируется с образом «матери» (отца), которая пожалеет и поймет. Клиенты с положительным опытом и без опыта выделяют приятный, поставленный голос. Поставленный голос встречается у актеров и лидеров. Лидеру, как правило, легко довериться, пойти вслед за ним, возможно, клиенты ищут и консультанта, которому можно верить.

В таблице 6 перечислены предпочитаемые качества психолога-консультанта для респондентов в зависимости от опыта обращения к специалистам. Среди предпочитаемых личностных качеств респонденты с положительным опытом указывают доброту (5 человек), опытность (5), умение выслушать (4). Клиенты с негативным опытом предпочитают обращаться к специалисту, который хочет помочь (3 человека), доброму (2), опытному (2) (таблица 6). Эффективность консультаций может зависеть от представлений о личности специалиста, образа. У каждого клиента есть представление о том, какой специалист может помочь справиться с трудностью. В исследованиях, посвященные изучению плацебо-эффекта мы встречаем похожую картину:

одним из факторов плацебо-эффекта является личность врача (Crow et al., 1999; Ernst, 2001 Harrington, 1999; Braithwaite et al.,1981).

Таблица 6.

Предпочитаемый голос и качества психолога-консультанта

	Негативный опыт 7 человек		Положительный опыт 11 человек		Без опыта 6 человек				
	Семантические единицы		Семантические единицы		Семантические единицы				
голос	Мягкий (4), дружелюбный (3), добрый (2), поставленный (1), приятный (1).	11	4	Мягкий (4), приятный (3), поставленный (3), добрый(2), спокойный (2), сексуальный (1), уверенный (1), дружелюбный (1), размеренный (1), мелодичный (1).	1 7	1 0	Мягкий (2), поставленны й (2) , приятный (1), томный (1), четкий (1), громкий (1)	8	6
Качества психолога- консультан та	желание помочь (3) добрый (2) опытный (2) справедливый (1), образованный (1) тактичный (1) отзывчивый(1)	11	7	опытный (5), добрый (5) умеющий выслушать (4), тактичный (2) интеллигентный (3), образованный (3), отзывчивый (3) безоценочный (1), , справедливый (1),	2 7	1 0	Добрый (3) интеллигент ный (3), умеющий выслушать (2)	8	3

Стоит заметить, что респонденты с опытом обращения к психологам-консультантам охотнее перечисляют желаемые качества, в отличие от респондентов без опыта (для сравнения – из 11 опрошенных с положительным опытом назвали всего 27 качеств, из 7 респондентов с негативным опытом – 11, а респонденты без опыта – 8), можно предположить, что у клиентов с положительным опытом обращения к психологу-консультанту лучше сформирован образ специалиста, которому он может довериться.

Представление образа психолога-консультанта, куда входят предпочитаемый пол, голос, личные качества формируют веру в специалиста.



Похожую идею встречаем в работе О.О. Елисейевой, где она обращает внимание на то, что представление качеств позитивного образа психолога-консультанта и характеристики профессионального имиджа являются *фактором доверия клиента и обеспечения эффективности психологической помощи* (Елисейева, 2011).

Таблица 7

Критерии выбора психолога-консультанта

	Негативный опыт 7 человек			Положительный опыт 11 человек			Без опыта 6 человек		
	Семантические единицы	Всего	различны	Семантические единицы	Всего	различны	Семантические единицы	Всего	различны
Критерии выбора психолога-консультанта	рекомендации (4), отзывы (3), личное впечатление (1), проработка похожей трудности (1), нет выбора (1).	10	5	рекомендации (11), отзывы (8), Личное впечатление (3), узкая специализация (3), цена (1) высшее образование (1) проработка похожей трудности (1)	28	7	рекомендации (4) отзывы (3), цена (2) опыт (2) наличие высшего образования (1)	12	5

В 7 таблице внесены критерии выбора психолога-консультанта. Клиенты с положительным опытом обращения к психологам-консультантам выбирают консультанта по рекомендациям (11 человек из 11), отзывам (8 человек), то есть *доверие формируется коллективно*, с опорой на опыт других людей, возможно, в большей степени, чем на свой. Здесь уместно привести результаты исследований по плацебо-эффекту. Показано, что в возникновении плацебо-эффекта может участвовать социальное научение, посредством которого люди учатся друг у друга методом наблюдения и подражания (Colloca, 2009). Трое респондентов с положительным опытом работы с консультантом выбирают узкого специалиста, трое ориентируются на личное впечатление. Клиент

выбирает консультанта интуитивно, ориентируясь на его формальные характеристики, приписывая ему желаемые качества, такие как тактичность, доброту, умение выслушать. Это можно объяснить тем, что у человека есть и свои базовые установки, которыми они руководствуются при выборе специалиста и формировании доверия к определенному специалисту.

В 8 таблице представлены результаты изменения ожидания образа консультанта после консультации. Респонденты с положительным опытом обращения к психологу-консультанту отметили, что образ консультанта совпал с их представлениями в положительную сторону (в положительную 9, в отрицательную 2), а у людей с негативным опытом больше в отрицательную (в отрицательную 5, в положительную 2). Следовательно, одним из факторов эффективности консультации является оправданность ожидания клиента к сформированному образу консультанта.

Таблица 8.

Изменение ожидания образа консультанта после консультации

Негативный опыт 7 человек	Положительный опыт 11 человек
в отрицательную 5 в положительную 2	в отрицательную 2 в положительную 9

### **Вера консультанта в успех терапии (в восприятии клиентов)**

Все респонденты с положительным опытом обращения к психологам-консультантам отметили, что чувствовали от консультанта веру в успех консультирования и уверенность в своих действиях (таблица 8). Клиенты распознают это интуитивно, по голосу, интонации. Это «отраженное» доверие к психологу – собственное доверие, которое приписывается ему (в качестве переноса). С негативным опытом два человека из семи не почувствовали, что психолог-консультант верит в успех консультирования и один человек не смог оценить и почувствовать от психолога уверенность в своих действиях. Чем больше терапевт верит (в восприятии клиента) в успешность лечения, тем легче

этому клиенту верить в эффективность терапии. Похожую картину видим у исследователей, которые определяют «эффект плацебо как лечебную силу пациента». В исследованиях плацебо-эффекта авторы существенное значение придают личности врача, его энтузиазму в отношении лечения (вера в успешное излечение), чувство уверенности, авторитет врача усиливает плацебо-эффект (Crow et al, 1999; Braithwaite et al, 1981).

Таблица 9.

Вера консультанта в успех терапии

	С негативным опытом 7 человек			С положительным опытом 11 человек		
	Семантические единицы	Всего	различных	Семантические единицы	Всего	различных
Вера психолога-консультанта в успех	Да 5 Нет 2					
Вера психолога-консультанта в своих действиях	Да 6 Нет 1			Да 10 Нет 0		
Признаки наличия веры	Голос (2), Вербально (2) , Интуитивно (2), спокойная выдержка(1)	7	4	Голос (5), взгляд (3), вербально (2), поза (1), ровные движения(1), интуитивно (1)	13	6

**2.2.2. Представления о характере своего затруднения как фактор успешности психотерапии**

Все респонденты, имеющие как положительный, так и отрицательный опыт обращения к психологам-консультантам, имеют исходную концепцию затруднения, четкие представления о сущности своей трудности (таблица 10). Можно предположить, что эти люди приходят на консультацию с уже готовыми, базовыми объяснениями своего затруднения. Четыре клиента с положительным опытом обращения к психологу-консультанту отметили, что их

трудность заключалась в общении с другими людьми. Два клиента обратились в состоянии тревоги, депрессии, один с психосоматикой. Респонденты с негативным опытом: межличностные отношения – 3 клиента, детско-родительские – 2 клиента).

Таблица 10. Представление клиента о сущности затруднения

	Негативный опыт 7 человек			Положительный опыт 11 человек		
	Семантические единицы	Всего	различных	Семантические единицы	Всего	Различных
Сущность затруднения	Межличностные отношения (3), детско-родительские (2), утрата (развод) (1), психосоматика (1).	4	7	межличностные отношения (4), состояние (тревога, депрессия.) (2), психосоматика (1), принятие решения (1), детско-родительские (1), целеполагание (1), принятие решения (1).	10	8

В 11 таблице приведены результаты субъективной оценки значимости затруднения по шкале от 0-9 (в таблице указаны средние значения). Клиенты с негативным опытом субъективно оценивают свое затруднение выше, чем люди с положительным опытом (с положительным опытом 5,8, с негативным опытом 8). В решении трудности, у имевших положительный опыт обращения к консультанту, больше заинтересованы близкие люди (таблица 12) (с положительным опытом: семья 6, сам клиент 5. Клиенты с негативным опытом: семья 4, сам клиент 3). Мотивация для решения своей трудности у респондентов с положительным опытом обращения к психологу-консультанту выше, и это может служить фактором эффективности психологического консультирования. В работах, посвященные плацебо-эффекту мы находим похожие факторы. Мотивация для исцеления является одним из факторов

формирования плацебо эффекта. Чем выше мотивация для излечения, тем ярче плацебо-эффект (Jensen et al.,2012; Geers, et al., 2005).

Таблица 11.

Субъективная оценка клиентов значимости своего затруднения

	Негативный опыт 7 человек	Положительный опыт 11 человек
Субъективная оценка значимости затруднения Размах 0-9	8	5,8

Люди с положительным опытом обращения к психологам-консультантам идут за помощью к специалистам, когда не могут справиться с трудностями самостоятельно (5 клиентов), нужен совет (4 клиента), мешает жить (1 клиент) (таблица 13). Респонденты с негативным опытом обращения к психологам-консультантам идут на консультацию когда не могут сами справиться (3), когда происходит усиление конфликта (2), ухудшение здоровья (2). Респонденты без опыта считают, что к консультанту стоит идти когда все перепробовал (3), когда не можешь сам справиться (2) , когда уже есть психические заболевания (2), когда отправляют близкие (1), респонденты без опыта плохо дифференцируют деятельность психолога-консультанта и врача психиатра, возможно, они воспринимают психолога как последний шанс в решении своей трудности (3 респондента из 6 предположили, что к психологу-консультанту стоит обращаться, когда все перепробовал). Возможно, клиенты с негативным опытом обращения к психологам-консультантам, не проинформированы и не понимают суть деятельности психолога-консультанта и структуры психологического консультирования. Фактором эффективности может являться представление о сущности структуры психологического консультирования. Подобную ситуацию мы наблюдаем в исследованиях посвященные плацебо-эффекта, где сама процедура является важным фактором формирования этого эффекта (Jensen et al, 2012; Geers, et al 2005; Irmak et al., 2005).

## Мотивация клиента для решения затруднения

	Негативный опыт 7 человек			Положительный опыт 11 человек		
	Семантические единицы	Всего	различных	Семантические единицы	Всего	различных
Представление о рисках (что могло бы случиться, если бы трудность не решилась)	развод (3), ухудшение здоровья (3)	6	2	распад семьи (3), ухудшение здоровья (2), потеря работы (1), потеря интереса к жизни (1)	7	4
Заинтересованные лица	семья 4 сам клиент 3			семья 6 сам клиент 5		

Таблица 13 Представление момента обращения к психологу-консультанту

	С негативным опытом 7 человек			С положительным опытом 11 человек			Без опыта 6 человек		
	Семантически е единицы	Всего	различных	Семантические единицы	Всего	различных	Семантические единицы	Всего	различных
Представ ление о моменте обращени я клиента к психолог у- консульта нту	не могу сам справиться (3), усиление конфликта (2), ухудшение здоровья (2), все перепробовал (1) невозможно спокойно жить (1) нужен совет (1)	10	5	не могу сам справиться (5), нужен совет (4), мешает жить (1), все перепробовал (1), нет выхода (1)	6	12	все перепробовал(3), не могу сам справиться (2), угроза психического здоровья (2), отправили близкие (1)	8	4

**2.2.3. Концепция терапевтического процесса (у клиента) как фактор  
успешности психотерапии**

Респонденты, имеющие негативный и положительный опыт обращения к психологам-консультантам, в основном планировали решить свои трудности за 1-2 консультации (таблица 14). Люди с негативным опытом отметили высокую значимость своих трудностей (с положительным опытом 5,8, с негативным опытом 8, по шкале 0-9) (см. таблицу 11). Респонденты с негативным опытом обращения к психологам-консультантам оценили свои трудности высоко и планировали их решить сразу, возможно они плохо знакомы со структурой консультативного процесса. Ожидания о предполагаемых сроках решения своей трудности не совпали с реальностью у половины людей (с негативным опытом не совпали 4 из 7, с положительным не совпали 6 из 11), но у респондентов с положительным опытом эти сроки оказались приемлемы (8 из 11), в отличие от тех, кто имел отрицательный опыт (2 из 7) (таблица 14).

Таблица 14

Предполагаемые сроки решения своей трудности в понимании клиента

	Негативный опыт (7 человек)	Положительный опыт(11 человек)
Предполагаемые сроки решения (кол-во встреч)	1-2 встречи (4) 3-6 встреч (3) >6 встреч (0)	1-2 встречи (6) 3-6 встреч (4) >6 встреч (0)
Совпадение ожидания с реальным сроком	Совпали (3) Не совпали (4)	Совпали (5) Не совпали (6)
Степень приемлемости реального срока	Приемлем (2) не приемлем (5)	Приемлем (8) не приемлем (3)

Респонденты, имеющие положительный опыт обращения к консультантам, уже имеют исходные представления, какими методами работает консультант (4 клиента из 7) (таблица 13), уже знакомы с примерной структурой (процессом) консультирования (6 из 11), эти данные представлены в таблице 15. Люди с негативным опытом обращений не имели представлений о методах работы психолога-консультанта (4 из 7 респондента). Они приходили на консультации не подготовленные и не проинформированные, не знали как будет проходить консультация (5 из 7 респондента) (таблица 15).

В группе без опыта обращений к психологу-консультанту большинство не имели представлений о том, какими методами работают консультанты в отличие от опытных респондентов (из 6 опрошенных только один владеет информацией о методах работы психологов-консультантов, и трое представляют примерную структуру консультации) (таблица 15).

Таблица 15. Представление о структуре и методах работы психолога

	Негативный опыт 7 человек			Положительный опыт 11 человек			Без опыта 6 человек		
	различных Семантические единицы	Всего	различных	Семантическ ие единицы	Всего	различных	Семантичес кие единицы	Всего	различных
Наличие представления какими методами работает консультант	Нет 4 Есть 2			Нет 7 Есть 4			Нет 5 Есть 1		
Источники информации	соц. сети (1)	1	1	Соц. Сети (2 литература,(1 ) обучение (1)	3	4	Соц. Сети (1) обучение(1)	2	2
Наличие представления действий психолога на консультации	Есть 2 Нет 5			Есть 6 Нет 5			Есть 3 Нет 3		
Степень совпадения с тем, что делал психолог	Совпали (0) частично совпали (1) нет совпадений (1)			Совпали (1) частично совпали(3) нет совпадений (0)					

Многие респонденты считают, что эффективность консультаций напрямую зависит от цены (таблица 16). Семь клиентов считают, что если цена будет выше, то эффективность от консультации будет выше, четыре респондента считают, что эффективность не зависит от цены. Они представляют, чем выше оценивает свою помощь специалист, тем больше гарантий, что он способен помочь. Люди без опыта обращения не имеют представлений о цене консультации, но предполагают, что эффективность может зависеть от стоимости услуги. В формировании плацебо-эффекта



эффективные и дорогостоящие лекарства считаются более действенными (Waber et al, 2008; Kaptchuk, 2006).

Таблица 16. Представление о стоимости консультации

	Негативный опыт (7 человек)	Положительный опыт (11 человек)	Без опыта (6 человек)
Отношение к цене консультации психологического консультирования	Согласен 3 Не согласен 4	Согласен 6 Не согласен 5	
Представление об эффективности консультации в зависимости от цены консультаций (если цена выше)	Лучше 3 Так же 4 Хуже 0	Лучше 7 Так же 4 Хуже 0	Лучше 2 Так же 4 Хуже 0
Представление об эффективности в зависимости от цены консультаций (если цена ниже)	Лучше 0 Так же 3 Хуже 4	Лучше 0 Так же 3 Хуже 7	Лучше 0 Так же 2 Хуже 4

#### ***2.2.4 Представление об отношениях к психологу-консультанту как фактор успешности психотерапии***

Респонденты описывают свои представления, какую позицию должен занимать консультант, описывают предполагаемые взаимоотношения со специалистом. Клиенты ждут от консультанта поддержки, принятия. Все респонденты с положительным опытом обращения чувствовали поддержку со стороны консультанта (11 из 11 опрошенных), с негативным опытом два человека из семи не почувствовали от консультанта поддержку (таблица 17).. Респонденты с положительным опытом обращения к психологу-консультанту представляли позицию друга (4 человека), эксперта (3 человека), родителя (2 человека). С негативным опытом ожидали от психолога-консультанта роль эксперта (2 человека), родителя (2 человека), учителя (1 человек). Без опыта ожидают от консультанта позицию эксперта (3), учителя (2), друга (1), священника (1). Клиенты ожидают экспертной позиции, Д. Бенедетти рассматривает плацебо как явление, проявляющееся в результате взаимодействия врача и пациента. Автор отмечает, что для развития плацебо играют важную роль доверие со стороны пациента, надежда и ожидание

позитивного эффекта, а со стороны врача важную роль в развитии плацебо-эффекта оказывают надежность и сострадание (Benedetti, 2013). Авторитетная, активная, помогающая позиция врача усиливает эффект плацебо (Crow et al., 1999; Harrington, 1999; Ernst, 2001; Braithwaite et al., 1981). Сострадательная, беспокоящаяся позиция врача усиливает эффект плацебо (Kaptchuk, 2002; Benedetti, 2013 ).

У 8 из 11 респондентов с положительным опытом обращения к психологу-консультанту совпали ожидания, а у клиентов с негативным опытом совпали только у 4 из 7.

Таблица 17.

Представление о взаимоотношениях с психологом-консультантом

	С негативным опытом 7 человек			С положительным опытом 11 человек			Нет опыта 6 человек		
	Семантически е единицы	Всего	различны	Семантически е единицы	Всего	е различны		Всего	различны
Наличие ожидания (представления) о взаимоотношениях с психологом	Есть представления(7) Нет представлений 0			Есть представления (11) Нет представлений 0			Есть представления(6) Нет представлений 0		
Представление о позиции психолога- консультанта	эксперт(2) родитель(2) учитель (1) друг (1)	6	3	друг( 4) эксперт (3) родитель (2) наставник( 2)	11	4	эксперт(3) учитель (2) друг (1) священник (1)	7	4
Степень совпадения с ожидаемыми представлениями о взаимоотношениях	совпали (4) не совпали (3)			совпали (8) не совпали (3)					
Ощущение поддержки со стороны психолога.	Поддержка со стороны психолога. Да (5) нет (2)			Поддержка со стороны психолога. Да (11) нет (0)					

### ***2.2.5. Анализ представлений клиентов о факторах эффективности психологического консультирования***

Реальность, с которой мы имеем дело, когда обращаемся к представлениям клиентов, это их субъективная реальность, которую уместно определить как обыденное сознание. Покажем это.

Вопросам социальных представлений посвящены работы С. Московичи (1995). Как отмечает автор, роль социальных представлений заключается в том, что общество определяется не только наличием коллективности, общности, иерархии власти, но и представлениями и ценностями, придающими смысл социуму. Существование общества невозможно без мнений символов, то есть убеждений, а не только знаний. То, что человеческое сообщество думает о своём собственном бытии, те значения, которые оно приписывает институтам, является необходимой частью существования общества, а не только его отражением. Социальное представление выступает как фактор, конструирующий реальность не только для отдельного индивида, но и для целой группы.

С. Московичи (1995) подчеркивает групповую природу социального представления, его разделяемость членами группы и выработка в процессе социального взаимодействия. «Под социальными представлениями мы подразумеваем набор понятий, убеждений и объяснений, возникающих в повседневной жизни по ходу межличностных коммуникаций. В нашем обществе они являются эквивалентом мифов и систем верований традиционных обществ; их даже можно назвать современной версией здравого смысла. Наш подход фокусируется на том, как люди думают и создают свою разделяемую реальность, а также на содержательном аспекте их мышления» (Москвичи, 1995, с. 181). С. Московичи подчеркивает не только факт сконструированности социальных представлений, но и важную роль разговорного процесса, межличностной коммуникации в их создании. По его мнению, социальные представления всегда проявляются в результате напряженности, возникающей между отдельными людьми и между коллективами.

**Обыденное сознание** понимается как «совокупность представлений, установок и стереотипов, основывающихся на непосредственном повседневном опыте людей и доминирующих в социальной общности, которой они принадлежат» (Краткий психологический словарь, 1998). Е.В. Улыбина прямо соотносит понятие «обыденное сознание» с социальными представлениями (Улыбина, 2001). Автор отмечает, что оно является частью индивидуального сознания и «занимает положение медиатора по отношению к 1) общественному и индивидуальному сознанию; 2) мифологическому и научному отражению мира; 3) бессознательному и рефлексивному сознанию» (Улыбина 2001, с. 91). Подчеркивается связь общественного и обыденного сознания с социальными представлениями (Доценко 2014, с. 135). Мы имеем дело с искусственно созданным представлением (социальным конструктом). Представление – это реальное содержание, которым наполняется обыденное сознание, то есть обыденное сознание состоит из представлений.

С этой точки зрения мы и проанализируем полученные результаты. Согласно представлениям Е.В. Улыбиной и С. Московичи эти представления имеют сильно выраженную мифологическую природу, обладают противоречивостью, нерациональностью, с трудом поддаются рефлексии, но не является полностью бессознательным. Выявленные в нашем исследовании представления об эффективности психологического консультирования обладают похожими свойствами. Во-первых, в них присутствует мифологичность. Это выражается в высокой опоре на веру, в некритичном восприятии суждений других людей, в уповании на чудо и т.п. На основании этого у них формируются представления о факторах эффективности психологического консультирования. Как было показано в обсуждении результатов, клиенты, общаясь между собой в социальных сетях, делятся информацией и создают свой собственный «субъективный миф», опираясь на воззрения общества, знакомых, близких, авторитетных людей (таблица 4).

Во-вторых, в выявленных представлениях выражена противоречивость. Клиенты оценивают свои трудности как значимые (мы опираемся на

результаты шкалирования субъективной оценки значимости своего затруднении, см таблица 11), но в тоже время они планируют решить их за короткий срок (за 1-2 или 3-6 встреч). Респонденты хотят получить быстрый результат, надеются на чудо.

В-третьих, выявленные у клиентов представления почти не рефлексированы, но в то же время респонденты довольно четко объясняют свои представления (например, когда клиенты объясняют предпочитаемый пол психолога-консультанта ссылаются на доверие к женщинами, на эмпатийность, легкость в общении) (таблица 4).

Указанные свойства обыденного сознания позволяют нам сопоставить представления о факторах эффективности психологического консультирования в обыденном сознании с тем, что было выявлено в литературе по выявлению неспецифических эффектов, обуславливающие успешность терапии (факторы, обеспечивающие плацебо-эффект). В таблицу 18 мы занесли выявленные в нашем исследовании представления клиентов о факторах эффективности психологического консультирования и теоретические неспецифические факторы, обеспечивающие успех терапии (из-за недостаточностью данных в психологической литературе мы обратились к исследованиям подобных факторов изучаемых в медицине, описанных в 1 главе).

Таблица 18.

Сопоставление представлений клиентов о факторах эффективности психологического консультирования и теоретических факторов, обеспечивающие медицинский плацебо-эффект

<b>Представления клиентов о факторах эффективности психологического консультирования</b>	<b>Теоретически выявленные факторы, обеспечивающие медицинский плацебо-эффект</b>
<p><b>Доверие:</b>                      Вера в психологию.                      Субъективная оценка доверия к психологам-консультантам 6,8 (по шкале от 0-9).                      Субъективная оценка доверия - средний балл 18 клиентов с опытом обращения к психологу консультанта (из них 11 с положительным опытом обращения и 7 с негативным опытом обращения к</p>	<p>Вера в медицину и ожидание от нее пользы способствует формированию плацебо-эффекта (Flaten et al., 2006; Jakovljevic, 2014; Stub et al., 2017).</p>

психологам-консультантам).	
<p>Вера определенному психологу-консультанту: представление образа эффективного консультанта (пол, возраст, голос, качества личности)</p> <p>Из 24 респондентов 16 имеют четкое представление о том, какого пола специалист поможет справиться с их затруднением. 8 из них объяснили свой выбор высоким доверием к женщинам, комфорте в общении (3).</p> <p>21 респондент представляет психолога-консультанта своего возраста или старше.</p> <p>Представление об интонации и голосе (в скобках указано количество человек): мягкий голос (10), поставленный голос (6), добрый голос (4).</p> <p>Представление о желаемых качествах психолога-консультанта (в скобках указано количество человек)</p> <p>добрый (10), опытный (7), умеющий выслушать(6), с желанием помочь (3).</p>	<p>Авторитетный, уверенный врач способствует формированию плацебо-эффекта (Crow et al., 1999; Ernst, 2001; Harrington, 1999; Braithwaite et al., 1981).</p>
<p>Отражение веры психолога-консультанта.</p> <p>15 из 18 клиентов чувствовали от психолога-консультанта веру в успешность терапии.</p> <p>16 из 18 клиентов чувствовали от психолога-консультанта уверенность в действиях.</p>	<p>Уверенность в результате, эмпатийность, вера врача в процедуру способствует формированию плацебо-эффекта (Crow et al., 1999; Harrington, 1999; Ernst, 2001).</p>
<b>Представление о сущности своего затруднения:</b>	
<p>Представление о сущности затруднения.</p> <p>Все клиенты (18 из 18) имели четкое представление о сущности своего затруднения</p>	<p>Понимание своего заболевания и ожидание улучшения способствует формированию плацебо-эффекта (представление результата) (Flaten et al., 2006; Jakovljevic, 2014; Linde et al., 2007, McRae et al., 2004; Kaptchuk 2002)</p>
Субъективная оценка значимости затруднения	Чем тяжелее заболевание, тем выше ожидание чуда (Hróbjartsson 2001)
<p>Мотивация для решения трудности:</p> <p>у 10 из 18 клиентов в решении их трудности были заинтересованы другие люди (семья)</p>	Чем выше мотивация для излечения, тем ярче плацебо-эффект (Jensen et al., 2012; Geers, et al., 2005)
<b>Представление о терапевтическом процессе (у клиента):</b>	
<p>Предполагаемые сроки решения затруднения</p> <p>10 респондентов планировали решить свою трудность за 1-2 встречи</p> <p>7 респондентов планировали решить свою трудность за 3-6 встречи</p>	Ожидание изменения срока усиливают эффект-плацебо (Geers et al., 2007; Buckalew et al., 1981)
<p>представление о структуре и методах работы психолога</p> <p>11 респондентов из 24 имеют представление о структуре консультативного процесса</p>	<p>Предварительная информация о том, как будет проходить процедура, способствует формированию плацебо-эффекта (Гамбург А. Л., 1956; Нуллер Ю. Л., Лапин И. П., 1971; Jakovljevic, 2014).</p> <p>Маркировка лекарства, как более</p>

	эффективного (в понимании испытуемого) способствует к формированию плацебо-эффекта (Kam-Hansen, 2014; Braithwaite et al., 1981)
Представление о цене консультации 11 респондентов считают что, чем выше цена консультации, тем она эффективнее 15 респондентов считают, что чем ниже цена, тем менее эффективен результат терапии	Ожидание дорогостоящей процедуры усиливает плацебо-эффект (Waber et al., 2008)
<b>Представление о взаимоотношениях с психологом консультантом:</b>	
Занимаемая позиция психолога-консультанта из 24 опрошенных респондентов представляют позицию психолога консультанта: эксперт (8 человек) друг (6 человек) родитель (4 человека) учитель (3 человека)	Авторитетная, активная, помогающая позиция врача усиливает эффект плацебо (Crow et al., 1999; Harrington, 1999; Ernst, 2001; Braithwaite et al., 1981) Сострадательная, беспокоящаяся позиция врача усиливает эффект плацебо (Kaptchuk, 2002; Benedetti, 2013).
Ощущение поддержки со стороны психолога-консультанта 16 клиентов из 18 ощутили поддержку со стороны психолога-консультанта	Эмпатия и душевное тепло со стороны врача усиливают эффект плацебо (Crow et al., 1999; Harrington, 1999; Ernst, 2001)

Не составило труда сопоставить представления о факторах эффективности психологического консультирования с факторами, обеспечивающие плацебо-эффект. Из этого можно сделать вывод, что наша гипотеза, что *факторы, обеспечивающие эффективность психологического консультирования и медицинский плацебо-эффект, сопоставимы (схожи) между собой*, получила эмпирическую поддержку.

### 2.3 Выводы по 2 главе

Было выполнено исследование, позволившее выявить факторы, которые обеспечивают терапевтическую эффективность психологического консультирования. С помощью стандартизированного интервью выявлены представления клиентов о факторах эффективности психологического консультирования среди респондентов не имеющие опыта обращения к психологу (6 чел.), имеющие опыт встреч с психологом-консультантом – как позитивно оцененный (11 чел.), так и негативно (7 чел.). Вопросы касались

доверия к психологии вообще, к образу конкретного психолога и к процедуре, представлений респондентов о своей проблеме, о возможных путях и средствах ее решения, ожиданий к процессу консультирования, к ожидаемым отношениям с консультантом, степени оправдания их ожиданий.

Контент-анализ проводился по категориям, извлеченным из работ (медицинских) по исследованию плацебо-эффекта: вера, представления о характере затруднения, «концепция» терапевтического процесса, представления об отношениях со специалистом (каждая содержала несколько подкатегорий). Статистически значимые различия ( $p=0,04$ ) были получены для подгрупп с положительным опытом консультирования и с негативным.

Реальность, с которой мы имеем дело, когда обращаемся к представлениям клиентов, это их субъективная реальность, которую уместно определить как обыденное сознание.

Были получены следующие результаты: представления клиентов о факторах эффективности психологического консультирования схожи с теоретическими факторами, обеспечивающие медицинский плацебо-эффект.



## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Был проведен теоретический анализ литературы, посвященный неспецифическим факторам, обуславливающие эффективность терапии. Используя аналогию механизмов и описания плацебо-эффектов, нам удалось теоретически описать представления клиентов о факторах эффективности психологического консультирования. На их основе были составлены гипотезы данного исследования.

Организовано эмпирическое исследование, где мы смогли выявить представления клиентов о факторах эффективности психологического консультирования. На основании этих представлений обозначены факторы эффективности психологического консультирования:

1. Доверие: вера в психологию, вера определенному психологу-консультанту: представление образа эффективного консультанта (пол, возраст, голос, качества личности), отражение веры психолога-консультанта.

2. представление о сущности своего затруднения: внутренняя картина своей трудности: представление о сущности затруднения, субъективная оценка значимости затруднения, мотивация в решении трудности, представление момента обращения к психологу-консультанту.

3. Представление концепции терапевтического процесса (у клиента): предполагаемые сроки решения затруднения представление о структуре и методах работы психолога представление о цене консультации.

4. Представление о взаимоотношениях с психологом консультантом: занимаемая позиция психолога-консультанта, ощущение поддержки со стороны психолога-консультанта.

На основе полученных результатов необходимо провести более детализированное исследование плацебо-процессов применительно к психологическому консультированию. В перспективе это позволит ставить вопрос о методах оценки степени готовности клиента к изменениям, наличия у него уже используемых или пред-готовых приемов совладания со своими

затруднениями, о методах использования уже имеющихся ресурсов «исцеления» – экологического решения проблем своими силами.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гамбург А. Л. О роли словесного внушения в эффективности действия лекарственных веществ / А. Л. Гамбург // Журнал высшей нервной деятельности. – 1956. – Т. 6., вып. 1. – С. 87-92.
2. Доценко Е. Л. Психосемантика : учебное пособие / Е. Л. Доценко, З. З. Вахитова ; Тюм. гос. ун-т. – Тюмень : Издательство Тюменского государственного университета, 2014. – 292 с.
3. Елисеева О. О. Образ психолога в современной России / О. О. Елисеева // Вестник ПСТГУ IV: Педагогика. Психология. – 2011. – Вып. 2 (21). – С. 103-113.
4. Исурина Г. Л. Психотерапия и психологическое консультирование как виды клиничко-психологического вмешательства / Г. Л. Исурина // Медицинская психология в России. – 2017. – № 3. – С. 4.
5. Карвасарский Б. Д. Психотерапия / Б. Д. Карвасарский. – Москва : Медицина, 1985. – 302 с.
6. Квасенко А. В. Психология больного / А. В. Квасенко, Ю. Г. Зубарев.– Ленинград : Медицина, 1980. – 183 с.
7. Кодекс этики и профессиональной практики ЕКПП : утвержден решением Правления ЕКПП от 19.02.2009 г. – URL: <https://cyberpedia.su/2x1212.html> (дата обращения: 03.07.2019).
8. Лапин И. П. Диагностика отрицательных плацебо-реакторов и абсолютных плацебо-нереакторов по стабильности выбора цвета / И. П. Лапин, А. В. Рубитель // Поиск новых лекарств. - Тарту: Изд-во ТГУ, 1989. - С. 20-22.
9. Лапин И. П. Психологические факторы фармакотерапии / И. П. Лапин // Клиническая медицина. – 1990. – № 8. – С. 17-23.
10. Лапин И. П. Психология фармакотерапии / И. П. Лапин, Н. А. Анналова // Харьковский медицинский журнал. – 1997. – № 2. – С. 54-58.
11. Лапин И. П. Плацебо и терапия / И. П. Лапин. – Санкт-Петербург, 2000.

12. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезней и патогенные заболевания / Р. А. Лурия. – Москва : Медицина, 1977. – 112 с.
13. Московичи С. Социальные представления. Исторический взгляд / С. Московичи // Психологический журнал. – 1995. – № 1-2. – С. 3-14.
14. Мудров М. Я. Избранные произведения / М. Я. Мудров ; ред. и вступ. ст. А. Г. Гукасян. – Москва : Изд-во АМН СССР, 1949. – 295 с.
15. Нуллер Ю. Л. Влияние характера информации о препарате на эффективность плацебо и мепробамата / Ю. Л. Нуллер, И. П. Лапин // Клин. мед. – 1971. – № 9. – С. 139-144.
16. Петрушенко В. Л., Щербакова Г. Н. Вера в духовном мире личности. – Львов, 1989. – С. 51.
17. Тайлор Э. Б. Первобытная культура / Э. Б. Тайлор : перевод с английского. – Москва : Политиздат, 1989. – 573 с. – URL: <http://religion.historic.ru/books/item/f00/s00/z0000015/st000.shtml> (дата обращения: 03.07.2019).
18. Тюльпин Ю.Г. Медицинская психология: Учебная литература для студентов медицинских вузов. - Москва «Медицина», 2004– 250 с.
19. Улыбина Е. В. Психосемантические методы исследования сознания: учеб. метод. пособие. Ставрополь, 2001.
20. Этический кодекс Российского психологического Общества (РПО) // Российский психологический журнал. – 2004. – С. 37-54. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/eticheskiy-kodeks-rossiyskogo-psiologicheskogo-obschestva> (дата обращения: 03.07.2019).
21. . Buckalew W, Ross S, Starr B. J. Nonspecific factors in drug effects: Placebo personality // Psychol. Rep. – 1981 – 48 – P. 3-8.
22. Addington D. Placebos in clinical trials of psychotropic medication // Canadian J. of Psychiatry. – 1997 –.42. – P. 6.
23. Ader R. The role of conditioning in pharmacotherapy in The Placebo Effect: An Interdisciplinary. Exploration (ed. A. Harrington): Cambridge, MA: Harvard University Press – 1999 – P. 138–165.

24. Aslaksen P. M. Gender differences in placebo analgesia: event-related potentials and emotional modulation / P. M. Aslaksen, M. Bystad, S. M. Vambheim, M. A. Flaten // *Psychosom Med.* – 2011. – № 73. – P. 193-199.
25. Beecher H. K. The powerful placebo / H. K. Beecher // *JAMA.* – 1955. – Vol. 159. – P. 1602-1606.
26. Benedetti F. Placebo and the new physiology of the doctor-patient relationship / F. Benedetti // *Physiol.* – 2013. – Vol. 93, No. 3. – P. 1207-1246.
27. Benedetti F. *Placebo Effects: Understanding the Mechanisms in Health and Disease.* Oxford: Oxford University Press; 2009.
28. Bienenfeld L. The placebo effect in cardiovascular disease / L. Bienenfeld [et al.] // *Amer. Heart Journal.* – 1996. – V. 132. – P. 1207-1221.
29. Bingel U, Lorenz J, Schoell E, Weiller C, Büchel C. Mechanisms of placebo analgesia: rACC recruitment of a subcortical antinociceptive network / *Pain.* – 2005. – 120. – P. 8-15.
30. Brody H. *Placebos and the Philosophy of Medicine* / H. Brody. – Chicago, IL: University of Chicago Press, 1980.
31. Brown W. A. Predictors of placebo response in depression // *Psychopharmacol. Bull.* – 1988. – 24 – P. 14-17.
32. Colloca L. How placebo responses are formed: a learning perspective / L. Colloca, F. G. Miller // *Philos. Trans. R. Soc. Lond. B. Biol. Sci.* – 2011. – 366. – P. 1859-1869.
33. Colloca L. Placebo analgesia induced by social observational learning / L. Colloca, F. Benedetti // *Pain.* – 2009. – 144. – P. 28-34.
34. Constantino M. *Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-based responsiveness* / M. J. Constantino, C. R. Glass, D. B. Arnkoff, R. M. Ametrano, J. Z Smith. ; *Expectations.* In Norcross J. C., ed. – New York (NY): Oxford University Press, 2011.
35. Craighead W.E. Specificity and Nonspecificity in Psychotherapy / W. E. Craighead, E. S. Sheets, A. S. Bjornsson, E. O. Arnarson // *Clinical Psychology: Science and Practice.* – 2005. – 12(2). – P. 189-193.

36. Crow R. The role of expectancies in the placebo effect and their use in the delivery of health care / R. Crow, H. Gage, S. Hampson [et al.] // *Health Technology Assessment*. – 1999. – Vol. 3, No 3. – P. 1-96.
37. Czerniak E. Placebo, a historical perspective / E. Czerniak, M. Davidson // *European Neuropsychopharmacology*. – 2012. – 22(11). – P. 770-774.
38. DeFife J. A. Starting off on the right foot: Common factor elements in early psychotherapy process / J. A. DeFife, M. J. Hillsenroth // *Journal of Psychotherapy Integration*. – 2011. – 21(2). – P. 172-191.
39. Eippert F. Activation of the opioidergic descending paincontrol system underlies placebo analgesia / F. Eippert, U. Bingel, E. D. Schoell, J. Yacubian, R. Klinger, J. Lorenz, C. Büchel // *Neuron*. – 2009. – Issue 63. – P. 533-543.
40. Ekberg R. K., Barnes D. S., Kessler A. Malpass. Managing Clients' Expectations at the Outset of Online Cognitive Behavioural Therapy (CBT) for Depression // *Health Expect.* – 2014. – 19(3). – P. 557-569. – doi: 10.1111/hex.12227.
41. Ernst E. Towards a scientific understanding of placebo effects. In *Understanding the Placebo Effect in Complementary Medicine* / E. Ernst // *Theory, Practice and Research* / ed. D. Peters. – London: Churchill Livingstone, 2001. – P. 17-30.
42. Eysenck H. J. The effects of psychotherapy. An evaluation / H. J. Eysenck // *J. Consulting Psychology*. – 1952. – Vol. 16. – P. 319-327.
43. Flaten, P. M. Aslaksen, A. Finset . Cognitive and emotional factors in placebo analgesia / M. A. Flaten, P. M. Aslaksen, A. Finset [et al.] // *Journal Psychosom. Res.* – 2006. – 61. – P. 81-89.
44. Geers A. L., P. E. Weiland, K. Kosbab, S. J, Landry, S. G. Helfer. Goal activation, expectations, and the placebo effect // *J. Pers. Soc. Psychol.* – 2007. – Aug; 89(2). – P. 143-59.
45. Geers A.L. Reconsidering the role of personality in placebo effects: dispositional optimism, situational expectations, and the placebo response / A. L.

- Geers, S. G. Helfer, K. Kosbab [et al.] // Journal of Psychosomatic Research. – 2005. – 58. – P. 121-127.
46. Glassman J. N. The psychodynamics of prescribing and receiving medication // Psychiatric Times – 1998 – P. 33-35.
47. Grissom R. J. Meta-meta-analysis of the probability of superior outcome in comparisons involving therapy, placebo, and control / R. J. Grissom // J. Consult. Clin. Psychol. – 1996. – Vol. 64. – P. 973–982.
48. Harrington A. The Placebo Effect: An Interdisciplinary Phenomenon / A. Harrington. – Cambridge: Harvard University Press, 1999.
49. Hendricks P., Brandon T. H. Expectancy Priming of Smoking Cessation Messages Enhances the Placebo Effect of Tailored Interventions / M. Hooper, P. Hendricks, T. H. Brandon. – DOI 10.1037/0278-6133.26.5.598 // Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association. – 2007. – 26. – P. 598-609. – URL: [https://www.researchgate.net/publication/5995697\\_Expectancy\\_Priming\\_of\\_Smoking\\_Cessation\\_Messages\\_Enhances\\_the\\_Placebo\\_Effect\\_of\\_Tailored\\_Interventions](https://www.researchgate.net/publication/5995697_Expectancy_Priming_of_Smoking_Cessation_Messages_Enhances_the_Placebo_Effect_of_Tailored_Interventions) (дата обращения: 03.07.2019).
50. Hróbjartsson A. Is the placebo powerless? An analysis of clinical trials comparing placebo with no treatment / Hróbjartsson A, Gøtzsche PC/ N Engl J Med.- 2001 – 345 – 304-309.
51. Hróbjartsson. A. Is the placebo powerless? Update of a systematic review with 52 new randomized trials comparing placebo with no treatment / A. Hróbjartsson, P. C. Gotzsche // J. Intern Med. – 2004. – 256. – P. 91-100.
52. Jakovljevic M. The placebo–nocebo response: Controversies and challenges from clinical and research perspective / M. Jakovljevic // European Neuropsychopharmacology. – 2014. – Vol. 24, Issue 3. – P. 333-341.
53. Jensen K. B. Nonconscious activation of placebo and nocebo pain responses / K. B. Jensen, T. J. Kaptchuk, I. Kirsch, J. Raicek, K. M. Lindstrom, C. Berna, R. L. Gollub, M. Ingvar, J. Kong // Proc. Natl. Acad. Sci. U S A. – 2012. – 109(39).

54. Kam-Hansen S. Altered placebo and drug labeling changes the outcome of episodic migraine attacks / *Sci. Transl. Med.* – 2014. – 6(218).
55. Kaptchuk T. J. The placebo effect in alternative medicine: can the performance of a healing ritual have clinical significance? / T. J. Kaptchuk // *Ann Intern Med.* – 2002. – 136 (11).
56. Kaptchuk T.J. Placebos without Deception: A Randomized Controlled Trial in Irritable Bowel Syndrome / T. J. Kaptchuk, E. Friedlander, J. M. Kelley, M. N. Sanchez, E. Kokkotou, J. P. Singer, M. Kowalczykowski, F. G. Miller // *PLoS One.* – 2006. – 5(12). – e15591.
57. Kirsch I. Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration / I. Kirsch, B. J. Deacon, T. B. Huedo-Medina, A. Scoboria, T. J. Moore, B. T. Johnson. – DOI 10.1371/journal.pmed.0050045 // *PLoS Medicine.* – 2008. – 5(2):45. – URL: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.0050045> (дата обращения: 03.07.2019).
58. Kirsch I. Placebo psychotherapy: synonym or oxymoron? // *J. Clin. Psychol.* – 2005. – Vol. 61, No 7. – P. 791-803.
59. Kirsch I. The emperor's new drugs: an analysis of antidepressant medication data submitted to the U.S. Food and Drug Administration / I. Kirsch, T. J. Moore, A. Scoboria, S. S. Nicholls. – DOI: 10.1037/1522-3736.5.1.523a // *Prevention & Treatment.* – 5(23). – Accessed 15 July 2002. – URL: [https://www.researchgate.net/publication/228550299\\_The\\_Emperor's\\_New\\_Drugs\\_An\\_Analysis\\_of\\_Antidepressant\\_Medication\\_Data\\_Submitted\\_to\\_the\\_US\\_Food\\_and\\_Drug\\_Administration](https://www.researchgate.net/publication/228550299_The_Emperor's_New_Drugs_An_Analysis_of_Antidepressant_Medication_Data_Submitted_to_the_US_Food_and_Drug_Administration) (дата обращения: 03.07.2019).
60. Kleinman, A., Kusek, J. W., et al (2002) *The Science of the Placebo. Toward an Interdisciplinary.*
61. Kober H., Barrett L. F., Joseph J., Moreau E. B., Lindquist K., Wager T. D. Functional grouping and cortical-subcortical interactions in emotion: a meta-analysis of neuroimaging studies // *Neuroimage.* – 2008. – 42. – P. 998-1031.



62. Lambert M. J. The efficacy and effectiveness of psychotherapy / M. J. Lambert, B. M. Ogles // Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. – 5th ed. – New York: Wiley, 2004. – P. 139-193.
63. Leuchter AF, McCracken JT, Hunter AM, Cook IA, Alpert JE. Monoamine oxidase a and catechol-O-methyltransferase functional polymorphisms and the placebo response in major depressive disorder / AF Leuchter, JT McCracken, AM Hunter, IA Cook, JE Alpert // Clin Psychopharmacol 29 – 2009– P. 372–377.
64. Mackenbach JP. On the survival of the altruistic trait in medicine: is there a link with the placebo effect?: J Clin Epidemiol (5) – 2005 – P. 433–435.
65. McRae C, Cherin E, Yamazaki TG, Diem G, Vo AH, Russell D, Ellgring JH, Fahn S, Greene P, Dillon S, Winfield H, Bjugstad KB, Freed CR. Effects of perceived treatment on quality of life and medical outcomes in a double-blind placebo surgery trial / C McRae, E Cherin, TG Yamazaki, G Diem, D Russell, JH Ellgring, S Fahn, P Greene, S Dillon, H Winfield, KB Bjugstad, CR Freed // Arch Gen Psychiatry – 2004 – P 412-20.
66. Orlinsky D.E. Comments on the State of Psychotherapy Research. IFP newsletter. Zurich, 2007 - P. 11-14.
67. Petrovic P, Kalso E, Petersson KM, Ingvar M. Placebo and opioid analgesia-imaging a shared neuronal network / P Petrovic, E Kalso, KM Petersson, M Ingvar// Science 295 – 2002 – P.1737–1740.
68. Petrovic P. Placebo in emotional processing-induced expectations of anxiety relief activate a generalised modulatory network / P. Petrovic, T. Dietrich, P. Fransson // Neuron. – 2005. – 46(6). – P. 957-969.
69. Quitkin F.M. Placebo run-in period in studies of depressive disorders. Clinical, heuristic and research implications / F. M. Quitkin, P. J. McGrath, J. W. Stewart // British Journal Psychiatry. – 1998. – 173. – P. 242-248.
70. Sanchez L. E., Armanteros J. L., Small A. M. et al. Placebo response in aggressive children with conduct disorder // Psychopharmacol. Bull. – 1994 – 126.
71. Shapiro A. The placebo effect. Principles of Psychopharmacology / A. Shapiro. – New York: Academic Press, 1978. – P. 441-459.

72. Smith M. L. The benefits of psychotherapy / M. L. Smith, G. V. Glass, T. I. Miller. - Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1980.
73. Stub T, Foss N, Liodden I. "Placebo effect is probably what we refer to as patient healing power": A qualitative pilot study examining how Norwegian complementary therapists reflect on their practice / T. Stub, N. Foss, I. Liodden // BMC Complement Altern Med. – 2017. – 17. – P. 262.
74. Tschuschke V., A. Cramel V., Koemeda M., Schultess P., von Wyl A., Weber R.. Fundamental Reflections on Psychotherapy Research and Initial Results of the Naturalistic Psychotherapy Study on Outpatient Treatment in Switzerland (PAP-S) // International Journal of Psychotherapy. – 2010. – Vol. 14, No 3. – P. 23-
75. Turner E H, Matthews AM, Linardatos E, Tell RA, Rosenthal R. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy EH / Turner, AM Matthews, E Linardatos, RA Tell, R Rosenthal // New England Journal of Medicine – 2008– 358 (3). P. 252-260.
76. Waber R. L. Commercial Features of Placebo and Therapeutic Efficacy / R. L. Waber, B. Shiv, Z. Carmon, D. Ariely // JAMA. – 2008. – 299(9). – P. 1016.
77. Wager T. D. Neuroimaging studies of working memory: a meta-analysis / T. D. Wager, E. E. Smith // Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience. – 2003. – 3(4). – P. 255-274.
78. Wager T.D. Placebo-induced changes in fMRI in the anticipation and experience of pain / T. D. Wager, J. K. Rilling, E. E. Smith, A. Sokolik, K. L. Casey, R. J. Davidson, S. M. Kosslyn, R. M. Rose, J. D. Cohen // Science. – 2004. – 303. – P. 1162-1166.
79. Wager T. D, Davidson M. L, Hughes B. L, Lindquist M. A, Ochsner K. N. Prefrontal-subcortical pathways mediating successful emotion regulation / T D Wager, M. L Davidson, B.L Hughes, MA Lindquist, KN Ochsner // Neuron. – 2008– P. 1037–1050.
80. Wallerstein R.S. Forty-two lives in treatment: A study of psychoanalysis and psychotherapy. N. Y.: Guilford, 1986.

81. Walsh B.T, Seidman S.N, Sysko R, Gould M. Placebo response in studies of major depression: variable, substantial, and growing / B. T. Walsh, S. N. Seidman, R. Sysko, M. Gould // JAMA. – 2002. – 287. – P. 1840-1847.
82. Wampold B. E. Methodological problems in identifying efficacious psychotherapies / B. E. Wampold // Psychotherapy Research. – 1997. – No 7. – P. 21-43.
83. Wolf S. The pharmacology of placebos / S. Wolf // Pharmacol. Revs. – 1959. – V. 11. – P. 689-704.
84. Zubieta J. K. Neurobiological mechanisms of placebo responses / J. K. Zubieta, C. S. Stohler, N. Y. Ann // Acad Sci. – 2008. – 1156. – P. 198-210.

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### Приложение 1

Таблица 1

#### Отношение (вера) к разным специалистам

	«Опытные» (18 человек)			Негативный Опыт (7 человек)			Положительный. Опыт 11 человек			Без опыта( 6 человек)	
	Семантические единицы	Всего	различных	Семантические единицы	Всего	Различных	Семантические единицы	Всего	Различных	Семантические единицы	
Между какими специалистами стоял выбор	Астролог (7), невролог (3), психиатр (3), психотерапевт (2) экстрасенс (1)	16	5	астролог (2) психиатр (1), психотерапевт (1) экстрасенс (1)	4	3	астролог (5) невролог (3), психиатр (2), психотерапевт (1)	11	4	Массажист (1) невролог(1) Экстрасенс(1) Психиатр (1)	
Субъективная оценка доверия к психологам-консультантам	Размах 0-9	6,8		Размах 0-9	5,5		Размах 0-9	7,7		Размах 0-9	5
Субъективная оценка доверия к другим специалистам (представителям нетрадиционной медицины)	Размах 0-9	4,9		Размах 0-9	4,3		Размах 0-9	5,6		Размах 0-9	4,4

Наличие положительного опыта обращения знакомых людей к психологам- консультантам	Да/Нет	да 13 нет 6	Да/Нет	Да 3 Нет 4	Да/Нет	Да 9 Нет 2	Да/Нет	Да 2 нет 5
--	--------	----------------	--------	---------------	--------	---------------	--------	---------------

Таблица 2

Образ консультанта

	С опытом (18 человек)			Негативный опыт (7 человек)			Положительный опыт( 11 человек)			Без опыта (6 человек)		
	Семантические единицы	Всего	Различных	Семантические единицы	Всего	различных	Семантические единицы	Всего	различных	Семантические единицы	Всего	различных
Предпочита емый пол консультан та	Не имеет значения.(5) Женский (10) Мужской (3)			Не имеет значения.(3) Женский (4) Мужской (0)			Не имеет значения.(2) Женский (6) Мужской (3)			Не имеет значения.(3) Женский (2) Мужской (1)		
Объяснени е	к женщинам доверие выше (4), комфортнее в общении (3), выбор зависит от темы (2) женщины эмпатийны (2) можно быть естественной (1) отношение с папой лучше (1)	13	6	к женщинам доверие выше (1) выбор зависит от темы (2) женщины эмпатийны (1) женщина поймет (1)	5	4	К женщинам доверие выше (3) можно быть естественной (3) отношение с папой лучше(1), комфортнее в общении (2) Женщина пожалеет (1) женщины эмпатийны (1)	11	6	выбор зависит от темы (4) к женщинам доверие выше (3)	7	2

Предпочитаемый возраст	до 30 (4) 30-50(15) >50(4)		до 30 (0) 30-50 (7) >50(1)		до 30 (4) 30-50 (9) >50 (1)		до 30 (1) 30-50(5) >50 (1)					
голос	мягкий (8) поставленный (4), приятный (4) дружелюбный (3), добрый (4) спокойный (3), сексуальный (1), уверенный (1) размеренный (1), мелодичный (1),	32	11	Мягкий (4), дружелюбный (3), добрый (2), поставленный (1), приятный (1).	11	4	Мягкий (4), приятный (3), поставленный (3), добрый(2), спокойный (2), сексуальный (1), уверенный (1), дружелюбный (1), размеренный (1), мелодичный (1).	17	10	Мягкий (2), поставленный (2) , приятный (1), томный (1), четкий (1), громкий (1)	8	6
Критерии выбора психолога-консультанта	рекомендации (15) отзывы (11), Личное впечатление (4) узкая специализация (3) цена (1), высшее образование (1) проработка похожей трудности (2) нет выбора (1)	8	38	рекомендации (4), отзывы (3), личное впечатление (1), проработка похожей трудности (1), нет выбора (1).	10	5	рекомендации (11), отзывы (8), Личное впечатление (3), узкая специализация (3), цена (1) высшее образование (1) проработка похожей трудности (1)	28	7	рекомендации (4) отзывы (3), цена (2) опыт (2) наличие высшего образования (1)	12	5

Качества/навыки психолога-консультанта	тактичный ,(3) добрый (7) умеющий выслушать (4), опытный (7) отзывчивый (4) интеллигентный(3), образованный (4), безоценочный (1), справедливый (1)	10	30	желание помочь (3) добрый (2) опытный (2) справедливый (1), образованный (1) тактичный (1) отзывчивый(1)	13	8	опытный (5), добрый (5) умеющий выслушать (4), тактичный (2) интеллигентный (3), образованный (3), отзывчивый (3) безоценочный (1),	27	10	Добрый (3) интеллигентный (3), умеющий выслушать (2)	8	3
изменение ожидания образа консультанта после консультации	в отрицательную 7 в положительную 11			в отрицательную 5 в положительную 2			в отрицательную 2 в положительную 9					

Таблица 3

## Представления о природе проблемы

«Опытные» (18 чел)				Негативный опыт (7 человек)			Положительный опыт (11 человек)		
Категории	Семантические единицы	Всего	различных	Семантические единицы	Всего	различных		Всего	Различных
Сущность затруднения	<p>межличностные отношения (7), психосоматика(2) принятие решения (1).            Детско-родительские (3),            Состояние (тревога, депрессия.) (2),            Целеполагание (1), утрата (развод) (1)</p>	17	7	<p>Межличностные отношения (3)            детско-родительские (2)            утрата (развод) (1)            психосоматика (1)</p>	4	7	<p>межличностные отношения (4)            психосоматика (1), принятие решения (1), детско-родительские (1) Состояние (тревога, депрессия.) (2),            Целеполагание (1), принятие решения (1),</p>	10	8



Таблица 4.

## Мотивация для преодоления трудностей

Консультация как фактор усугубления проблемы	Да1 Нет 15		Нет 6 да 1		Нет 10 да 0		Да 1 Нет4					
	Момент обращения к психологу-консультанту	сам не можешь справиться (8), нужен совет, (3), не понимаешь что происходит (1), все перепробовал (2) запутался в ситуации (2)ухудшение здоровья (2)нет выхода (2), усиление конфликта 2),мешает жить (1)	16	8	не могу сам справиться (3) усиление конфликта (2), все перепробовал (1)ухудшение здоровья (2) невозможно спокойно жить (1) нужен совет (1)	10	5	не могу сама справиться (5) запутался в ситуации (2) нужен совет (2) Мешает жить (1) все перепробовал (1), нет выхода (1)	6	12	не можешь сам справиться (2) отправили близкие (1) угроза психического здоровья (2) нет выхода (1) все перепробовал (1)	6

Таблица 5.

## Методы психолога-консультанта

	«Опытные» (17 человек)			Без опыта (6 человек)			Негативный опыт (7 человек)			Положительный опыт (11 человек)		
	Семантические единицы	Всего	различных	Семантические единицы	Всего	различных	Семантические единицы	Всего	различных	Семантические единицы	Всего	различных
Представления какими методами работает консультант	Нет 13 Есть 5			Нет 5 Есть 1			Нет 6 Есть 1			Нет 7 Есть 4		
Источники информации	Соц. Сети (5), литература, (2) обучение (2)	9	3	соц. сети (1)	1	1	Соц. Сети (1) обучение(1)	2	2	Соц. Сети (2) литература, (1) обучение (1)	7	3
Ожидаемые действия психолога есть	Есть представления (8) Нет представлений (10)			Есть представления (2) Нет представлений (5)			Есть представления 6 Нет представлений (5)			Есть представления (3) Нет представлений (4)		
Степень совпадения с тем, что делал психолог	Совпали (1) частично совпали (4) нет совпадений (1)			Совпали ( ) частично совпали (1) нет совпадений (1)			Совпали (1) частично совпали(3) нет совпадений					

Таблица 6.

## Представление клиентов о предполагаемых сроках решения своей трудности

	«Опытные» (18 человек)			Негативный опыт (7 человек)			Положительный опыт(11 человек)		
	Семантические единицы	Всего	различных	Семантические единицы	Всего	различных	Семантические единицы	Всего	различных
Сроки решения (кол-во встреч)	1-2 встречи (10) 3-6 встреч (7) >6 встреч (0)			1-2 встречи (4) 3-6 встреч (3) >6 встреч (0)			1-2 встречи (6) 3-6 встреч (4) >6 встреч (0)		
Совпали ожидания	Совпали (8) Не совпали (10)			Совпали (3) Не совпали (4)			Совпали (5) Не совпали (6)		
Степень приемлемости реального срока	Приемлем (11) не приемлем (7)			Приемлем (3) не приемлем (5)			Приемлем (8) не приемлем (2)		

## Стоимость услуг

	«Опытные» (17 чел)	С негативным опытом (7 человек)	С положительным опытом 11 человек	Без опыта (6 человек)
Отношение к цене	Согласен 9 Не согласен 9	Согласен 3 Не согласен 4	Согласен 6 Не согласен 5	
Если бы цена была выше	Лучше 9 Так же 7 Хуже	Лучше 3 Так же 4 Хуже 0	Лучше 7 Так же 4 Хуже	Лучше 2 Так же 4 Хуже
Если бы цена была ниже 1	Лучше Так же 6 Хуже 11	Лучше 0 Так же 3 Хуже 4	Лучше Так же 3 Хуже 7	Лучше 0 Так же 2 Хуже 4

Таблица 8.

## Отношения с психологом-консультантом

	С негативным опытом (7 человек)			С положительным опытом (11 человек)			Нет опыта (6 человек)		
	Семантические единицы	Всего	различных	Семантические единицы	Всего	различных		Всего	различных
Ожидания	Есть представления( 7) Нет представлений 0			Есть представления (11) Нет представлений 0			Есть представления (6) Нет представлений 0		
Позиция психолога	эксперт(2) Родитель(2) учитель (1) друг (1)	6	3	друг( 4) эксперт (3) родитель (2) наставник( 2)	1 1	4	Эксперт 3 Учитель 2 Друг (1) Священник 1	7	4
Поддержка со стороны психолога.	Поддержка со стороны психолога. Да (5) нет (2)			Поддержка со стороны психолога. Да (11) нет (0)					
Степень совпадения	совпали (4) не совпали (3)			совпали (6) не совпали (1)					

## Приложение 2

### Представления клиентов об эффективности психологического консультирования

		Положительный опыт	Отрицательный опыт.	без опыта
Субъективная оценка доверия (шкала 0-9)	Субъективная оценка доверия к психологам- консультантам (шкала 0-9)	7,7	5,5	5
	Субъективная оценка доверия к другим специалистам (представителям нетрадиционной медицины) ( шкала 0-9)	5,6	4,4	4,4
Наличие положительного опыта у знакомых	есть положительный опыт обращения знакомых людей к психологам- консультантам (есть)	9	4	2
	нет положительного опыта обращения знакомых людей к психологам- консультантам (нет)	2	3	5
Предпочтение пола М Ж Не имеет знач.	предпочтение пола М мужской	3	0	2
	предпочтение пола Женский	6	4	2
	не имеет значение	2	3	3
Предпочитаемый возраст	до 30 лет	4	0	1
	30-50	9	7	5
	больше 50	1	1	1
Изменение ожидания образа консультанта + -	изменение ожидания образа консультанта после консультации в положительную сторону	9	2	0

	изменение ожидания образа консультанта после консультации в отрицательную сторону	2	5	0
Вера консультанта в успех	Верил ли психолог в успех (да)	11	5	0
	не верил в успех (нет)	0	2	0
	Субъективная оценка клиента значимости трудности шкала 0- 9	5,8	8	0
заинтересованные лица	семья	6	4	0
	сам клиент	5	3	0
Предполагаемые сроки решения (кол- во встреч)	1-2 встречи	6	4	0
	3-6 встреч	4	3	0
	больше 6 встреч	0	0	0
Совпадение ожидания	Ожидания совпали +	5	3	0
	Ожидания не совпали -	6	4	0
Степень приемлемости срока	Приемлем (да)	8	3	0
	не приемлем (нет)	2	5	0
Наличие представления какими методами работает консультант	Да	4	2	1
	нет	7	4	5
Наличие представления действий психолога на консультации	Да	6	2	3
	нет	5	5	3
Степень совпадения с тем, что делал психолог	совпали	1	0	0
	частично совпали	3	1	0
	не совпали	0	1	0
Отношение к цене	согласен	6	3	0

консультации психологического консультирования				
	не согласен	5	4	0
Представление об эффективности консультации в зависимости от цены консультаций (если цена выше)	лучше	7	3	2
	так же	4	4	4
	хуже	0	0	0
Представление об эффективности консультации в зависимости от цены консультаций (если цена ниже)	лучше	0	0	0
	Так же	3	3	2
	хуже	7	4	4
совпадение с ожидаемыми представлениями о взаимоотношениях	Да	8	4	0
	Нет	3	3	0
Ощущение поддержки со стороны психолога	Да	11	5	0
	нет	0	2	0

