«Динамика качества жизни и саморегуляции у лиц с аутоиммунными заболеваниями в процессе обучения навыкам психологической самопомощи»

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И САМОРЕГУЛЯЦИИ У ЛИЦ С АУТОИММУННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ НАВЫКАМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ САМОПОМОЩИ.....8
1.1 Понятие и сущность саморегуляции.....8
1.2 Психологические особенности лиц с аутоиммунными заболеваниями.. .18
1.3 Методы организации системы психологической самопомощи и развития способности к саморегуляции лицам с аутоиммунными заболеваниями.……35
ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 1.....62
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДИНАМИКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И САМОРЕГУЛЯЦИИ У ЛИЦ С АУТОИММУННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ НАВЫКАМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ САМОПОМОЩИ.....64
2.1 Организация исследования.....64
2.2 Методики исследования.....67
2.3 Количественный и качественный анализ.....73
ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 2.....105
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....109
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....112
ПРИЛОЖЕНИЯ.....1

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. Нервная и иммунная системы имеют ряд сходств на феноменологическом уровне. Обе они связаны с реакцией организма на изменения окружающей среды (внешней и внутренней). Это направление активно изучается и разрабатывается в последнее время. Факторы иммунного ответа влияют на нервную систему. В результате формируется нейроимунная связь.

На данный момент наблюдается увеличение случаев аутоиммунных заболеваний после заболевания COVID-19. Некоторые из заболеваний, которые могут проявляться после COVID-19, включают аутоиммунный тиреоидит, ревматоидный артрит, системную красную волчанку, сахарный диабет, васкулиты и другие заболевания.

Хотя исследования в этой области все еще продолжаются, увеличение случаев аутоиммунных заболеваний связывается с более широкими воздействиями на иммунную систему, вызванными COVID-19. Например, некоторые люди развивают стойкие нарушения иммунной системы, которые могут привести к развитию аутоиммунных заболеваний. Кроме того, роль прямого воздействия вируса на иммунные клетки также может быть важной в развитии аутоиммунных заболеваний после COVID-19.

Аутоиммунные заболевания являются широко распространенными и могут проявляться с разной степенью тяжести. По данным Американской коллегии ревматологов (American College of Rheumatology), более 50 миллионов людей в США страдают от какого-либо вида аутоиммунного заболевания. По оценке Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), аутоиммунные заболевания являются одной из десяти наиболее распространенных причин инвалидности и смерти.

В связи с необходимостью перманентного лечения и мониторинга показателей здоровья, а также соблюдение определенного образа жизни и стиля питания, лицам с аутоиммунными заболеваниями важна развитая

способность к саморегуляции. Так как само заболевание и лечение являются дополнительными стрессовыми факторами как для физического функционирования (возможно снижение мотивационно-волевой сферы и когнитивных процессов) так и психологического комфорта. развитый навык саморегуляции будет способствовать улучшению качества жизни.

Существует большое количество психотехник, основная задача которых – аутокоррекция, во время которой человек самостоятельно сможет урегулировать проблемы своего психологического благополучия. Сегодня современная жизнь максимально цифровизована и оказывает мощное информационное воздействие на человека. Часто такое воздействие является негативным, приводит к нарушению внимания и оксидативному стрессу. В свою очередь аутоиммунные заболевания влияют на качество жизни, так как они могут вызывать хроническую усталость, болезненность, нарушения сна, изменения настроения и депрессию. В некоторых случаях они могут привести к ограничению физической активности и трудоспособности. Также аутоиммунные заболевания требуют частых посещений врача, которые могут отнимать время и деньги и вносить дополнительный стресс в жизнь пациента. Кроме того, лечение аутоиммунных заболеваний может иметь побочные эффекты, которые могут ухудшить качество жизни. По этой причине и появляется необходимость в выработки определенных механизмов саморегуляции.

Таким образом, существует тесная связь между качеством жизни и саморегуляцией. Саморегуляция - это способность индивида эффективно управлять своими мыслями, эмоциями и поведением, чтобы достигать своих целей и приспосабливаться к изменяющимся обстоятельствам. Когда речь идет о качестве жизни, саморегуляция может играть важную роль в нескольких аспектах:

Физическое здоровье: Саморегуляция может помочь в поддержании здорового образа жизни, такого как правильное питание, физическая

активность и отказ от вредных привычек. Через саморегуляцию люди могут контролировать свои привычки, соблюдать режим и заботиться о своем физическом состоянии, что может положительно сказываться на их общем физическом здоровье и качестве жизни.

Эмоциональное благополучие: Саморегуляция эмоций имеет важное значение для ментального здоровья и качества жизни. Люди, которые умеют управлять своими эмоциями, могут более эффективно справляться с стрессом, адаптироваться к трудностям и поддерживать позитивные отношения с окружающими. Хорошая саморегуляция эмоций может способствовать повышению уровня психологического комфорта, улучшению отношений и общей эмоциональной устойчивости.

Социальная адаптация: Саморегуляция также играет важную роль в социальной сфере и качестве межличностных отношений. Люди, способные контролировать свое поведение и реагировать адекватно на социальные ситуации, могут лучше устанавливать и поддерживать здоровые и удовлетворительные отношения с другими людьми. Это может положительно сказываться на их социальной поддержке, уровне удовлетворенности отношениями и общем качестве жизни.

Цель исследования: изучить динамику качества жизни и саморегуляции у лиц с аутоиммунными заболеваниями в процессе обучения навыкам психологической самопомощи.

Задачи исследования:

1. Изучить понятие и подходы к изучению саморегуляции.
2. Рассмотреть психологические особенности лиц с АИЗ.
3. Проанализировать психологическую самопомощь как раздел психогигиены
4. Организовать и провести эмпирическое исследование с участием лиц с аутоиммунными заболеваниями.

5. Провести сравнительный анализ оценки качества жизни и саморегуляции у лиц с аутоиммунными заболеваниями, осваивающих навыки психологической самопомощи.
6. Проанализировать взаимосвязи качества жизни и саморегуляции у лиц с аутоиммунными заболеваниями в процессе овладения навыками психологической самопомощи.

Объект: психологическая саморегуляция.

Предмет: динамика показателей качества жизни и саморегуляции у лиц с аутоиммунными заболеваниями (АИЗ) в процессе обучения навыкам психологической самопомощи

Гипотеза исследования: предполагается положительная динамика качества жизни и саморегуляции у лиц с аутоиммунными заболеваниями в процессе обучения навыкам психологической самопомощи.

Теоретико-методологическая основа исследования.

Теоретико-методологическую основу исследования составили следующие концепции и авторы: подходы к определению саморегуляции (О.А. Конопкин, В.И. Моросанова и А.К. Осницкий, И.С. Осипова, Р. Райан и Э. Деци, У. Мишель, К. Двек); психологические особенности лиц с АИЗ (И.А. Новикова, Г.И. Сторожакова, J. Bienenstock, S. Collins, F. De Luca, J. Fedorova), психосоматический подход развития заболеваний (А.Л. Гройсман, Н.Ф. Жукова, Д.Б. Колесников, С.И. Рапопорт, Л.А. Вознесенская, А.В. Минченков, Н. Б. Елпидифоров, О.Г. Сыропятов) психологическая самопомощь и психогигиена (Л.Н. Антилогова,, С.Л. Соловьева, А.Н. Соловьева).

Методы исследования:

В исследовании будет использован комплекс методов: теоретический анализ монографических и диссертационных исследований, статей и других научных публикаций, отражающих особенности оценки качества жизни и саморегуляции у лиц с аутоиммунными заболеваниями в процессе обучения навыкам психологической самопомощи; эмпирическое изучение исследуемой

темы с помощью психодиагностических методик; математико-статистического анализа с использованием качественных и количественных методов обработки данных.

В качестве **психодиагностических методик использованы**:

1. Опросник SF-36 «ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ» - это сокращенная версия опросника, разработанного для измерения здоровья и качества жизни (Health-Related Quality of Life, HRQoL).
2. «Стиль саморегуляции поведения- ССП- 98» В.И. Моросановой.
3. Анкета самооценки навыков самопомощи.

Выборка испытуемых: 45 человек (женщины среднего возраста преимущественно с диагнозом системная красная волчанка, неспецифический язвенный колит аутоиммунный тиреоидит и ревматоидный артрит) распределены на 2 группы экспериментальная- которая участвует в программе и контрольная- которая не участвует в программе.

Практическая значимость работы заключается возможности использования разработанной программы развития навыков саморегуляции и самопомощи для лиц с АИЗ в процессе психологической работы и психологической помощи данным группам лиц.

Структура работы: работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка литературы.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И САМОРЕГУЛЯЦИИ У ЛИЦ С АУТОИММУННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ НАВЫКАМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ САМОПОМОЩИ

1.1 Понятие и подходы к изучению саморегуляции

Изучение саморегуляции личности привлекло значительное внимание как отечественной, так и зарубежной психологии. За годы исследований по данной тематике накоплен обширный багаж знаний.

Разработкой вопросов саморегуляции занимались психоаналитические теоретики, такие как З. Фрейд, которые рассматривают саморегуляцию как защитный механизм, предохраняющий личность от разрушительного воздействия чрезмерной тревоги. Бихевиористы, такие как А. Бандура, Б. Скиннер и Дж. Уотсон, описывают саморегуляцию как исполнительный акт, обусловленный ожиданием самоподкрепления и самооценкой, которая влияет на торможение или мотивацию действий. Когнитивисты, в том числе М. Арнольд, Дж. Келли, Л. Колберг, Р. Лазарус и Ж. Пиаже, утверждают, что когнитивные процессы играют регулирующую роль в формировании поведения индивида [2]. Рассмотрим далее различные точки зрения на определение сущности понятия «саморегуляция».

Авторы О.А. Конопкин, В.И. Моросанова и А.К. Осницкий придерживаются мнения, что саморегуляция − это процесс постановки и достижения целей деятельности, а также контроль за их достижением, включающую в себя систематическое задействование различных психологических процессов, явлений и уровней [19; 23; 26].

В статье И.С. Осиповой саморегуляция рассматривается как специфическая деятельность, осуществляемая личностью для преобразования своего состояния, выступая тем самым в качестве действия. Она включается в рамки деятельности, направленной на повышение продуктивности и восстановление физического благополучия. Во-вторых, саморегуляция рассматривается как преобразующая деятельность, при которой собственные

функции субъекта организуются и рассматриваются как объект изучения [25].

В психологии в понятие саморегуляции входит широкий спектр определений. Учитывая сложность понятия и его использование в разных сферах, можно выделить множество интерпретаций его значения. В словаре С.Я. Головина саморегуляция включает целенаправленные изменения, вносимые человеком в механизмы, управляющие функциями психики, в частности, связанные с формированием способов управления [7].

В.А. Ганзен утверждает, что саморегуляция является ключевой функцией сознания, признанной классиками отечественной психологии. Взаимодействие этих функций поддерживает психологическую целостность разнообразных познавательных процессов [6].

Отличительной чертой саморегуляции человека является ее способность не только «адаптировать» человека, но и способствовать развитию эффективных жизненных ориентаций. Она вызывает чувство онтологической приемлемости, самоуважения и целостности, как подчеркивает И.С. Кон [18].

Г.Ш. Габдреева подчеркивает, что саморегуляция, особенно в прикладных отраслях психологии, подразумевает психический механизм, направленный на оптимизацию благополучия индивида. Эта точка зрения предполагает существование специализированных техник и практик для самонаправленных действий [27].

Более широкий взгляд на саморегуляцию, по мнению А.А. Кацеро, охватывает не только оптимизацию своего состояния, но и процессы, связанные с индивидуальностью, жизненной траекторией, смыслами и целями (такие как самореализация и самопреодоление). Это распространяется на типы субъекта, включая когнитивную активность (самоорганизация) [16].

Теперь рассмотрим определение саморегуляции с точки зрения авторов, представляющих различные направления в зарубежной психологии.

Зарубежные авторы также предлагают разные определения и подходы к понятию саморегуляции. Вот некоторые из них:

Альберт Бандура, представитель теории социального научения, рассматривает саморегуляцию как процесс установления целей, мониторинга собственных действий, регулирования поведения и оценки результатов. Он подчеркивает важность самоконтроля и самоэффективности в саморегуляции.

Ричард Райан и Эдвард Деци, представители теории самоопределения, рассматривают саморегуляцию как способность индивида регулировать свое поведение и эмоции в соответствии с личными ценностями и целями. Они выделяют три основных аспекта саморегуляции: автономию (свободу выбора и самостоятельное принятие решений), компетентность (ощущение своей способности справляться с задачами) и связь (ощущение принадлежности и поддержки со стороны других людей).

Уолтер Мишель, представитель теории самоконтроля, определяет саморегуляцию как способность контролировать и регулировать свое поведение, эмоции и мысли с целью достижения долгосрочных целей. Он выделяет понятие "эго-истощения" и исследует механизмы, которые помогают сохранять и восстанавливать ресурсы самоконтроля.

Каролина Двек, представительница позитивной психологии, рассматривает саморегуляцию как процесс осознанного управления своими мыслями, эмоциями и поведением с целью достижения благополучия и личного развития. Она акцентирует внимание на понятии "потока" - состоянии погружения в деятельность, при котором человек полностью поглощен и удовлетворен своей деятельностью.

Эти различные подходы отражают разнообразие точек зрения на саморегуляцию в зарубежной психологии [2].

Отечественный психолог Б.В. Зейгарник представляет саморегуляцию, направленную на осуществление контроля над своим поведением. Этот

процесс включает в себя сознательную перестройку и генерацию новых смыслов. Саморегуляция становится особенно эффективной в критических ситуациях, когда стремление к важнейшим для личности целям и мотивам становится недостижимым в силу объективных обстоятельств. Она выступает как компонент процесса переживания, который Б.В. Зейгарник определяет, как особую внутреннюю активность субъекта, сосредоточенную вокруг смыслопорождения, особенно активизирующуюся в критических ситуациях [13].

Кроме того, важно изучить разнообразные точки зрения на саморегуляцию в зарубежной психологии. Согласно ей, люди обладают врожденной тенденцией к саморегуляции, стремятся привести свои мысли, чувства и действия в соответствие со своей аутентичной сущностью и реализовать свой уникальный потенциал.

С социокультурной точки зрения, подчеркивают роль социальных взаимодействий и культурных влияний в развитии саморегуляции. Они утверждают, что саморегуляция возникает в процессе усвоения социальных норм, ценностей и когнитивных инструментов, что позволяет людям регулировать свое поведение в соответствии с ожиданиями и целями общества.

В области позитивной психологии ученые проливают свет на связь между саморегуляцией и благополучием. Они утверждают, что саморегуляция тесно связана с переживанием потока − состоянием оптимальной вовлеченности в деятельность и концентрации на ней без усилий. Эффективно управляя своим вниманием, мотивацией и эмоциями, люди могут улучшить свое благополучие и воспитать в себе чувство удовлетворения и удовлетворения жизнью.

Кроме того, в области нейронауки исследователи изучают нейронные механизмы, лежащие в основе саморегуляции. Исследования с использованием методов визуализации мозга, таких как функциональная

магнитно-резонансная томография (фМРТ), показали участие префронтальных областей коры в процессах саморегуляции. Эти области мозга связаны с когнитивным контролем, принятием решений и регуляцией эмоций, что дает ценное представление о нейробиологических основах саморегуляции.

В целом, многогранная природа саморегуляции очевидна благодаря множеству точек зрения, предложенных учеными из различных психологических дисциплин. От гуманистических подходов до социокультурных влияний, позитивной психологии и нейронауки, каждая точка зрения вносит свой вклад в комплексное понимание саморегуляции как жизненно важного процесса в психологии человека.

А.А. Кацеро подчеркивает, что анализ механизмов саморегуляции включает в себя исследование индивидуальных стилей регуляции, регуляцию психической деятельности, выполнение волевой деятельности (такой как работа и образование), а также аспекты развития, связанные с возрастом [15].

Кроме того, интересным представляется вопрос о коллективном потенциале саморегуляции, который возникает на основе стабильности индивидуального содержания и семантики, охватывая возможности индивида к действию. Однако этот потенциал подвержен влиянию объективных и социальных реалий, имеющих для индивида существенное значение. Эти влияния могут привести к отказу от ранее принятых целей и мобилизации ресурсов для достижения вновь принятых целей. А.Г. Асмолов подчеркивает, что психология саморегуляции отражает задачу навигации «меняющейся личности в меняющемся мире» [4].

Для всестороннего понимания осознанной регуляции О.А. Конопкин дает подробное описание структурно-функциональной модели. Опираясь на эту модель, автор разрабатывает концепцию осознанной саморегуляции в деятельности человека, направленной на достижение целей в различных сферах [20].

По мнению О.А. Конопкина, «человек, обладающий осознанием своих задач и условий, становится субъектом собственной деятельности. Он самостоятельно выбирает условия, которые соответствуют предстоящей задаче, и, используя программу действий как руководство, исследует различные пути преобразования исходной ситуации. Они оценивают результат и принимают решения о необходимости внесения изменений в свои действия» [20].

К.А. Абульханова-Славская, известный автор в этой области, дает взгляд на личность субъекта, подчеркивая роль саморегуляции как организатора многогранных личностных качеств, необходимых для эффективного функционирования в деятельности и разрешения противоречий. Эта точка зрения поддерживается и такими известными учеными, как Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн, которые раскрыли значение саморегуляции [1].

В статье М.Ю. Лемещенко автор солидаризируется с точкой зрения В.П. Бояринцева, который утверждает, что «саморегуляция служит механизмом, облегчающим внутреннюю психическую активность с помощью разнообразных средств. Лемещенко подчеркивает взаимодействие активности и саморегуляции как взаимодополняющих граней» [21].

Более того, изучение произвольных процессов, направленное на понимание сложных способов, с помощью которых люди регулируют свои когнитивные состояния. Одним из важнейших результатов этих исследований является неоспоримое влияние осознанных образов. Содержание осознанного образа служит для человека фокусом для эффективной регуляции его состояний. Это позволяет предположить, что построение и активация сознательных образов играют важную роль в руководстве и формировании процессов саморегуляции, осуществляемых людьми.

Эти идеи проливают свет на сложную и запутанную природу саморегуляции, подчеркивая ее многогранные аспекты и ее взаимодействие с

различными аспектами функционирования человека. Подчеркивается интегративная роль саморегуляции в координации личностных качеств, управлении противоречиями и содействии эффективному участию в деятельности. От координации личностных качеств до регуляции когнитивных и физиологических состояний, саморегуляция пронизывает множество слоев человеческого опыта и вносит вклад в общее функционирование и благополучие человека.

Среди некоторых исследователей существует тенденция к разделению саморегуляции на отдельные компоненты регуляторного процесса. Примером может служить недавняя теория, выдвинутая Н.И. Чуприковой, в которой большое значение придается роли силы воли. В этой теории саморегуляция, хотя и не упоминается в явном виде, рассматривается автором как функция воли. Она отвечает за формирование программ и целей, которые направляют исполнительные функции. Как системное качество самосознания человека, саморегуляция охватывает не только волевые процессы, но и другие психические явления, такие как когнитивные компоненты и мотивы, как подчеркивает Чуприкова [34].

В статье В.Н. Шляпникова, посвященной рассмотрению саморегуляции в современной зарубежной психологии, проводится различие между саморегуляцией и самоконтролем. В узком аспекте саморегуляция рассматривается как стратегия поведения, которая действует без усилий и бессознательно, в то время как самоконтроль предполагает сознательные волевые усилия [35].

Современные зарубежные авторы, как отмечает О.А. Исайчева, концептуализируют саморегуляцию как процесс, позволяющий человеку управлять своим поведением в ответ на изменяющиеся условия. Он включает в себя регулирование внимания, поведения, мыслей и эмоций. Процесс саморегуляции вступает в игру, когда при выполнении задачи возникают внешние или внутренние препятствия. Исаичева согласна с мнением Ю. Куля

о том, что саморегуляция является неотъемлемым компонентом волевой регуляции, действующим на двух уровнях: самоконтроля и саморегуляции [14].

Изучая различные точки зрения и теории саморегуляции, исследователи стремятся получить полное представление о ее многогранной природе и роли в руководстве поведением человека. Независимо от того, рассматривается ли она через призму силы воли, как отдельная стратегия поведения или как сложное взаимодействие между волевыми усилиями и сознательной адаптацией, саморегуляция остается ключевым механизмом, позволяющим людям ориентироваться и адаптироваться к вызовам и требованиям окружающей среды [14].

Самая известное обсуждение этого явления затрагивало организацию Cole и соавторов [37], а также Eisenberg, Spinrad [41]. Оно сводилось к следующему.

Согласно заверениям Cole и соавторов, управление эмоциями перекликается с изменениям, связанным с активизацией эмоций. Они затрагивают смену отдельно взятой эмоции во времени или глубине проявлений, а также связаны с проявлениями психологии - социализацией, памятью и т. д. [37]

Eisenberg, Spinrad утверждают, что определение управления эмоциями Cole и соавторов превышено. Вместе с тем они утверждают, что приравнивание управления эмоциями путём смены текущего процесса или поведения - излишне однобокое определение.

Они характеризуют самостоятельное управление эмоциями как их появление, ускорение или приостановку, уклонение или фиксацию на любой из них. В ряде случаев меняется и причина, форма, глубина проявления, время удержания определённой эмоции, связанной с конкретными процессами физиологии. Смене подвержены и эмоции, связанные с вниманием,

мотивацией или проявлениями определённого поведения, цель которого - биосоциальное приспособление, выполнение разнообразных задач. [40].

Под определением самоуправления эмоций учёные понимают два типа явлений регуляции: ведущие человека и ведомые человеком эмоции. Большинство авторов настаивает на определении эмоций как управляемого явления. [44]. Управляемая эмоция - изменение задействованной эмоции. Это значит, что интенсивность эмоции, её время возникает у человека в единении с самим собой (самостоятельное успокоение) или между двумя и более людьми (один человек вызывает позитивную или негативную реакцию у своего оппонента).

С учётом вариабельности эмоций отдельно взятого человека, выражение им эмоций, чья цель - выполнение поставленной задачи, отличается от тех, которые не имеют такой цели. Оказываемый эффект, когда он не применяется как средство регулирования эмоций или проявлений личности этого же человека, обозначается другим явлением, отличным от управления эмоциями. Авторы данного тезиса утверждают, что регулирование эмоций как отдельное явление ограничен понятием эмоций как бы истолкованным с разных позиций и многогранным.

Согласно мнению авторов, различаются следующие аспекты саморегуляции:

- управление эмоциями и их регуляция;
- смоделированное и действительное управление эмоциями;
- управление ими же - например, через взрослых, которые оказывают влияние на поведение детей, а также через его самостоятельные действия и выводы с учётом сложившейся ситуации;
- непреднамеренное и условное поведение - второе больше завязано на цели, поставленные перед отдельно взятым человеком в данный момент;

- произвольное управление эмоциями, которое сравнивается с аналогичным явлением у другого человека, чьё поведение контролируется извне меньше [40].

Каждый аспект требует отдельного рассмотрения.

Контроль эмоций - торможение или ограничение. Высказывается предположение, что и то, и другое постепенно растёт от минимального до повышенного ограничения. Контролирование эмоций - часть регулирования при его произвольности. Регуляция эмоций вмещает в себя явления, выходящие за рамки управляемого торможения. Распространённый пример - активация нужного поведения, перенос фокуса внимания и планирование. Приспособляемая регуляция состоит из адекватного управления эмоциями и склонность к запуску определённых действий по мере необходимости. Это значит, что регуляция эмоций - приспособляемая характеристика, и это же не относится в полной мере к контролю: он, в свою очередь, адаптивен или дезадаптивен, исходя из возможности им управлять извне. [51]

Выявление эмоций до их проявления состоит из эмоциональных реакций, которые берутся под произвольное управление до их естественного возникновения. Учитываются также и влияние познавательных процессов. Далее выбираются ситуации сосредоточения эмоций и методы их переосмысливания. [47]

К примеру, предварительное регулирование эмоций или активное копирование зачастую состоят из предотвращения ситуации, которое их вызывает, когда это предотвращение возможно. К примеру, скрытный человек, наперекор своей импульсивной реакции, является на масштабное культурно-развлекательное мероприятие, - или берётся за дело, которое могло бы вызвать у него опасения, что он не справится с поставленной задачей.

Самостоятельное управление эмоциями, как следует из вышесказанного, возникает в целях предотвращения их появления. Несколько иная ситуация -

создание обстоятельств, которые вырабатывают у человека определённый опыт переживания эмоций и управления ими.

В итоге, определение “эмоциональная саморегуляция”, по мнению большинства мыслителей, - запуск, приостановка и смена эмоционального фона человека, который действует в целях биосоциального приспособления, связанного с выполнением задач и достижения других целей определённого круга. Данный процесс не состоит лишь из одного контроля эмоций. Чаще всего он обладает произвольным течением, имеет в корне определённые цели. Его назначение - взять под управление эмоции этого же человека, не позволяя последнему действовать не вполне адекватно, - с учётом развившейся ситуации. Контроль и управления эмоциями на всех стадиях - осознаваемый человеком процесс, в свою очередь, подконтрольный ему во всех смыслах [45].

Резюме: в психологии определён ряд методов, позволяющих понимать и осознавать человеком самостоятельную регуляцию эмоциональной его составляющей. Эта саморегуляция основана на исследовании всевозможных аспектов устройства человеческой психики. Объединив и в то же время разграничив точки зрения разных авторов, можно прийти к следующему выводу: самостоятельное регулирование эмоций - целенаправленная активность человека, выстраиваемая посредством всевозможных явлений, процессов и уровней психики. Познания в области самостоятельной регуляции эмоций личности время от времени совершенствуются. Вместе с тем они трактуются по-разному, отличаются противоречивостью взглядов. Это, в свою очередь, вынуждает исследователей идти дальше в своих тематических изысканиях - с учётом конкретных черт личности человека как такового.

1.2 Психологические особенности лиц с аутоиммунными заболеваниями

Сегодня во всех странах мира существует около 100 аутоиммунных заболеваний. По данным из ряда иных источников, их количество ограничено

120. Наиболее распространённые – ревматоидный артрит, аутоиммунный тиреоидит, рассеянный склероз, болезнь Крона, системная красная волчанка, целиакия, псориаз и т. д.

Трактуя статистические данные Национального института здоровья, на западе аутоиммунные заболевания отмечены у более 25 млн. человек. Для России таких данных не приводится. Общество обладает скудными сведениями о проблематике аутоиммунных заболеваний, не предпринимает системных мер по снижению числа заболевших болезнями данного спектра.

К аутоиммунным заболеваниям относят нарушения в работе иммунной системы, который враждебно воспринимает определённые виды тканей в органах, считая их чужеродными [46].

Аутоиммунные болезни приходятся на ⅕ случаев всех патологий. Самыми частыми - до 1% всех случаев - считаются нарушения в работе щитовидной железы, ревматоидный артрит и аутоиммунные нарушения желудка. Женщины обретают АИЗ чаще мужчин: причина - в особенностях их гормонального фона.

Этиологические и патогенетические факторы АИЗ, невзирая на значительное количество исследований в данном направлении, на сегодня выявлены не полностью. Учитывается влияние следующих из них [39].

Сбой в элиминации аутореактивных Т- и В-лимфоцитов на стадии лимфопоэза. Согласно вышеизложенному, у человека имеется алгоритм негативной выборочности, от которого погибают созревающие Т- и В-лимфоциты, взаимодействующие с антигенами тканей этого же человека. Когда элиминация клеток не завершена, то создаются их “неправильные” копии, что вынуждает иммунитет организма атаковать их.

Срыв целостного состояния гистолого-гематологических барьеров. Часть тканей в организме человека, включая, к примеру, глазные оболочки и прослойки, ткань мозга и половых желез, обладает гистогематическими барьерами, защищающими этот же организм от аутоиммунной агрессии.

Толерантность к ним при становлении иммунитета не вырабатывается должным образом. При повреждении гистогематологического барьера, к примеру, при воспалении, антигены выбрасываются в кровь, в результате Т-лимфоциты распознают их как чужой антиген, отчего вырабатывается устойчивый иммунитет.

Генетические особенности. Исследования, выполненные на людях-близнецах, сведения о связи отдельно взятых АИЗ и хромосомными отклонениями заставляют вспомнить медиков о предрасполагающих факторах, способствующих развитию отдельно взятого заболевания у человека с несколько необычной наследственностью. Генотип такого человека определяют не только общий предрасполагающий фактор на выработанные организмом антигены, но и на тот орган, который подвергается иммунной атаке. Родственники людей, у которых зафиксирован случай тиреоидита Хашимото, демонстрируют повышенную частоту обнаружения и завышенные титры тиреоидных аутоиммунных антител. Схожий эффект обнаружен и в отношении пернициозной анемии [52].

Бактерийное и вирусное заражение. Инфекция активирует аутоиммунные процессы благодаря основным алгоритмам ответа иммунитета на выработанные этим же организмом антигены.

Сбой в алгоритме регуляции реагирования иммунной системы- при ее активации сразу же включаются супрессорные процессы, препятствующие быстрой выработке иммунных клеток позволяющие ему претерпеть спад после полной ликвидации антигена. Наиболее важную роль в обеспечении отрицательной регуляции отводится гормонам-суппрессорам, например, кортикальным стероидам, цитокинам и отдельные колонии лимфоцитов [55].

Медики доказали, что нервная система обеспечивает электрическую проводимость центральных и второстепенных иммунокомпетентных органов. Лимфатические клетки и макрофаги также реагируют с нервной тканью. [10]

Также было выяснено, что нервная и иммунная система взаимодействуют комплексно. Данное взаимодействие начинается с афферентных отделов на первичных стадиях выработки иммунитета - и заканчивается приведением в действие эфферентных звеньев нервной и иммунной систем. Благодаря такой взаимосвязи цитокины действуют как регуляторы иммунного ответа и нейропептидного агента.

Специалисты отмечают, что взаимодействие нервной и иммунной системы человека комплексно интегрировано в его организм. В частности, иммунореактивная субстанция действует на афферентные анализаторы и вносит изменения в показатель выработки иммунитета на гематическом уровне, и на основные характеристики работы нервной системы. [8]

Работа мозга заключается не только в психической и неврологической функциях, но и в использовании набора лимфоидных и нелимфоиидных элементов нервных клеток и их гуморальных производных. Он принимает участие выработке и управлении иммунного ответа в центральной нервной и общеиммунной системах. [11] Он также реагирует - в целях выработки иммунокомпетентных- на работу определённых морфологических вспомогательных систем, отличающихся по своему собственному функционалу. К этим системам относят:

- лимфоидные клетки ликвора, включая Т- и В-лимфоциты и их собственные наборы;
- клетки-«убийцы» естественного происхождения;
- моноциты;
- макрофаги;
- нервные клетки нелимфоидного происхождения, включая микроглиозные образования, астроциты, дуодендроциты, эндотелиальные клетки сосудов мозга;
- гуморальные характеристики;
- биоактивные медиаторы;

- цитокиновая среда;
- пептиды.

Имеется выявленная взаимосвязь между активностью микробиоты и функциональными характеристиками нервной системы. [36] Молекулярный алгоритм данной взаимосвязи устанавливается путём взаимодействия лёгких по структуре молекулы метаболитов микробов, относящихся к нормальному микробиому человека, с нервными окончаниями в месте их синаптической связи с эпителием слизистых оболочек. Импульсы о таком взаимодействии передаются в центральную нервную систему для выработки общей реакции организма человека. [53]

Полезные бактерии кишечника активируют выработку предварительных механизмов по части физиологии и будущего иммунитета в перинатальном периоде. Эти бактерии защищают организм человека от ряда заболеваний всю его дальнейшую жизнь. Периферические нервы кишечника (КНС), эндокринная система (гипоталамо-гипофизарный адренерготракт, или ГГА) и другие основные определяющие физиологии желудка и кишечника. КНС обеспечивает правильный иммунный ответ на кишечные бактерии со тороны всего организма. [5]

Психологические особенности у пациентов с аутоиммунными состояниями схожи. В частности, объяснялись они с точки зрения патологии ЦНС и реакцией пациента на прогрессирование его болезни. По современным данным, особенности психической деятельности и аутоиммунные нарушения связаны со снижением показателей качества жизни и патологией, которая в ряде случаев усугубляется.

Тяжелые проявления аутоиммунных заболеваний приводят к возникновению непривычных психологических обстоятельств для отдельных людей, в результате чего формируется особый объективный социально-психологический контекст. Складывающаяся социальная ситуация значительно снижает возможности удовлетворения насущных потребностей и

препятствует социальной, профессиональной и личностной самореализации. Как следствие, возникает состояние фрустрации. Опыт преодоления болезни оказывает глубокое влияние на характер человека, приводит к постепенной трансформации его эмоционально-волевой сферы, мыслительных процессов, глубокой переоценке жизненных установок и общественных ценностей. Более того, оно служит катализатором развития дезадаптивных моделей поведения [29].

Влияние болезней на эмоциональное состояние человека можно легко заметить. Энергетический потенциал снижается, уступая место вялости, апатии, депрессии, разочарованию и часто дезадаптивному поведению. Каждый пациент сталкивается со своими уникальными обстоятельствами, и каждый в отдельности борется со страхами, вызванными непредсказуемым течением болезни и межличностными отношениями.

Кроме того, в настоящее время все большее внимание уделяется психосоматическому подходу к пониманию развития аутоиммунных и связанных с иммунной системой расстройств. Уже давно признано, что чрезмерное напряжение и стресс играют роль в провоцировании, обострении и препятствии выздоровлению от аутоиммунных заболеваний. Эти факторы также способствуют стойкому ухудшению самочувствия человека [50] Аутоиммунные заболевания служат яркими примерами психосоматических расстройств. Психосоматические расстройства представляют собой особую клиническую категорию, характеризующуюся телесными симптомами и/или поведенческими проявлениями, которые причиняют психологический, социальный и моральный дистресс, препятствуя функционированию личности. Нарушения иммунной функции и защитных механизмов организма представляют собой глубокие нарушения в социальной и психологической сферах существования, являясь как причинами, так и следствиями этих заболеваний. Область психосоматики, или психосоциальной медицины, изучает эти многогранные аспекты.

Область аутоиммунной психологии охватывает обширную совокупность научных и практических знаний, интегрируя теоретические и эмпирические исследования из иммунологии и психосоматической медицины с клинической, социальной, персонифицированной, развивающей и другими отраслями психологии и психотерапии. Она направлена на понимание уникальных психологических, социальных, духовных и моральных аспектов людей с иммунными и аутоиммунными расстройствами. Эти состояния часто возникают в результате чрезмерного психологического стресса, инфекций в ослабленном организме или внутренних дисфункций, вызванных перенапряжением и внешними патогенами. Следовательно, они имеют неотъемлемые психологические последствия и охватывают различные «психологические аспекты», такие как осознание болезни и поведение пациента.

Результаты исследования свидетельствуют о теоретическом осмыслении психологических, социальных и духовно-нравственных измерений в развитии личности и формировании внутриличностных, межличностных и межгрупповых отношений при аутоиммунных и комбинированных типах расстройств. Невротические и психические отклонения возникают как последствия деформаций, нарушений и преувеличений в осознании, защитных механизмах и укреплении личностных «контактных границ» [32]. Эмпирические и теоретические данные, а также модели психологов свидетельствуют о том, что степень удовлетворения потребностей и достижения психологического и психофизиологического благополучия и личностного роста зависит от способности человека эффективно, продуктивно и конгруэнтно устанавливать и реконструировать свои контактные границы и отношения с собой и миром [3]. Кроме того, исследования проливают свет на сложное взаимодействие психологических, социальных и духовно-нравственных факторов в сфере иммунных расстройств. Оно показывает, что люди, имеющие данные заболевания, часто

сталкиваются с уникальными проблемами в плане своего эмоционального благополучия, социального взаимодействия и морального мировоззрения. Психологическое воздействие аутоиммунных расстройств выходит за рамки физиологических аспектов, охватывая сложную область человеческого существования.

В области психосоматической парадигмы исследователи открыли глубокое понимание глубинных механизмов, которые способствуют развитию и прогрессированию этих расстройств. Они выявили сложную взаимосвязь между психологическими стрессорами, дисрегуляцией иммунной системы и последующим проявлением симптомов. Стало очевидно, что психологические и эмоциональные факторы могут существенно влиять на течение болезни, либо усугубляя ее последствия, либо потенциально поддерживая процесс выздоровления.

Исследование подчеркивает важность целостного подхода в понимании и удовлетворении потребностей людей с иммунными и аутоиммунными расстройствами. В нем признается многогранная природа этих заболеваний, в которых переплетаются физиологические, психологические, социальные и духовные аспекты. Поэтому комплексные стратегии лечения и поддержки должны охватывать целый ряд дисциплин, включая иммунологию, психосоматическую медицину, клиническую психологию, социальную психологию и психотерапию. Интегрируя эти разнообразные области знаний, специалисты смогут обеспечить более эффективное лечение, учитывающее сложное взаимодействие между разумом, телом и социальной средой.

Практики психотерапии и консультирования, а также теоретики выделили несколько распространенных нарушений контактной границы. Эти нарушения изменяют взаимодействие с окружающей средой, включая межличностные обмены, таким образом, что они становятся неконгруэнтными, непродуктивными и неэффективными. В рамках целостной системы отношений положительные и отрицательные эмоциональные

инвестиции, контакт и забота формируют и конфигурируют эту динамику отношений. Это всеобъемлющее поле существует как диалектически дифференцированное единство, где организм и среда сосуществуют и взаимно влияют друг на друга - включающее аспекты «я» и «другой», полезного и вредного, эгоизма и альтруизма, субъективного и объективного и так далее. Когда объект ассимилируется или уничтожается, это означает возникновение положительного или отрицательного эмоционального вложения. Таким образом, когда контакт или забота осуществляются всесторонне и надлежащим образом, а общий результат удовлетворяет человека, объект и связанная с ним потребность исчезают из окружающей среды. Взаимодействие со средой, отстранение от нее, принятие и отвержение − это основные функции интегрированной, прозрачной (конгруэнтной и аутентичной) здоровой личности, обладающей хорошо развитой способностью к дифференциации.

И наоборот, личность человека, отягощенного болезнью, которого в просторечии называют «больным человеком», испытывает значительные нарушения в способности и склонности к дифференциации. Следовательно, они могут трансформироваться в невротическую личность или продолжать свой путь в качестве страдающего человека, включая тех, кто страдает иммунными и аутоиммунными расстройствами. Такие личности нуждаются в гармоничных связях, наполненных признанием, благодарностью, пониманием и реалистичным взаимодействием с другими. Они могут по-настоящему быть самими собой только тогда, когда контакт и забота сбалансированы. Дисбаланс возникает, когда и человек, и группа одновременно испытывают разрозненные и противоречивые потребности и желания. Их потребности становятся запутанными, неопределенными, и им не хватает способности и готовности различать, какие потребности имеют большее значение − отличать истинные внутренние потребности от навязанных внешних желаний. Когда потребности, взаимосвязанные потребности и желания вступают в конфликт,

человек должен принять окончательное и удовлетворяющее его решение, например, остаться или уйти. Однако если принятое решение не удовлетворяет ни самого человека, ни окружающих его людей, но они не могут или не хотят ни остаться, ни уйти, пагубное воздействие отражается на их отношениях с самими собой, друг с другом и с более широкой социальной структурой.

Неоднократные эмпирические исследования, проведенные в области онкопсихологии, ревматоидных заболеваний и иммунопсихологии в целом, последовательно подтверждают существование различных нарушений границ контакта и циклических паттернов контакта и заботы у людей с ограниченными возможностями, обусловленными аутоиммунными заболеваниями. Эти нарушения охватывают сложную динамику отношений, такую как болезненно неполные связи, запутанные сети отношений, двойные связи, разрушительная динамика «преследователь-жертва-спаситель» и отношения, характеризующиеся патологизацией ролей [17]. Основополагающим аспектом является (пере)формирование взгляда человека на жизнь, утверждающего или отрицающего ее ценность. Это включает в себя их опыт и осознание полезности или бесполезности, совершенства или несовершенства, податливости или неизменности мира, а также их отношение к себе и уровень удовлетворенности − позитивный или негативный, полезный или непродуктивный, совершенный или несовершенный, и то, как они воспринимают мир через подобную призму. Многие пациенты, несмотря на достижение различных уровней успеха в карьере и профессиональной деятельности, демонстрируют «неудачи» в межличностных отношениях, семейной динамике или личной жизни. Они активно стремятся избежать признания их значимости. Это двойное отрицание усиливается тем, что они стремятся к иллюзорным целям социального статуса и превосходства, пренебрегая подлинными стремлениями к любви и служению. Их целью становится «не быть никем», «не быть нелюбимыми», «не быть ненужными» или «не считаться плохими», что приводит к самоотречению и отрицанию

самой жизни [24]. Пытаясь разрешить кажущиеся непреодолимыми ситуации и доказать другим, люди тратят драгоценную энергию, которую можно было бы направить на достижение альтернативных целей, реализацию различных проектов и воспитание более здоровых отношений. Ища силы и демонстрируя власть в ситуациях, требующих смирения и уязвимости, сетуя на непонятливость и забывчивость других и пренебрегая возможностью оказать помощь, когда мир в ней нуждается, люди невольно попадают в ловушку отрицания жизни, впадая в депрессию и уныние. В процессе лечения пациенты и их близкие часто сталкиваются с накоплением причин и оправданий, которые углубляют их отчаяние. Для людей становится необходимым избавиться от ненужного багажа в своей жизни. Часто бессознательно, они стремятся избавиться от лишних желаний, внушенных семьей и давлением общества, в пользу удовлетворения подлинных потребностей своего разума, тела и души, а также осмыслить и исправить прошлые ошибки, допущенные в отношениях с собой и близкими.

Интенсивность и характер нарушения связаны со степенью отклонения в сфере ведущих критериев здоровья человека как целостности: самопонимание как осознание, переживание и удержание непрерывности, постоянства и идентичности различных фрагментов своего «я»: физического, психо-социального, духовного; понимание мира как переживание и представление о постоянстве и изменчивости мира и умение соответствовать ситуации, различая одинаковые и разные значения ситуаций, действий и слов; саморефлексия как принятие и критичность к себе и к своим психическим продуктам (деятельности) и ее результатам; самоутверждение как соответствие (адекватность) психических реакций силе и частоте воздействий окружающей среды, социальным обстоятельствам и ситуациям; самоменеджмент как способность управлять собой в соответствии со своими, внутренними и внешними, социальными нормами, правилами и законами; самопроектирование как способность планировать свою жизнедеятельность и

реализовывать планы; гибкость как способность менять способ поведения в зависимости от изменения жизненных ситуаций и обстоятельств [9].

Рассмотрим каждый из аспектов более подробно:

Самопонимание: Включает осознание, переживание и поддержание непрерывности, постоянства и идентичности различных аспектов личности. Нарушения в этой сфере могут привести к расстройствам самоидентификации и низкой самооценке.

Понимание мира: Включает переживание и представление о постоянстве и изменчивости мира, а также способность соответствовать ситуации, различать одинаковые и разные значения ситуаций, действий и слов. Нарушения в этой сфере могут проявляться в неправильном восприятии реальности, трудностях в адаптации и понимании социальных ситуаций.

Саморефлексия: Включает принятие и критичность по отношению к себе и своим психическим продуктам (деятельности) и их результатам. Нарушения в этой сфере могут проявляться в недостатке самокритики или, наоборот, в чрезмерной самокритичности.

Самоутверждение: Включает соответствие психических реакций силе и частоте воздействий окружающей среды, социальным обстоятельствам и ситуациям. Нарушения в этой сфере могут проявляться в неправильной адаптации к различным ситуациям, недостаточной или чрезмерной реакции на внешние воздействия.

Самоменеджмент: Включает способность управлять собой в соответствии со своими внутренними и внешними социальными нормами, правилами и законами. Нарушения в этой сфере могут проявляться в недостаточной самодисциплине, проблемах с управлением временем и собственными ресурсами.

Самопроектирование: Включает способность планировать свою жизнедеятельность и реализовывать планы. Нарушения в области самопроектирования могут проявляться различными способами. Например,

некоторые люди могут испытывать трудности в постановке целей и разработке конкретных планов действий для их достижения. Другие могут сталкиваться с проблемами в планировании своего времени и организации ресурсов. Некоторые люди могут иметь трудности в постановке приоритетов и выборе наиболее значимых целей для себя.

Нарушения в области самопроектирования могут привести к неуверенности в своих действиях, отсутствию направленности и чувству потери или бесцельности. Также это может приводить к недостаточной мотивации и неспособности последовательно следовать задуманным планам.

Важно развивать навыки самопроектирования, чтобы более эффективно планировать свою жизнедеятельность и достигать поставленных целей. Это может включать разработку ясных и конкретных целей, умение разбивать их на более маленькие задачи, управление временем и ресурсами, а также гибкость в адаптации и корректировке планов в соответствии с изменяющимися обстоятельствами.

Коррекция или лечение (ауто)иммунных заболеваний может быть очень стрессовым периодом в жизни. Иммунные нарушения и расстройства могут существенно влиять на физическое и эмоциональное благополучие человека, а также на его взаимодействие с окружающим миром.

У людей, страдающих иммунными заболеваниями, депрессия может быть частым сопутствующим состоянием. Физические симптомы, хроническая усталость и ограничения в повседневной жизни могут вызывать чувство беспомощности, печали и отчуждения. Более того, некоторые лекарства, используемые для лечения иммунных заболеваний, могут оказывать влияние на настроение и психическое состояние.

Кризисные ситуации или сложные события, связанные с оперативными вмешательствами или другими проблемами здоровья, также могут усиливать эмоциональный стресс у людей с иммунными нарушениями. Они могут

испытывать страх, тревогу и беспокойство по поводу возможных осложнений или воздействия на их уже ослабленный организм.

Часто люди с аутоиммунными заболеваниями ощущают потребность уйти в изоляцию и избегать контактов с другими людьми. Это может быть связано с боязнью сильных эмоций, непониманием со стороны окружающих или просто нехваткой энергии для поддержания социальных связей. Однако, изоляция и отказ от общения могут усугублять депрессию и ощущение одиночества.

Важно понимать, что эмоциональная поддержка и психологическое благополучие являются неотъемлемой частью общего лечения человека с иммунными нарушениями. Психологическая помощь, поддержка со стороны близких людей, групповая терапия или участие в поддерживающих сообществах могут помочь справиться с эмоциональными трудностями и повысить качество жизни.

Постоянное напряжение и стресс могут негативно влиять на течение основного и сопутствующих аутоиммунных заболеваний. Стресс может вызывать воспалительные процессы в организме и усиливать симптомы иммунных нарушений.

Однако важно отметить, что психологические реакции людей с иммунными нарушениями могут быть разнообразными и не всегда негативными. Как указали, некоторые пациенты, особенно в стабильном состоянии или ремиссии, могут находить особый смысл в своей болезни.

Некоторые люди с иммунными заболеваниями отмечают, что болезнь изменила их мировоззрение и помогла переосмыслить свои ценности и приоритеты. Они могут развить новое понимание о значимости здоровья, научиться более глубоко принимать и понимать себя, а также стать более открытыми к принятию мира и окружающих людей. Это может способствовать утверждению жизни и поискам смысла в своей ситуации.

Понимание и принятие собственной болезни могут также способствовать лучшему управлению заболеванием и соблюдению лечебного режима. Некоторые пациенты могут стать активными приверженцами своего здоровья, изучать свою болезнь, общаться с другими пациентами и становиться сторонниками изменений в системе здравоохранения. постоянное напряжение и стресс могут негативно влиять на течение основного и сопутствующих аутоиммунных заболеваний. Стресс может вызывать воспалительные процессы в организме и усиливать симптомы иммунных нарушений [28].

Процесс сброса ненужного бремени и принятия своих подлинных потребностей является важнейшим шагом на пути к исцелению и самореализации. Люди, имеющие от аутоиммунные заболевания, должны начать глубокое интроспективное исследование, позволяющее им разглядеть истинную суть своих желаний и стремлений. Освободившись от общественных ожиданий и семейной обусловленности, они могут выбрать путь, который соответствует их внутренним ценностям и желаниям.

Этот трансформационный процесс включает в себя глубокое понимание ошибок и промахов, которые сформировали их прошлые отношения. Он требует смелого противостояния моделям самоотречения, самопожертвования и неверно расставленных приоритетов, которые препятствовали их личностному росту и самореализации. В ходе этого интроспективного путешествия люди могут определить полученные уроки и применить их для создания более здоровых и питательных связей [12].

Стремясь к подлинности, люди постепенно становятся внимательными к собственным потребностям и желаниям, набираются сил, чтобы сказать «нет» тому, что больше не служит им, и «да» тому, что действительно резонирует с их душой. Они учатся отличать ожидания общества от своих истинных желаний, возвращая себе самостоятельность и независимость.

Принимая свою уникальную индивидуальность и цель, люди могут строить отношения, основанные на взаимопонимании, уважении и взаимности.

Однако этот процесс не лишен трудностей. Он требует стойкости и настойчивости, чтобы справиться со сложностями, связанными с распутыванием глубоко укоренившихся моделей поведения и противостоянием ригидным убеждениям. Это требует готовности столкнуться с дискомфортом и неопределенностью, поскольку люди заново определяют свои ценности, границы и приоритеты. Поддержка со стороны сострадательных профессионалов, близких и сообщества людей, проходящих аналогичный путь, может стать бесценным руководством и ободрением.

Можно сделать выводы, что процесс работы с людьми, имеющими аутоиммунные расстройства и заболевания, вращается вокруг сложной задачи гармонизации, согласования и координации границ контакта и заботы. В этой сфере применение направленных психотерапевтических и консультационных вмешательств является ключом к преодолению аутоиммунных расстройств наиболее эффективным, продуктивным, комплексным и конгруэнтным способом. Современная психоиммунология стремится выйти за рамки узкой перспективы, сфокусированной исключительно на сущности аутоиммунных расстройств. Она начинает поиск целостности, стремясь к холистическому подходу, который объединяет медицинскую, социально-психологическую и образовательную поддержку наряду с самопомощью и помощью, ориентированной на пациента, для людей, страдающих от аутоиммунных расстройств.

Аутоиммунные расстройства имеют многомерную природу, и для эффективного управления этими состояниями необходим многосторонний и интегративный подход.

Интегративный подход признает взаимосвязь между физиологическими, психологическими и социальными аспектами аутоиммунных расстройств. Физиологические факторы, такие как особенности иммунной системы,

системное воспаление и генетика, играют важную роль в развитии и течении этих заболеваний. Однако психологические факторы, включая стресс-менеджмент, эмоциональное благополучие и качество жизни, также оказывают значительное влияние на симптомы и прогрессирование заболевания.

Коллаборация между медицинскими работниками, психологами, педагогами и самими пациентами играет важную роль в обеспечении целостного ухода и поддержки. Врачи, психологи и педагоги могут работать в команде, чтобы обеспечить комплексный подход к управлению аутоиммунными расстройствами. Это может включать медицинское лечение, психологическую поддержку, образовательные программы, рекомендации по образу жизни и другие ресурсы, которые помогут пациентам улучшить свое физическое и эмоциональное благополучие.

Создание сплоченной сети поддержки также является важным аспектом интегративного подхода. Это может включать поддерживающие сообщества, групповую терапию, онлайн-ресурсы и возможности обмена опытом для пациентов. Взаимодействие и обмен информацией между пациентами, а также пациентами и специалистами, помогает создать поддерживающую и понимающую среду, где люди могут получать информацию, поддержку и вдохновение.

Медицинские знания об аутоиммунных расстройствах включают понимание иммунной системы, физиологических процессов и медицинского лечения. Это позволяет определить основные причины и механизмы развития этих заболеваний, а также разработать соответствующие медицинские стратегии лечения и управления.

Однако социально-психологическое понимание добавляет важные аспекты к комплексному взгляду на аутоиммунные расстройства. Это включает понимание психосоциальных факторов, таких как стресс, эмоциональное благополучие, качество жизни, отношения с окружающими

людьми и социальная поддержка. Эти факторы могут влиять на развитие, прогрессирование и лечение аутоиммунных расстройств.

Социально-психологический подход позволяет рассмотреть взаимосвязь между психологическим состоянием пациентов и их физическим здоровьем, а также понять, как социальные факторы и контекст влияют на прогрессирование и управление заболеванием. Он также акцентирует важность эмоциональной поддержки, психологической помощи, образования пациентов и формирования поддерживающих сообществ.

Интеграция медицинских и социально-психологических знаний позволяет более целостно и системно рассмотреть факторы, влияющие на аутоиммунные расстройства, и разработать более эффективные стратегии лечения и поддержки. Это способствует созданию подхода к управлению аутоиммунными расстройствами, где медицинская и психологическая поддержка дополняют друг друга для достижения наилучших результатов для пациентов.

1.3 Методы организации системы психологической самопомощи и развития способности к саморегуляции лицам с аутоиммунными заболеваниями

В научном сообществе существует описания сущности самопомощи. Последние источники определяют ее как «процесс, посредством которого отдельные люди, группы или организации взаимодействуют для достижения взаимной выгоды». Однако появилось новое социокультурное значение самопомощи, на которое повлияла медицинская интерпретация оказания «первой помощи самому себе». В настоящее время мы склонны воспринимать самопомощь (в английском языке она называется self-help) как синоним самопознания и психологической поддержки людей в сложных жизненных обстоятельствах, когда такая помощь необходима.

Что касается индустрии самопомощи, то важнейший вопрос, лежащий в ее основе, вращается вокруг достоверности и практичности информации о самопомощи. Западные исследования сосредоточены на систематизации методов самопомощи и создании всеобъемлющей базы данных, подобной энциклопедии самопомощи. При этом выделяются сегменты, удовлетворяющие информационные потребности современных потребителей: личное счастье и улучшение межличностных отношений, повышение продуктивности, повышение эффективности обучения, а также небольшое подмножество специализированной литературы по психическим расстройствам, методам профилактики, диагностики и лечения. Между тем, спрос на классическую психологическую научную литературу в последние годы остается неизменным.

Самопомощь относится к области психологических наук, известной как психогигиена. Психогигиенические и психопрофилактические мероприятия имеют большое значение в профилактике нервно-психических расстройств и обеспечении оптимального психического функционирования как здоровых, так и людей имеющими заболевания в анамнезе [33].

Эти психогигиенические и психопрофилактические меры играют жизненно важную роль в сохранении психического благополучия и укреплении жизнестойкости. Применяя стратегии самопомощи, люди могут активно участвовать в практиках, которые способствуют укреплению психического здоровья, предотвращают психологический дистресс и оптимизируют их общее когнитивное и эмоциональное функционирование.

Одним из основополагающих аспектов самопомощи является акцент на расширении личных возможностей и автономии. Она поощряет людей брать на себя активную роль в обеспечении собственного психологического благополучия и роста. Благодаря самопомощи люди глубже понимают себя, свои мысли, эмоции и поведение. Они приобретают инструменты и методы,

позволяющие преодолевать жизненные трудности, справляться со стрессом и повышать общее качество жизни.

Область самопомощи включает в себя широкий спектр подходов и методов. Она включает в себя различные терапевтические методы, такие как когнитивно-поведенческая терапия, практика осознанности, вмешательство позитивной психологии и упражнения по саморефлексии. Эти методы направлены на развитие самосознания, выработку здоровых механизмов преодоления трудностей и формирование позитивных психологических состояний.

Более того, самопомощь выходит за рамки индивидуального уровня и охватывает группы поддержки, онлайн-сообщества и ресурсы, способствующие коллективному росту и взаимопомощи. Эти платформы позволяют людям общаться с теми, кто разделяет схожий опыт и проблемы, обеспечивая чувство принадлежности и солидарности. Благодаря обмену историями, мнениями и поддержкой люди могут найти утешение, подтверждение и руководство в своем личном пути самосовершенствования [43].

Психогигиена, научное исследование стратегий сохранения и укрепления психологического здоровья и равновесия, приобретает все большее значение в свете растущего влияния психоэмоциональных факторов на жизнь людей и сложности межличностных отношений, как в профессиональной, так и в личной жизни. Хотя психогигиена прочно укоренилась в области гигиены, она возникла на рубеже 19 и 20 веков в связи с развитием психиатрии.

Основная цель психогигиены − улучшить общее благополучие человека, обращая внимание на его окружение, образ жизни, повседневное поведение и межличностные связи. Ее сфера применения выходит за рамки конкретных психических расстройств и включает в себя комплексный подход к профилактике психологического благополучия. С другой стороны,

психопрофилактика, отрасль психиатрии, направлена на конкретные расстройства путем выявления и уменьшения факторов риска посредством целенаправленных профилактических мероприятий. Таким образом, психопрофилактика служит профилактическим аспектом психиатрии.

В последние годы термин «ментальное здоровье», давно утвердившийся на международном уровне, получил официальное признание и в нашей стране. Постепенно стало очевидным, что области «охраны психического здоровья» и «психологии здоровья» тесно связаны с областью психогигиены и психопрофилактики. В результате эти понятия стали использоваться как взаимозаменяемые, обозначая их приблизительную эквивалентность. Таким образом, психогигиена и психопрофилактика − это взаимосвязанные отрасли медицины, тесно переплетающиеся с психотерапией [48].

Вся эта группа дисциплин нуждается в научном обосновании, включающем как теоретические основы, так и эмпирические исследования. Такое обоснование можно найти в соответствующих областях клинической психологии. Основные области психогигиены включают в себя личную психогигиену, психогигиену профессиональной деятельности и отдыха, психогигиену межличностного общения, психогигиену повседневной жизни и возрастную психогигиену.

Благодаря всестороннему пониманию и изучению этих разделов исследователи и практики стремятся разработать научно обоснованные методы сохранения и укрепления психического благополучия. Углубление в личную психологическую гигиену, оптимизация баланса между работой и личной жизнью, воспитание здоровых социальных связей, создание эффективного распорядка дня и удовлетворение уникальных психогигиенических потребностей различных возрастных групп позволяют сформировать целостный подход к поддержанию и профилактике психического здоровья.

Личная психогигиена представляет собой отдельную область в более широкой сфере психогигиены, сосредоточенную на изучении механизмов психологической саморегуляции и разработке стратегий для повышения их функциональности. Ее основная цель − укрепление ментального здоровья, профилактика расстройств и оптимизация деятельности. Фундаментальная предпосылка основана на представлении о том, что человеческий организм работает как саморегулирующаяся система, функционирующая посредством взаимной связи и сознательно контролируемых механизмов, которые оптимизируют психическое функционирование. Личная психогигиена включает в себя различные приемы и методы индивидуальной психопрофилактики, такие как аутогенная тренировка, психогимнастика лица, практика самопомощи, применяемые на регулярной или периодической основе для предотвращения пагубного воздействия травмирующих факторов [54].

Методы и приемы психогигиены играют важную роль в переработки отрицательных эмоций, формировании адаптивных реакций на травмирующие ситуации и мобилизации антистрессовых резервов организма. Техники самопомощи включают в себя как психологические, так и психофизиологические аспекты. Психологические техники включают в себя целый ряд стратегий, в том числе:

• Логические техники − включают в себя использование самоубеждения, культивирование оптимистического мышления посредством благоприятных сравнений и самоанализ для получения информации о своих мыслях и эмоциях.

• Методы, основанные на силе воли направлены на самооценку, конструктивную самокритику, постановку сложных целей и выполнение заданий для укрепления решимости, и настойчивости.

• Методы, основанные на воображении, используют силу воображения, в том числе воображение позитивного будущего и знакомство с

благоприятными мысленными образами для культивирования позитивного мышления.

• Мнемонические техники используют эмоции в сочетании с различными сенсорными модальностями для улучшения памяти и запоминания. Эмоционально-визуальные, эмоционально-слуховые, эмоционально-двигательные и эмоционально-сенсорные техники используются для усиления обучения и эмоциональных ассоциаций.

• Техники, основанные на внимании предполагают сознательное перенаправление внимания или временное отключение от стрессовых факторов для облегчения умственного напряжения. Переключение внимания на альтернативные виды деятельности или практика внимательности может помочь сохранить психологическое благополучие.

• Техники эмоциональной разрядки способствуют здоровому высвобождению сдерживаемых эмоций. Люди могут довериться надежному собеседнику, выразить свои эмоции в письмах или дневнике, что позволяет достичь эмоционального катарсиса [30].

Применяя эти разнообразные психологические техники, люди могут расширить свои возможности, чтобы справиться с трудностями, регулировать свои эмоциональные переживания и способствовать общему психическому благополучию. Более того, интеграция психофизиологических методов в личную психогигиену дополняет эти подходы, усиливая связь между разумом и телом и способствуя целостному подходу к уходу за собой и укреплению психического здоровья.

Психофизиологические методы самопомощи охватывают различные подходы, включая мышечно-эмоциональные, легочно-эмоциональные и сосудисто-эмоциональные методы. Эти методы можно классифицировать как успокаивающие и расслабляющие или бодрящие и тонизирующие. Примером техники, широко применяемой для укрепления силы воли и самоконтроля в сложных обстоятельствах, является самовнушение. Она служит ценным

инструментом для мобилизации внутренних сил человека, позволяя ему преодолевать страх и справляться с трудными жизненными ситуациями. Формулы самовнушения действуют как спусковые механизмы, способствующие проявлению волевых действий, направленных на достижение желаемых целей.

Мощная техника, известная как «лобовая атака», особенно эффективна при столкновении со страхом и навязчивыми мыслями. Она предполагает активное отношение к травмирующему фактору, использование тщательно подобранных словесных формул, произносимых с чувством контролируемого гнева. Выражение гнева таким образом служит мощным мотиватором, вселяет уверенность и помогает справиться со страхом.

Другой заслуживающей внимания волевой техникой является использование тренировочных заданий для укрепления воли. Основанный на принципе постепенного увеличения трудностей и систематического выполнения предписанных упражнений, этот подход позволяет людям адаптироваться к условиям, вызывающим сильные негативные эмоции. Постепенно привыкая к замкнутым пространствам, темным комнатам, лифтам, мостам или многолюдным местам, человек может преодолеть страх и тревогу [30].

Техника «самообвинения» оказывается полезной в ситуациях, когда одно лишь самооправдание не позволяет достичь желаемых результатов. Самообвинение служит мобилизующей силой, особенно эффективной, когда жизненные силы и работоспособность подорваны или, когда человек находится в состоянии растерянности.

Во всех этих методах неизменными остаются несколько ключевых особенностей:

1. Изоляция текущего состояния человека как объекта воздействия. Эти методы учитывают физиологические, психологические и поведенческие аспекты функционального состояния человека.

2. Фокус на культивировании внутренних ресурсов. Акцент делается на развитии соответствующих внутренних механизмов, которые позволяют человеку заниматься конкретной деятельностью, направленной на изменение своего состояния.

3. Активное отношение к самоизменению. Методы способствуют формированию активного мышления и проактивного подхода к саморегуляции.

Для эффективного обучения людей навыкам психической саморегуляции необходим структурированный подход. Как правило, он включает в себя прохождение последовательных этапов, позволяющих людям овладеть внутренними навыками, которые составляют основное содержание тренинговых занятий. Методично развивая эти внутренние способности, люди могут добиться большего самоконтроля, эмоциональной регуляции и общего благополучия.

Организация тренингов для развития навыков психологической саморегуляции предполагает тщательное планирование и систематическую последовательность. Каждый этап тренинга строится на основе предыдущего, способствуя приобретению и освоению конкретных внутренних навыков. Эти навыки формируют краеугольный камень эффективной практики самопомощи.

В процессе тренинга человек учится определять и понимать свои психологические и физиологические состояния, осознавая взаимосвязь своих мыслей, эмоций и поведения. Осознавая сложную взаимосвязь между этими уровнями проявлений, люди могут целенаправленно воздействовать на основные факторы, способствующие их текущему состоянию, и изменять их.

Тренинг направлен на развитие адекватных внутренних ресурсов и навыков, которые позволяют людям инициировать позитивные изменения внутри себя. Это подразумевает глубокое понимание внутренних механизмов и процессов, которые влияют на их психическое состояние. Благодаря

практике и руководству люди приобретают инструменты, необходимые для регулирования своих эмоций, мыслей и поведения в соответствии с желаемыми результатами [31].

Активное участие является основополагающим аспектом обучения психологической саморегуляции. Людей поощряют занять проактивную жизненную позицию в отношении собственного роста и трансформации. Принимая активную роль в формировании своего ментального и эмоционального ландшафта, люди становятся проводниками перемен в своей жизни.

По мере прохождения тренинга участники постепенно приобретают репертуар навыков психологической саморегуляции. Эти навыки позволяют им преодолевать различные трудности и стрессы с большей устойчивостью и адаптивностью. Способность регулировать свои внутренние состояния становится ценным активом как в личном, так и в профессиональном контексте, позволяя людям сохранять самообладание, принимать разумные решения и эффективно управлять конфликтами.

Следует обратить внимание на ряд положительных эффектов, которые достигаются благодаря психической саморегуляции:

1. Эмоциональная устойчивость. Путем осознанного управления своими эмоциями и реакциями, люди становятся более устойчивыми к стрессу и негативным воздействиям окружающей среды. Они развивают способность сохранять эмоциональное равновесие в сложных ситуациях и быстрее восстанавливаться после эмоциональных переживаний.

2. Повышение концентрации и внимания. Практика психологической саморегуляции-медитация, способствует улучшению способности к сосредоточению и повышению уровня внимания. Люди обнаруживают большую погруженность в текущую задачу и легче справляются с отвлекающими факторами.

3. Улучшение психологического благополучия. Регулярная саморегуляция позволяет людям осознавать и преобразовывать негативные мысли, убеждения и установки, что способствует улучшению общего психологического состояния. Они становятся более позитивно настроенными, самоуверенными и способными на более глубокое и осознанное понимание себя.

4. Управление стрессом и тревогой. Практики психологической саморегуляции предоставляют эффективные инструменты для снижения уровня стресса и тревожности. Люди научаются распознавать физиологические сигналы стресса и применять методы релаксации, дыхательные техники и другие стратегии для снятия напряжения и восстановления внутреннего равновесия.

5. Улучшение межличностных отношений. Психологическая саморегуляция способствует развитию эмоциональной интеллектности и умению эффективно общаться с другими людьми. Благодаря лучшему контролю над своими эмоциями, люди могут лучше понимать и реагировать на эмоциональные сигналы [30].

Расширение возможностей психоэмоциональной саморегуляции является ключевым аспектом развития большего контроля над своими ментальными и эмоциональными состояниями. Изучая и практикуя различные техники, человек может раскрыть в себе широкий потенциал. Некоторые из возможностей психической саморегуляции включают в себя:

1. Снижение стресса и релаксация. Практикуя техники релаксации, люди могут эффективно снизить уровень стресса и вызвать состояние глубокой релаксации. Это помогает снять физическое и пментальное напряжение, способствуя возникновению чувства спокойствия и умиротворения. Сознательно активируя реакцию организма на расслабление, люди могут противостоять пагубному воздействию хронического стресса.

2. Эмоциональная регуляция. Психологическая саморегуляция позволяет людям регулировать свои эмоциональные переживания и реакции. Осознавая и понимая свои эмоции, человек может выбирать, как реагировать на различные ситуации. Способность регулировать эмоции позволяет повысить эмоциональную стабильность, устойчивость и способность спокойно преодолевать сложные обстоятельства.

3. Когнитивный контроль и сосредоточенность. Благодаря практике психологической саморегуляции люди могут улучшить свои когнитивные способности, включая контроль внимания и концентрацию. Тренируя оссознанность, чтобы оставаться сосредоточенным и сконцентрированным, люди могут повысить свою продуктивность, способность к обучению и общую когнитивную производительность.

4. Самомотивация и достижение целей. Методы психологической саморегуляции могут быть использованы для повышения мотивации и содействия достижению целей. Определяя четкие намерения, используя позитивные аффирмации и визуализируя желаемые результаты, люди могут воспитать в себе чувство цели и стремления. Такая самомотивация служит катализатором личностного роста и достижений.

5. Улучшение самочувствия и забота о себе. Практика психологической саморегуляции способствует заботе о себе и общему благополучию. Отдавая предпочтение самоанализу и заботе о себе, люди могут укреплять свое психическое, эмоциональное и физическое здоровье. Это включает в себя создание здорового распорядка дня, практикование осознанности, позитивное саморазвитие и занятия, способствующие релаксации и омоложению.

6. Развитие устойчивости и навыков преодоления трудностей. Психологическая саморегуляция способствует развитию устойчивости и адаптивных стратегий преодоления. Люди учатся более эффективно преодолевать трудности и выходить из них, развивая способность

регулировать свои эмоциональные реакции и сохранять позитивный настрой даже в сложных ситуациях [31].

Исследуя и используя возможности психической саморегуляции, люди могут полностью раскрыть свой потенциал для личностного роста, эмоционального благополучия и гармоничных отношений с собой и окружающим миром.

Классификация.

Методы саморегуляции можно разделить на следующие группы:

• Вербальные методы

• Физические техники

• Дыхательные техники

Кроме того, существуют естественные методы психологической саморегуляции, к которым относятся такие действия, как прослушивание музыки, танцы, физическое движение, массаж, пребывание на природе, общение с животными, употребление здоровой пищи и достаточный сон. Эти естественные методы обеспечивают доступные способы регулирования нашего психического состояния. Например, говорить комплименты и получать похвалу, вдыхать свежий воздух, представлять, как греемся в лучах солнца, концентрироваться на приятных стимулах, таких как фотографии и цветы, созерцать пейзажи и панорамы, заниматься мышечной релаксацией, растяжкой и другими подобными движениями, размышлять о положительном опыте, воспитывать в себе чувство юмора, улыбаться и смеяться.

Помимо естественных методов, существуют специализированные техники психической саморегуляции, которые можно разделить на четыре основные категории:

• Нейромышечная релаксация

• Аутогенная тренировка

• Идеомоторная тренировка

• Сенсорная визуализация

Применение этих методов направлено на облегчение проявлений стресса, снижение эмоционального напряжения и предотвращение негативных последствий стресса, способствуя при этом мобилизации внутренних ресурсов.

Рассмотрим некоторые из этих методов более подробно.

Прежде всего, психологическая саморегуляция предполагает вызывание состояния релаксации, создание благоприятных условий для полноценного отдыха, содействие омоложению телесных процессов, развитие способности сознательно регулировать различные физиологические и психические функции. Аутогенная тренировка, в частности, вызывает положительные изменения в физиологических и нейрогуморальных процессах, которые можно рассматривать как противовес стрессовой реакции организма. Состояние релаксации служит энергетической противоположностью стрессу. Это расслабленное состояние имеет важное биологическое значение, поскольку оно приводит к выработке в мозге высокоактивных нейрохимических веществ, таких как нейропептиды, энкефалины и эндорфины. Эти вещества обладают нетоксичными свойствами и оказывают терапевтическое воздействие, включая стимуляцию, седацию и анальгезию.

Важно отметить, что состояние релаксации не следует понимать, как пассивное или неактивное состояние. По мнению известного психотерапевта Милтона Эриксона, это состояние сознательного покоя, сопровождающееся активной бессознательной деятельностью. Другими словами, эти измененные состояния сознания активизируют врожденные процессы саморегуляции и самокоррекции, которые обычно остаются в тени нашей повседневной деятельности. Эта активация приводит к спонтанному возникновению позитивных внутренних образов и переживаний, которые отражают процессы саморегуляции на сознательном уровне.

Аутогенная тренировка (АТ).

Аутогенная тренировка — это широко признанная и широко практикуемая техника психической саморегуляции, которая основана на использовании специфических формул аутосуггестии для воздействия на телесные процессы, которые обычно не поддаются сознательному контролю. Одним из основных результатов занятий АТ является развитие навыков релаксации. Овладение искусством релаксации крайне важно для поддержания общего здоровья и равновесия в организме, облегчения симптомов стресса и обеспечения тела и разума полноценным отдыхом от физических и умственных нагрузок. Кроме того, АТ предоставляет возможности для личностного роста, улучшения психических процессов (таких как мышление, сила воли, внимание), развития способности к самоконтролю и повышения устойчивости к стрессу. Самоконтроль играет ключевую роль в успешном освоении метода АТ и сопровождает процесс достижения расслабленного состояния.

По мнению Х. Линдемана, выдающегося авторитета в области АТ, люди, преуспевающие в этом методе, обычно обладают мягким нравом, богатой эмоциональной жизнью, терпением, уравновешенностью и сильной способностью к живому воображению. И наоборот, люди, у которых преобладают такие черты, как повышенная активность, нервозность, агрессивность и эгоцентризм, могут столкнуться с трудностями при развитии навыков психической саморегуляции с помощью метода АТ. Линдеман также предполагает, что люди с так называемыми «сильными личностями» могут не достичь значительных результатов в этом отношении.

У постоянных участников занятий АТ, как правило, наблюдается снижение интроверсии, заметное снижение эмоциональной неустойчивости, а также статистически значимое снижение показателей невротизма и личностной тревожности. Люди, прошедшие обширный курс АТ, демонстрируют повышенный уровень образованности, внутреннее спокойствие и улучшенный контроль над своими эмоциями и действиями.

Они менее склонны к сомнениям в себе и разочарованиям, что приводит к большей уверенности в себе и самореализации [30].

Более того, преимущества аутогенной тренировки выходят за рамки психического благополучия. Научные исследования выявили целый ряд положительных физиологических эффектов, связанных с регулярными занятиями. К ним относятся улучшение состояния сердечно-сосудистой системы, снижение кровяного давления, улучшение работы иммунной системы и даже ослабление хронической боли. Глубокое состояние релаксации, достигаемое с помощью АТ, запускает каскад полезных реакций в организме, способствуя общему физическому здоровью и устойчивости.

Помимо терапевтического применения, аутогенная тренировка зарекомендовала себя как ценный инструмент для улучшения когнитивных способностей. По мере того, как люди осваивают технику и становятся искусными в вызывании релаксации, они также испытывают улучшения в концентрации, фокусировке и ясности ума. Усиление когнитивных функций приводит к повышению продуктивности, принятию решений и улучшению работы в различных сферах жизни, включая работу, учебу и творческие занятия.

Воздействие аутогенной тренировки выходит за рамки индивидуального уровня. По мере того, как все большее количество людей принимает этот метод психической саморегуляции, становятся очевидными коллективные преимущества. Сообщества, которые отдают приоритет психическому благополучию и практике АТ, наблюдают положительные сдвиги в межличностных отношениях, динамике на рабочем месте и общей социальной гармонии. Культивирование самоконтроля и эмоционального баланса способствует развитию эмпатии, понимания и эффективной коммуникации, что приводит к более здоровым и полноценным связям между людьми.

Чтобы обеспечить широкое распространение и эффективность аутогенной тренировки, необходимо содействовать образованию и

повышению осведомленности о ее принципах и методах. Интеграция АТ в учебные программы, системы здравоохранения и программы оздоровления на рабочем месте может дать возможность людям взять на себя ответственность за свое психическое здоровье и вооружить их пожизненными инструментами саморегуляции и управления стрессом.

Практика аутогенной тренировки (АТ) и других методов психологической саморегуляции обладает огромным потенциалом в воспитании у людей привычки к самоконтролю, развитии способности наблюдать и управлять своими эмоциями, самостоятельно преодолевать эмоциональное напряжение. Глубокое влияние длительных занятий АТ выходит за рамки индивидуальных психологических трансформаций, поскольку косвенно проявляется в оптимизации социально-психологического климата в трудовом коллективе, прежде всего через модуляцию эмоциональной составляющей.

В основе метода аутогенной тренировки лежит обучение аутосуггестии, когда человек учится влиять на свои психофизиологические процессы с помощью словесных формулировок, называемых самовнушениями. В процессе обучения устанавливается связь между этими самовыражениями (например, «я дышу ровно и спокойно») и соответствующими ощущениями в теле. Пройдя определенный курс обучения, человек может вызывать желаемые ощущения с помощью специальных формул аутосуггестии. Эти формулы могут быть подобраны таким образом, чтобы вызывать состояния релаксации или активации, в зависимости от поставленной цели. Хотя часто используется фиксированный набор формул, возможны и индивидуальные изменения. Стоит отметить, что навыки, приобретенные во время тренировки нервно-мышечной релаксации, являются прочной основой для занятий аутогенной тренировкой [30].

Существуют различные варианты метода аутогенной тренировки, наиболее широко используется классический подход, разработанный И.Г.

Шульцем. Эта система включает шесть стандартных упражнений, направленных на мышцы, кровеносные сосуды, сердце, дыхание, органы брюшной полости и голову. Во время каждого упражнения внимание концентрируется на определенном участке тела или органе, при этом повторяется соответствующая формула (например, «Моя правая рука тяжелая»), чтобы вызвать желаемые ощущения. После нескольких месяцев последовательной практики человек приобретает навык вызывать желаемые ощущения с помощью определенных фраз.

Аутогенная тренировка включает в себя два отдельных этапа, описанных Шульцем. Первый этап, известный как релаксационная тренировка, включает упражнения, направленные на вызывание ощущений тяжести, тепла, а также на овладение ритмами сердца и дыхания. Второй этап, называемый аутогенной медитацией, подразумевает создание трансовых состояний различной глубины, позволяющих людям погрузиться в глубокие уровни самосознания и исследования.

Благодаря систематической практике аутогенной тренировки люди могут раскрыть свои врожденные способности к саморегуляции, что приводит к трансформационному опыту как на личном, так и на межличностном уровне. Используя силу аутосуггестии и культивируя повышенное чувство связи между телом и разумом, люди отправляются в путешествие самопознания, устойчивости и внутренней гармонии. Аутогенная тренировка − это путь к раскрытию безграничного потенциала каждого человека, способствующий жизни в равновесии, благополучии и самореализации.

Прогрессивная релаксация Джекобсона, также известная как прогрессивная мышечная релаксация, является техникой, широко используемой в области психологии. Развитие этого метода можно объяснить новаторскими исследованиями, проведенными Э. Якобсоном в 1930-х годах, где он установил значительную корреляцию между повышенным напряжением скелетных мышц и негативными эмоциональными

состояниями.

Суть этой техники заключается в выполнении серии упражнений, которые предполагают чередование максимального напряжения и последующего расслабления различных групп мышц. Выполняя эти упражнения, напряжение систематически снимается с определенных участков тела или даже со всего тела, что приводит к заметному снижению эмоционального напряжения. Субъективно процесс физического расслабления переживается как ощущение тепла, приятной тяжести и общего чувства глубокого покоя, что впоследствии приводит к психологическому расслаблению. Следует отметить, что во время выполнения упражнений необходимо оставаться внимательным к этим ощущениям тепла, так как это помогает предотвратить появление чувства чрезмерной тяжести в фазе после релаксации.

Процесс обучения технике прогрессивной релаксации Джекобсона обычно включает в себя три этапа:

1. На начальном этапе основное внимание уделяется развитию навыков добровольного расслабления отдельных групп мышц в состоянии покоя. Люди учатся сознательно снимать напряжение с определенных мышц, развивая чувство контроля над своими телесными реакциями.

2. На втором этапе эти навыки релаксации объединяются в комплексные упражнения, способствующие расслаблению всего тела или отдельных групп мышц. Изначально практикуемые в состоянии покоя, люди постепенно учатся применять эти техники во время различных видов деятельности, что позволяет им расслаблять мышцы, не задействованные в конкретной задаче.

3. На третьем, последнем этапе происходит освоение «навыка расслабления», который позволяет достигать состояния расслабления даже в напряженных или стрессовых ситуациях. Этот продвинутый уровень мастерства позволяет людям достичь глубокого чувства спокойствия и расслабления, независимо от внешних обстоятельств [31].

Усердно проходя эти этапы, человек может приобрести ценный набор инструментов для достижения глубокого расслабления и снятия стресса. Техника прогрессивной релаксации Джекобсона предлагает практический подход к расслаблению как физическому, так и психическому, способствуя развитию чувства благополучия и общему эмоциональному равновесию. Благодаря регулярной практике и интеграции в повседневную жизнь, этот метод способен наделить человека способностью эффективно справляться со стрессом и поддерживать состояние внутреннего спокойствия.

На начальном этапе обучения технике один сеанс упражнений обычно длится от 40 до 18-20 минут, в зависимости от количества упражнений, выполняемых в рамках каждого сеанса. Эти упражнения предназначены для воздействия на определенные группы мышц в определенном порядке, последовательно прорабатывая конечности, туловище, плечи, шею, голову и лицо. После завершения упражнений важно выйти из состояния релаксации.

Освоение техники нервно-мышечной релаксации служит фундаментальной основой для овладения другими, более сложными техниками саморегуляции. Этот метод служит эффективным и необходимым инструментом для культивирования аутогенных состояний погружения. Более того, заметным преимуществом этой техники является то, что большинство людей могут достичь состояния релаксации уже после первого сеанса.

Сила вербального воздействия заключается в его способности активизировать сознательные механизмы самовнушения. Используя простые и лаконичные утверждения, избегая использования отрицания (например, частицы «не»), можно инициировать прямое воздействие на психофизиологические функции, выполняемые организмом. Вербальное воздействие может принимать различные формы, включая самовысказывания, самопрограммирование и самоутверждение. Благодаря осознанному и продуманному использованию языка люди могут задействовать свои внутренние ресурсы и формировать свое ментальное и физическое состояние

в позитивном и благоприятном ключе.

Самокоманды − это краткие и убедительные инструкции, которые люди дают себе сами. Они используются, когда человек осознает необходимость действовать определенным образом, но сталкивается с трудностями в организации своего поведения соответствующим образом. Используя самокоманды, человек может эффективно направлять свои действия и реакции в соответствии с желаемыми намерениями. Примеры самокоманд включают такие фразы, как «Сохраняйте спокойствие!» или «Сделайте паузу и подумайте!». Эти самодирективы служат ценными инструментами для управления эмоциями, сохранения самообладания и соблюдения принципов порядочности, этики и самоуважения.

Работа с самокомандами включает в себя следующие шаги:

• Самооценка − обдумайте ситуацию и определите желаемое поведение или реакцию.

• Самоповторение − повторите самокоманду молча или вслух несколько раз, усиливая задуманное и укрепляя свою решимость.

• Вербальное выражение − когда это возможно, произносите самокоманду во весь голос, так как это еще больше укрепляет послание и усиливает его воздействие.

Занимаясь этой сознательной практикой самокомандования, человек может воспитать в себе самодисциплину, регулировать свое поведение и поддерживать свои личные ценности и стандарты. Это дает людям возможность выходить из сложных ситуаций с самообладанием, честностью и самоконтролем. Помните, что самокоманды − это ценный инструмент на пути самосовершенствования и личностного роста.

Самопрограммирование.

В различных жизненных ситуациях человек может найти полезным «поразмышлять» и вспомнить прошлые победы в аналогичных обстоятельствах. Эта практика служит мощным индикатором

неиспользованных резервов силы воли, интеллекта, духовности и даже физических способностей. Она раскрывает возможности, повышает уверенность в себе и способствует развитию чувства силы. Самопрограммирование предлагает ценный подход к настройке себя на успех. Его реализация включает в себя следующие шаги:

• Вспомните прошлую ситуацию, в которой вы успешно преодолели аналогичные трудности. Обдумайте действия, образ мыслей и стратегии, которые способствовали вашему триумфу.

• Составьте аффирмацию, которая соответствует вашему желаемому результату. Чтобы усилить ее воздействие, наполните ее настоящим моментом, например, «Я способен достичь этого сейчас», «Сегодня я излучаю максимальную уверенность» или «Я полон решимости, как никогда раньше».

• Повторите аффирмацию несколько раз, либо молча, либо перед зеркалом, либо вслух, если позволяет ситуация. Примите эти слова, позволив им проникнуть в ваши мысли и сознание [31].

Посредством самопрограммирования люди используют силу положительного подкрепления и когнитивного прайминга. Пересмотр прошлых достижений и сознательное подтверждение своих возможностей способствует укреплению уверенности в себе и формированию благоприятного образа мыслей. Перед лицом новых задач или в стремлении к личностному росту самопрограммирование служит путеводным компасом, направляя человека к успеху и раскрывая весь его потенциал.

Примите практику самопрограммирования и воспользуйтесь преобразующим влиянием, которое она может оказать на ваш жизненный путь.

Самоодобрение.

Во многих случаях люди жаждут внешнего одобрения и признания, что может быть особенно неприятно в периоды нервно-психического стресса. Отсутствие положительной обратной связи может привести к

раздражительности, беспокойству и даже агрессии. Поэтому для людей становится необходимым культивировать самоодобрение. Самооценка или самосовершенствование могут быть достигнуты простым внутренним произнесением определенных аффирмаций, таких как: «Я необыкновенный!», «Браво!», «Ты выглядишь фантастически!», «Умница!», «Это был успех» и так далее.

Принятие самоодобрения обладает огромной силой в укреплении эмоционального благополучия и жизнестойкости. Признавая и оценивая собственные достижения и качества, люди укрепляют внутренний фундамент самооценки и уменьшают зависимость от внешнего одобрения. Самоодобрение − это акт сострадания к себе, признание того, что усилия и успехи человека заслуживают признания и похвалы.

Практика самоодобрения служит в качестве личного утверждения, подпитывает позитивное представление о себе и способствует психологическому равновесию. Благодаря мягкому повторению слов, поднимающих настроение, люди развивают внутренний диалог, который укрепляет веру в себя и повышает эмоциональную стабильность. Этот процесс дает людям возможность взять под контроль свою самооценку, независимо от внешних мнений или обстоятельств.

По мере того, как человек продолжает заниматься практикой самоодобрения, у него постепенно формируется глубоко укоренившееся чувство самопринятия и уверенности в себе. Эта вновь обретенная уверенность в себе проникает в различные аспекты их жизни, влияя на их взаимодействие, принятие решений и общее эмоциональное состояние.

Самоодобрение действует как щит против негативного влияния внешней критики и осуждения. Оно позволяет человеку принять свои уникальные качества, недостатки и личный путь, не ища подтверждения от других. Признавая свои сильные стороны, достижения и рост, человек формирует

устойчивый образ мышления, который позволяет ему легче и спокойнее справляться с трудностями.

Кроме того, самоодобрение способствует формированию атмосферы заботы о себе и ухода за собой. Когда люди подтверждают свою значимость и дают себе позитивное подкрепление, они создают благоприятную внутреннюю атмосферу, способствующую личностному росту и самореализации. Этот внутренний диалог самоодобрения становится источником мотивации, побуждая человека стремиться к своим целям, преодолевать препятствия и полностью раскрывать свой потенциал.

Практика самоодобрения − это не высокомерие или пренебрежение важностью конструктивной обратной связи. Это сбалансированный подход, который признает ценность человека, присущую ему самому, оставаясь открытым для самоанализа и роста. Оценивая собственные достижения и уникальные качества, человек формирует позитивное представление о себе, которое излучает уверенность и привлекает возможности для личного и профессионального развития [31].

Очень важно включить самоодобрение в повседневную жизнь, позволяя ему стать привычной и естественной реакцией на свои мысли, действия и достижения. Благодаря постоянной практике самоодобрение становится неотъемлемой частью ухода за собой, укрепляя здоровую самооценку и способствуя эмоциональному благополучию.

Техника внушения служит мощным инструментом для оказания психологического воздействия и формирования желаемых результатов в сознании человека. Минуя критическую оценку, внушение представляет информацию, которая непосредственно влияет на нейропсихологические и соматические процессы реципиента. С помощью внушения можно вызвать целый ряд переживаний, таких как ощущения, мысленные образы, эмоциональные состояния и волевые импульсы, а также повлиять на

вегетативные функции, не требуя от человека активного участия или логической обработки.

Вербальная коммуникация, особенно через речь, служит основным средством внушения, а невербальные сигналы, такие как жесты, мимика и действия, часто оказывают дополнительное воздействие. В медицине методы внушения применяются в различных состояниях, включая бодрствование, естественный сон, гипноз и наркотический сон, чтобы использовать их терапевтический потенциал.

Формулы внушения обычно произносятся в повелительном тоне, с учетом состояния пациента и конкретных клинических проявлений его болезни. Они могут охватывать широкий спектр целей, от улучшения общего самочувствия, включая сон, аппетит и работоспособность, до устранения отдельных невротических симптомов. Перед проведением внушения обычно проводится разъяснительная беседа, которая раскрывает суть терапевтического внушения и убеждает пациента в его эффективности. Воздействие внушения усиливается, если врач, проводящий внушение, обладает большим авторитетом и доверием в глазах пациента. Кроме того, индивидуальные особенности пациента, его восприимчивость к «магическому» мышлению и его вера в потенциальное влияние неизвестных научных методов − все это влияет на степень реализации внушения.

Конкретное применение внушения заключается в нашептывании фраз спящему ребенку, что было впервые предложено И.В. Вяземским (1903), Бурдоном Ч. (1904) и другими. Эта техника проводится мягким, но убедительным тоном, где фразы, направленные на углубление сна, чередуются с терапевтическими внушениями, произносимыми в повторяющейся манере, что позволяет делать паузы для созерцания. Как правило, в течение одного сеанса проводится до шести таких внушений.

Использование внушения в качестве психологического инструмента обладает огромным потенциалом для управления и влияния на человеческий

разум. Будь то терапия, личностное развитие или самосовершенствование, искусство внушения открывает двери к новым возможностям, позволяя проникнуть в сложную работу подсознания. При тщательном применении и понимании, внушение может служить катализатором трансформационных изменений, раскрывая неиспользованный потенциал каждого человека.

Аутосуггестия, мощная техника направления мыслей, желаний, образов, ощущений и состояний на самого себя, находит широкое применение в психотерапевтической практике. Для использования терапевтического потенциала используются различные методы аутосуггестии, часто основанные на давно предложенной Куэ технике самовнушения). Аутосуггестия служит основополагающим механизмом или важным компонентом многих других форм психотерапии, например, аутогенной тренировки.

Медитация.

В последнее время медитация приобретает все большую популярность, особенно в западных странах, как средство воспитания устойчивости к стрессу. Практика медитации предполагает глубокую концентрацию психики и сознания, сопровождаемую расслаблением мышц и мягким ритмом дыхания. Она подразумевает длительное созерцание выбранного объекта или явления. Одно из замечательных преимуществ медитации по сравнению с другими методами психической саморегуляции заключается в присущей ей простоте. Способствуя снятию эмоционального напряжения и восстановлению душевного равновесия, медитация зарекомендовала себя как эффективный щит против разрушительного воздействия стресса. Она помогает снизить мышечное напряжение, регулировать дыхание, нормализовать сердечный ритм и облегчить острые ощущения тревоги и страха. Последовательная и целенаправленная практика медитации со временем приносит свои плоды. Благодаря этому процессу человек учится контролировать свое эмоциональное состояние, становясь настоящим хозяином своих мыслей и эмоций.

Существует множество техник медитации, что позволяет каждому человеку со временем найти тот вариант упражнений, который находит у него субъективный отклик. Однако не все принимают медитацию как метод психической саморегуляции, и причины этого различны. Некоторые люди могут колебаться, желая временно оградить себя от внешних воздействий или отвлечься от непрерывного потока мыслей. У других медитация может ассоциироваться с ритуалами определенных религиозных конфессий, с которыми они предпочитают не связываться. На личный выбор в отношении принятия медитации как практики влияют различные факторы, уникальные для каждого человека.

Можно сделать следующие выводы, что спрос на психологическую помощь растет, что подчеркивает важность овладения методами самопомощи для преодоления сложных жизненных ситуаций. Особенно для профессий, характеризующихся длительным умственным напряжением, подверженностью угрозам, опасностям и хроническим эмоциональным перегрузкам, становится крайне важным овладеть быстрыми и эффективными методами самопомощи. Эти методы направлены на снятие эмоционального напряжения, уменьшение психологической нагрузки, вызывание релаксации, восстановление умственной работоспособности и продуктивности [30].

Среди наиболее эффективных подходов − контроль дыхания и методы мышечной релаксации, которые часто используются в сочетании для достижения более выраженного эффекта релаксации. В пособии описаны основные техники, такие как контроль дыхания, расслабление мышц лица, расслабление мышц тела (включая аутогенную тренировку и прогрессивную мышечную релаксацию), а также дополнительные техники, которые продемонстрировали свою эффективность при краткосрочном вмешательстве.

Еще один важный аспект в воспитании устойчивости к стрессу заключается в способности реконструировать свой внутренний

субъективный ментальный ландшафт, манипулируя внутренними образами. Ценными инструментами для этого служат техники медитации, визуализации, методы йоги и нейро-лингвистического программирования. В пособии рассматриваются наиболее эффективные методы нейтрализации патогенных и негативно заряженных образов, спонтанно возникающих в воображении, что позволяет устранить травматический опыт.

Используя эти методы самопомощи, человек может улучшить свое психологическое благополучие, развить большую устойчивость и обрести контроль над своей внутренней реальностью. Эти техники обеспечивают практические и доступные средства для преодоления проблем, возникающих в результате стресса, и способствуют более уравновешенному и гармоничному психическому состоянию.

ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 1

1. Изучая подходы разных авторов, саморегуляцию можно определить как целенаправленным комплексом воздействий человека на самого себя, которые обеспечивают психологическое благополучие и адаптивность к стрессовым факторам и к изменчивости окружающей среды. Также считается что способность к саморегуляции, является целенаправленным процессом осуществляющий контроль индивида над своим поведением , который включает в себя сознательную перестройку и генерацию новых смыслов, которые будут оказывать влияние на процесс постановки и достижения целей связанные с улучшением качества жизни .

Объединив точки зрения разных авторов, можно прийти к следующему выводу: самостоятельное регулирование эмоционального и психологического состояния - целенаправленная активность человека, на самого себя, которая обеспечивает улучшение качества жизни, за счет развития включенности и осознанности.

2. Существуют различные подходы к пониманию природы и причин возникновения аутоиммунных заболеваний, включая генетические, инфекционные и психосоматические причины. В рамках данной работы акцент делается на психосоматический подход, который связывает возникновение аутоиммунных заболеваний с психологическими факторами, в частности с дезадаптивной реакции на стрессовые события, и как следствие аффективную лабильность. Согласно этому подходу, общее психологическое неблагополучие может запустить процесс системного воспаления за счет хронического воздействия оксидативного стресса, который в свою очередь способен запускать аутоиммунные заболевания что в долгосрочной перспективе снижает качество жизни человека.

3. Многомерная природа аутоиммунных расстройств требует холистического подхода, который будет оказывать влияние на

физиологическом, психологическом и социальном аспекте человека. Такой интегративный подход направлен на установление синергетического сотрудничества между медицинскими работниками, психологами, педагогами и самими людьми, способствуя созданию альянса и распределении ответственности. В контексте изучения вопроса о механизмах саморегуляции при аутоиммунных заболеваниях следует отметить, что существуют различные методы развития саморегуляции, которые направлены на снятие эмоционального напряжения, уменьшение психологической нагрузки, вызывание релаксации, восстановление умственной работоспособности и продуктивности. Используя эти методы самопомощи, человек может улучшить свое психологическое благополучие, развить большую эмоциональную устойчивость и жизнестойкость ,а также обрести контроль над своей внутренней средой что как следствие будет способствовать улучшению качества жизни.

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДИНАМИКИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И САМОРЕГУЛЯЦИИ У ЛИЦ С АУТОИММУННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ НАВЫКАМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ САМОПОМОЩИ

2.1 Организация исследования

Цель исследования: Основной целью данного исследования является изучение изменений качества жизни и саморегуляции у людей с аутоиммунными заболеваниями по мере приобретения ими навыков психологической самопомощи.

Предмет исследования: Предметом исследования является динамика качества жизни и саморегуляции у лиц с аутоиммунными заболеваниями (АИЗ) в процессе овладения навыками психологической самопомощи.

Гипотеза исследования: предполагается положительная динамика качества жизни и саморегуляции у лиц с аутоиммунными заболеваниями в процессе обучения навыкам психологической самопомощи.

Задачи эмпирического исследования:

1. Организовать и провести эмпирическое исследование с участием лиц с аутоиммунными заболеваниями.

2. Провести сравнительный анализ оценки качества жизни и саморегуляции у лиц с аутоиммунными заболеваниями, осваивающих навыки психологической самопомощи.

3. Проанализировать взаимосвязь качества жизни и саморегуляции у лиц с аутоиммунными заболеваниями в процессе овладения навыками психологической самопомощи.

Выборочная совокупность: Выборочная совокупность данного исследования состоит из 45 участников, женщины среднего возраста, у которых диагностированы системная красная волчанка, неспецифический язвенный колит, аутоиммунный тиреоидит и ревматоидный артрит.

Участники разделены на две группы: экспериментальную- которая принимает участие в программе и контрольную которая не участвует в программе .

База исследования: исследование проводится в социальных группах и сообществах.

Этапы проведения исследования: на начальном этапе выборочная совокупность делится на две группы: контрольную и экспериментальную. В начале исследования проводится сравнительный анализ с использованием следующих методик: ОПРОСНИК SF–36 «ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ» (краткая форма опросника), Опросник "Стиль саморегуляции поведения – ССП" (В.И. Моросанова) и анкета для оценки навыков самопомощи.

На втором этапе исследования экспериментальная группа прошла двухмодульное вмешательство:

1. Психообразование. Участники получили исчерпывающую информацию о патогенезе аутоиммунных заболеваний (АИЗ), а также изучили психологические и физиологические особенности, характерные для людей с АИЗ. Особое внимание уделялось пониманию методов саморегуляции.

2. Обучение навыкам саморегуляции. Участники были вовлечены в структурированную программу, разработанную для обучения их различным навыкам саморегуляции.

После завершения этих мероприятий начинается **третий этап**, который включал в себя проведение повторных оценок и сравнение результатов между контрольной и экспериментальной группами.

Занятия с экспериментальной группой начались 1 февраля 2023 и продолжались по мая 2023 гг. Эти занятия проводились в режиме онлайн с использованием таких платформ, как Zoom и специальный канал Telegram. Продолжительность каждой встречи составляла примерно от 1 часа до 1:30 часа.

На протяжении всей работы с экспериментальной группой особое внимание уделялось следующим методикам:

• Аутогенная тренировка − участников направляли на достижение состояния самоиндуцированной релаксации и самовнушения для улучшения общего самочувствия.

• Релаксация по Джекобсону − участников обучали технике прогрессивной мышечной релаксации для снятия напряжения и развития чувства спокойствия.

• Медитативные практики − для повышения концентрации внимания, ясности ума и эмоционального равновесия были введены упражнения по медитации.

• Участие в сообществах единомышленников − участников поощряли к общению с другими людьми, имеющими схожий опыт, создавая благоприятную среду для обмена мнениями и стратегиями преодоления.

• Практики телесно-ориентированной терапии − такие техники, как сканирование тела, работа с дыханием и упражнения, основанные на движении, использовались для содействия более глубокой связи разума и тела, и развития самосознания.

• Использование аффирмаций − участников поощряли использовать позитивные аффирмации и самоутверждающие утверждения для развития уверенности в себе и жизнестойкости.

• Осознанное управление эмоциональными реакциями − были рассмотрены стратегии выявления, понимания и эффективного управления эмоциональными реакциями, что дало участникам возможность ориентироваться в сложных ситуациях с большим эмоциональным контролем.

В процессе работы с экспериментальной группой был создан чат, в котором ежедневно была возможность задавать вопросы, а также дать обратную связь и делиться впечатлениями.

Ниже перечислены темы встреч, проведенных в ходе вмешательства:

1 встреча- тема встречи «Саморегуляция и эмоциональная сфера. Дневник эмоций».

2 встреча -тема встречи «аутогенная тренировка. Теория и практика»

Звстреча- тема встречи «Медитативные практики»

4 встреча - тема встречи «Ответы на вопросы»

5 встреча - тема встречи «Релаксация по Джекобсону»

6 встреча - тема встречи «Практика ТОТ»

7 встреча - тема встречи «Аффирмации». После проведения встречи в чат ежедневно выкладывались примеры аффирмаций.

8 встреча – тема встречи «ответы на вопросы. Подведение итогов по методам самопомощи»

9 встреча - психобразовательное занятие «Патогенез АИЗ»

10 встреча - психотренинг направленный на развитие навыков совпадающего поведения

11 встреча - мотивационный групповой тренинг

12 встреча - занятие развивающее аналитические навыки (групповое обсуждение фильма)

13 встреча - подведение итогов

2.2 Методики исследования

1. ОПРОСНИК SF–36 «ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ»

Опросник (SF-36) «ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ» служит широко используемым и широко исследованным инструментом для оценки состояния здоровья и позволяет людям самостоятельно оценить общее состояние здоровья. Этот опросник основан на исследовании Medical Outcomes Study, целью которого является объективное измерение качества жизни людей.

Состоящий из 36 вопросов, SF-36 охватывает широкий спектр восьми областей здоровья, позволяя всесторонне оценить различные аспекты благополучия:

1. Физическое функционирование. Оценивает ограничения в физической деятельности, вызванные состоянием здоровья.

2. Социальное функционирование. Оценивает ограничения в социальной деятельности, вызванные физическими или эмоциональными трудностями.

3. Ролевые ограничения, связанные с физическим здоровьем: Измеряет ограничения в повседневной деятельности и обязанностях из-за проблем с физическим здоровьем.

4. Телесная боль. Исследует наличие и влияние боли, испытываемой человеком.

5. Психическое здоровье. Дает представление о психологическом благополучии, включая уровень стресса и общее психическое состояние.

6. Ролевые ограничения, связанные с эмоциональным здоровьем. Оценка ограничений в повседневной деятельности и обязанностей, связанных с эмоциональным здоровьем.

7. Жизнеспособность. Изучение уровня энергии и степени усталости, испытываемой человеком.

8. Общее восприятие здоровья. Собирает информацию об общем отношении человека к своему здоровью.

SF-36 «Оценка качества жизни» служит ценным показателем качества жизни как отдельных людей, так и населения в целом. Используя этот опросник, специалисты здравоохранения и исследователи могут получить ценные сведения о различных аспектах благополучия и принять обоснованные решения для улучшения общего состояния здоровья людей.

2. Опросник "Стиль саморегуляции поведения – ССП" (В.И. Моросанова)

Опросник ССП-98 включает в себя полный набор из 46 утверждений, распределенных по шести шкалам, которые соответствуют ключевым процессам регулирования (планирование, моделирование, программирование, оценка результатов) и атрибутам регулирования и личности (гибкость и независимость). Каждая шкала состоит из девяти утверждений. Структура опросника позволяет некоторым утверждениям быть связанными с двумя шкалами одновременно, поскольку они обладают характеристиками, относящимися как к регуляторным процессам, так и к регуляторным свойствам.

Методика направлена на диагностику развития индивидуальной саморегуляции и создание индивидуального профиля, включающего показатели планирования, моделирования, программирования, оценки результатов, а также развитие регуляторных и личностных качеств, таких как гибкость и независимость. Кроме того, эта методика служит практическим целям, включая выявление различных профилей регуляторных процессов и оценку общего развития саморегуляции.

Шкала «Планирование» (Пл) ориентирована на индивидуальные особенности, связанные с постановкой и удержанием целей, а также на уровень осознанного планирования своей деятельности. Высокие баллы по этой шкале указывают на сильную склонность к сознательному планированию деятельности. В таких случаях планы человека, как правило, реалистичны, детальны, иерархичны, эффективны и долговременны, а постановка целей осуществляется по собственной инициативе. И наоборот, люди с низкими показателями по шкале проявляют ограниченный интерес к планированию. Их планы часто претерпевают изменения, а цели редко достигаются, что приводит к неэффективному и нереалистичному планированию. Такие люди могут предпочесть не задумываться о своем будущем, ставя ситуативные цели, которые, как правило, не являются самостоятельными.

Шкала «Моделирование» (М) позволяет оценить развитие у человека концептуализации значимых внешних и внутренних условий, степень их осознанности, конкретности и уместности. Лица с высокими показателями по этой шкале демонстрируют способность определять важнейшие условия для достижения цели как в настоящем, так и в долгосрочном сценарии. Это проявляется в согласовании планов действий с целями деятельности и в соответствии результатов желаемым целям. В ситуациях непредвиденных обстоятельств, изменения образа жизни или смены рабочих систем эти люди демонстрируют адаптивность, изменяя свою модель значимых условий и, соответственно, корректируя свои планы действий. И наоборот, люди с низкими показателями по шкале демонстрируют ограниченное развитие процессов моделирования, что приводит к неадекватной оценке значимых внутренних и внешних факторов. Это отражается в склонности к фантазиям и резким изменениям в отношении к развитию ситуации и последствиям своих действий. Таким людям часто трудно определить соответствующие цели и планы действий в соответствии с текущей ситуацией, и они могут не распознавать изменения в окружающей среде, что приводит к частым неудачам.

Шкала «Программирование» (Пр) оценивает способность человека к осознанному программированию своих действий. Высокие баллы по этой шкале указывают на склонность человека к обдумыванию и стратегическому планированию своих действий для достижения желаемых целей. Они обладают детальным и всесторонним подходом к разработке планов действий. Эти люди автономно разрабатывают гибкие программы, которые могут адаптироваться к новым обстоятельствам, оставаясь при этом непоколебимыми, когда сталкиваются с помехами. Если полученные результаты не соответствуют намеченным целям, они готовы вносить коррективы в программу действий до тех пор, пока не достигнут удовлетворительного уровня успеха. И наоборот, низкие баллы по шкале

программирования указывают на неспособность или нежелание человека тщательно продумать последовательность своих действий. Такие люди склонны действовать импульсивно, не обладая способностью к самостоятельному построению программ действий. Они часто испытывают несоответствие между результатами своей деятельности и намеченными целями, но при этом проявляют сопротивление изменению своей программы действий, полагаясь на метод проб и ошибок.

Шкала «Оценка результатов» (ОР) отражает уровень развития и адекватности человека в самооценке и оценке своих действий и результатов. Высокие баллы по этой шкале свидетельствуют о культивировании точной самооценки и установлении стабильных субъективных критериев оценки успешности достижения результатов. Люди с высокими показателями могут объективно оценить, как отклонения достигнутых результатов от намеченных целей, так и лежащие в их основе причины, что позволяет им гибко адаптироваться к изменяющимся обстоятельствам. И наоборот, низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о недостатке самоанализа ошибок и некритичности к собственным действиям. Субъективные критерии успеха не установлены твердо, что приводит к значительному снижению качества результата при увеличении объема работы, ухудшении условий или возникновении внешних трудностей.

Шкала «Гибкость» (Г) оценивает степень, в которой человек может адаптировать свою систему саморегуляции в ответ на изменения внутренних и внешних условий. Лица с высокими показателями по шкале гибкости демонстрируют адаптивность во всех процессах регуляции. Столкнувшись с непредвиденными обстоятельствами, эти люди могут легко перестроить планы, программы действий и поведение, быстро оценивая изменения в значимых условиях и модифицируя свой курс действий. В случаях, когда полученные результаты отклоняются от желаемых целей, они быстро распознают несоответствие и вносят соответствующие коррективы в свою

саморегуляцию. Такая гибкость в рамках нормативной базы позволяет им эффективно реагировать на быстро меняющиеся ситуации и успешно преодолевать рискованные сценарии. С другой стороны, люди с низкими показателями по шкале гибкости склонны чувствовать себя неуверенно в динамичной и быстро меняющейся обстановке. Они с трудом адаптируются к жизненным изменениям, переменам в окружении и изменениям в образе жизни. Несмотря на наличие в той или иной степени регуляторных процессов, им сложно адекватно реагировать на ситуацию, быстро и эффективно планировать действия и поведение, разрабатывать соответствующие программы действий, выявлять значимые условия, оценивать несоответствия между результатами и целями деятельности и вносить необходимые коррективы. Следовательно, эти люди испытывают сбои в регуляции и неудачи в работе в результате своей негибкости в саморегуляции.

Шкала «Самостоятельность» (С) оценивает степень регуляторной автономии человека. Высокие баллы по шкале независимости свидетельствуют о способности человека самостоятельно организовывать свою деятельность, самостоятельно планировать свои действия и поведение, а также эффективно структурировать свою работу для достижения желаемых целей. Такие люди берут на себя ответственность за выполнение своих задач, контролируют прогресс и анализируют как промежуточные, так и конечные результаты. Напротив, люди с низкими показателями по шкале независимости склонны в значительной степени полагаться на мнение и оценки других людей. Они не способны самостоятельно разрабатывать планы и программы действий и часто некритично следуют советам других. В отсутствие внешнего руководства эти люди склонны к сбоям в регулировании.

Общий уровень саморегуляции измеряет степень развития у человека осознанной системы саморегуляции произвольной человеческой деятельности. Лица с высокими показателями общего уровня саморегуляции демонстрируют осознанность и взаимосвязанность в общей структуре своих

индивидуальных регуляторных процессов. Они демонстрируют независимость, гибкость, способность адекватно реагировать на изменяющиеся условия, осознанно ставить и достигать цели. При высокой мотивации они способны выработать стиль саморегуляции, компенсирующий личностные и характерологические особенности, которые могут препятствовать достижению целей. Чем выше общий уровень сознательной саморегуляции, тем легче людям адаптироваться к новой деятельности, проявлять уверенность в незнакомых ситуациях и добиваться стабильного успеха в знакомых областях. С другой стороны, у людей с низкими показателями по этой шкале недостаточно развита потребность в сознательном планировании и программировании своего поведения. Они склонны больше полагаться на ситуативные факторы и мнение окружающих. Их способность компенсировать личностные особенности, препятствующие достижению целей, ограничена по сравнению с людьми с высоким уровнем саморегуляции. Следовательно, успешное овладение новой деятельностью во многом зависит от соответствия их стиля регуляции требованиям выполняемой деятельности.

1. Анкета самооценки навыков самопомощи

Испытуемым предлагалось оценить по шкале от 1-го до 10-ти методы самопомощи по двум критериям:

1) Насколько знаком с методом

2) Насколько часто его применяю

Методы, предлагаемые для оценки:

1) Аутотренинг

2) Релаксация по Джекобсону

3) Практики медитации

4) Сообщества единомышленников

5) Практики телесно-ориентированной терапии

6) Использование аффирмаций

7) Осознанное управление эмоциональными реакциями

2.3 Количественный и качественный анализ

Настоящее исследование состоит из 3 этапов:

На первом этапе 45 человек (женщины среднего возрасталет с различными аутоиммунными заболеваниями, преимущественно с диагнозом аутоиммунный тиреоидит и ревматоидный артрит) распределены на 2 группы – экспериментальная – которая принимала участие в программе и контрольная которая не принимала участие в программе . Группы сравнивались между собой с использованием 2 методикам и анкете:

- Опросник (SF-36) «ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ» (2 интегральных показателей – общее физическое благополучие ОФБ и общее душевное благополучие ОДБ);

- Опросник "Стиль саморегуляции поведения – ССП" (В.И. Моросанова) (интегральный показатель – общий уровень саморегуляции ОУС);

- Анкета «Самооценки навыков самопомощи» (8 методов, каждый из которых 2 значения – осведомленность о методе и применение метода, оцененное в баллах).

Анкеты с «сырыми» баллами представлены в приложении 1.

На 2 этапе была проведена программа по развитию навыков самопомощи:

Занятия с экспериментальной группой начались 1 февраля и длились до 1-го мая. Проводилась программа через zoom и телеграмм канал. Длительность каждой встречи составлял от 60 минут – до 1.30 часа.

Темы проведенных встреч:

1 встреча- тема встречи «Саморегуляция и эмоциональная сфера. Дневник эмоций».

2 встреча - тема встречи «Аутогенная тренировка. Теория и практика».

3 встреча - тема встречи «Медитативные практики».

4 встреча - тема встречи «Ответы на вопросы»

5 встреча- тема встречи «Релаксация по Джекобсону»

6 встреча- тема встречи «Практика ТОТ»

7 встреча - тема встречи «Аффирмации». После проведения встречи в чат ежедневно выкладывались примеры аффирмаций.

8 встреча – тема встречи «ответы на вопросы. Подведение итогов по методам самопомощи»

9 встреча - психобразовательное занятие «Патогенез АИЗ»

10 встреча - психотренинг направленный на развитие навыков совпадающего поведения

11 встреча - мотивационный групповой тренинг

12 встреча - занятие развивающее аналитические навыки (групповое обсуждение фильма)

13 встреча - подведение итогов.

На 3 этапе результаты групп также сравнивались между собой с использованием 2 методикам и анкете:

- Методика «Оценка качества жизни» (2 интегральных показателей – общее физическое благополучие ОФБ и общее душевное благополучие ОДБ);

- Методика ССП-98 «Стиль саморегуляции поведения» (интегральный показатель – общий уровень саморегуляции ОУС);

- Анкета «Самооценки навыков самопомощи» (8 методов, каждый из которых 2 значения – осведомленность о методе и применение метода, оцененное в баллах).

Анкеты с «сырыми» баллами представлены в приложении 2.

Кроме того, по данным методикам сравнивались результаты экспериментальной группы ДО 2 этапа и ПОСЛЕ 2 этапа.

До проведения расчетов по 1 и 3 этапу опишем все переменные – ДО (проведения программы по развитию способности к саморегуляции) и ПОСЛЕ (проведения программы по развитию способности к саморегуляции),

контрольной и экспериментальных групп, а также рассчитаем и проанализируем их распределение.

Далее будут приняты следующие сокращения для переменных (Таблица 1, Таблица 2).

Таблица 1

Соответствие между полными и сокращенными обозначениями переменных

полные названия характеристик	**название переменной**		название переменной
	знает	**применяет**	
ДО программы			
Контрольная группа			
Аутотренинг	знает АТ - КД	применяет АТ - КД	
релаксация по Джекобсону	знает РД - КД	применяет РД - КД	
практики медитации	знает ПМ - КД	применяет ПМ - КД	
сообщество единомышленников	знает СЕ - КД	применяет СЕ - КД	
практики ТОТ	знает ПТОТ - КД	применяет ПТОТ - КД	
АФФИРМАЦИИ	знает АФФ - КД	применяет АФФ - КД	
УПРАВЛЕНИЕ ЭМОЦИЯМИ	знает УЭ - КД	применяет УЭ - КД	
Общее физическое благополучие			ОФБ — КД
Общее душевное благополучие(МН)			ОДБ — КД
Общий уровень саморегуляции			ОУС — КД
Экспериментальная группа			
Аутотренинг	знает АТ - ЭД	применяет АТ - ЭД	
релаксация по Джекобсону	знает РД - ЭД	применяет РД - ЭД	
практики медитации	знает ПМ - ЭД	применяет ПМ - ЭД	
сообщество единомышленников	знает СЕ - ЭД	применяет СЕ - ЭД	
практики ТОТ	знает ПТОТ - ЭД	применяет ПТОТ - ЭД	
АФФИРМАЦИИ	знает АФФ - ЭД	применяет АФФ - ЭД	
УПРАВЛЕНИЕ ЭМОЦИЯМИ	знает УЭ - ЭД	применяет УЭ - ЭД	
Общее физическое благополучие			ОФБ — ЭД
Общее душевное благополучие(МН)			ОДБ — ЭД
Общий уровень саморегуляции			ОУС — ЭД
ПОСЛЕ программы			
Контрольная группа			
Аутотренинг	знает АТ - КП	применяет АТ - КП	
релаксация по Джекобсону	знает РД - КП	применяет РД - КП	
практики медитации	знает ПМ - КП	применяет ПМ - КП	
сообщество единомышленников	знает СЕ - КП	применяет СЕ - КП	
практики ТОТ	знает ПТОТ - КП	применяет ПТОТ - КП	
АФФИРМАЦИИ	знает АФФ - КП	применяет АФФ - КП	
УПРАВЛЕНИЕ ЭМОЦИЯМИ	знает УЭ - КП	применяет УЭ - КП	
Общее физическое благополучие			ОФБ — КП
Общее душевное благополучие(МН)			ОДБ — КП
Общий уровень саморегуляции			ОУС — КП
Экспериментальная группа			
аутотренинг	знает АТ - ЭП	применяет АТ - ЭП	

полные названия характеристик	название переменной		название переменной
	знает	применяет	
релаксация по Джекобсону	знает РД - ЭП	применяет РД - ЭП	
практики медитации	знает ПМ - ЭП	применяет ПМ - ЭП	
сообщество единомышленников	знает СЕ - ЭП	применяет СЕ - ЭП	
практики ТОТ	знает ПТОТ - ЭП	применяет ПТОТ - ЭП	

Продолжение таблицы 1

полные названия характеристик	название переменной		название переменной
	знает	применяет	
АФФИРМАЦИИ	знает АФФ - ЭП	применяет АФФ - ЭП	
УПРАВЛЕНИЕ ЭМОЦИЯМИ	знает УЭ - ЭП	применяет УЭ - ЭП	
Общее физическое благополучие			ОФБ — ЭП
Общее душевное благополучие(МН)			ОДБ — ЭП
Общий уровень саморегуляции			ОУС — ЭП

Таблица 2

Описательная статистика переменных, контрольной и экспериментальной группы, до и после

	N	Диапазон	Минимум	Максимум	Среднее	Среднеквадратичное отклонение	Дисперсия
знает АТ - КД	23	9	1	10	3,70	3,390	11,494
применяет АТ - КД	23	3	1	4	1,39	,839	,704
знает РД - КД	23	9	1	10	2,26	2,942	8,656
применяет РД - КД	23	6	1	7	1,48	1,592	2,534
знает ПМ - КД	23	9	1	10	6,04	3,747	14,043
применяет ПМ - КД	23	9	1	10	3,13	2,581	6,664
знает СЕ - КД	23	9	1	10	5,30	3,483	12,130
применяет СЕ - КД	23	9	1	10	3,70	2,961	8,767
знает ПТОТ - КД	23	9	1	10	3,83	3,688	13,605
применяет ПТОТ - КД	23	9	1	10	2,39	2,369	5,613
знает АФФ - КД	23	9	1	10	4,43	3,591	12,893
применяет АФФ - КД	23	8	1	9	1,91	1,857	3,447
знает УЭ - КД	23	9	1	10	3,30	3,037	9,221
применяет УЭ - КД	23	9	1	10	2,74	2,734	7,474
знает АТ - ЭД	23	9	1	10	4,00	3,705	13,727
применяет АТ - ЭД	23	10	0	10	2,22	2,449	5,996
знает РД - ЭД	23	7	1	8	2,00	2,216	4,909
применяет РД - ЭД	23	2	1	3	1,13	,458	,209
знает ПМ - ЭД	23	9	1	10	5,17	4,075	16,605
применяет ПМ - ЭД	23	9	1	10	3,65	3,459	11,964
знает СЕ - ЭД	23	9	1	10	4,39	3,726	13,885
применяет СЕ - ЭД	23	9	1	10	3,35	2,994	8,964
знает ПТОТ - ЭД	23	9	1	10	2,57	2,761	7,621
применяет ПТОТ - ЭД	23	4	1	5	1,17	,834	,696
знает АФФ - ЭД	23	9	1	10	4,09	3,872	14,992
применяет АФФ - ЭД	23	6	1	7	2,09	1,832	3,356
знает УЭ - ЭД	23	9	1	10	3,13	3,389	11,482
применяет УЭ - ЭД	23	9	1	10	2,43	2,519	6,348

ОФБ — КД	23	47,10	11,76	58,86	40,2257	13,05979	170,558
ОДБ — КД	23	48,42	20,90	69,32	41,2948	12,54210	157,304
ОФБ — ЭД	25	50,36	14,39	64,75	41,3028	12,74017	162,312
ОДБ — ЭД	25	48,57	12,82	61,39	40,2676	14,32337	205,159
ОУС — КД	22	23	17	40	28,73	6,112	37,351
ОУС — ЭД	22	21	18	39	29,14	6,520	42,504

Продолжение таблицы 2

	N	Диапазон	Минимум	Максимум	Среднее	Среднеквадратичное отклонение	Дисперсия
знает АТ - КП	20	9	1	10	4,30	3,600	12,958
применяет АТ - КП	20	3	1	4	1,35	,813	,661
знает РД - КП	20	9	1	10	2,90	3,432	11,779
применяет РД - КП	20	6	1	7	1,55	1,701	2,892
знает ПМ - КП	20	9	1	10	6,50	3,649	13,316
применяет ПМ - КП	20	8	1	9	3,50	2,585	6,684
знает СЕ - КП	20	9	1	10	5,90	3,275	10,726
применяет СЕ - КП	20	9	1	10	3,75	3,259	10,618
знает ПТОТ - КП	20	9	1	10	4,90	3,865	14,937
применяет ПТОТ - КП	20	9	1	10	2,65	2,739	7,503
знает АФФ - КП	20	9	1	10	5,20	3,286	10,800
применяет АФФ - КП	20	8	1	9	2,05	2,089	4,366
знает УЭ - КП	20	9	1	10	4,30	3,181	10,116
применяет УЭ - КП	20	9	1	10	3,45	2,946	8,682
знает АТ - ЭП	20	5	5	10	8,75	1,773	3,145
применяет АТ - ЭП	20	9	1	10	4,90	2,972	8,832
знает РД - ЭП	20	5	5	10	8,60	1,635	2,674
применяет РД - ЭП	20	9	1	10	4,95	3,137	9,839
знает ПМ - ЭП	20	5	5	10	8,70	1,720	2,958
применяет ПМ - ЭП	20	9	1	10	6,35	2,978	8,871
знает СЕ - ЭП	20	8	2	10	8,50	2,236	5,000
применяет СЕ - ЭП	20	9	1	10	6,35	3,281	10,766
знает ПТОТ - ЭП	20	7	3	10	7,20	2,308	5,326
применяет ПТОТ - ЭП	20	8	1	9	4,55	2,625	6,892
знает АФФ - ЭП	20	4	6	10	9,45	1,050	1,103
применяет АФФ - ЭП	20	9	1	10	6,90	3,259	10,621
знает УЭ - ЭП	20	5	5	10	8,25	1,650	2,724
применяет УЭ - ЭП	20	9	1	10	6,20	2,484	6,168
ОФБ — КП	20	40,60	17,56	58,16	39,2625	12,59327	158,591
ОДБ — КП	20	42,90	20,90	63,80	41,9970	13,49892	182,221
ОФБ — ЭП	20	45,22	19,53	64,75	49,3380	10,98409	120,650
ОДБ — ЭП	20	35,68	33,63	69,31	47,5620	9,79936	96,027
ОУС — КП	20	19	20	39	28,65	4,955	24,555
ОУС — ЭП	20	14	26	40	33,10	3,972	15,779

Анализируя таб. 1 следует отметить, что:

- средние значения оценок анкеты «Самооценка навыков самопомощи» у контрольной группы на 1 этапе (-КД) говорят о слабом знаний методик, перечисленных в анкете (максимальный балл 6,04 из 10) и еще более слабом уровне их выполнения (максимальный балл 3,7 из 10);

- средние значения оценок анкеты «Самооценка навыков самопомощи» у экспериментальной группы на 1 этапе (-ЭД) также говорят о слабом знаний методик, перечисленных в анкете (максимальный балл 4,075 из 10) и еще более слабом уровне их выполнения (максимальный балл 3,459 из 10);

- средние значения интегральных критериев методик SF-36 и Стиль саморегуляции поведения у контрольной и экспериментальной группы на 1 этапе (ДО) отличаются друг от друга незначительно;

- средние значения оценок анкеты «Самооценка навыков самопомощи» у контрольной группы на 2 этапе (-КП) говорят о более высоком знаний методик, перечисленных в анкете (максимальный балл 6,5 из 10) и более слабом уровне их выполнения (максимальный балл 3,75 из 10);

- средние значения оценок анкеты «Самооценка навыков самопомощи» у экспериментальной группы на 2 этапе (-ЭП) также говорят об увеличении уровня знаний методик, перечисленных в анкете (максимальный балл 9,45 из 10) и уровне их выполнения (максимальный балл 6,9 из 10);

- средние значения интегральных критериев методик SFS 36 и Моросановой у контрольной и экспериментальной группы на 2 этапе (ДО) отличаются друг от друга гораздо сильнее, причем показатели экспериментальной группы выше (Таблица 3).

Таблица 3

Проверка гипотезы о нормальности распределения переменных (для переменных разных типов использовались 2 критерия – одновыборочный хи - квадрат и Колмогорова - Смирнова)

№	Нулевая гипотеза	Критерий	знач.а	Решение
1	Категории знает АТ - КД появляются с равными вероятностями.	Одновыборочный критерий хи-квадрат	0,01	Нулевая гипотеза отклоняется.
2	Категории применяет АТ - КД появляются с	Одновыборочный критерий	0	Нулевая гипотеза

	равными вероятностями.	хи-квадрат		отклоняется.
3	Категории знает РД - КД появляются с равными вероятностями.	Одновыборочный критерий хи-квадрат	0	Нулевая гипотеза отклоняется.
4	Категории применяет РД - КД появляются с равными вероятностями.	Одновыборочный критерий хи-квадрат	0	Нулевая гипотеза отклоняется.

Продолжение таблицы 3

№	Нулевая гипотеза	Критерий	знач.a	Решение
5	Категории знает ПМ - КД появляются с равными вероятностями.	Одновыборочный критерий хи-квадрат	0,095	Нулевая гипотеза принимается.
6	Категории применяет ПМ - КД появляются с равными вероятностями.	Одновыборочный критерий хи-квадрат	0,001	Нулевая гипотеза отклоняется.
7	Категории знает СЕ - КД появляются с равными вероятностями.	Одновыборочный критерий хи-квадрат	0,077	Нулевая гипотеза принимается.
8	Категории применяет СЕ - КД появляются с равными вероятностями.	Одновыборочный критерий хи-квадрат	0,004	Нулевая гипотеза отклоняется.
9	Категории знает ПТОТ - КД появляются с равными вероятностями.	Одновыборочный критерий хи-квадрат	0	Нулевая гипотеза отклоняется.
10	Категории применяет ПТОТ - КД появляются с равными вероятностями.	Одновыборочный критерий хи-квадрат	0	Нулевая гипотеза отклоняется.
11	Категории знает АФФ - КД появляются с равными вероятностями.	Одновыборочный критерий хи-квадрат	0,005	Нулевая гипотеза отклоняется.
12	Категории применяет АФФ - КД появляются с равными вероятностями.	Одновыборочный критерий хи-квадрат	0	Нулевая гипотеза отклоняется.
13	Категории знает УЭ - КД появляются с равными вероятностями.	Одновыборочный критерий хи-квадрат	0	Нулевая гипотеза отклоняется.
14	Категории применяет УЭ - КД появляются с равными вероятностями.	Одновыборочный критерий хи-квадрат	0	Нулевая гипотеза отклоняется.
15	Категории знает АТ - ЭД появляются с равными вероятностями.	Одновыборочный критерий хи-квадрат	0	Нулевая гипотеза отклоняется.
16	Категории применяет АТ - ЭД появляются с равными вероятностями.	Одновыборочный критерий хи-квадрат	0	Нулевая гипотеза отклоняется.
17	Категории знает РД - ЭД появляются с равными вероятностями.	Одновыборочный критерий хи-квадрат	0	Нулевая гипотеза отклоняется.
18	Категории применяет РД - ЭД появляются с равными вероятностями.	Одновыборочный критерий хи-квадрат	0	Нулевая гипотеза отклоняется.
19	Категории знает ПМ - ЭД появляются с равными вероятностями.	Одновыборочный критерий хи-квадрат	0	Нулевая гипотеза отклоняется.
20	Категории применяет ПМ - ЭД появляются с равными вероятностями.	Одновыборочный критерий хи-квадрат	0	Нулевая гипотеза отклоняется.
21	Категории знает СЕ - ЭД появляются с равными вероятностями.	Одновыборочный критерий хи-квадрат	0,014	Нулевая гипотеза отклоняется.
22	Категории применяет СЕ - ЭД появляются с равными вероятностями.	Одновыборочный критерий хи-квадрат	0	Нулевая гипотеза отклоняется.
23	Категории знает ПТОТ - ЭД появляются с равными вероятностями.	Одновыборочный критерий хи-квадрат	0	Нулевая гипотеза отклоняется.
24	Категории применяет ПТОТ - ЭД = 1 и 5 появляются с вероятностями ,500 и ,500.	Одновыборочный биномиальный критерий	,000b	Нулевая гипотеза отклоняется.
25	Категории знает АФФ - ЭД появляются с равными вероятностями.	Одновыборочный критерий хи-квадрат	0	Нулевая гипотеза отклоняется.
26	Категории применяет АФФ - ЭД появляются с равными вероятностями.	Одновыборочный критерий хи-квадрат	0	Нулевая гипотеза отклоняется.
27	Категории знает УЭ - ЭД появляются с равными вероятностями.	Одновыборочный критерий хи-квадрат	0	Нулевая гипотеза отклоняется.
28	Категории знает АТ - КП появляются с	Одновыборочный критерий	0,058	Нулевая гипотеза

	равными вероятностями.	хи-квадрат		принимается.
29	Категории применяет АТ - КП появляются с равными вероятностями.	Одновыборочный критерий хи-квадрат	0	Нулевая гипотеза отклоняется.
30	Категории знает РД - КП появляются с равными вероятностями.	Одновыборочный критерий хи-квадрат	0	Нулевая гипотеза отклоняется.
31	Категории применяет РД - КП появляются с равными вероятностями.	Одновыборочный критерий хи-квадрат	0	Нулевая гипотеза отклоняется.

Продолжение таблицы 3

№	Нулевая гипотеза	Критерий	знач.а	Решение
32	Категории знает ПМ - КП появляются с равными вероятностями.	Одновыборочный критерий хи-квадрат	0,095	Нулевая гипотеза принимается.
33	Категории применяет ПМ - КП появляются с равными вероятностями.	Одновыборочный критерий хи-квадрат	0,025	Нулевая гипотеза отклоняется.
34	Категории знает СЕ - КП появляются с равными вероятностями.	Одновыборочный критерий хи-квадрат	0,684	Нулевая гипотеза принимается.
35	Категории применяет СЕ - КП появляются с равными вероятностями.	Одновыборочный критерий хи-квадрат	0,017	Нулевая гипотеза отклоняется.
36	Категории знает ПТОТ - КП появляются с равными вероятностями.	Одновыборочный критерий хи-квадрат	0,05	Нулевая гипотеза отклоняется.
37	Категории применяет ПТОТ - КП появляются с равными вероятностями.	Одновыборочный критерий хи-квадрат	0	Нулевая гипотеза отклоняется.
38	Категории знает АФФ - КП появляются с равными вероятностями.	Одновыборочный критерий хи-квадрат	0,333	Нулевая гипотеза принимается.
39	Категории применяет АФФ - КП появляются с равными вероятностями.	Одновыборочный критерий хи-квадрат	0	Нулевая гипотеза отклоняется.
40	Категории знает УЭ - КП появляются с равными вероятностями.	Одновыборочный критерий хи-квадрат	0,077	Нулевая гипотеза принимается.
41	Категории применяет УЭ - КП появляются с равными вероятностями.	Одновыборочный критерий хи-квадрат	0	Нулевая гипотеза отклоняется.
42	Категории знает АТ - ЭП появляются с равными вероятностями.	Одновыборочный критерий хи-квадрат	0,001	Нулевая гипотеза отклоняется.
43	Категории применяет АТ - ЭП появляются с равными вероятностями.	Одновыборочный критерий хи-квадрат	0,267	Нулевая гипотеза принимается.
44	Категории знает РД - ЭП появляются с равными вероятностями.	Одновыборочный критерий хи-квадрат	0,03	Нулевая гипотеза отклоняется.
45	Категории применяет РД - ЭП появляются с равными вероятностями.	Одновыборочный критерий хи-квадрат	0,829	Нулевая гипотеза принимается.
46	Категории знает ПМ - ЭП появляются с равными вероятностями.	Одновыборочный критерий хи-квадрат	0,004	Нулевая гипотеза отклоняется.
47	Категории применяет ПМ - ЭП появляются с равными вероятностями.	Одновыборочный критерий хи-квадрат	0,997	Нулевая гипотеза принимается.
48	Категории знает СЕ - ЭП появляются с равными вероятностями.	Одновыборочный критерий хи-квадрат	0	Нулевая гипотеза отклоняется.
49	Категории применяет СЕ - ЭП появляются с равными вероятностями.	Одновыборочный критерий хи-квадрат	0,494	Нулевая гипотеза принимается.
50	Категории знает ПТОТ - ЭП появляются с равными вероятностями.	Одновыборочный критерий хи-квадрат	0,934	Нулевая гипотеза принимается.
51	Категории применяет ПТОТ - ЭП появляются с равными вероятностями.	Одновыборочный критерий хи-квадрат	0,934	Нулевая гипотеза принимается.
52	Категории знает АФФ - ЭП появляются с равными вероятностями.	Одновыборочный критерий хи-квадрат	0	Нулевая гипотеза отклоняется.
53	Категории применяет АФФ - ЭП появляются с равными вероятностями.	Одновыборочный критерий хи-квадрат	0,359	Нулевая гипотеза принимается.
54	Категории знает УЭ - ЭП появляются с равными вероятностями.	Одновыборочный критерий хи-квадрат	0,18	Нулевая гипотеза принимается.
55	Категории применяет УЭ - ЭП появляются с	Одновыборочный критерий	0,587	Нулевая гипотеза

	равными вероятностями.	хи-квадрат		принимается.
56	Распределение применяет УЭ - ЭД является равномерным с минимумом равным 2 и максимумом равным 2,519.	Одновыборочный критерий Колмогорова-Смирнова	,000c	Нулевая гипотеза отклоняется.

Продолжение таблицы 3

№	Нулевая гипотеза	Критерий	знач.a	Решение
57	Распределение ОФБ — КД является равномерным с минимумом равным 40,225652173913000 и максимумом равным 13,059788327007600.	Одновыборочный критерий Колмогорова-Смирнова	,200c,d	Нулевая гипотеза принимается.
58	Распределение ОДБ — КД является равномерным с минимумом равным 41,294782608695700 и максимумом равным 12,542098515713600.	Одновыборочный критерий Колмогорова-Смирнова	,200c,d	Нулевая гипотеза принимается.
59	Распределение ОФБ — ЭД является равномерным с минимумом равным 41,302800000000000 и максимумом равным 12,740167293511800.	Одновыборочный критерий Колмогорова-Смирнова	,200c,d	Нулевая гипотеза принимается.
60	Распределение ОДБ — ЭД является равномерным с минимумом равным 40,267600000000000 и максимумом равным 14,323373171149300.	Одновыборочный критерий Колмогорова-Смирнова	,066c	Нулевая гипотеза принимается.
61	Распределение ОУС — КД является равномерным с минимумом равным 29 и максимумом равным 6,112.	Одновыборочный критерий Колмогорова-Смирнова	,200c,d	Нулевая гипотеза принимается.
62	Распределение ОУС — ЭД является равномерным с минимумом равным 29 и максимумом равным 6,520.	Одновыборочный критерий Колмогорова-Смирнова	,049c	Нулевая гипотеза отклоняется.
63	Распределение ОФБ — КП является равномерным с минимумом равным 39,262500000000000 и максимумом равным 12,593273005855100.	Одновыборочный критерий Колмогорова-Смирнова	,200c,d	Нулевая гипотеза принимается.
64	Распределение ОДБ — КП является равномерным с минимумом равным 41,997000000000000 и максимумом равным 13,498918124291100.	Одновыборочный критерий Колмогорова-Смирнова	,200c,d	Нулевая гипотеза принимается.
65	Распределение ОФБ — ЭП является равномерным с минимумом равным 49,338000000000000 и максимумом равным 10,984086383683000.	Одновыборочный критерий Колмогорова-Смирнова	,200c,d	Нулевая гипотеза принимается.
66	Распределение ОДБ — ЭП является равномерным с минимумом равным 47,562000000000000 и максимумом равным 9,799355295657280.	Одновыборочный критерий Колмогорова-Смирнова	,200c,d	Нулевая гипотеза принимается.
67	Распределение ОУС — КП является равномерным с минимумом равным 29 и максимумом равным 4,955.	Одновыборочный критерий Колмогорова-Смирнова	,007c	Нулевая гипотеза отклоняется.
68	Распределение ОУС — ЭП является равномерным с минимумом равным 33 и максимумом равным 3,972.	Одновыборочный критерий Колмогорова-Смирнова	,200c,d	Нулевая гипотеза принимается.

a. Уровень значимости равен ,050. b. Приводится точная значимость критерия. c. Исправленная Лильефорса. Выводится асимптотическая значимость. d. Это нижняя граница истинной значимости.

Из данных Таблицы 3 следует, что распределение подавляющего числа переменных отличается от нормального, кроме следующих переменных:

- знает ПМ – КД;

- знает СЕ – КД;
- знает АТ – КП;
- знает РД – КП;
- знает СЕ – КП;
- знает АФФ – КП;
- применяет АТ – ЭП;
- применяет РД – ЭП;
- применяет ПМ – ЭП;
- применяет СЕ – ЭП;
- знает ПТОТ – ЭП;
- применяет ПТОТ – ЭП;
- применяет АФФ – ЭП;
- применяет УЭ – ЭП;
- ОФБ — КД;
- ОДБ — КД;.
- ОФБ — ЭД;
- ОДБ — ЭД;
- ОУС — КД;
- ОФБ — КП;
- ОДБ — КП;
- ОФБ — ЭП;
- ОДБ — ЭП;
- ОУС — ЭП. Итого 24 переменных из 68.

Анализ 1 этапа исследования.

Сравниваем экспериментальную и контрольную группу с помощью U критерия Манна – Уитни. В результате вычислений получим статистически значимые разницы между переменными (Таблица 4).

Таблица 4

Проверка гипотез по U критерию Манна - Уитни

	Нулевая гипотеза	Значение критерия U	значимость	Решение
1	Распределение знает АТ является одинаковым для категорий К/Э.	1219	0,009	Нулевая гипотеза отклоняется.
2	Распределение применяет АТ является одинаковым для категорий К/Э.	1320	0	Нулевая гипотеза отклоняется.

Продолжение таблицы 4

	Нулевая гипотеза	Значение критерия U	значимость	Решение
3	Распределение знает РД является одинаковым для категорий К/Э.	1258	0,001	Нулевая гипотеза отклоняется.
4	Распределение применяет РД является одинаковым для категорий К/Э.	1220,5	0,001	Нулевая гипотеза отклоняется.
5	Распределение знает ПМ является одинаковым для категорий К/Э.	1008	0,456	Нулевая гипотеза принимается.
6	Распределение применяет ПМ является одинаковым для категорий К/Э.	1166,5	0,031	Нулевая гипотеза отклоняется.
7	Распределение знает СЕ является одинаковым для категорий К/Э.	1066,5	0,211	Нулевая гипотеза принимается.
8	Распределение применяет СЕ является одинаковым для категорий К/Э.	1076,5	0,175	Нулевая гипотеза принимается.
9	Распределение знает ПТОТ является одинаковым для категорий К/Э.	987,5	0,568	Нулевая гипотеза принимается.
10	Распределение применяет ПТОТ является одинаковым для категорий К/Э.	976,5	0,604	Нулевая гипотеза принимается.
11	Распределение знает АФФ является одинаковым для категорий К/Э.	1196,5	0,015	Нулевая гипотеза отклоняется.
12	Распределение применяет АФФ является одинаковым для категорий К/Э.	1246,5	0,002	Нулевая гипотеза отклоняется.
13	Распределение знает УЭ является одинаковым для категорий К/Э.	1174,5	0,026	Нулевая гипотеза отклоняется.
14	Распределение применяет УЭ является одинаковым для категорий К/Э.	1122,5	0,074	Нулевая гипотеза принимается.
15	Распределение ОФБ является одинаковым для категорий К/Э.	1119	0,093	Нулевая гипотеза принимается.
16	Распределение ОДБ является одинаковым для категорий К/Э.	1002	0,503	Нулевая гипотеза принимается.
17	Распределение ОУС является одинаковым для категорий К/Э.	1093	0,059	Нулевая гипотеза принимается.

Переменные, для которых нулевая гипотеза принимается, различия между контрольной и экспериментальной группы настолько незначительны, что сравнивать их между собой статистически невозможно.

Следовательно, рассмотрим те переменные, для которых нулевая гипотеза отклоняется.

Переменная знает аутотренинг АТ (рис. 1).

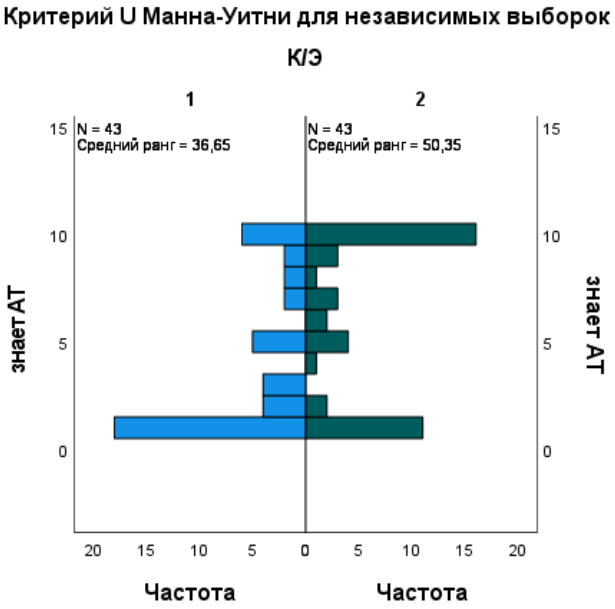


Рис. 1. Критерий U Манна-Уитни для независимых выборок: переменная знает аутотренинг АТ

Для контрольной группы (значение 1) средний ранг = 36,65 меньше, чем у экспериментальной группы = 50,36. Это означает, что знание об аутотренинге в экспериментальной группе выше. Статистика = 2,619.

Переменная применяет АТ (рис. 2).

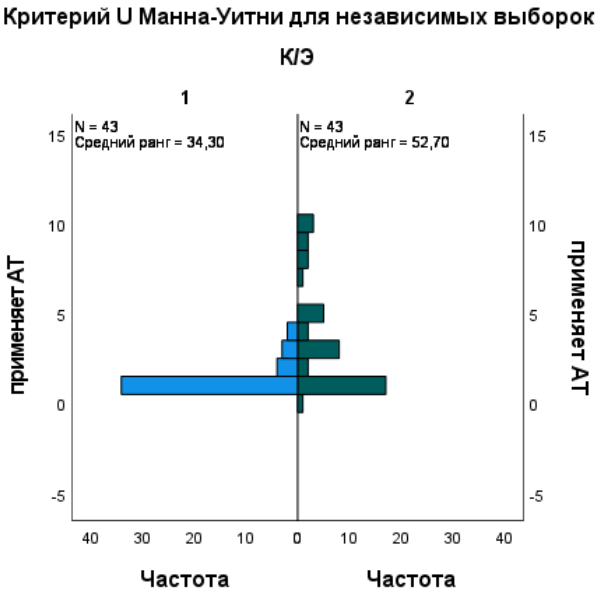


Рис. 2. Критерий U Манна-Уитни для независимых выборок: переменная применяет аутотренинг АТ

Для контрольной группы (значение 1) средний ранг = 34,3 меньше, чем у экспериментальной группы = 52,7. Это означает, что применение аутотренинга в экспериментальной группе выше. Статистика = 3,846.

Переменная знает релаксацию по Джекобсону РД (рис. 3).

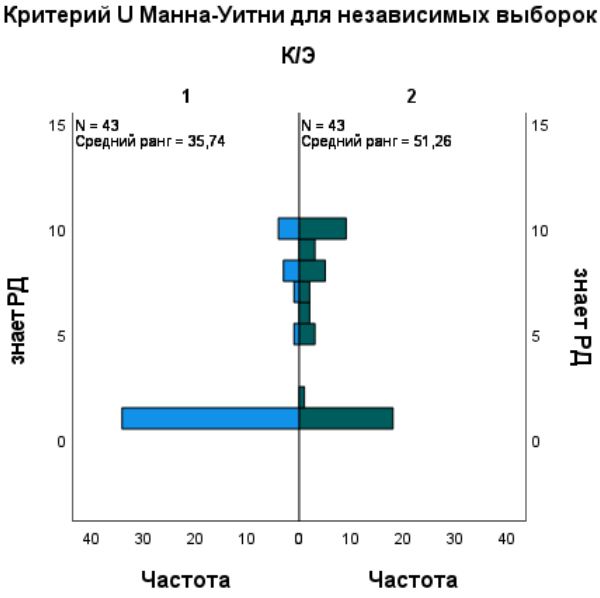


Рис. 3. Критерий U Манна-Уитни для независимых выборок: переменная знает релаксацию по Джекобсону РД

Снова можно констатировать преимущество экспериментальной группы (35,74 < 51,26). Статистика = 3,273.

Переменная применяет РД (рис. 4).

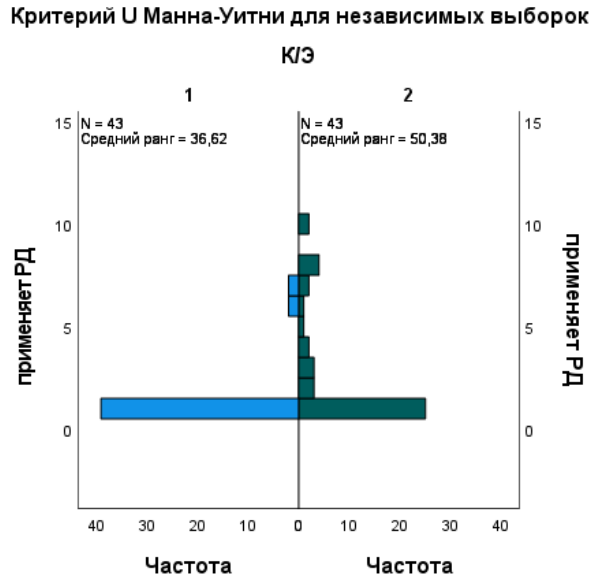


Рис. 4. Критерий U Манна-Уитни для независимых выборок: переменная применяет релаксацию по Джекобсону РД

Констатируем преимущество экспериментальной группы (36,62 < 50,28). Статистика = 3,335.

Переменная практики медитации ПМ (рис. 5).

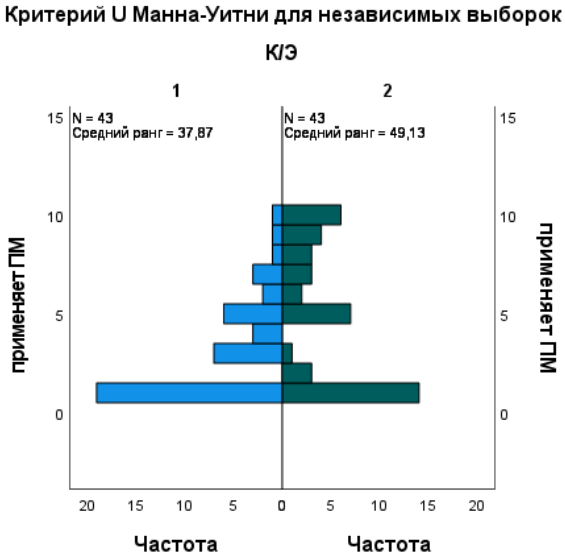


Рис. 5. Критерий U Манна-Уитни для независимых выборок: переменная применяет практики медитации ПМ

Констатируем преимущество экспериментальной группы (37,87 < 49,13). Статистика = 2,158.

Переменная знает аффирмации АФФ (рис. 6)

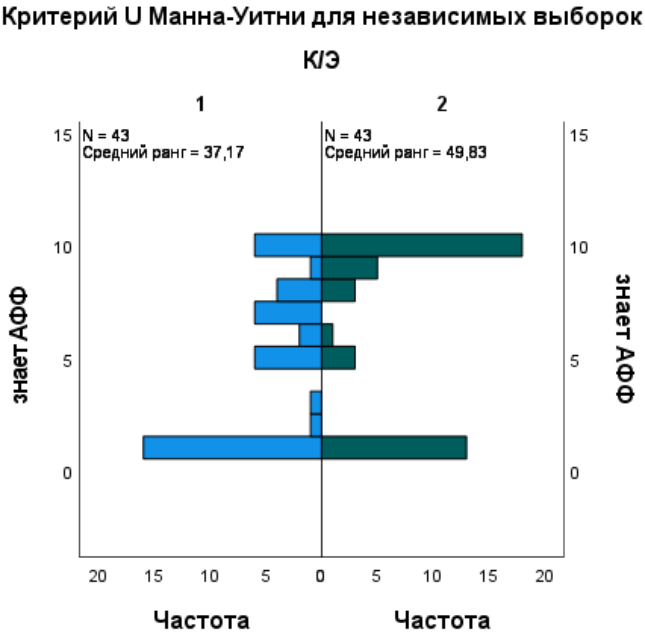


Рис. 6. Критерий U Манна-Уитни для независимых выборок: переменная знает аффирмации АФФ

Констатируем преимущество экспериментальной группы (37,87 < 49,13). Статистика = 2,426.

Переменная применяет АФФ (рис. 7)

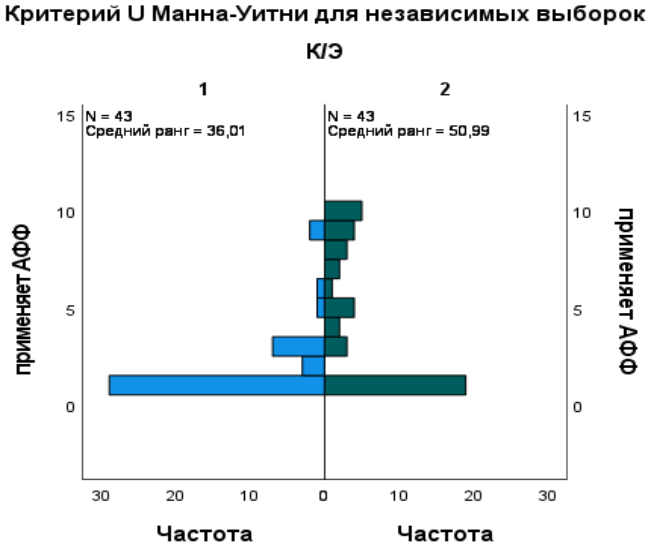


Рис. 7. Критерий U Манна-Уитни для независимых выборок: переменная применяет аффирмации АФФ

Констатируем преимущество экспериментальной группы (36,01 < 50,99).

Переменная знает управление эмоциями УЭ (рис. 8)

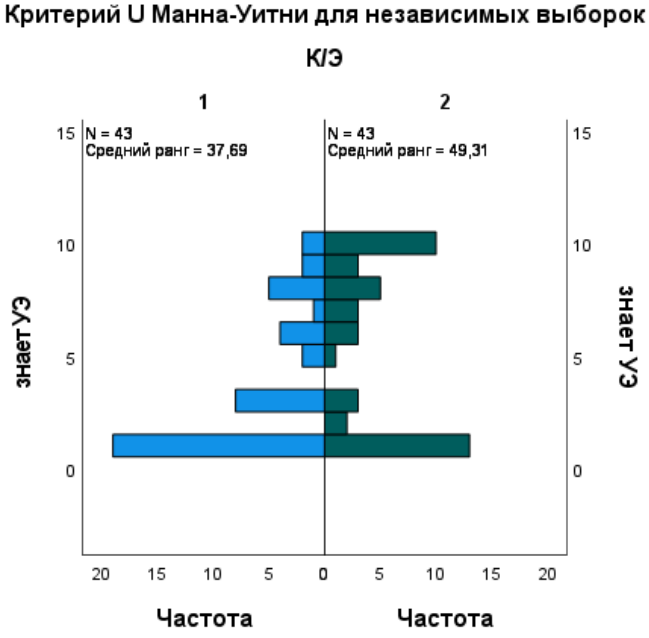


Рис. 8. Критерий U Манна-Уитни для независимых выборок: переменная знает управление эмоциями УЭ

Констатируем преимущество экспериментальной группы (37,69 < 49,31). Статистика = 3,064.

Вывод (по 1 этапу).

Для всех без исключения переменных, для которых результаты критерия Манна–Уитни статистически значимы существует преимущество экспериментальной группы над контрольной.

2. Анализ второго этапа.

Сравниваем экспериментальную и контрольную группу (после проведения Программы) с помощью U критерия Манна – Уитни. В результате вычислений получим статистически значимые разницы между переменными (Таблица 5).

Таблица 5

Проверка гипотез по U критерию Манна -Уитни

	Нулевая гипотеза	**Значение критерия U**	**значимость**	**Решение**
1	Распределение знает АТ является одинаковым для категорий К/Э.	334,5	0	Нулевая гипотеза отклоняется.
2	Распределение применяет АТ является одинаковым для категорий К/Э.	354,5	0	Нулевая гипотеза отклоняется.
3	Распределение знает РД является одинаковым для категорий К/Э.	352	0	Нулевая гипотеза отклоняется.
4	Распределение применяет РД является одинаковым для категорий К/Э.	339,5	0	Нулевая гипотеза отклоняется.
5	Распределение знает ПМ является одинаковым для категорий К/Э.	264	0,086	Нулевая гипотеза принимается.
6	Распределение применяет ПМ является одинаковым для категорий К/Э.	308,5	0,003	Нулевая гипотеза отклоняется.
7	Распределение знает СЕ является одинаковым для категорий К/Э.	299	0,007	Нулевая гипотеза отклоняется.
8	Распределение применяет СЕ является одинаковым для категорий К/Э.	283,5	0,023	Нулевая гипотеза отклоняется.
9	Распределение знает ПТОТ является одинаковым для категорий К/Э.	265,5	0,076	Нулевая гипотеза принимается.

Продолжение таблицы 5

	Нулевая гипотеза	Значение критерия U	значимость	Решение
10	Распределение применяет ПТОТ является одинаковым для категорий К/Э.	288	0,017	Нулевая гипотеза отклоняется.
11	Распределение знает АФФ является одинаковым для категорий К/Э.	360	0	Нулевая гипотеза отклоняется.
12	Распределение применяет АФФ является одинаковым для категорий К/Э.	345,5	0	Нулевая гипотеза отклоняется.
13	Распределение знает УЭ является одинаковым для категорий К/Э.	335,5	0	Нулевая гипотеза отклоняется.
14	Распределение применяет УЭ является одинаковым для категорий К/Э.	303,5	0,004	Нулевая гипотеза отклоняется.
15	Распределение ОФБ является одинаковым для категорий К/Э.	296	0,009	Нулевая гипотеза отклоняется.
16	Распределение ОДБ является одинаковым для категорий К/Э.	243,5	0,242	Нулевая гипотеза принимается.
17	Распределение ОУС является одинаковым для категорий К/Э.	309,5	0,002	Нулевая гипотеза отклоняется.

Переменная знает АТ: преимущества экспериментальной группы, статистика = 3,742, больше чем на 1 этапе.

Переменная применяет АТ: преимущества экспериментальной группы, статистика = 4,439, больше чем на 1 этапе.

Переменная знает РД: преимущества экспериментальной группы, статистика = 4,277, больше чем на 1 этапе.

Переменная применяет РД: преимущества экспериментальной группы, статистика = 4,137, больше чем на 1 этапе.

Переменная применяет ПМ: преимущества экспериментальной группы, статистика = 2,968, больше чем на 1 этапе.

Переменная знает СЕ: преимущества экспериментальной группы, статистика = 2,764, больше чем на 1 этапе, поскольку на 1 этапе различия были несущественны.

Переменная применяет СЕ: преимущества экспериментальной группы, статистика = 2,296, больше чем на 1 этапе, поскольку на 1 этапе различия были несущественны.

Переменная применяет ПТОТ: преимущества экспериментальной группы, статистика = 2,482, больше чем на 1 этапе, поскольку на 1 этапе различия были несущественны.

Переменная знает АФФ: преимущества экспериментальной группы, статистика = 4,49, больше чем на 1 этапе.

Переменная применяет АФФ: преимущества экспериментальной группы, статистика = 4,,109, больше чем на 1 этапе.

Переменная знает УЭ: преимущества экспериментальной группы, статистика = 3,711, больше чем на 1 этапе.

Переменная применяет УЭ: преимущества экспериментальной группы, статистика = 2,842, больше чем на 1 этапе, поскольку на 1 этапе различия были несущественны.

Переменная ОФБ: преимущества экспериментальной группы, статистика = 2,597, больше чем на 1 этапе, поскольку на 1 этапе различия были несущественны (рис. 9).

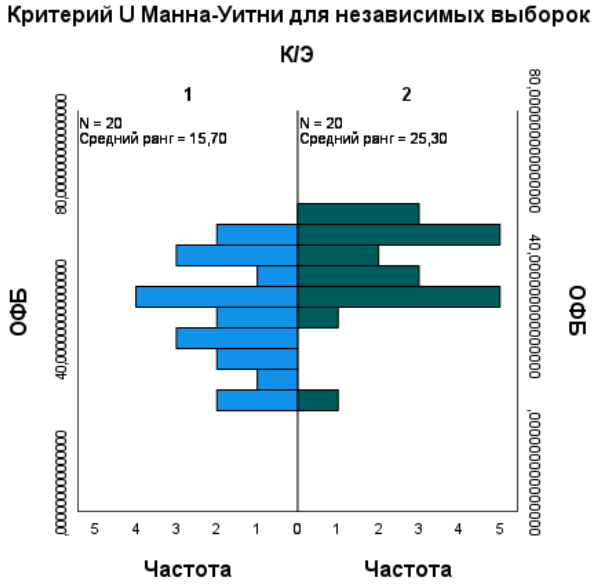


Рис. 9. Критерий U Манна-Уитни для независимых выборок: переменная ОФБ

Переменная ОУС: преимущества экспериментальной группы, статистика = 2,976, больше чем на 1 этапе, поскольку на 1 этапе различия были несущественны (рис. 10).

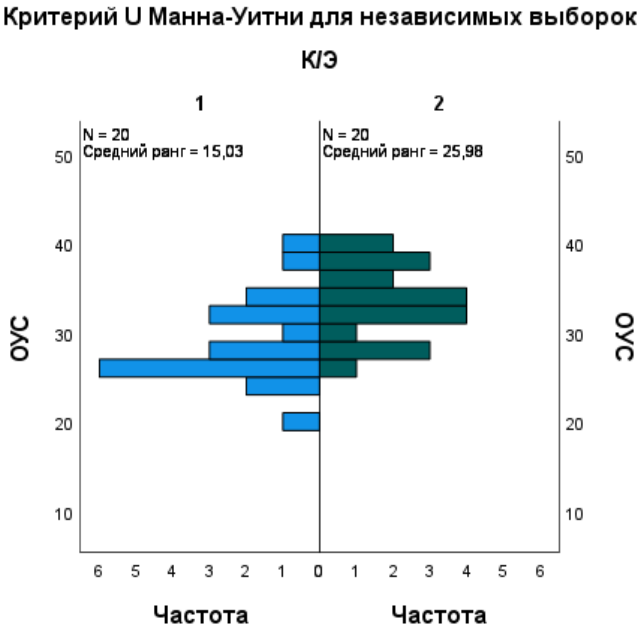


Рис. 10. Критерий U Манна-Уитни для независимых выборок: переменная ОФБ

Таким образом, после проведения программы по развитию способности к саморегуляции участники экспериментальной группы демонстрируют более высокие показатели по сравнению с контрольной группой, чем до программы, при этом расширяется число переменных, для которых значимы различия между группами.

Сравниваем экспериментальные группы (ДО проведения программы по развитию способности к саморегуляции и ПОСЛЕ ее проведения)

(Таблица 6).

Таблица 6

Проверка гипотез по U критерию Манна - Уитни

	Нулевая гипотеза	Значение критерия U	значимость	Решение
1	Распределение знает АТ является одинаковым для категорий Д/П.	379	0	Нулевая гипотеза отклоняется.
2	Распределение применяет АТ является одинаковым для категорий Д/П.	365	0,001	Нулевая гипотеза отклоняется.
3	Распределение знает РД является одинаковым для категорий Д/П.	446	0	Нулевая гипотеза отклоняется.
4	Распределение применяет РД является одинаковым для категорий Д/П.	406	0	Нулевая гипотеза отклоняется.

Продолжение таблицы 6

	Нулевая гипотеза	Значение критерия U	значимость	Решение
5	Распределение знает ПМ является одинаковым для категорий Д/П.	334	0,008	Нулевая гипотеза отклоняется.
6	Распределение применяет ПМ является одинаковым для категорий Д/П.	335	0,009	Нулевая гипотеза отклоняется.
7	Распределение знает СЕ является одинаковым для категорий Д/П.	367	0,001	Нулевая гипотеза отклоняется.
8	Распределение применяет СЕ является одинаковым для категорий Д/П.	345	0,004	Нулевая гипотеза отклоняется.
9	Распределение знает ПТОТ является одинаковым для категорий Д/П.	408	0	Нулевая гипотеза отклоняется.
10	Распределение применяет ПТОТ является одинаковым для категорий Д/П.	405,5	0	Нулевая гипотеза отклоняется.
11	Распределение знает АФФ является одинаковым для категорий Д/П.	397	0	Нулевая гипотеза отклоняется.
12	Распределение применяет АФФ является одинаковым для категорий Д/П.	400,5	0	Нулевая гипотеза отклоняется.
13	Распределение знает УЭ является одинаковым для категорий Д/П.	393,5	0	Нулевая гипотеза отклоняется.
14	Распределение применяет УЭ является одинаковым для категорий Д/П.	396,5	0	Нулевая гипотеза отклоняется.
15	Распределение ОФБ является одинаковым для категорий Д/П.	328	0,017	Нулевая гипотеза отклоняется.
16	Распределение ОДБ является одинаковым для категорий Д/П.	290,5	0,141	Нулевая гипотеза принимается.
17	Распределение ОУС является одинаковым для категорий Д/П.	303	0,036	Нулевая гипотеза отклоняется.

Только для одной переменной принимается нулевая гипотеза - общее душевное благополучие ОДБ,

Остальные переменные:

Знает АТ

Стандартизованная статистика критерия 3,761

Преимущество – для группы после программы.

Стандартизованная статистика критерия 3,409

Преимущество – для группы после программы.

знает РД по Д/П

Стандартизованная статистика критерия 5,497

Преимущество – для группы после программы.

применяет РД по Д/П

Стандартизованная статистика критерия 4,785

Преимущество – для группы после программы.

знает ПМ по Д/П

Стандартизованная статистика критерия 2,634

Преимущество – для группы после программы.

применяет ПМ по Д/П

Стандартизованная статистика критерия 2,613

Преимущество – для группы после программы.

знает СЕ по Д/П

Стандартизованная статистика критерия 3,453

Преимущество – для группы после программы.

применяет СЕ по Д/П

Стандартизованная статистика критерия 2,875

Преимущество – для группы после программы.

знает ПТОТ по Д/П

Стандартизованная статистика критерия 4,460

Преимущество – для группы после программы.

Стандартизованная статистика критерия 4,846

Преимущество – для группы после программы.

знает АФФ по Д/П

Стандартизованная статистика критерия 4,293

Преимущество – для группы после программы.

применяет АФФ по Д/П

Стандартизованная статистика критерия 4,352

Преимущество – для группы после программы.

знает УЭ по Д/П

Стандартизованная статистика критерия 4,069

Преимущество – для группы после программы.

применяет УЭ по Д/П

Стандартизованная статистика критерия 4,161

Преимущество – для группы после программы.

ОФБ по Д/П

Стандартизованная статистика критерия 2,387

Преимущество – для группы после программы.

ОУС по Д/П

Стандартизованная статистика критерия 2,095

Преимущество – для группы после программы.

Таким образом, после проведения программы члены экспериментальной группы демонстрирую значительно более высокие показатели, чем они же до проведения программы.

Вывод.

Статистически корректно доказано, что программа по развитию способности к саморегуляции улучшает значения практически всех исследуемых характеристик, как в самой экспериментальной группе, так и в сравнении с контрольной группой до и после проведения программы.

Далее проведем статистический анализ ответов на опросники по методикам SF-36 «Оценка качества жизни» и «ССП-98 Стиль саморегуляции поведения» для экспериментальной группы до и после проведения занятий по программе по развитию способности к саморегуляции. Анкеты для методике SF-36 «Оценка качества жизни» представлены в Таблице 5 Приложения 1 и в Таблице 5 Приложения 2. Анкеты для методике «ССП-98 Стиль саморегуляции поведения» представлены в Таблице 7 Приложения 1 и в Таблице 7 Приложения 2.

Таблица 7

Описательная статистика экспериментальной группы, ДО и ПОСЛЕ, методика SF-36 «Оценка качества жизни»

	экспериментальная группа ДО		экспериментальная группа ПОСЛЕ	
Показатель	Среднее	Среднеквадратичное отклонение	Среднее	Среднеквадратичное отклонение
(РН)Физическое функционирование.	66,2	31,5	83,5	22,249
(РН)Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием	43	43,012	73,75	33,907
(РН)Интенсивность боли	63,48	29,925	75,8	23,957
(РН)Общее состояние здоровья	51,72	20,007	63,95	19,629
Общий физическое благополучие	41,3028	12,74017	49,338	10,98409
(МН)Психическое здоровье	52,96	26,211	70	16,946
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	47,9728	44,16852	71,6655	36,31539
(МН)Социальное функционирование	59,48	30,8877	77,5	21,6886
(МН)Жизненная активность	42,4	25,459	61,5	21,649
Общий псих.благополучие(МН)	40,2676	14,32337	47,562	9,79936

Было установлено, что респонденты из экспериментальной группы ДО проведения программы по развитию способности к саморегуляции характеризуются: (РН)Физическое функционирование – среднее значение 66,2 (максимальное 100 баллов), (РН)Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием - среднее значение 43, (РН)Интенсивность боли - среднее значение 63,48, (РН)Общее состояние здоровья - среднее значение 51,72, Общий физическое благополучие - среднее значение 41,3, (МН)Психическое здоровье - среднее значение 52,96, Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием - среднее значение 47,9728, (МН)Социальное функционирование - среднее значение 59,48, (МН)Жизненная активность - среднее значение 42,4 и Общий псих. блгополучие(МН) - среднее значение 40,27. После проведения программы все средние значения по выборкам увеличились (в среднем) на 32,6%., а некоторые из них в 1,6 - 1,7 раза (Таблица 8).

Таблица 8

Описательная статистика экспериментальной группы, ДО и ПОСЛЕ, методика Стиль саморегуляции поведения

	экспериментальная группа ДО		экспериментальная группа ПОСЛЕ	
	Среднее	Среднеквадратичное отклонение	Среднее	Среднеквадратичное отклонение
Планирование	5,14	2,336	7,05	1,468
Моделирование	5,45	2,041	6,1	1,119
Программирование	5,91	1,998	6,65	1,424
Оценивание результатов	5,86	1,935	7,1	1,41
Гибкость	4,95	2,011	6,1	1,165
самостоятельность	5,45	2,132	5,9	1,586
Общий уровень саморегуляции	29,14	6,52	33,1	3,972

Было установлено, что респонденты из экспериментальной группы ДО проведения программы по развитию способности к саморегуляции характеризуются: Планирование - 5,14 (максимальное 10 баллов), Моделирование 5,45, Программирование 5,91, Оценивание результатов 5,86, Гибкость 4,95, самостоятельность 5,45, Общий уровень саморегуляции 29,14. После проведения программы все средние значения по выборкам увеличились (в среднем) на 16,3%., при этом, например, гибкость увеличилась на 23%, общий уровень саморегуляции только на 13,6%.

Сравнительный анализ с использованием критерия Манна-Уитни выявил статистически значимые различия у характеристик по методике «Оценка качества жизни» (Таблица 9).

Таблица 9

Сравнительный анализ экспериментальной группы, ДО и ПОСЛЕ, методика SF-36 «Оценка качества жизни»

	экспериментальная группа ДО		**экспериментальная группа ПОСЛЕ**			
Показатель	**Среднее**	**Среднеквадр. отклонение**	**Среднее**	**Среднеквадр. отклонение**	**U Манна - Уитни**	**значимость**
(РН)Физическое функционирование.	**66,2**	**31,5**	**83,5**	**22,249**	**342**	**0,033**
(РН) Ролевое функционирование,	**43**	**43,012**	**73,75**	**33,907**	**350**	**0,018**

Продолжение таблицы 9

	экспериментальная группа ДО		экспериментальная группа ПОСЛЕ			
Показатель	**Среднее**	**Среднеквадр. отклонение**	**Среднее**	**Среднеквадр. отклонение**	**U Манна - Уитни**	**значимость**
обусловленное физическим состоянием						
(РН)Интенсивность боли	63,48	29,925	75,8	23,957	303	0,22
(РН)Общее состояние здоровья	**51,72**	**20,007**	**63,95**	**19,629**	**330,5**	**0,065**
Общий физическое благополучие	41,3028	12,74017	49,338	10,98409	348	0,025
(МН)Психическое здоровье	**52,96**	**26,211**	**70**	**16,946**	**347**	**0,026**
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	**47,9728**	**44,16852**	**71,6655**	**36,31539**	**331**	**0,047**
(МН)Социальное функционирование	**59,48**	**30,8877**	**77,5**	**21,6886**	**337**	**0,043**
(МН)Жизненная активность	**42,4**	**25,459**	**61,5**	**21,649**	**358**	**0,013**
Общее псих.блгополучие(МН)	40,2676	14,32337	47,562	9,79936	314,5	0,141

Сравнительный анализ выявил статистически значимое различие по тем показателям, для которых U > 331 и значимость < 0,05 (95% доверительный интервал) Таким показателями являются:

(РН)Физическое функционирование, изменение среднего значения выборки в % - 26,1,

(РН)Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, изменение среднего значения выборки в % - 71,5,

Общее физическое благополучие, изменение среднего значения выборки в % - 19,5,

(МН)Психическое здоровье, изменение среднего значения выборки в % - 32,2,

Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, изменение среднего значения выборки в % - 49,4,

(МН)Социальное функционирование, изменение среднего значения выборки в % - 30,3,

(МН)Жизненная активность, изменение среднего значения выборки в % - 45,0.

Было установлено, что все характеристики выше в экспериментальной группе ПОСЛЕ проведения программы (рис. 11).



Рис. 11. Изменение среднего значения выборки по методике SF-36 «Оценка качества жизни» ПОСЛЕ проведения программы, %

Таблица 10

Сравнительный анализ экспериментальной группы, ДО и ПОСЛЕ, методика «ССП-98 Стиль саморегуляции поведения»

	экспериментальная группа ДО		экспериментальная группа ПОСЛЕ			
	Среднее	Среднеквадр. отклонение	Среднее	Среднеквадр. отклонение	U Манна - Уитни	значимость
Планирование	**5,14**	**2,336**	**7,05**	**1,468**	**328,5**	**0,006**
Моделирование	5,45	2,041	6,1	1,119	267,5	0,224
Программирование	5,91	1,998	6,65	1,424	260,5	0,298
Оценивание результатов	**5,86**	**1,935**	**7,1**	**1,41**	**299,5**	**0,04**
Гибкость	4,95	2,011	6,1	1,165	284	0,098
самостоятельность	5,45	2,132	5,9	1,586	250	0,44
Общий уровень саморегуляции	**29,14**	**6,52**	**33,1**	**3,972**	**303**	**0,036**

Сравнительный анализ выявил статистически значимое различие по тем показателям, для которых U > 331 и значимость < 0,05 (95% доверительный интервал) Таким показателями являются:

Планирование, изменение среднего значения выборки в % - 37,2,

Оценивание результатов, изменение среднего значения выборки в % - 21,2,

Общий уровень саморегуляции, изменение среднего значения выборки в % - 13,6,

Было установлено, что все характеристики выше в экспериментальной группе ПОСЛЕ проведения программы (рис. 12).

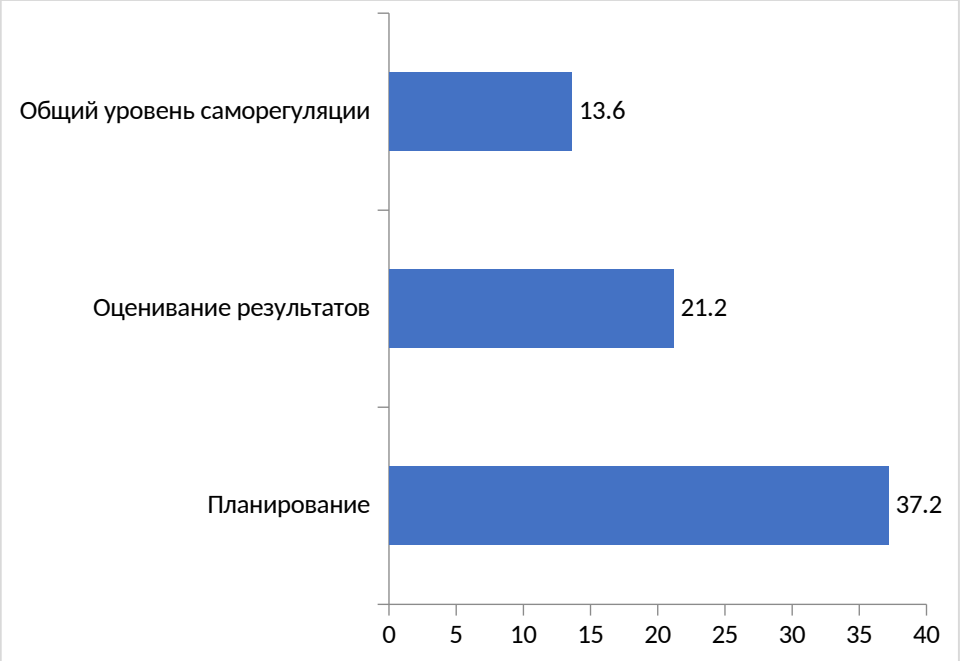


Рис. 12. Изменение среднего значения выборки по методике «ССП-98 Стиль саморегуляции поведения» ПОСЛЕ проведения программы, %

Далее проведем анализ взаимосвязей показателей методики SF-36 «Оценка качества жизни» и методики «ССП-98 Стиль саморегуляции поведения» у экспериментальной группы ДО проведения программы. Использовался критерий ранговой корреляции Спирмена (Таблица 11).

Таблица 11

Взаимосвязь показателей методики «Оценка качества жизни» и методики «ССП-98 Стиль саморегуляции поведения» у экспериментальной группы ДО проведения программы

	Планирование	Моделирование	Программирование	Оценивание результатов	Гибкость	самостоятельность	Общий уровень саморегуляции
Общий физическое благополучие	0.034	-0.211	-0.212	-0.052	0.151	0.130	-0.031
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	-0.035	-0.237	-0.156	0.143	0.383	0.167	-0.028
(МН)Социальное функционирование	**-0.199**	**-0.106**	**-0.457**	**0.015**	**0.140**	**-0.057**	**-0.229**
Общий псих.блгополучие(МН)	-0.086	-0.136	-0.175	0.129	0.308	-0.069	-0.107
(РН)Физическое функционирование.	-0.018	-0.165	-0.221	-0.096	0.161	-0.066	-0.080
(РН)Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием	0.075	-0.033	-0.197	0.207	0.227	0.245	0.037
(РН)Интенсивность боли	-0.015	-0.210	-0.316	0.047	0.139	0.066	-0.084
(РН)Общее состояние здоровья	0.178	0.076	0.067	0.329	0.258	0.395	0.283
(МН)Психическое здоровье	0.060	-0.071	-0.030	0.280	0.141	-0.046	0.088
(МН)Жизненная активность	-0.153	-0.194	-0.316	-0.189	0.173	-0.088	-0.259

Анализируя таблицу 9, выясняем, что все показатели взаимосвязи по модулю меньше 0,5, и большинство из них их даже меньше 0,3. Кроме того все показатели взаимосвязи, кроме одного (отмеченного красным цветом) статистически незначимы на принятом уровне α = 0,05 (95% доверительный интервал). Существует лишь одна статистически значимая отрицательная взаимосвязь показателя «(МН)Социальное функционирование» и показателя «Программирование» (-0,457), которая означает, что с повышением значения «МН)Социальное функционирование» значение «Программирование» уменьшается.

Таблица 12

Взаимосвязь показателей методики SF-36 «Оценка качества жизни» и методики ССП-98 Стиль саморегуляции поведения» у экспериментальной группы ПОСЛЕ проведения программы

	Планирование	Моделирование	**Программирование**	Оценивание результатов	Гибкость	самостоятельность	Общий уровень саморегуляции
Общий физическое благополучие	0.176	0.010	0.271	-0.260	0.261	-0.039	0.036
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	0.039	0.039	0.166	0.261	-0.049	-0.456	0.072
(МН)Социальное функционирование	0.196	0.120	0.025	-0.001	0.213	-0.182	0.069
Общий псих.благополучие(МН)	-0.120	-0.037	-0.178	0.206	-0.239	-0.105	-0.183
(РН)Физическое функционирование.	0.056	0.078	0.033	-0.187	0.135	-0.153	-0.094
(РН)Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием	**0.452**	-0.313	0.352	-0.048	0.058	-0.066	0.101
(РН)Интенсивность боли	0.199	-0.128	**0.448**	-0.069	0.077	-0.223	0.050
(РН)Общее состояние здоровья	-0.255	0.161	-0.376	-0.449	0.128	0.069	-0.544
(МН)Психическое здоровье	-0.233	0.042	-0.227	0.083	-0.185	0.000	-0.098
(МН)Жизненная активность	0.000	-0.042	0.005	-0.038	0.218	-0.393	-0.020

Анализируя таблицу 10, выясняем, что большинство показателей взаимосвязи снова, как и ранее, статистически незначимы. Можно отметить, что проявились новые статистически значимые взаимосвязи (отмеченные красным):

- положительная взаимосвязь показателя «(РН)Интенсивность боли» и показателя «Программирование» (0,448);

- положительная взаимосвязь показателя «(РН)Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» и показателя «Планирование» (0,452);

Далее проведем статистический анализ ответов на опросники по методикам SF-36 «Оценка качества жизни» и «ССП-98 Стиль саморегуляции поведения» для контрольной и экспериментальной группы после проведения занятий по программе по развитию способности к саморегуляции. Анкеты для

методике SF-36 «Оценка качества жизни» представлены в Таблице 5 Приложения 1 и в Таблице 5 Приложения 2. Анкеты для методике «ССП-98 Стиль саморегуляции поведения» представлены в Таблице 7 Приложения 1 и в Таблице 7 Приложения 2.

Таблица 13

Описательная статистика контрольной и экспериментальной группы, методика SF-36 «Оценка качества жизни»

	контрольная группа		экспериментальная группа	
Показатель	Среднее	Среднеквадратичное отклонение	Среднее	Среднеквадратичное отклонение
(РН)Физическое функционирование.	67,35	30,804	83,5	22,249
(РН)Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием	42,00	36,325	73,75	33,907
(РН)Интенсивность боли	48,80	22,482	75,8	23,957
(РН)Общее состояние здоровья	44,75	18,200	63,95	19,629
Общий физическое благополучие	39,2625	12,59327	49,338	10,98409
(МН)Психическое здоровье	56,80	20,585	70	16,946
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	49,9990	38,23672	71,6655	36,31539
(МН)Социальное функционирование	63,125	20,8673	77,5	21,6886
(МН)Жизненная активность	42,50	21,368	61,5	21,649
Общий псих.благополучие(МН)	41,9970	13,49892	47,562	9,79936

Для того, чтобы сравнивать средние значения контрольной и экспериментальной группы следует определить статистическую значимость подобного сравнения, что будет выполнено ниже.

Таблица 14

Описательная статистика контрольной и экспериментальной группы, методика ССП-98 «Стиль саморегуляции поведения»

	контрольная группа		экспериментальная группа	
	Среднее	Среднеквадратичное отклонение	Среднее	Среднеквадратичное отклонение
Планирование	6,1	2,2	7,1	1,5
Моделирование	5,1	1,9	6,1	1,1
Программирование	6,3	1,4	6,7	1,4
Оценивание результатов	5,9	1,4	7,1	1,4
Гибкость	5,2	1,8	6,1	1,2
самостоятельность	4,5	2,3	5,9	1,6
Общий уровень саморегуляции	28,7	5,0	33,1	4,0

Как и ранее, для того, чтобы сравнивать средние значения контрольной и экспериментальной группы следует определить статистическую значимость подобного сравнения, что будет выполнено ниже.

Сравнительный анализ с использованием критерия Манна-Уитни выявил статистически значимые различия у характеристик по методике «Оценка качества жизни», таб. 13-15.

Таблица 15

Сравнительный анализ контрольной и экспериментальной группы методика SF-36 «Оценка качества жизни»

	контрольная группа		экспериментальная группа			
Показатель	Среднее	Среднеквадр. отклонение	Среднее	Среднеквадр. отклонение	U Манна - Уитни	значимость
(РН)Физическое функционирование.	67,4	30,8	83,5	22,2	281,5	**0,026**
(РН)Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием	42,0	36,3	73,8	33,9	298,5	**0,007**
(РН)Интенсивность боли	48,8	22,5	75,8	24,0	321	**0,001**
(РН)Общее состояние здоровья	44,8	18,2	64,0	19,6	303,5	**0,004**
Общее физическое благополучие	39,3	12,6	49,3	11,0	296	**0,009**
(МН)Психическое здоровье	56,8	20,6	70,0	16,9	272	0,052
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	50,0	38,2	71,7	36,3	262	0,096
(МН)Социальное функционирование	63,1	20,9	77,5	21,7	278,5	**0,033**
(МН)Жизненная активность	42,5	21,4	61,5	21,6	302	**0,005**
Общий псих.блгополучие(МН)	42,0	13,5	47,6	9,8	243,5	0,242

Сравнительный анализ выявил статистически значимое различие по тем показателям, для которых U > 272 и значимость < 0,05 (95% доверительный интервал). Следовательно, достоверные изменения наблюдаются у следующих характеристик:

- (РН)Физическое функционирование;

- (РН)Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием;

- (РН)Интенсивность боли;

- (РН)Общее состояние здоровья;

- Общее физическое благополучие;

- (МН)Социальное функционирование;

(МН)Жизненная активность.

Также было установлено, что средние значения всех характеристик, для которых изменения являются статистически значимыми, выше в экспериментальной группе после проведения программы

Таблица 16

Сравнительный анализ контрольной и экспериментальной группы, методика ССП-98 «Стиль саморегуляции поведения»

	экспериментальная группа ДО		экспериментальная группа ПОСЛЕ			
	Среднее	Среднеквадр. отклонение	Среднее	Среднеквадр. отклонение	U Манна - Уитни	значимость
Планирование	6,1	2,2	7,1	1,5	250	0,183
Моделирование	5,1	1,9	6,1	1,1	257	0,127
Программирование	6,3	1,4	6,7	1,4	229	0,445
Оценивание результатов	5,9	1,4	7,1	1,4	293	**0,011**
Гибкость	5,2	1,8	6,1	1,2	265,5	0,076
самостоятельность	4,5	2,3	5,9	1,6	276,5	**0,038**
Общий уровень саморегуляции	28,7	5,0	33,1	4,0	309,5	**0,002**

Сравнительный анализ выявил статистически значимое различие по тем показателям, для которых U> 276 и значимость <0,05 (95% доверительный интервал). Следовательно, достоверные изменения наблюдаются у следующих характеристик:

- Самостоятельность;

- Оценивание результатов;

- Общий уровень саморегуляции.

Как и выше было установлено, что средние значения всех характеристик, для которых изменения являются статистически значимыми, выше в экспериментальной группе после проведения программы.

Далее проведем анализ взаимосвязей показателей методики «Оценка качества жизни» и методики «Стиль саморегуляции поведения» у контрольной группы после проведения программы. Использовался критерий ранговой корреляции Спирмена (таб. 17).

Таблица 17

Взаимосвязь показателей методики «Оценка качества жизни» и методики «Стиль саморегуляции поведения» у контрольной группы

	Планирование	Моделирование	Программирование	Оценивание результатов	Гибкость	самостоятельность	Общий уровень саморегуляции
Общий физическое благополучие	-0.108	-0.491	-0.721	-0.374	0.101	-0.365	-0.532
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	-0.102	0.173	0.412	0.016	-0.254	0.462	0.134
(МН)Социальное функционирование	-0.147	-0.090	-0.075	-0.027	-0.182	0.145	-0.124
Общий псих.блгополучие(МН)	-0.215	0.327	0.422	-0.037	-0.043	0.517	0.104
(РН)Физическое функционирование.	-0.195	-0.349	-0.737	-0.361	0.043	-0.271	-0.473
(РН)Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием	0.005	-0.351	-0.235	-0.231	-0.137	-0.063	-0.452
(РН)Интенсивность боли	-0.003	-0.323	-0.441	-0.248	0.078	-0.163	-0.323
(РН)Общее состояние здоровья	0.092	-0.274	-0.440	-0.066	0.170	-0.037	-0.050
(МН)Психическое здоровье	-0.344	0.141	0.338	-0.202	0.089	0.484	-0.028
(МН)Жизненная активность	-0.422	0.050	-0.002	-0.574	0.052	0.382	-0.279

Анализируя таблицу 15, выясняем, что большинство показателей взаимосвязи по модулю меньше 0,5. Кроме того все показатели взаимосвязи, кроме тех, что отмечены цветом статистически незначимы на принятом уровне $\alpha = 0,05$ (95% доверительный интервал). Существует несколько статистически значимых взаимосвязей:

- отрицательная связь показателя «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» и показателя «Моделирование» (-0,491), которая означает, что с повышением значения «Общий физическое благополучие» значение «Моделирование» уменьшается.

- отрицательная связь показателя «Общий физическое благополучие» и показателя «Программирование» (-0,721).

- отрицательная связь показателя «Общий физическое благополучие» и показателя «Общий уровень саморегуляции» (-0,532).

- положительная связь показателя «Общий физическое благополучие» и показателя «Самостоятельность» (0,462).

- положительная связь показателя «Общий физическое благополучие» и показателя «Самостоятельность» (0,462), и т. д. всего 10 статистически значимых взаимосвязей.

Вывод.

Проведя анализ ответов на вопросы анкет по двум методикам - SF-36 «Оценка качества жизни» и методики ССП-98 «Стиль саморегуляции поведения» у контрольной группы и экспериментальной группы после проведения занятий по программе развития способности к саморегуляции, было установлено, что все характеристики по обоим методикам у экспериментальной группы выше, чем у контрольной. Также было установлено, что у контрольной группы взаимосвязи между характеристиками по методике SF-36 «Оценка качества жизни» и методики ССП-98 Стиль саморегуляции поведения» выше, чем у экспериментальной группы (10 связей против 5).

Вывод.

Проведя анализ ответов на вопросы анкет по двум методикам - SF-36 «Оценка качества жизни» и методики ССП-98 «Стиль саморегуляции поведения» у контрольной группы ДО и экспериментальной группы ПОСЛЕ проведения занятий по программе развития способности к саморегуляции,

было установлено, что все характеристики по обоим методикам у экспериментальной группы выше, чем у контрольной. Также было установлено, что у контрольной группы взаимосвязи между характеристиками по методике SF-36 «Оценка качества жизни» и методики ССП-98 Стиль саморегуляции поведения» незначительно, но ниже, чем у экспериментальной группы (4 связи против 5).

ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 2

1. У испытуемых экспериментальной группы после проведения программы обучения навыкам психологической самопомощи достоверно повысились показатели саморегуляции: планирование, оценивание результатов, а также общий уровень саморегуляции.

2. У испытуемых экспериментальной группы после проведения программы обучения навыкам психологической самопомощи достоверно повысились следующие показатели качества жизни:

«Физическое функционирование», «Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием», «Общее состояние здоровья», «Психическое здоровье», «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием», «Социальное функционирование», «Жизненная активность».

3. В экспериментальной группе после проведения программы обучения навыкам психологической самопомощи были получены достоверные положительные связи показателя «Интенсивность боли» и показателя «Программирование», и положительная взаимосвязь показателя «Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» и показателя «Планирование».

4. Также статистически достоверно доказано в сравнении с группой контроля, что программа по развитию способности к саморегуляции улучшает показатели качества жизни и навыки психологической самопомощи и саморегуляции у экспериментальной группы.

Анализ результатов исследования показал положительную динамику качеств жизни и саморегуляции в процессе обучения навыкам психологической самопомощи. Таким образом гипотеза исследования полностью подтверждена.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе исследования было установлено, что психологическая саморегуляция включает в себя целенаправленные действия человека по регулированию своей психической деятельности, тем самым влияя на общее функционирование организма, включая его процессы, реакции и состояния. Используя силу слов (аффирмации), мысленных образов (визуализация), контроля над дыханием и мышечным напряжением (релаксация), человек может эффективно управлять своим психоэмоциональным состоянием.

Аутоиммунные заболевания характеризуются развитием патологических иммунных реакций против собственных тканей организма. Эти заболевания возникают из-за неправильной работы иммунной системы, которая ошибочно идентифицирует собственные ткани как чужеродные и запускает иммунный ответ против них.

Сегодня во всех странах мира существует около 100 заболеваний аутоиммунной среды человека. По данным из ряда иных источников, их количество ограничено 120. Наиболее распространённые – ревматоидный артрит, аутоиммунный тиреоидит, рассеянный склероз, болезнь Крона, системная красная волчанка, целиакия, псориаз и т. д.

Психофизиологические методы самопомощи включают в себя различные подходы, такие как мышечно-эмоциональные, легочно-эмоциональные и сосудисто-эмоциональные методы. Эти методы могут быть как успокаивающими и расслабляющими, так и бодрящими и энергичными по своей природе, что позволяет людям регулировать свое психофизиологическое состояние в соответствии со своими потребностями и предпочтениями.

Целью эмпирической части исследования являлось выявление и анализ изменений в оценке качества жизни и саморегуляции у людей с аутоиммунными заболеваниями по мере приобретения ими навыков психологической самопомощи.

В рамках эмпирической части исследования на начальном этапе выборочная совокупность испытуемых была разделена на две группы: контрольную и экспериментальную. В начале исследования проводился сравнительный анализ с использованием диагностических методик: SF-36 Оценка качества жизни (краткая форма опросника), Стиль саморегуляции поведения В.И.Моросановой и анкета для оценки навыков самопомощи.

На втором этапе исследования экспериментальная группа прошла двухэтапное вмешательство:

1. Психообразование. Участники получили исчерпывающую информацию о патогенезе аутоиммунных заболеваний (АИЗ), а также изучили психологические и физиологические особенности, характерные для людей с АИЗ. Особое внимание уделялось пониманию методов саморегуляции.

2. Обучение навыкам саморегуляции. Участники были вовлечены в структурированную программу, разработанную для обучения их различным навыкам саморегуляции.

После завершения этих мероприятий на третьем этапе вновь была проведена оценка и сравнение результатов между контрольной и экспериментальной группами.

По результатам статистического анализа установлено, что предложенная программа по развитию навыков саморегуляции и самопомощи для лиц с АИЗ показывает положительную динамику качеств жизни и саморегуляции, как в самой экспериментальной группе ПОСЛЕ проведения программы, так и в сравнении с контрольной группой до и после проведения программы, что указывает на эффективность применения психологической самопомощи и подтверждает выдвинутую гипотезу.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абульханова-Славская, К.А. О субъекте психической деятельности / К.А. Абульханова-Славская. – М.: Наука, 1973. – 288 с.

2. Антилогова, Л.Н. Саморегуляция психических состояний личности: монография / Л.Н. Антилогова, Е.А. Черкевич. – Омск : Изд-во ОмГПУ, 2010. – 219 с.

3. Арпентьева М.Р., Богомолова Е.А. Психосоциальное сопровождение лиц с ОВЗ и их семей: монография в форме эссе // Профессиональная библиотека работника социальной службы. М.: Социальное обслуживание, 2016. № 12. 256 с.

4. Асмолов, А.Г. Психология личности: Принципы общепсихологического анализа / А.Г. Асмолов – М.: Смысл, 2001. – 416 с.

5. Бондаренко В.М., Рябиченко Е.В. Кишечно-мозговая ось. Нейронные и иммуновоспалительные механизмы патологии мозга и кишечника // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 2013. №2. С. 112-120.

6. Ганзен, В.А. Системные описания в психологии / В.А. Ганзен. – Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1984. – 176 с.

7. Головин, С. Ю. Словарь психолога / С.Ю. Головин. – Минск Харвест, 2001. – 975 с.

8. Григорян А. С., Кругляков П. В. Клеточная терапия при травме головного мозга // Клеточная трансплантология и тканевая инженерия. - 2009. - Т. 4. № 1. - С. 35-43.

9. Гройсман А.Л. Клиническая психология, психосоматика и психопрофилактика: Монография; СПб. [и др.] : Питер - Москва, 2019. - 452 с.

10. Давыдова Т. В. и соавт. Антитела к нейромедиаторам как возможные нейроиммунные маркеры риска формирования зависимости от психоактивных веществ // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. - 2013. - № 2. - С. 13-16.

11. Девойно Л. В. и соавт. Психонейроиммуномодуляция: поведение и иммунитет. Роль «нейромедиаторной установки мозга». - Новосибирск: «Наука», 2009. - 167 с.

12. Жукова Н. Ф. Клиника внутренних болезней. Основы психосоматики. Психиатрия; Человек - М., 2015. - 48 с.

13. Зейгарник, Б.В. Саморегуляция поведения в норме и патологии / Б.В. Зейгарник, А.Б. Холмогорова, Е. Мазур // Психологический журнал – 1989. – т. 2. – № 2. – с. 122-132.

14. Исайчева, О.А. Формирование саморегуляции студентов в процессе учебной деятельности / О.А. Исайчева // Российская наука и образование сегодня: проблемы и перспективы. – 2015. – № 2 (5). – С. 114-117.

15. Кацеро, А.А. Подходы к трактовке саморегуляции в психологии / А.А. Кацеро, А.В. Кобзарь // Психологические науки: теория и практика: материалы II Междунар. науч. конф.– М.: Буки-Веди, 2014. – С. 10-12.

16. Кацеро, А.А. Подходы к трактовке саморегуляции в психологии / А.А. Кацеро, А.В. Кобзарь // Психологические науки: теория и практика: материалы II Междунар. науч. конф.– М.: Буки-Веди, 2014. – С. 10-12.

17. Колесников Д.Б., Рапопорт С.И., Вознесенская Л.А. Современные взгляды на психосоматические заболевания // Клиническая медицина. 2014. № 7. С. 12-18.

18. Кон, И.С. Категория «Я» в психологии / И.С. Кон // Психологический журнал. Т.2. – 1981. – № 3. – С.25–37.

19. Конопкин, О.А. Участие эмоции в осознанной регуляции целенаправленной активности человека / О.А. Конопкин // Вопросы психологии. – 2006. – № 3. – С. 38-48.

20. Конопкин, О.А. Участие эмоции в осознанной регуляции целенаправленной активности человека / О.А. Конопкин // Вопросы психологии. – 2006. – № 3. – С. 38-48.

21. Лемещенко, М.Ю. Саморегуляция личности специалиста как психологическая проблема / М.Ю Лемещенко // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии: сб. ст. по матер. XXVII междунар. науч.-практ. конф. – Новосибирск: СибАК, 2013. – С. 56-61.

22. Минченков А. В., Елпидифоров Н. Б. Методы структурной психосоматики; Ювента, Институт общегуманитарных исследований - М., 2016. - 410 с.

23. Моросанова, В. И. Стилевая саморегуляция поведения человека / В. И. Моросанова, Е. М. Коноз // Вопросы психологии. – 2000. – № 2. – с. 188–127.

24. Новикова, И.А. Аутоиммунные заболевания: диагностика и принципы терапии : учеб. пособие / И. А. Новикова, С. А. Ходулева. – Минск : Вышэйшая школа, 2017. – 367 с.

25. Осипова, И.С. Развитие саморегуляции у студентов / И.С. Осипова, Е.В. Кузьмина // Сборники конференций НИЦ Социосфера. – 2015. – № 35. – С. 172-176.

26. Осницкий, А.К. Развитие саморегуляции на разных этапах профессионального самоопределения / А.К. Осницкий, Н.В. Бякова, С.В. Истомина // Вопросы психологии. – 2009. – № 1. – С. 3-12.

27. Психология состояний. Хрестоматия / Т.Н. Васильева, Г.Ш. Габдреева, А.О. Прохоров; под ред. проф. А.О. Прохорова. – М.: ПЕР СЭ, 2004. – 608 с.

28. Расстройства психосоматического спектра: патогенез, диагностика, лечение : руководство для врачей / под ред. Г. И. Сторожакова, В. К. Шамрея. — СПб. : СпецЛит, 2014. — 303 с.

29. Смирнов А.В. Исследование глубинных психологических особенностей инвалидов // Социальные технологии, исследования. 2003. № 4. С. 37–43.

30. Соловьева С.Л. Психическая саморегуляция. Пособие по самопом ощи (начало) // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. – 2019. – Т. 7, № 4(26)

31. Соловьева, Анна Владимировна. Теория и практика психической саморегуляции [Текст] : учебное пособие / А. В. Соловьева ; Федеральное государственное казенное образовательное учреждение высшего образования "Московский университет Министерства внутренних дел Российской Федерации им. В. Я. Кикотя". - Москва : Московский ун-т М-ва внутренних дел Российской Федерации им. В. Я. Кикотя, 2017. - 56 с.

32. Социально-психологическая и педагогическая поддержка лиц с ОВЗ и их семей: коррекция, инклюзия, развитие: колл. монография / под ред. М.Р. Арпентьевой. Калуга: КГУ им. К.Э. Циолковского, 2016. 392 с.

33. Сыропятов О. Г. Клиническая феноменология психосоматики; АВТОР - М., 2016. - 587 с.

34. Чуприкова, Н.И. Система понятий общей психологии и функциональная система психической регуляции поведения и деятельности / Н.И. Чуприкова // Вопросы психологии. – 2007. – № 3. – С.3-15.

35. Шляпников, В.Н. Исследования волевой регуляции в современной зарубежной психологии / В.Н. Шляпников // Вопросы психологии. – 2009. – № 2. – С. 135-144.

36. Bienenstock J., Collins S. 99th Dahlem conference on infection, inflammation and chronic inflammatory disorders: psycho-neuroimmunology and the intestinal microbiota: clinical observations and basic mechanisms. Clin.Exp.Immunol. 2010, 160 (1): 85-91.

37. Cole P.M., Martin S.E., Dennis T.A. Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. Child Development. 2004, 75: 317-333.

38. Cole P.M., Martin S.E., Dennis T.A. Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. Child Development. 2004, 75: 317-333.

39. De Luca F, Shoenfeld Y. The microbiome in autoimmune diseases. Clin Exp Immunol. 2019 Jan;195(1):74-85.

40. Eisenberg N., Hofer C., Sulik M.J., Spinrad T.L. Self-regulation, effortful control, and their socioemotional correlates. Handbook of Emotion Regulation. 2014, 2: 157-172.

41. Eisenberg N., Spinrad T.L. Emotion-related regulation: Sharpening the definition. Child Development. 2004, 75: 334-339.

42. Eisenberg N., Spinrad T.L. Emotion-related regulation: Sharpening the definition. Child Development. 2004, 75: 334-339.

43. Fedorova, J., et al. "Pathopsychological assessment of pediatric patients with autoimmune diseases of central nervous system." *European Psychiatry* 64.S1 (2021): S630-S630.

44. Gross J.J., Thompson R.A. Emotion regulation: Conceptual foundations. In: J.J. Gross (Ed.), Handbook of Emotion Regulation (pp. 3-26). New York: Guilford Press, 2007.

45. Krámská L, Hrešková L, Vojtěch Z, Krámský D, Myers L. Maladaptive emotional regulation in patients diagnosed with psychogenic non-epileptic seizures (PNES) compared with healthy volunteers. Seizure. 2020 May;78:7-11.

46. Liu E, Perl A. Pathogenesis and treatment of autoimmune rheumatic diseases. Curr Opin Rheumatol. 2019 May;31(3):307-315

47. McRae K, Gross JJ. Emotion regulation. Emotion. 2020 Feb;20(1):1-9.

48. Morales, N., Landry, J., Lenahan, C. M., & Santora, J. (2022). Autoimmune Disease. In *Lifestyle Nursing* (pp. 269-281). CRC Press.

49. O'Hara A.M., Shanahan F. The gut flora as a forgotten organ. EMBO. 2006, 7 (7): 688-693.

50. Pillai Sh., Lichtman A.H.H., Abbas Ab.K. Basic Immunology: Functions and Disorders of the Immune System. L.: Elsevier , 2015. 352 p.

51. Reyes NM, Pickard K, Reaven J. Emotion regulation: A treatment target for autism spectrum disorder. Bull Menninger Clin. 2019 Summer;83(3):205-234.

52. Ruggeri RM, Giuffrida G, Campennì A. Autoimmune endocrine diseases. Minerva Endocrinol. 2018 Sep;43(3):305-322

53. Willis C.L. Glia-induced reversible disruption ofblood-brain barrier integrity and neuropatho-logical response of the neurovascular unit. Toxicol. Pathol. 2011, 39 (1): 172-185.

54. X Всероссийский фестиваль науки [Электронный ресурс]: сборник докладов. /Нижегор гос. архитектур.-строит. ун-т; редкол.: А. А. Лапшин, И.С. Соболь, Д.В. Монич, А.А. Смыков [и др.] –Н. Новгород: ННГАСУ, 2020 – 1168 с.

55. Yang S, Zhao M, Jia S. Macrophage: Key player in the pathogenesis of autoimmune diseases. Front Immunol. 2023 Feb 14;14:1080310.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

1 этап - ДО

Самооценка навыков самопомощи, контрольная группа

№	знает АТ - КЛ	применяет АТ - КЛ	знает РД - КЛ	применяет РД - КЛ	знает ПМ - КЛ	применяет ПМ - КЛ	знает СЕ - КЛ	применяет СЕ - КЛ	знает ПТОТ -	применяет ПТОТ -	знает АФФ - КЛ	применяет АФФ - КЛ	знает УЭ - КЛ	применяет УЭ - КЛ
1	1	1	1	1	8	3	10	5	8	1	1	1	10	10
2	1	1	10	1	10	5	10	1	10	1	10	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1	7	5	1	1	1	1	1	1
4	3	1	1	1	5	7	8	2	1	1	7	2	1	1
5	5	3	10	7	10	7	7	1	7	3	10	9	9	7
6	7	2	1	1	7	3	8	8	8	6	7	3	8	9
7	8	2	1	1	9	3	9	8	1	1	2	1	1	1
8	5	3	1	1	5	5	7	7	3	3	7	2	3	2
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12	2	1	1	1	5	1	8	6	1	1	1	1	3	2
13	2	1	1	1	5	1	8	6	1	1	1	1	3	2
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15	8	4	1	1	10	3	6	4	1	1	5	5	5	5
16	10	1	1	1	10	1	7	7	10	4	10	3	8	3
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
18	1	1	1	1	10	1	2	2	1	1	10	1	1	1
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
20	10	1	1	1	10	5	5	1	10	10	5	1	3	1
21	1	1	1	1	10	10	10	10	8	3	8	3	6	3
22	2	1	5	1	9	4	3	5	3	5	5	2	1	2
23	10	1	8	6	8	6	1	1	8	6	6	1	6	6

Самооценка навыков самопомощи, экспериментальная группа

№	знает АТ - эл	применяет АТ - эл	знает РД - эл	применяет РЛ - эл	знает ПМ - эл	применяет ПМ - эл	знает СЕ - эл	применяет СБ - эл	знает ПТОТ - эл	применяет ПТОТ - эл	знает АФФ - эл	применяет Афф - эл	знает УЭ - эл	применяет УЭ - эл
1	10	2	1	1	10	10	5	7	1	1	9	3	1	1
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	10	5	10	5	5	1	10	3	7	3
4	1	1	5	3	10	10	5	5	1	1	1	1	3	3
5	1	1	1	1	4	5	1	1	1	1	1	1	3	3
6	5	1	8	1	10	1	8	3	8	1	8	1	3	1
7	10	10	1	1	10	3	10	5	1	1	10	4	10	3
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1	3	8	1	1	1	1	1	1
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12	10	3	1	1	10	8	3	1	2	1	10	5	1	1
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
14	10	5	1	1	10	10	10	10	10	1	5	5	1	1
15	5	1	5	1	5	1	1	1	1	1	5	1	1	1
16	10	1	1	1	1	1	10	3	1	1	1	1	10	10
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
18	6	8	1	1	1	1	7	8	1	1	1	1	1	1
19	2	0	8	1	8	5	7	3	6	1	9	7	9	8
20	4	4	2	2	6	5	1	1	5	5	5	5	2	2
21	7	2	1	1	7	2	10	1	7	1	10	1	10	7
22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
23	2	3	1	1	9	9	3	8	1	1	1	1	2	3

Short form survey 36, контрольная группа

	(РН)Физическое функционирование.	(РН)Ролевое функционирование, обусловленное физическим	(РН)Интенсивность боли	(РН)Общее состояние здоровья	Общее физическое благополучие	(МН)Психическое здоровье	Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	(МН)Социальное функционирование	(МН)Жизненная активность	Общее душевное благополучие(МН)
1	100	100	100	87	58,86	76	100	100	75	52,94
2	5	0	0	20	11,76	48	100	62,5	10	51,4
3	20	75	62	45	28,29	100	100	87,5	80	69,32
4	90	100	51	55	53,42	48	33,33	75	45	33,52
5	90	0	41	35	43,69	28	0	25	40	21,39
6	85	25	62	60	48,1	52	0	37,5	25	26,2
7	60	0	22	47	34,52	28	33,33	100	15	35,67
8	85	25	32	35	42,95	36	0	50	30	25,39
9	15	0	41	40	26,36	44	33,33	12,5	25	34,39
10	95	75	80	50	58,16	20	33,33	62,5	20	20,9
11	20	0	22	60	18,9	76	100	100	10	60,73
12	65	75	32	20	33,94	64	100	75	8	55,02
13	100	50	42	77	50,88	56	33,33	75	65	38,95
14	80	25	41	62	39,82	76	33,33	87,5	45	46,67
15	90	50	100	57	48,26	72	100	75	45	48,54
16	85	0	32	72	38,97	56	66,67	62,5	66	45,05
17	10	0	32	42	23,51	52	33,33	25	30	39,47
18	95	100	100	57	57,02	52	100	100	65	46,08
19	25	0	22	50	29,27	40	0	25	25	30,13
20	80	100	52	25	46	64	33,33	62,5	40	36,97
21	75	100	100	67	54,62	52	100	100	70	48,57
22	90	0	51	25	33,9	60	100	75	40	48,83
23	85	25	41	55	43,99	44	33,33	50	50	33,65

Short form survey 36, экспериментальная группа

	(РН)Физическое функционирование.	(РН)Ролевое функционирование, обусловленное физическим	(РН)Интенсивность боли	(РН)Общее состояние здоровья	Общее физическое благополучие	(МН)Психическое здоровье	Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	(МН)Социальное функционирование	(МН)Жизненная активность	Общее душевное благополучие(МН)
1	25	0	31	50	30,8	36	0	37,5	15	29,06
2	70	75	80	52	47,19	44	100	37,5	30	36,75
3	70	0	62	35	34,82	64	66,67	62,5	70	48,89
4	0	0	22	15	21,81	28	0	37,5	30	31,75
5	65	75	100	20	39,83	84	100	75	20	50,84
6	90	75	71	57	46,41	80	100	87,5	80	58,7
7	95	0	94	57	43,44	72	100	100	70	55,93
8	45	25	41	45	34,96	12	33,33	75	40	44,59
9	65	0	41	25	37,62	28	0	25	25	22,29
10	100	100	100	80	64,75	52	33,33	75	65	33,63
11	25	25	41	55	24,71	76	100	100	35	61,39
12	95	75	62	50	38	52	66	62	60	49
13	45	25	32	45	36,26	12	0	0	5	12,82
14	60	0	31	45	38,45	20	0	25	0	18,07
15	20	0	32	87	24,82	100	33,33	12,5	10	47,3
16	70	25	41	55	42,9	28	33,33	50	30	28,59
17	95	75	100	72	55,81	88	33,33	100	70	48,38
18	100	100	100	90	60,56	64	100	100	65	48,55
19	80	0	52	45	42,47	44	0	62,5	40	30,68
20	0	0	12	55	14,39	68	100	25	5	51,46
21	95	100	100	37	63,13	28	0	50	40	17,79
22	80	0	62	62	45,79	48	0	37,5	60	30,47

	(РН)Физическое функционирование.	(РН)Ролевое функционирование, обусловленное физическим	(РН)Интенсивность боли	(РН)Общее состояние здоровья	Общее физическое благополучие	(МН)Психическое здоровье	Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	(МН)Социальное функционирование	(МН)Жизненная активность	Общее душевное благополучие(МН)
23	70	100	80	35	42,77	88	100	100	80	60,99

Методика саморегуляции Моросановой, контрольная группа

	Планирование	Моделирование	Программирование	Оценивание результат	Гибкость	самостоятельность	Общий уровень саморегуляции
1	9	9	8	7	7	3	38
2	6	3	7	7	8	6	31
3	3	3	7	3	5	5	25
4	6	3	7	5	4	4	23
5	6	5	5	7	4	6	30
6	4	3	4	4	6	5	22
7	6	3	6	5	8	4	28
8	1	7	2	6	8	9	27
9	2	7	7	6	4	4	27
10	7	6	7	6	7	7	33
11	6	7	5	6	2	6	30
12	7	9	9	9	7	2	38
13	5	4	6	5	3	9	26
14	4	7	7	6	5	2	29
15	5	4	8	9	5	5	33
16	8	8	8	8	2	9	40
17	2	9	6	7	7	6	33

	Планирование	Моделирование	Программирование	Оценивание результат	Гибкость	самостоятельность	Общий уровень саморегуляции
18	1	2	6	7	7	6	24
19	1	3	2	2	2	0	19
20	3	3	5	6	6	7	24
21	5	4	2	3	3	3	17
22	9	7	7	7	1	9	35

Методика саморегуляции Моросановой, экспериментальная группа

	Планирование	Моделирование	Программирование	Оценивание результат	Гибкость	самостоятельность	Общий уровень саморегуляции
1	8	9	8	8	7	4	39
2	6	4	7	7	8	7	33
3	4	4	6	4	4	4	25
4	5	4	8	4	4	4	23
5	7	5	6	8	4	6	33
6	5	3	5	4	7	4	24
7	5	3	5	4	7	4	24
8	1	6	2	7	7	8	25
9	3	7	7	5	3	4	26
10	8	7	8	7	6	7	36
11	6	8	5	7	1	5	30
12	8	9	8	8	7	3	38
13	6	5	5	5	3	8	26
14	5	6	7	6	6	3	31
15	6	5	8	8	6	6	36
16	8	7	8	7	3	9	39
17	3	8	5	8	6	6	32
18	2	3	5	6	6	7	24
19	1	3	1	1	2	1	18
20	3	4	6	5	6	7	25
21	4	3	3	3	4	4	18
22	9	7	7	7	2	9	36

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

2 этап - ПОСЛЕ

Самооценка навыков самопомощи, контрольная группа

№	знает АТ - кл	применяет АТ - кл	знает РД - кл	применяет РЛ - кл	знает ПМ - кл	применяет ПМ - кл	знает СЕ - кл	применяет СБ - кл	знает ПТОТ - кл	применяет ПТОТ -	знает АФФ - кл	применяет Афф - кл	знает УЭ - кл	применяет УЭ - кл
1	9	1	1	1	10	1	6	6	10	4	9	3	7	4
2	1	1	1	1	9	5	10	10	5	1	3	1	10	10
3	3	1	1	1	6	8	8	1	1	1	7	3	1	1
4	1	1	1	1	1	1	7	5	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6	5	3	10	7	10	7	7	1	7	3	10	9	9	7
7	1	1	1	1	10	9	10	10	8	3	8	3	6	3
8	10	1	1	1	10	5	5	1	10	10	5	1	3	1
9	5	1	1	1	5	3	8	7	1	1	5	1	5	5
10	2	1	10	1	10	3	10	2	10	1	10	1	1	1
11	1	1	1	1	1	1	4	3	1	1	1	1	1	1
12	5	1	8	1	10	1	8	4	8	1	8	1	3	1
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
14	10	1	1	1	10	5	5	1	10	8	5	1	3	1
15	3	2	1	1	5	4	2	2	1	1	1	1	3	3
16	10	1	8	6	8	6	1	1	8	6	6	1	6	6
17	7	2	1	1	7	3	8	8	8	6	7	3	8	8
18	1	1	7	1	7	4	6	2	5	1	8	6	8	7
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
20	9	4	1	1	8	1	10	8	1	1	7	1	8	6

Самооценка навыков самопомощи, экспериментальная группа

№	знает АТ - эл	применяет АТ - эл	знает РД - эл	применяет РЛ - эл	знает ПМ - эл	применяет ПМ - эл	знает СЕ - эл	применяет СБ - эл	знает ПТОТ - эл	применяет ПТОТ -	знает АФФ - эл	применяет Афф - эл	знает УЭ - эл	применяет УЭ - эл
1	10	3	10	4	10	6	7	7	10	4	10	7	8	4
2	10	5	10	7	10	10	10	10	10	6	10	10	9	8
3	10	1	10	1	10	1	10	1	10	1	10	1	10	1
4	10	5	10	3	5	2	10	8	8	5	10	10	6	5
5	10	10	10	10	10	9	10	8	9	9	10	10	10	8

№	знает АТ - эл	применяет АТ - эл	знает РД - эл	применяет РЛ - эл	знает ПМ - эл	применяет ПМ - эл	знает СЕ - эл	применяет ГГ - эл	знает ПТОТ - эл	применяет ПТОТ -	знает АФФ - эл	применяет АФФ - эл	знает УЭ - эл	применяет УЭ - эл
6	6	3	6	1	7	1	10	10	7	4	10	9	7	3
7	10	8	10	6	10	10	10	10	9	6	10	9	10	10
8	9	9	9	8	9	5	8	7	8	7	9	8	6	6
9	8	4	7	2	10	7	10	8	7	5	10	9	8	5
10	7	3	9	4	8	8	8	8	5	5	9	8	9	7
11	10	7	9	8	10	7	8	6	6	2	8	8	7	7
12	9	5	8	7	9	9	10	10	7	7	10	9	8	5
13	5	3	8	8	8	8	2	1	5	1	10	5	8	8
14	10	5	7	2	8	5	10	4	4	2	10	10	10	10
15	7	1	5	1	5	2	7	2	3	1	10	4	8	3
16	10	10	10	8	10	10	9	9	8	7	9	6	10	10
17	10	9	10	10	10	9	10	8	9	9	10	10	10	8
18	10	3	10	3	10	7	10	2	10	1	10	1	10	6
19	9	1	8	5	9	6	4	1	6	6	6	1	6	5
20	5	3	6	1	6	5	7	7	3	3	8	3	5	5

Short form survey 36, контрольная группа

	(РН)Физическое функционирование.	(РН)Ролевое функционирование, обусловленное физическим	(РН)Интенсивность боли	(РН)Общее состояние здоровья	Общее физическое благополучие	(МН)Психическое здоровье	Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	(МН)Социальное функционирование	(МН)Жизненная активность	Общее душевное благополучие(МН)
1	90	100	51	55	53,42	48	33,33	75	45	33,52
2	20	25	32	40	18,71	92	100	50	20	59
3	32	40	30	40	17,56	80	100	100	30	63,8
4	15	50	22	55	30,3	48	33,33	50	30	39,38

	(РН)Физическое функционирование.	(РН)Ролевое функционирование, обусловленное физическим	(РН)Интенсивность боли	(РН)Общее состояние здоровья	Общее физическое благополучие	(МН)Психическое здоровье	Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	(МН)Социальное функционирование	(МН)Жизненная активность	Общее душевное благополучие(МН)
5	80	75	32	37	42,37	64	33,33	50	50	38,24
6	85	25	41	55	43,99	44	33,33	50	50	33,65
7	85	25	62	60	48,1	52	0	37,5	25	26,2
8	95	75	80	50	58,16	20	33,33	62,5	20	20,9
9	90	0	51	25	33,9	60	100	75	40	48,83
10	15	0	32	25	27,1	28	0	37,5	25	29,18
11	90	0	74	20	44,76	40	0	62,5	45	28,45
12	70	100	74	32	43,92	68	100	75	65	51,17
13	80	0	22	30	27,33	72	100	62,5	40	52,73
14	95	75	80	50	58,16	20	33,33	62,5	20	20,9
15	95	75	94	77	51,88	88	100	100	80	58,48
16	65	75	32	20	33,94	64	33,33	50	65	55,02
17	80	0	32	55	38,97	56	66,67	62,5	60	45,05
18	100	75	51	87	53,36	80	33,33	100	75	54,02
19	15	0	22	30	23,62	48	0	25	0	30,63
20	50	25	62	52	35,7	64	66,67	75	65	50,79

Short form survey 36, экспериментальная группа

	(РН)Физическое функционирование.	(РН)Ролевое функционирование, обусловленное физическим	(РН)Интенсивность боли	(РН)Общее состояние здоровья	Общее физическое благополучие	(МН)Психическое здоровье	Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	(МН)Социальное функционирование	(МН)Жизненная активность	Общее душевное благополучие(МН)
1	70	75	80	52	47,19	44	100	37,5	30	36,75
2	100	100	94	97	58,48	84	100	87,5	85	54,89
3	100	50	74	57	44,9	88	100	100	70	58,74
4	95	0	41	45	42,64	56	33,33	62,5	65	35,69
5	90	100	94	45	51,72	68	100	75	50	46,54
6	100	100	94	92	59,22	72	100	100	80	52,63
7	100	100	100	90	60,56	64	100	100	65	48,55
8	95	75	74	72	54,87	84	100	100	80	45,12
9	100	100	100	80	64,75	56	33,33	75	65	33,63
10	95	75	100	72	55,81	88	100	100	80	48,38
11	90	100	80	35	42,48	88	100	100	80	60,99
12	100	100	100	72	64,75	52	33,33	75	50	33,63
13	65	50	62	40	40,55	72	33,33	75	65	46,24
14	100	100	100	67	55,05	88	100	100	85	57,46
15	20	50	32	87	19,53	100	33,33	37,5	30	69,31
16	45	25	32	45	36,26	44	33,33	75	10	36,75
17	70	100	94	52	55,75	44	100	37,5	30	45,05
18	70	75	62	57	40,22	64	100	62,5	70	54,63
19	65	100	51	40	45,92	76	0	75	80	43,26
20	100	0	52	82	46,11	68	33,33	75	60	43

Методика саморегуляции Моросановой, контрольная группа

	Планирование	Моделирование	Программирование	Оценивание результат	Гибкость	самостоятельность	Общий уровень саморегуляции
1	7	6	5	6	3	3	26
2	8	8	8	8	7	3	38
3	9	7	7	8	3	8	39
4	9	6	8	7	4	3	34
5	5	4	7	4	6	6	27
6	9	7	5	6	4	6	32
7	7	4	4	3	5	6	26
8	7	2	5	7	6	2	26
9	7	8	6	6	1	6	32
10	9	5	8	7	5	3	27
11	6	7	6	6	6	2	30
12	5	4	8	4	4	4	23
13	2	3	8	5	4	6	24
14	7	2	5	7	5	2	26
15	4	4	6	4	6	7	26
16	4	7	6	4	5	7	25
17	4	7	6	6	8	4	31
18	4	3	4	6	8	0	20
19	3	4	6	7	8	3	27
20	6	4	8	7	6	8	34

Методика саморегуляции Моросановой, экспериментальная группа

	Планирование	Моделирование	Программирование	Оценивание результат	Гибкость	самостоятельность	Общий уровень саморегуляции
1	6	4	6	4	6	4	32
2	6	6	6	6	8	4	32
3	8	6	6	9	7	7	39
4	6	7	8	8	6	5	37
5	9	8	9	9	5	7	40
6	9	8	6	7	7	6	30
7	7	6	7	6	6	7	33
8	7	7	6	8	6	5	35
9	8	5	9	7	7	7	34
10	6	7	7	7	7	5	33
11	8	5	7	8	5	4	34
12	9	6	6	7	6	5	32
13	7	7	8	8	6	6	37
14	6	4	7	7	5	4	28
15	4	6	4	7	3	9	26
16	8	6	6	7	8	6	32
17	7	6	9	9	6	7	38
18	8	6	6	8	6	4	28
19	8	5	6	6	7	9	35
20	4	7	4	4	5	7	27