

Министерство здравоохранения
Донецкой Народной Республики
Государственная образовательная организация
высшего профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

На правах рукописи

Абрамов Владимир Алексеевич

ОСОБЕННОСТИ И МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ САМОСТИГМЫ У
БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

14.01.06 – психиатрия

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Донецк 2019

Работа выполнена в Государственной образовательной организации высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», г. Донецк

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Ряполова Татьяна Леонидовна

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
Грачев Рифат Ахметович
заведующий отделением
врачебно-семейно-психоневрологического
и психотерапевтического консультирования
ДОКТМО Министерства здравоохранения ДНР

кандидат медицинских наук
Студзинский Олег Геннадьевич
главный врач Республиканской
клинической психиатрической больницы
г. Донецка Министерства здравоохранения ДНР

Ведущая организация: Государственное учреждение Луганской
Народной Республики «Луганский
государственный медицинский университет
имени Святителя Луки», г. Луганск

Защита состоится 5 сентября 2019 года в 11.00 часов на заседании диссертационного совета Д 01.026.06 при Государственной образовательной организации высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького» по адресу: 283049, г. Донецк, ул. Великоновоселковская, 200, конференц-зал Республиканской клинической психоневрологической больницы – медико-психологического центра. Тел. факс: (062)277-14-54, e-mail: spes-sovet-01-026-06@dnmu.ru

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Государственной образовательной организации высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького» по адресу: 283003, г. Донецк, пр. Ильича,16 (<http://dnmu.ru>)

Автореферат разослан « ____ » _____ 2019 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета Д 01.026.06

Коценко Ю.И.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. В настоящее время самостигматизация рассматривается как смыслообразующее понятие, процессуально связанное с целым рядом социально-психологических и клинико-психопатологических феноменов, представляющих собой субъективный аспект стигматизации - процесса выделения, обесценивания и отчуждения обществом особой «категории» больных с психиатрическим диагнозом (Birne P., 2000; Fink F.J., 1999; Holmes P., 1998). Самостигматизация (СС) - это реакция больного на стигматизацию со стороны общества, а также результат осознания и принятия пациентом негативных стереотипов и предубеждений о его заболевании, согласия с ними и применения их к самому себе (Тараканова Е.А. и соавт., 2010; Corrigan P.W. et al, 2009; Link B.G. et al., 1997).

В ряде исследований было установлено, что самостигматизация больных шизофренией отражает процесс формирования субъективных представлений о «дефектности», несостоятельности, утрате целостности личности, чувства собственного достоинства и неотделимости от психического расстройства (Осокина О.И., 2009; Anthony W.A. et al., 1995), опасений дискриминации, снижения социального статуса, самооценки и прогрессирующей десоциализации (Михайлова И.И., 2005; Link B.G. et al., 1997), формирования новой (девиантной, маргинальной) идентичности (Скрипка Е.Ю., 2012; Антохин Е.Ю. и соавт, 2008; Ястребов В.С. и соавт., 2005; Link B.G. et al., 2001). Больные, усвоившие стереотипы психического заболевания, испытывают потерю самоуважения и самоэффективности (Ritsher J.B. et al., 2003, 2004; Markovitz F.E., 1998; Rosenfield S., 1997), страдают от стигматизации в большей степени, чем от проявлений болезни (Hinshaw V., 2007; Серебрянская Л.Я. и соавт., 2004). Это оказывает негативное влияние на такие специфические сферы качества жизни как удовлетворенность работой, жильем, здоровьем, финансовым положением (Veigel D.L., 2006; Markovitz F.E., 2001), способность реализации жизненных целей (Vanth R., 2007; Capinello S.E., 2000). Значительны социальные последствия самостигматизации больных шизофренией в виде невосполнимого дефицита

социальных возможностей и перспектив (Польская Н.А., 2004; Ястребов В.С., 2001; Финзен А., 2001; Stengler K., 2001; Byrne P.B., 2000; Phelan G. et al., 1998; Thomson M., 1997).

До настоящего времени не достигнуто единства в разработке клинической типологии и этапов формирования самостигмы у больных шизофренией (Блохина О.А. и соавт, 2005; Аведисова А.С. и соавт., 2005; Белинская Е.П. и соавт., 2003; Кабанов М.М., 2001). При описании структурно-содержательных характеристик самостигматизации больных шизофренией отсутствует глубокий анализ механизмов негативной стигматизирующей атрибуции личности и деструктивных изменений идентичности и личностных ресурсов. Лишь в единичных работах приведены данные о манифестных проявлениях стигматообразования у больных шизофренией (Tarrrier N. et al., 2007; Birchwood M. et al., 2007). К числу недостаточно изученных относятся вопросы, связанные с исследованием роли ресурсных возможностей личности и социальной поддержки больных в преодолении стигмы.

Из этого следует актуальность изучения особенностей и механизмов формирования самостигмы у больных шизофренией, а также необходимость разработки эффективной системы дестигматизации этого контингента больных.

Связь работы с научными программами, планами и темами. Диссертационная работа выполнена в рамках НИР кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького» «Психологические ресурсы личности и их активация у больных с психическими расстройствами, обусловленными переживанием травматического стресса военного времени и экстремальными условиями жизнедеятельности (гендерно-возрастные аспекты)» (номер госрегистрации УН 16.02.20). Автором выполнен раздел исследований по изучению механизмов и особенностей стигматизации и самостигматизации больных шизофренией, а также по разработке комплекса дестигматизационных мероприятий.

Тема диссертации и научный руководитель утверждены на заседании ученого совета ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького» (протокол №4 от 21 ноября 2016 года).

Цель исследования. На основе комплексного исследования особенностей и механизмов формирования самостигмы у больных шизофренией разработать систему дестигматизации и восстановления идентичности личности у этого контингента.

Задачи исследования:

1. Изучить уровень и структурно-феноменологические особенности самостигмы у больных шизофренией с различной длительностью заболевания.
2. Оценить взаимосвязь негативных психопатологических симптомов с выраженностью самостигмы у больных шизофренией с разной длительностью заболевания.
3. Выявить и проанализировать особенности интегративных индивидуально-психологических механизмов формирования самостигмы (экзистенциальные ресурсы, идентичность личности, субъективное отчуждение) у больных шизофренией.
4. Оценить влияние ресурсных возможностей личности и социальной поддержки на уровень самостигматизации больных шизофренией.
5. Разработать систему психологической коррекции самостигмы и восстановления идентичности личности у больных шизофренией и оценить ее эффективность.

Объект исследования: феномен самостигматизации у больных шизофренией с различной длительностью заболевания.

Предмет исследования: причины и механизмы формирования самостигматизации у больных шизофренией с различной длительностью заболевания, система их ранней диагностики, психотерапии и психопрофилактики.

Методы исследования: клинико-психопатологический, психодиагностический, социально-психологический методы и метод математической обработки результатов.

Научная новизна полученных результатов. На основе комплексного клинико-психопатологического, психодиагностического и социально-психологического исследования были получены новые данные о структурно-феноменологических особенностях и уровне самостигматизации у больных шизофренией с различной длительностью заболевания.

Была изучена взаимосвязь негативных психопатологических симптомов с выраженностью самостигмы у больных шизофренией. Впервые были выделены и проанализированы индивидуально-психологические особенности и механизмы формирования самостигмы (экзистенциальная исполненность, отчуждение, кризис идентичности личности, отрицательная самоидентификация) у больных шизофренией.

Впервые было оценено влияние ресурсных возможностей личности и социальной поддержки на уровень самостигматизации больных шизофренией. Разработан комплекс мер, направленный на коррекцию самостигмы и восстановление идентичности личности у больных шизофренией и доказана его эффективность.

Теоретическая значимость полученных результатов. Дана теоретическая оценка роли личностного потенциала и индивидуально-психологических особенностей в процессах формирования самостигмы больных шизофренией. Полученные данные о структурно-феноменологических особенностях и механизмах самостигматизации положены в основу теоретического обоснования системы психологической коррекции самостигмы и восстановления идентичности пациентов с шизофренией.

Практическое значение полученных результатов. Получены результаты о нарастании уровня самостигматизации больных шизофренией в зависимости от длительности заболевания, взаимовлиянии негативной симптоматики и выраженности самостигмы, роли индивидуально-психологических особенностей,

личностных ресурсов и социальной поддержки в сохранении идентичности и самостигматизации, определены особенности, механизмы и этапы формирования самостигматизации, на основании которых разработан комплекс мер, направленный на коррекцию самостигмы и восстановление идентичности личности у больных шизофренией. Показана эффективность программы дестигматизации в виде улучшения общеклинического состояния пациентов с уменьшением выраженности негативной симптоматики, снижения динамики дезинтеграции идентичности и отчужденности, повышении уровня жизнестойкости. По материалам диссертационного исследования зарегистрировано два рационализаторских предложения: «Модификация суггестивной психотерапии с использованием образно-метафорической формы подачи информации» (В.А. Абрамов, В.Ал. Абрамов, М.А. Соловьева) – Реестр №6118 от 15.03.2016г.; «Способ улучшения адаптации личности путем отработки ее бессознательных сценарных установок» (В.А. Абрамов, В.Ал. Абрамов, М.А. Соловьева) – Реестр №6119 от 15.03.2016г. Результаты исследований внедрены в деятельность кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГОУ ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, КЛПУ «Республиканская клиническая психиатрическая больница» г. Донецк, КЛПУ «Республиканская клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр» психиатрической больницы г. Ждановка, психиатрической больницы №1 г. Макеевки.

Личный вклад соискателя. Автором проведен патентно-информационный поиск, аналитический обзор литературы, проведено клиническое и психопатологическое обследование пациентов, страдающих шизофренией с различной длительностью заболевания, проведена статистическая обработка полученных результатов, разработан и внедрен комплекс дестигматизационных мероприятий, оценена его эффективность. Описаны результаты исследования, сформулированы частные и общие выводы исследований. Диссертантом не использованы идеи и результаты исследований соавторов публикаций.

Положения, выносимые на защиту:

1. Длительность заболевания влияет на выраженность самостигматизации (СС) у больных шизофренией. Проявления феномена стигматизации тем выше, чем длительнее пациент страдает от психического расстройства.
2. О влиянии деструктивных личностных самостигматизационных реакций на формирование шизофренического дефекта свидетельствует как сопряженность выраженных негативных симптомов и значительных уровней СС, их определенное феноменологическое сходство у больных шизофренией с большей давностью заболевания, так и нерезко выраженные проявления СС у пациентов с начальными проявлениями дефицитарных расстройств.
3. Отражающие уровень самостигматизации ограничение экзистенциальных ресурсов, дезинтеграция идентичности и смыслоутрата начинают формироваться уже на ранних этапах заболевания. Дальнейшая динамика шизофренического процесса характеризуется прогрессирующим снижением экзистенциальных ресурсов, достигая уровня неисполненной экзистенции при кризисе идентичности личности как завершающей стадии стигматизации.
4. В основе формирования самостигмы у больных шизофренией лежит процесс дезинтеграции личностной идентичности, глубина которой нарастает по мере увеличения длительности заболевания. При этом значительный уровень самостигмы и дезинтеграции идентичности, и соответственно, ухудшение качества жизни больных наблюдается уже в первые годы после первого психотического эпизода.
5. У больных шизофренией с длительными сроками заболевания и сформированной самостигмой в отличие от больных, перенесших первый эпизод психоза и не имеющих очерченных стигматизационных признаков, интенсивность переживаний внутренней стигмы (смыслоутраты, отчуждения и т.п.) в значительной мере зависит от включенности пациентов в режим реализации личностного потенциала, характеризующегося дефицитом использования психологических ресурсов самоактуализации и жизнестойкости, а также трансформацией ресурсов совладания с преобладающим использованием

малоадаптивных копинг-стратегий конфронтации, бегства-избегания и поиска поддержки.

6. Недостаточность ресурсов позитивного социального окружения и удовлетворенности от полученной поддержки является одним из важнейших факторов формирования самостигмы и маргинализации больных шизофренией.

7. Система психологической коррекции самостигматизации и восстановления идентичности больных шизофренией предусматривает использование личностно-ориентированного психотерапевтического комплекса, направленного не только на преодоление основных феноменов самостигмы (экзистенциальной неисполненности, личностной беспомощности, самоотчуждения), но и активацию позитивных составляющих личностного потенциала и внешних ресурсов пациентов с шизофренией.

Апробация результатов исследования. Основные положения диссертационной работы докладывались и обсуждались на следующих научных форумах: научно-практической конференции «Современные проблемы коморбидных расстройств в психиатрии» (Харьков, 2013г.), Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Личностно-ориентированные подходы к оказанию психиатрической помощи» (Донецк, 2017г.), Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Теория и практика современной психиатрии и медицинской психологии» (Донецк, 2018г.), II международный медицинский форум Донбасса «Наука побеждать...болезнь» (Донецк, 2018г.), Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Современные проблемы диагностики, лечения и реабилитации больных с психическими расстройствами» (Донецк, 2019г.).

Степень достоверности полученных данных. По итогам проверки первичной документации (акт проверки первичной документации от 15 марта 2019 года) установлено, что по характеру выборки, материалам и методам исследования результаты являются достоверными.

Публикации. По материалам диссертации опубликовано 22 научные работы, из них 1 монография, 13 статей в научных изданиях, 4 из которых в изданиях, рекомендованных ВАК, 9 тезисов, а также 2 рационализаторских предложения.

Структура и объем работы. Диссертационная работа изложена на 196 страницах компьютерного текста и состоит из вступления, 6 разделов, заключения, выводов, списка литературы. Работа содержит 33 таблицы и 5 рисунков. Список источников литературы составляет 256 наименований.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследований. Было обследовано 120 больных параноидной шизофренией, находящихся на стационарном лечении в РКПБ г. Донецка. Обследованные больные были разделены на две группы. Основная группа больных - 80 пациентов, страдающих параноидной шизофренией с длительностью заболевания до 5 лет. Группа сравнения - 40 человек, репрезентативных по гендерно-возрастным и клиническим особенностям, перенесших первый психотический эпизод шизофрении.

Критерии включения пациентов в исследование: диагноз параноидной шизофрении (F20.0), установленный в соответствии с диагностическими критериями Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти МКБ-10; информированное согласие пациента на участие в исследовании.

Критерии исключения: отсутствие признаков параноидной шизофрении, соответствующих диагностическим критериям МКБ-10.

Все обследованные больные получали медикаментозное лечение с использованием атипичных антипсихотиков (рисполепт 2-6 мг в сутки, зипрекса 5-10 мг в сутки, солиан 200-600 мг в сутки, азалептин 50-150 мг в сутки) или депо-нейролептиков (клопиксол-депо или флюанксол-депо 2 мл 1 раз в 2 нед.). Интенсивность назначений сочеталась с принципом минимальной достаточности доз и преимущественным использованием одного антипсихотического препарата в течение всего периода терапии.

Оценка эффективности разработанного антистигматизационного психотерапевтического комплекса проводилась в двух репрезентативных в гендерно-возрастном и клиническом отношении группах больных шизофренией со сформированной стигмой. Основная группа - 40 больных, которые, помимо стандартного медикаментозного лечения, принимали участие в дестигматизационной психотерапевтической программе. Группу сравнения составляли 25 больных, получавших только медикаментозное лечение.

Основные методы исследования: клинико-психопатологический, психодиагностический, социально-психологический методы и метод математической обработки результатов.

Клинико-психопатологический метод основывался на общепризнанных подходах к психиатрическому обследованию пациентов и включал традиционный опрос, анализ психического состояния пациента, а также изучение динамики психопатологических проявлений в процессе наблюдения. Стандартизованная оценка негативной психопатологической симптоматики проводилась с использованием клинической рейтинговой шкалы SANS (Scale for the Assessment of Negative Symptoms), позволяющей оценить структуру и выраженность негативной психопатологической симптоматики. Уровень и структурные составляющие процесса самостигматизации изучались с помощью оригинальной шкалы (Абрамов В.А., 2011).

Комплексное психодиагностическое исследование включало изучение нарушений целостности личности, особенности деформации и десоциализации личности стигматизированных больных шизофренией и их ресурсные возможности (личностный потенциал) в преодолении негативных клинико-психологических проявлений самостигмы.

Нарушение целостности личности оценивалось при изучении основных экзистенциальных механизмов (шкала экзистенции В. Франкла и А. Лэнгле, 1990), особенностей дезинтеграции идентичности в процессе формирования самостигмы (опросник для определения уровня интеграции и профиля идентичности Абрамова В.А. и соавт., 2011), а также процесса психологического

отчуждения (смыслоутраты) (опросник субъективного отчуждения (СОТЧ) С. Мадди в адаптации Е.Н. Осина, 2010).

Оценка ресурсных возможностей больных и их роли в преодолении самостигмы осуществлялась путем изучения различных составляющих их личностного потенциала с помощью следующих методик: самоактуализационный тест (САТ) Э. Шострома (1987) - для исследования особенностей самоактуализации больных с различной выраженностью самостигмы; тест жизнестойкости С. Мадди, адаптированный Д.А. Леонтьевым и Е.Н. Рассказовой (2006) - для определения общего уровня и различных составляющих жизнестойкости (вовлеченность, контроль, принятие риска); копинг-тест Р. Лазаруса (2009) - для выявления копинг-ресурсов в структуре психологических качеств, детерминирующих стресс-устойчивость больных.

Социально психологический метод был направлен на изучения восприятия социальной поддержки, степени ее использования и оценки эффективности у больных шизофренией с различным уровнем самостигмы с помощью опросника социальной поддержки F-SOZU-22 G. Sommer, T. Fydrich (русскоязычная версия в адаптации А.Б. Холмогоровой, Н.Г. Гаранян и Г.А. Петровой, 2003) и многомерной шкалы восприятия социальной поддержки MSPSS (Zimet G.D., 1988).

Метод математической обработки результатов предполагал использование статистических методов анализа.

Расчеты проводились с использованием лицензионных пакетов статистического анализа – «Statistica 5.5» (StatSoft), «MedStat» (Альфа) на IBM PC/AT.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В основной группе у 70,0% пациентов наблюдался средний или высокий уровень стигматизации, а в группе сравнения количество таких больных не превышало 17,5% при полном отсутствии высоких показателей СС, т.е. в большей степени феномену стигматизации подвержены больные, длительно страдающие шизофренией.

Распределение обследованных больных с различной длительностью шизофрении по уровню самостигматизации представлено в таблице 1.

Таблица 1.

Распределение больных шизофренией по уровню самостигматизации в зависимости от длительности заболевания (абс; %±m)

Уровень самостигматизации	Количество больных		P
	I	II	
Низкий	24 (30,0 ± 0,35)*	33 (82,5±1,7)	<0,01
Средний	44 (55,0±1,02)*	7 (17,5±0,2)	<0,05
Высокий	12 (15,0±0,19)*	0	<0,05

Примечание: I – основная группа; II – группа сравнения; * - различия между группами статистически достоверны.

Показатели самооценок в различных сферах жизнедеятельности, общая оценка выраженности СС в личностной (57,09±0,54 балла) и социальной (56,96±0,36) сферах, а также интегративный показатель СС (114,05±0,78), отражающие высокий ее уровень, позволяют констатировать, что отношения пациентов основной группы к различным сторонам своей жизнедеятельности, сформированные после возникновения психического расстройства, характеризуются готовностью как к категориальной идентификации на «здоровых» и «больных», так и идентификации себя со стигматизированной группой, принятием негативных представлений о личностных ресурсах этой группы и собственных возможностях, убежденностью в их истинности.

В группе сравнения самооценка в различных сферах жизнедеятельности, общие оценки в личностной (14,76±0,41 балла) и социальной (14,1±0,39 балла) сферах жизнедеятельности, интегративный показатель СС (28,86±0,38) с высокой степенью достоверности (p<0,05) свидетельствовали об отсутствии у больных с первым эпизодом психоза четких проявлений негативной трансформации идентичности личности в сторону формирования самостигмы.

Анализ типологии и частоты аутостигматизационных переживаний у больных шизофренией с различной длительностью заболевания, представленный

в таблице 2, свидетельствует о значительном спектре и распространенности стигматизирующих переживаний в основной группе больных шизофренией. С наибольшей частотой встречался страх дискриминации ($97,5 \pm 3,8\%$), ощущения невосполнимого снижения жизнедеятельности ($92,5 \pm 3,7\%$), социального отвержения ($92,5 \pm 2,7\%$), беспомощности и безнадежности ($90,0 \pm 4,3\%$).

Таблица 2

Типология и частота аутостигматизационных переживаний у больных шизофренией с различной длительностью заболевания

Тип стигматизирующих переживаний	Частота стигматизирующих переживаний				P
	I		II		
	абс.	% \pm m	абс.	% \pm m	
Страх общения с окружающими	55	68,7 \pm 4,9	15	37,5 \pm 2,41	<0,05
Переживание утраты социального статуса и положения в обществе	72	90,0 \pm 2,6	10	25,0 \pm 3,9	<0,05
Ощущение невосполнимого снижения жизнедеятельности	74	92,5 \pm 3,7	8	20,0 \pm 4,2	<0,01
Разрыв социальных связей	67	83,7 \pm 2,4	9	22,5 \pm 3,7	<0,01
Мучительное чувство стыда	67	83,7 \pm 4,2	17	42,5 \pm 4,3	<0,01
Низкая самооценка	64	80,0 \pm 1,7	7	17,5 \pm 2,7	<0,01
Социальное отвержение	74	92,5 \pm 2,7	8	20,0 \pm 1,8	<0,01
Чувство вины	56	70,0 \pm 2,7	7	17,5 \pm 2,7	<0,01
Страх дискриминации	78	97,5 \pm 3,8	27	67,5 \pm 3,56	>0,05
Ощущение враждебного отношения к себе	56	70,0 \pm 4,2	9	22,5 \pm 2,17	<0,05
Недоверие окружающих	64	80,0 \pm 2,7	10	25,0 \pm 2,11	<0,05
Социальная бесполезность	69	86,2 \pm 3,5	6	15,0 \pm 2,3	<0,05
Не такой, как все	45	56,2 \pm 2,8	6	15,0 \pm 2,3	<0,05
Ощущение беспомощности и безнадежности	72	90,0 \pm 4,3	-	-	<0,05
Ощущение зависимости от окружающих	70	87,5 \pm 2,4	16	40,0 \pm 3,71	<0,01

Примечание: I – основная группа; II – группа сравнения.

В группе сравнения встречаемость стигматизирующих переживаний в основном колебалась от 15 до 25% за исключением переживания страха дискриминации ($67,5 \pm 3,56\%$), мучительного чувства стыда ($42,5 \pm 4,3\%$) и ощущения зависимости от окружающих ($40,0 \pm 3,71\%$). С наименьшей частотой и в

основной группе ($56,2 \pm 2,8\%$), и в группе сравнения ($15,0 \pm 2,3\%$) встречалось стигматизирующее переживание типа «не такой как все», что свидетельствует о неполной деидентификации больных и достаточных личностных ресурсах совладания, особенно у пациентов с первым эпизодом психоза.

Распределение больных шизофренией с различной длительностью заболевания по степени выраженности негативных симптомов (таблица 3) было следующим: в основной группе количество больных с высокой и средней степенью выраженности негативных симптомов составило 74 человека ($92,5 \pm 1,98\%$), в группе сравнения - 16 ($40,0 \pm 0,89\%$). У пациентов основной группы в структуре дефицитарных расстройств наиболее выраженным был показатель ангедонии-асоциальности ($4,20 \pm 0,39$), в то время как выраженность алогии ($3,39 \pm 0,31$) и абулии-апатии ($3,31 \pm 0,28$) не превышали средней степени. В группе сравнения все негативные симптомы соответствовали легкой степени выраженности (от $2,0 \pm 0,19$ до $2,46 \pm 0,23$). При этом в основной группе 81,7% пациентов с высокой степенью выраженности негативной симптоматики соответствовал высокий или средний уровень самостигматизации.

Таблица 3

Распределение больных шизофренией с различной длительностью заболевания по степени выраженности негативных симптомов

Степень выраженности симптомов	Количество больных		P
	I	II	
Низкая (до 30 баллов)	6 ($7,5 \pm 0,23\%$)	24 ($60,0 \pm 1,2\%$)	<0,01
Средняя (30-60 баллов)	26 ($32,5 \pm 0,71\%$)	12 ($30,0 \pm 0,67\%$)	>0,01
Высокая (свыше 60 баллов)	48 ($60,0 \pm 1,32\%$)	4 ($10,0 \pm 0,29\%$)	<0,01

Примечание: I – основная группа; II – группа сравнения.

В группе сравнения даже при высоких показателях выраженности негативных расстройств высоких показателей СС не обнаруживалось, а у 87,5% больных нерезко выраженным негативным симптомам соответствовали низкие показатели СС.

Общими чертами самостигмы и негативных симптомов у больных шизофренией являются: дефицитарность психического функционирования; феноменологически-структурная близость; сопряженность с нарушениями социальной адаптации; межличностный ракурс расстройств, затрагивающий уровень идентичности личности и составляющие личностного потенциала.

Исследование личностного потенциала, сопряженное с характеристикой нарушений целостности личности больных шизофренией, включало изучение экзистенциальных ресурсов и механизмов совладания со стигмой. Низкому уровню самостигмы вне зависимости от длительности заболевания соответствовал умеренный уровень экзистенциальной исполненности, среднему уровню - тенденция к его значительному снижению. У больных с высоким уровнем СС выявлены статистически достоверно ($p < 0,05$) наиболее низкие значения показателей экзистенциальных ресурсов, соответствующие неисполненности экзистенции.

Показано, что соотношение показателей среднего и низкого уровней изменяется в сторону преобладания показателей, отражающих состояние неисполненной экзистенции, при увеличении длительности заболевания.

По показателям дезинтеграции личности больные распределились следующим образом: у $80,0 \pm 2,11\%$ больных шизофренией после первого психотического эпизода сохраняется целостно-дифференцированный уровень интеграции идентичности. У всех пациентов основной группы наблюдался распад Я-концепции с утратой ценностно-дифференцированных свойств идентичности: у $58,7 \pm 1,52\%$ больных установлен диффузно-фрагментарный (диссоциированный) уровень интеграции идентичности, у $41,3 \pm 0,78\%$ - спутанный уровень или кризис идентичности.

Выявлен достоверно ($p < 0,05$) более высокий уровень ситуативного отчуждения (СО) у больных шизофренией со значительной выраженностью самостигмы в сравнении с пациентами, находящимися на ранних стадиях ее формирования. С наибольшей частотой у больных шизофренией при выраженной степени самостигмы наблюдалось отчуждение в форме нигилизма (34 чел. -

42,5%), у 18 чел. (22,5%) - в форме бессилия, у 28 чел. (35,0%) - в форме вегетативности. Достоверное ($p < 0,05$) преобладание отчуждения от самого себя у больных основной группы ($76,54 \pm 2,36$) подтверждает, что самоотчуждение является одним из главных механизмов деструктивной самоидентификации пациента в процессе его самостигматизации.

Исследование феномена субъективного отчуждения и смылоутраты в структуре дезинтеграции идентичности в процессе формирования самостигмы позволило выделить и описать этапы (стадии) и экзистенциальные механизмы формирования самостигмы у больных шизофренией: 1-2 стадия – «жизнь с болезнью»; 3-4 стадия - нарушение процессов самоидентификации или эмоционально-оценочного отношения к себе; 5-6 стадия - дезинтеграция сформированной идентичности личности.

Динамика уровня интеграции идентичности от целостно-дифференцированного уровня на 1-2 стадии СС ($25,0 \pm 1,21\%$ больных) через диффузно-фрагментарный и спутанный варианты при 3-4 стадии СС ($81,8 \pm 2,4\%$ и $18,2 \pm 0,87\%$ больных соответственно) к кризису идентичности на заключительных стадиях СС ($83,3 \pm 3,1\%$ пациентов) свидетельствует о патогенетической сопряженности самостигматизационных процессов с деструктивными изменениями идентичности личности.

Установлено достоверное ($p < 0,05$) преобладание больных с низкими показателями самоактуализации (от 45,0 до 90,0% по разным шкалам) в основной группе обследованных в сравнении с пациентами группы сравнения (от 17,5 до 42,5%). Сопоставление самоактуализационных профилей у больных шизофренией с различным уровнем самостигмы в сравниваемых группах позволило установить более высокий уровень «включенности в жизнь» у пациентов с невыраженной самостигмой, в то время как больные с сформированной самостигмой обнаруживали низкий уровень самоактуализации или стремления к актуализации собственного потенциала.

При снижении уровня жизнестойкости в обеих группах обследованных больных в группе сравнения определялся достоверно ($p < 0,05$) более высокий

уровень жизнестойкости, чем в основной группе, что позволяет рассматривать жизнестойкость как препятствие возникновению внутреннего напряжения в стрессовых ситуациях за счет успешного совладания с ними. В то же время, низкие показатели жизнестойкости у больных шизофренией с выраженной самостигмой предполагают наличие у них элементов беспомощности, подверженности депрессии и апатии, низкой стрессоустойчивости, уверенности в бесполезности собственных действий, что препятствует формированию эффективных копинг-стратегий.

У больных шизофренией в дебюте заболевания ресурсы «первой и второй линий мобилизации» определялись сочетанием определяющей стратегии самоконтроля ($61,3 \pm 1,1$), продуктивных стратегий принятия ответственности ($54,7 \pm 0,8$), планирования решения проблемы ($57,2 \pm 0,9$), а также неадаптивной стратегии дистанцирования ($52,8 \pm 0,9$), которая обеспечивает снижение субъективной значимости трудноразрешимых ситуаций.

Показатели копинг-стратегий больных сравниваемых групп представлены в таблице 4.

Таблица 4

Показатели копинг-стратегий у больных шизофренией и в нормативной выборке (средние значения в Т-баллах; $M \pm m$)

Шкалы опросника (копинг-стратегии)	Норма	I	II
Конфронтация	$50,7 \pm 0,7$	$72,4 \pm 1,3$	$37,7 \pm 0,5^*$
Дистанцирование	$49,4 \pm 0,6$	$35,6 \pm 0,4$	$52,8 \pm 0,9^*$
Самоконтроль	$63,7 \pm 0,5$	$38,4 \pm 0,4$	$61,3 \pm 1,1^*$
Поиск социальной поддержки	$62,8 \pm 0,6$	$56,0 \pm 0,6$	$38,5 \pm 0,5^*$
Признание ответственности	$62,9 \pm 0,7$	$71,4 \pm 1,1$	$54,7 \pm 0,8^*$
Бегство - избегание	$45,2 \pm 0,5$	$77,8 \pm 1,4$	$39,3 \pm 0,4^*$
Планомерное решение проблемы	$67,8 \pm 0,6$	$36,4 \pm 0,5$	$57,2 \pm 0,9^*$
Положительная переоценка	$56,1 \pm 0,5$	$37,4 \pm 0,5$	$39,4 \pm 0,6^*$

*- различия между основной группой и группой сравнения достоверны при $p < 0,05$.

Ресурсом «первой линии мобилизации» у больных основной группы с выраженным уровнем самостигмы являются гиперактивные (определяющие)

непродуктивные стратегии конфронтации ($72,4 \pm 1,3$) и бегства-избегания ($77,8 \pm 1,4$), а также поиска поддержки ($56,0 \pm 0,6$), которая, хотя и относится к адаптивным, однако содержит в себе возможность формирования инактивной зависимой позиции или чрезмерных ожиданий от окружающих.

В основной группе установлены достоверные ($p < 0,05$) положительные корреляционные связи интегрального показателя жизнестойкости с неадаптивными стратегиями конфронтации, поиска социальной поддержки, принятия ответственности и бегства-избегания, что свидетельствует об инактивирующей роли самостигмы в реализации личностных ресурсов через формирование симптомокомплекса личностной беспомощности.

У больных основной группы выявлено достоверное ($p < 0,05$) снижение показателей социальной поддержки (СП) в сравнении как с нормативными данными, так и с самооценками больных группы сравнения, что свидетельствует о значительной дефицитарности социальной поддержки. Низкий показатель эмоциональной поддержки у больных основной группы ($16,7 \pm 2,9$) в сравнении с аналогичным показателем в группе пациентов с невыраженным уровнем самостигмы ($25,6 \pm 4,64$) достоверно ($p < 0,05$) свидетельствует о низком уровне их включенности в эмоционально значимые социальные отношения. Достоверно ($p < 0,05$) более резкое в сравнении больными, сохранившими свою идентичность, снижение показателя субъективного восприятия СП у больных с выраженной самостигмой (4,0 балла; 33,3%) свидетельствует о том, что СС определяет субъективное ощущение одиночества больных, переживание дефицита эмоциональной вовлеченности со стороны близких людей.

В основу программы превенции и преодоления самостигмы положена концепция дестигматизации как личностного процесса разрушения (обесценивания) стигмы и восстановления идентичности (смысла жизни, ценностных ролей и контроля над своей жизнью). Ее разработка проводилась с учетом субъективного опыта переживания болезни, феноменологических составляющих самостигмы и психологических ресурсов пациента. Содержание и техники ее были направлены на преодоление 4-х феноменов, структурирующих

процесс самостигматизации больных шизофренией: кризиса (дезинтеграции) идентичности, личностной беспомощности, экзистенциальной неисполненности и самоотчуждения (смыслоутраты).

Комплексная целевая личностно-ориентированная психотерапевтическая программа дестигматизации больных шизофренией включала следующие направления: когнитивно-поведенческая терапия, направленная на восстановление идентичности; психокоррекционная техника «разотождествление со стигмой»; атрибутивная терапия (реструктурирование пессимистического стиля атрибутирования); тренинг ассертивного поведения.

При оценке эффективности разработанного антистигматизационного психотерапевтического комплекса в основной группе больных шизофренией было выявлено достоверное ($p < 0,05$) уменьшение проявлений самостигмы как по интегративному показателю (исходный - $114,05 \pm 1,78$, после участия в программе - $79,4 \pm 1,23$), так и по характеру самооценок в личностной ($57,09 \pm 0,54$, после участия в программе - $41,36 \pm 0,31$) и социальной ($55,96 \pm 0,36$, показатель после проведенного лечения - $38,04 \pm 0,28$) сферах. У большинства больных снизилась динамика деструктивных процессов трансформации личности, наблюдалась существенная интеграция личностной идентичности, а также повышение уровня жизнестойкости и снижение уровня отчуждения в отличие группы сравнения, в которой сохранялись тенденции к негативной трансформации идентичности личности и стабильность проявлений самостигмы как результат традиционного терапевтического подхода.

ВЫВОДЫ

1. В диссертационном исследовании представлено теоретическое обоснование и новое решение актуальной научной задачи современной психиатрии – изучение структурно-динамических особенностей и механизмов формирования самостигматизации больных шизофренией и разработка системы ее психотерапевтической коррекции и восстановления идентичности личности у больных шизофренией.

2. Выявлено преобладание среднего и высокого (70,0% пациентов) уровней самостигматизации у больных, длительно страдающих шизофренией, в то время как среди пациентов с первым эпизодом психоза высокий уровень СС не определялся, а средний уровень был у 17,5% пациентов. У пациентов основной группы выявлены четкие проявления негативной трансформации личностной идентичности в сторону формирования самостигмы в отличие от больных с первым эпизодом психоза. Об этом свидетельствуют достоверно ($p < 0,05$) более высокие показатели в личностной ($57,09 \pm 0,54$) и социальной ($56,96 \pm 0,36$) сферах, интегративный показатель СС ($114,05 \pm 0,78$), а также значительные спектр и встречаемость стигматизирующих переживаний.

3. С высоким уровнем достоверности ($p < 0,01$) установлено, что по показателям выраженности отдельных симптомов (алогия, апатия-абулия, ангедония-асоциальность), по сумме баллов глобальных оценок ($65,0 \pm 4,28$) и по общей сумме баллов ($44,24 \pm 3,71$) больные основной группы характеризовались большей выраженностью негативных симптомов, чем пациенты с первым эпизодом заболевания. Сопряженность выраженных негативных симптомов и значительных уровней СС, а также определенное их феноменологическое сходство у больных шизофренией с относительно длительными сроками заболевания, свидетельствуют о существенной роли деструктивных личностных самостигматизационных реакций в формировании шизофренического дефекта.

4. Пациенты с выраженной СС характеризовались достоверным ($p < 0,05$) прогрессирующим снижением экзистенциальных ресурсов, преобладанием абсолютного отчуждения (72,5% - 86,2%) с формированием диффузно-фрагментарного уровня интеграции идентичности ($58,7 \pm 1,52\%$ больных) вплоть до спутанного уровня или кризиса идентичности ($41,3 \pm 0,78\%$ обследованных).

Обосновано, что в основе формирования стигмы у больных шизофренией лежит процесс дезинтеграции идентичности личности со снижением уровня экзистенциальной исполненности и отчуждением, глубина которых нарастает по мере увеличения длительности заболевания. При этом значительный уровень

самостигмы и дезинтеграции идентичности наблюдаются уже в первые годы после первого психотического эпизода шизофрении.

Исследование экзистенциальных механизмов самостигматизации больных шизофренией позволило описать этапы (стадии) формирования самостигмы: 1-2 стадия – «жизнь с болезнью»; 3-4 стадия – нарушение процессов самоидентификации или эмоционально-оценочного отношения к себе; 5-6 стадия – дезинтеграция сформированной идентичности личности.

5. У больных, длительно страдающих шизофренией и имеющих выраженную самостигму, показатели самоактуализации (у 45,0-90,0% пациентов) и жизнестойкости ($40,36 \pm 0,72$) были достоверно ($p < 0,05$) ниже, чем у больных группы сравнения. Как следствие, эти больные использовали менее продуктивные копинг-стратегии конфронтации ($72,4 \pm 1,3$), бегства-избегания ($77,8 \pm 1,4$), поиска поддержки ($56,0 \pm 0,6$), что свидетельствует об их низкой адаптивной способности, в отличие от пациентов с первым эпизодом психоза, имевших более высокие показатели самоактуализации (в 17,5 – 42,5% случаев), жизнестойкости ($50,42 \pm 0,83$) и более разнообразный репертуар используемых копинг-стратегий (самоконтроля ($61,3 \pm 1,1$), принятия ответственности ($54,7 \pm 0,8$), планирования решения проблемы ($57,2 \pm 0,9$), дистанцирования ($52,8 \pm 0,9$)). Доказано, что чем выше показатели ресурсных возможностей личности, тем эффективнее противостояние самостигматизации.

Установлено, что недостаточность ресурсов позитивного социального окружения и удовлетворенности от полученной поддержки является одним из важнейших факторов формирования самостигмы и маргинализации больных шизофренией.

7. Разработана система психологической коррекции самостигмы и восстановления идентичности личности у больных шизофренией, направленная на преодоление дезинтеграции идентичности, личностной беспомощности, экзистенциальной неисполненности и самоотчуждения как основных феноменов, структурирующих процесс СС больных шизофренией, с помощью ресурсов личностного потенциала и социальной поддержки. Основные направления

программы: когнитивно-поведенческая терапия; психокоррекционная техника «разотождествления со стигмой»; атрибутивная терапия с реструктурированием пессимистического стиля атрибутирования; тренинг ассертивного поведения.

В группе пациентов, включенных в программу дестигматизации, достигнуто ($p < 0,05$): улучшение общеклинического состояния больных; положительная динамика негативных симптомов в сферах глобальных оценок ангедонии-асоциальности, алогии, абулии-апатии; уменьшение проявлений самостигмы как по интегральному показателю, так и по характеру самооценок в личностной и социальной сферах; снижение динамики деструктивных процессов трансформации личности; повышение уровня жизнестойкости; снижение уровня отчуждения.

Практические рекомендации. Использование личностно-ориентированного дестигматизационного психотерапевтического комплекса, направленного на преодоление основных феноменов самостигмы и восстановление идентичности личности больных шизофренией, может быть рекомендовано в комплексе мероприятий психо-социальной реабилитации в специализированных лечебно-профилактических учреждениях, что будет способствовать интеграции больных в сообщество, их адаптации к требованиям социального окружения, расширению их полномочий и, соответственно, уменьшит вероятность рецидивов и прогрессирования заболевания.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Личностно-ориентированная психиатрия: ценностно-гуманистические подходы [Текст] / В.А. Абрамов, О.И. Лихолетова, Г.Г. Путятин, М.А. Шелестова, В.Ал. Абрамов // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2012. – № 4(31). – С. 5-16. *(Диссертант выполнил анализ данных, подготовил статью).*

2. Антистигматизационные подходы к оказанию психиатрической помощи [Текст] / В.А. Абрамов, Г.Г. Путятин, О.К. Малтапар, М.А. Шелестова, А.А. Бойченко, В.Ал. Абрамов // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2013. – № 1(32). – С. 88-95. *(Диссертант выполнил анализ данных, подготовил статью).*

3. Малтапар, О.К., Абрамов, В.Ал. Особенности уровня эмпатийных тенденций у больных шизофренией в условиях долговременной изоляции и социальной депривации [Текст] / О.К. Малтапар, В.Ал. Абрамов // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2014. – № 1(33). – С. 58-63. *(Автором сформулированы цели и задачи исследования, проведен анализ полученных результатов, подготовка статьи в печать).*

4. Малтапар, О.К., Абрамов, В.Ал. Особенности нервно-психической напряженности и механизмов психологической защиты у больных шизофренией в условиях долговременной принудительной изоляции и многоаспектной депривации [Текст] / О.К. Малтапар, В.Ал. Абрамов // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2014. – №2(34). – С. 34-46. *(Диссертантом сформулированы цели и задачи исследования, проведен анализ полученных результатов, подготовка статьи в печать).*

5. Методологические основы личностно-ориентированной психиатрической помощи больным шизофренией и шизофреническими психозами [Текст] / О.И. Лихолетова, В.А. Абрамов, Г.Г. Путятин, А.А. Бойченко, В.Ал. Абрамов // Организационно-правовые аспекты оказания психиатрической помощи: материалы республиканской научно-практической конференции. – Минск, 2013. – С.40-42. *(Диссертант выполнил анализ данных, подготовил тезисы).*

6. Абрамов, В.Ал. Особенности само-стигмы у больных шизофренией [Текст] / В.Ал. Абрамов // Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины: программа и материалы 77-ой международной научно-практической конференции молодых ученых. – Донецк, 2015. – С.79.

7. Абрамов, В.А. Восстановление интегративных функций личности как критерий функционального выздоровления при психических расстройствах [Текст] / В.А. Абрамов, С.Р. Коваленко, В.Ал. Абрамов // Инновационные здоровьесохраняющие технологии в повышении качества жизни: материалы конференции. – Донецк, 2015. – С.23-27. *(Диссертант выполнил анализ данных, подготовил тезисы).*

8. Абрамов, В.А., Абрамов, В.Ал. Соотношение уровней самостигматизации и негативных психопатологических симптомов у больных шизофренией с различной длительностью заболевания [Текст] / В.А. Абрамов, В.Ал. Абрамов // Бехтеревские чтения. Актуальные вопросы психиатрии: материалы Всероссийской конференции с международным участием. – Киров, 2016. – С.25-26. *(Диссертант выполнил анализ данных, подготовил тезисы)*.

9. Абрамов, В.А., Абрамов, В.Ал. Тренинг ассертивного поведения как метод преодоления самостигмы у больных шизофренией [Текст] / В.А. Абрамов, В.Ал. Абрамов // I Муратовские чтения. Медицинский подход: комплексность, интеграция, взаимодействие: материалы региональной научно-практической конференции по психиатрии, посвященной памяти профессора И.Д. Муратовой. – Архангельск, 2016. – С. 12-14. *(Диссертант выполнил анализ данных, подготовил тезисы)*.

10. Абрамов, В.А., Абрамов, В.Ал. Дезинтеграционно-кризисные особенности идентичности личности у больных шизофренией с различной длительностью заболевания [Текст] / В.А. Абрамов, В.Ал. Абрамов // XX Клинические павловские чтения. Кризисные состояния: современные подходы к оказанию специализированной медицинской помощи: сборник научных статей. – Санкт-Петербург, 2016. – С.17-21. *(Диссертант выполнил анализ данных, подготовил тезисы)*.

11. Абрамов, В.Ал. Роль механизмов саморегуляции в формировании самостигмы у больных шизофренией [Текст] / В.Ал. Абрамов // Здоровье как предмет комплексного междисциплинарного исследования: материалы международной научно-практической конференции. – Луганск, 2017. – С.4.

12. Абрамов, В.Ал., Ковалева, К.В. Особенности самостигматизации у больных шизофренией с различной длительностью заболевания [Текст] / В.Ал. Абрамов, К.В. Ковалева // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2017. – №3(39). – С. 85-86. *(Диссертант выполнил анализ данных, подготовил тезисы)*.

13. Абрамов, В.Ал., Голоденко, О.Н. Влияние жизнестойкости на формирование самостигматизации у больных шизофренией [Текст] / В.Ал. Абрамов, О.Н. Голоденко // Наука побеждать...болезнь: материалы II международного медицинского форума. – Донецк, 2018. – С.16-17. *(Автором сформулированы цели и задачи исследования, проведен анализ полученных результатов, подготовка тезисов в печать).*

14. Абрамов, В.Ал. Эффективность психологической коррекции самостигмы у больных шизофренией [Текст] / В.Ал. Абрамов // Технологии восстановительной медицины в военное и мирное время: материалы конференции. – Донецк, 2015. – С.12-19.

15. Абрамов, В.Ал. Особенности дезинтеграции личности в процессе формирования самостигмы у больных шизофренией [Текст] / В.Ал. Абрамов // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2016. - №1(35). – С. 28-39.

16. Абрамов, В.Ал. Феномен самостигматизации (личностной стигмы, самостигмы) у больных шизофренией как психосоциальная проблема [Текст] / В.Ал. Абрамов // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2016. – №1(35). – С. 63-70.

17. Абрамов, В.Ал. Стигматизация и самостигматизация больных шизофренией как приоритетная проблема психиатрии [Текст] / В.Ал. Абрамов // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2016. – №2(36). – С. 56-61.

18. Абрамов, В.Ал. Соотношение уровней самостигматизации и негативных психопатологических симптомов у больных шизофренией с различной длительностью заболевания [Текст] / В.Ал. Абрамов // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2017. – №1(37). – С. 52-58.

19. Особенности интеграции идентичности у больных шизофренией с различной длительностью заболевания [Текст] / И.В. Жигулина, В.Ал. Абрамов, И.Н. Левчук, Н.Н. Кравцов, И.В. Осокор // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2017. - №2(38). – С. 12-17. *(Автором сформулированы цели и задачи исследования, проведен анализ полученных результатов, подготовка статьи в печать).*

20. Абрамов, В.А. Стигматизационное структурирование субъективного жизненного пространства личности у больных шизофренией [Текст] / В.А. Абрамов, О.Н. Голоденко, В.Ал. Абрамов // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2017. – №3(39). – С. 5-13. *(Автором сформулированы цели и задачи исследования, проведен анализ полученных результатов, подготовка статьи в печать).*

21. Роль механизмов саморегуляции в формировании самостигмы у больных шизофренией [Текст] / В.Ал. Абрамов, И.В. Жигулина, К.В. Ковалева, Я.В. Калус // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2017. – №3(39). – С. 28-36. *(Автором сформулированы цели и задачи исследования, проведен анализ полученных результатов, подготовка статьи в печать).*

22. Шизофрения, стигма, я. Монография [Текст] / В.А. Абрамов, А.В. Абрамов, И.В. Жигулина, В.Ал. Абрамов // Донецк. – 2016 – 432с. *(Главы 3-5, подготовил монографию в печать).*

23. Модификация суггестивной психотерапии с использованием образно-метафорической формы подачи информации [Текст] / В.А. Абрамов, В.Ал. Абрамов, М.А. Соловьева // рационализаторское предложение признано рационализаторским с 15.03.2016 г. и зарегистрировано в журнале регистрации рационализаторских предложений под № 6118.

24. Способ улучшения адаптации личности путем отработки ее бессознательных сценарных установок [Текст] / В.А. Абрамов, В.Ал. Абрамов, М.А. Соловьева // рационализаторское предложение признано рационализаторским с 15.03.2016 г. и зарегистрировано в журнале регистрации рационализаторских предложений под № 6119.