

*На правах рукописи*



**Ерзин Александр Игоревич**

**ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ ПРОАКТИВНОСТИ  
У БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ ШИЗОФРЕНИИ**

19.00.04 – Медицинская психология  
(психологические науки)

**АВТОРЕФЕРАТ**  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата психологических наук

Москва – 2016

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Оренбургский государственный университет»

Научный руководитель: **Епанчинцева Галина Александровна** – доктор психологических наук, доцент; профессор кафедры общей психологии и психологии личности ФГБОУ ВО «ОГУ»

Официальные оппоненты: **Сирота Наталья Александровна** – доктор медицинских наук, профессор; декан факультета клинической психологии, заведующий кафедрой клинической психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова»

**Рупчев Георгий Евгеньевич** – кандидат психологических наук; старший научный сотрудник кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова»

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное учреждение «**Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского**»

Защита состоится \_\_\_\_ 201\_ года в \_\_.00 на заседании диссертационного совета Д 501.001.15 в ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова» по адресу: 125009, г. Москва, улица Моховая, дом 11, строение 9, аудитория 215.

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке МГУ имени М.В. Ломоносова (Москва, Ломоносовский просп., 27); на сайте МГУ (<http://www.psy.msu.ru/science/autoref/index.html>) и на сайте Научно-консультативного совета РПО и РАО (<http://www.psy-sciencecouncil.ru/>)

Автореферат разослан \_\_\_\_\_ года.

Ученый секретарь  
диссертационного совета Д 501.001.15,  
кандидат психологических наук,  
доцент



И.В. Плужников

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность исследования.** Проблема личностных факторов психической патологии является традиционной для патопсихологии и психиатрии (Зейгарник Б.В., 1986; Тхостов А.Ш., 1998; Зинченко Ю.П., 2003; Гаранян Н.Г., 2010; Чистопольская К.А, Ениколопов С.Н., 2013). Осмысление этиопатогенетических механизмов развития психических расстройств через призму личности, ее установок, отношений, воззрений и паттернов реагирования осуществлялось на протяжении всего развития клинической психологии и в рамках большинства существующих психологических концепций. С возникновением позитивной психологии (Селигман М., 2006; Леонтьев Д.А., 2005, 2007, 2011; Deci E.L. et al., 2012; Чиксентмихайи М., 2013) формируется новый этап переосмысления теоретико-методологических позиций относительно роли личности и ее протективных факторов в профилактике, лечении и реабилитации людей с психическими расстройствами.

Современными исследователями (Aspinwall L.G., Taylor S.E., 1997; Greenglass E., 2002; Kahana E. et al., 2005; Parker et al., 2006; Старченкова Е.С., 2008) проактивность, наряду с такими психологическими конструктами, как жизнестойкость, резилентность, самоэффективность, рассматривается как протективный личностный фактор. Концепт проактивности, используемый первоначально В. Франклом (Frankl V., 1959), на сегодняшний день привлекает внимание специалистов в области психического здоровья как важное условие адаптивности и совершенного функционирования. Франкл полагал, что для проактивной личности характерна, прежде всего, способность делать осознанный выбор из возможных альтернативных поведенческих реакций на ту или иную ситуацию и нести ответственность за свои поступки.

Как показывает анализ научной литературы, проактивность в клинической психологии остается недостаточно изученной. Отсутствует единое определение проактивности. В клинико-психологических исследованиях в основном затрагиваются отдельные личностные факторы патогенеза, которые можно рассматривать как включенные в феномен проактивности: саморегуляция и

рефлексия (Зейгарник Б.В., Холмогорова А.Б., Мазур Е.С., 1989); антиципация (Ничипоренко Н.П., Менделевич В.Д., 2006); субъективный контроль (Любарский В.В., 2007; Прыгина И.Л., Прыгин Г.С., 2010); ценностные и смысложизненные ориентации (Витюткина Т.А., 2010; Леонтьева Е.М., Головина О.Е., 2013) и т.д.

В последние годы растет интерес ученых к изучению особенностей проактивности и ее личностных детерминант при расстройствах шизофренического спектра (Yanos P.T. et al., 2007; Сирота Н.А., Ярославская М.А., 2014; Rocha N. et al., 2014). Как известно, шизофрения является одним из самых тяжелых, инвалидизирующих психических заболеваний, лечение которого сталкивается со множеством трудностей. Клинический опыт показывает, что наибольшую сложность в лечении и реабилитации больных шизофренией представляют не столько психотические состояния, грубо дезорганизующие деятельность, сколько выраженные негативные изменения в форме мотивационных и волевых дефектов (Семенова Н.Д., 2012; Фурсов Б.Б., 2012); когнитивных дисфункций (Поляков Ю.Ф., 1974; Холмогорова А. Б. с соавт., 2007; Алексеев А. А. с соавт., 2012; Lysaker P.H. et al., 2015); нарушений социального познания и эмоционального интеллекта (Плужников И. В., 2009; Стефаненко Е. А. с соавт., 2014); деструктивных поведенческих проявлений в состоянии ремиссии (Кузнецова О.О., 2007).

Негативная симптоматика связана с нарушениями социального функционирования при шизофрении (Холмогорова А.Б. с соавт., 2007; Лоскутова В.А., 2009; Левикова Е. В., 2010). Эти нарушения часто понимаются как следствие недостаточной целенаправленной активности личности (Курек Н. С., 1996). Сохранные звенья проактивности можно рассматривать в качестве протективных личностных ресурсов относительно развития шизофренического дефекта, а их использование в психологической коррекции и реабилитации формирует новый взгляд на лечение шизофрении, предположительно, способствуя ресоциализации и реинтеграции пациентов.

Таким образом, проблемы, связанные с отсутствием операционализации и концептуализации конструкта «проактивность» в патопсихологии, требуют эмпирического обоснования. Мы убеждены, что особенно важно выявлять дефицитарность проактивности в качестве фактора риска нарушений психического здоровья и адаптации. Раннее распознавание признаков психического заболевания, несомненно, представляет большую практическую ценность и, на наш взгляд, должно включать в себя изучение личностных факторов проактивности. Актуальность данной работы заключается в изучении роли личностных факторов проактивности в социальном функционировании и реабилитации больных шизофренией.

**Проактивность** рассматривается в диссертации как метафеномен, основанный на личностных факторах (саморефлексия, антиципация, интернальность, спонтанность, метамотивация) и проявляющийся в особом поведенческом стиле, включающем в себя прогнозирование ситуаций, готовность брать под контроль обстоятельства жизни, инициативность и упорство в достижении отдаленных во времени целей.

**Цель исследования** – изучить когнитивные, мотивационные и ценностно-смысловые факторы проактивности у больных шизофренией.

**Объект исследования:** динамика нарушений психической активности при шизофрении.

**Предмет исследования:** личностные факторы проактивности у пациентов, перенесших первый психотический приступ шизофрении.

В диссертации решались следующие **задачи**:

1. Операционализация понятия проактивности в клинической психологии.
2. Разработка и апробация на основе операционализированного понятия эмпирической методики, направленной на изучение проактивности.
3. Определение когнитивных, мотивационных и ценностно-смысловых факторов проактивности у больных шизофренией.
4. Разработка типологии вариантов дефицитарности проактивности при шизофрении.

5. Анализ связи компонентов проактивности с клиническими особенностями заболевания и нарушениями социального функционирования.

6. Апробация психокоррекционной программы, ориентированной на развитие личностных факторов проактивности, и анализ ее влияния на социальное функционирование и ремиссию у больных шизофренией.

**Гипотезы исследования:**

*Гипотеза 1:* Личностный конструкт «проактивность» имеет сложную психологическую структуру, включающую в себя когнитивные (саморефлексия, антиципация, стратегическое планирование), мотивационно-волевые (субъективный контроль, метапотребности) и ценностно-смысловые звенья.

*Гипотеза 2:* Дефицитарность личностных факторов проактивности при шизофрении может носить как тотальный, так и мозаичный характер, который в значительной мере зависит от выраженности симптомов заболевания.

*Гипотеза 3:* Использование сохранных звеньев проактивности как протективных факторов личности в процессе психокоррекции и реабилитации больных шизофренией положительно влияет на общее состояние пациентов, продолжительность и качество ремиссии.

**Теоретико-методологической основой исследования** послужила экзистенциально-гуманистическая парадигма (В. Франкл, К. Роджерс, А. Маслоу и др.) и теория самодетерминации, представленная в позитивной психологии (Д.А. Леонтьев, Т.О. Гордеева, М. Csikszentmihalyi, E.L. Deci, R.M. Ryan, M. Seligman и др.); теоретические и эмпирические работы L.G. Aspinwall, S.E. Taylor, E. Greenglass, R. Schwarzer, S. Taubert, S. Hobfoll, Е.С. Старченковой и др., в которых проактивность рассматривается с позиции когнитивных способностей, позволяющих прогнозировать жизненные обстоятельства и избирать наиболее эффективные стратегии совладания с ними.

**Характеристика выборки.** Основную выборку исследования составили 79 больных шизофренией (код F20.01 по МКБ-10). Средний возраст респондентов данной группы составил  $23,1 \pm 2,1$  лет. В выборку вошло 49 мужчин и 30 женщин. Все пациенты соответствовали критериям первого психотического

эпизода (Цуцельковская М.Я. с соавт., 1986; McGorry P.D., Allott K., Jackson H.J., 2009; Шмуклер А.Б., 2011; Бархатова А.Н., 2016). На этапе апробации методики «Проактивное поведение» изучались различные группы респондентов, включая 90 условно здоровых лиц; 21 пациент с ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией; 40 больных депрессией с различными показателями суицидального риска; 25 человек, страдающих шизофренией; 22 больных алкоголизмом; 25 наркозависимых лиц.

В качестве основного **метода исследования** выбран психометрический метод. Он дополнялся клинико-психологическими и экспериментально-психологическими методами. Методический аппарат исследования включает следующие психодиагностические **методики**:

- *для изучения особенностей проактивности*: авторская методика «Проактивное поведение»; методика «Проактивное совладающее поведение» (E. Greenglass, R. Schwarzer, S. Taubert) в адаптации Е.С. Старченковой;

- *для изучения когнитивных процессов*: методики патопсихологического исследования памяти, внимания, мышления (Рубинштейн С.Я., 2010; Зейгарник Б.В., 2015);

- *проективные тесты*: тест Роршаха (Б.И. Белый, Е.Т. Соколова); тематический апперцептивный тест (Н. Murray, С. Morgan, Д.А. Леонтьев); Hand-тест (E. Wagner);

- *для исследования осмысленности жизни пациентов*: методика «Смысложизненные ориентации» (J. Crumbaugh и L. Maholick) в адаптации Д.А. Леонтьева;

- *клинические шкалы*: Шкала оценки негативных симптомов (Negative Symptom Assessment [NSA-16]), Шкала глобальной оценки функционирования (Global Assessment of Functioning Scale [GAF]), Шкала личностного и социального функционирования (Personal and Social Performance Scale [PSP]), Шкала общего клинического впечатления об улучшении состояния (Clinical Global Impression Improvement [CGI-I]).

Математико-статистический аппарат включает в себя описательные статистики, частотный анализ, U-критерий Манна-Уитни, корреляционный и регрессионный анализы, T-критерий Уилкоксона, моделирование структурными уравнениями.

**Научная новизна работы.** Впервые с опорой на положения гуманистического и позитивного направлений в психологии представлена феноменология проактивности, обобщены ее ведущие критерии и параметры. Показана роль этого поведенческого стиля в сохранении психического здоровья.

В диссертации обоснован и успешно апробирован психодиагностический клиничко-психологический комплекс изучения личностных факторов проактивности. В сочетании с клиническими шкалами и экспертной оценкой он позволил уточнить роль личностных факторов проактивности в нарушении социального функционирования больных шизофренией, выделить основные варианты дефицитарности проактивности при данном заболевании, оценить динамику отдельных компонентов проактивности в процессе психологической коррекции.

Разработан и валидизирован новый психодиагностический инструмент, позволяющий определить уровень проактивности, выявить ведущие личностные факторы проактивности, установить доминирующий тип ее направленности. Методика способна определять количественные различия в структуре личностных детерминант проактивности у лиц с разными формами психической патологии.

Впервые проведено эмпирическое исследование личностных факторов проактивности при шизофрении. Оценена роль когнитивных, мотивационных и смысловых факторов проактивности при данном заболевании. Уточнено, что когнитивные функции играют решающее значение в формировании таких компонентов проактивности, как осознанность действий, прогнозирование грядущих событий и стратегическое планирование. Мотивационные факторы связаны с направленностью проактивного поведения (просоциальной / антисоциальной), они определяют успешность и интенсивность использования



стратегий проактивности. Ценностно-смысловые факторы связаны с процессом рефлексивного анализа собственной жизни, временной перспективы, постановки отдаленных во времени целей.

Выделены обобщенные варианты дефицитарности и нарушения проактивности при шизофрении, которые в зависимости от тяжести клинических проявлений болезни могут носить тотальный или мозаичный характер.

Показана связь дефицитарности проактивности и нарушений в различных сферах социального функционирования пациентов, выраженности клинических проявлений (негативных симптомов), склонности к открытому агрессивному поведению.

Впервые доказана психотерапевтическая эффективность модели психокоррекции, основанной на интеграции техник когнитивно-поведенческой и гуманистической психотерапии, направленной на развитие личностных факторов проактивности больных с первым эпизодом шизофрении.

**Теоретическая значимость работы.** На основе современных научных данных обобщены критерии проактивности в психологии личности и патопсихологии. Проведенное исследование позволяет расширить представления об этом феномене при психической патологии; выделить психологические факторы, способствующие видоизменению паттернов проактивности при шизофрении в процессе психокоррекции.

Результаты исследования вносят вклад в понимание проактивности как важного поведенческого стиля, способствующего социальной интеграции, более эффективному совладанию со стрессовыми событиями, постановке долгосрочных целей, достижению психологического благополучия.

Материалы исследования обеспечивают предпосылки для синтеза взглядов позитивного и когнитивно-поведенческого направлений, формируя более целостное и многостороннее представление о нарушениях личности и ее функционирования в клинической психологии.

**Практическая значимость работы.** Результаты, полученные в ходе исследования, могут быть применены в клинико-психологической диагностике больных с первым эпизодом шизофрении. Психодиагностический комплекс изучения личностных факторов проактивности может быть использован психологами в экспертной работе и дифференциальной диагностике. Полученные данные о сохранных и дефицитарных звеньях проактивности могут применяться для выбора психокоррекционных и реабилитационных технологий.

На основе модификации техник когнитивно-поведенческой и гуманистической психотерапии разработана и апробирована психокоррекционная программа, направленная на развитие личностных факторов проактивности при первом психотическом эпизоде шизофрении. Данная программа может быть использована в качестве способа организации психологической работы с больными шизофренией, который способствует улучшению социального функционирования, увеличению продолжительности и качества ремиссии.

#### **Положения, выносимые на защиту:**

1. Проактивность является сложным метафеноменом, основанным на когнитивных, мотивационных и ценностно-смысловых факторах. В норме проактивность является распространенной стратегией поведения, которая включает в себя два ведущих компонента: направленность в будущее и инициативное воздействие на социальное окружение. Лица с психической патологией значительно реже прибегают к использованию паттернов проактивности; наиболее выражена дефицитарность проактивности при шизофрении.

2. Снижение проактивности у больных шизофренией связано с когнитивными дисфункциями (прежде всего, саморефлексия, антиципация, прогнозирование), мотивационно-волевыми дефектами и нарушениями смысложизненных ориентаций. Совокупность этих негативных изменений ведет к редукции таких компонентов проактивности, как предупреждение стрессовых

ситуаций, долгосрочное планирование, инициативность, автономия в принятии решений.

3. Выделяются два основных варианта дефицитарности проактивности при шизофрении. Первый, наиболее неблагоприятный вариант, составляют нарушения в форме тотального снижения инициативности, саморефлексии, целеполагания и антиципации, метамотивации и интернальности. Второй вариант, носящий более мозаичный характер, описывается нарушениями проактивности в форме постановки нереалистичных целей и выбора контрпродуктивных смыслов жизни, выраженного снижения критичности в сочетании с более высокой по сравнению с нормой тенденцией к метамотивационной направленности.

4. Личностные факторы проактивности следует рассматривать как важные протективные образования и, следовательно, как мишени психокоррекционной работы и реабилитационного процесса. Проактивность в ходе психологической коррекции подвержена изменениям, что ведет к улучшению общего состояния, социального функционирования и увеличению продолжительности ремиссии пациентов.

**Достоверность полученных результатов и обоснованность выводов** обеспечены использованием взаимодополняющих методов и методик, адекватных целям и задачам исследования; достаточно большим числом наблюдений; сочетанием качественного анализа и статистической обработки данных.

**Апробация результатов работы.** Основные результаты диссертационного исследования обсуждались на заседаниях кафедры общей психологии и психологии личности Оренбургского государственного университета, кафедры клинической психологии и психотерапии Оренбургского государственного медицинского университета, кафедры нейро- и патопсихологии Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова. Материалы работы докладывались на всероссийских и международных конференциях (Курск, 2012; Казань, 2012; Москва, 2012, 2013, 2014, 2015; Уфа, 2013; Оренбург, 2013, 2015;

Ярославль, 2014; Суздаль, 2015; Казань, 2015). Основные результаты исследования изложены в 24 публикациях, из них 14 статей в научных изданиях, рекомендованных ВАК при Минобрнауки России.

**Структура и объем работы.** Диссертация состоит из введения, 2 частей, 6 глав, заключения, выводов, списка литературы, включающего 198 источников (100 на русском и 98 на английском языках), 3 приложения. Основной текст диссертационного исследования изложен на 151 странице. Работа иллюстрирована 22 рисунками и 31 таблицей.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во **Введении** обосновывается актуальность исследования; сформулированы цель, предмет и объект, гипотезы и задачи исследования; раскрыты теоретико-методологические основания работы; дана сжатая характеристика методов и методик исследования; представлены положения, выносимые на защиту.

**Часть 1 «Проактивность как психологический феномен: дефиниции, современные модели, связь с психическим здоровьем»** посвящена теоретико-методологическим основам изучения проактивности в психологии.

В **Главе 1 «Проблема проактивности в психологии»** описано современное состояние проблемы проактивности в психологии.

В **параграфе 1.1 «Операционализация конструкта»** представлена авторская операционализация понятия проактивности на основе ретроспективного анализа истории развития этого конструкта в различных областях психологической науки. Отмечается, что в существующих определениях термина «проактивность» выделяется два основных элемента: процесс предвидения будущего исхода ситуации (антиципация, прогнозирование, превентивное реагирование) и способность вызывать изменения в социальном окружении.

В **параграфе 1.2 «Проблема свободы воли в философии как теоретическая предпосылка проблемы проактивности»** освещается проблема диссертационного исследования с позиции различных философских учений. Показано, что корни философского понимания проактивности связаны с категорией свободы

человека, рассматриваемой в двух противопоставленных друг другу подходах: фатализм (представленный в учении стоиков, работах Б. Спинозы, И. Канта и др.) и волюнтаризм (И. Фихте, Ф. Шеллинг, А. Шопенгауэр, Ф. Ницше и др.). Феноменологические концепции (Э. Гуссерль, М. Хайдеггер, Ж.-П. Сартр, К. Ясперс и др.) рассматривают человека как активного субъекта, наделенного свободой выбора.

**В параграфе 1.3** «Исследования проактивности в современной зарубежной психологии» представлено описание феномена проактивности в современных психологических исследованиях. Отмечается, что проблема подробно освещена в социальной (организационной) психологии (Grant A.M., Ashford S. J., 2008; Griffin M.A., Parker S.K., Mason C.M., 2010; Parker S.K., Collins C.G., 2010; Walumbwa F.O., Hartnell C.A., Oke, A., 2010 и мн. др.). В этой области под проактивностью понимается инициативное поведение работников организации, ориентированное на инновации и подготовку к возможным проблемным ситуациям. Описана роль объективных (организационный климат, возраст, пол, этническая принадлежность и пр.) и субъективных (когнитивные процессы, мотивы, эмоции, способности, лидерский стиль и пр.) детерминант проактивности.

**В параграфе 1.4** «Предпосылки теоретического осмысления феномена проактивности в отечественной психологии» уточнено, что, хотя категория «проактивность» для отечественной психологии является относительно новой, отдельные личностные компоненты, составляющие основу данного конструкта, в современных исследованиях представлены достаточно широко. Показано соотношение понятия «проактивность» с традиционными для российской психологии концептами «внутренний потенциал», «внутренняя позиция», «совладающее поведение» (Д.А. Леонтьев, Л.И. Божович, Е.С. Старченкова).

**В параграфе 1.5** «Критерии и параметры проактивности» представлены обобщенные автором критерии и параметры проактивности здоровой личности. Выделено 18 параметров, определяющих степень проактивности. В целях сравнения приведен список критериев реактивного (направленного на

приспособление) поведения. На основе выделенных параметров прослеживаются концептуальные различия между проактивными и реактивными моделями поведения человека.

**Глава 2 «Проактивность и психическое здоровье»** содержит описание современных психологических исследований, иллюстрирующих роль проактивности и ее личностных факторов в психическом здоровье.

В **параграфе 2.1 «Проактивное совладание со стрессом»** представлен обзор современной литературы по проблеме проактивного копинг-поведения. Описаны основные типы проактивных стратегий совладания со стрессом.

В **параграфе 2.2 «Роль проактивности в сохранении здоровья»** рассматриваются современные исследования роли проактивности в сохранении психического здоровья.

В **параграфе 2.3 «Особенности проактивного совладающего поведения при психической патологии»** приводятся данные об использовании проактивных копинг-стратегий лицами, страдающими психической патологией. Ряд исследований (Yanos P.T. et al., 2001, 2007; Rocha N. et al., 2009, 2014; Сирота Н.А., Ярославская М.А., 2014) показывает, что недостаточное обращение к проактивным копинг-стратегиям может тесно коррелировать с выраженностью психопатологической симптоматики. Отмечается, что на данный момент в литературе отсутствует систематический обзор исследований по теме проактивного совладающего поведения при психических расстройствах.

**Параграф 2.4 «Соотношение дефицита проактивности с другими клиническими феноменами при шизофрении»** включает в себя содержательный анализ соотношения концепта проактивности и ее дефицитарности с общепринятыми в психиатрии и патопсихологии, сходными по ряду параметров клиническими феноменами при шизофрении, такими как снижение психической активности, редукция энергетического потенциала, нарушения целенаправленности поведения и социального взаимодействия.

**Часть 2 «Эмпирическое исследование личностных факторов проактивности при первом эпизоде шизофрении»** включает в себя результаты собственного исследования.

В **Главе 3 «Организация и методы исследования»** представлены постановка проблемы, основные гипотезы, описаны использованные методы и методики с обоснованием их выбора, дана характеристика участников исследования. Приведены критерии включения респондентов в выборку.

В **Главе 4 «Результаты исследования личностных факторов проактивности у больных шизофренией»** представлены полученные автором эмпирические данные.

В **параграфе 4.1 «Разработка и апробация опросника “Проактивное поведение”»** описаны основные этапы разработки и результаты апробации авторского опросника «Проактивное поведение». Всего в апробации новой психодиагностической методики приняло участие 223 человека. Проведен анализ основных психометрических показателей методики, таких как гомогенность, тест-ретестовая надежность и эмпирическая валидность. В таблице 1 представлены результаты оценки тест-ретестовой надежности опросника.

Таблица 1.

Оценка устойчивости результатов теста на основе корреляционного анализа

<b>Шкалы методики</b>	<b>Коэффициент корреляции r</b>
Осознанность действий	.79
Прогнозирование последствий поведения	.76
Внутренний локус контроля	.80
Спонтанность	.69
Автономия в принятии решений	.67
Метамотивация	.75
Внутренняя детерминация поведения	.81
Конструктивная проактивность	.85
Деструктивная проактивность	.77
<b>Индекс проактивности</b>	<b>.82</b>

С помощью статистического анализа данных выявлены значимые различия по ряду субшкал опросника между группами респондентов. Результаты,

полученные на данном этапе, свидетельствуют о том, что проактивность, ее компоненты количественно и качественно различаются в группе здоровых лиц, у больных депрессией, шизофренией, алкогольной и наркозависимостью. По общему показателю проактивности наименьшие баллы набрали больные шизофренией и пациенты наркологического диспансера.

Эмпирическая валидность методики измерялась посредством сравнения результатов опросника с данными методики «Проактивное совладающее поведение». Коэффициент корреляции (0.67), полученный в результате анализа, свидетельствует об умеренной связи между результатами обеих методик. Это указывает на то, что методика «Проактивное поведение» обладает высокими показателями валидности, но, с другой стороны, конструкт проактивности не сводим лишь к стратегиями стресс-преодолевающего поведения.

В параграфе 4.2 «Особенности личностной детерминации проактивности у больных шизофренией» представлены результаты исследования больных шизофренией с использованием авторской методики. В таблице 2 приведены данные описательной статистики по основным субшкалам опросника

Таблица 2.

Описательная статистика личностных компонентов проактивности в обследованной выборке

Шкалы	Min	Max	M	SD
Осознанность действий	16	40	21.72	5.167
Прогнозирование последствий поведения	10	40	22.35	4.452
Внутренний локус контроля	22	39	26.75	2.815
Спонтанность	15	39	21.00	3.674
Автономия в принятии решений	19	40	23.19	3.675
Метамотивация	25	39	34.32	2.898
Внутренняя детерминация поведения	27	37	32.65	2.202
<b>Индекс проактивности</b>	155	266	181.19	18.067

Оказалось, что наименее развитыми личностными факторами проактивности в основной группе пациентов являются саморефлексия, антиципация, спонтанность и автономия в принятии решений.



Далее на основе значений индекса проактивности общая выборка была поделена на две подгруппы. В первую вошло 12 больных шизофренией, набравших баллы по индексу проактивности выше среднестатистического уровня. Вторую подгруппу составило 67 пациентов со значениями проактивности ниже среднего. Первая подгруппа статистически значимо превышала вторую по всем шкалам методики, за исключением шкалы «Метамотивация»: группа пациентов с низкими показателями проактивности по этому параметру набрала больше баллов (табл. 3).

Таблица 3.

Сравнительный анализ компонентов проактивного поведения в образовавшихся подгруппах

Шкалы	Группа 1		Группа 2	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Осознанность действий	29.50	2.26	20.02	2.89
Прогнозирование последствий поведения	27.33	5.79	21.12	2.55
Внутренний локус контроля	29.33	2.94	25.98	1.25
Спонтанность	25.33	3.27	19.92	1.57
Автономия в принятии решений	26.17	0.75	22.20	2.04
Метамотивация	32.00	1.67	34.63	2.58
Внутренняя детерминация поведения	34.17	0.75	32.56	2.11
<b><i>Индекс проактивности</i></b>	201.83	12.86	175.69	6.63

В параграфе 4.3 «Роль когнитивных нарушений в формировании особенностей проактивности при шизофрении» представлены результаты анализа влияния когнитивных функций и их нарушений на проактивность при шизофрении. Данные регрессионного анализа свидетельствует о том, что лишь в 14,9% случаев когнитивные дисфункции оказывают прямое выраженное влияние на проактивность пациентов, снижая ее общий показатель. Удалось установить, что индекс проактивности у больных с первым эпизодом шизофрении в значительной мере зависит от сохранности смысловой памяти, опосредованного запоминания и внимания. Диагностика пациентов с помощью теста Г. Роршаха установила, что показатели проактивности находятся в прямой зависимости от количества популярных ответов, целостных ответов, ответов с

хорошей формой, а также ответов, опирающихся на цвет. Отрицательные связи выявлены с общим количеством ответов, числом оригинальных ответов, ответов на детали пятна, ответов с плохой формой, восприятием движений и количеством контаминаций.

В параграфе 4.4 «Доминирующие мотивы пациентов» описаны результаты исследования мотивационных факторов проактивности больных. В 72% случаев в рассказах пациентов, составленных по карточкам ТАТ, актуализируются такие чувства, как страх, тревога, а также тенденции к избеганию контактов с другими людьми, дефицитарная активность. Ведущими мотивами оказались избегание опасности, склонность к насилию, а также поиск помощи и поддержки, что, по нашему мнению, связано с низкими показателями проактивности и наличием деструктивных тенденций.

В параграфе 4.5 «Смысложизненные ориентации как факторы проактивности» представлены результаты исследования смысложизненных ориентаций как факторов проактивности.

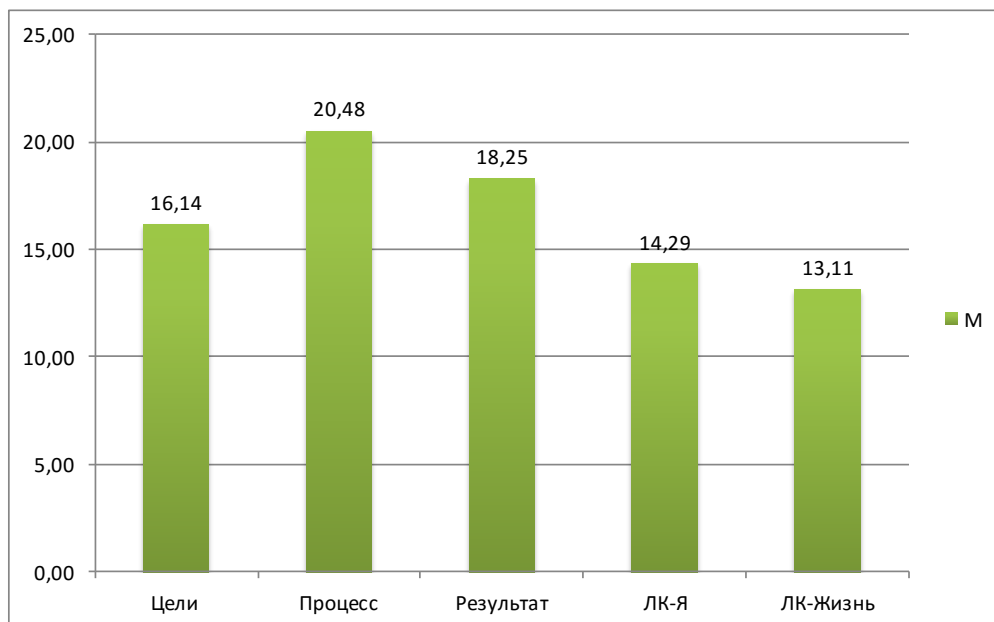


Рис. 1 Результаты исследования ценностных ориентаций у больных шизофренией с помощью теста СЖО.

Выявление смысложизненных ориентаций позволило установить, что обследованным больным свойственно отсутствие четких целей в жизни, которые придавали бы ей осмысленность, направленность и временную перспективу (рис. 1). Низкие показатели получены по шкалам «Цели в жизни», Локус контроля - Я» и «Локус контроля - Жизнь». В целом, у больных шизофренией наблюдается снижение уровня проактивности за счет дефицита в сфере смысложизненных ориентаций личности. На первый план выступают такие характеристики, как снижение способности ставить долгосрочные цели, неверие в свои силы и убежденность в том, что собственная жизнь не поддается сознательному контролю.

Корреляционный анализ показал, что у больных шизофренией индекс проактивности наиболее тесно связан с показателями «Цели в жизни» (.856), «Локус контроля – Жизнь» (.668), «Локус контроля – Я» (.732). Умеренная положительная связь также обнаружена между уровнем проактивности и факторами «Процесс жизни» (.522) и «Результативность жизни» (.614).

**В параграфе 4.6** «Склонность к агрессии как следствие нарушения кооперации, характерной для проактивности» описаны результаты изучения агрессивной направленности пациентов. По данным методики Hand-тест, больные шизофренией демонстрируют высокую готовность к враждебному и агрессивному поведению в сочетании со слабо развитыми установками к социальному сотрудничеству. Эти особенности чаще встречаются в группе пациентов с низкими значениями проактивности.

**В параграфе 4.7** «Проактивные копинг-стратегии» отражены результаты исследования стратегий проактивного совладающего поведения. Показано, что наименее развитыми копинг-стратегиями в обследованной выборке оказались проактивное и рефлексивное преодоление, поиск эмоциональной поддержки. Большинство показателей проактивного совладающего поведения у больных шизофренией значительно ниже, чем в норме. Регрессионный анализ выявил высокую степень влияния на индекс проактивности показателей по субшкале

«Проактивное преодоление» (.399). По другим шкалам стандартизованные коэффициенты регрессии оказались ниже.

В **параграфе 4.8** «Типология вариантов нарушения проактивности при первом эпизоде шизофрении» представлено описание двух основных вариантов нарушения проактивности при первом эпизоде шизофрении. Первый вариант составляют нарушения проактивности в форме тотального снижения инициативности, саморефлексии, целеполагания и антиципации, метамотивации и интернальности. Второй вариант расстройств носит мозаичный характер и включает в себя нарушения проактивности в форме постановки нереалистичных целей и контрпродуктивных смыслов жизни, связанных с сверхценными и бредовыми идеями. Этому варианту свойственны выраженное снижение когнитивного компонента (саморефлексия, контроль и антиципация) в сочетании с более высокой по сравнению с нормой метамотивационной направленностью.

В **параграфе 4.9** «Взаимосвязь проактивности и негативной симптоматики» представлены результаты исследования связи проактивности и негативных симптомов при шизофрении. Корреляционный анализ показал (табл. 4), что компоненты проактивности почти со всеми негативными симптомами образуют обратную связь. Индекс проактивности отрицательно коррелирует с ограниченным объемом речевой продукции, обедненным содержанием речи, сокращением диапазона и интенсивности эмоций, ослабленной социальной интенцией и чувством цели, снижением интереса к увлечениям, а также сокращенным объемом повседневной активности. Установлено, что низкие значения индекса проактивности не оказывают существенного влияния на нарушения самообслуживания, отношений с близкими людьми, а также агрессивное поведение.

Таблица 4.

## Связь негативной симптоматики и проактивности у больных шизофренией

Шкалы	Индекс проактивности	Осознанность действий	Прогнозирование последствий поведения	Внутренний локус контроля	Спонтанность	Автономия в принятии решений	Метамотивация	Внутренняя детерминация поведения
Ограниченный объем речевой информации	-.457	-.515	-.249	-.423	-.437	-.34	.027	-.023
Обедненное содержание речи	-.409	-.443	-.238	-.328	-.402	-.337	-.112	.044
Сокращение диапазона эмоций	-.643	-.712	-.451	-.531	-.58	-.581	-.036	.081
Сокращенная модуляция интенсивности эмоций	-.715	-.791	-.536	-.58	-.618	-.58	.052	-.082
Ослабленная социальная интенция	-.554	-.717	-.364	-.417	-.478	-.477	.091	.167
Ослабленное чувство цели	-.535	-.755	-.333	-.444	-.463	-.477	.191	.149
Ослабленный интерес к хобби и увлечениям	-.569	-.74	-.337	-.468	-.503	-.521	.072	.141
Сокращенный объем повседневной активности	-.445	-.539	-.325	-.339	-.365	-.494	-.098	.294
Глобальная оценка негативных симптомов	-.672	-.796	-.524	-.534	-.61	-.601	.13	.075
Социально полезная деятельность	-.696	-.806	-.43	-.608	-.636	-.592	.087	.04
Отношения с близкими и прочие социальные отношения	-.348	-.47	-.358	-.258	-.352	-.236	.056	.12
Самообслуживание	-.077	-.249	-.215	.032	-.076	.009	.107	.202
Беспокоящее и агрессивное поведение	-.145	-.063	-.201	-.089	-.135	-.148	-.123	.067

В параграфе 4.10 «Влияние проактивности на уровень социального функционирования» описываются результаты исследования влияния проактивности на социальное функционирование пациентов. Анализ показал наличие тесной положительной связи между интегральным показателем проактивности и уровнем общего социального функционирования (.738). Анализ влияния проактивности на отдельные сферы социального функционирования показал, что проактивность наибольшее влияние оказывает на социально полезную деятельность пациентов и их отношения с близким окружением.

В Главе 5 «Психокоррекционная работа с больными шизофренией, использующая ресурс проактивности» представлены данные исследования динамики личностных факторов проактивности, социального функционирования и общего состояния пациентов в процессе психологической коррекции.

В параграфе 5.1 «Структура и этапы программы психологической коррекции, основанной на проактивности» описана цель, теоретическая основа, этапы и структура программы психологической коррекции. Каждый этап групповой психокоррекционной работы включал в себя 2-3 занятия продолжительностью 1,5-3 часа, а общая продолжительность коррекционной программы заняла около 1,5 месяцев.

В параграфе 5.2 «Развитие отдельных личностных факторов проактивности в процессе психологической коррекции» оценивается динамика показателей смысложизненных ориентаций и проактивности у пациентов, участвующих в стандартной терапии (медикаментозное лечение в сочетании с психообразованием) и в авторской программе психокоррекции. Лица, принявшие участие в психокоррекции, основанной на проактивности, продемонстрировали повышение показателей по всем субшкалам методики СЖО. В свою очередь, пациенты, получавшие стандартное лечение, показали улучшение показателей по субшкалам «Результативность жизни» и «Локус контроля – Я». Также установлено, что у обеих групп наблюдалось повышение индекса

проактивности, однако, улучшение показателей более выражено в группе, проходящей авторскую программу групповой психокоррекции.

В параграфе 5.3 «Влияние психокоррекции на социальное функционирование, общее состояние пациентов и продолжительность ремиссии» приведены результаты оценки динамики показателей социального и общего функционирования больных под действием терапии. После проведения групповых занятий у пациентов, участвующих в психокоррекции, основанной на проактивности, отмечалось существенное повышение показателей социального функционирования, в то время как у контрольной группы отмечались лишь незначительные изменения по данному параметру. Эффективность психокоррекции, основанной на проактивности, отличалась заметно более высокими показателями также и в отношении влияния на общее состояние больных. Кроме того, пациенты экспериментальной группы демонстрировали более длительную ремиссию.

В Главе 6 «Обсуждение результатов» представлен общий анализ и интерпретация полученных эмпирических данных.

В заключении подводятся основные итоги работы, обобщаются полученные результаты, обозначаются перспективные направления дальнейших исследований проактивности в психологии здоровья и клинической психологии.

## **ВЫВОДЫ**

1. С позиций гуманистического и позитивного подходов проактивность можно рассматривать как особый стиль поведенческой активности, основанный на личностных факторах, таких как саморефлексия, антиципация, интернальность и метамотивация. Этот стиль поведения проявляется в инициативном воздействии личности на условия среды и обстоятельства жизни, в прогнозировании событий, в постановке долгосрочных целей и автономии в принятии решений.

2. Операционализация проактивности в клинической психологии позволяет рассматривать дефицитарность ее личностных факторов наряду с

другими клиническими феноменами как важный диагностический показатель на ранних этапах развития шизофренического процесса.

3. Структура личностной детерминации проактивности у разных больных в зависимости от специфики клинических проявлений шизофрении может быть вариативной:

3.1. Первый вариант снижения проактивности носит тотальный характер, наблюдается при наиболее неблагоприятном течении с преобладанием в клинической картине негативной симптоматики и персекуторного бреда.

Для этого варианта характерны:

- в *когнитивной сфере* - снижение регуляторных функций (целеполагания, планирования и антиципации), обуславливающее неспособность планировать отдаленное будущее;
- в *мотивационной сфере* - снижение инициативности и спонтанности, преобладание мотивов избегания неудач над мотивами достижения;
- в *сфере смысловых ориентаций* - отсутствие определенных жизненных целей, сужение временной перспективы, чувство снижения контроля над собственной жизнью.

3.2. Второй вариант редукции проактивности наблюдается при более мягком течении шизофрении с преобладанием в клинической картине сверхценных идей, экспансивного бреда и легких негативных изменений личности. Вариант включает в себя:

- в *когнитивной сфере* – снижение саморефлексии и критичности мышления;
- в *мотивационной сфере* – преобладание метапотребностей, потребностей в достижении, доминировании, признании;
- в *сфере смысловых ориентаций* – поглощенность идеями изобретательства, реформаторства, славы; смещение временной перспективы в будущее в сочетании с трудностями в построении рациональных стратегических планов.



4. Выявлены связи проактивности с клинической картиной шизофрении. Показано, что при дефиците личностных факторов проактивности отмечается выраженность клинических проявлений заболевания, прежде всего, в таких аспектах, как сокращение диапазона и интенсивности эмоций, ослабленная социальная интенция и чувство цели, снижение интереса к увлечениям, а также сокращенный объем повседневной активности.

5. На основе оценки психического состояния пациентов, проходивших курс психотерапии и психокоррекции, установлено, что модель психологической коррекции, направленная на развитие личностных факторов проактивности, способствует улучшению общего состояния и социального функционирования пациентов, положительно влияет на длительность и качество ремиссии.

6. Разработан и апробирован психодиагностический комплекс, включающий в себя оригинальный опросник «Проактивное поведение», экспериментально-психологические методики, проективные тесты и клинические шкалы. Опросник «Проактивное поведение» является эффективным средством изучения личностных факторов проактивности, а также выявления мишеней психокоррекции. Полученные психометрические показатели свидетельствуют о гомогенности, высокой надежности и валидности опросника.

## **ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

Основное содержание диссертационного исследования отражено в 24 публикациях автора (общий объем 9,74 п. л.; авторский вклад 8,45 п.л.).

**Публикации в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК при Министерстве образования и науки РФ для публикации основных результатов диссертационных исследований:**

1. Ерзин, А.И. Проактивное поведение при некоторых психических заболеваниях: критерии, факторы формирования, типология / А.И. Ерзин // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – № 4. – 2012. – С. 64-77 (0,77 п.л.). ИФ РИНЦ – 0,120

2. Ерзин, А.И. Некоторые особенности агрессивности у больных шизофренией в первом психотическом эпизоде / А.И. Ерзин // Независимый психиатрический журнал. – №1. – 2013. – С. 25-28 (0,38 п.л.). ИФ РИНЦ – 0,081
3. Ерзин, А.И. Психологические особенности деструктивного поведения у больных шизофренией / А.И. Ерзин // Психология и психотехника. – № 3 (54). – 2013. – С. 288-294 (0,46 п.л.). ИФ РИНЦ – 0,745
4. Ерзин, А.И. Понятие проактивности в современной психологии / А.И. Ерзин, Г.А. Епанчинцева // Теоретическая и экспериментальная психология. – Т. 6. – № 1. – 2013. – С. 79-83 (0,46 п.л. / 0,23 п.л.). ИФ РИНЦ – 0,250
5. Ерзин, А.И. О проактивном совладающем поведении [Электронный ресурс] / А.И. Ерзин // Психолог. – № 1. – 2013. – С. 89-100. - URL: <http://e-notabene.ru/psp/>. (0,47 п.л.). ИФ РИНЦ – 0,867
6. Ерзин, А.И. Аутоагрессия и проактивные ресурсы личности у больных параноидной шизофренией / Г.А. Епанчинцева, А.И. Ерзин // Теоретическая и экспериментальная психология. – Т. 6. – № 3. – 2013. – С. 24-32 (0,69 п.л. / 0,35 п.л.). ИФ РИНЦ – 0,250
7. Ерзин, А.И. Динамика некоторых компонентов проактивности у больных шизофренией в процессе групповой психотерапии / А.И. Ерзин // Фундаментальные исследования. – № 11-7. – 2013. – С. 1505-1508 (0,48 п.л.). ИФ РИНЦ – 0,476
8. Ерзин, А.И. Личностные предикторы проактивности у больных параноидной шизофренией / А.И. Ерзин // Психология и психотехника. – 2014. – № 6. – С. 642-652 (0,87 п.л.). ИФ РИНЦ – 1,040
9. Ерзин, А.И. Теоретические предпосылки осмысления феномена проактивности в философии / А.И. Ерзин // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 8-2. – С. 496-498 (0,35 п.л.). ИФ РИНЦ – 0,630
10. Ерзин А.И. Проблема проактивности в психологии здоровья [Электронный ресурс] // Психолог. – 2014. – № 1. – С. 94-124. - URL: <http://e-notabene.ru/psp/>. (1,25 п.л.). ИФ РИНЦ – 1,243

11. Ерзин, А.И. Методика «Проактивное поведение»: описание шкал и первичная оценка психометрических показателей / А.И. Ерзин // Актуальные проблемы психологического знания. - 2014. - № 4. - С. 59-69 (0,63 п.л.). ИФ РИНЦ – 0,194

12. Ерзин, А.И. Апробация методики диагностики проактивности в клинических выборках / А.И. Ерзин, Е.Ю. Антохин // Психология и психотехника. - 2015. - № 5. - С. 493-500 (0,58 п.л. / 0,3 п.л.). ИФ РИНЦ – 0,807

13. Ерзин, А.И. Взаимосвязь негативной симптоматики и проактивности у больных с первым эпизодом шизофрении / А.И. Ерзин, Е.Ю. Антохин // Социальная и клиническая психиатрия. - 2015. – Т. 25. - № 4. - С. 5-8 (0,48 п.л. / 0,3 п.л.). ИФ РИНЦ – 1,102

14. Ерзин, А.И. Стратегии проактивного копинг-поведения при шизофрении / А.И. Ерзин // Вестник РГМУ. Периодическое медицинское издание. – М.: ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России. – 2015, № 2. – С. 405 (0,068 п.л.). ИФ РИНЦ – 0,109

#### **Публикации в других изданиях:**

15. Ерзин, А.И. Проактивность личности как критерий психического здоровья / А.И. Ерзин // Психология здоровья и болезни: клинико-психологический подход. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященный 77-летию КГМУ. – Курск: КГМУ, 2012. – С. 98-101 (0,19 п.л.).

16. Ерзин, А.И. Психологические аспекты проактивности человека / А.И. Ерзин // Альманах молодой науки. – 2013. – № 3. – С. 47-48 (0,08 п.л.).

17. Ерзин, А.И. Направленность личности как один из факторов деструктивного поведения при параноидной шизофрении / А.И. Ерзин // Вестник РГМУ. – Специальный выпуск №1. – 2013. – С. 209-210 (0,16 п.л.). ИФ РИНЦ – 0,130

18. Ерзин, А.И. Направленность личности, ценностные ориентации и проактивность при шизофрении / А.И. Ерзин, Р.С. Егоров // Наука и образование XXI века: сборник статей Международной научно-практической конференции.

31 мая 2013 г.: в 5 ч, Ч.3 / отв. ред. Р.Г. Юсупов. – Уфа: РИЦ БашГУ, 2013. – С. 218-220 (0,14 п.л. / 0,10 п.л.).

19. Ерзин, А.И., Проактивность, здоровье и качество жизни в позднем возрасте / А.И. Ерзин, К.Г. Альмуханов [Электронный ресурс] // Материалы Международного молодежного научного форума «ЛОМОНОСОВ-2014» / Отв. ред. А.И. Андреев, Е.А. Антипов, М.В. Чистякова. – М.: МАКС Пресс, 2014. – С. 1-2 (0,14 п.л. / 0,10 п.л.).

20. Ерзин, А.И. Перспективы исследования проактивности в клинической психологии и психологии здоровья [Электронный ресурс] / А.И. Ерзин // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. – 2014. – N 4. (6). – URL: <http://medpsy.ru/climp> (дата обращения: 16.10.2015). (0,62 п.л.).

21. Erzin, A.I. Proactive coping in schizophrenia: correlation with social functioning / A.I. Erzin, A.S. Chemezov // Бюллетень медицинских интернет-конференций. - 2015. - Т. 5. - № 2. - С. 103 (0,057 п.л. / 0,03 п.л.). ИФ РИНЦ – 0,093

22. Ерзин, А.И. Динамика общего состояния и социального функционирования больных шизофренией в процессе психологической коррекции, основанной на проактивности [Электронный ресурс] / А.И. Ерзин // XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы», 23-26 сентября 2015 года, г. Казань: тезисы / под общей редакцией Н.Г. Незнанова. — СПб.: Альта Астра, 2015. - С. 697-698 (0,14 п.л.).

23. Ерзин, А.И. Особенности проактивного копинг-поведения при психической патологии: краткий обзор современных исследований / А.И. Ерзин, Г.А. Епанчинцева, Е.Ю. Антохин // Душевное здоровье населения на границе Европы и Азии. Материалы 5-й международной научно-практической конференции. – 2015. – С. 43-45. (0,14 п.л. / 0,07 п.л.).

24. Ерзин, А.И. Симптомокомплексы нарушения проактивности при шизофрении / А.И. Ерзин, Е.Ю. Антохин, Г.А. Епанчинцева // Душевное здоровье населения на границе Европы и Азии. Материалы 5-й международной научно-практической конференции. – 2015. – С. 45-46. (0,13 п.л. / 0,05 п.л.).