

## **КОГНИТИВНЫЕ, МОТИВАЦИОННЫЕ И ЦЕННОСТНО-СМЫСЛОВЫЕ ФАКТОРЫ ПРОАКТИВНОСТИ ПРИ ПЕРВОМ ЭПИЗОДЕ ШИЗОФРЕНИИ**

**Ерзин А.И.**

*Ерзин Александр Игоревич*

*кандидат психологических наук, ассистент кафедры клинической психологии и психотерапии; федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Советская ул., 6, Оренбург, 460000, Россия. Тел.: 8 (3532) 77-67-70.*

*E-mail: dr-wagner@mail.ru*

**Аннотация.** Проблема личностных факторов психической патологии является традиционной для патопсихологии и психиатрии. Одним из таких факторов в последнее десятилетие исследователи считают проактивность. Проактивность рассматривается как важное условие адаптивности и полноценного социального функционирования. Будучи комплексным психологическим конструктом, проактивность изначально рассматривалась в рамках логоанализа В. Франкла, позднее став предметом социальной психологии, а в настоящее время активно используется в клинко-психологических исследованиях как важное протективное образование. Дефицит компонентов проактивности, отражающей уровень самодетерминации личности, наблюдается при широком круге психической патологии, включая ранние этапы шизофренического процесса. Цель работы: изучение состояния некоторых когнитивных, мотивационных и ценностно-смысловых факторов проактивности у больных шизофренией, перенесших первый психотический приступ. Было обследовано 79 пациентов (средний возраст — 23,1 года), из них 49 мужчин и 30 женщин. Пациенты соответствовали параноидному варианту шизофренического патопсихологического симптомокомплекса и были впервые госпитализированы в психиатрическую клинику. Исследование показало, что при первом эпизоде шизофрении чаще всего наблюдается парциальность дефекта проактивности: при выраженном снижении отдельных когнитивных составляющих (саморефлексия, антиципация) нередко сохранными остаются ее метамотивационные компоненты. Общий уровень проактивности коррелирует с такими характеристиками когнитивной сферы, как опосредованное запоминание, смысловая память, устойчивость внимания и темп психической деятельности. В мотивационной сфере на себя обращают внимание такие потребностные тенденции, как агрессия, самооправдание, избегание опасности и неудач, потребность в понимании и поддержке. Сфера смысложизненных ориентаций пациентов характеризуется отсутствием четких целей в жизни, убежденностью в неподвластности ее сознательному контролю, отсутствием веры в свободу выбора. Таким образом, результаты показывают, что проактивность уже на ранних этапах шизофрении снижается. Снижение это может рассматриваться как в рамках негативной симптоматики и нейрокогнитивного дефицита, так и, главным образом, как следствие патологических изменений личности. Своевременное распознавание нарушенных и сохранных компонентов проактивности может быть прогностически ценным с точки зрения выделения мишеней психокоррекции и психотерапии при данном заболевании, позволяя сформировать перспективное направление реабилитационной работы.

**Ключевые слова:** шизофрения; первый психотический эпизод; проактивность; когнитивные факторы; мотивация; смысложизненные ориентации.

УДК 159.9:616.859.8

### **Библиографическая ссылка по ГОСТ Р 7.0.5-2008**

Ерзин А.И. Когнитивные, мотивационные и ценностно-смысловые факторы проактивности при первом эпизоде шизофрении // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2017. – Т. 9, № 3(44). – С. 6 [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).

Поступила в редакцию: 20.03.2017 Прошла рецензирование: 23.04.2017 Опубликовано: 17.05.2017

## Введение

В последние годы растет интерес ученых к изучению проактивности как многокомпонентного конструкта при расстройствах шизофренического спектра [16; 33; 35]. Известно, что шизофрения является одним из самых тяжелых, инвалидизирующих психических заболеваний, при лечении которого возникает множество трудностей. Наибольшую сложность в лечении и реабилитации больных шизофренией представляют не столько психотические состояния, грубо дезорганизуя деятельность, сколько выраженные негативные изменения в форме мотивационных и волевых дефектов [15], когнитивных дисфункций [1; 13; 14; 31], нарушений социального познания и эмоционального интеллекта [10; 16; 18], деструктивных поведенческих проявлений в состоянии ремиссии [7].

При этом негативная симптоматика связана с нарушениями социального функционирования при шизофрении [8; 11; 14]. Эти нарушения часто понимаются как следствие недостаточной целенаправленной активности личности. В свою очередь, сохраненные 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.

Современными исследователями [17; 21; 22; 23; 24; 26; 27; 28; 29; 30; 32; 34] проактивность, наряду с такими психологическими конструктами, как жизнестойкость, резилентность, самооффективность, рассматривается как протективный личностный фактор. Концепт проактивности, используемый первоначально В. Франклом [19], на сегодняшний день привлекает внимание специалистов в области психического здоровья как важное условие адаптивности и совершенного функционирования.

**Проактивность** рассматривается нами как метафеномен, основанный на личностных факторах 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 [4].

Необходимо отметить, что 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. При этом комплексная оценка всех этих факторов до сих пор не была отражена ни в одном эмпирическом исследовании. Однако необходимо указать на значимость выявления дефицитарности проактивности и ее звеньев в качестве фактора риска нарушений психического здоровья и адаптации. Раннее распознавание признаков психического заболевания представляет большую практическую ценность и, на наш взгляд, должно включать в себя изучение личностных факторов проактивности.

## Материалы и методы

Обследовано 79 больных шизофренией (код F20.01 по МКБ-10). Средний возраст респондентов составил 23,1 года. В выборку вошло 49 мужчин и 30 женщин. Все пациенты соответствовали критериям первого психотического эпизода [20].

В клинической картине у больных на первый план выступали расстройства восприятия (в основном, слуховые галлюцинации) и бредовые идеи. Поскольку все пациенты на момент исследования находились в фазе медикаментозной ремиссии, у них частично сохранялась критика к своему состоянию, наблюдалась редукция продуктивной симптоматики. По клиническим проявлениям, показателям когнитивной и эмоционально-волевой сфер личности большинство больных соответствовало параноидному варианту шизофренического патопсихологического симптомокомплекса.

В поведении и общении обращали на себя внимание аутизация и социальная отгороженность, снижение волевых и мотивационных побуждений, эмоциональная холодность, снижение интенсивности и репертуара мимических проявлений, ограничение интересов и увлечений каким-либо одним хобби.

Методический инструментарий включал в себя следующие психодиагностические методики: опросник «Проактивное поведение» [3; 5]; методики патопсихологического исследования памяти, внимания, мышления [6]; тематический апперцептивный тест [9]; методика «Смыслжизненные ориентации» [10; 25].

Статистические расчеты производились с помощью U-критерия Манна — Уитни, корреляционного и регрессионного анализа.

### Результаты и обсуждение

Анализ структуры компонентов проактивности (табл. 1), показал, что на первом месте по выраженности оказалась шкала «Метапотребности», описывающая мотивационные источники поведенческой активности. Интервьюирование пациентов позволило уточнить, что наиболее значимыми потребностями для них являются потребность в развитии, познавательные мотивы, эстетические потребности. Мотивы, связанные с социальным взаимодействием, представлены значительно реже.

На втором месте по степени выраженности расположилась шкала «Внутренняя детерминация поведения». Шкала описывает степень самоинициации и восприятия себя в роли основного источника собственной активности. Высокие значения по этой шкале могут быть свидетельством того, что обследованные пациенты в повседневной жизни стараются ориентироваться при выборе моделей поведения преимущественно на собственные установки, взгляды, убеждения и ценностные ориентации. При этом отдельные установки и убеждения могут встраиваться в фабулу бреда, затрудняя социальное функционирование.

На третьем месте по степени выраженности — шкала интернальности. Относительно невысокая выраженность показателей по этой шкале свидетельствует о недостаточно развитой склонности больных шизофренией брать на себя ответственность за происходящие с ними события.

На четвертом месте по степени выраженности оказалась шкала «Автономия в принятии решений». Низкие значения по данной шкале свидетельствуют об убежденности больных в том, что их выбор в ряде ситуаций является недобровольным, а поведение может контролироваться другими людьми.

Более низкие значения получены по шкалам «Спонтанность», «Осознанность действий» и «Прогнозирование последствий поведения». Последние две шкалы отражают способность к самоконтролю и саморефлексии. Естественная спонтанность, связанная с социальными навыками и характерная для здоровых людей, у больных шизофренией проявляется в меньшей степени.

Таблица 1

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

В соответствии со значениями индекса проактивности общая выборка исследования 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.

В каждой образовавшейся подгруппе были проанализированы особенности когнитивной сферы (объем кратковременной памяти, смысловая память, опосредованное запоминание, устойчивость внимания и темп психической деятельности, уровень обобщения мыслительной деятельности, искажение уровня обобщения). Непараметрический тест Манна – Уитни показал отсутствие достоверных различий по параметрам кратковременной памяти, смысловой памяти и наличия латентных признаков (табл. 2). При этом обследованные группы значимо различались по показателям внимания ( $p \leq 0,01$ ).

Таблица 2

Состояние когнитивной сферы в обследованных группах

Параметры	Группа 1		Группа 2		U <sub>эмп</sub>
	M	SD	M	SD	
Объем кратковременной памяти	7,67	0,82	6,85	1,17	104,5
Смысловая память	1,67	0,82	1,64	0,96	176,5
Опосредованное запоминание	2,17	0,75	1,31	0,90	87*
Устойчивость внимания и темп психической деятельности	2,50	0,55	1,56	0,73	<b>61,5**</b>
Уровень обобщения мыслительной деятельности	2,67	0,52	1,98	0,78	80*
Искажение уровня обобщения	0,33	0,52	0,63	0,49	125

Примечание: \* —  $p \leq 0,05$ ; \*\* —  $p \leq 0,01$ .

Далее с помощью корреляционного анализа Пирсона были выявлены достоверные взаимосвязи между шкалами опросника «Проактивное поведение» и особенностями когнитивных процессов больных шизофренией (табл. 3). Установлено, что общий показатель проактивности имеет положительную умеренную взаимосвязь с особенностями опосредованного запоминания, устойчивостью внимания и темпом психической деятельности пациентов. С этими же параметрами позитивно связана саморефлексия и спонтанность как факторы проактивности. Внутренний локус контроля обнаруживает положительную корреляцию со смысловой памятью. Автономия в принятии решений напрямую зависит от сохранности внимания. Отрицательно коррелирует с большинством компонентов проактивности искажение уровня обобщения мышления. Полученные нами данные во многом соответствуют результатам последних исследований [33], согласно которым проактивное поведение больных шизофренией зависит от состояния когнитивной сферы.

Взаимосвязь состояния когнитивной сферы и проактивности у больных шизофренией

Шкалы опросника «Проактивное поведение»	r							
	Индекс проактивности	Осознанность действий	Прогнозирование последствий поведения	Внутренний локус контроля	Спонтанность	Автономия в принятии решений	Метамотивация	Внутренняя детерминация поведения
Характеристики когнитивной сферы								
Кратковременная память	0,049	0,124	-0,014	0,103	0,029	0,088	-0,139	0,075
Смысловая память	0,168	0,128	0,096	<b>0,282*</b>	0,180	0,052	-0,128	0,002
Опосредованное запоминание	<b>0,262*</b>	<b>0,284*</b>	0,108	0,183	<b>0,266*</b>	0,187	-0,128	0,060
Объем внимания и темп психической деятельности	<b>0,222*</b>	<b>0,206*</b>	<b>0,227*</b>	0,173	<b>0,354**</b>	<b>0,291**</b>	-0,072	-0,106
Уровень обобщения мыслительной деятельности	0,085	0,103	-0,006	0,162	0,125	-0,077	-0,017	0,144
Искажение уровня обобщения	-0,196	<b>-0,263*</b>	0,000	-0,152	<b>-0,298**</b>	-0,114	0,109	0,067

Примечание: \* —  $p \leq 0,05$ ; \*\* —  $p \leq 0,01$ .

Исследование мотивационно-потребностной и эмоциональной сферы личности больных шизофренией выявило следующие психологические особенности проактивности. Так, довольно часто в рассказах, составленных пациентами на предложенный стимульный материал методики ТАТ, прослеживается актуализация бредовых идей, носящих, в основном, характер преследования. В общем эмоциональном фоне рассказов на первый план выходит состояние ожидания опасности или угрозы, разоблачения или страх наказания. Довольно часто центральным персонажам рассказов приписываются такие черты личности, как подозрительность, агрессивность и враждебность. Агрессия зачастую воспринимается респондентами как угроза или реальные физические действия со стороны других людей. При этом агрессивность и враждебность в качестве собственных черт личности больными не осознаются и отвергаются.

Преобладающий эмоциональный фон в большинстве рассказов снижен. Примерно в 72% случаев актуализируются такие чувства, как страх, тревожные опасения, а также тенденции к избеганию контактов с другими людьми.

В некоторых рассказах встречаются указания на галлюцинации, очевидно, тяготящие пациентов. Также нередко актуализируются бредовые идеи воздействия и преследования.

С помощью техники интерпретации рассказов, предложенной Г. Мюрреем, были выделены наиболее часто встречающиеся мотивационные тенденции пациентов. Так, установлено, что для больных шизофренией наиболее характерными являются следующие потребности (рис. 1): *агрессия, самооправдание, избегание опасности, избегание неудач, понимание, поиск помощи, отвержение.*

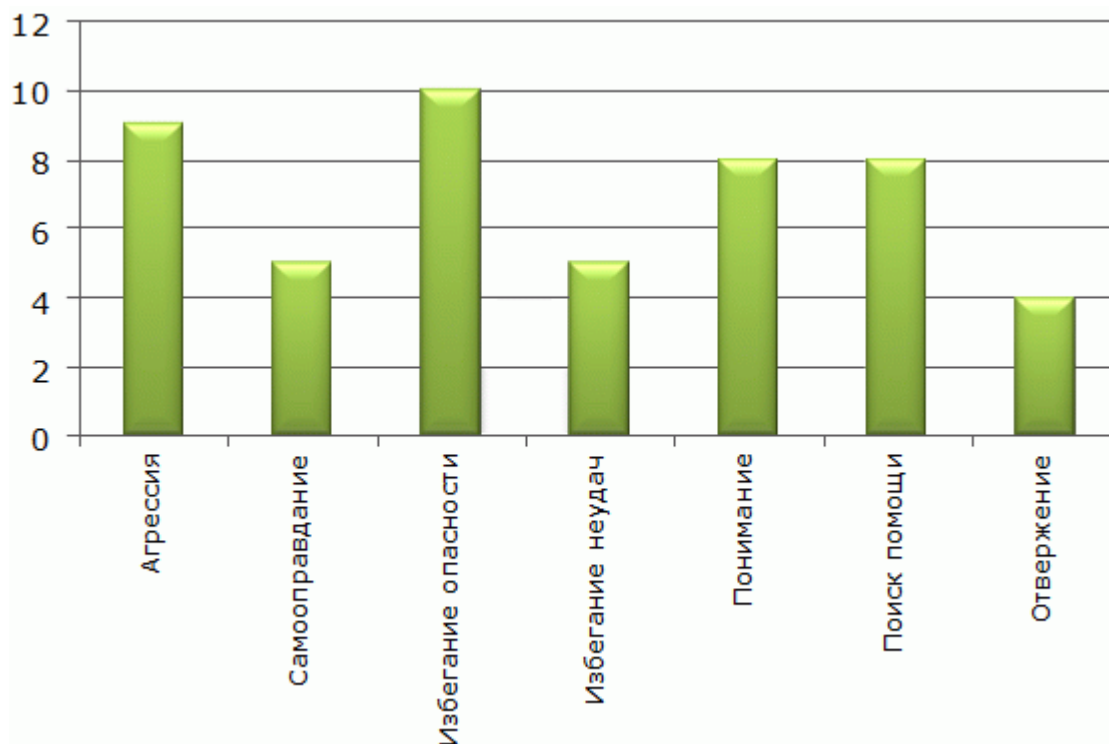


Рис. 1. Средняя частота доминирующих потребностей, по Г. Мюррею, представленных в рассказах ТАТ больных шизофренией (в абс. ед.)

Ведущими мотивами, таким образом, у обследованных пациентов оказались избегание опасности, склонность к разрушению, а также зависимость от помощи окружающих. При этом большинство из указанных мотивов являются неосознанными и отвергаются пациентами. Тем не менее, их наличие повышает риск развертывания деструктивных паттернов поведения.

Исследование смысложизненных ориентаций проводилось с помощью методики СЖО. Было установлено (рис. 2), что для обследованных больных свойственно отсутствие четких целей в жизни, которые придавали бы ей осмысленность, направленность и временную перспективу. Об этом свидетельствуют относительно невысокие значения по шкале «Цели в жизни».

Низкие значения получены по шкале «Локус контроля — жизнь». Это доказывает, что больные шизофренией убеждены в неподвластности своей жизни сознательному контролю, у них присутствует вера в фатализм и бессмысленность планирования своего будущего. Данный показатель также подтверждает доводы в пользу низкого уровня проактивности при шизофрении, поскольку проактивное поведение проявляется, в первую очередь, навыком постановки лично-значимых целей [17], планированием будущего, основанном на убеждении в том, что жизнь и судьба являются результатом собственных усилий, а не внешних условий и обстоятельств.

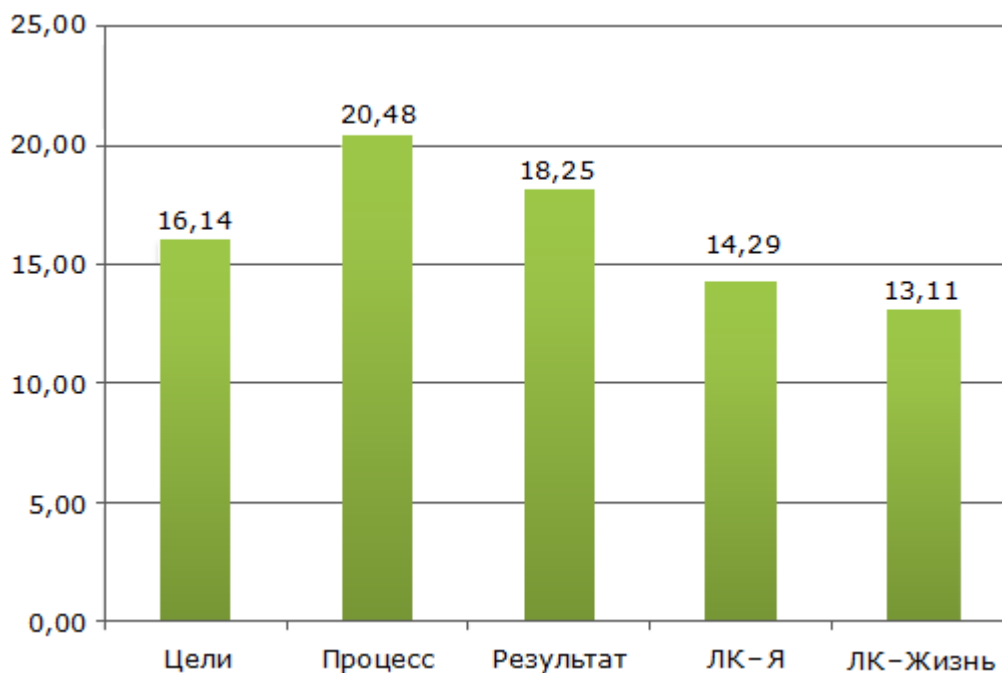


Рис. 2. Результаты исследования смысложизненных ориентаций у больных шизофренией по методике СЖО

Низкие значения выявлены по шкале «Лocus контроля — Я». Это свидетельствует о преобладании у больных шизофренией представлений о том, что они не являются сильными личностями, способными самостоятельно влиять на свою судьбу. Больные шизофренией считают, что не обладают достаточной свободой выбора, чтобы строить свою жизнь в соответствии с собственными целями, ценностями и смыслами.

Сравнительно более высокие значения были получены по шкале «Результативность жизни», описывающей представления респондентов о степени продуктивности и осмысленности прожитой жизни. Относительно высокие по сравнению с другими шкалами показатели по этой шкале могут означать, что больные шизофренией испытывают чувство и осознание того, что их жизнь в прошлом не лишена смысла.

Наиболее высокие значения обнаружены по шкале «Процесс жизни», отражающей ощущение эмоциональной насыщенности жизни. Относительно высокие результаты по этой шкале указывают на сосредоточенность больных на настоящем, удовлетворенность лишь текущими событиями. Косвенно высокие параметры по данной шкале можно связать с нарушенной способностью больных ставить отдаленные во временной перспективе цели, определяя направленность их поведения на будущее.

В целом, согласно данным, полученным с помощью методики СЖО, у больных шизофренией наблюдается снижение уровня проактивности за счет дефицита в сфере смысложизненных ориентаций личности. На первый план среди проактивных личностных компонентов поведения выступают такие характеристики, как снижение способности ставить цели в будущем, неверие в свои силы и убежденность в том, что собственная жизнь не поддается сознательному контролю.

Корреляционный анализ позволил уточнить, что у больных шизофренией индекс проактивности, оцениваемый по методике «Проактивное поведение», наиболее тесно связан с показателями «Цели в жизни» (0,856), «Лocus контроля — Жизнь» (0,668), «Лocus контроля — Я» (0,732). Тесная положительная взаимосвязь также была обнаружена между уровнем проактивности и факторами «Процесс жизни» (0,522) и «Результативность жизни» (0,614).

## Заключение

Результаты проведенного исследования показывают, что проактивность, составляющая личностную основу самодетерминации, характеризующаяся высокими показателями у здоровых лиц, при шизофрении значительно снижена. Все обследованные больные наблюдались после первого психотического приступа, и это доказывает, что уже на ранних этапах заболевания проактивность снижается.

Структура личностных факторов проактивности в норме включает в себя когнитивный, мотивационный и ценностно-смысловой компоненты, которые находятся в сложном взаимодействии друг с другом, образуя основу для самодетерминированной, инициативной деятельности. При шизофрении эта структура грубо нарушается, при этом одни компоненты (в частности, метамотивация) выходят на первый план, другие (антиципация, саморефлексия) не получают должного развития.

Нельзя однозначно утверждать, что редукция компонентов проактивности у больных шизофренией обусловлена только нейрокогнитивными причинами. Вероятнее всего, это снижение связано с патологией личности в целом, с ее мотивационными и эмоционально-волевыми проявлениями. Однако отдельные составляющие проактивности, такие как прогнозирование и осознанность действий, будучи высшими регуляторными функциями [1], достаточно тесно коррелируют с когнитивными нарушениями. Больные с выраженным снижением антиципации и саморефлексии демонстрируют нарушения смысловой памяти и опосредованного запоминания, сужение объема внимания и темпа психической деятельности.

На связь начала личностного дефекта со снижением проактивности указывают результаты исследования смысложизненных ориентаций и мотивационно-потребностной сферы пациентов. Установлено, что большинству обследованных пациентов свойственно отсутствие четких целей в жизни. Многие больные убеждены в том, что их собственная жизнь и судьба не подвластны сознательному контролю; они чаще, чем в норме, верят в фатализм и считают, что бессмысленно планировать свое будущее. Эти данные подтверждают доводы в пользу низкого уровня проактивности при шизофрении. С представлением о том, что человек не способен позитивно влиять на свою судьбу, связаны низкие показатели по шкале «Локус контроля — Я». Такие пациенты, как правило, считают, что не обладают достаточной свободой выбора, чтобы строить свою жизнь в соответствии с целями, ценностями и смыслами (в тех случаях, когда больные демонстрируют достаточно высокие показатели осмысленности жизни).

Мотивационные нарушения в виде снижения побуждений к активной деятельности, амотивации, аспонтанности и безынициативности также коррелируют со снижением проактивности. В мотивационно-потребностной сфере у пациентов на первый план выступают мотивы преследования, избегания опасности, поиска помощи и поддержки, агрессивные тенденции. Амбивалентность и противоречивость мотивационной направленности прослеживается почти у всех обследованных респондентов.

В целом, анализ когнитивных, волевых и мотивационных нарушений указывает на то, что ведущими предикторами снижения проактивности и самодетерминации при шизофрении выступают мотивационные расстройства и снижение осмысленности жизни. На первый план выходят такие характеристики, как неспособность ставить продуктивные цели в отдаленном будущем и убежденность в том, что жизнь слабо поддается сознательному контролю.



## Литература

1. Алексеев А.А., Рупчев Г.Е., Катенко С.В. Нарушения планирования при шизофрении // Психологические исследования. – 2012. – Т. 5, № 23. – С. 9 [Электронный ресурс]. – URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 23.04.2017).
2. Гордеева Т.О. Теория самодетерминации: настоящее и будущее. Часть 1: проблемы развития теории // Психологические исследования. – 2010. – № 4(12). – С. 11 [Электронный ресурс]. – URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 23.04.2017).
3. Ерзин А.И. Методика «Проактивное поведение»: описание шкал и первичная оценка психометрических показателей // Актуальные проблемы психологического знания. – 2014. – № 4. – С. 59–69.
4. Ерзин А.И. Личностные факторы проактивности при первом эпизоде шизофрении: автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 2016.
5. Ерзин А.И., Антохин Е.Ю. Апробация методики диагностики проактивности в клинических выборках // Психология и психотехника. – 2015. – № 5. – С. 493–500.
6. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Изд-во Юрайт, 2015. – 367 с.
7. Кузнецова С.О. Психологические особенности враждебности при психической патологии // Вопросы психологии. – 2007. – № 5. – С. 89–99.
8. Левикова Е.В. Социальная компетентность больных шизофренией подростков. Ч. 1 // Психологические исследования. – 2010. – № 2(10) [Электронный ресурс]. – URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 23.04.2017).
9. Леонтьев Д.А. Тематический апперцептивный тест. – 2-е изд., стереотипное. – М.: Смысл, 2000. – 254 с.
10. Леонтьев Д.А. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО). – 2-е изд. – М.: Смысл, 2000. – 18 с.
11. Лоскутова В.А. Социально-когнитивные функции при шизофрении и способы терапевтического воздействия // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – Т. 19, № 4. – С. 92–104.
12. Плужников И.В. Нарушения эмоционального интеллекта при расстройствах аффективного спектра и шизофрении // Вестник Томского государственного университета. – 2009. – № 329. – С. 211–213.
13. Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. – М.: Медицина, 1974. – 86 с.
14. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян, А.А. Долныкова [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т. 17, № 4. – С. 67–77.
15. Семенова Н.Д., Фурсов Б.Б. К вопросу о психодиагностике мотивации в психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации шизофрении. Часть I // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Т. 23, № 1. – С. 34–39.
16. Сирота Н.А., Ярославская М.А. Исследование проактивного совладающего поведения у больных шизотипическим расстройством // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2014. – № 1(24). – С. 8 [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 23.04.2017).
17. Старченкова Е.С. Концепция проактивного совладающего поведения // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12: Психология. Социология. Педагогика. – 2009. – № 2-1. – С. 198–205.
18. Стефаненко Е.А., Ениколопов С.Н., Иванова Е.М. Особенности отношения к юмору и смеху у больных шизофренией // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2014. – Т. 114, № 1. – С. 26–29.
19. Франкл В. Человек в поисках смысла. – М.: Прогресс, 1990.

20. Шмуклер А.Б. Клиника первого психотического эпизода: организация и перспективы: тез. докл. // Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты: сб. материал. науч. конф. / отв. ред. В.Н. Краснов. – М.: Медпрактика-М, 2004. – С. 121–122.
21. Adams A. Proactivity in VTE prevention: a concept analysis // Br J Nurs. – 2015. – Vol. 24, № 1. – P. 20–25.
22. Aspinwall L.G. Future-oriented thinking, proactive coping, and the management of potential threats to health and well-being // The Oxford Handbook of Stress, Health and Coping / ed. by S. Folkman. – New York: Oxford University Press, 2011. – P. 334–365.
23. Aspinwall L.G., Taylor S.E. A stitch in time: Self-regulation and proactive coping // Psychological Bulletin. – 1997. – Vol. 121, № 3. – P. 417–436.
24. Cangiano F., Parker S.K. Proactivity affects mental health and well-being // The Wiley-Blackwell Handbook of the Psychology of Occupational Safety and Workplace Health Wiley / ed. by S. Clarke, T.M. Probst, F.W. Guldenmund [et al.]. – John Wiley & Sons, 2015. – P. 228–250.
25. Crumbaugh J.C., Maholick L.T. An experimental study in existentialism: The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis // Journal of Clinical Psychology. – 1964. – Vol. 20. – P. 200–207.
26. Fay D., Hüttges A. Drawbacks of Proactivity: Effects of Daily Proactivity on Daily Salivary Cortisol and Subjective Well-Being // J Occup Health Psychol. – 2016.
27. Fullerton S., McCullough T. Patient proactivity: behaviors, attitudes, and its relationship with satisfaction with the American health care delivery system // Health Mark Q. – 2014. – Vol. 31, № 1. – P. 78–96.
28. Gallacher G. Occupational health: A positive and proactive approach // Br Dent J. – 2016. – Vol. 221, № 10. – P. 598.
29. Greenglass E. Chapter 3. Proactive coping // Beyond coping: Meeting goals, vision, and challenges / ed. by E. Frydenberg. – London: Oxford University Press, 2002. – P. 37–62.
30. Kahana E., Kelley-Moore J., Kahana B. Proactive aging: A longitudinal study of stress, resources, agency, and well-being in late life // Aging & Mental Health. – 2012. – Vol. 16, № 4. – P. 438–451.
31. Metacognitive Deficits in Schizophrenia: Presence and Associations With Psychosocial Outcomes / P.H. Lysaker, J. Vohs, K.S. Minor [et al.] // The Journal of nervous and mental disease. – 2015. – Vol. 203, № 7. – P. 530–536.
32. Parker S.K., Williams H.M., Turner N. Modeling the antecedents of proactive behavior at work // Journal of Applied Psychology. – 2006. – Vol. 91, № 3. – P. 636–652.
33. Proactive coping in schizophrenia: examining the impact of neurocognitive variables / N. Rocha, A.J. Marques, C. Queirós [et al.] // J Psychiatr Ment Health Nurs. – 2014. – Vol. 21, № 5. – P. 471–476.
34. Wagner S.L., Martin C.A. Can Firefighters' Mental Health Be Predicted by Emotional Intelligence and Proactive Coping? // Journal of Loss and Trauma. – 2012. – Vol. 17, № 1. – P. 56–72.
35. Yanos P.T. Proactive coping among persons diagnosed with severe mental illness: an exploratory study // J Nerv Ment Dis. – 2001. – Vol. 189, № 2. – P. 121–123.

## Cognitive, motivational and value-meaningful factors of proactivity in the first episode of schizophrenia

**Erzin A.I.**

**Erzin Aleksandr Igorevich**

candidate of psychological sciences, department of clinical psychology and psychotherapy; The Orenburg State Medical University, Sovetskaya st., 6, Orenburg, 460000, Russia. Phone: 8 (3532) 77-67-70.

E-mail: dr-wagner@mail.ru

**Abstract.** The issue of personal factors in case of mental pathology is traditional for abnormal psychology and psychiatry. In the last decade, researchers have identified proactivity as one of these factors. Proactivity is treated as an important condition of adaptability and adequate social functioning. Being a complex psychological construct, proactivity was originally considered within a framework of V. Frankl's logotherapy and later became a subject of social psychology. Nowadays, it is actively used in clinical-psychological research as an important protective formation. The deficit of proactivity components that reflects the level of personality's self-determination is observed in a wide range of mental pathology including early stages of a schizophrenic process. The goal of our study is to investigate some cognitive, motivational and value-meaningful factors of proactivity in patients with schizophrenia who suffered from the first psychotic seizure. The study involved 79 patients including 49 men and 30 women (mean age in 23.1). The patients corresponded to the paranoid variant of the complex of schizophrenic pathopsychological syndromes and were taken to a psychiatric clinic for the first time. The study has shown that in case of the first episode of schizophrenia, proactivity often has a partial defect: particular cognitive components (self-reflection, anticipation) are severely decreased, while its meta-motivational components often remain preserved. The general level of proactivity correlates with such characteristics of the cognitive sphere as indirect memorization, semantic memory, resilience of attention, and tempo of mental activity. The sphere of motivation is associated with such need tendencies as aggression, self-justification, avoidance of danger and failures, and need for understanding and support. The sphere of patients' life-purpose orientations is distinguished by the lack of clear purposes in life, conviction that it is not subject of conscious control and lack of belief in the freedom of choice. Therefore, the results show that proactivity decreases at the early stages of schizophrenia. This decrease can be considered within a framework of negative symptoms and neurocognitive deficit and, in most cases, as a consequence of pathological changes of personality. Timely rehabilitation of impaired and preserved components of proactivity may have prognostic value, since it enables to reveal the targets of psychological correction and psychotherapy in case of this illness. Besides, it enables to develop a perspective area of rehabilitation.

**Key words:** schizophrenia, first psychotic episode, proactivity, cognitive factors, motivation, life-purpose orientation.

### **For citation**

Erzin A.I. Cognitive, motivational and value-meaningful factors of proactivity in the first episode of schizophrenia. *Med. psihol. Ross.*, 2017, vol. 9, no. 3(44), p. 6 [in Russian, in English]. Available at: <http://mprj.ru>

*Received: March 20, 2017*

*Accepted: April 23, 2017*

*Publisher: May 17, 2017*

## **Introduction**

In recent years, scientists have become more interested in the study of proactivity as a multicomponent construct in cases of schizophrenia-related disorders [16; 33; 35]. Schizophrenia is known to be one of the most severe mental illnesses that lead to disability. The treatment of schizophrenia is associated with many difficulties. The biggest difficulty in the treatment and rehabilitation of patients with schizophrenia is represented rather by manifest negative changes in the form of motivation and volition defects [15]; cognitive dysfunctions [1; 13; 14; 31]; impairments of social cognition and emotional intelligence [10; 16; 18]; and destructive behavioral manifestations in the state of remission [7] than by psychotic states that disorganize the activity severely.

Negative symptoms are associated with the impairments of social functioning in case of schizophrenia [8; 11; 14]. These impairments are often understood as a consequence of person's insufficient targeted activity. The preserved elements of proactivity, in turn, can be treated as protective personal resources related to the development of a schizophrenic defect. Their use in the psychological correction and rehabilitation develops a new view on the treatment of schizophrenia.

Modern researchers [17; 21; 22; 23; 24; 26; 27; 28; 29; 30; 32; 34] treat proactivity as a protective personal factor together with such psychological constructs as resilience and self-efficiency. Now, the concept of proactivity originally used by V. Frankl [19] attracts the attention of mental health specialists as an important condition of adaptability and perfect functioning.

We treat **proactivity** as a meta-phenomenon based on personal factors and manifested in a special behavioral style, which involves the prediction of situations, readiness to control life circumstances, initiative and persistence in the achievement of long-term goals [4].

We should note that proactivity in clinical psychology is still understudied. There is no single definition of proactivity. Clinical-psychological research mostly deals with particular personal factors of pathogenesis, which can be treated as included in the phenomenon of proactivity. We should add that no empirical research have ever given a complex evaluation of all these factors. However, it is important to reveal the deficit of proactivity and its elements as risk factors of the impairments of mental health and adaptation. Early recognition of the signs of a mental illness is of great practical value. We assume that it should involve the study of personal factors of proactivity.

### Materials and methods

The study involved 79 patients with schizophrenia (code F20.01, IDC-10). The mean age of respondents is 23.1 years. The sample consisted of 49 men and 30 women. All the patients corresponded to the criterion of the first psychotic episode [20].

Perception disorders (mostly, audial hallucinations and delusional ideas) became dominant in patients' clinical picture. All the patients were at the phase of medical remission at the moment of study. Therefore, their criticism to their state was partially preserved and their productive symptoms were decreased. Most patients corresponded to the paranoid variant of a schizophrenic pathopsychological complex of symptoms by their clinical manifestations and indices of cognitive and emotional-volitional spheres.

In behavior and communication, they demonstrated autism and social insulation, weaker volitional and motivational urges, emotional coldness, less intensity and poorer repertoire of mimic manifestations, and limited interests and hobbies.

We used the following psychodiagnostic instruments: Proactive Behavior questionnaire [3; 5]; instruments for pathopsychological study of memory, attention, thinking [6]; Topical Apperception Test [9]; Life-Purpose Orientations test [10; 25].

Statistic calculations were done by means of Mann-Whitney U test, correlation and regression analysis.

### Results and discussion

The analysis of proactivity structure components (table 1) has shown that the "meta-needs" scale, which describes motivational sources of behavioral activity, is the most manifest. Interview with patients enabled to specify their most significant needs: a need for development, cognitive motives, and aesthetic needs. Motives associated with social interaction are much rarer.

The "internal determination of behavior" scale is the second by the degree of intensity. The scale describes the degree of self-initiation and perception of oneself as the main source of one's activity. High values for this scale can indicate that the patients under examination try to rely on their attitudes, beliefs and value orientations in choosing the models of

behavior in everyday life. Besides, particular attitudes and beliefs can fit into the plot of delusion and make social functioning more difficult.

The scale of internality occupies the third place by the degree of intensity. Relatively low intensity of indices for this scale is indicative of the insufficiently developed proneness of patients with schizophrenia to take responsibility for what is going on with them.

The "autonomy on decision making" scale occupies the fourth place by the degree of intensity. Low values for this scale indicate patients' conviction that their choice in some situations is involuntary and their behavior is possibly controlled by other people.

Lower values are obtained for the "spontaneity", "meaningful actions" and "predicting the consequences of behavior". The last two scales reflect the ability for self-control and self-reflection. Natural spontaneity associated with social skills and typical for healthy people is less manifest in patients with schizophrenia.

Table 1

The descriptive statistics of personal components of proactivity in the sample under examination

Scales	Min	Max	M	SD
Meaningful actions	16	40	21.72	5.167
Predicting the consequences of behavior	10	40	22.35	4.452
Internal locus of control	22	39	26.75	2.815
Spontaneity	15	39	21.00	3.674
Autonomy on decision making	19	40	23.19	3.675
Meta-motivation	25	39	34.32	2.898
Internal determination of behavior	27	37	32.65	2.202
<b>Proactivity index</b>	155	266	181.19	18.067

In compliance with the values of the proactivity index, the general sample of the study was divided into two subgroups. The first subgroup consisted of 12 patients with schizophrenia who had scored the points above the average for the proactivity index. The second subgroup comprised 67 patients with the values of proactivity less than average.

We analyzed the specific features of a cognitive sphere (the volume of short-term memory, semantic memory, indirect memorization, resilience of attention and tempo of mental activity, level of mental activity generalization, and distortion of the generalization level) in each of these subgroups. The nonparametric Mann-Whitney test showed the lack of significant differences by the parameters of short-term memory, semantic memory and the existence of latent signs. Besides, the groups under examination had significant differences in the indices of attention ( $p \leq 0.01$ ).

Table 2

The state of a cognitive sphere in the groups under examination

Parameters	Group 1		Group 2		U <sub>emp</sub>
	M	SD	M	SD	
The volume of short-term memory	7.67	.82	6.85	1.17	104.5
Semantic memory	1.67	.82	1.64	.96	176.5
Indirect memorization	2.17	.75	1.31	.90	87*
Resilience of attention and tempo of mental activity	2.50	.55	1.56	.73	<b>61.5**</b>
Level of mental activity generalization	2.67	.52	1.98	.78	80*
Distortion of generalization level	.33	.52	.63	.49	125

Note: \* —  $p \leq 0.05$ ; \*\* —  $p \leq 0.01$ .

Further, we revealed significant relations between the scales of Proactive Behavior questionnaire and the specific features of cognitive processes in patients with schizophrenia (table 3). It is found that the general index of proactivity has positive moderate relationship with the specific features of indirect memorization, resilience of attention and mental activity of patients. The same parameters are positively related to self-reflection and spontaneity as the factors of proactivity. The internal locus of control shows a positive correlation with semantic memory. The autonomy on decision making directly depends on the preservation of attention. The distortion of a generalization level has a negative correlation with most components of proactivity. The obtained data largely correspond to the results of the recent research [33], according to which proactive behavior of patients with schizophrenia depends on the state of a cognitive sphere.

Table 3

The relations between the state of cognitive sphere and proactivity in patients with schizophrenia

Scales of Proactive Behavior questionnaire	<i>r</i>							
	Proactivity index	Meaningful actions	Predicting the consequences of behavior	Internal locus of control	Spontaneity	Autonomy on decision making	Meta-motivation	Internal determination of behavior
Features of a cognitive sphere								
Short-term memory	.049	.124	-.014	.103	.029	.088	-.139	.075
Semantic memory	.168	.128	.096	<b>.282*</b>	.180	.052	-.128	.002
Indirect memorization	<b>.262*</b>	<b>.284*</b>	.108	.183	<b>.266*</b>	.187	-.128	.060
Volume of attention and tempo of mental activity	<b>.222*</b>	<b>.206*</b>	<b>.227*</b>	.173	<b>.354**</b>	<b>.291**</b>	-.072	-.106
Level of mental activity generalization	.085	.103	-.006	.162	.125	-.077	-.017	.144
Distortion of generalization level	-.196	<b>-.263*</b>	.000	-.152	<b>-.298**</b>	-.114	.109	.067

Note: \* —  $p \leq 0.05$ ; \*\* —  $p \leq 0.01$ .

The study of motivational-need and emotional spheres of personality in patients with schizophrenia revealed some psychological peculiarities of proactivity. Thus, patients' stories based on the TAT stimulus material quite often demonstrate the actualization of delusive ideas mostly associated with a pursuit. In the general emotional background of stories, the state of expectation of danger or threat, disclosure or fear of punishment become prevailing. Quite often, the respondents attribute suspicion, aggression and hostility to the protagonists of the stories. They often perceive aggression as a threat or real physical actions from other people. However, patients are not aware of aggression and hostility as their own personal traits and reject them.

In most stories, the prevailing emotional background is decreased. In 72% of cases, fear, apprehensions and tendencies of avoiding contacts with other people are actualized.

Some stories are indicative of hallucinations, which are possibly hard to bear. Besides, delusive ideas of impact and pursuit are often actualized.

H. Murray's technique of story interpretation enabled to reveal the most frequent tendencies in patients' motivation. Thus, we have established that in most cases, patients with schizophrenia have such needs as (fig. 1): *aggression, self-justification, danger avoidance, failure avoidance, understanding, and rejection.*

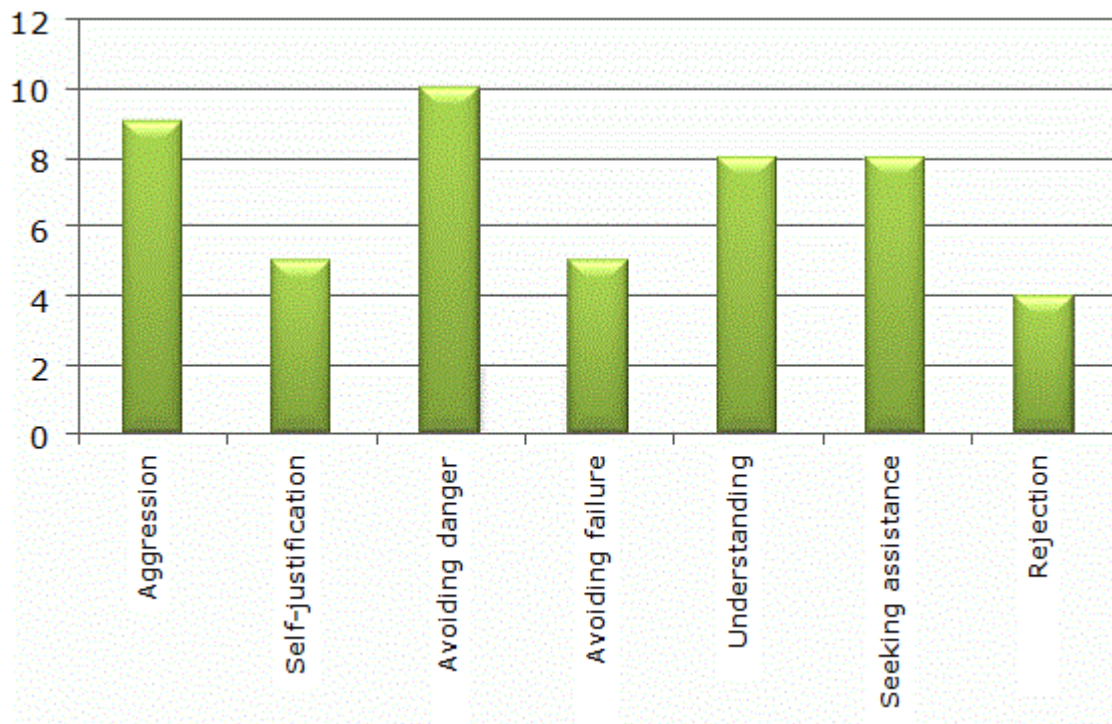


Fig. 1. The average frequency of H. Murray's dominating needs represented in the TAT stories of patients with schizophrenia (in absolute units).

Thus, the leading motives in the patients under examination are the avoidance of danger, proneness to destruction and dependence from the assistance of others. Most of these motives are unconscious, they are rejected by patients. Nevertheless, they raise the risk of deployment of the destructive patterns of behavior.

Life-purpose orientations were studied by means of the Life-Purpose Orientations test. We have established (fig. 2) that the patients under examination have no clear purposes in life, which would give meaningfulness, direction and time perspective to it. This is evidenced from relatively low values for the "life purposes" scale.

Low values are obtained for the "locus of control — life" scale. It proves that patients with schizophrenia are convinced that their life is not subject to conscious control. They believe in fatalism and assume that it is useless to plan their future. This index also confirms the arguments for the low level of proactivity in case of schizophrenia, since proactive behavior is mostly manifested in the ability to set personally significant goals [17] and to plan the future taking into account that life and destiny are rather the results of one's efforts than external conditions and circumstances.

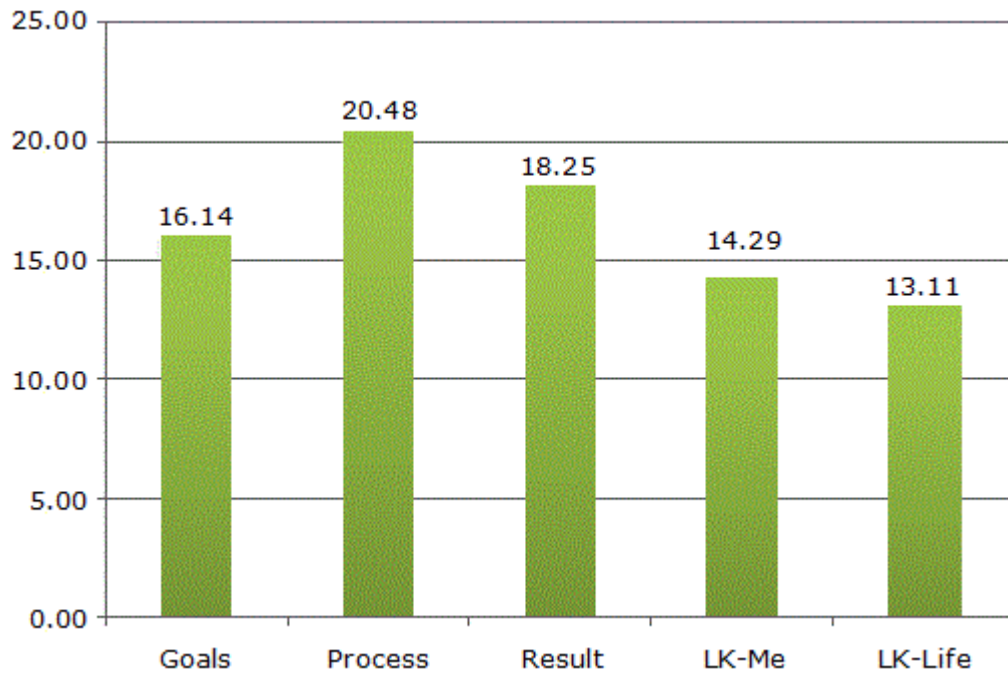


Fig. 2. The results of the study of life-purpose orientations in patients with schizophrenia using the Life-Purpose Orientations test.

Low values are obtained for the "locus of control — me" scale. This shows that in most cases, patients with schizophrenia are convinced that they are not strong personalities capable of influencing one's destiny independently. Patients with schizophrenia think they do not have enough freedom of choice to live their lives in compliance with their goals, values and meanings.

Relatively higher values were obtained for the "efficiency of life" scale, which describe respondents' representations of the degree of efficiency and meaningfulness of their life. Relatively high indices for this scale (in comparison with other scales) possibly mean that patients with schizophrenia feel that their past life had some meaning.

The highest meanings are revealed for the "life process" scale, which reflects the feeling that life is rich in emotions. Relatively high results for this scale indicate patients' focus on the present and satisfaction only with current events. Implicitly high parameters for this scale can be associated with patients' impaired ability to set long-term goals. They define the focus of their behavior on the future.

In general, as shown by the data obtained by means of the Life-Purpose Orientations test, patients with schizophrenia have a lower level of proactivity due to the deficit in the field of personal life-purpose orientations. Lower ability to set goals in the future, lack of assurance in one's forces and a conviction that life is not subject to conscious control are the most important proactive personal components of behavior.

Correlation analysis has enabled to specify that in patients with schizophrenia, the proactivity index assessed by Proactive Behavior questionnaire is the most closely associated with the indices of "purposes in life" (.856), "locus of control — life" (.668), and "locus of control — me" (.732). We have also revealed a strong positive interrelation between the level of proactivity and the factors of "life process" (.522) and "life effectiveness" (.614).



## Conclusion

As shown by the results of the study, proactivity, which constitutes a personal basis of self-determination and has high indices in healthy people, is significantly lower in case of schizophrenia. All the patients were examined after the first psychotic seizure. It proves that proactivity decreases at the early stages of disease.

The structure of personal factors of proactivity in norm contains cognitive, motivational and value-meaningful components, which are in a complex interaction with each other. These components form a basis for self-determined, initiative activity. In case of schizophrenia, this structure is severely impaired. Some components (including meta-motivation) come to the foreground, while other components (anticipation, self-reflection) are underdeveloped.

We can say for sure that the reduction of proactivity components in patients with schizophrenia is caused only by neurocognitive reasons. Most likely, this decrease is associated with the pathology of personality in general, its motivational and emotional-volitional manifestations. However, particular components of proactivity including prediction of actions and meaningful actions, which are the highest regulatory functions [1], have quite strong correlations with cognitive impairments. Patients with manifest decrease of anticipation and self-reflection show the impairments of semantic memory and indirect memorization, the restriction of attention volume and tempo of mental activity.

The relations between a personal defect and lower proactivity are indicated by the results of study of life-purpose orientations and motivational-need spheres of patients. It is found that most patients under examination have no clear goals in life. Many patients are convinced that their life and destiny are not subject to conscious control. They believe in fatalism more often than in norm and assume that it is useless to plan their future. These data confirm the arguments for the low level of proactivity in case of schizophrenia. Low indices for the "locus of control — me" are associated with the idea that a person is incapable of influencing his life positively. Such patients usually think they do not have enough freedom of choice to live their lives in compliance with their goals, values and meanings. In cases when patients demonstrate quite high indices of life meaningfulness, their goals and life plans are often counter-productive due to predominant and delusional ideas.

Motivational impairments including the reduced urges for activity and lack of motivation, spontaneity and initiative also correlate with the reduction of proactivity. In a motivational-need sphere, the motives of pursuit, danger avoidance, seeking assistance and support and aggressive tendencies become dominant in patients. Ambivalence and contradiction of motivational direction is seen in almost all of the respondents.

Generally, the analysis of cognitive, volitional and motivational impairments indicates that motivational impairments and reduced meaningfulness of life are the leading predictors of reduced proactivity and self-determination in case of schizophrenia. Such characteristics as inability to set productive goals in the remote future and a conviction that life can hardly be subject to conscious control become dominant.

## References

1. Alekseev A.A., Rupchev G.E., Katenko S.V. Impairments of Planning in Case of Schizophrenia. *Psikhologicheskie issledovaniya*, 2012, vol. 5, no. 23, p. 9 [in Russian]. Available at: <http://psystudy.ru> (accessed 23 April 2017).
2. Gordeeva T.O. Theory of Self-Determination: the Present and the Future. Part 1: Problems of Theory Development. *Psikhologicheskie issledovaniya*, 2010, no. 4(12), pp. 11 [in Russian]. Available at: <http://psystudy.ru> (accessed 23 April 2017).
3. Erzin A.I. Proactive Behavior Questionnaire: the Description of Scales and Primary Evaluation of Psychometric Indices. *Aktual'nye problemy psikhologicheskogo znaniya*, 2014, no. 4, pp. 59–69 [in Russian].

4. Erzin A.I. *Lichnostnye faktory proaktivnosti pri pervom epizode shizofrenii. Avtoref. dis. kand. psikhol. nauk* [Personal Factors of Proactivity in the First Episode of Schizophrenia. Cand. psychol. sci. diss.]. Moscow, 2016.
5. Erzin A.I., Antokhin E.Yu. Approbation of the Instrument for Diagnosing Proactivity in Clinical Samples. *Psikhologiya i psikhotekhnika*, 2015, no. 5, pp. 493–500 [in Russian].
6. Zeigarnik B.V. *Patopsikhologiya* [Pathopsychology]. 3rd edition. Moscow, Yurait Publ., 2015. 367 p.
7. Kuznetsova S.O. Psychological Peculiarities of Hostility in Case of Mental Pathology. *Voprosy psikhologii*, 2007, no. 5, pp. 89–99 [in Russian].
8. Levikova E.V. Social Competence of Adolescents with Schizophrenia. Part 1. *Psikhologicheskie issledovaniya*, 2010, no. 2(10) [in Russian]. Available at: <http://psystudy.ru> (accessed 23 April 2017).
9. Leont'ev D.A. *Tematicheskii appertseptivnyi test* [Topical Apperception Test]. 2nd edition. Moscow, Smysl Publ., 2000. 254 p.
10. Leont'ev D.A. *Test smyslozhiznennykh orientatsii (SZhO)* [Life-Purpose Orientations test]. 2nd edition. Moscow, Smysl Publ., 2000. 18 p.
11. Loskutova V.A. Social-Cognitive Functions in Case of Schizophrenia and Methods of a Therapeutic Impact. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya*, 2009, vol. 19, no. 4, pp. 92–104 [in Russian].
12. Pluzhnikov I.V. Impairments of Emotional Intelligence in Cases of Affective Disorders and Schizophrenia. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta*, 2009, no. 329, pp. 211–213 [in Russian].
13. Polyakov Yu.F. *Patologiya poznavatel'noi deyatel'nosti pri shizofrenii* [Pathology of Cognitive Activity in Case of Schizophrenia]. Moscow, Meditsina Publ., 1974. 86 p.
14. Kholmogorova A.B., Garanyan N.G., Dolnykova A.A., Shmukler A.B. The Program for Training Cognitive and Social Skills in Patients with Schizophrenia. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya*, 2007, vol. 17, no. 4, pp. 67–77 [in Russian].
15. Semenova N.D., Fursov B.B. Revisiting Psychodiagnostics of Motivation in Psychosocial Therapy and Psychosocial Rehabilitation in Case of Schizophrenia. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya*, 2013, vol. 23, no. 1, pp. 34–39 [in Russian].
16. Sirota N.A., Yaroslavskaya M.A. The research of proactive coping behavior of patients with schizotypal personality disorder. *Med. psihol. Ross.*, 2014, no. 1(24) [in Russian]. Available at: <http://mprj.ru> (accessed 23 April 2017).
17. Starchenkova E.S. Conception of Proactive Coping Behaviour. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Seriya 12: Psikhologiya. Sotsiologiya. Pedagogika*, 2009, no. 2-1, pp. 198–205 [in Russian].
18. Stefanenko E.A., Enikolopov S.N., Ivanova E.M. Peculiarities of an Attitude to Humor and Laugh in Patients with Schizophrenia. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. C.C. Korsakova*, 2014, vol. 114, no. 1, pp. 26–29 [in Russian].
19. Frankl V. *Chelovek v poiskakh smysla* [Man's Search for Meaning]. Moscow, Progress Publ., 1990.
20. Shmukler A.B. Clinical Picture of the First Psychotic Episode: Organization and Perspectives. *Sovremennye tendentsii organizatsii psikhiatricheskoi pomoshchi: klinicheskie i sotsial'nye aspekty. Material. nauch. konf.* [Modern tendencies of psychiatric aid organization: clinical and social aspects. Proceedings of the conference]. Moscow, Medpraktika-M Publ., 2004, pp. 121–122 [in Russian].
21. Adams A. Proactivity in VTE prevention: a concept analysis. *Br J Nurs*, 2015, vol. 24, no. 1, pp. 20–25.
22. Aspinwall L.G. *Future-oriented thinking, proactive coping, and the management of potential threats to health and well-being*. In: Folkman S., ed. *The Oxford Handbook of Stress, Health and Coping*. New York: Oxford University Press, 2011, pp. 334–365.

23. Aspinwall L.G., Taylor S.E. A stitch in time: Self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin*, 1997, vol. 121, no. 3, pp. 417–436.
24. Cangiano F., Parker S.K. *Proactivity affects mental health and well-being*. In: Clarke S., Probst T.M., Guldenmund F.W., eds. *The Wiley-Blackwell Handbook of the Psychology of Occupational Safety and Workplace Health Wiley*. John Wiley & Sons, 2015, pp. 228–250.
25. Crumbaugh J.C., Maholick L.T. An experimental study in existentialism: The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. *Journal of Clinical Psychology*, 1964, vol. 20, pp. 200–207.
26. Fay D., Hüttges A. Drawbacks of Proactivity: Effects of Daily Proactivity on Daily Salivary Cortisol and Subjective Well-Being. *J Occup Health Psychol*, 2016.
27. Fullerton S., McCullough T. Patient proactivity: behaviors, attitudes, and its relationship with satisfaction with the American health care delivery system. *Health Mark Q*, 2014, vol. 31, no. 1, pp. 78–96.
28. Gallacher G. Occupational health: A positive and proactive approach. *Br Dent J*, 2016, vol. 221, no. 10, p. 598.
29. Greenglass E. Chapter 3. *Proactive coping*. In: Frydenberg E., ed. *Beyond coping: Meeting goals, vision, and challenges*. London: Oxford University Press, 2002, pp. 37–62.
30. Kahana E., Kelley-Moore J., Kahana B. Proactive aging: A longitudinal study of stress, resources, agency, and well-being in late life. *Aging & Mental Health*, 2012, vol. 16, no. 4, pp. 438–451.
31. Lysaker P.H., Vohs J., Minor K.S., Irrarrázaval L., Leonhardt B., Hamm J.A., Kukla M., Popolo R., Luther L., Buck K.D., Wasmuth S., Dimaggio G. Metacognitive Deficits in Schizophrenia: Presence and Associations With Psychosocial Outcomes. *The Journal of nervous and mental disease*, 2015, vol. 203, no. 7, pp. 530–536.
32. Parker S.K., Williams H.M., Turner N. Modeling the antecedents of proactive behavior at work. *Journal of Applied Psychology*, 2006, vol. 91, no. 3, pp. 636–652.
33. Rocha N., Marques A.J., Queirós C., Rocha S. Proactive coping in schizophrenia: examining the impact of neurocognitive variables. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 2014, vol. 21, no. 5, pp. 471–476.
34. Wagner S.L., Martin C.A. Can Firefighters' Mental Health Be Predicted by Emotional Intelligence and Proactive Coping? *Journal of Loss and Trauma*, 2012, vol. 17, no. 1, pp. 56–72.
35. Yanos P.T. Proactive coping among persons diagnosed with severe mental illness: an exploratory study. *J Nerv Ment Dis*, 2001, vol. 189, no. 2, pp. 121–123.