

РОЛЬ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В ФОРМИРОВАНИИ  
ОСОБЕННОСТЕЙ ПРОАКТИВНОСТИ И СОЦИАЛЬНОГО  
ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Евгений Юрьевич Антохин<sup>1</sup>, Александр Игоревич Ерзин<sup>1</sup>,  
Галина Александровна Епанчинцева<sup>1</sup>, Елена Михайловна Крюкова<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Оренбургский государственный медицинский университет, кафедра клинической психологии  
и психотерапии, 460000, г. Оренбург, ул. Советская, д. 6, e-mail: k\_klinpsilpsit@orgma.ru,

<sup>2</sup>Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №1,  
460006, г. Оренбург, ул. Цвиллинга, д. 5

Реферат. Цель исследования – оценка комплексного влияния когнитивных нарушений и проактивности на социальное функционирование больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод. Было обследовано 65 больных параноидной шизофренией. Применялись методики патопсихологического исследования памяти, внимания, мышления, методика «Проактивное поведение», шкала глобальной оценки социального функционирования (GAF Scale). Установлено, что пациенты с высокими и низкими показателями проактивности достоверно различаются по ряду характеристик когнитивной сферы. У 23,07% больных отмечался относительно компенсированный уровень социального функционирования, у 53,3% – умеренно-декомпенсированный, а у 24,61% – выраженно-декомпенсированный. Показано, что более высокие значения проактивности чаще встречаются у лиц, демонстрирующих признаки более эффективной адаптации. В то же время для пациентов с выраженными нарушениями социального функционирования более свойственна низкая проактивность. Доказано, что когнитивные нарушения не являются главными предикторами снижения проактивности. При этом проактивное поведение, наряду с познавательными процессами, оказывает более выраженное влияние на социальное функционирование больных шизофренией. Результаты исследования показывают, что проактивность может рассматриваться как важный диагностический критерий на этапе ранней диагностики и лечения шизофрении.

Ключевые слова: шизофрения, первый психотический эпизод, проактивность, социальное функционирование, когнитивные функции, тест Роршаха.

THE ROLE OF COGNITIVE IMPAIRMENT  
IN PROACTIVE BEHAVIOR  
AND SOCIAL FUNCTIONING AMONG  
PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Evgeny Yu. Antokhin<sup>1</sup>, Alexander I. Erzin<sup>1</sup>,  
Galina A. Epanchintseva<sup>1</sup>, Elena M. Kryukova<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Orenburg State Medical University, Department of Medical  
Psychology and Psychotherapy, 460000, Orenburg,  
Sovetskaya St, 6, e-mail: k\_klinpsilpsit@orgma.ru,

<sup>2</sup>Orenburg psychiatric clinical hospital,  
460006, Orenburg, Tsvillinga St, 5

The purpose of the study is an investigation of the impact of cognitive impairment on proactive behavior and social functioning in patients with first-episode schizophrenia.

65 patients with paranoid schizophrenia were examined. We used memory tests, attention test, thinking tests, Proactive Behavior Inventory, GAF Scale. It was found that patients with high and low scores of proactivity had significant differences in some cognitive functions. 23,07% of patients got 51-60 scores of social functioning. 53,3% of patients got 41-50 scores. 24,61% of patients got 31-40 scores. It was found that higher scores of proactivity correspond to individuals having more effective adaptation. In turn, patients with impairment of social functioning have poor proactivity. It is proved that cognitive impairment is not the main predictors of decreased proactivity. Proactive behavior independently impacts on social functioning in patients with schizophrenia. Results of this study show that proactivity can be seen as an important diagnostic criterion on early diagnosis and treatment of schizophrenia. The development a proactive behavior in the course of psychotherapy can be an important factor for the recovery of social functioning and quality of life in patients with a first episode of schizophrenia.

Key words: schizophrenia, first psychotic episode, proactivity, social functioning, cognitive functions, The Rorschach Inkblot Test.

Социальное функционирование (СФ) и его нарушения при эндогенных психозах в последние годы обратили на себя внимание многих исследователей [2, 3, 8, 12, 16]. С появлением новых методов диагностики расстройств личностного и социального функционирования расширились и возможности прогноза течения заболеваний. Как отмечают Е.М. Кирьянова и Л.И. Сальникова [8], СФ представляет собой системный феномен, включающий способы, с помощью которых человек организует свою жизнедеятельность и решает задачи, возникающие в процессе повседневной деятельности. Количественные и качественные показатели СФ, наряду с психопатологическими симптомами, могут рассматриваться как диагностические критерии при постановке психиатрического диагноза. Так, например, в МКБ-10 при описании

диагностических категорий также указываются возможные нарушения СФ больных [8].

Несмотря на внушительный массив эмпирических данных, остаётся открытым вопрос о том, каковы главные детерминанты нарушения социального функционирования при шизофрении. В некоторых исследованиях [11, 19] доказывалось, что основной причиной расстройств СФ является нейрокогнитивный дефицит (НКД). Так, в последние годы в литературе появляется всё больше данных, свидетельствующих о том, что многие симптомы шизофрении связаны с НКД [19]. Очевидно, стойкие когнитивные дисфункции определены нейробиологическими и нейроанатомическими причинами (гибель нейронов и вследствие этого – уменьшение массы серого вещества, нарушение межнейронных связей, увеличение боковых желудочков мозга, недоразвитие/дисфункция т.н. «зеркальных клеток», нарушение биоэлектрической активности различных мозговых отделов) [19]. В то же время клинические проявления шизофрении, особенно на инициальной стадии заболевания и в первом психотическом эпизоде [2, 17] зачастую оказываются связанными не только с нарушениями познавательных процессов, но и с расстройством социального функционирования [3, 12].

Изучению нарушений познавательной сферы при шизофрении посвящено немалое число работ [4, 9, 11]. Не вызывает сомнения, что патология психической деятельности при данном заболевании отличается мозаичностью и полиморфностью. При относительной сохранности первичных механизмов памяти наблюдаются выраженные нарушения мыслительных процессов, не столько по типу снижения, сколько по типу искажения и диссоциации [9]. А.Б. Холмогорова в своих работах показала, что лицам с расстройствами шизофренического спектра свойственна выраженная тенденция к когнитивным ошибкам и дисфункциональным убеждениям [16].

Несмотря на приведённые данные, нет оснований полагать, что изменения личности и поведения больных шизофренией объясняются только когнитивными нарушениями вследствие НКД. Коррекция когнитивных дисфункций зачастую осуществляется в рамках антипсихотической терапии. Фармакотерапия на современном этапе своего развития располагает большим числом антипсихотических препаратов, которые с различной степенью эффективности купируют психоз. Однако при достаточно эффективном

купировании продуктивной симптоматики, у многих больных наступает ухудшение СФ с последующей инвалидизацией. В этой связи встаёт вопрос, является ли нейрокогнитивный дефицит единственным определяющим фактором нарушений СФ?

В ряде исследований показано, что одну из основных ролей в расстройстве СФ играют также и преморбидные личностные характеристики [14, 18]. А.Б. Шмуклер справедливо указывает на то, что преморбидные дисфункции, в отличие от продромальной симптоматики, являются предшественниками шизофрении и не специфичными для этого заболевания [17]. М.Ж. Cuesta et al. показали [18], что преморбидные шизоидные черты личности значимо коррелируют с позитивной и негативной симптоматикой шизофрении. А.Б. Смуглевич полагает [14], что такие характеристики, как пассивность, недостаток спонтанности и склонность к социальной изоляции, составляющие ядро шизоидной личности, выступают важными предикторами негативной симптоматики. В свою очередь, социопатические и пассивно-зависимые черты ассоциированы с симптомами дезорганизации [14].

В последнее десятилетие появились работы, в которых значимым преморбидным качеством рассматривается проактивность у лиц с психической патологией [13, 20]. Проактивное поведение как высшая форма социальной активности, детерминированная внутренними мотивами и целями, а не обстоятельствами жизни и социальным окружением, в психиатрии и клинической психологии имеет сравнительно незначительную историю исследования. По данным литературы [7, 13, 15], проактивное поведение обладает системным строением и складывается из совокупности индивидуально-психологических факторов. В когнитивной сфере детерминантами проактивности выступают такие исполнительные функции как планирование, прогнозирование и антиципация [1, 10]. В мотивационно-потребностной сфере – метапотребности и социально-детерминированные ценности. В сфере характера – это такие черты, как открытость новому опыту, дружелюбие и коммуникабельность, экстраверсия и др.

Проактивность в последние годы в клинической психологии рассматривается в рамках моделей совладания со стрессом. Н.А. Сирота и М.А. Ярославская [13] показали, что у лиц с расстройствами шизофренического спектра наблюдается недостаточное обращение к проак-

тивными формам копинг-поведения. Так, больные с шизотипическим расстройством демонстрируют дефицит навыков планирования, у них недостаточно сформировано представление о ходе деятельности и ограничен выбор эффективных способов совладания со стрессовыми и проблемными ситуациями. Редкое обращение к стратегии «поиск эмоциональной поддержки» может быть вызвано нарушениями эмоционального интеллекта [12].

больных параноидной шизофренией с первым психотическим эпизодом. Включение пациентов в выборку соответствовало принятым критериям первого эпизода шизофрении [17]. Средний возраст респондентов составил  $21,3 \pm 2,1$  года. В выборку вошло 42 мужчины и 23 женщины. Продолжительность госпитализации на момент исследования – от 1 до 6 недель. Применялись клиничко-психопатологический, клиничко-психологический, экспериментально-психологический и

Таблица 1

Состояние когнитивной сферы в обследованных группах

Параметры	Группа 1		Группа 2		U <sub>эмп</sub>
	М	SD	М	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*
Объем внимания и темп психической деятельности	2,50	0,55	1,56	0,73	61,5**
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

\*  $p \leq 0,05$  \*\*  $p \leq 0,01$ . То же в табл. 2 и 4.

N. Rocha et al. установил взаимосвязь нейрокогнитивных функций и отдельных стратегий проактивного совладающего поведения [20]. Было показано, что степень сохранности мнестических процессов и интеллекта прямо коррелирует с использованием таких копинг-стратегий, как проактивное, рефлексивное и превентивное преодоление, стратегическое планирование, обращение за социальной поддержкой.

Ранее нам удалось показать, что проактивность при психических расстройствах находится на низком уровне [6]. Особенно выраженное снижение проактивности отмечается при шизофрении и различных видах химической зависимости. При этом структура нарушения проактивного поведения у больных шизофренией при первом психотическом эпизоде характеризуется неоднородностью. При достаточно высоких показателях метамотивации и самодетерминации, обнаруживается снижение когнитивных составляющих проактивности – саморефлексии и антиципации.

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния когнитивных нарушений и проактивности на социальное функционирование больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод. Было обследовано 65

психодиагностический методы. Для исследования когнитивных процессов использовались методика заучивания 10 слов А.Р. Лурии, воспроизведение рассказов, методика опосредованного запоминания «Пиктограммы», таблицы Шульте, классификация предметов, тест Г. Роршаха (с анализом по системе С. Бека и М. Гертца). Для диагностики проактивности применялся авторский опросник «Проактивное поведение» [5]. Уровень социального функционирования определялся с помощью клинической шкалы Global Assessment of Functioning (GAF) Scale. Математико-статистическая обработка результатов исследования включала в себя непараметрический U-критерий Манна–Уитни, корреляционный и регрессионный анализы, метод структурного моделирования.

Все пациенты, прошедшие обследование, в дальнейшем были разделены на две группы. Деление на группы проводилось по общему показателю проактивности. В первую группу вошло 6 человек, набравших баллы по индексу проактивности выше среднего (190–220). Вторую группу составили 59 пациентов с показателями проактивности ниже среднего уровня (155–189). В каждой группе были оценены особенности когнитивной сферы (объем кратковременной памяти, смысловая память, опосредованное запо-

минание, объем 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. 1). При этом обследованные группы значимо различались по показателям аттентивной сферы ( $p \leq 0,01$ ).

контроля обнаруживает положительную корреляцию со смысловой памятью. Автономия в принятии решения напрямую зависит от сохранности внимания. Отрицательно коррелирует с большинством компонентов проактивности искажение уровня обобщения мышления.

Выявленные взаимосвязи показывают, что проактивное поведение находится в определенной зависимости от когнитивных функций,

Таблица 2

Взаимосвязь состояния когнитивной сферы и проактивности у больных шизофренией

Параметры проактивности	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

Таблица 3

Регрессионный анализ влияния показателей когнитивных функций на проактивность

Модель	R	R-квадрат	Скорректированный R-квадрат	Стандартная ошибка оценки
1	0,386	0,149	0,061	10,204

С помощью корреляционного анализа Пирсона были выявлены достоверные взаимосвязи между шкалами опросника «Проактивное поведение» и особенностями когнитивных процессов больных шизофренией (табл. 2). Установлено, что общий показатель проактивности имеет положительную умеренную взаимосвязь с особенностями опосредованного запоминания, объемом внимания и темпом психической деятельности пациентов. С этими же параметрами позитивно связана саморефлексия и спонтанность как составляющие проактивного поведения. Внутренний локус

но степень этой зависимости не указывает на характер влияния когнитивных нарушений на снижение проактивности. С целью верификации гипотезы о влиянии патологии познавательной сферы при шизофрении на проактивное поведение мы применили регрессионный анализ (табл. 3). Полученное значение R-квадрат свидетельствует о том, что лишь в 14,9% случаев когнитивные дисфункции оказывают прямое влияние на проактивность пациентов, снижая её общий показатель.

Дополнительно с помощью теста Роршаха нами были изучены характеристики познавательных

Таблица 4

Результаты исследования мышления с помощью теста Г. Роршаха

Параметры	Группа 1		Группа 2		U <sub>эмп</sub>
	М	SD	М	SD	
Общее количество ответов	13,17	1,17	22,07	7,34	34,5**
Количество популярных ответов, %	70,17	2,48	37,73	11,13	4**
Количество оригинальных ответов, %	26,33	4,03	41,51	10,00	29**
Количество целостных ответов, %	69,83	0,75	49,31	14,50	32**
Количество детальных ответов, %	34,83	16,13	50,41	16,85	87,5*
Число ответов с хорошей формой, %	69,83	8,06	44,81	17,68	29,5**
Число ответов с плохой формой, %	4,67	3,67	23,66	10,61	24,5**
Ответы, опирающиеся на восприятие цвета, %	4,33	0,82	3,44	4,21	87,5*
Ответы, опирающиеся на восприятие движения, %	13,50	2,17	19,86	5,45	51,5**
Восприятие людей, %	23,33	2,66	13,83	3,92	13**
Восприятие животных, %	10,33	2,25	18,78	8,67	53**
Контаминации, %	0,33	0,52	5,00	5,07	73**

Таблица 5

Взаимосвязь показателей по тесту Роршаха и проактивности у больных шизофренией

Параметры	R
Общее количество ответов	-0,568
Количество популярных ответов, %	0,755
Количество оригинальных ответов, %	-0,674
Количество целостных ответов, %	0,722
Количество детальных ответов, %	-0,545
Число ответов с хорошей формой, %	0,725
Число ответов с плохой формой, %	-0,726
Ответы, опирающиеся на восприятие цвета, %	0,352
Ответы, опирающиеся на восприятие движения, %	-0,692
Восприятие людей, %	0,710
Восприятие животных, %	-0,710
Контаминации, %	-0,682

процессов и некоторые личностные особенности больных шизофренией (табл. 4). Достоверные различия между обследованными группами пациентов наблюдались в отношении всех изучаемых показателей. Больные шизофренией, набравшие высокие баллы по индексу проактивности, давали, в целом, меньшее количество ответов на карточки методики, демонстрировали большее число популярных ответов и меньшее оригинальных, чаще опирались на целое пятно, чем на его фрагменты,

давали больше ответов с хорошей формой, реже воспринимали на карточках движения. Кроме того, для данной группы респондентов характерно более частое указание в ответах на человеческие фигуры, а не на животных. Доля контаминаций в этой группе также была достоверно меньше, чем в группе сравнения.

В табл. 5 представлены результаты корреляционного анализа взаимосвязей данных, полученных с помощью теста Роршаха, и индекса проактивности. Установлено, что проактивное поведение находится в прямой зависимости от количества популярных ответов, целостных ответов, ответов с хорошей формой, а также ответов, опирающихся на цвет. Отрицательные взаимосвязи выявлены с общим количеством ответов, числом оригинальных ответов, ответов на детали и фрагменты пятна, ответов с плохой формой, «двигательных» ответов, восприятием движений и количеством контаминаций.

Регрессионный анализ (табл. 6) показал, что в 75,1% случаев показатели теста Роршаха связаны с проактивным поведением больных шизофренией. Из этого следует, что проактивность в большей мере определяется личностными характеристиками, а не когнитивными процессами.

С помощью шкалы GAF были определены уровни социального функционирования пациентов. У 23,07% больных отмечался относительно компенсированный уровень СФ. Для данного уровня ведущими признаками являются полная

Таблица 6

Регрессионный анализ влияния показателей теста Роршаха на индекс проактивности

Модель	R	R-квадрат	Скорректированный R-квадрат	Стандартная ошибка оценки
1	0,866 <sup>a</sup>	0,751	0,693	5,831

Таблица 7

Регрессионный анализ влияния проактивности и когнитивных функций на социальное функционирование больных шизофренией

Предиктор	R	R-квадрат	Скорректированный R-квадрат	Стандартная ошибка оценки
Проактивность	0,853	0,728	0,689	0,388
Когнитивные функции	0,319	0,102	0,009	0,693

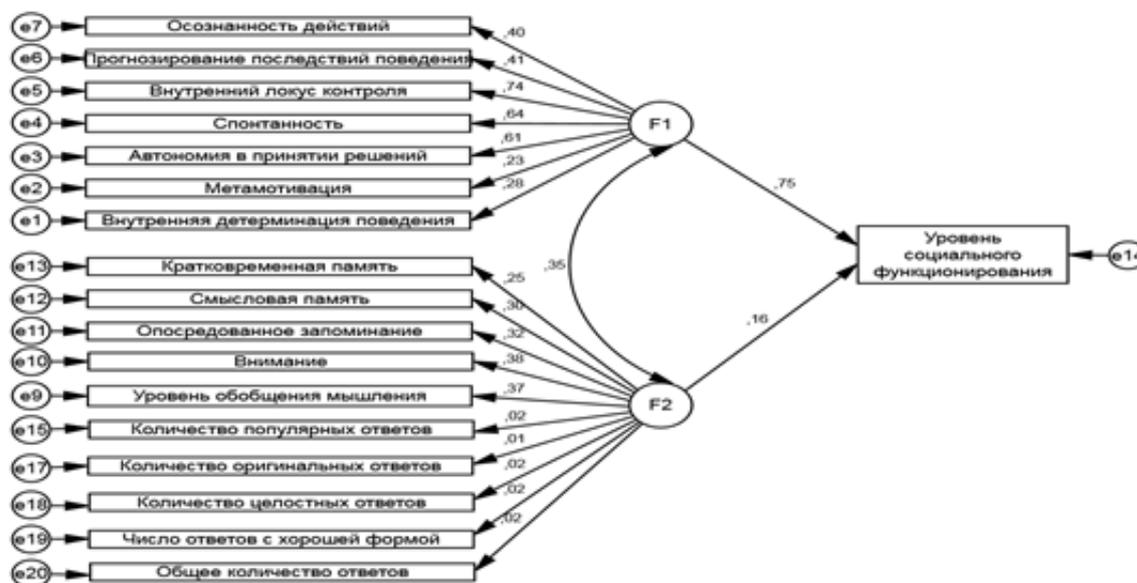


Рис. Конечная модель влияния проактивности и когнитивных функций на социальное функционирование больных шизофренией.

Примечание: F1 – проактивность, F2 – когнитивные процессы.

редукция психотических состояний в периоды ремиссии, неустойчивость резидуальных психопатологических симптомов, легкие нарушения в учебной и профессиональной деятельности. Для 53,3% пациентов был характерен умеренно-декомпенсированный уровень СФ. Его признаками выступают: умеренные или выраженные психопатологические симптомы в ремиссии, трудности средней тяжести или серьезные нарушения в социальной, трудовой и/или учебной сферах жизнедеятельности. У 24,61% больных был выявлен выраженно-декомпенсированный уровень СФ, характеризующийся глубокими изменениями личности, нередко в сочетании с остаточными психопатологическими симптомами, значительными нарушениями деятельности в различных сферах жизни, серьезными нарушениями в межличностных отношениях.

Данные регрессионного анализа показали, что проактивность и ее личностные компоненты оказывают выраженное влияние на показатели СФ больных шизофренией (табл. 7). Более высокие значения проактивности чаще встречаются у лиц, демонстрирующих признаки более успешной адаптации. В то же время для людей с выраженными нарушениями СФ более вероятно будет свойственна низкая проактивность. В свою очередь степень сохранности когнитивных функций, измеренная с помощью патопсихологических методик, как оказалось, прямо влияет на уровень СФ в данной выборке только в 10% случаев.

Далее, обобщив полученные данные, мы смоделировали совокупное влияние проактивности и когнитивных функций на СФ пациентов (см. рис.).

На представленной схеме видно, что НКД не является главным предиктором снижения уровня социального функционирования. При этом проактивное поведение, образуя некоторую положительную связь с познавательными процессами, оказывает более выраженное влияние на социальное функционирование больных шизофренией. Таким образом, основная гипотеза нашего исследования нашла подтверждение.

Проведенное исследование показало, что социальное функционирование больных шизофренией, перенесших первый психотический приступ, находится в определенной зависимости от когнитивных процессов, однако их нельзя считать главными предикторами нарушений СФ. Наши предположения о наличии прямой зависимости уровня СФ пациентов от показателей проактивности подтверждены статистически. Регрессионный анализ выявил выраженное влияние интегрального показателя проактивности на уровень общего СФ. Удалось показать, что при высоких значениях проактивности у больных отмечается в основном относительно компенсированный уровень СФ, при средних – умеренно декомпенсированный, а при низких – выраженно декомпенсированный. Следовательно, высокие значения проактивности чаще встречаются у лиц, демонстрирующих более эффективную адаптацию. Для пациентов с выраженными нарушениями СФ характерна низкая проактивность. При этом оказалось, что проактивность более выражено, чем когнитивные функции, влияет на показатели социального функционирования.

Результаты диагностики пациентов с помощью теста Роршаха показали, что лица с относительно высокими показателями проактивности чаще, чем остальные, на предъявленный стимульный материал давали ответы, в которых «видели» те или иные формы человеческой кооперации (например, «Мужчина помогает женщине поднять тяжелую сумку», «Пожилая пара танцует» и др.). Больные с высокими или средними значениями по шкалам проактивности чаще давали ответы с указанием на людей и их взаимодействие, в то время как в ответах пациентов, набравших низкие баллы по авторскому опроснику, почти не фигурировали человеческие фигуры – они чаще называли животных и неодушевленные предметы. Кроме того, больные с достаточно высокой проактивностью чаще использовали в своих ответах цвет, что говорит об относительно сохранной эмоциональной сфере. При этом пациенты с выраженной

редукцией компонентов проактивности чаще предъявляли ответы с указанием на движения, что трактуется как «интровертированный тип переживания»

Полученные данные свидетельствуют о том, что психотерапевтическое вмешательство при первом эпизоде шизофрении в сочетании с лекарственной терапией может опираться не только на коррекцию когнитивных дисфункций, но также и на развитие личностных компонентов проактивного поведения. Такой подход к терапии, на наш взгляд, является перспективным в отношении снижения риска инвалидизации больных, восстановления социальных навыков и интеграции в общество.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев А.А., Рупчев Г.Е., Катенко С.В. Нарушения планирования при шизофрении // Психологические исследования: электронный научный журнал. 2012. № 23. С. 9.
2. Антохин Е.Ю. Особенности когнитивных и социальных дисфункций у больных шизофренией с первым психотическим эпизодом и подходы к их коррекции // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 11: Медицина. 2011. № 1. С. 71–80.
3. Вишневская О.А., Гвоздецкий А.Н., Петрова Н.Н. Социальное функционирование больных параноидной шизофренией в ремиссии // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. № 4. С. 30–36.
4. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Зайцева Ю.С. Динамика нейрокогнитивного функционирования больных на начальных этапах развития шизофрении и расстройств шизофренического спектра // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2012. № 8. С. 7–14.
5. Ерзин А.И. Методика «Проактивное поведение»: описание шкал и первичная оценка психометрических показателей // Актуальные проблемы психологического знания. 2014. № 4. С. 59–69.
6. Ерзин А.И. Проактивное поведение при некоторых психических заболеваниях: критерии, факторы формирования, типология // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2012. № 4 (10). С. 64–77.
7. Ерзин А.И. Проблема проактивности в психологии здоровья // NB: Психология и психотехника. 2014. № 1. С. 94–124.
8. Кирьянова Е.М., Сальникова Л.И. Социальное функционирование и качество жизни психически больных – важнейший показатель эффективности психиатрической помощи // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. № 3. С. 73–75.
9. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М.: МГУ, 1991. 256 с.
10. Менделевич В.Д. Антиципационные механизмы неврогенеза. Казань: Медицина, 2011. 288 с.
11. Морозова М.А., Бениашвили А.Г., Лепилкина Т.А. и др. Когнитивная дисфункция как элемент фармакологически ориентированной модели шизофрении // Психиатрия. 2013. № 3 (59). С. 5–9.

12. Руденко С.Л., Рычкова О.В. Нарушения социального интеллекта и социального функционирования при шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. № 1. С. 27–33.
13. Сирота Н.А., Ярославская М.А. Исследование проактивного совладающего поведения у больных шизотипическим расстройством // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2014. N 1(24). [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 01.05.2017).
14. Смуглевич А.Б. Расстройства личности и шизофрения // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2011. Т. 111. № 1. С. 8–15.
15. Старченкова Е.С. Концепция проактивного совладающего поведения // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12: Психология. Социология. Педагогика. 2009. № 1–2. С. 198–205.
16. Холмогорова А.Б., Гараян Н.Г., Долныкова А.А., Шмуклер А.Б. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. № 4. С. 67–77.
17. Шмуклер А.Б. Проблема шизофрении в современных исследованиях. М.: ИД «Медпрактика-М», 2011. 84 с.
18. Cuesta M.J., Peralta V., Caro F. Premorbid personality in psychoses // Schizophr Bull. 1999. Vol. 25(4). P. 801–811.
19. Liu C.C., Hua M.S., Hwang T.J. et al. Neurocognitive functioning of subjects with putative pre-psychotic states and early psychosis // Schizophr Res. 2015. Mar 20. S0920-9964(15)00135-8.
20. 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 Jun. Vol. 21(5). P. 471–476.
21. Alekseev A.A., Rupchev G.E., Katenko S.V. *Psikhologicheskie issledovaniya: elektronnyi nauchnyi zhurnal*. 2012. № 23. P. 9. (in Russian)
22. Antokhin E.Yu. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta*. Seriya 11: Meditsina. 2011. № 1. pp. 71–80. (in Russian)
23. Vishnevskaya O.A., Gvozdetskiy A.N., Petrova N.N. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya*. 2012. № 4. pp. 30–36. (in Russian)
24. Gurovich I.Ya., Shmukler A.B., Zaitseva Yu.S. *Zhurnal neurologii i psikiatrii im. C.C. Korsakova*. 2012. № 8. pp. 7–14. (in Russian)
25. Erzin A.I. *Aktual'nye problemy psikhologicheskogo znaniya*. 2014. № 4. pp. 59–69. (in Russian)
26. Erzin A.I. *Psikiatriya, psikhoterapiya i klinicheskaya psikhologiya*. 2012. № 4 (10). pp. 64–77. (in Russian)
27. Erzin A.I. *NB: Psikhologiya i psikhotehnika*. 2014. № 1. pp. 94–124. (in Russian)
28. Kir'yanova E.M., Sal'nikova L.I. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya*. 2010. № 3. pp. 73–75. (in Russian)
29. Kritskaya V.P., Meleshko T.K., Polyakov Yu.F. *Patologiya psikhicheskoi deyatel'nosti pri shizofrenii: motivatsiya, obshchenie, poznanie*. Moscow: MGU, 1991. 256 p. (in Russian)
30. Mendelevich V.D. *Antitsipatsionnye mekhanizmy neurozogeneza*. Kazan: Meditsina, 2011. 288 p. (in Russian)
31. Morozova M.A., Beniashvili A.G., Lepilkina T.A. et al. *Psikiatriya*. 2013. № 3 (59). pp. 5–9. (in Russian)
32. Rudenko S.L., Rychkova O.V. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya*. 2013. № 1. pp. 27–33. (in Russian)
33. Sirota N.A., Yaroslavskaya M.A. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii: elektron. nauch. zhurn*. 2014. N 1(24). [Elektronnyi resurs]. – URL: <http://mprj.ru> (data obrashcheniya: 01.05.2017). (in Russian)
34. Smulevich A.B. *Zhurnal neurologii i psikiatrii im. C.C. Korsakova*. 2011. Vol. 111. № 1. pp. 8–15. (in Russian)
35. Starchenkova E.S. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Seriya 12: Psikhologiya. Sotsiologiya. Pedagogika*. 2009. № 1–2. pp. 198–205. (in Russian)
36. Kholmogorova A.B., Garanyan N.G., Dolnykova A.A., Shmukler A.B. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya*. 2007. № 4. pp. 67–77. (in Russian)
37. Shmukler A.B. *Problema shizofrenii v sovremennykh issledovaniyakh*. Moscow: ID «Medpraktika-M», 2011. 84 p. (in Russian)

Поступила 11.05.17.