

А.И. Ерзин

ПРОАКТИВНЫЕ ЛИЧНОСТНЫЕ РЕСУРСЫ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ

Аннотация. В ходе исследования изучены личностные особенности проактивного поведения у больных с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому типу. Установлено, что ведущими личностными предикторами, ответственными за формирование проактивных паттернов, у обследованных пациентов выступают социально-детерминированные потребности (метапотребности) и свобода принятия решений. Наименее развитыми компонентами проактивности у больных с ОНМК являются способность к рефлексии и прогнозу последствий своего поведения, что, вероятно, обусловлено снижением когнитивных процессов. Наиболее часто в обследованной выборке встречаются такие проактивные копинг-стратегии, как проактивное, рефлексивное и превентивное совладание. Проактивная агрессия как намеренное жестокое поведение у обследованных пациентов проявляется значительно реже, чем реактивная агрессия. В ходе исследования было установлено, проактивные компоненты личности, проявляющиеся в стремлении больных к достижению значимых целей, могут быть использованы как личностный ресурс, влияющий на успешность восстановительной терапии.

Ключевые слова: проактивное поведение, проактивность, агрессия, совладающее поведение, ОНМК, инсульт, ресурсы личности, копинг-стратегии, реактивная агрессия, проактивная агрессия.

Актуальность

На сегодняшний день не утратившей свою актуальность стоит проблема взаимосвязи когнитивных и поведенческих нарушений, возникающих в результате острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). Следует отметить, что в исследованиях последних лет¹ акцент

резко смещен на изучение когнитивных и эмоциональных процессов у больных, перенесших инсульт. В то же время достоверных данных о картине поведенческих реакций и их взаимосвязи с личностью у таких больных еще не достаточно.

Теме проактивного поведения за рубежом посвящено большое число работ, причем исследования этой области представлены преимущественно в организационной психологии, психологии труда и общей психологии². Для клинической психологии и психиатрии феномен проактивности до сих пор является относительно новым, хотя теоретические предпосылки изучения данного психоло-

¹ Астаева А.В., Епанешникова Н.В. Нейропсихологическая характеристика нарушений речи при острых нарушениях мозгового кровообращения и проблемы их классификации в отечественной и зарубежной нейропсихологии // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. 2012. № 6 (265). С. 73-79; Бисерова С.В., Павлова В.С. Сопоставление когнитивных и психоэмоциональных изменений у лиц, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения // Вятский медицинский вестник. 2007. № 1. С. 46; Гай-футдинова Л.В., Васильева М.А. Факторы эффективности восстановления речи у больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения и черепно-мозговую травму // Вертеброневрология. 2004. Т. 11. № 3-4. С. 11-12; Ермакова Л.А., Шамуров Ю.С., Свиридова Л.П., Василенко А.Ф. Динамика состояния высших психических функций у больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения разной этиологии в

левой гемисфере // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. 2009. № 5 (138). С. 25-30.

² Baron, R.M., & Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182; Bateman, T.S., & Crant, M.J. (1993). The proactive component of organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior*, 14(2), 103-118; Campbell, D.J. (2000). The proactive employee: Managing workplace initiative. *Academy of Management Executive*, 14, 52-66.

гического явления стали намечаться еще в середине прошлого столетия, главным образом, в работах В. Франкла³ и Г. Олпорта⁴. Под проактивностью понимается поведение, возникающее и реализующееся преимущественно под влиянием внутренних побуждений личности (ценностных ориентаций, убеждений, установок, принципов). Проактивность противопоставляется реактивности, под которой подразумевается способность человека лишь отвечать на воздействия извне, а не формировать самостоятельно и осознанно свои поведенческие паттерны. «Реактивный», редуционистский подход представлен в основном в рамках поведенческой психологии (Дж. Уотсон, Э. Торндайк, Б. Скиннер, А. Бандура и мн. др.), этологии (К. Лоренц, Н. Тинберген, Р. Докинз, Д. Моррис и др.), а также рефлексологии (И.П. Павлов, В.М. Бехтерев, И.М. Сеченов, Б.Г. Ананьев и др.) и отчасти концепции функциональных систем (П.К. Анохин, Н.А. Бернштейн).

Итак, в клинической психологии фактически отсутствуют систематизированные данные о функционировании феномена проактивности, причем в отечественной психологической науке до сих пор нет признанной системы критериев, с помощью которых можно было бы описать проактивное поведение личности⁵.

ОНМК, представляя собой мультидисциплинарную проблему⁶, зачастую имеет тяжелые последствия для больного, что закономерно отражается на его функционировании в повседневной жизни. Инсульты довольно часто приводят к двигательным нарушениям, что также негативно влияет на поведенческую активность индивида. Часто, затрагивая когнитивную основу поведения, ОНМК приводит к снижению процессов целеполагания и планирования, что выражается также и в снижении общего уровня активности и способности критически оценивать свои поступки.

Проактивность включает в себя не только процессы программирования и контроля над осуществлением целенаправленной деятельности. Проактивное поведение — это всегда осознанное поведение с учетом возможных последствий как для самого больного, так и для его социального окружения. Важным аспектом проактивности, кроме того, выступает спонтанность, самопроизвольность, то есть способность человека

поступать под влиянием внутренних побуждений. В связи с тем, что регулирование поведенческой активности и критическое отношение к себе у таких больных нередко становятся нарушенными, предполагается, что это прямо отражается и на спонтанности (чем ниже самоконтроль, тем выше спонтанность).

Еще одна сторона проактивного поведения — это мировоззренческая основа личности. Предполагается, что в наиболее тяжелых случаях при ОНМК последствия заболевания для больного складываются таким образом, что при отсутствии должного лечения и медико-социальной реабилитации в последующем наблюдается разрушение морально-нравственного ядра личности. Это приводит к тому, что подобные пациенты совершают неприемлемые в обществе поступки и действия.

Материалы и методы

Было обследовано 30 пациентов с ОНМК по ишемическому типу, находящихся на лечении в МБУЗ «Клиническая больница восстановительного лечения», г. Оренбург, Россия. Возраст обследованных — 35-60 лет (средний возраст $43,5 \pm 14,28$). В выборку было включено 53% женщин и 47% мужчин. Длительность нахождения в стационаре после перенесенного инсульта — 7-28 дней. Грубых нарушений мышления и памяти не выявлено. Преобладающая симптоматика: расстройства речи, гемипарезы, нарушение моторики рук.

В процессе исследования использовались следующие методы: пилотажный опросник «Проактивное поведение», методика «Проактивное совладающее поведение» Аспинвалл, Тауберта и Шварцера в адаптации Н.Е. Водопьяновой⁷, а также опросник «Реактивная-Проактивная агрессия» Рэйна (Э. Рэйн с соавт.)⁸.

Опросник «Проактивное поведение» был разработан нами для исследования структурных компонентов личности и направленности проактивного поведения. Методика включает 56 пунктов, на которые испытуемый должен дать один из пяти вариантов ответов: «Совершенно верно» (оценивается в 5 баллов), «Верно» (4 балла), «Не уверен» (3 балла), «Неверно» (2 балла) и «Совершенно неверно» (1 балл). Время выполнения теста — 15-40 минут. Опросник можно использовать

³ Франкл В. Человек в поисках смысла. М.: Прогресс, 1990.

⁴ Олпорт Г. Становление личности. М.: Смысл, 2002.

⁵ Ерзин А.И. Проактивное поведение при некоторых психических заболеваниях: критерии, факторы формирования, типология // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2012. № 4 (10). С. 64-77.

⁶ Антипова Л.Н., Артемьева О.В. Медико-социальная работа в первичном сосудистом отделении для больных с острым нарушением мозгового кровообращения (первый опыт) // Вестник МУЗ ГБ № 2. 2011. № 15. С. 67-75.

⁷ Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. СПб: Питер, 2009. 336 с. С. 274-282.

⁸ Dodge K., Loeber R., Gatzke-Kopp L., Lynam D. (2006). The Reactive-Proactive Aggression Questionnaire: Differential Correlates of Reactive and Proactive Aggression in Adolescent Boys // Aggressive Behavior. Volume 32, pages 159-171; Fung A.L., Raine A., Gao Y. (2009). Cross-Cultural Generalizability of the Reactive-Proactive Aggression Questionnaire (RPQ) // Journal of Personality Assessment, 91(5), 473-479.

как в индивидуальном, так и в групповом тестировании.

Методика включает следующие шкалы:

1. «Осознанность действий»;
2. «Осознание последствий поведения»;
3. «Ответственность за свою жизнь»;
4. «Спонтанность»;
5. «Свобода принятия решений»;
6. «Метапотребности»;
7. «Высший уровень личности».

Помимо прочего, опросник способен выявлять направленность проактивности человека — деструктивного или конструктивного характера.

Опросник «Проактивное совладающее поведение» был разработан Аспинвалл, Шварцером и Таубертом в 1999 г. Авторы рассматривают совладающее поведение как интеграцию аффективных, когнитивных, интенциональных и социальных факторов в определенный набор копинг-стратегий, которые дают человеку возможность не только справляться со стрессовыми ситуациями, но и способствуют продвижению к важным для личности целям⁹. Опросник состоит из 55 утверждений и содержит 6 шкал:

1. «Проактивное преодоление»;
2. «Рефлексивное преодоление»;
3. «Стратегическое планирование»;
4. «Превентивное преодоление»;
5. «Поиск инструментальной поддержки»;
6. «Поиск эмоциональной поддержки».

Проактивное преодоление — процесс целеполагания, постановка важных для личности целей, а также процесс саморегуляции по достижению этих целей, включающий когнитивную и поведенческую составляющие. Сущность проактивного преодоления заключается в усилиях по формированию общих ресурсов, которые облегчают достижение важных целей и способствуют личностному росту.

Рефлексивное преодоление — представление о возможных поведенческих альтернативах путем сравнения их эффективности. Включает в себя оценку возможных стрессоров, анализ проблем и имеющихся ресурсов, генерирование предполагаемого плана действий, прогноз вероятного исхода деятельности и выбор способов ее выполнения.

Стратегическое планирование представляет собой процесс создания четко продуманного, целеориентированного плана действий, в котором наиболее масштабные цели разделяются на подцели, управление достижением которых становится более доступным.

⁹ Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. СПб: Питер, 2009. 336 с. С. 274-282.

Превентивное преодоление — это предвосхищение потенциальных стрессоров и подготовка действий по нейтрализации негативных последствий до того, как наступит возможное стрессовое событие. Такая неопределенность стимулирует человека использовать широкий спектр копинг-поведения (накопление денежных средств, страхование, поддержание здорового образа жизни и др.).

Поиск инструментальной поддержки — это получение информации, советов и обратной связи от непосредственного социального окружения человека в период совладания со стрессами.

Поиск эмоциональной поддержки ориентирован на регуляцию эмоционального дистресса путем разделения чувств с другими, поиска сочувствия и общения с людьми из непосредственного социального окружения человека.

Опросник «Реактивная-Проактивная агрессия» был разработан Э. Рейном, К. Доджем, Р. Лобером, Л. Гацке-Копп и Д. Линамом для изучения различий в уровне реактивной/проактивной агрессии. Опросник содержит 23 пункта и 3 варианта ответов («Никогда» — оценивается в 0 баллов, «Иногда» — 1 балл, «Часто» — 2 балла), из которых испытуемый должен выбрать только один, наиболее верно описывающий его реальное поведение. 12 вопросов теста относятся к проактивной агрессии, 11 — к реактивной. Методика позволяет выявить как общий уровень агрессивности обследуемого, так и получить значения отдельно по обеим шкалам (реактивная/проактивная агрессия). Реактивная агрессия здесь рассматривается как реакция защитного характера в ответ на реальную или ожидаемую угрозу, фрустрацию или провокацию¹⁰. Под проактивной агрессией в данном случае понимается намеренное поведение, регулируемое внешними подкреплениями (например, денежным вознаграждением)¹¹ и направленное на достижение желаемой цели.

Результаты

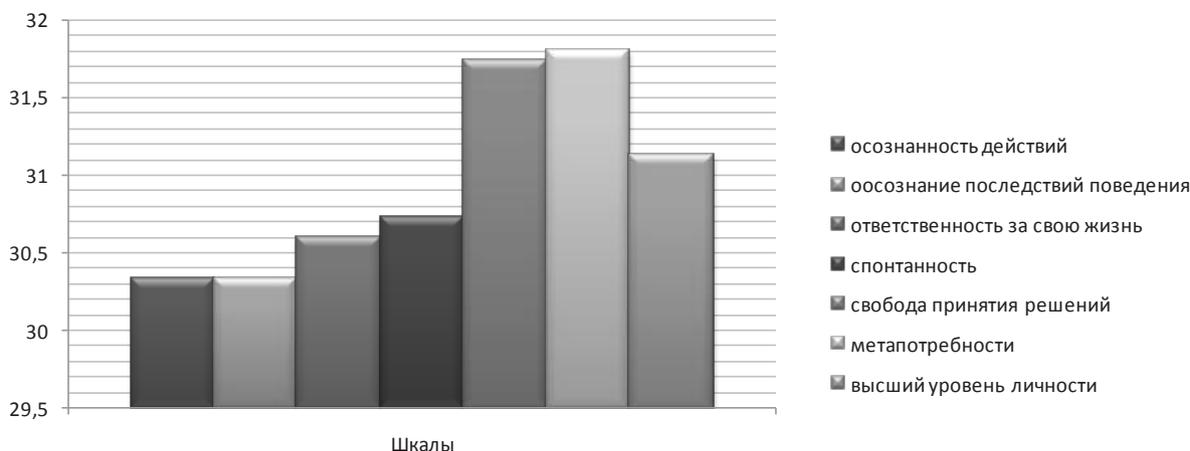
С помощью опросника «Проактивное поведение» были выявлены следующие особенности у пациентов обследованной выборки. Общий уровень проактивности — умеренный (среднее значение 216,67 из 280 возможных).

Анализируя значения по отдельным шкалам методики, мы установили, что у больных с ОНМК на первом

¹⁰ Connor D.F., Steingard R.J., Anderson J.J., Melloni R.H. (2003). Gender differences in reactive and proactive aggression. *Child Psychiatry Hum Dev* 33: 279-294.

¹¹ Dodge K.A., Coie J.D. (1987). Social-information-processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. *J Pers Soc Psychol* 53: 1146-1158.

Результаты тестирования больных с ОНМК, полученные с помощью опросника «Проактивное поведение».



месте по частоте встречаемости оказалась шкала «Метапотребности» (31,8) (рис. 1), что подразумевает преобладание у испытуемых высших человеческих потребностей (метапотребностей, согласно А. Маслоу) над дефицитарными физиологическими потребностями. Данная особенность, вполне возможно, детерминирована достаточно высоким уровнем сохранности морально-нравственного ядра личности обследованных пациентов.

На втором месте по частоте встречаемости у больных с ОНМК оказалась шкала «Свобода принятия решений» (31,73). Данный показатель означает, что в повседневной жизни обследованные пациенты, как правило, свободны и независимы в выборе способов и стилей поведения или считают себя таковыми. Обычно такие люди в ходе принятия решения не ориентируются на мнения и советы окружающих, а самостоятельно делают выбор.

На третьем месте оказалась шкала «Высший уровень личности» (31,13), что подразумевает ориентацию при выборе моделей поведения преимущественно на собственные ценности и убеждения больных, нежели на внешние обстоятельства. Высокие значения по этой шкале также могут свидетельствовать о высокой сохранности морально-нравственной основы личности.

Четвертой по частоте встречаемости стала шкала «Спонтанность» (30,73). Под спонтанностью понимается способность человека совершать поступки под влиянием внутренних мотивов, потребностей, влечений.

На пятом месте оказалась шкала «Ответственность за свою жизнь» (30,6). Достаточно низкие значения по данной шкале могут свидетельствовать о безответствен-

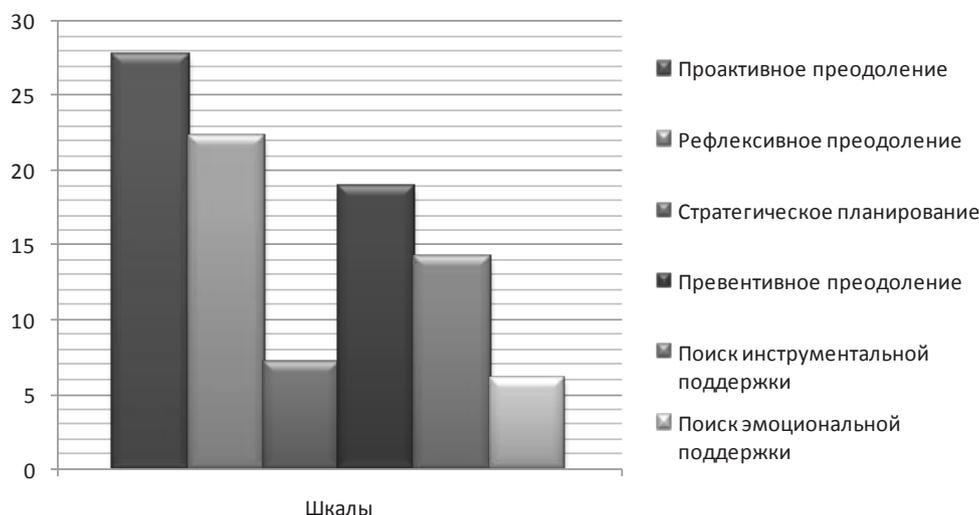
ном отношении испытуемых к своей жизни, своему здоровью, событиям, происходящим с ними.

На последнем месте расположились две взаимосвязанные шкалы — «Осознанность действий» (30,3) и «Осознание последствий поведения» (30,3). Низкие значения по данным шкалам демонстрируют достаточно низкую оценку испытуемыми своей способности осознанно регулировать собственное поведение. Также выявленная особенность, скорее всего, свидетельствует о некотором снижении когнитивных процессов, что закономерно проистекает из тяжелых последствий перенесенного инсульта. Способность личности критически оценивать последствия своего поведения является важной составляющей проактивности, причем у больных с ОНМК, как показало исследование, этот показатель находится на относительно низком уровне.

Достоверных различий в направленности проактивного поведения у больных с ОНМК не выявлено. Конструктивная (27,06) и деструктивная (26,8) проактивность выражена у обследованных в равной мере. Это означает, что как в личности испытуемых, так и в их поведении в одинаковой степени могут проявляться как конструктивные, так и деструктивные тенденции и свойства.

Результаты исследования проактивного копинг-поведения представлены на рис. 2. Так, было установлено, что доминирующим типом совладающего поведения оказалось проактивное преодоление (27,73, $\sigma=5,48$). Это свидетельствует о том, что большинство обследованных пациентов стремится ставить перед собой личностно-значимые цели, причем нередко, как показала нарративная беседа, эти цели напрямую связаны с процессом лечения и с успешным восстановлением

Результаты, полученные с помощью опросника «Проактивное совладающее поведение»



психических и двигательных функций после перенесенного инсульта. В частности, было установлено, что у лиц, активно использующих этот проактивный копинг, более эффективно и быстро восстанавливаются нарушенные высшие психические процессы, а также двигательная сфера.

На втором месте по частоте встречаемости оказалась рефлексивное преодоление (22,33, $\sigma=7,64$). Этот тип проактивного копинг-поведения связан с оценкой потенциальных стрессоров, с анализом проблем и имеющихся ресурсов личности.

На третьем месте расположилась шкала «Превентивное преодоление» (18,93, $\sigma=4,41$). Это может свидетельствовать о том, что больные с ОНМК склонны к предвосхищению возможных стрессовых ситуаций. Пожалуй, самой мощной и тяжелой для личности кризисной ситуацией выступает сам факт инсульта, а также вероятность получения инвалидности. Подобное обстоятельство стимулирует и мотивирует исследуемых больных к предотвращению повторения этой стрессовой ситуации в будущем, что нередко выражается в таких формах и способах поведения, как страхование собственной жизни, использование мер по укреплению и поддержанию физического здоровья и т.д.

На четвертом месте по частоте встречаемости в обследованной выборке — поиск инструментальной поддержки (14,2, $\sigma=3,49$). Он выражается в стремлении больных получать информацию (в частности, о своем заболевании, о его последствиях, а также о возможных путях лечения и реабилитации) непосредственно от

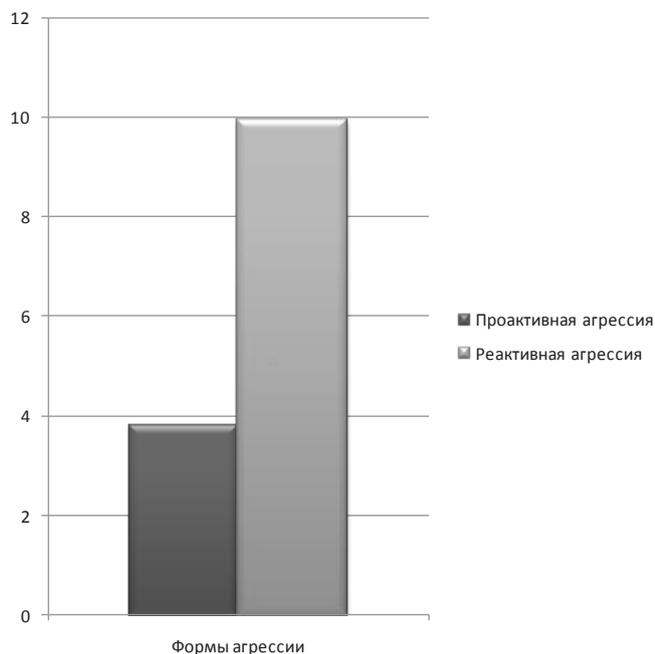
близкого социального окружения. Социальное окружение может включать как родственников больного, так и медицинский персонал клиники.

Менее всего представлены в обследованной группе больных с ОНМК стратегическое планирование (7,06) и поиск эмоциональной поддержки (6,07). Как было установлено, больные редко прибегают к созданию четко продуманного, целеориентированного плана дальнейших действий, а также к поиску сочувствия и общению с близкими людьми. В ходе нарративной беседы было выявлено, что больные с ОНМК, не смотря на потребность в сочувствии и сопереживании со стороны близких, реже стремятся получить эмоциональную поддержку, поскольку, как утверждало большинство опрошенных пациентов, жалость и сочувствие вовсе не придают им больше сил и энергии для борьбы с последствиями заболевания, а скорее, наоборот — заставляют их вновь и вновь думать о своей болезни, создавая условия для актуализации пережитой психотравмирующей ситуации.

Исследование форм агрессивного поведения у больных с ОНМК показало, что ведущей формой оказалась реактивная агрессия (рис. 3). Для испытуемых более характерна ответная реакция на внешние провоцирующие факторы, выражающаяся в раздражительности, вспыльчивости и гневе, то есть в поведении, носящем импульсивный характер. Проактивная агрессия, представляя собой неспровоцированное намеренное жестокое поведение, в исследуемой выборке проявляется значительно реже, чем реактивная агрессия.

Рисунок 3

Результаты опросника
«Реактивная-Проактивная агрессия»



Выводы

В ходе исследования были выявлены некоторые личностные особенности проактивного поведения у больных с ОНМК по ишемическому типу, находящихся на восстановительном лечении. Исследование показало, что ведущими личностными факторами, ответственными за формирование и реализацию проактивных моделей поведения, у обследованных пациентов являются метапотребности и свобода принятия решений. Наименее развитыми компонентами проактивности у данных больных выступают осознанность действий и последствий своего поведения, что может быть обусловлено снижением когнитивных процессов, регулирующих поведенческую активность. Выявленных различий в уровне конструктивного и деструктивного проактивного поведения выявлено не было.

Анализируя формы проактивного копинг-поведения, мы установили, что наиболее часто в обследованной группе пациентов встречаются проактивное, рефлексивное и превентивное преодоление. Использование проактивного преодоления в качестве копинг-стратегии заключается в постановке личностно-значимых целей, зачастую связанных с желанием больных восстановить нарушенные у них психические и дви-

гательные функции. Было обнаружено, что пациенты с ОНМК, чаще прибегающие к использованию этого копинга, более эффективно проходят реабилитационный процесс, у них улучшается функционирование психических процессов и двигательного аппарата. Рефлексивное и превентивное преодоление связано с прогнозом нежелательных стрессовых ситуаций, с анализом возможных вариантов исхода событий. В ходе нарративной беседы с больными было установлено, что пациенты в большинстве случаев стремятся избежать повторения инсульта, что приводит их к использованию различных мер по поддержанию и укреплению своего здоровья.

Также было обнаружено, что для больных с ОНМК характерна реактивная агрессия, проявляющаяся в виде ответной реакции на провоцирующие стимулы. К последним следует отнести неудобства, связанные с пребыванием в стационаре, поведение близкого социального окружения, информационное воздействие и пр. Реактивная форма агрессии очень часто выражается в раздражительности и гневе, причиной которых служат внешние факторы. Проактивная агрессия как неспровоцированное намеренное жестокое поведение у обследованных пациентов проявляется значительно реже. В ходе опроса было установлено, что данная форма деструктивного поведения часто связана с убеждениями, ценностными ориентациями, желаниями и потребностями самих больных, нежели с провоцирующими стимулами.

Выявленные особенности, безусловно, играют важную роль в процессе лечения и реабилитации больных с ОНМК. Как было установлено, проактивные структурные задатки личности, проявляющие в стремлении больных к достижению значимых целей, положительно влияют на успешность и эффективность восстановительного лечения последствий ишемического инсульта. Анализ потенциальных стрессоров зачастую стимулирует пациентов прибегать к мерам по укреплению и поддержанию собственного физического здоровья, что также позитивно отражается на динамике лечения. Таким образом, важнейшую роль в процессе восстановления после инсульта играют не только методы и средства восстановительной терапии, но и проактивные личностные ресурсы самих больных, включая такие качества, как упорство, стрессоустойчивость, надежда и вера в собственные силы¹².

¹² Kahana E., Kahana B., Zhang J. Motivational Antecedents of Preventive Proactivity in Late Life: Linking Future Orientation and Exercise // *Motivation and Emotion*, Vol. 29, No. 4, December 20; Seligman, M.E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14.

Список литературы:

1. Антипова Л.Н., Артемьева О.В. Медико-социальная работа в первичном сосудистом отделении для больных с острым нарушением мозгового кровообращения (первый опыт) // Вестник МУЗ ГБ № 2. 2011. № 15. С. 67-75.
2. Астаева А.В., Епанешникова Н.В. Нейропсихологическая характеристика нарушений речи при острых нарушениях мозгового кровообращения и проблемы их классификации в отечественной и зарубежной нейропсихологии // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. 2012. № 6 (265). С. 73-79.
3. Бисерова С.В., Павлова В.С. Сопоставление когнитивных и психоэмоциональных изменений у лиц, перенёсших острое нарушение мозгового кровообращения // Вятский медицинский вестник. 2007. № 1. С. 46.
4. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. СПб: Питер, 2009. 336 с. (Серия «Практикум»).
5. Гайфутдинова Л.В., Васильева М.А. Факторы эффективности восстановления речи у больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения и черепно-мозговую травму // Вертеброневрология. 2004. Т. 11. № 3-4. С. 11-12.
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. О проактивном совладающем поведении // NB: Психология и психотехника. 2013. № 1. С. 89-100. (URL: http://www.e-notabene.ru/psp/article_274.html).
8. Ермакова Л.А., Шамуров Ю.С., Свиридова Л.П., Василенко А.Ф. Динамика состояния высших психических функций у больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения разной этиологии в левой гемисфере // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. 2009. № 5 (138). С. 25-30.
9. Левит Л.З. Личностно-ориентированная концепция счастья: краткая история // Психология и психотехника. 2012. № 8. С. 78-86.
10. Олпорт Г. Становление личности. М.: Смысл, 2002.
11. Франкл В. Человек в поисках смысла. М.: Прогресс, 1990.
12. Baron, R.M., & Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
13. Bateman, T.S., & Crant, M.J. (1993). The proactive component of organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior*, 14(2), 103-118.
14. Campbell, D.J. (2000). The proactive employee: Managing workplace initiative. *Academy of Management Executive*, 14, 52-66.
15. Connor D.F., Steingard R.J., Anderson J.J., Melloni R.H. (2003). Gender differences in reactive and proactive aggression. *Child Psychiatry Hum Dev* 33: 279-294.
16. Dodge K., Loeber R., Gatzke-Kopp L., Lynam D. (2006). The Reactive-Proactive Aggression Questionnaire: Differential Correlates of Reactive and Proactive Aggression in Adolescent Boys // *Aggressive Behavior*. Volume 32, pages 159-171.
17. Dodge K.A., Coie J.D. (1987). Social-information-processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. *J Pers Soc Psychol* 53: 1146-1158.
18. Fung A.L., Raine A., Gao Y. (2009). Cross-Cultural Generalizability of the Reactive-Proactive Aggression Questionnaire (RPQ) // *Journal of Personality Assessment*, 91(5), 473-479.
19. Kahana E., Kahana B., Zhang J. Motivational Antecedents of Preventive Proactivity in Late Life: Linking Future Orientation and Exercise // *Motivation and Emotion*. Vol. 29. № 4. December 20.
20. Seligman, M.E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14.

References (transliteration):

1. Antipova L.N., Artemeva O.V. Mediko-social'naya rabota v pervichnom sosudistom otdelenii dlya bol'nyh s ostrym narusheniem mozgovogo krovoobrascheniya (pervyy opyt) // Vestnik MUZ GB № 2. 2011. № 15. S. 67-75.

2. Astaeva A.V., Epaneshnikova N.V. Neyropsihologicheskaya harakteristika narusheniy rechi pri ostryh narusheniyah mozgovogo krovoobrascheniya i problemy ih klassifikatsii v otechestvennoy i zarubezhnoy neyropsihologii // Vestnik Yuzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Psihologiya. 2012. № 6 (265). S. 73-79.
3. Biserova S.V., Pavlova B.C. Sopotavlenie kognitivnyh i psihoemotsional'nyh izmeneniy u lic, perenessih ostroe narushenie mozgovogo krovoobrascheniya // Vyatskiy medicinskiy vestnik. 2007. № 1. S. 46.
4. Vodop'yanova N.E. Psihodiagnostika stressa. SPb.: Piter, 2009. 336 s. (Seriya «Praktikum»).
5. Gayfutdinova L.V., Vasil'eva M.A. Faktory effektivnosti vosstanovleniya rechi u bol'nyh, perenessih ostroe narushenie mozgovogo krovoobrascheniya i cherepno-mozgovuyu travmu // Vertebronevrologiya. 2004. T. 11. № 3-4. S. 11-12.
6. Erzin A.I. Proaktivnoe povedenie pri nekotoryh psihicheskikh zabolevaniyah: kriterii, faktory formirovaniya, tipologiya // Psihiatriya, psihoterapiya i klinicheskaya psihologiya. 2012. № 4 (10). S. 64-77.
7. Erzin A.I. O proaktivnom sovladayuschem povedenii // NB: Psihologiya i psihotekhnika. 2013. № 1. C. 89-100. (URL: http://www.e-notabene.ru/psp/article_274.html).
8. Ermakova L.A., Shamurov Yu.S., Sviridova L.P., Vasilenko A.F. Dinamika sostoyaniya vysshih psihicheskikh funktsiy u bol'nyh s ostryimi narusheniyami mozgovogo krovoobrascheniya raznoy etiologii v levoy gemisfere // Vestnik Yuzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Psihologiya. 2009. № 5 (138). S. 25-30.
9. Levit L.Z. Lichnostno-orientirovannaya koncepciya schast'ya: kratkaya istoriya // Psihologiya i psihotekhnika. 2012. № 8. C. 78-86.
10. Olport G. Stanovlenie lichnosti. M.: Smysl, 2002.
11. Frankl V. Chelovek v poiskah smysla. M.: Progress, 1990.
12. Baron, R.M., & Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
13. Bateman, T.S., & Crant, M.J. (1993). The proactive component of organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior*, 14(2), 103-118.
14. Campbell, D.J. (2000). The proactive employee: Managing workplace initiative. *Academy of Management Executive*, 14, 52-66.
15. Connor D.F., Steingard R.J., Anderson J.J., Melloni R.H. (2003). Gender differences in reactive and proactive aggression. *Child Psychiatry Hum Dev* 33: 279-294.
16. Dodge K., Loeber R., Gatzke-Kopp L., Lynam D. (2006). The Reactive-Proactive Aggression Questionnaire: Differential Correlates of Reactive and Proactive Aggression in Adolescent Boys // *Aggressive Behavior*. Volume 32, pages 159-171.
17. Dodge K.A., Coie J.D. (1987). Social-information-processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. *J Pers Soc Psychol* 53: 1146-1158.
18. Fung A.L., Raine A., Gao Y. (2009). Cross-Cultural Generalizability of the Reactive-Proactive Aggression Questionnaire (RPQ) // *Journal of Personality Assessment*, 91(5), 473-479.
19. Kahana E., Kahana B., Zhang J. Motivational Antecedents of Preventive Proactivity in Late Life: Linking Future Orientation and Exercise // *Motivation and Emotion*. Vol. 29. № 4. December 20.
20. Seligman, M.E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14.