

оправдано, в первую очередь, за счет распространенности и постоянного роста этих расстройств. Проблема верификации таких состояний на современном этапе развития диагностического инструментария является недостаточной. Учитывая, что обозначенные состояния далеко не всегда достигают нозологического уровня и не влекут за собой необходимость обращения в клинику, вопрос распознавания может лечь на плечи профессионалов доклинического уровня: семейных психологов, конфликтологов, специалистов по работе с персоналом, социальных работников. Содержание работы таких специалистов во многом определяется и исполнением различных психодиагностических тестов. Предлагаемый же инструментарий для выявления дезадаптационных состояний крайне невелик, зачастую громоздок и не всегда информативен. Из-за недостатка предметно ориентированных на «адаптацию» методик, специалистам зачастую приходится делать вывод о благополучии-неблагополучии этого параметра, основываясь на оценке цельного психологического обследования. Такой подход достаточно трудоемкий и не всегда оправдывает цели изыскания, особенно, если предметно исследуются только адаптивные способности и возможности человека.

В своей работе мы опирались на методику исследования социально-психологической адаптации (СПА) предложенную К.Роджерсом и Р.Даймондом (Dymond R., 1954). Данный метод апробировался и использовался рядом отечественных авторов (Мурзенко В.А., 1977; Снегирева Т.В., 1987; Осницкий А.К., 1991; и др.). Диагностиком предметно ориентирован на изучение особенностей социально-психологической адаптации и связанных с этим черт личности. В качестве диагностического инструментария шкала СПА показала высокую дифференцирующую способность в распознавании как состояний адаптации-дезадaptации, так и особенностей представления о себе, о взаимодействии с окружающими. Однако в практической деятельности, при внимательном рассмотрении, отечественных вариантов опросника, обнаруживается ряд моментов, нуждающихся в коррекции. Все поправки использованы на практике и во многом доказали свою состоятельность. Валидность данного диагностического метода определялась путем корреляционного анализа между уровнем адаптации, определенным посредством ММРІ, и уровнем адаптации, определенным обозначенным методом (n=30). С помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмана обнаружена статистически значимая (p<0,05) обратная корреляционная связь между шкалой «Адаптивность» опросника «Социально-психологическая адаптация» и дополнительной шкалой ММРІ в адаптации Л.Н. Собчик – «1 фактор», выявляющей трудности адаптации, психологический дискомфорт, состояние тревоги, беспокойство (rS=-0,59). С нашей точки зрения в методику целесообразно были внесены следующие изменения:

Утверждения опросника переформулированы в Я-высказывания, за счет этого достигается большая интимность, обследуемый как бы остается на

едине с собой, со своими переживаниями и мыслями, может их четко сопоставить и оценить. Обращения в третьем лице единственного числа удаляют человека от прямого отождествления с собой, со своими особенностями, предрасполагают к поверхностной самооценке.

Выявлены так называемые «пустые» утверждения, т.е. такие формулировки, которые не вошли ни в одну из предложенных шкал. В изначальном варианте теста, содержащем 101 пункт высказываний, эти утверждения обозначены номерами: 1, 3, 20, 24, 31, 39, 46, 93. Упомянутые утверждения были вынесены за рамки опросника.

Из подсчета в шкале «Внутренний контроль» убрано высказывание №13, поскольку оно не входит в смысловой контекст данной шкалы.

Заменен вопрос №52, поскольку он не соответствует семантическому значению понятия «Внешний контроль».

Произведена лингвистическая переработка ряда вопросов.

Проведена градация величин шкал. Для упрощения процесса интерпретации полученных данных, аналоговые шкалы (шкалы простой суммации) были разделены на четыре уровня. Исключение составили показатели «Доминирования», «Ведомости» и «Эскапизма», поскольку по количественному содержанию данных шкал разделение целесообразнее было провести на два уровня. Интегральные шкалы были разделены на два уровня с двумя подуровнями в каждом.

Наконец, проведена интерпретация возможных значений. Большая конкретика была предусмотрена в аналоговых шкалах; в интегральных показателях оценка основана на цифровых величинах.

Таким образом, в практической работе нам удалось скорректировать и подготовить довольно значимый инструмент для диагностики показателей личностной адаптированности-дезаптированности. Безусловно, такой масштабный критерий человеческого функционирования, как психосоциальная адаптация не может и не должен быть определен одним тестом – это, конечно же, процесс холистический. Однако отмеченная методика с нашими изменениями и дополнениями может быть использована в качестве одной из основных в определении адаптационных расстройств, особенно на донозологическом уровне.

Работа представлена на VII научную конференцию «Успехи современного естествознания», Дагомыс (Сочи), 4-7 сентября 2006г. Поступила в редакцию 09.11.2006г.

**Невротическая депрессия у славян и финно-угров: характер, культура или болезнь?**  
Реверчук И.В.  
ФГУ ГНЦСuСП им.В.И.Сербского

По данным Всемирной организации здравоохранения, распространенность аффективных расстройств в 90-е годы в развитых странах Европы и США составила 5-10% в противовес 0,4-0,8% к началу 60-х годов (Ustin T., Sartorius N.,1995). Досто-

верные данные свидетельствуют о том, что заболеваемость депрессиями на сегодняшний день приближается к 3%. Это означает, что более 10 миллионов жителей нашей планеты нуждаются ежегодно в специализированной помощи. В настоящее время наблюдается возрастающий интерес к кросс-культуральным исследованиям возникновения и развития депрессивных состояний в психологии и психиатрии (2-5,10). Многие авторы указывают на этнокультуральную детерминированность депрессивного варианта реагирования у финно-угорских народов (1,8). В мировой практике, на основе etic или emic подходов, исследуются различия и сходства: 1) межрасовые; 2) в моноэтнических странах или народностях; 3) между коренным населением и мигрантами. Прямой перенос общемировых подходов в российскую практику не приемлем, в результате многовекового сосуществования более ста национальностей в России изменились этнические толерантность и идентичность групп и популяций от этноцилизма до этнофанатизма. Определение национальной принадлежности исследуемых в научных исследованиях на основании паспортных данных или по «самоопределению» в России не достоверно (9). Базируясь на принципах доказательной медицины, биопсихосоциальный метод этнокультурального эксперимента в психиатрии должен включать: 1) биологический метод этнической идентификации пациента; 2) социокультуральный метод определения уровня этнического самосознания; 3) клинический – исследование статистики и динамики болезненных состояний.

С целью экспериментального подтверждения теоретически обоснованной структуры этнического самосознания и его взаимодействия на клиническую картину депрессивных расстройств невротического регистра был применен адаптированный вариант опросника определения развития этнического самосознания (Хотинец В.Ю., 2000), отражающий проявление и степень выраженности каждого из компонентов этнического самосознания в форме графической шкалы самооценки: осознание особенностей этнической культуры своего этноса, осознание психологических особенностей своего этноса, осознание тождественности со своим этносом, осознание собственных этнопсихологических особенностей, осознание себя субъектом своей этнической общности (7). В качестве вспомогательных инструментов исследования использовались: тест определения акцентуации характера Леонгарда-Шмишека, тест определения уровня субъективного локуса контроля Д. Роттера (в адаптации Е.В. Бажина, С.А. Голынкиной, А.М. Эткинда, 1984), тест определения внутренней картины болезни – ТОБОЛ (Вассерман Л.И. с соавт., 1987). В качестве основных методов исследования применялись: антропологический, клинико-статистический, экспериментально-психологический, математико-статистический.

В экспериментальном исследовании участвовали больные с депрессивными расстройствами финно-угорской национальности (30 человек) и русской национальности (30 человек). Больные набраны методом случайной выборки в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 и

DSM-IV-R. Национальная принадлежность больных определялась дерматоглифическим методом снятия ладонных отпечатков классическим вариантом по Х.Камминсу и Ч Мидло, с дальнейшим подсчетом индексов пальцевых и пальмарных узоров. Полученные результаты сравнивались с данными атласа Г.Л.Хить (1983) дерматоглифических параметров народностей России (6).

По результатам опроса испытуемых обеих выборок были выделены соответственно три группы: с низким (27%), средним (40%) и высоким (33%) уровнями развития этнического самосознания в финно - угорской выборке; и с низким (27%), средним (46%) и высоким (27%) уровнями развития этнического самосознания в русской выборке. Среди славян и финно-угров с пограничными психическими расстройствами преобладали женщины – 78,2% и 78,8%, мужчины составляли 21,8% и 21,2% соответственно. Значимых различий между полом и возрастом славянских и финно-угорских пациентов не выявлено. Кривая распределения в обеих группах приближалась к нормальной, что обеспечивало репрезентативность выборки. Далее методом корреляционного анализа выяснялось, какова вероятностная, статистическая связь между компонентами структуры этнического самосознания, а также вероятность соответствия (корреляции) между степенью выраженности определенной совокупности этих величин во всех исследуемых группах.

Сравнительный анализ позволяет констатировать, что в выборке с низким уровнем развития этнического самосознания больных дистимией славянской национальности первый этап становления этноидентификации совпадает с этапом больных с расстройствами адаптации и реакциями на тяжелый стресс, при котором осознание тождественности со своим этносом проявлялось осознанием аутентичных этнопсихологических особенностей. Далее, у больных дистимией усложнение этноидентификации при среднем уровне развития этнического самосознания происходит посредством приятия этнической индивидуальности, морали, взглядов, ценностей и традиций – осознанием психологических особенностей славянского этноса. В группе с высоким уровнем развития этнического самосознания выявлены множественные связи между всеми компонентами этнического самосознания с усилением понимания и осознания индивидуальности и ценности своей культуры.

Сравнительный анализ далее позволяет установить, что в финно-угорской выборке больных дистимией с низким уровнем развития этнического самосознания проявляется идентификация со своим этносом через отождествление с этнической культурой – элементами профессиональной, духовной и традиционной материальной сфер. В группе больных со средним уровнем развития этнического самосознания осознание себя субъектом финно-угорской общности происходит посредством формирования образа «Я» через приятие психологических особенностей своего этноса, включая этноиндивидуальность, мораль, ценности, традиции, уклад и стереотипы социальных коммуникаций. В группе с высоким уровнем развития этнического самосоз-

нения происходит укрепление множественных связей между всеми его компонентами посредством ассимиляции социо – культуральных особенностей этноса и осознания собственной этнической индивидуальности.

Корреляционный анализ между уровнем развития этнического самосознания и акцентуациями личности больных с депрессивными расстройствами выявил достоверные различия между больными славянской и финно-угорской субпопуляций. При низком уровне развития этнического самосознания у больных с дистимией славянской субпопуляции отмечаются положительные корреляционные связи с гипертимно-демонстративным ( $r=0.76$ ), эмотивно – дистимным ( $r=0.72$ ) и тревожно – дистимным ( $r=0.70$ ) типами акцентуации личности. У больных финно-угорской субпопуляции положительные корреляционные связи наблюдаются с дистимно-возбудимыми ( $r=0.72$ ), дистимно-циклоидными ( $r=0.64$ ), возбуждимо-циклоидными ( $r=0.89$ ) и эмотивно-тревожными ( $r=0.73$ ) характерологическими особенностями. Отрицательные корреляционные связи отмечаются с гипертимно-возбудимым ( $r=0.67$ ) и гипертимно-тревожным типами ( $r=0.69$ ) акцентуации личности.

При среднем уровне развития этнического самосознания у больных славянской национальности высокая степень корреляции наблюдается с эмотивным ( $r=0.66$ ), гипертимно – застреваемым ( $r=0.80$ ), педантично – циклоидным ( $r=0.81$ ) и педантично – дистимным ( $r=0.76$ ) вариантами акцентуации личности. У страдающих депрессией финно-угров высокая степень корреляции отмечается с тревожно – гипертимными ( $r=0.79$ ) и тревожно – педантичными ( $r=0.75$ ) характерологическими особенностями. Вызывает интерес совокупность отрицательных корреляционных связей с демонстративно – циклоидным ( $r=0.65$ ), демонстративно – дистимным ( $r=0.71$ ) и гипертимно – дистимным ( $r=0.64$ ) типами акцентуации личности у финно-угров.

При высоком уровне развития этнического самосознания у славян выявлены положительные корреляционные связи с гипертимным ( $r=0.69$ ), демонстративно – возбудимым ( $r=0.64$ ), педантично – застреваемым ( $r=0.79$ ) и экзальтированно – педантичным ( $r=0.76$ ) вариантами акцентуации личности. Отрицательные корреляционные связи отмечаются с тревожным ( $r=0.64$ ), педантичным ( $r=0.66$ ) и экзальтированными ( $r=0.67$ ) характерологическими особенностями больных депрессией. У финно – угров положительные корреляционные связи наблюдаются с педантичным ( $r=0.86$ ), педантично – застреваемым ( $r=0.73$ ), тревожно – эмотивным ( $r=0.81$ ), тревожно – педантичным ( $r=0.74$ ) и гипертимно – экзальтированным ( $r=0.67$ ) типами акцентуации личности. Отрицательные корреляции обнаружены с гипертимно – дистимным ( $r=0.76$ ) типом личности финно-угров.

Исследование уровня субъективного контроля у больных с дистимией славянской и финно-угорской субпопуляций позволяет понять причинно – следственные связи механизмообразования интрапсихических конфликтов и определить «терапевтические мишени» психотерапии и профилактики

депрессий невротического уровня. При высоком уровне развития этнического самосознания у славян, страдающих депрессией, интрапсихический конфликт модулирован неудовлетворенностью в сфере уровня достижений ( $r=0.64$ ). Высокий уровень субъективного контроля в сфере межличностных отношений находится у застреваемых ( $r=0.81$ ) и педантичных ( $r=0.66$ ) типов акцентуации личности больных. Не является актуальной для больных тревожного склада личности сфера производственных отношений ( $r=0.65$ ), для больных с педантичными характерологическими особенностями – сфера уровня достижений ( $r=0.63$ ). Нахождение субъективного контроля в сфере межличностных отношений способствует формированию неврастенического ( $r=0.78$ ) типа внутренней картины болезни. У финно – угров высокий уровень субъективного контроля находится в сферах уровня достижений ( $r=0.72$ ), уровня неудач ( $r=0.88$ ), производственных отношений ( $r=0.83$ ) и межличностных отношений ( $r=0.77$ ). Интрапсихический конфликт детерминирован диссоциацией между уровнем неудач в сферах семейных отношений ( $r=0.71$ ), производственных отношений ( $r=0.74$ ) и межличностных отношений ( $r=0.80$ ). Межличностные отношения являются актуальными для гипертимных ( $r=0.67$ ) акцентуаций личности больных с дистимией, больные с дистимными характерологическими особенностями не имеют невротической фиксации на сфере межличностных отношений ( $r=0.68$ ) при низких показателях общей интернальности ( $r=0.67$ ).

Исследование внутренней картины болезни в этнотолерантном аспекте при сопряжении с преобладающими личностными особенностями больных славянской и финно-угорской субпопуляций выявило многомерные взаимосвязи между уровнем развития этнического самосознания – акцентуациями личности – субъективной картиной болезни. При низком уровне развития этнического самосознания у славян преобладают сензитивные варианты внутренней картины болезни – сензитивно – тревожный ( $r=0.99$ ) и сензитивно – меланхолический ( $r=0.86$ ). Отрицательные корреляционные связи отмечаются с эргопатическим ( $r=0.64$ ) типом внутренней картины болезни. К формированию сензитивного типа внутренней картины болезни предрасположены больные с тревожными ( $r=0.68$ ) и дистимными ( $r=0.77$ ) характерологическими особенностями. здоровья-болезни-застреваемый тип акцентуации личности предрасположен к формированию дисфорического ( $r=0.74$ ), тревожного ( $r=0.74$ ) и гармонического ( $r=0.64$ ) вариантов внутренней картины болезни. Гипертимный тип личности адаптируется к болезни посредством гармонической ( $r=0.64$ ) формы реагирования. У финно – угров клиническая картина несколько сложнее: преобладают тревожно – ипохондрический ( $r=0.75$ ), эргопатически – ипохондрический ( $r=0.75$ ) и тревожно – эргопатический ( $r=0.99$ ) типы внутренней картины болезни. Также высокую степень представленности имеют эгоцентрически – дисфорический ( $r=0.99$ ), анозогностический ( $r=0.76$ ) и меланхолический ( $r=0.76$ ) варианты внутренней картины болезни. Полученные данные свидетельствуют о преобладании у больных адаптивно – ин-

трапсихического вектора реагирования. К формированию меланхолического типа внутренней картины болезни имеют предрасположенность возбудимый ( $r=0.76$ ), тревожный ( $r=0.69$ ), циклотимный ( $r=0.72$ ) и дистимный ( $r=0.80$ ) варианты акцентуации личности больных. Дистимные личностные особенности также обнаруживают тропность к формированию анозогностического ( $r=0.75$ ) варианта внутренней картины болезни адаптивного «блока». Отрицательные корреляционные связи отмечаются между гипертимным типом акцентуации личности и анозогностическим ( $r=0.66$ ) и меланхолическим ( $r=0.87$ ) вариантами внутренней картины болезни. Возбудимые личности не склонны к гармоническому ( $r=0.67$ ) варианту реагирования на болезнь.

При среднем уровне развития этнического самосознания у больных славянской субпопуляции доминируют меланхолические варианты внутренней картины болезни – меланхолически ( $r=0.69$ ) – неврастенический и меланхолически – эгоцентрический ( $r=0.70$ ). К формированию эгоцентрической формы реагирования имеют склонность больные с гипертимной ( $r=0.71$ ) акцентуации личности, толерантность – с эмотивной ( $r=0.70$ ). У больных финно-угорской субпопуляции преобладают неврастенически – анозогностический ( $r=0.99$ ) и эргопатический ( $r=0.80$ ) типы внутренней картины болезни и не наблюдаются гармоничный ( $r=0.64$ ) и сензитивный ( $r=0.64$ ) варианты внутренней картины болезни. Полученные данные свидетельствуют о преобладании адаптивных форм реагирования на болезненное состояние у финно – угров. Ипохондрический тип внутренней картины болезни наблюдается у демонстративных ( $r=0.67$ ), гипертимных ( $r=0.78$ ) и педантичных ( $r=0.67$ ) типов акцентуации личности. Застраиваемые личности в рамках акцентуации обнаруживают толерантность к формированию неврастенического ( $r=0.79$ ) и анозогностического ( $r=0.79$ ) типов внутренней картины болезни, дистимные личности – к сензитивной ( $r=0.83$ ) форме реагирования.

При высоком уровне развития этнического самосознания у славян с депрессивными состояниями достоверно преобладают ипохондрический ( $r=0.64$ ) и меланхолический ( $r=0.71$ ) типы внутренней картины болезни. К сензитивной форме реагирования имеют предрасположенность демонстративный ( $r=0.64$ ) и возбудимый ( $r=0.69$ ) типы акцентуации личности больных, здоровья-болезниа-стремляемые личности склонны к формированию неврастенического ( $r=0.70$ ) и анозогностического ( $r=0.65$ ) вариантов внутренней картины болезни. Гармоническая форма реагирования не наблюдается у больных с акцентуацией личности по экзальтированному ( $r=0.68$ ) типу. У больных финно – угорской субпопуляции достоверно преобладают неврастенический ( $r=0.89$ ) и меланхолический ( $r=0.99$ ) типы внутренней картины болезни, причем к меланхолической форме реагирования имеют толерантность больные с гипертимным ( $r=0.71$ ) складом личности. Сензитивный вариант внутренней картины болезни наблюдается у больных с застраиваемой ( $r=0.68$ ) и педантичной ( $r=0.86$ ) акцентуацией личности, гар-

моничная форма реагирования характерна для гипертимных ( $r=0.62$ ) акцентуированных личностей.

Сравнение различных уровней развития этнического самосознания в финно - угорской и славянской выборках позволяет определить его генезис как динамический процесс формирования систем представлений этнических признаков социального образования. Однако особенностью его развития в различных по национальной принадлежности выборках является очередность поэтапного формирования данных систем, определяемая прежде всего своеобразием условий этнизации представителей конкретных этносов наряду с индивидуально – психологическими особенностями этнофоров. Тем самым установлено, что этническое самосознание понимается как система осознанных представлений и оценок реально существующих этнодифференцирующих и этноинтегрирующих признаков жизнедеятельности этноса. В итоге формирования данной системы человек осознает себя в качестве представителя определенной этнической общности (этнофора), что, безусловно, влияет на клинику и динамику депрессивных расстройств. Результаты корреляционного анализа показали, что в зависимости от уровня развития (низкий-средний-высокий) этнического самосознания происходит изменение его структуры по градиенту тесноты связей между его компонентами. С повышением уровня развития этнического самосознания изменяется его структура, отличающаяся большей представленностью связей, что выражает обусловленность целостности данного образования уровнем его развития. Имеются достоверные взаимосвязи между уровнем развития этнического самосознания, преморбидными личностными особенностями, уровнем субъективного контроля и типами внутренней картины болезни больных славянской и финно – угорской национальности с расстройствами адаптации, которые определяют «терапевтические мишени» профилактики и терапии невротических расстройств. Следует подчеркнуть, что корреляции доказывают лишь «сцепленность» психологических феноменов, но не детерминированность наличием одного (культура) - обязательное возникновение другого (тип ВКБ). Выявленные взаимосвязи намного оказываются сложнее: наличие острого или протрагированного стресса преломляется сквозь общие социокультуральные (стереотипы, традиции, мифы и архетипы) и частные («призма» личности) особенности, способствуя формированию строго индивидуальной субъективной картине болезни (УСК и ВКБ). Факторный анализ генерального параметра интеркорреляционных связей подтвердил, что факторами первого порядка и, соответственно, главными мишенями терапии являются интрапсихические конструкты – сферы субъективного контроля и типы внутренней картины болезни. Результаты проведенного исследования могут быть использованы в клинической практике медицинских психологов и психиатров для решения вопросов ранней дифференциальной диагностики и возможного прогноза течения основных форм невротозов, а также для определения форм и методов психотерапии, обоснования психокоррекционных и реабилитационных мероприятий по адаптации изучаемых

групп больных в социальной среде. Знание личностных и культуральных факторов, способствующих развитию, обострению и неблагоприятному течению невротических расстройств, дает возможность целенаправленной разработки профилактических мероприятий.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бендриковский А.М. Этнокультуральные и клиничко-социальные особенности больных пограничными психическими расстройствами в Республике Коми: Автореф. дисс... канд. мед. наук.- М., 2001.
2. Дмитриева Т.Б.// Психиатрия и общество.- М., 2001.-С.3-18
3. Карвасарский Б.Д. Неврозы. М., 1990. , 475с.
4. Положий Б.С., Чуркин А.А. Лечебно-профилактическая помощь больным пограничными психическими расстройствами с учетом их этнокультуральных особенностей.- Метод. Рекомендации.- М., 2000.
5. Сухарев А.В. Этнофункциональная психология: исследования, психотерапия. // М.: Институт этнологии и антропологии РАН, Координационно-методический центр «Народы и культуры», 1998.
6. Хить Г.Л. Дерматоглифика народов СССР.- М., 1983.
7. Хотинец В.Ю. Этническое самосознание. // Спб. Алетея, 2000.
8. Циркин С.Ю.// Социокультуральные проблемы современной психиатрии.- Материалы 8 научных кербиовских чтений.- М., 1994.- С.122-124.
9. Чуркин А.А., Реверчук И.В. Современное состояние проблемы исследования этнотолерантности и этноидентичности// «Этнокультуральные вопросы психиатрии и психологии»,- Материалы научно-практической конференции, Чебоксары, 25-26 ноября 2004г,с.149-155.
10. Demel K. History and identity: European teacher's seminar. Vienna, Austria, 14-19 May, 1995. Report Straus burg: Council for Cultural cooperation, 1995, 27p.

Работа представлена на научную международную конференцию «Фундаментальные и прикладные проблемы медицины и биологии», ОАЭ (Дубай), 15-22 октября 2006г. Поступила в редакцию 22.09.2006г.

#### **Организационные аспекты выполнения исследовательских проектов по проблеме «ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ»**

Сухарев А.Е., Ермолаева Т.Н., Беда Н.А., Мамаев А.А.

*Астраханское региональное общественное учреждение гуманитарных проблем (АРОУГП) «ГРАНТ», г. Астрахань*

По данным медицинской статистики частота заболеваний репродуктивной системы женщин высока, имеет тенденцию к росту в последние десятилетия, а численность населения страны ежегодно

уменьшается на 750 тыс. человек при снижении уровня рождаемости в 2 раза ниже необходимого для простого воспроизводства.

При этом одним из парадоксальных современных социальных и психосоматических феноменов является нарушение фундаментального врождённого репродуктивного родительского инстинкта у человека, которое проявляется в фактах увеличения частоты случаев отказа от собственных новорожденных, жестокого обращения с детьми в постнатальном периоде, роста показателей детской беспризорности и девиантного репродуктивного поведения.

Поскольку инстинкты являются движущей силой развития личности, то их нарушения обуславливают девиантное поведение, в том числе и в сфере репродуктивной ориентации. Эти негативные тенденции в социуме и репродуктивной системе индивидуума недостаточно изучены и требуют глубокого многофакторного системного анализа и обуславливают актуальность проблемы и выбор адекватной модели исследования. К числу таких моделей относится личность женщин репродуктивного возраста, как система психосоматических корреляций, состоящая из интра-, интер- и надиндивидуальных подсистем.

23 апреля 2002 г. Коллегия МЗ РФ констатировала, что проблема сохранения репродуктивного здоровья населения становится важной государственной задачей и требует участия в её решении не только заинтересованных министерств ведомств, но и различных общественных структур.

Для выполнения научных исследований в этом направлении АРОУГП «ГРАНТ» заключил некоммерческие договора о научно-практическом сотрудничестве с Комитетом по здравоохранению Администрации г. Астрахани, городским клиническим роддомом, городской клинической больницей № 4, детской консультативной поликлиникой № 1 г. Астрахани, Астраханским филиалом Саратовской государственной академии права, Российским государственным медицинским университетом (г. Москва).

В 2004 – 2005 г.г. при финансовой поддержке РГНФ (г. Москва) нами проведен большой объем исследований по разработке и внедрению эффективных методов диагностики, профилактики и лечения гестозов и тромбо-геморрагических осложнений у женщин с нормальной и осложнённой беременностью, снижению материнской смертности в городском клиническом роддоме г. Астрахани.

Наш следующий проект 2006 – 2008 г.г., посвященный социально-гигиеническим и психосоматическим исследованиям женщин репродуктивного возраста с целью создания программ сохранения здоровья, оздоровления, реабилитации и адаптации в современных условиях жизнедеятельности, также получил финансовую поддержку РГНФ.

Таким образом, в современных условиях развивающейся России и финансовой недостаточности реформирующегося здравоохранения, важен поиск эффективных форм интеграции сил и средств медицинской науки и практики для решения приоритетных исследовательских проектов гуманитарного