

На правах рукописи

ШПОРТ

Светлана Вячеславовна

**КОНЦЕПЦИЯ ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ
БЕЗОПАСНОСТИ ДОРОЖНОГО ДВИЖЕНИЯ
ВОДИТЕЛЕЙ АВТОМОБИЛЬНОГО ТРАНСПОРТА**

05.26.02 – безопасность в чрезвычайных ситуациях

14.01.06 – психиатрия

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

доктора медицинских наук

Санкт-Петербург - 2021

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины имени А.М. Никифорова» МЧС России и Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научные консультанты:

Алексанин Сергей Сергеевич, член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор
Кекелидзе Зураб Ильич, член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты:

Барачевский Юрий Евлампиевич, доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф, заведующий;

Бобий Борис Васильевич, доктор медицинских наук, доцент, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита»» Федерального медико-биологического агентства, руководитель группы методического сопровождения медицинского обеспечения населения в кризисных ситуациях;

Софронов Александр Генрихович, член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, Санкт-Петербургское государственное казенное учреждение здравоохранения «Городская психиатрическая больница № 3 имени И.И. Скворцова-Степанова» Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, главный врач.

Ведущая организация:

Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего образования «Военная медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации

Защита диссертации состоится 29 июня 2021 года в 12:00 часов на заседании диссертационного совета Д 205.001.01 на базе ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины имени А.М. Никифорова» МЧС России по адресу: 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 4/2.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины имени А.М. Никифорова» МЧС России по адресу: 197374, Санкт-Петербург, ул. Оптиков, д. 54 и на сайте: <https://www.nrcerm.ru>.

Автореферат разослан « » 2021 г.

Ученый секретарь

диссертационного совета

кандидат медицинских наук

Санников Максим Валерьевич

.ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. В последние несколько десятилетий безопасность дорожного движения (БДД) является приоритетной темой в повестке плана в формировании государственной политики многих стран и международных организаций. С 2002 года Российская Федерация включена в перечень стран, которые объединившись едиными международными политическими инициативами в области обеспечения БДД, преследуют интересы по сокращению дорожно-транспортных происшествий (ДТП) и дорожно-транспортного травматизма. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) сообщает, что 1,3 млн человек ежегодно становятся жертвами ДТП и около 50 млн. человек получают ранения или становятся инвалидами (www.who.ru). Дорожно-транспортный травматизм является основной причиной заболеваемости и смертности в мире и обходится странам в 518 млрд. долл. год, что составляет до 2% их валового национального продукта. Среди лиц в возрасте от 15 до 29 лет главной причиной смерти являются полученные в ДТП травмы. В марте 2010 года Генеральная Ассамблея ООН (резолюция 64/2551) объявила 2011–2020 гг. «Десятилетием действий по обеспечению безопасности дорожного движения». Глобальной целью мероприятий является стабилизация и сокращение прогнозируемой смертности в результате ДТП. Резолюция обращает особое внимание на деятельность государств-членов в области регулирования БДД, дорожной инфраструктуры, безопасности транспортных средств, поведения участников дорожного движения, просвещения в области БДД и национальные целевые ориентиры, которые должны устанавливаться индивидуально государствами-членами. Проект «Повышение безопасности дорожного движения: установление региональных и национальных целевых ориентиров по сокращению жертв ДТП» указывает на полезность целевых ориентиров для повышения БДД. В его основу заложен системный подход для создания системы дорожного транспорта и признание человеческой ошибки как осознание того, что полностью избежать ДТП невозможно, следовательно усилия должны быть направлены на минимизацию негативных последствий ДТП.

Повышение безопасности дорожного движения остается одной из важных демографических и социально-экономических задач и в Российской Федерации (Венгеров И.А., Коровушкин Н.А., Юров А.П., 2004; Гончаров С.Ф., Бобий Б.В., Акиншин А.В. и др., 2010; Федотов С.А., 2012; Бобий Б.В., Аполлонова Л.А. 2013; Митин И.Н., 2015; Барачевский Ю.Е., 2013, 2017; Евдокимов В.И., Алексанин С.С., 2018). По данным Министерства труда и социального развития Российской Федерации на 1 января 2019 г. около 10,5 тыс. человек признаны инвалидами вследствие травм, полученных в результате дорожно-транспортных происшествий (ДТП) в 2018 году (www.mintrud.gov.ru), из них 241 человек – дети до 18 лет. Смерть в результате дорожно-транспортного травматизма является девятой среди основных причин смерти для всех возрастных групп. В связи с тем, что у детей ДТП остается основной причиной смерти (www.who.ru), это определяет необходимость изменения повестки дня в области охраны здоровья детей, которая в значительной степени игнорирует безопасность дорожного движения (Митраков В.М., 2004; Панченко О.А., Гаража М.В., Плохих В.В., 2012; Пегин П.А., Кортикова К.А., 2015;).

Важной социальной задачей является снижение техногенных чрезвычайных ситуаций (ЧС) в Российской Федерации, которые в последние десятилетия возникают чаще, чем в экономически развитых странах (Евдокимов В.И., Алексанин С.С., 2018), и, соответственно,

влекут за собой значительные потери среди гражданского населения в результате ДТП с тяжкими последствиями. Это определяет необходимость разработки профилактических мероприятий по снижению числа ЧС в целом и модернизацию медицинской помощи в период ликвидации техногенных ЧС, а также в отдаленный период ДТП с тяжкими последствиями.

Согласно нормативным актам МЧС России, ЧС разделяют на техногенные, природные и биолого-социальные (Евдокимов В.И., Алексанин С.С., 2018). ДТП относят к техногенным ЧС. Необходимо упомянуть, что ДТП – это событие, которое произошло в процессе движения с участием транспортного средства (ТС) по проезжей части, при котором погибли или получили травмы люди, повреждены ТС или причинен материальный ущерб (ФЗ-196 от 10.12.1995 г. «О безопасности дорожного движения»). Критериями ЧС по нормативным актам Минздрава России в части катастроф на транспорте считается количество пораженных – 10 человек, погибших не менее 2 лиц и неспособность справиться с ликвидацией последствий собственными силами (приказ Минздрава России от 23.04.2002 г. №131).

В то же время, по критериям МЧС к техногенным ЧС относят только крупные автоаварии на дорогах с повреждением 10 и более единиц техники, прекращение движения на отрезке ЧС движения более 12 часов, погибших 5 и более человек, пострадавших – 10 и более человек. Решение об отнесении ДТП к ЧС принимается территориальными органами МЧС России (приказ МЧС России от 08.07.2004 г. №329 с изменениями и критериями информации о чрезвычайных ситуациях от 24.02.2009 г.). В результате сложившейся ситуации, представляемые данные из регионов не охватывают весь масштаб проблемы, что еще раз подчеркивает актуальность научных исследований в данной области.

В Указе Президента РФ «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» №598 от 07.05.2012 г. поставлена задача Правительству России по снижению смертности в результате ДТП к 2018 году до 12,5 на 100 тыс. населения. В федеральной целевой программе (ФЦП) «Повышение безопасности дорожного движения в 2013–2020 годах», обозначена цель по снижению смертности на дорогах страны до 10 случаев к 2020 г. (расчет на 100 тыс. населения) (госпрограмма РФ «Развитие здравоохранения», утвержденной Правительством России от 15.04.2014 г. №294). Указ Президента России от 07.05.2018 г. №204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» ставит задачу снижение смертности от ДТП до 4 случаев на 100 тыс. населения, к 2030 году – достижение нулевого показателя смертности, а также по повышению персональной ответственности водителей ТС за нарушение правил дорожного движения (ПДД) и уровня профессиональной подготовки кандидатов в водители ТС. По сведениям Росстата России (www.rosstat.ru), количество погибших в ДТП за 2014–2018 гг., имеет устойчивую тенденцию к снижению показателей аварийности: в 2014 году – 15,1 человек, в 2018 году – 12,4 человек (на 100 тыс. населения). Вместе с тем показатель социального риска (уровень риска гибели в ДТП – число погибших в них на 100 тыс. жителей страны) по-прежнему остается высоким.

Анализ показателей дорожного травматизма и смертности в Российской Федерации вследствие ДТП (www.гибдд.рф) за последнее пятилетие выявил следующие тенденции: количество ДТП устойчиво снижается: в 2014 г. – 199720 ДТП, в 2018 г. – 168099 ДТП. Число погибших в ДТП уменьшается: в 2014 г. – 26963 человек, в 2018 г. – 18214; количество раненых в ДТП также уменьшается: в 2014 году 251785, в 2018 году – 214853. Вместе с тем крайне актуальным для Российской Федерации является дорожный травматизм, связанный с

управлением водителями автомобилей в состоянии алкогольного опьянения (Барачевский Ю.Е., 2013; Бурцев А.А., 2017;). Количество ДТП по вине нетрезвых водителей остается устойчиво высоким на протяжении последних пяти лет: в 2014 г. – 16517 ДТП (8,3% от общего числа), в 2018 г. – 16458 ДТП (9,6%). Увеличилось количество погибших в ДТП, совершенных водителями в состоянии алкогольного опьянения – 4645 (25,5%) случаев. Общее число раненых в ДТП также остается высоким: в 2014 г. – 23245 человека (9,2% от общего числа лиц, получивших травмы в ДТП), в 2018 г. – 22360 (10,4%). Отмечен устойчивый рост ДТП по вине водителей автобусов: в 2014 г. – 4364 случая, в 2018 – 5815 ДТП.

В последние десятилетия общее количество ДТП, связанных с ошибочными действиями водителей, увеличилось в 4 раза. Они составляют до 80% от всех причинных факторов, а несоответствие психофизиологических характеристик организма профессиональным требованиям водителя в более чем 40% случаев приводит к авариям на дорогах (Peden M. et al., 2004; Sethi D., Racioppi F., Mitis F., 2007). Ведущими факторами риска совершения ДТП являются возраст, физическое состояние, когнитивные нарушения, а также прием лекарственных препаратов (Chan M., Singhal A., 2013; Лобанова Ю.И., 2016; Волкова А.Ю., Козырева Е.А., 2017). Серьезные нарушения водителями транспортных средств ПДД и скоростного режима являются основными причинами совершения ДТП. Недостаточность психических и психофизиологических механизмов регуляции деятельности водителей транспортных средств являются факторами риска, ведущих к ДТП (Козлов Е.В., 2012; Митин Е.Н., 2015).

Федеральный закон от 10.12.1995 г. № 196-ФЗ «О безопасности дорожного движения» возлагает обязанности обеспечения БДД на органы государственной власти Российской Федерации и ориентирован на предупреждение и смягчение последствий ДТП. Медицинскому обеспечению БДД отводится важная роль в предупреждении ДТП. Медицинское освидетельствование кандидатов в водители ТС и водителей ТС охватывает выявление медицинских показаний, медицинских противопоказаний или медицинских ограничений к управлению автомобилем, которые перечислены в Постановлении Правительства Российской Федерации от 29.12.2014 г. №1604. Медицинское освидетельствование кандидатов в водители ТС и водителей ТС регламентируются приказом Минздрава России от 15.06.2015 г. №344н «О проведении обязательного медицинского освидетельствования водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств)», в котором уточняется, что врач–психиатр /психиатр–нарколог проводит обследование индивида исключительно в специализированных медицинских организациях государственной или муниципальной системы здравоохранения по месту жительства либо месту пребывания кандидата в водители ТС/водителя ТС. Отсутствие единого информационного медицинского контура и методических разработок внутри системы здравоохранения не позволяет врачам широко использовать медицинскую документацию при миграции человека из одного региона России в другой.

Анализ медицинских противопоказаний к управлению ТС в части психических расстройств и расстройств поведения показал, что обязательным условием для отказа гражданину в управлении ТС является наличие хронических и затяжных психических расстройств с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, то есть, диспансерное наблюдение. В тоже время диапазон расстройств психической сферы, препятствующий безопасному вождению, гораздо шире. Это предполагает пересмотр

актуального Перечня медицинских противопоказаний к управлению ТС. Анализ показателей аварийности, нормативно правовой базы Российской Федерации и методического сопровождения в области обеспечения БДД, обуславливают научно-практическую и социальную значимость медицинской составляющей профилактики, направленную на обеспечение психического здоровья водителей транспортных средств для снижения дорожно-транспортного травматизма.

Актуальность проблемы безопасности дорожного движения чрезвычайно высока и определяется следующими факторами: высокими показателями дорожного травматизма; несовершенством нормативно-правового регулирования; несовершенством законодательной базы в части медицинского освидетельствования кандидатов в водители ТС и водителей ТС; отсутствием единых подходов к аннулированию медицинского заключения водителю в случае обнаружения у него медицинских противопоказаний к управлению ТС в процессе медицинского наблюдения. Дорожно-транспортный травматизм оказывает значительное влияние на государственную систему здравоохранения и для снижения такой нагрузки необходимо сместить акцент на медицинскую профилактику.

Таким образом, целевыми группами психопрофилактических мероприятий обеспечения БДД являются кандидаты в водители ТС; водители пассажирского транспорта (легковые автомобили, автобусы). Для определения личностного ресурса водителя к безопасному вождению, прогноза его действий в чрезвычайных условиях ДТП необходимо комплексное психолого-психиатрическое изучение его социально-психологических и клиничко-психопатологических характеристик. Модернизация нормативной правовой базы в области БДД обеспечит возможность повышения эффективности медицинских мероприятий, направленных на предотвращение техногенных чрезвычайных ситуаций на транспорте и дорожно-транспортных происшествий.

Степень разработанности темы исследования.

С XX столетия подверглись изучению социально-психологические и клиничко-психопатологические факторы, оказывающие влияние на безопасность дорожного движения. Согласно литературным данным, изучались как факторы, влияющие на поведение водителей (Naatasen R., 1976; Пешнова Т.А., 1987; Rothengatter T., 1988, Nelson T.M. et al., 1992, Lunberg C., 1998), а также личностные характеристики водителей – участников ДТП (Plummer L.S. et. al., 1973; Shaffer J.M., 1974; Tsuang M.T. et. al., 1985).

В современных отечественных научных работах основной акцент делается на важность изучения факторов безопасности дорожного движения (Шемчук Н.В., 2003; Кекелидзе З.И., 2010; Гуменюк Г.Х., 2016; Бульгина В.Г. и др., 2016; Бурцев А.А., 2017). Зарубежные исследователи учитывают характеристики водителей, которые влияют на безопасное управление автомобильными транспортными средствами. В публикациях анализируется возраст водителя (Mori Y., Mizohata M., 1995; Wallace R.B., 1997; Withaar F.K., Brouwer W.H., van Zomeren A.H., 2002); физическое здоровье, прием лекарственных препаратов и психоактивных веществ, ухудшающие когнитивное функционирование (Jonah B.A., 1997; Hopewell C.A., 2002); анатомические, неврологические и когнитивные нарушения (Crawford J.R., 1998; Dahlen E., Martin R., Ragan K., Kuhlman M., 2005; Dula C., Martin B., Fox R., Leonard R., 2011). В результате многочисленных исследований выявлены когнитивные факторы опасного вождения у водителей ТС, которые приводят к ДТП (Lunderberg C., Hakamies-Blomqvist L., 1998). Выделены индивидуально-психологические факторы опасного поведения на дорогах, включая лиц с когнитивными нарушениями (Withaar F.K., Brouwer W.H., van Zomeren A.H., 2000; Carr D.B., Ott

B.R., 2010). Описаны особенности управления транспортным средством водителями с психическими расстройствами (Crancer A.J. et.al., 1969; Chan M., Singhal A., 2013). Зарубежные ученые интенсивно изучают вопросы связи между употреблением алкоголя водителем ТС и степенью риска возникновения автодорожного травматизма (Moskowitz H. Et al., 2002; Toroyan T. & Peden M., 2007; Broughton J. et al., 2008; Cashman C.M. et al., 2009; Hels T. et al., 2011; Verstraete A.G. et al., 2012). Отечественными учеными показано, что вождение автомобиля в нетрезвом виде, превышение скорости, несоблюдение дистанции у лиц молодого возраста обусловлены выраженной склонностью к поиску ощущений, стремлением демонстрировать статус, характерный для зрелых мужчин (Таюрская Е.А., 2006; Яныхбаш А.В., 2012). Для повышения безопасности на дорогах анализируются проблемы правоприменения законодательных актов к правонарушителям, страдающих алкогольной и иными видами зависимости (Клименко Т.В., Козлов А.А., 2018; Бурцев А.А. 2018; Дворин Д.В., 2018).

В разное время разработке теоретических и практических основ психопрофилактического направления в медицине уделялось много внимания (Мержеевский И.П., 1887; Сикорский И.А., 1887; Корсаков С.С., 1901; Осипов В.П., 1907; Бехтерев В.М., 1907; Сербский В.П., 1911; Розенштейн Л.М., 1928; Кербиков О.В. 1954; Рохлин Л.Л., 1976; Мягер В.К., 1976; Лакосина Н.Д., 1976; Ушаков Г.К., 1976; Карвасарский Б.Д., 1982; Кабанов М.М., 1985; Петленко В.П., 1997). Необходимость дифференцированного подхода при проведении психопрофилактических мероприятий у лиц, занятых в стрессогенных профессиях, подчеркивают многие современные авторы (Федотов Д.Д. и др., 2015; Филиппов В.Л. и др., 2015; Шамрей В.К. и др., 2018). Однако клинико-психологической составляющей этого направления уделяется недостаточно внимания.

Таким образом, одной из актуальных и современных проблем безопасности в ЧС и на транспорте является разработка концепции психопрофилактического обеспечения БДД и совершенствование нормативно-правовой базы в области медицинского обеспечения БДД с учетом социально-психологических и клинико-психологических характеристик водителей транспортных средств на протяжении всего этапа автовождения.

Цель работы: разработка концепции психопрофилактического обеспечения безопасности дорожного движения, включающей: структурно-функциональную модель, принципы и организационно-методическое обеспечение правового регулирования деятельности водителей транспортных средств, основанной на выявлении ведущих социально-психологических и клинико-психопатологических факторов риска совершения дорожно-транспортных происшествий у кандидатов в водители и водителей автомобильного транспорта.

Задачи исследования:

1. Анализ состояния дорожной безопасности в Российской Федерации за 2009–2018 гг., определение показательных рисков аварийности (транспортный риск, социальный риск и тяжесть последствий), расчет индивидуальных рисков участия и гибели индивида в ДТП, а также обоснование рекомендаций по пересмотру целевых индикаторов безопасности дорожного движения и дифференцированный подход к его показателям, в зависимости от региональной специфики.

2. Выявление ведущих социально-психологических и клинико-психопатологических факторов риска возникновения дорожно-транспортных происшествий у водителей легковых автомобилей с психическими расстройствами и расстройствами поведения.

3. Определение ведущих социально-психологических и клинико-психопатологических характеристик с учетом возрастного фактора у кандидатов в водители транспортных средств, обуславливающих риск возникновения дорожно-транспортных происшествий.

4. Оценка социально-психологических и клинико-психопатологических факторов риска дорожно-транспортных происшествий у водителей автобусов.

5. Разработка предложений по совершенствованию нормативной правовой базы Российской Федерации в части медицинского обеспечения безопасности дорожного движения, направленные на предупреждение ДТП и смягчение негативных последствий автомобильных аварий.

6. На основе анализа современных отечественных и зарубежных теоретических стратегий безопасности дорожного движения, эмпирического исследования социально-психологических и клинико-психопатологических факторов риска возникновения дорожно-транспортных происшествий обосновать концепцию психопрофилактического обеспечения кандидатов в водители и водителей, включая ее принципы и структурно-функциональную модель психопрофилактического обеспечения водителей транспортных средств.

Теоретико-методологические основания работы. Методологической основой исследования явились: феноменологический (К. Ясперс, Э. Минковски, М. Хайдеггер); клинико-психопатологический (А.В. Снежневский, С.С. Корсаков, В.П. Сербский, П.Б. Ганнушкин, С.Г. Жислин, О.В. Кербиков) и социальный (И.П. Мержеевский, С.С. Корсаков, В.П. Сербский, В.М. Бехтерев, В.И. Яковенко, Т.Б. Дмитриева, Ю.А. Александроваский, Б.А. Казаковцев, Б.С. Положий) подходы в психиатрии; биопсихосоциальная модель психической патологии (Ю.Л. Нуллер, А.П. Коцюбинский, А.Б. Холмогорова); психологический подход (А.Н. Леонтьев, А.В. Петровский, М.Г. Ярошевский); методология психологического исследования в психологии безопасности (В.И. Евдокимов, М.М. Решетников, В.Ю. Рыбников, Н.С. Хрусталева).

Научная новизна исследования. Впервые на основе комплексного психолого-психиатрического подхода выделены социально-психологические и клинико-психопатологические факторы риска дорожно-транспортных происшествий у разных категорий водителей автомобильного транспорта, которые включают показатели активации нервной системы, амбивалентности эмоциональных реакций, неадекватности нервно-психической мобилизации актуальной дорожной ситуации, нарушения динамических характеристик памяти и внимания, дефицитарности этапов осознанной регуляции поведения.

Проанализированы показатели риска аварийности для оценки дорожной безопасности, а также рассчитаны индивидуальный риск участия и гибели индивида в ДТП.

Впервые проведен анализ социально-психологических и клинико-психопатологических характеристик водителей с психическими расстройствами и расстройствами поведения, имеющих действительные водительские удостоверения. Выделены факторы риска совершения ДТП у водителей в зависимости от имеющихся психопатологических симптомов и синдромов.

Предложен комплексный психолого-психиатрический подход для оценки личного ресурса безопасного вождения при определении права управления транспортным средством водителями с психическими расстройствами и расстройствами поведения, который включает в себя социально-психологические и клинико-психопатологические характеристики индивида.

Впервые, на этапе обучения в автошколах, оценены социально-психологические характеристики кандидатов в водители, обуславливающие риск ДТП. Выделена группа риска среди слушателей автошкол с учетом возрастного фактора. Предложена ступенчатая модель выдачи водительских удостоверений в зависимости от факторов риска совершения ДТП у кандидатов в водители ТС.

Впервые обоснован комплекс психопрофилактических мероприятий для водителей автобусов на основе психолого-психиатрической оценки социально-психологических факторов риска ДТП у работников автотранспортных предприятий.

Проведен анализ нормативно-правовой базы медицинского обеспечения БДД в Российской Федерации, обоснованы предложения по совершенствованию нормативно-методических документов для повышения безопасности участников дорожного движения. Разработаны предложения для внесения в перечень медицинских противопоказаний к управлению ТС в разделе «Психические расстройства и расстройства поведения» и «Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ».

Создана и обоснована концепция психопрофилактического обеспечения БДД движения водителей автомобильного транспорта, которая включает структурно-функциональную модель психопрофилактического обеспечения водителей ТС, а также предложены механизмы ее реализации.

Теоретическая значимость исследования определяется обоснованием нового психолого-психиатрического подхода к медицинскому обеспечению БДД водителей транспортных средств.

Представленная авторская концепция психопрофилактического обеспечения БДД водителями автомобильного транспорта, включающая структурно-функциональную модель психопрофилактического обеспечения водителей ТС на всех этапах вождения, комплекс принципов и механизмов ее реализации, вносит вклад в повышение БДД на основе разработки медико-психологических основ профилактики психических расстройств.

Обоснован новый межведомственный подход к медицинскому обеспечению БДД кандидатов в водители и водителей ТС, предусматривающий учет правоприменительных практик Российской Федерации, статистических данных структурных подразделений МВД, МЧС, Минздрава России и социально-психологических и клинико-психологических факторов риска ДТП. Проведено теоретико-методологическое обобщение отечественных и зарубежных подходов к психопрофилактике в системе обеспечения БДД, позволяющее предельно раскрыть сущностные характеристики эффективных моделей диагностики и профилактики водителей ТС. Доказана диагностическая ценность комплексного психолого-психиатрического подхода к оценке факторов риска ДТП у кандидатов в водители и водителей автомобильного транспорта, а также значимость психопрофилактического обеспечения водителей ТС на всех этапах вождения в системах психиатрической и наркологической служб.

Практическая значимость работы.

Обоснованы предложения по совершенствованию нормативно правовой базы в Российской Федерации и методическое обеспечение, регламентирующие медицинскую обеспеченность безопасности дорожного движения. В Минздрав России представлен проект нового Перечня медицинских противопоказаний к управлению ТС в части диагностических рубрик «Психические расстройства и расстройства поведения» и «Психические расстройства и расстройства поведения, вследствие употребления психоактивных веществ». Предложен комплексный психолого-психиатрический подход к определению четких медицинских противопоказаний к управлению ТС на основе выделенных социально-психологических и клинико-психопатологических факторов риска ДТП у кандидатов в водители ТС с учетом возраста, который будет способствовать снижению числа погибших в ДТП в результате нарушения ПДД.

Авторская инициатива, основанная на результатах научного исследования, может быть включена в Государственную программу «Повышение безопасности дорожного движения» до 2030 года. Анализ эмпирических данных о состоянии психического здоровья водителей и полученный опыт обмена информацией между структурными подразделениями системы здравоохранения и МВД России о правонарушениях водителей, позволили определить группы риска совершения ДТП. С учетом ведущих социально-психологических и клинико-

психопатологических факторов риска ДТП у водителей с психическими расстройствами и расстройствами поведения, а также используя правоприменение законодательных актов, разработана и апробирована образовательная программа для врачей-психиатров, психиатров-наркологов, клинических психологов на циклах дополнительного профессионального образования. Разработаны модули для образовательных программ по психологическим и психофизиологическим основам обеспечения БДД водителя ТС для преподавателей автошкол с учетом комплексного психолого-психиатрического подхода, направленные на первичную профилактику безопасности дорожного движения у кандидатов в водители транспортным средством.

Положения, выносимые на защиту:

1. Тренды рисков аварийности (транспортный риск, социальный риск и тяжесть последствий), свидетельствующие о дорожно-транспортной аварийности в Российской Федерации, а также расчет индивидуального риска участия и гибели индивида в ДТП, определяют необходимость пересмотра целевых индикаторов безопасности дорожного движения и дифференцированного подхода к его показателям, в зависимости от региональной специфики, в том числе – совершенствование мероприятий по предупреждению техногенных ЧС, влекущих за собой ДТП с тяжелыми последствиями.

2. Социально-психологические и клинико-психопатологические факторы риска ДТП у водителей с психическими расстройствами и расстройствами поведения, допущенных к управлению транспортным средством, имеют сложную динамическую структуру, включающую нарушения на различных уровнях психической регуляции поведения. Специфичность факторов риска у водителей с различной нозологической принадлежностью определяется степенью выраженности нарушений различных психических функций. Это определяет необходимость пересмотра Перечня медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством в диагностических рубриках «Психические расстройства и расстройства поведения».

3. Возрастная специфика социально-психологических и клинико-психопатологических факторов определяет их вклад в повышение риска совершения дорожно-транспортных происшествий кандидатов в водители транспортных средств. Психопрофилактические мероприятия у водителей транспортных средств, направленные на предупреждение ДТП и автомобильных катастроф, необходимо проводить в период подготовки кандидатов в водители транспортных средств и в течение всего этапа вождения.

4. Индивидуальный риск участия водителя автобуса в ДТП определяется его социально-психологическими и профессиональными характеристиками, которые должны быть включены в качестве мишеней в комплекс психопрофилактических мероприятий, направленных на выявление ранних признаков психической дезадаптации, а также учитываться при профессиональном отборе лиц для работы в опасных и вредных условиях труда и на всех этапах их профессиональной деятельности.

5. Концепция психопрофилактического обеспечения БДД водителей автомобильного транспорта включает структурно-функциональную модель психопрофилактического обеспечения водителей на этапах предупреждения и управления транспортным средством, а также комплекс принципов обеспечения психического здоровья кандидатов в водители транспортных средств и водителей транспортных средств (оценка социально-психологических и клинико-психопатологических факторов риска ДТП, совершенствование нормативно-правовой базы в области БДД, межведомственное взаимодействие, персонализированный подход к определению личностного ресурса водителей к безопасному вождению).

Достоверность результатов обследования и личный вклад автора.

Надежность полученных результатов исследования подтверждается фундаментальным изложением теоретических вопросов психиатрии и психологии, надежностью и валидностью использованных методов, репрезентативностью статистической выборки, использованием адекватных статистических методов анализа данных. В научной работе проанализированы показатели риска аварийности в Российской Федерации и чрезвычайных ситуаций, включая техногенные, с 2009 по 2018 гг., а также рассчитаны индивидуальный риск участия и гибели индивида в ДТП. Материал диссертационного исследования включает результаты обследования (анкетирование, опрос, психологическое тестирование, определение психического статуса) 338 человек в 2016–2019 гг. Эмпирические данные исследования получены лично автором в ходе выполнения Государственного задания ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России с сотрудниками Лаборатории психогигиены и психопрофилактики.

Внедрение полученных результатов.

Практические аспекты работы внедрены в практику работы ГБУЗ «Сахалинский областной наркологический диспансер» (г. Сахалин), ГКУЗ «Сахоблпсихбольница» (г. Сахалин), «Психоневрологический диспансер №5» – филиал ГБУЗ «Психиатрическая больница №4 им. П.Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения города Москвы» (г. Москва).

Материалы исследования апробированы в программах дополнительного профессионального образования в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (кафедра социальной и судебной психиатрии) и проведении профессиональной переподготовки и повышения квалификации медицинского персонала МЧС России в институте ДПО «Экстремальная медицина» ФГБУ «ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова» МЧС России.

Результаты научного исследования использованы в методических разработках для врачей и клинических психологов психоневрологических диспансеров по вопросам определения факторов опасного вождения (протокол Ученого совета №8 от 28.10.2019 г., ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России), «Медико-психологическое сопровождение участников дорожно-транспортных происшествий» (протокол Ученого совета №11 от 22.12.2017 г., ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России); информационно-аналитических материалах для врачей и клинических психологов, участвующих в медицинском обеспечении БДД «Алгоритм и методическое обеспечение определения опасного вождения у водителей различных категорий» (протокол Ученого совета №8 от 28.11.2019 г., ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России); учебно-образовательных программах по психологическим и психофизиологическим основам деятельности водителя (протокол Ученого совета №9 от 25.09.2017 г., ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России), а также по клинко-психологическим аспектам БДД в системе подготовки преподавателей автошкол и водителей автотранспортных средств (Протокол Ученого совета №9 от 25.09.2017 г., ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России); отчетных позициях по результатам выполнения Государственного задания №АААА-А18-118032390114-3 ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России.

Апробация результатов исследования.

Материалы научного исследования автора отображены в 43 научных публикациях, включая 32 статьи в рецензируемых российских изданиях, входящих в перечень ВАК и международные базы данных, 1 монографию и зарегистрированную базу данных «Медицинское обеспечение безопасности дорожного движения» № 2019621412 от 02.08.2019 г.

Промежуточные результаты и итоги научного исследования представлены на II Конгрессе автошкол России «Итоги трех лет реформирования системы подготовки и допуска водителей к управлению транспортными средствами» (Москва, 2016), на форуме «Всероссийская неделя охраны труда» (Сочи, 2016), научно-практической конференции «Актуальные вопросы психиатрии и наркологии» (Хабаровск, 2016), научно-практической конференции по психиатрии (Тверь, 2016), 4 Глобальном совещании ВОЗ координаторов министерств здравоохранения по профилактике травматизма и насилия (Тампере (Финляндия), 2016), научно-практической конференции с международным участием «Психология дорожного движения: вопросы теории и практики» (Москва, 2017), круглом столе «Медицинская составляющая безопасности дорожного движения» в Общественной палате РФ (Москва, 2017), VII национальном конгрессе по социальной психиатрии и наркологии «Стратегические направления охраны и укрепления общественного психического здоровья» (Тюмень, 2018), 3 межсекторальном учебном курсе ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний: алкоголь и безопасность дорожного движения (Москва, 2018), 5 Глобальном совещании ВОЗ координаторов министерств здравоохранения по профилактике травматизма и насилия (Бангкок (Тайланд), 2018), научно-практической конференции «Неотложные состояния в психиатрической и наркологической практике» (Москва, 2019), научно-практической конференции с международным участием «Наука и практика в обеспечении безопасности дорожного движения: вчера, сегодня, завтра» МВД РФ (Москва, 2019), 9-м совещании Европейской сети ВОЗ координаторов министерств здравоохранения по предупреждению насилия и травматизма (Люксембург, 2019), научно-практической конференции «Наука и практика в обеспечении безопасности дорожного движения: вчера, сегодня, завтра» МВД России (Москва, 2020), Всероссийском родительском всеобуче по профилактике детского дорожно-транспортного травматизма при МВД России (Москва, 2020), IV Всероссийской конференции «ТАХИ-2020» при Общественном совете по развитию такси (Сочи, 2020). Результаты научного исследования доложены на заседаниях Проблемного совета по социальной, клинической психиатрии и организации психиатрической помощи (ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России) и в научно-техническом совете ФГБУ «ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова» МЧС России.

Объем и структура диссертации. Материалы диссертации изложены на 294 страницах и включают введение, 7 глав, заключение, выводы, практические рекомендации и 4 приложения, включая описание 4 клинических случаев. Библиографический указатель включает 310 источников, в том числе 220 отечественных и 90 – иностранных. Текст диссертация снабжен 28 рисунками и 32 таблицами, 4 приложениями.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Методы и материалы исследования. Решение поставленных в диссертации задач осуществлялось путем проведения комплексного изучения социально-психологических и клинико-психопатологических факторов риска совершения ДТП.

Эмпирический материал включает результаты обследования кандидатов в водители ТС и водителей ТС (анкетирования, опроса, психологического тестирования, анализа историй болезней пациентов) в 2016–2019 гг.

В исследовании приняли участие слушатели автошкол ЧУ ПОО УЦ «Университетская автошкола, г. Москва) и ФГАОУ ДПО «Хабаровский центр профессиональной подготовки и повышения квалификации кадров Федерального дорожного агентства», г. Хабаровск), водители

легковых автомобилей с психическими расстройствами и расстройствами поведения в психиатрическом и наркологическом стационарах ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, КГБУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница» (г. Хабаровск). Обследованы водители автобусов г. Хабаровска (ООО «Дальневосточная автотехническая экспертиза», ИП «Шадуй Е.В.», МУП «Городской электрический транспорт», ООО «ПАТП «Дальавто», ООО «Виразж»).

Всего были обследованы 338 человек в возрасте от 17 до 73 лет (средний возраст $37,5 \pm 9,7$ года). Из них 69 человек – кандидаты в водители ТС (слушатели автошкол), 144 человека – водители автобусов, 125 человек – водители легковых автомобилей, имеющие психические расстройства и расстройства поведения и действующие водительские удостоверения. Медицинское освидетельствование каждый из них проходил согласно требованиям ФЗ-№196 «О безопасности дорожного движения» от 10.12.1995 г. Медицинскую специализированную помощь пациенты предпочитали получать в коммерческих либо в федеральных учреждениях здравоохранения. Информация о лечении пациентов в психоневрологических и в наркологических диспансерах отсутствует.

Средний стаж вождения - 20,8 года. Мужчины составили значительную часть выборки–304 человека, женщины – 53. Социально-демографические характеристики обследованных представлены в таблице 1.

Таблица 1. Возраст, стаж вождения и гендерные характеристики обследованных

Группа	Кандидаты в водители транспортных средств	Водители автобусов	Водители легковых автомобилей с психическими и поведенческими расстройствами	Итого
n (% от общей выборки)	69 (20,41%)	144 (42,6%)	125 (36,99%)	338
М возраст	$25,5 \pm 8,4$	$49,0 \pm 9,9$	$38,0 \pm 10,8$	$37,5 \pm 9,7$ (17-73 года)
Общий стаж вождения, год	Нет данных	$27,5 \pm 9,9$	$14,2 \pm 11,3$	$20,8 \pm 10,6$
Мужчины, n (%)	47 (68,12%)	144 (100%)	113 (90,4%)	304
Женщины, n (%)	22 (31,88%)	0	12 (9,6%)	34

Критерии включения в исследование: кандидаты в водители ТС (слушатели автошкол); водители легковых автомобилей с психическими расстройствами и расстройствами поведения, имеющие действующие водительские удостоверения; водители автобусов, работающие на автотранспортных предприятиях. *Критерии исключения:* отказ от включения в научное исследование; острые психотические расстройства.

Из 338 обследуемых, 115 – лица с полным средним образованием, 89 имели среднее специальное образование, 89 - высшее образование. Неоконченное высшее образование было у 45 водителей. 69 участников исследования из 338 являлись кандидатами в водители ТС, они еще не имели водительского стажа и не могли являться участниками ДТП. Распределение обследованных в зависимости от участия в ДТП представлено в таблице 2.

Таким образом, из 269 обследованных безаварийное вождение было у 94 человек, средний возраст которых составил 34,4 года. Из приведенных данных следует, что водители, страдающие психическими расстройствами и расстройствами поведения, только в 35% случаев были виновниками ДТП. Данные об участии в ДТП получены в Научном центре безопасности

дорожного движения МВД России. Данных о достоверном участии в автоавариях водителей автобусов в Научном центре безопасности дорожного движения МВД России получить не удалось.

Таблица 2. Распределение обследуемых в зависимости от факта попадания и виновности в ДТП

Группа		Водители Автобусов	Водители легковых автомобилей с психическими расстройствами и расстройствами поведения	Обследованные – всего
Участники ДТП (n; %)		93 (64,58%)	82 (65,6%)	175 ($M_{\text{возраст}} = 43,0 \pm 12,0$ года; $M_{\text{стаж}} = 21,4 \pm 12,0$ года)
Из них:	виновны (n; %)	0	44 (35,2%)	44 ($M_{\text{возраст}} = 34,7 \pm 10,3$ года; $M_{\text{стаж}} = 13,7 \pm 8,6$ года)
	невиновны (n; %)	0	38 (30,4%)	38 ($M_{\text{возраст}} = 34,1 \pm 9,5$ года; $M_{\text{стаж}} = 11,5 \pm 8,2$ года)
Водители без ДТП		51 (35,42%)	43 (34,4%)	94 ($M_{\text{возраст}} = 34,4 \pm 12,8$ года; $M_{\text{стаж}} = 13,0 \pm 12,1$ года)

Поскольку все пациенты подписали добровольное информированное согласие на участие в научном исследовании, установление легитимности медицинских справок, а также выявление медицинских организаций, выдавших положительные медицинские заключения на право управления транспортным средством пациентам с психическими расстройствами и расстройствами поведения, не входило в задачи исследования.

В качестве источника информации использовались медицинская документация пациентов, данные диагностических исследований, психологические заключения клинических психологов, а также проводились дополнительно клинико-психологические исследования испытуемых для выявления у них факторов риска ДТП. Поводилось сопоставление установленного клинического диагноза и психического статуса исследуемого лица во время его пребывания в стационаре. Распределение водителей в зависимости от заболевания представлено в таблице 3.

Таблица 3. Распределение обследованных с психическими расстройствами и расстройствами поведения

Диагноз (код по МКБ-10)	n (%)
F06 Другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга, либо вследствие физической болезни (F06.3; F06.4; F06.7)	23 (18,4%)
F10 Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением алкоголя (F10.0; F10.1)	71 (56,8%)
F20-29 Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F21; F23.1; F25.1; F25.2;)	6 (4,8%)
F30-39 Аффективные расстройства настроения (F31.0; F31.3; F33.1; F32.1)	15 (12%)
F40-48 Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (41.0; F41.1; F41.2; F43.2; F45.1)	7 (5,6%)
F50.2 Нервная булимия	1 (0,8%)
F70 Легкая умственная отсталость	2 (1,6%)
Всего	125

У пациентов, находящихся на стационарном лечении и получающих психотропную терапию (нейролептики, антидепрессанты, нормотимики, транквилизаторы, нейрометаболические

препараты) острой психотической симптоматики на момент обследования не обнаруживалось. Назначенные дозировки психотропных препаратов не превышали среднетерапевтических величин. Все пациенты были предупреждены о риске управления транспортным средством под воздействием психотропных препаратов.

Клинико-психопатологический метод включал в себя опрос, наблюдение, психический и наркологический статусы исследованного, сбор анамнеза, сведения о принимаемых препаратах, заполнение индивидуальной карты исследуемого, где отражались основные вышеуказанные сведения.

Клинико-психологический: анкетирование, психологическое тестирование. Патофизиологическое обследование включало изучение познавательных, эмоциональных, волевых и когнитивных процессов:

Клинико-психологический. Анкетирование, психологическое тестирование.

I. Оценка индивидуально-психологических особенностей:

1) Полустандартизованные анкеты Поведение на дороге, Отношение к алкоголю, Опросник чувств;

2) тест агрессивности Басса–Перри, адаптация Ениколопов С.Н., Цибульский Н.П., 2007. Включает шкалы: склонность к физической агрессии, враждебности и гневу;

3) опросник самоконтроля, адаптация Булыгина В.Г., Абдраязова А.М., 2008. Направлен на исследование культурально и гендерно неспецифичной черты. Самоконтроль как конструкт имеет 6-факторную структуру, которой соответствуют шкалы опросника: импульсивность, предпочтение простых задач, стремление к риску, физическая активность, эгоцентризм, раздражительность;

4) опросник BIS/BAS, адаптация Князев Г.Г., Слободская Е.Р., 2007. Диагностирует индивидуально-типологические характеристики;

5) многофакторный опросник стиля вождения, адаптация И.А. Фурманов, Н.С. Астрейко, 2016: позволяет оценить представленность таких стилей поведения за рулем как: диссоциативный, тревожный, опасный, агрессивный, безаварийный, терпеливый и осторожный;

6) опросник «Способы совладающего поведения», адаптация Крюкова Т.Л., Куфтык Е.В., 2007. Включает шкалы: конфронтация, дистанцирование, самоконтроль, поиск поддержки, принятие ответственности, бегство–избегание, планирование решений, положительная переоценка;

7) опросник «Стиль саморегуляции поведения»;

8) пятифакторный опросник личности (5PFQ), адаптация Хромов А.Б., 2000. Включает факторы: экстраверсия/интроверсия; привязанность/отделенность; контролирование/естественность; эмоциональность/сдержанность; игривость/практичность.

II. Оценка когнитивных функций:

1) корректурный тест Ландольта. Тест позволяет оценить общую работоспособность человека и ее составляющие: продуктивность, скорость, точность (безошибочность), выносливость и надежность;

2) корректурная проба (Тест Бурдона). Методика предназначена для оценки объема, концентрации и устойчивости внимания;

3) методика «Фигуры Готтшальдта». Направлена на диагностику такого параметра как полезависимость/полenezависимость. Позволяет оценить степень ориентации человека при принятии решений на имеющиеся у него знания и опыт, или на внешние ориентиры;

- 4) тест Торндайка. Предназначен для диагностики избирательности перцептивного внимания;
- 5) метод Джекобса. Направлен на оценку кратковременной памяти;
- 6) тест Мюнстерберга. Предназначен для диагностики избирательности внимания;
- 7) таблицы Шульте. Предназначены для исследования свойств внимания и работоспособности.

Статистические методы. В соответствии с целями и задачами научного исследования, а также с учетом типа включенных в анализ переменных, использовались следующие методы математической обработки: дескриптивная статистика (частотный анализ); t-критерия Стьюдента; сравнительный анализ с использованием непараметрического критерия U-Mann-Whitney для независимых выборок; анализ таблиц сопряженности с использованием критерия χ^2 ; кластерный анализ методом k-средних; однофакторный дисперсионный анализ с попарными межгрупповыми сравнениями методом Шеффе; дискриминантный анализ; коэффициент внутренней согласованности характеристик, описывающих один объект α Кронбаха; ROC кривая для оценки качества модели.

Критерием статистической достоверности получаемых выводов считалась величина $p \leq 0,05$.

При формировании выборки систематических ошибок выявлено не было. Дизайн и методы исследования соответствовали целям, задачам работы и применяемым статистическими методикам.

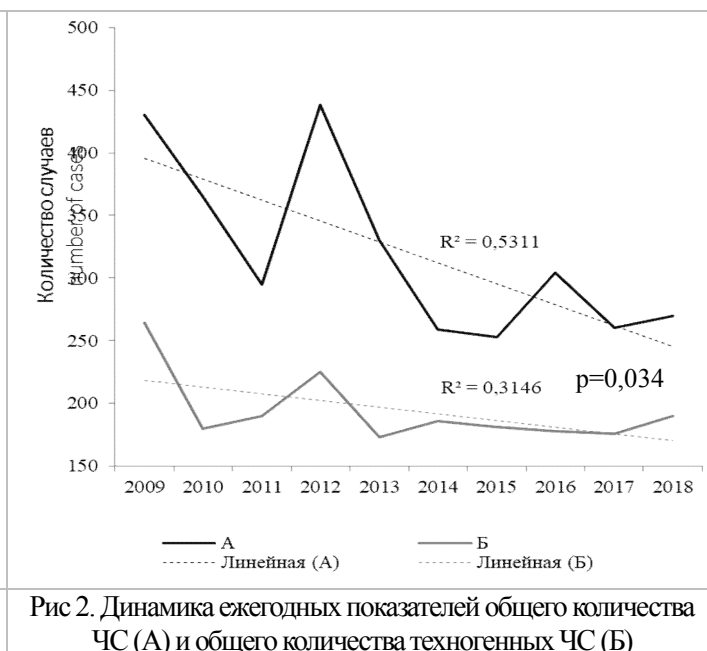
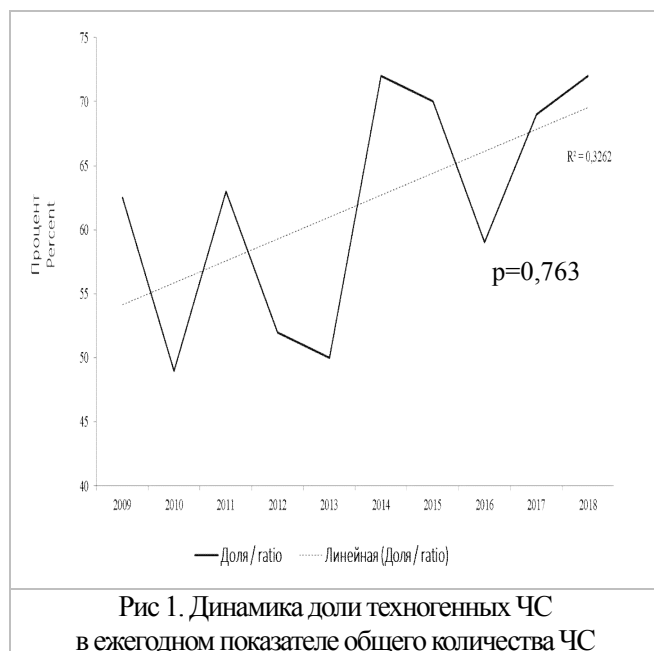
Анализ производился с помощью статистического пакета SPSS 17.0 и Excel 2019.

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Основные индикаторы реализации государственной политики Российской Федерации в области обеспечения безопасности дорожного движения.

Были проанализированы показатели риска аварийности, которые применяются в мировой практике для оценки дорожной безопасности, а также рассчитаны индивидуальный риск участия и гибели индивида в ДТП, что является важным при расчете сил и сред для ликвидации негативных последствий техногенных катастроф.

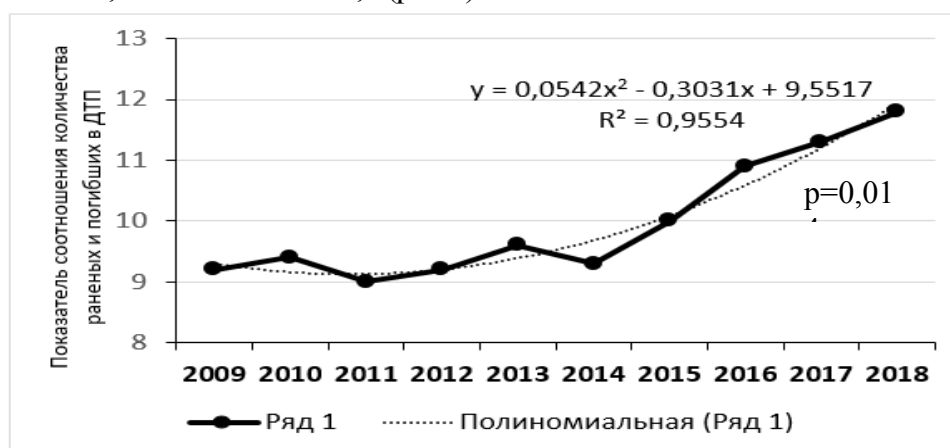
В России в период 2009 по 2018 годы произошло 3196 ЧС, из них 1799 (56,3%) техногенных, из них 922 (28,8%) – ДТП с тяжкими последствиями. (рис. 1). При анализе доли техногенных ЧС в ежегодном показателе общего количества ЧС, динамика этого показателя имеет слабовыраженный восходящий линейный тренд. Однако к 2018 г. этот показатель не достиг уровня статистически значимого отличия от среднего показателя за 2009-2017 гг. ($t=0,312$; $p=0,763$). При анализе ежегодных показателей общего количества ЧС в 2009-2018 гг. установлено, что динамика этого показателя имеет нисходящий линейный тренд. К 2018 г. этот показатель достиг уровня статистически значимого отличия от среднего показателя за 2009-2017 гг. ($t=2,549$; $p=0,034$) и указывает на значимое влияние осуществляемых мер (рис. 2). Однако динамика общего количества техногенных ЧС в этот период была мало подвержена влиянию каких-либо факторов.



Так, результаты анализа социального риска свидетельствуют о том, что фактическое значение этого показателя в 2018 г. по сравнению с показателем 2013 г. уменьшилось на 34% и было на 21,5% ниже целевого показателя в 2018 г.: в 2013 году – 18,8, в 2018 – 12, 4. Тенденция к положительной динамике в Российской Федерации по социальному риску является оптимистичной. Анализ социального риска в регионах показал, что, чем крупнее города, тем уровень смертности от ДТП ниже (Москва - 3,5; Санкт Петербург - 4,2). Что говорит о необходимости дифференцированного подхода к рискам аварийности в зависимости от региональной специфики, и должно отражаться в установлении целевых индикаторов рисков для субъекта.

Снижение транспортного риска с 5,3 в 2013 году до 3,2 в 2018 г. свидетельствует, что фактическое значение этого показателя уменьшилось на 39,6% и было на 27,1% ниже целевого показателя в 2018 г., что отражает эффективную работу государственной системы безопасности дорожного движения и необходимость совершенствования мероприятий для поддержки положительной динамики.

Установлено, что в период с 2009 по 2018 гг. была положительная тенденция в соотношении количества раненых и погибших в ДТП: в 2009 г. на 1 погибшего в ДТП приходилось 9,2 участника дорожного движения, а в 2018 г. – 1 к 11,8 (рис.3).



Коэффициент детерминации (R^2) составил 0,9554 и отражает высокий уровень восходящего тренда во времени. В 2018 г. он был наивысшим и статистически значимо отличался от среднего значения предыдущего 5-летнего периода ($t=4,14$; $p=0,014$). Это означает, что количество погибших в ДТП сокращается быстрее. Что свидетельствует об улучшении ситуации в области безопасности дорожного движения и оказании медицинской помощи в короткие сроки после ДТП. По приведенной формуле, полученной в результате регрессионного анализа данных, можно осуществлять мониторинг динамики показателя и прогнозировать его значение на ближайший 1–2-летний период.

Также был рассчитан индивидуальный риск: индивидуальный риск участия в ДТП и индивидуальный риск пострадавшего в ДТП (рис.4, 5).

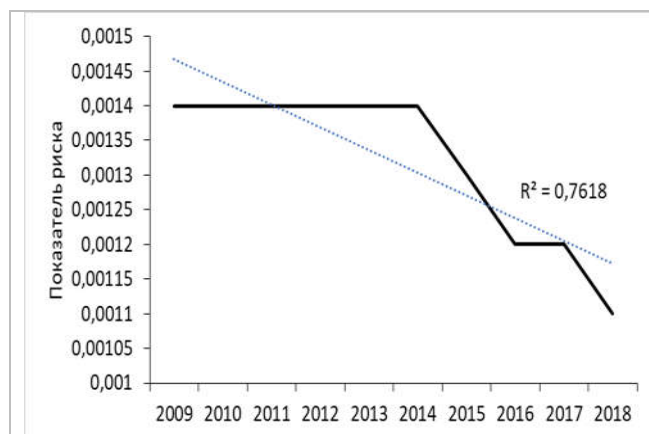


Рис. 4. Динамика показателя индивидуального риска участия в ДТП (2009-2018 гг.)

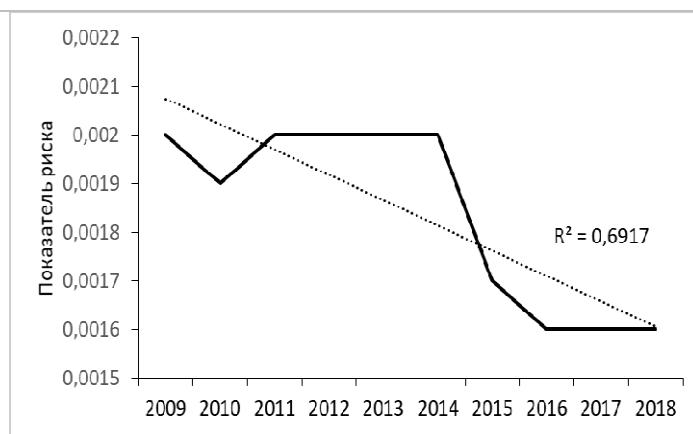


Рис. 5. Динамика показателя индивидуального риска пострадавшего в ДТП (2009-2018 гг.)

Оценка этих параметров необходима для расчета сил и средств в профильных ведомствах, отвечающих за ликвидацию ДТП. Индивидуальный риск для людей стать пострадавшими в ДТП до 2015 г. был достаточно устойчивым и имеет тенденцию снижения к настоящему времени. В тоже время, этот показатель также имеет консервативной тренд изменения. То есть, уровень риска для человека стать пострадавшим в ДТП на территории России остается по-прежнему высоким.

Клинико-социальные характеристики водителей легковых автомобилей с психическими расстройствами и расстройствами поведения. Обследовано 125 водителей с психическими расстройствами и расстройствами поведения, получавшими медикаментозную (нейролептики, антидепрессанты, нормотимики, нейрометаболические препараты, анксиолитики) и немедикаментозную терапию в стационарах.

Выборку составили 28% лиц в возрасте от 31 до 40 лет, в 26% случаев – лица 20-30 лет, 23% – пациенты 41-50 лет. Лиц в возрасте 51-60 лет было 18%, и 5% –пациентов старше 60 лет. У большинства пациентов, настоящая госпитализация была первичной, диагноз установлен впервые. Несмотря на то, что диагноз был впервые установлен в стационаре, испытуемые имели опыт приема психотропных препаратов (анксиолитики, антидепрессанты), которые им назначали, в том числе, врачи-интернисты (терапевты, неврологи и др.).

В период приема психотропных препаратов водители продолжали управлять легковыми автомобилями. 62% женщин и 77% мужчин, принимая психотропные препараты, в анамнезе указывали на одновременное употребление алкоголя.

Сведения об управлении водителями транспортных средств в состоянии алкогольного опьянения отсутствовали.

Анализ клинико-социальных характеристик и участия в автоавариях водителей с психическими расстройствами и расстройствами поведения показал, что в 48% случаев пациенты имели стаж управления автомобилем более 10 лет, в 27,1% - 6-10 лет и в 24,3% - менее 5 лет.

Таким образом, 75% пациентов были опытными водителями и управляли автомобилем на регулярной основе. При необходимости водители обращались к врачам за помощью, однако избегали государственные специализированные учреждения из-за страха быть ограниченными в своих правах. 51,4% водителей легковых автомобилей проходили медицинское освидетельствование на право управления транспортным средством только однократно, при получении водительского удостоверения. 48,6% пациентов уже прошли очередные медицинские освидетельствования на право управления транспортным средством, однако медицинских противопоказаний выявлено не было.

В задачи исследования не входило выяснение причин отсутствия аннулированных медицинских заключений на право управления ими транспортными средствами.

Из 125 человек, принявших участие в исследовании, 65,6% были участниками ДТП, 35,2% были признаны виновными в совершении ДТП, и у 64,8% – виновность в ДТП доказана не была. 34,4% водителей, участвующих в исследовании, не были участниками ДТП. Пациенты отрицали управление транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения, специализированную медицинскую помощь получали эпизодически, лечение в стационарах водители проходили, как правило, в дни своих отпусков, на диспансерном наблюдении в наркологических диспансерах они не состояли. Средняя продолжительность лечения в стационаре составила 24 дня. После выписки из стационара всем пациентам было рекомендовано наблюдение у специалистов (врачей психиатров, психиатров-наркологов), продолжение психотропной терапии, отказ от управления ТС.

Социально-психологические и клинико-психопатологические характеристики водителей с психическими расстройствами и расстройствами поведения в зависимости от нозологической принадлежности.

Выборка лиц с психическими расстройствами и расстройствами поведения была условно разделена на 4 группы в зависимости от определенных групп симптомов или поведенческих признаков указанных расстройств.

В 1 группу были отнесены водители с органическими психическими расстройствами (F06.3, F06.4, F06.6, F06.7); легкая умственная отсталость (F70).

Во 2 группу вошли водители с психическими расстройствами и расстройствами поведения, вследствие употребления алкоголя (F10.0, F10.1).

3 группа включала в себя водителей с шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами (F21, F23.1, F25.1, F25.2).

4 группу составили водители с аффективными расстройствами настроения (F31.0, F31.3, F32.1 F33.1); невротическими, связанные со стрессом и соматоформными расстройствами (F41.0, F41.1, F41.2, F43.2, F45.1); поведенческими синдромами, связанными с физиологическими нарушениями и физическими факторами (F50.2).

С помощью частотного анализа клинико-социальных характеристик водителей легковых автомобилей в зависимости от нозологической принадлежности были выявлены следующие закономерности (рис. 6). В 1 и во 2 группах обследования водители чаще имели стаж управления автомобилем более 10 лет ($p=0,038$). В 3 группе стаж управления - от 6 до 10 лет. Данные свидетельствуют о наличии длительного опыта управления автотранспортом у водителей 1 и 2

групп, а также об имеющемся очередном факте медицинского освидетельствования на право управления транспортным средством при замене водительского удостоверения.

Водители 1, 3 и 4 групп, в большинстве своем, имели высшее образование ($p=0,004$), что свидетельствует о достаточном интеллектуальном развитии.

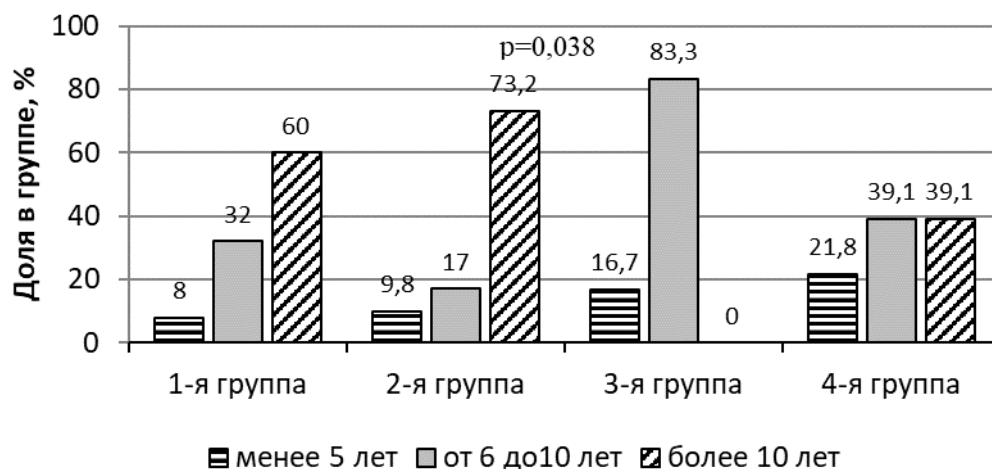


Рис. 6. Распределение пациентов в зависимости от стажа управления ТС

Дисфункции головного мозга (табл. 4) в большинстве случаев встречались у водителей 1 и 2 групп ($p=0,011$), что свидетельствует о наличии в анамнезе у пациентов цереброваскулярных заболеваний с нарушением мозгового кровообращения, приводящих к сужению просвета сосудов головного мозга и снижению мозгового кровотока.

Таблица 4. Распределение пациентов в зависимости от наличия повреждений головного мозга и дисфункции ЦНС

Повреждения головного мозга и дисфункции ЦНС (ЧМТ, сосудистые проблемы и т.д.) ($\chi^2 = 11,21$; $p = 0,011$)				
	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа
Нет	0 (0%)	11 (15,4%)	5 (83,3%)	18 (78,2%)
Да	25 (100%)	60 (84,5%)	1 (16,7%)	5 (21,7%)

На факт употребления алкоголя (табл. 5) более 1 раза в неделю указывали водители из 2 и 1 групп ($p=0,003$).

Таблица 5. Распределение пациентов в зависимости от употребления алкоголя чаще одного раза в неделю

Употребление алкоголя чаще 1 раза в неделю ($\chi^2 = 14,16$; $p = 0,003$)				
	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа
Нет	14 (56%)	15 (21,1%)	5 (83,3%)	19 (82,6%)
Да	11 (44%)	56 (78,9%)	1 (16,7%)	4 (17,4%)

Однако никто из этих пациентов не признавал наличие проблемы зависимости от алкоголя, лечение у психиатров-наркологов получали эпизодически, короткими курсами. Как правило, отказ от управления транспортным средством был только в период получения специализированного лечения в стационарах. Никто из участников исследования не имел опыта аннулирования

медицинского заключения на право управления транспортным средством в связи с обнаружившими медицинскими противопоказаниями.

Среди водителей-участников ДТП (рис.7) большую часть виновных в автоавариях составили пациенты 2 группы ($p=0,019$), что подтверждают многочисленные отечественные и зарубежные исследования, в которых алкоголь признается одним из важных факторов риска ДТП.

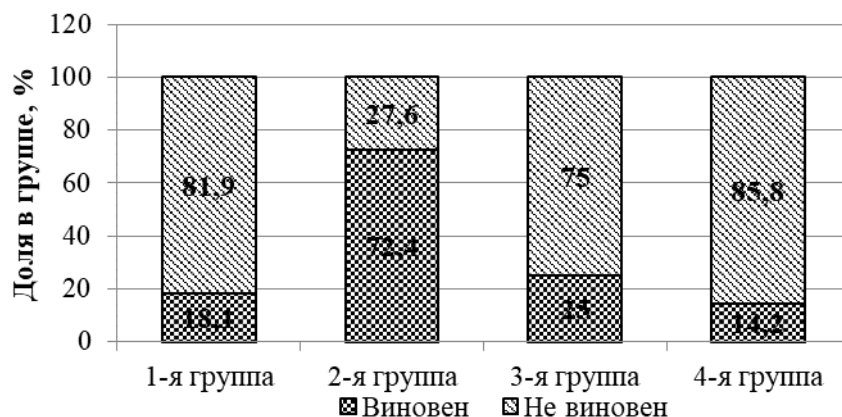


Рис. 7. Распределение водителей в зависимости от виновности в ДТП

На основании анализа данных анкеты «поведение на дороге», которая включала разные ситуационные задачи, установлено, что чувство раздражения в напряженной дорожной ситуации в большинстве случаев испытывали водители 2 и 1 групп ($p=0,019$). При возникновении опасной ситуации на дорогах чувство азарта в 100% случаев испытывали водители 2 и 3 групп ($p=0,019$), а также большая часть водителей 1 группы, что свидетельствует о неадекватной оценке ситуации водителями (рис.8).

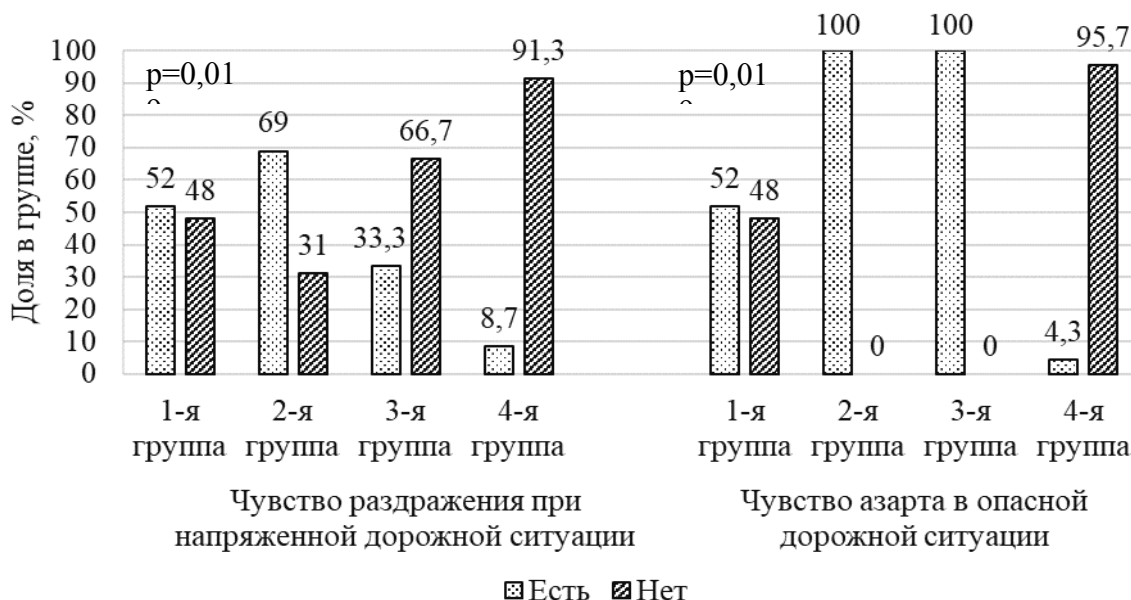


Рис. 8. Распределение водителей в зависимости от чувства раздражения при напряженной ситуации и чувства азарта в опасной ситуации на дорогах

В клинической картине (рис.9) у водителей легковых автомобилей определялись следующие закономерности: в 1 группе в большей степени фиксировались обстоятельство мышления ($p=0,000$), нарушение памяти ($p=0,004$), снижение внимания ($p=0,000$); во 2 группе в 100% ($p=0,000$) случаев фиксировались утомляемость ($p=0,000$), снижение внимания ($p=0,000$),

нарушение памяти ($p=0,004$), отмечалась обстоятельность мышления ($p=0,000$). В 3 группе наблюдались снижение внимания ($p=0,000$) и нарушение памяти ($p=0,004$) в 100% случаев, а нарушения мышления обнаруживались в 83,3% ($p=0,001$). В 4 группе преобладали нарушения памяти ($p=0,004$) и мышления ($p=0,001$).

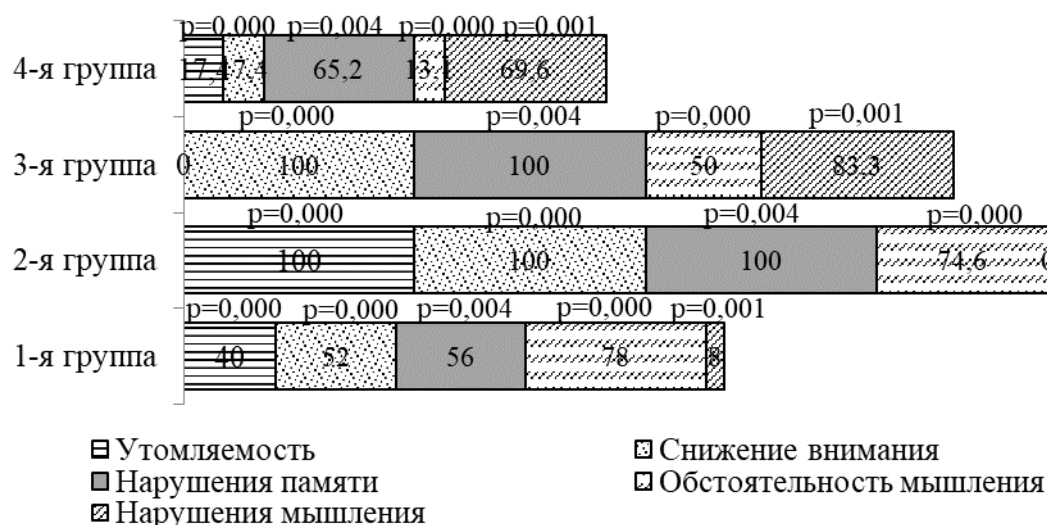


Рис. 9. Распределение пациентов в зависимости от выраженности симптомокомплексов

Это свидетельствует о глубине психопатологических симптомов у водителей, получающих специализированное лечение в стационарах, и необходимости аннулирования водителям медицинского заключения на право управления ТС в виду высокого риска ДТП.

Анализ состояния высших психических функций показал, что во 2 и 1 группах водителей обнаруживались самые высокие показатели истощаемости психических процессов ($p=0,004$), что определяет необходимость пересмотра медицинского заключения на право управления транспортным средством в виду риска ДТП.

С помощью непараметрического критерия Крускала-Уоллиса (табл.5) были выявлены значимые различия психологических характеристик между четырьмя нозологическими группами обследованных водителей.

Таблица 5. Значимые различия психологических характеристик (критерий Крускала-Уоллиса).

Показатель	Нозологическая группа (средний балл)				Статистика	
	1 группа F06	2 группа F10	3 группа F20-F29	4 группа F30-39; F40-48; F50-59	N	P
Несдержанность аффекта раздражения	19,48	29,91	31,90	31,25	7,907	0,048
Физическая агрессия	20,43	41,41	29,71	30,58	11,720	0,008
Скорость внимания	42,35	17,22	19,29	21,21	25,616	0,000
Точность внимания	40,68	22,94	24,64	17,53	21,994	0,000
Уровень концентрации	40,37	21,39	22,07	19,53	19,786	0,000
Эффективность работы	40,97	22,94	24,57	17,26	22,983	0,000

Так, трудность сдерживания аффекта раздражения в большей степени была свойственна водителям 3 и 4 групп. Наибольшая склонность к физической агрессии была выявлена у водителей 2 группы. Водители 1 группы демонстрировали высокие показатели скорости внимания, уровня

концентрации и эффективности работы, что свидетельствует о пластичности процесса лечения и редукции психопатологических симптомов у пациентов на фоне специализированного лечения.

Таким образом, трудность сдерживания аффекта раздражения в большей степени была свойственна водителям с расстройствами шизофренического спектра, аффективными расстройствами, невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами, поведенческими синдромами, связанными с физиологическими нарушениями и физическими факторами, что подтверждается и наличием клинической симптоматики. Водители с психическими расстройствами вследствие повреждения или дисфункции головного мозга, легкой умственной отсталостью демонстрировали наименьшие показатели трудности сдерживания аффекта раздражения среди всех обследованных групп.

Склонность к физической агрессии была в большей степени представлена у водителей с психическими расстройствами и расстройствами поведения вследствие употребления алкоголя, в наименьшей – у водителей с психическими расстройствами вследствие повреждения или дисфункции головного мозга, легкой умственной отсталостью. Водители с психическими расстройствами вследствие повреждения или дисфункции головного мозга, легкой умственной отсталостью имели наиболее высокие показатели скорости внимания, точности внимания, умственной продуктивности, уровня концентрации и эффективности работы среди всех обследованных нозологических групп.

Полученные данные свидетельствуют о предполагаемой связи между развитием лежащего в основе состояния заболевания, повреждения или дисфункции мозга и началом психического заболевания. Вместе с тем при назначении персонализированной терапии у пациентов наступает значительное улучшение психического состояния или выздоровление, при исчезновении или ослаблении причинных факторов. Низкие показатели когнитивных функций отмечены у лиц с психическими расстройствами и расстройствами поведения вследствие употребления алкоголя и у больных аффективными расстройствами, невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами, поведенческими синдромами, связанными с физиологическими нарушениями и физическими факторами. Терапия этих расстройств более длительна, и оценка когнитивных функций должна носить отсроченный характер.

Исходя из вышеизложенного, водителям с органическими психическими расстройствами (F06.3, F06.4, F06.6, F06.7); легкой умственной отсталостью (F70) медицинское заключение на право управления ТС подлежит аннулированию на время лечения и, может быть, восстановлено после внеочередного медицинского освидетельствования.

У водителей с психическими расстройствами и расстройствами поведения вследствие употребления алкоголя (F10.0, F10.1) обнаружены достаточный уровень когнитивных функций для управления транспортным средством, однако они нуждаются в мерах медицинского характера в виде аннулирования медицинского заключения на право управления транспортным средством в период лечения и наблюдения с правом внеочередного медицинского освидетельствования на право управления транспортным средством.

Водителям с диагнозами шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F21, F23.1, F25.1, F25.2) медицинское заключение на право управление транспортным средством должно быть аннулировано в период лечения и наблюдения у специалистов.

Водителям с аффективными расстройствами (F31.0, F31.3, F32.1 F33.1), невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (F41.0, F41.1, F41.2, F43.2, F45.1), а также с поведенческими синдромами, связанными с физиологическими нарушениями и

физическими факторами (F50.2), должны быть даны рекомендации отказаться от управления транспортным средством на период лечения.

Клинико-психологические особенности водителей с психическими расстройствами и расстройствами поведения, вследствие употребления алкоголя. Средний возраст 71 участников - $39,6 \pm 7,9$ года. Средний стаж вождения легковых автомобилей - $15,6 \pm 9,4$ года. Все пациенты получали медикаментозную терапию (нейролептики, антидепрессанты, нормотимики, нейрометаболические и сосудистые препараты, транквилизаторы, витамины). Возрастные группы для проверки вышеуказанных закономерностей и их связи с безопасностью дорожного движения.

Согласно возрастной периодизации Д. Бромлея были выделены 2 группы обследованных водителей: в возрасте от 26–39 лет ($n=45$, средний стаж вождения – 11,1 года) и 40–56 лет ($n=26$, средний стаж вождения – 23,2 года). Между данными группами выявлены следующие значимые различия. В возрастной группе 26–39 лет отмечались низкий уровень физической активности в структуре самоконтроля (1,5 и 2,4 балла; $p<0,04$), что отражает низкую способность человека достигать поставленных целей, а также преобладание опасного (18,7 и 12,9; ($p<0,05$) и высокоскоростного стилей вождения (18,8 и 15,0 балла; $p<0,01$) по сравнению с более старшей группой водителей в возрасте от 40 до 56 лет.

С помощью множественного регрессионного анализа для зависимой переменной «возраст» были выявлены следующие закономерности. Так, более старшим по возрасту водителям присущи высокие значения активации, направленной на достижение отдаленных целей (BAS Drive) ($p=0,014$), способность к программированию деятельности ($p=0,003$), а также низкая представленность опасного стиля вождения ($p=0,022$).

Аналогичным образом были выявлены переменные, позволяющие классифицировать обследуемых в зависимости от стажа вождения. Обнаружено, что с увеличением стажа вождения возрастают показатели предпочтения физической активности в структуре самоконтроля ($p=0,007$) и снижается выраженность опасного стиля вождения ($p=0,031$). Исходя из полученных данных, у водителей-участников ДТП с психическими расстройствами и расстройствами поведения, вследствие употребления алкоголя в возрасте от 26 до 39 лет значимо чаще преобладают опасный и высокоскоростной стили вождения, в то время как у лиц 40-56 лет таких закономерностей не выявлено. При увеличении стажа вождения у водителей уменьшалась вероятность преобладания высокоскоростного и опасного стилей вождения.

Полученные результаты подтверждают необходимость пересмотра вопроса о праве управления ТС водителями, имеющими психические расстройства и расстройства поведения, вследствие употребления алкоголя в части медицинских противопоказаний. Для социальной адаптации и ресоциализации лиц с наркологическими расстройствами целесообразно расширить им доступ к управлению транспортным средством после проведенного лечения и (или) медицинской и (или) социальной реабилитации (вне зависимости от формы собственности медицинского учреждения: государственное, муниципальное, частное), в результате которого они отказались от употребления алкоголя и соблюдают трезвый образ жизни. Дифференцированный подход к водителям позволит приблизить их к государственным и муниципальным учреждениям, оказывающим специализированную медицинскую помощь, даст возможность сократить количество ДТП, совершенных в состоянии опьянения, включая ДТП с тяжкими последствиями.

Клинико-психопатологические факторы участия и виновности в ДТП у водителей легковых автомобилей с психическими расстройствами и расстройствами поведения. Первоначально был проведен сравнительный анализ клинико-психопатологических характеристик

у водителей легковых автомобилей, страдающих психическими расстройствами и расстройствами поведения, в зависимости от фактора участия в ДТП.

Участвовавших в ДТП водителей с психическими расстройствами отличали следующие характеристики. Среди индивидуально-типологических переменных, полученных путем однофакторного дисперсионного анализа, была выявлена неспособность сдерживать раздражение и гнев ($p=0,005$). В структуре саморегуляции деятельности – высокие показатели самостоятельности ($p=0,037$), что свидетельствует о несвязности между собой этапов осознанной регуляции поведения, а также высокие показатели физической агрессии ($p=0,012$), гнева ($p=0,006$), враждебности ($p=0,026$). Их значимо отличал опасный стиль вождения ($p=0,005$), при этом показатели избирательность внимания имели высокие значения ($p=0,040$).

Следующим этапом анализа было сравнение индивидуально-психологических и когнитивных особенностей водителей с психическими расстройствами – участников ДТП, признанных виновными и невиновными в автоаварии (однофакторный дисперсионный анализ). Водителей с психическими расстройствами и расстройствами поведения, признанных виновными в ДТП, статистически значимо отличали высокие показатели импульсивности ($p=0,022$) в структуре самоконтроля, подозрительность ($p=0,016$), а также – снижение скорости переключения внимания ($p=0,031$).

Для определения прогностной ценности выделенных переменных был проведен дискриминантный анализ. Выявлено, что значительную роль при отнесении лиц в группу водителей, попавших в ДТП (ЛДФ₂), играли высокие показатели предпочтения простых задач в структуре самоконтроля (ЛДФ₂=9140,476), выраженность агрессивного стиля вождения (ЛДФ₂=909,000) при избирательности внимания (ЛДФ₂=1630,709) и высоких показателях общего индекса полнезависимости (неспособности удерживать в фокусе внимания поставленную цель, ориентации на несущественные детали).

Проверка прогностической ценности дискриминантной модели с помощью ROC-кривых показала ее удовлетворительные прогностические качества (AUC = 74,3% чувствительность – 73,7%, специфичность – 77,5% – для водителей, участвовавших в ДТП, и AUC = 74,3% чувствительность – 75%, специфичность – 73,7% – не участвовавших в ДТП (ЛДФ₁).

Водителей с психическими расстройствами и расстройствами поведения – участников ДТП отличали трудности сдерживания раздражения и гнева, высокие показатели агрессии и опасный стиль вождения. А также – высокие показатели импульсивности, чувство подозрительности и снижение скорости переключения внимания, а также агрессивный стиль управления транспортным средством. Это еще раз подчеркивает необходимость своевременного информирования компетентных медицинских учреждений о лицах, находящихся на специализированном лечении (вне зависимости от формы собственности в системе здравоохранения) с целью аннулирования медицинского заключения на право управления транспортным средством с правом прохождения внеочередного медицинского освидетельствования для восстановления своих прав.

При вынесении медицинского заключения о праве управления транспортным средством врачу необходимо опираться на данные, полученные не только из официальных государственных источников, но и из частного сектора здравоохранения. Только при использовании всех данных о пациенте, полученных из всех источников, возможно дифференцированно решить вопрос о праве управления ТС. Возможность аннуляции медицинского заключения на право управления транспортным средством и восстановления пациента в этом праве через внеочередное

медицинское освидетельствование позволит дестигматизировать государственную наркологическую службу.

Таким образом, социально-психологические и клинико-психопатологические факторы риска возникновения ДТП у водителей с психическими расстройствами и расстройствами поведения определяются наличием психопатологических синдромов, их тяжестью, возрастом индивида, алкогольной и соматической отягощенностью, когнитивным функционированием. Личностный ресурс безопасности дорожного движения конкретного водителя основан не на наличии факта психического заболевания, а включает социально-психологические и клинико-психопатологические характеристики индивида.

Социально-психологические и клинико-психопатологические факторы риска дорожно-транспортных происшествий у кандидатов в водители транспортных средств.

На первом этапе анализа была определена взаимосвязь индивидуально-психологических и индивидуально-типологических переменных кандидатов в водители ТС с учетом возрастного фактора. Были обследованы 69 лиц мужского и женского пола в возрасте от 17 до 49 лет ($M_x = 25,5 \pm 8,4$ года) – слушатели подготовительных курсов для получения водительского удостоверения категории В. По гендерному признаку участники исследования распределились следующим образом: 59,5% – женщины, 40,5% – мужчины.

С целью исследования возрастных особенностей кандидатов в водители выборка была разделена на 4 группы: в 1 группу вошли лица в возрасте от 17-21 года, во 2 группу лица в возрасте 22-29 лет, в 3 – 30-39 лет, в 4 группе состояли лица в возрасте 40-49 лет. Сравнение выборок при помощи однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA) позволило выявить значимые различия ($p < 0,05$): данные группы отличались по степени выраженности торможения нежелательного поведения в ответ на негативные стимулы (параметр BIS), а также по предпочтению тех или иных копинг-стратегий. Индивидуально-психологические профили кандидатов в водители в зависимости от возраста представлены на рисунке 10.

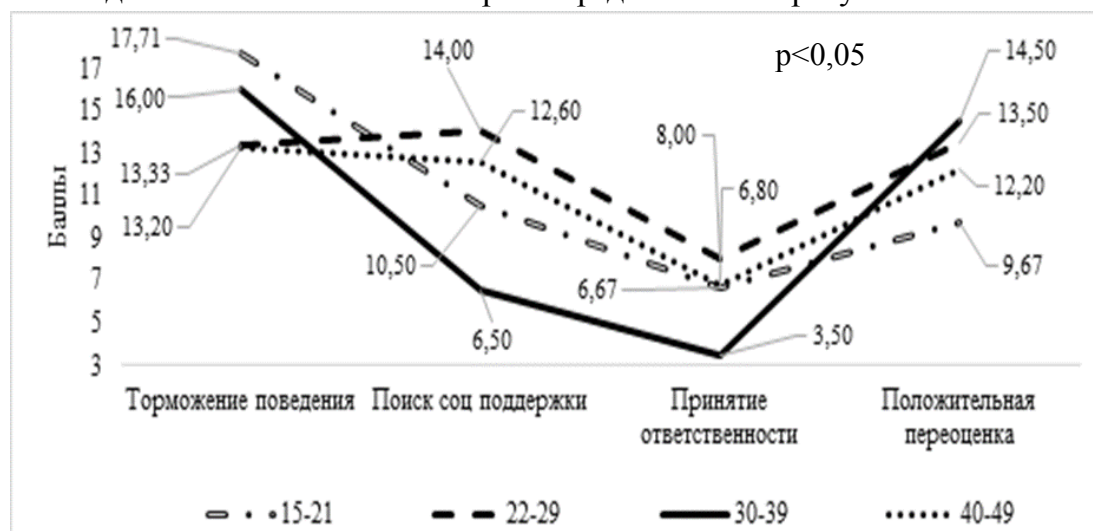


Рис.10. Индивидуально-психологические особенности кандидатов в водители в зависимости от возраста

1 группа отличалась низкой активацией торможения нежелательного поведения, а также средней частотой предпочтения таких стратегий совладания со стрессом, как поиск социальной поддержки, принятие личной ответственности и низкая склонность к положительной переоценке трудной ситуации.

2 группа отличалась высокой активацией торможения нежелательного поведения, предпочтением адаптивных копинг-стратегий (принятие ответственности, поиск социальной поддержки). Данная группа в меньшей степени относится к группе риска опасного вождения на дорогах.

Индивидуально-психологический профиль 3 группы в большей степени похож на профиль 2 группы и отличается от него меньшей частотой использования таких стратегий совладания, как принятие ответственности, поиск социальной поддержки. В 3 группе отмечалась низкая частота использования адаптивных копинг-стратегий «поиск социальной поддержки» и «принятие личной ответственности», «переоценка трудной ситуации в пользу личностного роста». Им была свойственна склонность к делегированию ответственности в трудной ситуации, при наличии тенденции к восприятию возникших сложностей как полезного жизненного опыта. При этом типичной была такая психофизиологическая характеристика, как преобладание торможения нежелательного поведения в ситуации угрозы.

Следующим этапом анализа стало уточнение связи возрастных показателей с индивидуально-психологическими и психофизиологическими особенностями 69 обследованных. При помощи коэффициента ранговой корреляции Спирмена было выявлено наличие значимой ($r=-0,478$; $p<0,001$) отрицательной связи между возрастом респондентов и склонностью к избеганию неприятных стимулов. То есть, чем ниже возраст респондентов, тем в большей степени они чувствительны к негативным стимулам. Положительная связь была выявлена между возрастом и упорством в достижении целей ($r=0,399$; $p<0,05$). Положительная связь установлена между возрастом и доброжелательностью, склонностью к сотрудничеству ($r=0,654$; $p<0,05$), а также эффективностью выполнения пробы на внимание ($r=0,778$; $p<0,05$). Враждебность (интеллектуальная составляющая агрессивности) была отрицательно связана с возрастом респондентов ($r=-0,561$; $p<0,05$).

Для определения индивидуально-психологических и когнитивных характеристик кандидатов в водители в зависимости от психофизиологических особенностей торможения и активации поведения на различные стимулы был проведен кластерный анализ методом K-means по параметрам BIS (торможение нежелательного поведения и чувствительность к отрицательным стимулам), BASF (преобладание стремления к получению удовольствия), BASDr (упорство в достижении отставленных во времени целей), BASR (чувствительность к поощрению). Характеристики двух выделенных кластеров представлены на рисунке 11.

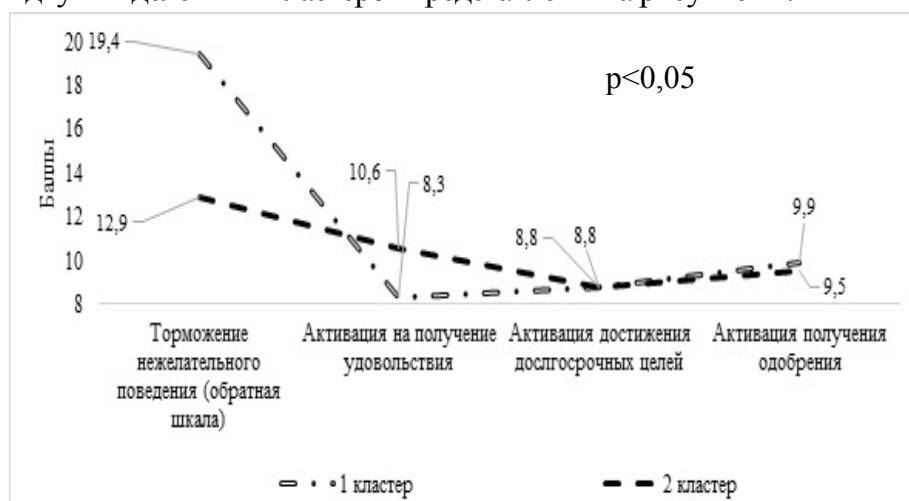


Рисунок 11. Особенности систем активации и торможения поведения кластеров 1 и 2

При помощи кластерного анализа 69 кандидатов в водители были объединены в два кластера по преобладанию чувствительности либо к положительным, либо к отрицательным стимулам. В 1 кластер вошли лица с преобладанием чувствительности к негативным стимулам, во 2 – с преобладанием чувствительности к положительным стимулам. Выделенные кластеры различаются по объему кратковременной памяти, а также по личностным характеристикам (критерий Манна-Уитни).

В 1 кластер преимущественно вошли кандидаты в водители мужского пола – 62,5% в возрасте 17-21 г. – 81,3%. Они значимо отличались снижением объема кратковременной памяти, склонностью к импульсивному поведению, экстравертированностью, но при этом – антагонистичностью по отношению к другим. Во 2 кластер преимущественно вошли обследованные женского пола – 76,2%, в возрасте 22-29 лет – 38,1% и обследованные возрастной категории 40-49 лет – 23,8%. Их отличал больший объем кратковременной памяти, интроверсия, доброжелательность и преобладание стратегии совладения со стрессом в виде склонности к сотрудничеству. Также им было свойственно преобладание торможения поведения в ответ на ситуацию угрозы.

С помощью критерия Манна-Уитни были выявлены значимые различия анализируемых показателей в группе кандидатами в водители в зависимости от их пола. Так, средний возраст кандидатов в водители мужского пола был значимо ниже по сравнению с лицами женского пола ($U=66$). Обследованные мужчины ($U=7,5$) в среднем указывали более высокую предпочитаемую скорость передвижения по трассе (110 км/ч), чем женщины (88,6 км/ч). Мужчины отличаются менее выраженной активацией торможения нежелательного поведения и меньшей чувствительностью к наказанию и негативным стимулам ($p<0,01$). Их отличали такие копинг-стратегии, как проблемно-фокусированные действия ($p<0,05$); мужчины в большей степени склонны применять аналитический подход к разрешению проблемной ситуации. Кроме того, анализ распределения значений показателей опросника «Большая пятерка» между мужчинами и женщинами кандидатами в водители выявил, что группу лиц мужского пола по сравнению с женщинами отличают низкие значения по таким показателям как «Привязанность-отдаленность» ($U=0$), «Контролирование-естественность» ($U=0$), «Теплота-равнодушие» ($U=0,5$), «Понимание-непонимание» ($U=1$) и «Аккуратность-неаккуратность» ($U=0$).

Таким образом, в группу риска ДТП среди учеников автошкол вошли лица моложе 21 года, преимущественно мужчины, которые в меньшей степени склонны к торможению нежелательного поведения в ответ на негативные стимулы в сочетании с активацией на достижение удовольствия и предпочитают проблемно-фокусированные стратегии в случае возникновения трудной ситуации. У них преобладает ориентация на собственные интересы в сочетании с враждебностью к окружающим, что может способствовать формированию агрессивного стиля вождения. Выявленные возрастные закономерности позволяют рекомендовать дополнительное психологическое тестирование учеников автошкол данной возрастной категории, направленное на оценку готовности личности к безопасному управлению транспортным средством на дорогах и возможного формирования компенсирующего стиля вождения в период обучения.

Для снижения числа погибших в ДТП из-за нарушения ПДД водителями со стажем управления транспортным средством до 2 лет представляется необходимым введение ступенчатой выдачи водительских удостоверений начинающим участникам дорожного движения. Целесообразно выдавать водительские удостоверения начинающим водителям на срок не более 2 лет с обязательным мониторингом нарушений ПДД. В случае регулярного нарушения ими ПДД в этот период, они должны быть направлены в специализированные учреждения государственной

системы (учреждения подведомственные Минздраву, Минпросвещения, МВД, МЧС России и т.д.) в целях осуществления психопрофилактических мероприятий для повышения личностного ресурса безопасного вождения. Вышеуказанные предложения могут быть включены в Государственную программу Российской Федерации по обеспечению безопасности дорожного движения на период до 2030 г., направленную на снижение смертности и травматизма населения в результате ДТП на автомобильных дорогах, а также положительно повлиять на повышение эффективности системы управления в области обеспечения безопасности дорожного движения.

Социально-клинические характеристики водителей автобусов. На основании анализа 144 анкет участники исследования были распределены на две группы: 1 группа ($n = 90$) – водители автобусов, указавшие на факт ДТП; 2 группа ($n = 54$) – водители автобусов, не указавшие на участие в ДТП. Группы участников исследования сопоставимы по возрасту. Средний возраст водителей автобусов в общей группе наблюдения составил $49,0 \pm 9,9$ лет (в 1 группе – $49,17 \pm 9,77$ года; во 2 группе – $47,83 \pm 10,13$ года). Показатель стажа управления транспортным средством в общей группе $27,5 \pm 9,9$ лет (в 1 группе в среднем составил $28,11 \pm 10,03$ года, во 2 группе – $25,11 \pm 10,53$ года).

При распределении участников исследования 1 группы ($n = 90$) в зависимости от стажа управления ТС выделены подгруппы: до 10 лет доля участников составила 7%, 10-20 лет – 14%, 21-30 лет – 38%, 31-40 лет – 33%, более 41 года – 8%. При стратификации участников 1-й группы установлено, что ДТП чаще совершали водители со стажем работы от 21 до 40 лет ($\chi^2 = 34,65$; $df = 1$; $p < 0,001$) (рис. 12).

Учитывая, что термин «опасное вождение» включает в себя целый ряд нарушений ПДД, которые могут повлечь ДТП, были проведены сравнения частот нарушений ПДД в 1 и 2 группах. Выявлено, что в 1 группе, водители автобусов нарушали ПДД чаще и совершали ДТП чаще, чем водители 2 группы. Данные, представленные на рисунке 7, свидетельствуют о том, что участники 1 группы в возрасте от 41 года до 60 лет чаще нарушали ПДД и как результат – стали участниками ДТП.

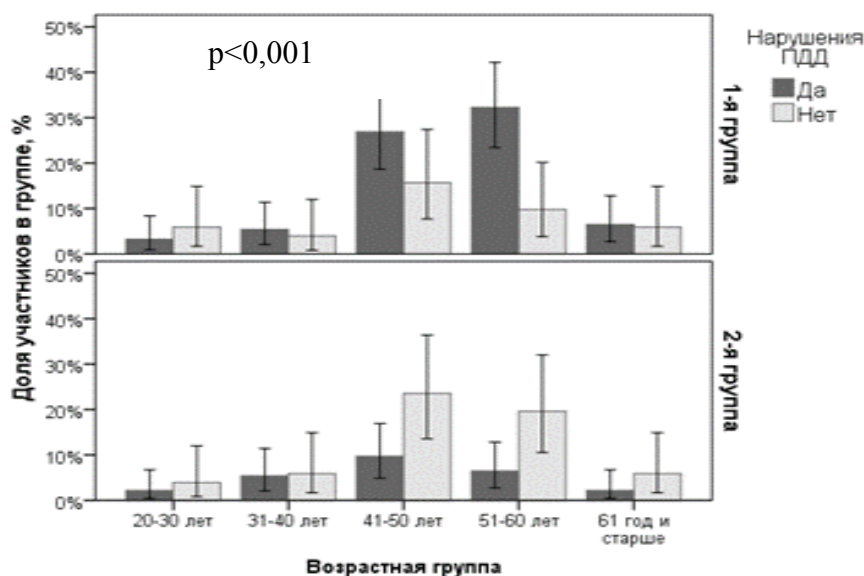


Рис. 12. Распределение участников ДТП по возрастным группам

Обследуемых, состоящих в браке в 1 группе – 72, 2%, во 2 группе – 79,6%. Установлено статистически значимое расслоение участников в зависимости от их семейного положения: участники, состоящие в браке, чаще нарушали ПДД, чем холостые (75 и 25% соответственно; p

$<0,001$). При этом относительный риск нарушения ПДД у женатых участников исследования был статистически значимо выше, чем у холостых, и составил 1,014 ($p = 0,008$). Уровень образования в 1 группе (водители с фактом ДТП) было таким: со средним образованием – 84,4%, с высшим – 15,6%. Во второй группе (водители без факта ДТП): со средним образованием – 83,3%, с высшим – 16,7%.

На регулярность употребления алкоголя указали 93 из всех 144 участников исследования (64,6%), в 1 группе (водители с фактом ДТП) – 70%, во 2 группе (водители без факта ДТП) – 55,6%. При сопоставлении этих показателей статистически значимой разницы не выявлено ($p = 0,079$). Распределение участников 1-й группы ($n = 90$) в зависимости от частоты употребления алкоголя свидетельствует о том, что 30% водителей не употребляют алкоголь совсем, 2-3 раза в неделю употребляют алкоголь 7,8% водителей автобусов. Остальные участники исследования распределились следующим образом: 25,5% употребляют алкоголь не чаще 1 раза в месяц, не чаще 1 раза в неделю употребляют 36,7%. Водители автобусов самостоятельно в наркологические диспансеры не обращались, при необходимости проходили амбулаторное или стационарное лечение состояний, связанных с употреблением алкоголя, только в частной системе здравоохранения, либо в реабилитационных центрах.

В 1 группе участников исследования преобладали курильщики табака – 59 из 90 (65,6%), во 2 группе их было значительно меньше – 18 из 54 (33,3%). При сравнении разница показателей составила 32,3%, она была статистически значимой ($p = 0,0002$). Этот показатель можно рассматривать как важный предиктор аварийности дорожного движения. Табакокурение и связанные с ним действия (при доставании сигарет, зажигалок или спичек и др.) отвлекают внимание водителя.

Социально-психологические и клиничко-психопатологические факторы риска возникновения дорожно-транспортных происшествий у водителей автобусов.

Проанализированы ситуации на дороге, которые вызывают эмоциональные реакции водителей автобусов и наиболее типичные способы их реагирования.

Были выявлены наиболее раздражающие других участников дорожного движения факторы, которыми явились: нарушение ПДД (37,2%) и опасное вождение (35,9%). Наименее раздражающими были движение на транспорте неопытного водителя (8,9%) и медленное трогание с места (1,3%) (преимущественно на разрешающий сигнал светофора).

Обследованные водители, в 68,7% случаев, отмечали, что они не используют ответные стратегии опасного вождения по отношению к другим, нарушающим ПДД, участникам дорожного движения и не «наказывают» их, считая, это обязанностью сотрудников ДПС. 34,7% водителей может начать сигналить водителю другого ТС. 13,1% водителей сообщили, что лишь при некоторых обстоятельствах могут наказать того, кто нарушил ПДД. Водителей, отметивших, что они всегда наказывают участников дорожного движения при нарушении ими правил дорожного движения, было 3,4%, а тех, кто прибегал к физическому насилию – 2%. В качестве основных (внешних) причин, обуславливающих сложность управления ТС, водители автобусов выделяли: гололед на дороге (36,1%), туман (34%) и повреждения дорожного покрытия, ямы (29,9%).

Следующим этапом анализа была оценка взаимосвязи социально-демографических показателей с поведенческими стратегиями в группе водителей-участников ДТП и никогда не участвовавших в ДТП. В группе водителей автобусов – участников ДТП, отказ от поездки в случае напряжения/усталости положительно коррелировал с отсутствием зависимости от табака ($r=0,31$; $p<0,01$). Показатель, отражающий сложность управления ТС при интенсивном дорожном движении, был положительно связан с возникновением чувства раздражения в пробке ($r=0,34$;

$p < 0,01$). В группе водителей автобусов, не попадавших ранее в ДТП, выявлены следующие взаимосвязи. Показатель «сниженного фона настроения» положительно коррелирует, во-первых, с возникновением «раздражения», если неопытный водитель движется с низкой скоростью ($r = 0,38$; $p < 0,01$), во-вторых, если водитель медленно трогается на разрешающий сигнал светофора ($r = 0,70$; $p < 0,01$) и, в-третьих, со стремлением поравняться с другим ТС и начать кричать в случае нарушения водителем другого ТС ПДД ($r = 0,61$; $p < 0,01$). Показатель «неустойчивый фон настроения» коррелирует с показателем «управление ТС при напряженном состоянии и состоянии усталости» ($r = 0,36$; $p < 0,01$) и с убеждением в том, что при нарушении ПДД другим водителем, нужно наказать его, не учитывая, что это полномочия сотрудников ДПС ($r = 0,41$; $p < 0,01$). Показатель «употребления алкоголя не более 1 раза в неделю» положительно связан с управлением ТС в случае усталости и напряжения ($r = 0,36$; $p < 0,01$). Показатель «употребления алкоголя чаще 1 раза в неделю» положительно связан с трудностями управления ТС при возникновении тумана на дороге ($r = 0,39$; $p < 0,01$).

Высокоскоростной стиль вождения в городе был положительно взаимосвязан с убеждением, что наказывать водителя, нарушившего ПДД, могут только сотрудники ДПС ($r = 0,37$; $p < 0,01$). Возникновение раздражения в связи с автомобильной пробкой на дороге положительно коррелировало с трудностями управлением ТС при проливном дожде ($r = 0,40$; $p < 0,01$). Ситуация, когда водителя «подрезал» другой участник дорожного движения, положительно связана с таким выбором тактики поведения как вербальная агрессия ($r = 0,41$; $p < 0,01$).

Проанализирована взаимосвязь эмоциональных переживаний и оценки дорожной ситуации у водителей автобусов.

Участникам исследования предлагалось заполнить «Опросник эмоций водителя» (Булыгина В.Г., Васильченко А.С., 2018). Водители автобусов должны были отметить те эмоции (отвращение, воодушевление, тревога, азарт, уверенность, возбуждение, злость, гнев, раздражение, страх, радость, испуг, озабоченность, спокойствие), которые испытывают в дорожных ситуациях, оцениваемых как опасная, высокоаварийная или напряженная (напряженный трафик, плохая видимость, гололед).

Посредством дескриптивной статистики была определена частота встречаемости эмоций, обследованных в зависимости от оценки характера ситуации (опасная, аварийная и напряженная) на дороге (рис.13).



Рис. 13. Частота распределения испытываемых чувств в зависимости от представлений о характере ситуации на дороге

В аварийной дорожной ситуации была выше частота встречаемости таких эмоций, как тревога, злость, гнев, страх, испуг и озабоченность. При оценке опасной ситуации на дороге преобладало раздражение. В субъективно напряженной ситуации доминировали эмоции отвращения, уверенности и спокойствия.

С помощью критерия Н-Крускала-Уоллеса для независимых выборок были определены значимые различия параметров, отражающих эмоции обследованных в разных ситуациях на дороге. Выявлены значимые различия между частотой встречаемости таких эмоций, как возбуждение ($p<0,01$), страх ($p<0,01$) и испуг ($p<0,01$) при оценке опасной, аварийной и напряженной ситуаций. Низкая встречаемость указанных эмоций наблюдается при оценке ситуации как напряженной, средняя частота – при субъективно опасной ситуации и высокая – при оценке ситуации как аварийной.

Затем с помощью критерия U-Манна-Уитни для независимых выборок анализировались различия эмоций и представлений об опасной и аварийной ситуации на дороге, а также аварийной и напряженной ситуацией. Была выявлена разная частота встречаемости следующих эмоций при оценке опасной и аварийной ситуаций: возбуждение ($p<0,02$), страх ($p<0,05$) и испуг ($p<0,02$). При оценке аварийной и напряженной ситуации выявлены различия в частоте встречаемости таких эмоций, как отвращение ($p<0,02$), возбуждение ($p<0,01$), гнев ($p<0,04$), страх ($p=0,00$), испуг ($p=0,00$) и озабоченность ($p<0,05$).

Следующим этапом анализа стало выявление парных различий между испытываемыми эмоциями с учетом разного характера дорожной ситуации внутри наблюдений (критерий знаковых рангов Т-Уилкоксона для связанных выборок). Были обнаружены различия в частоте встречаемости таких эмоций, как испуг ($p=0,00$), тревога ($p<0,01$), гнев ($p<0,01$), спокойствие ($p=0,00$), страх ($p<0,01$), уверенность ($p<0,04$) и отвращение ($p<0,05$) между согласованными оценками респондентов аварийной и напряженной ситуации на дороге. Оценки опасной и аварийной ситуации на дороге разнились в частоте встречаемости таких эмоций, как испуг ($p<0,03$), гнев ($p<0,02$), спокойствие ($p<0,01$) и раздражение ($p<0,03$). Различие в частоте встречаемости эмоции тревоги ($p<0,02$) имело место между оценками водителей как опасной и напряженной ситуации на дороге.

Таким образом, оценка аварийности ситуации сопровождается согласованным увеличением частоты выбора эмоций, связанных со страхом, гневом и преобладающей тревогой. Оценка напряженной ситуации на дороге сопряжена с увеличением частоты встречаемости эмоций спокойствия, уверенности, отвращения и раздражения, что может свидетельствовать о восприятии напряженной дорожной ситуации как помехи с ее неприятием и приводить к недоучету последствий ситуации на дороге. Оценка опасной ситуации приводит к актуализации таких эмоций, как раздражение и спокойствие, что указывает скорее на негативизм, нежели на возникновение эмоций, сопряженных с мобилизацией в ситуации опасности.

Дополнительно был проведен прототипический анализ – метод, используемый в социологии (табл.6). Были выделены категории эмоций, входящих в «зону ядра», т.е. ассоциирующиеся в первую очередь с представляемой дорожной ситуацией, и в «периферическую систему» понятий – с меньшей частотой встречаемости. Анализ встречаемости эмоций проводился отдельно для опасной, аварийной и напряженной дорожной ситуации. Выделение эмоциональных составляющих представлений о ситуации на дороге производились в программе Iramuteq.

С учетом анализа полученных различий в выбранных эмоциях при оценке дорожных ситуаций водителями и расположения эмоций в семантическом пространстве выявлено

следующее. Представления об аварийной ситуации, по сравнению с опасной и напряженной ситуацией на дороге, проявляются в выраженном спектре негативных эмоций. При этом в зону ядра представлений об аварийной ситуации попадает эмоция испуга, а также повышается тревога. В зоне периферии возрастает частота встречаемости таких эмоций, как страх и гнев. В периферическую зону начинает входить эмоция раздражения, указывая на смещение спектра негативных эмоций с агрессивного регистра на тревожный. Опасная ситуация, по сравнению с напряженной, сопровождается большей выраженностью эмоции тревоги. Основными понятиями, входящими в зону ядра представлений о характере дорожной ситуации, стали: спокойствие, уверенность, тревога и озабоченность. Выявленный спектр понятий свидетельствует о полярности эмоциональной оценки дорожной ситуации вне зависимости от ее характера.

Таблица 6. – Элементы, образующие ядро и периферию представлений на предложенные смысловые конструкторы

Ситуация	Эмоции (ранг, частота)	
	Зона ядра	Периферическая система
Опасная ситуация	Спокойствие (1;48) Уверенность (1;35) Тревога (1;33) Озабоченность (1;24) Раздражение (1;18)	Возбуждение (1;10) Страх (1;8) Испуг (1;6) Злость (1;5) Азарт (1;3) Гнев (1;2) Отвращение (1;2) Воодушевление (1;1) Радость (1;1)
Аварийная ситуация	Тревога (1;37) Уверенность (1;31) Спокойствие (1;30) Озабоченность (1;28) Испуг (1;15)	Страх (1;14) Возбуждение (1;11) Гнев (1;10) Раздражение (1;10) Злость (1;9) Азарт (1;4) Радость (1;2) Воодушевление (1;1) Отвращение (1;0)
Напряженная ситуация	Спокойствие (1;58) Уверенность (1;44) Тревога (1;21) Озабоченность (1;19) Раздражение (1;17)	Азарт (1;6) Возбуждение (1;5) Воодушевление (1;4) Отвращение (1;4) Страх (1;4) Злость (1;3) Гнев (1;1) Испуг (1;1) Радость (1;1)

Следующим этапом анализа было выделение отличий в частоте встречаемости определенных эмоций в различных ситуациях на дороге и показателями употребления алкоголя, нарушений ПДД и характера ДТП.

Водители автобусов, употребляющие алкоголь не чаще 1 раза в неделю, значимо чаще испытывали эмоции испуга при оценке аварийной ситуации на дороге ($\chi^2=7,1$; $p<0,01$), азарта – в случае опасной ситуации ($\chi^2=5,3$; $p<0,03$), уверенности – при оценке напряженной ситуации на дороге ($\chi^2=3,7$; $p<0,05$). Лица, употребляющие алкоголь чаще 1 раза в неделю, значимо реже указывали на уверенность при субъективно напряженной ситуации ($\chi^2=4,2$; $p<0,04$).

Водители, нарушавшие ПДД, значимо реже испытывали эмоцию тревоги в случае оценки ситуации на дороге как аварийной (19,4 и 39,5% соответственно) ($\chi^2=5,0$; $p<0,03$), по сравнению с лицами, не нарушавшими ПДД.

Участники ДТП со смертельным исходом, значимо чаще испытывали раздражение в напряженной ситуации на дороге (26,7 и 7,9% соответственно) ($\chi^2=4,5$; $p<0,04$), чем лица, которые попали в ДТП без последствий, угрожающим жизни ее участникам.

Лица, попавшие в ДТП без смертельного исхода, значимо реже выбирали эмоцию отвращения в напряженной ситуации (0 и 5,8% соответственно) ($\chi^2=4,4$; $p<0,04$).

Водители-участники ДТП отличаются выраженными тревожными реакциями, раздражением в опасной дорожной ситуации. Это сочетается с уверенностью и спокойствием, отсутствием страха. У лиц, участников ДТП негативный спектр эмоций при оценке аварийной дорожной ситуации сочетался с агрессивными, тревожными и фобическими реакциями.

Наличие уверенности и спокойствия в аварийной ситуации можно интерпретировать как трудности согласованной оценки актуальной ситуации на дороге.

Полученные различия указывают, с одной стороны, на высокую самоуверенность и спокойствие в напряженной ситуации лиц, участников ДТП, а с другой – на их высокую тревожность и раздражение.

Таким образом, оценка дорожной ситуации участниками ДТП ассоциируется с противоречивыми эмоциональными состояниями.

Выделены социально-психологические предикторы дорожно-транспортных происшествий у водителей автобусов.

Посредством дискриминантного анализа были выявлены наиболее информативные переменные для оценки риска аварийного поведения на дорогах.

Выявлено, что значимо влияли на отнесение в группу водителей автобусов, участников ДТП (ЛДФ₂), высокая частота использования игровых приставок для компьютерных игр (ЛДФ₂=38,456), демонстрация чувства отвращения в опасной ситуации на дороге (ЛДФ₂=20,094) и уверенность (ЛДФ₂=4,190).

Водители автобусов, которые не были участниками ДТП, отдавали предпочтение игре на телефоне (ЛДФ₂= 9,443), проявляли эмоции злости в аварийных ситуациях (ЛДФ₂=21,621), были спокойными на дорогах в аварийной ситуации (ЛДФ₂=13,271).

Проверка прогностической ценности дискриминантной модели показала ее очень высокие значения (для водителей, участников ДТП - AUC = 94%; чувствительность – 95,5%; специфичность – 99,3%; и не водителей, участвовавших в ДТП - AUC = 94,9% чувствительность – 93,3%, специфичность – 99,3%).

Прикладное значение полученных результатов состоит в возможности применения их при профессиональном отборе водителей и построении программ психопрофилактической работы, направленной на предупреждение ДТП и смягчение негативных последствий ЧС.

Совершенствование современных методов сопровождения водителей автобусов на основе анализа эмоциональных переживаний и субъективной оценки дорожной ситуации может способствовать сокращению числа аварий.

Выявленные факторы риска участия в ДТП водителей автобусов позволяют сформулировать требования к психопрофилактической работе с ними: углубленный профессиональный медицинский осмотр на предмет выявления группы риска ДТП и проведения психопрофилактической работы.

Комплекс мероприятий, направленный на предупреждение ДТП, включает: создание электронной базы данных с результатами предрейсовых и послерейсовых осмотров водителей автобусов; определение критериев режима труда и отдыха на автотранспортных предприятиях их, а также соблюдение, вне зависимости от форм собственности; организацию комнат психоэмоциональной разгрузки; формирование мониторинга состояния здоровья водителей автобусов; создание специализированных медицинских комиссий для квалифицированной оценки водителей с признаками соматических и психических, включая определение возможности продолжения профессиональной деятельности (после прохождения лечения, психотерапевтических вмешательств, ДТП).

Проанализирована нормативно - правовая база Российской Федерации в области безопасности дорожного движения: ратифицированные международные соглашения по безопасности дорожного движения, Конституция РФ, федеральные законы, федеральные подзаконные акты, постановления Правительства РФ, законы различных ведомств.

Проведен анализ Федерального закона №196 от 10.12.1995 г. «О безопасности дорожного движения» и Федерального закона № 68 от 21.12.1994 г. «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера».

Сформулированы общие цели и предмет регулирования этих законов, дана юридическая терминология, обеспечивающая достижение единых задач, сделан акцент на отсутствие единых общих нормативно-правовых актов, координирующих работу разных ведомств.

Систематизированы нормативно-правовые документы в области безопасности дорожного движения, выделены несовершенства законодательной базы, которые влияют на межведомственное регулирование полномочий в предупреждении ДТП и ЧС, а также ликвидации их последствий. Представлены предложения по совершенствованию медицинского обеспечения безопасности дорожного движения.

Проведен анализ Федерального закона №196 от 10.12.1995 г. «О безопасности дорожного движения». В п. 9 ст. 23 «Медицинское обеспечение безопасности дорожного движения» отражен порядок информирования соответствующих подразделений федерального органа исполнительной власти о приостановлении медицинского заключения или его аннуляции, однако на сегодняшний день не установлен единый алгоритм передачи данных Минздрава в МВД России.

В п. 9 статьи 23 не указан алгоритм проведения внеочередного медицинского освидетельствования в случае, если у водителя ТС признаки заболевания не подтверждены при психиатрическом освидетельствовании.

Следует понимать, что первичная услуга медицинского освидетельствования не может быть осуществлена в случае, если при проведении такового у водителя были обнаружены признаки заболевания, которые требуют клинико-диагностического обследования.

В этом случае мы предлагаем рассмотреть вопрос о введении термина «отложенное медицинское освидетельствование».

В Приказе Минздрава России от 15.06.2015 г. N 344 «О проведении обязательного медицинского освидетельствования водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств)», обследование врачом-психиатром и врачом-психиатром-наркологом водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств) может проходить в специализированных медицинских организациях только государственной или муниципальной систем здравоохранения.

Однако в Российской Федерации существуют отдаленные пункты проживания, где обследование специалистами проходит в специализированных кабинетах на базе Центральные районных больниц, имеющих медицинскую лицензию на право проведение медицинских осмотров по профилям «психиатрия», «психиатрия-наркология».

Врачи-психиатры, врачи психиатры-наркологи не имеют возможности пользоваться общими медицинскими данными пациентов даже по региону. Необходимо закрепить в нормативно-правовых документах обязательный обмен медицинской информацией внутри субъекта.

Медицинские противопоказания определены Постановлением Правительства РФ от 29.12.2014 г. №1604 «О перечнях медицинских противопоказаний, медицинских показаний и медицинских ограничений к управлению транспортным средством» в рубрике «Психические

расстройства и расстройства поведения (при наличии хронических и затяжных психических расстройств с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями)», и «Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ (до прекращения диспансерного наблюдения в связи со стойкой ремиссией (выздоровлением)»).

В Перечне медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством от 29.12.2014 г. №1604 речь идет, в первую очередь, о категории лиц, которая подлежит диспансерному наблюдению, в то же время водители, которые находятся в группе риска по опасному вождению, могут не иметь медицинских противопоказаний к управлению ТС.

Врачам-психиатрам и врачам психиатрам-наркологам, проводящим обследование (осмотр), чрезвычайно важно иметь наиболее полные анамнестические данные об обследуемом ими лице. Это данные о его прошлых обращениях к профильным специалистам, о прохождении им ранее психиатрических и наркологических освидетельствований и экспертиз, о госпитализациях в психиатрические и наркологические стационары, о выставленном ранее диагнозе психического либо наркологического расстройства, приеме психотропных препаратов, употреблении алкоголя и иных психоактивных веществ. От максимально информативных анамнестических сведений во многом зависит надежность и достоверность врачебных выводов.

Если гражданин ранее обращался за специализированной медицинской помощью к врачу-психиатру или врачу психиатру-наркологу, то наиболее полными данными располагают государственные медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь по профилю «психиатрия» и (или) «психиатрия-наркология», территориальные психоневрологические и наркологические диспансеры.

Анамнестические сведения в отношении лиц, обращавшихся ранее к психиатрам и наркологам в негосударственных медицинских организациях, как правило, отсутствуют. Следовательно, врач психиатр (психиатр-нарколог) государственного (муниципального) сектора здравоохранения ограничен медицинскими сведениями о кандидате в водители/ водителе ТС.

Медицинских справок о нахождении гражданина под диспансерным наблюдением у врача психиатра или врача психиатра-нарколога (в формате «да/нет») недостаточно для решения вопроса о праве управления ТС. Важным является оценка возможности кандидата в водители (водителя) безопасно управлять транспортным средством вне зависимости от наличия психического/наркологического расстройства.

Лица с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ, подлежат диспансерному наблюдению при их первичном обращении только в государственные медицинские учреждения.

Практика показывает, что пациенты стараются избегать обращений в государственные медицинские организации из-за страха быть ограниченными в своих правах и лишения их водительских удостоверений.

Решение проблемы предполагает пересмотр Перечня медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством и смещение акцента на диагностику психического состояния кандидата в водители (водителя) и его возможности управлять транспортным средством.

Таким образом, действующие нормативно-правовые акты медицинского обеспечения безопасности дорожного движения в РФ недостаточно полно регламентируют деятельность медицинских работников. Отсутствуют методические документы, позволяющие врачам-психиатрам и психиатрам наркологам действовать по единому алгоритму, вне зависимости от

формы собственности учреждения. Более того, имеющиеся нормативно-правовые акты требуют существенной доработки и дополнений для возможности более полной реализации комплексного подхода в медицинском обеспечении безопасности дорожного движения.

Предложения по внесению дополнений и изменений в нормативно-правовые акты РФ по медицинскому обеспечению безопасности дорожного движения.

Рассмотрены предложение о формировании единого Федерального межведомственного реестра (далее – Федеральный реестр) лиц, не имеющих медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством.

В соответствии с принципом допуска в Федеральный реестр предлагается вносить сведения о лицах, которые по результатам медицинского освидетельствования получили медицинское заключение об отсутствии у них медицинских противопоказаний к вождению ТС.

«Разрешительный принцип» позволяет использовать следующий порядок формирования Федерального реестра. В Федеральный реестр вносят:

а) персональные данные водителей/кандидатов в водители ТС, которые не имеют медицинских противопоказаний к вождению ТС;

б) персональные данные лиц, которые не имеют медицинских противопоказаний к вождению ТС, по результатам проведенного им медицинского освидетельствования и с их добровольного информированного согласия.

Преимуществами такого принципа формирования Федерального реестра являются:

а) соблюдение норм Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 г. N 152-ФЗ;

б) соблюдение норм Федерального закона от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» о сохранении врачебной тайны;

в) снятие стигмы с государственной психиатрической и наркологической службы, что позволит привлечь лиц с психическими и наркологическими расстройствами к специализированной психиатрической и наркологической помощи.

При обеспечении всех перечисленных требований российского законодательства данная федеральная база может быть открытой по аналогии с базой лиц, имеющих водительские права.

Предложен новый проект Перечня медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством:

Раздел 1. Психические расстройства и расстройства поведения (при наличии хронических и затяжных психических расстройств с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями).

Решение о наличии у гражданина противопоказаний вследствие психического расстройства или расстройства поведения к управлению транспортным средством принимается врачебной комиссией медицинской организации, уполномоченной на то федеральным органом исполнительной власти в сфере здравоохранения, или органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения на основании оценки состояния психического здоровья гражданина. Такое решение действительно не более 5 лет с правом последующего переосвидетельствования.

Категории водителей разделены на «непрофессиональные» и «профессиональные», рубрики заболеваний уточнены до 4 диагностического знака. Кроме того, даны уточнения и разъяснения по нозологическим рубрикам, что делает данный проект предложений рабочим инструментом в практике врача-психиатра.

В Перечне медицинских противопоказаний на право управления транспортным средством №1604 от 29.12.2014 г. нет деления на «профессиональных» и «непрофессиональных» водителей, рубрики заболеваний ограничиваются 3 диагностическими знаками.

В новом проекте предложен срок для лиц, имеющих психические расстройства и расстройства поведения, после которого назначается очередное переосвидетельствование, в имеющихся нормативных актах этих указаний нет.

Раздел 2. Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ (до прекращения диспансерного наблюдения в связи со стойкой ремиссией (выздоровлением).

В новом проекте Перечня медицинских противопоказаний имеется принцип деления водителей на «профессиональных» и «непрофессиональных» и уточнены диагностические рубрики до 4 диагностического знака.

Оптимальными являются предложения, по дифференцированной оценке, наркологического расстройства у водителя (кандидата в водители) ТС: расширить доступ к управлению транспортным средством лиц с наркологическими расстройствами, которые по результатам проведенного им лечения и (или) медицинской и (или) социальной реабилитации отказались от употребления ПАВ и соблюдают трезвый образ жизни.

В настоящей версии Перечня медицинских противопоказаний – строгое указание на запрет управления при любых обстоятельствах отсутствует, также нет деления на «профессиональных» и «непрофессиональных» водителей.

Роль предрейсовых медицинских осмотров в системе психопрофилактики безопасности дорожного движения.

Проанализирован Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 декабря 2014 г. N 835н «Об утверждении Порядка проведения предсменных, предрейсовых и послесменных, послерейсовых медицинских осмотров», в котором указан Порядок проведения таких осмотров.

Рассмотрев положительные и отрицательные стороны данного Порядка, необходимо определить единые (унифицированные) требования к отчетной документации предрейсовых и послерейсовых осмотров водителей пассажирского транспорта в электронной системе, что позволит обеспечить анализ показателей состояния здоровья водителей пассажирского транспорта, выявление групп риска по профессиональному заболеванию, совершенствовать организацию режима труда и отдыха.

Концепция психопрофилактического обеспечения безопасности дорожного движения водителей автомобильного транспорта.

Анализ в историческом и содержательном контексте представлений о целях, задачах и предмете психопрофилактики показал, что в последние десятилетия психопрофилактика в большей степени ориентирована на решение социальных и экологических проблем и направлена на сохранение психического здоровья. Были выделены факторы риска возникновения психических расстройств: состояние измененной нервно-психической реактивности, которые обнаруживаются при стрессовых ситуациях или психоэмоциональных нагрузках; резидуально-органическая недостаточность, которая выражается в инертности психических процессов наряду с повышенной возбудимостью; предпсихопатические и предпсихопатоподобные сдвиги в структуре личности, включающие возбудимость, тревожность, демонстративность и нарушение поведения (Ковалев В.В., 1985).

Высокая распространенность амбулаторных непсихотических психических расстройств среди работников предприятий с опасными и вредными условиями труда

подчеркивает значимость медико-реабилитационных и психопрофилактических мероприятий на протяжении всего этапа их профессиональной деятельности (Приятель В.А., Федотов Д.Д., Филиппов В.Л., 2016). Современный этап разработки содержательных и организационных аспектов психопрофилактических мероприятий характеризуется пониманием их как важного звена в междисциплинарном подходе к сохранению и укреплению соматического и психического здоровья граждан.

В связи с этим взаимодействие специалистов (врачей, психологов, педагогов, юристов, социальных работников) в системе медицинского обеспечения безопасности дорожного движения представляется правильным направлением по снижению дорожно-транспортного травматизма.

Целью концепции является повышение безопасности дорожного движения водителей автомобильного транспорта на всем протяжении их автовождения за счет оптимизации работы психиатрической и наркологической служб Российской Федерации, а также сохранение и укрепление психического здоровья граждан.

Медико-психологическое обеспечение безопасности дорожного движения направлено на:

- 1) повышение значимости первичной и вторичной психопрофилактики в структуре медицинского обеспечения безопасности дорожного движения;
- 2) гармонизацию межведомственного взаимодействия с целью укрепления здоровья граждан и формирования здорового образа жизни;
- 3) раннее выявление признаков дезадаптации у водителей автомобильных транспортных средств, а также лиц, имеющих психические расстройства и расстройства поведения;
- 4) преодоление стигматизации государственных психиатрических и наркологических служб;
- 5) совершенствование законодательства РФ в области безопасности дорожного движения.

Анализ данных современной литературы, нормативной правовой базы и состояния организации медицинского обеспечения безопасности дорожного движения позволили сформулировать **основные принципы концепции**.

1. Необходимость оценки социально-психологических и клинико-психопатологических факторов риска дорожно-транспортных происшествий у кандидатов в водители и водителей транспортных средств.
2. Совершенствование нормативной правовой базы в области безопасности дорожного движения Российской Федерации, учитывая международный опыт и включая методическое обеспечение подзаконных актов.
3. Межведомственный подход при реализации мероприятий, направленных на обеспечение безопасности дорожного движения.
4. Персонализированный подход к определению личностного ресурса к безопасному вождению у кандидатов в водители и водителей транспортных средств и разделение ответственности за право управления транспортным средством в равной степени между медицинским работником и кандидатом в водители (водителем) транспортным средством.

Разделение ответственности включает:

- установление партнерских взаимоотношений между медицинским работником и кандидатом в водители (водителем) автомобильным транспортным средством;
- предоставление врачом-специалистом полной информации кандидату в водители транспортного средства и водителю ТС о состоянии его здоровья (соматического,

неврологического, психического) при медицинском освидетельствовании и психиатрическом освидетельствовании;

- информирование кандидата в водители ТС и водителя ТС об индивидуальных факторах риска дорожно-транспортных происшествий;

- информирование кандидата в водители ТС и водителя ТС о последствиях «игнорирования» врачебных рекомендаций, нормативно-правовых актов, регламентирующих безопасность дорожного движения;

- предоставление кандидату в водители ТС и водителю ТС полной информации о способах получения гарантированной государством специализированной помощи, осуществляемой на основе принципов законности, гуманности и соблюдения прав человека и гражданина.

5. Внедрение комплексной динамической психопрофилактики водителей транспортных средств от этапа подготовки в кандидаты в водители ТС и на протяжении всего периода автовождения, которая предусматривает лечебно-реабилитационные мероприятия с водителями, нарушающими ПДД и являющимися участниками ДТП.

Выделены **пять основных направлений по реализации концепции** (рис.14).

Основные мероприятия направлены на предупреждение ДТП и снижение числа смертей на дорогах:

- 1) предотвращение ДТП, ЧС на дорогах с участием транспорта путем повышения значимости первичной и вторичной психопрофилактики в структуре медицинского обеспечения безопасности дорожного движения;

- 2) гармонизация межведомственного взаимодействия с целью предотвращения чрезвычайных ситуаций на транспорте и дорожно-транспортных происшествий;

- 3) ранее выявление и профилактика психических заболеваний;

- 4) предотвращение стигматизации государственной психиатрической и наркологической службы (негативное и устойчивое мнение о ком-то или о чем-то, сформировавшееся у окружающего социума по формальным и поверхностным признакам в силу культурных обычаев, политики, недостаточной информированности или личных психологических комплексов);

- 5) совершенствование законодательства РФ в области безопасности дорожного движения.

Реализация направлений концепции осуществляется на основе взаимодействия различных структур государственной системы. Общая координация работ осуществляется совместно Минздравом и МВД России (профильные департаменты).

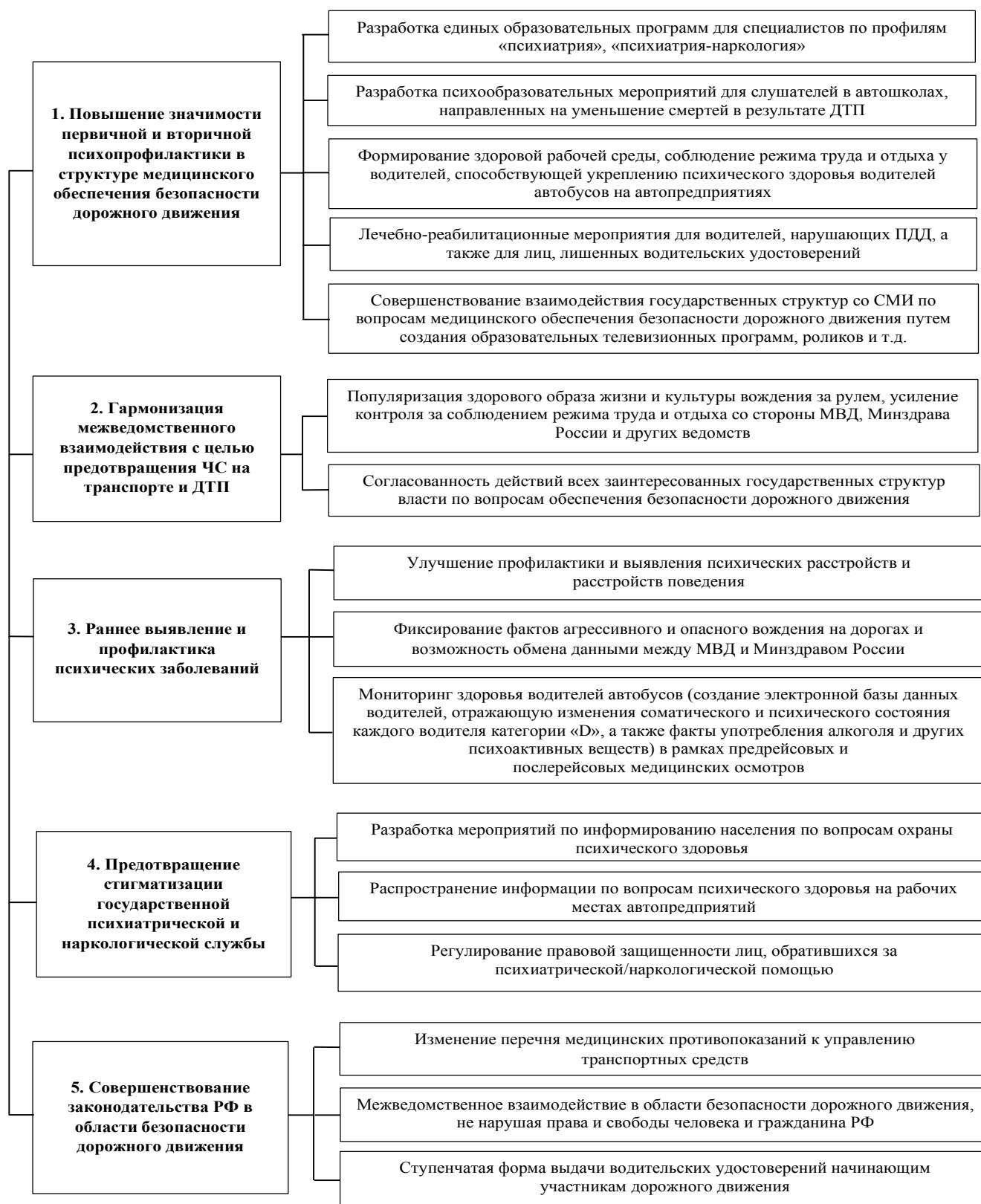


Рис. 14. Направления реализации концепции

Механизмы реализации концепции отражены в структурно-функциональной модели (рис. 15).

Минздрав России гарантирует медицинское обеспечение безопасности дорожного движения. Психопрофилактическое обеспечение включает два медицинских этапа.

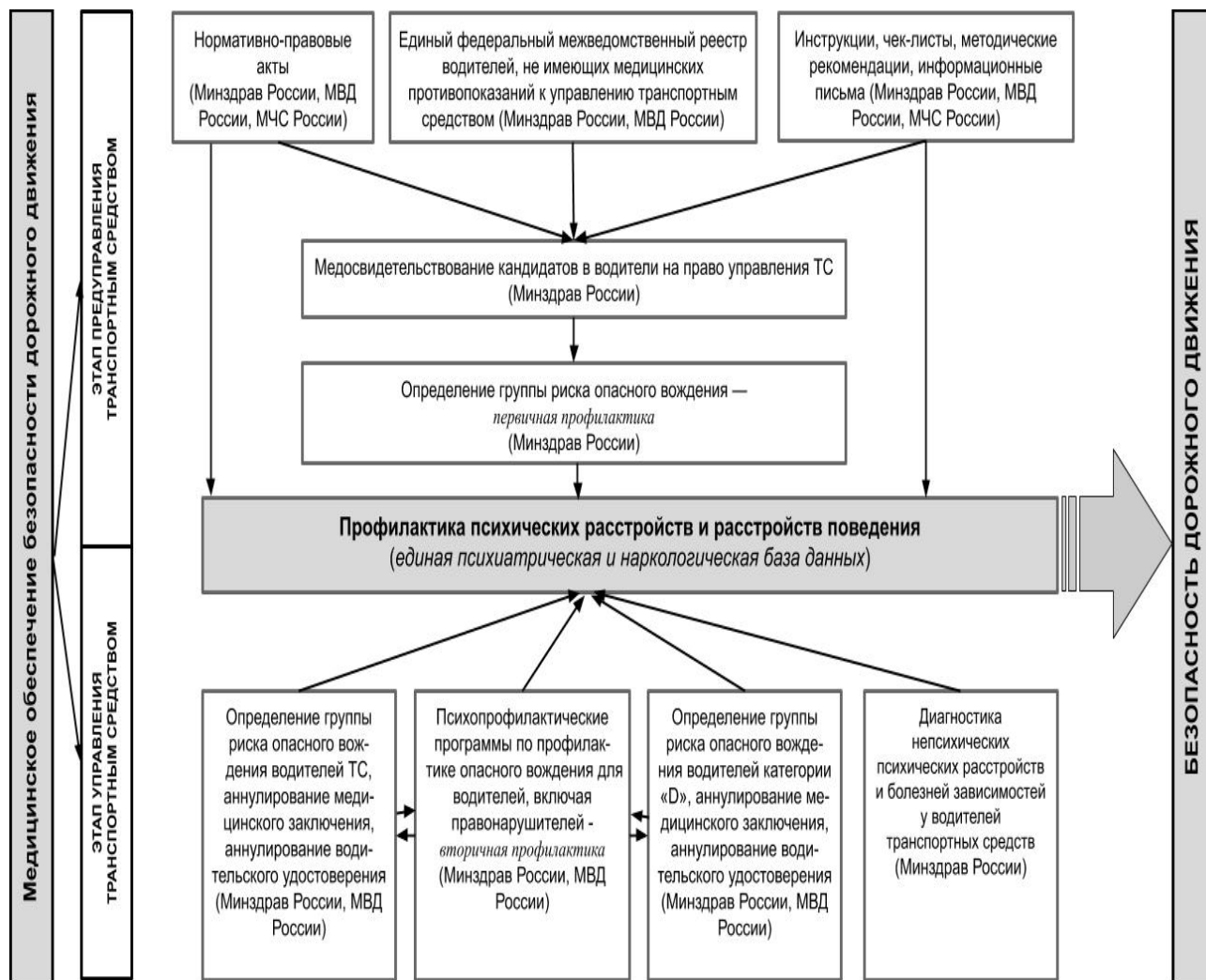


Рис. 15. Структурно-функциональная модель психопрофилактического обеспечения водителей транспортных средств

Первый этап — психопрофилактика на этапе предупреждения транспортным средством. В этот период важным звеном является медицинское освидетельствование кандидата в водители ТС. А его задачей — прогноз влияния человеческого фактора на безопасность дорожного движения, включая оценку психических, психофизиологических, компетентностных параметров.

Единообразие подходов к медицинскому освидетельствованию, основанных на внедрении в медицинские учреждения единой системы менеджмента качества услуг, опирающихся на чек-листы, медицинские рекомендации и информационные письма, позволит врачу-специалисту действовать в соответствии с нормативами, обеспечит объективный подход к установлению права управления транспортным средством. При обнаружении признаков заболевания во время медицинского освидетельствования, либо факторов риска ДТП у кандидата в водители ТС, врач обязан направить индивида на клинический прием к врачу специалисту (психиатру, психиатру-наркологу), который при проведении расширенной диагностики психического (наркологического) состояния пациента вправе применить все доступные методики, методы клинической диагностики и привлечь других специалистов (включая, клинических психологов).

Комплексный подход позволит обеспечить дифференцированный подход к кандидату в водители ТС, своевременно обнаружить признаки заболевания, факторы риска «опасного вождения» и подготовить профилактическое сопровождение, а также направить на внеочередное медицинское освидетельствование. Соблюдение правовых основ при медицинском

освидетельствовании кандидатов в водители ТС гарантирует права человека и гражданина Российской Федерации.

Создание единой психиатрической и наркологической базы данных граждан РФ даст возможность врачу пользоваться медицинскими сведениями о кандидате в водители ТС не только из государственных картотек конкретного региона, но и сведениями о любых других обращениях индивида в систему здравоохранения (государственную, муниципальную или частную).

Получение полной информации о кандидате в водители ТС позволит врачу-психиатру/психиатру-наркологу обеспечить персонализированный подход к каждому из них, вне зависимости от места проживания и обращений в разные учреждения. Фактор безопасности передачи данных о лицах, обратившихся за психиатрической или наркологической помощью в сектор здравоохранения, является приоритетным.

Создание единого Федерального межведомственного реестра лиц, допущенных к управлению транспортными средствами, обеспечит доступ к базе данных граждан не имеющих медицинских противопоказаний к управлению ТС, вне зависимости от их проживания. Это позволит сохранить данные о лицах, имеющих медицинские противопоказания к управлению ТС в условиях системы здравоохранения, а органам МВД России – обладать информацией о всех водителях (кандидатах в водители), которые не имеют медицинских противопоказаний к управлению ТС. Размещение информации об отсутствии медицинских противопоказаний в Федеральном межведомственном реестре водителей должно сопровождаться информированным согласием об этом заинтересованного лица и соответствующей записью в медицинской документации. Преимуществами данного принципа формирования Федерального реестра являются следующие: 1) соблюдение норм Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 N 152-ФЗ; 2) соблюдение норм Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» о сохранении врачебной тайны; 3) снятие стигмы с государственной психиатрической и наркологической службы, что позволит привлечь лиц с психическими и наркологическими расстройствами в специализированные учреждения.

Второй этап – психопрофилактика на этапе управления транспортным средством включает медицинское освидетельствование водителей ТС. Задачей врача является мониторинг состояния водителей. Врач сможет пользоваться данными из единого Федерального межведомственного реестра водителей о правонарушениях (речь идет о нарушении алгоритма типовых, оптимальных действий водителя ТС, несущих внешнюю и аутоугрозу), при необходимости – аннулировать медицинское заключение на право управления ТС. Врач вправе направить водителя ТС на внеочередное медицинское освидетельствование. Наличие единого информационного контура Минздрава и МВД России позволит в режиме реального времени регулировать право водителей на управление ТС.

Ожидаемые результаты реализации концепции:

- создание единой медицинской информационной базы данных водителей ТС, обратившихся в медицинские учреждения вне зависимости от формы управления (государственные, муниципальные, частные);
- взаимодействие Минздрава и МВД России посредством единого информационного контура, позволяющего определять нарушителей дорожного движения и лиц с медицинскими противопоказаниями к управлению ТС, соблюдая правовые-нормативные акты, гарантирующие сохранения прав пациентов;
- снижение стигматизации психиатрической и наркологической службы;

- формирование единого информационного мониторинга водителей ТС, имеющих психические расстройства и расстройства поведения, без ограничения их в управлении ТС (согласно перечню медицинских противопоказаний);

- снижение смертности на дорогах вследствие дорожного травматизма, путем направленной психопрофилактической работы с группой риска «опасного вождения»;

- увеличение числа лиц, обратившихся в амбулаторное звено здравоохранения (психоневрологические диспансеры, наркологические диспансеры).

Минздрав, МВД, МЧС России приводят единые показатели реализации Концепции согласно Национальной Стратегии безопасности дорожного движения по годам. Динамика целевых показателей отражается в едином их соотношении с уже принятыми индикаторами по уменьшению смертности на дорогах в Российской Федерации.

ВЫВОДЫ

1. Изучение и сопоставление динамики изменения индикаторов риска аварийности с учетом региональной специфики выявило их недостаточный положительный тренд. Фактические значения социального риска (-21,5%) и транспортного риска (-27,1%) существенно ниже целевых ориентиров, уровень риска для людей стать пострадавшим в ДТП остается по-прежнему высоким ($R^2 = 0,69$). Достижение целевых показателей безопасности дорожного движения возможно при дифференцированном подходе к установлению их в зависимости от специфики регионов Российской Федерации и оптимизации мероприятий всех органов власти, направленных на уменьшение влияния человеческого фактора на дорожно-транспортные происшествия и техногенные катастрофы.

2. Социально-психологическими и клинико-психопатологическими факторами риска совершения дорожно-транспортных происшествий водителями автомобильных транспортных средств с психическими расстройствами и расстройствами поведения являются неспособность сдерживать раздражение, физическая агрессия, гнев, враждебность, импульсивность, опасный и агрессивный стили вождения при снижении скорости переключения внимания.

3. Специфичными факторами риска совершения дорожно-транспортных происшествий для водителей легковых автомобилей с психическими расстройствами и расстройствами поведения, вследствие употребления алкоголя, являются снижение концентрации внимания, повышенная утомляемость и истощаемость психических процессов, нарушение памяти, а также молодой возраст. С целью снижения риска участия в ДТП и негативных последствий ЧС у водителей с наркологическими проблемами, медицинское заключение на право управления транспортным средством у них должно быть аннулировано во всех случаях обращения водителя за медицинской помощью в учреждения, вне зависимости от его формы собственности (государственное, муниципальное, частное) с правом внеочередного медицинского освидетельствования на право управления транспортным средством.

4. У водителей легковых автомобилей с психическими расстройствами вследствие повреждения или дисфункции головного мозга дополнительными факторами риска совершения дорожно-транспортных происшествий являются истощаемость психических процессов, нарушение памяти и внимания. Медицинское заключение на право управления транспортным средством у них может быть аннулировано только в случаях отсутствия редукции клинической симптоматики на фоне специализированного лечения.

5. Среди факторов риска совершения дорожно-транспортных происшествий у водителей легковых автомобилей с расстройствами шизофренического спектра на первый план выступают

дефицитарность внимания, нарушения мышления, трудности сдерживания аффекта раздражения. В целях предупреждения ДТП и их негативных последствий, медицинское заключение на право управления транспортным средством им должно быть аннулировано на весь период лечения и наблюдения у специалистов в лечебных учреждениях, независимо от форм его собственности.

6. Для водителей с аффективными и невротическими расстройствами, связанными со стрессом, специфическими факторами риска возникновения дорожно-транспортных происшествий являются выраженные нарушения памяти и низкий уровень саморегуляции поведения. Медицинское заключение на право управления транспортным средством им может быть аннулировано только при симптомах, препятствующих безопасному вождению и в период приема медикаментозных препаратов, повышающих риск автомобильных катастроф.

7. Возрастные характеристики кандидатов в водители транспортных средств сопряжены с различными социально-психологическими и клинико-психопатологическими симптомокомплексами, обуславливающими дорожно-транспортные происшествия. Увеличение возраста кандидата в водители транспортных средств снижает вклад социально-психологических характеристик в риск возникновения автомобильных катастроф.

8. Факторами риска дорожно-транспортных происшествий у кандидатов в водители транспортных средств в возрасте 17-21 года являются меньшая степень торможения нежелательного поведения в ответ на негативные стимулы в сочетании с активацией на достижение удовольствия, склонность к импульсивному поведению, низкий объем кратковременной памяти. А также – экстравертированность и антагонистичность по отношению к другим. Психопрофилактические мероприятия по предупреждению ДТП должны начинаться с этапа профессиональной подготовки в водители.

9. Возрастную категорию кандидатов в водители транспортных средств 22-39, 40 лет и старше, отличают доброжелательность по отношению к окружающим, личная ответственность за свои поступки, стремление к сотрудничеству, интровертированность, а также больший объем кратковременной памяти.

10. Социально-психологическими и клинико-психопатологическими факторами риска дорожно-транспортных происшествий у водителей автобусов являются выраженные чувства тревоги и раздражения в опасной ситуации на дороге, преобладание негативных эмоций, связанных с чувством агрессии, тревоги и страха при оценке дорожной ситуации как аварийной. Значимыми факторами риска автомобильных катастроф являются зависимость от табака и алкоголя, низкий образовательный уровень.

11. Совершенствование нормативно - правовой базы в области безопасности дорожного движения в части медицинского обеспечения включает: создание единого медицинского информационного контура в системе здравоохранения вне зависимости от места проживания человека в Российской Федерации; создание единого Федерального межведомственного реестра водителей, не имеющих медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством; оптимизацию базы данных водителей автобусов о состоянии их здоровья для своевременного выявления групп риска совершения дорожно-транспортных происшествий и проведения лечебно-реабилитационных мероприятий работникам с целью предотвращения профессиональных заболеваний.

12. Повышение эффективности мероприятий, направленных на предупреждение ДТП и снижение их негативных последствий, может быть реализовано за счет межведомственной гармонизации путем обмена достоверными статистическими данными о количествах ДТП и их последствиях; утверждения межведомственных соглашений, регламентирующих силы и средства,

привлекаемые к предупреждению ДТП и автомобильных катастроф, снижению тяжести их последствий; обмена данными о водителях, нарушающих Правила дорожного движения; обмен данными о лицах, не имеющих медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством.

13. Разработанный новый Перечень медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством, включающий рубрикатор болезней МКБ-10 до четвертого диагностического знака, позволит обеспечить персонализированный подход к гражданам при реализации ФЗ №196 «О безопасности дорожного движения» (ст. 23 «Медицинское обеспечение безопасности дорожного движения»), исключив субъективный подход к медицинскому освидетельствованию кандидатов в водители транспортных средств и водителей транспортных средств на право управление транспортным средством, основывающийся только на факте диспансерного наблюдения.

14. Внедрение концепции, направленной на раннюю диагностику состояний психической дезадаптации и определение социально-психологических и клинико-психопатологических факторов риска совершения дорожно-транспортных происшествий у кандидатов в водители и водителей транспортных средств в комплекс мер медицинского обеспечения безопасности дорожного движения на этапе предупреждения и управления транспортным средством, позволит снизить риск возникновения чрезвычайных ситуаций на транспорте и их негативные последствия.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Врачам психиатрам, психиатрам – наркологам следует использовать в своей практике коды диагнозов до четвертого диагностического знака и медицинское заключение на право управления транспортным средством выдавать кандидатам в водители и водителям транспортным средств, учитывая социально-психологические и клинико-психопатологические факторы риска совершения дорожно-транспортных происшествий у индивида, а не только факт диспансерного наблюдения.

2. Врачам психиатрам и психиатрам – наркологам опираться на п.9 ст.23 "Медицинское обеспечение безопасности дорожного движения" ФЗ «О безопасности дорожного движения» от 10.12.1995 г. № 196-ФЗ по передачи сведений о пациентах с медицинскими противопоказаниями в структурные подразделения МВД, вне зависимости от видов собственности лечебного учреждения (государственного, муниципального и частного).

3. Врачам-психиатрам, психиатрам-наркологам следует аннулировать медицинские заключение на право управления водителям транспортных средств, у которых обнаруживаются симптомы психических расстройств и расстройств поведения, на время лечения в амбулаторных или стационарных условиях с правом внеочередного медицинского освидетельствования после завершения лечебно-реабилитационных мероприятий.

4. Врачам-психиатрам, психиатрам - наркологам необходимо привлекать медицинских (клинических) психологов при проведении психиатрического освидетельствования лиц, имеющих социально-психологические и клинико-психопатологические факторы риска совершения ДТП с целью выявления мишеней для психопрофилактических программ и оценки личностного ресурса индивида к безопасному вождению.

5. Медицинским работникам автотранспортных предприятий представляется целесообразным унифицировать отчетные данные предрейсовых и послерейсовых осмотров водителей автобусов, с целью выявления групп риска по профессиональным заболеваниям, злоупотребления алкогольными напитками. Рекомендовать водителям автобусам при выявлении

факта употребления алкоголя и иных психоактивных веществ обращаться в наркологические и психоневрологические диспансеры для оказания специализированной помощи и требовать медицинское заключение от врачей специалистов с указанием возможности управления транспортным средством.

6. В учреждениях, занимающихся профессиональной подготовкой водителей, целесообразно внедрение методики многоосевой оценки социально-психологических факторов риска дорожно-транспортных происшествий у кандидатов в водители ТС и разработки дифференцированных психопрофилактических программ, направленных на развитие компенсирующего стиля вождения с целью предупреждения ДТП (ЧС).

7. В программу повышения квалификации для врачей-психиатров, врачей психиатров-наркологов рекомендуется включить образовательный модуль по ознакомлению с нормативно-правовой базой Российской Федерации в области безопасности дорожного движения, включающей совокупность медицинских, административно-правовых и административно-исполнительных мероприятий, а также основы медико-психологического сопровождения участников дорожно-транспортных происшествий и алгоритм определения факторов риска совершения ДТП у водителей различных категорий.

8. Внести уточнения и разъяснения в Федеральный закон от 10.12.1995 г. №196-ФЗ «О безопасности дорожного движения» в части медицинского обеспечения безопасности дорожного движения по вопросам аннулирования медицинского заключения водителям транспортных средств при выявлении у них признаков психических расстройств и расстройств поведения, являющихся медицинскими противопоказаниями к водительской деятельности.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Статьи в научных изданиях, входящих в перечень рецензируемых научных изданий, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ, а также в международных базах данных, для опубликования основных научных результатов диссертации по специальностям: 05.26.02 - безопасность в чрезвычайных ситуациях (медицинские науки), 14.01.06 - психиатрия (медицинские науки)

1. Шпорт, С.В. Целевые ориентиры государственной системы обеспечения безопасности дорожного движения в Российской Федерации / С.В. Шпорт, К.С. Баканов, З.И. Кекелидзе // Медицина катастроф. – 2021. – № 1. – С. 18-24.

2. Шпорт, С.В. Проблемы травматизма и безопасности дорожного движения в России/С.С. Алексанин, С.В. Шпорт // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2020. – № 4. – С. 27-35.

3. Шпорт, С.В. Медико-санитарные факторы работы профессиональных водителей - виновников дорожно-транспортных происшествий / С.В. Шпорт // Медицина катастроф. – 2019. – № 2. – С. 33-37.

4. Шпорт, С.В. Развитие психолого-психиатрического направления в медицинской профилактике дорожно-транспортного травматизма / З.И. Кекелидзе, Шпорт С.В. // Медицина катастроф. – 2020. – № 3. – С. 52-59.

5. Шпорт, С.В. Влияние экстремальных факторов служебной деятельности на психическое здоровье специалистов опасных профессий (обзор зарубежных исследований) / В.Г. Булыгина, С.В. Шпорт, А.А. Дубинский, М.М. Проничева // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2017. – № 3. – С. 93-100.

6. Шпорт, С.В. Клинико-психологические факторы высоко рискованного поведения и обеспечение безопасности дорожного движения / В.Г. Булыгина, А.С. Васильченко, Д.С.

- Калинкин, С.В. Шпорт // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2017. – № 4. – С. 83-99.
7. Шпорт, С.В. Алкоголь как фактор повышенной аварийности у водителей автобусов / З.И. Кекелидзе, Д.А. Полянский, С.В. Шпорт, А.Г. Соловьев // Экология человека. – 2020.-№11.-С. 60-64.
8. Шпорт, С.В. Медико-психологические факторы дорожно-транспортных происшествий (современное состояние проблемы) / А.С. Васильченко, С.В. Шпорт, В.Г. Булыгина // Российский психиатрический журнал. – 2016. – № 4. – С. 81-88.
9. Шпорт, С.В. Особенности реагирования на стресс участников дорожно-транспортных происшествий и оказание им медико-психологической помощи / С.В. Шпорт, М.М. Проничева, А.С. Васильченко // Психическое здоровье. – 2017. – Т. 15. – № 12 (139). – С. 40-46.
10. Шпорт, С.В. Стратегические направления деятельности ВОЗ по охране психического здоровья населения / М.А. Качаева, С.В. Шпорт, С.А. Трущелев // Российский психиатрический журнал. – 2017. – № 6. – С. 10-23.
11. Шпорт, С.В. Методологические вопросы медико-психологического обеспечения безопасности дорожного движения / И.Н. Носс, С.В. Шпорт, В.Г. Булыгина // Российский психиатрический журнал. – 2018. – № 1. – С. 86-91.
12. Шпорт, С.В. Психофизиологические основы деятельности водителей и безопасность дорожного движения / А.С. Васильченко, С.В. Шпорт, В.Г. Булыгина // Российский психиатрический журнал. – 2018. – № 5. – С. 4-9.
13. Шпорт, С.В. Употребление алкоголя как общий фактор риска возникновения дорожно-транспортного травматизма и неинфекционных заболеваний (по материалам Третьего московского межсекторального учебного курса по профилактике неинфекционных заболеваний, 12-15 марта 2018 г., г. Москва) / С.В. Шпорт, Г.А. Корчагина, Е.В. Фадеева, А.А. Бурцев // Вопросы наркологии. – 2018. – № 6 (166). – С. 19-29.
14. Шпорт, С.В. Вклад нарушений когнитивной и эмоционально-волевой сферы в увеличение риска опасного вождения психически больных / А.С. Васильченко, С.В. Шпорт, А.П. Макурина, Т.Н. Кабанова, А.С. Сидорова // Психическое здоровье. – 2019. – № 8. – С. 37-42.
15. Шпорт, С.В. Индивидуально-психологические особенности водителей с алкогольной зависимостью / С.В. Шпорт, А.П. Макурина, А.С. Сидорова, А.С. Васильченко // Вопросы наркологии. – 2019. – № 5 (176). – С. 45-57.
16. Шпорт, С.В. Клинико-социальные последствия профессионального стресса / А.П. Макурина, С.В. Шпорт, М.С. Московская // Российский психиатрический журнал. – 2019. – № 2. – С. 11-16.
17. Шпорт, С.В. Клинико-психиатрические и социально-психологические последствия дорожно-транспортных происшествий (обзор литературы) / С.В. Шпорт, А.С. Васильченко, М.Ю. Стрюцкова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2019. – № 2 (103). – С. 82-89.
18. Шпорт, С.В. Клинико-социальные и индивидуально-психологические факторы опасного поведения за рулем / С.В. Шпорт, М.Ю. Белякова // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2019. – № 3. – С. 10-15.
19. Шпорт, С.В. Особенности социальных атрибуций водителей с опасным стилем вождения / С.В. Шпорт, С.В., А.А. Дубинский, Ю.С. Афолина, А.С. Сидорова // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и технические науки. – 2019. – С. 208-213.

20. Шпорт, С.В. Особенности эмоциональных переживаний профессиональных водителей в зависимости от оценки дорожной ситуации / А.П. Макурина, С.В. Шпорт, А.А. Дубинский, А.С. Васильченко // Российский психиатрический журнал. – 2019. – № 3. – С. 11-17.
21. Шпорт, С.В. Профили индивидуально-психологических характеристик, обуславливающих опасный стиль вождения на дорогах / А.С. Васильченко, А.П. Макурина, А.С. Сидорова, С.В. Шпорт // Психическое здоровье. – 2019. – №7. – С. 44-51.
22. Шпорт, С.В. Психогигиена труда профессиональных водителей как фактор безопасности дорожного движения / С.В. Шпорт, К.Р. Летов, М.Ю. Белякова // Психическое здоровье. – 2019. – №10. – 68-74.
23. Шпорт, С.В. Управление психосоциальными рисками на рабочем месте как система мер по повышению уровня психического здоровья населения / С.В. Шпорт, М.Ю. Белякова, А.П. Макурина // Практическая медицина. – 2019. – Т. 17. – №3. – С.33-37.
24. Шпорт, С.В. Стратегия безопасности дорожного движения (отечественный и зарубежный опыт) / С.В. Шпорт, А.П. Макурина // Психическое здоровье. – 2019. – № 4. – С. 62-69.
25. Шпорт, С.В. Современные зарубежные исследования факторов риска психологического стресса и психосоциального климата на рабочем месте / Т.Н. Кабанова, С.В. Шпорт, А.П. Макурина // Социальная и клиническая психиатрия. – 2019. – Т. 29. – № 2. – С. 93-98.
26. Шпорт, С.В. Психологические и когнитивные особенности кандидатов в водители в зависимости от возраста и гендера / С.В. Шпорт, М.Е. Ковалева, М.Ю. Белякова // Вестник новых медицинских технологий. – 2020. – Т.27. – №1. – С. 6-9.
27. Шпорт, С.В. Индивидуально-психологические и патопсихологические факторы участия в дорожно-транспортных происшествиях у лиц с психическими расстройствами и расстройствами поведения / А.С. Васильченко, С.В. Шпорт, А.С. Дубинский // Российский психиатрический журнал – 2020. – №2. – С. 22-31.
28. Шпорт, С.В. Клинико-психологические факторы опасного вождения у различных категорий водителей/ А.С. Васильченко, С.В. Шпорт // Социальная и клиническая психиатрия – 2020. – №4. – С. 47-55.
29. Шпорт, С.В. Психологические и психовегетативные технологии диагностики и коррекции поведения специалистов, работающих в экстремальных условиях (состояние проблемы и перспективные исследования) / В.Г. Булыгина, С.В. Шпорт, А.А. Дубинский, А.С. Васильченко // Психология и право. – 2016. – Т. 6. – № 3. – С. 14-29
30. Шпорт, С.В. Психология высокорискового вождения (обзор зарубежных исследований) / В.Г. Булыгина, А.А. Дубинский, С.В. Шпорт, Д.С. Калинин // Психология и право. – 2016. – Т. 6. – № 2. – С. 72-92.
31. Shport, S.V. The psychological and psychiatric services in emergencies / S.V. Shport // European Psychiatry. – 2016. – Т. 33. – № S. – С. S641.
32. Shport, S.V. Peculiarities of providing care in various emergencies / S.V. Shport // European Psychiatry. – 2017. – Т. 41. – № S. – С. S564-S565.

База данных

33. Шпорт, С.В. Медицинское обеспечение безопасности дорожного движения. Свидетельство рег. базы данных RU 2019621412 / С.В. Шпорт // заявитель и правообладатель ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России; 02.08.2019

Монографии

34. Шпорт, С.В. Медико-психологическая профилактика дорожно-транспортных происшествий. / С.В. Шпорт, В.Г. Булыгина, А.С. Васильченко, Д.С. Калинин // Монография. –

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. – М.: ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского», 2018. – 238 с.

**Методические рекомендации, руководства и пособия для врачей,
аналитические обзоры, информационные письма**

35. Шпорт, С.В. Алгоритм и методическое обеспечение определения риска опасного вождения у водителей различных категорий: информационное письмо / С.В. Шпорт, В.Г. Булыгина, А.С. Васильченко. – М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2019. – 12 с.

36. Шпорт, С.В. Методическое обеспечение работы психолога при решении вопроса о противопоказаниях к управлению автотранспортом: информационное письмо/ С.В. Шпорт, В.Г. Булыгина, А.С. Васильченко. – М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2019. – 12 с.

37. Шпорт, С.В. Оценка клинико-психологических факторов опасного вождения у различных категорий водителей: методические рекомендации / С.В. Шпорт, В.Г. Булыгина, А.С. Васильченко. – М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2019. – 22 с.

38. Шпорт, С.В. Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации по теме: «Психологические и психофизиологические основы деятельности водителя»: учебно-методическое пособие / В.Г. Булыгина, А.А. Бурцев, А.С. Васильченко, Д.С. Калинин, М.Е. Ковалева, Н.Е. Лысенко, С.В. Шпорт. – М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2017. – 41 с.

39. Шпорт, С.В. Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации по теме: «Клинико-психологические аспекты безопасного дорожного движения в системе подготовки преподавателей автошкол и водителей автотранспортных средств»: учебно-методическое пособие / В.Г. Булыгина, С.В. Шпорт, А.С. Васильченко, Д.С. Калинин. – М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2017. – 21 с.

40. Шпорт, С.В. Система мероприятий, направленных на реабилитацию и дестигматизацию лиц, пострадавших при чрезвычайных ситуациях: методические рекомендации / З.И. Кекелидзе, Н.М. Захарова, А.С. Баева, С.В. Шпорт, А.В. Милехина, И.В. Гурин, В.В. Шкурко. – М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2018. – 24 с.

41. Шпорт, С.В. Медико-психологическое сопровождение участников дорожно-транспортных происшествий: методические рекомендации / В.Г. Булыгина, С.В. Шпорт, А.С. Васильченко, А.А. Дубинский, М.М. Проничева. – М.: ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2018. – 22 с.

Тезисы докладов и статей

42. Шпорт, С.В. Медико-психологическая помощь пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях / А.С. Васильченко, С.В. Шпорт // Сборник материалов научно-практической конференции молодых ученых и специалистов с международным участием «Никифоровские чтения – 2018: передовые медицинские технологии». Санкт-Петербург, 2018. – С. 156-157.

43. Шпорт, С.В. Актуальные вопросы регулирования медицинского освидетельствования водителей транспортных средств/ С.В. Шпорт // Сборник научных трудов по итогам научно-практической конференции «Наука и практика в обеспечении безопасности дорожного движения: вчера, сегодня, завтра». Москва, 2020. – С. 165-169.