

УДК 316.6

DOI: 10.47619/2713-2617.zm.2024.v.5i4p1;48-65

Социально-психологический профиль водителей, лишенных водительских прав за управление транспортным средством в состоянии опьянения

А.В. Масякин, А.С. Сазонова, Е.Г. Деменко, В.В. Аршинова, М.С. Радионова, С.В. Сафонцева, И.Ю. Суворова

Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы, Россия, 109390, г. Москва, ул. Люблинская, д. 37/1

Аннотация

Актуальность. Дорожно-транспортные происшествия, вызванные вождением в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения, приводят к тяжелым демографическим и социально-экономическим потерям. Поэтому необходимо совершенствовать профилактические меры, направленные на предупреждение нарушений правил дорожного движения данного типа.

Цель исследования – установить характеристики социально-психологического профиля водителей, лишенных водительских прав в результате управления транспортным средством в состоянии опьянения.

Материалы и методы. Исследование проводилось на выборке в 427 человек в возрасте от 20 до 72 лет. Данные регистрировались с помощью компьютерного комплекса «НС-Психотест медицинский». Статистическая обработка данных выполнялась в статистическом пакете IBMSPSS 23: описательная статистика, Т-тест, ANOVA, хи-квадрат Пирсона (оценка взаимосвязей номинальных данных), кластерный анализ (метод К-средних).

Результаты. Были обнаружены статистически значимые различия между мужчинами и женщинами по объему кратковременной памяти и акцентуациям характера ($p \leq 0,01$), а также между возрастными группами по выраженности невротической симптоматики, когнитивных функций, личностных акцентуаций и уровням стресса и дистресса ($p \leq 0,05$). Кластеризация выборки привела к выделению трех профилей: а) участники программы с невротической симптоматикой и высоким уровнем стресса; б) респонденты с замедленными реакциями и низким уровнем мышления; в) респонденты с относительно высоким уровнем психотизма и паранойяльной симптоматикой.

Выводы. Были описаны социально-психологические профили водителей, лишенных водительских прав за управление транспортным средством в состоянии опьянения. Полученные результаты важно учитывать при организации дифференцированного подхода ко вторичной профилактике управления транспортным средством в состоянии опьянения.

Ключевые слова: состояние опьянения; психоактивные вещества; дорожно-транспортные происшествия; профилактика; стрессоустойчивость; акцентуации характера; когнитивные функции

Для цитирования: Масякин, А.В. Социально-психологический профиль водителей, лишенных водительских прав за управление транспортным средством в состоянии опьянения / А.В. Масякин, А.С. Сазонова, Е.Г. Деменко, В.В. Аршинова, М.С. Радионова, С.В. Сафонцева, И.Ю. Суворова // Здоровье мегаполиса. – 2024. – Т. 5, вып. 4, ч. 1. – С. 48-65. – doi: 10.47619/2713-2617.zm.2024.v.5i4p1;48-65

УДК 316.6
DOI: 10.47619/2713-2617.zm.2024.v.5i4p1;48-65

Socio-Psychological Profile of Drivers Deprived of Their Driving Licenses for Driving Under the Influence of Substances

A.V. Masyakin, A.S. Sazonova, E.G. Demenko, V.V. Arshinova, M.S. Radionova, S.V. Safontseva, I.Yu. Suvorova

Moscow Scientific and Practical Center for Narcology of Moscow Healthcare Department, 37/1, Lyublinskaya ul., 109390, Moscow, Russian Federation

Abstract

Introduction. Road traffic accidents caused by driving under the influence of alcohol, drugs, or other intoxicating substances lead to serious demographic and socio-economic losses. Therefore, it is necessary to improve measures aimed at preventing such cases of traffic offense.

The aim of the study was to identify the characteristics of the socio-psychological profile of drivers deprived of their driving licenses as a result of driving while intoxicated.

Materials and methods. The study was conducted on a sample of 427 people aged 20 to 72. The data were recorded using the digital system for psychophysiological testing, "NS-Psychotest," developed by Neurosoft LLC. Statistical data were calculated using IBM SPSS 23 software. Descriptive statistics, T-test, ANOVA, Pearson's Chi-square test, and K-means cluster analysis were used.

Results. Statistically significant differences were found in memory capacity and character accentuations between men and women ($p \leq 0.01$), as well as in the severity of neurotic symptoms, stress and distress levels, cognitive functions and character accentuations between different age groups ($p \leq 0.05$). Cluster sampling identified three profiles: a) respondents with neurotic symptoms and high stress levels; b) respondents with slowed reaction time and cognitive impairment; c) respondents with a relatively high level of psychotic and paranoid symptoms.

Conclusion. Socio-psychological profiles of drivers deprived of their driving licenses for driving under the influence of substances were described. The obtained results will be useful in the elaboration of a differentiated approach to secondary prevention of impaired driving.

Keywords: alcohol intoxication; psychoactive substances; road traffic accidents; prevention of drunk driving; stress resistance; character accentuations; cognitive functions

For citation: Masyakin A.V., Sazonova A.S., Demenko E.G., Arshinova V.V., Radionova M.S., Safontseva S.V., Suvorova I.Yu. Socio-Psychological Profile of Drivers Deprived of Their Driving Licenses for Driving Under the Influence of Substances. *City Healthcare*, 2024, vol. 5, iss. 4, part 1, pp. 48-65. doi: 10.47619/2713-2617.zm.2024.v.5i4p1;48-65

Введение

Управление транспортным средством в состоянии опьянения представляет серьезную проблему для общественного здравоохранения и общественной безопасности, являясь одним из основных факторов травматизма и смертности в результате дорожно-транспортных происшествий (ДТП). Всемирная организация здравоохранения отмечает, что незаконное использование психоактивных веществ наносит колоссальный ущерб здоровью населения и обществу, приводит к снижению продолжительности и качества жизни, а также к бытовому и дорожно-транспортному травматизму [1]. В частности, употребление алкоголя наносит серьезный вред не только тем, кто его употребляет, но и окружающим. В 2019 г. из 298 000 случаев смертей в ДТП, связанных с алкоголем, 156 000 случаев были вызваны употреблением алкоголя другими людьми [2].

В докладе Госавтоинспекции МВД РФ «О состоянии безопасности дорожного движения в Российской Федерации»¹ приводятся следующие данные:

- в 2023 г. произошло 132 466 ДТП, в которых погибли 14 504 человека и были ранены 166 500 человек;

- почти половину (47,8%) погибших в ДТП составили лица в возрасте 30–54 лет;

- число погибших мужчин в 3 раза больше, чем женщин;

- почти четверть (23,5%) погибших в ДТП получили смертельные ранения в авариях с участием водителей с признаками опьянения.

Очевидно влияние дорожно-транспортной смертности на демографические показатели, в частности снижение числа погибших в ДТП является инструментом увеличения ожидаемой продолжительности жизни.

Максимальные риски возникновения ДТП в результате управления транспортным средством (ТС) в состоянии опьянения приходятся на группу молодых и неопытных водителей, имеющих стаж вождения до двух лет. Особую опасность представляют водители, повторно лишенные водительских прав за вождение в нетрезвом виде.

Повышение безопасности на дороге и достижение показателей, определенных в Федеральном проекте «Безопасность дорожного движения» (достижение нулевого показателя смертности к 2030 году), требуют совершенствования не только правовой регламентации организации дорожного движения, но и повышения качества медицинской составляющей профилактики нарушений ПДД [3].

Федеральным законом от 28.12.2013 № 437-ФЗ «О безопасности дорожного движения» установлено, что медицинское обеспечение безопасности дорожного движения заключается не только в своевременной диагностике медицинских противопоказаний и показаний к управлению транспортным средством, но и проведении санитарно-просветительской работы по вопросам профилактики управления транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения. Порядок организации и проведения санитарно-просветительской работы регламентируется приказом Минздрава России от 15.06.2015 № 343н «Об утверждении порядка организации и проведения санитарно-просветительской работы по вопросам профилактики управления транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения».

Однако все больше данных свидетельствуют о необходимости поиска новых способов медицинского обеспечения безопасности дорожного движения, среди которых называется организация расширенной санитарно-просветительской работы по вопросам профилактики нарушений ПДД, особенно связанных с управлением ТС в состоянии алкогольного, наркотического или иного вида токсического опьянения. Данные случаи нарушений ПДД требуют особого внимания и дифференцированного профилактического подхода по предупреждению повторных правонарушений, снижению риска возможных трагических последствий ДТП.

Управление транспортным средством в нетрезвом виде является модифицируемым поведенческим фактором риска дорожно-транспортных происшествий. В последние годы наблюдается рост исследований в этом направлении в рамках повышения безопасности дорожного движения. Исследования ведутся по нескольким направлениям. Одни посвящены изучению влияния алкоголя и других психоактивных веществ на процесс управления транспортными средствами и, следовательно, на аварийность. В других предметом изучения являются психологические особенности водителей, управляющих транспортными средствами в состоянии опьянения.

В рамках первого направления доказано наличие взаимосвязи между уровнем алкоголя в крови и риском аварии. Установлено, что любое количество алкоголя может ухудшить способность к вождению и поведение за рулем, а риски возрастают в геометрической прогрессии при превышении 0,5 г этанола на литр крови для водителей в целом [4]. При этом отмечается, что большинство ДТП в состоянии алкогольного опьянения совершается

¹ [https://gosавтоинспекция.рф/upload/site1000/folder_page/link/Prezentaciya_k_Dokladu_2024_31.05.24\(2\).pdf](https://gosавтоинспекция.рф/upload/site1000/folder_page/link/Prezentaciya_k_Dokladu_2024_31.05.24(2).pdf)

в легкой степени опьянения водителей при концентрации алкоголя в крови от 0,5 до 1,5%. Алкоголь, как и большинство седативных препаратов, ухудшает способность управлять транспортным средством, влияя на такие автоматизированные функции вождения, как контроль скорости и объезд препятствий, увеличивая время реакции, снижая концентрацию внимания, нарушая координацию движений и их точность. Алкоголь также повышает склонность к риску, нарушая способность водителя адекватно оценивать дорожную ситуацию и свои навыки. В исследованиях С.В. Шпорт с соавт., группы исследователей под руководством А.Л. Sklar и других, посвященных изучению влияния алкоголя на вождение с учетом возраста, было доказано, что у людей в возрасте 55–70 лет наблюдаются более выраженное ухудшение состояния в результате употребления алкоголя, более выраженные нарушения в результате употребления алкоголя при выполнении двух тестов на точность вождения [5–8].

Половозрастные особенности типа вождения представлены в исследовании Х. Уан с соавт. (2007), где продемонстрировано постепенное ухудшение качества вождения с возрастом, а женщины более подвержены возрастным нарушениям навыков вождения, даже без учета потребления психоактивных веществ [9].

В исследованиях Т.В. Пфау с коллегами (2021) были получены результаты, свидетельствующие о том, что в основе побуждения водителя сесть за руль в нетрезвом виде может лежать отрицательное восприятие действующего законодательства, непринятие внешнего давления, повышенный уровень эгоизма и сниженный уровень альтруизма. Водители, допускающие управление транспортным средством в состоянии опьянения, не готовы действовать в ущерб себе и собственным интересам, не учитывают возможные последствия своего поведения. При этом часто считают, что они подверглись наказанию напрасно и незаслуженно, им просто «не повезло» [10].

Особенного внимания требуют водители, которые даже после получения сурового наказания за вождение в нетрезвом виде снова садятся за руль в состоянии опьянения. Исследование ряда ученых, в том числе группы Р. Рома (2019), при изучении лиц, неоднократно понесших наказание за вождение в нетрезвом виде, показало, что они более чувствительны к тому, что другие думают о них, и с подозрением относятся к мотивам других, часто рассматривая окружающую среду как требовательную и не поддерживающую. Они обычно испытывали гнев, неудовлетворенность и негодование и обвиняли других в своем состоянии, особенно членов семьи; переживали социальное отчуждение, чувства непонятности и отвержения. Их отличает от-

сутствие беспокойства по поводу большинства социальных и моральных стандартов поведения, непокорность авторитетам и совершение антиобщественных действий. Лица из этой категории имели истории неуспеваемости, были импульсивны и стремились к немедленному удовлетворению импульсов с низкой переносимостью фрустрации. Кроме того, они плохо планировали свое поведение, имели тенденцию действовать, не учитывая последствий своих действий, и, как правило, не извлекали уроков из своего опыта [11].

На основе полученных результатов исследований с целью снижения ущерба, связанного с управлением транспортными средствами в состоянии опьянения, предотвращения повторных нарушений такого вида для водителей, лишенных права управления ТС за вождение в состоянии опьянения, разрабатываются профилактические программы. Широкую известность получил проект «Автотрезвость», который используется в автошколах в 16 регионах страны [12, 13, 14].

Сотрудниками ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы» разработана и с января 2024 г. реализуется программа медицинской профилактики «Модульная программа селективной вторичной профилактики употребления ПАВ для лиц, лишенных права управлять транспортным средством за вождение в состоянии опьянения», направленная на изменение деструктивных установок и моделей поведения у лиц, лишенных водительских прав за вождение в состоянии опьянения» (далее – Программа). Программа направлена на предотвращение повторных правонарушений, связанных с потреблением психоактивных веществ водителями транспортных средств.

В данном исследовании рассматриваются социально-психологические характеристики лиц, лишенных водительских прав в результате вождения в состоянии опьянения, участвующих в Программе.

Цель исследования – установить характеристики социально-психологического профиля водителей – участников Программы, лишенных водительских прав за управление транспортным средством в состоянии опьянения.

Материалы и методы

Исследование прикладное, сравнительное, одноцентровое. Программа действует с января 2024 г. по настоящее время. Сбор данных осуществлялся с мая по октябрь 2024 г. Респондентами исследования стали участники Программы – водители транспортных средств, ранее

лишенные водительских прав за управление ТС в состоянии опьянения, обратившиеся в наркологический диспансер с целью прохождения медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний/показаний к управлению транспортным средством.

Респонденты заполняли бланк информированного добровольного согласия на обработку персональных данных, а также анкету участника с вопросами социально-демографического характера. Вознаграждение участвующих в исследовании не предусматривалось. Участие в Программе было добровольным, мотивировано необходимостью возвращения водительского удостоверения. Исследование одобрено локальным этическим комитетом ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ».

Критерии включения в исследование – лица, лишенные водительских прав за вождение в состоянии опьянения и поступившие в Программу по рекомендации наркологического диспансера (по месту жительства), заполнившие полный комплект психодиагностических методик. Критерии исключения – отсутствие полного комплекта заполненных психодиагностических методик. За период с января по октябрь 2024 г. в Программу были включены 964 человека в возрасте от 20 до 72 лет. После исключения неполных данных выборка стала включать 427 человек (31 женщина и 396 мужчин) в таком же возрастном диапазоне. Соотношение мужчин и женщин 12:1 после исключения части респондентов.

Инструменты исследования: анкета участника Программы с вопросами социально-демографического характера, а также методики, входящие в компьютерный комплекс для проведения психофизиологических и психологических тестов с регистрацией вегетативных и эмоциональных реакций «НС-Психотест медицинский» компании «Нейрософт». Симптоматический опросник SCL-90L. R. Derogatis в адаптации Н.В. Тарабриной (определения наличия симптоматики дис-

тресса), Оценочная шкала стрессовых событий Холмса-Раге в адаптация Е.Н. Водопьяновой (2009) (оценка выраженности стресса, сопротивляемости стрессу и вероятности возникновения психосоматических заболеваний), Опросник К. Леонгарда и Г. Шмишека, адаптация Ю. В. Кортневой (2004) (диагностики акцентуаций характера), Исключение понятий С.Х. Сафоновой (2001) (оценка эффективности умственных операций классификации и анализа). Оценка внимания по параметрам простой зрительно-моторной реакции (ПЗМР) (психофизиологическая диагностика концентрации и устойчивости внимания), Зимкина А.М. (1978). Помехоустойчивость (психофизиологическая диагностика способности сопротивляться воздействию фоновых признаков (помех) при восприятии какого-либо объекта) А.А. Талалаев (1992). Память на образы (определение объема и точности кратковременной памяти на образы). Тест «Образная память» с рисунками А.Р. Лурии.

Математическая обработка полученных данных осуществлялась в статистическом пакете IBMSPSS 23. Применялись: методы описательной статистики, Т-тест, однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA), Хи-квадрат Пирсона (оценка взаимосвязей номинальных данных), кластерный анализ (метод К-средних). Количество кластеров определялось с помощью языка программирования Python. Значения $p \leq 0,05$ признавались статистически значимыми.

Результаты

Социально-демографические показатели

Распределение выборки по половозрастному показателю выявило значительное преобладание мужчин-водителей, участников Программы, по сравнению с женщинами-водителями во всех возрастных группах (рис. 1).

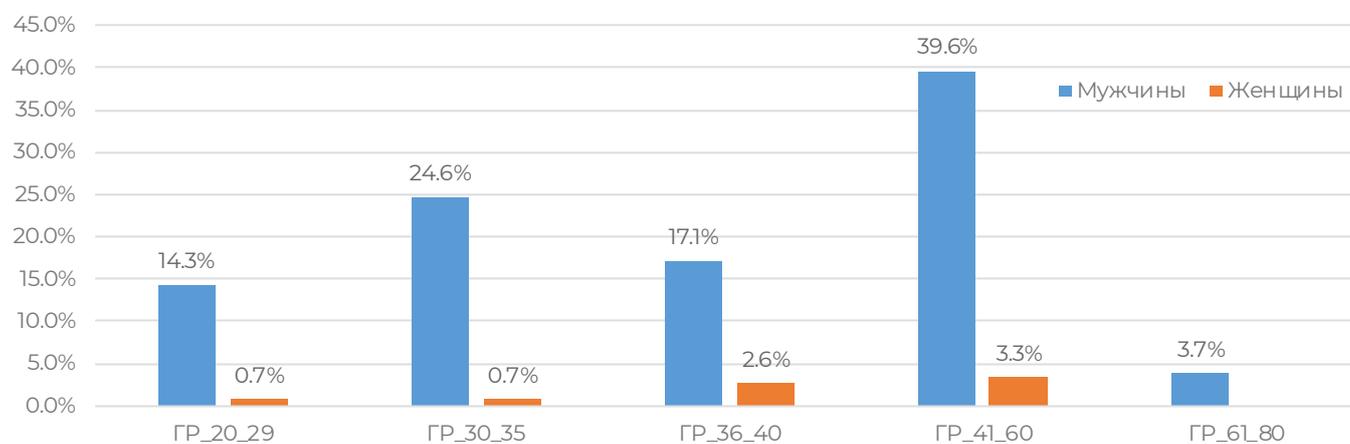


Рисунок 1 – Распределение участников Программы по полу и возрасту по всей выборке
Figure 1 – Age-sex distribution of program participants out of the total sampling

Больше половины участников Программы (52,7% мужчин и 4,0% женщин) составили лица до 40 лет. Группа от 40 до 60 лет по численности заняла второе место – больше 1/3 мужчин и чуть менее половины женщин. В возрастной группе 61–80 лет женщин не было. В группе до 40 лет соотношение мужчин и женщин составило 13:1, среди лиц от 40 до 60 это соотношение составило 11:1. Среди лиц старше 60 лет соотношение не выявлено в связи с отсутствием женщин.

В связи с достаточно высоко наполненной первой возрастной группой мы решили рассмотреть этот возрастной период более детально и разбить его на подгруппы. Они были составлены, с одной стороны, с опорой на психологическую возрастную периодизацию Б. Ливехуда [15], который рассматривал возраст более подробно по сравнению с моделью Э. Эриксона. С другой стороны, мы обратили внимание на исследования, касающиеся реакции человека на употребление ПАВ и опьянения от них [5]. В связи с этим составили три подгруппы с 20 до 40 лет: 1-я подгруппа – это лица раннего молодого возраста от 20 до 29 лет (мужчин 14,3%, женщина 0,7%), «наиболее чувствительные» к приему алкоголя и других ПАВ и быстрому опьянению от малых доз; 2-я подгруппа – это лица «среднего молодого» возраста от 30 до 35 лет (23,9%, 0,7%), и 3-я подгруппа «зрелого молодого» возраста от 36 до 40 лет (14,5%, 2,6%). Анализ разбивки водителей на возрастные подгруппы показал преобладание мужчин «среднего молодого» возраста в два раза по сравнению с другими группами и преобладание женщин в «зрелом молодом» возрасте, их численность возрастала в три раза по сравнению с другими группами.

Дальнейшее исследование показало, что по уровню образования преобладали лица с высшим образованием (44,2%), среднее специальное образование наличествовало у 30,9%,

о среднем общем сообщили 23,7%, также было 5 студентов, что составило 1,2% от всех участников. Мужчины и женщины с высшим образованием максимально присутствовали в группе 41–60 лет. Большинство участников Программы по семейному положению состояли в браке (42,2%), менее половины не состояли в браке (39,1%), были разведены 17,6%, и вдовцами/вдовами являлись 1,2% от всех участников. Как у мужчин (17,1%), так и у женщин (1,9%) максимальное количество женатых и замужних было в группе 41–60 лет.

В отношении трудовой занятости: большая часть имели работу (75,7%), не работали 18,4%, минимальную долю составили 4,7% – пенсионеры и 1,2% – студенты. При анализе судимости выявлено 13,7% участников, которые имели судимость по статьям УК, в том числе за сбыт и хранение наркотиков, убийство и причинение тяжкого вреда здоровью при нарушении ПДД и другие статьи. Среди мужчин судимость по ст. УК РФ имели в каждой возрастной группе, максимальное количество среди лиц 41–60 лет – 8,2%, среди 30–35-летних – 4,9%, среди 36–40-летних – 1,9%; у женщин судимость (0,2%) имели только в группе 41–60 лет. При этом 93,3% респондентов были впервые лишены водительских прав за вождение в нетрезвом виде, 3,3% – повторно. Максимальное значение повторного лишения прав по опьянению было у мужчин в группе 30–35 лет, которые составили 1,4% от всей выборки, этот показатель у женщин отмечался в возрастной группе 35–40 лет, что составило 0,2% по всей выборке.

Комплексные психологические показатели (патопсихологические, личностные и психофизиологические)

Распределение средних значений между мужчинами и женщинами по исследуемым показателям представлено в таблицах 1–4.

Таблица 1 – Распределение средних значений по шкалам SCL-90
Table 1 – Distribution of average indicators across SCL-90 scales

Шкалы SCL-90	Норма*	M	SD	мужчины		женщины	
				M	SD	M	SD
Шкала соматизации	0,44 +/- 0,03	0,18	0,24	0,18	0,24	0,17	0,22
Шкала «Обсессивно-компульсивные расстройства»	0,75 +/- 0,04	0,33	0,35	0,33	0,35	0,31	0,31
Шкала «Межличностная сензитивность»	0,66 +/- 0,03	0,28	0,35	0,28	0,35	0,28	0,29
Шкала «Депрессия»	0,62 +/- 0,04	0,21	0,26	0,21	0,26	0,22	0,24
Шкала «Тревожность»	0,47 +/- 0,03	0,14	0,24	0,14	0,24	0,17	0,24
Шкала «Враждебность»	0,60 +/- 0,04	0,18	0,27	0,17	0,28	0,24	0,25

Шкалы SCL-90	Норма*	M	SD	мужчины		женщины	
				M	SD	M	SD
Шкала «Фобическая тревожность»	0,18 +/- 0,02	0,04	0,14	0,05	0,13	0,06	0,21
Шкала «Паранойяльные симптомы»	0,54 +/- 0,04	0,29	0,38	0,29	0,37	0,30	0,47
Шкала психотизма	0,30 +/- 0,03	0,10	0,21	0,11	0,21	0,07	0,15
Общий индекс тяжести	0,51 +/- 0,02	0,20	0,22	0,19	0,22	0,21	0,20
Индекс симптоматического дистресса	1,17 +/- 0,05	1,12	0,41	1,12	0,41	1,14	0,40
Общий индекс GT	21,39 +/- 2,02	15,25	13,35	15,19	13,49	16,12	12,21

*Клинические рекомендации «Тревожно-фобические расстройства у взрослых» (одобрены Минздравом России) [15].

Таблица 2 – Распределение средних значений когнитивных функций

Table 2 – Distribution of average indicators of cognitive functions

Показатели когнитивных функций	M	SD	мужчины		женщины	
			M	SD	M	SD
Внимание (среднее значение времени реакции)	333,37	82,56	332,56	80,44	347,76	96,13
Мышление (количество правильных ответов)	11,28	2,73	11,22	2,73	11,88	2,81
Объем памяти	54,51	24,85	53,82	25,04	62,38	20,94
Помехоустойчивость (среднее значение времени реакции)	370,48	78,49	368,71	79,31	386,89	71,25

Таблица 3 – Распределение средних значений акцентуаций характера

Table 3 – Distribution of average indicators of character accentuations

Показатели акцентуации характера	M	SD	мужчины		женщины	
			M	SD	M	SD
Демонстративный тип	14,01	4,15	13,85	4,14	15,66	3,91
Застревающий тип	13,09	3,15	13,01	3,08	14,11	3,75
Педантичный тип	8,97	4,34	8,97	4,35	8,94	4,28
Возбудимый тип	6,39	4,82	6,40	4,81	6,33	5,04
Гипертимный тип	16,65	4,60	16,52	4,58	17,49	4,58
Дистимический тип	7,22	3,89	7,29	3,92	6,56	3,53
Тревожно-боязливый тип	5,66	4,69	5,47	4,67	7,64	4,46
Аффективно-экзальтированный тип	12,88	4,36	12,81	4,38	13,58	4,26
Эмотивный тип	15,38	4,25	15,16	4,28	17,66	3,14
Циклотимный тип	10,99	4,52	10,97	4,59	11,21	3,82

Продемонстрированные в таблице 1 данные указывают на то, что результаты тестирования всех респондентов ниже российской нормы. Тем не менее у женщин, принимающих участие в Программе, в большей степени выражена невротическая

симптоматика: депрессивные тенденции, тревожность, враждебность и паранойяльность. У мужчин же в большей степени выражены обсессивно-компульсивные тенденции, связанные со страхом потери контроля, а также уровень психотизма.

Ниже представлено распределение когнитивных функций между мужчинами и женщинами, участвующими в Программе.

Среди участников Программы женщины показывают несколько более высокий результат по вербальному интеллекту и объему образной памяти, тогда как у мужчин выше скорость реакций как в условиях без помех, так и с помехами. Распределение акцентуаций характера между мужчинами и женщинами приведено в таблице 3.

Согласно полученным данным, женщины более эмотивные, тревожно-боязливые, демонстративные, застревающие и, как ни странно, гипертимные. Если первые три акцентуации соответствуют данным по популяции, то застревание и гипертимность, скорее всего, являются специфическими характеристиками женской группы. Мужчины, напротив, более депрессивные

и возбудимые. Наконец, распределение стрессовых нагрузок между мужчинами и женщинами, определенных по Оценочной шкале стрессовых событий Холмса-Раге, показано в таблице 4.

Опираясь на полученные данные, выявлено, что в группе женщин, принимающих участие в Программе, внешний стресс выражен сильнее, чем у мужчин.

Дальнейшее исследование по возрастным группам (20–29 лет; 30–35 лет; 36–40 лет; 41–60 лет и 61–80 лет) выявило следующие особенности (табл. 5).

По результатам, представленным в таблице 5, можно видеть увеличение выраженности соматизации с возрастом. Изменение обсессивно-компульсивной симптоматики неравномерно: несколько уменьшается в 36–40 лет и достигает максимума в старческом возрасте. Межличностная сензитивность также имеет тенденцию

Таблица 4 – Распределение средних значений стрессовых нагрузок в группах мужчин и женщин

Table 4 – Distribution of average indicators of stress levels among men and women

Уровень стресса	M	SD	мужчины		женщины	
			M	SD	M	SD
Стрессовая нагрузка	229,81	160,48	229,24	162,32	236,48	142,69

Таблица 5 – Распределение средних значений по шкале SCL-90 по возрастам

Table 5 – Age distribution of average indicators across SCL-90 scales

Шкалы SCL-90	20-29		30-35		36-40		41-60		61-80	
	M	SD								
Шкала соматизации	0,14	0,20	0,19	0,24	0,11	0,19	0,21	0,24	0,37	0,39
Шкала «Обсессивно-компульсивные расстройства»	0,33	0,35	0,33	0,34	0,27	0,35	0,34	0,35	0,43	0,43
Шкала «Межличностная сензитивность»	0,23	0,29	0,27	0,33	0,23	0,33	0,31	0,39	0,41	0,34
Шкала «Депрессия»	0,20	0,22	0,18	0,22	0,17	0,27	0,22	0,28	0,29	0,28
Шкала «Тревожность»	0,14	0,25	0,14	0,21	0,14	0,30	0,13	0,21	0,18	0,32
Шкала «Враждебность»	0,18	0,31	0,14	0,22	0,17	0,26	0,20	0,29	0,24	0,28
Шкала «Фобическая тревожность»	0,02	0,08	0,05	0,14	0,04	0,17	0,05	0,15	0,09	0,18
Шкала «Паранойяльные симптомы»	0,22	0,30	0,29	0,33	0,24	0,38	0,33	0,44	0,42	0,41
Шкала «Психотизм»	0,09	0,22	0,07	0,13	0,08	0,17	0,12	0,23	0,18	0,31
Общий индекс тяжести	0,18	0,19	0,19	0,17	0,16	0,23	0,22	0,23	0,30	0,29
Индекс симптоматического дистресса	1,16	0,41	1,13	0,38	1,05	0,43	1,12	0,40	1,19	0,23
Общий индекс GT	13,53	10,79	15,20	11,87	12,83	13,82	16,65	14,34	23,10	17,66

к росту с возрастом, при этом оставаясь на одном уровне с 20 до 40 лет. Депрессивность, тревожность и враждебность имеют тенденцию выравниваться к середине жизни и несколько повышаются в молодом и старческом возрасте.

Предсказуемо растет время реакции на внешний стимул как с помехами, так и без. Показатели по мышлению и объему памяти, напротив, уменьшаются.

С возрастом уменьшается демонстративность, гипертимность и эмоциональная лабильность и увеличивается застревание, педантизм, возбудимость и депрессивность. Ниже представлено сравнение внешнего стресса в пяти возрастных группах (табл. 8).

Как видно из таблицы, стресс стремительно снижается с возрастом. Далее была вычислена проверка значимости различий между мужчинами и женщинами, а также между пятью возрастными группами.

Сравнение выборок

Распределения всех шкал, представленных в таблицах 1–4 (кроме количества правильных ответов в тесте на мышление), проверялись на нормальность. При проверке всей выборки на нормальность распределения по критерию Колмогорова–Смирнова существенных отличий от нормальности обнаружено не было ($p > 0,2$) по всем шкалам опросника Леонгарда–Шмишека, когнитивным функциям и стрессовым нагрузкам. Шкалы опросника Scl-90 проверку на нормальность не прошли.

Далее группы мужчин и женщин сравнивались с помощью *t*-теста (табл. 9).

Обнаружены статистически значимые различия в результатах тестов на память. А также в данной выборке у женщин действительно преобладают демонстративный, застревающий, тревожно-боязливый и эмотивный тип акцентуаций.

Для поиска достоверных различий в пяти возрастных группах была использована ANOVA (табл. 10).

Таблица 6 – Распределение средних значений когнитивных функций в разных возрастных группах
Table 6 – Age distribution of average indicators of cognitive functions

Показатели когнитивных функций	20–29		30–35		36–40		41–60		61–80	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Внимание (среднее значение времени реакции)	320,19	66,71	306,92	93,96	336,80	60,16	345,77	83,61	401,77	63,67
Мышление (количество ответов)	12,00	1,82	11,20	2,64	11,75	2,33	11,11	2,87	8,85	3,69
Объем памяти	60,82	23,02	56,20	25,38	59,43	21,25	51,01	24,88	37,26	27,13
Помехоустойчивость (среднее значение времени реакции)	345,15	71,74	345,28	101,45	375,35	49,13	384,80	75,38	432,84	73,46

Таблица 7 – Распределение акцентуаций характера по возрастам
Table 7 – Age distribution of character accentuations

Показатель акцентуаций характера	20-29		30-35		36-40		41-60		61-80	
	M	SD								
Демонстративный тип	14,89	4,13	14,82	3,80	14,82	3,80	13,35	4,10	13,35	4,10
Застревающий тип	12,63	3,10	13,03	2,97	13,03	2,97	13,16	3,18	13,16	3,18
Педантичный тип	7,94	4,03	8,76	4,15	8,76	4,15	9,19	4,45	9,19	4,45
Возбудимый тип	6,07	4,90	6,02	4,29	6,02	4,29	6,61	5,10	6,61	5,10
Гипертимный тип	17,14	4,69	17,77	3,65	17,77	3,65	15,73	4,71	15,73	4,71
Дистимический тип	6,33	3,48	7,07	3,43	7,07	3,43	7,44	4,11	7,44	4,11
Тревожно-боязливый тип	5,58	4,12	5,70	4,66	5,70	4,66	5,63	4,66	5,63	4,66
Аффективно-экзальтированный тип	13,24	3,99	13,00	4,47	13,00	4,47	12,70	4,59	12,70	4,59
Эмотивный тип	14,71	4,14	15,11	4,36	15,11	4,36	15,69	4,25	15,69	4,25
Циклотимный тип	11,71	4,84	10,83	4,55	10,83	4,55	10,61	4,23	10,61	4,23

Таблица 8 – Распределение стрессовых нагрузок по возрастам
Table 8 – Age distribution of stress levels

Уровень стресса	20–29		30–35		36–40		41–60		61–80	
	М	SD								
Стрессовые факторы	266,40	147,92	263,88	156,16	241,95	198,23	208,15	138,54	126,76	150,51

Таблица 9 – Сравнение показателей в группах мужчин и женщин
Table 9 – Comparison of indicators between male and female groups

Шкала	T	p
Объем памяти	2,255	0,006
Демонстративный тип	3,041	0,002
Застревающий тип	2,435	0,015
Тревожно-боязливый тип	3,252	0,001
Эмотивный тип	4,15	0,001

Таблица 10 – Сравнение когнитивных и личностных характеристик в разных возрастных группах
Table 10 – Comparison of cognitive characteristics and character features in different age groups

Шкала	F	P
Внимание (среднее значение времени реакции)	11,375	0,001
Помехоустойчивость (среднее значение времени реакции)	13,178	0,001
Объем памяти	17,089	0,001
Демонстративный тип	7,338	0,001
Педантичный тип	5,413	0,001
Гипертимный тип	8,907	0,001
Дистимичекий тип	3,669	0,006
Стрессовая нагрузка	5,987	0,001

Возрастные группы действительно отличаются по ряду показателей в выраженности когнитивных функций, личностных акцентуаций и стрессовых нагрузок.

Дополнительно вычислялись различия по шкалам SCL-90 между мужчинами и женщинами и возрастными группами с помощью непараметрических критериев. В результате сравнения групп мужчин и женщин по критерию U Манна-Уитни была выявлена враждебность ($U = 10809$; $p \leq 0,026$). При сравнении пяти возрастных групп по критерию H Краскела-Уоллиса были обнаружены статистически значимые различия в шкалах Соматизация ($H = 23,575$; $p \leq 0,001$), Межличностная сензитивность ($H = 12,389$; $p \leq 0,015$), Депрессия ($H = 11,041$; $p \leq 0,026$), Фобическая тревожность ($H = 17,319$; $p \leq 0,002$) и Паранойяльная симптоматика ($H = 20,354$; $p \leq 0,001$).

Первая гипотеза нашего исследования заключается в том, что из-за неоднородности участников Программы возможно выделение несколько устойчивых кластеров, соответствующих основным типажам нарушителей ПДД.

Кластерный анализ участников Программы

Используя значения суммарной квадратичной ошибки (SSE) при пошаговой кластеризации данных от 1 до 10 кластеров в Python, было найдено оптимальное количество кластеров – 3. С помощью метода K-средних с разбивкой на 3 кластера были получены следующие результаты (табл. 11):

В первый кластер ($n=28$) попали относительно более молодые участники Программы, для которых характерна невротическая симптоматика (соматизация, ОКР, депрессия) и максимальный уровень симптоматического дистресса, соответствующего максимальным стрессовым на-

грузкам. Этой группе соответствует обострение практически всех акцентуаций. У этой группы высокий уровень мышления, при сниженном объеме кратковременной памяти на образы.

Ко второму кластеру (n=190) относятся относительно возрастные респонденты с низкими показателями невротической симптоматики, минимальной стрессовой нагрузкой, пониженной межличностной сензитивностью, замедленными реакциями и низким уровнем мышления.

В третий кластер (n=206) вошли респонденты с максимальным уровнем психотизма, паранойяльной симптоматикой, тревожностью и фобической тревожностью. Эти респонденты отличаются высокой скоростью реакции и хорошей памятью. Их отличают педантичный и аффективно-экзальтированный типы акцентуаций характера.

В результате кластеризации трое респондентов не были распределены по кластерам.

Вторая гипотеза данного исследования заключается в предположении существования стати-

Таблица 11 – Распределение переменных по центроидам в трех кластерах
Table 11 – Distribution of centroids across three clusters

Показатели	Кластеры		
	1 (n = 28)	2(n = 109)	3(n = 206)
Пол	0,79	0,92	0,96
Возраст	36,89	43,07	37,39
SCL90_Шкала соматизации	0,26	0,17	0,22
SCL90_Шкала «Обсессивно-компульсивные расстройства»	0,44	0,26	0,43
SCL90_Шкала «Межличностная сензитивность»	0,41	0,22	0,35
SCL90_Шкала «Депрессия»	0,28	0,15	0,26
SCL90_Шкала «Тревожность»	0,16	0,10	0,19
SCL90_Шкала «Враждебность»	0,23	0,15	0,26
SCL90_Шкала «Фобическая тревожность»	0,01	0,03	0,07
SCL90_Шкала «Паранойяльные симптомы»	0,33	0,20	0,49
SCL90_Шкала «Психотизм»	0,11	0,07	0,17
SCL90_Индекс симптоматического дистресса	1,27	1,10	1,25
Внимание (среднее значение времени реакции)	330,943	338,189	324,157
Мышление (количество правильных ответов)	12,39	11,23	11,89
Объем памяти	51,03	51,14	58,94
Помехоустойчивость (среднее значение времени реакции)	375,2	386,1	370,0
Демонстративный тип	14,94	13,45	14,93
Застравающий тип	13,93	12,97	13,08
Педантичный тип	8,8	9,0	9,1
Возбудимый тип	9,04	5,57	7,53
Гипертимный тип	17,39	15,94	16,87
Дистимический тип	7,54	7,04	7,14
Тревожно-боязливый тип	6,7	5,0	6,1
Аффективно-экзальтированный тип	14,1	12,2	14,5
Эмотивный тип	16,18	15,31	15,64
Циклотимный тип	12,8	10,2	12,1
Стрессовая нагрузка	509,86	125,16	340,03

Таблица 12 – Уровень образования в трех кластерах
Table 12 – Education levels across three clusters

Образование	Первый кластер		Второй кластер		Третий кластер	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
Среднее общее	4	14,3	48	25,3	47	22,8
Среднее специальное	10	35,7	51	26,8	71	34,5
Высшее	12	42,9	89	46,8	87	42,2
Студенты	2	7,1	2	1,1	1	0,5

Таблица 13 – Семейный статус в трех кластерах
Table 13 – Marital status across three clusters

Семейное положение	Первый кластер		Второй кластер		Третий кластер	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
Не женат	5	17,9	68	35,8	92	44,7
Женат	19	67,9	79	41,6	81	39,3
Разведен	4	14,3	39	20,5	32	15,5
Вдовец	--	--	4	2,1	1	0,5

Таблица 14 – Судимость по статьям УК РФ в трех кластерах
Table 14 – Conviction under the Criminal Code of the Russian Federation across three clusters

Показатели судимости по ст. УК РФ	Первый кластер		Второй кластер		Третий кластер	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
Количество судимых	4	14,3	16	11,6	38	18,5
Статьи	158, 161, 162, 228		105, 146, 158, 162, 228, 264, 318		102, 111, 145, 158, 166, 188, 206, 213, 228	

стически значимых различий в распределении социально-демографических показателей между представителями трех кластеров.

Распределение социально-демографических характеристик между представителями трех кластеров приведено в таблицах 12–16.

Согласно данным таблицы, во втором и третьем кластерах больше людей, остановившихся на среднем общем образовании. Во втором кластере меньший процент выбрал среднее специальное образование по сравнению с процентами выборов в других кластерах. Также во втором кластере наибольший процент получил высшее образование. Поскольку переменная «образование», как и переменная «кластеры», являются номинальными, для вычисления взаимосвязи между образованием и выделенными кластерами был использован критерий хи-квадрат. Значимость различий была подтверждена с помощью хи-квадрата Пирсона ($\chi^2 = 13,026$ при $p \leq 0,05$).

Сравнение трех кластеров по распределению семейных статусов приведено в таблице 13.

В первом кластере, в отличие от второго и третьего, нет вдовцов/вдов, что также объясняется наиболее молодым возрастом входящих в кластер представителей. Наибольший процент женатых также приходится на первый кластер. Меньше всего женатых людей, а также больший процент холостых приходится на третий кластер, тогда как во втором кластере больше всего людей, разочаровавшихся в брачных отношениях. Значимость различий была подтверждена с помощью критерия хи-квадрата Пирсона ($\chi^2 = 14,344$ при $p \leq 0,05$).

Анализ показателей судимости участников Программы по статьям УК РФ и совмещенности их с кластерами выявил следующие особенности.

Из данных таблицы следует, что наибольшее число судимых людей находится в третьем кластере. Значимость различий была подтверждена с помощью хи-квадрата Пирсона ($\chi^2 = 8,297$ при $p \leq 0,05$).

Анализ результатов исследования по типам лишения водительских прав участников программы представлен в таблице 15.

Таблица 15 – Лишение прав за вождение в состоянии алкогольного опьянения
Table 15 – Disqualification for drunk-driving

Типы лишения прав водителей	Первый кластер		Второй кластер		Третий кластер	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
Впервые	27	96,4	178	93,7	193	93,7
Повторно	1	3,6	6	3,2	7	3,4
Лишение прав по другим причинам	0	0	6	3,1	6	2,9

Таблица 16 – Распределение занятости между тремя кластерами
Table 16 – Distribution of types of employment across three clusters

Типы трудовой занятости	Первый кластер		Второй кластер		Третий кластер	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
Руководитель	4	14,3	14	7,37	27	13,1
Исполнитель	10	35,8	94	49,53	120	58,3
Самозанятый	5	17,8	27	14,2	20	9,7
Безработный	7	25,0	36	18,9	35	16,9
Пенсионер	0,0	0,0	17	8,9	3	1,5
Студент	2	7,1	2	1,1	1	0,5

Из данных таблицы 15 следует, что повторно лишились прав из-за алкогольного опьянения примерно 3% представителей в каждом из кластеров. Статистически значимых различий между кластерами нет. Рассмотрение результатов кластерного анализа выявил следующие особенности среди участников Программы (табл. 16).

Несмотря на то что первый кластер «самый молодой», в нем находится максимальный процент руководителей, тогда как в третьем кластере, напротив, максимальный процент подчиненных. Также первый кластер содержит максимальный процент безработных. Во втором кластере наибольшее количество пенсионеров, что логично объясняется возрастом представителей данной группы. При вычислении статистически значимых различий $\chi^2 = 23,641$ при $p \leq 0,01$.

Обсуждение

Для достижения поставленной цели вначале мы использовали внешние критерии деления исследуемой выборки по полу и возрасту. Был проведен анализ средних показателей мужчин и женщин и представителей разных возрастных групп по всем проведенным методикам по результатам описательной статистики, затем проанализировали наличие значимых различий с помощью методов математической статистики.

В проведенном анализе выявлено, что женщины показали лучшие результаты при исследовании памяти, при этом у них чаще, чем у мужчин, входящих в нашу выборку, встречаются черты четырех личностных типов: демонстративного, тревожно-боязливом, эмотивного и застревающего. Первые три отличия в личностных характеристиках женщин соответствуют популяционным данным и традиционным социально-ролевым особенностям женщин, как более осторожным, боязливым, неуверенным, тревожным, эмпатичным, мягким, артистичным, нуждающимся во внимании и поддержке. Четвертая – «застревающий тип», вероятно, характеризует именно группу женщин нашей выборки. Следовательно, женщины-автомобилисты, нарушающие ПДД, садящиеся за руль нетрезвыми, отличаются от нарушителей-мужчин большей настойчивостью, упорством, трудностью переключения эмоций, ригидностью аффекта, острой реакцией на несправедливость (действительную и мнимую), обидчивостью, мстительностью, агрессивностью, недоверчивостью, высокомерным отношением к другим, самонадеянностью. Наиболее стрессогенными для них являются ситуации неопределенности и ситуации, ущемляющие личное достоинство, включая насмешки.

Популяционные данные о различиях в памяти мужчин и женщин противоречивы. В нашем исследовании женщины оказались более успешными в кратковременной зрительной, образной

памяти, в то время как результаты проводимых в мире исследований указывают на отсутствие статистически значимых гендерных различий в показателях кратковременной и зрительной памяти [17]. Возможно, полученные данные можно отнести к погрешностям из-за неравномерной выборки женщин и мужчин в данном исследовании – 1:12. В любом случае результат нуждается в дополнительной проверке на большей выборке. Одной возможной гипотезой, объясняющей данный результат, может быть отклонение мужчин изучаемой группы, а не женщин от популяционных нормативов за счет более выраженной алкоголизации у мужчин, что, как известно, вызывает разнообразные нарушения памяти, в том числе и кратковременной.

Выявленные различия в возрастных группах по ряду показателей из проведенного блока методик позволили увидеть существенную разницу между группами 20–40 лет и группой 40–80 лет, а особенно между группой 20–29 лет и 61–80 лет. Было выявлено, что с возрастом увеличивается время реакции на внешний стимул, как с помехами, так и без. Показатели по мышлению и объему памяти, напротив, уменьшаются. Снижается уровень стресса. С одной стороны, это связано с более размеренной жизнью, которую ведет возрастной человек. А также это может быть спецификой участников Программы. Характеристики дистресса также претерпевают изменения. Соматизация с возрастом увеличивается. Такие данные могут быть обусловлены увеличением с возрастом соматических заболеваний. Тенденция к росту с возрастом межличностной сензитивности, которая остается на одном уровне с 20 до 40 лет, соответствует популяционным данным. Поскольку до 40 лет человек ориентирован на статусность, а после 40 лет идет переоценка приоритетов в пользу межличностной сферы. С другой стороны, эти данные также могут соответствовать особому профилю пожилых и молодых людей, участвующих в Программе. Депрессивность, тревожность и враждебность имеют тенденцию выравниваться к середине жизни и несколько повышаются в молодом и старческом возрасте. Это может объясняться большей подвижностью и неустойчивостью нервных процессов у молодежи и снижением психологической устойчивости в позднем возрасте. Б. Ливехуд отмечал период 20–40 лет как время завоевания жизненного базиса, тогда как после 40 лет отмечается постепенное угасание жизненных сил, наступление «маниакально-депрессивного периода» и борьбы с собственным закатом. В духовном смысле эти годы означают борьбу с пустотой: фантазии и цели юности сопоставляются с текущим положением дел, переоцениваются; старые ориентиры потеряны, а новых нет и, возможно, не будет [16].

Уменьшение с возрастом демонстративности, гипертимности и эмоциональной лабильности и увеличение застревания, педантизма, возбудимости и депрессивности можно объяснить возрастными изменениями, связанными с уменьшением общей энергии и снижением подвижности психических процессов.

Для проверки первой гипотезы о существовании нескольких типажей участников Программы провели кластерный анализ по всей выборке. В результате нами были получены три кластера. Эти кластеры позволяют описать представитель каждой из групп.

Первая группа – это лица относительно более молодой возрастной группы ($M = 36,9$ лет), переживающие интенсивный стресс. Их определяет именно это, поэтому они разнородные по типам личности. У некоторых стресс переходит в дистресс и сопровождается депрессивной симптоматикой. У других – тревогой и соматизацией. Они используют все свои ресурсы, особенно мышление, а также перепроверяют свои действия, чтобы не допустить ошибок, чтобы быть эффективными, несмотря на стресс.

Вторая группа ($n = 190$) – это водители более старшего возраста ($M = 43,1$ лет), с изменениями динамических характеристик психической деятельности, у некоторых это возрастные изменения, у других они вызваны некими факторами, снижающими функциональные возможности мозга, среди которых может быть алкоголизация. У этой группы стрессовая нагрузка выражена несильно, характерна высокая стрессоустойчивость. Исходя из имеющихся данных, непонятно, является ли это следствием снижения критики или связано с какими-то специально выработанными антистрессовыми установками.

Третья группа ($M = 37,4$ лет) – это лица с шизоидно-паранойяльными чертами, дистанцированные, недоверчивые и враждебные в межличностных отношениях, а также лица с симптомами тревожности и социальной фобии. Для этой группы свойственна любовь к порядку. Они не любят демонстрировать свои чувства, которые у них могут быть весьма разбалансированными (черты эмоционально-экзальтированного типа). Память, внимание и скорость реакции у них – на высоком уровне. Можно предположить, что их мышление характеризуется наличием ошибочных и не вполне адекватных суждений и убеждений. Полученные данные могут быть соотнесены с результатами Т.В. Пфау с коллегами (2021), свидетельствующими о том, что в основе побуждения водителя сесть за руль в нетрезвом виде могут лежать отрицательные установки: негативное восприятие действующего законодательства, неприятие внешнего давления, повышенный уровень эгоизма и сниженный уровень альтруизма.

Проведенный кластерный анализ подтвердил нашу гипотезу о наличии нескольких типажей водителей, нарушающих ПДД, садясь за руль в нетрезвом состоянии.

Вторая гипотеза данного исследования – о наличии статистически значимых различий в распределении социально-демографических показателей между представителями трех кластеров.

Было выявлено, что во втором и третьем кластерах статистически больше людей, остановившихся на среднем общем образовании. Возможно, это говорит о меньшем внимании при обдумывании профессионального пути в юношеском возрасте у представителей данных групп. Во втором кластере меньший процент выбрал среднее специальное образование по сравнению с процентами выборов в других кластерах. А также во втором кластере наибольший процент получил высшее образование. Однако различия могут быть обусловлены неравномерной выборкой.

В первом кластере, в отличие от второго и третьего, нет вдовцов/вдов, что также объясняется наиболее молодым возрастом входящих в кластер представителей. Наибольший процент женатых также приходится на первый кластер. Меньше всего женатых людей, а также больший процент холостых приходится на третий кластер, тогда как во втором кластере больше всего людей, разочаровавшихся в брачных отношениях.

Несмотря на то что первый кластер условно самый молодой, в нем находится максимальный процент руководителей, тогда как в третьем кластере, напротив, максимальный процент подчиненных. Это вполне соответствует описанию третьего кластера, приведенного выше, и дополняют его представители этой подгруппы – одиночки-холостяки. В связи с чертами социопатии они предпочитают не браться за руководящие должности, чтобы не быть на виду. Также в первом кластере максимальный процент иждивенцев. Во втором кластере наибольшее количество пенсионеров, что логично объясняется возрастом представителей данной группы, который наиболее высокий по сравнению с первой и третьей подгруппами.

Анализ выявил, что наибольшее число судимых людей находится в третьем кластере. В первый кластер попали лица, осужденные в основном за кражу и сбыт наркотиков. Преступления, совершенные лицами второго и третьего кластера, гораздо тяжелее. Так, во всех кластерах присутствуют осужденные за кражу и хранение ПАВ. Во втором кластере, помимо этого, есть судимые за убийства, нарушения ПДД, приведшие к тяжкому вреду для здоровья человека, а также

применение насилия в отношении представителей власти. В третьем кластере находятся осужденные за прекращение принудительных мер медицинского характера, причинение умышленного тяжкого вреда здоровью, захват заложников и убийство матерью новорожденного ребенка.

Между кластерами отсутствуют значимые различия по параметру повторного лишения прав из-за алкогольного опьянения: примерно 3% таких респондентов присутствуют в каждом из кластеров. Этот параметр требует дальнейшего изучения. Таким образом, вторая гипотеза подтвердилась частично.

Заключение

В результате проведенного эмпирического исследования были выявлены три группы респондентов, лишенных водительских прав в результате управления транспортным средством в состоянии опьянения ПАВ, различающиеся по социально-демографическим, индивидуально-личностным особенностям, специфике переживания стресса, на основании чего были описаны социально-психологические профили водителей, лишенных водительских прав в результате управления транспортным средством в состоянии опьянения: с выраженной невротической симптоматикой и большими стрессовыми нагрузками; с минимальной невротической симптоматикой, низким уровнем стресса и сниженными когнитивными функциями; с высоким уровнем психотизма и паранойальной симптоматикой.

Таким образом, социально-психологический профиль водителей, лишенных прав в результате управления транспортным средством в состоянии опьянения, представляет собой неоднородную выборку, что необходимо учитывать при организации санитарно-просветительской и профилактической работы. В профилактику вождения в состоянии опьянения с учетом половозрастных особенностей водителей необходимо включать мероприятия:

- снижающие враждебность и конфликтность,
- повышающие стрессоустойчивость,
- улучшающие эмоциональную саморегуляцию.

В качестве ограничений исследования важно отметить неравномерность респондентов, вошедших в кластеры, что не позволяет проводить адекватное сравнение между кластерами. Более того, для подтверждения полученных результатов наличие таких профилей необходимо повторить в последующих исследованиях и на расширенной выборке.

Список литературы

1. Выступление Генерального директора ВОЗ перед Организацией Объединенных Наций по вопросу о мировой проблеме наркотиков от 19.04.2016 г. <https://www.who.int/ru/director-general/speeches/detail/who-director-general-addresses-un-on-the-world-drug-problem>
2. ВОЗ. Алкоголь. Информационный бюллетень от 28 июня 2024 г. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
3. Доклад Госавтоинспекции МВД РФ. – 2024. Электронный ресурс [https://gosавтоинспекция.рф/upload/site1000/folder_page/link/Prezentaciya_k_Dokladu_2024_31.05.24\(2\).pdf](https://gosавтоинспекция.рф/upload/site1000/folder_page/link/Prezentaciya_k_Dokladu_2024_31.05.24(2).pdf)
4. Паспорт федерального проекта «Безопасность дорожного движения» (утв. протоколом заседания проектного комитета по национальному проекту «Безопасные и качественные автомобильные дороги» от 20.12.2018 № 4).
5. *Blandino A., Cotroneo R., Tambuzzi S., Di Candia D., Genovese U., Zoja R.* Driving under the influence of drugs: Correlation between blood psychoactive drug concentrations and cognitive impairment. A narrative review taking into account forensic issues. *Forensic Sci Int Synerg.* 2022 Mar21;4:100224. doi: 10.1016/j.fsisyn.2022.100224
6. *Шпорт С.В., Корчагина Г.А., Фадеева Е.В., Бурцев А.А.* 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. // *Вопросы наркологии.* – 2018; 6(166): 19-29
7. *Sklar A.L., Boissoneault J., Fillmore M.T., Nixon S.J.* Interactions between age and moderate alcohol effects on simulated driving performance. *Psychopharmacology (Berl).* 2014 Feb;231(3):557-66. doi: 10.1007/s00213-013-3269-4. Epub 2013 Sep 13. PMID: 24030469; PMCID: PMC3947134
8. *Wan J., Wu C., Zhang Y., Houston R.J., Chen C.W., Chanawangsa P.* Drinking and driving behavior at stop signs and red lights. *Accid Anal Prev.* 2017 Jul;104:10-17. doi: 10.1016/j.aap.2017.04.008. Epub 2017 Apr 26. PMID: 28448790
9. *Yan X., Radwan E, Guo D.* Effects of major-road vehicle speed and driver age and gender on left-turn gap acceptance. *Accid Anal Prev.* – 2007;39:843–852. doi: 10.1016/j.aap.2006.12.006
10. *Пфау Т. В., Вторушина Ю.С., Монгуш Ч.Н.* Особенности аффективного компонента социальных установок водителей, осужденных за управление транспортным средством в состоянии опьянения // *Мир науки. Педагогика и психология.* – 2021 – V. 9. – № 1. – С. 29.
11. *Roma P., Mazza C., Ferracuti G., Cinti M.E., Ferracuti S., Burla F.* Drinking and driving relapse: Data from BAC and MMPI-2. *PLoSOne.* – 2019 Jan 2;14(1):e0209116. doi: 10.1371/journal.pone.0209116
12. *Бурцев А.А., Бувин А.А.* Обзор зарубежных программ реабилитации для водителей, управлявших транспортными средствами в состоянии опьянения (Новая Зеландия, Великобритания и Северная Ирландия). *Медицина.* – 2023; – 11(3): 91-107
13. *Бурцев А.А., Плотникова М.А.* Методология разработки образовательных и реабилитационных программ интервенций для водителей-нарушителей в европейских странах (обзор). *Медицина,* 2023;11(4): 55-78
14. *Бурцев А.А., Баканов К.С., Дубская Ю.В., Чернышев С.В.* Оценка эффективности обучающего модуля «Алкоголь и вождение» социального проекта «Автотрезвость» в первичной профилактике управления транспортными средствами в состоянии опьянения // *Вопросы наркологии,* - 2021, - № 11 (206). С. 69–77. doi: 10.47877/0234-0623.2021_11_69
15. Клинические рекомендации «Тревожно-фобические расстройства» (одобрены Минздравом России) утверждены: 2021 г. Электронный ресурс <https://goo.su/dOmhA>
16. *Ливехуд Б.* Кризисы жизни – шансы жизни. Развитие человека между детством и старостью: Пер. с нем., «Духовное познание», Калуга. – 1994.
17. *Ellis, L.,* Sex-differences: summarizing more than a century of scientific research, CRC Press, 2008.

References

1. Vystuplenie General'nogo direktora VOZ pered Organizaciej Ob#edinennyh Nacij po voprosu o mirovoj probleme narkotikov ot 19.04.2016 g. [Statement by the Director-General of WHO to the United Nations on the world drug problem, 19.04.2016] (In Russ.)
2. VOZ. Alkohol'. Informacionnyj bjulleten' ot 28 ijunja 2024 g. [WHO. Alcohol. June 28, 2024 Newsletter] (In Russ.)
3. Doklad Gosavtoinspekcii MVD RF. 2024. Jelektronnyj resurs [Report of the State traffic inspectorate of the Ministry of Internal Affairs of the Russian Federation. – 2024. Electronic resource] (In Russ.). [https://gosavtoinspekcija.rf/upload/site1000/folder_page/link/Prezentaciya_k_Dokladu_2024_31.05.24\(2\).pdf](https://gosavtoinspekcija.rf/upload/site1000/folder_page/link/Prezentaciya_k_Dokladu_2024_31.05.24(2).pdf)
4. Pasport federal'nogo proekta «Bezopasnost' dorozhnogo dvizhenija» (utverzhdjen protokolom zasedanija proektnogo komiteta po nacional'nomu proektu “Bezopasnye i kachestvennye avtomobil'nye dorogi” ot 20.12.2018 № 4) [Passport of the federal project “Road Safety» (approved by the minutes of the meeting of the project committee on the national project «Safe and High-Quality Highways» dated 20.12.2018 No. 4)] (In Russ.)
5. Blandino A., Cotroneo R., Tambuzzi S., Di Candia D., Genovese U., Zoja R. Driving under the influence of drugs: Correlation between blood psychoactive drug concentrations and cognitive impairment. A narrative review taking into account forensic issues. *Forensic SciIntSynerg.* 2022 Mar21;4:100224. doi: 10.1016/j.fsisyn.2022.100224
6. Shport S.V., Korchagina G.A., Fadeeva E.V., Burtsev A.A. Upotreblenie alkogolya kak obshchij faktor riska vznikoveniya dorozhno-transportnogo travmatizma i neinfekcionnyh zabolevanij po materialam tret'ego moskovskogo mezhsektoral'nogo uchebnogo kursa po profilaktike neinfekcionnyh zabolevanij 12-15 marta 2018 g., g. Moskva. [Alcohol Use as a Common Risk Factor for Road Traffic Injuries and Non-Communicable Diseases, on the Materials of the Third Moscow Intersectoral Training Course on the Prevention of Non-Communicable Diseases March 12-15, 2018, Moscow] *Voprosy narkologii [Issues of narcology]* 2018; 6(166): 19-29. (In Russ.)
7. Sklar A.L., Boissoneault J., Fillmore M.T., Nixon S.J. Interactions between age and moderate alcohol effects on simulated driving performance. *Psychopharmacology (Berl).* 2014 Feb;231(3):557-66. doi: 10.1007/s00213-013-3269-4.
8. Wan J., Wu C., Zhang Y., Houston R.J., Chen C.W., Chanawangsa P. Drinking and driving behavior at stop signs and red lights. *Accid Anal Prev.* 2017 Jul;104:10-17. doi: 10.1016/j.aap.2017.04.008
9. Yan X., Radwan E, Guo D. Effects of major-road vehicle speed and driver age and gender on left-turn gap acceptance. *Accid Anal Prev.* 2007;39:843–852. doi: 10.1016/j.aap.2006.12.006
10. Pfau T.V., Vtorushina Yu.S., Mongush Ch.N. (2021). Osobnosti affektivnogo komponenta social'nikh ustanovok voditelei, osuzhdenyh za upravlenie transportnim sredstvom v sostoyanii op'yaneniya [Features of the affective component of the social attitudes of drivers convicted of driving under the influence of alcohol] *Mir nauki. Pedagogika I psihologiya [World of Science. Pedagogy and psychology]* 2021. 1(9) (In Russ.)
11. Roma P., Mazza C., Ferracuti G., Cinti M.E., Ferracuti S., Burla F. Drinking and driving relapse: Data from BAC and MMPI-2. *PLoSOne.* – 2019 Jan 2;14(1):e0209116. doi: 10.1371/journal.pone.0209116
12. Burtsev A.A., Buvin A.A. Obsor zarubezhnih program reabilitacii dlya voditeley upravlyavshih transportnimi sredstvami v sostoyanii op'yaneniya (Novaya Zelandiya, Velikobritaniya I Severnaya Irlandiya) [Review of Foreign Rehabilitation Programs for Drink-Drivers (New Zealand and United Kingdom). *Medicine [Medicine].* 2023; 11(3): 91-107 (In Russ.)
13. Burtsev A.A., Plotnikova M.A. Metodologiya razrabotki obrazovatel'nikh I reabilitacionih program intervencii dlya voditeley-narushiteley v evropejskih stranah (obzor) [Methodology for developing educational and rehabilitation intervention programs for offending drivers in European countries (review)]. *Medicina [Medicine]* 2023; 11(4): 55-78
14. Burtsev A.A., Bakanov K.C., Dubskaya Yu.V., Chernishev S.V. Ocenka jeffectivnosti obuchajushhego modulya «Alcogol' i vozhdzenie» social'nogo proekta «Avtotrezvost'» v pervichnoy profilactike upravlenija transportnimi sredstvami v sostoyanii op'janeniya // *Voprosy narkologii [Issues of narcology]* 2021. – № 11 (206). С. 69–77 (In Russ.)
15. Klinicheskie rekomendacii «Trevozhno-fobicheskiye rasstrojstva» (odobreny Minzdravom Rossii) utverzhdeny: 2021 g. Jelektronnyj resurs [Clinical guidelines “Anxiety-phobic disorders” (approved by the Ministry of Health of Russia) approved: 2021. Electronic resource] (In Russ.)
16. Lievegoed B. Krizisy zhizni – shansy zhizni. Razvitie cheloveka mezhdru detstvom i starost'ju: Per. s nem., «Duhovnoe poznanie» [Life crises – life chances. Human development between childhood and old age. «Spiritual knowledge», Kaluga] Kaluga – 1994.
17. Ellis Lee, Sex-differences: summarizing more than a century of scientific research, CRC Press, 2008.

Информация о статье

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: исследование не имело спонсорской поддержки.

Сведения об авторах

Масякин Антон Валерьевич – д-р мед. наук, директор ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», г. Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-9614-7343>

Созонова Алина Станиславовна – зам. главного врача по медицинской части ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», г. Москва, Россия, <https://orcid.org/0009-0006-1273-3617>

Деменко Елена Геннадьевна – заведующая Центром профилактики зависимого поведения (филиал) ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», г. Москва, Россия, <https://orcid.org/0009-0006-5848-7028>

Аршинова Виктория Викторовна – д-р психол. наук, врач – психиатр-нарколог, научный руководитель профилактических программ ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», г. Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0003-1125-3786>

Радионова Мария Сергеевна – канд. психол. наук, медицинский психолог ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», г. Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0001-5701-5869>

Сафонцева Светлана Владимировна – канд. психол. наук, медицинский психолог ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», г. Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0003-0452-3370>

Суворова Ирина Юрьевна – канд. психол. наук, медицинский психолог ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», г. Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0003-3804-2129>

Для корреспонденции

Аршинова Виктория Викторовна
vkt.arshinova@gmail.com

Article info

Conflict of interest: the authors declare that there is no conflict of interest.

Funding: the authors received no financial support for the research.

Information about authors

Anton V. Masyakin – ScD in Medicine, Director of Moscow Scientific and Practical Center for Narcology of Moscow Healthcare Department, <https://orcid.org/0000-0002-9614-7343>

Alina S. Sazonova – Deputy Chief Physician of Moscow Scientific and Practical Center for Narcology of Moscow Healthcare Department, <https://orcid.org/0009-0006-1273-3617>

Elena G. Demenko – Head of the Center for Prevention of Addictive Behavior (branch) of Moscow Scientific and Practical Center for Narcology of Moscow Healthcare Department, <https://orcid.org/0009-0006-5848-7028>

Victoriya V. Arshinova – ScD in Psychology, Psychiatrist, Addition Psychiatrist, Chief Research Officer of the Addition Prevention Program, Moscow Scientific and Practical Center for Narcology of Moscow Healthcare Department, <https://orcid.org/0000-0003-1125-3786>

Maria S. Radionova – PhD in Psychology, Medical Psychologist, Moscow Scientific and Practical Center for Narcology of Moscow Healthcare Department, <https://orcid.org/0000-0001-5701-5869>

Svetlana V. Safontseva – PhD in Psychology, Medical Psychologist, Moscow Scientific and Practical Center for Narcology of Moscow Healthcare Department, <https://orcid.org/0000-0003-0452-3370>

Irina Yu. Suvorova – PhD in Psychology, Medical Psychologist, Moscow Scientific and Practical Center for Narcology of Moscow Healthcare Department, <https://orcid.org/0000-0003-3804-2129>

Correspondence to

Victoriya V. Arshinova
vkt.arshinova@gmail.com