https://doi.org/10.17116/jnevro20181182165-73

Негативное влияние семейной отягощенности на готовность стационарных пациентов с наркотической зависимостью к прохождению реабилитационной программы

А.О. КИБИТОВ*, Л.П. БАБИЧЕВА, Н.А. ЧУПРОВА, А.В. ЩУРИНА, Р.А. РОМАШКИН

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского», Москва, Россия

Цель исследования. Выявление объективных факторов, позволяющих прогнозировать готовность стационарных наркологических пациентов к прохождению реабилитационной программы. **Материал и методы.** Проведено ретроспективное сравнительное исследование 199 госпитализированных пациентов с зависимостью от ПАВ, в числе которых было 16,6% женщин, 83,4% мужчин; 91,5% страдали зависимостью от опиоидов. С использованием бинарной логистической регрессии изучали преморбидные, анамнестические, клинические, социально-демографические характеристики пациентов как возможные предикторы готовности к реабилитации до и после проведения мотивационных мероприятий на основе когнитивно-поведенческой психотерапии. **Результаты.** Наличие семейной отягощенности по наркологическим заболеваниям снижает вероятность готовности к реабилитации в 4,5 раза (p<0,0001, Exp(B)=4,577, ДИ 95% [2,056; 10,190]). Влияние прочих факторов более слабое и проявляется только при их сочетаниях (сочетание женского пола с употреблением нескольких ПАВ, сочетание инъекционного пути введения наркотика и полинаркомании, сочетание безремиссионного течения заболевания и семейной отягощенности) в направлении увеличения вероятности готовности к реабилитации. Влияния социально-демографических переменных не выявлено. **Заключение.** Семейная отягощенность по наркологическим заболеваниям существенно снижает вероятность готовности к реабилитации, а клиническая тяжесть заболевания, напротив, повышает такую готовность. Пациенты с семейной отягощенностью образуют группу, требующую максимальных усилий в процессе подготовки к реабилитации.

Ключевые слова: *наркология, реабилитация, готовность к реабилитации, мотивация, семейная отягощенность, наследственность.*

An essential negative effect of a family history of substance use on readiness for drug dependence rehabilitation treatment in inpatients with addictions

A.O. KIBITOV, L.P. BABICHEVA, N.A. CHUPROVA, A.V. SHCHURINA, R.A. ROMASHKIN

Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia

Objective. To reveal objective factors predicting the readiness of inpatient drug treatment patients to undergo a rehabilitation program. **Material and methods.** In a retrospective comparative study, drug-dependent individuals (n=199, 16.6% females, 83.4% men, 91.5% opioid-dependent) were studied. After conducting motivational activities based on cognitive-behavioral psychotherapy, the premorbid, anamnestic, clinical, socio-demographic characteristics of patients were studied as possible predictors of readiness for rehabilitation using binary logistic regression. **Results.** Family history of substance use reduced the probability of readiness for rehabilitation by >4,5 times (p<0.0001, Exp (B) = 4.577, CI 95% [2.0556, 10.190]). The influence of other factors was weaker and manifested itself only with their combinations (female sex + use of several psychoactive drugs; intravenous drug injection + polydrug addiction; non-remission course of disease + family history of substance use) which increased the likelihood of readiness for rehabilitation. There was no effect of social/demographic variables. **Conclusion.** Family history of substance use significantly reduces the likelihood of readiness for rehabilitation. The clinical severity of the disease, on the other hand, increases the chances of readiness. Patients with a family history of substance use represent a specific group of patients requiring maximum efforts in the process of motivation for rehabilitation.

Keywords: *drug dependence, rehabilitation treatment, readiness for rehabilitation, motivation, family loading, heredity.*

Реабилитационный этап оказания наркологической помощи является важной и неотъемлемой частью лечебного процесса, во многом обеспечивающей эффективность лечения наркологического больного [1, 2]. Медико-социальная реабилитация наркологических больных представляет собой этап реализации комплекса лечебных воздействий с подключением в соответствующий период времени мероприятий по социальной адаптации и реинтеграции наркологических больных. Научные основы реабилитации в наркологии разработаны с учетом биопси-

© Коллектив авторов, 2018

*e-mail: druggen@mail.ru

хосоциальной модели этиологии и патогенеза наркологических заболеваний [3].

В современной наркологии имеются разные варианты организации реабилитационного процесса, в том числе модель «терапевтического сообщества» (ТС) [4]. Показано, что эффективность реабилитации находится в прямой зависимости от числа пройденных этапов лечения. Например, проведение одной лишь детоксикации дает 1—5% годовых ремиссий, детоксикация плюс лечение психопатологических расстройств — 15—20%, присоединение психотерапии обеспечивает 25—30%, а включение в программы медико-социальной реабилитации — 30—40% годовых ремиссий [5].

Однако полноценный цикл лечебно-реабилитационного процесса проходит лишь малая часть наркологических пациентов [6, 7]. На эту ситуацию влияют недостаточное развитие системы лечебно-реабилитационной помощи наркологическим больным и ее малая доступность [8], а также низкий уровень обеспеченности наркологических учреждений психотерапевтами и медицинскими психологами для сопровождения пациента на всех этапах лечения и реабилитации с использованием современных мотивационных технологий [6]. Однако важной проблемой является и вопрос мотивации пациентов на прохождение длительной реабилитационной программы, включая медико-социальную реабилитацию и ресоциализацию [9]. Известно, что главным условием построения успешного терапевтического процесса выступают мотивация и добровольное согласие на лечение [10], при этом только небольшая часть пациентов соглашаются на продолжение лечения, а успешная мотивация является результатом сложной терапевтической работы [9]. Необходимо оценивать индивидуальный уровень мотивации, а выявление переменных — предикторов уровня мотивации и успеха мотивационной работы может существенно улучшить качество лечения и его результативность [11].

Вследствие этого система мероприятий по мотивированию пациентов на лечение и включение в реабилитационную программу, являющаяся условием достижения эффективности оказанной наркологической помощи, осуществляется на разных этапах лечения пациентов с зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ) [12—14]. Разработаны алгоритмы для повышения уровня мотивации на лечение и реабилитацию, применяются различные технологии мотивационных воздействий, основанных на принципах когнитивно-поведенческой психотерапии: первичное мотивационное собеседование, мотивационное интервью в сочетании с любым терапевтическим подходом, комплаенс-терапия, альянсцентрированная и мотивационная психотерапия [15, 16]. При этом предполагается дифференцированный подход при мотивировании пациентов с зависимостью от разных ПАВ с учетом определенных особенностей их личности [17].

Клиническая и личностная геторогенность пациентов ставит вопрос о необходимости поиска предикторов — специфических объективных характеристик пациента, которые могли бы способствовать успешной мотивации и его готовности к реабилитационному этапу терапии.

Концепция уровней реабилитационного потенциала (УРП) Т.Н. Дудко [18] была первой попыткой ответить на этот вопрос и показала сложность и многомерность проблемы с научной и практической точек зрения. Огромное значение имеют сама система мотивации на реабилитацию, квалификация специалистов, ведущих мотивационную работу, возможности использования широкого инструментария, включая психодиагностику [19]. Однако оценка уровня УРП является динамической системой, многие из ее компонентов подвержены временно́й динамике, а также меняются в процессе развития клинической картины заболевания, что не позволяет прогнозировать вероятность мотивации на реабилитацию как однозначную данность для конкретного индивидуума. В то же время в большом лонгитудинальном исследовании [11] было показано, что уровень мотивации на реабилитацию индивидуален и не изменяется в процессе терапии и реабилитации.

Существует психотерапевтическая концепция Ю.В. Валентика [20], описывающая «психогенетические модели» структуры личности зависимого от ПАВ, активно использующаяся в мотивационной работе, но также не позволяющая выявить объективные факторы, прогнозирующие успешную мотивацию на реабилитационные программы. На основе этой модели было предпринято большое исследование уровней мотивационных установок у наркологических пациентов на проведение реабилитационных мероприятий и выявлено, что имеется прямая связь между глубиной клинических расстройств и нарушений социальной, психологической и духовной сферы. В то же время не выявлено такой связи с уровнем мотивации на реабилитацию, как и готовностью к ней [21].

Предложенная В.М. Ялтонским [22] теоретическая модель мотивации к лечению зависимости от ПАВ связывает «уровни» мотивации с «мотивационным уровнем внутренней картины болезни» и является актуальной в плане мишеней психотерапевтического вмешательства. Однако и в этой концепции также не выявлены объективные предикторы «уровней» мотивации на лечение, которые могли бы быть использованы как факторы, прогнозирующие ее высокий и низкий уровень. Однако, несомненно, что программы реабилитации наркологических пациентов не могут быть реализованы без активного участия клинических психологов [23].

Ведутся поиски и разработка адекватных и валидных психометрических инструментов для оценки уровней мотивации к лечению наркологических пациентов [24], а также специфических инструментов воздействия и интервенций для повышения мотивации [25]. По результатам динамической многофакторной оценки клинических и психосоциальных характеристик у больных с опийной зависимостью при прохождении реабилитации выявлено [26], что «реабилитационная программа приводит к уменьшению аддиктивных проблем, улучшению показателей психического, соматического здоровья и социального функционирования, а также качества жизни наркозависимых», но предикторы мотивации и готовности к участию в программе в этом исследовании установлены не были.

В лонгитудинальном исследовании [11] показано, что предикторами хорошей мотивации на реабилитацию могут быть уровень школьного образования, безработицы, раннее начало лечения и степень влечения к ПАВ. Однако зарубежные данные на основе схемы лечения с использованием заместительной терапии не могут быть адаптированы к парадигме полного отказа от употребления ПАВ.

Остается нерешенным важный, если не ключевой вопрос о том, какие именно объективные факторы, не за-

висящие от вариантов мотивационных мероприятий и субъективных мнений специалистов и самого пациента (преморбидные, анамнестические, клинические, социально-демографические), или их сочетания могут быть решающими для успешной мотивации наркологических пациентов на прохождение реабилитационной программы.

Цель исследования — выявление объективных факторов, позволяющих прогнозировать готовность стационарных наркологических пациентов к прохождению длительной реабилитационной программы на основе стандартной схемы мотивационных мероприятий.

Материал и методы

В исследование были включены 199 стационарных пациентов (16,6% — женщины) с диагнозами по МКБ-10: «психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением опиоидов» — рубрика F11.xx2 и/или «психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением нескольких ПАВ» — рубрика F19.xx2.

Критериями включения являлись пройденный курс стационарного лечения с длительностью более 21 дня, приверженность лечению, соблюдение лечебного режима. Пациенты исключались из исследования в случаях краткосрочного лечения (менее 21 дня), отказа от лечения, нарушения лечебного режима, наличия алкогольной зависимости, зависимости от азартных игр (F10.xx2, F65.0), наличия тяжелой психической (психоорганический синдром с признаками слабоумия, эндогенное психическое заболевание) и соматической (обострение токсического гепатита, цирроз печени, сердечно-сосудистая недостаточность) патологии.

Данные о пациентах были получены путем изучения медицинской документации, медицинских карт и историй болезни, а также интервью пациентов и их родственников.

Все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании, которое проводилось на базе клиники Научного центра наркологии, входящего в структуру Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского. Исследование было одобрено локальным этическим комитетом.

Исследование было ретроспективным сравнительным открытым натуралистическим по дизайну. Всем пациентам перед выпиской из стационара в рамках стандартной мотивационной работы было предложено прохождение длительной программы реабилитации по типу ТС с разъяснением преимуществ и необходимости реабилитационного этапа для дальнейшего лечения наркологического заболевания. Применяли стандартные технологии мотивационных воздействий, основанных на методологии когнитивно-поведенческой психотерапии: первичное мотивационное собеседование, мотивационное интервью в сочетании с любым терапевтическим подходом, комплаенс-терапия, альянсцентрированная и мотивационная психотерапия.

В зависимости от результатов мотивационной работы были выделены две группы пациентов: 1-ю группу («мотивированные») составили 99 больных, давших согласие на продолжение лечения (после выписки интегрировались в программу реабилитации); 2-ю группу («немотивированные») — больные, отказавшиеся от участия в программах реабилитации (после выписки продолжили лечение в рамках амбулаторной консультативной помощи). Проводили сравнение этих групп по социально-демографическим, преморбидным и клиническим показателям для выявления достоверных различий и значимых факторов, влияющих на результат мотивационных мероприятий. К социально-демографическим показателям относили пол, возраст, образование, социальный статус, наличие семьи и детей, условия проживания, нарушения семейных отношений, наличие судимости. В комплекс преморбидных переменных входили условия воспитания, наследственная отягощенность по психическим и наркологическим заболеваниям. Клинические переменные включали возраст больных к периоду первых проб ПАВ, вид и способ употребляемых ПАВ, начало формирования зависимости, прогредиентность и длительность заболевания, период до обращения за наркологической помощью, тип и длительность предшествующих ремиссий, госпитализации в наркологические учреждения; передозировки, соматические осложнения наркомании, расстройства личности

При сравнении количественных переменных исследования использовали однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA) (при нормальном распределении) и непараметрический критерий Манна—Уитни при отклонениях распределения от нормального. Для сравнения долей (частоты) встречаемости значений качественных (ранговые, номинальные) переменных использовали метод χ^2 Пирсона с поправкой Бонферрони для множественных сравнений с указанием значения критерия χ^2, отношения шансов (OR) и 95% доверительного интервала (ДИ). Для проверки ограничений на параметры статистических моделей использовался тест Вальда. Для оценки влияния переменных как факторов — предикторов, предсказывающих результат мотивации (согласие на прохождение реабилитационной программы) использовали бинарную логистическую регрессию с двумя вариантами исхода: мотивирован (дал согласие) или немотивирован (не дал) на прохождение реабилитационной программы. Различия признавали достоверными при $p<0,05$. Анализ проводили с помощью IBM SPSS Statistics 20.0.

Результаты

По данным теста Колмогорова—Смирнова, только возраст пациентов был близок к нормальному распределению и по данным ANOVA. Пациенты 1-й группы оказались в среднем достоверно моложе (средний возраст — 27,92±4,38 года), чем 2-й группы (30,08±4,94 года, $p=0,001$).

В 1-й группе доля женщин была в 2 раза больше (22,2%), чем во 2-й группе (11,0%, $p=0,033$, OR=1,608 ДИ 95% [0,973; 2,659]). Группы достоверно не различались по социально-демографическим **(табл. 1)** и преморбидным характеристикам **(табл. 2)**; имелись различия лишь на уровне тенденции; в 1-й группе не было пациентов, не окончивших среднюю школу, во 2-й группе таких лиц было 6% ($p=0,053$); в 1-й группе только 9,1% пациентов имели работу, что более чем в 2 раза меньше, чем во 2-й группе (21,0%, $p=0,054$).

Практически у всех пациентов было зафиксировано нарушение семейных отношений, прежде всего в виде конфликтов с родственниками и беспорядочных половых

Таблица 1. **Социально-демографические характеристики выделенных групп пациентов**

Показатель	1-я группа (*n*=99)		2-я группа (*n*=100)	
	абс.	%	абс.	%
Уровень образования				
среднее неоконченное	**0**	**0**	**6**	**6,0**[#]
среднее полное, среднее специальное неоконченное	32	32,3	24	24,0
среднее специальное	22	22,2	30	30,0
высшее неоконченное	23	23,2	24	24,0
высшее	22	22,2	16	16,0
Трудовая занятость				
работающий	**9**	**9,1**	**21**	**21,0**[#]
неработающий	82	82,8	76	76,0
студент	7	7,1	3	3,0
другая занятость	1	1,0	0	0
Семейное положение				
никогда не состоял(а) в браке	46	46,5	34	34,3
состоит в браке (или гражданский брак)	42	42,4	53	53,5
разведен(а) официально	10	10,1	12	12,1
другое	1	1,0	0	0
Условия воспитания				
в полной семье	76	76,8	85	85,9
в неполной семье	21	21,2	13	13,1
прочее	2	2,0	1	1,0
Условия проживания				
с партнером	16	16,2	10	10,1
с семьей	72	72,7	85	85,9
один (одна)	8	8,1	2	2,0
прочее	3	3,0	2	2,0
Наличие судимости	28	28,3	19	19,0

Примечание. Число больных в некоторых случаях меньше, чем всего в группе из-за пропущенных значений по некоторым переменным, где данных получить не удалось. Полужирным шрифтом выделены значимые различия. [#] — тренды на границе значимости: для показателя «образование» — p=0,053, для показателя «трудовая занятость» — p=0,054.

Таблица 2. **Преморбидные характеристики выделенных групп пациентов**

Показатель	1-я группа (*n*=99)		2-я группа (*n*=100)	
	абс.	%	абс.	%
Семейная отягощенность				
по психической патологии	10	10,1	7	7,0
по наркологической патологии	60	60,6	52	52,0
Наличие коморбидного расстройства личности				
наличие любого расстройства личности	20	20,6	22	22,2
эмоционально-неустойчивое (импульсивный тип)	8	8,2	7	7,1
эмоционально-неустойчивое (пограничный тип)	2	2,1	2	2,0
истерическое	1	1,0	3	3,0
зависимое	3	3,1	3	3,0
тревожное	0	0	2	2,0
диссоциативное	2	2,1	0	0
смешанное	4	4,1	5	5,1

связей. Уровень внутрисемейной конфликтности и реакция на него пациентов значительно различались между группами: в 1-й группе у $^1/_3$ пациентов отмечен разрыв супружеских отношений (33%), что больше, чем во 2-й группе (21%, p=0,058, тенденция), уходы из дома выявлены у 11,3% пациентов 1-й группы и только у 1% 2-й группы (p=0,002, OR=6,422, ДИ 95% [0,979; 42,14]).

Сравнительный анализ количественных переменных о начале и развитии заболевания **(табл. 3)** показал, что пациенты 2-й группы раньше начинают пробовать ПАВ (средний возраст — 16,48±2,797 года), чем 1-й группы (17,05±2,842 года; p=0,077, различия на уровне тенденции). Длительность систематического приема наркотика во 2-й группе оказалась достоверно больше (8,7±4,80 года), чем в 1-й группе (7,10±3,96 года; p=0,019). Длительность максимальной в течение жизни ремиссии во 2-й группе оказалась больше (17,85±23,67 мес), чем в 1-й группе (13,38±19,53 мес, p=0,062, тенденция). По осталь-

Таблица 3. **Распределение больных выделенных групп по особенностям начала и развития заболевания**

Показатель	Среднее ± стандартное отклонение; медиана (мин.— макс.)		Статистика U Манна—Уитни	*p*
	1-я группа (*n*=99)	2-й группа (*n*=100)		
Возраст больных к периоду первых проб алкоголя, годы	14,94±1,842 15 (7—18)	14,81±1,905 15 (8—18)	4561,500	0,718
Возраст больных к периоду первой пробы наркотика, годы	17,05±2,842 17 (13—29)	16,48±2,797 16 (11—35)	4011,000	0,077
Возраст больных к периоду первого употребления основного наркотика, годы	19,42±3,485 19 (14—29)	19,71±4,501 19 (13—38)	4631,000	0,860
Возраст больных к периоду начала систематического приема основного наркотика, года	20,62±3,462 20 (14—30)	20,92±4,422 20 (13—39)	4693,000	0,985
Период от систематического приема до обращения за медицинской помощью, годы	4,28±3,464 3 (1—15)	4,7±3,460 4 (1—16)	4240,500	0,239
Длительность систематического приема наркотика, годы	7,10±3,960 7 (1—15)	8,7±4,804 9 (1—21)	3742,000	0,019
Максимальная ремиссия, мес	13,38±19,528 6 (0—84)	17,85±23,674 10,5 (0—120)	3971,000	0,062
Число госпитализаций в наркологические клиники	1,75±0,438 2 (1—2)	1,72±0,451 2 (1—2)	4547,500	0,615

Таблица 4. **Виды ПАВ, употреблявшиеся больными выделенных групп**

ПАВ	1-я группа (*n*=99)		2-я группа (*n*=100)	
	абс.	%	абс.	%
Вид впервые употребляемых ПАВ				
Опиоиды	1	1,0	1	1,0
Каннабиноиды	90	90,9	94	94,0
Психостимуляторы	6	6,1	4	4,0
Прочие	2	2,0	1	1,0
Вид основного ПАВ				
Опиоиды	88	88,9	94	94,0
Каннабиноиды	2	2,0	0	0
Психостимуляторы	6	6,1	3	3,0
Прочие	3	3,0	3	3,0

ным количественным переменным достоверных различий выявлено не было.

Во 2-й группе преобладал (64%) диагноз «наркомания» против 38,4% в 1-й группе (*p*=0,0003 с учетом поправки Бонферрони, OR=0,591, ДИ 95% [0,439; 0,798]) и была снижена доля диагноза «полинаркомания в сочетании с алкоголизмом» (21%) по сравнению с 43,4% в 1-й группе (*p*=0,003 с учетом поправки Бонферрони, OR=1,783, ДИ 95% [1,222; 2,603]).

Первым наркотиком для подавляющего большинства пациентов 1-й и 2-й групп (90,9 и 94,0% соответственно) были препараты каннабиса, а основным видом употребляемых наркотиков — препараты опийной группы (88,9 и 94,0% соответственно) **(табл. 4)**. Большинство пациентов обеих групп (82,8 и 77,0% соответственно) употребляли наркотики инъекционным способом, способ «курение или ингаляция» в 1-й группе был выявлен у 7,1%, а во 2-й группе таковых не было (*p*=0,021 с учетом поправки Бонферрони, OR=0,479, ДИ 95% [0,413; 0,555]). 22% пациентов 2-й группы практиковали сочетания различных способов употребления ПАВ против 8,1% в 1-й группе (*p*=0,018 с учетом поправки Бонферрони, OR=2,019 ДИ 95% [1,098; 3,715]).

Сочетанное употребление разных видов ПАВ было выявлено у подавляющего большинства больных (84,8%) в 1-й группе и только у 65,7% — во 2-й группе (*p*=0,002, OR=1,591, ДИ 95% [1,226; 2,064]). В 1-й группе преобладало (59,6%) как сочетанное употребление наркотиков против 37,4% во 2-й группе (*p*=0,002, OR=1,577, ДИ 95% [1,172; 2,122]), так и сочетанное употребление наркотиков и алкоголя — 39,8% против 18,2% (*p*=0,001, OR=1,832 ДИ 95% [1,219; 2,754]. В 1-й группе около $^1/_3$ (29,6%) больных сообщили о случаях передозировки против 8% во 2-й группе (*p*=0,0001, OR=0,207, ДИ 95% [0,089; 0,481]).

В обеих группах у 74,7—77,0% пациентов в процессе течения болезни имелись ремиссии **(табл. 5)**. В 48,5—48,0% случаев ремиссии развились после проведенного лечения, остальные были обусловлены внешними причинами. У 26,3% в 1-й группе и у 23,0% во 2-й ремиссий не было.

Соматические осложнения наркомании **(табл. 6)** встречались в 1-й группе реже (89,7%), чем во 2-й (96,9%, *p*=0,042, OR=3,64, ДИ 95% [0,970; 13,661]), например HCV-носительство обнаружено у 92,9% пациентов во 2-й группе и только у 74,2% — в 1-й группе (*p*=0,0001, OR=4,514, ДИ 95% [1,848; 11,028]). Однако токсический

Таблица 5. **Ремиссии в выделенных группах пациентов**

Показатель	1-я группа (n=99)		2-я группа (n=100)	
	абс.	%	абс.	%
Наличие предшествующих ремиссий	74	74,7	77	77,0
Ремиссий не было	25	26,3	23	23,0
Тип ремиссии				
терапевтическая	48	48,5	48	48,0
ситуационно-обусловленная	25	25,3	29	29,0

Таблица 6. **Соматические осложнения наркомании в выделенных группах больных**

Показатель	1-я группа (n=99)		2-я группа (n=100)		p
	абс.	%	абс.	%	
Наличие осложнений наркомании в целом	87	89,7	95	96,9	0,042
Гепатит В	5	5,2	4	4,1	0,721
HCV-носительство	72	74,2	91	92,9	0,0001
Токсический гепатит	20	20,6	3	3,1	0,0001
ВИЧ-инфекция	12	12,4	9	9,2	0,473
Туберкулез	4	4,1	1	1,0	0,170
Сифилис	3	3,1	4	4,1	0,711
Энцефалопатия	17	17,5	9	9,2	0,087
Судорожные приступы	8	8,2	5	5,1	0,379

Таблица 7. **Результаты логистической регрессии при анализе прогностических факторов (базовые качественные и количественные переменные)**

Показатель	B	Стандартная ошибка	Вальд	C	p	Exp(B)	95% Доверительный интервал для Exp(B)	
							нижняя	верхняя
Возраст	0,036	0,039	0,846	1	0,358	1,036	0,960	1,119
Период систематического приема наркотика до обращения за помощью	–0,034	0,052	0,418	1	0,518	0,967	0,873	1,071
Длительность систематического приема наркотика	0,079	0,044	3,151	1	0,076	1,082	0,992	1,181
Число госпитализаций в наркологические клиники	–0,466	0,380	1,499	1	0,221	0,628	0,298	1,323
Женский пол	–1,336	0,427	9,801	1	0,002	0,263	0,114	0,607
Наличие семейной отягощенности по психическим заболеваниям	–0,390	0,553	0,497	1	0,481	0,677	0,229	2,002
Наличие семейной отягощенности по наркологическим заболеваниям	0,768	0,323	5,650	1	0,017	2,155	1,144	4,058
Константа	–0,450	1,194	0,142	1	0,706	0,638		
Анализ сочетаний факторов								
Наличие семейной отягощенности по наркологическим заболеваниям + длительность систематического приема наркотика	0,092	0,032	8,018	1	0,005	1,096	1,029	1,168
Женский пол + число госпитализаций в наркологические клиники	–0,849	0,239	12,589	1	0,000	0,428	0,268	0,684
Константа	0,272	0,200	1,856	1	0,173	1,312		

гепатит встречался в 1-й группе достоверно чаще (20,6%), чем во 2-й группе (3,1%, p=0,0001, OR=0,122, ДИ 95% [0,035; 0,424]).

При выявлении факторов, прогнозирующих готовность к прохождению реабилитационной программы использовали логистическую регрессию

На первом этапе в уравнение регрессии включали количественные переменные и базовые качественные, не зависящие от заболевания и его осложнений: пол, семейную отягощенность по психическим и наркологическим заболеваниям, а также их попарные сочетания. Методом условного включения удалось построить модель, объясняющую 15,2% дисперсии (R^2 Нэйджелкерка =0,152) и предсказывающую 68% вероятного исхода **(табл. 7)**. Обнаружено, что женский пол увеличивает вероятность успешной мотивации на реабилитацию на 73,7% (p=0,002), а наличие семейной отягощенности по наркологическим за-

Таблица 8. **Результаты логистической регрессии: сочетание качественных и количественных переменных**

Показатель	B	Стандартная ошибка	Вальд	Ст.св.	*p*	Exp(B)	95% Доверительный интервал для Exp(B)	
							нижняя	верхняя
Наличие семейной отягощенности по наркологическим заболеваниям	1,521	0,408	13,875	1	0	4,577	2,056	10,190
Наличие семейной отягощенности по наркологическим заболеваниям + отсутствие ремиссий	–1,202	0,548	4,815	1	0,028	0,300	0,103	0,880
Женский пол + употребление других ПАВ	–2,562	0,718	12,735	1	0,000	0,077	0,019	0,315
Полинаркомания + алкогольная зависимость + инъекционный путь введения	–1,368	0,462	8,758	1	0,003	0,255	0,103	0,630
Константа	0,408	0,252	2,612	1	0,106	1,504		

Примечание. Указаны только значимые переменные и их сочетания.

болеваниям снижает ее в 2 раза (p=0,017). Только одна количественная переменная — длительность употребления ПАВ является предиктором на уровне тенденции: каждый год употребления ПАВ увеличивает риск отрицательной мотивации на 8,2% (p=0,076).

Выявлены значимые сочетания факторов **(см. табл. 7)**: 1) сочетание семейной отягощенности по наркологическим заболеваниям и стажа систематического приема наркотика: при наличии семейной отягощенности каждый год увеличения стажа снижает вероятность успешной мотивации на 9,6% (p=0,005); 2) сочетание женского пола и количества госпитализаций: у женщин каждая дополнительная госпитализация увеличивает шанс успешной мотивации на 42,8% (p=0,0001).

При включении в регрессионную модель всех качественных переменных и их сочетаний методом условного включения удалось построить модель, объясняющую 31,1% дисперсии (R^2 Нэйджелкерка =0,311) и предсказывающую 74,1% вероятного исхода **(табл. 8)**. Очевидно, что улучшение показателей модели говорит о сложном комплексном влиянии многих переменных исследования, и ее результаты обладают большей ценностью, чем первой ограниченной модели.

Подтверждено независимое влияние семейной отягощенности, снижающей вероятность готовности к реабилитации в 4,5 раза (p<0,0001). При этом имеется совместное влияние факторов, модифицирующее эффект семейной отягощенности: при отсутствии предшествующих ремиссий негативное влияние семейной отягощенности нивелируется и сочетание факторов прогнозирует увеличение вероятности успешной мотивации на 70% (p=0,028). Имеется также совместное влияние пола и сочетанного употребления ПАВ: у женщин с употреблением нескольких ПАВ вероятность успешной мотивации выше на 93% (p=0,0001). Сочетание инъекционного пути введения наркотика и полинаркомании с алкогольной зависимостью также повышает вероятность успешной мотивации на 74,5% (p=0,003).

Обсуждение

Сравнение двух групп пациентов — готовых к реабилитации и отказавшихся от нее, позволило выявить ряд различий между группами, которые могут иметь значение как предикторы готовности к реабилитации.

Пациенты с готовностью к реабилитации оказались достоверно моложе, с большей долей женщин, тенденцией к снижению доли работающих, все имели среднее образование. Эти пациенты имели достоверно более короткую длительность систематического приема наркотика, тенденцию к более позднему возрасту в периоде первых проб наркотика, при этом достоверно большая доля этих пациентов употребляли несколько видов ПАВ, в том числе в сочетании с алкоголем. В этой группе достоверно более частыми были передозировки ПАВ, но в целом соматические осложнения наркомании среди них встречались достоверно реже.

Наличие семейной отягощенности по наркологическим заболеваниям, независимо от прочих переменных, снижает вероятность готовности к реабилитации в 4,5 раза (p<0,0001, Exp(B)=4,577, ДИ 95% [2,056; 10,190]). Влияние прочих факторов оказалось более слабым. Оно проявлялось только при их сочетаниях, увеличивающих вероятность готовности к реабилитации: женский пол и употребление нескольких ПАВ — на 93% (p=0,0001), инъекционный путь введения наркотика и полинаркомания — на 74,5% (p=0,003), безремиссионное течение заболевания и семейная отягощенность — на 70% (p=0,028). Дополнительными факторами, имеющими значение только в сочетании с главными, можно считать полинаркоманию, в том числе в сочетании с алкогольной зависимостью, сочетанное употребление нескольких ПАВ, количество госпитализаций и путь введения наркотика. Влияние социально-демографических переменных не выявлено.

Более тяжелое течение заболевания (сочетанное употребление ПАВ, безремиссионное течение) повышает вероятность готовности к реабилитации. Длительность систематического приема ПАВ оказывает значимое влияние только в сочетании с семейной отягощенностью, и этот эффект, видимо, состоит в том, что меньшая длительность приема уменьшает негативный эффект семейной отягощенности. Интересно, что безремиссионное течение на фоне семейной отягощенности также снижает эффект ее негативного влияния, возможно, за счет первой в жизни пациента ситуации вынужденной трезвости в условиях стационара.

Выявлено также своего рода уникальное сочетание клинических факторов, не имеющих собственного эффекта на готовность к реабилитации, но действующих вместе: комбинация тяжелой полинаркомании, включая

употребление алкоголя, и преимущественно инъекционного пути введения ПАВ повышает вероятность готовности пациента к реабилитации. Этот эффект можно объяснить тяжестью заболевания и значительными соматическими осложнениями, что приводит к усилению желания пациента продолжить лечение, это подтверждает наблюдение Ю.В. Валентика [20] о связи высокого уровня мотивации на реабилитацию у пациентов с опийной зависимостью с глубиной клинических расстройств.

Влияния социально-демографических переменных выявлено не было, что противоречит данным одного из зарубежных исследований этого вопроса [11].

Более сложным является влияние семейной отягощенности по наркологическим заболеваниям, т.е. генетического фактора, который затрагивает не только психофизиологические показатели, но и черты личности и социальную сферу индивидуума [27]. Очевидно, что столь глубокие многофакторные изменения проявляются в искажении и внутренней картины болезни, и структуры мотивационной сферы и могут существенно влиять на вероятность согласия пациента на прохождение длительной реабилитации. Отмечаются и значительные клинические проявления влияния семейной отягощенности на развитие и течение зависимости от опиатов — в группе отягощенных больных выявлена жесткая связь между возрастными и динамическими параметрами в структуре траектории развития зависимости, а длительность ремиссии определяется быстротой развития злоупотребления и формирования абстинентного синдрома [28]. Полученные результаты свидетельствуют о том, что наиболее значимым объективным предиктором готовности госпитализированных наркологических пациентов к прохождению реабилитационной программы негативного характера является генетическая характеристика больного — накопление в его семье случаев наркологических заболеваний.

Если семейная отягощенность по наркологическим заболеваниям существенно снижает вероятность готовности к реабилитации, вероятно, за счет специфического личностного и клинического фенотипа таких пациентов, то клиническая тяжесть заболевания, напротив, повышает шансы готовности и частично нивелирует влияние семейной отягощенности, хотя и имеет скорее модулирующее влияние.

Пациенты с семейной отягощенностью образуют специфическую группу больных, требующих максимальных усилий в процессе мотивации на реабилитацию. С учетом того, что до 65—70% стационарных наркологических пациентов имеют семейную отягощенность [27], очевидна важность полученных результатов для повышения эффективности терапии наркологических больных и качества оказания наркологической помощи в целом.

Существенным ограничением нашего исследования был его ретроспективный характер, что дает основания для продолжения изучения данного вопроса в проспективном дизайне.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Дудко Т.Н. Системный подход при оказании реабилитационной помощи лицам с аддиктивными расстройствами. *Вопросы наркологии*. 2008;3:80-92. [Dudko TN. The systemic approach in providing rehabilitation care to people with addictive disorders. *Voprosy narkologii* 2008;3:80-92. (In Russ.)].
2. Schuckit M. Treatment of Opioid-Use Disorders. *N Engl J Med*. 2016;375(4):357-368. https://doi.org/10.1056/NEJMra1604339
3. Дудко Т.Н. Реабилитация наркологических больных (реабилитология и реабилитационные концепции). *Вопросы наркологии*. 2006;1:31-41. [Dudko TN. Rehabilitation of narcological patients (rehabilitation and rehabilitation concepts). *Voprosy narkologii* 2006;1:31-41. (In Russ.)].
4. De Leon G. Therapeutic communities for addiction: a theoretical framework. *Int J Addict.* 1995;30(12):1603-1645.
5. Брюн Е.А., Кошкина Е.А., Агибалова Т.В., Дудко Т.Н., Бузик О.Ж. и др. *Современные подходы в организации медико-социальной реабилитации наркологических больных: методические рекомендации.* М. 2013. [Brun EA, Koshkina EA, Agibalova TV, Dudko TN, Buzik OZh i dr. *Modern approaches in the organization of medical and social rehabilitation of narcological patients: methodical recommendations.* 2013;124. (In Russ.)].
6. Дудко Т.Н. Состояние медико-социальной реабилитации наркологических больных в Российской Федерации. *Вопросы наркологии*. 2013;3:70-76. [Dudko TN. The state of medical and social rehabilitation of narcological patients in the Russian Federation. *Voprosy narkologii*. 2013;3:70-76. (In Russ.)].
7. Hiller M, Narevic E, Webster J, Rosen P, Staton M, Leukefeld C, Garrity TF, Kayo R. Problem Severity and Motivation for Treatment in Incarcerated Substance Abusers. *Substance Use & Misuse*. 2009;44(1):28-41. https://doi.org/10.1080/10826080802523301
8. Дудко ТН. Проблемы медико-социальной реабилитации в Российской Федерации. *Вопросы наркологии*. 2011;4:54-55. [Dudko TN. Problems of medical and social rehabilitation in the Russian Federation. *Voprosy narkologii*. 2011;4:54-55. (In Russ.)].
9. Ялтонский В.М., Сирота Н.А. Мотивационная терапия. *Наркология*. 2003;4:41-44. [Yaltonsky VM, Sirota NA. Motivation therapy. *Narkologiya*. 2003; 4:41-44. (In Russ.)].
10. Melnick G, Hawke J, De Leon G. Motivation and readiness for drug treatment: differences by modality and special populations. *J Addict Dis.* 2014;33(2):134-147. https://doi.org/10.1080/10550887.2014.909700
11. Piontek D, Kurktschiev S, Kraus L, Hölscher S, Rist F, Heinz T, Scherbaum N, Bender S, Buchholz A. «This Treatment Can Really Help Me»-A Longitudinal Analysis of Treatment Readiness and Its Predictors in Patients Undergoing Alcohol and Drug Rehabilitation Treatment. *Alcohol Clin Exp Res.* 2017;41(6):1174-1181. https://doi.org/10.1111/acer.13383
12. Дудко Т.Н. Система основных принципов построения лечебно-реабилитационного процесса в наркологии. *Вопросы наркологии*. 1999;2:28-34. [Dudko TN. The system of basic principles for building a treatment and rehabilitation process in narcology. *Voprosy narkologii*. 1999;2:28-34. (In Russ.)].
13. Иванец Н.Н. Современная концепция терапии наркологических заболеваний. *Вопросы наркологии*. 2013;1:108-117. [Ivanets NN. The modern concept of the treatment of narcological diseases. *Voprosy narkologii*. 2013;1:108-117. (In Russ.)].
14. Bokhan NA, Baturin EV.gender heteronomy of the formation of heroin addiction in adolescents. *Neuroscience and Behavioral Physiology*. 2011;7:710-714.
15. Агибалова Т.В., Тучин П.В. Оценка эффективности применения альянс-центрированной психотерапии в процессе стационарного лечения больных опиоидной наркоманией *Вопросы наркологии*. 2013;6:161-175. [Agibalova TV, Tuchin PV. Assessment of the effectiveness of the use of alliance-centered psychotherapy in the process of inpatient treatment of patients with opioid addiction. *Voprosy narkologii*. 2013;6:161-175. (In Russ.)].
16. Meier P, Donmall M, McElduff P, Barrowclough C, Heller R. The role of the early therapeutic alliance in predicting drug treatment dropout. *Drug Alcohol Depend*. 2006;83(1):57-64. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.10.010
17. Любченко Д.А., Редько А.Н., Агибалова Т.В. Особенности организации медико-социальной реабилитации потребителей психостимуляторов с учетом их личностных характеристик. *Наркология*. 2013;9:77-84. [Lyubchenko DA, Redko AN, Agibalova TV. Features of the organization of medical and social rehabilitation of consumers of psychostimulants

taking into account their personal characteristics. *Narkologiya*. 2013;9:77-84. (In Russ.)].

18. Дудко Т.Н. Уровни реабилитационного потенциала наркологических больных как основа дифференцированной системы их медико-социальной реабилитации. *Вопросы наркологии*. 2000;3:13-21. [Dudko TN. Levels of rehabilitation potential of narcological patients as the basis of the differentiated system of their medical and social rehabilitation. *Voprosy narkologii*. 2000;3:13-21. (In Russ.)].
19. Дудко Т.Н., Зенцова Н.И., Уманова О.В., Мубаракова К.В. Мотивация к обращению за наркологической помощью и медицинской реабилитацией. *Вопросы наркологии*. 2015;3:113-119. [Dudko TN, Zentsova NI, Umanova OV, Mubarakova KV. Motivation to seek treatment and medical rehabilitation. *Voprosy narkologii*. 2015;3:113-119. (In Russ.)].
20. Валентик Ю.В. Психогенетическая модель личности пациента с зависимостью от психоактивных веществ. *Наркология*. 2002;9:21-25. [Valentik YuV. Psychogenetic model of the personality of a patient with dependence on psychoactive substances. *Narkologiya*. 2002;9:21-25. (In Russ.)].
21. Новиков Е.М., Валентик Ю.В., Дрейзин А.А., Соболев Е.С. Комплексная оценка статуса и уровни мотивационных установок на проведение реабилитационных и реконструктивных мероприятий у больных с зависимостью от психоактивных веществ. *Наркология*. 2009;11:60-68. [Novikov EM, Valentik YuV, Dreizin AA, Sobolev ES. Complex assessment of the status and levels of motivational attitudes to the rehabilitation and reconstructive measures in patients with psychoactive substance dependence. *Narkologiya*. 2009;11:60-68. (In Russ.)].
22. Ялтонский В.М. Теоретическая модель мотивации к лечению зависимости от психоактивных веществ. *Вопросы наркологии*. 2009;6:60-69. [Yaltonsky VM. The theoretical model of motivation for the treatment of dependence on psychoactive substances. *Voprosy narkologii*. 2009;6:60-69. (In Russ.)].
23. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Применение и внедрение программ реабилитации и профилактики зависимого поведения как актуальная задача российской клинической психологии. *Медицинская психология в России*. 2012;2:72-74. [Sirota NA, Yaltonsky VM. The application and implementation of rehabilitation programs and the prevention of dependent behavior as an urgent task of Russian clinical psychology. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii*. 2012;2:72-74. (In Russ.)].
24. Tavakoli Ghouchani H, Niknami S, Aminshokravi F, Hojjat S. Factors Related to Addiction Treatment Motivations; Validity and Reliability of an Instrument. *J Res Health Sci*. 2016;16(3):147-152.
25. Knight D, Joe G, Crawley R, Becan J, Dansereau D, Flynn P. The Effectiveness of the Treatment Readiness and Induction Program (TRIP) for Improving During-Treatment Outcomes. *J Subst Abuse Treat*. 2016;62:20-27. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.11.007
26. Илюк Р.Д., Торбан М.Н., Берно-Беллекур И.В., Сурмиевич П.Е., Незнанов Н.Г., Крупицкий Е.М. Динамическая многофакторная оценка клинических и психосоциальных характеристик у больных с опийной зависимостью, проходящих реабилитационное лечение. *Наркология*. 2012;9:69-77. [Ilyuk RD, Torban MN, Berno-Bellecourt IV, Surmievich PE, Neznanov NG, Krupitsky EM. Dynamic multifactorial evaluation of clinical and psychosocial characteristics in patients with opiate dependence undergoing rehabilitation treatment. *Narkologiya*. 2012;9:69-77. (In Russ.)].
27. Кибитов А.О. Семейная отягощенность по наркологическим заболеваниям: биологические, генетические и клинические характеристики. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2015;1:98-104. [Kibitov AO. Family history on addictions: biological, genetic and clinical characteristics. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya*. 2015;1:98-104. (In Russ.)].
28. Кибитов А.О., Чупрова Н.А. Количественный анализ влияния семейной отягощенности по наркологическим заболеваниям на клинические показатели развития зависимости от героина. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2014;114:5-2:33-38. [Kibitov AO, Chuprova NA. A quantitative analysis of the effect of a family history of addiction on clinical indices of the development of heroin dependence. *Zh Nevrol Psikhiatr im. S.S.Korsakova*. 2014;114:5:2:33-38. (In Russ.)].