

УДК 616.89-008.441-06  
ББК Р64-321-33+Р645.024-33

## **РЕЦИДИВ ПРИ АДДИКЦИЯХ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ: АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКА ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ**

С.А. Кулаков

*Медицинская ассоциация «Центр Бехтерев», Санкт-Петербург, Россия*

*И скучно и грустно, и некому руку подать  
В минуту душевной невзгоды...  
Желанья!.. что пользы напрасно и вечно желать?..  
А годы проходят – все лучшие годы!  
М.Ю. Лермонтов*

Рецидив (от лат. *recidivus* – возвращающийся) – возврат болезни, т.е. повторение ее в типичной форме непосредственно после выздоровления или в периоде выздоровления. Как правило, рецидив бывает точным повторением картины недавно перенесенного заболевания; он может протекать короче и легче, чем первое заболевание, но в отдельных случаях при рецидиве наблюдаются тяжелые осложнения, иногда со смертельными исходами. Процесс рецидива (или срыва) – штатная ситуация в выздоровлении, проявлении любой хронической болезни. Частота рецидива, количество возвратов болезни и промежутки между ними бывают различными при отдельных заболеваниях и при одном и том же заболевании [6, 9].

Поскольку все люди делают ошибки, у всех пациентов с хроническими заболеваниями бывает срывной процесс, и не один. Мы обнаружили общие закономерности рецидивирования при аддитивных и психосоматических заболеваниях [11], которые Г. Аммон называл «архаическими заболеваниями Я» [1]. Гипертоническая болезнь течет с обострениями, кризами. Химическая зависимость протекает с частыми срывами и рецидивами. Срыв – это всегда обманутые ожидания, какими бы они не были.

Чем, как правило, характеризуется срывной процесс?

1. Замедление или прекращение действий по выздоровлению.
2. Часто начинается в благополучные времена.

3. На пути «срыва» пациент обычно не собирается срываться. У него вполне «благородные» цели, которые он не оценивает как ложные. Сам он не видит своего срыва!

4. Изоляция, отказ от взаимодействия с системой поддержки.

5. Употребление ПАВ наступает достаточно неожиданно для самого пациента, и не обязательно сразу тяжелое.

6. Если этот процесс остановить, тогда выздоровление опять оказывается возможным.

Можно выделить несколько уровней, которые являются «почвой» для очередного срыва:

- биологический уровень: наследственная отягощенность, сверхчувствительность к раздражителям, астенизация, преморбидные заболевания;

- психологический уровень: слабое Эго: неумение справляться с трудностями; жесткое суперэго (функция морали), перфекционизм;

- когнитивный уровень: ошибки мышления;

- духовный уровень: отсутствие внешней символической опоры; (экзистенциального смысла жизни); нарциссические проблемы; деструктивные аффекты (гнев, вина, обида).

К внешним пусковым факторам, триггерам («толчкам») относятся следующие факторы:

- конфликт со значимыми другими, жизненная неудача, потеря близких, резкое изменение жизненных обстоятельств;

- фрустрация (облом, неадекватное переживание неудачи или несоответствие желаемого и действительного, в том числе реального и идеального образа «Я»);

- экзистенциальные факторы: моменты выбора, переживания одиночества, потерь, симбиотические взаимоотношения;

- заниженная самооценка и повышенная самокритичность, комплекс неполноценности, падение самоуважения.

Рецидив может быть вследствие случайной ошибки, но чаще в результате системной ошибки в выздоровлении данного человека [8]. Чаще всего ошибки возникают в расстановке приоритетов в жизни: пациент все усилия направляет на социальный успех, романтические отношения, карьеру, появляются компоненты гордыни: своеволие (Поиск «своего» пути в выздоровлении по при знаку «я знаю, как мне надо»), высокомерие, т.е. срыв чаще начинается в духовной сфере.

В святоотеческой литературе Душа разделяется на разумную, раздражительную и вожделетельную части. Стоит потерять бдительность или контроль (разумная часть), идеализировать отно-

шения, находиться в хроническом состоянии раздражения и усталости (раздражительная часть), как задействуется третья, вождетельная часть, отвечающая за влечения, подталкивая чем-то ублажить утробу, способствуя употреблению психоактивных веществ (ПАВ). У психосоматических пациентов за счет ретрофлексивного механизма и жесткого Суперэго деструктивные эмоции не разряжаются, а заставляют «болеть» тот или иной орган [11, 13]. В последнее время мы наблюдаем, что обострение психосоматического заболевания идет параллельно со злоупотреблением ПАВ.

Итак, какие «духовные и душевные факторы» участвуют в рецидивах? Это, прежде всего, гордыня, уныние, гнев, низкое самоуважение. Ниже представлены компоненты гордыни, которые служат для проработки в психокоррекционной работе:

- высокомерие;
- страх самораскрытия;
- неспособность говорить о своих слабостях;
- неспособность смеяться над собой;
- отвергает помощь;
- отсутствие благодарности;
- сверхчувствительность;
- неспособность простить;
- неспособность извиниться или раскаяться;
- мстительность;
- помогает нуждающимся, чтобы себя возвысить;
- не терпит критику;
- обидчивость;
- упрямство;
- зависть;
- не видит свои ошибки;
- эгоизм или самолюбие;
- самоуверенность;
- большое самомнение;
- повышение голоса в раздражении;
- работа без меры;
- предубеждение – отвержение прежде исследования;;
- негибкость в общении;
- сарказм;
- поиск «своего» пути в выздоровлении по признаку «я знаю, как мне надо».

Что такое уныние? Оно проявляется в двух видах – иногда как невыносимая скука, тоска, а иногда как лень и безразличие к духовным занятиям. Уныние иначе именуется «злым разлением». При действии этой страсти, которая в русском языке называется хандрой, в английском – сплин, человеком овладевает некая безысходность, безразличие и равнодушие ко всему. Ничто не радует и не утешает человека. Переходит нередко в выраженную депрессию.

Самооценка (self-esteem) – какое мнение составляет о себе человек, включая степень самоуважения и самопринятия. Поэтому низкая самооценка предполагает неприятие себя, самоотрицание, негативное отношение к своей личности. Знаменитая формула У. Джемса:

$$\text{Самоуважение} = \frac{\text{Успех}}{\text{Притязания}}$$

до сих пор актуальна.

Одному человеку невыносимо стыдно, что он – вторая, а не первая перчатка мира, другой радуется победе на районных соревнованиях. Чем выше уровень притязаний, тем труднее их удовлетворить. В профилактике срыва важно выяснить, один или несколько источников самоуважения у пациента.

Является ли срыв неудачей в лечении? Наоборот, срыв *может быть* позитивным опытом. В англоязычной литературе *relapse – рецидив*, переводится как повторная ошибка. Действительно, пациент прожил без обострений или трезво существенный период своей жизни. Он перестроил, по крайней мере, на это время свою жизнь более эффективно, чем это было до начала заболевания, начал духовно расти. Он научился способам поддержания здорового образа и выздоровления. Он получил опыт того, что это *возможно для него*. Его семья получила такой же опыт плюс опыт *своего* выздоровления. Он начал строить личные отношения с Высшей силой в размышлениях. Он выстроил личные контакты с товарищами и сотрудниками в центре, где лечился, на группах, с людьми, которые могут ему помочь. Он имеет возможность вновь обратиться за помощью.

Метафорически рецидив можно представить как коррозию организма. Если сравнить коррозию с ржавлением судна, можно отметить, что в предыдущем лечении очистили ржавчину, но не покрыли слоем сурика, а сразу наложили слой краски. Через год ржавчина проступает на обоих бортах. То же самое происходит, когда пациенту не дают четких инструкций по профилактике рецидива после окончания медикаментозного и психотерапевтического лечения.

В перспективе, чтобы избежать срыва, *все* пациенты нуждаются в *профилактике* [7]: обнаружении признаков срывного процесса; развитии навыков принятия критической обратной связи; укреплении отношений с системой поддержки; поддержании ценностной системы; постоянном занятии своим духовным ростом, работой и совершенствованием своего стиля трезвой жизни, поскольку лишь сама задержка признаков срыва не гарантирует нормального процесса выздоровления.

Для успешного *лечения* необходимо:

- прекратить аддикцию (вещество, работа, созависимые отношения, интернет и т.д.);
- определить срочные меры к восстановлению процесса выздоровления;
- предпринять активные действия по изменению способа жить, возвращаясь к самому началу процесса выздоровления.

В первую очередь необходимы перемена ума, изменение сознания, преобразование разума, сожаление, раскаяние о случившемся (метанойя). Главный смысл перемены ума – изменение эгоистической установки сознания вместо внешнего успеха или идеализации отношений на установку любви к высшей силе и ближнему и самому себе. Члены Сообщества Анонимных Алкоголиков в целях предотвращения срыва придерживаются программы «НАЛТ». Это первые буквы английских слов: *hungry* – голодный, *angry* – злой, *lonely* – одинокий, *tired* – уставший. Они доподлинно знают, что именно эти состояния (плохое питание, раздражительность, одиночество и усталость) провоцируют практически любой срыв, рецидив [5].

Мы предлагаем следующий *«экстренный чемоданчик»* мер, которые может принять по отношению к себе сам пациент при рецидиве. Данные рекомендации основаны на рекомендациях зарубежных и отечественных специалистов [2, 5, 15, 16], а также на собственном опыте автора [10, 12]:

- изменить взгляд на вещи;
- придать смысл болезни;
- медитации, молитвы;
- дневник «только сегодня»;
- стимулирующий текст (притча, короткая история);
- концентрация на определенном моменте времени (еда, уборка);
- совладающие карточки и самоинструкции;
- духовное развитие, библиотерапия;
- использование совладающих образов при провокациях;

- ресурсы выздоровления;
- шпаргалка по срыву;
- самоанализ.

В качестве иллюстрации приведем пример содержания «шпаргалки», используемой пациентом при возможности срыва или самом срыве:

1. Я осознаю ситуацию, которая вызывает сильные (приятные или неприятные) чувства. Ситуация такая ....
2. Как звучит голос болезни во мне сейчас?
3. Что я могу противопоставить голосу болезни?
  - своеволие;
  - лень;
  - нечестность;
  - жадность;
  - эгоизм;
  - эгоцентризм;
  - осуждение;
  - оскорбления;
  - неуважение;
  - манипуляции;
  - праздность.
4. Что я могу сделать сейчас, чтобы чувствовать себя лучше?
5. Какая помощь мне сейчас нужна в том, что я не могу сделать сам?
6. Я не позволяю себе тут же, автоматически реагировать на чувство без обдумывания.
7. Я беру «тайм-аут» и на несколько минут ухожу от ситуации.
8. Я оцениваю интенсивность чувства по 10-балльной шкале, веду дневник чувств.

Как видно, данная шпаргалка состоит из пяти вопросов, подталкивающих пациента к рефлексии рефлексивных вопросов и трех конкретных техник совладания.

Иллюстрацией самоанализа для аддиктивных пациентов может послужить следующий алгоритм ежедневного самоанализа.

Опиши, пожалуйста, подробно эти ситуации:

1. Удалось ли мне сегодня обойтись без алкоголя и наркотиков?
2. Замечал ли я сегодня у себя...?
  - негативное мышление и разрушительные чувства (отрицание, недоверие, злость, злорадство, ненависть, зависть, страх, отчаяние, жалость к себе...);
  - навязчивые желания и мысли, одержимость;

- заранее настраивался на результат;
- беспокойство о будущем, прошлом;

Какие отрицательные черты проявлялись в моих сегодняшних поступках, наносил ли я вред себе и окружающим?

3. Обвинял ли я кого-нибудь в моих сегодняшних действиях?
4. Кто те люди в моей жизни, которым я доверял сегодня?
5. Признал ли я перед кем-нибудь свои ошибки сегодня?
6. Важно ли для меня было сегодня обойтись без алкоголя и наркотиков?
7. Что я сделал сегодня против своего желания?
8. За что я могу себя похвалить?
  - новые привычки (вовремя вставать, холодный душ, зарядка, приготовление себе еды, выполнение домашних обязанностей и т.д.);
  - бескорыстные поступки;
  - добросовестная работа;
  - ответственность;
  - самообразование;
9. Что принесло мне сегодня радость, удовольствие?
  - интересное общение;
  - активный отдых;
  - интересные открытия, книги, информация;
  - спорт;
  - подарки себе и другим;
10. Какие хорошие качества ты сегодня в себе видишь?
11. Кому и за что я могу сегодня быть благодарен?
  - люди;
  - Высшая Сила;
  - судьба;
12. Замечал ли я сегодня у себя позитивное мышление.
13. Что меня сегодня отдаляло от употребления, а что приближало?

P.S. Не умолчал ли я о каком-то событии, о котором непременно должен был посоветоваться с психологом?

В настоящее время во многих психотерапевтических направлениях придают значение изучению метакогниций [3, 4, 16]. Метакогниции – это процессы саморегуляции и их обдумывание. Психотерапевт помогает клиенту развить в себе способность «замечать», «схватывать», «прерывать» и «отслеживать» свои мысли, чувства и поведение. То же описывается и при ментализации как умение ви-

дочь себя извне. В итоге пациент должен приобрести смирение и отказ от деструктивного поведения.

Путем выполнения домашних заданий и индивидуальной работы с психологом пациент анализирует причины своего срыва и строит планы по его профилактике [12]. Повышение рефлексии и самосознания и постоянная работа над своим духовным ростом [14] – залог длительной ремиссии аддиктивных и психосоматических расстройств.

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. Аммон Г. Психосоматическая терапия. СПб: Речь, 2000. 238 с.
2. Будников М.Ю. Самоотношение у наркозависимых в процессе стационарной реабилитации: автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб, 2014. 28 с.
3. Ваисов С.Б. Современные технологии реабилитации зависимых от психоактивных веществ: учеб. пособие. СПб., 2013. 113 с.
4. Вешнева С.А., Бисалиев Р.В. Современные модели реабилитации наркозависимых // Наркология. 2008. № 1. С. 55–61.
5. Горски Т.Т., Миллер М. Остаться трезвым. Руководство по предотвращению срыва. СПб.: Наш путь, 2007. 236 с.
6. Демина М.В., Чирко В.В. «Отчуждение» аддиктивной болезни. М.: Медпрактика-М, 2006. 192 с.
7. Дудко Т.Н. Системный подход при оказании реабилитационной помощи лицам с аддиктивными расстройствами // Вопросы наркологии. 2008. № 3. С. 80–92.
8. Клиническая психотерапия в наркологии: руководство для врачей-психотерапевтов / под ред. Р.К. Назырова, Д.А. Федоряка, С.В. Ляшковой. СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2012. 456 с.
9. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Аддиктология: настольная книга. М.: Ин-т консультирования и системных решений, Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига, 2012. 536 с.
10. Кулаков С.А. Клинико-психотерапевтическая конференция в стационарной реабилитации наркозависимых // Психическое здоровье. 2009. № 2. С. 39–42.
11. Кулаков С.А. Психосоматика. СПб.: Речь, 2010. 319 с.
12. Кулаков С.А. Индивидуальная психотерапия в реабилитации наркозависимых // Мир Аддикций: химические и нехимические зависимости: тез. науч.-практ. конф. с междунар. участием. СПб., 2012. С. 70–71.
13. Лазарева Е.Ю., Николаев Е.Л. Психосоматические соотношения при кардиальной патологии: современные направления исследований // Вестник Чувашского университета. 2012. № 3. С. 429–435.
14. Николаев Е.Л. Проблемы духовного совершенствования в лечении психических расстройств // Вестник психотерапии. 2005. № 14. С. 9–20.
15. Шарыгина К.С. Психологические предикторы ремиссии в реабилитации лиц с зависимостью от психоактивных веществ: автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2014. 21 с.
16. Galanter M., Kleber H.D., ed. Psychotherapy for the treatment of substance abuse. American Psychiatric Publishing Inc., 2011. 405 p.



## REFERENCES

1. Ammon G. Dynamische Psychiatrie. Kindler, 1980 (Russ. ed.: Ammon G. Dinamicheskaya psikhatriya. St. Petersburg, V.M. Bekhterev Psychoneurology Institute Publ., 1995, 200 p.).
2. Budnikov M.Yu. *Samootnoshenie u narkozavisimykh v protsesse statsionarnoi reabilitatsii: avtoref. dis. ... kand. psikh. nauk* [Self-attitude in drug addicts during stationary rehabilitation. Abstract of PhD thesis]. St. Petersburg, 2014, 28 p.
3. Vaisov S.B. *Sovremennye tekhnologii reabilitatsii zavisimykh ot psikhoaktivnykh veshchestv: uchebnoe posobie* [Actual rehabilitation technologies for psychoactive substances abusers]. St. Petersburg, 2013, 113 p.
4. Veshneva S.A., Bisaliev R.V. *Sovremennye modeli reabilitatsii narkozavisimykh* [Actual models of drug addicts rehabilitation]. *Narkologiya* [Narcology], 2008, vol. 1, pp. 55–61.
5. Gorski T.T., Miller M. *Staying Sober: A Guide for Relapse Prevention*. Independence Press, 1986, 227 p. (Russ. ed.: Gorski T.T., Miller M. *Ostat'sya trezvym. Rukovodstvo po predotvrashcheniyu sryva*. St. Petersburg, Nash put' Publ., 2007, 236 p.).
6. Demina M.V., Chirko V.V. *«Otchuzhdenie» addiktivnoi bolezni* [Addictive disease alienation]. Moscow, Medpraktika-M Publ., 2006, 192 p.
7. Dudko T.N. *Sistemnyi podkhod pri okazanii reabilitatsionnoi pomoshchi litsam s addiktivnymi rasstroistvami* [Systematic approach in providing rehabilitation help for people with addictive disorders]. *Voprosy narkologii* [Issues of Narcology], 2008, vol. 3, pp. 80–92.
8. Nazrov R.K., Fedoryak D.A., Lyashkovskaya S.V., ed. *Klinicheskaya psikhoterapiya v narkologii: rukovodstvo dlya vrachei-psikhoterapevtov* [Clinical psychotherapy in narcology. Manual for psychotherapists]. St. Petersburg, V.M. Bekhterev Psychoneurology Institute Publ., 2012, 456 p.
9. Korolenko Ts.P., Dmitrieva N.V. *Addiktologiya: nastol'naya kniga* [Addictology. Handbook]. Moscow, Family Consulting and System Solutions Institute Publ., All-Russian professional psychotherapy League Publ., 2012, 536 p.
10. Kulakov S.A. *Kliniko-psikhoterapevticheskaya konferentsiya v statsionarnoi reabilitatsii narkozavisimykh* [Clinical-psychological conference of in-patient drug addicts rehabilitation]. *Psikhicheskoe zdorov'e* [Mental Health], 2009, vol 2, pp. 39–42.
11. Kulakov S.A. *Psikhosomatika* [Psychosomatics]. St. Petersburg, Rech' Publ., 2010, 319 p.
12. Kulakov S.A. *Individual'naya psikhoterapiya v reabilitatsii narkozavisimykh* [Individual psychotherapy in drug addicts rehabilitation]. *Tezisy nauchno-prakticheskoi konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem «Mir Addiktzii: khimicheskie i nekhimicheskie zavisimosti»* [World of Addiction: Substance and Non-Substance Addictions: works of scientific conference with international participation]. St. Petersburg, 2012, pp. 70–71.
13. Lazareva E.Yu., Nikolaev E.L. *Psikhosomaticheskie sootnosheniya pri kardial'noi patologii: sovremennye napravleniya issledovaniy* [Psychosomatic correlations of cardiac pathology: modern research approaches]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*, 2012, no. 3, pp. 429–435.
14. Nikolaev E.L. *Problemy dukhovnogo sovershenstvovaniya v lechenii psikhicheskikh rasstroistv* [Problems of spiritual self-improvement in mental disorders therapy]. *Vestnik psikhoterapii* [Psychotherapy Bulletin], 2005, no. 14, pp. 9–20.

15. Sharygina K.S. *Psikhologicheskie prediktory remissii v reabilitatsii lits s zavismost'yu ot psikhoaktivnykh veshchestv: avtoref. dis. ... kand. psikhol. nauk* [Psychological predictor of remission in psychoactive substance abusers rehabilitation. Abstract of PhD thesis]. St. Petersburg, 2014, 21 p.
16. Galanter M., Kleber H.D., ed. *Psychotherapy for the treatment of substance abuse*. American Psychiatric Publishing Inc., 2011. 405 p.

**Кулаков С.А. Рецидив при аддикциях и психосоматических заболеваниях: алгоритм диагностики и тактика психопрофилактики // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2016. Т. 12, № 1. С. 76–86.**

**Аннотация.** Работа посвящена анализу условий возникновения рецидивов при аддиктивных и психосоматических расстройствах, а также разработке клинического алгоритма диагностики рецидивов и особенностям их профилактики, в том числе со стороны самого пациента. Рецидив рассматривается автором как повторение болезни в ее типичной форме непосредственно после выздоровления или в периоде выздоровления. Рецидив может протекать короче и легче, чем первое заболевание, но в отдельных случаях при рецидиве наблюдаются тяжелые осложнения со смертельным исходом. Выявлены общие закономерности рецидивирования при аддиктивных и психосоматических заболеваниях. Обозначены уровни, являющиеся «почвой» для возникновения рецидива: биологический, психологический, когнитивный, духовный. К внешним пусковым факторам рецидива отнесены: конфликты со значимыми другими, жизненные неудачи, потеря близких, резкое изменение жизненных обстоятельств; фрустрация (неадекватное переживание неудачи или несоответствие желаемого и действительного, в том числе реального и идеального образа «Я»); экзистенциальные факторы (выбор, переживания одиночества, потери, симбиотические взаимоотношения); низкая самооценка и высокая самокритичность, комплекс неполноценности, падение самоуважения. Причиной рецидива часто бывают системные ошибки в расстановке приоритетов в жизни, когда пациент все усилия направляет на социальный успех, романтические отношения, карьеру. В результате появляются проявления гордыни, т.е. рецидив чаще зарождается в духовной сфере. К проявлениям рецидива также имеют отношение такие духовные факторы, как: уныние, гнев, низкое самоуважение. Рецидив не всегда является неудачей в лечении. Он может быть позитивным опытом пациента перестройки своей жизни и начала духовного роста. Для профилактики рецидивов пациенты нуждаются в обнаружении признаков срыва, развитии навыков принятия критической обратной связи, укреплении отношений с системой поддержки, поддержании системы ценностей, постоянном занятии духовным ростом, работой и совершенствованием стиля трезвой жизни. Предложена система экстренных мер по профилактике рецидива.

**Ключевые слова:** рецидив, аддикции, психосоматические заболевания, психотерапия, профилактика, духовная сфера.

**Информация об авторе:**

*Кулаков Сергей Александрович*, доктор медицинских наук, профессор, заместитель генерального директора по реабилитационной работе Медицинской ассоциации «Центр “Бехтерев”»; Россия, 1973171, г. Санкт-Петербург, пр. Королева, 48/5, тел. +7 812 3062022, *kulaksergey@yandex.ru*.

---

**Kulakov S. Retsidiv pri addiktsiyakh i psikhosomaticeskikh zabolevaniyakh: algoritm diagnostiki i taktika psikhoprofilaktiki [Relapse in addiction and psychosomatic disease: diagnostic algorithm and prevention tactics] (Russian). Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2016, vol. 12, no. 1, pp. 76–86.**

**Abstract.** The article is devoted to the analysis of conditions causing relapses into addictive and psychosomatic disorders, to the working-out of a clinical algorithm for diagnosing relapses and to the peculiarities of relapse prevention, including prevention measures taken by the patient himself/herself. The author considers a relapse to be a recurrence of a disease in its typical form straight after recovery or within a recovery period. The course of a relapse can be shorter and milder than the primary disease, but in some cases relapses are accompanied by severe complications leading to a fatal outcome. The article determines general regularities of relapsing into addictive and psychosomatic disorders. The levels becoming the ground for relapsing are also determined, they are: biological, psychological, cognitive, spiritual. The external triggers for relapsing are: conflicts with significant others, failures in life, loss of loved ones, a sharp change in life circumstances; frustration (the inadequate perception of a failure or the mismatch between what is desired and what is real, including the mismatch between the ego and the ego ideal); existential factors (choice, loneliness, loss, symbiotic relationships); low self-esteem and high self-criticism, inferiority complex, a decrease in self-esteem. A relapse is often caused by systematic mistakes in setting life priorities, when all the patient's efforts are directed at social success, romantic relationships, career. This results in neurotic pride, i.e. the origin of a relapse should be found in the psyche. Relapses can manifest themselves as such psychic factors as low spirits, anger, low self-esteem. A relapse is not always a treatment failure. It can be a positive experience of a patient's reconstructing his/her life and growing spiritually. To prevent a relapse patients need to detect signs of a probable failure, develop skills of accepting critical feedback, strengthen relations with the support system, maintain the system of values, promote spirituality growth, have a job and lead a sober life. The article offers a system of measures of relapse prevention.

**Keywords:** relapse, addictions, psychosomatic disorders, psychotherapy, prevention, spiritual sphere.

**Information about author:**

*Kulakov Sergei, M.D., Doctor of Medical Science, Professor, Deputy General Director for Rehabilitation, "Bekhterev Center" Medical Association; 48/5, Koroleva pr., St.Petersburg, 1973171, Russia, tel. +7 812 3062022, kulaksergey@yandex.ru.*

---

*Поступила: 18.02.2016*

*Received: 18.02.2016*