

Профилактика рецидивов

СИРОТА Н.А.

д.м.н., профессор, рук. отдела профилактики Национального научного центра наркологии МЗ России, профессор кафедры педагогики Московского университета МВД России;

ЯЛТОНСКИЙ В.М.

д.м.н., профессор, ведущий научный сотрудник отдела профилактики ННЦ наркологии МЗ РФ, начальник отдела психологического обеспечения Московского университета МВД РФ.

Данная статья посвящена одному из важнейших и в то же время недостаточно разработанных в отечественной наркологии аспектов реабилитации зависимых от наркотиков и алкоголя лиц — профилактике рецидивов.

Профилактика рецидивов является мультидисциплинарным разделом реабилитационной наркологии. Как ни одна другая эта часть проблемы базируется на современных исследованиях в области не только наркологии, но и психиатрии, клинической и социальной психологии.

В статье раскрыты понятия “рецидив” и “срыв”, а также представлены взгляды различных авторов на эти проблемы; рассмотрены концептуальные модели рецидива, ряд конкретных психотехнологий и приемов тренинговой работы.

Рецидив — возврат к употреблению наркотиков, алкоголя или других психоактивных веществ (ПАВ) после периода воздержания, сопровождающийся восстановлением симптомов зависимости.

Отмечаются различия между **рецидивом** и **срывом**, под которым понимается отдельный случай употребления наркотика или ПАВ.

Главной задачей лечения и реабилитации наркомании является не только помочь пациенту в прекращении употребления наркотика, но и обеспечение стабильности изменения образа жизни на продолжительное время. Эта точка зрения обусловила проведение ряда теоретических и практических исследований, посвященных поиску детерминант рецидива и создание терапевтических программ, которые должны помочь пациентам противостоять срывам и рецидивам.

Теоретическая и методологическая база профилактики рецидивов

Определяется несколько моделей рецидива, на основе которых разрабатываются базисные подходы к их предотвращению.

В когнитивно-поведенческой модели Marlatt & Gordon дано концептуальное понятие рецидива с точки зрения понимания его терапевтом и пациентом. С традиционной дихотомической (“черно-белой”) точки зрения возобновление употребления наркотиков или алкоголя является “провалом” лечения. Однако такой взгляд имеет массу негативных последствий. Одно из них — то, что после происшедшего срыва пациент прекращает предпринимать попытки к возобновлению процесса восстановления и выхода из зависимости. Более конструктивна противоположная точка зрения на суть рецидива как на ошибку, которую пациенту необходимо правильно воспринимать, осознать, использовать как опыт в дальнейшем восстановлении от зависимости. Однако важнейшей основой данной модели является профилактика срыва и рецидива, пока он не произошел. Особое место в этой модели уделено самоэффективности, которая развивается на протяжении всего времени абстиненции, и ситуациям высокого риска срыва, а также формированию и эффективному использованию копинг-навыков для преодоления ситуаций риска. Если пациент не способен использовать эффективное копинг-поведение, когда он сталкивается с ситуациями риска, то результатом этого будут снижение ощущения

самоэффективности в процессе преодоления болезни и использование наркотика или алкоголя в качестве деструктивного копинг-механизма избегания проблемы. Если результаты работы по преодолению зависимости оцениваются пациентом как эффективные, наркотик и алкоголь менее вероятно будут использованы. Данная модель получила дальнейшее развитие с позиций теории стресса и копинга Lazarus в работах Annis & Davis; Shiffman; Tucker, Vuchinich, and Harris; Vuchinich and Tucker [2, 3, 6, 7, 8,]. В этих моделях, имеющих больше сходств, чем различий, особое значение приобретает рассмотрение факторов риска срыва как ответа на эмоционально стрессовые ситуации. От эффективности копинг-поведения человека в этих ситуациях зависит исход. Само же копинг-поведение зависит от того, как воспринимается пациентом ситуация риска, как она оценивается, каков уровень развития копинг-ресурсов (уверенности в себе, компетентности, понимания проблемы, умения осознавать и контролировать свои эмоции, нести ответственность за выбор своего поведения).

Таким образом, когнитивно-поведенческая модель процесса рецидива выглядит следующим образом. На ситуацию высокого риска срыва индивид может давать эффективный копинг-ответ, направленный на преодоление своего влечения в данной ситуации. В результате этого у него повышается ощущение самоэффективности и уменьшается риск срыва. В противном случае индивид может не давать эффективного копинг-ответа, в результате чего у него уменьшается ощущение самоэффективности в преодолении болезни и усиливаются позитивные ожидания от приема наркотика. Он употребляет наркотик и получает в результате эффект абстиненции и интрапсихический конфликт, вызванный когнитивным диссонансом между желаемым самоотношением и восприятием себя как потерявшего контроль. В результате этого нарастают проблемы рецидива.

Какие же специфические стратегии используются в профилактике рецидивов?

Повышение уровня знаний о ситуациях высокого риска.

Тренинг навыков преодоления ситуаций высокого риска.

Повышение самокомпетентности и умения понимать и контролировать процессы, связанные с изменениями в сфере своего “Я” в ситуациях высокого риска.

Работа с самоидентификацией себя как человека, эффективно преодолевающего зависимость.

Тренинг когнитивной оценки проблемных стрессовых ситуаций и ситуаций высокого риска.

Работа над повышением внутреннего контроля над своим поведением.

Тренинг избегания ситуаций высокого риска.

В случае отсутствия эффективного копинг-ответа на ситуацию высокого риска используется релаксационный тренинг.

Обучение управлять стрессом и обучение навыкам копинг-поведения в стрессовых ситуациях параллельно с развитием копинг-ресурсов.

В случае снижения ощущения самоэффективности используется работа по формированию позитивных ожиданий в отношении собственного поведения в ситуациях риска и стрессовых ситуациях.

Работа с мотивацией. Обучение ежедневной работе над собой по преодолению зависимости.

В случае состоявшегося срыва и развивающегося рецидива используется медицинская программа снятия абстиненции и когнитивная реконструкция понимания процесса рецидива и поиска когнитивных, аффективных и поведенческих ресурсов по преодолению рецидива.

Конкретные психотехнологии профилактики рецидива базируются на понимании того, что вместе с пациентом необходимо развивать у него:

представление о себе как об эффективном человеке, преодолевающем зависимость;

навыки совладания со стрессовыми и проблемными ситуациями;

навыки и возможности самоконтроля, когнитивной оценки стрессовых и проблемных ситуаций, своего поведения, эмоций, влечения к наркотику и совладания с ним;

самоэффективность в процессе преодоления жизненных стрессовых ситуаций и ситуаций риска срыва и рецидива;

позитивный опыт успешного преодоления ситуаций риска срыва и рецидива;

способность к анализу и оценке ситуаций высокого риска срыва и рецидива;

самонаблюдение с целью усилить уровень осознания пациентом различных ситуаций как инструмент самоконтроля. Важно составлять перечень и график ситуаций риска, вести дневник, в котором фиксируются все ситуации риска, возникающие в реальной жизни, и проводится их анализ, а также анализ собственного поведения по их преодолению.

Очень важно прорабатывать конкретные ситуации риска в качестве домашней работы, так как таким образом происходит обучение конкретным формам копинг-поведения. Необходимо, чтобы пациент составил индивидуальный список конкретных ситуаций риска в иерархической последовательности от менее рискованных к более и оценил выраженность риска для себя в балльной системе.

Продвижение по проработке вариантов преодоления ситуаций риска должно также идти в последовательности от менее рискованных к более рискованным, вплоть до максимально трудных ситуаций. При этом необходимо, чтобы пациент понимал, что он реально готов к их преодолению и осознавал степень своей готовности, чувствовал себя эффективным человеком. Таким образом, будет формироваться самоэффективность в преодолении

риска рецидива. Необходима специальная подготовка по разработке вариантов использования альтернативных наркотизации копинг-стратегий (форм поведения, которые будут способствовать сопротивлению искушению наркотизации). Пациент должен научиться тому, чтобы адекватно оценивать и анализировать себя, свои мысли, эмоции и действия, чтобы понимать, что повышение самоэффективности — это результат успешно усвоенных и развитых навыков преодоления стрессовых и рискованных ситуаций. Если срыв или рецидив произошел, необходимо провести его микроанализ таким образом, чтобы пациент мог понять, что у него была возможность выбора варианта поведения. Необходимо проанализировать вместе с пациентом причины выбора именно этого варианта. Почему это произошло? Каких ресурсов не хватило у личности? Возник ли кризис мотивации? Какие факторы препятствовали эффективному преодолению ситуации риска? Что необходимо изменить, что развить, что доработать для того, чтобы последующие попытки преодоления ситуаций риска были эффективными? Произошедший срыв необходимо использовать как опыт. Были ли какие-то сигналы в мыслях, поведении к тому, что срыв может произойти? Что заставило пациента не заметить эти сигналы? [2].

В профилактике рецидива используются три категории стратегий.

1. Обучение навыкам копинг-поведения (когнитивно-поведенческое развитие).

2. Когнитивное переконструирование. Рассмотрение срыва как опыта, как процесса обучения не совершать подобных ошибок в будущем, как пример, на котором пациент приходит к пониманию того, как изменить свое мышление, систему оценок, управление эмоциями и поведением.

3. Работа со стратегиями самоконтроля и достижение сбалансированного образа жизни. При этом пациент должен быть наделен ответственностью за формирование сбалансированного образа жизни и контроль самого себя. Кроме того, ему необходима “обратная связь” — возможность объективно взглянуть на себя “со стороны”. Конечная цель этого процесса — осознать возможность выбора, повысить чувство уверенности в себе и самоэффективности.

Развитие стратегии самоконтроля в профилактике рецидива

С точки зрения проблемы самоконтроля ситуация высокого риска рецидива может развиваться следующим образом.

Неустойчивость мотивационного статуса, несоответствие стиля жизни требованиям сбалансированности постепенно переходит в желание потворствовать своим слабостям. На этом фоне возрастают потребности и актуализируется влечение к наркотику, однако оно не осознается, так как включаются защитные механизмы рационализации — “ничего страшного не произойдет”, “зачем нужна такая мерзкая жизнь без удовольствий”, “я и так слишком много сделал, я заслужил это” и т.д., — вытеснения, отрицания. Возникает “кажушаяся незначительность решения, легкость и неважность поступка, связанного с возобновлением наркотизации”. В этот момент создается ситуация высокого риска.

Какие действия необходимо совершать, чтобы подобная патологическая цепь не развивалась? На этапе неустойчивого равновесия необходима комбинация установок на стабильный жизненный стиль, жизненное равно-

весие с элементами позитивной зависимости (бег, занятия спортом, работа, медитация, уход за телом, интеллектуальный и эстетический рост и т.д.). На этапе формирования желания потворствовать своим слабостям необходимо сформировать позитивные желания, например творческой деятельности, занятий искусством, эстетического и физического самосовершенствования.

На этапе актуализации влечения необходимо интенсивно тренировать навыки преодоления влечения, техники контроля за своим эмоциональным и психическим состоянием.

На этапе формирования решения может быть использована техника *матрицы принятия решения*. Эта техника представляет собой запрограммированный в воображении рецидив и рассмотрение его последствий. Ситуация возникновения срыва и рецидива может быть проговорена или проиграна в ролевой игре с целью осознания того, что же действительно происходит и что может случиться дальше? Какие действия необходимо совершить, решения принять, что необходимо изменить? Использование данной техники — работа, требующая высокого мастерства, так как сопряжена с риском резкой актуализации влечения и неуправляемости поведения пациента. Поэтому она должна проводиться преимущественно в группе с развитым высоким эмпатическим потенциалом, в ситуации взаимного доверия и поддержки, когда пациент имеет возможность отреагировать свои эмоции и получить «обратную связь» и поддержку. Это работа в технике *key exposure* — проявления во вне неосознанных потребностей и проблем с целью их отреагирования и осознания.

В ситуации высокого риска необходимы интенсивная проработка стратегий избегания социальных ситуаций, связанных с риском использования наркотиков, и вся вышеописанная работа [2, 8].

Ситуации высокого риска рецидива

Наиболее распространенной классификацией ситуаций высокого риска рецидива является классификация Gordon J.R. & Marlatt G.A. [5]. В ней выделяются три основных вида ситуаций.

1. Негативные эмоциональные состояния (гнев, фрустрация, тревога и депрессия, связанные с интраперсональными конфликтами и/или реакцией на социальные стрессоры).

2. Интерперсональные конфликты (конфликты со значимыми другими, членами семьи, друзьями, сослуживцами).

3. Социальное давление (направленное прямо — предложение употребить наркотик, выпить или косвенно — пребывание в компании наркотицизирующих или алкоголицизирующих лиц).

Впоследствии перечень классов ситуаций риска был несколько расширен и в настоящее время традиционно представляется следующим образом.

Интраперсональные детерминанты:

негативные эмоциональные состояния (депрессия, фрустрация, тревога, гнев);

негативные физические состояния (усталость, разбитость, болезнь, физическое состояние, сходное с абстиненцией);

позитивные эмоциональные состояния (внезапная радость, восторг, подъем, предвкушение успеха, приятного события);

проверка собственного контроля (“Смогу ли контролировать дозу ПАВ, если снова, всего лишь раз, его употреблю?” или “Ничего страшного. Я — сильный человек.

Это я себе и другим уже доказал, прекратив употребление наркотиков. Теперь я смогу спокойно контролировать их употребление как захочу”).

Сильная тяга и искушение.

Интерперсональные детерминанты:

интерперсональный конфликт;

социальное давление;

позитивные эмоциональные ситуации, связанные с межличностным общением.

Суммарная модель динамики и профилактики срыва

T. Gorski [5].

На основании суммарной модели профилактики срыва Т. Gorski разработана CENAPS модель терапии профилактики рецидивов — CMPT — The CENAPS Model of Relapse Prevention Therapy. Данная модель является многосторонним методом профилактики возврата к употреблению наркотиков и алкоголя у лиц, от них зависимых, прошедших первичное лечение и начавших выполнять программу выздоровления.

Цели и задачи модели

Модель имеет 5 целей.

1. Восстановление и/или формирование общего (глобального) жизненного стиля, препятствующего рецидиву. Развитие комплексного самовосприятия собственной жизни, зависимости и истории срыва (или срывов).

2. Разработка личного списка признаков угрожающего рецидива, в котором должны проследиваться логика формирования срыва и причины перехода от стабильного выздоровления к срыву.

3. Формирование и развитие стратегий управления симптомами рецидива (стратегий преодоления симптомов рецидива).

4. Развитие и структурирование программы выздоровления, направленной на формирование самоидентификации пациента и критическое управление признаками рецидива.

5. Развитие плана ранней профилактики рецидива, который будет воплощаться в жизнь пациентом и его значимыми другими лицами шаг за шагом для предотвращения возврата к употреблению алкоголя или других наркотиков.

Этот метод основан на принципах когнитивной, аффективной, поведенческой и социальной терапии и состоит из пяти первичных компонентов:

1) оценка;

2) определение признаков нарушения процесса идентификации;

3) определение стратегий управления рецидивом;

4) Планирование выздоровления;

5) Тренинг профилактики рецидивов.

Основные психологические сферы, в которых проводится работа: 1) мышление (когнитивная), 2) сфера чувств (аффективная), 3) действия (поведенческая).

Основные социальные сферы: 1) работа, 2) друзья, 3) интимные взаимоотношения.

Главная цель — помочь пациенту наладить функционирование с каждой из этих сфер.

Изменения, по мнению автора данной модели, — нормальная и необходимая часть жизни, но и главная причина стресса. Изменение легко может вызвать реакцию, которая выбросит человека из процесса выздоровления

в динамику срыва, если человек не отдает себе отчета в происходящем или не готов справиться с этим.

Имеется обычная последовательность изменений, которая часто запускает динамику срыва. Она начинается с изменения установок, в частности, отношения необходимости следовать программе выздоровления, к переходу к изменениям поведения и изменениям структуры жизни, которые мешают продолжать программу выздоровления.

Однако, по мнению автора, динамика срыва обратима, если пациент получает подходящее лечение. Главный компонент профилактики — обучение пациентов распознаванию предвестников срыва, которые появились в их жизни.

Динамика разворачивающегося срыва складывается из следующих последовательностей жизненных изменений.

Внешнее событие, которое заставляет пациента менять распорядок дня и таким образом усиливает стресс и запускает внутренние изменения установки.

Стресс возрастает. Зависимый человек имеет к стрессу низкую толерантность.

Происходит реактивация защитной стратегии отрицания. Когда уровень стресса нарастает и становится критическим, появляется тенденция отрицать присутствие чрезмерного стресса в вновь включать механизмы отрицания, сопровождающего болезнь. Когда отрицается стресс, включаются другие, связанные с отрицанием мыслительные процессы.

Нарастающий стресс усиливает постабстинентный синдром. По мере того, как усиливаются его симптомы, проявляющиеся в мышлении, эмоциях, памяти, уровень стресса еще повышается.

Пациент начинает вести себя иначе, чем раньше. Его поведение отражает нарастающий стресс.

Изменение поведения влечет изменение отношений с людьми. Следует разрыв социальных связей.

Структура жизни начинает рушиться. Планы выздоровления заброшены. Ежедневные привычки и режим дня изменены.

Недостаток структурированности, поддержки со стороны других людей и усиливающийся постабстинентный синдром приводят к замешательству, беспорядку и неспособности решать проблемы и принимать решения. Происходит «потеря здравомыслия».

Следующий шаг — это потеря контроля над своими мыслями и поведением. Человек перестает совершать разумные выборы и не способен прервать или изменить свои действия.

Зависимый человек приходит к убеждению, что он больше не может контролировать свою жизнь и начинает верить в то, что единственным доступным выходом для него является физический или эмоциональный коллапс, самоубийство или употребление ПАВ.

Он возвращается к употреблению наркотика или алкоголя, у него может развиться психосоматическая болезнь, серьезное нарушение психики, он может совершить самоубийство или стать подверженным несчастным случаям.

Планирование профилактики срыва

Результат успешного планирования профилактики срыва — это человек, который больше не употребляет наркотиков и алкоголя, чувствует себя комфортно в трезвости и знает о своих симптомах — предвестниках срыва, имеет план действий для прерывания этих симптомов при

их появлении и список своих проблем для прохождения курса консультирования.

Планирование профилактики срыва состоит из следующих шагов:

- стабилизация,
- оценка,
- обучение пациента,
- определение предвестников срыва,
- пересмотр программы выздоровления,
- обучение инвентаризации,
- прерывание динамики срыва,
- вовлечение значимых людей,

Последовательное выполнение и подкрепление

Gorski определяет понятия *терапевтический* и *нетерапевтический срыв*. Терапевтический срыв — это срыв, который увеличивает шансы на выздоровление. Он обычно бывает коротким и имеет слабые последствия. Конечный результат заключается в том, что пациент понимает тот неопровержимый факт, что он — зависимый человек и не может употреблять ПАВ. Он определяет истоки своего срыва, которые он, вероятно, не смог бы определить, не имея научающего опыта.

Стабилизируя пациента после терапевтического срыва важно оценить вместе с ним понесенный ущерб. Пациент склонен преувеличивать ущерб и часто убежден, что срыв обесценил его работу по выздоровлению. Лечащий персонал должен помочь ему преодолеть ошибочные убеждения. Пациент уже достиг многих позитивных результатов. Срыв в действительности был шагом на пути роста. Пациент пойдет дальше с ускорением. Важно разработать план для содействия пациенту в работе с его чувствами (смущение, беспомощность, замешательство, вина, желание самоизоляции). Как только пациент стабилизируется, он должен продумать структурированный план поддержки выздоровления на период от 3 до 5 месяцев.

Нетерапевтический срыв — это срыв, затрудняющий выздоровление. Он длится так долго, что прежние болезненные симптомы, привычки и стиль мышления не только возвращаются, но и усиливаются. Это также может быть короткий срыв, который нанес серьезный ущерб физическому здоровью, мыслительным и эмоциональным процессам, социальным связям и способности пациента регулировать свое поведение.

Такой срыв имеет очень серьезные последствия. Если он диагностирован, часто бывает необходимым планировать начальную стабилизацию так, если бы это было первое обращение пациента к лечению. Пациент должен быть достаточно стабилен, чтобы понимать лечебные планы и извлекать из них пользу для себя.

После окончания *стабилизации* необходимо провести тщательную *оценку*. Нужно оценить следующие области.

Имеющиеся проблемы. Терапевт фактически завершает первую фазу лечения, на которой выполняются задачи, связанные с *мотивационным кризисом*. Пациент должен прийти к пониманию подлинной сущности этого кризиса, который возник в результате срыва, и подлинной сущности тех осложнений, которые активизировали динамику срыва.

Текущая динамика срыва. В оценке этой ситуации решающее значение имеет подробное исследование пациентом точной последовательности событий, которые разворачивались до срыва. Это — очень трудный процесс, потому что именно в этот период возникают симптомы-предвестники срыва. Активация симптомов-предве-

стников — это неосознаваемый процесс. В результате у пациента есть “белые пятна”, или “провалы в памяти”, относящиеся к периоду между началом абстиненции и возвращением к пьянству. С помощью интервьюирования и прямых вопросов можно заставить пациента извлечь на поверхность и реконструировать те события, которые он осознает.

История срыва. Оценка этой ситуации проводится, чтобы определить, есть ли у пациента прогресс в лечении в целом или эффективность лечения постоянно уменьшается. Срыв — это не всегда знак неудачного лечения. Если история пациента включает удлинение периодов трезвости, за которыми следуют срывы все меньшей продолжительности и с меньшими негативными последствиями, то пациент фактически находится в процессе выздоровления. Важно определить, что показывает история срывов — улучшение или ухудшение.

Уровень завершенности лечения. При оценке этого вопроса фазы развития выздоровления используются как путеводитель, помогающий пациенту исследовать свой предшествующий прогресс в лечении.

Факторы, осложняющие выздоровление. Оценка их достигается при рассмотрении вместе с пациентом.

Личностный стиль пациента — способ реагирования на трезвость (крайне зависимый, крайне независимый, скрытый зависимый и функционально зависимый).

Далее автором предлагается процесс обучения пациента, который воздействует преимущественно на когнитивную сферу. Модель обучения включает подробнейшую информацию, которую пациенту необходимо знать о срыве, а также обзор программы дальнейшего выздоровления.

Прерывание динамики срыва

При прерывании динамики срыва пациент должен осознать присутствие предвестников срыва и предпринять действия по их устранению. Для этого он должен использовать принцип проблемразрешающего процесса, а именно:

- идентифицировать (определить) проблему,
- прояснить (исследовать) ее,
- определить альтернативные варианты ее разрешения,

определить вероятные последствия каждой из альтернатив,

принять решение,

выполнить решение,

довести действие до конца и оценить его результат.

Важнейшим шагом в прерывании динамики срыва является вовлечение значимых других и создания вместе с ними “команды выздоровления” — действенной социальной поддерживающей пациента сети.

Успешная работа по профилактике рецидива имеет свое завершение и подкрепление. Для этого необходимо разработать дальнейший план предотвращения срыва совместно с планом выздоровления, используя при этом работу в лечебной субкультуре (группы АА, НА); объединить планирование профилактики срыва с продолжающимся лечением пациента и его семьи; объединить планирование профилактики срыва с планом поддержания трезвости.

Список литературы

1. Annis H., Davis C. Relapse Prevention // Handbook of alcoholism treatment approaches / R. Hester & W. Miller (eds.). — New York: Pergamon Press, 1989. — P. 170–182.
2. Annis H., Davis C. Relapse Prevention Training: A Cognitive — Behavioral Approach Based on Self-Efficacy Theory // J. of Chemical Dependency Treatment. — 1989. — Vol. 2 (2). — P. 82–103.
3. Approaches to Treatment of Substance Abuse. W.H.O. \P.S.A.\ 93.10, 194 p.
4. Gerdner A. The socio-psychological foundation of milieu therapy with addicts. — Presentation for the DRSTP project in Russia, January 2001.
5. Gorski T.T. The CENAPS Model of Relapse Prevention Therapy (CMPT). Approaches to Drug Abuse Counseling. NIDA. Printed July 2000. — P. 23–38.
6. Miller W.R. What is a relapse? Fifty ways to leave the wagon // Addiction. — 1996. — Vol. 91 (Suppl.). — P. S15–S27.
7. Moser A. & Annis H. The role of coping in relapse crisis outcome: a prospective study of treated alcoholics // Addiction. — 1998. — Vol. 91 (8). — P. 1101–1113.
8. Tucker J. et al. Environmental Influences on Relapse in Substance Use Disorders // The International Journal of the Addictions. — 1990–1991. — Vol. 25 (7A & 8A). — P. 1017–1050.

PREVENTION OF RELAPSE

SIROTA N.A. Dr.med.sci., professor, State Research Institute on Addiction, Moscow
YALTONSKY V.M. Dr.med.sci., professor, State Research Institute on Addiction, Moscow

This article is about one of the most important and insufficiently developed rehabilitation aspects in the Russian narcology — relapse prevention. Relapse prevention is a multidisciplinary part of rehabilitation narcology. It is — more than any other aspect — based on the modern research and studies not only in the field of narcology but also in psychiatry, clinical and social psychology.

The article deals with the following issues: notions of “relapse” and “lapse”; conceptual relapse models; the basis of concrete psycho techniques and interventions in relapse prevention; the theory and practice of various aspects of relapse prevention.