# Оглавление

**Введение.** 2

**Глава I. Семья как фактор профилактики наркомании** 4

**1.1. Наркомания как семейная проблема** 4

**1.2. Групповая работа с родителями наркоманов.** 13

**Глава II. Роль социального работника в оказании помощи семьям с больными алкоголизмом.** 19

**2.1. Системный подход семьи в оказании помощи алкоголику.** 19

**2.2. Помощь семье больного алкоголизмом.** 24

**Заключение** 30

**Литература** 32

# Введение.

Проблемы пьянства среди молодежи уже много лет являются актуальными для нашей страны. В последнее время наметились малоутешительные тенденции перетекания проблем алкоголиз­ма в проблемы наркотизации не только среди взрослых, но и сре­ди молодежи и даже школьников. «В середине 80-х годов в СССР насчитывалось 46 тысяч наркоманов. Сегодня на основе анализа следственной практики и результатов социсследований специа­листы по незаконному обороту наркотиков делают вывод о на­личии 3 миллионов россиян, употребляющих наркотики. По дру­гим данным, общее число наркоманов в России в настоящее вре­мя приближается к миллиону.

Наркотики вышли на улицы наших городов. Те самые ули­цы, на которых играют наши дети... Россия безвозвратно теряет поколение своих граждан, которым сегодня от 13 до 25.

Стремительное распространение наркотиков и наркомании среди молодежи связано с одновременным существованием нескольких групп факторов, каждая из которых сама по себеот­нюдь не является однозначно наркопровоцирующей. Мы име­ем в виду особенности возраста, системный кризис общества, снижение жизненного уровня населения и др. Указанные груп­пы факторов, взятые каждая отдельно, скорее создают общую негативную ситуацию детства в России. Однако их одновремен­ное воздействие и порождает необычайно благоприятные усло­вия для молодежной наркомании.

Проблема усугубляется криминальной ситуацией, риском заражения различными инфекциями, включая СПИД.

Кроме того, наркотики приносят ощутимый вред не только тем, кто их употребляет, но и близким, окружению, обществу в целом, что и обуславливает **актуальность** темы.

**Объектом** исследования служат семьи больных алкоголизмам и наркоманией.

**Предметом** – оказание помощи семья с больными алкоголизмов и наркоманией.

**Цель** работы заключается в том, что бы рассмотреть социальную работу с семьями наркоманов и алкоголиков.

На основании поставленной цели в работе решаются следующие **задачи**:

- рассмотреть наркоманию как семейную проблему;

- показать групповую работу с родителями наркоманов;

- охарактеризовать роль социального работника в оказании помощи семьям алкоголиков;

- осветить помощь семье алкоголика.

**Гипотеза** - наркоманию можно рассматривать как социально заразное заболевание, распространение которого происходит внутри со­циальных групп. Поэтому невозможно изолированное существо­вание наркомана в среде — рано или поздно вокруг него фор­мируется группа, вовлекаемая в сферу потребления наркотиков.

Курсовая работа состоит из введения, двух глав, четырех подглав, заключения и литературыи

В данной работе были использованы работы таких авторов как – Маскаленко

В.Д., Латышев.Г.В., Никитин Ю.И., Копыт Н.Я и др.В которых рассматриваются наркомания как семейная проблема, роль социального работника в оказании помощи семьям с больными алкоголизмом, групповую работу с родителями наркоманов.

# Глава I. Семья как фактор профилактики наркомании

#

# 1.1. Наркомания как семейная проблема

Анализ публикаций по проблемам наркомании и алкоголиз­ма однозначно убеждает в том, что сколько-нибудь эффектив­ная профилактическая работа невозможна вне работы с семьей. В связи с этим рассмотрим некоторые аспекты наркомании как семейной проблемы.

Когда мы говорим о наркомании как семейной проблеме, мы подчеркиваем следующее.

1. Семья как система реагирует на известие об употреблении подростком наркотиков определенным образом.
2. Реакция семьи на известие об употреблении наркотиков зависит от исходного состояния семейной системы.
3. Реакция семьи на известие об употреблении подростком нар­котика может носить как конструктивный (способствовать прекра­щению употребления наркотиков или экспериментов с ними), таки деструктивный (закрепляющий наркотизацию) характер.
4. Момент обнаружения семьей факта наркотизации одно­го из ее членов является началом развития семейного кризиса.
5. Развивающийся у родителей синдром родительской ре­акции на наркотизацию (СРРН) подростка является фактором закрепления у него аддитивного поведения.
6. Специфические для наркоманов черты личности являют­ся вторичными нарушениями, тогда как первичными являются нарушения в системе социальных отношений.

Несмотря на общепризнанный факт возникновения в семьях химически зависимых людей особого типа внутрисемейных отношений, описываемых понятием «созависимость», до сих пор ощущается острый дефицит теоретических и практических ис­следований механизмов взаимовлияния семьи и подростка, употребляющего наркотики.

Как показывают исследования, опыт работы с семьями ал­коголиков не может быть непосредственно использован в рабо­те с семьями наркоманов, несмотря на то, что в динамике се­мейных отношений в семьях алкоголиков и наркоманов суще­ствуют общие черты.

В семьях подростков, употребляющих наркотики, обнару­живаются специфические особенности внутрисемейных отно­шений, фиксирующие аддитивное поведение подростка и фор­мирующие особый тип поведения родителей, в основе которо­го лежит СРРН.

Построение и обоснование системы психотерапевтической работы с семьями наркоманов периода взросления открывают новые возможности в организации социальной и психологичес­кой реабилитации наркозависимых. Анализ опыта работы с ро­дителями наркоманов показывает, что психологическая помощь семьям наркоманов может основываться на принципах систем­ного подхода к анализу психических явлений и методологии системной семейной терапии.[[1]](#footnote-1)

В нашей работе мы исходим из представления о том, что в фокусе реабилитационной работы с наркоманами периода взросления должна быть семья (семейная система). Предвари­тельные исследования показали, что в группе подростков, чьи семьи были вовлечены в реабилитационный процесс, ремиссия более года наблюдается на 70% чаще, чем в группе подростков-наркоманов, чьи родители уклонялись от психотерапии.

Обобщение опыта работы с семьями наркоманов периода взросления показывает, что семья может выступать как фактор: провокации употребления наркотиков; фиксации психологи­ческой зависимости от наркотиков; провокации срыва в пери­од ремиссии; эффективности реабилитационной и профилак­тической работы.

Говоря о семье как о факторе, провоцирующем употребле­ние подростком психоактивных веществ, мы имеем в виду сле­дующее.

Практически во всех случаях подростковой и юношеской наркомании мы обнаруживаем в период, предшествующий нар­котизации, признаки одного из типов проблемных семей:

- деструктивная семья (автономия и сепарация отдельных чле­нов семьи, отсутствие взаимности в эмоциональных контактах, хро­нический супружеский или родительско - детский конфликт);

- неполная семья (один из родителей отсутствует, что по­рождает разнообразные особенности семейных отношений и прежде всего размытые границы между матерью и ребенком;

- ригидная, псевдосолидарная семья (наблюдается безого­ворочное доминирование одного из членов семьи, жесткая рег­ламентация семейной жизни, подавляющий тип воспитания);

- распавшаяся семья (т.е. ситуация, когда один из роди­телей живет отдельно, но сохраняет контакты с прежней се­мьей и продолжает выполнять в ней какие-либо функции, при этом сохраняется сильная эмоциональная зависимость от него).

Характерными особенностями таких семей являются:

- чрезвычайно эмоциональное, ранимое и болезненное от­ношение подростков к своим родителям и их проблемам (име­ются в виду острые, болезненные реакции на семейную ситуа­цию). Если при этом в семье присутствует холодная в общении, неэмоциональная, строгая и несердечная мать, то ситуация при­обретает наибольшую остроту;

- нередко в семьях наркотизирующихся подростков в пе­риод, предшествующий наркотизации, наблюдается конфор­мизм и попустительство родителей, вплоть до готовности идти по поводу у подростка. Чаще всего такое поведение родителей — своеобразный способ избегания эмоционально-близких от­ношений с подростком: «Я сделаю, как ты хочешь, только от­стань...» или «Что еще тебе нужно? У тебя все есть...»;

- использование ребенка как средства давления и манипу­ляции супругами друг другом («Не кричи на меня: видишь, ре­бенок от этого страдает!»);

 - непоследовательность в отношениях с ребенком: от мак­симального принятия до максимального отвержения. Ребенка то приближают к себе, то отдаляют независимо от особенностей его поведения;

- не вовлеченность членов семьи в жизнь и дела друг друга (когда все рядом, но не вместе; когда семейная жизнь низводит­ся до совместного быта);

 - директивный стиль отношений и эмоциональное от­вержение;

- спутанные отношения и размытые (неопределенные) меж­поколенные границы. Прародители (дедушки и бабушки) актив­но вмешиваются в жизнь семьи, продолжая воспитывать уже взрослых детей, при этом по отношению к внукам чаще всего обнаруживается гиперпротекция и попустительство. То, что не позволяют родители, разрешают дедушка и бабушка и т.п.

Перечисленные особенности семейной ситуации приводят к повышению риска наркотизации, прежде всего потому, что у подростка не формируется чувство ответственности за себя, свою жизнь и свои поступки.

Несформированность чувства ответственности у подростков в период до начала наркотизации является общей чертой всех бу­дущих наркоманов. В каждом из типов проблемных семей, по­мимо общих черт, складываются и специфические особенности отношений, которые будут придавать наркомании подростка особый символический смысл.[[2]](#footnote-2)

Так, в деструктивных семьях наркотизация и связанное с ней поведение направлено прежде всего на компенсацию диффицитарности эмоциональных контактов в семье либо выступает как средство ухода от давления семейных конфликтов. В наркоманской группе подросток находит то, что он отчаялся найти в семье.

В неполных семьях наркотизация иногда имеет ярко выра­женный демонстративный компонент. Наши данные показывают, что в неполных семьях факт наркотизации подростка обна­руживается раньше, чем в семьях, относящихся к другим типам. Это дает нам основания предполагать, что наркотик может ис­пользоваться подростком как средство сепарации и достижения большей независимости. Однако обычно это вызывает обратный эффект, что делает отношения в родительско - детской паре еще более напряженными и мучительными.

В ригидных семьях наркомания подростка может рассмат­риваться как крайняя форма протеста против системы отноше­ний, игнорирующей его возросшие возможности, интересы и потребности. Увы, в лице наркомании родители встречаются с аргументом, против которого они бессильны.

В распавшихся семьях наркомания подростка может выпол­нять функцию ослабления, и даже преодоления сохранившейся семейной подструктурой эмоциональной зависимости от роди­теля, проживающего вне семьи. Наша точка зрения основана на анализе внутрисемейной динамики в таких семьях. После того как родитель, с которым живет подросток, узнает о его нарко­мании, этот факт начинает тщательно скрываться от родителя, живущего вне семьи. Внутренние отношения в родительско - дет­ской паре становятся более близкими, эмоциональными и спло­ченными, тогда как внешние отношения с родителем, живущим вне семьи, становятся более дистантными, холодными и про­блемными.

Изучение и анализ ретроспективных материалов, отчетов, биографий и генограмм семей наркотизирующихся подростков и молодежи показывают, что момент обнаружения у подростка наркомании является принципиально важным с точки зрения изменений семейных отношений, вплоть до изменения исход­ного типа семьи.

После обнаружения наркомании у подростка его болезнь становится общесемейной реальностью, что вне зависимости от исходной ситуации приводит к развитию острого семейного кризиса.

С позиций семейной психологии наркоманию у подро­стков и молодежи можно рассматривать как крайнюю фор­му семейного кризиса. Даже если исходной ситуацией для начала наркотизации является обычное подростковое любо­пытство, чаще связываемое с особенностями возраста, обнаружившийся факт наркомании будет по-разному пережи­ваться и использоваться разными членами семьи. Отноше­ние к наркомании у разных членов семьи будет во многом определяться их зачастую неосознаваемыми отношениями друг к другу. Нередко это приводит к тому, что семейное вза­имодействие или поведение кого-то из членов семьи высту­пает как фактор, запускающий и фиксирующий наркотичес­кое поведение.

Например, неудовлетворенность супругом может привести к тому, что он будет отвергаться через приписывание ему ответ­ственности за наркоманию ребенка. Возникает своеобразный альянс: наркотизирующийся подросток плюс борющийся за его жизнь родитель (как правило, мать) в противовес родителю, который считается главной причиной наркотизации.[[3]](#footnote-3)

Отвергаемый родитель, как правило отец, дистанцирует­ся от все более замыкающейся в себе паре мать — ребенок (обычно сын), предоставляя им возможность самим решать проблему. Однако периодически отцы предпринимают по­пытки вклиниться в материнско-детский альянс. Способы такого проникновения могут быть разными: от подкупа до агрессии. Очень скоро отец снова оказывается на периферии семейных отношений. Таким образом циклы повторяются один за другим, делая отношения в семье все более психопатологизирующими. В этом случае отказ от наркотиков должен был бы привести к перераспределению семейных ролей и изменению всей системы семейных взаимоотношений. Бессознательное сопротивление таким изменениям приводит к нарастанию провоцирующих проявлений.

В жизни это выглядит так: пролечившийся и освободившийся от физиологической зависимости подросток в какой-то момент срывается и начинает снова употреблять наркотики.

Интимная причина рецидива, как правило, не осознается и описывается внешним обстоятельствам: прежние друзья, условия жизни, стрессы и др.

Сколь бы сильно ни отличались друг от друга подобные семьи их объединяет общая черта, заключающаяся в том, что супруги и остальные домочадцы говорят, думают и рассуждают на одном уровне, а взаимодействуют, чувствуют, переживают — на другом, что образует как бы скрытую инфраструктуру их жиз­ни, своеобразный подтекст семейных отношений. Именно в этом подтексте и может скрываться причина, фиксирующая нар­котизацию подростка. Внешние стимулы, запускающие цепоч­ку наркотического поведения, могут выглядеть по-разному. Это могут быть:

— непоследовательность в ожиданиях, выражающаяся то в уверенности в успехе терапии и реабилитации, то в высказыва­ниях о бесперспективности и бесполезности терапии, фаталь­ной обреченности подростка;

— упреки в неблагодарности, слабоволии;

— вербальные и невербальные сообщения, подчеркивающие вину подростка за происходящее;

— гиперконтроль, подозрительность, конфликтность.

В динамике отношений в семьях наркоманов подросткового и юношеского возраста можно выделить три стадии:

1. Семья до момента обнаружения факта наркотизации (ста­дия латентной наркотизации).

2. Семья в период открытой наркотизации (от момента об­наружения факта наркотизации до обращения за психологичес­кой помощью).

3. Семья в период терапии, реабилитации и после него. Наши наблюдения показывают, что каждый из этих этапов

обладает своей спецификой.

Мы уже говорили о том, что в подавляющем большинстве случаев наркотизирующихся подростков и молодежи мы имеем дело с одним из типов проблемных семей.

На стадии латентной наркотизации подростки могут при­бегать к наркотикам как к средству ухода от давления семейнык конфликтов, других психотравмирующих ситуаций.

Профилактика наркомании в работе с проблемными семья­ми заключается в управляемом разрешении подавленного семей­ного кризиса. Однако реальность такова, что в поле зрения пси­хологов такие семьи попадают уже, как правило, в период от­крытой наркотизации подростка, когда в большинстве случав психологическая зависимость от наркотика сочетается с мошной физиологической зависимостью, а родители и другие домочадцы уже включены в систему наркоманского поведения и у них сформировался СРРН.

Типичными чертами родительско-детских отношений в этот период становятся:

* делегирующая позиция родителей (когда ответственность и вина за наркоманию приписываются исключительно подростку или другому родителю);
* тотальный контроль, недоверие и подозрительность;
* конфликтность и агрессивность со стороны родителей;
* патологическая лживость, манипулирование самыми святыми чувствами, обидчивость со стороны подростка;
* чувство вины родителей перед подростком и друг другом.

Часто родители склонны воспринимать ситуацию как се­мейную трагедию, что автоматически распределяет роли: «ви­новник — жертвы». Тогда неизбежными становятся тотальное недоверие и конфликтность, манипуляции и лживость. Либо у родителей развивается фобия утраты, что формирует активную (потворствующую или опекающую) протекцию у матерей и ра­стерянность и пассивность у отцов. Семейный кризис на этом этапе максимально обостряется. И даже если в этот период нар­коман проходит курс медицинского лечения, ремиссия, как пра­вило, не бывает продолжительной.[[4]](#footnote-4) Обращение наркомана или его родителей за психологичес­кой помощью является моментом перехода к третьей стадии, на которой разворачивается семейная терапия и реализуется пси­хологическая помощь родителям.

Задача-минимум — изменить семейную ситуацию и сделать принципиально невозможным возврат к прежней системе от­ношений.

Задача-максимум — нормализовать и реконструировать ос­новные функции семьи, активизировать личность как субъекта ответственности за свою жизнь и судьбу. Парадоксальность ситуации может заключаться в том, что движение подростка от наркомании может одновременно означать для семьи движение к разводу. Как бы то ни было, мы счи­таем, что работа с семьей наркомана — это, по сути дела, содействиев принятии членами семьи новых ответственных решений но поводу себя и своего места в семье.

# 1.2. Групповая работа с родителями наркоманов.

Поскольку, как это было показано выше, подростковая нар­комания является семейной проблемой, важной составляющей вторичной профилактики наркомании стала работа с родителя­ми. В структуре системного терапевтического воздействия на семью наркотизирующегося подростка важную роль играют групповые формы работы с родителями. Существенным явля­ется, на наш взгляд, то, что работа с ними может вестись как па­раллельно с реабилитационной программой наркомана, так и не­зависимо от нее. Даже если наркоман избегает лечения, родите­ли, посещающие родительские группы, могут изменить свое от­ношение к наркомании, свое поведение в семье, свои реакции на ребенка. Клиническая практика подтвердила и необходи­мость, и полезность таких групп.

Анализ литературы, посвященной групповым формам ра­боты с родителями, показывает, что при ее организации возмож­но использование различных моделей. Так, это могут быть:

* психодинамически-ориентированные группы (В. Шутц,А. Адлер);
* дискуссионные группы (по модели, например, Р. Дрейкуса);
* группы, основанные на модели группового психологичес­кого консультирования (X. Джайнотт);
* группы, основанные на идеях гуманистической психоло­гии (К. Роджерс, Т. Гордон, М. Снайдер);
* группы, основанные на идеях о диалогической природе че­ловеческой личности (М. М. Бахтин);

• бихевиористски - ориентированные группы (А. Бандура, Дж. Роттер);

 системы, связанные с религиозными взглядами на воспитание детей и родителей (Р. Кэмпбелл).

Наш опыт работы с родителями и другими членами семьи наркомана показывает высокую эффективность групп, основан­ных на идеях и принципах трансактного анализа (Э. Берн).

Однако очевидно, что при выборе той или иной модели групповой работы необходимо учитывать специфические осо­бенности психического состояния родителей наркоманов.

В настоящее время для описания психического состояния, развивающегося у членов семьи химически зависимого пациен­та (наркомания, алкоголизм, токсикомания и др.), широко ис­пользуется термин «созависимость». Понятие «созависимость» используется как для описания психического состояния отдель­ных членов семьи (созависимый), так и для характеристики внут­рисемейных отношений в целом. Однако, несмотря на то, что этот термин начинает широко использоваться в психотерапев­тической практике с конца 70-х годов, он тем не менее продол­жает оставаться «нечетким и размытым», а сам феномен созависимости недостаточно исследованным. Мелоди Битти, ана­лизируя термин «созависимость», приводит несколько опреде­лений, данных весьма авторитетными в области обсуждаемых проблем специалистами.

Созависимость — это «эмоциональное, психологическое и поведенческое состояние, возникающее в результате того, что человек длительное время подвергался воздействию угнетающих правил — правил, которые препятствовали открытому выраже­нию чувств, а также открытому обсуждению личностных и меж­личностных проблем».

Неопределенным продолжает оставаться не только понима­ние сути созависимости, но и ее статуса: является созависимость болезнью или нет? По этому поводу существует несколько то­чек зрения, иногда противоречащих друг другу:

• созависимость — это нормальная реакция на людей с на­рушениями в поведении;

• созависимость — это хроническое прогрессирующее забо­левание.

Мы полагаем, что ответить на вопрос: является ли созави­симость болезнью или нет, однозначно нельзя, поскольку она является многоуровневым феноменом со сложной детермина­цией. И то, что на одном уровне может быть определено как бо­лезнь, на другом уровне не является таковым.

Наша точка зрения заключается в том, что созависимость — это защитная компенсаторная реакция на внутриличностный конфликт. Сторонами конфликта при этом выступают крайне противоречивые отношения со значимым человеком (значимы­ми людьми) и индивидуализированная система культурных норм, ценностей, предписаний и т.п.[[5]](#footnote-5)

Созависимость при этом выражается в поведении, направ­ленном на разрушение одной из сторон конфликта. Очевидно, что такое поведение является саморазрушающим. Таким образом, в отношении семьи наркомана, на наш взгляд, уместно опреде­ление саморазрушающейся семьи.

Анализ существующих дефиниций созависимости позволяет выделить некоторые существенные параметры этого феномена.

1. Созависимость связана с нарушением возможности от­крытого выражения чувств и обсуждения личностных и межлич­ностных проблем.

2. На поведенческом уровне созависимость проявляется в виде стереотипных форм.

3. Созависимость связана с выхолащиванием и обеднением эмоциональной сферы личности.

1. Созависимость выражается в перемещении фокуса от­ветственности и контроля со своей жизни на жизнь другого человека.
2. Созависимость — это реактивный процесс, смысл и цель которого заключаются в снятии внутриличностного конфликта способом саморазрушающего поведения.

Исследование структуры и динамики реакций родителей подростка, употребляющего наркотики, показало, что обнару­жение употребления ребенком наркотиков приводит к разви­тию особого синдрома, который мы называем синдромом ро­дительской реакции на наркоманию (СРРН).

В структуре СРРН наиболее отчетливо выражены:

- у матерей, фобия утраты ребенка, чувство вины, стыд, вос­питательная неуверенность, проекция на ребенка собственных отвергаемых черт ;

- у отцов: эмоциональная и поведенческая неустойчивость, воспитательная неуверенность, отвержение ребенка, отверже­ние материнского стиля воспитания.

Таким образом, созависимость в семьях наркоманов — это саморазрушающее поведение, возникающее на основе СРРН.

По мере развития СРРН, как и при любой болезни, родите­ли наркомана приспосабливаются и начинают «выжимать» мак­симум выгод из своих невротических симптомов и защит. Сим­птомы и защиты приобретают социальную функцию, форми­руются особые внутрисемейные роли, заменяющие отношения близости, приносящие психологические преимущества, например, ощущения типа «Я за своего ребенка...», «Я все для него сдела­ла», «У меня уже другой заботы нет...», в которых ярко выражено чувство вины за отсутствие искренности и близости с ребенком раньше. Возможно, таким «психологическим купоном» являет­ся сочувствие. Однажды добившись чего-либо, люди пытаются добиться того же теми же средствами.

Таким образом, приобретаются «вторичные выгоды», кото­рые выступают как мощные детерминанты внутрисемейных от­ношений, в которых скрыты факторы, провоцирующие срывы в период реабилитации и прерывающие ремиссию.

В родительско-детских отношениях СРРН проявляется в том, что у матерей формируется опекающая (60%) и потворствующая (30%) гиперпротекция, что выступает как положительное подкрепление наркоманского поведения у детей. У отцов фор­мируется неустойчивый стиль родительско-детских отношений, что в поведении часто проявляется как противоречивые воздей­ствия, близкие к ситуации «двойного зажима».

Различия в стиле родительско-детских отношений, наличие в структуре СРРН несовместимых элементов, отвержение отца­ми воспитательного стиля матерей — все это приводит к тому, что отношения в супружеской паре ухудшаются, развивается острый кризис внутри брачной пары.

В подавляющем большинстве семей это приводит к тому, что структура семьи стремительно меняется: мать и наркотизирую­щийся ребенок создают коалицию с жесткими, ригидными вне­шними границами и обостренными, максимально напряженны­ми эмоциональными отношениями внутри. Брак в этом случае практически разрушается.

Важным, на наш взгляд, является поведение братьев и сес­тер по отношению к родителям и наркоману. Несмотря на то, что реакции братьев и сестер, отличающихся от наркомана по возрасту и полу (старше — младше; однополые — разнополые), существенно разнятся, у них есть общее основание — позиция контролирующего родителя по отношению к нарко­ману. Очевидно, что такое поведение детей-наркоманов в се­мье становится дополнительным источником напряженности и конфликтов и приводит к еще большей спутанности отно­шений и внутрисемейных ролей.

Таким образом, основные элементы семейных отношений приобретают патологический и психотравмирующий характер.

Реализация в групповой работе с родителями наркоманов принципов гуманистической психологии, безусловно, способ­ствует оказанию им эмоциональной и социальной поддержки. Однако наиболее важным, на наш взгляд, является принятие ро­дителями ответственности за свое поведение и свою жизнь, чему способствует реализация модели группового психологического консультирования, методологической основой которого высту­пает трансактный анализ Э. Берна.

Участники группы в этом случае воспринимаются как дееспособные субъекты, способные нести ответственность за свое поведение и решение своих про­блем. Руководитель поддерживает коммуникации в группе из эго-состояния Взрослый. Освоение участниками группы терми­нологии структурного и трансактного анализа дает возможность для эффективного исследования ими особенностей внутрисе­мейных отношений, внешней и внутренней коммуникации. Использование модели психологического консультирования и методологии трансактного анализа позволяет решать комплекс взаимосвязанных задач, непосредственно вытекающих из отме­ченных выше особенностей семей наркоманов и их родителей:

* повышение ответственности за свое поведение и свою жизнь;
* развитие готовности к творческому реагированию на нар­команию ребенка;
* повышение психологической компетентности и расшире­ние сознания;
* изменение реакции на проблему (от поиска причин к по­иску решений);
* развитие реалистичности мышления и осознания отно­шений;
* повышение способности к наблюдению.

Очевидно, что перечисленные задачи совершенно различ­ны и по содержанию, и по структуре, и по методам их решения. Поэтому важнейшей характеристикой родительских групп яв­ляется, на наш взгляд, плюрализм методов, который дает воз­можность применить большое количество методов и средств в процессе терапии.[[6]](#footnote-6)

# Глава II. Роль социального работника в оказании помощи семьям с больными алкоголизмом.

#

# 2.1. Системный подход семьи в оказании помощи алкоголику.

Социальному работ­нику следует отказаться от причинного мышления, пе­рестать воспринимать пьянство больного как причину несчастий его семьи. Необходимо рассматривать семью как систему, в которой каждый играет свою роль и является частью общей проблемы — алкоголизма. При системном мышлении алкоголизм уже не воспринимается как пробле­ма одного человека, а рассматривается как симптом нару­шения нормального функционирования семьи. Тогда становятся понятны причины болезни всей семьи. Если со­циальный работник поможет жене больного избавиться от прежних ошибок в поведении весьма вероятно, что ее муж обратится за помощью к врачу. Таким образом, если потя­нуть за одно звено — можно вытянуть всю цепочку.

Однако семья, как любая система, стремится к сохране­нию некоего равновесия и именно поэтому является зак­рытой, почти непроницаемой, причем настолько, что даже отвергает предлагаемую помощь. Чем больше давление из­вне, тем сильнее сопротивление системы. В работе с семьей алкоголика необходимо проявлять огромное терпение. Со­циальный работник должен понимать, что изменения здесь не происходят в одночасье, по принципу «пришел, увидел, победил» — для этого требуется время, и порой весьма про­должительное.

Чтобы сохранять равновесие, семья как система реаги­рует на алкоголизм одного из своих членов тем, что адапти­руется, приспосабливается к нему. Основной метод адаптации — отрицать существование проблемы. Сохранение в тайне алкоголизма и связанных с ним негативных последствий (драк, морального разложения, плохого выполнения роди­тельских, профессиональных обязанностей) — главный фо­кус, в котором сходятся интересы всех родственников семьи.

Семья сокращает свои связи с другими людьми до миниму­ма, старается отсекать от себя всякие источники влияния и помощи извне. Члены семьи как бы берут на себя ответст­венность за поддержание стабильности в системе. Они изо всех сил стремятся контролировать ситуацию, которая в принципе контролю не поддается.

Важный принцип системы — ее целостность. Целое — это нечто большее, чем простая сумма элементов. Сложен­ные вместе, они еще не образуют систему. Ее важнейший признак — взаимодействие элементов. Семья алкоголика может плохо функционировать не потому, что состоит из плохих людей, а потому, что ее члены пользуются плохими правилами поведения, не научены правильно взаимодейст­вовать (например, не умеют решать конфликты без аг­рессии). Для поддержания взаимодействия очень важна обратная связь. В семье больного алкоголизмом она может быть нарушена. Например, муж сильно напился, не смог выйти на работу, а жена старается скрыть истинную причи­ну прогула, ссылаясь на плохое самочувствие мужа, необхо­димость поездки к заболевшим отцу или матери и т.п. Муж не испытывает на себе результатов своего пьянства, по­скольку жена не дала сработать обратной связи, и продолжа­ет пить... Чем безответственнее ведет себя муж, тем больше ответственности берут на себя другие члены семьи.

В семье больного алкоголизмом работают негативные обратные связи. Все стараются сохранять существующее по­ложение, боятся любых перемен. Здоровая семья также стремится к сохранению стабильности, но в ней благодаря позитивным обратным связям возможны динамика взаи­моотношений, восприятие новых суждений, духовный рост каждого. В противоположность этому неизменность системы семьи больного алкоголизмом затормаживает всякое разви­тие ее членов.[[7]](#footnote-7)

Обратные связи поддерживаются существующими в семье правилами. Эти правила могут быть открытыми, про­износимыми вслух, как, например, такое: «Дети должны возвращаться домой не позже 22 часов». Они могут быть скрытыми, но тем не менее известными всем. Например, отец убежден, что жену нужно бить, держать ее в страхе, и хотя он никогда не высказывает это мнение, дети его знают и тоже усваивают подобное отношение к женщине.

Взаимодействие в системе осуществляется через рас­пределение ролей между всеми ее членами. Однако главное в каждой семье — и благополучной, и неблагополучной — это супружеская диада, то есть отношение мужа и жены к самим себе и друг другу. Это влияет на всю семью. Если отношения родителей нормальны, у детей есть возможность развиваться нормально. Если супружеские отношения запу­таны и разлажены, то дети неизбежно испытывают на себе стресс, что вызывает отклонения в их поведении.

В семье больного алкоголизмом присутствует доминан­тно-подчиненный тип взаимодействия. Один или оба супруга могут иметь претензии к другому, испытывать недовольст­во, страдать от стресса, причем досада может прорываться только под воздействием алкоголя. В такой супружеской диаде каждый попеременно занимает то главенствующее, то подчиненное положение, бывает то жертвой, то обвините­лем. Члены диады склонны меняться ролями; этот тип отно­шений называют «феноменом перевертыша». Когда один из супругов в хорошем настроении, другой — чем-то недово­лен; когда один желает близости, другой держит дистанцию. Супруги неспособны наладить гармоничные отношения и в то же время не могут расстаться. Доминирующее положение супруга исполнено следующего смысла: «Пока тебе плохо, я чувствую себя сильнее, надежнее, я более справедлив, могу контролировать себя, мне мало что угрожает». Подчиненное положение воплощает в себе следующий смысл: «Моя жизнь не удалась, и я намерен испортить и твою. Я ничего не могу с собой поделать и должен положиться на тебя».

Эти отношения смягчают неуравновешенность в супру­жестве и способствуют длительному существованию такого крайне несчастливого брака. При всей кажущейся враждеб­ности взаимоотношений в «алкогольном» браке супруги в сущности, сами того не сознавая, поддерживают друг друга в стремлении сохранить привычный для обоих образ жизни. Отношения в таких семьях хотя и строятся по общей схеме, в то же время складываются достаточно разнообразно. Таким образом, в алкогольных диадах супруги могут доми­нировать попеременно, но не достигают гармонии взаимоотношений. Они чувствуют, что бессильны контролировать друг друга, но все же ведут бесполезную борьбу за власть и контроль над другим.

Адаптация семьи к алкоголизму претерпевает ряд ста­дий.

1. Ранняя стадия — отрицание проблемы в надежде на улучшение поведения больного. Члены семьи испытывают чувство вины и ответственности за проступки больного, са­моизолируются от общества.
2. Средняя стадия — преобладание у членов семьи чувств горечи, враждебности, презрения. Однако они по-прежнему скрывают пьянство больного.
3. Заключительная стадия — появление у членов семьи психосоматических симптомов либо пристрастия к алкого­лю. Супруга эмоционально отстранилась от больного, угро­жает разводом или требует его.[[8]](#footnote-8)

Когда семья пытается справиться с пьянством больного, ее члены берут на себя определенные роли, в связи с тем, что алкоголик постепенно перестает выполнять свои функции добытчика доходов и хозяина дома, поскольку не принимает участия в ведении хозяйства, пропивает заработок, теряет работу. Больной алкоголизмом перестает осуществлять и родительские обязанности, а также супружеские (сексуаль­ные) функции либо в силу изменений, наступивших в состо­янии здоровья, либо из-за отказа супруги вступать с ним в сексуальные отношения.

Чтобы выжить в системе нарушенных взаимоотноше­ний, взрослые и дети в алкогольной семье принимают на себя определенные роли, которые можно назвать так: «пособ­ник», «козел отпущения», «компенсатор», «заменитель взрослого» (герой семьи), «сирота», «приспособленец».

«Пособник». Чаще всего это мать или жена. Пособник извиняется перед семьей, друзьями, родственниками и сослуживцами за поведение больного, помогает скрыть его неблаговидные поступки. Свое недовольство и гнев на пью­щего отрицает, пытается спасти его от последствий пьянства. Его действия облегчают больному возможность исполь­зовать известные механизмы психологической защиты — отрицание проблемы, преуменьшение неприятных послед­ствий пьянства, поддержание идеальных представлений о

Родители в семье играют роли заботливых учителей, отдавая своим детям время, заботу, энергию и определяя направление их развития. Дети же выполняют роли прилеж­ных учеников. Дети любопытны и исполнены жажды позна­ния окружающего мира. Необходимо научить их мыслить, чувствовать, любить, принимать решения, правильно ис­пользовать свои способности, удовлетворять свои потребно­сти.

Задача социального работника — постепенно оздо­ровить, выправить нарушенные взаимоотношения в семье алкоголика. Сделать это -возможно при условии четкого по­нимания ее проблем и нужд.

Всякой системе, так же как и индивиду, для нормальной деятельности необходимо удовлетворение определенных потребностей. Семейная система нуждается в:

* пище, одежде, жилище;
* эмоциональной поддержке;
* гармонии взаимоотношений;
* самореализации каждого ее члена как неповторимой индивидуальности (то же — для семьи в целом);
* стимуляции к активной деятельности;
* чувстве единения со всеми родственниками.

Социальному работнику легче определить все эти по­требности, степень их удовлетворения, равно как и назван­ные выше роли и взаимоотношения в семье, чем самим ее членам, поскольку он находится вне системы, воспринимает ее «со стороны».

#

# 2.2. Помощь семье больного алкоголизмом.

Больной алкоголизмом оказывает влияние на всех близких тем, что прекращает выполнять роли, свойствен­ные главе семьи. Он перестает быть хозяином дома, добыт­чиком средств к существованию, не выполняет своих супружеских и родительских обязанностей. Однако и семья влияет на больного. Отстаивая свое желание пить, больной алкоголизмом может брать на себя роли обидчика, жертвы, козла отпущения (объекта нападок).

Созависимая супруга вынужденно принимает на себя функции второго родителя, а также может становиться пособницей больного в продолжение пьянства. Временами она выступает в ролях спасительницы, обвинителя, жертвы, святой, умиротворительницы.

В самом начале знакомства с семьей, предположитель­но страдающей от алкоголизма, ситуация может быть еще не до конца ясна ни социальному работнику, ни членам семьи. В этом случае можно предложить жене (чаще всего именно она первой обращается к социальному работнику) специ­альный опросник. Он полезен и в том случае, когда алкого­лизм у одного из членов семьи уже не вызывает сомнений, поскольку помогает жене уяснить проблемы, связанные с пьянством мужа.

1. Беспокоит ли Вас то, что Ваш муж пьет слишком много?
2. Испытываете Ля Вы финансовые затруднения из-за того, что муж пьет?
3. Приходится ли Вам лгать, чтобы скрыть пьянство мужа? '
4. Есть ли у Вас ощущение, что для Вашего мужа вы­пивка имеет большее значение, чем Вы сами?
5. Думаете ли Вы, что поведение пьющего супруга свя­зано с его дружбой с определенной компанией?
6. Высказываете ли Вы угрозы, например, такого содер­жания: «Если ты не бросишь пить, я от тебя уйду»?
7. Пытаетесь ли Вы, целуя вернувшегося домой мужа, тайно уловить запах спиртного?
8. Испытываете ли Вы неловкость, замешательство из-за поведения пьяного супруга?
9. Не считаете ли Вы, что пьянство мужа каждый раз портит Вам отпуск?
10. Не приходится ли Вам из-за поведения пьяного му­жа думать о вызове милиции?
11. Искали ли Вы спрятанные мужем спиртные напит­ки?
12. Есть ли у Вас такое чувство, что муж не бросает пить из-за недостатка любви к Вам?
13. Приходилось ли Вам отказываться от приглашений в гости из страха, что муж там напьется?
14. Испытываете ли Вы чувство вины из-за необходи­мости контролировать мужа?
15. Считаете ли Вы, что все Ваши трудности разрешат­ся, когда муж бросит пить?
16. Проявляли ли Вы когда-нибудь несправедливость к детям, родителям, сослуживцам только потому, что были раздражены и озлоблены на пьянствующего мужа?
17. Есть ли у Вас ощущение, что никто в мире не пони­мает Ваших трудностей?

Главный практический смысл указанного опросника заключается в том, что он позволяет определить, нуждается ли семья в помощи социального работника, врача-нарколо­га, психотерапевта. [[9]](#footnote-9)

Социальный работник в первую очередь должен помочь жене больного (а лучше — всей семье) сделать самое главное — признать существование проблемы. В семье очень неохотно соглашаются с тем, что их близкий человек (муж, сын) — алкоголик и что его болезненное пристрастие к спиртному ведет к очень серьезным последствиям. Вся семья страдает из-за алкоголика и в то же время упорно закрывает глаза на |проблему, старается замолчать ее, тщательно скрыть от себя и других. Зачастую родственники, даже приводя больного алкоголизмом для лечения, всячески преуменьшают разме­ры беды («Ну, мой-то пьет не так, как другие»).

Итак, проблема осознана. Что же дальше? Второй шаг — самый трудный, но единственно верный: необходимо угово­рить больного лечиться. Но как быть, если он не хочет этого делать? Звать на помощь милицию? Бесполезно. Ругать его? Бессмысленно. Это дает ему дополнительное «право» пить. Угрожать? Многие больные пришли в клинику после ульти­матума жены: «Иди, лечись, или я с тобой разведусь». Однако жене следует прибегать к этой угрозе лишь в том случае, если она действительно готова привести ее в исполнение. Иначе муж обязательно поймет, что ее слова — только улов­ка, и не станет к ним прислушиваться.

Вместе с тем следует учесть: что непосильно для одного — может удаться нескольким. Близким, дорогим, эмоцио­нально значимым и авторитетным для больного людям — жене, дочери, сыну, другу, сослуживцу, начальнику — необходимо, призвав на помощь социального работника, предпринять так называемую тактику интервенции. Они должны собраться вместе и поговорить с нуждающимся в лечении спокойно, серьезно, без обвинений. Каждому нуж­но высказать свою озабоченность судьбой больного, тем, как он любит себя, сказать, что он (больной) слишком дорог всем присутствующим и что они не могут спокойно наблюдать, как он теряет здоровье, семью, квалификацию, доброе имя. Социальному работнику целесообразно высказать свое за­ключение последним.

Главное в такой беседе — удержаться от обвинений, а предъявить больному претензии можно и даже нужно. (Сын: .«Из-за твоего пьянства, папа, я не могу пригласить в дом друзей. Мне будет очень стыдно, если они увидят тебя пья­ным». Сослуживец: «Мы теперь боимся доверять тебе ответ­ственную работу, хотя всегда ценили тебя, твое мастерство». Жена: «Я всегда верила, что ты можешь справиться с любы­ми трудностями, но, видимо, ошибалась. Ни ты, ни я не можем побороть алкоголь. Остается просить помощи у вра­чей».) Родственникам, организующим «интервенцию», сле­дует руководствоваться двумя принципами: исключительно серьезным подходом к проблеме алкоголизма у близкого человека и доброжелательным отношением к нему самому.

Больной алкоголизмом должен ощутить на себе резуль­таты своего поведения. Семья же часто пытается оградить его от неприятных последствий пьянства. В этой связи необ­ходимо самым серьезным образом напомнить родственни­кам алкоголиков о следующем:

Дорогие жены и матери! Не ходите за ним, как за ма­леньким, и не собирайте осколки его и своей разбитой жиз­ни. Если он намусорил в доме, пусть мусор лежит до тех пор, пока он сам его не подберет. Если его вырвало, не убирайте за ним — пусть сделает это сам. Если он не помнит обстоя­тельств, при которых потерял шапку, или «момент домопо-падания» (выражение одного пациента), объясните ему, как это произошло. Провалы памяти обычно пугают пьяницу. Но иногда он, пытаясь избежать неприятных объяснений, лишь делает вид, что ничего не помнит. В таком случае не дайте ему забыть то, что он предпочитает не вспоминать. Будьте при этом серьезны и решительны, покажите всю неприглядность его вчерашнего поведения.[[10]](#footnote-10)

Не звоните начальнику и не объясняйте, что муж про­студился и не выйдет на работу. Не выручайте его из вытрезви­теля, из милиции, при других затруднительных ситуациях. Пусть он сам объясняется, извиняется, оплачивает долги.

Не пытайтесь контролировать ею пьянство — это вам все равно не удастся, здесь вы так же бессильны, как и он сам. Вместо этого постарайтесь, наконец, честно оценить ситуацию. Согласитесь, что до сих пор вы не принимали всерьез его поведения, не думали о страшных последствиях и не желали признавать катастрофичности положения.

Перестаньте прятать бутылки со спиртным. Не приспо­сабливайте всю семейную жизнь к нему и его пьянству. Если вы раскроили кофточку, дошейте ее независимо от того, каким он придет домой — трезвым или пьяным. Если вы запланировали побывать на дне рождения подруги, обяза­тельно пойдите туда. Перестаньте нянчиться с ним, как с ребенком. Вы и так уже его избаловали.

Признайте в нем взрослого человека, способного отве­чать за свои поступки и самостоятельно строить свою судьбу. Все, что вы делали до сего времени, представляло собой попытки манипулировать им, так можно обращаться лишь с неодушевленными предметами, но никак не с живыми людьми. Позвольте ему быть ответственным за его же поведение. Не поучайте и не пилите его — это не помогает.

И самое главное, не теряйте надежды. Многие больные алкоголизмом воспрянули духом и начали трезвую жизнь, как с помощью лечения, так и без него. При любой болезни возможны и самопроизвольные остановки в ее развитии.

Спасайте себя, живите своей, а не его жизнью. Это не призыв к эгоизму, а разумное предложение, которое может оказаться полезным и для самого больного. Необходимо дать ему понять, что вы не позволите пренебрегать собой. Как только вы переключите свою энергию с мужа на детей, как только начнете доводить до конца все задуманное и научи­тесь радоваться жизни независимо от его состояния, вы вы­растете в собственных глазах и в глазах вашего мужа. А это, несомненно, должно пойти ему на пользу, в том числе и с точки зрения лечения.

Успех лечения больного зависит в наибольшей степени от жела­ния алкоголика избавиться от своей болезни. Поэтому со­циальному работнику необходимо помнить о соблюдении принципа добровольности. Если больной отвергает его сове­ты в отношении лечения, ему не следует считать причиной такого отказа недостаток собственного профессионализма.

Больной алкоголизмом длительное время, несмотря на неопровержимые доказательства, опровергает наличие у се­бя болезни, отрицает или преуменьшает проблемы, возник­шие в результате употребления им алкоголя. Но однажды эти проблемы встают перед ним с такой остротой, что он бывает, вынужден признать их реальность и, преодолевая сомнения и колебания, может попросить медицинской помо­щи. В таких случаях и нужен совет социального работника.

Лучше всего предложить больному обратиться в нарко­логический диспансер по месту жительства. Врач-нарколог решит, какое лечение требуется в настоящий момент: амбу­латорное, стационарное, дневное стационарное (с возвра­щением на ночь домой).

Социальному работнику следует иметь информацию о наличии в своем городе или микрорайоне наркологической больницы, лечебного наркологического центра.

# Заключение

Таким образом, в заключение работы хотелось бы отметить, что основной акцент должен ставиться на меры первичной, пре­вентивной профилактики наркомании и алкоголизма, направленной на поддержание и раз­витие условий, способствующих сохранению физического, лич­ностного и социального здоровья, и на предупреждение небла­гоприятного воздействия на него факторов социальной и при­родной сферы. Первичная профилактика является массовой и наиболее эффективной. Она основывается на комплексном си­стемном исследовании влияния условий и факторов социальной и природной среды на здоровье населения. К мероприятиям первичной профилактики относятся меры защиты, которые могут воздействовать либо на пути неблагоприятного влияния наркопровоцирующих факторов, либо на повышение устойчи­вости организма человека к неблагоприятным факторам.

Кроме того, будучи явлением комплексным, включающим в себя соци­альный, медицинский, психологический компоненты, молодежная наркомания оказалась в положении дитяти, которое без глазу при семи няньках. Имена этих «нянек» известны: здраво­охранение, образование, правоохранительные органы, учреж­дения социальной защиты населения, служба занятости населе­ния, семья. Однако несогласованность их усилий, а зачастую и узковедомственные интересы, и озабоченность честью мундира или просто неосведомленность приводят к их полной беспомощ­ности в борьбе против распространяющейся молодежной нар­комании и алкоголизма. Таким образом, одна из важнейших проблем профилактики молодежной наркомании — консоли­дация усилий учреждений и ведомств, так или иначе имеющих к ней отношение.

С другой стороны, трудно ловить черную кошку в темной комнате... Как это ни парадоксально, но сегодня население чрезвычайно слабо осведомлено о молодежной наркомании и той угрозе, которую она представляет для страны и для каждого человека. Однако простого информирования населения недо­статочно. Необходимо всесторонне осмыслить, понять и изучить молодежную наркоманию с позиции научного подхода.

Так же хотелось бы отметить, что семья является важным фактором в помощи больным наркоманией и алкоголизмом.

# Литература

1. Москаленко В. Д. Дети бальных алкоголизмом (воз­раст от 0 до 18 лет). Серия: Обзоры по важнейшим проблемам здравоохранения и медицины. // Обз. инф. НПО «Союзмединформ». М., 1990. — 68 с.
2. Москаленко В.Д. Жены больных алкоголизмом // Вопросы психологии. 1991. № 5. С. 91—97.
3. Битти М. Алкоголик в семье, или преодоление сазависимости. М., 1997.
4. Болотовский И.С. Наркомании. Токсикомании. Казань. 1989.
5. Братусь В.С. психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. М., 1984.
6. Бузина Т.С. Феномен « поиска ощущений» и проблема профилактики СПИДА в наркологии // Вопросы наркологии. 1994. №2. с. 84-88.
7. Копыт Н.Я. Профилактика алкоголизма. М., 1986.
8. Латышев Г.В. Организация мероприятий по профилактике наркомании. М., 1991.
9. Лешнер А. Наркомания- заболевание мозга // Глобальные вопросы. 1997. Т.2. № 2.
10. Макаров В.В. Первичная профилактика наркологических заболеваний у подростков // Вопросы наркологии. 1991. №3. с. 22-25.
11. Никитин Ю.И. Профилактика и лечение алкоголизма. Киев. 1990.
12. Отечественный журнал социальной работы. М., 2006. №2
13. Пятницкая И.Н. Наркомании. М., 1997.
14. Социальная работа. М., 2003. №1
1. Отечественный журнал социальной работы. М., 2006. №2. с. 33-35. [↑](#footnote-ref-1)
2. Латышев Г.В. Организация мероприятий по профилактике наркомании. М., 1991. с. 45-55 [↑](#footnote-ref-2)
3. Социальная работа. М., 2003. №1. с. 45-50 [↑](#footnote-ref-3)
4. Макаров В.В. Первичная профилактика наркологических заболеваний у подростков // Вопросы наркологии. 1991. №3. с. 44 [↑](#footnote-ref-4)
5. Отечественный журнал социальной работы. М., 2004. №4. с. 16-20 [↑](#footnote-ref-5)
6. Латышев Г.В. Организация мероприятий по профилактике наркомании. М., 1991. [↑](#footnote-ref-6)
7. Копыт Н.Я. Профилактика алкоголизма. М., 1986. с. 66 [↑](#footnote-ref-7)
8. Битти М. Алкоголик в семье, или преодоление сазависимости. М., 1997. с. 18-25 [↑](#footnote-ref-8)
9. Москаленко В.Д. Жены больных алкоголизмом // Вопросы психологии. 1991. № 5. С. 91—97. [↑](#footnote-ref-9)
10. Москаленко В. Д. Дети бальных алкоголизмом (воз­раст от 0 до 18 лет). Серия: Обзоры по важнейшим проблемам здравоохранения и медицины. М., 1990. — с. 68 [↑](#footnote-ref-10)