

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой: <https://studservis.ru/glava-diploma/197297>

Тип работы: Глава диплома

Предмет: Психология

Содержание

Введение 3

- 1. Теоретические аспекты использования гештальт-терапии в работе с онкопациентами 7
- 1.1 Возникновение и развитие гештальт-терапии Основные понятия и цели гештальт-терапии 7
- 1.2 Базовые методы гештальт-терапии 13
- 1.3 Тревожные расстройства онкологических пациентов 20
- 1.4 Реабилитация в ходе химиотерапевтического лечения 25
- Выводы по первой главе 30
- Список литературы 32

Введение

Актуальность исследования. Психозомоциональные нарушения и психические расстройства у онкологических пациентов могут сопровождать все этапы лечения основного заболевания. Изучение тревожных расстройств пациентов с онкопатологией позволяет констатировать о необходимости психореабилитационных мероприятий, эффективно сказывающихся на лечебном процессе, качестве жизни, обретении нового смысла жизни, а также увеличивают навыки саморегуляции и возможности профилактики стрессовых расстройств на этапах длительного наблюдения и химиотерапии. Актуальность исследования тревожности у онкологических больных разных возрастных групп определяется тем, что с возрастом у людей меняются мотивы поведения, отношение к окружающему миру, другим людям. В связи с этим стратегии психологической помощи для таких пациентов должны быть разными.

В связи с увеличением числа онкологических больных в нашей стране растет и необходимость оказания им своевременной помощи, в том числе и психологической. Успешность проводимой терапии во многом зависит от психологического настроя пациентов.

Гештальт-подход в терапии – это экзистенциальный, экспериментальный (основанный на опыте) и экспериментальный подход в психотерапии и консультировании. Целями такого подхода являются: расширение осознания человека и посредством этого достижение большей внутриличностной целостности, наполненности и осмысленности жизни, улучшение контакта с внешним миром в целом, и с окружающими людьми.

- 1. Теоретические аспекты использования гештальт-терапии в работе с онкопациентами
- 1.1 Возникновение и развитие гештальт-терапии Основные понятия и цели гештальт-терапии

Становление гештальт-подхода в рамках психотерапии, как самостоятельной концепции, пришлось на середину XX века. Но возникновение самого гештальт-подхода уходит корнями в конец XIX века, в момент становления психоанализа, разработанного Зигмундом Фрейдом. Тогда ведущим подходом в психотерапии являлся психоанализ. Главной идеей этого подхода является поиск проблем или трудностей с помощью бессознательной части человеческого сознания. При таком подходе человек через свои прошлые сны, мысли и ошибочные действия или оговорки узнаёт своё бессознательное собственное Я.

Гештальт" (Gestalt) - немецкое слово, означающее целое или конфигурацию. Gestalten - означает "облечь в форму", придать значимую структуру.

Основой гештальт-подхода стали интуитивные догадки и предположения Ф. Перлза. Гений Ф. Перлза и его сотрудников (в частности Лоры Перлз и Пола Гудмена) проявился в разработке экзистенциальной

философии или "искусство жить", включающей в себя несколько философских, методологических и терапевтических направлений европейского, американского и восточного происхождения [17]

Гештальт-подход расположен на пересечении: психоанализа (Фрейд, Ференчи, Гроддек, Ранк, Адлер, Юнг, Райх, Хорни); гештальт-теории (фон Эренфельц, Вертхаймер, Коффка, Келер, Голдштейн, Левин, Зейгарник); психо-телесных видов терапии райхианского толка; психодрамы Морено; направлений, работающих с воображением и сновидениями, в том числе и фантазиями; феноменологического и экзистенциального подходов (Кьеркегор, Бретано, Гуссерль, Хайдеггер, Шелер, Ясперс, Бубер, Тиллих, Бинсвангер, Минковский, Марсель, Сартр, Мерло-Понти); восточной философии дзен-буддизма.

Основателем гештальт-терапии считается Фридрих Соломон Перлз.

Для объяснения человеческого поведения Перлз и его коллеги использовали идеи гештальтпсихологии, такие как концепцию динамики фигуры и фона, представления о целостности человеческого организма и о том, что организм и его окружающая среда представляют собой единое поле. Перлз использовал также некоторые философские идеи - идеи феноменологии, философского направления, возникшего в начале XX в. и настаивающего на необходимости исследовать вещи такими, какими они представлены в сознании, и идеи экзистенциализма о свободе и ответственности человека, экзистенциальной встрече Я - Ты. [17]

Человек представляет собой целостное социобиопсихологическое существо. Любое деление его на составные части, например психику и тело, является искусственным. Человек и окружающая его среда представляют собой единый гештальт, структурное целое, которое называют полем организм/окружающая среда. Среда влияет на организм, а организм преобразует свою среду. Применительно к психологии межличностных отношений это означает, что, с одной стороны, на нас влияет поведение окружающих людей, с другой, если мы изменяем свое поведение, то и окружающие вынуждены меняться.

Человеческое поведение согласно теории гештальт-терапии подчиняется принципу формирования и разрушения гештальтов. Здоровый организм функционирует на основе саморегуляции. Насущная потребность возникает и начинает занимать доминирующее внимание организма - фигура появляется из фона. Далее организм ищет во внешней среде объект, который способен удовлетворить эту доминирующую потребность, например, пищу при чувстве голода. Сближение и адекватное взаимодействие с объектом (разжевывание и проглатывание пищи в данном примере) приводит к удовлетворению потребности - гештальт завершается и разрушается.

1. Контакт - базовое понятие гештальт - терапии. Организм не может существовать в безвоздушном пространстве, также как в пространстве лишенном воды, растений и живых существ. Человеческое существо не может развиваться в среде лишенной других людей. Все основные потребности могут удовлетворяться только в контакте с окружающей средой. Место, в котором организм встречается с окружающей средой, в гештальт-терапии называют границей контакта. То насколько человек способен удовлетворять свои потребности, зависит от того, насколько гибко он может регулировать контактную границу. Гештальт-терапия описывает типичные нарушения контактной границы, которые делают взаимодействие со средой, в том числе межличностное, неэффективным.

2. Осознание - осведомленность о том, что происходит внутри организма и в его окружающей среде. Осознание нетождественно интеллектуальному знанию о себе и окружающем мире. Оно включает как переживание восприятия стимулов внешнего мира, так и внутренних организмических процессов - ощущений, эмоций, а также мыслительной деятельности - идей, образов, воспоминаний и предвосхищений, т.е. охватывает многие уровни. Осознанием, за исключением его мыслительного слоя, обладают и животные. Однако в цивилизованном мире у людей гипертрофировано мышление в ущерб эмоциям и восприятию внешнего мира. Именно осознание, в противоположность рациональному знанию, дает реальную информацию о потребностях организма и об окружающей среде.

3. Основная цель практики гештальт-терапии - это расширение осознания. Огромное количество человеческих проблем связано с тем, что подлинное осознание реальности подменяется интеллектуальными и, зачастую, ложными представлениями о ней, например, о том, что можно ожидать от людей, как они относятся ко мне, что я должен хотеть и что должен делать. Такие ложные представления заслоняют реальность и затрудняют удовлетворение потребностей организма - процесс формирования и разрушения гештальта нарушается. Гештальт-терапия исходит из того, что если люди достигают ясного осознания внутренней и внешней реальности, то они способны самостоятельно разрешить все свои проблемы. Поэтому терапия не ставит своей целью изменение поведения, поведение меняется само по мере роста осознания.

4. Здесь-и-теперь - принцип, который означает, что актуальное для организма всегда происходит в настоящем, будь то восприятия, чувства, действия, мысли, фантазии о прошлом или будущем, все они

находятся в настоящем моменте. Использование этого принципа позволяет интенсифицировать процесс осознания.

5. Ответственность - способность отвечать на происходящее и выбирать свои реакции. Реальная ответственность связана с осознанием. Чем в большей степени человек осознает реальность, тем в большей степени он способен отвечать за свою жизнь - за свои желания, действия, говоря словами Перлза, опираться на себя.

6. Феноменологический подход в гештальт-терапии реализуется через то, что терапевт с уважением относится как к субъективному опыту клиента, так и к своему личному субъективному опыту. Гештальт-терапевт не вкладывает какого-либо определенного значения в переживания и поведение клиента, в процессе осознания клиент сам обнаруживает их значение.

1.2 Базовые методы гештальт-терапии

Основные идеи и методы гештальт-терапии разработали Фредерик Перлз, Лаура Перлз и Пол Гудман [17]. Основными принципами являются актуальность (работа в настоящем), стремление к развитию осознанности и развитие способности принимать ответственность за свою жизнь.

Гештальттерапевт фокусирует внимание клиента на осознании процессов протекающих в «здесь и теперь», в каждый момент настоящего времени. Посредством этого гештальттерапия развивает осознанность, ответственность и восстанавливает способность к переживанию своих реальных эмоций и чувств.

Методы гештальттерапии направлены на развитие целостного образа человека в 5 сферах его жизни (С. Гингер):

1. Физическая. Включает в себя все аспекты материальной и физической жизни человека (материальное благополучие, физическое здоровье, сексуальная зрелость).
2. Эмоциональная. Сфера эмоциональных переживаний, чувства (любовь, радость, грусть, восторг...) и способность к их выражению и пониманию.
3. Рациональная. Способности к рациональному мышлению, планированию, анализу, способности к творчеству, умение предвидеть и создавать себя и окружающий мир.
4. Социальная. Отношения с другими людьми, (друзьями, коллегами, близкими) культурное окружение, весь комплекс социальных отношений человека.
5. Духовная. Место и знания человека о самом себе и окружающем космосе. Знание законов жизни и духовные ценности, и смыслы, на которые опирается человек.

Для работы с проблемами в гештальт-терапии применяют три основных методики:

1. Контакт с окружающей средой - это дает возможность человеку посредством реакций на окружающую среду расти и изменяться.
2. Метод «здесь и сейчас»: направляет внимание клиента на процессы, протекающие в каждый момент настоящего времени, не беспокоясь о прошлом или будущем.
3. Ответственность - подразумевает способность взять на себя ответственность за происходящее в жизни, не обвиняя других.

К основным техникам гештальт-терапии относятся: расширение осознания; интеграция противоположностей; усиление внимания к чувствам; работа с мечтами (фантазией); принятие ответственности за себя; преодоление сопротивления.

1. Расширение осознания. Используются упражнения, направленные на расширение осознания того, что входит в понятия внутренняя и внешняя зоны. Руководитель группы просит участника закрыть глаза и, соблюдая принцип здесь и теперь, сконцентрироваться на внутреннем мире своего тела. Свое осознание внутренней зоны участник начинает словами: «Сейчас я ощущаю...» и далее описывает свои ощущения, возникающие на поверхности кожи, в мышцах, во внутренних органах и т. д. Затем участник получает задание открыть глаза и сфокусировать свое внимание на внешней зоне. Осознание окружающего мира также сопровождается словами: «Сейчас я осознаю...» и т. д. (идет информация об ощущениях, которые вызывают у пациента различные предметы, звуки, запахи и т. п.). Далее фокус внимания снова перемещается на внутреннюю зону, и так по очереди.

2. Интеграция противоположностей. Формирование и завершение гештальтов зависит от способности личности четко определять свои потребности и умение вступить в контакт со средой для того, чтобы удовлетворить эти потребности. Контакт со средой во многом зависит, во-первых, от способности разграничивать окружающую среду и свое Я и, во-вторых, от способности разграничивать отдельные аспекты своего Я, например свои ощущения, их истинность и полярность.

В диалектике существует закон единства и борьбы противоположностей. Он одинаково применим как к окружающей среде, так и к нашему внутреннему миру. В нас самих постоянно идет борьба двух или нескольких противоположных желаний и тенденций. Борьба этих противоположных личностных качеств нередко формирует конфликт внутри нас самих.

Для гештальт-терапевта важно, чтобы человек осознал свои противоречивые качества, а главное -- осознал чувства, которые сопровождают борьбу этих противоположностей.

3. Усиление внимания к чувствам. Осознание своих чувств должно быть непрерывным, но многие люди прерывают процесс осознания, как только дело доходит до неприятных переживаний, до тех чувств, которые пациент избегает осознавать.

В подобных случаях психотерапевт должен помочь участнику терапии завершить незавершенный и травмирующий его гештальт. Это важно, во-первых, потому, что та энергия, которая тратится на сокрытие «неприятного» чувства, после его реагирования может быть направлена на более продуктивные цели, и, во-вторых, это может прояснить противоположности, вовлеченные во внутренний конфликт, и интегрировать их в единое целое.

4. Работа с фантазией. Фредерик Перлз считал, что фантазии представляют собой наиболее спонтанную продукцию, которая несет в себе уникальную информацию, те фрагменты нашего Я, которые при обычном рассказе подавляются или от которых мы отказываемся. При гештальт-терапии фантазии не анализируются и не интерпретируются психотерапевтом. Участник терапии сам исследует свои фантазии. Работа эта включает в себя как минимум два компонента: перенос фантазии на реальную почву; идентификацию фантазии со своей личностью.

5. Принятие ответственности за самих себя. Сторонники гештальт-терапии считают, что причиной невроза часто является неспособность индивидуума полностью принять на себя ответственность за свои чувства, мысли и поступки, иными словами, неспособность принять ответственность за свое Я.

1.3 Тревожные расстройства онкологических пациентов

Тревога — самое универсальное аффективное состояние, которое может возникать в отсутствие явной психиатрической патологии, практически у любого человека [3]. Тревога подразделяется на физиологическую, соразмерно возникающую в ответ на реальную или предполагаемую угрозу, и патологическую, служащую проявлением тревожного расстройства. Последнее характеризуется частыми или постоянными опасениями, которые возникают по поводу реальных событий или обстоятельств, вызывающих озабоченность человека, но явно чрезмерны по отношению к ним. Диагноз тревожного расстройства предполагает, что сами больные могут не осознавать чрезмерность своих опасений, однако при этом выраженная тревога должна вызывать у них дискомфорт. Симптомы тревожного расстройства часто наблюдаются у больных, обращающихся к врачам общей практики по поводу астении, нарушения сна, головокружения, разнообразных болевых синдромов, проявлений вегетативной дисфункции, при этом у большинства больных аффективные и соматоформные симптомы отмечались на протяжении многих лет до установления диагноза.

Состояние тревожности – это обычная и нормальная реакция на новую или стрессовую ситуацию. Ее испытывал каждый человек в обычной жизни. Многие авторы указывают на то, что тревога в значительной степени определяет особенности психической адаптации человека, что проявляется в особенностях его поведения и психического состояния. Тревога рассматривается как форма адаптации организма в условиях острого или хронического стресса. Психологическое состояние человека, узнавшего о том, что у него онкологическое заболевание, характеризуется особенно высоким уровнем тревожности. В некоторых случаях это состояние может доходить до уровня выраженного невроза.

Зарубежные и отечественные авторы указывают на то, что традиционно выделяется два основных аспекта (элемента тревожности): тревожность как свойство личности и как приспособительная реакция на действие стрессовых факторов. Как черта личности, тревожность характеризует склонность испытывать в большинстве ситуаций опасение, страх [4].

Состояние тревоги может быть очень сильным, нарушая нормальное функционирование организма, подавляя его естественные защитные механизмы. Это создает условия для дальнейшего развития опухолей. В этом случае требуется квалифицированная психологическая помощь и сопровождение. Однако умеренный уровень выраженности компонентов тревожности способствует мобилизации и активизации ресурсов пациента, улучшение его сопротивляемости болезни.

Тревожные расстройства — группа феноменологически близких, но этиопатогенетически разнородных

психопатологических состояний. Принято выделять первичные, вторичные и ситуативные тревожные расстройства. В соответствии с DSM-5 (диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам) к первичным тревожным расстройствам отнесены: паническое расстройство, агорафобия без панического расстройства, специфические фобии, социальная фобия, сепарационное стрессовое расстройство, селективный мутизм и генерализованное тревожное расстройство. Обсессивно-компульсивное расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство выделены в отдельные подгруппы [1].

Вторичные тревожные расстройства могут возникать как закономерное проявление других заболеваний, таких как эпилепсия, тиреотоксикоз, феохромоцитома, гипогликемия, стенокардия, бронхиальная астма, мигрень, вестибулярная дисфункция, нарушения равновесия. Наконец, ситуативная тревога может возникать в ответ на стресс, в т. ч. при развитии соматического заболевания или госпитализации (например, тревога перед предстоящим оперативным вмешательством, тревога ожидания результата лабораторного исследования и т. д.). Преморбидные психиатрические заболевания служат фактором, предрасполагающим к развитию тревожной реакции в ответ на неопределенность будущего или появление угрожающего стимула, финансовые проблемы, нахождение в незнакомой местности.

1.4 Реабилитация в ходе химиотерапевтического лечения

Первые работы в исследовании психологического бремени больных с новообразованиями были проведены K.R. Eissler [31] и J. Norton [33], которые изложили подробные и конфиденциальные наблюдения пациентов, заболевших злокачественной патологией во время психоаналитической терапии. Полученные данные послужили богатым материалом для начинающих исследователей в 1960-е годы, так как в них впервые было описано, каким образом пациенты справлялись с прогрессирующими стадиями болезни и приближающейся смерти.

В начале 1950-х годов появились первые научные исследования, отражающие формирование более тесного сотрудничества специалистов из областей психиатрии и клинической медицины и посвященные изучению психологических реакций у пациентов, госпитализированных в связи со злокачественной патологией. В ключевых работах описывались переживания чувств вины и стыда как основной психологической реакции, связанной со стигмой онкологического заболевания.

Исследователи также изучали, как модели взаимодействия пациентов с окружающими менялись в зависимости от стадии болезни, отмечая нарастание ограничения в общении при прогрессировании опухолевого процесса [24]. Появились работы, отражающие психологические реакции пациентов, связанные с проведением радикальных хирургических процедур при онкогинекологическом раке, раке молочной железы, злокачественных опухолях толстой кишки. В двух оригинальных трудах M. Bard et al. и A.M. Sutherland et al., которые до сих пор актуальны, описывались психологические переживания пациентов при выведении колостомы на переднюю брюшную стенку и проведении радикальной мастэктомии. Профессиональные психиатрические сообщества стали формировать клинические и научные связи с группами хирургов, радиотерапевтов и онкологов. Еще одним фактором, вызвавшим повышенный интерес к психологическим проблемам онкологических больных в 1960-е годы, стала работа психиатра Э. Кюблер-Росс.

Идею необходимости учитывать психику онкологического больного, влияющую на результат лечения, пожалуй, впервые в стране сформулировал еще в 1945 году основоположник отечественной онкологии Н.Н. Петров в работе «Вопросы хирургической деонтологии». Он писал: «Для полноценной хирургической работы, кроме научных знаний, технического оснащения и самой блестящей хирургической техники, необходимы: ... полный учет значения психики больных для исхода производимого лечения и охрана этой психики с избеганием всякой ее травмы, какая только может быть избегнута» и «Психотерапии же уделяется совершенно недостаточное внимание; наоборот, для психогенной травматизации больных открыты широкие ворота, и слишком недостаточно внедрено в сознание хирургов представление о большом вреде, порождаемом психогенной травмой» [20]. Уже в те годы Н.Н. Петров указывал на возможность психической травматизации онкологического больного. В своей работе он обращался к врачам-онкологам. Конечно, в 40-е годы прошлого века невозможно было даже представить психологов, работающих в онкологических учреждениях.

В результате проведенных исследований А.В. Гнездилов [1] выявил психогенные реакции онкологических больных на разных этапах лечения в зависимости от их преобидных особенностей и способы купирования этих реакций, что легло в основу его кандидатской диссертации «Психогенные реакции у онкологических

больных». Психологи В.А.Чулкова и Н.Б. Шиповников изучили особенности личности больных раком прямой кишки и желудка, их реагирование на заболевание на разных этапах лечения, отношение к болезни, к диагнозу, к операции, к будущему, что дало возможность адекватно и успешно корректировать развивающиеся патологические состояния. Эти исследования послужили основой кандидатской диссертации Н.Б. Шиповникова «Особенности личностной реакции на болезнь при раке желудка и прямой кишки». С 1977 году при участии врачей и научных сотрудников различных подразделений Института началась масштабная научно-исследовательская работа по реабилитации больных раком молочной железы (РМЖ). РМЖ несет в себе угрозу психической травматизации пациенток. Его лечение сопровождается чрезмерным эмоциональным напряжением, приводящим больную к различным психологическим и нервно-психическим расстройствам, которые резко снижают качество жизни даже спустя годы после завершения лечения.

Список литературы

1. Бажин Е.Ф., Березкин Д.П., Гнездилов А.В. и др. Психологические компенсаторные реакции онкологических больных // Тез. док. Всесоюзного симпозиума: Совершенствование методов реабилитации онкологических больных. – Л., 1978. – С.9-11
2. Булюбаш И.Д. Руководство по гештальт-терапии. М., Изд-во Института психотерапии, 2004–756 с.
3. Винокурова Я.В., Халтанова А.К. ИССЛЕДОВАНИЕ ТРЕВОЖНОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ // Международный студенческий научный вестник. – 2016. – № 5
4. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А. Методология исследования качества жизни в контексте психосоматических и соматопсихических соотношений // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2006. – № 4. – С. 12-15
5. Володькина О.Н. Гештальт-подход в семейной психотерапии. В книге: Актуальные проблемы теории и практики психологии и социологии Тезисы III Всероссийской студенческой научно-практической конференции. 2017. С. 54-58.
6. Гештальт-терапия: принципы, точки зрения, перспективы. Интервью Р. Резника с М. Парлетом 28 февраля 1995 г. / Пер. М. Занадворова // Гештальт-95: Сборник материалов МГИ. – М., 1996.
7. Гингер С. Гештальт: искусство контакта / Пер. с англ. Т.А. Ребеко. — Изд. 2-е. — М.: Академический Проект; Культура, 2010 — 191 с.
8. Гингер С. Гештальт-терапия контакта / С. Гингер, А. Гингер / Пер. с фр. Е.В. Просветиной. – Paris: Hommeset Groupes, 1994. – С. 8-37
9. Дж. Зинкер. В поисках хорошей формы. Гештальт-терапия с супружескими парами и семьями / Пер. с англ. А.Я Логвинской – М., 2000
10. Джон Энрайт. Гештальт-терапия. Теория и практика. Гештальт, ведущий к просветлению / пер. с англ. - М.: Апрель Пресс, ЭКСМО-Пресс, 2018. - 320 с.
11. Иванова Е. А., Лебедева Н. М. Приглашение к Гештальту // Журнал практического психолога. -2014. - № 7 – 8. С. 12 – 18.
12. Кемплер, У. Основы семейной гештальт-терапии / пер. с англ. - СПб.: Издательство Пирожкова, 2011. – 224 с
13. Мельников Р.А., Шабашова Н.Я., Семиглазов В.Ф., Моисеенко В.М. О медицинской реабилитации больных раком молочной железы // Вопр. онкологии. – 1981. – Т.27. – №7. – С. 77-82.
14. Мещалкина А.С., Кормушина Н.Г. История развития концепции гештальт-подхода в психологии: Студенческая наука XXI века. 2016. № 1-1 (8). С. 205-208.
15. Наранхо К. Гештальт-терапия: Отношение и практика атеоретического эмпиризма / Пер. А. А. Рунихиной. – Воронеж, 2015.
16. Олифирикович, Н. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://psychologytoday.ru/author/natalya-olifirovich/> [04.09.2021]
17. Перлз, Ф., Гудмен, П. Теория гештальт-терапии. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2014. – 384 с.
18. Перлз, Ф. Практика гештальт-терапии (Практикум по гештальт-терапии). Гештальт-подход и свидетель терапии. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2002. – 480 с.
19. Перлз, Ф.С. Эго, голод и агрессия / пер. с англ. - М.: Смысл, 2014. – 358 с.
20. Петров Н.Н. Вопросы хирургической деонтологии. – Л. – 1947. – 48 с.
21. Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии: Учебное пособие [Текст]//Под ред.

А.А. Крылова, С.А. Маничева. - СПб: Питер, 2014. - 560 с.

22. Погодин И.А. Гештальт-терапия: мифы и реальность [Текст] / И. Погодин, Н. Олифирович // Вестник гештальт-терапии: Сб. ст. – Вып. 4. – Минск: Бизнесофсет, 2016. – С. 8
23. Польштер И., Польштер М. Интегрированная гештальт-терапия: Контуры теории и практики / Пер. А. Я. Логвинской. – М., 2015.
24. Романенко О.К. Практическая гештальт-терапия [Текст] / О.К. Романенко. – М.: Фолиум, 2014. – С. 4-23.
25. Рудестам К. Групповая психотерапия. – СПб.: издательство Питер Ком, 2016. - 336с.
26. Седова А.А. Использование гештальт-подхода в управлении персоналом: Вестник Волжского университета им. В.Н. Татищева. 2018. № 2 (28). С. 168-174.
27. Седова А.А. Формирование ответственного поведения у персонала посредством гештальт-подхода: Вестник Волжского университета им. В.Н. Татищева. 2020. № 3 (34). С. 240-245.
28. Третьяк Л.Л. Оценка эффективности гештальт-подхода в клинической практике. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.b17.ru/article/28999/> [04.09.2021]
29. Третьяк Л.Л. Эволюция гештальт-подхода в психотерапии и консультировании. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://ruspsy.net/phpBB3/viewtopic.php?p=1339> [04.09.2021]
30. Хломов Д. Арт-терапия в гештальте: Сборник материалов Московского Гештальт Института. Гештальт-2012. Спец. выпуск. – М.: Гештальт Институт, 2012. – С. 33.
31. Eissler K. R. The psychiatrist and the dying patient. New York: International Universities Press; 1955. – 345 p.
32. Kaplan R.M., Bush J.W. Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis // Health. Psychol. – 1982. Vol. 1. – P. 61-80
33. Norton J. Treatment of a dying patient. // Psychoanal Study Child. – 1963. – Vol. 18. – P. 541-560

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой: <https://stuservis.ru/glava-diploma/197297>