الفصل الرابع

# نحو تعريف متوازن حضاريّا

# للصحة النفسية

**مقدمة:**

مضى الآن مايزيد عن أربعين عاماً منذ نشرت مارى ياهودا M. Jahoda كتابها المعنون: «المفاهيم الراهنة فى ميدان الصحة النفسية الإيجابية» (Jahoda 1958). فى هذا الكتاب أكدت المؤلفة النقاط الآتية:

أ- يمكن اعتبار غيبة المرض محكاً[١]، ضروريّا للصحة النفسية[٢]، ولكنه ليس محكاً كافياً. (ص ١٥ ، ٧٣ من المرجع السابق).

ب- إن المعارف المتوافرة لدينا عن الانحرافات، والأمراض، والاضطرابات تفوق كثيرا ما لدينا من معلومات عن المظاهر الصحية (ص ٦).

جـ- أما عن مفهوم السواء[٣]، كمحك، فلا قيمة له فى تعريف ما ينطوى عليه المقصود بعبارة الصحة النفسية الإيجابية[٤].

وفى محاولتها أن تتقدم بعد ذلك نحو إنجاز مهمتها (ألا وهى تحديد الصحة النفسية)، استطاعت مارى ياهودا أن تستخلص من كم كبير من دراسات السلوك البشرى عدداً من مؤشرات الصحة النفسية الإيجابية، نجملها فيما يلى :

١- الاتجاهات[٥] نحو الذات (ص ٨٣).

---

(1) criterion.
(2) mental health.
(3) normality.
(4) positive mental heath.
(5) attitudes.

٢- النمو، والارتقاء، وتحقيق الذات (ص ٨٧).

٣- التكامل (بمعنى التوازن بين القوى النفسية) (ص ٨٩).

٤- التلقائية أو الاستقلالية[١] (بمعنى أن يكون السلوك موجَّهاً من الداخل). (ص ٩١).

٥- إدراك الواقع (واقع الذات والآخرين) (ص ٩٢).

٦- السيطرة على البيئة[٢] (ص ٩٤).

وبعد أن فرغت ياهودا من حصر المؤشرات على هذا النحو، اتجهت إلى تفصيل القول فى المناحى والتقنيات التى تُستخدم فى دراستها (أى دراسة هذه المؤشرات)، وبعد أن فرغت من هذه المهمة، قدمت عدداً إضافيّا من الأساليب التى يمكن استخدامها للأغراض نفسها.

## مقام مشترك وراء الأفكار السائدة حول الصحة النفسية:

فى سنة ١٩٦٦، قرر كارل روجرز C. Rogers، وهو المعروف بأفكاره التى تعتبر محورية بالنسبة لتوجهات ياهودا المشار إليها، قرر ما يأتى: «ومنذ فترة وجيزة اتجهنا نحو نظرية (علاجية) جديدة.. فقدَّمنا نظرة جديدة لعملية التغير، نظرة تؤكد أن هذا التغير يمضى على أساس عدد من الأبعاد المتصلة[٣]... تعنى هذه العملية التحرك بعيداً عن التثبيت[٤]، وعن الغُربة إزاء المشاعر والخبرة، وعن تصلُّب مفهوم الذات، والبُعد[٥] عن الناس، والأداءات اللاشخصية، التحرك بعيداً عن هذه الحالات كلها، والاقتراب من السيولة[٦]، والاستعداد للتغير، وحيوية المشاعر والخبرة وتقبُّل كلٍّ منهما، وإقامة المفاهيم المرحلية، واكتشاف الذات المتحولة من خلال الخبرات المتغيرة، وحميمية العلاقات

(1) autonomy.
(2) emvironmental mastery.
(3) continua.
(4) fixity.
(5) remoteness from people.
(6) fluidity.

واكتسابها ثقلا واقعياً[1]، واتساق الأداءات وتكاملها. . وتنطوى هذه العملية كذلك على تنامى قدرتنا على التحقق من خلال إمكانياتنا. . . بعبارة أخرى إنما تعنى هذه العملية أن نلقى بأنفسنا فى خضم التيار المتدفق للحياة». (Rogers 1966).

وفى سنة ١٩٧٤، أراد روجرز أن يزيد من وضوح مقصده من الحديث عن التحرك نحو تحقيق الصحة النفسية الإيجابية، وفى هذا الصدد قال ما يأتى: «وتتزايد إشارات (مرضاى أو عملائى) إلى الذات أكثر من إشاراتهم إلى غير الذات[2]. . . وتتزايد إشاراتهم إلى التعارض[3] بين بعض خبراتهم من ناحية ومفهومهم عن ذواتهم. . وتتنامى الدلائل على أنهم يدركون أو يخبرون ذواتهم باعتبارهم مركز عمليات التقويم»[4].

وفى سنة ١٩٨٣ أوضح أوربان H. B. Urban أن كارل روجرز ومعه مجموعة من الكتاب الأمريكيين والأوروبيين، يمكن تصنيفهم جميعاً على أنهم يتبنون توجهات فى العلاج النفسى وفى أمور الصحة النفسية تكرّس الوجودية[5]، والإنسانية[6]، والظواهرية[7]. وقد أحصى أوربان بين أولئك الكتاب الآخرين وليم جيمس W. James، وجون ديوى J. Dewey، وشارلوت بوهلر C. Buhler، وجوردون ألبورت J. Alport، وهنرى موراى H. Murray، ومازلو A. Maslow، وفرانكل V. E. Frankle. ومع أن أوربان يبقى متنبهاً للفروق بين كتابات هؤلاء المؤلفين جميعاً بعضهم البعض، فإنه يؤكد العناصر المشتركة بينهم، ومن بين أبرز هذه العناصر بل وأهمها إصرارهم على تأكيد أهمية الشخص كفرد، وعلى خبرته الشعورية (إذ يجتاز مواقف الحياة المختلفة)،

(1) realness.
(2) nonself.
(3) incongruity.
(4) locus of evaluation.
(5) existentialism.
(6) humanism.
(7) phenomenology.

)، وعلى الطريقة التى تنتظم بها خبراتهم؛ لتكتسب معنى من خلال ارتباطها بالأنا أو الذات (Urban 1983).

## الجذور البعيدة للآراء السائدة حول الصحة النفسية:

فى رأينا أن الكتابات التى أشرنا إليها تقوم كعينة ممثلة لأسلوب واسع الانتشار فيما يتعلق بتناول مشكلات الصحة النفسية نظريًا وعمليًا. وفى رأينا كذلك أن هذا الجمهور من الكتابات إنما يتبع صيغة واحدة أساسية متسقة مع نفسها، وأن أهم معالم هذه الصيغة أنها ترتكز على الجزء دون الكل[١]، وأنها تتمركز فى الفرد[٢]. ومع ذلك فقد لاحظت أعداد متزايدة من الكتاب على امتداد العقدين الأخيرين نوعاً من عدم التوازن[٣] فى معظم الأدبيات السيكولوجية الغربية بالانتحاء نحو المركزية الفردية. وفى ذلك يقول هوجان R. Hogan الأستاذ بجامعة چونز هوبكنز ما يأتى: «... النزعة السائدة فى علم النفس الأمريكى، وخاصة فى فروعه التى تعنى بدراسة الفرد المتكامل، وارتقاء سلوكه، وسلوكياته الاجتماعية نزعة مرتبطة أشد الارتباط بالمنظور الفردى... ومن ثم يمكن وصف هذا العلم بأنه مركزى الأنا[٤]...

وفى الطريق إلى مزيد من القول المفصل، يحاول هوجان أن يفرق بين أربعة أشكال من مركزية الأنا تشيع فى علم النفس الأمريكى، بل وفى علم النفس الغربى بأسره. وهو يطلق على هذه الأشكال الأربعة الأوصاف الآتية: الشكل الرومانسى، والشكل الأنانى أو المستأثر، والشكل الأيديولوجى والشكل الغريب أو المستغرب[٥]. (Hogan 1975).

وفى تأييد للرأي نفسه يقول بيبيتون A. Pepitone، وهو أستاذ فى جامعة بنسلفانيا، يقول فى مقال بعنوان «دروس من تاريخ علم النفس الاجتماعى»:

(1) microcosmic.
(2) individuo-centric.
(3) lopsidedness.
(4) ego-centric.
(5) alienated.

«إن المدارس النظرية السائدة والمنظورات الشائعة فى علم النفس الاجتماعى فى مُجمله إنما تقع فى فئتين عريضتين، فهناك علم النفس الاجتماعى للفرد وهناك علم النفس الاجتماعى للعلاقات. فإذا دققنا النظر فى تاريخ حياة المجال بأكمله، وجدنا أن الفئتين غير متكافئتين : فإحدى الكفتين - وهى كفة العناية بالعلاقات - غير راجحة سواء من حيث عدد الباحثين المشتغلين فعلا بالموضوع، أو عدد المنشورات الصادرة فى الدوريات المخصصة للميدان، أو التوجهات المسيطرة على البحث والتنظير... أما الكفة الأخرى الراجحة فهى الكفة التى تتركز البحوث فيها على الفرد، وبوجه خاص على العمليات النفسية التي تدور داخل الفرد، والتى تُحمَّل مهمة تفسير سلوكه الاجتماعى» (Pepitone 1981). ويقول المؤلف فى موضع آخر من البحث نفسه ما يأتى: «.. وينبع التسيُّد الدائم لعلم النفس الاجتماعى الفردى على علم النفس الاجتماعى العلائقى، ينبع من مجموعة القيم والمعتقدات نفسها التى لها وظيفة المسلَّمات، والتى تسيطر على علم النفس بأسره» (المرجع السابق).

وفى محاولة لعلاج هذا الموقف يضع بيبيتون وصفة محددة؛ تتمثل الخطوة الأولى فيها فى إقامة علم اجتماع للمعرفة[1]. وفى ضوء هذا الإطار يلزمنا أن نربط دائماً ربطاً له معنى بين أى بيانات شخصية وأى مكتشفات بحثية وأية حقائق تاريخية تمس ميداننا، أن نربط بين هذا كله من ناحية والمنظورات التى لها طبيعة المسلَّمات القائمة وراء التصورات والنظرية والأسئلة المطروحة من ناحية أخرى. ويستطرد قائلاً: «ومن تحليل هذه التوجهات العامة التى تنصب على مادة علم النفس... سوف نفهم أين تحقق تقدم للعلم، وأين أصابه الركود؛ وما الأسئلة التى اختفت أو انقرضت، وما الأسئلة التى عادت إلى الظهور، والكيفية التى يجب أن يعاد بها هيكلة المجال بصورة تضمن الخصوبة» (المرجع نفسه).

(1) sociology of knowledge.

نضيف إلى ذلك أن بس A. R. Buss، وهو أستاذ فى جامعة ألبرتا بكندا نشر مقالاً، سبق به مقال بيبيتون بعدة سنوات، وكان عنوان المقال «المجال البازغ لعلم اجتماع المعرفة السيكولوجية»؛ وفى هذا المقال يقرر ما يأتى: «إن النقطة الرئيسية فى سوسيولوجية المعرفة السيكولوجية نقطة بسيطة فى جوهرها، لكنها عميقة فى مغزاها: مؤداها أن علم النفس كما يمارسه الأكاديميون إنما يحدث فى سياق اجتماعى. . . فإذا اجتهدنا فى أن نُلِمَّ بالأساس الاجتماعى. . لما يقدمه الباحثون النفسيون من نظريات ونشاطات بحثية أخرى، فإن هذه الدراسة لسوسيولوجية المعرفة النفسية قد تؤدى بنا إلى مزيد من فهم أنفسنا» (Buss 1975). وفى ملاحظاته الختامية فى المقال نفسه يؤكد المؤلف حقيقة تاريخية مؤداها أن «التغيرات التى تقع فى النظريات السيكولوجية لا تقع دائماً لأسباب مستمدة من داخل هذه النظريات فحسب». وفى هذا الصدد يكرر فكرة فيلسوف العلم كون T. Kuhn الخاصة بالتغيرات، التى تطرأ على الصياغات العلمية الكبرى نتيجة للثورات العلمية، وخلاصة هذه الفكرة أن هذه الثورات تحدث عندما يستعصى على الصباغات العلمية السائدة استيعاب بيانات جدَّت على الميدان (نتيجة عمل تراكمي أو نتيجة لوضع هذ البيانات فى موقع محورى)؛ مما يثير أزمة فى مسار العلم، وعندئذ تتأثر هذه الثورات باعتبارات تنفذ إليها من خارج المجال العلمى.

وعلى ضوء الإطار المرجعى البازغ الذى ألمحنا إليه، وهو ما يشار إليه باسم سوسيولوجية المعرفة، يبدو لنا أن مفهوم الصحة النفسية بصورته التقليدية التي حددناها، لم يعد صادقاً ولا مفيداً. ومن ثم يلزمنا إعادة النظر فيه والعمل على تغييره.

**نقاط مهمة جديدة :**

تزايدت على مر العقود القليلة الماضية الاعتبارات النابعة من داخل العلم ومن خارجه، التى تقتضى إعادة التوازن إلى ما أسميناه فى السطور القليلة

الماضية انحياز، أو عدم توازن الصيغة التقليدية لتعريف الصحة النفسية. ونحن نرى - والحال كذلك - أنه آن الآوان لمراجعة التوجه العام السائد لذلك المفهوم.

ومن أحدث التطورات التى وقعت مؤخراً، واتسمت بالسير بعيداً عن التوجه الموسوم «مركزية الأنا» سلسلة الدراسات التى أجريت حول موضوع «المساندة الاجتماعية»[1]. وفى هذا السياق يقول شريدل S. B. Schradle ودَفَر M. J. Dougher ما يأتى: «يبدو أن المساندة الاجتماعية تقوم كعامل مهم يؤثر فى قابلية الشخص للوقوع فريسة لاضطرابات الصحة البدنية والنفسية، ذلك أن أنواع التدخل الهادفة إلى تيسير تكوين منظومات للمساندة الاجتماعية إنما تمثل توجهاً جديداً داخل علم النفس الإكلينيكى، وعلم نفس الصحة[2]، وعلم نفس التجمعات[3]، من شأنه رعاية الصحة النفسية والبدنية، بما تنطوى عليه هذه الرعاية من أمور تتعلق بالوقاية والعلاج (Schradle & Dougher 1985).

ومن بين الأسماء اللامعة التى يمكننا أن نذكرها بين من تنبهوا مبكّراً إلى فكرة المساندة الاجتماعية، نذكر كابلان J. Caplan، وساراسون Sarason، والباحث الإبيديميولوجى جون كاسل J. Cassel، وقد قدَّم هؤلاء العلماء إسهاماتهم الرئيسية خلال السبعينيات. وعلى أساس هذه الإسهامات نُشر فى سنة ١٩٧٨ تقرير هام، عُرف باسم، «**تقرير لجنة عمل حول المنظومات التجمعية للمساندة مرفوع إلى اللجنة الرئاسية للصحة النفسية**».

**Report of the task panel on community support systems to the President's commission on mental health.**

وقد زكَّى هذا التقرير طرقاً جديدة لاستحداث التفاعل بين المنظومات التجمعية (شبه الرسمية) للمساندة وشبكات المساندة، التى تنشأ بصورة تلقائية.

---

(1) social support.
(2) health psychology.
(3) community psyshology.

كذلك اتجه عدد من الباحثين إلى تركيز جهودهم البحثية صوب الدراسة المفصَّلة لمنظومات المساندة التى تنشأ تلقائياً؛ لاستخلاص ما تنطوى عليه من أبعاد تفاعلية دالة. ومن النتائج التى انتهى إليها كابلان تحديد عاملين رئيسيين فى هذا الصدد، هما: الالتزام المتبادل[1]، وتبادل إرضاء الاحتياجات[2]. وحاول هندرسون S. Henderson الربط بين المساندة الاجتماعية ونظريات الانتماء، كما يتحقق فى الجماعات الأولية، مفترضاً «أن أفراد البشر مبرمجون بيولوجيا على أن يكونوا أعضاء فى جماعات، ومن ثم تنتابهم مظاهر الكرب[3] أو المشقة الوجدانية، عندما يفتقدون حضور الآخرين الذين لهم معنى فى حياتهم». (المرجع السابق). وكذلك تُبذَلُ الآن الجهود الهادفة إلى مزيد من صقل مفهوم المساندة الاجتماعية، وذلك لجعله ملائماً للاستخدام السيكولوجى المُجدى، فقد بدأ البعض يميزون بين المساندة الفعلية والمساندة كما يدركها الآخر؛ كذلك يفرق البعض الآن بين المساندة الوجدانية والمساندة العقلانية فى اتجاه المعاونة على حل المشكلات.. إلخ. ومع ذلك يُلفت هيلر K. Heller وزملاؤه نظرنا فى مقال نُشر سنة ١٩٨٦ إلى حقيقة أن «البحوث الجارية فى موضوع المساندة الاجتماعية لاتستند إلى تأصيل نظرى، ومن ثم فنحن لازلنا بحاجة إلى أن نفهم كيف تؤدى الروابط الاجتماعية مهامها الوقائية فى مجال الصحة» (Heller et al. 1968).

## اقتراحات بمسالك جديدة:

يبدو من النظر فى أدبيات الميدان حديثة النشر (مثال ذلك Coyne & Delon-gis 1986; Lieberman 1986) أن بحوث المساندة الاجتماعية لاتزال تزداد نشاطاً. وهذا بالضبط ما يستحثنا على القول بأن الميدان يستدعى تقديم مقترحات بطرق جديدة تغذى هذا التيار الصاعد.

---

(1) mutual obligation.

(2) reciprocity of need satisfaction.

(3) distress.

والسؤال الجدير بأن يثار عند هذا المنعطف، هو: وماذا نقدم بالإضافة إلى مسألة زيادة صقل المفهوم، مفهوم المساندة الاجتماعية نظريًا وعمليًا؟

وفى السياق نفسه يبدو أن إعادة تنشيط بحوث «الانتماء»[1] أمر جدير بالتزكية، هذا بالإضافة إلى أن النشاط البحثى الجارى حول مفهوم «التعلُّق أو الارتباط»[2] يبدو واعداً.

وقد جرت بحوث الانتماء فى بداية أمرها داخل إطار علم النفس الاجتماعى. حدث ذلك فى الخمسينيات المتأخرة . وبإعمال قدر معقول من الخيال يمكن إسقاط نتائجها على مجال الصحة النفسية، وهنا نجد أن الكتابات المهمة مليئة بمعلومات بالغة الأهمية من الناحية العملية والنظرية؛ من هذا القبيل موضوع «المشقة المترتبة على الوحدة»، وموضوع «الأمان الناجم عن العضوية فى جماعة ما»، وموضوع «السعى إلى أن أكون مقبولا»... إلخ. (Berkowitz 1980, p. 219).

وأما فيما يتعلق ببحوث الارتباط أو التعلق، فإن النماذج التى يقترحها بيسكوف Bischof من ناحية، وجونزاليس ومرافقوه من ناحية أخرى تبدو واعدة فى اتجاه تخليق الصياغات الملائمة لإلقاء الضوء على أهمية الربط النفسى الاجتماعى[3]. (Reykowski 1982). فإذا أمكن تحقيق التأمل بين هذه الصياغات المشار إليها والتصورات التى يقدمها ريكوفسكى حول «منظومة المعانى أو الدلالات الشخصية»، فالراجح أن التكوين الذى سينتج عن ذلك سوف يكون مؤهلًا للإسهام فى تخليق نموذج ملائم لمجال الصحة النفسية. وفى هذا الصدد يقرر ريكوفسكى ما يأتى: «وتشير تحليلاتنا ... إلى أن

(1) affiliation.

(2) attachment.

(3) psychosocial bonding.

للآخرين قيمة شخصية بالنسبة للفرد، بمعنى أن حضورهم وما يتبنُّونه من اتجاهات إنما يقوم كشروط لاغنى عنها لتحقيق الحياة الراضية، بل ولقيام الوجود النفسى للذات نفسها» (المرجع نفسه).

## تشكيل جديد لمفهوم الصحة النفسية:

فى يقيننا أن ما نحتاج إليه الآن وبصورة عاجلة وملحة، هو إعادة النظر فى بنية الصحة النفسية بأكملها. وعلى ضوء الإشارات أو المعانى التى نستوحيها من المناخ الفكرى الذى أملى الاهتمام بدراسة موضوعات المساندة الاجتماعية، والانتماء والارتباط أو التعلق، فنحن نتقدم بفكرة مؤداها أنه بدلاً من إقامة مجال الصحة النفسية على صياغة تتمحور حول «مركزية الأنا»، بدلاً من ذلك، نقترح إقامة هذا المجال على صيغة تبدو من زاوية النظرية الحضارية أكثر توازناً من ذلك، بمعنى أن يعتمد مجال الصحة النفسية على تدريج متصل يمتد بين قطبين: أحدهما: «مركزية الأنا»، والثانى «مركزية النحن». وفى هذا الصدد ننبه إلى أننا استعرنا مفهوم «النحن» من أعمال العالم الاجتماعى / الأنثروبولوجى الأمريكى الجنسية شارلز كولى Charles H. Cooley، الذى كان أول من قدم هذا المفهوم فى بداية القرن العشرين. وفى هذا الصدد يصف «النحن» على النحو الآتى:

«والنتيجة للترابط النفسى الوثيق، اندماج الفرديات المتعددة فى كل مشترك، بحيث تصبح الذات نفسها.. بالنسبة لأى فرد هى نفسها حياة الجماعة وغايتها. ولذلك فلعل أبسط الطرق إلى وصف هذه البنية أو هذا الكيان أن نسميه «نحن». (Cooley 1909).

أما أن مصطلح النحن هذا قابل لأن يستخدمه علماء النفس والطب النفسى ومثمراً فعلاً فهذا ما تشهد به أعمال كثير من الباحثين من أمثال قرتهيمر M. Wertheimer وشولته H. Schulte فى ثلاثينيات القرن العشرين، وسويف فى أربعينياته. (سويف ١٩٥٠ ;Wertheimer 1938; Schulte 1938). وقد جاء استخدام الأول فى ميدان علم النفس بوجه عام؛ واستخدام الثانى فى ميدان الطب النفسى؛ واستخدام الثالث فى ميدان الإبداع.

## خاتمة :

يأتى مفهوم الصحة النفسية السائد بين كثير من الباحثين محملا بالكثير من عناصر الانحياز الحضارى، شأنه فى ذلك شأن كثير من المفاهيم الشائعة فى العلوم السلوكية. والطريق إلى حسن التعامل مع هذا الوضع بما يفيد النظر والعمل معاً إنما يكون باعتماد إطار للدلالة، يحمل فى نفسه صفة التوازن الحضارى. ومن أهم مزايا الاستناد إلى تدريج متصل يمتد بين قطبين، هما: «مركزية الأنا» من ناحية و «مركزية النحن» من ناحية أخرى، أن يتيح لنا مزيداً من المرونة الفكرية، التي يمكن أن تؤدى إلى قابلية للتطبيق أشمل بكثير من تكريس إطار «مركزية الأنا» الذى لايزال سائداً. بعبارة أكثر تفصيلاً إن المقاربة التى تتعدد على التدريج المتصل بين القطبين المذكورين، تتيح للاستعمال أمام الباحثين طيفاً عريضاً، تتعدد فيه منظومات، وأنواع شبكات العلاقات المساندة، وأشكال ومستويات الانتماء والارتباط... إلخ.

وهذا أمر يختلف تماماً عما كان عليه الحال مع المؤشرات الفعلية للصحة النفسية الإيجابية، كما حددته مارى يهودا فى خمسينيات القرن. «فالذات كنقطة مرجعية أساسية لقياس الصحة النفسية تخلى مكانها لتحل محلها «النحن». فإذا تصدى الباحثون لتحدى الوضع الجديد الناجم عن هذا الإحلال، فسيكون عليهم أن يقوموا بعديد من البحوث، سواء فى الدول المتقدمة (حيث تسود «مركزية الأنا») أو فى الدول النامية (حيث تسود «مركزية النحن»). وسوف يكون عليهم أن يوجهوا هذه البحوث إلى إجراء المارنات عبر الأطر الحضارية المختلفة. وعندئذ فقط يمكن العمل على تخليق صيغة صالحة للاستخدام عالميًا لتعريف الصحة النفسية الإيجابية. وعندئذ فقط تكون مثل هذه الصيغة هى الجديرة بأن تتبناها منظمات ذات مسئوليات عالمية، مثل: الاتحاد العالمى للصحة النفسية، ومنظمة الصحة

العالمية. ونحن نتصور أن مثل هذه الصيغة لن تتخذ من «الذات» أو «النحن» أساساً لصلاحيتها، ولكن سيكون المحك أمامها هو الحد الأمثل للعلاقة بين «الأنا» و «الآخر»؛ إلى أى مدى يجب أن تكون «النحن» مبثوثة فى «الأنا»، أو بعبارة أخرى إلى أى مدى يجب أن تكون «الأنا» مبطَّنة «بالنحن»، عندما نكون بصدد هذه أو تلك من الملابسات.

obeikandl.com

# المصادر

## أولاً - المصادر العربية :

١- سويف (مصطفى) (١٩٥٠) **الأسس النفسية للإبداع الفنى**، القاهرة: دار المعارف.

## ثانياً - المصادر الأجنبية :

Berkowitz, L. (1980) **A survey of social psychology**, New York: Holt, Reinehart & Winston, 2nd ed.

Buss, A. R. (1975) The emerging field of the sociology of psychological knowledge, **Amer. Psychologist**, 30/10 988-1002.

Cooley, C. H. (1909) **Social organization**, Charles & Sons.

Coyne, J. C. & Delongis, A. (1986) Going beyond social support: The role of social relationships in adaptation, **J. consult.clin. Psychol.,** 54/4, 454-460.

Heller, K., Swindle, Jr. R. W., & Dusenbury, L. (1968) Component social support processes: Comments and integration, **J. Consult. clin. Psychol**. 54/4, 466-470.

Hogan, R. (1975) Theoretical egocentrism and the problem of compliance, **Amer. Psychologist**, 30/5, 533-540.

Jahoda, M. (1985) **Current concepts of positive mental health**, New York: Basic Books.

Lieberman, M. (1968) Social supports - the consequensces of psycholo-

gizing a commentary, **J. consult. clin. Psychol.**, 54/4, 461-465.

Pepitone, A. (1981) Lessons from the history of social psychology, **Amer. Psychologist**, 36/9, 972-985.

Reykowski, J. (1982) Social motivation, **Ann. Rev. Psychol.**, 33, 123-154.

Rogers, C. (1966) Client-centered therapy, **Amer. Handbook of psychiatry**, vol. III S. Arieti ed., New York: Basic Books, 183-200.

Rogers, C. (1974) A theory of therapy and personality change: As developed in the client - centered framework, **Perspectives in abnormal behavior**, R. J. Morris ed., New York: Pergamon, 431-351.

Schradle, S. B. & Dougher, M. J. (1985) Social support as a mediator of stress: theoretical and empirical issues, **Clin. Psychol. Rev.**, 56, 641-661.

Schulte, H. (1983) An approach to a Gestalt theory of paranoic phenomena, **A source book of Gestalt psychology**, W. Ellis ed., London: Kegan Paul.

Urban, H. B. (1983) Phenomenological - humanistic approaches, in **The clinical psychology handbook** M. Herson et al. eds., New York: Pergamon, 155-175.

Wertheimer, M. (1983) Gestalt theory, **A source book of Gestalt psychology** W. Ellis ed, London: Kegan Paul.

obeikandl.com