الباب الخامس

آراء الباحثين فى مكافحة الأوهام المرضية

يرى بعض الباحثين أن الأوهام المرضية تخضع فى تكوينها ورسوخها عند الفرد لمراحل معينة، وأن تكوين بعض هذه المراحل مشابه إلى حد ما لمراحل عملية تكوين الآراء أو المعتقدات العادية، ولكن آراء الفرد السوى عن الأحداث البيئية من حوله وعن الآخرين كثيرا ما تتعرض للاختبار فى الواقع والتجربة، وهو يحافظ عادة على الإبقاء على ما هو صالح منها واستبعاد ما هو غير صالح، أما الآراء الوهمية المرضية عندما تتعرض للاختبار فى الواقع فى بداية تكوينها فأصحابها عادة ما يفشلون تصحيحها وذلك لعدد من العوامل لعل من أبرزها هو بعد المريض عن الواقع وعدم قدرته على التفاعل السوى مع الآخرين فى بيئته الاجتماعية، وسوف نعرض فى هذا الباب لبعض الوسائل المتبعة فى مقاومة هذه الأوهام والوقاية منها.

الفصل العشرين

الوسائل السيكاترية والنفسية لمقاومة الأوهام المرضية

وفى مقاومة هذه الأوهام يرى التمانز Oltmans (١٩٨٨) أن منع تكوينها فى بداية ظهورها أفضل كثيرا من محاولة تغييرها بعد أن تصبح مزمنة، فاكتشافها المبكر ومحاولة إيقافها بتقديم الأدلة الكافية المقنعة بخطئها أفضل من التدخل العلاجى المتأخر حيث تستتب الأوهام وترسخ لدى المريض.

ومع هذا فقد يتعذر اكتشاف هذه الأوهام عند بعض المرضى أول الأمر أو فى بداية تشخيص الحالة، ويقدم هنريشز Heinrichs (١٩٨٨) الوصف التالى لمثل هذه الحالة:

مريض بالفصام البارانويدى عمره ٢٥ عاما، يقول أبواه أنه كان طفلا طبيعيا، إلا أنه ظهرت عليه أعراض الخجل الشديد وهو فى مرحلة التعليم الثانوى

التى أتمها بتفوق، وفى مرحلة التعليم الجامعى نصحه بعض زملائه بتناول كميات قليلة من الخمر كى يتغلب على خجله، واستجاب لهذه النصيحة، وتمادى فى ذلك وأصبح يشرب كميات كبيرة من الخمر، ولم يقف الأمر عند هذا الحد بل أقبل أيضا على تناول عقار الهلوسة والبانجو والامفيتامينات: ويقول المريض أنه شعر بتغير فى أحاسيسه فى سن ٢١ عقب حادث غرق صديق حميم له اعتاد أن يتناول معه المخدرات، وكان يشعر بالاثم معتقدا أنه هو السبب فى غرق صديقه بالرغم من أنه لم يكن موجودا معه أثناء الحادث، وكون اعتقاده هذا على أساس أنه أغرقه عن بعد بواسطة التخاطر، أى أنه كان يعانى من وهمين هما: وهم الاثم المرضى delusion of sin ووهم التأثر، ثم اعتقد أيضا بعد هذا الحادث أن زملائه فى العمل يتآمرون ضده ويكرهونه، وطرد من عمله بسبب كثرة تحرشه بزملائه وإهماله. ولما ظهر عليه الاضطراب وغرابه التفكير والميل نحو العنف أودعه أهله المستشفى للعلاج، وذلك بعد عامين تقريبا من ظهور هذه الأوهام المرضية عنده، وكان من بين هذه الأوهام أيضا اعتقاده بأن الناس يكرهونه ويريدون أن يحرمونه من حقوقه، وأنه ليس أمامه إلا أن يقتلهم كى يحرر نفسه منهم، وقد ظل محتفظاً بهذه الأوهام ولم يبوح بها لأحد إلى أن اكتشفها الطبيب فى جلسات العلاج النفسى بالمستشفى، الذى قال بأن المريض كان يخفى أوهامه إلى أن تفاقمت حالته فجعل يرددها بعد ذلك مما ترتب عنه أن استغرق علاجه أكثر من أربع سنوات دون أن يظهر عليه التحسن المطلوب.

وكثيرا ما يواجه الإكلينيكيون الإحباط وخيبة الأمل عندما يحاولون مساعدة مرضى النفس الذين يعانون من الأوهام المرضية، ويقرر بعض هؤلاء الإكلينيكيون أن العلاج النفسى قد يخفف من حدة هذه الأوهام ولكنه لا يزيلها نهائيا فى كثير من الأحيان، حيث يظل المريض متمسكا بها وإن كان يصبح أحياناً أقل انشغالا بها عما كان عليه حاله قبل بدء العلاج.

وهناك من المعالجين من ينصح مرضاه بتجنب التحدث عن أوهامه مستخدمين فى هذا أساليب التعلم الإجرائى operant learning لتدريب مرضاهم على ذلك، وربما يصلح هذا العلاج لبعض المرضى ولا يصلح للبعض الآخر، وبخاصة أولئك الذين لا تعالج حالتهم ككل، ولذلك فقد كان هناك من المرضى من يلتزمون بالفعل بعدم التحدث عن أوهامهم المرضية ولكنهم مع الأسف أظهروا

أوهاما مماثلة حول موضوعات أخرى، كما تبين لـــهؤلاء المعـــالجين أن الأوهـــام الشاذة الأصلية تظل أيضا فى تفكير المرضى وإن كانوا لا يعبرون عنها بكلامـــهم، وكثيرا ما كانت توجه تصرفاتهم. وبهذا يمكن القول أن عدم تشجيع المريض علـــى الإفصاح عن أوهامه المرضية قد يؤدى إلى رسوخها فى نفسه حيث تؤثـــر علـــى تصرفاته وتوجهها بالرغم من اختفائها الظاهرى.

ومع هذا فهناك معالجون نفسيون يرون أن أعراض الأمـــراض النفســـية – ومنها الأوهام المرضية – تعبر عن صراعات وعيوب نفسية داخلية، لذلـــك فإنـــه يجب أن تنصب أهداف العلاج على المرض النفسى ككل وليس على عرض واحـــد معين كالأوهام المرضية، ويقول ميونرو Munro (١٩٩٩) " أنه لم يحاول عـــلاج وهم مرضى مستقلاً عن المرض الذى ينتمى إليه هذا الوهم وذلك بالرغم من كـــثرة ما كتب عن إمكانية علاج الأوهام المرضية أو تعديلها عن طريـــق وســـائل مثـــل: أسلوب العلاج السلوكى المعرفى، ويقول هذا العالم أيضا أنه قـــد شـــاع اســـتخدام النيورولبتك neuroleptic لعلاج بعض حالات الذهان الوظيفى المصحوبة بالأوهام المرضية، إلا أن هذا يجب أن يخضع لتشخيص الطبيب للحالة الذى ربما يضيف أو يفضل استخدام علاجا آخر، وفى كل الحالات يلزم الإشراف الطبـــى المتخصـــص على العلاج – ومن هذه الحالات: البارافرينيا paraphrenia ، الفصام البـــارانويدى paranoid schizophrenia ، أنواع الفصام الأخـــرى other schizophrenias والاضطرابات الوجدانية المصحوبة بأوهام مرضيـــة mood disorders with delusions والأعـــراض الخاصـــة بأوهـــام ســـوء التعـــرف delusional misidentification syndromes .

وقد قدم ميونرو (١٩٨٢) الأدلة عن إمكانية العلاج الدوائى لبعض حـــالات الأوهام الجسمية المرضية، إلا أن هناك حالات بارانويدية كثيرة فشـــلت فـــى هـــذا العلاج لعدة أسباب منها: صعوبة التعرف على بعض المرضى بسبب عدم ظـــهور أعراض مرضية أخرى عليهم تستوجب إيداعهم بالمستشفى، وحتى فى حالة ظـــهور أعراض مرضية على بعض المرضى فمن الصعب إقناعهم بالتوجه إلـــى العـــلاج، كما أنهم قد لا يواظبون عليه، وهذه ظاهرة قد تكون موجـــودة عنـــد الكثـــير مـــن مرضى الذهان الوظيفى.

هذا وتوجد مدرستان للتعامل مع مرضى الأوهام المرضية فيما يتعلق بالعلاج النفسى: إحداهما توصى بالمحاولات المباشرة والفورية لتصحيح هذه الأوهام، بينما تقترح الأخرى تجنب المواجهة المباشرة مع المريض وتؤكد على أهمية إقامة علاقة ودية بينه وبين المعالج النفسى الذى عليه أن يحاول تشجيع الآراء التى لا تتضمن أوهاما مرضية فى جلسات العلاج النفسى.

وقد اقترح ماهر Maher (١٩٧٤) بعد دراسته للأوهام المرضية لمرضى الفصام واعتبارها ناتجة عن أفكار تعبر عن أحاسيس شاذة يعانى منها هؤلاء المرضى – إن استخدام العلاج الدوائى تحت الإشراف الطبى لتغيير هذه الأحاسيس قد يساعد على الاستفادة من أساليب العلاج النفسى المعرفى والسلوكى للإقلال من قوة الأوهام المرضية، ومن هذه الأساليب استراتيجيات التدعيم الإيجابى والسلبى الخاصة بتعديل السلوك، حيث قد تفيد المريض فى مثل هذه الحالات استكمالا للعلاج الطبى، وهى تتضمن وسائل تدعيم متنوعة مثل: الانتباه للمريض المتكلم عندما يتطرف إلى حديث آخر غير أوهامه المرضية، وإبداء الاستجابة اللفظية التشجيعية المناسبة لذلك، واستخدام أساليب التدعيم المحسوس كالنقود والطعام، هذا ومن الأفضل كذلك أن تعى الأسرة هذه الأساليب وتدرب على استخدامها مع المريض.

ومن الأساليب المساعدة للتخلص من الأوهام المرضية إلى جانب العلاج الأساسى هو العلاج بالعمل، والعمل قد يوفر أيضا الوقاية من الأوهام المرضية لأنه كثيرا ما ينتشل الفرد من عالم الانطواء والاستغراق فى خيالاته[1]. فهو يخرج المريض بعيداً عن نفسه بمساعدته على الاتصال بالعالم الخارجى، كما يوجه طاقته الجسمية والنفسية إلى مجالات منتجة بدلا من أن يوجهها المريض نحو العنف والعدوان.

هذا ويخصص للعلاج بالعمل فى بعض المستشفيات الحديثة قسم خاص يقسم إلى أقسام فرعية أو ورش مختلفة، ويكون قسم العلاج بالعمل الخاص بالرجال عادة منفصلا عن القسم الخاص بالنساء، ويمكن أن يقوم بعض المرضى بالعمل فى

---

[1] يحض الإسلام على العمل.

عنابر المستشفى وقاعاتها العادية. وحتى المرضى الذين لا يستطيعون مبارحة السرير لأسباب جسمية أو عقلية يمكن أن يشغل وقت فراغهم بالعمل فى أماكنهم.

وينبغى أن يكون بدء العمل سهلا بسيطاً مشوقا، حتى يلمس المريض إنتاجه وتفوقه، مما يزيد حماسه للاستمرار والمثابرة، ثم يزداد العمل صعوبة وتعقدا حسب استجابة المريض وتقدمه.

ويقوم الأخصائى النفسى بالاشتراك مع أخصائى العلاج بالعمل بتحديد نوع العمل وكميته وأوقاته فى ضوء معرفة شخصية المريض وميوله وسنه وصحته العامة ونوع مرضه والطور الذى يمر به هذا المرض، وبحيث يشتمل أيضا على عناصر الترويح والتسلية.

وإلى جانب الوسائل السابقة يوجد أيضا الإرشاد الجماعى، وهو إرشاد عدد من المرضى الذين يحسن أن تتشابه مشكلاتهم النفسية فى جماعات، وله أساليب متعددة منها السيكودراما psychodrama – أى تمثيل المشكلات النفسية – وأسلوب المناقشات الجماعية بقصد محاولة تغيير سلوك المرضى واتجاهاتهم أو المحاضرات، وكان الاعتقاد السائد من ثلاثين عاما أن الإرشاد الجماعى يفتقر إلى الأساس العلمى وأنه عديم الفائدة وسطحى إلا أنه قد تبين أنه من أهم المناهج العلاجية لما للجماعة من قوى إرشادية هائلة تؤثر على الفرد، فكما تنتشر أحيانا المعتقدات غير المعقولة عن التعصب والعنصرية والكراهية وبخاصة لدى صغار النشئ فى بعض المجتمعات بتأثير الولاء للجماعة ومالها من جاذبية بالرغم من فساد هذه المعتقدات، أو أقدام المراهقين على تعاطى المخدرات بفعل القوى السيكلوجية للجماعة المنحرفة، كذلك يمكن أن تساعد الجماعة العلاجية عندما تدعم بالمتخصصين فى الإرشاد النفسى فى تصحيح بعض الأفكار الخاطئة التى يعانى منها المرضى قبل أن تصل إلى مرحلة الأوهام المرضية الحقيقية.

وتكمن قوة الجماعة فى توجيه الفرد فى أن الإنسان كائن اجتماعى لديه حاجات نفسية اجتماعية لا يستطيع إشباعها إلا من خلال الجماعة مثل: الحاجة إلى الأمن والنجاح والتقدير والمكانة والشعور بالانتماء والإحساس بالمسئولية والحب والمحبة والمسايرة وتجنب اللم وغير ذلك، كما أن التفاعل الاجتماعى فى جلسات الإرشاد النفسى قد يساعد على تغلب بعض مرضى الأوهام على ما يعانونه من

عزله ويمكنهم من اكتساب مهارات اجتماعية تساعدهم على التوافق النفسى والاجتماعى.

هذا وتتفق جميع مدارس العلاج النفسى على أن القلق هو سبب نفسى أساسى فى نشوء المرضى النفسى، وهو يؤدى إلى الأوهام المرضية الخاصة بتوقع الشر والخطر، وتمدنا دراستنا لتاريخ الأديان ، وبخاصة تاريخ الدين الإسلامى، بأدلة على نجاح الإيمان بالله فى شفاء النفس من أمراضها وتحقيق الشعور بالأمن والطمأنينة، والوقاية من الشعور بالقلق وما قد ينشأ عنه من أمراض نفسية. ومما يجدر ملاحظته أن العلاج يتدخل عادة بعد حدوث الإصابة بالمرض النفسى، أما الإيمان بالله إذا ما بث فى نفس الإنسان منذ الصغر، فإنه يكسبه مناعة ووقاية من الإصابة بالأمراض النفسية. وقد وصف القرآن ما يحدثه الإيمان من أمن وطمأنينة فى نفس المؤمن بقوله:

"**الذين آمنوا ولم يلبسوا إيمانهم بظلم أولئك لهم الأمن وهم مهتدون**" الآية ٨٢ من سورة الأنعام ، "**الذين ءامنوا وتطمئن قلوبهم بذكر الله ألا بذكر الله تطمئن القلوب**" الآية ٢٨ من سورة الرعد ، "**ما أصاب من مصيبة إلا بإذن الله ومن يؤمن بالله يهد قلبه والله بكل شئ عليم**" الآية ١١ من سورة التغابن.

وتتحقق للمؤمن سكينة النفس وأمنها وطمأنينتها لأن إيمانه الصادق بالله يمده بالأمل والرجاء فى عون الله ورعايته وحمايته. إن المؤمن دائم التوجه إلى الله تعالى فى عبادته وفى كل ما يقوم به من أعمال ابتغاء مرضاته سبحانه وتعالى، ولذلك فهو يشعر أن الله تعالى معه دائماً، وهو فى عونه دائما. وإن شعور المؤمن بأن الله تعالى فى عونه كفيل بأن يبث فى نفسه الشعور بالأمن والطمأنينة.

إن المؤمن بالله إيماناً صادقا لا يخاف من شئ فى هذه الحياة الدنيا، فهو يعلم أنه لا يمكن أن يصيبه شر أو أذى إلا بمشيئة الله تعالى، ولا يمكن لأى إنسان أو لأية قوة أخرى فى هذه الحياة أن تلحق به ضرراً أو تمنع عنه خيراً إلا بمشيئة الله تعالى. ولذلك فالمؤمن الصادق الإيمان إنسان لا يمكن أن يتملكه الخوف أو القلق بل هو يتوكل على الله ويسلم وجهه له.

"**بلى من أسلم وجهه لله وهو محسن فله أجره عند ربه ولا خوف عليهم ولاهم يحزنون**" الآية ١١٢ من سورة البقرة.

والإسلام معناه إخلاص الدين والعقيدة لله الرحمن الرحيم، ولقد سئل رسول الله صلى الله عليه وسلم عن الإسلام ما هو؟ فقال: أن يسلم وجهك لله وأن يسلم المسلمون من لسانك ويدك، وإسلام الوجه لله هو التوحيد، توحيد الله بالربوبية وبالخلق، وبالإيجاد وبالإعطاء وبالمنع: وصلاة المؤمن إنما هى انفصال عن كل ما سوى الله من أجل الاتصال به، وفيها توحيد لله ومن هنا كان بدؤها "الله أكبر" لتشعر الإنسان من المبدأ أن الله أكبر وأعظم وأهم من كل ما فى العالم من أشياء.. ثم تتوالى فى جميع الأوضاع فى الصلاة من قراءة وركوع وسجود وتشهد لتعلن بكل حركة الانفصال عما سوى الله من أجل الاتجاه إليه وحده وإسلام القلب والوجه إليه سبحانه وحمده وعبادته والاستعانة به وطلب الهداية منه، ومن يهده الله فما له من مضل.

تم بحمد الله وتوفيقه

المراجـــع

أولا: المراجع العربية

١. أحمد عزت راجح: (١٩٦٣) أصول علم النفس، القـــاهرة، الـدار القوميـة للطباعة والنشر.

٢. أحمد عبد العزيز سلامه، عبد السلام عبد الغفـــار. (١٩٧٢)، علـم النفـس الاجتماعى، القاهرة، دار النهضة العربية.

٣. حامد عبد السلام زهران (١٩٨٠). التوجيه والإرشاد النفسى، القاهرة، عـالم الكتب

٤. عادل صادق: (١٩٩٦). فى العيادة النفسية، القاهرة، دار أخبار اليوم.

٥. عمر شاهين، يحى الرخاوى: (١٩٧٧). مبادئ الأمراض النفسية، القـــاهرة، مكتبة النصر الحديثة.

٦. عبد الحليم محمود : (١٩٧١). المنقذ من الضلال لحجة الإســلام الغزالـى، القاهرة، دار الكتب الحديثة.

٧. كارين أرمسترونج: (١٩٩٧). معارك فى سبيل الاله، ترجمة فاطمة نصـــر ومحمد غنانى.

٨. روجيه جارودى: (١٩٩٨). الأســاطير المؤسســة للسياســة الإســرائيلية، القاهرة، دار الشروق.

٩. محمد بيصار: (١٩٧٢) العقيدة والأخلاق وأثرهما فى حياة الفرد والمجتمـــع، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية ٢٠٥ .

ثانيا: المراجع الأجنبية

10. Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P. & Teasdale, J.D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. Journal of Abnormal Psychology, 87, 49-74.

11. Adorno, T.W., Frenkel-Brunswik, E., Levinson, D.J., & Sanford, R.N., The Authoritarian Personality New York: Harper, 1950, 319-355.

12. Alloy, L.B., Peterson, C., Abramson, I.Y., & Seligman, M.E.P. (1984). Journal of Personality and Social Psychology, 46, 681-687.

13. Alloy, L.B. and Tabachnik, N. (1984). Assessment of covariation by humans and animals: the joint influence of prior expectations and current situational information. Psychological Review, 91, 112-149.

14. Arthur, A.Z. Theories and explanations of delusions: A review. American Journal of Psychiatry, 1964, 121, 105.

15. Bannister, D. (1963). The genesis of schizophrenic thought disorder: A serial invalidation hypothesis. British Journal of Psychiatry.. 109, 680-686.

16. Bannister, D., & Salmon, P. (1966). Schizophrenic thaught disorder: specific or diffuse? British Journal of Medical Psychology, 39, 215-219.

17. Bentall, P. Kinderman, P. and Haney, S. (1994). The self, attributional processes and abnormal bliefs: Towards a model of persecutory delusions, Behav. Res. Ther. Vol. 32. No. 3, pp. 334-341.

18. Bentall, R.P. and Kinderman, P. (1998). Psychological processes and delusional beliefs: Implications for the treatment of paranoid states. In. T. Wykes, N. Tarrier and S. Lewis (Eds), Outcome and innovation in psychological treatment of schizophrenia, pp. 119-144. Chichester: Wiley.

19. Bentall, R.P., Kinderman, P. and Kaney, S. (1994). The self, attributional processes and abnormal beliefs: Towards a model of persecutory delusions. Behaviour Research and Therapy, 32, 331-341.

20. Bentall, R. P. and Young, H.F. (1996). Sensible hypothesis testing in deluded, depressed and normal subjects. British Journal of Psychiatry, 168, 372-375.

21. Berkowitz, L. (1993). A cognitive neo-associationist perspective on aggression. In: Wyer, R.S. and Srull, T. (Eds) Advances in Social Cognition, Vol. 6, Erlbaum, New Jersey.

22. Berrios, G.E. (1982). Tactile hallucinations: conceptual and historical aspects. J. Neurol. Neurosurg. Psychiat. 45: 285-293.

23. Bhanji, S. and Mahony, J.D.H. (1978). The value of a psychiatric service within the venereal disease clinic. Br. J. Vener Dis. 54: 266-268.

24. Bleuler, E. Dementia praecox or the group of schizophrenias. New York: International Universities Press, 1950.

25. Bishop, E.R. (1980). Monosymptomatic hypochondriasis. Psychosomatics 21: 731-747.

26. Bower, G.H. (1991). Mood congriuty of social judgment's. in: Forgas, J.P. Ed.) Emotian and Social Judgments, Pergamon Press, Oxford.

27. Brewin, C.R. (1985). Depression and causal attributions: What is their relation. Psychological Bulletin, 982, 297-309.

28. Bukstel, L. H. and Kilman, P.R. (1980). Psychological effects of imprisonment on confined individuals, Psychological Bulletin, 88, 469-493.

29. Cameron, N. Perceptual organization and behavior pathology. In Blake. R.R. & Ramsay, G.V. (Eds.) perception: An approach to personality. New York: Ronal Press, 1951.

30. Cameron, N. The paranoid pseudo-community. In Rose, A.M. (Ed.), Mental health and mental disorder. New York: W.W. Norton & Co. 1955.

31. Cameron, The paranoid pseudo-community revisited. American Journal of Sociology, 1959, 65, 52-58.

32. Candido, C.L. & Romney, D.M. (1990). Attributional style in paranoid vs depressed patients. british Journal of Medical Psychology 63. 355-363.

33. Carlson, G., and Goodwin, F.K. the stages of mania: A longitudinal analysis of the manic eposide. Archives of General Psychiatry, 1973, 28, 221-228.

34. Carpenter, W.T., Strauss, J.S., and Bartko, J.J. Use of signs and symptoms for the identification of schizophrenic patients. Schizophrenia Bulletin, 1974, 2, 37-49.

35. Chapman, L.J., & Chapman, J. P. Atmosphere effect revisited. Journal of Experimental Psychology, 1959, 58, 220-226.

36. Chapman, L.J. & chapman, J. P. (1988). The genesis of delusions. In T.E. Oltmanns & B.A. Maher (Eds), Delusional beliefs, pp. 167-183, New York: Wiley.

37. Clore, G.L., Schwartz, N. & Conway, M. (1993). Affective causes and consequences of social information processing'. In: Wyer, R.S. and srull, T.K. (Eds). Handbook of Social Cognition, 2nd edn, Erlbaum, New Jersey.

38. Davids, A. 'Some Personality and Intellectual correlates of Intolerance of Ambiguity, 'Journal of Abnormal Social psychology, 1955, 51, 415-419.

39. Davidson, M. and Mukherjee, S. (1982). Progression of olfactory reference syndrome to mania: a case report. Am. J. Psychiat. 139: 1623-1624.

40. Dean J. T., Nelson, E. and Moss, L. (1992). Pathologic hair-pulling: a review of the literature and case reports. Comprehens. Psychiat. 33: 84-91.

41. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edn, revised (DSMIIIR) (1987). Washington, DC American Psychiatric Association.

42. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, 4th edn (DSMIV) (1994). Washington: American Psychiatric Association.

43. Dollard, J. et al. (1939). Frustration and Aggression, New Haven, Yale University Press.

44. Dudley, R. E. J. John, C.H., Young, A.W. and Over, D.E. (1997a). Normal and abnormal reasoning in people with delusions, British Journal of Clinical psychology, 36, 243-258.

45. Forgas, J. P. (1994a). The role of emotion in social judgments: An introductory review and an affect infusion

model (AIM). European Journal of Social Psychology, 24, 1-24.

46. Frijda, N. (1988). The laws of emotion. American Psychologist, 43, 349-358.

47. Garety, P. (1985). Delusions: Problems in definition and measurement. British Journal of Medical Psychology 58: 25-34.

48. Garety, P. (1990). Reasoning, rationality and delusion: Studies in the concepts, characteristics and rationality of delusions. Unpublished Ph. D. manuscript, University of London.

49. Garty, P. A., and D.R. Hemsley, (1987). Characteristics of delusional experience. Eutopean Archive of Psychiatry and Neurological Sciences 236: 294-98.

50. Garety, P.A. and Freeman D. (1999). Cognitive approaches to delusions: A critical review of theories and evidence. British Journal of clinical Psychology, 38, 113-154.

51. Fransella, F. Personality: Theory, Measurment and Research. (1981) Methuen London.

52. Gazzaniga, M. S. (1973). Fundamentals of Psychology: An Introduction. New York, 572, 574.

53. Goldstein, R.L. (1987a). Litigious paranoids and the legal system: the role of the forensic psychiatrist. J. Forens. Sci. JFSCA 32: 1009-115.

54. Goldstein, R.L. (1995). Paranoids in the legal system: the litigious paranoid and the paranoid criminal. Psychiat. Clin. N. Am. 18: 303-315.

55. Gibbens, T.C.N. (1958). Sane and insane homicide, Journal of Criminal Law, Criminology and Police Science 49: 110-15.

56. Golin, S., Sweeney, P.D., Shaeffer, D.E. (1981). The causality of causal attributions in depression. Journal of Abnormal Psychology, 1981, 90, 14-22.

57. Harrow, M., F. Rattenbury, and F. Stoll. (1988). Schizophrenic delusions: An analysis of their persistence, of related premorbid ideas, and of three major dimensions. In T.F. Oltmanns and B.A. Maher, eds., Delusional beliefs. New York: Wiley.

58. Hodgins, S. (1992). Mental disorder, intellectual deficiency, and crime. Archives of General Psychiatry 49: 476-83.

59. Heider, F. (1958). The psychology of interpersonal relations. New York, Wiley.

60. Hemsley, D.R. (1987). An experimental psychological model for schizophrenia. In. H. Hafner, W.F. Gattaz & W. Janzarik (Eds), Search for the causes of schizophrenia, pp. 179-188, Heidelberg; Springer.

61. Hemsley, D.R. and Garety, P.A. (1986). Formation and maintenance of delusions: A Bayesian analysis. British Journal of Psychiatry, 149, 51-56.

62. Hiroto, D.S. and Seligman, M.E.P. (1975). Generality of learned helplessness in man. Journal of Personality and Social Psychology, 31, 311-327.

63. Iwu, C.O. and Akpata, O (1989). Delusional halitosis: review of the literature and analysis of 32 cases. Br. Dent. J. 167: 294-296.

64. Jaspers, K. (1913/1963). General psychopathology (trans. J. Hoenig and M. Hamilton). Manchester: Manchester University Press.

65. Johnson, R.N. (1972). Aggression in Man and Animals. New York: John wiley and sons.

66. Kaney S., & Bentall, R.P. (1992), Persecutory delusions and the self serving bias, Journal of Nervous and Mental Disease, 180, 773-780.

67. Kinderman, P & Bentall, R.P. (1996a) Self-discrepancies and persecutory delusions; Evidence for a model of paranoid ideation Journal of Abnormal Psychology 105, 106-113.

68. Kraepelin, E. (1921). Manic-depressive Insanity and Paranoia. Transl R.M. Barclay (1976). New York: Arno Press.

69. Mackay, C. (1869). Memoirs of extraordinary popular delusions and the madness of crowds. London: George Routledge and Sons.

70. Maher, B.A. (1974). Delusional thinking and perceptual disorder. Journal of Individual Psychology, 30, 98-113.

71. Maher, B.A. (1988). Anomalous experience and delusional thinking: the logic of explanations. In T.F. Oltmanns & B.A. Maher (Eds), Delusional beliefs, pp, 15, 33. New York: Wiley.

72. Maher, B.A. (1992): Delusions, Contemporary etiological hypotheses. Psychiatric Annals, 22, 260-268.

73. Maier, S.F., Seligman, M.E.P. & Solomon, R.L. (1969). Pavolvian fear conditioning and learned helplessness: Effects of escape and avoidance behavior of a Punishment and aversive behavior. New York: Appleton-Century-Crofts.

74. Marcovitz, E. (1973). 'Aggression in Human Adaptation Psychoanalytic Quarterly, Vol. 42 (2), 223-233.

75. Mcknight, C.K. J.W. Mohr, R.E. Quinsey, and J. Erochko, 1966. Mental illness and homicide. Canadian Psychiatric Association Journal 1: 91-98.

76. Metalsky, G.I. Abramson, L. Y., seligman, M.E.P. Semmel, A. & Peterson, C. (1982). Attributional styles and life events in the classroom. Vulnerability and in-vulnerability to depressive mood reactions. Journal of personality and Social Psychology, 43, 612-617.

77. Milton, F., Patwa, V.K., & Hafner, R.J. (1978). Confrontation versus belief modification in persistently deluded patients. british Journal of Medical Psychology, 51, 127-130.

78. Mowat, R.R. (1966). Morbid Jealousy and Murder. London: Tavistock Publications.

79. Mowrer, O.H. & Viek, P. (1948). An experimental analogue of fear from a sense of helplessness. Journal of Abnormal and Social psychology, 43, 193-200.

80. Mullen, P. (1979). Phenomenology of disordered mental function. In P. Hill, R. Murray and G. Thorley (Eds), Essentials of post-graduate psychiatry, pp. 22-54. London: Academic Press.

81. Munro, A. (1982). Paranoia revisited. Br. J. Psychiat. 141: 344-349.

82. Munro, A. (1982). Delusional Hypochondriasis. Clarke Institute of Psychiatry Monograph Series No. 5. Toronto: Clarke Institute of Psychiatry.

83. Munro A. (1984). Excellent response of pathological jealousy to pimozide. Canadian Medical Association Journal, 131 (8), 852-853.

84. Munro, A. (1999). Dellusional Disorder, Paranoia and related illnesses. Cambridge University Press.

85. Myers, P.L. (1988). Paranoid pseudocommunity beliefs in a sect milieu. Soc. Psychiat. Psychiatr. Epidemiol. 23: 252-255.

86. Nisbett, R.E. and Ross, L. (1980). Human inference: Strategies and shortcomings of social judgment. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

87. Nisbett, R. E., & Valins, S. Perceiving the causes of one's own behavior. In E. E. Jones, D. E. Kanouse, H.E. Kelley, R.E. Nisbett, S. Valins, & B. Weiner (Eds.), Attributions: Perceiving the causes of behavior. Morristown, N.J. General Learning Press, 1972.

88. Oltmanns, T.F. (1988). Approaches to the definition and study of delusions. In T.F.

89. Oltmanns and B.A. Maher, eds., Delusional beliefs, New York: J. Wiley and Sons.

90. Olltmanns, T.F., & Maher, B.A. (Eds). Delusional beliefs. New York: Wiley.

91. Padfield P. (1995). Hess: the Führer's Disciple. London: MacMillan.

92. Petersson, H., and G.H. Gudjonsson, (1981). Psychiatric aspects of homicide. Acta psychiatrica Scandinavica 64: 363-72.

93. Reavis, D.J. (1995). Ashes of Waco: An Investigation. New York: Simon and Shuster.

94. Richter, C.P. (1958). The phenomenom of unexplained sudden death in animals and man. In. W.H. Gant (Ed.), physiological basis of psychiatry. Springfield, III.: Charles C. thomas.

95. Robins, R. W, et al. (1996). The actorobserver effect Revisited, Journal of Personality and Social psychology, 71, No. 2, 375-389.

96. Roth, M. (1955). The natural history of mental disorder in old age. Journal of Mental Science, 101, 281-301.

97. Roth, M. (1976). The psychiatric disorders of later life. Psychiatric Annals, 6, 57-101.

98. Sacks, M.H. W.T. Carpenter, and J.S. Strauss. (1974). Recovery from delusions Archives of General Psychiatry 30: 117-20.

99. Seligman, M.E.P. (1975). Helplessness: On Depression, Developments and Death. Sanfransisco, Freeman.

100. Seligman, M.E.P. & Maier, S.F. (1967). Failure to escape traumatic shock. Journal of Experimental Psychology, 74, 1-9.

101. Shepherd, M. (1961). Morbid jealousy: some clinical and social aspects of a psychiatric syndrome. J. Ment. Sci. 107: 687-753.

102. Stalström, O.W. (1980). Querulous paranoia: diagnosis and dissent. Aust. N. Z. J. Psychiat. 14: 145-150.

103. Swanson, D.W. Bohnert, P.J. and Smith, J.A. (1970). The Paranoid Boston: Little Brown and Co.

104. Swanson, J. W., C. E. Holzer, V.K. Ganju, and R. T. Jono (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. Hospital and Community Psychiatry 41: 761-70.

105. Tardiff, K., and A. Sweillam. (1980). Assault, suicide and mental illness. Archives of General Psychiatry 37: 164-69.

106. Taylor, P.J. (1982). Schizophrenia and violence. In J. Gunn and D. P. Farrington, eds., Abnormal offenders, delinquency and the criminal justice system. Chichester: John Wiley and Sons.

107. ———— (1985). Motives for offending among violent and psychotic men. British Journal of Psychiatry 147: 491-498.

108. ———— (1993). Schizophrenia and crime: Distinctive patterns in association. In S. Hodgins, ed., Crime and mental disorder, 63-85. Newbury Park, Calif.: Sage Publications.

109. Von Domarus, E. The specific laws of logic in schizophrenia. In J. Kasanin (Ed), Language and thought in schizophrenia Berkeley, California: University of California Press. 1944.

110. Weiner (1983). Some methodological pitfalls in attributional research. Journal of Educational Psychology, 75, 530-543.

111. Winokur, G. (1977). Delusional disorder (paranoia). Comprehensive Psychiatry, 18 (6), 511-520.

112. Winters, K.C., & Neale, J.M. (1983). Delusions and delusional thinking in psychotics: A review of the literature. Clinical Psychology, 3, 227-253.