

## التكفل النفسي بالاضطرابات النفسية الهذائية المزمنة-البارافرنيا-(البارانويا)

دراسة تحليلية بين التكفل النفسي والتناول الديني والتعامل الاجتماعي

أ.د. علي تعوينات أنسيمة أزرو-جامعة الجزائر 2

**المخلص:** تسعى الدراسة الحالية إلى البحث في موضوع التكفل النفسي للاضطرابات الهذائية المزمنة البارافرنيا (البارانويا) من خلال مقارنة حالات أخضعت لبرنامج علاج نفسي متكامل مع حالات أخرى تلجأ لطرق أخرى في التعامل مع هذه الاضطرابات. أظهرت النتائج أن الاضطرابات الهذائية المزمنة هي أمراض نفسية ذهانية مهيكلة يكون العلاج النفسي الطبي والتكفل الاجتماعي لها هو الأساس، كما توضح أن برنامج التكفل العلاجي يبدأ بمحيط المريض الاجتماعي والأسري، وتدخل بعض الظواهر الهذائية في خلفية غيبية، وهي حالات أنية غير متعلقة بالاضطراب الهذائي المهيكل .

**الكلمات المفتاحية:** الهذات المزمنة، البارافرنيا، البارانويا، التكفل النفسي، المس الشيطاني، الرقية

### psychological care to the chronic delusional disorders paraphrenia (paranoia) an analytical studies of psychological provide for religion and social approaches

#### Abstract

Our research in psychological care to the chronic delusional disorders paraphrenia (paranoia) through comparing cases subjected to a program of psychological treatment integrated compared with other cases resort to ways of dealing with these disorders.

The result of studies showed that chronicle delusional it is the basis to contain psychological health balance it's shows that the psychological care starts with social and familial patient entourage, and in other way some momentary cases are not related with delusional structured disorder.

#### Key words

Chronical delusion, paraphrenia, demonic possession, roquia

**مقدمة:** يسبب الاضطراب النفسي اختلال في التوازن العام وفقدان مقومات الحياة المتناغمة وتعتبر البارافرنيا من الامراض النفسية الذهانية المتميزة بغياب السياق التفككي syndrome bassociatif، فالمريض يحتفظ بالبناء الفكري المنتظم نسبيا ما يجعل العائلة والمحيطين بالمريض أمام إشكالية التشخيص والتوجه العلاجي السليم فغالبا ولسوء الحظ ما نجد في مجتمعنا شيوع فكرة وجود سببية غيبية للمرض دون حتى التفكير في إمكانية استشارة المختص النفسي أو طبيب الأمراض العقلية، وهذا مايؤدى

بالحالات لتصبح أكثر صعوبة في التكفل بعد حدوث تصرفات لاعقلية أو مغلطة حتى لدى أفراد من فئة المثقفين. إن البارافرنيا تتميز أيضا بالهذات التخيلية غير المنطقية، والكذب المرضي المترامن مع الأفكار الاضطهادية وأفكار العظمة في أن واحد، والتكفل النفسي الطبي المتواصل للمصابين بهذا الاضطراب يؤدي إلى الاستقرار على العموم رغم وجود احتمالية الانتكاسات، أما لدى الحالات المستعصية فتطور الحالات فيها يكون نحو التدهور الفكري والشخصي العام. والتكفل النفسي السليم يكون ببرنامج علاجي متكامل على عدة أصعدة على مستوى الطبيب النفسي وطبيب الأمراض العقلية والأخصائي الاجتماعي والتكفل بالمحيط الأسري الاجتماعي. وهذا البرنامج العلاجي أوضح نجاعته لدى الحالات التي أخضعناها له من خلال النتائج الإيجابية المحققة مع المريض ومحيطه.

**الإشكالية:** البارافرنيا مصطلح خضع لاختلاف في الاستعمال بين متبنين ومعارض ونحن كباحثين وصفنا مصطلح البارافرنيا دلالة على الاضطراب الهذائي التخيلي المزمن ذي الطابع الإستحواذي والتفكير الإضطهادي المتوازي مع أفكار العظمة في أن واحد. في حين يبدي المريض تكيفا اجتماعيا جيدا.

بعض التوجهات والممارسات الاجتماعية تلجأ إلى طرق علاجية غير سليمة جهلا منها لطبيعة هذا المرض واعتقادا بوجود تأويلات غيبية كالمس أو السحر أو العين.... إلخ. World Occult أو World metaphysics؛ نحن في الممارسة العيادية نجد أنفسنا كمختصين أمام الكثير من هذه الحالات التي تأتي بعد استشارة عدة جهات حتى المشعوذ أو السّاحر، والمريض في هذه الحالة قد يكون متبنيا لهذه الاعتقادات، ما يسبب مقاومة المريض وعدم تعاون العائلة في العلاج، مما يلزمنا إخضاع المريض وعائلته إلى إرشاد جماعي وتصحيح الأفكار قبل الاهتمام بالمريض نفسه.

في دراستنا هذه تناولنا حالات مختارة بشكل قصدي تجنبنا للوقوع أمام إشكالية التشخيص، فالبعض يرى أن التكفل بالطرق العلاجية الدينية كالرقية الشرعية هو الأنسب، وآخرون يرون أن العلاج الطبي بالأدوية هو الأساس.... إلخ، فهل الإشكال يكمن فيمن يضع التشخيص أم في التشخيص في حد ذاته؟

مما سبق سنحاول تحديد المفاهيم حول هذا الموضوع لتوضيح الغموض بشأن التأويلات المتعلقة به في الوسط الاجتماعي ونسعى إلى تطبيق برنامج لتكفل نفسانيّ فعّال مبنى من خلال العمل العيادي والملاحظة الميدانية التتبعية مع إشراك إيجابي للأطراف ذات العلاقة بالمريض بالتالي تتكامل في العلاج الأدوار، وحتى يتحقق ذلك يجب أن نطرح التساؤل التالي:

- كيف يتناول المجتمع والدين علاج الاضطرابات الهذائية المزمنة؟
  - وما نظرة علماء النفس والطب العقلي لهذه المعتقدات؟
  - كيف نعمل على تصحيح الممارسات الخاطئة في المجتمع؟
  - وكيف يتم توظيف ذلك لصالح العلاج النفسي؟
- بغية إجلاء هذه التساؤلات طرحنا الفرضيات التالية:

**الفرضية العامة:** الهذات التخيلية المزمنة هي اضطرابات نفسية خارجة عن التفاسير الغيبية وخاضعة للتناول العلمي البحت، حيث يكون العلاج النفسي والدوائي أساس التكفل الناجح. أما حالات المس والسحر فهي مشاكل شائعة في المجتمعات وتمثل حالات أنية، أو استجابية لعوامل خارجة عن التفسير العلمي وليست نمطا في الشخصية.

**الفرضيات الجزئية:**

1. لا ترتبط كل الاضطرابات الهذائية التخيلية بعلاقة سببية بالتفسيرات الغيبية، بل هي اضطرابات نفسية مهيكلة يكون التكفل النفسي فيها أساس العلاج.
  2. قد تدخل بعض الظواهر الهذائية في إطار ذا خلفية غيبية وهي حالات أنية غير متعلقة بالاضطراب الهذائي التابع للبرانويا، هنا يكون التدخل الديني والإسناد النفسي متكاملان في التكفل بالحالات.
  3. بناء البرنامج العلاجي يقوم على التكفل النفسي لحالات الهذات المزمنة، هذا البرنامج يبدأ أساسا من المحيط الاجتماعي والأسري لأنّ وضوح التشخيص يؤثر على ميول واتجاه المريض نحو التفاعل الإيجابي في العلاج.
- أهداف الدراسة:** تهدف الدراسة الحالية إلى توضيح أهمية التكفل النفسي بالاضطرابات الهذائية المزمنة -البارافرينيا- (البارانويا)، وتبيان كيف يتعامل المجتمع مع مثل هذه الحالات في مقابل تناول الدين لها، وفي محاولة تحليل هذه الأبعاد نسلط الضوء على

أهمية تكامل الأدوار بين مختلف الأطراف ذات العلاقة بالمريض حتى يكون علاجه ناجحاً. فالعائلة والفاعلون الاجتماعيون لهم دور هام لا يقل أهمية عن تفاعل المريض نفسه، خاصة إذا تعلق الأمر بتصحيح الممارسات الخاطئة لذلك نحاول متابعة البعض منها والتكفل بها بشكل متكامل على الصعيد الفردي والاجتماعي والعائلي، وبإشراك الأطراف ذات العلاقة ثم نقوم بمتابعة تطور الحالة ونقارنها مع حالات أخرى توجهت للعلاج بطرق مغايرة وذلك لاستخلاص أهمية ودور التكفل النفسي ضمن برنامج علاجي متكامل الأطراف.

**أهمية الدراسة:** تكتسب هذه الدراسة أهميتها من كونها تمس موضوعاً نفسياً واجتماعياً حيث تحول من كونه موضوعاً طبياً نفسياً إلى ظاهرة اجتماعية متفشية بسبب الفهم أو التناول الخاطئ لها. وقد أممنا هذا الموضوع على وجه الخصوص لكوننا ممارسين نفسانيين ميدانيين نستقبل حالات كثيرة، لكنها تصل إلينا بعد معاينة عدة أطراف حتى من غير المختصين أو أصحاب العلم بسبب اعتقاد بوجود المسببات الغيبية كالسحر والعين والشعوذة....، فمن المهم وضع الحدود الفاصلة أمام ما هو خاص بالمجال العلمي كاضطراب نفسي بحت وما هو ضمن نطاق الغيبيات كالمس والسحر وما شابه ذلك، كما نحاول من خلال العلاج تدعيم الدفاعات النفسية للمريض لاسترجاع درجة مقبولة من التوازن النفسي.

**حدود الدراسة:** تم تحديد الدراسة واستخلاص نتائجها ضمن الحدود التالية:

- **الحدود البشرية:** تناولنا في الدراسة الحالية ست حالات من الجنسين (5ذكور وامرأة واحدة). اختيرت بطريقة قصدية وأخضعت للبحث العلمي التتبعي.
- **الحدود الزمانية:** دام الاستقصاء الاستطلاعي ثلاث سنوات امتدت ما بين سنة (2010 و2013) حددت خلالها الخلفيات الميدانية للبحث واختبار الأدوات الإستقصائية. أما الدراسة الأساسية فقد دامت ما بين فترة (2013 و2016) وفيها تم تطبيق المنهجية الأساسية للتأكد من الفرضيات البحث.
- **الحدود المكانية:** تمت الدراسة على مستوى المؤسسة العمومية للصحة الجوارية - بوزريعة- (الجزائر العاصمة)، عيادة الصحة النفسية المقام الجميل والمركز الصحي 180 مسكن-بوزريعة- كما أخذت حالات أخرى من ولاية تيزي وزو والبويرة.

**1/ مفهوم التكفل النفسي:** تولد مفهوم التكفل النفسي بعد فترات تاريخية متعاقبة وممارسات إمبريقية لم تحدد علميا إلا بعد الثورة الفرنسية في 1789م، بعد اعتبار المرض النفسي والعقلي كمرض مماثل لأي مرض آخر وأصبح ينظر للمرضى بطريقة أكثر إنسانية وأقيمت المستشفيات الخاصة بالعلاج النفسي بعيدا عن الطرق الحجز والضرب.... التي كانت تمارس قديما وأعتبر "كريبلين" Kraplin، (1856م-1923م) أبو الطب الحديث، حيث إهتم بدراسة علم النفس الفيزيولوجي وعلاقته ببناء طرق العلاج النفسي، قد تطور مفهوم التكفل النفسي في مطلع القرن 20 مع دراسات "جولتون" "Goltan" في إنجلترا والتي أكدت على أهمية الدراسة التتبعية ما فتح الأفاق أمام المختص النفسي للعمل بطرق أكثر دقة يعرف الدكتور "أحمد فائق" "العلاج النفسي كالتالي: "العلاج النفسي في قوامه هو معاونة المريض على إكتشاف أثر التثبيت الطفلي على سلوكه والدوافع التي أدت إلى هذا التثبيت.... ويقوم المعالج في عملية العلاج بدور أقرب إلى الأنا الأعلى أكثر اعتدالا من الأنا الأعلى لدى المريض بمعنى أنه من خلال طرح المريض عليه وبتفسير الطرح يسمح بتعديل نظام الكبت بما يتيح للمريض فرصة اختبار الواقع واستغلال طاقاته أفضل استغلال". [د.أحمد فائق. القاهرة. 2001. صفحة (328-329)].

ويقول الباحث إسحاق رمزي: "لم يعرض أدلر Adler، على المعالج إلا أن يقوم بواجبات أربعة أولها بوثق علاقته بالمريض والثاني يكشف عن الخطأ في أسلوب حياته والثالث يشجعه ويبث الثقة في نفسه والرابع يقوي في نفسه الروح الاجتماعية" [إسحاق رمزي 1952، (ص 234)].

**2/ التكفل النفسي من المنظور الاجتماعي:** عرف المؤتمر السنوي للخدمة الاجتماعية 1964م خدمة الفرد على أنها "طريقة من طرف الخدمة الاجتماعية، تستهدف التدخل والتأثير في حياة الفرد الاجتماعية والنفسية لتحسن وتوجيه وتدعيم أدائه الاجتماعي...وهي مهارة علائقية توجه طاقات الفرد وإمكانات المجتمع لتحقيق أفضل درجة من الأداء الاجتماعي" (عبد الفتاح عثمان، القاهرة 1980 ص30) أما التكفل النفسي الاجتماعي فهو احد فروع خدمة الفرد الاجتماعية حيث يوضح الباحث "شيرري موريس" ذلك:"الخدمة الاجتماعية النفسية هي احد فروع خدمة الفرد

الاجتماعية والتي تعالج الحالات النفسية في العيادة أو المستشفى أين تتسق الخدمة الاجتماعية مع الطب النفسي وعلم النفس الاكلينيكي" (Cherry Moris ,op.cit p100)

بالتالي التكفل النفسي الاجتماعي المرضى يكون بفهم سيكولوجية حياتهم ضمن ظروفهم المحيطة ومساعدتهم على المواجهة الفعالة بتنمية الذات ضمن التأهيل الاجتماعي مع تجنب التصادم مع المعايير الثقافية والعقائدية للجماعة، خاصة اذا كان هذا الفرد ينتمي إلى مجتمع يتبنى اعتقادات أو ممارسات غير سليمة كاستشارة البعض من غير ذوي العلم لعلاج اضطرابات هامة مثل الهذات المزينة وما يزيد من حدة الاضطراب عدم إمكانية توظيف الدفاعات يشكل سليم فيختل التوازن بين دوافع الراحة النفسية وميكانزمات الضبط الثقافية، فللمجتمع دور هام في تأمين الراحة النفسية، وقد أدرك الطبيب النفسي أهمية فهم المرض العقلي والنفسي في إطار الأسرة والمجتمع والدين والأصل القومي، وذلك بتتبع الحالة داخل مجتمعها ومحاولة تعديل التوجهات الخاطئة كاستشارة الساحر والعراف في معالجة المصاب بالبارافرنيا.

ويكون المعالج النفسي الاجتماعي والمساعد الاجتماعي في احتكاك مباشر في حالة مرضية تعيش في مجتمع كثيرا ما يكون يتبنى اعتقادات متوارثة صعب حراكها وتغييرها بسبب فقدان المرونة والأفكار المغلطة والتي أصبحت مع الوقت والممارسة لسوء الحظ تضاهي المقومات الثقافية أو العقائدية وبتعلق عليها المجتمع. والتكفل الاجتماعي هنا يكون ضمن معرفة الحدود التي تضبطها المرونة والسلاسة في التعامل مع الأمور.

**3-التناول الديني للأمراض الهذائية المزمنة:** يتناول المرشد الديني الحالات المصابة بالهذات المزمنة وفق مقتضيات الحالة وميولها الفكري (ولسنا هنا في صدد الحديث عن جدلية الإصابة بالمس أو السحر أو العين وما ينتج من استجابات سلوكية إثرها فهو موضوع ليس من نطاق دراستنا). فهناك حالات ترتاح بالتكفل بالطرق البديلة كالرقية الشرعية أو التوجيه الإصلاحي أو الإرشادي أو الحجابة أو الأعشاب مهمة دور العلم والمختصّ وهنا يكون دور المرشد بتوجيه المريض ومحيطه بتكفل تدعيمي للعلاج الأساسي وذلك بتوعيتهم وإعادة تصحيح الممارسات الخاطئة، وهو نوع من العلاج المعرفي القائم على التوعية والافتتاح، فدور المرشد الديني هنا بالغ الأهمية لماله من مكانة ومصداقية في المجتمعات، كما أنّ كلامه مدعم بشواهد دينية مسلم بها، وإن

كانت هذه الطرق (الرقية، الحجامة....) تزيد من راحة المريض واسترخائه الفكري، إلا أنها بالنسبة لحالات الهذات المزمدة تبقى طرقا اسنادية لا يمكن الاكتفاء بها فقط فرجل الدين ذو الدراية بالعلوم الإنسانية له دور توعوي وتدعيمي مهم. فهو يمكنه الدعوة والنهي دون معارضة من الآخرين بخلاف المتخصص النفسي المضبوط بالموضوعية وحدود التدخل العلاجي التي تحترم حريات الاعتقاد.

**4/الهذات المزمدة والاضطرابات النفسية الذهانية:** سلامة العقل والنفس هما ميزات التكيف السليم مع المحيط الواقع ومؤشر مهم على التوافق مع الذات، لذا فالإصابة بما يخل بهذا التوازن تحرم الفرد والجماعة من الراحة النفسية، والهذات المزمدة من بين الاضطرابات النفسية الذهانية التي تعيق الحياة الصحية.

تعرف الدكتورة "فراسواز جيليمات" GUILLEMETTE FRANCOISE "الاضطراب الذهاني كالتالي: "المرض العقلي الذهاني هو اضطراب في السلوك كلما كان هناك ضغط نفسي شديد ما يخل بالدفاعات النفسية المعتادة حيث يصبح توظيف العقلنة غير ممكنا... اضطراب السلوك يظهر بالتالي كمنتج للنشاط النفسي الذي يعبر نسبيا عن الضغوط الداخلية" (Guillemette .f ; université de paris 2006-2007)

في العصور الوسطى كان يطلق على الاضطرابات الذهانية تسمية الجنون الذي يعبر عن غموض غريب ينتمي إلى الظواهر لما وراء الطبيعة Paraphenomene والتي تتسم بقوى شيطانية استحواذية، بالتالي تحت هذا المعتقد كان المصاب بهذه الاضطرابات يحرق مثله مثل الساحر بهدف تطهير نفسه، ومنذ تلك الحقبة من التاريخ المظلم للشعوب تتالت الجهود من طرف ذوي الاتجاهات العلمية سواء الطبية أو القانونية.... حتى ثم تبنى قانون سنة بضبط عملية حجز المرضى وبعد مصادقة "لويس فليب" PHILIPPE Louis على ذلك، وأعطاهم صفة المرضى عوض المجانين، بعد الحرب العالمية الثانية أصبح المرضى يتكفل بهم نفسيا ودوائيا مع بعض العلاجات الصدمية ثم ازدهر بعدها العلاج بالتحليل النفسي وعرف الطب العقلي في هذه المرحلة اتجاهات:

**4-1النموذج التنظيمي Model de ororganistele:** يهتم بالأصل العضوي في سبب

الإصابة

4-2 النموذج التحليلي النفسي Psychianalitique Modele: يهتم باختلال التوازن

الداخلي للفرد والبحث عن نمط التوظيف النفسي والحياة اللاشعورية.

4-3 النموذج الاجتماعي Socio Modelelogique: يستند إلى مفهوم التكوين الاجتماعي

وأثره على ظهور المرض العقلي وأثر البيئة باعتبارها مولد الضغط والاضطراب.

ومن أهم أعراض الاضطرابات الذهانية نجد:

\*التفكك: عدم التمكن من الربط الفعلي بين الأفكار والخبرات الشخصية.

\*الهلاوس: مدرك حسي غير متواجد في الواقع الخارجي

\*الهذات أو الزور- لغة: بمعنى الهذر بكلام غير مفهوم، والزور هو الانحراف عن

الواقع بأفكار زائفة بسبب شدة الانفعال التخيلي وهو ترجمة للكلمة اليونانية بارانويا

Paranoia والذي يكون الهذاء فيها عرضا أساسيا متواترا بين هذاء العظمة والاضطهاد

ومن بين أنواع الهذات نجد:

1- الهذات السوداوية: الاعتقاد بالذنب والمسؤولية عن كل المصائب.

2- الهذات الاضطهادية: الاعتقاد بان الآخرون يتآمرون عليه ليضطهده.

3- هذات العظمة: اعتقاد المريض بأنه شخص عظيم

\*الهوس: الفرط الميزاجي دون الكبح الأخلاقي.

\*الاكتئاب: نوبات من سوداوية المزاج من خفض النشاط الحركي.

\*اضطراب التفكير: الانتقال اللامنطقي من فكرة إلى أخرى.

\*الخجل: انحلال السلوك الذهني.

\*سوء التوجه الزماني والمكاني: فقدان التحكم في البعد الزماني والمكاني.

\*اضطراب الذاكرة: فقدان ذكريات معينة أو العكس تذكر أدنى التفاصيل.

\*البلادة الانفعالية والانسحاب: فقدان كل حافز للتفاعل الاجتماعي وعدم الاكتراث للمحيط.

5/البارانويا واثنولوجية الهذاء:

اصطلاحا: البارانويا اضطراب وظيفي جزئي للقوى العقلية متميز بالهذات والأفكار

الزائفة التي تنمو بشكل منتظم، أخذا صفة البناء بالمنطق ويكون الاضطراب جزئي

بحيث تحتفظ الشخصية بباقي سماتها باتزان نسبي.

**لغويًا:** البارانويا كلمة مترجمة من اليونانية يرجع استخدامها في الطب العقلي لأكثر من ألفي سنة وكان الإغريق يطلقونها على كل الاضطرابات العقلية الخطيرة، وفي الأصل الإغريقي المصطلح بارانويا يعني المنطق على جهة" (Pensé à coté = PARA-NOIA) يعرف الدكتور عبد الحميد محمد الشاذلي البارنويا كالتالي: "الهذاء (البارانويا) حالة مرضية ذهانية، يميزها الأوهام والهذات والمعتقدات الخاطئة عن العظمة أو الاضطهاد وتكون الشخصية متماسكة رغم وجود المرض ومنتظمة نسبيًا مع اتصال لاباس به بالواقع ولا يوجد تغيير في السلوك العام ويطلق في بعض الأحيان على هذا المرض اسم "الجنون العاقل" حيث يبدو المريض منطقيًا ومرتبًا في كلامه ولكن هذا الكلام مبني على فكرة خاطئة وهو انه عظيم مضطهد، ويكثر ظهور الهذاء في منتصف العمر (مرحلة الرشد) " (عبد الحميد محمد الشاذلي 2001 ص:152)

إذن المصاب بهذا الهذاء البارنوي تترسخ لديه الأفكار الزائفة، فيرى نفسه متميزًا عن الآخرين ولديه قوى خارقة وذكاء متفوق ما يمهده باستحقاق الامتيازات الخاصة التي يحسده الناس عليها لذلك يبيتون له الأذى والمكائد، هذا ما يولد شعور الاضطهاد والعظمة في أن واحد، تتمو هذه المعتقدات لتصبح منطقا خاصا لديه، ونظاما متماسكا صلبا يصعب اختراقه أو تغيير ذلك مع بقاء الجوانب العقلية الوظيفية سليمة مع تكيف اجتماعي مقبول فلا تصنف الحالة إكلينيكيًا على أنها بارانويا إلا إذا كانت الهذات هي العرض الرئيسي مع عدم وجود أعراض ذهانية أخرى.

تعرف الهذات في موسوعة علم النفس الحديث انها: "الهذات من أعراض الذهان العقلي، وقد تكون منظمة في الذهن المريض اي بني بعضها فوق بعض ولكنها عديمة الأساس أو السند الواقعي الحقيقي وهي معتقدات زائفة...السبب في انه يعتقد في صحتها، انه بناها في الأصل لكي يحل بها مشكلة ما يعاني منها ولكي يتكيف وإياها وللحماية من الشعور القائل بالقلق والخوف وبذلك يقترب تفسير حدوث الهذات من تفسير عملية التبرير اللاشعورية" د.محمد عبدالرحمان العيسوي المجلد5، ط1 (1999م/1419هـ ص191-190)

**6/البارافرنيا:** ظهر مصطلح البارافرنيا في الطب النفس والعقلي منذ (1863م) في كتابات الباحث "هولاك كاهلوبوم" F. KAHLBOUM HOULAK قبل أن يوصف كشكل من اشكال الهذاء المزمن الوسيط من طرف الباحث "كريبلين" "KEEREBLIN" في 1912 يقول كريبلين KEEREBLIN عن البارافرنيا بقلم الدكتور "ما نويل كازانوفال" "MANUEL CASANOVAL وزملائه ما يلي": "نشر كريبلين مصطلح البارافرنيا بحيث أصبح أكثر شعبية، واستخدام لتمييز مجموعة غير مؤكدة متواجدة بين البرانويا والجنون المبكر وحدد البارافرنيا في المقام الأول كاضطراب هذائي مع الاحتفاظ بشكل افضل بالعاطفة والإرادة وعدم تواجد التدهور الخطير الملاحظ في الجنون المبكر، كريبلين صنف البارافرنيا إلى بارافرنيا منتظمة (SYSTEMATICA) فانتازية أو تخيلية (Fantastica) والرواية الخرافية (confabulante)" (Manuel.f ;casanoval ;Decembre2001 ;p2) وتشرح الدكتورة "فرانسواز شيركات" "F.CHERGET" البارافرنيا كاتالي "هي اضطراب ذهاني مزمن يتميز بميكانيزم تخيلي متعلق بمواضيع فانتازية التحولات الكونية، جنون العظمة، التحولات الجسدية، المسخ (Métamorphoses). المريض لا يسعى إلى إقناع الآخرين، هذا الاضطراب يبدأ عموما من حوالي (35-40 سنة) ولا يبدو انه يسبب حالة الانعزال الاجتماعي كبير، التخيل المرضي يكون بصورة كبيرة وفائضة. ما يصعب عملية التفريق بين الخيال والواقع. نلاحظ نوعين من البارافرنيا. البارافرنيا المنتظمة (.systematique) المريض يكون متواجد في محور هذائه والبارافرنيا الروائية الخرافية (P.CONFABULATOIRE) الواقع يعاش بطريقة تخيلية محضة (CHERGET. F ,2000-2001, page 17.18)

تحديد المصطلح لا يزال موضوع جدال من حيث التسمية والتصنيف وفقا للتناول النظري لهذا الأخير فمثلا الباحث "سيفلاس" SEGLAS سنة 1887م تناوله بتسمية بارانويا هلوسية وهذاء التخيل من طرف "دييري" "DUBRE" في سنة 1911م وذهان الفانتازيا من طرف EY.H سنة 1973م وذهان هلوسي مزمن من طرف "باليث" "BALLET" 1911 .

**إجراءات الدراسة الميدانية:**

**1/ منهج الدراسة:** إعتدنا على المنهج العيادي المعتمد على أساس دراسة حالة باستخدام المقابلة المحددة برائز إكلينيكي معتمد في تشخيص وتقييم تطور الحالة

المرضية عند المصابين بالإضطرابات النفسية العقلية الذهانية، كما وظفنا المنهج الوصفي لتحليل المعلومات وتتبع الحالات.

**2/ حالات الدراسة:** تناولت الدراسة ست 6 حالات مصابة بالاضطرابات الذهانية - البارفرينيا- وخاضعة لبرنامج علاجي متكامل، وحالتين تلجن في علاجهما إلى الرقية الشرعية كبديل للعلاج، وحالتين تعتمدان على المشعوذين والعرافين في التعامل العلاجي. الحدود العمرية كانت ما بين (25 سنة إلى 50 سنة) من بين الجنسين (5 رجال وإمرأة)، اختيرت الحالات بطريقة قصدية باستعمال أسلوب المعاينة غير الاحتمالية من خلال دراسة تاريخ الحالات ودراسة الملفات الطبية. وحالات أخرى أخضعت للملاحظة القصدية والمقابلة المسحية معها ومع العائلة قبل إدماجهم في الدراسة.

طبق أيضا اختيار تشخيص وتقييم الاضطرابات الشخصية المتعدد الأوجه مينيسوتا (MMPI<sub>2</sub>) على مرحلتين قبلية وبعديّة للحالات الخاضعة للعلاج المتكامل وبمرحلة تشخيصية للحالات الستة المدروسة.

**3/ أدوات الدراسة:** اعتمدنا في هذه الدراسة على تقنيات استقصائية لجمع المعلومات وأخرى تحليلية تشخيصية للتحقيق من الفروض المطروحة، وكان التحليل إكلينيكيًا بالملاحظة القصدية والمقابلة التتبعية.

وفي دراسة الحالة وتقييم تطورها استعملنا زائر الشخصية المتعدد الأوجه لمينيسوتا (MMPI<sub>2</sub>)، وهو مقياس معياري مقنن صمم سنة (1940) من طرف عالم النفس "شارك هاتا واي" S.R.Hathaway والطبيب الفرنسي "شارلي ماكنلي" "MckinleyJ.c" هو اختبار يعتمد على التقرير الذاتي والكشف عن أهم سمات الشخصية والإضطرابات النفسية والذهانية ويساعد أيضا على المتابعة التقييمية للحالة المرضية بعد العلاج.

تطبيقه: يطبق هذا الاختبار فرديا أو جماعيا. ليس هناك وقت محدد للإجابة لكن عموما يتراوح زمن إتمامه بين 50 إلى 90 دقيقة، أما بالنسبة للعمر فيطبق على الحالات من سن 16 سنة فما فوق. ويجب أن يكون لدى المفحوص مستوى من الفهم والقراءة.

يضم الاختبار عدة أبعاد للشخصية منها النواحي الاجتماعي والدينية والنزعات السادية والمازوشية والهلاوس والهذات والمخاوف المرضية والحالات الانفعالية كالوساوس

والعظمة والشعور بالقهر، صنفت هذه الأبعاد إلى (4) مقاييس للصدق وعشرة مقاييس إكلينيكية تمكن الباحث من رسم صورة عن مواطن الاضطراب في شخصية المفحوص. يحتوي المقياس في الصورة المعدلة من (567) عبارة رتبت بحيث يمكن أن يستجاب للفقرات الـ (370) الأولى، والتي تصحح على أساسها كل مقاييس الصدق والمقاييس الإكلينيكية وهي النسخة المختصرة للاختبار، الإجابة على البنود يكون بتصنيفها ضمن (3) مجموعات (صحيح، خاطئ، لا أعلم)

تحليل النتائج بعد تفريغها وتحويل العلامات الخام إلى علامات معيارية (T) يرسم منحني بروفيل الشخصية وفق العلامات T المتحصل عليها على منحنيات وفق الجنس وتحلل النتائج كميًا وإكلينيكيًا

4/ برنامج العلاج المتكامل المطبق من طرف الباحثة: حاولنا في هذا البرنامج العلاجي النفسي المتكامل الإلمام بكل الجوانب ذات الصلة المباشرة والغير مباشرة مع حالة المريض وذلك سواء من الجانب الطبي السيكاتري بالعلاج بالعقاقير أو بالإشراف على الجانب النفسي والانفعالي بالعلاج من طرف المختص النفسي العيادي، والاستعانة بالمختص الاجتماعي من أجل التكفل بمحيط المريض الأسري والمهني والاجتماعي لتحسيسهم بأهمية التعاون في علاج هذه الحالات. ويكون دور رجال الدين إرشاديا توجيهيا وتدعيميا للخطة العلاجية. وذلك لما لرجال الدين في مجتمعنا من مكانة مرجعية في حياة الأفراد. كما أدمجت الحالات الخاضعة لهذا البرنامج العلاجي المتكامل في مجموعات العلاج الجماعي (Thérapie de groupe) التي تساعد كثيرا في تفريغ الانفعالات السلبية ومشاركة المعاش والأفكار مع حالات مشابهة مما يحدّ من حساسية المريض ويساعد في ضبط الأفكار الهذائية لديه، كما يدعم هذا العلاج بإدماج الحالات في أعمال ومهن وإشغالات يميلون إليها وهو علاج بالعمل والهوايات (الرياضية، النحت، الرسم..). يعطي المريض الإحساس بالذات والمكانة الاجتماعية، فساعده ذلك على مقاومة أفكار الاضطهاد التي كانت تغذي لديه الإحساس بالقهر والضغط النفسي. وقد حدد برنامجنا العلاجي مراحل إخضاع المفحوص لهذه الأنواع العلاجية وفق حالته وذلك بعد تحضيره لذلك، حتى يكون متعاونًا معنا وطرفًا فاعلا في

علاجه، وحاولنا قدر المستطاع إبقاء التواصل في العمل مع كل المختصين المتدخلين في هذا العلاج من أجل متابعة الحالة وتطورها.

5/ عرض النتائج ومناقشتها: جاءت النتائج كما هي في الجدول رقم (01)

الجدول (01) يلخص نتائج اختبار الشخصية المتعدد الأوجه لمينيسوتا 2 MMPI

توظيف الرقبة الشرعية		للجوء المشعوز والسرحة		العلاج النفسي المتكامل				طرق العلاج نتائج السلام الكلينيكية لرائز MPPI
الحالة -2-	الحالة -1-	الحالة -2-	الحالة -1-	بعد الخضوع للعلاج		قبل الخضوع للعلاج		
				الحالة -2-	الحالة -1-	الحالة -2-	الحالة -1-	
T=83	T=89	T=48	T=73	T=51	T=65	T=58	T=83	1) الهيبوكندري (Hypocondrie)
T=79	T=86	T=63	T=45	T=63	T=63	T=52	T=83	2) الاكتئاب (D) (Dépression)
T=89	T=78	T=43	T=45	T=47	T=64	T=49	T=72	3) الهستيريا التحويلية (Hy) (Hystérie de conversion)
T=79	T=69	T=64	T=60	T=61	T=61	T=58	T=70	4) الانحراف السكوباتي (PD) (Dérivation psychopathique)
T=46	T=41	T=40	T=79	T=42	T=42	T=56	T=48	5) الذكورة-الانوثة (M -F) (Masculinité-féminité)
T=61	T=98	T=60	T=96	T=86	T=84	T=85	T=84	6) البارانويا (PA) (Paranoïa)
T=66	T=92	T=51	T=66	T=82	T=78	T=52	T=83	7) البسيكاستينيا (PT) (Psychasthénie)
T=72	T=105	T=45	T=85	T=82	T=89	T=79	T=101	8) الفصام (SC) (Schizophrénie)
T=48	T=82	T=63	T=62	T=82	T=79	T=72	T=69	9) الهيبومانيا (MA) (Hypomanie)
T=50	T=65	T=46	T=58	T=65	T=71	T=59	T=57	10) الانطواء الاجتماعي (SI) (Introversiön sociale)

5/ عرض وتحليل نتائج الإفتراض الأول: بالنسبة للفرضية الأولى والتي مفادها " لا ترتبط كل الاضطرابات الهذائية التخيلية بعلاقة سببية بالتفسيرات الغيبية بل هي اضطرابات نفسية مهيكلة يكون التكفل النفسي فيها أساس العلاج " للبحث في مدى سلامة هذا الافتراض قمنا بتحليل ملاحظتنا المستقضاة بطريقة قصدية على الحالات المدروسة، وذلك من خلال دراسة تاريخ الحالة ومعلومات عن الأسرة واعتقاداتها وذلك من خلال المقابلة العيادية الفردية مع المفحوص والتواصل مع العائلة، من خلال تحليل هذه الملاحظات بالإضافة إلى نتائج الاختبار المتعدد الأوجه للشخصية لمينويوتا (MMPI<sub>2</sub>)؛ وجدنا أنه تقريبا كل الحالات المدروسة (ماعدا حالة واحدة) اعتادت الذهاب إلى المشعوذين، وأظهرت نتائج ذات دلالة مرضية في السلام الإكلينيكية خاصة المتعلقة باضطراب البارانويا والشيزوفرينيا والانحراف السيكوباتي ما يدل على وجود اضطراب هذائي لدى هذه الحالات، حيث كانت قيم هذه السلام لديها كما يلي: الحالات الخاضعة للعلاج المتكامل: الحالة الأولى: النقطة المعيارية T لسلم البارانويا (pa=84) والنقطة المعيارية لسلم الشيزوفرينيا (Sc=101)، سلم الإنحراف السيكوباتي (pd=70)، وسلم الهيومانيا (Ma=69)، البسيكاستينيا (Pt=83) وهي كلها درجات فوق المتوسط العادي تدل على وجود اضطراب ذهاني هذائي، أما الحالة الثانية فكانت النتائج: البارانويا (Pa=85) الشيزوفرينيا (Sc=79) الهيومانيا (Ma=72) وهو الثالوث الذهاني هذه القيم المعيارية تدل على وجود اضطراب هذائي، أما الحالتين اللتين تتبعان فقط الرقية الشرعية فقد كانت النتائج كالتالي: الحالة الأولى: البارانويا (Pa=98) سلم الشيزوفرينيا (Sc=105)، سلم الهيومانيا (Ma=28) والبسيكاستينيا (PT=92) أما الحالة الثانية فكانت النتائج كما يلي: سلم البارانويا (pa=61) سلم الشيزوفرينيا (Sc=72)، سلم الإنحراف السيكوباتي (pd=79) سلم الهيوكوندي (Hs=83). الحالتين اللتين تذهبان إلى المشعوذين: بالنسبة للحالة الأولى سلم البارانويا (pa=96)، سلم الفصام (sc=85)، سلم البسيكاستينيا (pt=66) وسلم الهيومانيا (Hs=73) الحالة الثانية: سلم الفصام (sc=45)، سلم الهيستيريا (Hy=44)، سلم الهيومانيا (Hs=48)

هذه الدرجات المعيارية تظهر أن كل هذه الحالات تظهر اضطرابا هذائيا تخيليا، وهو اضطراب من صنف الذهانات وهذا ما يؤكد فرضيتنا الأولى.

### 5-2/ الفرضية البحثية الثانية

الفرضية الثانية مفادها: "قد تدخل بعض الظواهر الهذائية في إطارات ذات خلفية غيبية وهي حالات أنية غير متعلقة بالاضطراب الهذائي التابع للبارانويا هنا يكون التدخل الديني والإسناد النفسي متكاملان في العلاج".

من خلال إستقصائنا مع بعض الحالات ومع بعض الرقاة الشرعيين لاحظنا بعض الظواهر السلوكية لم نتمكن تفسيرها علميا وبعد البحث إستثيناها من بحثنا لكونها ظواهر خارجة عن دراستنا، والاضطراب السلوكي الذي تظهره يبدو أنه ضمن الظواهر الغيبية وذلك ما أكد الفرضية الثانية لهذا البحث.

### 5.3/ الفرضية البحثية الثالثة: أفادت الفرضية الثالثة للدراسة على مايلي:

"يقوم البرنامج العلاجي المقترح على التكفل النفسي لحالات الهذات المزمنة وهو يبدأ أساسا من المحيط الاجتماعي والأسري لأن وضوح التشخيص يؤثر على ميول وإتجاه المريض نحو التفاعل الإيجابي في العلاج"

أظهر النتائج أن قيم السلام الخاصة بالحالتين اللتين أخضعنا للبرنامج العلاجي المقترح والدالة على الإضطرابات الهذائية قد إنخفضت بشكل ملموس حيث كانت لدى الحالة الأولى كالتالي: سلم البارانويا ( $Pa=84$ ). وسلم الفصام ( $Sc=101$ ) وسلم الإنحراف السيكوباتي ( $pd=70$ ). سلم الهيبيكوندري ( $HS=83$ ). وسلم الإكتئاب ( $D=83$ ). وسلم البسيكاستينيا ( $pt=83$ ) وهي كلها درجات جد مرتفعة تدل على الإضطراب أما بعد إخضاع الحالة للبرنامج العلاجي المقترح وبعد التكفل وإرشاد الوسط العائلي أصبحت النتائج في إعادة تطبيق الإختبار كالتالي: البارانويا ( $pa=48$ ) وسلم الفصام ( $Sc=89$ ) وسلم الإنحراف السكوباتي ( $HS=61$ )، الهييومانيا ( $Ma=79$ )، نلاحظ انخفاض في قيم أغلب السلام ودخول بعضها في التوازن العادي .

الحالة الثالثة: قبل بداية إخضاعها للبرنامج العلاجي المقترح: سلم الفصام ( $Sc=79$ ) سلم البارانويا ( $pa=85$ )، سلم الهييومانيا ( $Ma=72$ ) وهي درجات معيارية تدل على الإضطراب الذهاني الهذائي أما بعد إخضاع الحالة للبرنامج العلاجي المقترح أصبحت

النتائج كالتالي: سلم الفصام ( $Sc=82$ ) سلم البارانويا ( $pa=85$ ) سلم الهيومانيا ( $=82$ ) مع انخفاض قيم أغلب السلالم الأخرى كما هو موضح في الجدول رقم 1 هي نتائج تظهر تحسن لدى الحالة رغم بقائها ضمن التوظيف الذهاني. هذه النتائج أكدت فرضية الدراسة الثالثة فالعلاج المتكامل أظهر نتائج ملموسة مع حالات الهذات المزمنة واستقرار في الحالة رغم بقائها ضمن التوظيف الذهاني. وقد أوضحنا كل هذه النتائج في الجدول 1 الموضح بالتفصيل الرقمي.

**4.5/ عرض وتحليل النتائج الخاصة بالافتراض العام:** نص الافتراض العام للدراسة على ما يلي: "الهذات المزمنة التخيلية هي اضطرابات نفسية خارجة عن التفسير الغيبية خاضعة للتناول العلمي البحت، حيث يكون العلاج النفسي والدوائي أساس التكفل الناجع، أما حالات المس والسحر فهي مشاكل شائعة في المجتمعات تمثل حالات آنية أو إستجابية لعوامل خارجة عن التفسير العلمي وليست نمطا في الشخصية"، للبحث في مدى هذا الاستيفاء، استعملنا الملاحظة العيادية القصدية لحالات أخضعت لعلاجي متكامل حددت مراحل وأطرافه الفاعلة من طرف الباحثة، حيث تناولنا فيه بالتكفل جميع الجوانب الحياتية للمريض، ووظفت الملاحظة لجمع البيانات عن الحالة وتطورها لتوظيفها في التحليل الكيفي، كما إستعمل زائر الشخصية المتعدد الأوجه لمينيسوتا (MMPI-2) حيث طبق في مرحلتين: الأولى في بداية التكفل النفسي بالحالات والثانية عند مشاركة إنهاء العلاج بهدف تقييمي تتبعي لتطور الحالة وتحديد مدى نجاعة البرنامج العلاجي المطبق وقد جاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول رقم (1) حيث في المرحلة الأولى أظهرت الحالتين الخاضعتين للعلاج النفسي المتكامل بروتوكولات تدل على وجود اضطرابات جد هامة بدرجات متفاوتة هيمنت فيها درجات السلالم الدالة على الإضطرابات الذهانية خاصة البارانويا بالدرجة الأولى والفصام والهيومانيا والبسيكاستينيا وذلك يدل على الإضطراب الذهاني الحاد وقد كان سلم الإنحراف السيكوباتي أيضا في المستوى المرضى لدى لدى الحالتين وبعد مرحلة العلاج المطبق مع هاتين الحالتين إنخفضت بعض درجات السلالم الإكلينيكية التي كانت تدل على الإضطراب الذهاني خاصة رغم بقاء البعض منها فوق متوسط العادي وذلك دال على تحسن التفكير الهذائي وإستقرار الحالة مع بقاء التنظيم الشخصي في مؤشرات

الحالة الذهانية وهو دال من جهة أخرى على أصل الهذات لدى هذه الحالات فلو كان الهذات لديها نابع من ظاهرة آنية غيبية كالسحر مثلا لكانت النتائج السالم قد عادت إلى المتوسط العادي بعد إستقرار الهذات لكن بقاء الدرجات فوق المتوسط يدل على نمط التوظيف العقلي من جهة ثالثة، لاحظنا إنخفاض كل السالم الثالث العصابي عند الحالتين بعدما كانت جد مرتفعة قبل بداية العلاج وهو دال على تراجع الضغط النفسي ما يفسر الإختفاء النسبي للهذات عند الحالتين بعد إخضاعها للعلاج النفسي المتكامل أما فيما يخص سلم الإنحراف السيكيوباتي فنلاحظ أن الدرجات إستقرت في قيمة معيارية ( $T=61$ ) عند الحالتين بعد العلاج وهي قيمة ضمن متوسط العادي وهو مؤشر آخر على إستقرار الحالة مع مقارنة نتائج هاتين الحالتين المعالجتين مع الحالات الأخرى التي ضمتها دراستنا والتي مثلت الحالات الضابطة كونها لم تخضع لأي علاج نفسي أو طبي بل لجأت إما لطرق الشعوذة والسحر أو لطرق إسنادية كالرقية الشرعية أو الحجامه كانت النتائج لديها جد دالة بالنسبة للسالم الإكلينيكية والتي عبرت عن وجود إضطرابات ذهانية مهمة من خلال الثالث الذهاني وسلم الإنحراف السيكيوباتي فقد قاربت الدرجة المعيارية فيها  $T$  من (95 إلى 105) في سلم البارنويا والفصام وما بين ( $T=70$  إلى 90) بالنسبة لسلم الإنحراف السيكيوباتي. أما الثالث العصابي فكانت الدرجات مرتفعة في نفس الوقت خاصة في سلم الإكتئاب والهيسيتريا والهيبوكونديريا وهو دال على مدى إتساع وأهمية الحصر النفسي لدى هذه الحالات ووجود إضطرابات مصاحبة للإضطرابات الذهانية لديها، كما تدل هذه النتائج على أنه ليس كل الحالات التي تذهب إلى العراف أو المرشد مصابة بظواهر غيبية بل بعضها تكون ضمن الإضطراب النفسي الذهاني، مقارنة هذه النتائج يظهر أن استقرار الحالة النفسية كان من خلال العلاج العلمي والمتكامل وليس عن طريق سبل غير علمية أو أحادية الطرف وهو ما يثبت في الأخير فرضيتنا العامة في هذه الدراسة التي ذكرناها أعلاه .

**خاتمة:** مما سبق عرضه يتضح أن الطرق الخاطئة في التعامل مع هذه الحالات والممارسات الاجتماعية غير الخاضعة للعقل والتحكيم العلمي، قد تؤثر سلبا على تطور الحالة وقد تدخل المريض في متاهات سوء التكفل بسبب سوء التشخيص والتوجه ولربما

أستغرق المرض مدة طويلة لإيجاد السبيل السليم ما يسبب تدهور حالة الهذات لديه كما قد يكون علاجها هنا مستعصيا. من جهة أخرى يشكل العمل المتكامل الأطراف بإشراك الأسرة كطرف فاعل والمرشد الاجتماعي والديني والطبيب العقلي والنفسي من جهة ثانية عملاً ضرورياً في علاجنا المقترح. وفي الأخير نؤكد أن التشخيص السليم هو أساس التوجه العلاجي السليم ورغم تكلفة العلاج المتكامل في الوقت والجهد يبقى السبيل الأنسب للتكفل بالحالات المصابة بالاضطرابات الهذائية الذهانية المزمنة (البارانويا).

### المقترحات :

- إجراء المزيد من الدراسات حول الموضوع التكفل النفسي بالحالات المصابة بالهذات المزمنة (البارانويا) وخلفياته النفسية والاجتماعية.
  - بناء برامج توعوية موجهة للمحيط العائلي والاجتماعي الذي تعيش فيه هذه الحالات المصابة بالاضطرابات الهذائية المزمنة.
  - التعمق في دراسة الظواهر الغريبة ذات العلاقة بالمس والسحر... من طرف المتخصصين.
- المراجع باللغة العربية: قائمة الكتب :

1/- عمر سليمان الأشقر، عالم الجن والشياطين، دار الناس للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة العاشرة، 1997 .

2/- فرح بن إسماعيل منديكار، الرقية الشرعية بين التنزيل والتطبيق، مجالس الهدى للإنتاج والتوزيع، جامعة الكويت، ط1 ، 2008 .

3/- د. عبد الحميد محمد الشاذلي، الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، المكتبة الجامعية للإسكندرية، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية أسوان، مصر، 2001.

4/- د. أحمد فائق، الأمراض النفسية الاجتماعية، نحو نظرية في اضطراب علاقة الفرد بالمجتمع، مكتبة الإنجلو المصرية، القاهرة، مطبعة أبناء وهبة حسان، القاهرة ، مصر، 2001 .

5/- د. إسحاق رمزي، علم النفس الفردي، أصوله وتطبيقاته، دار المعارف، ط2، 1952 .

6/- د. عبد الفتاح عثمان، خدمة الفرد في المجتمع النامي، مكتبة الإنجلو المصرية، ط1، القاهرة 1980.

### قائمة الموسوعات :

1/- د. محمد عبد الرحمان العسوي، موسوعة علم النفس الحديث المجلد 5، علم النفس الشواذ والصحة النفسية، دار الراتب الجامعية بيروت، لبنان ، ط1 (1419 هـ/1999م) .

2-د.عبد المنعم الحنفي: موسوعة الطب النفسي في الإضطرابات النفسية وطرق علاجها  
نفسيا، الكتاب الجامع /المجلد 2، مكتبة مديولي، ط1 القاهرة، 1999 .  
المراجع باللغات الأجنبية :

**Les livres :**

1/- cherry Morris :social case work in great Britain .of.cit .

**Lés thèse et lés études publier :**

1/- D.guillemette :Les psychotiques vieillissant , ou?quant ?comment? pour  
quoi? Universite de paris v ,faculté Cochin port royal –E.H.P.A.D.2006/2007.

2/-Clerget –Françoise , accueil familial thérapeutique :l'interaction familiale  
comme vecteur de santé – thèse de DUEPSS sous direction de J.C mandes  
scheild, universite de franche-comte .I.U.T de belfort –montbeliard2000/2001.

3/- Manual .f .casanoral : démêler la pathologie de la Schizophrenie et  
paraphrénie, etude publier par acta neruo pathologie springer –verlage ,2001.

4/-tomas fuchs.eur arche psychiatry clin neurosci (uprooting and late –life  
psychosis) 1994 :244