

الخصائص السريرية في إصابات الدماغ عند غير اليمينيين

إن التعبير الواضح للالتاظر النفسي في أمراض الدماغ عند اليمينيين هو تعلق طابع الاضطرابات النفسية الصريح بجهة الإصابة الدماغية، وقابلية التنبؤ بها. عندما يعرف الطبيب النفسي جهة الإصابة الدماغية، يعرف أيضاً أية أعراض نفسية مرضية يمكن أن تسببها الإصابات الدماغية، ويسهل عليه تعداد الأعراض النفسية، التي يمكن أن تظهر عند المريض، وتحديد معالم دائرة الأعراض غير الممكنة أيضاً. سوف نولي اهتمامنا الآن قبل كل شيء للسؤال عما إذا كانت قابلية تحديد الأعراض النفسية هذه بناءً على جهة الإصابة الدماغية موجودة عند غير اليمينيين كذلك.

1-8. جهة الإصابة الدماغية والصورة السريرية:

من المنطقي أن يتوقع المرء أن الإصابات الدماغية عند غير اليمينيين يمكن أن تظهر في صورتين سريريتين مختلفتين. وينبغي أن تكون إحداها وصفية بالنسبة للعسر. تبعاً لذلك ينبغي أن تؤدي إصابة كل من نصفي الكرة الأيمن والأيسر إلى صورتين مرضيتين نفسييتين، بحيث يفترض بالصورة المرضية في إصابة نصف الكرة الأيسر أن تتطابق مع الصورة في إصابة نصف الكرة الأيمن عند اليمينيين، والعكس بالعكس. أما عند الضبط فمن المفترض أن تتشابه الصورتان المرضيتان في نصفي الكرة الأيمن والأيسر على الأرجح.

إلا أن الخبرات السريرية تناقض هذه التوقعات. إذ لا يتعلق نوع الاضطرابات العصبية والنفسية بجهة الإصابة الدماغية عند العسر ولا عند الضبط. ففي إصابة نصف الكرة الأيمن، كما في إصابة نصف الكرة الأيسر، تتكشف صورة نفسية مرضية مشتركة بالنسبة لجميع المرضى غير اليمينيين. وهي صورة لا تتطابق مع أي من الصورتين السريريتين المختلفتين بوضوح (تبعاً لإصابة أحد نصفي الكرة المخية) عند اليمينيين. تجربنا مشاهداتنا السريرية عموماً على الشك في إمكانية ظهور جميع الاضطرابات النفسية في الإصابة الدماغية البؤرية عند الأعسر مثلما تظهر عند اليميني تماماً، إنما بشكل مرآتي (معكوس)، وذلك طبقاً للرأي المتناقل من كتاب مدرسي إلى آخر، والقائل إن جميع الوظائف في دماغ العسر موزعة بشكل «معكوس» (بالمقارنة مع اليمينيين).

إن الأمر المشترك في الاضطرابات في الإصابات الدماغية البؤرية عند جميع غير اليمينيين يكمن في ظهور اضطرابات سواء في المعارف الحسية أم في المعارف المجردة، في العمليات النفسية الحسية أم في العمليات النفسية الحركية، وذلك بغض النظر عن جهة الإصابة، وهي اضطرابات تلاحظ في إصابة نصف الكرة الأيمن أو الأيسر عند اليمينيين كاضطرابات منعزلة. لو كان العسر فعلاً نقائض وظيفيين بشكل كامل، لكان من الضروري أن يوجد لديهم - كما هي الحال عند اليمينيين - اضطراب منفصل في المعرفة الحسية أو المجردة. إلا أن شيئاً من هذا القبيل لا يصادف في سريريات الإصابات الدماغية البؤرية عند العسر. على العكس، يمكن أن تتعاقب عند المريض نفسه، أثناء الحالات الانتيايية، تلقائية جواله (وهي تظهر عند اليمينيين في إصابة نصف الكرة الأيسر) وظواهر اغتراب وتبدد شخصية (مثلما تظهر عند اليمينيين في إصابة نصف الكرة الأيمن).

إن دل هذا الموجود السريري على شيء إنما يدل على عدم وجود أي تخصص واضح لنصفي الكرة المخية عند غير اليمينيين. إنه يدع مجالاً كبيراً للشك في إمكانية وجود التخصص الوظيفي المرآتي (المعكوس) لنصفي الكرة المخية، والمتوقع عند العسر بالمقارنة مع اليمينيين. ويبدو الأمر كما لو أن كلاً من نصفي الكرة المخية عند غير اليمينيين له علاقة بتكوين المعرفة الحسية والمعرفة المجردة على السواء، والتي تُبدي وظائف الدماغ عند اليمينيين بالنسبة لها أكبر اختلاف. مع ذلك فإن هذه الصورة السريرية المشتركة عند جميع غير اليمينيين في إصابة الدماغ أحادية الجانب هي صورة متغيرة للغاية. ومن المرجح أنه لا يوجد

مريضان تتمظهر لديهما بالشكل نفسه. كما لا يمكن التنبؤ بها، فهي فردية، وتخص كل مريض على حدة إلى درجة يلحّ معها تلقائياً التصور بأن كل أعسر وكل أضببط يمتلك تنظيماً وظيفياً للدماغ مختلف عن الآخرين. إجمالاً تدل هذه الأقلية في الحالات المرضية، وبطريقة غير مباشرة، إلى عدم وجود شكلين وحسب - كما هو متوقع -، بل عدة أشكال من التنظيم الوظيفي للدماغ. لا شك في أن هذه الصورة المرضية المشتركة، ولكن المتقلّبة للغاية في الوقت نفسه، جديدة بالملاحظة كذلك جراء توافر الميل عند جميع غير اليمينيين، وبغض النظر عن جهة الإصابة، إلى رجحان كفة اضطرابات المعرفة الحسية على اضطرابات المعرفة المجردة. بعبارة أخرى، إن التنبؤ باضطرابات المعرفة الحسية ليس مميّزاً لإصابة نصف الكرة الأيسر وحسب، مثلما يفترض انطلاقاً من التصورات حول التقابل الشكلي للعسر واليمينيين، بل لإصابة نصف الكرة الأيمن كذلك.

ينجم عن هذا أن نصف الكرة الأيمن أيضاً، وليس نصف الكرة الأيسر فقط، يبدي عند العسر، فيما يتعلق بوظائفه، تشابهات مع نصف الكرة الأيمن عند اليمينيين. هكذا قد يميل المرء إلى القول إن دماغ الأعسر بكامله يذكرّ بشكل أكبر بنصف الكرة الأيمن عند اليميني، وبشكل أقل بنصف الكرة الأيسر عنده. ويرجّح أنه يمكن تفسير هذه النتيجة أيضاً على أنها دليل اختلاف بنية العمليات المعرفية عند العسر عنها عند اليمينيين. فهي تمتلك طابعاً حسيّاً أقوى وطابعاً مجرداً أخفّ، وتستند إلى الأساس الحسي أكثر مما تستند إلى اللغة.

ولكن في الوقت نفسه لا تتطابق صورة الإصابة الدماغية أحادية الجانب مع مركّب الأعراض في الإصابة الدماغية أحادية الجانب عند اليمينيين، كما هو مفترض فيما لو كان مجمل الدماغ عند الأعسر يعمل فعلاً مثل نصف الكرة الأيمن عند اليميني. على العكس، تظهر خصائص مدهشة وغير متوقّعة، تختلف فيها الاضطرابات النفسية عند الأعسر عن الاضطرابات التي تشاهد في إصابة نصف الكرة الأيمن عند اليميني.

2-8. اختلافات المتلازمات السريرية عن مثيلاتها عند اليمينيين:

سوف نحاول الآن تحليل الخصائص المختلفة لبعض المتلازمات النفسية والعصبية والنفسية المرضية، التي دُرست من قبل اختصاصيين مختلفين في

توجّهاتهم، والمعروضة في المراجع بشكل مبعثر. وسوف نعرضها بالمقارنة مع مثيلاتها عند اليمينيين.

8-2-1. تمثيل اللغة عند غير اليمينيين - الحسات الكلامية

عند العسر والضبط:

تمثل العلاقة بين اللاتناظر الحركي وتمثيل اللغة في أحد نصفي الكرة المخية مشكلة مركزية بُحِثت ونوقِشت خلال المئة سنة الأخيرة بكاملها. «ليس هناك أي من أشباه الإنسان، أو من الحيوانات الأقل تنظيمًا، يتكلم ويستخدم أطرافه بتفضيل، على الرغم من أن هناك حيوانات مفردة قد توظّف أحد الأطراف بشكل مفضّل» (Penfield وRoberts، 1964). «إن هذه المشكلة بالغة التعقيد نتيجة عدد هائل لا يُصدّق من التناقضات والأخطاء» (Milner، 1973)، وقبل كل شيء لأن اللغة عند العسر والضبط لم تُدرَس ضمن ظروف طبيعية ومرضية إلا بشكل أقل وأسوأ بكثير من لغة اليمينيين، على الرغم من أن تفسير الظواهر السريرية لاضطرابات اللغة عند غير اليمينيين تحديداً يواجه أكبر الصعوبات.

يمكن تقسيم مبحث تمثيل اللغة في دماغ غير اليمينيين - بشكل تحكيمي نوعاً ما - إلى ثلاث مراحل. في المرحلة الأولى (حتى الستينيات من القرن التاسع عشر) لم تكن مشكلة سيطرة أحد نصفي الكرة المخية عند الإنسان فيما يتعلق باللغة قد صيغت بعد على الإطلاق. وقد أثبت Broca عام 1865 أننا «نتكلم بنصف الكرة الأيسر». وتبدأ المرحلة الثانية مع تفسير المشاهدات السريرية عند العسر. وقد كان Jackson (1864) أول من أثبت ظهور حبسة كلامية في إصابة نصف الكرة الأيمن عند العسر.

شاهد Jackson 3 مرضى مصابين بفالج شقي أيسر و31 مريضاً مصاباً بفالج شقي أيمن، وكان لدى الجميع فقدان في اللغة، في حين أن واحداً من المرضى الثلاثة المصابين بفالج شقي أيسر كان يمينياً، وليس أعسر. وقد وصف Broca (1865) امرأة عمرها 47 سنة، كانت تعاني منذ الطفولة من نوبات صرعية، وكان لديها خزل شقي أيمن، ولم تلاحظ عندها أية اضطرابات لغوية، على الرغم من الأذية الواضحة في نصف الكرة الأيسر. من الواضح تماماً أن عبارة Broca الواردة أعلاه لا تنطبق إلا على الأكثرية اليمينية من البشر، وأن محتواها لا يصح حينما يتعلق الموضوع بغير اليمينيين.

وتحت تأثير انطباع المشاهدات السريرية الأولى عند العسر تمت صياغة الرأي القائل إن نصف الكرة الأيمن عند العسر هو المسيطر، وينبغي أن تكون جنبية الوظائف اللغوية «مرآتية» (معكوسة)، بالمقارنة مع الوظائف اللغوية عند اليمينيين (Owtscharowa و Bain، 1970)، بمعنى أن «نصف الكرة الأيمن هو المسيطر، وجميع الوظائف موزعة بشكل معكوس» (Gurewitsch، 1948). استطاع هذا الرأي الصمود والاستمرار طويلاً، على الرغم من أن السريريين، وبعد فترة قصيرة من صياغته، وجدوا أنفسهم وجهاً لوجه أمام موجودات سريرية متناقضة. يُعدّ استمرار التصور بأن نصف الكرة الأيمن هو المسيطر عادة عند العسر مثلاً كلاسيكياً على كيفية إهمال العلماء لموجودات واقعية لا تتفق مع النظرية التي يتبنونها، أو مع المنطق السليم» (Milner، 1973). ومن المدهش أنه حتى الكتب التعليمية والكتب المرجعية الحديثة تتبنى الرأي القائل بعدم إمكانية ظهور اضطراب لغوي عند العسر إلا في إصابة نصف الكرة الأيمن.

إلا أن السريريات قدّمت وتقدّم استثناءات لهذه القاعدة، مما قاد إلى مراجعة الرأي المذكور والتدقيق فيه. هكذا فقد دعا ظهور الحبسات الكلامية عند العسر بالتواتر نفسه تقريباً، إن في إصابة نصف الكرة الأيمن أم الأيسر، Conrad (1949) إلى الاعتقاد بأن جنبية الوظائف اللغوية عند العسر غير كافية، وأثبت أنه لا يمكن اعتبار الوظيفة اللغوية عند العسر ببساطة انعكاساً مرآتياً للسيطرة النصفية عند اليمينيين.

بعد دراسة 10 مرضى عسر، 5 منهم مصابين بأذية دماغية يمنى و5 بأذية يسرى، خلص كل من Humphrey و Zangwill (1952) إلى الاستنتاج التالي: «إن نصف الكرة الأيسر هو، مع ذلك، أكثر أهمية بالنسبة للغة عند العسر، ولكن ثمة مبرر للاعتقاد بأن لغتهم ليست جنبية بالدرجة نفسها كما هي الحال عند اليمينيين»؛ ويمكن تفسير حقيقة أن نصف الكرة الأيسر يتمتع بأهمية أكبر بالنسبة للغة عند العسر أيضاً، بأن العسر يتوجب عليهم تعلّم الكتابة باليد اليمنى، وينبغي أن يتفوق «الدماغ الأيمن» في الطفولة الباكرة عند العسر أيضاً. لم يتأكد هذا التكهن في الدراسات اللاحقة، حتى إن النسبة المئوية للعسر ذوي سيطرة نصف الكرة الأيمن كانت أقل مما كان يُذكر في المراجع السابقة (Milner، 1973). هذا يعني ظهور حتميات معينة لا تتحدّد بتحويل تعليم العسر، ويسري مفعولها، في أغلب الظن، حيث تكون الأعسرية ولادية، أما في الأعسرية المجرّبة

فيمكن أن ترتبط جنبية اللغة في نصف الكرة الأيمن بأذية مبكرة في نصف الكرة الأيسر. «لقد اتضح، بعد استبعاد المرضى، الذين يعانون من أعراض أذية نصف الكرة الأيسر كانوا قد أصيبوا بها قبل السنة الثانية من العمر، أن احتمال ظهور عسرة كلامية بعد عمل جراحي على نصف الكرة الأيسر عند العسر واليمينيين كان نفسه تقريباً، وبعد عمل جراحي على نصف الكرة الأيمن كان عند العسر أكبر بكثير. طبيعي ألاّ صفة تمثيلية لهذه النتائج بالنسبة لمجموع السكان، غير أنها تبين أن على المرء أن يكون حذراً عند التكهن بالسيطرة النصفية بالنسبة للغة عند العسر... ضمن ظروف طبيعية يكون تمثيل اللغة عند العسر في الأيسر أكثر احتمالاً بكثير منه في الأيمن، أي كما هي الحال عند كل البشر تقريباً. ولكن في الوقت نفسه يكون احتمال تمثيل اللغة عند العسر في الأيمن أكبر بكثير منه عند اليمينيين العاديين» (Milner، 1973).

في دراسة أُجريت على 123 مريضاً، من بينهم 44 أعسر أو أضببط بالولادة، و27 أعسر جراء إصابة دماغية مبكرة، أثبت Milner ومساعدوه (1964) تمثيلاً أيمن للغة عند 5 يمينيين، وعند 9 مرضى من أصل الـ 44 مريضاً أعسر بالولادة، وعند 18 مريض من أصل الـ 27 مريضاً ذوي الأعسرية المكتسبة؛ ولم يشاهد تمثيل اللغة ثنائي الجانب إلا عند العسر - عند 7 عسر ذوي أعسرية ولادية وعند 3 ذوي أعسرية مكتسبة. وفي سلسلة أبحاث أخرى تمت دراسة 169 شخصاً: 95 يمينياً و74 أعسر أو أضببط. وقد وُجد تمثيل أيسر للغة عند 87 يمينياً و51 أعسر، وتمثيل ثنائي الجانب عند يميني واحد و10 عسر، وتمثيل أيمن عند 7 يمينيين و13 أعسر. وأبدت اللغة عند 13% من العسر والضببط تغيرات طفيفة عما هي عليه عند اليمينيين؛ ففي اختبار Wada المنفذ في الأيمن والأيسر تماثلت شدة الاضطرابات اللغوية عندهم تقريباً. عند نصف المرضى تقريباً ذوي التمثيل ثنائي الجانب للغة اضطربت، أثناء الإلغاء المؤقت لأحد نصفي الكرة، المقدرة على تسمية الأشياء، وعند إلغاء نصف الكرة الآخر اضطربت القدرة على الحساب وتعداد أيام الأسبوع وغيرها من المهمات التي تتطلب تعداداً متعاقباً. واضطربت الكتابة في بعض الأحيان، بمعزل عن الكلام والقراءة.

قام Zangwill (1967) بجمع 2133 وصفاً لمختلف المؤلفين (Conrad، 1949؛ Bingley، 1958؛ Penfield وRoberts، 1964؛ Hecaen، وAjuriaguereea، 1963، 1964؛ وغيرهم)، وأثبت أن الحبسة الكلامية ظهرت في إصابة نصف الكرة

الأيسر عند 59.7% من اليمينيين وعند 54.9% من العسر، وفي إصابة نصف الكرة الأيمن عند 1.8% من اليمينيين وعند 29.9% من العسر. بذلك خلص إلى الاستنتاج التالي: تنشأ الحبسة الكلامية عند العسر بشكل أكثر تواتراً منها عند اليمينيين، وفي إصابة نصف الكرة الأيسر تكون الحبسة الكلامية عند اليمينيين أكثر تواتراً منها عند العسر، غير أن هذا الفارق لا دلالة له، وفي إصابة نصف الكرة الأيمن تكون حالات الحبسة الكلامية عند العسر أكثر تواتراً بشكل جوهري منها عند اليمينيين.

في دراسات على 24 أعسر، كانت تُطبَّق لديهم المعالجة بالصدمة الكهربائية لعلاج الاكتئاب، ظهرت عسرة كلامية عند 3 مرضى أثناء نوبة التشنج الكهربائية اليمى، وعند مريضين سواء أثناء تنبيه نصف الكرة الأيمن أم الأيسر. وقد سمحت هذه النتائج، إضافةً إلى نتائج دراسة أُجريت على 7 عسر آخرين مصابين بأذية دماغية بؤرية (Pratt و Warrington، 1973)، بالاستنتاج أن الجنبية اليمى للغة عند العسر لا تتجاوز 25%. كما درس كل من Bunce و Fleming (1975)، في غضون المعالجة بالصدمة الكهربائية، 12 يمينياً و 12 أعسر. «اثان من اليمينيين كانا أعسرين مُعاد تدريبهما، عند 8 من أصل الـ 12 أعسر اضطربت اللغة أثناء النوبة التشنجية الكهربائية اليسرى». وتبعاً لرأي المؤلفين كان عدد الأشخاص ذوي سيطرة نصف الكرة الأيمن أقل مما هو متوقع بناءً على السمات الخارجية للأعسرية.

أما Lishman و Mc Meekan (1977) فقد درسا أشخاصاً يمينيين وعسراً وضبطاً بطريقة السمع الانقسامى للكلمات، وأثبتا تفوق نصف الكرة الأيسر في 100 و 60 و 67% من الحالات على التوالي. بالطريقة نفسها قام كل من de Freitas و Dubrovsky (1976) بدراسة تمثيل اللغة عند 31 أعسر في عمر من 18 إلى 25 سنة، ووجدوا تمثيلاً أيسراً عند 16 وأيمن عند 10 وثنائي الجانب عند 5 من الأشخاص المدروسين.

وتبدو لنا النتائج المتعلقة بالاختلافات في ظهور الاضطرابات اللغوية عند الأشخاص ذوي الأعسرية الولادية والمكتسبة نتائج مهمة. وقد طرح كل من Penfield و Roberts (1964) وجهة نظر جديدة بالملاحظة: «يتم انتقال آلية اللغة في الدماغ إلى نصف الكرة المخية الآخر بشكل مستقل ومعزول بالنسبة لكل من اليد والكلام؛ هكذا يمكن أن يصادف انتقال تمثيل اللغة من دون تغير سيطرة اليد،

في حال توضع الإصابة خارج المنطقة المرتبطة باليد».

هكذا يتضح أن سيطرة أحد نصفي الكرة فيما يتعلق باللغة عند العسر والضبط أكثر ليساً وغموضاً منها عند اليمينيين. ففي دراسات B. S. Kotik مثلاً وُجِدَت القيمة الأعظمية لـ «معامل الأذن اليمنى»، أي سيطرة نصف الكرة الأيسر فيما يتعلق باللغة، عند شخص أعسر كان يقوم بجميع الأعمال اليومية بيده اليسرى. بالمقابل أُثبتَ عند شخص يميني، لم يُبدِ أية علامة على الأعسرية، «معامل أذن يمنى» سلبي، أي سيطرة نصف الكرة الأيمن فيما يتعلق باللغة.

إذا كان «أثر الأذن اليمنى» يتمظهر عند اليمينيين في إدراك جميع المنبّهات اللفظية، فهو لا يتمظهر عند العسر سوى في سلسلة من الكلمات ذات المعنى، في حين أنه ليس هناك أي رجحان واضح للأذن اليمنى في إدراك الكلمات التي لا معنى لها. ويكون الأمر عند الكثير من العسر معكوساً تماماً: سيطرة الأذن اليسرى في إدراك المنبّهات اللفظية، والأذن اليمنى في إدراك المنبّهات غير اللفظية (Curry، 1967). قامت Simernizkaja ومساعدوها بدراسة زمن الارتكاس البصري على الأعداد وبينت «أفضلية صريحة لنصف الكرة الأيسر في إدراك الأعداد... فقط عند اليمينيين، الذين لم يُبدوا أية علامة على الأعسرية. فعندما توافرت لدى المتطوع نفسه، أو في عائلته، علامات على الأعسرية، لم يكن بالإمكان إثبات وجود أي لاتناظر في زمن الارتكاس، أو كانت أزمنة الارتكاس أقصر عندما وقعت الأعداد إلى اليسار من نقطة التثبيت».

يتضح مما قلناه أن العلاقات بين اللاتناظر الحركي وتمثيل اللغة في الدماغ تجلت بوضوح خاص في المرحلة الثالثة - الحالية - من الدراسات التي تعيننا. وقد أصبح واضحاً للعيان أن نمط لاتناظر الدماغ المدروس جيداً، مع تمثيل اللغة في نصف الكرة الأيسر، يمكن إثباته عند الأكثرية اليمينية فقط. أما عند الأقلية غير اليمينية من البشر فنجد تنوعاً هائلاً من الأنماط فيما يتعلق بتمثيل اللغة في الدماغ. ومن المرجح أنه يتعلق بظروف وأحوال عديدة، لاسيما بنوع الأعسرية. كما يمكن أن يوجد تمثيل أيمن عند الأشخاص ذوي الأعسرية المكتسبة. أما للفرز الأعظم من كل النواحي، ومن بينها ناحية تمثيل اللغة، فيمثله الأشخاص ذوو الأعسرية الولادية. كما هو واضح من المراجع لا يمكن التنبؤ عندهم، إلا بشكل أضعف بكثير، ليس بتمثيل اللغة وحسب، بل بتخصّص نصفي الكرة المخية لتأمين العمليات النفسية الأخرى أيضاً. فقد تم، على سبيل المثال، إثبات وجود اضطرابات

سواء في التفكير اللفظي أم في التفكير الصوري تحديداً عند العسر المصابين بأذية في أحد نصفي الكرة المخية فقط (Bogen, 1969).

لا شك في أن لخصائص الاضطرابات اللغوية المثبتة، التي تشاهد في الإصابات الدماغية البؤرية، أهمية كبيرة في التشخيص التفريقي الموضوعي، وأهم من ذلك في تأهيل المرضى. كما أن الدراسات حول الاضطرابات اللغوية عند العسر والضبط تتمتع بأهمية نظرية كبيرة بنوع خاص بلا شك. إذ تشكل نتائجها الأساس الذي يقوم عليه تقييم تنظيم العمليات اللغوية والعمليات النفسية المعتمدة على اللغة عند غير اليمينيين.

من المعروف انطلاقاً من المراجع أن «الأعسرية تيسّر ظهور الحبسات الكلامية» (Conrad, 1949): ففي إصابة نصف الكرة الأيسر تكون اللاقرائية⁽¹⁾ أكثر تواتراً عند العسر منها عند اليمينيين (Ajuriaguerra وHecaen, 1964). مع ذلك يندر أن تظهر عند العسر حبسة كلامية شديدة (Tschlenow, 1960): من أصل 55 مريضاً لديهم حبسة كلامية شديدة كان عند 5 فقط سمات توحى بالأعسرية، في حين ظهرت عند 73% من المرضى، الذين كان استرداد (تأهيل) الوظائف اللغوية لديهم جيداً. عند نصف اليمينيين المصابين بأذية منطقة اللغة، الذين درستهم Je. W. Gurowa، شوهدت حبسة كلامية قاسية، في حين أنها لم تصادف إلا عند 16% من المرضى ذوي الأعسرية الطفيفة، وعند 12.6% من العسر والضبط. وعند 21% من هؤلاء الأخيرين لم يمكن إثبات الحبسة إلا بالكاد، وعند 19% منهم لم تكن موجودة إطلاقاً. وقد احتل اليمينيون ذوو الأعسرية الطفيفة، الذين تتوافر في عائلتهم حالات من الأعسرية، موقعاً متوسطاً. بالمناسبة، تجدر بالملاحظة المعلومة التي قدّمتها Je. W. Gurowa، ومفادها أنه من أصل 160 مريضاً، قامت بدراساتهم، كان 42.8% «يمينيين خالصين»، أما الباقون، والذين يعدّون أنفسهم يمينيين، فأبدوا علامات على أعسرية حركية وسيطرة للعين اليمنى كذلك.

هكذا نرى أن «ظهور الحبسات الكلامية عند العسر أسهل منه عند اليمينيين، ولكن تراجعها أبكر أيضاً» (Conrad, 1949). وحسب Lurija (1949)،

¹ لاقرائية (Alexie): أو عمه المكتوبات، علة تنصف بكون المصاب بها صحيح البصر إلا أنه لا يفقه ولا يفهم مدلول الكلمات المكتوبة، لآفة في الدماغ أصابت المركز الموكل إليه إدراك معنى الكلمة المكتوبة. - (المترجم).

تتطور عند اليمينيين الخالصين، في أذية منطقة اللغة في نصف الكرة الأيسر، حبسات كلامية مستقرة، بينما تكون الحبسات الكلامية عند اليمينيين ذوي سمات توحى بالأعسية، أو الذين يتوفر في عائلاتهم حالات من الأعسية، وكذلك عند الضبط والعسر، أقل وضوحاً وشدة وأقل استقراراً وثباتاً، أو حتى لا تظهر اضطرابات لغوية على الإطلاق.

يبدو أن أهم ما في الأمر هو الخصائص البنيوية للحبسة الكلامية عند العسر والضببط. ويرى Critchley (1974) أن «تنوعها» وصفي بالنسبة للحبسات الكلامية عند العسر. كما يُشار إلى رجحان الاضطرابات اللغوية الحركية على الانطباعية (Humphrey و Zangwill، 1952)، وإلى ندرة المتلازمات النسيانية، في حين لا تصادف اللاقراءة عموماً إلا بشكل استثنائي (Ajuriaguerra و Hecaen، 1964؛ Piercy و Hecaen، 1966). كما يمكن للحبسة الكلامية عند العسر أن تتشارك مع عمه مادي طفيف و«خطّ مرآتي عابر من الأيمن نحو الأيسر» مع فقدان القدرة على الكتابة العادية (Karassewa و Blinkow، 1965).

تبعاً لمعطيات كل من Smirnow (1976) و Tschebyschewa (1977) فإن الاضطرابات اللغوية الانتيابية عند العسر أكثر تواتراً منها عند اليمينيين، وتتميز بطبيعة لا تصادف عند اليمينيين. على الرغم من أنها تذكر بشكل أو بآخر من أشكال الحبسة الكلامية عند اليمينيين، إلا أن الفوارق التي تُبديها في الوقت نفسه ليست طفيفة. هكذا يمكن التفكير عند جزء من المرضى بحبسة كلامية حسية عابرة ليس في إصابة نصف الكرة المخية الأيمن وحسب، بل في إصابة نصف الكرة الأيسر أيضاً. ولا يعود المرضى أثناء النوبة قادرين على فهم لغة محدّثهم. غير أنهم يستطيعون إعادة جميع الكلمات التي نطق بها محدّثهم، ولكن من دون فهم معناها. يتحول دويّ الكلام في إدراك المريض على نحو يسمع معه أنغاماً موسيقية بدلاً من الكلمات، أو يسمع كلام المحدث في إيقاعات شعرية.

يمكن أن تظهر عند العسر اضطرابات لغوية أيضاً تم إثباتها عن طريق المصادفة البحتة. وقد لا يكون لدى المرضى أنفسهم أية فكرة عن الاضطراب حتى اكتشافه. حيث تجري معاوضة الاضطرابات اللغوية عادة عن طريق إجراءات لاشعورية لا يعيها المريض نفسه. هكذا لم تعد تستطيع إحدى مريضاتنا فهم محدّثها إن هي لم تر حركة شفّتيه؛ وقد كانت أثناء ذلك قادرة على إعادة الكلمات، غير أنها لم تكن قادرة على إدراك معناها.

أما عند اليمينيين فلم يمكن إثبات وجود الصعوبات المصادفة في تحويل صور الإدراك إلى تسميات لفظية. وكى يمكن إنجاز هذا التحويل كان من الضروري القيام ببعض الإجراءات الإضافية. لم يكن بإمكان أحد المرضى، على سبيل المثال، أن يسمي فوراً شيئاً ما يُعرض عليه. ولهذا الغرض كان عليه تلمّسه، أو تذكر أين كان قد رأى هذا الشيء سابقاً. ليس في حوزتنا إلا القليل من مثل هذه المشاهدات، ولكن ربما كانت خصائص اللغة هذه والعمليات النفسية، التي تقوم عليها، غير نادرة على الإطلاق، إنما لا يتم التعرف إليها ولا تُفحص بشكل هادف. وصف كل من Goody و Reinhold (1961) مريضاً عمره 10 سنوات، كان يكتب باليد اليسرى، ويؤدي عسرة قراءة واضطرابات كلامية وكتابية خاصة. لم يكن قادراً على تحويل الكلمات، التي يسمعهها، إلى حروف كتابية، كما لم يتمكن، على العكس، من نقل الكلمات المكتوبة إلى كلام منطوق. وقد ترافق هذا مع اضطراب في التصورات المكانية: لم يكن يستطيع ذكر اليمين واليسار، أو تحديد وضعية عقارب الساعة على المنبّه، ولما كان يدركها بشكل مرآتي، لم يكن قادراً على إدراك معنى التواقيت مثل «الخامسة وخمس دقائق» و«السابعة وخمس دقائق»... إلخ. وقد فسّر المؤلفان هذه الخصائص من خلال فقدان مفترض للتناظر الدماغ.

ثمة دراسات تدل على تراجع أسرع للاضطرابات اللغوية عند العسر والضببط. فالإنذار في حالة الاحتشاءات الدماغية مع تطور اضطرابات لغوية عند العسر أفضل منه عند اليمينيين (Subirana، 1958)، الأمر الذي يعزوه Milner (1973) إلى أن «قدرة نصف الكرة غير المصاب على القيام بالوظائف اللغوية، التي كان يقوم بها نصف الكرة المصاب، هي عند بعض العسر أكبر منها عند معظم اليمينيين».

حاولنا أعلاه أن نبين كيف تحولت نظرة الباحثين فيما يتعلق بتمثيل اللغة في دماغ غير اليمينيين. فهو لا يمثل انعكاساً مرآتياً لما هو عند اليمينيين. على العكس، لا يمكن عند غير اليمينيين، إلا نادراً، إثبات سيطرة نصف الكرة الأيمن فيما يتعلق باللغة. يمكن أن يكون نصف الكرة الأيسر هو المسيطر عندهم أيضاً، كما هي الحال عند اليمينيين. وهنا قد يُلمح ميل إلى عمل الدماغ عند غير اليمينيين بالطريقة الوصفية نفسها التي يعمل بها دماغ اليميني. وكثيراً ما يجد المرء تمثيلاً ثنائي الجانب للغة عند غير اليمينيين. مع ذلك يمكن القول بصورة عامة إن الأمر عبارة عن مجرد جنسية غير كافية للوظائف اللغوية عند غير اليمينيين، وإن

هذه الوظائف تُبدي تبدلية أكبر وقابلية تنبؤ أقل. وتجدر بالملاحظة النتائج، التي وصل إليها الباحثون، فيما يخص التواتر الأكبر للاضطرابات اللغوية، ولكن الأخص شدة، وفيما يخص إعادة التأهيل الأفضل في الأذيات البؤرية عند غير اليمينيين. كثيراً ما رأى الباحثون أنفسهم مدعويين إلى الاعتقاد بأن الوظائف اللغوية عند العسر والضبط منظمّة بطريقة أخرى. فإذا كان اليمينيون يُبدون سيطرة نصف الكرة الأيسر فيما يتعلق باللغة، فإن تبعية وظائف اللغة هذه لنصف الكرة الأيسر لا تعني بأي حال من الأحوال أن تنظيم العمليات النفسية المرتبطة باللغة منفصل بشكل واضح عن تنظيم العمليات النفسية المؤمنة عن طريق نصف الكرة الأيمن (العمليات النفسية الحسية)، وأنه يُبدي بنية معاكسة في خاصيتها المكانية - الزمانية. لا تتوافر حتى الآن أية مواد أو معطيات تقرّبنا من الفكرة التي مفادها أن تنظيم الوظائف اللغوية عند غير اليمينيين، بالمعنى المعروض أعلاه، يُبدي خصائص مختلفة محدّدة وملموسة.

8-2-2. العمه عند غير اليمينيين:

غالباً ما وُصِفَت الاضطرابات المسماة بالعمه من قبل الأطباء العصبيين النفسيين، وقلما وصفها الأطباء العصبيين، في حين أنها تقع خارج دائرة رؤية الأطباء النفسيين تماماً. إلا أنه من الواضح كل الوضوح ضرورة التقييم الشامل لجميع هذه الاضطرابات.

لا يتوافر في المراجع أي وصف منسّق أو ممنهَج للخصائص النوعية لأنواع العمه عند العسر والضبط. ويخلص المرء من الملاحظات الخاصة لمختلف المؤلفين إلى الانطباع بأن أنواع العمه أكثر مصادفة عند غير اليمينيين، وتُبدي اختلافات عن أنواع العمه عند اليمينيين، وهو أمر يتفق مع درجة الشدة الأقل للاتاخرات الوظيفية في البصر والسمع عند غير اليمينيين (Orbach، 1967).

لننظر في نتائج Hecaen وAjuriaguerra (1963) المتعلقة بالعمه الجسدي الشقي والعمه المكاني والعمه المكاني أحادي الجانب. فهي تظهر بشكل مفضّل في الإصابة الدماغية اليمنى عند اليمينيين، ويتجلى ذلك بالأرقام التالية: 28.67% في الإصابة الدماغية اليمنى مقابل 2.48% في الإصابة الدماغية اليسرى، و 38.97% مقابل 3.46%، و 34.7% مقابل 0.57%. أما عند غير اليمينيين فتظهر أنواع العمه هذه بتواتر أكبر، ويمكن أن تنشأ سواء في الإصابة الدماغية اليمنى أم في

اليسرى، غير أنها أكثر تواتراً في الأولى. هكذا وُجِدَ العمه الجسدي الشقي عند 31.81% في الإصابة الدماغية اليمنى وعند 8.1% في اليسرى، والعمه المكاني عند 33.33% و24.32% على التوالي، والعمه المكاني أحادي الجانب في 28.57% و10.94% على التوالي.

لا شك في أن هذا يثير الانطباع بأن جنسية آليات التعرف إلى (إدراك) الجسد الخاص والمكان، لاسيما نصفه المقابل (لنصف الكرة المصاب) عند العسر هي بدورها أقل وضوحاً منها عند اليمينيين - كما هي الحال بالنسبة لآليات اللغة-. مع ذلك تشاهد هذه الأنواع من العمه في إصابة نصف الكرة الأيسر عند غير اليمينيين بتواتر أكبر بعدة أضعاف منه عند اليمينيين؛ فقد ظهر العمه المكاني أحادي الجانب في 10.94% من الحالات مقابل 0.57% عند اليمينيين، هذا يعني أكثر بـ 20 مرة، والعمه المكاني في 24.32% من الحالات مقابل 3.36%، هذا يعني أكثر بـ 8 مرات.

لم تعالج الخصائص البنيوية للعمه عند العسر والضببط في المراجع بما فيه الكفاية. ولم نجد أية أعمال خاصة حول هذه المسألة. وصفت كل من Kortschaschinskaja و Popowa (1977) عمهاً مكانياً أيمن في إصابة نصف الكرة الأيسر عند 18 يمينياً وأعسر مُعاد تدرّيبه. ولكن، للأسف، لم تُذكر نسبة غير اليمينيين، لأن هدف المؤلفتين، كما يُستتبَط من العمل، كان بصورة عامة البرهان على إمكانية نشوء عمه مكاني أيمن في إصابة نصف الكرة الأيسر. ويجدر بالاهتمام ما وصفته المؤلفتان من اتفاقات واختلافات بين العمه المكاني الأيمن والأيسر.

كما هي الحال في العمه المكاني الأيسر يمكن للمرء أن يميّز كذلك بين إهمال مثبت وإهمال مخفّف للنصف الأيمن من المكان. يمكن للإهمال المثبّت أن يتجلى في «تغريب أو نكران» المكان الأيمن. هكذا رأت المريضة، التي وصفتها المؤلفتان، نصف الأشياء والأشخاص فقط، أي نصفهم الأيسر فقط، وعندما سُئِلت، لماذا لا ترى باتجاه الأيمن، ردّت بقولها: «إن النصف الأيسر من المكان يخصني، أما النصف الأيمن فلا». كما تُذكر صعوبات في تحديد موقع الأصوات في المكان.

تتجلى اختلافات العمه المكاني الأيمن عن العمه المكاني الأيسر بأنه يظهر مترافقاً مع اضطرابات المعرفة الروحية اللفظية وغيرها، حيث لم تكن الصعوبات

في إدراك الأشياء واضحة وكثيرة كما هي في إدراك الحروف والأرقام. كما أن اضطرابات الأداء (خرق الوضعية، واللاأدائية في اختبارات Head وفي الاختبار المكاني - ثنائي اليد) لم تشاهد في الطرف المقابل فقط، بل في الطرفين كليهما. أما إدراك البنَى الإيقاعية واستعادة الأصوات والمواد المشابهة فبقي سليماً نسبياً، على الرغم من عيوب الإدراك الواضحة.

كما وصفت المؤلفتان مريضة ضبطاء عمرها 54 سنة، نشأ لديها، بعد إصابة نصف الكرة الأيسر مع اضطرابات في النطق والقراءة والكتابة والحساب والذاكرة، متلازمة إهمال أيمن في المجال الحركي والبصري - المكاني والحسي. هكذا نسيت المريضة، في بداية مرضها، لزقة مبيغة موضوعة على ركبته اليمنى، فأصيبت بحرق. ولدى فحصها في معهد الجراحة العصبية تبين أنها لا تقوم عملياً بأية حركات بالذراع اليمنى أو بالطرف السفلي الأيمن، على الرغم من عدم وجود خزل؛ فهي تقوم بالأعمال، التي تتطلب المشاركة المتزامنة لكلا اليدين، باليد اليسرى فقط (اختبارات التناسق المتعكس والأداء المكاني ثنائي اليد)، بالتالي لم تكن قادرة على القيام بأبسط الأعمال اليومية، كتناول الطعام والاعتسال وما شابه. كما تبين أيضاً وجود إهمال واضح للمنبّهات اللمسية في نصف الجسد الأيمن، لاسيما عند التطبيق المتزامن للمنبهات. كما كان توجيه العينين الإرادي نحو الأيمن صعباً، وكانت التثبيتات البصرية في الجهة اليمنى مضطربة، وتبين وجود كسل وتناقل في النظر أيضاً (بقيت النظرة معلقة على تفاصيل الأشياء). كما كانت هناك عيوب بصرية - مكانية نوعية أيضاً: لم تستطع المريضة فصل أو عزل الشكل عن الخلفية (في اختبارات Poppelreuter وGottschaldt)، ولم تستطع قراءة الوقت على ساعة فعلية، ولم تستطع التعرف إلى الأشخاص (رأت في أحد الأطباء قريباً لها). وظهرت أثناء الرسم، إلى جانب الإهمال المكاني، عيوب فظة جداً في التصورات المكانية.

لا يوجد حتى الآن تصور واضح عما يلي: مَنْ من المرضى يتطور لديهم عمه مكاني أيمن في إصابة نصف الكرة الأيسر؟ يغلب الظن أنه يصادف بين هؤلاء المرضى العديد من غير اليمينيين. غير أنه من الواضح أن ظهور هذه الظاهرة أقرب إلى الاستثناء حتى عند العسر، مع أنه يفترض أن يكون هو القاعدة، لو كان العسر فعلاً نقائض لليمينيين، ولو كانت جميع الوظائف في الدماغ عندهم تخضع فعلاً لتوزيع معكوس على نصفي الكرة المخية. ولكن على العكس، يتوافر في

المراجع عدد كبير من الوصوفات حول عمه مكاني أيسر في إصابة نصف الكرة الأيمن عند العسر. وصف Stolbun (1934) عمهاً شقياً انتباهياً أيسر عند العسر، مُبرزاً «غياب انتباه المريض إلى كل ما هو موجود في الأيسر، فالانتباه الفاعل ينصب على الجهة اليمنى فقط». ولم يتمظهر نقص الانتباه هذا في البصر وحسب، بل في السمع كذلك: الأصوات القادمة من الأيسر نسبها المريض «إلى مصدر صوتي واقع أمامه أو إلى يمينه». ويكتب المؤلف ملخصاً: «يظهر انخفاض واضح في الانتباه إلى نصف المكان الأيسر، سواء في العمل أم في التعرف، بالمقارنة مع الأيمن». بالتالي فإن المرضى غير اليمينيين أقل تحديداً من اليمينيين في العمه أيضاً. وتكون بنية العمه والمتلازمات السريرية الكبيرة، التي يظهر في إطارها، أقل قابلية للتنبؤ. هكذا يمكن للعمه البصري المكاني الوصفي في إصابة نصف الكرة الأيمن عند اليمينيين أن يظهر في هذه الحالة في إصابة نصف الكرة الأيسر، حيث نجد في الوقت نفسه اضطرابات في النطق وفي القراءة وفي الكتابة وفي الحساب وفي الذاكرة (Travaras ومساعدوه، 1973، وغيرهم).

8-2-3. اللاأدائية أو الخرق عند غير اليمينيين:

الخرق عبارة عن اضطرابات في الأفعال. وقد دُرِسَ بشكل أساسي من قبل الأطباء العصبيين النفسيين، وبشكل أقل من قبل الأطباء العصبيين، في حين يكاد لم يُدرَس من قبل الأطباء النفسيين على الإطلاق. يدرس الأطباء العصبيون المجال الحركي بشكل رئيس تبعاً لمدى الحركات في مختلف المفاصل، تبعاً لسعتها ولكيفية استغلال المريض لإمكانات وطاقته الحركية التي بقيت سليمة. أما الطبيب النفسي فيهتم باضطرابات في المجال الحركي أكثر تعقيداً بشكل جوهري، وتدخل في نطاق اضطرابات السلوك. هنا أيضاً من الضروري طبعاً تقييم جميع صور الاضطرابات الحركية من وجهة نظر موحدة.

أبرزنا مختلف خصائص الاضطرابات الحركية عند العسر والضببط، وقلنا إنها تظهر عند العسر بشكل أكبر تواتراً منه عند اليمينيين، ولا تتعلق كثيراً بجهة الإصابة، والأمر المهم هو أنها تظهر بشكل معمم، ثنائي الجانب. فزي دراستنا (Dobrochotowa وBragina، 1977)، على سبيل المثال، قمنا بتحليل حالات 19 مريضاً أعسر أو أضببط، وتم إثبات وجود حالات لا حركية عند 10 منهم (Tschebychewa، 1977) أثناء النوبات الصرعية. حيث تظهر هنا نوبات

نفسية حركية بشكل أكبر تواتراً. وكثيراً ما يلاحظ إيقاع خاص في ظهور الحركات المرضية: حركات في الرأس بشكل انحناء إلى الأمام، حركات تأرجحية في الجسد، ضم وفتح قبضتي اليدين، نقر باليدين بإيقاع محدد، ضرب على الجسد باليد، مشي آلي، «حركات درّاجة»، حركات رقص، ضرب كف بكف وغيرها.

عند مريضة عسراء، عمرها 36 سنة، وبعد العمل الجراحي (استئصال ساركوما شبكية وعائية من المنطقة الصدغية اليمنى) نشأ خرف وحبسة كلامية. لم تتمكن المريضة من إعادة أية حركة بالفم، بالشفيتين أو باللسان. ولم تتمكن من القيام بحركات البصق أو التقبيل. وقد أبدت الكثير من عدم المهارة في اتخاذ وضعيات الجسد، ونفذت الوضعيات بشكل مرآتي.

كما كان النطق مضطرباً بشدة: لم تتمكن المريضة من إعادة الأصوات والكلمات المفردة، كما لم تستطع تسمية الأشياء. مع ذلك، فعند المشاركة في الغناء، كانت قادرة على التعرف إلى الكلمات بسهولة، وأدت الأغاني بنطق محدود. فالمريضة تفهم تسمية شيء ما، ولكنها لا تستطيع حفظ تسميتين لشئيين؛ فهي سريعة الإنهاك، ولا تعود عندئذٍ قادرة على فهم الكلمات الموجهة إليها. لا يمكن للمريضة تسمية أي شيء. غير أنها تتمكن من نطق الكلمات التي تُنطق أمامها بشكل كامل. بعد ذلك يمكنها بلا عناء، إعادة أسماء الأشياء لبعض الوقت.

تبعاً لنتائج Hecaen و Ajuriaguerra (1963) يجد المرء خرقاً بنأء عند العسر أكثر منه عند اليمينيين: في 51.35% من إصابات الدماغ اليسرى وفي 52.38% من إصابات الدماغ اليمنى عند العسر، في حين أن الأرقام الموافقة عند اليمينيين هي: 38.72% و 61.19%. وتبدو لنا هذه الحقيقة جديدة بالاهتمام. فهذا الشكل من الخرق يمثل اضطراباً في الأفعال يجعل التصورات المكانية المحددة وملاحظة العلاقات المكانية ضرورياً. وفي حين أن هذا الخرق يظهر عند اليمينيين عندما يضعف إدراك المكان الأيسر في إصابة نصف الكرة الأيمن في الأغلب، لا تظهر هذه الحتمية، فيما يبدو، بالوضوح نفسه في الحداثيات المرضية في دماغ العسر. ويظهر هذا الخرق بالتواتر نفسه تقريباً في إصابة أي من نصفي الكرة الأيمن أو الأيسر، ورجحانه في الإصابة اليمنى طفيف. كما لاحظ المؤلفان خرقاً فكرياً حركياً في إصابة نصف الكرة الأيسر فقط، وبشكل أكبر تواتراً عند اليمينيين (21.38%) منه عند العسر (13.51%).

أشرنا مسبقاً، عند وصف العمه، إلى التشارك مع خرق الوضعية، ومع خرق مكاني في اختبارات Head، ومع اضطرابات أداء مكاني - ثنائي اليد، تُبدي ميلاً إلى الظهور ثنائي الجانب عند العسر والضبط. ومن الجدير بالاهتمام المشاهدة التي أوردتها كل من Kortschaschinskaja و Popowa (1977)، على سبيل المثال، المتعلقة بمريضة ضبطاء لم تستطع القيام حتى بأبسط الأعمال اليومية.

يستشهد Kok (1975) بـ Akelaitis (1945) وبظاهرة عسر الأداء التشخيصي، التي وصفها عند قطع الدماغ. ويشير إلى خصائصها عند الأضبط، الذي يتصف بأن الطرفين العلويين كليهما متطوران (ناميان) بشكل متماثل، ونصف الكرة المخية كليهما مسيطران إلى درجة معينة. في هذا «الانشطار في الأعمال الهادفة، بل في السلوك بمجمله» تقوم إحدى اليدين (اليمنى في جميع الحالات الموصوفة) بعمل هادف ما، فتكتب، أو تصب ماء من الدورق إلى الكأس، أو تغرف الحساء إلى الصحن، أو تكنس القمامة بمكنسة إلى المجراف، أو تقوم بارتداء قطعة ملابس، أو تسحب غطاء السرير بإحكام... إلخ، بينما تكف اليد الأخرى (اليسرى) عن مساعدة اليد اليمنى في هذه الأعمال بمجرد صرف الانتباه للحظة (يُبرز Kok هذه الحقيقة بشكل خاص)، بل حتى تضايقها وتشوش عليها، أو تقوم بعمل معاكس: تخطف القلم من اليد اليمنى وتقفذه بعيداً، أو تدلق الماء من الكأس أو الحساء من الصحن، أو تكنس القمامة من المجراف، أو تتشبث بقطعة الملابس وتعيق ارتداءها، أو تسحب غطاء السرير بعيداً على الرغم من برودة الجو. تقوم اليد اليسرى في بعض الأحيان بأفعال يعدها المريض خاطئة ولا نفع فيها: تقذف الكتب خالطة إياها في فوضى لا طائل منها، أو تأخذ خبز المريض المجاور. وقد ضربت إحدى المريضات يدها بسبب ذلك. ويبدو مجمل السلوك «صحيحاً حيناً، أي أنه يتفق مع القصد الواعي، وغير صحيح حيناً آخر»، أي أنه يعاكس هذا القصد: يغلق المريض الباب وينصرف، ثم يعود ويفتحه من جديد - ويتكرر هذا عدة مرات. لا تشاهد ظواهر من هذا النوع بعد قطع أو تأذي سبل الصوار إلا عند المريض الأضبط أو الأعسر. كما يرى Kok أيضاً أن نصف الكرة الأيسر عند اليمينيين، أو بتعبير أدق عند الأشخاص ذوي سيطرة نصف الكرة الأيسر فيما يتعلق باللغة وبالوظائف العليا الأخرى، هو بالتحديد الذي «يدرك المحيط إنسانياً، ويضع مخطّط السلوك، ويراقب تنفيذها، أما نصف الكرة الأيمن، والذي يبدو مفصلاً كلياً عن الأيسر، فهو، على العكس، ينفذ مخطّط نصف الكرة الأيسر بشكل

منفعل ولا يشوّش عليه». حتى عند الضبط، الذين يُبدي نصف الكرة الأيمن لديهم بعض «الاستقلالية» ويتصرف في جميع الحالات الموصوفة بشكل غير مناسب، يتم «انتقاده» في وعي المريض، بل يتم كبته في حالة الانتباه الشديد. هكذا فإن نصف الكرة الأيسر هو المنظم الأعلى حتى عند الضبط والعسر. لا يبدو العسر كأنعكاس مرآتي لليمينيين فيما يتعلق بالسلوك الحركي ضمن ظروف مرضية أيضاً. على الرغم من أن هذه المسألة لم تُدرَس بعد بشكل كامل بأي حال من الأحوال، فإن العسر يحتلون موقعاً متوسطاً بين اليمينيين وانعكاساتهم المرآتية، والتي هي غير موجودة في الطبيعة على الإطلاق، إنما يمكن توقعها في حال انطلاق المرء من التصورات حول التضاد أو التقابل بين الأيمن والأيسر.

4-2-8. المتلازمات النفسية المرضية:

تتجلى اضطرابات الإدراك السائدة في الصورة المرضية لنصف الكرة الأيسر ونصف الكرة الأيمن أيضاً عند غير اليمينيين، كما هو معروف من الدراسات عند اليمينيين، إما في إدراك مشوّه لما هو موجود في المكان الواقعي والزمان الواقعي (اغتراب، تبدّد شخصية)، أو في إدراك ما هو غير موجود (أهلاس). في الصورة المرضية لنصف الكرة الأيمن عند اليمينيين يكون الرجحان لتشوّهات الإدراك على الأهلاس (Smirnow، 1976؛ Tschebyschewa، 1977؛ Dobrochotowa وBragina، 1977). أما في الصورة المرضية لإصابة الدماغ أحادية الجانب عند غير اليمينيين فيكون الميل إلى رجحان الأهلاس واضحاً وجديراً بالملاحظة.

ظواهر تبدّد الشخصية: تظهر ظواهر تبدّد الشخصية - الإحساس بتغير الجسد الخاص - سواء في إصابة نصف الكرة الأيمن أم في إصابة نصف الكرة الأيسر. في حين ينسحب الشعور بتغير الجسد الخاص عند اليمينيين على نصف الجسد الأيسر، غالباً ما يكون عند العسر والضبط غير جنبي. فالتغير عند العسر والضبط يمكن أن ينسحب على الجسد بكامله. ويجدر بالاهتمام كذلك أنهم لا يلاحظون هذا التغير كإحساس جسدي فحسب، بل في المجال البصري أيضاً. فالمرضى لا يشعرون كيف يتضخم هذا الجزء أو ذاك من الجسم جسدياً فحسب، بل يشاهدون هذا التضخم كذلك. قال أحد المرضى إنه «يدرك هذا في جسده وبيصره أيضاً».

لم يوصف تبدّد الشخصية الجسدي أو اضطرابات الصورة الجسدية عند الضبط والعسر إلا بشكل رديء. وهناك تقارير حول إحساسات يمنى بتغير الجسد الخاص في إصابة الدماغ اليسرى.

يروى كل من Babenkowa و Nikolajew (1961) عن مريض أعسر ظهرت لديه اضطرابات في الصورة الجسدية بعد نزف انسلالي في التفرعات العميقة للشريان المخي المتوسط الأيسر. فقد أدى ذلك إلى فالج شقي أيمن و خدر شقي أيمن كامل وعمى شقي أيمن وخزل في النظر باتجاه الأيمن وخرق (لأدائية). ولم تكن هناك حبسة كلامية. كما لوحظ عمه عاهة «على شكل تقدير خاطئ للشلل الموجود في الطرفين الأيمنين»: كان المريض يعتقد أن بإمكانه الوقوف والمشي، «ولكن الأطباء لا يسمحون لي بذلك». كما كان يخلط بين الجانب الأيمن والأيسر. وبعد 4 إلى 5 أسابيع من الحادث الوعائي الدماغي، حينما بدأ باسترداد صحته، ظهر الإحساس بوجود ثلاثة أطراف - تعدد الأطراف الكاذب. وقد عدّ المريض ذراعه اليمنى سليمة، بينما كان يشير إلى الذراع اليسرى، «الذراع الثالثة صغيرة، بيضاء وتدلّ في الأيمن». يشدّد المؤلفان على أن ظهور تعدد الأطراف الكاذب شكل نادر للغاية من اضطراب الصورة الجسدية عند العسر في إصابة نصف الكرة الأيسر.

أحد مرضانا العسر اعتراه شعور أثناء النوبة الصرعية عبّر عنه بقوله: «أنا أرى نفسي من الجانب»، مع ذلك لم يكن شعوراً بالتضاعف، فقد قال المريض إنه وحيد، ولا يشاهد أية صورة أخرى عن نفسه، بل يرى نفسها في البذلة نفسها والحداء نفسه، الذي كان ينتعله أثناء النوبة. كما وصف مريض آخر حالته كما يلي: «من الصعوبة بمكان وصفها... بشكل من الأشكال هذا ليس أنا، بل إن صديقي هو الذي يقيمني بنظره... في هذه اللحظة أظنّ واقفاً... أفكّر، مثلاً، أن الطب عاجز... ولكن صديقي هو الذي يفكّر هكذا، وليس أنا».

ظواهر الاغتراب: ظواهر الاغتراب إجمالاً أكثر ندرة منها عند اليمينيين، شأنها في ذلك شأن ظواهر تبدد الشخصية. ويمكنها أن تظهر عند غير اليمينيين في إصابة أي من نصفي الكرة المخية. غير أن الخصائص البنيوية للاغتراب جديرة بالاهتمام. ويمكن وصف هذه الخصائص، على الأرجح، بأنها صورة مخففة عن ظواهر الاغتراب، بمعنى أن تغيرات العالم الخارجي الموصوفة عند اليمينيين، والتي

يبدو فيها العالم ساكناً جامداً وعديم الحركة ، لا تظهر عند العسر والضبط في أغلب الظن. كما يندر أيضاً ظهور الشعور بشبحية العالم الخارجي، الأمر الذي غالباً ما يقارنه المرضى اليمينيون بحالات شبه حلمية.

غالباً ما يتمظهر الطابع المتغير للعالم الخارجي بصورة رجفان أو تذبذب أو انشطار العالم. ويخبر المرضى عن أشكال متنوعة لمثل هذه الإحساسات: «تظلم النظر معلقة على شيء ما ، كجهاز الهاتف مثلاً. وأشعر سلفاً بعاصفة... هذا الشيء الذي تعلقت نظرتي به يبدأ بالرجفان ، بالتذبذب». «يبدأ المحيط من حولي بالتلاؤ أمام عيني... إنه يتلألأ إلى يساري». وقالت المريضة نفسها ، كما لو أن «الأصوات تمرّ بسرعة البرق... تنتقل من اليسار إلى اليمين». كما قال أحد المرضى إن الأصوات تمتدّ وتترامى ، «تتباطأ بشكل ما» ، تبدأ باستبعاد أحدها ، وتزداد الأصوات وتتنامي. غالباً ما لا ينسحب شعور المعرفة المسبقة ، كما يبدو في ظاهرة «déjà vu» ، على الأشياء وحسب ، بل على أحاديث المريض مع من حوله أيضاً. عندما يتحدث المريض مع أحدهم ، يتملّكه الشعور بأن «هذا الحديث قد دار ذات مرة من قبل». سمع أحد المرضى أصوات الأشخاص بشكل مشتدّ ، وميّز من بينها بشكل خاص صوت شخص ما ، لاح له أنه يعرفه - «كما لو أنه صوت أمي».

يمكن أن يساعد الوصف السريري المتعمّق والتحليل الدقيق لاضطرابات الاغتراب وتبدّد الشخصية عند العسر في توضيح الفوارق بين اليمينيين والعسر ، الذين يُبدون هذه الظواهر. ونود لفت الانتباه مبدئياً إلى أن سمات جمود وعدم حركة المحيط ، أي السمات التي تدل على غياب إدراك الخصائص الزمنية - للتغيرات والحركات - ، لا تظهر عند العسر إلا نادراً ، بالمقابل يتبدى لديهم ميل إلى ظهور نظمية (إيقاعية) ظاهرية ، أي إلى تشوّه من نوع آخر للخاصية الزمنية للأحداث والمنبّهات الخارجية.

الأهلاس: لا تتفق أهلاس غير اليمينيين تماماً مع تعريف الأهلاس القائل إنها «إدراكات تنشأ من دون وجود موضوع واقعي فعلي» ، وتتمتع بطابع الحقيقة الموضوعية ، وتكون عبارة عن ظواهر حسية واضحة مسقطّة نحو الخارج ، منحيّة الانطباعات الحقيقية وطاقية عليها ، وتصنف تبعاً لأشكال الإدراك: أهلاس بصرية وسمعية وشمية وذوقية (Tiganow ، 1974). كما أنها لا تتوافق بشكل كامل مع وصف الأهلاس الكاذبة - «إدراكات ذاتية محدّدة حسيّاً للغاية ، وتُبدى جميع

السمات الخاصة بالأهلاس، باستثناء الطابع الجوهرى لهذه الأخيرة وهو طابع الحقيقة الموضوعية» (Kandinski، 1952، نقلها Bochlín، 1975). وإذا رجعنا إلى الأهلاس النفسى لـ Baikkarger، وجدناها تختلف عنها أيضاً، مثلما تختلف عن «الإدراكات العقلية الخالصة»...، على الرغم من أنها «تظهر مستقلة تماماً عن أعضاء الحواس» (Kandinski، 1952).

يبدو أن تعريف للأهلاس القائم في الطب النفسى غير كافٍ أو وافٍ، عندما يتعلق الأمر بأهلاس غير اليمينيين، على الرغم من أن التعريف نفسه يعكس التصورات الوهمية عند اليمينيين بشكل كامل، والتي ترجح فيها كفة الأهلاس البصرية والسمعية، وهى تلك المحللات التى يستقبلون عن طريقها أكبر كمية من المعلومات عن العالم المحيط.

في حين تتعلق أهلاس اليمينيين بجهة الإصابة الدماغية، لا يظهر هذا التعلق عند العسر والضبط بالوضوح نفسه. ففي هذه الحالة يمكن أن تظهر أهلاس سمعية غير لفظية مثلاً، ليس في إصابة نصف الكرة الأيمن وحسب، كما هي الحال عند اليمينيين، بل في إصابة نصف الكرة الأيسر أيضاً. ويفاجأ المرء بتنوع الأهلاس، كما لو أنها ليست مجهزة بخمسة أعضاء حواس فقط، بل بعدد كبير منها.

من الصعب عادة إلحاق الأهلاس العديدة، التى تظهر متزامنة، بهذا المحلل أو ذلك. كما ينبغي على المرء أيضاً أن يتذكر التصورات الوهمية، التى تغيب عن لائحة تعريف الأهلاس المذكور أعلاه. ويدخل في عدادها أهلاس حرارية وألمية، وأهلاس في معرفة التجسيم وأهلاس جسدية وغيرها. وتتخذ بعض الإحساسات الهلسية وضعاً متوسطاً؛ حيث لا يمكن تعيين نوعيتها، وتتكون بمشاركة محللات متنوعة، وليس بمحلل واحد. ولما كانت التصورات الوهمية تكمل بعضها بعضاً، فهى تخلق إجمالاً حالة هلسية تماثل حالة واقعية بطريقة مقنعة جداً. يعيش المرضى العسر في أكثر الحالات صورة ظاهرية لشخص غريب، ولا تكون فيها الإحساسات البصرية والسمعية ذات أهمية حاسمة في تكوين هذه الصورة الظاهرية، كما هي الحال عند اليمينيين، بل الإحساسات اللمسية (لمس يد الشخص الموجود ظاهرياً، إدراك تيار الهواء الذى يزره هذا الشخص) والإحساسات الحرارية والإحساسات الجسدية... إلخ.

في هذه الحالة تبدو الإحساسات المتكونة عن طريق المحلل اللمسى (أو المحلل الحسى العام) ذات أهمية خاصة. ولا شك في أن حقيقة بروز المحلل اللمسى

في أهلاس العسر جديرة بالاهتمام بالارتباط مع الموجودات المذكورة سابقاً لـ Schubinko-Schubina، والمتعلقة بالإدراك المشوّه في وعي العسر لزمان وموقع المنبّهات الألمية المدركّة من قبل المحلّل الجلدي.

غير أن التصورات الوهمية البصرية والسمعية تبدو هي الأخرى في هذه الحالة مختلفة عنها عند اليمينيين. هكذا يمكن أن تظهر الأهلاس السمعية في إصابة أي من نصفي الكرة المخية، وتُبدى فوارق إزاء مثيلاتها عند اليمينيين. لا تظهر الأهلاس السمعية اللفظية في هذه الحالة إلا نادراً. بينما كثيراً ما تظهر الأهلاس السمعية غير اللفظية، التي تتميز بميل خاص إلى تمظهر الأصوات الهلسية في ترتيب إيقاعي ظاهري. على سبيل المثال يبدأ المريض أثناء النوبة فجأةً بسماع ألحان أو كلام إيقاعي ما. وإذا فاجأت النوبة المريض وهو يتحدث مع شخص آخر، تحولت أصوات كلام محدّثه إلى لحن وإيقاع. ويفقد المريض القدرة على فهم الكلام الموجّه إليه، على الرغم من أنه كثيراً ما يكون قادراً على إعادة جميع الكلمات المنطوقة بعد محدّثه مباشرة. قد يتفق أن تظهر الأصوات الإيقاعية أو الموسيقية الظاهرية في سياق الحديث، والأولى بالمرء في هذه الحالة أن يسميها أوهاماً سمعية. ويفقد كلام المحدّث في الوقت نفسه معنى الإخبار أو الإبلاغ بالنسبة للمريض؛ ولا تحتفظ الكلمات المعادة من قبل المريض بأي معنى.

المريض L-n، عمره 22 سنة، أقام عام 1974 في مستشفى الطب النفسي «P. B. Gannuschkin». لا يوجد أي أعسر في العائلة. بدأ الكتابة باليد اليسرى، ثم كان عليه تحويل تعلّمه. يكتب حالياً باليد اليمنى. يقوم ببعض الأعمال الدقيقة باليد اليسرى. اختبارات شبك اليدين ووضعية نابوليون والتصفيق ينفذها كأعسر. حتى سن 19 سنة كان سليماً، حيث أصيب في هذه السن برضّ جمجمة ودماع. بعد ذلك ببضعة شهور بدأت تظهر نوبات. ويفرّق المريض نفسه بين «نوبات شديدة ونوبات خفيفة». ويعني بالشديدة نوبات اختلاجية مع فقدان وعي، وغالباً ما تظهر الاختلاجات تارةً في الطرفين الأيمنين («تقلص الذراع اليمنى وتنكمش على بعضها») وتارةً في الطرفين الأيسرين. تظهر هذه النوبات عادة في أواخر الليل وقرب الفجر. لم يعلم المريض عنها شيئاً في البداية، «فقد خمنها تخميناً فقط»، لأنه كان يشعر في اليوم التالي بوهن وثقل في الجفنين وبحاجة إلى النوم وبظماً شديد. وفيما بعد صار المريض يستيقظ قبل هذه النوبات جراء إحساس داخلي. أما النوبات الأخرى فيصفها المريض بأنها «خفيفة» أو بأنها «إحساس باطني». وهو يعتقد أن

الوعي أثناء الإحساس الباطني يبقى سليماً. تتجلى النوبات الخفيفة في معاشات وإحساسات متنوعة، «تبدأ الأشياء بالامتزاج»، ولكنه يعود بعد قليل ليدقق هذا القول: «حياطات الأشياء تبقى كما هي... تظهر أمام عيني رقاقة ما». «محيط مجهول يبدو فجأة معروفاً، ويتابني الشعور بأنني كنت على علم مسبق بما سيحدث لاحقاً». أثناء الحديث مع أحدهم، على سبيل المثال، يُخَيَّل للمريض أن «كل هذا كان قد أحسَّ به من قبل». ويضيف إلى ذلك أنه في هذه اللحظة «يرى كل شيء كما في شريط سينمائي يدور ببطء» (يستند في ذلك إلى الانطباع المعروف لديه من العرض بالحركة البطيئة في الهوكي). يتغير صوت المحدث ليأتيه خافتاً، «ويلوح وكأنه قادم من بعيد». يبدو كلام المحدث «غريباً»، كما لو أنه يبدأ الحديث بشكل إيقاعي، ويستطيع المريض «التنبؤ بالإيقاع». ويفهم المريض في هذه الأثناء كل كلمة على حدة، ويمكنه إعادة جميع الكلمات المنطوقة، غير أنه لا يدرك معنى الكل. ويعلم المريض من روايات والدته وأخته، اللتين سبق أن شاهدته أثناء هذه النوبات، أنه يغير من سلوكه الخارجي، وأن كلامه يصبح مضطرباً وعديم الأوصال.

كما حصلت نوبات وجد المريض نفسه فيها فجأة في مكان غير متوقَّع على الإطلاق، مكان لم يسبق له أن تواجد فيه، ولا في نيته التواجد فيه أبداً، ولم يستطع القول كيف أتى إلى هنا، بالسيارة أم سيراً على القدمين. وتكررت هذه النوبات أثناء وجوده في المستشفى، حيث كان ينطلق فجأة وبسرعة في اتجاه ما، ونظرته مركزة بجمود على نقطة واحدة، ولا يردُّ على الأسئلة الموجهة إليه، وأحياناً كان يتفوه بجملة مفردة لا ترابط فيها. وعندما كانت تنتهي مثل هذه النوبات، لم يكن المريض قادراً على تذكرها عادة؛ لم يكن يعلم أن نوبة قد حدثت للتو. ويروي المريض أنه رأى في السنوات الأخيرة كثيراً من الأحلام الملونة.

الحالة النفسية في المستشفى: بدأ المريض خارج النوبات، وأثناء الأحاديث، متوجهاً دائماً وبشكل دائم، كما أبدى سلوكاً منسقاً. يتحدث بسرور وعن طيب خاطر مع الأطباء. يتكلم بشكل معقول وسليم عن نوباته. يحاول وصف الإحساسات والمعاشات الخاصة، التي «تباغته» أثناء النوبات، بشكل دقيق ومفصلاً قدر المستطاع. وما يلفت الانتباه هو أن المريض بطيء وعديم المهارة بعض الشيء في حركاته.

الحالة العصبية: إطراق أيسر (انسداد جفن). كرة العين اليسرى تتحرف إلى

الداخل عند النظر باتجاه الأعلى (وحسب رواية والدته، يعلم المريض أن الاضطراب الحركي في العين اليسرى موجود مسبقاً في الطفولة الباكرة). أثناء التكشير تتخلف زاوية الفم اليسرى. الفعالية الفموية مشتدة: حركات لعق كثيرة (بعد كل جملة). منعكس الشفتين ضعيف. أثناء التقليل الثابت يبقى الذراعان في الارتفاع نفسه. رجفان أصابع خفيف ثنائي الجانب. اختبار الإصبع - الإصبع يُنفذ باليد اليسرى بشكل سيئ. المنعكسات الوترية مشتدة بشكل معتدل؛ متناظرة في الذراعين، وفي الطرفين السفليين رجحان العلوية في الأيسر.

EEG: اضطرابات نظم معتدلة. خلل نظم خفيف مع اشتدادات غير بالغة الحدة وميالة إلى التعمم، مما يشير إلى مشاركة البنيات العميقة مع اشتداد خفيف في الأيمن.

السائل الدماغي الشوكي: طبيعي.

قعر العين والساحة البصرية وحدة الرؤية طبيعية.

إذاً، يتعلق الأمر بمتلازمة صرعية سببها، على الأرجح، أذية دماغية رضوية (يمنى في الأغلب) عند أعسر مُعاد تدريبه (أو أضبوط؟). ليست ظاهرة الاستباق، التي سنتناولها فيما بعد، إلا صورة خاصة من مركب أعراض نفسي مرضي انتيابي متعدد الأشكال إلى حد فائق. تظهر أثناء النوبات ظواهر وصفية سواء لإصابة نصف الكرة الأيمن أم لإصابة نصف الكرة الأيسر عند اليمينيين. سوف نقوم بتحليل ظاهرة الاستباق الجديرة جداً بالاهتمام في حالة الـ«*déjà vu*» في الفصل القادم. وهي تظهر مترافقةً مع نوبات نفسية حركية ونسيان تالٍ لهذه النوبات واضطراب لغوي غريب، وتشير إلى ظواهر الوهم السمعي، التي تعيننا هنا.

أثناء النوبة لا يعود بإمكان المريض فهم الكلام، على الرغم من قدرته على إعادة جميع كلمات محدثه، مما يعني أن بالإمكان تسمية هذا الاضطراب حبسة كلامية حسية انتيائية. غير أنها تترافق مع ظاهرة مدهشة أخرى تكمن في التحول الإيقاعي لأصوات الكلام. إذ يبدأ المريض بإدراك الكلام غير الإيقاعي المألوف كما لو أنه إيقاعي رتيب. ويكمن الوهم، كما هو واضح، في هذا التحول الإيقاعي. ويقوم «التشوّه» على إدراك ترتيب إيقاعي ظاهري لكلام المحدث، هو غير موجود إطلاقاً في الحقيقة، حيث يظهر أيضاً إحساس بالتكهن بالكلام الإيقاعي ظاهرياً: فالمرضى يستطيع التنبؤ بالإيقاع التالي. تتميز أهلاس العسر بشدتها القصوى الوصفية، حيث يشكو المريض من الدوي القوي للأصوات

الموسيقية الظاهرية، التي تتخذ هيئةً شبيهةً مادية، وتحظى بأهمية قوة فيزيائية. قال أحد مرضانا إنها «قوية إلى درجة أنها يكمن أن تحطم الرأس وتتطاير منه». على الرغم من الشدة الفائقة والملاحية تتميز أهلاس العسر، بلا شك، بأنها تبدو غير مختتمة، أي أنها لا تُبدي عرضاً منتهياً مثل الصورة. وإذا قارناها مع وصوفات الأهلاس الواردة أعلاه، أي الأهلاس الكاذبة والأهلاس النفسية، أمكننا إبراز الخصائص النوعية التالية. لا يصفها المرضى بأنها مسقطّة إلى المكان الخارجي. وتكون ملامحها في الوقت نفسه غير محدّدة نهائياً، بحيث يجد المرضى صعوبات في وصفها. إن خداعات الحواس (أو ضلالات الحواس) الموصوفة من قبلنا عند العسر لا تذكرنا بالأهلاس النفسية إلا من حيث إن المرضى يقولون إنهم «يرون» أو «يسمعون» أو «يفكرون» في شيء ما. إلا أنهم لا يميزونه في وصفهم الذاتي على أنه خاطرة أو فكرة، أي ليس على أنه عنصر حقيقي للتفكير، ولا على أنه صور حسية. يتحدّث المرضى عن إحساسات (جسدية، بصرية، سمعية، إحساسات حرارية، ألمية وغيرها)، ولكنهم يصفونها على نحو فريد، عندما نقارنها مع التصورات المألوفة، التي اعتدنا عليها عند دراسة اليمينيين.

يتضح ما قلناه عندما يروي المريض، على سبيل المثال، عن الإدراك الظاهري لوجود شخص غريب، هذا الإدراك الذي يتكوّن من أهلاس مركّبة. ويتحدّث المرضى عن وجود «شخص» غريب بقربهم (خلفهم عادة) بناءً على إحساسات متنوعة تعود إلى أعضاء حواس مختلفة: بصرية وسمعية (يسمع المرضى صوت الشخص الحاضر)، وإحساسات لمسية (يشعرون أن هذا الغريب يلمسهم)، وإحساسات حرارية (يشعرون بحرارة الهواء الذي يضره الشخص)، وإحساسات جسدية (تيار الهواء المزفور من قبل الشخص يقود إلى الإحساس برفرفة واهتزاز شعر النقرة)... إلخ. من هنا تتألف الصورة الهلسية للشخص الغريب من إحساسات عديدة. غير أن الأكثر جدارة بالاهتمام في ذلك هو ما يلي: عندما نقارن هذه الإحساسات مع تلك التي يصفها اليمينيون، فإنها تبدو في وصف الأعسر متناقضة: فهي تبدو ضعيفة وقوية في الوقت نفسه. ضعيفة لأن أياً من الإحساسات الهلسية الخاصة، البصرية أو السمعية أو اللمسية وغيرها غير محدّد المعالم بوضوح. وتبدو قوية لأنه على الرغم من عدم تحديد كل جزء مكوّن على حدة، فإن الصورة الظاهرية لـ «الشخص الغريب» تكون مقنعة للغاية بالنسبة للمريض، وتحدّد سلوكه، أي سيماء وجهه وسلوكه الانفعالي والشخصي في الموقف المعني.

هذه القدرة على الإقناع، التي تتمتع بها الصورة الهلسية الكلية والمكوّنة من إحساسات عديدة، تتوافق مع ظاهرة القناعة الراسخة بأنه من غير الممكن معرفة من أو ماذا تمثل هذه الصورة المعقّدة. وهنا يتجلى من جديد التناقض في إحساسات المرضى: فالصورة الناشئة تبدو لهم معروفة، ولكن المريض غير قادر في الوقت نفسه على التعرف إلى من معارفه تمثل هذه الصورة. تتناول هذه الصفات المتناقضة جميع الإحساسات الخاصة البصرية والسمعية... إلخ. يقول المريض، على سبيل المثال، إن صوت الشخص الغريب يلوح له «معروفاً بشكل من الأشكال»، إلا أنه لا يستطيع ذكر الشخص، الذي يعود له هذا الصوت، ولا حتى ذكر ما إذا كان صوتاً ذكرياً أم أنثوياً.

إذاً، يتجلى هنا تحديد حسي من جهة، ونقص في الوضوح من جهة أخرى. ويتمظهر ما أسميناه هنا وضوحاً ناقصاً بشكل أساسي في عدم القدرة على إدراك المعايشات الخاصة والمشاعر الحسية، وعدم القدرة على فهمها ووصفها وتسميتها بالكلمات. أخيراً، لا يعلم المرء من الوصوفات الذاتية للمريض كيف ينبغي إلحاق ظواهر هلسية مركّبة من هذا النوع، إذ من غير الواضح بأي حال من الأحوال ما إذا كانت تدخل في عداد اضطرابات المعرفة الحسية أم المعرفة المجردة. ويبدو الأمر للوهلة الأولى كما لو أنها تحتلّ نوعاً من الموقع الوسط بين الحالات المرضية للمعرفة الحسية والحالات المرضية للمعرفة المجردة. ويبدو لنا أن مجرد هذا الانطباع هو أمر جدير بالملاحظة، وله مبرراته على الأرجح. ويمكن لإيضاحها، برأينا، أن يعيدنا بصورة غير متوقّعة إلى الموجودات الجديرة بالاهتمام، التي ترجع إلى العلاقات المتبادلة بين المعرفة الحسية والمعرفة المجردة عند العسر والضبط. يبدو لنا مبدئياً أنه من المهم لفت الانتباه إلى أن مكونات الصورة الهلسية المركّبة توصف من قبل المرضى على أنها شعور حسي.

يدل الميل إلى التعقيد الأهلاسي، في الأغلب، على أنه يتم في الحالة المرضية أثناء النوبة تفعيل المحلّلات المختلفة. على أية حال لا يحدث هنا اضطراب مفضّل في المحلل البصري أو السمعي فقط، كما هو وصفي عند اليمينيني. فالأهلاس الأخرى - غير البصرية وغير السمعية - لا تظهر بالتواتر نفسه وحسب، بل بتواتر أكبر، غير أن الأمر المهم بشكل خاص هو أنها شديدة أيضاً، بل ربما تكون الأهلاس اللمسية والأهلاس الحرارية والجسدية عند العسر أشد حضوراً. كما يظهر عند العسر والضبط ضمن ظروف مرضية تكافؤ نسبي آخر في المحلّلات المختلفة؛ حيث

يكتسب المحلل اللمسي قبل كل شيء أهمية خاصة. إن ملحاحية الإدراك اللمسي تحديداً تطفئ في أهلاس العسر بصفة خاصة. إضافة إلى ذلك ثمة مبررات أخرى للقول إن حساسية اللمس عند العسر أشد منها عند اليمينيين على الأرجح. لذلك قد يتردد المرء عند تسمية الظواهر الموصوفة هنا أهلاسا، أي إدراكاً من غير موضوع. لا شك في أن بإمكان منبه ضعيف بالنسبة لليميني، كنسمة هواء مثلاً، أن يطلق إحساسات عند الأعسر توصف عندئذٍ بأنها أهلاس.

المريضة T-ch، 19 سنة، عولجت عام 1977 في معهد البحوث العملية للطب النفسي التابع لوزارة الصحة في موسكو. والد المريضة أعسر. في الطفولة لم تستخدم سوى يدها اليسرى. وفي المدرسة بدأت بالكتابة باليد اليسرى، وكان ميلان الحروف عندها معاكساً للاتجاه المألوف في الكتابة اليمنى. «كانوا يربطون يدها اليسرى» لإجبارها على الكتابة باليد اليمنى، إلى أن تحول تعلمها. الآن تكتب باليد اليمنى، في حين أنها تقوم بجميع الأعمال الدقيقة الأخرى باليدين، اليسرى واليمنى. فهي تقود الخيط عبر ثقب الإبرة باليد اليسرى. اختبارات شبك اليدين ووضعية نابوليون والتصفيق تنفذها كعسراء.

وُلِدَت المريضة في تمام الحمل في عائلة سليمة. بعد بضعة أيام من ولادتها أصيبت بارتفاع حرارة، فسّرهُ الأطباء بأنه ناجم عن رض الولادة. نمت المريضة وترعرعت بصورة مضطربة، وكانت دائمة الصراخ. ذهبت إلى المدرسة في عمر 8 سنوات. تعلمت بسهولة، وتميّزت بذاكرة جيدة، ووجدت طريقها بسرعة في المادة الدراسية الجديدة. كانت اجتماعية ولطيفة المعشر، حيوية ونشيطة، عنيدة وشديدة المراس، وكانت تهتم بالنشاط الاجتماعي. في الفترة التي فُحصت فيها فحصها كانت تعمل سكرتيرة في منظمة الشبيبة.

كانت المريضة في طفولتها كثيرة المرض؛ فقد أصيبت بذات رئة شديدة، كما أصيبت بالحصبة وجدري الماء والحمى القرمزية، وبالتهاب أذن وسطي ونكاف. في عام 1966 - وكان عمرها 8 سنوات - تعرّضت لرضّ جمجمة ودماع شديد، ترافق مع كسور في الذراع والساق. وبقيت فاقدة الوعي مدة 18 يوماً، مما اقتضى معالجتها في المستشفى مدة 8 أشهر. في عام 1973 رضّ جديد: «أحدهم ضربني على رأسي»؛ لقد اغتُصبت. بعد ذلك «عزلة تامة وانطواء على الذات»، «خجل وحياء»، لا تغادر المنزل، وتعتقد أن المدينة بكاملها لا بد أنها على علم بما حدث. أخذت آلام الرأس تزداد، والضغط الدموي يرتفع من وقت لآخر، وظهرت

نوبات هياج مع تأثر ودموع، كآبة وحزن. وكان النوم مضطرباً. كما كانت ترى أحلاماً ملونة، وكوابيس أيضاً. لم تكن تتحمل الجو الحار والقيظ الرطب، وكانت سريعة التعب.

في عمر 9 سنوات ميل إلى البدانة. وفي عمر 14 سنة ظهر أول طمث، إلا أن الدورة الشهرية كانت غير منتظمة، حيث تلقت معالجة هرمونية. في عام 1974 استئصال زائدة دودية، بعد ذلك عمل جراحي مع قطع قسم من الأمعاء في سياق التهاب بريتوان. في عام 1974 صدمة تحسسية بعد حقنة بنسلين ومونومايسين. ومنذ عام 1975 ارتكاس أرجي على السلفوناميدات والبروم وسلفات المغنيزيوم، يترافق مع وذمات وتورّمات جلدية.

منذ عام 1975 تخضع المريضة لمعالجة نفسية بسبب نوبات متكررة. من عام 1969 وحتى عام 1971 ظهرت بضع نوبات فقدان وعي قصير الأمد، حيث تدور فيها المريضة بمقدار 180 درجة حول محور جسمها وتسقط أرضاً؛ يحتقن وجهها، ولا يظهر اختلاج. منذ عام 1973 حالات انتيائية: «صرخة» باسم ما؛ وعندما التفتت في إحداها إلى الورا، «شاهدت» طفلين راحا يركضان خلفها ويلاحقانها، وبدا أن هذين الطفلين يطاردانها، ثم «ضرباها»؛ فقد أحسّت بالضربات، أحسّت بأيديهما على كامل جسدها، وأحسّت بألم في الأمكنة التي ضُربت فيها. دامت النوبة ثواني. وقد بدا هذا الحدث الظاهري بأكمله واقعياً بالنسبة للمريضة، وذكرها بالموقف الذي أصيبت فيه برضها الثاني. وعندما انتهت النوبة تأكّدت أنها تقف وحيدة في شارع هادئٍ خاوي.

كانت المريضة ذات مرة تجلس وحيدة في غرفة الشببية، وفجأة سمعت طرقاتاً واضحا على الباب، قرقعة باب (فُتِحَ الباب ظاهرياً ثم أُغلق ثانية)، ولمحت أمامها أحد الشيببيين؛ «تحدّثت» معه، وكلفته بإحدى المهمات. وعندما شاهدت الشببيبي نفسه بعد عدة أيام، عرفت أن كل شيء كان قد حدث في النوبة فقط، ولم يحصل في الحقيقة على الإطلاق. مع ذلك بدت حالة المريضة في لحظة النوبة واقعية تماماً؛ فهي لا زالت تستطيع وصف الملابس، التي كان يرتديها الشاب، بوضوح.

يتبدل مظهر المريضة الخارجي بأكمله أثناء مثل هذه النوبات، فتصبح شاحبة، وتحملق في نقطة واحدة: «أكون ذاهلة وغارقة في النظر... أجد نفسي في حالة غياب»، ولا بد للمرء من أن يهزّها بقوة كي تخرج من هذه الحالة ثانية. على سبيل المثال، أصيبت بنوبة استمرت عدة دقائق عند قبولها في المستشفى. وقد رأت

هراً جالساً بجانبها، وسمعت قرقرته. وكانت في هذه الأثناء جامدة تماماً، ونظرتها مثبتة على نقطة معينة، وحدث لديها احتقان في الوجه وتسرع في التنفس.

أثناء النوبات يتملك المريضة الشعور كما لو أن «صرصاراً صغيراً يدب على جسدها»، وتعتقد أنها تحس به بأصابعها على جسدها، فتأخذ بين إصبعيها وتشعر بين أناملها «بالكتلة الصغيرة المتحركة»، حتى إنها تراه بين إصبعيها. وفي هذه الأثناء يمكن للمريضة أن تتحدّث وتناقش من حولها حول إحساساتها، كالمستخدمين مثلاً. كما تسمع في هذه الأثناء ما تقوله لها الممرضة من أنه لا يوجد أي «صرصار صغير» على جسدها أو في يدها؛ ولكنها شخصياً لا تزال تحسّ بالصرصار الصغير، وتراه، وتشعر به كيف يدب على جسدها.

تظهر لدى المريضة من وقت لآخر إحساسات كما لو أن لون الجدران في الغرفة يتبدل، كما لو أنها تسمع أصوات خافتة قادمة من بعيد. وفي بعض الأحيان تبدأ المريضة فجأة بمشاهدة أمر في الغرفة الخالية بصورة ملونة. عندما كانت تجلس ذات مرة ساكنة في الغرفة، على سبيل المثال، نشأت لديها فجأة حالة اعتقدت فيها أن عليها أن تجري كي لا يفوتها القطار، وأسرعت في ديوان القطار لتتخذ لها مكاناً، وعندما أصبحت في العربة، قامت بحركات بدت لها بطيئة جداً. وفي بعض الأحيان تدرك روائح (غاز، سمك مدخن)، أو تسمع ألحاناً «لطيفة» قادمة من الخلف «بطريقة غير مألوفة نوعاً ما... مدوية بقوة». وفي الفترة الأخيرة أصبحت المريضة تسمع أصوات تعطيها أوامر وتوجيهات للقيام بأمر ما.

أثناء بعض النوبات يبدأ كل ما هو معروف بالظهور فجأة بوصفه «غريباً»، كما لو أنه لم يصادف في الماضي أبداً، بوصفه شيئاً مجهولاً. وتظهر تقلبات شديدة في المزاج: فالمريضة كئيبة حيناً، تغمرها السعادة حيناً آخر. وتبدأ بعض النوبات بتعرق بارد يظهر بشكل فجائي، أو «ببرودة في الذراعين والساقين»، «الجو حار، وأنا أرتعد من البرد»، وترتفع درجة الحرارة إلى 38 درجة مئوية، صداع شديد (خاصة في المنطقة الصدغية الجدارية اليمنى)، وتتصلب أصابع اليد اليسرى. وأثناء واحدة من هذه النوبات تم إطراح بول رائق جداً.

الحالة النفسية في المستشفى: المريضة متوجهة دائماً، سلوكها منسق، خاملة بعض الشيء أحياناً أثناء الأحاديث؛ لا تُبدي أي اهتمام أثناء المحادثة مع الطبيب، ثم تصبح ميالة إلى كثرة الكلام. تتحدّث عن طيب خاطر عن الحالات

الموصوفة ، وتستغرب هي نفسها عدم مألوفيتها. تقول إنه خاب أملها بالأطباء،
الأطباء لا يصدقونها... وقد قالوا إن شيئاً من هذا القبيل لا يمكن أن يكون.
في الفحص النفسي التجريبي وُجِدَت قدرة عميقة على التمييز والحكم،
تقلبات مزاج.

صورة الجمجمة: انطباع إصبعي معتدل الشدة على طول قبو المخ (مثلث المخ)،
عظام الجمجمة سليمة.

EEG: تبدلات عامة منتشرة في النشاط الكهربائي الحيوي - تغيرات تهيّجية
شديدة وسيطرة طفيفة للأمواج الحادة في الاتجاهات الصدغية المركزية، أشد في
الأيسر، بينما يشاهد بكثرة فوق نصف الكرة الأيمن نشاط بطيء متعدّد
الأشكال.

الحالة العصبية: فرط تعرّق واضح جداً في راحتي اليدين وأخمصي القدمين،
عدم استقرار أو عطوبية وعائية إنباتية. في اختبار Barre ينخفض كلا الذراعين
بشكل خفيف. ليس هناك اضطرابات حسية.

في الحالة المعروضة لسرّاء مُحوّل تدريبها في الطفولة يتعلق الأمر قبل كل
شيء بأذية عميقة ثنائية الجانب (رضية على الأرجح) في الدماغ، ذات رجحان في
بنيات نصف الكرة الأيمن. وما يلفت الانتباه أولاً الاضطرابات الحشوية - الإنباتية
المستمرة والانتيايية، الميل إلى فرط التعرّق، عدم انتظام الدورة الشهرية وضرورة
المعالجة الهرمونية، ارتفاعات الضغط الدموي من وقت لآخر، الميل إلى الارتكاسات
الأرجية، وثانياً الحالات الانتيايية الأخرى متعدّدة الأشكال للغاية، والتي تمثل في
جوهرها حالات ذهانية متنوعة قصيرة الأمد، أما النوبات التي كانت تدور
فيها المريضة 180 درجة حول نفسها، وتسقط فاقدة للوعي، فلم تشاهد إلا في
البداية فقط.

من المثير للاهتمام بشكل خاص الحالات الذهانية الانتيايية قصيرة الأمد.
ومعظمها يمكن تسميته ذهانات هلسية؛ إذ تعيش المريضة أثناءها تصوراً وهمياً
يتناول عادة أعضاء حواس مختلفة: فهي ترى وتسمع مثلاً أشخاصاً حاضرين
ظاهرياً، وتشعر بملامسة أذرعهم، وبضربات على جسدها، وبآلام في مكان هذه
الضربات. كما تظهر أثناء هذه النوبات في الوقت نفسه أهلاس سمعية وبصرية
ولمسية وألمية. وفي نوبات أخرى تشعر المريضة بـ «صرصار صغير» على جسدها وبين

أصابها، وتراه بين أصابعها، وتحس بحجمه، وتلمسه بأصابعها. ويمكن تسمية هذه التصورات الوهمية الأخيرة على الأرجح أهلاًساً تجسيمية. كما تظهر أهلاًس شميه وسمعية - لفظية وموسيقية وإيقاعية (قرقرة هر) ...إلخ. ويلاحظ في مختلف النوبات أهلاًس متعدّد الشكل للغاية. وترتبط الأهلاًس ذات النوعية المختلفة بعضها ببعض بشكل وثيق، وتكمّل بعضها البعض بطريقة تنشأ فيها، نتيجة المعاشية، حالة أهلاًسية موحّدة تمتاز بقدره فائقة على الإقناع. ومن الجدير بالاهتمام تبدل مظهر المريضة: تصبح أقل حيويةً ونشاطاً («تجمّد»)، وتنبّت نظرتها على نقطة وحيدة، ويحتقن وجهها، ويرتفع معدّل النبض. وفي الوقت نفسه تواصل المريضة إدراكها للواقع المحيط بها، ويمكنها أن تتحدث مع المستخدمين، كالممرضة مثلاً، حول الصور الهلسية الظاهرية، التي تظلّ بالنسبة للمريضة حاضرة للغاية وتحدّد حالتها بالكامل.

تبدي بعض النوبات الذهانية الهلسية خصوصية شديدة، ولا يمكن تقييمها إلا بصعوبة: فالحالة القائمة ظاهرياً تبدو للمريضة أقرب إلى أن تكون موجودة في تصوراتها الحسية منها في صور هلسية. تعيش المريضة أحداثاً ظاهرية معينة لا تقع في المكان الموجودة فيه فعلاً، بل في مكان آخر (عندما وصفت الحالة التي اعتقدت فيها أن القطار سيفوتها ...إلخ). إلا أن الأحداث تقع الآن، وتعتقد المريضة أنها مشاركة فيها، والأهم من ذلك أنها تصفها بجلاء ووضوح تامين في المكان والزمان، وتعتقد أنها تقوم بحركات من المدهش أنها لا تقوم بها في الحقيقة على الإطلاق. مع ذلك فهي تشعر بها بشكل واضح إلى درجة أنها تدركها على أنها متباطئة. ربما ينبغي أن يدور الكلام في هذه الحالة عن تصورات وهمية تتعلق بالمحلّ الحركي. ومن الغريب أن الإحساس بتباطؤ الحركات المنفّذة فعلاً، الذي وصفناه عند اليمينيين، يظهر في هذه الحالة منسحباً على حركات ظاهرية لا تقوم بها المريضة في الحقيقة إطلاقاً.

وتظهر في بعض الحالات ظواهر اغتراب. غير أنها لا تتسحب على الانطباع الكلّي عن العالم المحيط بأكمله، بل تتكوّن من إحساسات خاصة بتغير الأجزاء المفردة، أي المواضيع والمواقف المفردة في العالم المحيط: على سبيل المثال تسمع جميع الأصوات «خافتة». ومن جديد يبعث التفصيل التالي على الدهشة: تقول المريضة إن الألحان الهلسية تُسمَع «مدوية» بشكل غير مألوف، كما تقوم إحساسات مفردة بـ «لم تسبق رؤيته».

بقي أن نشير إلى الميل البارز إلى التقلبات الانفعالية، حيث ترسم صورتان قطبيتان: مزاج كئيب ومزاج منتعش.

من الواضح أن العمليات النفسية الحسية تجري عند العسر بشكل مختلف عنه عند اليمينيين. وتحتل هذه الاضطرابات في الصورة الإجمالية لإصابات الدماغ البؤرية المكان الأهم. نود هنا أن نذكر باختصار بعض الخصائص المميّزة للاضطرابات النفسية الحركية التي صادفناها.

حالات تغيّم الوعي (شبه الوعي): لا يتوافر بين أيدينا سوى القليل من المشاهدات، التي تتجلى فيها خصائص اضطرابات الوعي هذه بصورة واضحة. ونشير هنا إلى التلقائية الجواله، التي ظهرت لدى مريض أعسر عمره 47 سنة. وقد استطاع المريض أن ينقل لنا سلوكه حتى في لحظة النوبة: حيث قام بأعمال ونفذ أشكال سلوك كئيبة، كقيادة السيارة في المدينة لمسافات كبيرة على سبيل المثال، ولكنه لم يعلم أين وجد ولماذا فعل هذا، وبعد انتهاء النوبات أمكنه أن يحدث عن إحساساته، التي كان يتذكرها بشكل شاحب. وقد صور عودته إلى الوعي الواضح كما لو أنه «تخلص من عبء ثقيل». وخيّل للمريض أنه كان يدرك حالته بشكل غامض حتى في لحظة النوبة، حيث أبدت هذه الحالة في الوقت نفسه بعض السمات الوصفية بالنسبة لليمينيين: قال المريض إن المكان والزمان «ينزاحان»، أو «الزمان يتختر، يتوقف»، أو «يتوقف عن الجريان». تجوّل المريض مدة نصف ساعة بالسيارة، ثم عاد إلى المكان نفسه، الذي كان موجوداً فيه من قبل، «وبفضل الساعة عرف أن هذا الوقت قد مضى، إنما كان لديه شعور بأن الزمن متوقف».

الاضطرابات الانتيابية في التفكير اللفظي: يمكن أن تظهر هذه الاضطرابات عند العسر والضبط في الإصابة البؤرية في نصف الكرة الأيسر، ولكن أيضاً في نصف الكرة الأيمن. ويصفها العسر والضبط بشكل مختلف عن اليمينيين. في إصابة نصف الكرة الأيسر عند اليمينيين تترافق فجائية ولاإرادية ظهورها، وفقدان الصلة مع النشاط الفكري الجاري، وعدم أهمية محتوى الأفكار القهرية أو ازدحام الأفكار، مع احتلال هذه الأفكار في لحظة النوبة مكاناً خاصاً في وعي المريض، ويشعر بها ثقيلة ومرهقة، وتترافق مع قلق وانزعاج ودهشة وتفاجؤ وتفعيل حركي على شكل تملل وهياج حركي، وتؤول جزئياً إلى النسيان.

لا تتجلى هذه الظواهر في الوصوفات، التي يقدمها العسر والضبط، بمثل هذا الوضوح. ومن المرجح أنها تعاش من قبل مختلف المرضى بشكل مختلف. وكثيراً ما لا تترافق مع قلق أو انزعاج. ويصفها المرضى بأنها لا تختلف كثيراً عن الأفكار المعتادة، أي التي تظهر خارج النوبات: «تختلط الأفكار بعضها ببعض، ويختل ترتيبها»، «تعتثر أو تتعطل»، «الأفكار متضيقة».

يرجح أن اضطرابات التفكير أثناء مثل هذه النوبات تكون أقل عمقاً منها عند اليمينيين. ولا يظهر فيها أي نسيان، ولا حتى نسيان جزئي. ويمكن أن تتفارق مثل هذه الإثارة أو الهيجان الفكري عن السلوك الحركي: فلا يترافق ظهور الأفكار مع تملل أو هياج في السلوك الحركي، بل، على العكس، مع تثبيط أو ردع («الحركات تتباطأ»).

كما وُصفت تغيرات أخرى في التفكير اللفظي في إصابة الدماغ أحادية الجانب، تختلف عنها عند اليمينيين. فقد درس كل من Hecaen و Ramier (1977) «طلاقة اللسان»، وقيّمها تبعاً لعدد الكلمات في الدقيقة الواحدة، والتي بدأت بالحرف نفسه. ولم تظهر أية فوارق لها علاقة بجهة الإصابة وتوضعها الأمامي - الخلفي، الأمر الذي استتج منه المؤلفان أن الآليات اللفظية عند العسر تُبدي جنسية دماغية ثنائية وتوضعاً أقل وضوحاً منه عند اليمينيين.

اضطرابات النوم والأحلام: شوهد عند غير اليمينيين في بعض الأحيان أرق وفقدان نوم طوال أسابيع عديدة. كما بدا ارتكاسهم على المواد المهدئة والمنومة غير متوقع ومتناقض. وقد سرد بعض المرضى أحلامهم كما لو أنها غير منفصلة عن المعاشات الواقعية، أو يمكن القول إن الكثير من الأحداث الواقعية أدركها المرضى كأحلام. كما أخبر بعض مرضانا الطبيب أنهم شاهدوا في بعض الأحيان «أحلاماً تنبؤية»: فما تمت رؤيته في الحلم، حدث في الحياة فيما بعد - حسب كلماتهم.

كثيراً ما تظهر عند غير اليمينيين أحلام ملونة؛ حيث توصف الألوان من قبل المرضى بأنها متألقة وزاهية بشدة وبالغة الإشباع. لا شك في أن أحلام هؤلاء المرضى جديرة بالاهتمام لأنها تتكون أيضاً من إحساسات متنوعة تعود لأعضاء حواس مختلفة؛ ترى إحدى المريضات في نومها ليلكاً فاقعاً مثلاً، وتدرك شذاه، وتمسكه بيدها، وتشعر بلمس الأزاهير.

يتضح من هذا الفصل أنه يمكن أن تظهر عند المرضى غير اليمينيين في إصابة الدماغ أحادية الجانب ترسانة واسعة من الصور السريرية. وتحتل اضطرابات الإدراك أو اضطرابات المعرفة الحسية مكاناً واسعاً بصفة خاصة. ولم نجد عند أي مريض من المرضى الذين درسناهم صورة نفسية مرضية لإصابة دماغ أحادية الجانب تمثل انعكاساً دقيقاً بالفعل للصورة المرضية في إصابة نصف الكرة المقابل عند شخص يميني. والأولى أن يدور الكلام عن ميل معاكس: فغير اليمينيين يُبدون صورة مرضية مشابهة للصورة المرضية في إصابة نصف الكرة نفسه عند اليمينيين. غير أن جميع الاضطرابات التي تظهر تختلف بشدة عن مثيلاتها عند اليمينيين، أولاً، وثانياً تختلط بها اضطرابات إجبارية لا تتبع في الحقيقة جهة الإصابة بالضرورة. لا شك في أن دراسة دقيقة ومتأنية للخصائص النوعية، التي تُبديها الاضطرابات النفسية عند غير اليمينيين بالمقارنة مع مثيلاتها عند اليمينيين، سوف تكون مثيرة للاهتمام وضرورية. ونرجو بدورنا أن نكون قد وُفقنا من خلال عرضنا هذا في لفت الانتباه إلى هذه الخصائص.