

اللاتناظر الحركي والحسي في الاضطرابات الدماغية عند اليمينيين

مؤكد أنه ليس من الخطأ القول إن تصوراتنا الحالية حول اللاتناظرات عند الإنسان قد تكوّنت من خلال الفحوص والدراسات على المرضى بالدرجة الأولى. مع ذلك فإن مسألة كيفية تغير اللاتناظرات الموجودة عند الشخص السليم ضمن ظروف مرضية قلما دُرست فيما مضى.

1-3. اللاتناظرات في الاضطرابات في المجال الحركي:

من الجدير بالاهتمام بصفة خاصة التغيرات التي تحصل في السلوك الحركي عند مرضى ليس لديهم أي فقدان في الوظائف الحركية. هكذا تبدو الوظائف الحركية في الحالات الانتيايية، وفي حالة الأعراض الدائمة في إصابات الدماغ البؤرية، مختلفة للغاية تبعاً لجهة الإصابة الدماغية.

ففي إصابة نصف الكرة المخية الأيمن يظهر ميل إلى نقص النشاط الحركي أثناء النوبات، في حين تظهر معاشات ذاتية مثل «سبق لي أن رأيت هذا»، و«لم يسبق لي أن رأيت هذا»، وظواهر «الاعتراب عن الواقع وتبدد الشخصية»، و«انقطاع الوعي»، و«الومض الفجائي للذكريات» وحالات شبه حلمية. هذا الميل يمكن أن يظهر من دون أي نشاط حركي. ويُعدّ التفارق بين محتوى الوعي الانفعالي والسلوك الظاهري وصفيًا، ويكون مؤثراً بشكل خاص في الحالة شبه الحلمية: فوعي المريض ممتلئ بتصورات وجدانية وعاطفية عن أحداث خيالية، ويتملكه فيها الشعور بأنه يطير، أو يتحوّل، أو يقابل مخلوقات فضائية... إلخ،

بينما يكون في سلوكه الظاهر الفعلي مثبّطاً، حتى إنه يجلس بلا حراك، مثبّتاً نظره بشكل جامد متحجّر على نقطة معينة. فالسلوك الحركي الظاهري لم يعد يعكس محتوى الوعي، ولا ينقل من هذه الناحية أية معلومات، ويكون متفارقاً عن معاشات المريض. يترافق هذا الميل في السلوك الحركي مع المتلازمة السريرية العامة لتغيرات الإدراك في المكان والزمان. فالمرضى يعيش المكان والزمان في وعيه بشكل أقل واقعية وأقل حضوراً.

أما في المظاهر المرضية في نصف الكرة المخية الأيسر فيبقى النشاط الحركي كما هو، أو حتى يكون مشتداً (في النوبات النفسية الحركية مثلاً). ويمكن لأفعال المرضى، لاسيما عندما يدخلون في حالة شبه الوعي (تغييم الوعي)، أن تتجلى بشكل أكثر وضوحاً وتناسقاً منها في الحالة الطبيعية. ويكون السلوك الحركي في هذه الحالة مناسباً لمحتوى الوعي الحسي، ويتوافق مع المعاشات النفسية المرضية، ويتحدّد من خلالها، وكأنه متابع منطقية للاضطراب النفسي الانتيابي الفجائي. على سبيل المثال يحاول المريض، الذي يختبر في تصورات الوهمية البصرية تهديداً ما، الدفاع عن نفسه، أو الانسحاب والتراجع، أو الجري مبتعداً، أو يحاول أسر المهاجم الوهمي. إن التصرف هنا «مناسب» من وجهة نظر المعاشات المرضية فقط. فالمرضى يسقط أهلاسه على المكان الواقعي والزمان الواقعي. ويتصرف وفقاً لهذه التصورات الوهمية، ويتحقّق سلوكه في المكان الملموس والزمان الملموس. هكذا نرى أن الجزء الحركي والنفسية المرضية من الاضطرابات في هذه الحالة النفسية المرضية يشكّلان وحدة واحدة. وتظهر وحدة هذين المجالين بوضوح في الحدث ككل، ولو أنهما مضطربان مرضياً. لا تظهر في هذه الحالة التغيرات في إدراك المكان والزمان، على غرار ظهورها بشكل وصفي في إصابة نصف الكرة المخية الأيمن، حيث يتراجع حضورهما في وعي المريض. ومن الواضح للعيان أن سلوكاً حركياً هادفاً وفعالاً هو غير ممكن سوى في المكان والزمان، اللذين لا يزالان يُدرّكان كواقع، الأمر الذي يغدو غير ممكن عندما يعيش المكان والزمان كظواهر أقل حضوراً.

كما تختلف بنية الخزول الشقية الناجمة عن إصابة الطرق الهرمية، ويختلف أيضاً السلوك الحركي بمجمله عند المرضى المصابين بخزل شقي أيمن أو أيسر. لا تتوافر دراسات خاصة حول الاختلافات في الخزول الناجمة عن إصابة الطرق الهرمية. ولا نجد في المراجع عادة سوى الصفات المتناظرة والتشابه في الصور

السريرية للخزول الشقية اليمنى واليسرى. ينسحب هذا على ظاهراتية وتوزع الاضطرابات الحركية بالنظر إلى محور الجسم وبالارتباط مع موقع الإصابة في نصفي الكرة المخية. من المرجح أن سمات الاضطراب الكلاسيكية في الطرق الهرمية لها الحجم نفسه في الخزل الشقي الأيمن والأيسر. مع ذلك فإن مقارنة 400 مريض مصابين بأذيات بؤرية (أورام، أمراض وعائية) في نصف الكرة المخية الأيمن أو الأيسر لم تكشف عن سمات متطابقة، الأمر الذي يحتاج، برأينا، إلى دراسة مدققة. إذ إن هذه السمات اللامتناظرة تحجبها المظاهر المتناظرة.

كما يمكن إثبات السمات اللامتناظرة في المكونات الخاصة للخزول الشقية الناجمة عن إصابة نصف الكرة المخية الأيمن أو الأيسر وذات التوضع نفسه. بالنسبة للخزل الشقي الأيمن فإن النمط الأيمن أكثر وصفية، أي إصابة مفضلة لليد والقدم. أما الخزول الشقية اليسرى فطابعها أقرب إلى الانتشار (طابعاً منتشرًا). والخزل الشقي الأيمن أشد تشابهاً مع وصف الخزل الشقي الناجم عن إصابة الطرق الهرمية، وينطبق هذا قبل كل شيء على اشتداد التوتّر العضلي (تشنج) كظاهرة مرافقة. أما في الخزول الشقية اليسرى فلم يلاحظ في نصف الحالات أي ازدياد في التوتّر العضلي. في الخزول الشقية اليمنى يقلّ الظهور المتزامن للاضطرابات الحسية في الجانب الأيمن، عندما تتوضع بؤرة الإصابة في المقاطع الأمامية لنصف الكرة المخية. بينما تترافق الخزول الشقية اليسرى دوماً تقريباً مع اضطرابات حسية، كما لا يبدو أن هناك فوارق كمية بارزة تبعاً لاختلاف توضع بؤرة الإصابة ضمن نصف الكرة المخية الأيمن (Semmes، 1968؛ Dobrochotowa و Bragina، 1977).

وما يلفت الانتباه أكثر ظهور الفوارق بين الخزل الأيمن والأيسر في سلوك المريض المصاب باضطرابات حركية من النمط الأيمن أو الأيسر. وهي تظهر بوضوح لدى المرضى المصابين ببؤرة في نصف الكرة المخية في المرحلة المبكرة بعد العمل الجراحي، أو في المرحلة الباكرة بعد الحادث الوعائي الدماغي.

يحافظ مرضى الخزل الشقي الأيمن (إصابة نصف الكرة المخية الأيسر) على فاعليتهم الحركية الإرادية. فهم يبدؤون مبكراً بتحريك أنفسهم بأنفسهم في السرير، كما يبذلون جهدهم لاستخدام اليد اليسرى قدر الإمكان في أعمالهم، كما يدعمون يدهم اليمنى بيدهم اليسرى. هؤلاء المرضى يشاركون بشكل فاعل وإيجابي في التمارين العلاجية التأهيلية.

أما مرضى الخزل الشقي الأيسر (إصابة نصف الكرة المخية الأيمن)

فيكونون، على العكس، منفعلين وسلبيين ومضعفين، ويكون سلوكهم الحركي غير هادف. لا يحاولون استخدام يدهم اليسرى حتى لو كان الخزل فيها طفيفاً، حيث تبقى اليد اليسرى خاملة تماماً. وفي حالات خاصة يبدو وكأن المريض ينساها، ولا يستعين بها في أفعاله. أثناء الرسم لا يستخدم المريض النصف الأيسر من ورقة الرسم إلا في نطاق ضيق. إجمالاً يمكن الحديث عن فقدان أي تلقائية حركية، الأمر الذي يظهر بصورة أشد في الجانب الأيسر (Gubina، 1964)، هذا الجانب الذي كان حتى ظهور المرض الجانب غير المسيطر، والتابع في نشوء السلوك الحركي الكلي. ليس هناك سوى دوافع قليلة، أو ليس هناك أي دافع على الإطلاق للنشاط الحركي في الجانب الأيسر من الجسم. ويكون السلوك الحركي عند هؤلاء المرضى إجمالاً كسولاً ومتباطئاً وباهتاً، ويفقد قدرته التعبيرية السابقة. فالمرضى قليلو الحركة ومتراخون وطويلو الأناة ومنتشون، ولا يدركون مرضهم الخاص، وينظرون إليه كشيء غريب. إلى جانب النقص الشديد في التلقائية الحركية اليسرى ونقص الانفعالية وضعف سمات الشخصية تشاهد أيضاً اضطرابات حسية قاسية في الجانب الأيسر من الجسم، عمى شقي متجانس أيسر وعمه مكاني أيسر. إن عدم الفاعلية والخمول ونقص المحتوى التعبيري تظهر هنا على خلفية من الإدراك المتغير للمكان والزمان.

وصف Balonow (1979) تبديلاً مختلفاً في السلوك الحركي بعد نوبات الاختلاج الكهربائية الجبهية اليمنى أو اليسرى. ففي الحالة الأولى حصلت «حالة هيجان حركي» في الغالب، حيث قام المرضى بـ «حركات تكرارية» على شكل حكّ أو خدش، أو هزّ، أو قبض، أو حركات درّاجة وغيرها من الحركات النمطية. أما بعد النوبات اليسرى فغالبا ما لوحظ نقص في التلقائية الحركية، حيث استلقى المريض بلا حراك، وجهه متحجر وعيناه نصف مغمضتين ونظرته موجهة إلى نقطة معينة بشكل جامد. وقد وصف المؤلف ذاته اضطرابات الأداء «الرمزي» (لم يكن المريض قادراً على القيام بإشارة متفق عليها بعد تدريبه عليها) واضطرابات الأداء القموي (لا يستطيع المريض القيام بحركات معينة في اللسان والشفيتين)، وذلك بعد تثبيط نصف الكرة المخية الأيسر، وخرق ارتداء الملابس وخرق النظرة بعد تثبيط نصف الكرة المخية الأيمن.

من غير النادر ظهور اللاتناظرات الحركية ضمن ظروف مرضية بشكل أشد منه في الحالة الطبيعية. فالنقص الأيسر الموصوف في التلقائية الحركية، على

سبيل المثال، يطابق بشكل ظاهر للعيان قلة النشاط الحركي في الجانب الأيسر من الجسم والملاحظة عند الأشخاص الأصحاء أيضاً. يجدر بالاهتمام في هذا الصدد أن الطرفين الأيسرين أكثر تعرضاً للأذية من الطرفين الأيمنين. فقد توجّب البتر في 52.8% من الحالات في الأطراف اليسرى وفي 47.2% من الحالات في الأطراف اليمنى (Salkind، 1949).

2-3. اللاتناظرات في الاضطرابات في المجال الحسي:

على الرغم من وصف اللاتناظرات الحسية ضمن الظروف المرضية من قبل كل من الاختصاصيين العصبيين والعصبيين النفسيين والاختصاصيين النفسيين، فإنه لم يتم أي تحليل لها من وجهات نظر موحدة. في إصابة المنطقة الجدارية اليمنى لوحظ خدر تام في نصف الجسم الأيسر وفي الطرفين الأيسرين. إنما لم تلاحظ اضطرابات حركية، وتمكن المرضى، تحت المراقبة البصرية، من القيام بحركات معقدة ودقيقة للغاية باليد اليسرى. ومن غير النادر أن ينكر هؤلاء المرضى خدرهم الشقي، ولا يعرفون عنه شيئاً (Varnell، 1978). كما تم إبراز التواتر الكبير للآلام في الجانب الأيسر من الجسم والأهمية المحتملة لنصف الكرة المخية الأيمن في نشوء هذه المتلازمات الألمية (Boyd و Merskey، 1978). كما أن «الأهلاس الألمية» - الألم الشبكي⁽¹⁾ بعد البتر - يظهر في 66% من الحالات بعد البتر الأيسر، وفي 34% من الحالات بعد البتر الأيمن (Salkind، 1946)، وتبعاً لمعطيات Tschernikowa (1946) بلغت النسب 55% أو 45%، وتتطور أكثر الآلام الشبكية بعد بتر الطرف السفلي الأيسر أعلى الركبة، ويمكن أن تتأثر شدتها جراء إصابة نصف الكرة المخية الأيمن وليس نصف الكرة المخية الأيسر. من المعروف أن الآلام الشبكية عند النساء تظهر بعد استئصال الثدي الأيسر بشكل أكثر تواتراً منه بعد استئصال الثدي الأيمن (Weinstein، 1964، 1970). ويتعلق هنا الموضوع بإدراك إحساسات في أجزاء من الجسم لم تعد موجودة على الإطلاق. كما تتمظهر اضطرابات لامتناظرة في الصورة الجسمية في الأهلاس الجسمية كثيرة الظهور على شكل تعدد أطراف كاذب (إدراك أطراف إضافية)، وذلك في إصابة نصف الكرة المخية الأيمن

¹ الألم الشبكي (Phantommerz): ألم يشكو منه المريض في الجزء المبتور من الطرف. صحيح أن هذا الجزء لم يعد موجوداً فعلياً، ولكن تمثيله في الدماغ ما زال قائماً. - (المترجم).

(Babenkowa، 1977، Schubenko-Schubina، 1971)؛ حيث يدرك هؤلاء المرضى، بدلاً من ذراع يسرى واحد، عدة أذرع - اثنتين أو ثلاث أو أكثر.

يعاني انعكاس العالم الواقعي بوساطة أعضاء الحواس من اضطرابات مختلفة تبعاً لجهة الإصابة في نصف الكرة المخية الأيمن أو الأيسر. في إصابة نصف الكرة المخية الأيمن يحدث عمه الوجوه (Simernizkaja، 1978، Kok؛ 1967)؛ ليس في مقدور المرضى التعرف إلى فردية وجه ما، وفي بعض الأحيان لا يمكنهم التفريق بين الرجال والنساء إطلاقاً، ولا يتعرفون إلى أنفسهم في المرآة، كما يفقدون القدرة على تمييز التعبير الانفعالي على وجوه الأشخاص المحيطين بهم أو تمييز أصوات محدثيهم. طلب Gardner (1975) من أشخاص أصحاء ومن مرضى مصابين بأذية بؤرية في الدماغ اختيار أكثر من 4 رسوم كاريكاتورية هزلية من ضمن سلسلة من الرسوم الكاريكاتورية تحمل تعليقاً فكاهياً. فأبدى المرضى ذوق الأذية البؤرية اليمنى مثلاً ميلاً إلى الضحك باستمرار، أو إلى عدم الضحك، مقدمين تعليقات تفسيرية؛ فقد فهموا الصور ذات الكتابة، وكانت قدرتهم على التعرف أفضل وضوحاً من ارتكاسهم الانفعالي. أما المرضى ذوق البؤرة الدماغية اليسرى فقد فهموا الصور الخالية من التعليق بشكل أفضل، وكان ارتكاسهم على الفكاهة مشابهاً لارتكاس الأصحاء، فقدرتهم على التعرف كانت أسوأ كوناً من معاشتهم الانفعالية.

لاحظ Balonow (1979)، عند تثبيط نصف الكرة المخية الأيمن، عمه أصوات ونبرات (لا يفهم المرضى معنى النبرات اللفظية، ولا يتعرفون إلى الأصوات المعروفة) وعمه أصوات غير لفظية أو «صمماً نفسياً» (يفقد المرضى القدرة على التعرف إلى الأصوات المادية - صور صوتية غير لفظية مألوفة) وكذلك عمه موسيقياً أو «صمماً موسيقياً» (لا يعود في مقدور المرضى التعرف إلى ألحان معروفة عموماً). عند تثبيط وظائف نصف الكرة المخية الأيسر حدث عمه سمعي - لفظي، «صمم لفظي»: ليس في مقدور المريض فهم الحديث الموجه إليه، فهو لا يفهم أية كلمة، ولا يستطيع التمييز بين الأصوات اللفظية.

عند دراسة إدراك المنبهات اللمسية والسمعية من قبل كل من نصفي الكرة المخية الأيمن والأيسر، وذلك عند مرضى قُطِعَ لديهم الجسم الثفني، أثبت Dimond (1979) أن النسبة المئوية للإشارات التي تُكشَف من قبل نصف الكرة المخية الأيمن أعلى بكثير من تلك المكتشفة من قبل نصف الكرة المخية الأيسر.

لقد وصفت أهلاس من كل النوعيات في الإصابات البؤرية في الدماغ: بصرية وسمعية ولمسية وذوقية وشمية. حيث تظهر بشكل غير متناظر:

1- يختلف تواتر ظهور الأهلاس في إصابة كل من نصفي الكرة المخية الأيمن والأيسر. لا تظهر أهلاس الذوق والشم خاصة سوى في إصابة نصف الكرة المخية الأيمن (Smirnow ، 1976)، التي تظهر فيها بكثرة ملحوظة أيضاً خداعات بصرية وغير لفظية (Tschebyschewa ، 1977)، بينما تلاحظ في الإصابة اليسرى أهلاس سمعية لفظية بالدرجة الأولى.

2- تُبدي الأهلاس خصائص مكانية - زمانية مختلفة حسب جهة الإصابة. كما يعيشها المريض بشكل مختلف. هكذا يصف المرضى الأهلاس البصرية في الإصابة اليسرى بأنها تتطور بشكل ملموس في مقاطع محدّدة من المكان والزمان يتواجد فيها المريض فعلياً. أما في الوصف الذي يقدمه مرضى الإصابة الدماغية اليمنى فكثيراً ما يجد المرء غموضاً وعدم وضوح في رؤية الملامح والمعالم، وصعوبات في مطابقة الصور الكاذبة المعاشة حالياً في الحاضر مع الصور المختزنة من الماضي. على سبيل المثال غالباً ما يكون لدى المرضى الشعور بأن وجه الشخص، الذي يقع بصرهم عليه في أهلاسهم، معروف لهم، ولكنهم لا يقدرّون على تحديد هوية الشخص المعروف لديهم بشكل واضح، والذي يذكّرهم به هذا الوجه من معارفهم.

كما تحمل الخصائص المكانية - الزمانية للأهلاس البصرية عند المرضى ذوي الإصابة الدماغية اليسرى طابعاً محدّداً جداً، وعند المرضى ذوي الإصابة الدماغية اليمنى طابعاً أقلّ تحديداً بكثير وغير واضح. ففي الحالة الأولى كانت الصورة الأهلاسية منفصلة مكانياً، وكانت الأهلاس، كما هي الحال بالنسبة لمجمل العالم الواقعي، منقولة إلى المكان اللاشخصي، بالتالي كانت المقدرة على مواجهة الأهلاس باقية وموجودة. أما في الحالة الثانية فكانت كل هذه الحدود باهتة وغير واضحة. عدم الوضوح هذا في خاصيتها الزمانية يكمن في التحديد غير الواضح لصور الحاضر والماضي، والتي تصعب مطابقتها. أما في خاصيتها المكانية فيتمظهر في عدد كبير من التدرجات ذات الفوارق الطفيفة. لا يمكن للمرضى فصل أنفسهم مكانياً عن أهلاسهم البصرية إلا بشكل رديء، وفي بعض الأحيان يندمجون معها، ويظهرون بذلك غير قادرين على مواجهتها؛ وأحياناً يتم إدراك إسقاط الأهلاس في المكان الأيسر فقط (Semenow ، 1965). لنضع نصب أعيننا

كم هو غريب ومدهش كيفية حصول التمييز المكاني «للتصورات المرئية»: «عندما يتم إسقاطها إلى الخارج لا تتصل مع الشاشة أو مع موضوع واقعي ما آخر، بل يتم إسقاطها في الساحة البصرية المظلمة للعينين المغمضتين فقط، أو تتم رؤيتها، كما في الأهلـاس الكاذبة لـ Kandinski، في المكان الخارجي، ولكن بالـ «العين الباطنية»، أو لا يتم إسقاطها في المكان الخارجي، بل تُستبعد في الساحة البصرية الباطنية... ومن غير النادر أن تجعل الصورة المرئية الأشياء الواقعية أيضاً تبدو باهتة ومبهمة بدرجة معينة» (Semenow، 1965).

إجمالاً لم يُعالج ظهور الأهلـاس في المراجع إلا قليلاً. لقد وصفنا سابقاً مشاهدات ظهرت فيها أهـلاس موسيقية في النصف الأيسر من المكان، وصفها المرضى وكأنها «قادمة من الأيسر» (Bragina و Dobrochotowa، 1977). وهي تشكل أورة (Aura) نوبة اختلاجية كبيرة، وتمثل في بعض الأحيان جزءاً من نوبات اختلاجية تتألف من مكونات نفسية مرضية وإنبائية.

تظهر الاضطرابات الحسية غير المتناظرة الموصوفة في هذه الفقرة عادة في إطار متلازمة سريرية كبيرة، وتترافق مع اضطرابات حركية ونفسية. وللمزيد من إيضاح لاتناظر الاضطرابات في المجال الحسي، والسياق الذي تظهر فيه، نود هنا وصف إحدى الحالات. كما نود، بناءً على هذه المشاهدة السريرية، أن نحاول تبيان تلك الحالات المرضية المحددة، التي تدعونا بمجملها إلى طرح السؤال عن أهمية المكان والزمان في تنظيم النشاط العصبي - النفسي الكلي عند الإنسان.

المریضة S-wa، العمر 66 سنة، متقاعدة (كانت تعمل كمدرسة). يمينية (اليد). أُدخِلت في عام 1978 معهد N. N. Burdenko للجراحة العصبية. في الأعوام 12 إلى 15 الأخيرة ظهرت لديها بشكل متكرر هجمات ألمية في نصف الوجه الأيمن. كما كانت تشعر، من وقت لآخر، وخلال 10 سنوات تقريباً، بأصوات مدوية في الرأس بشكل متزامن مع ضربات القلب. التشخيص: تصلب عصيدي عام مع رجحان الإصابة في الأوعية الدماغية، بؤرة نقص تروية في المناطق الخلفية لنصف الكرة المخية الأيمن، خثرة الشريان السباتي الباطن مع دوران جانبي معاوض غير مستقر. وأظهرت الصورة السريرية: عمى شقي متجانس غير تام، نقص حس في نصف الوجه اليمن، اشتداداً طفيفاً في منعكسات الطرفين الأيسرين، نقصاً في حس المفاصل والعضلات في الأيسر. في الفحص العصبي النفسي نفذت المريضة اختبارات القيام بعمل ما تبعاً للسّمات الحركية، بتفتيش مديد وبعد زمن كمون

طويل، لاسيما من الأيسر نحو الأيمن. تحليل الإيقاعات السمعية كان مضطرباً. الحافة اليسرى من الساحة البصرية كانت مهملة. الإدراك البصري تم بشكل مجزأ أو مقطع فقط. ظهرت الأخطاء في الاختبارات البصرية - المكانية وفي النسخ وفي الحساب. إذا طُلبَ إلى المريضة عدّ نقاط مرسومة على قطعة ورق، بدأت من الجهة اليمنى، وأغفلت النقاط الواقعة إلى اليسار. وعند تأمل الصور أيضاً تبدأ بالجهة اليمنى. ولا تدرك التفاصيل الواقعة على الجهة اليسرى إلا بشكل ضعيف. وأثناء الرسم لا تكمل التفاصيل الواقعة على الجهة اليسرى.

أثناء فحصها النفسي ذكرت المريضة في أول الأمر الحالات الانتيابية التالية، التي سنقدمها حسب تسلسل ظهورها، وقبل 2-3 سنوات ظهرت حالات في اليد اليسرى مثل «اليد اليسرى تعمل كل شيء بشكل عجيب»، و«لا يمكن للمرء مقارنة ذلك مع أي شيء... إنه، وكأنها منمّلة»، إنه مثل شوكة: عندما يلمس أحدهم اليد «ينجم عن ذلك ارتكاس في كامل العضوية».

وفي النوبات التالية ظهر عند المريضة الشعور بأنها ترى «بدلاً من يد واحدة، ثلاث أذرع وثلاث أيدي. وهي تأتي سوية من مكان ما من الخلف، وكأن أحداً ما يدفعها إلى الأمام». وتُظهر المريضة، أثناء وصف مثل هذه الحالات، كيف أن اليد التي تُحرّك أولاً إلى الخلف (خلف الظهر) تعود إلى الأمام وأصابعها متباعدة، بينما تتابع المريضة في هذه الأثناء حركات اليد اليسرى. وتتابع الوصف: «كلها أيدي غريبة. أنا أعلم أن يدي الخاصة موجودة بينها، ولكنني لا أستطيع تمييزها، لا أستطيع عزلها عن الأيدي الأخرى الغريبة». أما النوبات التي انضافت مؤخراً فتبدأ عادة حوالي الساعة 6 أو 7 مساءً، عندما تريد المريضة تناول الطعام، حينما «تشعر بجوع شديد». «فجأةً تصل إشارة ما من المعدة، وتجري أمام عيني على الفور أحداث كما في المشكال⁽¹⁾. يظهر أشخاص، تتحرّك وجوه ما في داخل رأسي. وهي معروفة لدي بشكل من الأشكال. عموماً يعتريني الشعور بأن كل هذا كان قد حدث ذات مرة في السابق، ولكن الشيء الوحيد غير الواضح بالنسبة إليّ هو أين ومتى. وفي الوقت نفسه ينشأ لديّ انطباع مبهم بأن كل هذا قد وقع في الحلم في الليلة الماضية». وقد كانت المريضة مندهشة بشكل خاص من هذا الإحساس الأخير المذكور، لأنها لم يسبق لها إطلاقاً أن اعتراها الشعور بعد النهوض صباحاً بأنها

¹ المشكال (Kaleidoskop): لعبة للأطفال تحتوي على قطع متحركة من الزجاج الملون ما إن تتغير أوضاعها حتى تعكس مجموعة لانهائية من الأشكال الهندسية مختلفة الألوان. - (المترجم).

«حلمت». ولكن مساء اليوم نفسه، عندما تظهر النوبة، يلحّ عليها إحساس لا يقاوم بأنها قد رأت كل هذا في الحلم. «الوجوه» الموصوفة تظهر عادة قبل النوبة، التي ينشأ فيها الإحساس الموصوف أعلاه بأن لديها عدداً من الأيدي بدلاً من واحدة. «وقد يظهر الشعور بأن اللسان قد أصبح ثخيناً جداً». وما إن تنهي النوبة، حتى تخلف شعوراً بالوهن في الذراع اليسرى والطرف السفلي الأيسر.

يظهر عند المريضة شكلان مختلفان من النوبات. في الشكل الأول «تفقد المريضة نفسها»: «أكون مثلاً ماشية في الشارع، أبحث عن حانوت ما، وفجأةً - ربما في الشارع أو عند مدخل المنزل - أفقد نفسي. أنسى أين أنا، ماذا قرّرت أن أفعل ولماذا». مع ذلك تعقّب المريضة في الوقت نفسه موضحةً أن هذا «ليس مجرد نسيان بسيط، فأنا لا أنسى لماذا خرجت من المنزل وإلى أين أذهب، بالنسبة لي كل شيء ضاع مني، كأنني لم أوجد سابقاً في هذا العالم، كأنني لم أعد موجودة. فأنا أزول. لا بد أن بعضاً من الوقت يمضي قبل أن أدرك نفسي ثانية، قبل أن أفهم وأعود إلى ما حولي». أما في النوبات الأخرى ف «تظهر فجأةً رائحة ما». ولا تستطيع المريضة تحديد الرائحة بدقة، «فهي ليست رائحة كحول، ليست رائحة بنزين. أنا نفسي لا أفهم، ولكنها مزعجة جداً بشكل ما».

الحالة النفسية في الفترات بين النوبات: المريضة متوجّهة، تُبدي سلوكاً طبيعياً في الظاهر، وتتحدّث مع الطبيب عن طيب خاطر. تبذل جهودها لاستيضاح إحساساتها الخاصة وُلوصفها بشكل جيد قدر الإمكان، كي يفهمها الأطباء بالتأكيد. تبحث باستمرار عن مصطلحات وتعابير وكلمات تستطيع من خلالها وصف حالتها وإحساساتها «النادرة» أثناء النوبات بشكل أدق. وهي غير راضية عن جميع المصطلحات التي تستعملها تقريباً: «كلا، إن كل هذا لا يعكس إحساساتي بالدقة التي أريدها». والمريضة منشغلة جداً بالنوبات التي تتكرّر باستمرار. وهي ترجو الأطباء اتخاذ إجراءات وفعل شيء ما كي يساعدها.

في حال وجود عمى شقي متجانس أيسر تظهر عند المرضى، في طور معين من الإصابة الدماغية في نصف الكرة الأيمن، نوبات ذات بنية معقدة، تُبدي إحساسات متنوعة في الجانب الأيسر من الجسم واضطرابات في إدراك الـ «أنا» الخاصة. في النوبات الأولى تُذكّر إحساسات بالنسبة لليد اليسرى وكأنها تعمل «كل شيء بطريقة غريبة». وتكون المعطيات غير متشابهة ومتناقضة جزئياً. وإلى جانب الميل إلى التغريب، الذي لا تعود المريضة تحس فيه أن يدها اليسرى جزءاً منها، هناك

حالات يتم فيها إدراك اليد اليسرى بشكل مشدّد. وتصف المريضة لمسها في هذه الحالات «كارتكاس في كامل العضوية». أما الإدراكات الكاذبة لأيدٍ إضافية، التي ظهرت في النوبات المتأخرة، حيث شعرت المريضة بثلاث أيدٍ بدلاً من واحدة، فلا بد من وصفها بأنه أهلاس جسدية. المريضة تدرك يدين اثنتين كاذبتين غير موجودتين في الحقيقة على الإطلاق. إن هذه الأهلاس جديرة بالاهتمام، وتختلف عن الأهلاس التي تظهر في المراكز النفسية عند مرضى من دون إصابة دماغية بؤرية. لا تمتلك المريضة الإمكانية لتحديد اليد التي تخصها من بين الأيدي الثلاث، أي أنها لا تستطيع تحديد أية يد من الأيدي الثلاث هي الواقعية والحقيقية. فهي تعلم شكلياً فقط أن يدها الخاصة موجودة بين الأيدي الثلاث، ولكنها لا تستطيع، بناءً على إحساسها وإدراكها المعتاد لجسمها، تمييزها عن الأيدي المزيفة الموجودة في الأهلاس فقط.

ربما من المناسب الحديث عن الأهلاس المركّبة: فالمريضة لا تدرك الأيدي الإضافية جسدياً وحسب، بل تراها أيضاً، حيث تظهر الصور المرئية للأيدي في الأيسر، وهي متحرّكة، فهي تتحرّك من الخلف نحو الأمام. إن كلاً من الصورة المرئية والإدراك الجسدي للأطراف الإضافية يملك قدرة إقناعية مختلفة في وصف المريضة. فعند وصف الأيدي الكاذبة تعتمد المريضة على الإدراك البصري بشكل أقوى منه على الإدراك الجسدي. وقد ظهرت في بعض النوبات أهلاس شمية كذلك.

يمكن وصف الظواهر النفسية المرضية، التي ظهرت في النوبات الأخرى بأنها تصورات بصرية قهرية. فهي تظهر بشكل لا إرادي، والمريضة غير قادرة على التحرّر منها قبل أن تنتهي النوبة. ومن الجدير بالملاحظة مجدداً ضبابية الإدراكات البصرية وتناقضها فيما يتعلق بخاصيتها المكانية والزمانية. فظهورها في وعي المريضة غير محدّد بوضوح في المكان والزمان. ترى المريضة فيما يبدو كل شيء خارج ذاتها، ولكنها تقول في الوقت نفسه: «إنها تتحرك داخل رأسي». إن الأشخاص والوجوه المتبدّلة «كما في المشكال»، وكل شيء تراه، يوقظ عند المريضة الشعور الغامض بـ «المعرفة المسبقة»، وكأنه وجدّ ذات مرة في إدراكاتها الماضية، وكأنه قطعة من ماضيها. مع ذلك فالمريضة غير قادرة على إحراز الوضوح في أهمّ سؤال بالنسبة لها: هل حدث كل هذا فعلاً في الماضي؟ إنها تصف كل هذا وكأنه لم يحدث في الماضي، وكأن الأمر يتعلق بمجرد إحساس كاذب، بإحساس

مرضي متخيّل. وتتميّز هذه الملاحظة بتفصيل آخر نادر الظهور: كل ما تراه المريضة في أهلاسها البصرية يبدو لها وكأنه لا يحدث في الحياة الواقعية، بل في الأحلام، والتي، مع ذلك، لم تملكها إطلاقاً حسب رأيها.

ما هو أكثر صعوبة في تفسير النوبة كلمات المريضة: «أنا أفقد نفسي». من الصعوبة بمكان على المريضة تقديم إحساساتها بالكلمات. فهي غير راضية عن التعبير «أنا أنسى»، لأنه لا يعكس الإحساس الغريب والأهم في النوبة. فالمريضة تفقد أثناء النوبة كليتها وتعيينها كشخص، أولاً كشخص يعيش ويتصرف في مكان ملموس وزمان ملموس، وثانياً كشخص يملك في كل لحظة أهدافاً ومخططات محدّدة، ولديه تصور واضح عن المكان والزمان اللذين ستتحقق فيهما في المستقبل. كما يضعف باستمرار شعور المريضة بوجودها في عالم مادي وبوجودها كشخص فاعل في الوسط الاجتماعي، أو تفقده تماماً. وهي تملك الشعور بأنها لم تعد موجودة في المكان الواقعي والزمان الواقعي. مع ذلك فإن هذا الشعور يمضي بسرعة خاطفة.

لم نتمكن من مشاهدة المريضة أثناء النوبة. كما أننا لم نحصل منها على أية معطيات واضحة فيما إذا كانت في هذا الوقت تدرك المكان والزمان، أم أنها تهملهما ويكفّان عن الوجود بالنسبة لها.

مع ذلك تدعونا بعض الظواهر المدركة من قبل المريضة خارج النوبات إلى القبول بحضور ضعيف وناقص للمكان والزمان. فقد ظهر ميل إلى إغفال الجهة اليسرى. كما كان المكان الأيسر في وعي المريضة أقل حضوراً منه عند الشخص السليم. فهي تدرك المنبّهات الواقعة في المكان الأيسر بشكل أسوأ. عند الطلب إليها مثلاً عدّ النقاط المرسومة على قطعة من الورق، أغفلت النقاط الواقعة في أقصى اليسار. وقد ترافق هذا الحضور الضعيف للمكان الأيسر مع تبدل في السلوك الحركي. فقد كانت جميع أشكال نشاط المريضة أقل فعالية عندما نُفِدت في المكان الأيسر. وما كان يضايق المريضة بنوع خاص، أثناء تأمل الصور، التي تمثل أفعالاً، وفهم محتواها الانفعالي، هو فقدان إدراك التفاصيل الواقعة في الجهة اليسرى من الصورة وبقاء الإدراك الإجمالي مجزئاً. عندما ترسم المريضة، يكون انشغالها بالجهة اليسرى من الصورة أقل، مما يؤدي إلى رسم غير كامل نتيجة غياب التفاصيل في الجهة اليسرى. أما الأفعال السلوكية، التي تقوم بها المريضة في المكان الأيسر، فتبدو أقل تصميمياً وأقل وضوحاً وحكمة وأقل توجيهاً

إلى بلوغ النتائج المطلوبة. كما تبين الملاحظة كذلك تداخل ما يسمى الأعراض المنتجة (produktiv) وأعراض النقص أو القصور، ونسبية فصلها، وغياب الحدود الواضحة فيما بينها للأسف. فضلاً عن المعاشات الذهانية أثناء النوبات يشاهد لدى المريضة اضطرابات حسية وحركية مستمرة وقاسية، تنعكس في بنية الذهانات قصيرة الأمد جداً عند المريضة.

لقد قدّمنا الظواهر السريرية المعروفة في طب الأعصاب، مثل الاضطرابات الحسية والأهلاس والتصورات والتخيلات البصرية... إلخ، في سياق تحليلها من خلال وصف خصائصها المكانية - الزمانية. ونود توضيح نقل التشديد، الذي اعتمدها في تفسير الظواهر السريرية المعروفة منذ زمن طويل، على مثال لم يُذكر بعد في التحليل، وهو الإحساس بتضخّم اللسان، الذي ظهر عند المريضة أثناء بعض النوبات. وهو يُصنّف عادة في عداد ما يسمى الاضطرابات النفسية الحسية، أو يوصف في إطار تبدّد الشخصية الجسدية، أو الإدراك المتغير للجسد الخاص. يمكن أن تظهر إحساسات من هذا النوع بالنسبة لأجزاء الجسم المختلفة في إطار المظاهر المرضية في نصف الكرة المخية الأيمن: الرأس، الصدر، الأطراف (اليسرى في الغالب). وفي إطار تفسيرنا ننظر إلى هذه الاضطرابات في سلامة الجسم الخاص الاعتيادية عند الإنسان السليم على أنها ضعف أو زوال الحياط المكاني الواضح لـ«أنا» الجسمية للإنسان، أي حدوده المكانية الفاصلة عن مجمل العالم الخارجي الموجود خارج ذاته.

لا شك في أن هذه المشاهدة السريرية المعروضة تجعل إخضاع الظاهرة السريرية المعروفة عند أطباء الأعصاب، أي ظاهرة إغفال المكان للأيسر، إلى وصف وتحليل خصوصيين، أمراً ضرورياً.

3-3. العمه المكاني أحادي الجانب:

نجد في المراجع اهتماماً كبيراً بهذه الظاهرة. فقد وُصفت في الإصابة البؤرية في نصف الكرة المخية الأيمن (Babenkowa، 1971)، وفي إغائءة المؤقت الوظيفي بحقن الباربيتورات في الشريان السباتي الأيمن (Simernizkaja، 1978)، وفي سياق العلاج بالصدمة الكهربائية أحادية الجانب (Deglin و Balonow، 1976). تظهر هذه الظاهرة في إطار متلازمة سريرية كبيرة كان قد اكتمل وصفها تدريجياً.

وقد نوقشت في البداية صورها الأكثر وضوحاً، أي ضعف إدراك المنبّهات البصرية اليسرى، الأمر الذي عدّته كل من Lurja و Skorodumowa (1950) عمى شقياً أيسر مثبّتاً. وأبرزتا أن المرضى لا يلاحظون هذا العمى الشقي، وليس لديهم أي موقف إيجابي لمعاوضته. ورأتا في ذلك تطابقاً مع إهمال عيوب أخرى، كالفالج الشقي الأيسر مثلاً، واقترحتا التفسير التالي: «من المحتمل أن تقييم العيب ومعاوضته يتطلب من النبضات الواردة، التي تصدر عن الباحات الروحية الثانوية لنصف الكرة المخية الأيمن، إعطاء إشارة حول العيب الموجود، فإذا افتُقدت هذه الإشارة، اختلت إمكانية تقييم العيب، ولم تظهر أية معاوضة. وليست الحال على هذا النحو في اضطراب نشاط نصف الكرة المخية اليسر، الذي ترتبط باحاته الروحية الثانوية بشكل مباشر مع أجهزة نظام الإشارة الثاني، وتقود الاضطرابات فيها فوراً إلى تحوّل عصبي في الوظائف القشرية».

ولكن ما هو الشيء الرئيس في هذه المتلازمة؟ إنه الحقيقة الواضحة التالية، وهي أن المنبّهات البصرية الناشئة من المكان الأيسر للمريض يتم إدراكها بشكل ضعيف، أو تُهمَل كلياً. كما يصيب الإهمال الأيسر المنبّهات السمعية أيضاً (Altman، 1976). وتبدو إحساسات المريض للمسية كذلك أضعف، عندما تظهر كاستجابة لتبنيه الجانب الأيسر من الجسم؛ فالإحساسات للمسية والحرارية والألمية تكون غير متماثلة وأضعف في الجهة اليسرى. ويشعر المرضى بنصف الجسم الأيسر بشكل أسوأ (Hecaen، 1960). وعندما تكون هذه الاضطرابات واضحة جداً، فإن الأشياء الواقعة إلى يسار المريض لا تصل إلى الوعي، بما في ذلك النصف الأيسر من جسمه. كما يشدّد Hecaen على أن المرضى لا يعلمون إطلاقاً بما يوجد إلى يسارهم، وهم يتصرفون كما لو أن هذا الجزء من المكان غير موجود على الإطلاق بالنسبة لهم. ويزول النصف الأيسر من الجسم الخاص ومن العالم الخارجي بالنسبة لهؤلاء المرضى، الذي يتم إدراكه من خلال المكان الأيسر للإنسان.

لقد تم التأكيد على أن تغيرات السلوك الحركي في المتلازمة السريرية الكبيرة تتمتع بأهمية خاصة كبيرة. فالمرضى لا يقومون بأي نشاط حركي تلقائياً، في حال توجب تنفيذه في المكان الأيسر. ويتم التمييز في هذه الاضطرابات بين درجة خفيفة ودرجة شديدة (Hecaen، 1960). في الحالة الأولى تكون الاضطرابات غير مرئية من النظرة الأولى، بل يتطلب إثبات وجودها اختبارات خاصة. عندما يُطلب إلى المريض مثلاً مدّ خطوط على قطعة ورق، فإنه يرسمها على الجهة اليمنى فقط، وإذا

طُلبَ منه أن يرسم شيئاً ما ، فهو لا يرسم الجانب الأيسر منه. أما في الدرجات الشديدة فإن المريض يرسم أو يكتب على النصف الأيمن من الورقة فقط، وعندما ينظر إلى صورة ما ، لا يرى إلا ما هو واقع في الجهة اليمنى فقط، وأثناء عدّ أشياء ما يغفل تلك الواقعة في الأيسر. كما تم إثبات وجود عيب في حركات الملاحقة بالعينين باتجاه الجانب غير المدرك من المكان. كما وُصِفَت اضطرابات في حركات العينين استجابة لمنبه بصري، ونقص أو غياب الرؤية البصرية الحركية، وفقدان حركات النظر الإرادية التلقائية. كما ظهر خرق النظرة عند فحص حركات العينين تبعاً للأوامر (Popowa و Kortschashinskaja ، 1977).

يتحدّث كل من Seidemann و Scheller (1931) عن تضيق في ساحة الانتباه البصري، الذي يرتبط باضطرابات حركات العينين. ولكن «من الصعب القول فيما إذا كانت هذه الاضطرابات نتيجة، أو سبباً لفقدان الانتباه البصري، وهو الأكثر احتمالاً» (Hecaen ، 1960). وقد رأى Kleist (1932) كلاً من الاضطرابات العينية الحركية واضطرابات الانتباه البصري كوجهين لحديثة واحدة.

أخيراً اكتمل الوصف السريري للمرضى الذين يبدون عمهاً مكانياً أحادي الجانب من خلال وصف الاضطرابات النفسية. إن التبدلات في السلوك الحركي وفي الشخصية وفي المجال الانفعالي عند هؤلاء المرضى تتطابق جميعها في جوهرها (Bragina و Dobrochotowa ، 1977). فهؤلاء المرضى دائماً خاملون، مترخون، لا مبالون أو منتشون، ولا يدركون عيوبهم. سلوكهم يفتقر إلى أي هدف، ومعايشاتهم تتسم بالجلد والتسامح. أما ظهور الانزعاج والقلق والمبالاة فيمثل عادة علامة إنذار جيدة. كما يلاحظ مؤلفون آخرون تبدلات في الوعي «بمعنى خلل التوجه في المكان وفي الزمان والأشخاص» (Battersbey ، 1965)، وفقدان إدراك العيب مع عدم إمكانية معاوضته (Torowski و Jeriernicka ، 1978)، و«لامبالاة عامة» (Hecaen ، 1960).

من هنا فإن العمه المكاني أحادي الجانب ليس إلا صورة خاصة لمتلازمة سريرية كبيرة تشمل اضطرابات حسية وحركية ونفسية لامتناهية. وهي لا تظهر في كامل مداها عند المرضى بإهمال المكان الأيمن في إصابة نصف الكرة المخية الأيسر، الأمر الذي يكاد يكون غير ممكن عند الأشخاص اليمينيين الخالصين. غير أن Hecaen (1960) يكتب أنه «شاهد صعوبات في نسخ الجهة اليمنى من الرسم، مع ذلك لم يهمل المريض في ذلك النصف الأيمن من الرسم بأي شكل

من الأشكال، بل كان يبذل جهده لرسمه، على الرغم من أنه لم يتمكن من رسمه بصورة جيدة». وكى نجعل السياق أكثر وضوحاً نورد هنا معطيات Hecaen، الذي قارن مجموعة من المرضى ذوي العمه المكاني أحادي الجانب (53 من أصل 384 تمت دراستهم من قبله) مع مجموعة من المرضى لم تكن لديهم هذه الظاهرة (الجدول رقم 6).

يكتب المؤلف أن النتائج المعروضة «أوحت له بفكرة مفادها أن مجرد وجود الاضطرابات الحسية، العمى الشقي والاضطرابات العينية الحركية والدهليزية واضطرابات الاتجاه وتبدلات الوعي واللامبالاة العامة يمكن أن يفسّر نشوء فقدان أحادي الجانب للانتباه البصري». عند التحليل النفسي للمرضى ذوي العمه المكاني أحادي الجانب (الأيسر) يخطر في البال حتماً، وبإلحاح، تصورات عن ارتباطات مختلفة، لاسيما عن ارتباط درجة اضطراب الوعي بمدى شدة الاضطرابات الحسية. يتعلق الموضوع بشكل أساسي بطبيعة العمه المكاني أحادي الجانب وآلياته. وقيل أن نعرض رأينا الخاص بهذه الظاهرة نريد إبراز حقيقة يتم إغفالها عادة عند الوصف السريري لهذه الظاهرة. في المتلازمة السريرية الكبيرة الموصوفة لا يظهر خلل التنظيم المكاني - الزماني في نشاط المريض كسمة وحيدة. على العكس يكون مرتبطاً دائماً بالكثير من السمات الأخرى. فالتوجه في المكان يكون عند المرضى مضطرباً بالمطلق عادة، وليس في النصف الأيسر من المكان فقط. ففي المستشفى يكون توجههم سيئاً فيما يتعلق بموقع الغرف والحجرات الملحقة، ولا يجدون مكانهم في غرفة المرضى إلا بعد جهد. كما تسوء ذاكرتهم الطبوغرافية والمادية. فهم لا يستطيعون، من دون مثال، أن يرسموا حتى الأشياء أو الحيوانات البسيطة إلا بجهد كبير. وغالباً ما يفقدون القدرة على وصف موقع الشوارع المعروفة جيداً لهم. وعندما يصف المرضى ناحية معروفة من المدينة، أو مظهر غرفة ما من زوايا نظر مختلفة، يتم إلغاء المواضيع الواقعة إلى اليسار من زاوية النظر المتصورة والمختارة من قبل المريض نفسه (Bisiach، 1981). كما تظهر أخطاء في تحديد توقيتات اليوم ومدة الأحداث الجارية، وكذلك في تحديد مكان الأحداث الواقعة للتو. هكذا يمكن لأحدهم أن يقول في الساعة 9 صباحاً، إن الوقت هو المساء، أو يقدر مدة حدث، لم تتجاوز 5 دقائق، بنصف ساعة أو أكثر. ويميل المرضى إلى التخريف، أي أنهم يملؤون الوقت المنقضي للتو بشكل تعسفي بأحداث مختلفة، لم تحدث في الحقيقة على الإطلاق.

الجدول رقم 6: الاضطرابات السريرية عند مرضى مع (المجموعة الأولى) ومن دون (المجموعة الثانية) عمه مكاني أحادي الجانب بالنسبة المثوية (Hecaen، 1960).

المجموعة الثانية	المجموعة الأولى	الاضطرابات
34	83	اضطرابات حسية
54	77	تبدلات الساحة البصرية
47	94	خرق إنشائي
22	58	اضطرابات جسدية روحية
		تشوهات البصر (Metamorphopsie)
53	90	واضطرابات الاتجاه والاضطرابات الدهليزية
25	83	اضطرابات عينية حركية
25	57	اضطرابات الوعي
18	60	«اللامبالاة العامة»
38	6	الحبسة الكلامية
33	4	اللاقرائية
13	2	الخرق الفكري والفكري الحركي

ويرى Hecaen (1960) في تفسيره أنه «توجد في الباحات الخلفية لنصف الكرة المخية غير المسيطر تشكلات خاصة يؤدي تضررها أو تأذيها إلى اضطراب سلامة التوجّه المكاني. طبيعى أن إدراك المكان الخارجي وإدراك الجسم الخاص يعتمدان على النبضات الحسية - الإحساسية والبصرية والحركية والدهليزية والعينية الحركية».

كما يلفت المؤلف الانتباه إلى النطاق الواسع لإصابة نصف الكرة المخية الأيمن، مقارنة مع نصف الكرة المخية الأيسر، الأمر المسؤول، برأيه، عن ظهور الإهمال المكاني الأيسر تحديداً. مع ذلك يمكن لبعض الحقائق الأخرى أن تتمتع بأهمية أكبر: حقيقة عدم إهمال المكان الأيمن، وحقيقة ترافق إهمال المكان الأيسر مع تشويهاً أخرى، ليس في الصفات المكانية فقط، بل أيضاً في الصفات الزمانية لكل المجريات الوظيفية عند المريض.

يفسر Semenow (1965) العمه المكاني أحادي الجانب (الأيسر) بالدور المسيطر لنصف الكرة المخية الأيسر في «المعرفة الروحية المكانية»، في حين يمثل نصف الكرة المخية الأيمن «منظومة أقل كفاءة في المعرفة الروحية المكانية». مع

ذلك تتوافر معطيات حول المساهمة الأقوى لنصف الكرة المخية الأيمن في الإدراك المباشر للمكان (Balonow ، 1979 ؛ Kok ، 1967).

عند محاولة تفسير العمه المكاني الأيسر لا يجوز بالتأكيد التسرع في اشتقاق اضطراب من اضطراب آخر ضمن المتلازمة الكبيرة وعزو إهمال المكان الأيسر إلى اضطراب الانتباه أو الوعي أو حتى النفسية بكاملها. إن مثل هذا الاشتقاق لهذه الظاهرة من حالات نفسية مرضية لا يختلف عن الرأي القائل إن الحداثيات النفسية عند الإنسان تقع خارج المكان والزمان. نعم، فبعد أن تكونت النفسية في مجرى التطور، بدأت بشكل ما «بمراقبة» إدراك المكان والزمان. هنا أيضاً يكمن الانطباع الأكثر وضوحاً لإصابات الدماغ البؤرية، التي دامت سنين، وهو أنه خارج المكان والزمان ومعايشتهما كظواهر حاضرة لا يمكن أن يوجد أي نشاط عصبي - نفسي هادف وفاعل. ويبدو أن المكان نفسه، كما هو الزمان أيضاً، في مستوى تطور الإنسان ووظائفه النفسية يمتلك، في أغلب الظن، صفات ووظائف لم تكن موجودة في الطبيعة قبل وجود الإنسان.

ولكن ظاهرة العمه المكاني الأيسر يمكن فهمها بالتأكيد في سياق الكشف عن هذه الانطباعات السريرية. ويمكن تصورها كتعبير عن تشديد مرضي لصفة المكان عند الشخص اليميني، والمبني على الاختلاف واللاتناظر في نصفيه الأيمن والأيسر. فمن المرجح أن المكان الأيمن مهم و«قوي» لدرجة أنه لا يُهمل حتى أثناء المرض: فالأحداث التي تقع فيه يتابع المريض، الذي يهمل المكان الأيسر، إدراكها.

من المهم أن يتضح لنا فيما إذا كان هذا الرأي، الذي عرضناه بناءً على خبراتنا السريرية في إصابات الدماغ البؤرية، يمكن إثباته عن طريق دراسات مؤلفين آخرين وعلى نماذج أخرى من حداثيات الدماغ المرضية. نحن لم نعثر حتى الآن على أي منشور علمي يحتوي على معطيات تناقض رأينا. مع ذلك هناك وصوف للاتناظر هذا عند مرضى أثناء التثبيط المؤقت لوظائف نصف الكرة المخية الأيمن في غضون العلاج بالصدمة الكهربائية. فإذا تكلم أحدهم إلى المريض وهو يقف إلى يساره، أدار المريض رأسه باتجاه الأيمن ثم حناه باتجاه الأعلى باحثاً في هذا الجزء من المكان عن الشخص، الذي توجه إليه بالحديث، أما إذا تم التحدث إلى المريض ذاته من الجهة اليمنى فإن الارتكاس يحصل عندئذٍ بشكل مناسب: يدير المريض رأسه نحو الجهة اليمنى وينظر إلى الأيمن (Balonow ، 1979).