

اللاتناظر النفسي في اضطرابات الدماغ عند اليمينيين

في عرضنا للاتناظر الحركي والحسي ضمن ظروف مرضية تعلق الموضوع في جوهره بتمظهرات مرضية في النفسية أيضاً. ويدل هذا على العلاقات المتبادلة بين اللاتناظر الحركي والحسي والنفسي ضمن شروط طبيعية ومرضية، والتي يتم فصلها بشكل مصطنع عند دراستها من قبل اختصاصيي الفروع العلمية المختلفة. مع ذلك يبدو أن مثل هذا التبسيط لا يمكن تحاشيه عند عرض اللاتناظرات النفسية المرضية أيضاً.

سوف نعرض فيما يلي معطيات سريرية تبين كيف أن الانفعالات والإدراك والوعي والذاكرة والتفكير... إلخ تتأثر في الإصابة الانتقائية في نصف الكرة المخية الأيمن أو الأيسر عند الأشخاص اليمينيين. وقد أفردنا اهتماماً خاصاً لماهية الخصائص في إدراك المكان والزمان، والتي تظهر في الاضطرابات المختلفة في هذه العمليات النفسية.

4-1. الانفعالات:

يمكن إيضاح تعقيد تحليل اللاتناظرات المرضية، التي تظهر في إطار النشاط النفسي الكلي، بشكل جيد على مثال التمظهرات الانفعالية المرضية. فقد دُرِسَ ارتباطها مع جهة الإصابة الدماغية بشكل أعمق من ارتباط المجالات الأخرى للنشاط النفسي الكلي. وليس هناك في الواقع أي اتفاق في الرأي فيما يتعلق بمسألة

تأويل دلالة هذه الارتباطات في دور كل من نصفي الكرة المخية في تكوين الانفعالات. ويمكن للأشكال الذهانية للمظاهرات الانفعالية المرضية في الإصابة الانتقائية في نصف الكرة المخية الأيمن فقط أو الأيسر فقط أن تظهر في حالات انتيائية أو غير انتيائية (ولكنها في الواقع عابرة أيضاً) همودية (اكتيائية) وتحت هوسية وحالات أخرى مشابهة.

تختلف التبدلات العاطفية التي تظهر في النوبات الناجمة عن إصابة المنطقة الصدغية اليمنى أو اليسرى. في الحالة الأولى تكون عواطف الخوف والحزن والذعر هي الوصفية، وتترافق مع تغيرات إنباتية شديدة الوضوح. أما في الحالة الثانية فالعاطفة الراجعة هي القلق، الذي يُبدي في الوقت نفسه ميلاً إلى اضطرابات انتيائية في التفكير اللفظي وفي الذاكرة، وكذلك إلى ظواهر لفظية. في حالة التوضع الأيمن للبؤرة تكون الاضطرابات الانتيائية في المجال الانفعالي أكثر تنوعاً إجمالاً، بينما تسير الحدثيات المرضية في نصف الكرة المخية الأيسر قليلاً أو كثيراً في اتجاه واحد - نحو ظهور توتر قلقي توجّسي.

كثيراً ما يلاحظ أيضاً في الحدثيات المرضية في نصف الكرة المخية الأيمن أثناء النوبات اضطرابات متناقضة في المجال الانفعالي (عادة في الاضطرابات القفوية - الجدارية - الصدغية الخلفية). ففي النوبة نفسها يمكن للمرضى في بعض الأحيان أن يميزوا طوراً «لطيفاً» وآخر «مزعجاً». يتمظهر الطور «اللطيف» بتغير فظ للغاية في الانفعالية، بحيث يشعر به المرضى ذاتياً على أنه منعش ويقارنونه بحالة السكر. وتترافق مثل هذه الحالة الانفعالية مع تبدل في إدراك المحيط (اغتراب). مع ذلك فإن هذا الإدراك «المشوه» للعالم يكون لطيفاً بالنسبة للمرضى. قال أحد مرضانا، على سبيل المثال، إنه في لحظة حالة كهذه بدت له أسارير شخص معروف بالنسبة إليه أكثر انتظاماً. العينان اتخذت درجة لونية لطيفة، وأشعت النظرة «حرارةً روحية»، وكان بالإجمال فاتناً تماماً. لا بد من وصف هذه الحالة الانفعالية بأنها نشوانية. فهي لا تدخل في عداد المعاشات الانفعالية الفاعلة، ولا تترافق مع سلوك فاعل. بل على العكس، تترافق مع استكانة وسلبية وتراخ.

وقد تجلّت الصعوبة بشكل خاص في الوصف الدقيق لتلك الحالة الانفعالية أثناء النوبات، التي يصفها المرضى بأنها «مزعجة»، حيث يتعلق الموضوع هنا بمعاشات عاطفية شديدة معينة. فالمحتوى الرئيس لهذه الحالة الانفعالية المتبدلة عند المريض لا يمكن وصفه كذعر ولا كخوف ولا كحزن. وتترافق الحالة الانفعالية

«المزعجة» عادة مع تمظهرات اغتراب وتبدد شخصية. فالعالم الواقعي يتغير ليصبح خانقاً ومقبضاً وغير طبيعي وجامداً. الألوان تبهت، وجوه الأشخاص تصبح مخشوشنة و«فارغة من المحتوى» ويظهر فيها شيء ما «منفر»، ويبدو البشر كالألات أو كتماثيل من المرمر أو كدمى (في مسرح العرائس) فقدت كل القسمات والمعالم الفردية، وقبل كل شيء الانفعالية. ويشعر المرضى أنفسهم بأنهم مغتربون، وكأنهم منفصلون عن العالم الخارجي، غير قادرين على التواصل معه إطلاقاً. ومن المحتمل حدوث زوال لأي انفعالية أثناء مثل هذه النوبات، ويصف المرضى الإدراك غير الانفعالي (بالمعنى الفعلي للكلمة) لأننا الخاصة وللعالم المحيط بأنه ذو صبغة «مزعجة ومضايقة». يتعلق الأمر في هذه النوبات، في أغلب الظن، بشكل متطرف من الاضطرابات الانتيابية في المجال الانفعالي.

أما الاضطرابات الذهانية فلا تظهر بكثرة في الحدوثات البورية في الدماغ. وهي تصادف في الأغلب في إصابة نصف الكرة المخية الأيسر. بينما هي لا تظهر في إصابة نصف الكرة المخية الأيمن إلا عندما تكون الإصابة مقتصرة على المنطقة الصدغية. ولا تختلف الاكتئاب في الحدوثات المرضية في نصف الكرة المخية الأيسر بتواترها فحسب، بل فيما يتعلق ببنيتها النفسية المرضية أيضاً، على الرغم من الرأي السائد في المراجع والقائل إن هذه الاختلافات لا أهمية لها (Rieke، 1975). يشابه الاكتئاب في إصابة نصف الكرة المخية الأيمن الصورة الكلاسيكية: فالكتابة تترافق هنا مع تثبيط حركي. أما الاكتئاب في إصابة نصف الكرة المخية الأيسر فهو أكثر تعقيداً في بنيته. فهو يتميز بالتوجس وبلبلة الأفكار والاختلاط، ويتوتر داخلي ولهفة ونفاذ صبر وحيرة وبحث مستمر عن الهدوء والسكينة، وبعدم الهدوء والنرفزة الحركية. كما يترافق أحياناً مع سرعة إثارة وبكائية (سرعة البكاء) وسوء الظن واستعداد للأوهام، وحتى تصورات وهمية متخيلة.

تختلف نسبة الاضطرابات الانفعالية والعاطفية الانتيابية وغير الانتيابية في إصابة كل من نصفي الكرة المخية الأيمن والأيسر. ففي الإصابة اليمنى يكون الميل إلى الظهور الانتيابي لعواطف الخوف والكآبة والذعر واضحاً بنوع خاص، وتكون موجودة بوضوح إلى جانب الحالة الانتيابية النشوانية الخالية من الانفعال، وتظهر بشكل مستقل نسبياً عن تأثير الوسط الخارجي. بالمقابل فإن الاكتئاب، التي تظهر في الإصابة المفردة في المنطقة الجدارية من نصف الكرة المخية الأيمن، نادراً ما تصل إلى حد الذهان. أما في الحالات المرضية لنصف الكرة المخية الأيسر

فترجح، على العكس، الاضطرابات غير الانتيايية مع سيطرة معاشات اكتئابية، اكتئاب هياجي أو متلازمة وهمية اكتئابية. بالمقابل تكون المعاشات الانتيايية للقلق والخوف والاختلاط والتوتر الداخلي المبهم أقل وضوحاً في هذه الحالة، ويتم تحريضها عادة عن طريق عوامل خارجية.

أما الذهانات مع تناوب حالات اكتئابية وتحت هوسية فلا تشاهد إلا في إصابة نصف الكرة المخية الأيمن، وتذكر بالذهان الهوسي - الاكتابي. أخيراً لا بد من الإشارة إلى أن الاضطرابات الانفعالية والعاطفية في إصابة نصفي الكرة المخية الأيمن والأيسر تُوافق متلازمات نفسية مرضية مختلفة: في الحالة الأولى اضطرابات إدراك العالم المحيط والأنا الخاصة، وفي الحالة الثانية اضطرابات اللغة والعمليات النفسية المستندة إليها.

كما يظهر اللاتناظر في اضطرابات المجال الانفعالي بشكل واضح كذلك عند فحص مرضى تُبَطُّ أو أُلغِيَ عندهم أحد نصفي الكرة المخية الأيمن أو الأيسر في سياق اختبار فادا (Wada)، أو في سياق المعالجة بالصدمة الكهربائية (لمعالجة مرضى الاكتئاب). وتكمن ميزة هذا النموذج في أنه أثناء العلاجات بالصدمة الكهربائية يمكن إلغاء وظيفة نصف الكرة المخية الأيمن مرة والأيسر مرة أخرى وذلك عند المريض ذاته.

عند تنفيذ اختبار فادا في الجهة اليمنى تم إثبات تحسّن في المزاج ونشوة، وفي الجهة اليسرى، على العكس، «ارتكاس مأساوي» و«أحاسيس بالذنب وأحاسيس اكتئابية» (Perria، 1961؛ Terzian، 1964؛ Nebes، 1978) وانخفاض في المزاج (Korjanski، 1965). على هذا الأساس وصل كل من Rossi و Rosadini (1979) إلى الاستنتاج بأن نصف الكرة المخية الأيسر يرتبط مع آليات الانفعالات الإيجابية، ونصف الكرة الأيمن مع آليات الانفعالات السلبية.

درس كل من Hommes و Panhusen (1971) مسألة علاقة الاكتئاب بالسيطرة، وأثبتا في سلسلة من الحالات وجود ارتباط سلبي بين عمق الاكتئاب وسير الحبسة الكلامية بعد حقن الباربيتورات في الشريان السباتي الأيسر. كما يدور الحديث حول «تخصص انفعالي لنصفي الكرة المخية»، بناءً على نتائج الدراسات المجراة على مرضى بعد المعالجة بالصدمة الكهربائية أحادية الجانب، اليمنى أو يسرى.

وقد تم تقدير الحالة الانفعالية للمريض تبعاً للسّمات السريرية (Deglin)

وNikolajenko، 1975). حيث أُخذَ بالاعتبار كل من ارتكاسات تعابير الوجه والإيماءات وإشارات اليدين والارتكاسات الصوتية والتصريحات العفوية للمرضى، وكذلك الإجابات عن أسئلة حول حالتهم ومزاجهم. وقد وُجدَ بعد النوبات اليمنى نشوة وطول أناة واسترخاء انفعالي، وفي بعض الأحيان حالة تحت هوسية قصيرة الأمد مع عدم حياء وفضاظة وقلة أدب وحب ثرثرة. أما عندما حُرِّضَت النوبة عند المريض ذاته من خلال تنبيه نصف الكرة المخية الأيسر فقد حصل انخفاض في المزاج وبرم (تبرّم وانزعاج ودعث) وقلق و«مراقبة وشعور بالانقباض النفسي وعدم رضا وتدمّر من المحيط». وقد أمكن للتبدلات في الحالة الانفعالية أن تظهر في المراحل المبكرة بعد ظهور الاختلاج وقبل وضوح الوعي، وأن تستمر عدة ساعات، وفي حالات نادرة يوماً كاملاً. في المراحل الأولى تظهت التشويبات الانفعالية بتبدلات وصفية في إيمائية المريض وإشارات اليدين وفي ارتكاسات المزاج (ابتسام، ضحك، صيحات فرحة بعد النوبات اليمنى وتعبير وجه متألم وأنين بعد النوبات اليسرى). في المراحل المتأخرة انعكست هذه الانزياحات في تصريحات المريض وفي تقييمه المتفائل أو المتشائم للعالم ولوضعه الخاص.

تجدد بالاهتمام التبدلات، التي تطرأ على المتلازمة السوداوية الموجودة عند المرضى قبل النوبة، وذلك بعد المعالجة بالصدمة الكهربائية. بعد نوبة يسرى ازداد القلق، وتضحّم فقدان الثقة وسوء الظن والتوتر الداخلي عند المرضى الميالين أصلاً إلى التصورات الوهمية. بعد النوبة اليمنى، على العكس، خفّت السوداوية والقلق والتصورات الوهمية بشكل واضح، وتحسّن المزاج، وزال التركيز على المعاشات المرضية، وذلك جراء الاهتمام والانفعال بالمحيط، وعاد للمرضى إيمانهم بالشفاء من جديد. وقد لوحظ بعد النوبات اليمنى تحسّن في المزاج عند 55% من المرضى، وسوءاً فيه عند 6% فقط. أما بعد النوبات اليسرى فلم يحصل تحسّن المزاج إلا عند 3% فقط، بينما ازداد سوءاً عند 66% من المرضى. ولم يظهر أي انزياح انفعالي واضح في باقي الحالات (Deglin وNikolajenko، 1975).

كما أن «التعبير الانفعالي» و«إدراك التعبير الانفعالي» يضطريان بصورة مختلفة في سياق المعالجات بالصدمة الكهربائية أحادية الجانب (Balonow، 1976). بعد النوبات اليمنى يشاهد لاإيمائية⁽¹⁾ (Amimie) ونقص الإيمائية، حيث

¹ لاإيمائية (Amimie): فقدان القدرة على التعبير باستعمال الغمز وتعابير الوجه أو الإشارة. وهي متفاوتة الشدة، سواء أكانت للتعبير المباشر عن عاطفة، أم للتعبير غير المباشر عن فكرة. - (المترجم).

تضع قدرة الوجه على التعبير، ويبدو لامبالياً وكأنه أملس، كما تزول قدرة الصوت على التعبير الانفعالي، وتضع الصبغة الانفعالية لتكوين الصوت، ويبدو الكلام غريباً ورتيباً. لا يستطيع المرضى إعادة أو تكرار نبذة جملة ذات صبغة انفعالية، على الرغم من قدرتهم على تكرار نص الجملة بسهولة. وقد بدا سيئاً بشدة التعرف إلى عاطفة ما بناءً على تعبير وجهي (عُرِضَتْ صور ذات تعبير إيمائي مبالغ فيه بشدة لعواطف متنوعة)، أو بناءً على نبذة الصوت (تم التكلم على شريط تسجيل بأشياء جمل مؤلفة من كلمات ومقاطع لا معنى لها، ولكن بنبرة مبالغ فيها تُبدي عواطف مختلفة)، بالمقارنة مع فحوص المراقبة. حيث إما أن يرتكب المرضى أخطاء جسيمة، أو يتمنعوا عن تقييم الحالة الانفعالية أصلاً. حتى في الحالات التي كانت فيها الإجابات صحيحة، تكلم المرضى من دون قناعة وبريبة تامة، ولم يجيبوا إلا بعد وقت طويل.

بعد النوبات اليسرى: اشتد «التعبير الإيمائي والصوتي»، ولم يتأثر التعرف إلى العواطف المعبر عنها بالإيماء والنبذة. وقد وصل المؤلف عند تقييم هذه المعطيات إلى النتيجة التالية: «عند تثبيط بنيات نصف الكرة الأيمن تظهر اضطرابات في التعبير الانفعالي الخاص - الإيمائي والصوتي -، وكذلك في إدراك التعبير الانفعالي الغيري بناءً على خصائص الإيمائية والصوت. من الواضح أن نصف الكرة الأيمن غير المسيطر يلعب الدور الرئيس في خلق وإدراك التعبير الانفعالي».

وقد تزايدت بسرعة المنشورات والمطبوعات حول خصائص النشاط الكهربائي الدماغي عند المرضى الذين يعانون من الاكتئاب في إطار الأمراض النفسية. وتبعاً لمعطيات Monahow و Botschkarew (1976) «يتشكل في القشر الدماغي لنصف الكرة المخية الأيمن نظام وظيفي مرضي من النمط المسيطر. وتتوقف صفات هذا النظام - درجة وضوحه وتوضّعه المفضّل - على شدة متلازمة الاكتئاب وخصائصها». ولم يصادف في الاكتئاب ضمن إطار الذهان الهوسي - الاكتابي أي رجحان لنشاط أية بنية من بنيات نصف الكرة المخية هذا أو ذلك. «يتوافق تحسّن المزاج مع انزياح في النشاط متعلق بالتأثيرات المنشّطة (المفعّلة) الصاعدة من الدماغ المتوسط، ويقترن التطبيع المستقر للمزاج بتقوية الآليات المهادية - القشرية (Rubina و Wolynkina، 1976).

تتوافق «الانزياحات الانفعالية الإيجابية» بعد النوبات اليمنى مع السيطرة الانتقائية لنظم ألفا في نصف الكرة المخية الأيسر فقط، ولا تتوافق مع وجود نظم

ألفا في نصف الكرة الأيمن. وبتوافق تحسّن المزاج عند التأثير في نصف الكرة الأيمن مع تبدلات في حالة نصف الكرة الأيسر السليم، أي مع تعزيز نشاط الأنظمة المهادية القشرية لنصف الكرة هذا. أما الارتكاسات الانفعالية السلبية بعد النوبات اليسرى فتتوافق مع سيطرة أمواج دلتا في نصف الكرة الأيسر ووجود نظم ألفا في الأيمن. لهذا يرى كل من Deglin و Nikolajenko (1975) «الشرط الرئيس لسوء المزاج عند التأثير في نصف الكرة الأيسر في «تثبيطه النسبي» مع التيسير المتزامن للأنظمة المهادية القشرية في نصف الكرة الأيمن السليم». ويستخلص المؤلفان، انطلاقاً من هذه المقارنة السريرية - الفيزيولوجية - الكهربائية للحالة في الطور ما بعد النوبة، النتيجة التالية: «يلعب نصف الكرة الأيسر المسيطر الدور الرئيس في تنظيم السلوك الانفعالي عند الإنسان. وتتحدّد تبدلات المزاج بالدرجة الأولى من خلال تقوية أو إضعاف نشاط بنياته المختلفة».

طبيعي أن الاختلافات في المظاهر الانفعالية المرضية في حالة الخلل الوظيفي في كل من نصفي الكرة المخية الأيمن والأيسر تطرح السؤال عن ماهية التخصص الذي يمتلكه كل منهما في تكوين المجال الانفعالي عند الإنسان.

ويتوافر في المراجع حالياً أربع فرضيات:

- 1- نصف الكرة المخية كلاهما مسؤولان عن نشوء الحالات الانفعالية المختلفة، أي السلبية والإيجابية. حيث تتواجد آليات المعاشات السلبية في نصف الكرة الأيمن وآليات المعاشات الإيجابية في الأيسر.
- 2- تتحدّد جميع الحالات الانفعالية ومزاج الإنسان، بوصفه وضعاً مستقراً قليلاً أو كثيراً للمشاعر والأحاسيس والعلاقات بين المعاشات السلبية والإيجابية، من خلال نصف الكرة الأيسر.
- 3- تتشكّل جميع الحالات الانفعالية عند الإنسان بتأثير الدور المسيطر لوظائف نصف الكرة الأيمن.
- 4- يشترك نصف الكرة المخية كلاهما في تكوين الحالة الانفعالية. وتتحدّد المعاشات الانفعالية من خلال نشاط نصف الكرة الأيسر قبل كل شيء. بينما يتم تأمين التعبير الانفعالي في المجال الحركي (قدرة تعبير الانفعالات الخاصة)، وفي المجال الحسي (القدرة على التعرف إلى الصبغة الانفعالية لسلوك الأشخاص الآخرين)، عن طريق بنيات نصف الكرة الأيمن بالدرجة الأولى.

كما نرى، تتباعد الآراء بعضها عن بعض بشكل شديد. حتى إن بعض الآراء متناقض قطرياً بشكل جلي. ويتعلق اختلاف الآراء هذا، حسب رأينا، بأسباب ذات طبيعة منهجية. ويكمن أحد هذه الأسباب في أن المقولات حول الدور المختلف لكل من نصفي الكرة الأيمن والأيسر في نشوء الانفعالات تنطلق من دراسات لمظاهر انفعالية مرضية بشكل شديد، لا يمكن مساواتها ببساطة بالمعايشات الإيجابية والسلبية التي تظهر عند الإنسان السليم. فالنشوة على سبيل المثال، وهي تدخل في عداد المظاهر الإيجابية، لا تماثل بأي حال من الأحوال المزاج الطيب عند الإنسان السليم. على العكس، تمثل النشوة دليلاً أو مؤشراً انفعالياً إلى عيب عميق في كامل النفسية ككل. ويُرجَّح أنه ينبغي على المرء تفسير المظاهر السريرية الفيزيولوجية الكهربائية، أثناء شفاء مرضى اكتئابيين مثلاً، بشكل آخر. هكذا لا يجوز النظر إلى تراجع الاكتئاب على أنه تناقص في الكآبة والقلق، بالتالي «تحسّن في المزاج» بمعنى ظهور انفعالات إيجابية، على الرغم من أن نقص المعايشات الاكتئابية يوقظ الانطباع بتحسّن المزاج. عندئذٍ يمكن تفسير المعايير الفيزيولوجية الكهربائية المسجّلة في مختلف مراحل تراجع الاكتئاب على أنها تعكس التبدلات الكهربائية الحيوية أثناء تراجع وزوال الانفعال الاكتئابي شديد الوضوح في البدء. ومن المهم التقييم المقارن للانفعالات السلبية والإيجابية ضمن ظروف طبيعية وضمن ظروف مرضية. ضمن ظروف مرضية تظهر الكآبة والقلق كمؤشرين على سلامة الدماغ في مستوى أعلى منه في السلوك المتوازن والنشوة. فهما غير ممكنين عندما تكون المناطق الجبهية للدماغ مصابة. فالأعراض الاكتئابية، التي تظهر في إصابة محصورة في الفص الصدغي، تتم تسويتها وتزول عندما تمتد الإصابة إلى المناطق الجبهية لنصفي الكرة المخية (Dobrochotowa، 1974).

يختلف بشكل كبير أيضاً ترابط أعراض عصبية ونفسية أخرى ترافق المتلازمات الاكتئابية والمتلازمات مع نشوة وضعف انفعالي. في الحالة الأولى تبقى كلفة النفسية ومجمل السلوك سليمين. فالمرضى يتمتعون بنشاط حركي، ويتطابق السلوك الحركي مع محتوى النفسية ويتحدّد به، ويتناسب مجمل السلوك الشخصي والانفعالي مع شدة الحالة. أما في الحالة الثانية فيحدث، بالمقابل، انهيار في كلفة النفسية، وتظاهرات مجزأة، ولا يعي المرضى مرضهم وليس هناك أي موقف تعويضي للعيب. وتتناسب في هذه الحالة درجة شدة النشوة أو درجة عدم إمكانية معايشة المرض والمعاناة منه مع شدة العمى الشقي الأيسر ونقص الحس

الأيسر والخزل الشقي الأيسر، وكذلك مع مدى التبدلات في إدراك المكان والزمان، اللذين يضعف حضورهما في معاشات المريض.

إن معاشة المعاناة، سواء ظهرت عند الشخص السليم في حالات مناسبة على شكل قلق وانزعاج واهتمام، أم عند المريض على شكل اكتئابيات نفسية، لا تصادف إلا في حال عدم تغير إدراك المكان والزمان، بمعنى عدم تغير حضورهما في وعي الشخص. بعبارة أخرى: لا يمكن أن تظهر معاشة المرض الانفعالية إلا عندما يعاش المكان والزمان بشكل حاضر. كما تختلف أيضاً معاشة المكان والزمان عند المرضى المصابين بالهمود بأشكاله المختلفة (اكتئابي، قلقي). وقد لوحظ هذا الأمر جيداً من قبل الباحثين. غير أن نقاشه في المراجع اتخذ طابعاً أحادي الجانب. فقد تم تحليل علاقة الانفعالات بإدراك الزمان فقط، ولم تؤخذ بالاعتبار خصائص إدراك المكان. كما ظهرت معاشة الزمان ذاته، في استنتاجات المؤلفين الموجزة، متعلقة بالحالة الانفعالية للإنسان.

وقد عبّر العديد من المؤلفين عن هذه الفكرة: «تتداول الدقائق، وحتى الثواني، إلى ساعات... هذا ما يحصل في حالة توقع حدث ما بنفاذ صبر، لاسيما عندما يرتبط بمعاشات انفعالية عميقة» (Gellerstein، 1958)، «أحاسيس البهجة والانسراح والنشاط تسرع من معاشة الزمان، في حين أن الملل والقنوط والهَمّ تبطئ الزمان» (Megrabian، 1962، 1978)، «تعود الانفعالات الإيجابية إلى أخطاء في تقدير الفترات الزمنية، فتبدو أقصر مما ينبغي، في حين أن انفعالات عدم الرضا والتدمر، على العكس، تمدد الفترات الزمنية ذاتياً» (Elkin، 1962)، «يبالغ في تقدير الفترات الزمنية الممتلئة بالملل والانتظار عادة. أما عند القيام بعمل ممتع، وفي حالة التوتّر والتشويق وفي حالة القتال، فيتم تقدير الزمان بشكل أقصر للغاية» (Mojissjewa، 1975).

يمكننا أن نواصل سرد مثل هذه الأقوال، ولكن ما ذكرناه يكفي لتبيان أن جميعها يتفق على أمر واحد: تترافق الحالات الانفعالية المختلفة، بشكل إجباري، مع معاشة مختلفة للزمان، ونحن نضيف إلى ذلك مع معاشة مختلفة للمكان أيضاً. أجل، فالانفعالات ومعاشة الزمان (والمكان) تتمظهر دائماً في نشاط نفسي كلي، يتضمن أيضاً حدثيات أخرى كثيرة: إدراكات، تفكير، استعادة لمحتويات الذاكرة، أعمال (أفعال حركية) ... إلخ. نكاد نجانب الحقيقة عندما نستخرج من هذا الكل (المجموع) جزئية واحدة فقط، أي الحالة الانفعالية

للإنسان في لحظة حدوث النشاط النفسي المعني، وأكثر من ذلك عندما ننظر إليها كشيء مهم ومحدد وكأنه شيء بدئي. عندئذٍ تصبح معايشة الزمان (والمكان) أمراً ثانوياً متعلقاً بالحالة الانفعالية.

لقد لوحظ الإحساس بالجريان البطيء للزمن في الذهانات داخلية المنشأ (Bech، 1975)، وانغماس المرضى الاككتائبين في الماضي، لاسيما الماضي البعيد، وتركيزهم الأقل على الحاضر والمستقبل، وكذلك حقيقة إدراك مدة الأحداث الواقعة للتو على أنها أطول مما هي في الحقيقة (Wyrick، 1977). ويُنظر إلى ضعف الحافز عند المرضى الاككتائبين على أنه نتيجة لتناقص توجههم أو تطلّعهم إلى المستقبل (Payne و Hewlet، 1960) ...إلخ.

إن ثبات تشاركات الحالات الانفعالية المختلفة مع الخصائص الأخرى لمعايشة الزمان والمكان ضمن ظروف طبيعية ومرضية هو أمر جدير بالملاحظة بحد ذاته. إنه يدل على أن إحداهما غير ممكنة دون الأخرى. على سبيل المثال يرتبط عدم الراحة والاضطراب بشكل إجباري مع بقاء إدراك المكان والزمان، والنشوة مع تبديل إدراك المريض لهما بمعنى تناقص حضورهما. يمكن تصور هذه الارتباطات الحتمية بأن الزمان والمكان مندمجان بشكل وثيق وغير قابل للفصم في الانفعالات بوصفها شكلاً من أشكال الظواهر النفسية.

لذلك لا بد من النظر إلى «التخصّص الانفعالي» لنصفي الكرة المخية أيضاً من زوايا جديدة. إن كلاً من نصفي الكرة المخية يمتلك بلا شك علاقات مع تكون الحالة الانفعالية للإنسان. ويمكن للمرء أن يحاول فهم التباين في أهميتها من خلال التنظيم المكاني - الزماني المختلف للمعايشات الانفعالية، التي تنشأ نتيجة لخلل وظيفي في أحد نصفي الكرة المخية. فالهمود الاككتابي، على سبيل المثال، يشاهد في إصابة نصف الكرة المخية الأيمن عادة، والهمود القلبي في إصابة نصف الكرة المخية الأيسر. والعواطف الرئيسة فيهما هي الكآبة والقلق. ويدخل كل من العاطفتين في عداد سلسلة من المعايشات المرضية (السلبية أو الاككتابية) الحادة. مع ذلك من المهم بشكل خاص الانتباه إلى الفارق بينهما. ويتعلق هذا الفارق بالمحتوى النفسي النوعي لمعايشة هذه العواطف أولاً، وبالتعبير عنها في سلوك الإنسان الحركي ثانياً.

يتعلق اختلاف المحتوى النفسي النوعي بكون نفسية المريض ككل موجّهة إلى زمنين مختلفين. فمرضى الهمود الاككتابي يعيشون في الماضي، ومرضى الهمود

القلقي أقرب في توجّههم إلى المستقبل. ولكن هذا المستقبل بالذات مُعدّب بالنسبة إليهم نتيجة لعدم وضوحه. فالمرضى ممثلّون بالخوف والتوقعات، وبإحساسات مُبهمة حول مكروه وشيك الوقوع؛ ثمة كارثة أو أحداث مفاجئة يمكن أن تقع في أية لحظة. هي لم تقع بعد، وغير واقعة حالياً، ولكنها ستقع: «سيحدث شيء ما مروّع»، «أنا أسير باتجاه الهلاك حتماً». وتبعاً لمجمل البنية الداخلية للنفسية فإن الكارثة ستحلّ بهم وبالمقربين إليهم. يرتبط المرض والمعاناة عند المرضى القلقين بأحداث مستقبلية، محتواها مجهول بالنسبة إليهم، والصبغة الانفعالية فقط مزعجة لهم بشكل إجباري.

الأمر الأكثر وضوحاً هو التباين في السلوك الخارجي للمرضى. ففي الهمود الاكتئابي يكون المرضى مرتبكين ومثبطين في سلوكهم الحركي. وجههم المتحجّر في تعبير الكآبة، التي لا خلاص منها، يبقى من دون تبدل فترة طويلة. بالمقابل يكون المرضى القلقون غير هادئين ومتمللمين، ويبدلون وضعيتهم بشكل متواصل: يجلسون حيناً، ينهضون واقفين حيناً آخر، ويشرعون بالتجوال. وكأنهم في حالة بحث مستمر نافذ الصبر عن الهدوء والراحة، التي لا يستطيعون إيجادها مع ذلك في أية وضعية. يتحدّثون كثيراً وبسرعة، ويتبدل تعبير وجههم بسرعة، وغالباً ما يجد فيه المرء بلبله واختلاط واضطراب. يطوفون ببصرهم من شيء إلى آخر، أو ينظرون إلى الطبيب معدّبين متألّمين، وكأنهم يبحثون لديه عن الأمل الأخير في إنقاذهم.

من أجل فهم انفعالات الإنسان ضمن ظروف طبيعية ومرضية يُعدّ مثل هذا التحليل لمظاهرها المرضية في إصابة كل من نصفي الكرة المخية الأيمن والأيسر، الذي يتم فيه الكشف بالتفصيل عن الاختلافات المكانية - الزمانية للمعايشات الانفعالية عند المرضى، الأسلوب الواعد والأكثر تبشيراً بالنجاح.

2-4. الإدراك:

يضطرب الإدراك المباشر للعالم المحيط ولأننا الخاصة في إصابة نصف الكرة المخية الأيمن. وتمثل هذه الاضطرابات بالتحديد جوهر الأعراض المرضية في إصابة نصف الكرة المخية الأيمن. تتجلى أهمية المكان الواقعي والزمان الواقعي بوضوح خاص في تنظيم الإدراك. تشكّل الصور المدركة لما يحيط بالإنسان ولما

يوجد في نفسه عناصر المعرفة الحسية. وتكمن الوظيفة الخاصة للصور الحسية في الوعي في تزويد الإنسان بصورة العالم الواقعية (Leontjew، 1972، 1976). ويُرجَّح أن هذه الوظائف الحسية لا تحقِّقها الصور الحسية إلا إذا كانت كاملة وتامة. الأمر الذي يشترط كمال السمات الإجبارية. ويتمظهر فقدان أو تشوُّه أي منها، في أغلب الظن، بتبدل الانطباع حول حقيقة العالم والأنا الخاصة، أي أنه يقود إلى مظاهر الاغتراب وتبدُّد الشخصية.

من المرجح أن الكثير من هذه السمات لا يمكن تصوره إلا على أنه يتشكل «بمشاركة» المكان والزمان، اللذين يتم فيهما اتصال الشخص المباشر بالموضوع. حيث ينعكس هذا الاتصال بوساطة أعضاء الحواس، وتتكوَّن صورة حسية للموضوع. من الواضح تماماً أن المكان والزمان، اللذين وُجِدَ فيهما الموضوع عندما تم إدراكه من قبل الشخص، ينبغي «المحافظة عليهما» في الصور بطريقة ما. ونحن نعتقد مبدئياً أن هذا يحدث في سمات مكانية وزمانية للصور الحسية.

السمات المكانية للصور الحسية: وينبغي وصفها، على الأرجح، كتمييز مكاني متعدّد الجوانب لموضوع الإدراك: الحجم، الشكل، القياسات، الحياط، الموقع بالنسبة إلى الأشياء الأخرى، البعد عن الشخص المدرك... إلخ. من الواضح أن التكرار التام أو التشابه الكبير جداً في السمات المكانية للصور، التي يختلف بعضها عن بعض فيما يتعلق بسماتها الزمانية، هو أمر جائز. على سبيل المثال يمكن أن يبقى مكان العمل أو الغرفة التي يعيش فيها شخص ما كما هي بلا تغيير فترة طويلة من الزمن من حيث الشكل ووضعية الأثاث... إلخ. بعبارة أخرى، يمكن للمرء أن يدرك الشيء ذاته في المكان ذاته بشكل متكرر. بالتالي يمكن لصور شيء ما أو محيط ما أن تكون متشابهة في خبرة الشخص الحسية فيما يتعلق بسماتها المكانية، على الرغم من اختلافها المبدئي فيما يتعلق بسماتها الزمانية.

لا شك في أن التصورات حول إمكانية تشابه الصور الحسية فيما يتعلق بسماتها المكانية، وعدم قابليتها للتكرار فيما يتعلق بسماتها الزمانية، لا يجوز للمرء أن يصوغها بصرامة مفرطة. حسبنا أن نتأمل ظاهرة «سبقت رؤيته» (déjà vu)⁽¹⁾ أو «لم تسبق رؤيته» (jamais vu)⁽¹⁾. ففي الحالة الأخيرة تتطابق الصورة

¹ سبقت رؤيته (déjà vu): توهم يتصور فيه المرء أن وضعاً معيناً ما هو إلا تكرار لوضع سبق أن رآه. - (المترجم).

الناشئة عن العالم المحيط في اللحظة الحاضرة مع صورته السابقة فيما يتعلق بالسمات المكانية، وعلى الرغم من ذلك يتحقق الشعور الشخصي المقبض بـ «عدم الرؤية السابقة» من خلال الخصائص الزمانية للصورة. ربما يمكن التعبير عن ذلك بأن السمات الزمانية أكثر دلالة وأكثر فاعلية وأكثر أهمية من السمات المكانية. مع ذلك فإن ما يعينه المرء بـ «المكان» في الحالة المعروضة هو فقط وعاء شيء ما أو محيط ما. فهو يفتقد لـ «الفاعلية»، التي تبرز بإلحاح في مجمل سير دراساتها السريرية. ونأمل أن تزداد هذه الفكرة وضوحاً عندما نعرض لاحقاً للتوصيف الفرضي للسمات المكانية للصور الحسية.

تبين نتائج الدراسات على المرضى، الذين يلاحظ لديهم إهمال مكاني أيسر، بوضوح أن الصورة الحسية للعالم الخارجي المتواجد في المكان خارج الشخصي الأيسر أو للنصف الأيسر من الجسم الخاص تنشأ بشكل أضعف بكثير، أو أنها لا تنشأ على الإطلاق. وتطرح هذه النتيجة السريرية العديد من الأسئلة الجديدة، على غرار ما تطفو أسئلة مماثلة، كما ذكرنا سابقاً، في دراسات علماء الفن. إذ يتحدثون مثلاً عن الإدراك المختلف لجزأي اللوحة الأيمن والأيسر من قبل الناظر: فتفاصيل النصف الأيمن للوحة تبدو أشد وقعاً وتأثيراً من تفاصيل النصف الأيسر.

من المرجح أن الرأي القائل إن السمات المكانية تحمل بشكل ما طابعاً مختلفاً لصورة منبئة ما تبعاً لتواجده في النصف الأيمن أم الأيسر من الجسم أو من المكان خارج الشخصي، هو رأي محق. بعبارة أخرى «يبقى» أو «يرتبط» المكان الجسمي أو خارج الشخصي الأيمن والأيسر مع الصور المتكونة عنهما بشكل مختلف. ويبدو أنه من المناسب البحث عن أسباب هذه الظاهرة في المكان الأيمن والأيسر ذاتهما. فهما، في أغلب الظن، غير قادرين على «المساهمة» بالطريقة نفسها في تكوين السمات المكانية للصور. فالمكان الأيمن، من وجهة النظر هذه، «أقوى»، وسماته المكانية أكثر ديمومة. بالمقابل فإن المكان الأيسر الجسمي وخارج الشخصي أضعف على الأرجح. ويُحتمل أنه يزداد ضعفاً في حالة المرض، أو أنه «يزول» تماماً، حيث يسوء إدراك المنبّهات المتواجدة فيه، أو تُهمل كلياً.

¹ لم تسبق رؤيته (jamais vu): توهم يتصور فيه المرء أن وضعاً معيناً يراه للمرة الأولى، على الرغم من أنه قد رآه سابقاً. - (المترجم).

لا بد هنا من إبداء بعض التحفظات. موضوعياً يبقى العالم الكائن في المكان الأيسر للمريض هو ذاته الذي كان قبل المرض. والتغيرات، التي دعنا إلى استخدام مصطلحي «ضعف» أو «زوال» المكان الأيسر، توجد فقط في إحساسات المريض الذاتية، وفي إدراكه السيئ أو إهماله لما يحدث فيه. مع ذلك تُعدّ الحقيقة التالية حقيقة مدهشة: يكاد لا يصل إلى وعي المريض، أو لا يصل إطلاقاً عدم إدراكه الأشياء الواقعة إلى يساره، وكذلك فقدان أي نشاط حركي تلقائي، إذا توجب القيام بالحركات في المكان الأيسر. هنا يخسر المكان الأيسر إمكانيته في «المساهمة» في نشوء الصور الحسية، كما يفقد شيئاً ما يتمظهر في بنية السلوك الحركي الفاعل.

سوف نصف فيما بعد، عند المرضى بإصابة نصف الكرة المخية الأيمن، إحساسات ذاتية واضحة ذات تشويهاً قصوى: يتحول الإدراك المكاني ثلاثي الأبعاد إلى إدراك مسطح ثنائي البعد، وعلى العكس يتحول الإدراك المكاني المسطح ثنائي البعد إلى إدراك مكاني ثلاثي الأبعاد. وتترافق هذه التشويهاً عادة مع تغيرات في الإحساس بالزمن. وهنا يطرح السؤال نفسه عن وجود سمة من بين السمات المكانية تتعلق بالبعدية الثلاثية لموضوع الإدراك. إذا كانت الحال هكذا، فإن هذه السمة تتشكل عن طريق معايشة الزمان على الأرجح.

عند تحليل المظاهر السريرية للإصابات البؤرية في الدماغ تطفو فكرة إمكانية وجود سمة مكانية أخرى كهذه للصور الحسية للعالم. ويغلب الظن أنه من غير الضروري أن تعكس هذه السمة أمارة مكانية نوعية لموضوع نوعي في المحيط، إنما لها بالتأكيد أهمية عامة من أجل المعرفة الحسية. لا شك في أنه يتم وسم تصورات الإنسان عن الحياة عامة بطريقة ما من خلال معايشته للمكان الذي يعيش فيه. ويدعونا إلى التفكير بمثل هذا الأمر حقيقة تصوير المرضى لتبديلية العالم المحيط والأنا الخاصة، والإحساس بفقدان الاتصال مع العالم الخارجي على أنه مغادرة للمكان وانصراف إلى مكان آخر غير موجود موضوعياً في الواقع، بل يوجد فقط في وعي المريض كـ «تصور».

السمات الزمانية للصور الحسية: وهي في أغلب الظن أكثر تنوعاً وأكثر أهمية بما لا يقاس في نشوء واختزان واستعادة الصور الحسية. إحدى هذه السمات هي، على الأرجح، الزمن الذي نشأت فيه الصورة، أو الذي تم فيه إدراك الموضوع

المحدّد من قبل الشخص. وتوفّر هذه السمة الإلحاق الزمني للصورة. ولا يمكن أن يكون الإلحاق الزمني إلا وحيداً. فالصور الحسية للمواضيع ذاتها مع الإلحاق الزمني ذاته أمر غير المعقول؛ إذ لا يمكن إدراك شيء ما عدة مرات في الوقت ذاته. كما تقدّم هذه السمة، بعد تثبيتها مباشرة، إلحاق الصورة بالماضي. بالتالي هو إلحاق منتهٍ ومحدّد بمدها الكامل، ولا يمكن أن يخضع بعد ذلك لأية تغييرات.

عن طريق السمات الزمانية يتم بطريقة ما استحضار وتذكّر عمر حدث ما من أحداث الماضي. فالصورة الحسية تكون ملحقة بمقطع من الزمن الماضي هو أقدم كلما كان الزمن الذي مضى على لحظة نشوئها أطول. في إصابة نصف الكرة المخية الأيمن تضطرب بشكل من الأشكال الآلية التي تنظّم المعاشة المناسبة لإلحاق الصورة الماضية بالمقاطع المختلفة من الزمن الماضي. هكذا لا يمكن للمرضى تحديد موقع الأحداث في الزمن الماضي بدقة. فتبدو أحداث من الزمن الحديث وكأنها قديمة قدم الدهر، أو أنها لم تحدث على الإطلاق.

يبدو من تحليل الظواهر السريرية أن هناك شرطين ضروريين على الأقل من أجل الاختزان اللاحق (بعد نشوئها) للصورة الحسية، ولولاهما لما أمكن استعادتها وتذكّرها. أولاً، من المرجح أنه ينبغي أن تكون السمة المحددة بوضوح للإلحاق الزمني للصور متواجدة دائماً، ولا يجوز أن تضع أو تزول. ثانياً، ينبغي أن تُحفظ بلا تغيير على الإطلاق، تماماً في الشكل الذي حصلت فيه أثناء نشوء الصورة. إن حفظ انطباعة (أو أثر) الصورة في إلحاقها الزمني يتأمّن عن طريق آلية محددة. ولولا هذه الآلية لكان ذلك الترتيب الفائق الدقة في اختزان واستعادة الأجزاء المختلفة للإدراك الحسي الماضي غير معقول، هذا الإدراك الذي غالباً ما لا نشغل بالنا به، للأسف، حيث نعدّه أمر بديهي ونتقبّله كذلك. ولكن الخبرات أثناء دراسة الحداثيات المرضية للمعرفة الحسية تدعونا إلى التفكير في ذلك.

من المرجح أن هذين الشرطين غير ممكنين إلا عندما يتم الإحساس بالزمن الحاضر (وبالمكان) بما يكفي من الحضور في لحظة استعادة وتذكّر الصورة الماضية. فإذا كان الزمان «ضعيفاً»، أو «زائلاً»، انتفت إمكانية تكرار السمة الزمانية للصورة، بالتالي انتهى تذكّر المريض لزمان ومكان هذا الحدث المحدّد في الماضي. لا يعود في مقدور المريض استعادة الصور الحسية للماضي إرادياً. فهي تظهر إما فجأة وبشكل لإرادي، أو تحي جميع المحتويات الحسية الأخرى من الوعي، أو تأخذ في الوعي مكاناً ثانياً وتشكّل، على هامش الإدراك المستمر الجاري للعالم

الواقعي، تياراً آخر من التصورات، التي تتمظهر في معاشة متكررة وسريعة عادة للأحداث الماضية. أو تتم استعادة صور الماضي من دون ترتيب على شكل أجزاء غير مترابطة ومتداخلة مع ما يأخذه المريض من العالم الواقعي، أو ما يطفو على السطح من فائض وعيه.

يبدو أن ما نصفه حالياً كإلحاق زمني للصورة هو أمر فائق التعقيد. ففي كل لحظة من الزمن الجاري لا تتكوّن صور حسية للمنبّهات الخاصة وحسب (منبّهات بصرية وسمعية وغيرها)، بل أيضاً صور لمجمل العالم المحيط، الذي يصل أعضاء الحواس، وللأنا الخاصة الجسدية والنفسية للإنسان. ومن الضروري طبعاً وجود سمات زمنية متممة ما، يتم من خلالها وسم الزمن الذي تكوّنت فيه الصورة الكلية للعالم الخارجي وللأنا الخاصة. ومن المرجح أنه ينبغي أن تنعكس في هذه الصورة الكلية خصائص عامة للعالم الفيزيائي، هذه الخصائص التي طال إهمالها في الدراسات حول الإدراك. فقد تمت دراسة المنبّهات النوعية بالدرجة الأولى. ومن الضروري أن يتم عكس درجة الحرارة والخصائص الجوية والجاذبية الأرضية والحقل المغناطيسي والحقول الكهربائية... إلخ.

يغلب الظن أنه من بين السمات الزمنية للصورة الحسية لا بد أن توجد تلك السمات التي تسجل استمرارية إدراك الإنسان السليم اليقظ. ويوحى لنا تحليل التغيرات المرضية في النفسية بفكرة إمكانية وجود السمات الزمنية التالية، وعلى البعض منها تسجيل واختزان مدة الأحداث في الذاكرة، وإعادتها إلى الوعي بشكل دقيق أثناء الاستعادة والتذكّر. ويتم حفظ هذه المدة بفضل تسلسل الصور المتكوّنة على الأرجح. فالعالم ليس ساكناً، وهو يخضع لتحوّلات دائمة. وينبغي أن تنعكس التغيرات في الصورة الكلية للعالم وللأنا الخاصة. يتمظهر عدم إمكانية تكوين الصورة واستعادتها بدقة في حالات الاغتراب وتبدّد الشخصية، وفي الحالات شبه الحلمية، وهو ما سوف نتحدّث عنه بالتفصيل. من المرجح أنه ينبغي حفظ هذه السمات الزمنية، والتي تسم مدة الأحداث، بشكل سكوني وبلا تغيير، وأن تكرّر، عند إعادة إحيائها في الوعي، المعارف حول مدة حدث ما والزمن الذي تم إدراكه فيه منذ بدايته حتى نهايته.

هناك أنواع مختلفة من إمكانات استعادة مدة الأحداث الماضية ضمن ظروف مرضية. وثمة نوعان غالباً ما نصادفهما. الحفاظ الدقيق على مدة الأحداث الماضية عند إعادة إحيائها غير الإرادي في الوعي، وهو ما سنعالجه لاحقاً بالتفصيل، عند

وصف «ومض المعاشات السابقة». تقصير أو «انكماش» الزمن، الذي تبدو فيه الأحداث مضغوطة ومتلاصقة بعضها مع بعض، حيث يحصل تسريع في معاشة الأحداث الماضية في حالات «ازدواجية مسار المعاشات».

بناءً على الدراسات السريرية ينبغي قبول أن تسجيل صور العالم المحيط والأنا الخاصة يحصل في التسلسل ذاته، الذي حصلت فيه التغيرات. ومن المرجح أن الإنسان مزوّد بمثل هذه الآلية الخاصة. لذلك تنتفي إمكانية حصول التغيرات المنعكسة في الصورة الحسية للعالم المحيط ولأنا الخاصة في تسلسل معكوس عند تكرار المعاشة، أي معاشة الأحداث الواقعة في النهاية أولاً، ثم تلك الحاصلة في البداية (حتى ضمن ظروف مرضية). إن حقيقة عدم حصول مثل هذا الأمر، حتى ضمن ظروف مرضية، تدل على أن هذه الآلية تعمل بشكل فائق الضمان والأمانة.

هناك خصائص أخرى للسّمات الزمانية للصور الحسية أسفرت عنها الدراسات السريرية. وهذه الخصائص صعبة على الوصف. فهي تدهش قدرتنا على التصور جراء هدفيتها وقصديتها وتناقضها. ومن المحتمل ألا تلاحظ إلا ضمن ظروف مرضية. هكذا يُظهر «ومض المعاشات السابقة» أن زمن المريض الماضي يمكن أن يعاش في وعيه كحاضر، متخذاً بعض معالم الزمن الواقعي الراهن. ولكن هذا الحضور محدّد ومحصور دائماً، بمعنى أن ما مضى وإن تمت معاشته في الوعي كحاضر، إلا أنه لا يمكن أن يكتسب «شدة» ما هو راهن. ومن الجدير بالاهتمام هنا أن الزمن الماضي، الذي تتم فيه المعاشة كحاضر راهن لإرادي، يُحرّك العالم الماضي والمريض المتواجد فيه، ويغيرها على النحو الذي كانا قد تغيرا به فعلاً في ذلك المقطع الزمني المحدّد من الماضي. فهما يتغيران الآن مرة أخرى، ولكن في صورهما فقط. وحيث إنهما لا يوجدان في الواقع، فهما لا يوجدان إلا في الماضي. إن ما يبعث على الدهشة هو القدرة الكامنة لحركية الصورة، التي تبتثق فجأة في حالة المرض. فمن الجلي أنها لا يمكن أن تصادف بهذا الشكل عند الشخص السليم. فالصور ينبغي، على الأغلب، أن تكون محفوظة بشكل سكوني هادئ ومن دون حركة، إلى أن تنشأ الحاجة إليها في مجرى النشاط النفسي للوعي. من هنا فإن الإلحاح الكامن المذكور سابقاً على إعادة الإحياء المرتبة للصور الحسية هو على الأرجح كيفية ضرورية بالمطلق للذاكرة الحسية، توجد عند الإنسان السليم بشكل كامل. لا شك في أن هذه الإمكانية المتمثلة في أن جميع الصور المسجلة في الذاكرة الحسية يمكن أن تُحرّك وتُزاح، وأن يحلّ بعضها محلّ

بعض الآخر، وأن تولد انطباع الجريان مرة ثانية لقطعة من الحياة المعاشة سابقاً في الماضي، تعود إلى خصائص زمان الإنسان، لاسيما إلى «ارتباط» هذا الزمان و«اندماجه» بشكل راسخ مع الصور المنطبع فيها (سوية مع المكان).

يُرجَّح أن آلية الخاصية الزمانية للصور، التي ناقشها، تخضع لتغير ما إبان الحالات النفسية المرضية المعروفة بالتصورات البصرية القهرية. إذ تطفو في رأس المريض فجأة صورة ما من الإدراكات السابقة، وتظل ساكنة جامدة كصورة من شريط سينمائي أوقف فجأةً.

في غضون مجمل دراساتنا السريرية كان من الصعوبة بمكان فهم التصور الملحاح حول الآلية التي تنظّم نطاق الوعي، أي كمية الصور الحسية المتكوّنة في وحدة الزمن. ففي ظروف مرضية تبرز ظواهر يمكن وصفها على أنها ازدياد في السعة الحسية للوعي: حيث يمض فيه عدد كبير من التصورات الحسية، ولا يبدو أن هناك أية آلية تقيّد عددها. تتوافر هذه الآلية، على الأرجح، عن طريق معايشة الحاضر كزمن واقعي راهن. فإذا لم يشعر المريض بالحاضر كزمن راهن، وأهمله، ظهرت تلك الحالات المرضية، التي يبدو فيها من غير الممكن تقييد السعة الحسية للوعي.

قبل اختتام عرضنا حول لاتناظر المظاهر المرضية للإدراك علينا إبداء بعض التحفظ. تتم دراسة المعرفة الحسية كحدثية نفسية من قبل علماء النفس، بينما تُدرّس في تمظهراتها المرضية من قبل علماء النفس المرضي والأطباء النفسيين. ومن الجلي أن هذه الحدثية النفسية غير ممكنة من دون أساس حسي تتم دراسته من قبل أطباء الأعصاب والأطباء العصبيين النفسيين في أشكاله الحسية المختلفة (الحس السطحي، حس الألم، حس الحرارة، حس العضلات، حس المفاصل... إلخ) وفي ما يسمى بالوظائف الروحية (البصرية والسمعية وغيرها). مع ذلك فهي مرتبطة بعضها مع بعض بشكل وثيق لا ينفصم، وتشكّل المجال النفسي الحسي الموحد. والمسؤول عن هذا المجال هو نصف الكرة المخية الأيمن. من هنا يتضح أن العوامل المكانية - الزمانية يتم تمثيلها قبل كل شيء بالشكل الذي تتمظهر فيه في وظيفة نصف الدماغ الأيمن. ويقتصر تقييم الزمان هنا على زمنين للإنسان: الزمن الحاضر والزمن الماضي. كما يتضح، بالمقابل، لاتناظر بالنسبة للمكان. وقد تجلت إمكانية «ضعف» أو «زوال» المكان كليا؛ الأمر الذي يصيب في معظم الحالات وبالشكل الأشد المكان الأيسر.

3-4. التفكير:

في أذية نصف الدماغ الأيسر يصاب قبل كل شيء التفكير اللفظي، أي التفكير الذي يعتمد على اللغة. بينما في أذية نصف الدماغ الأيمن يصاب التفكير الصوري، المحدّد والملموس، الذي يتم بمساعدة الصور الحسية. في إصابة الدماغ الأيسر هناك نوعان ممكنان من اضطرابات التفكير الذهني الحادة (التي تظهر أثناء النوبات): تغيرات كمية في نشاط التفكير بمعنى الاشتداد، أو نقصان وتشويهات نوعية في عمليات التفكير.

إن الاشتداد المرضى (إثارة) في الحدّيات الفكرية والملاحظ عادة كجزء من النوبات الصدمية في الإصابات البؤرية لنصف الكرة المخية الأيسر، يوصف من قبل المريض على أنه «أفكار قهرية»، أو «تدفق أفكار»، أو «فوضى أفكار»، أو «عاصفة أفكار»... إلخ. ويتميّز بالظهور المفاجئ لفكرة وحيدة أو عدة أفكار في الوعي. تنشأ الأفكار بشكل تعسفي ومستقل عن إرادة المريض. ولا يرتبط محتواها عادة بنشاط التفكير الذي كان يشغل المريض لحظة بدء النوبة. تكون الأفكار «غير معقولة» و«غير طبيعية». ولكنها تتخذ، مع ذلك، مكاناً مركزياً في وعي المريض، وتمتص كامل وعيه. يتم إبراز الطابع القهري للأفكار في المعيشة الذاتية: فالمرضى غير قادرين على التحرر أو التخلص منها قبل انتهاء النوبة. كما يظهر شعور بالضيق، وشعور غامض بالعبث «انعدام الجدوى»، وشعور بفقدان المحتوى وفقدان المعنى، كما لا يُتابع التفكير بالأفكار، التي تطفو فجأة في وعي المريض، حتى النهاية. وتثير النوبة انطباعاً عند المريض بأن الأفكار قد شوّشت بعضها البعض، وألغت بعضها البعض، وأنها لم تكن أفكاراً، بل كسرات من الأفكار. عدد قليل من المرضى يعيش «عاصفة الأفكار» كشيء إيجابي. ويذكر هؤلاء المرضى أنه حدث لديهم أثناء النوبة «تحسّن أو اشتداد في قدرات التفكير». فقد قالت إحدى مريضاتنا عن «عاصفة الأفكار»، بينما كانت تصف نوبتها: «أتوق إلى قول الكثير، أود الآن، فوراً، الحديث عن الكثير، ولكنني أعجز عن ذلك، لا يمكنني ذلك. المفاهيم موجودة، ولكنني لا أستطيع وضعها في كلمات. لا أستطيع جمع شتات أفكاري: أبدأ بالكلام حول نقطة معينة، ثم أقفز فوراً إلى نقطة أخرى، لا أكمل نصف ما أريد قوله، حتى أقفز إلى نقطة أخرى. وتبدو لي جميع الأفكار مهمة جداً وضرورية، وأفضل من أي وقت مضى».

أما الاضطرابات المعاكسة في حديثيات التفكير فتوصف من قبل المرضى على أنها «ركود أو توقف أفكار»، أو «انهيار أفكار»، أو «فراغ في الرأس»، أو «كبح أفكار». ويعيشها مختلف المرضى الطريقة نفسها تقريباً. لذلك يستخدم المرضى في هذه الحالة أوصاف أو تعابير أقل تنوعاً بكثير منه في عاصفة الأفكار الانتيابية. مع ذلك يُعدّ «كبح الأفكار» أيضاً حالة غير مألوفة في عمليات التفكير. ولا يمكن مقارنتها مع أية معاشات ممكنة في عمليات التفكير عند الشخص السليم. ويشدّد المرضى على انطباع الحيرة والشلل الكامل في التفكير.

إذا أمكن ملاحظة هؤلاء المرضى أثناء النوبة، فإن ما يلفت الانتباه هو التغير المفاجئ في المظهر الخارجي: يتمظهر في الوجه الاضطراب والارتباك والحرج، وتكون التصريحات عديمة الأوصال تقريباً أو تماماً، حتى إنها تبدو هراء لا معنى له، إنما تكون نبرة وطريقة تعبير المرضى مؤثرة وقوية التعبير. وهي تعزّز الانطباع حول ذهول وحيرة المرضى، الذين يكونون مضطربين حركياً: يقفزون من قدم إلى أخرى، يتناولون شيئاً ما بيدهم... إلخ.

يمكن أن تصل التغيرات النوعية في عمليات التفكير في إصابة الدماغ الأيسر، فيما يتعلق بشكل التقييم المشوه للوضع الخاص وأهميته وعلاقة الأشخاص الآخرين مع المريض، إلى تكوين متلازمات وهمية وأهلاسية. والحق أن الرأي القائل إن مثل هذه التصورات الوهمية تظهر قبل كل شيء في نصف الكرة المخية الأيسر، هو رأي مثبت حالياً بشكل جيد.

تتطور الحالة الوهمية في إطار متلازمة سريرية كبيرة تظهر فيها جميع الاضطرابات كنشاط نفسي كلي، ولو أنه مرضي. بسبب الصعوبة المدركة ذاتياً في استخدام اللغة في البداية فقط، تزداد علامات الحذر والتوتر الداخلي في سلوك المريض الخارجي، وتتنحصر معالم فقدان الثقة وسوء الظن أكثر فأكثر. يميل المرضى إلى اتهام المحيطين بهم بالتصرف الحسود اتجاههم، وينسبون إليه، زوراً وبهتاناً، رغبتهم بإلحاق أضرار جسدية أو أخلاقية بهم. ونتيجة هذه التصورات يصبح المرضى نشيطين حركياً ومتوترين، ويظهرون قلقاً ونفاذ صبر. وطالما هم متشبثون، في هذه التصورات الوهمية الخاطئة، بما يحدث، فإن المرضى يكونون مضطربين وحائرين أثناء الحديث مع الطبيب أيضاً وأثناء فحصه لهم، فيقفون تارةً، ويجلسون تارةً أخرى، ويشرعون بالتجوال وأحياناً ينظرون إلى عيني الطبيب متألمين، وينصتون بانتباه إلى جميع تصريحاته، ويتابعون كل ما يفعله بعين الريبة وسوء الظن. عند

ظهور التصورات الوهمية يرجون الطبيب أن يدافع عنهم، وأن يتخذ إجراءات فعّالة لإنهاء الملاحظات والتأثيرات الضارة بهم.

في أعراض القصور في إصابة نصف الكرة المخية الأيسر غالباً ما يتغير التفكير اللغوي باتجاه التناقص المستمر في الإنتاجية. هذا ما يتجلى في صعوبة فهم الوضع، وفي تباطؤ وفقر المشاركات. يوقظ هؤلاء المرضى الانطباع بأن جميع أفكارهم تجري بشكل متناقل وبطيء. وكما يتلاءم الطبيب مع إمكانات التفكير المتناقصة عند مريضه، يضطر إلى تكرار أسئلته مرات عدة. كما يكون المرضى بطيئين في حركاتهم. ويكون وجههم فقير حركياً، ولا تبدي سيماؤهم تغيرات إلا نادراً، وكثيراً ما تحمل عندئذ معالم جامدة لعدم الفهم، ولضعف التركيز، وللبحث غير الموفق عن إجابة عن السؤال المطروح. وعلى الرغم من الصعوبة، التي يجدها المريض عند القيام بعمليات التفكير، إلا أنه يحاول ذلك، ويثبت أنه مصمم، ويجبر نفسه على «التفكير»، ويبدل جهده للتغلب على الصعوبات. يصادف المرء هذا الشكل من التفكير المثقل عادة عند المرضى الذين تكون لديهم المنطقة الجبهية من نصف الكرة الأيسر سليمة.

في أذية المنطقة الجبهية من نصف الكرة المخية الأيسر ينخفض النشاط الفكري والكلامي والدافع إليهما بشدة، أو يزول تماماً. إن فقدان التلقائية (العفوية) يميّز جميع مجالات العمليات النفسية الإرادية للمريض - الكلام، التفكير والسلوك الحركي (Rosinski، 1948، Schmarjan، 1949، Abaschew، 1973، Dobrochotowa، 1974، Bragina، 1977). التصريحات العفوية، التي تصدر عن دافع داخلي عند المريض، لا تعود ممكنة. الأفكار المحرّضة من قبل استجواب الطبيب تكون مقتصدة وغير مستفيضة، ويعبّر عنها بكلمة أو كلمتين، أو تكون، على العكس، غنية بالكلمات وجزلة للغاية، وجملها ذات بنية سليمة نحوياً، ولكنها لا تمتلك أي محتوى جوهري، ولا تصيب لبّ الموضوع، وكثيراً ما لا تمثل أية إجابة عن السؤال المطروح. ومن غير النادر مشاهدة هذا النوع من التفكير عند المرضى بأذية انتقائية في الفص الجبهي الأيسر.

هكذا، ففي إصابة نصف الكرة الأيسر يضطرب شكل التفكير الذي يتجلى في أحكام ومفاهيم وآراء حول الأشياء والظواهر وتفسير معناها. تبدي ضمن ظروف مرضية بالتحديد جزئيات معايشة الإنسان لعمليات تفكيره الخاص،

وصولاً إلى تفاصيل نوعية ملائمة لأفكاره. ففي وعي المريض، الذي يعيش «أفكاراً قهرية» يستمر وجود تقديره لحالته الخاصة وللحياة من حوله. هذا «التفسير» يبعث على الدهشة جراء نشوئه المفاجئ والإرادي. وهو تفسير غير مناسب، فالحقيقة فيه مشوهة بشكل فظ، مع ذلك يمكن أن يوجد، بالمقابل، موقف تقييمي يشعر به بشكل غامض. فحتى المرضى أنفسهم يتأكدون من عدم صحة أفكارهم ولا معقوليتها وعدم طبيعيتها... إلخ. وهم يشددون على أن هذه «الفكرة الطافية في الوعي» بشكل فجائي إما أن تكون عديمة المعنى وتافهة تماماً في محتواها، أو أنها لا تعكس الحقيقة بشكل صحيح. أثناء هذه الاضطرابات في التفكير اللفظي في الحدوثات المرضية في نصف الكرة الأيسر يمكن أن يكون التفكير الصوري سليماً، وهو تفكير يعتمد على المشاعر الحسية للإدراك المباشر للعالم المحيط، أو ينشأ على أساس من التصورات المحددة الملموسة البصرية والسمعية وغيرها من التصورات، التي تحصل في الأبعاد المتصورة للزمان والمكان. تدل وصوفات مؤلفين مختلفين (Lurja، 1968؛ Ffeuchtwanger، 1930؛ Alajouanine، 1948؛ Milner، 1958؛ Gordon، 1970؛ Geschwind، 1972؛ وغيرهم) على أن مرضى الحبسة الكلامية واضطرابات التفكير المرافقة لها يحتفظون بقدراتهم الفنية والموسيقية. لا بل قد تكون هذه الأخيرة مشتدة، حسب معطيات بعض المؤلفين.

يتجلى هذا عادة عند الفنانين والمؤلفين الموسيقيين. هكذا، وفي عمر 66 سنة، وبعد عدة أشهر من اضطراب تروية دموية في الشريان المخي المتوسط الأيسر أدى إلى فالج شقي أيمن مع حبسة كلامية، استأنف النحات والرسام الهنغاري Ferenczy نشاطه الفني، حيث أخذ يرسم باليد اليسرى. واحتفظ موضوع وأسلوب لوحاته بالمعالم ذاتها قبل المرض. وتميّزت رسوماته ولوحاته المائية ببعض الارتباك في مد الخطوط وبعيوب في اختيار الألوان - مقارنة بأعماله السابقة - . مع ذلك فقد بلغت تماثله النوعية والجودة السابقة (Kornyeve، 1977).

أما في إصابة نصف الكرة الأيمن فيضطرب، بالمقابل، التفكير الصوري والفني، في حين تبقى اللغة والعمليات الفكرية القائمة عليها سليمة. من المهم إيضاح الفوارق بين أشكال التفكير اللفظية والصورية، والموزعة على نصفي الكرة المخية بشكل صارم قليلاً أو كثيراً، تبعاً لما تبين من إصابات الدماغ البؤرية. حيث ينبغي أن يكون هناك اختلاف مبدئي فيما بينها. ويغلب الظن

أن هذا الاختلاف ينجم عن فوارق في الخصائص المكانية - الزمانية لكلا شكلي التفكير هذين. ففي الحدثيات المرضية في نصف الكرة الأيمن يضطرب بالدرجة الأولى التفكير الذي يستند إلى مكان محدد وزمان محدد في تعامله مع صور المواضيع الموجودة دائماً الآن في المكان الواقعي الراهن والزمان الواقعي الراهن، أو مع تصورات صورية محددة تقتصر على أبعاد المكان والزمان المتصورة من قبل الشخص. إن هذه القدرة الضرورية على التصور المكاني تصاب في أذية نصف الكرة الأيمن.

لا شك في أن التفكير اللغوي الفاعل، مثله مثل السلوك الحركي الهادف، غير ممكن من دون معايشة المكان والزمان بشكل راهن. مع ذلك تكمن هنا أيضاً الصعوبة الرئيسية في فهم المادة السريرية. تتجم هذه الصعوبة عما يلي: لا تقتصر الأفكار في تحقيقها على هذا المكان المعاش بشكل راهن وهذا الزمان المعاش بشكل راهن. وسوف يتضح هذا - كما نأمل - في التحليلات اللاحقة الأخرى للاضطرابات اللامتناظرة في النفسية.

إن الفوارق المكانية - الزمانية بين التفكير اللفظي والصوري، والتي تفرض نفسها عند المرضى بإصابة بؤرية في الدماغ، ليست بهذا الوضوح عند الشخص السليم.

نود هنا أن نورد مقارنة قام بها Gansen (1976): إن «أصل الانعكاس» في الإدراك (في التفكير الصوري) هو مواضيع واقعية، وصورها إما أن تكون «مستمرة» أو «مستترة». أما «أصل الانعكاس» بالنسبة للتفكير اللفظي فهو مفاهيم وأحكام، وهي «مستترة». فيما يتعلق بالنسبة «حفظ - تغير» تكون الغلبة للحفظ (الانعكاس) في الإدراك، وللتغير (التحول) في التفكير. وهما يمثلان عمليتي التحليل والتركيب، ولكن اتجاههما مختلف: «يقود الإدراك بالدرجة الأولى إلى التوحيد، بينما يقود التفكير بالدرجة الأولى إلى التعميم. تسير تحولات الإدراك بشكل متوازي قبل كل شيء، بينما تسير تحولات التفكير بشكل متعاقب قبل كل شيء. إذا نظرنا إلى النسبة بين الأصل ونتيجة التحول في التفكير، أمكننا إثبات عدم وجود تماثل شكلي بينهما، مثلما هي الحال في الإدراك (بين الأصل والصورة). هذا ما يجعل من غير الممكن تطبيق مفهوم التماثل الشكلي ومستوياته المتنوعة في عمليات التفكير.

4-4. الذاكرة:

أثبت عدد كبير من الدراسات أنه في الخلل الوظيفي في نصف الكرة الأيمن والأيسر تضطرب أشكال مختلفة من الذاكرة (Lurja و Simernizkaja، 1975؛ Korsakowa، 1979). فعند تثبيط نصف الكرة الأيمن تضطرب الذاكرة طويلة الأمد للأشكال أو الأشياء غير منتظمة الشكل، التي لا يمكن توصيفها بالكلمات إلا بصعوبة، ويستطيع المريض، بالمقابل، تذكر ثلاث الكلمات تقريباً، والاحتفاظ بها في الذاكرة مدة عدة ساعات. أما في حال إلغاء وظائف نصف الكرة الأيسر فإن المرضى، على العكس، لا يستطيعون تذكر الكلمات لوقت طويل، على الرغم من تمكنهم من الاحتفاظ بها في الذاكرة مدة 1-2 دقيقة، ولكنهم يتذكرون ثلاث الأشكال ذات الشكل غير المنتظم. ويفسر Balonow (1979) هذه النتائج بأن «كلاً من آليات الذاكرة الصورية واللفظية يمتلك توضعاً مختلفاً. فالآليات الذاكرة الصورية ترتبط ببنيات نصف الكرة الأيمن غير المسيطر، بينما ترتبط آليات الذاكرة اللفظية، بالمقابل، ببنيات نصف الكرة الأيسر المسيطر».

لا شك في أن تحليل اللاتناظر يقربنا من فكرة مفادها أن كلاً من الذاكرة السمعية - اللفظية والذاكرة الصورية منظم بشكل مختلف في المكان والزمان. في إصابة الدماغ البؤرية اليسرى هناك اضطرابان انتيابينان متطرفان ممكنان في الذاكرة اللفظية: «التذكر القهري» و«فقد الذاكرة». وُصِفَ «التذكر القهري» بأشكال عديدة (Bragina و Dobrochotowa، 1977). وفي شكله الوصفي يشدد المرضى على أن الشعور بوجود تذكر شيء ما، هو الحديثة الراهنة في وعيهم. ولكنهم يعجزون عادة عن التذكر. ويترافق عدم إمكانية التذكر مع قلق واختلاط وبلبلة وشك وسعي معدّب لإظهار ما يجب على المريض تذكره وإيصاله إلى الوعي وصياغته بالكلمات بلغته الداخلية (في هذه الحالة ليس هناك شكل آخر للإيضاح). إن ما يعتقد المريض بوجود تذكره حتماً هو غير محدد من كل الوجوه: في محتواه المادي (ليس من الواضح للمريض ما يجب عليه تذكره، أهو كلمة، أم عمل ما، أو فكرة، أو صورة، أو أي شيء آخر) وفي إلحاقه الزمني (من غير الواضح للمريض العائدية الزمنية لما يجب عليه تذكره، أهو

قد حصل وانتهى سابقاً، أم هو يحصل حالياً، أو أنه سوف يحدث في المستقبل). إن مثل هذا التمييز (الفهم طبعاً بالمفاهيم المألوفة للغة الداخلية: البارحة، اليوم، غداً، أو كان، يكون، سيكون) في الإلحاق الزمني لموضوع التذكّر هو غير ممكن. إنما يجدر بالاهتمام في هذا الصدد التفصيل التالي في وصف المرضى أنفسهم: في داخلهم يلاحظ الشعور كما لو أن مستقبلهم يتعلق بقدرتهم على التذكّر أم عدم قدرتهم. فينشأ في وعيهم التخوّف القلق الغامض من أن حالهم ستسوء إن هم لم يتمكنوا من التذكّر، سوف يحدث لهم في المستقبل شيء ما خطر يهدّد صحتهم وعافيتهم.

مع كل عدم الوضوح هذا في ما يجب على المرضى تذكّره وفعله، فهم يصفون بشكل مثير للاهتمام معاشاتهم الذاتية المرضية على أنها تعود إلى الذاكرة، وربما يمكن القول، ولو بتحفظ، إن العمليات التذكيرية في هذه الحالة تكون في حالة إثارة. مع ذلك لا يقود هذا التشييط إلى أية نتيجة، لأنه لا يستطيع أن يسوق ما يخضع للذاكرة إلى الوعي. لا يستطيع المريض فهم موضوع التذكّر، أي هدف العمل الذي ينبغي القيام به بعد التذكّر، ولا التعبير عنه بكلمات وأفكار في لغته الداخلية. إجمالاً تظهر بشكل واضح علاقة المعيشة الكلية للمريض بالجانب الاجتماعي لوجوده: فعندما لا يمكنه التذكّر، لا يمكنه القيام بالأعمال الضرورية، وعندئذٍ لا يمكنه اتقاء الأخطار التي تهدّده، هو والمقربين إليه.

يعكس «فقد الذاكرة»، الظاهرة الانتيايية المعاكسة، العجز التام عن تذكّر المعارف والكلمات والأرقام... إلخ، الضرورية من أجل النشاط الجاري حالياً. فالنشاط الجاري يصطدم بحاجز لا يقهر. ويعيش المريض الكفّ الإجباري عن كل نشاط بعواطف القلق والقصور عن الفهم والحيرة، وبتوتّر داخلي يرد عليه بتعبئة نفسه واستنفارها. ويعجز المريض عادة عن تذكّر جزئية ما ضرورية الآن تحديداً من أجل وضعه الاجتماعي الراهن ومن أجل علاقته الاجتماعية مع الآخرين ومن أجل نشاطه الاجتماعي. في هذه الحالة الانتيايية، التي تدوم ثواني أو دقائق، ينسى المرضى أعمارهم، ولا يمكنهم تسمية العمل الذي يقومون به أو وصفه، ولا يعود في مقدورهم فجأة تذكّر أسماء زوجاتهم وأطفالهم، ويكونون مرتبكين تماماً ولا حيلة لهم إذا طُلب إليهم ذكر مع من يتحدثون... إلخ. ويزول هذا الارتباك الشامل بمجرد انتهاء النوبة.

أما في الإصابة الدماغية البؤرية اليمنى فتضطرب الذاكرة الصورية أثناء النوبة، حيث يمكن أن تكون التغيرات إما بمعنى التكثيف أو بمعنى الكبت. إنما تختلف صورها كلياً عما وُصِفَ أعلاه في «التذكر القهري» و«فقد الذاكرة».

«ومض المعاشات السابقة» (Penfield و Roberts، 1964)، الذي وصفناه وحلّناه بالتفصيل في الأعوام من 1975 إلى 1978، يمكن النظر إليه على أنه تكثيف أو تفعيل (تنشيط) فجائي للذاكرة الحسية. لا تختلف هذه الحالة عن التذكر الإرادي «للمعارف» الحسية السابقة بعدم تعلقها بإرادة المريض، وبعدم القدرة على تحاشي التذكر المتتابع لجميع تفاصيل الصور الحسية، وبالوضوح والحيوية الكبيرين لهذه المعاشات الحسية المكررة فحسب، بل أيضاً بالارتداد الكامل للمريض إلى تلك الحالة النفسية، التي كانت موجودة في ذلك المقطع الزمني المحدد من الماضي. بالفعل، فإن الحالة النفسية لمحتواه الحسي تُستعاد بشكل كامل. ولا يتم أثناء ذلك تذكر الأفكار والتقييمات والأفعال، التي كانت قائمة في ذلك الحين. ويتجلى السلوك والمعاشة المختلفان (عنهما في التذكر القهري) في السلبية والاستكانة، وفي غياب أي نشاط حركي أو انفعالي (على شكل قلق، أو بلبلة واختلاط، أو توتر داخلي). ومن الجلي أن اختلاف «ومض المعاشات السابقة» يكمن كذلك في التحديد الواضح للعائدية الزمنية لما يتم تذكره: فهناك ترتيب واضح في الماضي.

أما الاضطراب المعاكس للذاكرة الحسية فيتضح أثناء فحوص خاصة. فالمرضى أنفسهم لا يمكنهم التحدث عنه. عندما يُطلب إلى المريض مثلاً أن يرسم «من الذاكرة»، أي من دون نموذج أمامه، شيئاً ما أو حيواناً معروفاً، أو أن يتصور وجه شخص معروف جيداً لديه ويرسمه، يتبين أنه غير قادر على الاستدعاء الإرادي إلى الوعي لصورة محتواة في كل الأحوال في خبرة معارفه الحسية الماضية. بعبارة أخرى لا سبيل للمريض إلى تصورها، أي إلى وصف خصائصها المكانية - الزمانية في البصر الباطني.

في الاضطرابات الدائمة غير الانتيابية تضطرب الذاكرة بشكل لا متناظر أيضاً: ففي إصابات الدماغ الأيسر تصاب الذاكرة المنطقية اللفظية بشكل أشد، بينما تصاب في الاضطرابات اليمنى الذاكرة الحسية الصورية بشكل أشد. ومن المثير للاهتمام أنه يمكن أن تظهر اضطرابات هذه الأخيرة على شكل فقد ذاكرة (نساوة)، لاسيما في متلازمة كورساكوف. كما تظهر الاستحالة التامة لإعادة

إحياء أي شيء من تلك الخبرات الماضية مما تتسحب عليه فقد الذاكرة أو النساوة اللاحقة - السابقة⁽¹⁾. بالمقابل لا تصل اضطرابات الذاكرة اللفظية (المنطقية)، التي تظهر في إصابات الدماغ اليسرى، إلى درجة متلازمة نسيانية عادة (بالمعنى الحصري للكلمة)، وتوصف من قبلنا كمتلازمة خلل الذاكرة. ومن المهم التشديد على هذه الحال، لأنها توضح الفارق التالي: لا تضطرب الذاكرة وفقاً لمبدأ «كل شيء أو لا شيء» إلا في الإصابات البؤرية اليمنى فقط.

كذلك في اضطرابات الذاكرة يمكن إثبات وجود اختلاف في خاصيتها المكانية - الزمانية، التي ترتبط بجهة الإصابة. فالمرجع الزمني لـ «التذكر القهري» غير محدد، بينما المرجع الزمني لـ «ومضات التذكر» محدد. لقد رأينا أنه في معاشات «التذكر القهري» توضع تخمينات حول علاقته غير المباشرة بالمستقبل (المستشفة من خلال الشعور بالخطر القريب)، بينما تظهر «ومضات التذكر» كمجرد محتوى حسي لماضي المريض. في «التذكر القهري» لا تكون المعرفة الخاضعة للتذكر محصورة بأي مكان محدد ولا بأي زمان محدد، بينما ترتبط المعاشات الحسية للماضي، والتي تظهر بشكل لا إرادي، بمقاطع محددة من المكان والزمان.

إن ما يلفت الانتباه عند مقارنة متلازمة كورساكوف مع متلازمة خلل الذاكرة، هو أن العيب في الأولى لا يعاش بشكل واع، وليس هناك أي موقف تعويضي. أما في الثانية، فعلى العكس يكون المريض واعياً لعيوب الذاكرة، وهي تشغله ويبدل جهده لمعاوضتها. ومن المهم عند معاوضة اضطرابات الذاكرة الحسية والمنطقية أن نضع نصب أعيننا ما يلي: بما أن العالم المحيط والأنا الخاصة قد تم وسمهما بالضبط بالصورة التي عرضا نفسيهما فيها في الزمن المعني، أي نتيجة للتحديد المكاني - الزماني للصور المسجلة في الذاكرة الصورية، فإن «المعرفة» الحسية لا يمكن أن تُستعاد إلا بشكل واحد. فالتغيرات والتشوهات غير جائزة في الأحوال العادية.

على العكس، فإن المعرفة المختزنة في الذاكرة اللفظية المنطقية كان قد تم اكتسابها في الماضي بشكل تدريجي. فالتعميمات والمفاهيم لا تنشأ بشكل

¹ النساوة اللاحقة (anterograde amnesia): عدم تذكر الأحداث التي تلت العلة التي أدت إلى النسيان. النساوة السابقة (retrograde amnesia): عدم تذكر الأحداث التي سبقت العلة التي أدت إلى النسيان. - (المترجم).

فجائي، بل تتكون وتتكامل تدريجياً - كما ينبغي الاعتقاد - من دون ارتباط صارم (قاطع) بمقطع محدد من المكان والزمان، كما هي الحال بالنسبة للصور الحسية. كما أن المفاهيم والأفكار تتواجد في الذاكرة - والحكم للمعطيات السريرية - من دون أن تكون مرتبطة بمقاطع محددة من المكان الماضي والزمان الماضي. فهي تظل متحركة، بمعنى أنها يمكن أن تظل تتحول وتتغير وتتابع تطورها. هكذا فإن المفاهيم والأفكار ذاتها كان لها في أوقات مختلفة من الحياة الماضية للشخص درجة كمال مختلفة، وكانت متبدلة فيما يتعلق بمحتواها. من هنا، صحيح أن المريض يمكن أن ينسى، أثناء الاستدعاء من هذه الذاكرة اللفظية المنطقية، توصيفاً ما وبعض التفاصيل المرتبطة بهذا المفهوم أو هذا التعميم، ولكنه قادر على تذكر تفاصيل أخرى وعلى إطلاع محدثه على موضوع تذكره.

المكان والزمان في الذاكرة الحسية: إن ما لفت الانتباه قبل زمن طويل إلى دور المكان والزمان في تنظيم الذاكرة الحسية كانت متلازمة كورساكوف النسيانية، التي تنشأ في صورتها الكلاسيكية في الإصابة الانتقائية لنصف الكرة المخية الأيمن (Nikoforowa، 1957؛ Babenkow، 1971؛ Schubenko، 1977؛ وغيرهم). Schubina، 1971؛ Smirnow و Sobkow، 1975؛ Dobrochotowa و Bragina،

حسب Skworzow (1935) يحدد مرضى كورساكوف الوظائف النباتية والصور الحلمية في الزمان بشكل أفضل من الإدراكات الاعتيادية المؤلف. ويرى Van der Horst (1932) أنه في متلازمة كورساكوف تصاب اتجاهات الزمان والقدرة على ترتيب الأحداث زمنياً بشكل بالغ. وقد نوقش في المراجع السؤال عما هو بدئي: اضطراب الذاكرة أم اضطراب إدراك الزمن. وقد حاول Van der Horst (1932) و Kleist (1934) وغيرهما تفسير اضطراب الذاكرة من خلال التغيرات في المعيشة المباشرة للزمن، بينما عدَّ Ehrenwald (1931) «عمه الزمان» عرضاً غير بدئي. ويجدر بالاهتمام القول التالي لـ Elkin (1962): «يمكن لإصابة الفص الصدغي في نصف الكرة الأيمن أن تصبح نقطة الانطلاق نحو متلازمة نسيانية من نموذج كورساكوف، وذلك نتيجة لاضطراب الإدراكات الزمنية. إن اضطراب النواحي الحسية للإدراكات الزمنية تقود - بوجود الدوخة شبه النومية والوهن

واللاتلقائية في الوقت نفسه - إلى الضلال (خلل التوجه) في الزمان، الأمر الذي يلعب دوراً كبيراً في متلازمة كورساكوف، وإن كان لا يمثل آليتها الرئيسية». في مثل هذا التحليل الذي يقتصر على ملاحظة نوعين فقط من الاضطرابات، لا يمكن فهم مغزى ما وُصِفَ في المراجع منذ وقت طويل باضطراب إدراك الزمن (حيث لم يتم تحليل اضطرابات إدراك المكان على الإطلاق). إذ يتم إدراك الزمان والمكان بشكل سيئ، أو لا يتم إدراكهما على الإطلاق، بمجرد أن يصبح «موضوع» الإدراك «أضعف»، أو «يزول» كلياً.

من الضروري الإشارة قبل كل شيء إلى الأهمية القاهرة للاضطرابات المذكورة بالنسبة لمتلازمة كورساكوف. فهي تتشارك فيها مع اضطرابات الذاكرة (النسوة التثبتيّة والنسوة السابقة - اللاحقة) وتخريف وضلال وتبدلات وصفية في الحالة الانفعالية (نشوة، طول أناة، زوال معاشات المرض والمعاناة) وفي مجال الشخصية (ضعف عام، فقدان الدوافع الأصيلة للنشاط، الذي يتوافر الاستعداد للقيام به للوهلة الأولى). أشرنا سابقاً إلى الاضطراب الخاص في الذاكرة بالنسبة للصور المتكوّنة للتو، حيث لا يمكن للمرضى تذكر ما حصل للتو. فالطبيب، الذي رآه قبل 5-15 دقيقة، يبدو لهم شخصاً جديداً غير معروف. لا تتكون الصور الحسية للمحيط ولألنا الخاصة هنا إلا بشكل ضعيف وغير واضح، أو لا تتكون على الإطلاق. ومن المرجح هنا وجود عيب خاص فيما يتعلق بسماتها المكانية - الزمانية.

إن مكان وزمان مريض كورساكوف، اللذين يتم إدراكهما بشكل ضعيف - كما ذكرنا أعلاه -، لا «يسمان» الصور الحسية للأحداث. ولا شك في أن مثل هذا «الضعف» في المكان والزمان يستبعد، كما هو واضح، كفاءة الإدراكات، التي تشترط الإلحاق الزمني لصور الأحداث الجارية بالمقاطع المختلفة للزمان الراهن وللمكان الراهن، التي تجري فيها. إن غياب ارتباط صور الأحداث الحاصلة من حول المريض بالمقاطع الموافقة من المكان والزمان يتمظهر في نفسية المريض على شكل عدم تذكر الأحداث الجارية للتو (نسوة تثبتيّة). ومن الجدير بالاهتمام في هذا الصدد «أخطاء الذاكرة الغريبة» عقب نوبات الصدمات الكهربائية اليمنى: فالمرضى يتمكنون من تذكر المادة المعروضة عليهم بعد النوبة، ولكنهم يؤكدون أنه تم عرضها عليهم قبل النوبة. ويشدّد Balonow (1979)، الذي وصف هذه الظاهرة، على أن هذا «النقل» لحدث ما من زمن ما بعد

النوبة إلى زمن ما قبل النوبة لم يلاحظ عقب نوبات الصدمات الكهربائية اليسرى، وأنه في الاختلاج الكهربائي الأيمن لم يصادف «نقل» للأحداث من زمن ما قبل النوبة إلى زمن ما بعد النوبة.

المكان والزمان والذاكرة اللفظية: برأينا أن ما يلاحظ في حالة «ومض المعاشات السابقة» من عدم القدرة على تذكر (استعادة) الأفكار والأقوال والأحكام المتواجدة في الفترة نفسها من الماضي (كذلك الحركات والأفعال) له مغزى لا يزال غير معروف إلى درجة كبيرة. إن الأفكار والتعميمات والتقييمات والأقوال والتصريحات... إلخ، أي كل المظاهر النفسية التي تميّز في مجملها المعرفة المجردة، يتم تخزينها بشكل مختلف عن صور الإدراك. وسوف نعود إلى هذا الاختلاف ثانياً فيما بعد. إذ يبدو لنا أن له أهمية مبدئية. لا شك في أن مهمة التوصيف الصحيح للاختلاف في تخزين صور المعرفة الحسية وعناصر المعرفة المجردة، من أفكار وأحكام وتقييمات، هي مهمة عالية المسؤولية. من الواضح أنه يمكن تنشيط هذه الأخيرة، أي عناصر المعرفة المجردة، من دون منبهات محدّدة ملموسة موجودة في المكان المحدّد والزمان المحدّد، والتي لا يمكن للصور الحسية أن تنشأ من دونها، إذ يمكن أن تبدأ في أي وقت معطى، ولكن لا يمكن أن تُنتهى إلا في المستقبل، وبذلك تثبت أنها وقائع نفسية حاصلة جزئياً فقط، في حين تكون الصور الحسية منتهية وتامة دائماً. من هنا لا يمكن إلا للصور الحسية أن تُخترن، بالمعنى الفعلي للكلمة، كظواهر نفسية تمت مسبقاً (أي أنها تُحفظ بشكل غير متبدل).

ومن أجل وصف «اختزان» العمليات الفكرية يبدو أن عبارة «تكديس» خبرات المعرفة المجردة هي أكثر ملاءمة. إذ ينبغي أن يتم هذا «الاختزان»، بناءً على الخبرات السريرية، من دون ارتباط بالزمان والمكان، اللذين كانا ضروريين من أجل اختزان الصور الحسية بشكل واضح. ليس لمصطلحي «الاختزان» و«الحفظ»، في أغلب الظن، سوى أهمية نسبية فيما يتعلق بخبرات المعرفة المجردة والأفعال النفسية الحركية للإنسان. إن «تواجد» هذه الخبرات في الوعي له على الأرجح طابع مختلف كلياً عن حفظ خبرات المعرفة الحسية. ويتبدى الاختلاف فيما يخص المكان والزمان، اللذين يحصل فيهما هذا النشاط أو ذاك. فالصور الحسية تكون مندمجة معهما بشكل صميمي، بينما «توجد» الأفكار والمخططات والأعمال

السابقة من دون ارتباط بهما. ويُرجَّح أن هذه الحقيقة هي سبب الطابع غير السكوني وعدم الثبات والحركية الفاعلة ومتابعة التطور والتكامل للعمليات الفكرية والحركية. صحيح أن الفكرة والحركة تبدأ في الحاضر، ولكن نهايتهما لا تحصل إلا في المستقبل.

هذا التمييز للعمليات الفكرية الحركية، الذي اتضح إلحاحه وضرورته من الدراسات السريرية، قام به أيضاً N. A. Bernstein، (1966) فيما يتعلق بالحركات. فبعد أن قدم تقييماً نقدياً لـ «تصور المهارات الحركية كسلسلة من الإنهاءات المشروطة، التي كانت قد حصلت عبر وصلات عصبونية مناسبة، واتحدت فيما أطلق عليه المصطلح (المتناقض في ذاته) «النمط الحركي»، فهو يكتب: «إن مجمل جدلية تطور المهارة يكمن بالتحديد في أن هناك، حيث يوجد تطور، يكون كل تنفيذ لاحق أفضل من السابق، وهذا يعني أنه لا يكرّره، لذلك فإن التدريب يعني في الحقيقة إعادة من دون تكرار. ويكمن حل هذا التناقض الظاهري في أن التدريب المنفّذ بشكل صحيح لا يكرّر في كل مرة الوسيلة ذاتها من أجل حلّ المهمة الحركية المعنية، بل عملية حلّ هذه المهمة، في حين تتغير الوسائل من مرة لأخرى وتتكامل».

يتم اختزان كل من النشاطات النفسية الحسية والنفسية الحركية بطريقة مختلفة. فالأولى تُخترن مندمجة بشكل صميمي مع ذلك الزمان وذلك المكان، اللذين حصلت فيهما، وتمكث هادئة في المقطع الموافق من الماضي، بينما تكون الأخيرة، على العكس، من دون ارتباط بهذا الزمان وهذا المكان. ولا وجود لأيّة معارف حول النشاط النفسي الحركي تعود لمحتوى الماضي الذي حصل فيه.

5-4. الوعي:

كثر في مراجع السنوات الأخيرة طرح السؤال حول لانتاظر نصفي الكرة المخية في نشوء الوعي. مع ذلك فإن دراسته لا زالت في بدايتها تماماً. وقد دار الحديث عن فرضيات أولى متناقضة جداً، نذكر منها اثنتين. تولي الفرضية الأولى الأهمية الأكبر في نشوء الوعي لنصف الكرة الأيسر. يعتمد Serafetinides ومساعده (1965) و Serafetinides (1966) على أن المرضى، بعد حقن الباربيتورات في الشريان السباتي الباطن الأيسر، لا يدركون المنبّهات الخارجية، الأمر الذي

لا يحصل عند تثبيط نصف الكرة الأيمن. أما الفرضية الثانية فتتطلب من أن نصفي الكرة كليهما يساهمان في نشوء الوعي، حيث يتحدث بعض المؤلفين عن غياب «جنبية الوعي»، وعن أن الوعي لا يزول إلا عندما يكون EEG كلا نصفي الكرة المخية غير فعال (Nebes؛ 1967، Rosadini؛ 1978، وغيرهم). ويعتقد الكثير من المؤلفين الآخرين أن لكل من نصفي الكرة وظائف مختلفة في مجمل عملية نشوء الوعي (Ornstein؛ 1978، Eccles؛ 1973، وغيرهما). ونحن كذلك نتبنى وجهة النظر الأخيرة هذه.

في مقالة منشورة في مجلة «Vaprosi Filosfii» عام 1975 عرضنا الاختلافات في اضطرابات الوعي المتعلقة بجهة الإصابة الدماغية. وقد قادتنا إلى الاعتقاد بأن المساهمة غير المتماثلة لكل من نصفي الكرة المخية في نشوء الوعي (كما في جميع العمليات النفسية الأخرى) لا يمكن فهمهما من دون الأخذ بالاعتبار تنظيمه المكاني - الزماني. أجل، يمكن فهم الاختلاف الرئيس بين اضطرابات الوعي، التي تظهر عقب إصابة نصف الكرة الأيمن أو الأيسر، على أنه اختلاف في خلل التنظيم المكاني - الزماني. ومن الجدير بالاهتمام معطيات Balonow (1969)، التي حصل عليها عند تثبيط نصفي الكرة المخية في غضون المعالجة بالصدمة الكهربائية. فبعد النوبات اليسرى لا يعود التوجّه «الشكلي» في المكان والزمان إلا تدريجياً وببطء شديد. وفي الفترة التي لا يتمكن فيها المرضى من ذكر اليوم والشهر والسنة، ولا يتمكنوا من تسمية المستشفى الذي يتواجدون فيه، فإنهم يتعرفون إلى المكان وإلى الناس المحيطين بهم، ويجدون طريقهم إلى غرفهم في المستشفى. في هذه الحالة «يترافق اضطراب التوجّه اللفظي مع بقاء التوجّه في المواقف المرئية بصرياً». أما بعد النوبات اليمنى فتبدأ استعادة الوعي بشكل أبكر وتسير بشكل أسرع، بمجرد أن يُستعاد التوجّه اللفظي في المكان والزمان، على الرغم من أن التوجه في المواقف المرئية لا يزال مضطرباً: فالمرضى قادرون على ذكر التاريخ واسم المستشفى بشكل صحيح، ولكنهم لا يتعرفون إلى المكان الذي تواجدوا فيه مرات عديدة، ولا يمكنهم إيجاد الطريق إلى غرفهم في المستشفى، ولا يتعرفون إلى الأشخاص المعروفين جيداً لديهم.

يجدر بالملاحظة من النظرة الأولى أن التوجّه المباشر في المكان (والزمان) تتم استعادته بعد النوبات اليمنى بشكل أسوأ منه بعد النوبات اليسرى. في الإصابة البؤرية في نصف الكرة الأيمن يكون الميل وصفيّاً إلى مثل هذه الاضطرابات في

إدراك المكان والزمان، اللذين يعاشان أثناءها بشكل أقل حضوراً، أو حتى وكأنهما غير موجودين تقريباً، ولكن المرضى يختبرونهما في وعيهم وكأنهما قد انتقلا إلى الماضي. وسوف يتضح في مجمل العرّض التالي للموجودات السريرية أن حالة الوعي، الذي يوصف بالواضح، تشترط بشكل إجباري معاشة المكان والزمان بشكل راهن، ولاتناظر الماضي والمستقبل، ولاتناظر المكان الأيمن والأيسر، والعلاقات الوثيقة للمكان الأيمن بالماضي وللمكان الأيسر بالمستقبل، وكذلك حقيقة أن كلاً من الماضي والحاضر والمستقبل في هذا الوعي يرتبط بعضه ببعض في علاقات مثالية ويؤدي وظائف مختلفة.

6-4. اضطرابات الشخصية:

من الجدير بالاهتمام أنه في إصابة نصف الكرة الأيمن أو الأيسر تظهر تغيرات مختلفة في الشخصية.

تتوافر في المراجع منذ زمن طويل فكرة مفادها أنه في حدثية مرضية في نصف الكرة الأيمن يتناقص باستمرار انعكاس فردية الشخصية في لغة المريض وفي أفعاله وفي سلوكه. على سبيل المثال تزداد لغته فقراً في التعبير، ويتناقص عكسها للخصائص الفردية للشخصية وموقفها (Lebedinski، 1948). أما في التبدل المرضي في نصف الكرة الأيسر فتكون تغيرات الشخصية مفهومة أكثر: فهي تظهر كارتكاس على المرض يترافق مع ارتباك متزايد عند المريض، يضاف إليه قلق متزايد، واهتمام وانشغال، وسوء ظن دائم، وتوتر داخلي... إلخ. في التبدل المرضي في نصف الكرة الأيمن يظهر ميل إلى فصل أقل للأنا الخاصة عن المعاشات النفسية المرضية، وإلى تغريب، ليس فقط المعاشات النفسية المرضية، بل أجزاء من الجسم أيضاً.

في الحالة شبه الحلمية لا يُبدي المرضى أية مقاومة للمعاشات المرضية، لا بل يتحدّثون مع تصورات حسية عديدة لإرادية تطفو في وعيهم، ويصبحون بذلك مشاركين في أحداث تحصل طبقاً لهذه المعاشات المرضية.

في حالات نفسية مرضية متنوعة يحصل اضطراب في الكلية، أي في وحدة الجسدي والنفسي. تكون «أنا» المريض متواجدة في كل مقطع معطى من المكان الواقعي والزمان الواقعي. ويتم إدراك الجسد الخاص والعمليات النفسية المختلفة

بشكل سيئ، وتبدو في بعض الأحيان غريبة أو شاذة كلياً، ومنفصلة عن المريض في المكان والزمان وكأنها لم تعد تخصّه. بالنسبة للإمراض النفسي في إصابة نصف الكرة الأيمن يُعدّ ظهور تبدّد الشخصية الجسدي وصفيّاً بشكل خاص، بينما يحدث تبدّد الشخصية النفسي بدرجة طفيفة. يمكن أن يتجلى تبدّد الشخصية الجسدي على شكل إدراك متغير للجسد الخاص. أما الشكل المتطرف فهو التغريب الذي ينسحب عادة على نصف الجسد الأيسر والطرفين الأيسرين. ولكن في تبدّد الشخصية النفسي نادر الحدوث هناك ظاهرة جديدة بالملاحظة أيضاً ومشاركة عند جميع المرضى: تُعاش الحالات الانفعالية وعمليات الإدراك المباشر للمحيط ولأننا الخاصة بشكل متغير عادة. يشعر المرضى بالمعايشات الانفعالية (وخاصة في إصابة الفص الصدغي) وكأنها ليست قوية بما فيه الكفاية، أو غائبة كلياً في حالتهم النفسية، مُبرزين أنهم «مسلوبو المشاعر»، وكأنهم تحولوا إلى «آلات عديمة الإحساس». ويفقد هؤلاء المرضى، تبعاً لوصفهم الخاص، القدرة على تمييز التعبير الانفعالي للأشخاص من حولهم ولنيرة أقوالهم، ويدركونهم كـ «دمى آلية» أو كـ «آلات ذاتية الحركة» أو ما شابه.

وفي مركّب آخر من الظواهر السريرية تتبدى المعايضة المضطربة لعلاقة الشخص بمحيطه: فجأةً يفقد المريض الشعور بكونه مرتبط بمحيطه بشكل وثيق لا ينفصل. وفي حالات الاغتراب وتبدّد الشخصية وظاهرة «سبقت رؤيته» وظاهرة «لم تسبق رؤيته»... إلخ، يمكن أن يظهر، فضلاً عن تغيرات العالم المحيط، شعور عند المريض بأنه مفصول عن العالم، بأن علاقاته المتبادلة مع هذا العالم منقطعة. ويتملّك المريض الشعور بعدم مشاركته بالحياة من حوله. لقد فقد فجأةً الارتباطات و«التماس» مع العالم الواقعي، وتحول إلى مجرد «ملاحظ» غريب يتأمل هذا العالم «من الخارج». هذا التغريب للمريض عن العالم الخارجي يصفه بعضهم بشكل مقنع بنوع خاص، مستخدمين كلمة «المكان» بالضرورة. يصفون تغريب أناهم عن العالم المحيط كـ «انصراف إلى مكان آخر»، في حين أن العالم بأكمله، وجميع الناس، أي كل ما هو موجود الآن خارج الإنسان في الزمان والمكان ويصل إلى أعضاء حواسه، يبقى في هذا المكان. يتضمن الوصف الذاتي للعديد من المرضى بشكل وصفي قولهم إن «تبديل المكان» يصيبهم هم فقط: فهم «ينصرفون إلى مكان آخر»، أما المكان المحيط بالمرضى فيبقى، على العكس، «غير متغير» في إحساسات المرضى. ولم نعرّف في مشاهداتنا عند أي مريض واحد على وصف

معاكس للتغريب عن العالم، أي وكأن المريض يبقى في هذا المكان، بينما ينتقل العالم بأكمله إلى مكان آخر.

يظهر الميل إلى التغريب في متلازمة عمه العاهة كذلك. وهو يُظهر استحالة وحدة شخصية المريض. فليس هناك أي «أنا» نفسية وجسدية موحدة يمكن أن تكون المظاهر المرضية مندمجة فيها على أنها تخص المريض. لا يعيش المرض من قبل المريض على أنه يخصه، بل كشيء غريب عنه. ويؤدي مثل هؤلاء المرضى ضعفاً وتراحياً انفعالياً وفقدان المعاشات المكتأبية؛ فشعور المعاناة مستبعد أو محذوف من الحالة الانفعالية للمريض.

في الحدثيات المرضية في نصف الكرة الأيسر تُبدي شخصية المريض تغيرات معاكسة، لاسيما عندما يُفهم المرض من قبل المريض على أنه ظاهرة جديدة من نوعها. فهو يعي المرض، وغالباً ما يشعر به وبثقله بشكل شديد. ويستتفر المريض انتباهه، ويفدو فاعلاً ومتوتراً، ويسعى إلى معاوضة حيرته وارتباك المتزايدين. ولا يوجد في هذه الحالة ميل إلى التغريب بالمعنى المعروف أعلاه.

ما إن تزول حالة شبه الوعي، ويدرك المريض ما فعله أثناء الذهان، حتى ينظر إلى هذا الأخير على أنه شيء غريب عن موقفه الشخصي. يتجلى في سلوك المريض ما بعد الذهان تقييم للسلوك المنفرد من قبله ضمن الظروف المرضية السابقة. يغلب الظن أن المريض يتصرف أثناء الذهان ذاته طبقاً لمعايشاته النفسية المرضية من أهلاس وتصورات وهمية. ومهما بدا هذا متناقضاً، فإن مجمل نشاط المريض وسلوكه أثناء حالة شبه الوعي يبدو بجلاء ككل مندمج في المكان الواقعي والزمان الواقعي، على الرغم من أن المريض لا يعيه ولا يسيطر عليه.

لا يعيش المريض في هذه الحالة التظاهرات المرضية على أنها غريبة عنه ولا تخصه، أو كما تعاش ظواهر مرضية مثل «الأفكار القهرية» أو «التذكر القهري»، بل يُبرز، على الأرجح، أن أفكاره وذكرياته الخاصة قد تغيرت، وأنه يعيشها بشكل أسوأ. ويثير المرضى، بالتطابق مع محتوى الوعي هذا، انطباعات بالاختلاط والقلق والبلبل، ويبدلون جهدهم لاستيضاح ما يحصل.

كما يتجلى الموقف الفاعل للمرضى كذلك من ناحية اضطرابات الذاكرة، والتي يشعرون أنها ذاتية ولا تظهر بالفحوص الموضوعية. بالنسبة لإصابة نصف الكرة الأيسر (باستثناء المنطقة الجبهية) تكون فاعلية الشخصية والصبغة الانفعالية الملائمة للسلوك وصفية. إنما يتخذ تفعيل الشخصية عند بعض المرضى

معالم مرضية مهمة اجتماعياً، وتتحدّد من خلال التصورات الوهمية، ومن غير النادر أن تظهر في ميول عدوانية في السلوك. يختلق مثل هؤلاء المرضى خصومات وخلافات في مكان العمل وفي البيت. فهم يتهمون محيطهم بإضمار نوايا غير شريفة ضدهم، أو يظهرون بمظهر «المناضلين في سبيل العدالة»، ويتهمون زملاءهم بالتقصير عن أداء التزاماتهم الوظيفية وبسوء استخدامهم لمناصبهم.

من وجهة نظر الفكرة الأساسية لهذا الكتاب يبدو جديراً بالملاحظة أن تبدلات الشخصية المتعكسة تظهر سوية مع اضطرابات في إدراك المكان والزمان: عند المرضى بإصابة نصف الكرة الأيمن في تناقص حضور المكان والزمان في المعيشة، وعند المرضى بإصابة نصف الكرة الأيسر في فقدان مثل هذه الاضطرابات. وهذا الموجود السريري يقربنا ثانية من السؤال عما إذا لم يكن للعوامل المكانية - الزمانية أهمية في تكوين مجال الشخصية أيضاً، على غرار أهميتها، التي رأيناها سابقاً، بالنسبة إلى الجوانب الأخرى للنفسية الكلية للإنسان. لا شك في أن توصيف هذه المسألة سوف يزداد وضوحاً بعد تحليل مواد الفصل التالي. ونود هنا أن نلفت الانتباه إلى وجود محاولات في المراجع لتصنيف البشر تبعاً لخصائص إدراكهم ومعايشتهم للزمان. فبحسب تصورات Mann ومساعديه (1977) يدرك الأشخاص من النمط «الانفعالي» و«العقلاني» و«الحساس» و«الحدسي» الزمن بشكل مختلف. على الرغم من أن هؤلاء المؤلفين لم يبرهنوا بأي شكل من الأشكال، حسب Platonow (1977)، على أن «تصنيف الأنماط المستند إلى الطرائق الأربع في إدراك الزمان يمثل طريقة دراسة تعتمد على حقائق علمية قاطعة»، فإننا نأتي على ذكر هذه المحاولة المنهجية بغية لفت الانتباه إلى حقيقة مفادها أن إدراك ومعايشة الزمن وخصائص هذه المعيشة تختلف باختلاف بنيات أو أنماط الشخصية في أغلب الظن.

الزمن شيء يدور بالنسبة لشخص من «النمط الانفعالي»: فالماضي يصير حاضراً، ثم يعود إلى الماضي ثانية كذكرى. ويحدّد هذا الماضي الشخصي جميع ارتكاساته وردود أفعاله. وعندما يكبر هؤلاء الأشخاص يكونون محافظين. إنهم يرون كل شيء من وجهة نظر علاقاتهم الشخصية الخالصة: «من فعل ماذا ولمن».

وإذا كان «النمط العقلاني» يفهم الزمان كشيء يسير من الماضي إلى المستقبل، إلا أن الماضي بالنسبة له ليس شخصياً، بل هو ماضٍ تاريخي مجرد. يهتم هؤلاء الأشخاص بالعملية ككل، لا بلحظة مفردة ما من هذه العملية، فالتفكير

المنطقي ينطلق من الاعتقاد بأن الأحداث تقع الواحدة تلو الأخرى في زمان يتحرك من الماضي عبر الحاضر إلى المستقبل. أما حقيقة أن أحداً ما يمكنه تصور أمر مستقبلي بشكل سابق على الحاضر، فتبدو للأشخاص من «النمط العقلاني» غير معقولة. وحسب قناعتهم يعني تغيير المكان تغيير المنطق في سير الزمان. والزمان بالنسبة لهم عامل ينبغي أخذه مأخذ الجد. فهم يعرفون جيداً وبدقة ما هو اليوم وما هي الساعة.

أما الأشخاص من «النمط الحساس» فيهتمون قبل كل شيء بما هو حاصل في اللحظة المعطاة مباشرة. إنهم يدركون الحاضر بمجمله، ولا يخلطون خبراتهم الماضية مع الحاضر. ومن هذه الناحية يكون الشيء المدرك في اللحظة المعطاة هو الحقيقة الكلية. الانتظار يزعجهم ويثيرهم، فهو يعني لهم الرفض. إذ تنجم القدرة على الانتظار، على إرجاء أمر ما، عن فهم أن الزمن يدوم طويلاً. ولكن الشخص «الحساس» لا يفهم هذا. فهو قد يدرك أن الزمن يمضي، حيث يرى أن الساعة تتحرك، إلا أنه في أعماقه لا يستطيع فهم حركة الزمان. فما يعنيه هو إدراك الحاضر فقط، بينما لا يعير الماضي والمستقبل أي انتباه.

أخيراً يميّز الأشخاص من «النمط الحدسي» بأن ما سيكون هو أكثر واقعية بالنسبة لهم مما هو كائن. فهم نافذو الصبر، ويرتكبون الأخطاء عندما يُطلب إليهم أن يذكروا كم هي الساعة، من دون النظر إلى الساعة. يحركون الآخرين من خلال رؤى مستقبلية. فالحدس، حسب رأي المؤلفين، وظيفة تكهن تتعامل مع مفهوم «سيكون» أكثر مما تتعامل مع مفهومي «هو كائن» أو «قد كان». فالحاضر ليس أكثر من ظلّ شاحب، والماضي يقبع في الظلمة.

يعتمد هذا التصنيف النمطي للبشر بشكل أساسي على مجرد تأملات سفسطية. وهو جدير بالاهتمام من حيث كونه محاولة للإشارة إلى العلاقة بين خصائص الشخصية ومعايشة الزمان. مع ذلك فقد تم تمثيل إدراك الزمان في هذه الحالة - بحسب رأينا - بشكل مبسط، وذلك على الأقل لعدم أخذ خصائص إدراك المكان بعين الاعتبار.

في نهاية هذا الفصل يمكننا القول إن العوامل المكانية - الزمانية تساهم في تنظيم جميع العمليات النفسية، وليس فقط في تنظيم الانفعالات والذاكرة، الأمر الذي يشدّد عليه كثيراً في علم النفس المرضي. وما من شك في أن التصور، الذي مفاده أن الخاصية الأساسية للنشاط العصبي - النفسي الكلي لا يمكن أن تكون

إلا تلك التي تعكس تنظيمه المكاني - الزماني، تصور يزداد إلحاحه وإصراره على فرض نفسه.

وللبرهان على هذا التصور بشكل أفضل سوف نحاول في الفصل القادم أن نبين كيف يتغير التنظيم المكاني - الزماني للنشاط العصبي - النفسي الكلي في إصابات نصف الكرة الأيمن أو الأيسر.