

الخاصية المكانية - الزمانية للمتلازمات السريرية في إصابة كل من نصفي الكرة المخية الأيمن والأيسر عند اليمينيين

في هذا الفصل نود أن نبين أن الاختلافات في اضطرابات النشاط العصبي - النفسي الكلي المتعلقة بجهة الإصابة تعود بشكل أساسي إلى الاضطرابات المختلفة في تنظيمها المكاني - الزماني. لذلك سوف نتوجه قبل كل شيء إلى تحليل هذه المسألة عند مرضى إصابة نصفي الكرة المخية الأيمن أو الأيسر. لا شك في أن هذه المسألة غير مألوفة وصعبة، وتمثل توسعاً في الوصف السريري للمرضى. ولا بد لنا من الاهتمام بظواهر وجزئيات الحالة النفسية المهملة عادة في الوصفات السريرية التقليدية، والتي ستقدم لنا في مجملها تصوراً واضحاً عن كيفية إدراك ومعايشة المريض للمكان والزمان، اللذين يعيش ويعمل فيهما الآن، وعن كيفية وصف المريض لمعايشاته النفسية المرضية بالنسبة إلى هذا المكان وهذا الزمان، وعن كيفية تكوّن سلوك المريض وعلاقاته المتبادلة مع العالم المحيط في هذا المكان وهذا الزمان.

وقد تم التوصل إلى هذا التوسيع في وصف المرضى عن طريق الوصف التفصيلي للإحساسات الذاتية ولجزئيات السلوك أثناء الملاحظة المباشرة، وكذلك عن طريق سلسلة من الوسائل الأخرى البسيطة: على سبيل المثال اختبار قدرة المريض على تحديد الوقت (الساعة) ومدة الأحداث (الجارية حالياً أو الحاصلة للتو، والتي تعود إليها أيضاً معايشاته النفسية المرضية)، والعلاقات المكانية للأشياء المحيطة به... إلخ. ومن السهولة بمكان تبيان الفوارق الكبيرة الممكنة في الخاصية المكانية - الزمانية المتشابهة بين المرضى كل على حدة في الحالات النفسية المرضية المختلفة، وذلك عندما يقارن المرء الحالة الهذيانية مثلاً مع الحالة شبه الحلمية. ففي

الحالة الأولى يحس المريض بالتصورات الوهمية على أنها تعود إلى مقاطع محدّدة من الزمان والمكان، ويفصل نفسه عنها، ويحاول مقاومتها، ويُبدي سلوكاً فاعلاً يتحدّد بمحتوى المعاشات الأهلاسية؛ فالمرضى قادر على ذكر بداية ونهاية الأهلّاس ومدتها التقريبية (في حالة هذيان نموذجي). أما في الحالة شبه الحلمية فتُبدي جميع الخصائص المذكورة مظهراً معاكساً.

5-1. المرضى بإصابة نصف الكرة الأيمن:

يمكن أن يتم الوصف المكاني - الزماني للمرضى عن طريق العرّض التفصيلي للمتلازمات الموجودة عندهم - كما هي الحال عادة - وتتجلى حتميات خلل التنظيم المكاني - الزماني للنشاط النفسي عند تحليل صورتين سريريتين للإصابة الدماغية اليمنى.

5-1-1. الاضطرابات الانتيابية في إدراك الزمان والمكان -

الإحساس الذاتي المباشر للمرضى:

تصلح هذه الاضطرابات للفحص والدراسة. فهي تظهر فجأة، وتدوم من بضعة ثوانٍ إلى دقائق، ونادراً لمدة أطول. ثم تتوقف بسرعة ثانية. وبما أن المرضى غالباً ما يكونون، في الفترات بين النوبات، غير مضطربين في شخصيتهم وقادرين على النقد والتقييم، فهم يستطيعون إطلاع الطبيب (بعد هدوء الذهان) على جميع جزئيات أحاسيسهم الخاصة، التي عاشوها أثناء النوبة. أي أنهم قادرون على تقديم تقييم لأحاسيسهم بعد أن يعودوا من جديد إلى الحالة النفسية الطبيعية. وعلى أساس المعاشة الذاتية للحاضر، أي للزمن الواقعي الجاري حالياً، يمكن تمييز الأشكال التالية من الاضطرابات التي تعيننا عند المرضى. وسوف يتم في كل شكل وصف الاضطرابات التي تظهر في إدراك المكان، فضلاً عن جميع الأعراض العصبية النفسية المرضية الأخرى. أما أنواع الاضطرابات في إدراك الزمان فسوف يُشار إليها بالكلمات المستخدمة من قبل المرضى أنفسهم.

توقف الزمن: لا شك في أن معاشة «توقف الزمن» تهزّ كيان المريض وتزعزعه قبل كل شيء جراء خرقها للمألوف، جراء عدم قابليتها للمقارنة مع أي إحساس آخر معروف لدى الشخص السليم. في لحظة النوبة يدرك المريض الزمن

وكأنه متوقف، فقد توقف عن متابعة حركته. وعند المرضى الذين توقف الزمن في وعيهم، أو «أوقف جريانه»، يتم إدراك العالم المحيط بأكمله، والذي بقي موضوعياً كما هو، و«الأنا» الخاصة كذلك، على أنهما قد تغيرا كلياً. وتكون الخصائص المكانية للعالم الخارجي والظواهر الملتقطة من قبل أعضاء الحواس مشوهة كلياً أيضاً. ثلاثي الأبعاد المكاني يصبح في وعي المريض ثنائي البعد ومسطح، ويبدو العالم المحيط بأكمله مع حياة الأشخاص المتواصلة فيه وكأنه فاتر وفاقد الحيوية، شبيه بالأموات وجامد وصامت. وفي محاولة من المرضى للإشارة إلى جميع هذه التشوهات في العالم المحيط وفي الانطباق المرافق لها بانقطاع الحياة، يصفون النوبة كلها كما لو أنهم يدركون العالم الآن كصورة فوتوغرافية أو كلوحة «مرسومة على قطعة قماش»، أي كما لو أنه يُدرك بنظرة واحدة ويُخترن بشكل ساكن كلوحة أو كصورة.

يتم إدراك الألوان بشكل باهت جداً؛ فالملون يبدو رمادياً، لا لون له، وعند بعض المرضى يزول إدراك الألوان كلياً، وعند وصف تغيراتهم الخاصة يذكر المرضى عادة إحساسهم بأنهم يدركون جسدكم الخاص بشكل سيئ. في حين تكون الإحساسات بالمعايشة المتغيرة للـ «أنا» النفسية أكثر تعقيداً. وتلاحظ قبل كل شيء التغيرات الانفعالية. ويصفها المرضى كغياب للانفعالات: «لم يعد لدي أية مشاعر». فضلاً عن أنهم يشيرون إلى أنهم يعيشون ذاتهم والعالم المحيط بمجمله بشكل آخر، أو أنهم لا يعيشونهما إطلاقاً.

تتوقف بعض تفاصيل التقدير الذاتي للمرضى عادة على علاقاتهم مع المحيط ومع الأشخاص الآخرين. فالمرضى منقطع عن العالم، ويشعر بنفسه كـ «مراقب غريب» في هذا العالم. يصل إلى وعي المرضى بشكل ما أن «شيئاً ما قد تغير». غير أنهم لا يتمكنون من إحراز الوضوح من هذه الناحية. ويفهم المرضى لغة الناس المحيطين بهم والأسئلة الموجهة إليهم، كما يمكنهم أن يقولوا لهم كلمات مهدئة ومطمئنة. على سبيل المثال قال أحد المرضى لزوجته: «سيزول كل شيء حالاً».

وحسب وصف شهود عيان يكون مظهر المرضى متبدلاً، وإن كان تبدله ليس شديداً. حيث يكونون شاحبين وشاردين وحركاتهم متباطئة (متبّطة، سلبية).

تمدد الزمن: يجد المرضى صعوبة كبيرة عادة في وصف إحساسهم الذاتي بالمعايشة المتغيرة لما يوصف بـ «تمدد الزمن» بشكل مفصل. ويمكن للمرء أن يتصور أن كل مقطع من الزمن الجاري في الحاضر يبدو في وعي هؤلاء المرضى وكأنه قد

تمدّد وأصبح أطول منه في الحقيقة. لا يتوقف جريان الزمن، بل يتغير في معاشة المريض. هذا ما تسهّله الإحساسات المعاكسة (لما وصف أعلاه) في تغيير معاشة المكان، أو بالأحرى الخصائص المكانية للمحيط. فثنائي البعد المسطح يبدو فجأةً كثنائي أبعاد، أو فراغي. وتبدو الأشياء الساكنة المرسومة على سطح ما متحركة وفراغية، وفي نفس الوقت «حيوية». هكذا، عندما ينظر المريض إلى سجادة مرسوم عليها أزهار، يتملّكه الشعور بأن الأزهار «تبرز من السجادة»، وكأنها أصبحت «حية»، وكأنها «تتحرك مع الريح، والسيقان تتحني، والوريقات تميل نحو الأسفل». ويلاحظ في إطار هذه الحالات عند بعض المرضى إحساساً إضافياً آخر يتعلق بإدراك اللون. فهم يبدوون فجأةً بإدراك الرمادي المبيض على أنه ملون. كما تبدو ألوان المحيط الموجودة في الحقيقة أكثر سطوعاً وتألقاً في إدراك هؤلاء المرضى مما هي في الواقع. يكون المرضى في لحظة النوبة متوتّرين انفعالياً ومتراخين. وتُحسّ الحالة إجمالاً على أنها ذات صبغة لطيفة.

فقدان الإحساس بالزمن: يقول المرضى: «يبدو الزمن غير موجود». ويتأكّد لهم عدم قدرتهم على ذكر مدة الأحداث، أو مدة المعاشات الخاصة، التي اختبروها أثناء النوبة. يذكّرنا هذا الإحساس بالاضطراب في إدراك الزمن عند مرضى الفصام أثناء الحالة شبه الحلمية، ولكنه يُبدي فوارق جوهرية على الأرجح. يصف المرضى هذه الأحاسيس باستخدامهم كلمة «يبدو» بين الحين والآخر. فهم يتحدثون عنها باستغراب. وتوصف هذه الأحاسيس الذاتية كمعاشات حسية. عندما يتمكن المرء من الحصول على تقييمات ذاتية مفصّلة من قبل المرضى أنفسهم، يتشكل لديه الانطباع بأن المرضى يتحررون من «ضغط» ما (من «ضغط الزمن»)، ويترافق هذا التحرر مع إدراك خاص للعالم المحيط. فالأشياء تبدو أكثر سطوعاً وتألقاً، وأكثر تمايزاً منها في الحقيقة. ويتم إدراك الأشخاص المحيطين على أنهم أكثر لطفاً، فقسمات وجوههم تغدو أكثر انتظاماً ووسامةً، ويصبحون من الناحية الانفعالية أكثر جاذبية بالنسبة للمريض. عندما نظرت إحدى مريضاتنا أثناء مثل هذه النوبة إلى رفيق صفها «لاحظت كيف أن عينيه اتخذتا تعبيراً لطيفاً بشكل ما، وأن نظرتيه أشعت دفناً روحياً، وكان فاتناً تماماً». وفي نوبة أخرى في المستشفى قالت: «لقد كان وجه الطبيبة جذاباً بشكل خاص، وكان صوتها ناعماً وواضحاً، وشفاهها المطلية بأحمر الشفاه سطعت بشكل أشد من المعتاد، وكان لعينيها لون أزرق لطيف، وكان حذاؤها منيراً ومتمايزاً».

كما يُشار في هذه الحالة إلى إدراك آخر للخاصية المكانية للأشياء (كالعلاقة بين قسّمات الوجه، وبين الحياطات على سبيل المثال) ولونها كذلك. وبترافق هذا الإدراك المختلف مع تبدل ملحوظ في الحالة الانفعالية (يتجلى قبل كل شيء في التغيرات الذاتية عند المريض). ويمكن وصف المعيشة الانفعالية الراجعة كنشوة واسترخاء انفعالي تام، كالغناء لكل المعاشات الحزينة أو الكئيبة. ويكرّر المحيط المتغير في إدراك المريض «المزاج الرائع والشعور الفردوسي بالسعادة». وتكون المعاشات الانفعالية سلبية ومنفصلة. قال أحد المرضى: «لقد شعرت كما لو أنني مشلول». يتميّز سلوك المريض بمجمله أيضاً بعدم الفاعلية والسلبية والاستكانة، وصولاً إلى انعدام القدرة على القيام بأي عمل.

تباطؤ الزمن: يتملّك المرضى في لحظة النوبة الشعور بأن «الزمن يتباطأ»، أو «الزمن يجري بشكل أبطأ»، أو «من الصعب إدراك الزمن»، أو «الزمن يضغط»... إلخ. وقد وصف أحد المرضى هذا الإحساس بـ «تراخي أو فتور الزمن». المعيشة المتغيرة للخصائص المكانية للعالم، والمترافقة مع هذا الإحساس، تتمظهر في الوصف الذاتي للمريض ككبر أو صغر في حجم الغرفة، وكتغير في وجوه الأشخاص المحيطين وتباطؤ في حركاتهم: «بدأت تصدر عن الغابة ضجة فظيعة، وأصبحت مظلمة وانكششت من كل الجوانب»، «بدأت كل البيوت متمائلة». والمريضة، التي كانت قد تطلعت أثناء النوبة إلى وجه مريض آخر، رأت «كيف أن أنفه وشفتيه بدت متضخمة. الوجه بأكمله أصبح خشناً، غير مترابط ومنفّر». كما تبدو حركات الأشخاص متباطئة. عندما بدأت النوبة، والمريضة تلعب الشطرنج، تملّكها الإحساس بأن شريكها في اللعب يحرك القطع ببطء شديد. بالتزامن مع هذه التغيرات في الخصائص المكانية والزمانية للمحيط يرتسم في إحساسات المريض الذاتية أيضاً الشعور بضعف سمات الحياة متواصلة الجريان موضوعياً من حوله، وبضعف حيوية وانفعالية الأشخاص: «لقد كان الأشخاص كدمى مسرح العرائس، عديمي الحيوية»، وحركاتهم «متقطعة كحركات الدمى»، ولغتهم توحي بأنها «مصطنعة»، فهي «متباطئة بشكل شديد»... إلخ. إجمالاً يكون الإدراك الانفعالي للمحيط أقرب إلى الصبغة المزعجة الثقيلة.

يشعر المرضى بأنهم يدركون أنفسهم، لاسيما أجسادهم، بشكل سيئ. ويقولون أحياناً «إنهم يزولون»، أو «يفتقدون أنفسهم»، قاصدين بذلك قبل كل شيء «أناهم» الجسدية. هكذا قال أحد المرضى: «أبذل جهدي لتنبيه نفسي، كي أشعر

بنفسي شخصياً؛ أرغب في تقليص عضلاتي وتمطيطها، أريد تلمّس نفسي، وقرص نفسي». مع ذلك هناك جزئيات لا يمكن للمريض، للأسف، أن يعيّنّها إلا بصعوبة. فعندما يقول المريض: «أنا أفتقد نفسي»، فإن هذا الإحساس، الذي يُذكر في الوصف الذاتي، يبدو أنه لا يتعلق فقط بالـ «أنا» الجسدية، بل بالـ «أنا» النفسية أيضاً. كما أن المريض «يزول» ككل، وكأنه، وللحظة محدودة، لم يعد موجوداً في العالم الواقعي، ثم «سرعان ما يعود ثانية».

يتم إدراك جميع الألوان وكأنها باهتة، حيث يبدو الملون «رمادياً»، أو لا يتم إدراكها على الإطلاق. أحد المرضى أدرك أثناء النوبة ضوء الشمس على أنه «غريب وغير طبيعي». يحتفظ المرضى في هذه الحالة كذلك بالإحساس الغامض بتغير الأنا الخاصة والعالم المحيط. ويبدون ظاهرياً مثبّطين ومتباطئين. أحد المرضى قال إنه عندما يشرع بالحديث في لحظة نوبة من هذا النوع، تبدو لغته متباطئة وممطوطة. من المحتمل أن الخاصية الزمنية لجميع الحداثيات في العضوية تتغير عند هؤلاء المرضى: تواتر التنفّس وتواتر نبض القلب والعمليات الفيزيولوجية والبيوكيميائية الأخرى. إنما لا تتوافر لدينا أية معطيات تدعم هذه الفكرة. مع ذلك فإن هذه الفكرة تخامر المرء عندما يطّلع على وصف حالة متطوعين تم الإيحاء لهم أثناء التويم (Hypnose) بتباطؤ الزمن. فقد أثبت Grimak (1978) تغير الإحساس الذاتي عندهم: «تمرّ الأفكار متكاسلة أو متناقلة جداً، وتكون الحالة لطيفة، وهناك فتور وخمول»، «الأفكار والجسد يكونان مسترخيين، وليس هناك أية رغبة في الحركة أو التحدّث أو بالعمل. فالمتطوع يرغب في النوم. المصاييح الصغيرة على العدّاد، الذي يشير إلى الأخطاء أثناء اقتفاء الأثر، تشتعل ببطء شديد، كما تتعب الذراعان بسرعة أثناء التحكّم والتوجيه، وذلك جراء إجهاد العضلات الذي يدوم إلى ما لا نهاية. التنفّس حر وسهل، فهناك متسع من الوقت للتنفّس». وقد تأكّد، بعد الإيحاء بتباطؤ الزمن عند هؤلاء الأشخاص المتطوعين الأصحاء، وجود انخفاض في تواتر التنفّس وتباطؤ في الحركات وتناقص في النشاط الحركي العام. وكانت اللغة بطيئة وفقيرة بالكلمات. كما تصرف المتطوع بشكل منفعل وسلبي، وكان خاملاً؛ حيث كان يغمض عينيه كلما سنحت له الفرصة. وفي حال كون العينان مفتوحتين، بقيت نظرتة مثبّتة. كما انخفض النبض بشكل مهم. ومن الجدير بالاهتمام ازدياد الفترات الزمنية في تقدير المتطوعين لها، وتحسّن نوعية الارتكاس اللاحق في كل المعايير. «هذه النتيجة تبدو متناقضة فعلاً. ففي الحقيقة

يعتقد المرء أن جريان الزمن المتباطئ كان له أن يقود إلى تأخير مستمر في ارتكاسات اقتفاء الأثر الحسية. ولكن هذه الظاهرة لم تلاحظ أبداً تقريباً. إلى هنا تقييم المؤلف للدراسة.

لا شك في أن مجرد إمكانية نقل شخص سليم عن طريق الإيحاء إلى مثل هذه الحالة، بحيث يعيش جريان الزمن متباطئاً، تدل على قابلية تغير الإحساس بالزمن. إن حقيقة حدوث تباطؤ في التنفس وفي ضربات القلب، وفي عمليات فيزيولوجية أخرى أيضاً على الأرجح، في حالة جريان الزمن المتباطئ الإيحاء، هي دليل على أن إدراك الزمن، كظاهرة نفسية، ليس إلا شكلاً خاصاً من التعبير عن التنظيم الزمني أو عن الخاصية الزمانية للإنسان في كل لحظة من لحظات وجوده.

الجريان المعكوس للزمن: إن المعاشة الذاتية لـ «جريان الزمن المعكوس»

أمر مدهش. ويتم وصف هذا الإحساس من قبل المرضى باستخدام بضعة تعابير أخرى. قال أحد مرضانا: «الزمن يجري باتجاه الأسفل، في الاتجاه المعكوس، إن إحساس الزمن يجري باتجاه معكوس». وبعد انتهاء النوبة عرف المريض شكلياً أنه قد مضى حوالي 24 ساعة منذ نقله إلى المستشفى، ولكن هذه المعرفة لم تصل إلى وعي المريض بشكل مباشر بناءً على إحساسه بالزمن، بل عن طريق مقارنته التاريخ والأحداث الواقعة في هذا الوقت. على الرغم من أن هذا كان واضحاً بالنسبة للمريض، إلا أن شعوراً ذاتياً تملكه كما لو أنه «يضطجع هنا منذ فترة طويلة»، كما لو أنه «قد نام لفترة طويلة جداً جداً». الزمن الذي يدركه المريض على أنه يجري «في الاتجاه المعاكس»، لا يعيشه إلا بشكل ضعيف، كما لو أن هذا الزمن لا يمكن أن يتحول إلى دعامة لإدراكاته. وبصيرورة هذا الزمن ماضياً، فإنه يبدو في وعي المريض وكأنه أطول مما كان في الحقيقة.

ترافقت هذه المعاشة المتغيرة للزمن مع اضطرابات عديدة. فقد حدث وهن وتثاقل وخمول وحالة شبيهة بالثمل، وظهرت غمائمات أمام العينين. ضجيج المحركات، الذي اعتاد المريض عليه في عمله، بدا مخمداً ومتباطئاً. المرأة، التي رآها المريض أمامه، بدا أنها «تقوم بحركات بطيئة جداً». يمكن مقارنة هذا الإحساس بشريط سينمائي يدور ببطء. كما كان هذا المريض في لحظة النوبة أيضاً فقير التعبير للغاية في سلوكه الحركي كما في سلوكه الانفعالي. لقد كان خاملاً، وبالكاد يتحرك.

الجريان المتسارع للزمن: يصف المرضى إحساسهم الذاتي بالجريان المتسارع للزمن كما يلي: «وكأن الزمن يجري بشكل أسرع»، أو «الزمن يجري بسرعة إلى حد لا يمكن للمرء معه ملاحظته أو معاشته أو الشعور به إطلاقاً». هذه المعيشة المغايرة للزمن يصفها المرضى من خلال إدراك الأحداث، التي وقعت في محيطهم لحظة النبوة. «العالم بأكمله يصبح غير طبيعي، كل شيء يبدو بلا معنى، الحياطات المكانية تمتزج، وكل ما يحدث غير واقعي بشكل من الأشكال». مع ذلك فإن هذا الـ «غير واقعي» يُعبّر عنه بصورة مختلفة عنها في الأشكال الموصوفة أعلاه. نجد في التقييمات الذاتية، على سبيل المثال، الإحساس بأن كل شيء يتحرك بشكل أسرع مما هو في الحقيقة في هذا الوقت. ولكن هذا التسارع الظاهري ذاته يصفه المرضى بأنه تغير في سلوك الأشخاص المحيطين بهم. قال أحد المرضى إن الأشخاص «منهمكون ومهتاجون».

في لحظة النبوة يدرك المرضى أنفسهم، وقبل كل شيء أجسادهم، بشكل سيئ (بشكل أقل وضوحاً من المعتاد). ويعاش المحيط بأكمله على أن لا لون ولا طعم له. والذين يشاهدون المرضى أثناء النبوة، يصفونهم بأنهم شاردوا الذهن ومشتتون، متثاقلون في حركاتهم وفتيرو الحركة. ترافق الإحساس بالجريان المتسارع للزمن عند أحد مرضانا مع معيشة متغيرة للماضي وللأحداث الحاصلة للتو؛ فبدت للمريض إما وكأنها «قد مضت منذ زمن طويل جداً»، أو كان لديه الانطباع كما لو أنها لم تقع على الإطلاق. وكما يستعيد في ذاكرته حقيقة حدث ما حصل للتو توجب عليه بذل جهود كبيرة وإيجاد براهين قبل كل شيء: لم يقتنع أنه كان قد بحث عن صيدلية، وأن هذا ينبغي أن يكون قد حصل قبل وقت قصير، إلا عندما أحسّ في محفظته بالدواء الذي اشتراه للتو.

وقد اختلف الإحساس الذاتي لمتطوعين أصحاء، كان قد تم الإيحاء لهم بتسارع جريان أفكارهم، عن الإحساس الذاتي بعد الإيحاء بتباطؤ جريان الزمن. ونورد هنا بعض الوصوفات من قبل متطوعين مأخوذة من كتاب Grimak (1978): «إن حركات الأشخاص المحيطين بطيئة جداً ومستقرّة. الطبيب والمخبري يتكلمان بشكل غير مألوف. إن حالتي مقلقة، فثمة شيء ما غير اعتيادي يحدث من حولي». ويقول متطوع آخر: «حالة غير مألوفة. متوتّر. أشعر باحتقان كبير في الطاقة». ومتطوع ثالث: «حالة مقلقة، شعور بالدوار في الرأس. الأشخاص القائمون على التجربة يتحركون ويتحدّثون ببطء. إن جريان الزمن السريع بشكل غير مألوف

يقود إلى التوتر: عليّ أن أرى إن كنت قادراً على اللحاق. ينبغي أن أتنفس بشكل أسرع كي لا أختنق». يقود التوتر الداخلي حسب Grimak إلى فائض من الارتكاسات الحذرة. يجد المرء عند المتطوعين حالة تشييط عامة وتوتراً ورجفاناً مشتتاً وازدياداً في تواتر النبض وارتفاعاً في تواتر التنفس حتى 30 إلى 40 في الدقيقة، وكذلك «تعبير وجه قلق للغاية مع انزعاج وعدم اطمئنان». بعد الإيحاء بـ «الجريان المستارع للزمن» يقدر المتطوع الفترات الزمنية وكأنها أصغر من اللازم.

نود أن نلفت الانتباه إلى أوجه التشابه والاختلاف فيما يتعلق بالخصائص الفيزيولوجية والنفسية في تسارع جريان الزمن الإيحائي وحالة مرضانا، الذين يصفون إحساسهم الخاص بتغير جريان الزمن على أنه «تسارع». ويجدر بالملاحظة بشكل خاص الاختلاف التالي: في إدراك المرضى تبدو حركات الأشخاص المحيطين بهم كما لو أنها تحصل بشكل أسرع منه في الحياة العادية، بينما تبدو حركات ووتيرة الكلام بالنسبة للمتطوعين بعد الإيحاء التويمي بجريان الزمن المتسارع، على العكس، متباطئة، وهذا التباطؤ تحديداً هو ما يغيظهم ويستفزهم. تدعو المعطيات المعروضة إلى طرح الأفكار والتأملات التالية حول حدثيات إدراك الزمن ضمن ظروف طبيعية ومرضية.

فيما يتعلق بتسمية اضطرابات إدراك الزمن لا يزال هناك فوضى مصطلحاتية بلا شك، الأمر الذي لفت الانتباه إليه K. A. Skworzow بشكل مبكر عام 1935: «حتى التسارع والتباطؤ يتم فهمهما بشكل مختلف». من أجل فهم القواسم المشتركة في المعنى المقصود من قبل المؤلفين المختلفين بكل مصطلح على حدة، ينبغي أن يتوافر لدى المرء وصف مفصّل لكل الأشكال الممكنة للمعايشة الذاتية للزمن ضمن ظروف طبيعية ومرضية. ولكننا لم نجد في المراجع وصفاً كاملاً من هذا النوع. وقد حاولنا في دراستنا السريرية الخاصة وصف الأشكال التي ظهرت لدينا. ولما كان علينا الانطلاق من أن المسألة المصطلحاتية لم تُوضّح بعد، فقد استخدمنا تسميات المرضى أنفسهم. فعندما يصف المرضى إحساسهم بأنه «جريان متسارع للزمن»، فهم يتوجّهون بالدرجة الأولى إلى إدراك الحركات الواقعية وكأنها أسرع ومتسارعة.

عندما نقارن هذه الحالة المرضية مع الحالة الإيحائية التويميّة، لا بد لنا قبل كل شيء من إبراز التشوّه في إدراك الحركات على خلفية من معايشة أخرى للزمن. تترافق المعايشة المتغيرة لجريان الزمن أثناء المرض مع اضطراب مجمل النشاط

العصبي - النفسي. غير أنه في التويم المغناطيسي كذلك لا يمكن الإحاء بتغيير جريان الزمن فقط وبشكل منعزل. فالقائم على التجربة يغير بذلك حتماً الحالة الكلية للمريض: يتغير إيقاع (الخاصية الزمنية) العمليات الفيزيولوجية المادية في عضوية الإنسان، وتعاني نوعية النشاط النفسي بمجمله من الانزياح، ويتغير الإدراك بوضوح خاص على شكل تشوّه في سرعات الحركة. هكذا نرى أن الخاصية الزمنية لجميع وظائف الإنسان تعاني من الانزياح. على سبيل المثال يتم إدراك الحركات الواقعية بشكل لا يتطابق مع التوليف الزمني للشخص، مع معاشته الذاتية للزمن. ويتحدّد غياب التطابق هذا من خلال حالة الشخص الذاتية فقط، حيث إن الحقيقة الموضوعية تبقى على حالها كما كانت في السابق. ففي حالته الحاضرة يبدو أن الشيء الأساسي هو أن «الزمن يتغير»، ولكن في الحقيقة ليس الزمن كزمن، بل زمنه الذاتي هو الذي يتغير. ولكن «تغير» الزمن الذاتي يتمظهر بوساطة معاشة أخرى، عن طريق تعديل النشاط النفسي، لاسيما إدراك العالم المحيط، وعن طريق تباطؤ أو تسارع العمليات الفيزيولوجية (تبعاً للاتجاه الذي تغيرت فيه المعاشة النفسية لجريان الزمن).

تكرر المعاشات الإيقاعي (النظمي): هذا العرّض (Kusenko و Nassonow، 1965) يوجّه انتباهنا إلى الحدود بين الحاضر والماضي. بعد تناول الأكريكين انقطع المريض عن النوم، وكان لديه الإحساس بأن «معظم أفعال وكلمات الأشخاص المحيطين به راحت تكرر نفسها أمام عينيه مرات عديدة وبدقة فوتوغرافية وبالتسلسل نفسه، مع المحافظة على الفواصل والفترات الزمنية ذاتها، وكأنه يتم عرّض صور الفيلم ذاته؛ فقد رأى وشعر كيف أن المرضى الآخرين دخلوا إلى الغرفة، وسألوه عن صحته، وتناولوا الصحن والملاعق، وذهبوا للإفطار. ثم رأى كيف حطت ذبابة على يده، فطردها بحركة من يده، ثم اعتدل قليلاً في سريره، وأدار رأسه باتجاه النافذة وفكر: لديّ صداع شديد. وبعد 1.5-2 دقيقة تكررت جميع هذه الأحداث بالتسلسل نفسه. وبعد ذلك تكررت عدة مرات بالوضوح نفسه والفواصل نفسها. لقد رأى المريض كيف مرّ زميله من أمام نافذته أكثر من 10 مرات وفي الاتجاه نفسه، كما سمع ورأى عدة مرات كيف أن السائق أدار محرّك سيارته وجلس فيها، متفوّهاً بالكلمات نفسها دائماً. الأشخاص قاموا بالأعمال ذاتها المرة تلو المرة.»

وصف كل من Meadows و Murno (1977) هذه الظاهرة بظاهرة تناسخ الرؤية أو التكرار الآلي البصري: فالصورة تبقى قائمة بعد زوال المنبه البصري، أو أنها تعود ثانية، وأحياناً لا تلاحظ فوراً، بل فقط بعد وقت معين، ولكن يمكنها عندئذٍ أن تبقى قائمة لفترة طويلة قد تمتد حتى يوم كامل. كما يجد المرء عند هؤلاء المرضى اضطراباً في الساحة البصرية، في الأيسر غالباً. وترافقت هذه الظاهرة في إحدى الحالات مع فقدان الذاكرة الطوبوغرافية. ويذكر المؤلفان، استناداً إلى دراسات سريرية - مورفولوجية، أن هذه الاضطرابات مشروطة بإصابة المقاطع الخلفية لنصف الكرة المخية الأيمن غالباً.

في ظاهرة تناسخ الرؤية الفعلية يظهر على الأرجح اضطراب في آلية ما لها علاقة بالسمات الزمانية والمكانية للصور. إن زمن نشوء الصورة قد مضى سلفاً، ولم يعد يوجد كزمن واقعي. ويبقى هذا الزمن محفوظاً كسمة زمانية للصورة، وينبغي، بعد أن تحول إلى ماضٍ، أن يفقد حضوره بالنسبة للوعي. ولكن هذا لا يحصل.

لم نعر في المراجع الخاصة على أية منشورات تتعلق بالمعايشة الذاتية لـ«تباطؤ» الزمن عند الأشخاص الأصحاء المتواجدين ضمن ظروف اعتيادية (وُصِفَت حالات من هذا النوع ضمن شروط الحرمان الحسي، أو انعدام الوزن... إلخ). ومن الجدير بالاهتمام في هذا السياق رسائل المحاربين القدماء في الحرب العالمية الثانية، التي نشرت في مجلة «Technika molodezi» (العدد 3، ص 58، 1980). ونقتبس هنا بعض المستخلصات من هذه الرسائل:

1- «... في عام 1943 أمكنني أن أرى قذيفة وهي تطير مندفعة... اعتباراً من ذروتها... وللحظة رأيتها بوضوح ككرة أطفال صغيرة. وقد بدا لي أن هذه اللحظة دامت فترة طويلة جداً».

2- «... في أيام عام 1941... جلست على تلة صغيرة يكسوها العشب... وعلى غير توقع تحركت التلة... وظهر ثقب صغير عند قدمي، وخرج منه ذيل صغير من الدخان. أمسكت معولاً وبدأت بالحفر... واستخرجت قذيفة دبابة غير منفجرة. في البداية لم يكن لديّ أية فكرة على الإطلاق عما كان قد حصل».

3- كان هذا قبل 40 عاماً... أمامي مباشرة، على بعد بضعة أمتار، سقطت قنبلة مدفع في الثلج. وقعت على الأرض ونظرت مشدوهاً إلى الكتلة الفولاذية ذات الحشوة القاتلة. وبشكل مثير للدهشة تباطأ الزمن فجأةً في جريانه بشكل شديد للغاية... ذاب الثلج... وبدأت شقوق نارية بالتلوي... وارتفع للأعلى لهيب شعلة متأججاً».

تشارك كل هذه الرسائل بالحالة غير الاعتيادية لكتّابها ، الذين انطبعت في ذاكرتهم تفاصيل لأحداث حصلت في الحقيقة بشكل فجائي تماماً. في رسالتين منها (الأولى والثالثة) يلفت الكاتبان الانتباه من تلقاء أنفسهم إلى الشعور بتباطؤ الزمن.

5-1-2. تغيرات إدراك المكان والزمان في حالات انتيائية أخرى:

إن الكثير من الحالات الانتيائية هي إما شبيهة بالأشكال الموصوفة أعلاه في اضطراب إدراك الزمن، أو تحتوي بشكل واضح تماماً على اضطرابات في الخاصية المكانية - الزمانية للنشاط العصبي - النفسي.

ظاهرة «سبقت رؤيته» (déjà vu): على الرغم من أن المريض يرى أو يسمع أو يعيش موقفاً محدداً لم يسبق له أن أدركه يوماً ، إلا أنه يصف الشعور بأن كل هذا سبق أن حصل ذات مرة، وأنه «قد رأى هذا سابقاً»، وأنه «عاشه ذات مرة في الماضي». إن الصورة ذاتها بالضبط، التي تتشكل الآن (في لحظة النبوة)، لم توجد في ماضي المريض، ولا يمكن أن تكون قد وُجدت. يمكن للصور الماضية للموقف المعني، فيما لو وُجد المريض فيه سابقاً، أن تكون متشابهة في خاصيتها المكانية: فيما يتعلق بالموقع المكاني، وبالعلاقات بين الأشياء المختلفة... إلخ. إنما لا يمكن للصور الماضية للموقف المعني أن تتطابق كلياً مع الصور الحالية في الوقت نفسه.

1- في كل إدراك جديد لهذا الموقف من قبل الشخص ذاته يمكن أن تتواجد تفاصيل لم تكن متوافرة في الإدراك السابق.

2- كل صورة لاحقة للموقف المعني تختلف، مهما بلغ التشابه الممكن، عن الصور السابقة مبدئياً من حيث تكوّنها في مقطع زمني آخر. إن المرجع الزمني للصور السابقة يتبع للماضي سلفاً. بالمقابل تتشكل الصور، التي تُطابق مع الصور السابقة للموقف نفسه، في الحاضر.

لذلك يمكن وصف إحساس «سبقت رؤيته» بأنه تمييز ناقص (معيب) للخاصية الزمنية للصورة المتكوّنة الآن، والتي لم توجد في الماضي. بالرغم من ذلك تبدو صورة العالم المحيط في وعي المريض كشيء قد وُجد سابقاً، وفي الحقيقة كشيء قد وُجد سابقاً في الشكل ذاته بالضبط كما هو الآن. ويبدو لنا أن هذا الحال هو الأهم في ظاهرة الـ (déjà vu) بأكملها. إن عيب التمييز الزمني للصورة المتشكلة الآن واضح للعيان تماماً. فالصورة ينبغي أن تمتلك «علامة» واضحة لعائديتها للحاضر، والتي لا تسمح بالإحساس بهذه الصورة إلا على أنها حاصلة في

هذه اللحظة بالذات، وتفرّقها عن الصور السابقة. غير أنه من الجلي أن الصورة المتكوّنة أثناء النوبة لا تمتلك «علامة» زمنية من هذا النوع. موضوعياً، العالم لا يتغير. إنه يبقى نفسه. من هنا فإن الاضطراب الحاصل في النوبة يكمن في الشخص ذاته. فهناك شيء ما لا يعمل (عاطل) في الآليات المزوّدة بها الإنسان. وهذا الـ «شيء ما» له علاقة على الأرجح بتثبيت السمات الزمانية على الصور الحسية. كما أن الحاضر، الذي يعيش فيه المريض لحظة النوبة، لا ينطبع على صورة الموقف المحيط حسب القواعد العامة النافذة. والعلامة الزمنية للصورة، التي تنشأ بمشاركة هذا الزمن الحاضر، غير قادرة على تأمين الإحساس الواضح بالفارق بين الصور الحاضرة والصور الماضية. هذه الحدود تكون سيئة التمييز وغير واضحة بشكل من الأشكال. يغلب الظن أنه ينبغي على المرء أن يوجّه انتباهه قبل كل شيء إلى المكان والزمان، اللذين يتواجد فيهما الشخص الآن، في هذه اللحظة، واللذين بدأت فيهما النوبة عنده. هل هذا المكان وهذا الزمان غير واقعيين بشكل كاف بالنسبة له؟ ينشأ عند بعض المرضى فعلاً الشعور بإدراك متغير للزمان، إنما لا تتوافر لدينا، للأسف، معطيات وموجودات كافية من أجل دراسة معمّقة للاضطرابات التي تظهر في إدراك الزمان والمكان. فمثل هذه النوبات لا تظهر إلا بشكل خاطف.

ظاهرة «لم تسبق رؤيته» (jamais vu): مع أنه من الواضح للمريض أنه يرى محيطه اليومي المعتاد (غرفته مثلاً)، يتملّكه فجأة إحساس «لم تسبق رؤيته». يبدو له أنه لم يرَ هذا الموقف في الماضي أبداً، على الرغم من أنه من الجلي تماماً أن صور هذا الموقف قد تكوّنت بشكل متكرر في الماضي، وينبغي أن تكون محفوظة في مخزون خبراته الإدراكية الماضية. مع ذلك يحسّ المريض بهذا الموقف أثناء النوبة وكأنه غريب، كما لو أنه لم يسبق أن رآه أبداً. هذا يعني أنه في هذه الحالة أيضاً لا تكون الصور الحسية المتكوّنة في الحاضر كاملة وكفئاً. ويبدو هذا التمييز الناقص في الإحساس معاكساً تماماً لذلك الذي تم إدراكه في ظاهرة «سبقت رؤيته». ومن الواضح أنه يرتبط بالعلاقة المتبادلة بين زمن الصورة الماضية وزمن الصورة المتكوّنة الآن، والمشابهة فيما يخص خاصيتها المكانية. في هذه الحالة تكون مثل هذه العلاقة المتبادلة غير متوافرة. ومن الواضح أن تكوّن الصورة الحاضرة لا يترافق مع إعادة إحياء الصور الماضية للموقف المماثل. ويكون الحاضر أثناء النوبة متغيراً

في انعكاسه في الوعي، بحيث يتجلى هذا في غياب إعادة إحياء صور الموقف المماثل، التي كانت قد تكوّنت في فترات زمنية مختلفة من ماضي المريض.

من المقبول أن العيب الرئيس في كلا الحالتين الموصوفتين يكمن في التمييز الزمني للصور الحسية. والمهم في ذلك هو أن تشوّهات السمات الزمانية للصور الماضية تبدو مختلفة تبعاً لكيفية معايشة المريض للزمن الحاضر وللمكان الحاضر. من هنا يمكن لهذه التشوّهات أن تتجلى في أثرين متعاكسين: إما أن يبدو شيء ما، لم يكن إطلاقاً، وكأنه ماضٍ، أو على العكس، يبدو ما مضى وكأنه لم يحدث سابقاً أبداً، وكأنه غريب ومجهول بالنسبة للمريض.

وُصِفَتْ ظواهر مشابهة عند تشبيه قشرة الفص الصدغي الأيمن. فقد أثبت Penfield (1963) مثل هذا الارتكاس المتمثل في أن المريض المعني يعلن أنه «يحسّ» بهذا الموقف إما وكأنه معروف، أو كأنه غريب.

يصف Penfield هذه المنطقة بـ «القشر المقارن - المفسّر»، ويوضح: «عندما نصادف أحداً من معارفنا، كنا قد نسيناه تقريباً، يمكن أن تطفو لدينا أولاً إشارة داخلية تعتمد على صوته وابتسامته وطريقة كلامه وغيرها. وبشكل مفاجئ تماماً تزوّدنا آلية ما فريدة في الدماغ بمعيار للمقارنة. فنرى بماذا يختلف هذا الشخص عن الشخص المعروف في السابق، عن ذلك الشخص، الذي لم نعد نراه منذ سنوات عديدة. يمكننا الآن مقارنة الشخص الماضي مع الشخص الحاضر بشكل دقيق جداً. ونلاحظ التغيرات الطفيفة في وجهه وفي شعره. ونتأكد أن حركاته صارت أبطأ، وأن شعره قد تساقط، وأن كتفيه هابطان. إنما من المحتمل أن ضحكته لم تتغير. إنني أعتقد أن القشر المقارن - المفسّر للفص الصدغي يوجّه بطريقة ما اختيار وتفعيل القطع الصغيرة من الحياة الواعية الماضية، التي كان الشخص المعروف في وقت ما منها يقع في مركز اهتمامنا. إنه يتيح عملية التحسس أو المسح، التي يتم فيها اختيار المعاشات الماضية - مهما كانت بعيدة في الماضي - وجعلها سهلة المنال بالنسبة لأهداف التفسير المقارن». وحسب Whthrow (1964) «... يوجد في القشر المفسّر آلية تحرر الماضي وتستخرجه. وأكثر من هذا، فهي تخدمنا على الأرجح في المقارنة الواعية للخبرات الحاضرة مع الخبرات الماضية».

توضح هذه المعطيات السريرية والتجريبية جميعها أهمية السمات الزمانية الموصوفة فرضياً من قبلنا للصور عند مطابقتها مع مواضيع الإدراك الحاضر.

ظاهرتا تبدد الشخصية والاغتراب: من بين كل ما تم وصفه (Gurewitsch ، 1948 ، Schlarowa ، 1957 ، Abramowitsch ، 1959 ، Semenow ، 1965 ، Bragina و Dobrochotowa ، 1978) ، ومن بين الخصائص الواردة في المراجع - ولو بشكل غير كاف - لحالات تبدد الشخصية والاغتراب ، نود لفت الانتباه إلى ثلاث نقاط:

- 1- يتعلق الأمر هنا بتناقص أو زوال الشعور الباطني للإنسان السليم بكيّيته وبتبدلية «أنا» المريض الخاصة الجسدية والنفسية.
 - 2- ضعف أو فقدان الشعور بالارتباط غير القابل للفصم بين الـ «أنا» الخاصة والمحيط ، ضعف أو فقدان الشعور بوحدهما.
 - 3- يتعلق الأمر باضطراب في كليّة وتبدلية العالم الخارجي. ترتبط جميع هذه الاضطرابات بعضها مع بعض بشكل وثيق. وسوف نعالجها بشكل منفصل ، كي نبين بشكل أكثر إقناعاً أن واسطة هذه الاضطرابات عوامل مكانية - زمانية.
- من الجلي تماماً أن كلاً من وحدة الـ «أنا» الجسدية والنفسية وعدم قابليتها للفصل عن المحيط وكليّة العالم الخارجي غير ممكنة من دون مكان محدّد وزمان محدّد. إن كليّة الأنا الخاصة المتجلية في إحساسات الشخص تعني على الأرجح الاندماج الزمني للإحساسات الجسدية المتنوعة والمنطلقة من مختلف نقاط المكان الجسدي ، وكذلك للإحساسات التي تنشأ عن طريق إدراك المنبّهات الصادرة عن مختلف نقاط المكان خارج الشخصي. يترافق الإحساس بكليّة ووحدة الـ «أنا» الخاصة والعالم الخارجي في الظروف الطبيعية مع إدراك فصل واضح للـ «أنا» الجسدية عن المحيط. هذا الاتحاد الزمني (أو الاندماج حسب Gurewitsch ، 1949) لمختلف نقاط المكان (بمعنى الأحداث الواقعة فيه) في الوعي هو تحديداً ما يضطرب عادة في إصابة نصف الكرة المخية الأيمن.

تتغير إحساسات المريض بجسده الخاص ، بكليّة «أناه» الجسدية. وقد اتضح لنا سابقاً ، من الوصوفات الواردة ، نقص إدراك الجسد الخاص ، أو غياب أي إدراك له. يقول المريض: «أنا أتسّس نفسي» ، أو «أبدأ بقرص نفسي» ، أو «أريد أن أتكيّ على أحد ما أو ألمس شيئاً ما» ، وذلك كي يدرك نفسه. وما يجدر بالملاحظة الضعف غير المتماثل وكثير الظهور في الإحساسات الجسدية. إذ يتم إدراكك نصف الجسد الأيسر وكل ما يحدث في هذه الجهة (وخزة ، لمسة ، ضغط) بشكل أضعف. كما

يكون التعرف إلى الأشياء أسوأ ، عندما توضع في اليد اليسرى أو تُجسّ من قبلها. ولا يشعر المريض بجسده بشكل سيئ فحسب، بل يفقد في وعيه كليته ووحدته أيضاً؛ فهو يفقد كليته المكانية وحدوده الواضحة تجاه المحيط في كل لحظة من الزمن الجاري. ويظهر في بعض الأحيان إهمال لأجزاء من الجسد، وغالباً في الجانب الأيسر؛ فلا يدرك المرضى ذراعهم اليسرى مثلاً. ويصل سوء إدراكهم لها إلى درجة أنهم عندما يبحثون عنها من دون مراقبة بصرية، لا يبحثون إطلاقاً في المكان الذي تتواجد فيه. ويمكن أن يصل انهيار الكلية المكانية للجسد إلى درجة إحساس المريض بأجزاء من جسده - غالباً في الجانب الأيسر - وكأنها غريبة. سوف نورد فيما بعد (في الفصل السادس) مشاهدة سريرية تتضمن ظاهرة تغريب واضحة تماماً للذراع اليسرى.

ثمة تفاصيل معينة جديرة بالاهتمام في الإحساسات المرضية عند المريض، يمكن تصورها على أنها تعبير عن فقدان ذلك الإحساس الاعتيادي عند الإنسان السليم بالحدود المكانية الواضحة للجسد الخاص تجاه العالم الخارجي. ففي ما يسمى بالاضطرابات النفسية الحسية يمكن مشاهدة الإحساسات المألوفة بالنسبة لهؤلاء المرضى بصغر أو كبر الجسد أو أجزاء منه. هكذا يقول المريض مثلاً: «رأسي يصبح أكبر، ويبدو أنه يبلغ قياسات هائلة»، وغالباً ما يظهر إحساس بتضخم اللسان. إلا أن هذه الإحساسات بالصغر والكبر تتسحب أيضاً على أجزاء أخرى من الجسد. قال أحد مرضانا إن ما يتضخم لديه هو «الصدر الأيسر فقط، يصير كبيراً كأعلى جبل على الكرة الأرضية».

يُبرز المرضى في الوقت نفسه مرضية إحساساتهم، موضحين أن إحساسهم الحاضر بجسدهم وبأجزائه كل على حدة لا يتطابق مع صور إدراكاتهم السابقة، هذا يعني أنهم يقارنون تماماً كل ما يتم إدراكه في الحاضر مع الصور الماضية فقط لإدراكاتهم. وإلا يفقد الإدراك الحاصل في الحاضر معناه. من دون مقارنة محتويات الإدراك من الماضي والحاضر بعضها مع البعض، لا يمكن للطبيب (ولا للمريض أيضاً) إثبات خطأ الإدراك. لاشك في أن هذه الفكرة الرئيسية لكتابنا ليست جديدة. فقد ذُكرت كثيراً في السابق، ومن قبل العديد من المؤلفين. فقد كتب Gerzberg (1961) في تحليل تبدد الشخصية الجسدي عن «وعي فقدان التوافق بين الإدراكات الجديدة المتغيرة للعالم الداخلي وبين كيفية انعكاس هذا العالم الداخلي في الوعي سابقاً». مع ذلك تؤخذ الحتمية المتضمنة في هذه الفكرة عادة على أنها أمر بديهي.

لذلك قد يبدو السؤال المطروح في الفصل الأخير من هذا الكتاب سفسطياً للوهلة الأولى، ومؤداه: لماذا نقارن الصور الحسية مع صور الماضي فقط، ولماذا لا توجد إمكانية عند الأشخاص اليمينيين لمقارنة صور الحاضر مع صور المستقبل؟

كما تظهر في حالات تبدد الشخصية والاعتراب إحساسات مرضية عديدة أخرى في وصف المرضى الذاتي، تتحقق بوساطة العوامل المكانية - الزمانية أيضاً. يصور المرضى أحد أشكال تغير المحيط بتشديدهم على أن كل البيوت في الشارع تبدو لهم متشابهة، وأنها لا تختلف بعضها عن بعض، على الرغم من أنها مختلفة جداً في هندستها المعمارية وفي عدد طوابقها وفيما يتعلق ببعد بعضها عن بعض. وفي حالات أخرى لا يعود المرضى يدركون الحركات: العالم يبدو لهم ساكناً، خالياً من الحركة، على الرغم من تواصل الحياة من حولهم كما في السابق. يفقد المرضى القدرة على التقاط أو فهم التغيرات التي تحصل من حولهم بلا انقطاع. ويغلب الاعتقاد أن شروط مطابقة صور الحاضر والماضي لم تعد موجودة، ومن دونها لا يعود بالإمكان طبعاً إدراك تبدلية العالم وحركات المواضيع فيه. وينبغي تصور انعدام حركة العالم في وعي المريض على النحو التالي: يبدو له العالم المدرك من قبله في هذه اللحظة كما كان قبل ثانية واحدة تماماً. على سبيل المثال لا يدرك المريض أن موقع شخص ما، قام في هذه اللحظة بخطوة إلى الأمام، قد تغير في المكان، كما أنه لا يفهم حقيقة أن الشخص الذي ينظر إليه كان متواجداً في موقع، وانتقل الآن إلى موقع آخر. من الواضح أن صور هذا الشخص ينبغي أن تختلف في إدراك المريض من خلال السمات المكانية - الزمانية. إلا أن هذا لا يحدث في هذه الحالة، فيما إذا تم التقييم وفقاً لانعدام حركة العالم، لاسيما الأشخاص، الذين ينظر إليهم المريض. كل ما هو في الخارج يبقى في هذه الحالة كما كان في السابق. لا تتغير الخاصية المكانية - الزمانية للعالم الخارجي موضوعياً بالشكل ذاته كما في إدراك المريض. هذا يعني أن تغيرات العالم في وعي المريض لا تتحدد إلا من خلال الأسباب الناشئة في هذا المريض، والتي تتعلق بتنظيمه المكاني - الزماني في أغلب الظن.

سوف يظهر هذا الرأي الأخير مدعماً ومبرهنناً بشكل أفضل عندما نتطرق إلى حالتين أخريين كذلك. إحداهما تتجلى في الملاحظة السريرية الواردة سابقاً. فالمرضى يقولون إنهم «يفقدون أنفسهم أثناء النوبة، يزولون»، ثم يجدون أنفسهم ثانية. وهم لا يفقدون الإحساس بجسدهم، أو بـ «أناهم» الجسدية فحسب، بل

بالـ«أنا» النفسية الخاصة كذلك. يمكن القول على الأرجح إن المرضى يفقدون أنفسهم في تحديدهم المكاني - الزماني الكلي. وحيث إننا نجد هذا التعبير غير كاف، ومن الممكن انتقاده، نرى أنه من المفيد كشف معاشات المرضى بشكل أشد تفصيلاً. كثيراً ما يقول المرضى إن الحال كما لو أنهم يزولون، قاصدين بذلك أنهم ينسون من هم، أو أين ومن أجل ماذا يتواجدون هنا، أو إلى أين ولماذا ينتقلون إلى مكان ما، أو ماذا يفعلون هنا. ويفضّل المرضى تعبير «أزول» على تعبير «أنسى». وقد أوضحت المريضة الموصوفة في الفصل الثالث أن هذا ليس نسياناً بالمعنى الفعلي للكلمة، بل هو «فقدان للذات». واستتدت في ذلك إلى أن النوبة بدأت عندها في الطريق إلى أحد الحوانيت، حيث كانت ذاهبة لشراء الخبز. وفجأة نسيت لماذا كانت هنا، وإلى أين كانت ذاهبة، وماذا كانت تتوي أن تفعل. يمكن القول إن شراء الخبز يمثل فعلاً واقعياً غير ممكن خارج المكان والزمان. فهو لا يمكن أن يتحقّق - مثله مثل أي فعل إنساني آخر - إلا في مكان محدّد ملموس وزمان محدّد ملموس. وفي هذه اللحظة لا يحسّ المريض على الإطلاق بالمكان والزمان، ويكون من الصعب عليهم كذلك معرفة أو استيضاح هدف وجودهم هنا والآن.

أما وصف الحالة الثانية فلم يرد في مراجع الطب النفسي المرضى. فهو وصف معقّد، ولا يشمل في جوهره أيضاً كل إمكانيات ظواهر الاغتراب وتبدّد الشخصية في إصابة نصف الكرة الأيمن. ومن أجل إيضاح وساطتهما الممكنة عن طريق عوامل مكانية - زمانية، فإن ما يعنينا هنا هو الأكثر وضوحاً وبروزاً منها. هذا يعني تبدلية المريض ذاته وتبدلية عالمه الخارجي والاتصال بينهما. ونود توجيه الانتباه إلى كيفية وصف المرضى لشعورهم بضعف أو فقدان الاتصال مع العالم الخارجي. يقول المرضى إنهم «مسلوبو المشاعر، تحولوا إلى آلات عديمة الإحساس، دمی متحركة»، ولم يعودوا يشاركون في الحياة الدائرة من حولهم، وكأنهم يتأملونها من الخارج كـ «مراقبين عارضين»، ناظرين إليها «انطلاقاً من مكان آخر»، انصرفوا إليه، «مغادرين هذا المكان»، الذي بقي فيه العالم بأكمله وجميع الأشخاص المحيطين بهم. والأكثر جدارة بالملاحظة في هذا هو أن «انصرافاً» إلى مكان آخر لم يحصل في الحقيقة (بمعنى الانتقال من نقطة إلى أخرى، أو ازدياد المسافة بين المرضى والأشخاص المحيطين بهم)، وأنه لم يوجد أي انقطاع حقيقي في الاتصال مع المعارف والأصدقاء والأقارب الموجودين بجانب المريض (يردّ المريض على الأسئلة الموجهة إليه وي طرح هو نفسه أسئلة). تتغير معاشة المريض لـ «أناه» وللعالم

المحيط وللتأثير المتبادل مع هذا العالم، حيث يوصف هذا التغير - كما نرى - من قبل مختلف المرضى بالطريقة نفسها بوساطة كلمة «مكان». كما يتشابه في وصوف مختلف المرضى قولهم إنهم، في الإحساسات المرضية، هم بالذات من «ينصرف إلى مكان آخر»، بينما يبقى العالم كله والأشخاص الآخرون «في هذا المكان». تدل هذه الحال على أن المريض لا يعيش المكان الموحد للعالم بأكمله بحد ذاته، ولا الأشخاص المحيطين به حالياً، ولا ذاته كمريض، بل يعيش مكاناً آخر هو بالنسبة له - كما هو واضح للعيان - الأكثر أهمية، وهو الذي يميّز هذا المريض بالذات.

إن تأملاً دقيقاً لظاهرتي الاغتراب وتبدّد الشخصية يوجّه الانتباه إلى حقيقة تبدو لنا صعبة التفسير. يمكن القول بكل تأكيد إنه ليست الإحساسات بالوجود الجسدي للإنسان فحسب، بل كذلك الظواهر النفسية تبدو غير ممكنة من دون علاقات وثيقة بالعوامل المكانية - الزمانية. ويبدو أن العلاقات لا تقتصر إلى حد بعيد على إدراك المكان والزمان فقط.

ازدواجية مسار المعاشات: يواصل المريض في لحظة النوبة إدراك الأحداث الحاصلة في المكان الواقعي والزمان الواقعي. إلا أنه ينشأ في وعي المريض فجأة وبشكل لا إرادي تيار ثانٍ من التصورات الحسية، تكون الأحداث المتتالية المعاشة فيها قد حدثت في الماضي. عندما يعيش المريض هذه الأحداث مرة أخرى، يتصور كيف كانت في ذلك الوقت، كما يعيش مرة أخرى الحالة النفسية، التي كانت موجودة في ذلك الحين: ينشرح صدره ويضحك، يرى ويسمع ما كان قد حصل في ذلك الوقت حقيقة، بيد أن هذه التصورات الحسية لا تجد أي انعكاس في سلوكه الظاهري. على هذا النحو يستعيد التيار الثاني للوعي عالماً هو الآن غير واقعي، ولكنه كان في الماضي واقعياً بالنسبة إلى المريض. يعيش المريض أثناء مثل هذه النوبة فجأة في عالمين. الأول منهما حقيقي وموجود في المكان المحدد الملموس والزمان المحدد الملموس، والثاني هو العالم الماضي، الذي كان موجوداً في إدراك المريض. وسوف نواصل اهتمامنا بخصائص معاشة الصور الحسية الماضية، التي أصبحت حاضرة فجأة. ومن المقبول أيضاً أن المكان، الذي وُجد في ذلك الوقت، يصبح حاضراً كذلك، مما يقود بالتأكيد إلا الاستنتاج بأن الموقف الماضي تتم استعادته في علاقاته المكانية الدقيقة. ويؤدي المرضى، الذين يعيشون مثل هذه

النوبة، ضعفاً في معايشة الزمن الحاضر والمكان الحاضر. ولكن للأسف لا تتوافر أية دراسات حول ذلك. ونحن نقول هذا بناءً على مشاهداتنا السريرية. ولا شك في أن مسألة كيفية معايشة هؤلاء المرضى للمكان والزمان تحتاج إلى دراسات أدق. إلا أن هناك انطباعاً مؤقتاً بأن استحضار الزمن الماضي والمكان الماضي يتم بالتزامن مع معايشة مضعفة للمكان الواقعي الراهن والزمان الواقعي الراهن.

شاهدنا الجزئيات، التي لم يتم إثباتها حتى الآن في حالة «ازدواج مسار المعاشات»، عند المريضة Tsch-wa، العمر 50 سنة، يمينية، أُجري لها عمل جراحي لورم قحفي - بلعومي في معهد الجراحة العصبية.

منذ عام 1976 صداع ودوار واضطراب وارتباك في المشية وفقدان وعي قصير الأمد. منذ عام 1977 يترافق الصداع مع فقدان نصف الساحة البصرية الأيسر. إبان السنة الأخيرة طمّث غير منتظم: فهي تشعر بوهن دائم ونعاس متزايد خلال النهار. أثناء إقامتها في المعهد ظهرت قبل العمل الجراحي حالات انتيائية عدة مرات. وكانت تبدأ أثناء الصداع مع ارتفاع في الضغط. عند ظهور النوبة كانت المريضة تتابع إدراك كل ما يحدث إلى يسارها. فقد رأت مثلاً أثناء إحدى هذه النوبات الطاولة التي بجانب سريرها وعليها كأس، كما رأت الأشخاص المتواجدين إلى يسارها أيضاً. وبكلماتها الخاصة: «... الأيمن كان غريباً، بدأت أرى ما مضى منذ زمن طويل. كل شيء دار كما في السينما، لقد دار بسرعة جنونية، وبدأ الدماغ بالارتعاش». وكردّ على طلب الطبيب إليها للحديث عن مثال محدّد من النوبة الأخيرة، أفضت المريضة قائلة: «مثلاً أبصرت قطعة، كما كان الوضع فعلاً في وقت ما في السابق. وكنت أرتدي حينها ثوباً أحمر، وفي هذه اللحظة رأيت نفسي شخصياً غير مشاركة، مثلما كنت في ذلك الوقت: أكثر شباباً بكثير من الآن. لقد كان الأمر كما لو أنني وُجِدت في شخصين: أحدهما كان أنا، الحالية، الحاضرة، أتابع حياتي، ولكنني أراها في الأيسر فقط، والآخر كان أنا أيضاً، ولكن السالفة، الماضية منذ فترة طويلة، أراها إلى يميني، أراها كما كانت في الواقع ذات يوم فعلاً». فضلاً عن الأحداث من الحياة الماضية رأت المريضة أيضاً «يداً شيخية، متغضّنة، غير متحركة»، «ثوباً أزرق ما»، وهنا ظهر أيضاً المقطع «FA» المكتوب بأحرف طباعية كبيرة، «هذا المقطع أخذ يدور في رأسي عندئذٍ».

تبعاً لكلمات المريضة فهي تواصل فهم ما يحصل أثناء النوبة، وتعي الناحية المرضية في حالتها: «لم أكن قلقة، حتى إنني شعرت بشيء كالفضول وحب

الاستطلاع». على الرغم من الانطباع الذي نشأ عند المريضة بأن النوبة دامت ثواني، إلا أن شعوراً تملكها بأنها «تفتقد الزمن»، وأنها لا تستطيع أن تدرك «كم يدوم كل شيء، ليس هناك أي زمن، لا شيء يمكن الاعتماد عليه». ويمكن للمرء أن يثبت بشكل غير مباشر (عن طريق استجواب المريضة عما أمكنها إنجازه أثناء النوبة على سبيل المثال) أن النوبة دامت على الأرجح أكثر من ثوان. ومن الجدير بالملاحظة أيضاً ردّ المريضة على السؤال حول مدة النوبة بعدم ثقة وارتباك شديدين، مشددة على أن «هذا السؤال هو بالنسبة لها أيضاً» سؤال صعب.

في ما بين النوبات كانت المريضة متوجهة تماماً، وأظهرت سلوكاً مرتباً، وتحدثت عن طيب خاطر، وقيمت حالتها بشكل صحيح. إبان الفترة التي ظهرت فيها هذه النوبات (قبل العمل الجراحي) كانت الموجودات السريرية عند المريضة كما يلي: وجه مدور مترهل وعجيني، جلد جاف متوسّف، وذمات في اليدين والقدمين، عدم وجود أية اضطرابات بصرية. منعكس القرنية مشدّد. منعكسات الوجه مشدّة. فاعلية فموية مشدّة. نقص توثر عضلي عام: رجفان في اليدين أثناء التقليل الثابت. المنعكسات الوترية في الذراعين مشدّة بشكل معتدل. منعكس الوتر الداغصي غائب، منعكس وتر أشيل مشدّد. كل أنماط الحس موجودة. فرط في حس الألم في الساقين والقدمين. فرط حس في كلتا اليدين. حس العضلات والمفاصل موجود. عدم وجود أية اضطرابات في التناسق.

كما هي الحال في «ازدواج مسار المعاشات» تواجدت المريضة أثناء النوبات المذكورة في عالمين، إلا أنها تصفهما في المكان والزمان بشكل غير مألوف ومختلف عن المرضى الآخرين. أحد تيارَي التصور يمثل إدراك الحقيقة الواقعية وشخصها الخاص، الموجودين الآن، حالياً، لكن العالم الخارجي منشطر إلى نصفين، وهي ترى النصف الموجود إلى يسارها فقط، في حين لا تعود تدرك النصف الأيمن. أما تيار التصور الثاني فيتضمن المواقف الماضية والمريضة نفسها غير مشاركة في هذه المواقف، مثلما كانت في ذلك. ويوجد تيار التصور هذا في المكان الأيمن. كما أن حقيقة كون المريضة لا ترى نفسها في الماضي إلا في الجهة اليمنى من المكان خارج الشخصي، هي أمر غير مألوف أيضاً. فالمريضة إذاً ترى نفسها في الماضي انطلاقاً من حالتها الحاضرة، انطلاقاً من الزمن الحاضر. ويوجد في الوصف الذاتي اختلاف آخر كذلك: إلى جانب «الصور من الحياة الماضية» ترى المريضة في المكان الأيمن كذلك مواضيع عارضة، غير طبيعية وجديرة بالملاحظة - المقطع

«FA» يداً متغضّنة، ثوباً... إلخ. ويقود الوصف الذاتي بكل وضوح إلى الاعتقاد بأن المريضة في لحظة النبوة تفقد الإحساس بالزمن، فهي تجد صعوبة في تحديد مدة النبوة الحاصلة للتو.

نحن ننظر إلى الحالات الانتيابية المعروضة على أنها قبل كل شيء إيضاح لإمكانات العلاقات الأخرى للمكان والزمان عند الإنسان في حالة المرض، والمختلفة عما وُصِفَ في مشاهدات سريرية أخرى حتى الآن. ففي هذه الحالة يتم استحضار محتوى الزمن الماضي في النصف الأيمن من المكان فقط. مع ذلك تحافظ المواقف الماضية، التي تم نقلها إلى المكان الأيمن، على خاصيتها الزمانية السابقة: فالمريضة ترى نفسها محايدة تماماً، كما كانت ذات يوم، وفي العلاقات المكانية ذاتها، كما كانت قائمة بالفعل.

ومض المعاشات السابقة: هذه الظاهرة هي في جوهرها تعبير عن حقيقة أن قطعة من الحياة الماضية أو مقطوعاً محدداً من ماضي المريض يعاد إحياءه (يتم استحضاره) في وعيه فجأةً ومن دون تدخل منه. «يبدو الأمر كما لو أن تيار الوعي يجري مرة أخرى، كما كان ذات مرة في الماضي» (Penfield وRoberts، 1964). يمكن أن تحصل إعادة الإحياء غير الإرادية هذه لمقطع محدّد من الحياة الماضية إلى جانب إدراك الحقيقة الواقعية الحالية (الأنية)، كما هي الحال في «ازدواجية مسار المعاشات»، إنما يمكن أن تترافق أيضاً مع إهمال ما يحدث في المكان الواقعي والزمان الواقعي. عندئذٍ لا يتم إدراك هذين الأخيرين. عندما يزول «ومض المعاشات السابقة»، يمكن للمرضى أن يذكروا بالضبط العلاقات المكانية بين الأشياء ومواقعها بالنسبة لهم. ويمكن القول إن المكان المعاش في الماضي يتم استحضاره في وعي المريض.

تدعو العديد من الخصائص إلى وصف «ومض المعاشات السابقة» كاستحضار للزمن الماضي (جعله حاضراً في الوعي)؛ فالمواقف الماضية يعاد إحيائها بالحيوية ذاتها، كما كانت تجري في الحياة الواقعية. وتتغير المواقف، كما تغيرت في الحقيقة الماضية. فالمرضى «يسمعون مرة أخرى، ويرون مرة أخرى، ويعيشون مرة أخرى لحظات الماضي» (Penfield وRoberts، 1964). لا تعاش مرة أخرى سوى صور تلك الأحداث، التي كانت قد وقعت في المقطع الزمني المستحضر. ولا يضاف أي شيء من محتوى المقاطع الزمنية الأخرى.

كتب Whitrow (1964) في تفسير معطيات Penfield وRoberts: «إن المعاشات النوعية، التي يتم إطلاقها بالتبني الكهربي للقشر الدماغى، هي على الأرجح عارضة، إنما تُبدي، بعد إطلاقها مرة واحدة، ميلاً إلى التكرار في التبني التالى». بعبارة أخرى يُبدي «المقطع الزمني» ذاته ميلاً إلى الاستعادة من جديد، ولا يحدث أبداً أن يُستعاد «مقطعان زمنيان» مختلفان سوية. ويبدو أن هناك آلية ما، تعمل تبعاً لمبدأ كل شيء أو لا شيء، تحول، عند استعادة «مقطع زمني» ما، دون تذكر «مقاطع زمنية» أخرى.

تجدد بالاهتمام الحتميات التي يتم بموجبها استعادة جريان زمن الأحداث الماضية. ويمكن أن تتطلب معاشة هذه الأحداث مرة أخرى زمناً يساوي الزمن الذي كانت قد استغرقتة في الحقيقة. فإذا دامت نوبة المريض ثلاث دقائق مثلاً، فإنه يستطيع عندئذٍ معاشة أحداث كانت قد دامت في الماضي ثلاث دقائق أيضاً. كما يصادف أيضاً أن تعاش الأحداث بشكل أسرع مما كانت عليه في الحقيقة. في هذه الحالة يتم ضغط المقطع من الزمن الماضي المستحضر في الوعي. وتبدو فيه الأحداث متوضّعة بجانب بعضها البعض بشكل أكثر تراصاً عما كانت عليه في الحقيقة.

لقد نشأ الانطباع بأن الحفاظ أو عدم الحفاظ على الجريان الزمني للأحداث الماضية عند معاشتها مرة أخرى يتعلق بشكل من الأشكال بكيفية تمثيل الحاضر في الوعي. فإذا كان المريض يهمل هذا الأخير ولا يدركه، تم الحفاظ على الجريان الزمني السابق. بالمقابل، إذا تم إدراك الحاضر من قبل المريض، ولكنه يدركه بشكل أقل حضوراً في أغلب الظن، بدأ الماضي عندئذٍ منكمشاً عند استحضاره.

في «ومض المعاشات السابقة» يجري الزمن الماضي في اتجاه واحد فقط. «ينبغي أن يدور شريط الزمن في هذا الفيلم من البداية إلى النهاية باتجاه الأمام، وهو لا يتحرك إلى الوراء أبداً» (Penfield وRoberts، 1964). ويرى المؤلفان أنه على الرغم من الهمسيس المتواصل يتم الحفاظ على التسلسل الزمني بدقة تامة - وليس إحصائياً فقط -. ونحن بدورنا لم نجد بين مرضانا مريضاً واحداً عاش الأحداث الماضية في تسلسل زمني معكوس. يغلب الظن أن هذا غير ممكن حتى في حالة المرض. يختلف «ومض المعاشات السابقة» عن التذكر الإرادي. «ليس هذا تذكرًا، إذ ما من إنسان قادر على التذكر إرادياً مثل هذا الفيض من التفاصيل، ومعظم

الأشياء التي يمكن للإنسان تذكرها تكون معمّمة ومجرّدة وملخّصة» (Penfield، 1957). إن معاشية حالة «ومض المعاشيات السابقة»، هي حسب Penfield، «أكثر واقعية بكثير من التذكّر». لذلك يقارن «ومض المعاشيات السابقة» مع شريط مسجّل، حيث تحدث الاستجابة حسب مبدأ كل شيء أو لا شيء (Penfield وRoberts، 1964).

حاولنا أن نبين (1978) أن هذا الاستنتاج لا ينطبق إلا على المحتوى الحسي للحالة النفسية الماضية. وقد وجّهنا عنايتنا الرئيسة إلى عدم تطابق السلوك الظاهري مع محتوى المعاشيات الحسية. فإذا أمكن مشاهدة المرضى أثناء النوبة، اتضح أنهم مثبطون وخاملون، وفي بعض الأحيان متحرّجون الوجه في تعبير الفضول. إلا أنهم لا يكررون أبداً تلك الحركات والأفعال والأقوال، التي كانوا قد قاموا بها في الموقف الماضي، الذي يعاش حالياً مرة أخرى. ومن الجدير بالملاحظة أن Penfield ومساعديه أيضاً لم يغفلوا هذه الحقيقة. فتبعاً لوصفهم يتألف «ومض المعاشيات السابقة» بالدرجة الأولى من مكوّنات بصرية وسمعية، وأندر من ذلك من إحساسات وضعة (بوضعية الجسد). بينما يغيب فيه تذكّر ما اهتم به المريض ذات يوم في السابق من أفكار وحسابات ومعادلات فيزيائية وتناول طعام ونشاط جنسي وغيرها. «لا يتم إطلاق أية تعميمات أو مفاهيم» (حسب Penfield وRoberts، 1963)، عندما ينبه المرء القشر الدماغى، «من الواضح أنه ينبغي أن تكون هناك آلية دماغية أخرى تحفظ المفاهيم المتكوّنة من سلسلة من الجزئيات أو التفاصيل. ومن الجلي أيضاً أن هذه الآلية تجري بشكل منفصل عن آلية المعاشيات التي تسجّل تيار الوعي». ويجدر بالملاحظة الاستنتاج الذي يصل إليه W. Penfield: «لا يوجد مريض واحد توجّه إلى شخص ما، كان مشاركاً في معاشاته في الماضي. اللهم إلا إذا كان المريض واقعاً في حالة التلقائية»، «إن معظم التنبهات الدماغية الجراحية بمساعدة إلكترون ترافقت بالصمت، ولم تؤدّ أبداً إلى تفكير بناء» (Penfield وRoberts، 1963).

في «ومض المعاشيات السابقة» تتم استعادة الصور الحسية لما مضى، مع علاقتها المكانية - الزمانية والصبغات الانفعالية الذاتية. ومن الجلي تماماً أنها لا تمثل سوى جانب من النشاط النفسى، الذي كان قد حدث في ذلك المقطع الزمنى الماضى. إذ إن المريض في ذلك الوقت كان قد تصرف طبقاً لما سمع وما رأى. لقد قيّم وفكر بالأهمية الاجتماعية للموقف، وعبر عن وجهة نظره بأقوال لفظية.

إلا أن الحركات المنفذة في ذلك الوقت والعمليات الفكرية لا تتم استعادتها. بهذا المعنى فإن استعادة الحالات الماضية للمريض، التي تقع في المقطع الزمني المعاد إحياءه، لا تكون كاملة، بل جزئية فقط: تتم استعادة الجانب النفسي الحسي فقط من النفسية الكلية، بينما لا يستعاد المجال النفسي الحركي. وفي هذه الأثناء يقدم الزمن الماضي، الذي يتم استحضاره في الوعي بشكل لا إرادي، بالضرورة جميع تفاصيل محتويات الوعي الحسية فقط، وقلما يكون مثل هذا الكمال ممكناً في التذكر الإرادي. فالصور الحسية تطفو في الوعي بالحيوية والوضوح ذاتهما اللذين يميزان الإدراك الذي يتم الآن. لا شك في أن قابلية الصور الحسية للاستعادة وعدم قابلية الأفكار والأقوال والحركات للاستعادة تمثل خاصية استثنائية لـ «ومض المعاشات السابقة» دون غيرها، ولها أهمية خاصة أثناء متابعة بحث ومناقشة التنظيم المكاني - الزمني للنشاط العصبي - النفسي وصفات ووظائف المكان والزمان عند الإنسان.

متلازمة النكوص الزمني: وصفها Balonow (1976) أثناء تطبيق المعالجة

بالصدمة الكهربائية. هذه المتلازمة «تظهر بعد النوبات أحادية الجانب اليمنى بتواتر أكبر بكثير منه بعد النوبات اليسرى». وهي تذكر بـ «ومض المعاشات السابقة»، من حيث إنه يتم نقل المريض في وعيه إلى الماضي. إلا أنه في «النكوص الزمني» ليس هناك استعادة كاملة ودقيقة لمقطع أو عدة مقاطع فقط من الماضي. «لا يعود المريض تماماً» إلى الماضي، كما في «ومض المعاشات السابقة» مع إهمال الحقيقة الواقعية. «يتم تقييم الظروف والأحوال الواقعية من وجهة نظر مرحلة العمر المعاشة... في هذا الزمن يتلاءم أيضاً المخزون المعرفي والقدرة على التمييز والحكم والتوجه في المحيط مع الفترة الزمنية المعاشة من جديد». فعندما يُسأل المرضى عن العمر والمهنة والعلاقات العائلية، يجيبون استناداً إلى المقطع المعاد إحياءه من الحياة الماضية. ولكن لا تبقى هذه المعاشات محفوظة في الذاكرة بعد أن يعود النشاط الدماغي إلى طبيعته (Deglin و Balonow، 1976)، بينما في «ومض المعاشات السابقة» تبقى الأجزاء المعاد إحياءها من الحياة الماضية محفوظة في الوعي بشكل واضح وجلي.

يذكر «النكوص الزمني»، برأينا، بـ «هذيان الشيخوخة» الموصوف من قبل Shislin (1965)، الذي يتحدد فيه سلوك المريض بكامله كذلك بمحتوى الماضي، وليس بالموقف الواقعي. فالمريض «لا يعيش في الموقف الواقعي الحالي،

والذي يدركه على أنه غير واقعي، بل في أجزاء من مواقف وأفعال وأوضاع كانت قد حدثت في ماضٍ بعيد جداً». لا شك في أن خصائص كل من «النكوص الزمني» و«هذيان الشيخوخة» تدعو إلى التفكير في العلاقات بين الماضي والحاضر والمستقبل، وفي لانتاظر الماضي والمستقبل أيضاً عند المرضى الذين يعانون من اضطراب في وظائف نصف الكرة المخية الأيمن، سواء أكان بسبب بلوغ سن متقدمة أو قبل ذلك. على سبيل المثال يمكن النظر إلى التقدم في العمر (الشيخوخة) ليس فقط من الجانب الأكثر شكلية لتراكم وازدياد ما مضى، بل أيضاً من ناحية تعديل أو تسوية لانتاظر الماضي والمستقبل، والذي يتناقص جراءه كبت الماضي باستمرار، بل أكثر من ذلك، فهذا الماضي يسعى إلى طبع محتوى النشاط النفسي الجاري بطابعه. وتحصل هذه التسوية في لانتاظر الماضي والمستقبل بالتزامن مع ضعف في الحاضر، فيعاش هذا الأخير بحضور يتناقص باستمرار.

ويجدر بالاهتمام السؤال عما إذا كانت هناك مراحل من الحياة الماضية مفضلة عند إعادة الإحياء في «النكوص الزمني» أو في «هذيان الشيخوخة». ويبدو أنه من المحق التوقع بأنه يُعاد قبل كل شيء إحياء معاشات وحالات الإنسان تلك، التي عاشها في سن الشباب وأواسط العمر، أي حينما يكون المكان الفردي والزمان الفردي - كما سنعرض فيما بعد - قد «نضجا»، أي اكتسب الصفات التي سنبيّنُها فيما بعد.

بهذا المعنى كانت ملاحظة Balonow ومساعدته (1976) جديرة بالاهتمام، وهي تنص على «أنهم لم يتمكنوا من مشاهدة أي نكوص إلى فترة أبكر من سنوات التعلّم في المدرسة». وقد أثبتوا أنه في «النكوص الزمني» هناك انتقال إلى 3 إلى 5 مراحل مختلفة من العمر: سن المدرسة، سن الجامعة، العمل في مؤسسة أو إدارة معينة... إلخ. وحسب مشاهدات المؤلفين يضطرب في بعض الأحيان التسلسل المنتظم لمراحل الماضي الزمنية. ويمكن لمعايشة مرحلة مبكرة من العمر أن تظهر، بلا شك، بعد معايشة مرحلة متأخرة من العمر نسبياً. هنا بالتحديد يكمن الفارق عن «ومض المعايشات السابقة»، الذي لا يضطرب فيه تسلسل الأحداث أبداً، في أغلب الظن. ويتضح من وصف Shislin أيضاً أنه في «هذيان الشيخوخة» غالباً ما تتم إعادة إحياء أحداث كانت قد حصلت قبل زمن طويل، عندما كان المريض لا يزال شاباً. هكذا تقول إحدى المريعات إن عمرها 15 إلى 18 إلى 25 سنة (يتعلق الموضوع بوصف مريضة مسنة جداً)، وإن أهلها ما زالوا على قيد الحياة، وإنها قد

تزوجت منذ فترة قصيرة ولديها أطفال صغار، لذلك هي منهمكة بمختلف الواجبات المنزلية؛ إنها تعتقد أنها تقطن في القرية التي كانت قد هجرتها منذ سنوات شبابها في الحقيقة، وهي تنظر إلى الأشخاص المحيطين بها - ومن بينهم الأبناء والبنات والأحفاد وزوجها - على أنهم معارف أو أقرباء، وهم في الحقيقة قد توفوا منذ فترة طويلة.

من الجدير بالاهتمام أن كلا الظاهرتين المتشابهتين، ولكن المختلفتين إحداهما عن الأخرى أيضاً، أي «ومض المعاشات السابقة» و«النكوص الزمني»، تظهران في مواقف متباينة: عند تفعيل بنيات نصف الكرة الأيمن (في لحظة نوبة صرعية مثلاً)، أو عند تثبيطها الوظيفي. تكشف التغيرات الوظيفية المتعاكسة لنصف الكرة الأيمن عند الأشخاص اليمينيين الحقيقة المشتركة التالية، التي مفادها أن الماضي يتم استحضاره بشكل لا إرادي. بالمقابل تكون التفاصيل النفسية المرضية مختلفة. إما أن لا يكون لأحداث الماضي المستحضرة أية علاقة بالأحداث الواقعية الحالية؛ ففي «ومض المعاشات السابقة» يتوحد المريض مع ما هو موجود في الفترة من الماضي المعاد إحيائها فجأةً. أو يكتسب كل ما مضى عند المريض أهمية أكبر من الحقيقة الواقعية، مؤدياً إلى مثل هذا التشوّه في إدراك الحاضر، بحيث لا يعود يتم إدراك أي حدث إلا عبر منظار الأحداث المعاشة في الماضي. يُعدّ هذا «المزج» للأحداث من الماضي والحاضر وصفيّاً في «النكوص الزمني» و«هذيان الشيخوخة»، ولكنه يغيب في «ومض المعاشات السابقة».

تحدّث Shislin (1965) عن ارتباط وثيق بين «هذيان الشيخوخة» والمتلازمة «النسيانية العتهية الشيخية». ورأى أساس الأول، إلى جانب اضطراب الذاكرة الذي يصيب أولاً المعارف والتصورات المكتسبة في الزمن الحديث، ولكنه يشمل فيما بعد تدريجياً مراحل الحياة الأبعد، في «إعادة الإحياء المرضية لمادة تذكّرية من الماضي البعيد جداً، وقبل كل شيء من سن الشباب. وقد بدأت هذه التصورات، نتيجة لحضورها ووضوحها المرضيين، باحتلال مكان مسيطر في وعي المريض». كثيراً ما «تسير هاتان العمليتان جنباً إلى جنب، مما يعطي الانطباع بأن الحضور المرضي للتصورات المتعلقة بالماضي البعيد جداً هو النتيجة البسيطة لفقدان المواد المرتبطة بالمرحل اللاحقة، وليست ظاهرة نفسية مستقلة، كما هو مرجح. مع ذلك هناك حالات يكون فيها اضطراب الذاكرة متقدماً جداً على نحو غير مألوف، وتكون إعادة إحياء الماضي، أي الحياة في الماضي، وإن كانت ضعيفة، ولكنها

شديدة الوضوح، وبالعكس. في تلك الحالات، التي يبدأ فيها هذيان الشيخوخة بشكل حاد، أو بشكل عابر فقط تحت تأثير انسمام بدني، تظهر متلازمة «الحياة في الماضي» بشكل واضح عادة، بينما تكون اضطرابات الذاكرة أقل وضوحاً وغير منتظمة. بالتالي ليس هناك أي ارتباط مطلق وحتمي بين هاتين الظاهرتين، على الرغم من أنهما كثيراً ما تتطوران بشكل متوازٍ.

عندما يظهر «ومض المعايشات السابقة» خارج النوبة، لا يلاحظ أي سوء في الذاكرة على الإطلاق. ويتم استحضار الماضي بشكل مستقل عن إرادة المريض، ويترافق عادة مع اضطراب أو انقطاع في إدراك المحيط الموجود في هذه اللحظة. نستشهد في هذا الصدد مرة أخرى بـ Shislin، الذي لاحظ أن «... الموقف الواقعي والعالم الخارجي الواقعي، اللذين لا يتم إدراكهما إلا بشكل مبهم وغير واضح، يلعبان في وعي المرضى دوراً متناقضاً باستمرار، ويتراجعان إلى الوراء، ولا يعودان موجودين بالنسبة لهم (أي بالنسبة لمرضى «هذيان الشيخوخة» - N.B و T.D). وتحتل مكانهما تصورات الماضي البعيد جداً المعاد إحيائها، التي تستحوذ على وعي المريض. هكذا ينشأ تشابه ظاهري مع الهذيان. فالمريض يتصرف كشخص هاذٍ، لا يتفهم الموقف الواقعي ولا يتعرف - كما في هذيان حقيقي تماماً - إلى الأشخاص من حوله، أو يخطئ في التعرف إليهم. مع ذلك يتحدّد السلوك أيضاً في الهذيان الحقيقي بحالة الوعي المتغير. في هذيان الشيخوخة تأخذ إدراكات العالم الخارجي الناقصة والمعيبة الموصوفة أعلاه، التي يزداد ضعفها باستمرار، دور المكونات الأهلالية».

تقود جميع هذه العروض من جديد إلى الفكرة التي مفادها أن إدراك العالم الخارجي يتم فعلاً من خلال معايشة الزمن الحاضر والمكان الحاضر كظواهر راهنة وحاضرة، وأن «إدراكات العالم الخارجي التي يتزايد ضعفها باستمرار» تكون مشروطة بـ «ازدياد ضعف» المكان والزمان التدريجي: من خلال نقص أو حتى فقدان صفاتهما التي سنشرحها فيما بعد. عندئذٍ يمكن القول إنه من المحتمل أن التطور الختامي للتطور الديمني لحالات المكان الفردي والزمان الفردي للإنسان في غضون تكوّن الفرد يتجلى في الخصائص النفسية المرضية الموصوفة لسن الشيخوخة. فهما يمران في «عملية نضج» تمتد حتى سن الرشد، ويعاشان في مراحل العمر اللاحقة بواقعية وحضور كافيين، ثم يشهدان في السن المتقدمة «ضعفاً» متزايداً. «من وجهة نظر نظرية الانعكاس اللينينية ينبغي الاعتقاد بوجود خاصية

نوعية عند الإنسان في التطابق، الذي يظهر تدريجياً ويُفقد بشكل متزايد باستمرار مع التقدم في السن، بين الانعكاس في عضوية الإنسان وسرعات العمليات الواقعية في الوسط الطبيعي والاجتماعي» (Karsajewskaja 1978).

في الواقع، لا بد من ملاحظة أنه مع «ضعف» المكان والزمان قلماً يعود ممكناً تشكلاً هذيان حقيقي مع معايير أهلاسية واضحة، يمكن للمرضى أثناءه أن يذكروا بدقة مكان وزمان الصور الكاذبة المدركة. يكتب Shislin (1965) محللاً الفوارق بين الهذيان الحقيقي و«هذيان الشيخوخة»: «تحتل إعادة إحياء أجزاء عارضة من تصورات من مخزون ذاكرة الماضي البعيد مكان التأثير الهذيانى - المحوّل إلى الوعي. وهنا يكمن الفارق النفسي المرضى العميق بين هاتين المتلازمتين، على الرغم من أن الأثر الخارجي المسجّل في سلوك و«نشاط» المرضى يمكن أن يُبدي تشابهات مهمة في كلتا الحالتين».

استعادة أحداث ماضية بالتنويم: يمكن مقارنة الكثير من الظواهر، التي تظهر في الحالات المرضية في نصف الكرة المخية الأيمن بشكل لافت للانتباه، مع الحالات التي يتم إيحائها في التنويم. في سياق شروحا للحالات في «النكوص الزمنى» وللحالات عند المرضى في سن الشيخوخة، التي تذكر بها، تُعدّ ملاحظة Grimak جديرة بالاهتمام، ومفادها أن بالإمكان استعادة حالات الماضي المعاشة في سن الرشد بشكل جيد في التنويم، بينما تكون استعادة حالة معاشة في سن «مبكرة جداً» أصعب بكثير. كما تجدر بالاهتمام حقيقة أن المرء يمكن أن يستعيد تنويمياً الحالات المرضية المعاشة في الماضي.

«تقوم الظواهر الملاحظة أثناء استعادة الحالات النفسية في التنويم على إعادة بعث موضوعية فعلية للعمليات والحالات، التي كانت قد حدثت ذات يوم في الماضي. هذا يعني أن الجملة العصبية المركزية لا تزال تحتفظ بشكل مثبّط قليلاً أو كثيراً، وعلى شكل آثار، بمجمل سلسلة المعاشات التي تواجدت سابقاً في جملة التداعي القشرية - تحت القشرية. ويحثّ الإحياء المنفّذ في الحالة التنويمية على إعادة البعث المؤقتة وإعادة الإحياء الوظيفي للانطباعات الموافقة. والحقيقة التي مفادها أن عملية الاستعادة هذه تشمل جميع أجهزة العضوية وفي جميع مستوياتها، حتى التغيرات النسيجية المورفولوجية المرئية (فقاعات جلدية في إحياء الحرق، النزف في أذية مفترضة... إلخ)، تدل على أن التغيرات الوظيفية المستعادة تكون موافقة

للتغيرات الواقعية الحاصلة سابقاً. بالتالي ينبغي فهم الحالات النفسية، التي يمكن تكوينها بطريقة الاستعادة التنويمية، على أنها انعكاسات واقعية لتغيرات نفسية فيزيولوجية في العضوية تطابق الظروف الواقعية للماضي» (Grimak، 1978).

تدعو تقديرات المؤلف هذه، التي خلص إليها باستخدام طريقة التنويم لدراسة الأشخاص الأصحاء، إلى الاستنتاجات التالية:

1- تمثل طريقة الإحياء التنويمي تأثيراً على حالة الإنسان (بما فيها حالته النفسية)، يُنفذ في الحاضر، ولكنه يحصل عن طريق إعادة إحياء ماضي الإنسان. غير أنه ترسم هنا الإمكانيات المبدئية لاستحضار الزمن الماضي بشكل هادف، أي بمساعدة الإحياء اللفظي.

2- يتم توسيع التصورات حول محتوى ماضي الإنسان. لقد نشأ سابقاً مبرر للاعتقاد بأن النشاط النفسي الحاصل في الماضي لا يتم تشييته بكامله، إذ تتمظهر فيه عمليات (آثار) نفسية حسية، بينما لا تتمظهر أية آثار لنشاط نفسي حركي. وتسمح المعطيات المعروضة من قبل Grimak بالاستنتاج أن العمليات الفيزيولوجية المرضية الحاصلة سابقاً ترتبط مع الماضي أيضاً، فالزمن الماضي يحتوي على الأرجح «معارف» حول الاتزان البدني أو الاستتباب (Homöostase) في كل مقطع زمني من حياة الإنسان الماضية.

الحالات شبه الحلمية: يطرح التحليل النفسي المرضي للحالات شبه الحلمية بوضوح خاص أفكاراً حول الأهمية الأساسية للمكان والزمان في تنظيم النشاط العصبي - النفسي. إلا أنه ينبغي أولاً إبراز أن الحالة شبه الحلمية، التي تشاهد في سريريات الإصابات الدماغية البؤرية، تختلف عن الحالة المماثلة التي تظهر في إطار الأمراض العقلية، لاسيما الفصام. حسب مشاهداتنا يتعلق الأمر بمعايشات حسية لا تخضع عادة لأي تفسير. فوصوفات مرضانا محدّدة ودقيقة. عندما يتحدثون عن المعاشات، التي يفترض أنهم عاشوها، لا يُبدون أي ميل لإيضاح هذه المعاشات. كما لا يجد المرء عندهم أية اضطرابات فكرية مثل «عاصفة الأفكار» أو ظهور لا إرادي للأفكار مع الشعور بأن «الأفعال والأفكار يتم توجيهها من قبل قوى خارجية ما» (Abramowitsch، 1959).

ينبغي الآن توجيه الانتباه إلى ما يُفترض بالمرء أن يتصوره حول خلل التنظيم المكاني - الزماني العميق للنفسية.

1- ينقطع إدراك العالم الخارجي. يتم إهمال كل شيء: المكان والزمان الموجود فيهما العالم الخارجي.

فالمكان والزمان «يغيبان» من وعي المريض، ويكونان غير ممثّلين فيه. وربما يجب لفت الانتباه إلى ما يمكن وصفه بحالة المكان والزمان. حيث ينبغي الكلام عن «ضعف» المكان والزمان، أو حتى «زوالهما» كظواهر أساسية من أجل عملية الإدراك عند المريض. يدور الحديث في المراجع حتى الآن عن مجرد إدراك متغير للزمان. «ما يميّز المرضى هو تشوّه الشعور بالنسبة للزمان، فهم غير قادرين على تمييز الوقت وتناوب الليل والنهار، كما يحسّون بجريان متسارع للغاية في الزمن، يُستبدل فيه شهر واحد بسنين أو بحقب تاريخية كاملة» (Faworina، 1956). وقد وصف Abramowitsch (1959) مريضاً كان لديه الشعور بأنه يصل دائماً بشكل متأخر، ولم يكن يدرك حركة الزمن.

تظهر الاضطرابات في التنظيم المكاني - الزماني للنشاط النفسي في نطاق أوسع منها كاضطراب منفرد في إدراك الزمان. ففي ذروة ذهان ما لا يعود المرضى يدركون المنبّهات النوعية، ولا الخصائص العامة للعالم الخارجي، مثل حقل الجاذبية الأرضية وتناوب الليل والنهار... إلخ. يهمل المرضى الجاذبية الأرضية على سبيل المثال، ويشعرون في تصوراتهم الحسية وكأنهم فاقدو الوزن: ينفصلون عن الأرض، ويطيرون مارين من أمام كواكب بعيدة. وفي هذه الأثناء تزول من وعي المريض جميع التقييدات المتعلقة بالسرعة ووسائط الحركة. تفتقر الإيقاعات البيولوجية وتتباعد عن التأثيرات الخارجية، كإيقاع النوم - اليقظة مثلاً: يكون المريض متيقظاً ليلاً، وينام نهاراً. لا شك في أن تشارك الاضطرابات النفسية العميقة مع الشعور بـ «فقدان الوزن» يطرح السؤال عما إذا لم يكن من الممكن أن تلعب الجاذبية الأرضية دوراً في نشوء الوظائف النفسية والشعور بالمكان والزمان. ويجدر بالاهتمام «الطراز النفسي لتناقص الجاذبية»، الذي يتم الوصول إليه عن طريق اضطراب تنويمي. تُذكر أحلام المتطوعين عند Grimak (1978) بالحالة شبه الحلمية. في تجربة دامت خمسة أيام أبلغ أحد المتطوعين على سبيل المثال، عن معاشاته قائلاً: «لقد طرت في الفضاء الخارجي، ورأيت المحيط نفسه كما في التجربة، ولكنني عرفت تماماً أنني موجود في الفضاء الخارجي، وأحسست ببعض الخوف المقترن بذلك».

2- يتصور المرضى أثناء الحالة شبه الحلمية أنهم موجودون في عالم آخر غير

واقعي. يحدث انشطار في «أنا» المريض الجسدية والنفسية. جسدياً يبقى المريض هنا، أما في وعيه فيتواجد في عالم آخر له صفات مكانية - زمانية مذهشة. يبدو هذا العالم الآخر موجوداً خارج المكان والزمان. فمكان وزمان المعاشات، التي يشارك فيها المريض، لا يكونان محددين وملموسين. ولا تحدث المعاشات حيث يوجد المريض حقيقة، بل في مكان وزمان ما: في الكون، في البحر، فوق جزيرة غير مأهولة. في وصفاته الذاتية لا يمكن للمريض فهم أو إدراك المقاييس الزمنية للأحداث - البداية، النهاية، المدة، التسلسل... إلخ. - فالأحداث لا بداية ولا نهاية لها، والمعاشات لا تكون مفصولة الواحدة عن الأخرى. وفي بعض الأحيان يبدو الأمر كما لو أنها تحدث في الوقت نفسه. ولا يكون المرضى قادرين على ذكر مدة معاشة منفردة أو مدة المعاشات كلها معاً بدقة. فهي معاشات خيالية عادةً إلى درجة أنها مستحيلة ضمن الشروط المحددة الواقعية على الأرض، وهي تشمل البشرية جمعاء تقريباً. ويبدو أن التصورات الحسية لا تعود تخضع لأية حدود أو قيود، ويرجح أنها تتم بشكل من الأشكال بوساطة عوامل مكانية - زمانية. لا يمكن في الحقيقة لأي حدث، يتم إدراكه بأعضاء الحواس، أن يحصل إلا في الزمن الحالي اللحظي وفي المكان الواقعي. بذلك تمتلك المعاشة الحسية المنعكسة خاصية مكانية - زمانية محددة وملموسة. كما تبدو سرعة الحركات في وصفات المرضى غير محدودة كذلك. ولا يستغرق انتقال المريض من نقطة في المكان إلى أخرى أي وقت، إذ لا مدة له، لا زمن له.

لا يمكن للمرضى إقامة أية علاقة شخصية بهذا العالم الآخر غير الواقعي. لا يمكنهم مقاومة هذا العالم أو فصل أنفسهم عنه، بل يندمجون معه كلياً، يذوبون فيه، «يفقدون أنفسهم» فيه. أثناء الذهان الشديد يكونون غير قادرين على مطابقة أنفسهم مع ما هم عليه في الحقيقة، أو تحديد هويتهم. ف«أناهم» الخاصة ذابت وانحلت وفقدت حياطاتها. وقد كان لنا سابقاً، في مثال الاغتراب وتبدد الشخصية، مبرر للاعتقاد بأن حدود الـ «أنا» الفاصلة عن العالم الخارجي والإحساس المتزامن بالارتباط الوثيق معه يتحققان على الأرجح بوساطة صفات ما للمكان الواقعي والزمان الواقعي. يتعلق الموضوع في الحالة شبه الحلمية على الأرجح بالشكل المتطرف لتغير «حالة» المكان والزمان، بـ «زوالهما»، الذي يترافق مع فقدان القدرة على تحديد الهوية الذاتية ووعي الـ «أنا» الخاصة نسبةً إلى المحيط.

تختلف المعاشات شبه الحلمية - «العالم شبه الحلمية» - بشدة عن المعاشات

الهذيانية (Papadopoulos، 1975). يتم تنظيم معاشات المرضى في الحالة شبه الحلمية في «عالم ثالث» على شكل مسرحية أو حدث يتخذ أشكالاً وهيئات بصرية خيالية. ويقوم هذا «العالم الثالث» بين «أنا» المريض وعالم الواقع.

أخيراً يتبدى هنا تفارق حسي حركي كان قد أُشيرَ إليه من قبل العديد من المؤلفين (Faworina، 1956، Abramowitsch، 1959، Megrabian، 1978؛ وغيرهم). فمع وجود فيض من المعاشات الحسية في وعي المريض، يكون سلوكه غير فاعل وغير مألوف، سلبياً وحتى مثبّطاً. وتُعزى هذه الحال، في أغلب الظن، إلى عدم إمكانية المريض تطوير سلوك فاعل في المكان والزمان، اللذين لا يعيشهما في وعيه بشكل حاضر.

متلازمة كورساكوف: في وصفنا السريري المفصل لمتلازمة كورساكوف (1977) كنا قد أبرزنا خصائص هذه المتلازمة التي تقرّبها من جميع الحالات النفسية الأخرى في إصابة نصف الكرة المخية الأيمن. يجد المرء عند مرضى كورساكوف مركّباً من الأعراض يمكن تقييمه كـ «ضعف» أو «نقص في واقعية» المكان والزمان، مما يجعل المرضى لا «يشعرون» بالمكان والزمان. فتوجّههم في المبنى سيئ، لا يستطيعون إيجاد مكانهم في غرفة المرضى، ومن غير النادر أن نجد لديهم ميلاً إلى إهمال الجزء الأيسر من المكان، وتناقصاً شديداً في القدرة على التصورات الطبوغرافية. كما أنهم يخطئون عند تحديد مدة الأحداث، ويغيرون من تسلسل الأحداث الحاصلة للتو، وذلك بطريقة فظة إلى درجة تظهر معها الأحداث السابقة على أنها لاحقة في سرد الماضي، كما يرتكبون أخطاء في ذكر الوقت... إلخ. لم تخضع اضطرابات التنظيم المكاني - الزماني للنشاط النفسي في متلازمة كورساكوف في المراجع لأي تحليل جدي على الإطلاق، على الرغم من وجود إشارات عديدة إلى المعاشة المتغيرة للزمان. في حين لم تُذكر كلمة واحدة حول إدراك المكان أو يُذكر بشكل عارض فقط، أو تُشتق اضطرابات إدراك المكان من اضطرابات إدراك الزمان. «يقود اضطراب التوجّه في الزمان إلى اضطراب التوجه في المكان حتماً. فعندما لا تتوافق المعاشة مع سمة زمانية، لا يقف أي شيء في طريق توحيد أحداث مختلفة، تقع مبعثرة وبعيدة بعضها عن بعض، مع المكان المناسب». مع ذلك كان M. Ja. Sereiski، كاتب هذه السطور، قد أبرز مسبقاً في عام 1940 اضطراب إدراك الزمان في بنية متلازمة كورساكوف. «إن

حقيقة ظهور اضطرابات في قدرة المرضى على التذكر، أثناء الحديث معهم، تعني شيئاً آخر غير النساقوة (النسيان) بالنسبة للأحداث. فالمريض لا ينسى محتوى ما عاشه، بل زمن وتسلسل المعاشات. ما يضطرب بالدرجة الأولى هو، على الأغلب، الشعور بالزمن، واعي عامل الزمن، السمة الزمانية للمعاشات، الترتيب الزمني». كما يلاحظ Rosinski (1948) في أعماله «حول آلية النشوء المختلفة للمتلازمة النسيانية» في الإصابة اليمنى أو اليسرى، أنه في الإصابة اليمنى «تحتل مركز الصدارة اضطرابات عمهية للزمن والمكان». وأثبت Schmarjan (1945) أن «اضطرابات المعرفة الروحية للمكان والزمن هي إحدى الآليات الرئيسية في تطور المتلازمة النسيانية». وحسب Janett «يبدو المريض طبيعياً تماماً باستثناء حقيقة أنه لا يتكلم عن الحاضر أبداً، وأنه يعاني من تأخير أو مماطلة في الذاكرة... فهو غير قادر على التفكير بالحاضر بشكل واع، بل بالماضي غير البعيد جداً فقط» (نقلًا عن Whitrow، 1964).

لقد أمكننا إثبات أن نساوة التثبيت في مرحلة التغيرات الشديدة في إدراك المكان والزمن، والتي تدل على الأرجح، وبشكل غير مباشر، على «ضعفهما»، هي الأشد بروزاً ووضوحاً. ويرجع أنه ينجم عن مثل هذا التناقص في واقعية المكان والزمن إضعاف لدورهما في تكوين الصور الحسية للأحداث الحاصلة. فلا يتم تذكر هذه الأخيرة. وعندما يحاول الطبيب استيضاح مدى كمال تذكر المريض لمحتوى اليوم أو ما حدث فيه، يتبين له أن المريض لم يعد قادراً على تذكر أي شيء مما حدث قبل مقابلة الطبيب. ويبدو أن هؤلاء المرضى طويلو الأناة والمسترخون لا يلاحظون على الإطلاق غياب تذكر ما يحصل. ومن الجدير بالملاحظة بعض أقوال المرضى، التي يردون بها على أسئلة الطبيب. هكذا قال أحدهم، وهو لم يكن قادراً على تذكر من رأى قبل وصول الطبيب، أو تذكر ما إذا كان تناول فطوره أو غداءه، أو تذكر ماذا فعل قبل 5 دقائق... إلخ، قال فجأة: «يبدو أن شيئاً لا يعلق في ذاكراتي». ولم يستطع المريض التوسع أكثر في شرح هذه العبارة. إنها تعكس في أغلب الظن المعاشة الذاتية لتلك الحالة النفسية، التي كان فيها «تثبيت» الأحداث المدركة من قبل أعضاء الحواس وتخزينها وحفظها واستعادتها أمراً غير ممكن. وكما يستنتج من التحليل السريري، فإن الحاضر والمكان ينقطعان (يتوقفان)، على الأرجح، عن المشاركة في تكوين الصور. هذا ما يكشفه فقدان العام لتخزين الأحداث الحاصلة. فالصور لا يتم تسجيلها في الزمن

- أي على الحدود بين الحاضر والماضي -، وعندما تصير ماضياً، لا تشتمل صور الأحداث على الزمن الذي حصلت فيه.

المتلازمة التخريفية والتزييفية: يمكن فهم التخريفات الملاحظة في

متلازمة كورساكوف على أنها اختلافات تظهر أثناء عملية «التحسس»، أو أثناء محاولة المريض استعادة محتوى زمنه الماضي. يبدو هذا الزمن فارغاً، ولا يحتوي أية صور حسية. يتحدث المرضى في التخريفات عادة عن أحداث، كانت بلا شك ممكنة بناءً على خبراتهم السابقة، ولكنها لم تحصل في تلك الفترة التي يستفسر عنها الطبيب. يبدأ المريض أثناء الاستجواب باستعادة محتوى مقاطع بعيدة من الماضي، على الرغم من أن الطبيب يطلب إليه الإبلاغ عن الأحداث الحاصلة للتو. «تحتوي التخريفات عادة أجزاء من أحداث ومعايشات سابقة. وتكون الانطباعات محفوظة بشكل جيد نسبياً، إلا أن الاستعادة تكون صعبة نتيجة لفقدان الترتيب الزمني» (Sereiski، 1940). وتطوف «أجزاء من المعاشات السابقة» في وعي المريض، الذي يعاش فيه الزمن الحاضر والمكان الموجود حالياً بشكل أقل حضوراً.

وتجدر بالاهتمام متلازمة التزييف، التي تصادف قبل كل شيء عند الأشخاص اليمينيين في حالة نقص أو قصور القدرة الوظيفية لنصف الكرة الأيمن. ولا شك في أن خصائص المرضى - المزاج الأساسي الهادئ، والنقص الغريب في الإحساس بالمسؤولية عن الأقوال والتصريحات الخاصة، والسعي إلى الوصف الصوري لأحداث لم تحصل أبداً - تقرّبنا من فكرة كونها مرتبطة مع معاشة ضعيفة للمكان والزمان.

الاختلاط التخريفي: في تحليل الاختلاط التخريفي يظهر اضطراب توجّه

النفسي المكاني - الزمني بشكل واضح. ونود أن نورد هنا مثلاً سريرياً: المريض Z-W، العمر 50 سنة، يميني، تواجد في معهد الجراحة العصبية عام 1979. في العمل الجراحي تم استئصال ورم داخل الدماغ في نصف الكرة الأيمن (انتقال سرطاني). في الأيام الأربعة الأولى قبل العمل الجراحي لا يعرف المريض أين هو. يرتكب أخطاء جسيمة عند ذكر التاريخ، فهو يعتقد أن العام هو 1980. ويجب بشكل متباين عن أسئلة مثل: «ماذا كان البارحة؟» أو «ماذا فعلت البارحة؟»: «كنت في العمل»، «كنت في زيارة لأحد معارفي». في إحدى المرات توجّه إلى الطبيب وقال: «في المساء كنت معك سوية». وفي الحقيقة كان قد أمضى مساءً معظم

الوقت مستقياً في السرير، ولم يغادر غرفة المرضى إلا بضعة مرات متجهاً إلى الحمام. كما أنه لا يستطيع القول متى قُبِلَ في المستشفى. قال إحدى المرات: «لقد وصلت اليوم»، ومرة أخرى: «أنا هنا منذ عدة أيام» (في هذا الوقت كان قد مضى على وجوده في المستشفى أكثر من ثلاثة أسابيع). إنه ليس في حالة قادر فيها حتى على ذكر الوقت بشكل تقريبي. ففي الساعة العاشرة صباحاً يقول: «إنها تقارب السابعة مساءً». زمن الفحص، الذي يدوم نصف ساعة تقريباً، يبالغ فيه جداً، ويعتقد أنه «تحدّث مع الطبيب» حوالي ساعتين. لا يمكن أن يصف، من الذاكرة، موقع منزله والغرف الموجودة فيه. وفي القسم في المستشفى لا يستطيع إيجاد الحجرات المجاورة. فعندما يريد الذهاب إلى الحمام مثلاً، يذهب في الاتجاه المعاكس، ويسأل عدة مرات كيف يمكنه الوصول إلى الحمام. ومن جديد، عندما يعود من الحمام، لا يمكنه إيجاد غرفة المرضى، وفي غرفة المرضى لا يتذكر ترتيب الأسرة فيها، ويستلقي على سرير غريب. إذا طُلبَ إلى المريض أن يذكر موقع المباني والنصب التذكارية في شارع معروف جيداً في المدينة، لا يتمكن من الإجابة بشكل صحيح على أي جانب من الطريق - بالنسبة لموقعه المفترض نظرياً - يقع نصب تذكاري أو مبنى ما. يكون المريض أثناء المحادثة بكاملها مسترخياً وهادئاً، وكثيراً ما يبتسم. ويردّ بضحكة كذلك على السؤال حول صحته: «أنا سليم، ولم أكن مريضاً أبداً». فهو لا يعي مرضه وارتبائه الذهني الشديد.

في اليوم الأول بعد العمل الجراحي (على نصف الكرة المخية الأيمن) يجيب عن الأسئلة، وينفذ التعليمات بشكل أسرع منه قبل العمل الجراحي. ليس لديه أية صعوبات لغوية. ويجيب بشكل صحيح عن السؤال فيما إذا تم إجراء العملية الجراحية له، مع ذلك يتضح من خلال الأسئلة التالية أن المريض لا يلاحظ دائماً حقيقة العملية الجراحية المجراة. يقول إنه «كان في البيت»، «البارحة انشغلت ببعض الأمور أثناء العمل». وعندما يرى دهشة الطبيب، ويتم تذكيره بأن العملية تمت البارحة فعلاً، وأنه من غير الممكن أنه كان خارج المستشفى، يتابع من غير تفكير: «لقد كنت هناك... والطبيب أتى... إلى هناك... وقال... انزع ثيابك... نريد إجراء عمل جراحي... أجرى العمل الجراحي أولاً... هناك... ثم هنا». المريض معتدل المزاج. ويؤدي مزاجه صبغة انتشائية. إنه مسترخ تماماً، وليس هناك أقل علامة على القلق أو الاضطراب. الكلام معدّل بشكل لطيف فقط، وغير واضح، ولكنه أسرع منه قبل العمل الجراحي. أثناء الاستجواب، الذي ينبغي أن يكشف التقييم

الذاتي للمريض، يتضح أنه يعدّ نفسه سليماً: «أتمكن من الذهاب إلى العمل أيضاً... فلماذا لا أعمل في الحقيقة؟». وُجِدَت هذه الحالة النفسية في اليوم الأول بعد العمل الجراحي بالتزامن مع وجود شلل شقي أيسر. وُجِدَت، فضلاً عن الاضطرابات الحركية، اضطرابات في الحس المجسّم في اليد اليسرى وتضيّق في الساحة البصرية اليسرى.

تميّز الوضع النفسي قبل العمل الجراحي باضطراب توجّه، ضعف ملاحظة، عدم القدرة على استعادة (تذكّر) الأحداث الحاصلة قبل وقت قصير، تخريفات، فقدان النقد والمعاشات الانفعالية، فعلى الرغم من ارتباكك الذهني الشديد، كان المريض هادئاً ومسترخياً. وظهرت في الصورة السريرية للمرض اضطرابات عميقة في إدراك الزمان والمكان: فالتصورات المكانية حول ساحة أو ميدان أو قطعة ما من الأرض كبيرة ومعروفة جيداً كانت صعبة، والتوجّه في المكان الواقعي كان مضطرباً. كما كانت معطياته حول الوقت ومدة الأحداث الحاصلة مضطربة بشكل فظّ، وغالباً ما كان يرتكب الأخطاء باتجاه التطويل. هكذا نرى أن الصورة النفسية المرضية تُبدي جميع سمات متلازمة كورساكوف.

أما حالة المريض في اليوم الأول بعد العمل الجراحي فيمكن وصفها كاختلاط تخريفي. وبقيت خصائص الوضع النفسي قبل العمل الجراحي كما هي، مع ازدياد عمق الاضطراب الرئيس المتحقّق على الأرجح من خلال «حالة» المكان والزمان. ومن الممكن بلا شك الكلام عن انهيار تام في التصورات المكانية: فالكلمات «هناك» و«هنا» تفتقد، في الشكل الذي يستخدمها فيه المريض، أي معنى خاص، والأحداث، التي ينبغي على المريض الحديث عنها (بناءً على استجواب الطبيب)، لا تبدو أنها تحصل في مكان معين في وعي المريض، فصور هذه الأحداث غير مزوّدّة بسمات مكانية. كما أن القدرة على تحديد موقع الأحداث في الزمان مضطربة بشكل فظّ، فالحدود بين اليوم والبارحة وغداً مطموسة وغير واضحة بالنسبة للمريض، هذه الحدود غير موجودة بالنسبة له. لا يمكنه ذكر توقيت حصول هذا الحدث أو ذلك في الماضي، ولو بشكل تقريبي. ويبدو أن صور الأحداث الماضية غير مزوّدّة بسمات زمانية أيضاً، هذه السمات التي تحول عادة دون إزاحتها أو نقلها في وعي المريض من الزمن الذي تكونت فيه فعلاً إلى أي مقطع زمني آخر من الماضي. ويجدر بالملاحظة في هذا الصدد الميل إلى إرجاع أو نسبة الأحداث المختلفة، التي حصلت في الواقع في أوقات أخرى، إلى المقطع الزمني ذاته من

الماضي، مع ذلك لا يصف المرض هذا على أنه حدث وحيد قد حصل في هذا المقطع الزمني. لا يذكر المريض في تخريفاته أي شيء خيالي. كل ما يتحدث عنه يمكن أن يكون قد حصل هكذا في حياته. نعم لقد حصل في الإطار المحكم للزمان الواقعي والمكان الواقعي.

في هذه الحالة كذلك لا يظهر اضطراب إدراك المكان والزمان، الذي يمثل على الأرجح تعبيراً عن الحالة المتغيرة للمكان والزمان، بشكل معزول، بل في سياق الاضطرابات العصبية والنفسية النموذجي بالنسبة لهؤلاء المرضى. ومن جديد يتضح أن النشاط الانفعالي والشخصي وقابلية التعبئة غير ممكنين عندما لا يعاش المكان والزمان بشكل حاضر راهن.

متلازمة عمه العاهة: يمكن اعتبار عمه العاهة بالمعنى الأوسع للكلمة مظهراً من مظاهر تبدد الشخصية. فالمريض لا يدرك المرض كواقع خاص بشخصيته، ويُغرب هذا المرض عن ذاته. يسمي Gainotti عمه العاهة تخريف النكران أو النفي. وتبدو لنا هذه التسمية قليلة الدلالة وغير مفيدة. إذ يتم فيها تجاوز الأمر الأهم: فقدان انعكاس المرض في وعي المريض كحقيقة موجودة بالنسبة له في هذا الزمان وهذا المكان. يمكن أن يتمظهر عمه العاهة بالاستهانة، أو عدم وعي أو حتى نكران شلل في الطرف العلوي الأيسر مثلاً، الذي لا يتم إدراكه من قبل المريض إلا بشكل ضعيف، أو يتم تغريبه كلياً (Babenkowa، 1971؛ Schubenko - Schubina، 1971).

2-5. مرضى إصابة نصف الكرة الأيسر:

في الحدوثات المرضية في نصف الكرة المخية الأيسر يواصل المريض إدراك المكان والزمان بشكل واقعي وبشكل حاضر. ففي هذه الحالة لا تظهر أية اضطرابات في الإدراك يتم فيها إدراك المكان والزمان بشكل ضعيف وأقل حضوراً في وعي المريض. من هنا ينبغي النظر إلى غياب الميل إلى تغريب أجزاء من الجسد والعمليات النفسية الخاصة، وبقاء السلوك الحركي الفاعل في معظم المتلازمات السريرية، بالارتباط مع عدم انخفاض حضور المكان الواقعي والزمان الواقعي في وعي المريض.

تظهر هنا تفاصيل سريرية لا تُفهم إلا بصعوبة. وهي تدعو إلى فرضيات تبدو

ضعيفة الاحتمال للغاية ، على سبيل المثال فرضية مفادها أن المكان والزمان في وعي هؤلاء المرضى بيدوان قوي الحضور ، وكأنهما مشتدّان. وجراء اشتداد الحاضر يبدو المستقبل وكأنه يرسم بشكل أكثر حدة ، بينما يتم ، بالمقابل ، كبت الماضي بشدة ، وفي بعض الأحيان «يزول» عملياً. إن ما يدعو إلى هذا الرأي بصفة خاصة هو محاولة المرء تفهّم كيفية تغير بنية الوعي في حالات تغيّم الوعي (شبه الوعي) ، التي تمثل تعكّر الوعي الأعماق في الحداثيات المرضية في نصف الكرة الأيسر. يمكن للمريض أن يقوم بنشاط نفسي حركي منطقي وفائق التعقيد ، لم يخطّط له مسبقاً. ويتأكد المراقب الموضوعي الموجود بجانب المريض من أفعاله وتعبير وجهه وتصريحاته. إن كل فعل جزئي يقوم به المريض ، ويلاحظ موضوعياً في الحاضر ، لا يكتسب مغزاه إلا عند تقييمه في سياق مجمل النشاط ومن وجهة نظر النتيجة النهائية (التي تكون في بعض الأحيان خطيرة اجتماعياً) ، التي هي غير موجودة بعد في لحظة تحقيقه ، إذ لا يتم بلوغها إلا في المستقبل - وترجع إلى أفعال المريض الجزئية الحاصلة الآن . - ومن المدهش أن المستوى الزمني المكوّن للوعي يتغير أيضاً: ففي الحداثيات المرضية في نصف الكرة الأيمن يتم تقييم محتوى الوعي الحسي الموجود في الحاضر (في لحظة النوبة) بالمقارنة مع محتوى الماضي ، أما في هذه الحالة فيتم تقييم سلوك المريض وأفعاله ومظهره الخارجي ، والمسجّلة موضوعياً ، على العكس ، بالمقارنة مع النتائج المستقبلية للنشاط النفسي الحركي الكلي الحاصل أثناء النوبة. في مثل هذه الحالة من تغيّم الوعي لا يمكن للمريض ، في أغلب الظن ، أن يتصور نفسه موجوداً إلا في المستقبل. لا يوجد في وعيه أي ماضٍ. ولو تم تقييم سلوك المريض بناءً على خبرات الماضي ، لكان بالإمكان إصلاحه أو تقويمه بالتأكيد. كما يعيش المريض أثناء النوبة الحاضر بشكل مختلف ، على الأرجح ، عنه خارج النوبات ، هذا ما تدل عليه أيضاً بشكل غير مباشر نساوة النوبة. فعند انتهاء النوبة لا يستطيع المريض تذكّر أي شيء عن الأحداث ، التي حصلت حوله ، والتي كان قد رآها وسمعها شكلياً ، أي أدركها بوساطة أعضاء حواسه. أجل ، فالصور الحسية لهذه الأحداث لم تُحفظ في الوعي ، كما لو أنها لم تمكث في الزمان ، أو على العكس ، تمت معايشة الزمان (وكذلك المكان) من قبل المريض على نحو لم يكن فيه «مشاركاً» في تكوّن الصور الحسية ، فهما (أي الزمان والمكان) لم ينطبعا كسمات مكانية - زمانية على الصور.

يحتل التوصيف المكاني - الزماني للمرضى بإصابة نصف الكرة الأيسر

لدينا مكانةً أدنى بكثير من التوصيف نفسه للمرضى بإصابة نصف الكرة الأيمن. فالأخرون غالباً ما يبدوون منتقلين في وعيهم باتجاه الماضي، ويظهر ميل إلى ضعف أو زوال الحاضر والمستقبل. أما المرضى بإصابة نصف الكرة الأيسر فيمكن وصفهم، على العكس، كما لو أنهم «منتقلون» باتجاه المستقبل، مع ميل إلى زوال الماضي. والحق أن الموضوع في الواقع أشد تعقيداً. فنحن نحاول توصيف هؤلاء وأولئك وكأن كلاً من نصف الكرة الأيمن والأيسر يعملان في أبعاد المكان والزمان ذاتها والمشاركة بالنسبة لهما. تبعاً لوصف الاضطرابات اللامتناظرة في الوعي والتفكير والذاكرة والإدراك، وفي المجال الانفعالي والشخصي أيضاً في إصابة نصف الكرة الأيمن والأيسر (الفصل الرابع)، وتبعاً لتحليل المتلازمات السريرية الدائمة والانتيايية والمشروطة بخلل وظيفة نصف الكرة الأيسر، فإن أحد الفوارق الرئيسية في الاضطراب النفسي في إصابة نصف الكرة الأيسر يكمن في أنه يظهر مع الاحتفاظ الكامل بإدراك المكان والزمان، أي مع غياب جميع العلامات، التي تدعونا في الحدوثات المرضية في نصف الكرة الأيمن للحدوث عن ضعف المكان والزمان في الوعي، أو حتى زوالهما.

من الواضح للعيان أن الموضوع في الحدوثات المرضية في نصف الكرة الأيسر يتعلق باضطرابات على مستوى الوعي الذاتي أعلى منه في الحدوثات المرضية في نصف الكرة الأيمن. هذا هو الجانب الاجتماعي للوعي والوعي الذاتي، الذي يدرك فيه الشخص ذاته بشكل واعٍ على أنه مشمول في منظومة من الشروط الاجتماعية، ويعي علاقاته المتبادلة بالوسط الاجتماعي في الحاضر والسلوك المخطط له من أجل المستقبل، وذلك ليس بالنظر إلى النتائج الممكنة لسلوكه الاجتماعي الخاص وحسب، بل بالنسبة إلى علاقاته بالأعضاء الآخرين للمجتمع أيضاً. هذا المستوى من الوعي يضطرب في إصابة نصف الكرة الأيسر، على الرغم من أن الشرط المسبق الأهم يبقى موجوداً، وهو معايشة المكان والزمان بشكل حاضر، والذي من دونه لا يمكن أن توجد نفسية كلية فاعلة ومؤثرة على الإطلاق. يشمل التنظيم المكاني - الزماني للعمليات النفسية، التي يؤمّنها نصف الكرة الأيسر، في أغلب الظن، تفاصيل مهمة أخرى، لا تزال خفية علينا، ولا تتمظهر في المشاهدات السريرية بالقدر نفسه الذي يرتسم فيه التنظيم المكاني - الزماني للعمليات النفسية، التي يؤمّنها نصف الكرة الأيمن. ستبقى هذه المسائل معلقة في الأفكار والاعتبارات والتأملات الفرضية المعروضة في هذا الفصل وفي الفصل التالي.