الفصل الرابع

الجملة العصبية

الدماغ مركز جملتنا العصبية المركزية. صحيح أن صوره المرضية تمسّ العضوية بكاملها، إنما ينبغي معالجتها ارتباطاً مع المركز في الرأس، والجملة العصبية هي منظومة المعلومات والاتصالات في الجسد، فهي تنظّم العلاقات بين مختلف مستويات إصدار الأوامر في المركز ومستويات تلقّي الأوامر في المحيط، وتُعدّ مع الجملة الهرمونية مسؤولةً عن النقل والتوصيل بكامله[1]. علماً بأن الحدود بين مراكز الاتصال في الجسد ليست حدوداً صارمة وجامدة، بل يتداخل بعضها في بعض مكوّنةً منظومة متعدّدة الأبعاد. هكذا تستخدم الجملة العصبية في نقاط توصيلاتها مواد شبيهة بالهرمونات، كالأدرنالين، والأستيل كولين، والدوبامين وغيرها، لنقل المعلومات عبر هذه الجسور التي تُسمى المشابك (Synapsen). يمكن تشبيه المشابك بمقابس تتيح ربط دارات وصل كهربائية مختلفة، فالجملة العصبية تعمل بالكهرباء عموماً وقبل كل شيء، بينما يمكن مقارنة الجملة الهرمونية بمنظومة رُسُل أو سعاة تنقل الأخبار في شكل مادي. من هذه الناحية تُعدّ الأعصاب الضرب الأحدث من النقل.

يميّز المرء بين جملة عصبية إرادية أو حسّية حركية، وجملة عصبية لإرادية أو مستقلّة. يشمل الجزء الذي توجّهه الإرادة، على سبيل المثال النماذج الحركية القصدية في العضلات. أما الجزء اللاإرادي فهو مسؤول عن أعصاب الأحشاء المستقلّة عن الإرادة، وتشمل هذه الجملة العصبية الحشوية التي تُدعى بالجملة العصبية الإنباتية، بدورها جزأين متضادين: الودّي الذي يمكن أن نسميه أيضاً القطب الذكري الأولي، ذلك أنه مسؤول عن الأنماط السلوكية الفاعلة والموجَّهة نحو الخارج، كالقتال، والهروب، والعمل، والتركيز، واللاودّي أو المبهم، المنافس له والمسؤول عن عمليات التجديد بدءاً من الهضم وصولاً إلى الجنسوية، لذلك يُحسَب على القطب الأنثوي الأولي. يمتلك كلٌّ من جزأي الجملة العصبية الإنباتية مواد ناقلة كيميائية مختلفة مسؤولة عن نقل المعلومات فيما بين الألياف العصبية المفردة. تندرج في الجملة العصبية الحشوية الذكرية أو الودّية

١- إلى جانب سُبُل المعلومات هذه التي يعترف بها الطب بكامله، هناك أيضاً سُبُل الميريديانات أو مسارات الطاقة وظواهر الرنين الحيوي، التي لا يقبلها حتى الآن سوى الطب الطبيعي. فضلاً عن أن الحقول المانحة للشكل المذكورة بدايةً تمثّل نوعاً من المنظومة المعلوماتية الممتدّة.

ما تُسمى المواد الناقلة أدرنالية الفعل، كالأدرنارلين والنورادرنالين، أو الدوبامين في الدماغ. أما الجملة العصبية الحشوية الأنثوية أو اللاودّية فتستخدم المواد كولينية الفعل، وفي مقدّمتها الأستيل كولين.

في التقسيم القطبي العام توافق الجملة العصبية الإرادية القطب الذكري أو يانغ، في حين تُنسَب الجملة العصبية الإنباتية أو الحشوية للقطب الأنثوي أو يِن. عندئذ يكون الودّي الجزء الذكري في هذا المجال الأنثوي بحد ذاته، ويكون اللاودّي الجزء الأنثوي من الأنثوي.

إلى جانب هذا التقسيم من حيث المضمون، هناك تقسيم دارج تبعاً للترتيب المكاني يُسمى التقسيم الطوبوغرافي. يميّز هذا التقسيم بين الجملة العصبية المركزية المؤلفة من الدماغ والنخاع الشوكي، والجملة العصبية المحيطية التي تتألف من السُبُل العصبية الحسّية، والإرادية، واللاإرادية التي تخترق الجسم بكامله. تقوم الجملة العصبية المحيطية بتزويد المركز بجميع المعلومات القادمة من الجسم ومن العالم المحيط، وبتحقيق جميع ردود الأفعال والارتكاسات الناتجة عن ذلك. إذاً، فالمركز مسؤول عن كل شيء، ولكنه بحاجة إلى تعاون الأعصاب المحيطية من كل النواحي. لولا هذا العمل المساعد الذي يقوم به المحيط، لكان المركز معزولاً عن سيل المعلومات من جهة، وعاجزاً عن التعبير عن أوامره من جهة أخرى.

1- من العصبية إلى الانهيار العصبي

لما كان الاتصال هو الوظيفة المركزية للجملة العصبية، فإن مشكلات التعصيب (النرفزة) تخفي وراءها دوماً مشكلات في الاتصال. من يشعر أنه *منتهٍ عصبياً*، فهو فاشل في اتصاله وتواصله. تتكلم اللغة الشعبية عن *تحطّم الأعصاب*. يلجأ المصابون أنفسهم إلى الإسقاط، وينطلقون من أن لديهم جملة أو ثوباً عصبياً شديد الحساسية، وأن الآخرين يرهقون أعصابهم. لا شك في أن عبارة "أنت تُتعب أعصابي" تعبّر عن ذلك، وكما هي الحال في جميع وظائف الجسد الأخرى لا نعي الأعصاب أيضاً إلاّ حينما تسبّب لنا المشكلات. من "يُعصِّب"، يبين أن أموره ليست على ما يرام. إنه يوحي بأنه متعَب الأعصاب وعصبي، ويشعر أن محيطه ومتطلّباته كثيرة ومتعِبة. أما من يمتلك أعصاباً حديدية، فهو يعيش في اتصال وثيق مع مواضيع الحاضر، وسوف تمثّل له التحدّيات إثارة ودغدغة للأعصاب مرحَّب بها، وسوف تعطيه شعوراً بالحيوية بدلاً من أن تكون مرهقة وثقيلة. مثل هكذا "إنسان بلا أعصاب" هو شخص ليس في حاجة إلى "التعصيب"، ذلك أنه واثق من وظيفة أعصابه الخالية من المشكلات حتى في حالة الخطر. هو يمتلك في الحقيقة أعصاباً *من حديد*، ولا بد من التفريق بينه وبين أولئك الأشخاص، الذين لا يعصّبون لأنهم باردون ومتبلّدون وعديمو الإحساس، ولا يدركون إطلاقاً ما يدور حولهم في الواقع. يعيش الإنسان قوي الأعصاب النموذجي في مأمن اعتداده وثقته بنفسه، ولا يتقصّد إراحة أعصابه أو تهدئتها باستمرار، فهي مسترخية وهادئة إلى حين الطلب، وعندئذ في حالة التوتّر، ثمة ثقة بالاتصال في الداخل والخارج. أما الإنسان "العصبي" فهو مختلف تماماً. إنه في الحالة العادية مفرط التوتّر وغريب الأطوار بشكل واضح، وسرعان ما يصل إلى سقفه العصبي بوجود متطلّبات معينة.

يعرف علماء البيولوجيا "العصبيّةَ" في مملكة الحيوان أيضاً، وذلك ليس فقط عند جياد السباق المربّاة على الأنفة والكبرياء بعيداً عن ظروف حياتها الطبيعية. عندما يزداد عدد الحيوانات وتزداد كثافتها في منطقة معينة، وبالتالي يشتدّ الضيق والضائقة. تطوّر الحيوانات الأفراد علامات واضحة على "العصبيّة"، وينهار الاتصال والتواصل تدريجياً، وتظهر انفجارات عدوانية. فالضيق يزيد القلق والخوف (angustus باللاتينية تعني القلق والخوف، ولكنها تعني الضيق أيضاً)، الذي يطرد الأمان والطمأنينة. قياساً إلى ذلك لا يدهشنا التزايد المتواصل في عدد الأشخاص الذين يعانون من شكايات "تعصيب" وقلق، لا سيما في المدن الكبرى المزدحمة.

يتوارى خلف مشكلات الأعصاب موضوع اتصال من حيث المبدأ، إلاّ أنه في "العصبية" يكون هبوطه إلى الجسدية أقل عمقاً منه في الأمراض العصبية. الإنسان "العصبي" يفتقد إلى الثقة بإمكانية إقناع محيطه بنفسه وبقيمته. إنه شخص فاقد للتأمين ويبحث باستمرار عن إعادة التأمين. يتجلّى هذا بنوعٍ خاص قبل امتحانٍ ما مضنٍ للأعصاب مثلا، حينما تهدّده الأعصاب المتوتّرة حتى التمزّق بخذلانه، حتى قبل أن يبدأ أي شيء، ويشعر الإنسان الحسّاس *مرهف الأعصاب* بأن مثل هذه المواقف مرهقة للأعصاب، ويبلغ رجفان الأعصاب أوجه قبيل الحدث الحاسم، ويوحي المعنيون بأنهم منهَكون *ومحطّمو الأعصاب* تماماً. كل شيء يضرب على أعصابهم قبل امتحان الأعصاب، من أتفه صوت إلى أدنى تأخير، ويبدو أن توصيلاتهم التي يتوقّف كل شيء الآن على حسن سيرها وعملها بسلام، لا طاقة لها بالإجهاد، ويوحون أنهم أغرار مفضوحون، وقد يكشف هذا ما يحسّون به من ضعفٍ واستسلام وانعدام منعة، ويُرجَّح أن مثل هذه الأعصاب تُستخدَم كذريعة.

يتجلّى في السلوك العصبي الوصفي المطبوع بطابع التهوّر، والاضطراب، وعدم الاستقرار، مطلب الاتصال مع كل شيء في وقت واحد. وغالباً ما تنهار في هذه الأثناء هرمية بُنى الاتصال، ويحتلّ ما هو غير هام نسبياً مركز الصدارة، في حين تسقط الأمور المهمة فريسة المطاردة، فالإنسان "العصبي" يطارد الأحداث، ومن غير النادر أن ينتابه الشعور بأنها تدوسه وتكلّفه أكثر مما وسعه، ويقف هذا الإنسان في قلب هذه الحلقة الشيطانية مع أناه وحاجته إلى أن يدور كل شيء حوله وأن يكون محور الأحداث. في هذا الوضع من فقدان الأمان والأعصاب مفرطة التوتّر كلياً لا يعرف المصابون *رأسهم من رجليهم* أحياناً، ويستسلمون للانهيار العصبي.

حينئذ يدور كل شيء حولهم بالفعل. لقد حقّقوا هدفهم بالابتزاز والتهديد الجسدي، ولو في المستوى الطبي فقط، ويسعى العلاج البسيط والفعّال إلى إبعادهم عن كل الأمور المهمة، وتأمين الراحة، والهدوء الخارجي والداخلي قبل كل شيء.

يوافق تشخيص الانهيار العصبي انهيار حركة المرور في ساعة الذروة. وهما متماثلان في المقدّمات، والسير، والنتيجة. عندما تسعى جميع السيارات إلى الذهاب بالسرعة الممكنة إلى كل مكان وفي وقت واحد، ولذلك تخالف قواعد المرور، سرعان ما لا يعود أحد يصل إلى أي مكان. قد يكون لكل سائق مبرّراته الوجيهة، ولكن عندما يستعصي التقاطع ويتوقّف المرور فيه، يتعطّل كل شيء. يحلّ الهدوء، ولو في أعلى مستوى من الكرْب. على نحو مشابه تجري محاولة الجسم في مساعدة نفسه، ويحصل هو أيضاً على الهدوء في ذروة العاصفة العصبية، وتهدّئ هذه السكينة الإجبارية البُنى المرهَقة، وبذلك تساهم بشكل أساسي في حلّ الاضطراب والبلبلة الحاصلين. لا تتضرّر الشوارع ولا المسالك العصبية في مثل هذا الانهيار، ويشبه انهيار المرور في كلا المستويين احتراق أو انصهار قواطع الأمان في دارة كهربائية، ولكن هذا يحول دون حدوث أضرار أبلغ في المجال العصبي أيضاً.

من هذه الناحية يمكن القول إن الانهيار العصبي هو العلاج نفسه، فهو يُنهي حالة متهوّرة ومنفلتة، وذلك بانهيار الاتصال مع العالم المحيط وتداعي قوى المريض. بذلك يحرص المريض بشدة على إعطاء إشارة مفادها أن الأمور لا يمكن أن تستمر في حياته على هذا النحو. لا يمكنه الإبقاء على حجم اتصالاته الخارجية والتزاماته، وتصبح المهمة هنا واضحة جداً: ينبغي على المرض أن يتخلّى عن القتال والصراع في الخارج، وأن يجد الطريق إلى نفسه، وأن يُقيم الاتصال مع وسطه الخاص. بعد ذلك فقط يغدو من المجدي استعادة الاتصالات والعلاقات مع الخارج تدريجياً.

أسئلة

1- *هل يمتلك نموذج الاتصال خاصتي احتياطات، أم أنه يدفعني إلى حافة الانهيار جراء فرط الإجهاد الدائم؟*
2- *هل أُبقي على الاتصال بالمواضيع الساخنة في حياتي؟ أم أنني أستغلّ "أعصابي الضعيفة" تحديداً كي أتهرّب منها؟*
3- *ما هي المناسبات التي أشعر فيها بـ "التعصيب"؟ ما الذي يُتعب أعصابي؟ من أسمح له بإثارة أعصابي؟*
4- *ألديّ متّسع كافٍ لإطلاق قواي، أم أشعر بالحصار وتضييق الخناق؟*
5- *كيف هي ثقتي بنفسي؟ هل أتحلّى بها، أم أنني مضطر إلى إثبات ذلك لنفسي في كل مرة؟*
6- *هل بإمكاني أن أجد/أتحمّل الهدوء في داخلي؟ هل أجود به على نفسي بشكل كافٍ؟*
7- *هل الأهداف التي أتطلّع إليها هي أهدافي الخاصة، وهل هي قابلة للتحقيق؟ أم أن حياتي في طريقها إلى الانهيار نتيجة الإرهاق؟*

إن حالة التشتّت العصبي السابقة مع الخوف من تفويت شيء ما ومن عدم المشاركة والمجاراة في مكان ما، تبين لأولئك الذين يريدون الرقص في كل الأعراس حدودهم وفرصهم أيضاً، وتنص المهمة التعلّمية على ما يلي: عدم إقامة العلاقات مع الخارج وحسب، بل مع الداخل قبل كل شيء. لما كان المصاب يطارد باستمرار أهم الأمور في الخارج، فإن مهمته تتمثل في التحالف مع أهم الأمور في الداخل، أي مع قلبه مثلاً، وتشير إلى هذا الاتجاه الأعراض التي تظهر في هذا السياق، من تسرّع في القلب وصولاً إلى اضطراب دقّاته. كما إن المزيد من الاتصال بمركز الوعي قد يكون ضرورياً، مثلما تؤكّد النجاحات الطيبة للرحلات الصورية إلى هذا المجال. بهذه الطريقة يجد المرضى مدخلاً إلى ذلك الهدوء وتلك السكينة التي تسود في مركز كل إنسان، ويتأكّد لهمم أن إدمانهم على العلاقات المنعكس في "عصبيّتهم" عبارة عن صورة كاريكاتيرية عن الارتباط والألفة مع وسطهم الخاص، وبدلاً من مطاردة القبول والاستحسان في الخارج

يظهر الالتزام الداخلي، وينشأ عن ذلك إحساس بالتمركز وبالاتصال (Kommunikation) الحقيقي. علماً بأن قرابة هذا الأخير مع تناول القربان (Kommunion)، الصلة من وسط إلى وسط، أو بالأحرى من قلب إلى قلب، لا تقتصر على الناحية اللغوية فقط.

2- ارتجاج الدماغ

تُبدي هذه الصورة المرضية شيئاً من التشابه مع كسر العظم الأنفي، سواء من ناحية نشوئها أم لجهة معناها، فقد ذهب المصابون أبعد مما ينبغي وتلقوا طلقة تحذيرية، وكما تفيد التسمية يرتجّ الدماغ ويهتزّ، وذلك قبل كل شيء عند أشخاص لا يمكن أن *يهزّهم أي شيء* عادةً، ويسجّل الرأس ذلك الارتجاج الذي لا يسمح به المصابون في المجال النفسي الذهني، ويسبق ذلك رضّ، وهو السقوط في الغالب، وسوف تشغلنا رمزية هذا الرضّ العميقة في كسور الذراع والساق* أيضاً. إن عبارات مثل "العجرفة تسبق السقوط" أو "أراد أن يصبح وزيراً فأصبح خفيراً" أو "ما طار طير وارتفع إلاّ كما طار وقع" أو "هوى من عليائه"، تبين أن الأمر هنا غالباً ما يتعلق بتصحيح ضلالٍ أو غيّ، يتلقى معه المصابون "ضربة على الرأس". هم يريدون الارتفاع عالياً جداً، ولكن يتم استرجاعهم بفظاظة.

تنطق أعراض ارتجاج الدماغ (Commotio) بلغة واضحة. تشهد آلام الرأس على محاولات عدوانية لخبط الرأس بالحائط[1]، ويفيد الدوار أو الدوخة اللاحقة بصراحة لا لبس فيها أن المرء قد ضلّل نفسه أو انطلق من مقدّمات خاطئة أو سقط ضحية غرور واستعلاء، ويبين الغثيان والإقياء أن الجسد يريد التخلّص بالسرعة الممكنة من المشكلة التي عليه أن يتحمّل عواقبها، ويعني هذا بلغة المعدة والأمعاء أن الواقعة الأخيرة لم تكن مهضومة ولا مستساغة، ومن أعراض ارتجاج الدماغ فقدان وعي قصير على الأقل، وهو يكشف أن أحدهم يتنازل عن مسؤوليته الخاصة عن حياته لمدة قصيرة. أما ما يُسمى فقدان الذاكرة

١- بمعنى طلب المستحيل. -المترجم.

أو النساوة الرجوعية، فتشير إلى عدم قدرة المصابين على تذكّر مجرى الحادث، وهذا ما يكشف رفضاً أبعد مدى للمسؤولية عن أعمالهم وحركاتهم الخاصة. يتنصّل المصاب من المسؤولية، معبّراً بذلك عن أنه يفضّل أن يتسلّم الآخرون الدفّة. هذا التكتيك المكشوف نوعاً ما، والذي يُطبَّق هنا بشكل لاواعٍ تدعوه اللغة الشعبية "لا علم لي بأي شيء".

تشتدّ هذه الأعراض في الدرجة الأعلى من الإصابة، وهي رضّ الدماغ (Contusio)، وتُضاف إليها أعراض خطيرة. نعلم أن الدماغ محاط بالسائل الدماغي الشوكي، وهو سائل مائي يحمي الدماغ على خير وجه، ولكن الدماغ يرتجّ في هذه الحالة بشدة تكفي لإفشال مفعوله المخفّف للصدمات، ولظهور نزوف، وتلف نسيجي في موضع الضربة أو الصدمة العنيفة وفي الجانب المقابل له. يكون فقدان الوعي عميقاً، وقد يصل إلى السبات، ومن المضاعفات وذمات مع ارتفاع ضغط الدماغ* وهجمات صرعية* واضطرابات في تنظيم التنفّس ودرجة الحرارة*. يُضاف إلى ذلك إصابات عصبية مختلفة كالعمه (Agnosie)، أي العجز عن التعرّف إلى الأشياء، والخرق أو اللاأدائية (Apraxie)، أي فقدان المهارة، والحبسة (Aphasie)، أي فقدان الكلام، واضطرابات ذاكرة وتوجّه، وعيوب نفسية تمتدّ من اضطرابات الدافع وصولاً إلى الأهلاس. تقتلع هذه الأعراض المصابين من مجرى الحياة اليومية من جهة، وتدفع بالمضامين المكبوتة حتى الآن إلى نور الوعي من جهة أخرى، وتُقرأ رسائلها من عناوينها، فالميول المكبوتة وغير المُعاشة تستغلّ هذه المدة، أي مدة انهيار الدفاع جراء الارتجاج العميق، لتنتزع لنفسها الانتباه انتزاعاً.

لقد اصطدم المصابون، كما هو واضح بحدود صارمة يتعذّر عليهم تخطّيها من غير أضرار. لا بل يتأكّد لهم أثناء المحاولة أنهم *مصدومون*، وأنه يجب عليهم أن يبدؤوا من جديد، وأن يتعلّموا ثانيةً وبشكل تدريجي كالأطفال إنجاز أعمالهم اليومية بأنفسهم والنهوض بالمسؤولية عن أنفسهم، فقد أعادتهم الصورة المرضية إلى مستوى الطفولة كاشفةً بذلك ميلهم إلى النكوص، ومتيحةً لهم فرصة لبداية جديدة أيضاً. لعل الجسارة وروح الإقدام التي كثيراً ما تقود إلى الحوادث تكون ذات نفع كبير لهم في هذه الأثناء في المستوى النفسي الذهني.

تنصّ المهمة التعلّمية على عيْش كل ما يحدث في الجسد من الناحية المجازية. بذلك تغدو الرضوض الجسدية المشابهة زائدة عن اللزوم ولا داعٍ لها، ويعني هذا في حالة السقوط نزول المرء من عليائه، والسماح لنفسه بأنْ تُهَزّ بالمعنى المجازي، وعيْش الجسارة المدلَّل عليها جسدياً من وجهة نظر نفسية ذهنية، والإفراط في روح الإقدام هنا. لا بد من الإقرار بفقدان الوعي والإغماء، والتنازل عن المسؤولية ذات مرة بغية النهوض بها من جديد بخطواتٍ صغيرة، وتكمن فرصة البداية الجديدة في التوجّه الجديد القائم.

أسئلة

1- *أين أحول دون الهزّات والارتجاجات النفسية الذهنية؟*
2- *عن أي سكّة قذفني الحادث؟*
3- *أين أستعرض ظاهرياً الشجاعة والاستعداد للخاطرة اللذين أفتقدهما داخلياً؟*
4- *أين أخطأ ظني أو بالأحرى صُدِمت؟ أين يحتاج مجرى حياتي إلى توجّه جديد، إلى بداية جديدة؟*
5- *في أي ناحية لا بد لي أن أخفّف من غلوائي وأن أقوم بخطوات صغيرة معقولة يمكن الإحاطة بها؟*
6- *أين عليّ التخلّي عن المسؤولية الخارجية والنهوض بالمسؤولية داخلياً؟*

3- التهاب السحايا
(Meningitis)

هنا تلتهب الأغشية المحيطة بالدماغ والحامية له. لذلك فإن التهاب السحايا (Meningitis) يصوّر حرباً في مستوى أعلى ضد القوى الأنثوية الحامية، ومن غير النادر أن يمتدّ الحدث الالتهابي إلى الدماغ، ويتحوّل إلى التهاب سحايا ودماغ (Meningo-Enzephalitis)، ويُصاب كل من الغشاء الدماغي الغضّ (الأم الحنون) والغشاء الدماغي القاسي (الأم الجافية). يمكن أن تشارك جراثيم وفيروسات مختلفة في مشهد هذا النزاع حول مركز السلطة وإصدار الأوامر، وتلتحم العوامل الممرضة الغازية مع نظام الدفاع في معركة حامية الوطيس، يجري النزال فيها بأسلحة خبيثة، وفتّاكة، ومن دون مراعاة للخسائر، كما هي الحال في كل التهاب*، والحق أن الحرب في هذه الحالة حرب حياة أو موت بالمعنى الحرفي للكلمة، وتشير الأعراض الذاتية اللانوعية إلى أن الأمر لا يتعلق بصورة فردية بقدر ما يتعلق بالحياة والبقاء بحد ذاته.

يصيب المرض الأولي بالدرجة الأولى حديثي الولادة وصغار الأطفال الذين يعطون الانطباع وكأنهم لا يزالون يكافحون في سبيل ولوجهم النهائي إلى هذه الحياة، ويتحوّل الرأس مفرط الأبعاد في هذه المرحلة المبكرة إلى مسرح لصراع خطر على الحياة للمرة الثانية بعد الولادة، فكما يدلّ المجيء المعترض عند الولادة على أن هذا الطفل يتوضّع بالعرض ولا يشارك ببساطة في لعبة الحياة المنتظرة، يتبدّى هنا أيضاً شيء من المقاومة. *ينتفخ رأس* الطفل مفرط الأبعاد سلفاً ويكبر أكثر فأكثر، لأن ضغط الدماغ يرتفع جراء الهجوم المائي الناجم عن الالتهاب، ويتقبّب اليافوخ الطري. وينشأ خطر استسقاء الرأس على المدى الطويل، وهو رمز مفجع لفرط التشديد على القطب الذكري العلوي. لا شك في أن افتراض وجود مشكلة رأس أو مشكلة أنا، كما يجسّدها "*شخص ذو رأس كبير*"[1]، يبدو افتراضاً خيالياً في هذه المرحلة المبكرة، ولكن خبرات المعالجة

١- بمعنى شخص عنيد وراكب رأسه. -المترجم.

بالتقمص التي تُشرك الولادة والأطوار ما قبل الولادة بشكل روتيني، تفيد أن مثل هذه المقاومات المبكرة والنزاعات العدوانية حول الولوج إلى الحياة المنتظرة هو أمر مألوف بلا شك، فالطفل يُبدي رمزياً من المقاومة ضد الحياة الجديدة أكثر منه ضد الأم الأولى المظلمة التي تحرّر من حضنها للتو. إنه يترك لمسرح الجسد الصراع ضد القوى المحافظة للأم الأولى. هذه الإلهة المتعطّشة للدماء التي تُسمى في الميثولوجيا الإغريقية هيكات، وفي الميثولوجيا الهندية كالي، تعمل بوسائلها الخاصة والمميّزة، ويقوم فيض السائل الالتهابي بضغط الدماغ الطري والغضّ على جدار القحف القاسي، فإذا كان لا يزال بإمكان العظم أن "ينحني" أمام هذا الطوفان، نشأ خطر استسقاء الرأس، أما إذا فات الأوان على ذلك، فيتلف النسيج الدماغي مؤدياً إلى أذية دماغية تصل حتى البلاهة.

على العكس من الالتهابات الأخرى التي تندلع في أجواف الجسم القادرة على التمدّد والاتساع، يؤدي السائل المهاجم هنا دوراً بارزاً جداً في أي التهاب، ذلك أن المحفظة القحفية تضع مع التقدّم بالعمر حدوداً صلبة لا تلين أمام التمدّد والاتساع. اختبار القوة هذا بين السائل المتزايد الذي يضع الدماغ تحت الضغط وكأنه يعتصره، وبين العظام التي تُبدي المقاومة، يعيشه المريض آلاماً في الرأس.

تُصادف الصورة المرضية عند الكبار كإصابة ثانوية بشكل رئيس. عندما ينتشر التدرّن مثلاً، ويصل إلى السحايا، يكون الصراع المبدئي قد تصاعد إلى أعلى مستوى وبات صراعاً في سبيل البقاء، وقد اشتهر في السنوات الأخيرة التهاب السحايا والدماغ كمضاعفة خطيرة لعضّات القراد، مما جعل الكثيرين ينفرون من الخروج إلى الطبيعة، وقد يُعدّ مصّاص الدماء الضئيل هذا، الذي كان حتى قبل بضع سنوات حشرةً بريئة لا ضرر منها، ردّاً غادراً من الطبيعة على جورنا. إن أمنا الطبيعة تُشعِرنا بسطوتها، فهي تقود مليارات من هذه القوات المساعدة برّاً وبحراً وجوّاً، وباستطاعتها متى شاءت فيما يبدو، أن تنزع عنها ثوب البراءة وتجعلها خصماً للإنسان.

تدور أعراض التهاب السحايا حول الرأس وآلام الرأس، علماً بأن سحايا النخاع الشوكي تُصاب كذلك، وكثيراً ما تضاف أعراض شبيهة بأعراض الغريب، ومن بين الأعراض العامة هناك سرعة الإثارة من جهة، وفقدان الدافع الذي قد يصل حتى الخمول والوسن من جهة أخرى.

تكشف سرعة الإثارة الموقف الأساسي الهابط إلى الجسد، والذي غالباً ما يزداد وضوحه في ما يُسمى التشنّج الظهري، وهو بمثابة احتجاج وتمرّد المريض في وضعية الاستلقاء، وتدعم الاختلاجات بدورها هذه الدراما، فالمريض يختلج وكأن هناك قوة كبيرة ترجّه وتريد إيقاظه كي يعيش حياته، ويبين انطباق الفكّين الشديد عدم القدرة على الدفاع عن النفس والعضّ، فأدوات الفكّ العدوانية معطّلة في أعلى درجة من التوتّر والتقلّص. أما فرط الحسّ فيبوح بفرط الإثارة في الجلد بوصفه الحدود الخارجية، وفي حين يحمى وطيس القتال في مستوى الرأس الأعلى حول الترس الحامي للدماغ تكون طبقة الجسد الحامية في حالة تأهّب قصوى.

من ناحية أخرى يبين الخمول قلة استعداد المرضى للمساهمة في الصراع في سبيل حياتهم بصورة واعية. لا بل يكشف الوسن، وهو نعاس مفرط أن المرضى يضيّعون حياتهم بأعمق المعاني، ويبدو أن الغلبة تكون للنوم بوصفه الشقيق الأصغر للموت على مساعي الانفصال عن الأم الأولى، ويضطر الرأس بوصفه عاصمة الجسد إلى الرقاد، ويُهدّد الدماغ، بوصفه مركز الاتصالات فيه بالغرق في أمواج المحيط الأول ثانيةً، ويشير فقدان الشهية التام إلى أن المصابين قد فقدوا شهيتهم إلى الحياة، أو أنهم لم يمتلكوها يوماً، وإلى قلة استساغتهم وضعهم الحياتي الحاضر، ولا تحتاج الهذيانات إلى التفسير، إذ يتجلّى فيها بشكل مباشر جداً الموضوع الذي هُضِمَ حقه حتى الآن. أما آلام الرأس المعذّبة فتبدأ بالطرق مروراً بالوخز وصولاً إلى الشعور بالانفجار، وغالباً ما تصل شدتها إلى درجة يعتقد معها المرضى بأنهم عاجزون عن تحمّلها ويخافون أن يهلكوا بسببها. يبدو وكأن رأسهم على وشك الانفجار.

مثل هذه الحالة قد تتهدّد المصاب إذا ما فاته، لزمن أطول مما ينبغي، اقتحام مجاله الحيوي وغزوه، أو لم يكن مستعدّاً لذلك. كما تكشف لنا كم هو المصاب مُحاصر. ينطبق هذا أيضاً على حديث الولادة الذي عليه أن يختار بين الحياة في هذا العالم أو العودة إلى الأم الكبرى. تعكس حالة الضوضاء الجحيمية في مركز الاتصال العلوي حالة الوعي غير المقرّ بها. هذا ما توضّحه عبارة "أكاد أنفجر من كذا...". لا بل يشعر بعض المرضى فعلاً بأن غطاء قحفهم سوف يتحطّم في أي لحظة، ولا بد أن ينفتح رأسهم نحو الأعلى كي يتخلّص من الضغط غير المحتمَل. هنا تنعكس خيارات المرضى بالفعل: بإمكانهم الهروب نحو الأعلى والتخلّي عن الجسد، أو عليهم قهر الطوفان المظلم الضاغط والتحرّر من حصارهم، ويكشف السير اللاحق للمرض *الهزيمة* القادمة في الحرب في سبيل حفظ وتوكيد الذات، فالمرضى عاجزون عن الحفاظ على الرأس في الأعلى، ويضطرون إلى *الانطراح أرضاً* أو إلى *الاستلقاء* في كل الأحوال، والحق أنهم يجسّدون في ما يُسمى التشنّج الظهري، وهو حالة فرط بسط تشنّجي في العمود الفقري، تمرّداً واحتجاجاً أخيراً ربما. كل حني في الرأس أو ثني في الركبة مؤلم لهم. هكذا يرقدون معذّبين، ولكن

بعناد، الظهر مقعَّر* والرأس مدفوع إلى الخلف والذقن مشرئبة نحو الأعلى. تبوح هذه الوضعية بقلة الخضوع والتواضع، ويشي الالتهاب بقلة استعدادهم للكفاح بوعي. نظرتهم مصوّبة باتجاه الأعلى، نحو مسرح الحرب، أو تتخطّاه نحو السماء إلى ذلك المجال الذي يهدّدون بالهروب إليه. ثمة فرصة طيبة تسنح لحياتهم ابتداءً من اللحظة التي يقرّون فيها بالكفاح في سبيلها. عند ذاك فقط قد يتراجع ويخفّ الكفاح الجسدي.

تترافق الصورة المرضية بدرجات حرارة عالية تدلّ على أن المسألة في هذا النزاع مسألة كلاّنية وأن التعبئة العامة قد تمت. مع كل درجة من الحمى ترتفع قدرة العضوية على الدفاع بنسبة تزيد عن الضعف، بينما يشتد الخمول نفسياً، وتشرع الأفكار بالدوران، وتتنشأ هذيانات الحمى، ومن غير النادر أن يشهد المرضى صراعهم الجحيمي كما في السينما، موضَّحاً بصور داخلية ذات قوة رمزية مؤثّرة، وفي ظل الحماية التي يوفّرها حجب الوعي هذا، بإمكانهم أن يراقبوا عن بعدٍ داخلي ما لا يحتملون النظر إليه في وعيهم العادي.

إن أعراضاً مثل ارتفاع الضغط في الدماغ تكشف التوتّرات التي يرزح تحتها مركزهم، ومدى الكبت الذي يعاني منه اتصالهم. لا يستطيع المريض الكبير ولا المريض الصغير أن يفرض نفسه وينتزع الاحترام لإرادته، وتبعاً لنموذج كل التهاب تنشأ تورّمات ناجمة عن فيض السائل، سوى أن الفيض المائي هنا ليس أمامه أي منفذ أو مصرف. من هنا يتطور عند الكبار ما يُسمى حليمة الاحتباس، وهي عبارة عن تورّم في مخرج العصب البصري في شبكية العين، مما يؤدي في الحالة القصوى إلى العمى جراء اختناق العصب البصري. أما عند الرضّع فيتقبّب اليافوخ، وهو تلك المنطقة التي لا تزال مفتوحة في عظام القحف الأمامية، وتُعدّ وذمة الدماغ في الحالة الأولى واستسقاء الرأس في الحالة الثانية مضاعفتين خطيرتين في هذا المرض، وتخلّف الحرب حامية الوطيس الكثير من النفسيّ (الماء)، مما يهدّد بخنق بُنى الاتصال المركزية، وكما تتحوّل أغشية الدماغ المخصَّصة للحماية إلى تهديد يستحيل السائل الدماغي إلى خطر داهم، فهو يتحوّل باستمرار إلى سائل التهابي يعتصر الدماغ بمعنى الكلمة.

لا شك في أن امتداد الحرب من الأغشية الحامية إلى مادة الدماغ الفعلية على شكل التهاب دماغ (Encephalitis)، يمثّل دوماً معركة حياة أو موت عملياً، ويتعلق الأمر في هذه الحرب أخيراً بكمال الخُلق، وهو الدماغ. الخسائر الكبيرة كثيراً أو قليلاً، التي تخلّفها توضح هذا المنحى الخطر. تغيّم الوعي الذي يتطور وصولاً إلى فقدان الوعي. يضع المصاب سلفاً وجهاً لوجه أمام إحساس الوجود أو عدم الوجود، ويغدو الارتباط بالجسد في هذه المرحلة أكثر ضعفاً، ويمكن للوعي

أن ينفصل عن الجسد تدريجياً. لا شك في أن هذه الحرب قد تدمّر قاعدة الاتصال وتخلّف خسائر وإصابات دائمة.

صحيح أن وظيفة الأغشية الدماغية حماية قاعدة الحياة، ولكن اشتداد فيض السائل الدماغي، وتقهقر الدماغ يجعل المسألة مسألة صراع أقطاب: طرفها الأول المادة الأساسية لعقلنا، وطرفها الثاني السائل (الالتهابي) الأنثوي. يتعلق الأمر في كل مرحلة من مراحل الحياة بإيجاد الوسط الذي هو الوحيد الذي يتفق مع الحياة، وتكشف الصورة المرضية أولاً كم أصبح السدّ المنيع المحيط بمركز الحياة غير مأمون وموضع صراع، وثانياً أن الأمر قد وصل إلى خلل التوازن بين االقوى الأنثوية المائية والقوى الذكرية النارية، وتستعر الحرب حول السيطرة والسلطة في الجسد بين العوامل الممرضة والدفاع من جهة، وبين القوى الرجعية للأم المظلمة والقوى الذهنية النيّرة والتقدّمية من جهة أخرى.

كثيراً ما يمثّل ازدياد الفيض المائي عند الراشدين تعويضاً عن الحالة النفسية الذهنية المقلوبة لعقلٍ جاف مسيطر، ولعل مهمة الحلّ في هذا الشأن تكمن في "فكر عاطفي" يربط القوة الأنثوية المائية للعاطفة بالذهنية الجافة للعقل المفكّر، والتفسير الأكثر منطقيةً عند حديث الولادة هو الذي يرى في الفيض المتزايد صورة ذلك الصراع الأول بين مملكة الأم المظلمة والقوى العقلية الصاعدة، وجراء طبيعتنا المستقطبة على البقاء نقف نحن مع الجانب الذكري الساخن الذي ينتظر الحلّ على أحر من الجمر، متمنّين لحديث الولادة النصر في صراعه حامي الوطيس مع القوى المظلمة.

ترسم الأعراض ازدواجيةً في المهمة التعلّمية عند الراشد. تعبّر آلام الرأس القاتلة عن تعارض ظاهري في الحلول كما في *تصدّع الرأس*. من جهة أولى تريد القوى الأنثوية بفيض السائل أن تجد مجال عملها، ومن جهة أخرى يفرض الذكريّ العدواني نفسه بإلحاحٍ أشد. يتعلق الأمر بالإقدام على خوض الحرب في سبيل المستوى الأعلى، لا بلّ بالانفجار إن لزم الأمر، وضمان الطريق الخاصة، *وإلقاء القبض* على ما يُثقل كاهل المصاب ويُقلقه، ومن الطبيعي أن الماء الأنثوي هو الذي يضغط على المصاب ويضيّق الخناق عليه بشكل ملموس تماماً، وتكمن في فرط بسط الظهر الدعوة إلى النهوض والانتصاب، الدعوة إلى وعي الذات، والثقة بالنفس، وتطوير الكبرياء، والفخار، والنظر إلى الأعلى، وهو أقل صلاحيةً في هذا الشأن من النبضات الفكرية الخاصة وتدفّقها الحرّ الخلاّق الذي يندلع في الخيالات المتلاحقة في هذيانات الحمى. لا شك في أن مزيجاً من الصور الفكرية والانفعالات والمشاعر يطالب بحقه في الحياة الواعية أيضاً.

قال هيرقليطس: "الحرب أب كل الأشياء"، والظاهر أنه كان يقصد إله الحرب مارس ومبدأه الأولي، والمطلوب من مريض التهاب (سحايا) الدماغ تطبيق هذه المعرفة الأزلية في حياته. يرمز مارس إلى كل شكل من أشكال الطاقة، ويتم إرضاؤه

بالجرأة، والشجاعة، والموقف الدينمي، وللجرأة على مؤازرة الخطوات الأولى إلى الحياة والذود عن المُثُل الناتجة عن ذلك مكانهما هنا. بدلاً من حربٍ جحيمية في المركز يمكن مواجهة مواضيع الحياة المركزية بكل حماسة. إن تسخين الجحيم خير للعالم المحيط من جعل الرأس مسرحاً لحرب جحيمية ساخنة. كما إن الانفتاح على المواضيع الساخنة والسماح بالإثارة الداخلية، بل حتى الهياج الداخلي لهو خير من الانفتاح على العوامل الممرضة الخطرة، والسماح لها بإثارة وتهييج العضو المركزي، وتحويله إلى ميدان قتال، فالصراع يمسّ البُنى المركزية ويستهدف الكلّ في كل الأحوال.

أسئلة[1]

1- *ما هي الخطوة إلى الحياة التي تنتظر مني القيام بها؟ أين يتوجب عليّ أن أترك الأنثى الأولى ورائي، لأكتشفها في مستويات جديدة؟*
2- *أي صراع حياةٍ أو موت رفضتُه وامتنعتُ عن خوضه؟*
3- *ما هو الموضوع العاطفي الذي يضعني تحت الضغط ويهدّد بتفجير مركز تفكيري؟*
4- *إلى أي حد أنا على استعداد للإقبال على الكلّ والكفاح في سبيله؟ وهل باستطاعتي أن أرى في ذلك حنان الأنثوي وعطفه؟*
5- *علامَ أبني وأؤسّس؟ هل أعاني من كبر الرأس أو العناد أو تثقيل الرأس؟*
6- *إلى أي حد يمكنني شدّ ظهري[2] وفرض إرادتي والمضيّ في طريقي؟*
7- *ألا أزال قادراً على التحمّس بشكل كافٍ للشروع في تحقيق مجالي الحيوي بكل قواي؟*

بيد أن الأشياء تحتاج إلى أم أيضاً، ولا يصعب علينا أن نراها في الإلهة الكبرى التي تهب الحياة لكل شيء، وسوف تطالب بها ثانيةً ذات يوم، ولا بد من أخذ سلطتها الأنثوية في الحياة بالحسبان طوعاً، وإلاّ زادت من فيضها وتدفّقها أو وجدت سُبُلاً أخرى لانتزاع القبول والاحترام. الأم والأب متلازمان، وهكذا يتعلق الأمر في التهاب السحايا والدماغ بصفة خاصة بالجمع بين هاتين القطبيتين الأساسيتين: قد يكون المقصود صراعاً ذهنياً ساخناً في سبيل الحياة العاطفية الأنثوية الخاصة، أو تطوير ذلك التفكير العاطفي الذي يقف في الوسط بين الأب

١- من البديهي أن الأسئلة المطروحة هنا موجَّهة للكبار. أما عند الرضّع وصغار الأطفال الذين كثيراً ما يصابون، فإن الأمر يتعلق منطقياً بالمواضيع المشار إليها، إنما في مستويات أخرى بطبيعة الحال.
٢- بمعنى أن أكون شديد البأس وقوي الشكيمة. -المترجم.

والأم ويعطي الاثنين حقهما. يتعلق الأمر في النهاية عند حديثي الولادة، كما عند الكبار بولادة جديدة، علماً بأن هذه الأخيرة هي دوماً حوار بين القوى الأنثوية المحافظة، والقوى الذكرية المندفعة والمتطلّعة إلى الأمام. عندئذ يتجلّى في ذلك أيضاً الحلّ الذي يقود إلى انتصار القوى النيّرة على الظلام. لا بد من مغادرة رحم الأم أو حجرها بصورة نهائية، مع عدم إنكار مطالبه، بل تلبيتها في مستوى أعلى.

4- الصور المرضية العصبية

على العكس من "العصبيّة" وشكايات "التعصيب" تقوم هذه الصور على تغيّرات ملموسة في الأعصاب، وهي ذات طبيعة مزمنة بخلاف رضّ الدماغ والتهاب السحايا. من هنا لا بد من أن ننطلق من أن الاضطرابات هنا أبلغ وأعمق وتدوم لمدة أطول. إلى جانب الصور المرضية الكبيرة، كالتصلّب المتعدّد والصرع، يمكن التفريق بين مجموعتين: اضطرابات ما يُسمى السبيل الهرمي المسؤول عن التناسق الحركي الخاضع للإرادة، واضطرابات السُبُل خارج الهرمية. يتكفّل السبيل الهرمي، بوصفه بنية ممتدّة وشاملة بتثبيط المنعكسات الذاتية في العضلات وبتخفيض حالة التوتّر فيها. بالتالي فهو يتحكّم من الأعلى بحياة العضلات الخاصة. إذا حدث انقطاع في السبيل الهرمي غاب هذا التثبيط، ونشأت شلول تشنّجية. يتصالب الجزء الأكبر من ألياف السبيل الهرمي العصبية في مستوى قاعدة الدماغ نحو الجهة المقابلة. لذلك تؤدي اضطرابات التروية الدموية أو النزوف في منطقتها إلى إصابات في الجانب المقابل من الجسم، كما هي الحال في السكتة الدماغية.

أما ما يُسمى الجملة خارج الهرمية فهي مسؤولة عن تنظيم التوتّر العضلي وعن الحركات اللاإرادية، والحركات المتناسقة، وعن تنظيم التوازن ووضعية الجسم، وفي حال الاضطرابات في هذه الجملة يمكن التمييز بين مجموعتين:

أ) المتلازمات ناقصة الحراك التي تقود إلى الفقر الحركي والتيبّس، كداء باركنسون.

ب) المتلازمات مفرطة الحراك مع نماذج حركية غريبة لا يمكن السيطرة عليها، ونذكر هنا الرقَص والصور المرضية النادرة مثل الكنَع بحركاته الدودية والزفْن بحركاته الارتجافية[1].

باركنسون أو الداء الرعاشي

يُعدّ باركنسون أكثر الصور المرضية العصبية مصادفةً في العمر المتقدّم، وتُصاب فيه السُبُل خارج الهرمية التي تعمل بمعزلٍ عن الإرادة، ومن المؤكّد طبياً وجود نقص في المادة الناقلة بين الوصلات العصبية أدرنالينية الفعل في الدماغ المتوسط، وهي الناقل العصبي دوبامين. إذاً يتعلق الأمر بنقص في القطب الذكري للجملة العصبية المركزية. الأمر الذي ينتج عنه رجحان القطب المضاد، أي ما يُسمى الجملة كولينية الفعل المحسوبة على القطب الأنثوي.

ترسم الأعراض الناجمة عن ذلك صورة مرضية واضحة. أول ما يلفت الانتباه فيها الوجه المقنَّع عديم التعبير والتيبّس العام، وتكون جميع الحركات كتدلّي الذراعين وتأرجحهما أثناء المشي مثلاً مفقودة، وطريقة الكلام خافتة، ومتقطّعة، ورتيبة. يتنافر مع هذا الفقر الحركي رعاش وصفي، وهو ارتعاش شديد يظهر في الراحة بصفة خاصة، وما إن يشرع المريض بتنفيذ حركات ذات هدف حتى يخفّ الارتعاش ويتوقّف تماماً. يتصف المشي بخطوات قصيرة ومتقاربة ومتثاقلة، ويبدو الجزء العلوي من الجسم مندفعاً إلى الأمام ومتقدّماً على الجزء السفلي، مما يعني وجود ميل إلى السقوط إلى الأمام ونحو الجانب، ويعزّز خطر السقوط هذا ميل الساقين إلى خذلان صاحبهما تماماً وعلى حين غرة، الأمر الذي لا يمكن التأثير فيه إرادياً، شأنه شأن الأعراض الأخرى. وضعية المريض منحنية بكاملها، وتوحي بوضعية شخص حنى القدر ظهره، أو حتى أناخ عليه بكلكله. حتى صورة الخطّ أثناء الكتابة تتفق مع هذه الهيئة؛ إذ تنحدر السطور نحو الأسفل في الأيمن[2]، وتغدو الحروف أصغر فأصغر، بحيث يتكلم الطب عن الخط المجهري (Mikrographie). يُضاف إلى ذلك أعراض إنباتية كسيلان اللعاب الشديد، وهجمات التعرّق و "الوجه المدهون أو الممسوح" الوصفي. فضلاً عن

١- الرقَص (Chorea): حركات راقصة لاإرادية ولكنها متآزرة. الكنَع (Athetose): حركات لاإرادية دودية الشكل تنتاب الأطراف والوجه. الزفْن (Ballismus): نوع من الرقص يتصف بحركات اهتزتزية وارتجافية. -المترجم.

٢- في اللغة العربية تنحدر نحو الأيسر. -المترجم.

ذلك تُلاحَظ اضطرابات إمداد في الجلد وتراجع في النشاط الجنسي. أما في المجال النفسي فتلفت الانتباه تقلّبات في المزاج مع أطوار سوداوية.

لا تظهر الصور المرضية عملياً إلاّ في العمر المتقدّم، لا سيما عند الأشخاص الذين عاشوا حياتهم بنشاط وفاعلية شديدين وفي إطار متطلّبات عالية السقف، لاسيما المفكّرين والمثقّفين. يميّز الطب أشكالاً مختلفة، علماً بأن النوع الأكثر مصادفةً، ما يُسمى الباركنسونية البدئية أو الشلل الرعاشي (Paralysis agitans) لا يزال نشوءه مجهول السبب. توضح التسمية نفسها (الشلل الرعاشي أو الهياجي) مأزق المصابين: الشلل يجرّد تماسك المصابين العصبي من مغزاه. إلى جانب ذلك هناك مجموعة أصغر من متلازمات باركنسون الثانوية التي تنشأ على تربة من تصلّب دماغي أو تسمّم، أو بعد التهاب الدماغ أو تكون مشروطة دوائياً بمضادات الذُهان (Neuroleptika)[1]. هناك نوع نادر يُدعى بمرض الملاكمين، وهو ينجم فيما يبدو عن العدد الكبير من "ارتجاجات الدماغ"، على غرار ما حصل مع بطل العالم السابق في الوزن الثقيل محمد علي كلاي.

بموجب الشعار "المرض يكشف الظلّ" يمكن القول إنه طال عدم رؤية المصابين صلابتهم وتيبّسهم الخاص في تعبيرهم وحركيتهم، إلى أن جعله الجسد واضحاً وبيّناً، فهم يعيشون حالة من الجمود ذعراً، من دون أن يقرّوا بذلك. يتكلم الطب عن "اللاإيمائية" (Amimie)، وهي الغياب التام لتعبير الوجه الطبيعي، ويبدو أن المريض قد تعلّم إخفاء ومداراة أي خلجات عاطفية. وجهه جامد كقناع يذكّر من بعض النواحي بقناع الموت. إذا أُضيف إلى ذلك جمود باقي الجسم في صملٍ وصفي، ظهر المصاب بمظهر الميت وهو حي، أي بمظهر زومبي، ويتضح التطور باتجاه الصمل الرمّي (Rigor mortis) على الأقل في تراجع جميع الحركات المرافقة للحياة الطبيعية.

تصلّب الموت أثناء الحياة في حالة الزعيم الصيني ماو تسي تونغ تحوّلت هذه الرؤيا الذعرية إلى حقيقة مروّعة؛ فرجل الثورة السابق تحوّل في أيامه الأخيرة إلى نصب تذكاري حي مزكّى سياسياً من قبل محيطه. أخيراً، وقد حكم عليه مرضه الباركنسوني بانعدام الحركة التام، لم يعد يستطيع حتى النطق، ولكنه كان كتمثال حي لا يزال يقرّر حياة الصينيين، كان حاضراً كصورة في كل مكان وعلى كل لسان، ولو أن لسانه وفمه المنفرج بشكل خفيف مميّز لمرض باركنسون لم يعد يعبّر إلاّ عن انعدام الكلام.

إلى جانب اختناق الصوت البطيء تبين وظائف الجسم الأخرى أن الأمور تتدهور والقوى تخور، ولا بد هنا من ذكر الميل إلى السقوط إلى الأمام أيضاً، شأنه شأن الخطّ والكتابة، وإلى جانب التيبّس والجمود الذي يشير إلى الموت،

١- المثبّطات العصبية أو مضادات الذُهان (Neuroleptika) هي الأدوية التي يستعملها الطب النفسي بهدف كبح الحدث النفسي.

يتمظهر في الصورة المرضية خوف عميق يستحوذ على المرضى ما إن يلوذوا بالراحة، فهم لا يرتعشون ويرجفون بطريقة ناعمة ودقيقة، بل في حركات ارتجاجية عنيفة، ولا يخفّ هذا الرعاش الفظّ، كما قلنا إلاّ عندما يقومون بشيء ما. تبين الحركات الرعاشية الارتجاجية في إطار من جمود الرأس والجسم وانعدام التعبير كلياً أنها راحة مشحونة بالخوف وبانعدام إشكالي في النيّة، وهنا يكمن أصل التسمية "الشلل الرعاشي"، فبوجود الشلل وانعدام الحركة في الواقع لا يزال الخوف هو الذي يتكفّل بالحركة، ويلفت الانتباه أن الأمر يتعلق بأشخاص يطالبون بتحريك شيء ما في العالم، وتبين لهم الصورة المرضية أنهم قلما يحرّكون شيئاً في الحقيقة الداخلية، قلما يحرّكون شيئاً في حياتهم النفسية قبل كل شيء، والتي يتجسّد الآن جمودها وشللها. يتمظهر في الرجفان إلى جانب الخوف نوع من التأثّر، علما بأن المرضى قد يكونون متأثّرين بالخوف بلا شك، ويجدر بالذكر في هذا السياق أن الطبيب النفسي البدني جورج غرودك لاحظ تكاثراً واضحاً في "الشلل الرعاشي" في سنوات الحرب العالمية الأولى.

هنا يطرح السؤال نفسه: لماذا يصاب الإنسان بالارتعاش، أو لماذا يرتعش؟ نحن نرتعش لاإرادياً حينما نخرج من مياهٍ باردة، على سبيل المثال، وذلك للتخلّص من البرد والبلل. كما يرتعش المرء من الخوف محاولاً بذلك أن ينفض عنه الموت المقترب وغيره من المتعقّبين. قد يرتعش المرء هولاً إن شهد أمراً مهولاً، ويبدو أن الأشخاص المعنيين يريدون أن ينفضوا عنهم ويتخلّصوا بشكلٍ لاواعٍ من شيء وضعهم في حالة من الخوف والذعر. الأول يجعلهم يرتعشون، والأخير يجعلهم يجمدون، وتوقظ القصص المرضية لمرضى باركنسون الانطباع بأن ما يؤثِرون أن ينفضوه عنهم هو تجربة واقعهم. كما يبدو لهم أن جسدهم ومحيطهم المتثاقلين مزعجان لهم تماماً، ولا بد من ذكر "الرئيس ماو" مجدداً، والذي رأى أفكاره العظيمة والجريئة تتكسّر على صخرة الجماهير المتثاقلة في الصين.

لا يقدّم الشلل نقيضاً لحالة الرعاش إلاّ ظاهرياً، فهو يجعل المصابين يدركون مدى انعدام الحركة والمرونة في أعماق نفوسهم، على الرغم من كل الأمور المؤثّرة التي طالما بذلوا جهودهم لتحريكها. يرغمهم الجسد على معرفة أنهم عاجزون عن التأقلم مع أشد التغيّرات ضرورة للحياة، وحينما يمتدّ الشلل إلى الرئة يسبّب الوفاة، ويجسّد التنفّس المشلول اتصالاً مشلولاً بمعنى مزدوج؛ فالرئة هي ثاني عضو اتصال لدينا بعد الجلد، ولما كانت مسؤولة عن تلقّي الطاقة، فإن الإمداد بالطاقة ينشلّ ويتعطّل مع شلل التنفّس، سواء أكنا لا نقصد بذلك سوى الأوكسجين الضروري لعمليات الأكسدة في الجسم، أم كنا نقصد البرانا طاقة الحياة، وفقاً للنظرة الشرقية، ويبين العرض أنه لم تعد تدخل إلى الجسم أي طاقة حيوية، والكلام أيضاً وثيق الصلة بعضو الاتصال الرئة، فهو يقوم على تعديل تيار التنفّس، وتعكس مشكلات الكلام المتزايدة في سياق المرض اضطراب

الاتصال والتواصل. لا يغدو الصوت أضعف وحسب، بل يغدو متقطّعاً أيضاً. وحينما لا يعود الكلام مترابطاً، يغدو محتواه غير مُلزِم، ولا يعود الاتصال يُنتج أي روابط أو قواسم مشتركة.

لا شك في أن عضو الاتصال الآخر، الجلد يكون مصاباً أيضاً؛ يكفي أن نتذكّر ما يُسمى المثّ (Seborrhoe) و "الوجه المدهون أو الممسوح" الناتج عنه. يمكن لعرق الخوف الملاحَظ في الوجه أن يعبّر عن خوف دائم من الموت من جهة، ويمكن *لعرق الوجه* أن يرمز إلى بذل الجهد لبلوغ شيء ما في العالم من جهة أخرى. أخيراً ثمة شيء ممسوح في هذا الوجه يمكن أن يشير إلى صلة بالمقدّس. "المسيح" يعني الممسوح، وكان الملوك في السابق يُمسَحون إجلالاً. هكذا يتجلّى هنا أيضاً مطلب هبط إلى الظلّ، فالمصابون يظهرون لامعين متألّقين، إنما في المستوى الجسدي فقط، فقد هوى اللمعان إلى الظلّ، وهو ينتزع الانتباه في الجسد.

كثيراً ما نجد في سيرة حياة المصابين ادّعاء عالي السقف بتحقيق إنجازات لامعة بعرق الجبين، ولكننا نجد إلى جانبه الخوف من الفشل ومن عدم إنجاز ما هو جوهري، وغالباً ما لا يبقى من الأعمال الرائعة سوى الجهد المعرِّق، وفي معظم الحالات يكون الهدف الأعمق (نفسياً) والأسمى (اجتماعياً) في الوقت نفسه بعيد المنال، وحتى عندما يفوزون باللمعان والمجد، يبقى المصابون غير مشبعين ولا راضين في أعماقهم، وتكون نتيجة جهودهم في الخارج مكتوبة في وجوههم، وهنا يكمن أيضاً مفتاح وضعهم، فهم لا يكشفون عن وجههم الحقيقي، بل عن قناعٍ "جيد التزييت".

والحق أن أولئك الأشخاص تحديداً الذين يبلغون مراكز مرغوب فيها، مثلما يسعى إليها مرضى باركنسون، وغالباً ما يفوزون بها أيضاً، نادراً ما يكونون قادرين على الكشف عن وجههم الحقيقي، فالطبيب مثلاً عليه أن يكون في حالة لائقة وسليمة على الدوام، وأن يكون في جاهزية دائمة للانطلاق بسرعة البرق في سبيل البشرية المتألّمة. بذلك قد يهضم حق حاجاته الخاصة، أو بالأحرى قد يستغلّ صورة المهنة الاجتماعية للتهرّب من مواجهة وجهه الحقيقي ومهمته الداخلية. كما قد يبرز هذا الموضوع عند المحامين والسياسيين وغيرهم من الشخصيات العامة.

لا شك في أن ما تُسمى الاضطرابات الاغتذائية في الجلد تؤدي دورها هنا، إلى جانب الميل إلى التعرّق، وتبوح العيوب الناشئة عن ذلك بمدى اضطراب سطح التماس مع العالم المحيط. تتمثّل غاية الجلد كعضو في إقامة العلاقات العطوفة والحنونة مع العالم المحيط من جهة، وفي فصل الإنسان وحدّه عن هذا الأخير من جهة أخرى، ولكنه يكون ناقص الإمداد، وبالتالي مهمَل بالمعنى المجازي.

تؤكّد خصوصيات المشي تفسيراتنا حتى الآن: قياساً إلى ادّعائهم لا يتقدّم المصابون سوى بخطوات قصيرة ومتقاربة، كما ذكرنا. فضلاً عن أن لديهم ميلاً إلى السقوط إلى الأمام، ذلك أن اندفاعهم إلى الأمام في الأعلى أسرع من استجابتهم للواقع في الأسفل، ويُظهِر الجسد في كل خطوة التناقض بين الإرادة والمقدرة.

حتى عندما يتعلق الأمر بأشخاص نشيطين وخفيفي الحركة وناجحين، وفقاً للمعايير الخارجية، فعلوا كل شيء كي يُظهِروا لأنفسهم ولمحيطهم أن أحوالهم في تصاعد مستمر، يبقى الاشتباه قائماً بأنهم غير قادرين على تلبية مطلبهم عالي السقف بالتقدّم في المستوى النفسيالذهني، ويؤكّد الخطّ مع كل سطر كيف تنحدر الأمور كلمةً كلمة، مثلما يدلّ المشي والوضعية المنحنية التي توحي بالغمّ والانكسار على أن الأمور تتدهور خطوةً خطوة، ويفيد الصوت الناضب والخافت بأن قوى التعبير تضعف وتتراجع، فهو يشدّد برتابته على نمطية التعبير، وبطابعه المتقطّع على غياب الإلزام، وبوصفه مقياساً للمزاج يبوح بنوع خاص من الاستسلام المتزايد في العمق.

تتفق صورة الإنهاك مع الموجودات الطبية المؤكَّدة حتى الآن، وتبدو الحال كما لو أن الدوبامين، تلك المادة الناقلة أدرناليني الفعل قد استُنفِذَت جراء فرط النشاط والفاعلية، ويمكن إثبات وجود تنكّس مع زوال اللون في ناحية المادة السوداء (Substantia nigra)، وهي منطقة في الدماغ سوداء اللون، وتكون النتيجة رجحاناً نسبياً للقطب الأنثوي في نشاط الدماغ، فالقطب الذكري منهَك بعد أن بولِغَ فيه زمناً طويلاً، ويتم إرغام المصابين على الانتقال إلى القطب المضاد، ولا يبقى أمامهم إلاّ إظار الهدوء والراحة، بناءً على الشلل والجمود، حتى لو استثار هذا الخوف والرجفان، والحق أن المرضى لا يشعرون أنهم على ما يرام إلاّ في حالة النشاط والفاعلية التي يخفّ فيها الارتعاش على الفور أيضاً، وترمي الكثير من الميول التي ترغم عليها الصورة المرضية، إلى التجدّد وصولاً إلى تعزيز سيلان اللعاب الذي يشير إلى الجوع والنشاط الهضمي. حتى عندما يجري ريق المصابين في كل مناسبة، فإن الأمر يتعلق أولاً بهضم الحياة المنصرمة المليئة بالنشاط، ومن الجدير بالذكر في هذا السياق خبرة طبيب النفس والأعصاب الأمريكي أوليفر ساكس الذي يقول: "باستطاعة مريض باركنسون العاجز عن الحركة أن يغنّي ويرقص، وحينما يفعل ذلك يتخلّص تماماً من الإعاقات التي يسبّبها مرضه..."[1]. إذاً فكفاءات القطب الأنثوي سليمة إلى حد بعيد ومفتوحة أمام المريض.

١- أوليفر ساكس: *الرجل الذي خلط بين زوجته وقبّعة*. هامبورغ 1987، ص 136.

تشهد القدرة الجنسية المضمحلّة والضعيفة على تناقص إمكانية معاشرة الجنس الآخر، وبالتالي الانخراط في القطبية، وتكون النتيجة الطبيعية نقص الخصوبة في المجال الواقعي الملموس كتعبير عن النقص الموافق بالمعنى المجازي. لقد بالغ المريض في جهوده في استعراض خصوبته من هذه الناحية تحديداً، وها هو جسده يبين له أن هذا الزمن قد ولّى.

من الوصفي أن تُلاحَظ في باركنسون كمرض عصبي تدريجياً مشكلة تناسق ومشكلة تواصل، فالصلة بين الداخل والخارج مصابة كذلك، مثلها مثل الصلة بين الأعلى والأسفل، ويشهد الوجه المقنَّع الجامد على الصعوبات القائمة في عكْس الحدثيات الداخلية نحو الخارج وفي التوافق داخلياً مع الوقائع الخارجية. يبوح المشي الإشكالي بصعوبات تناسق بين الأعلى والأسفل، بين الواقع النفسي الذهني والواقع الجسدي، وتكون الصلة بين الفكر والواقع أشد إشكاليةً بكثير مما يقرّ به المصابون. أما الكلام والكتابة بوصفهما إمكانيتي إبلاغ وإخبار كلاسيكيتين، فيُظهِران ميلاً وصفياً إلى الانهيار.

يكاد التناقض بين الادّعاء الداخلي والنجاحات الخارجية لا يتضح عند أي مريض باركنسون مثلما يتضح عند ماو تسي تونغ، فبعد انتصاره العسكري على القوميين بدأ حملته الكبرى الأولى تحت شعار "القفزة الكبرى نحو الأمام" التي يفترض بها إعادة بناء الصين من أساسها، وقد تحوّلت هذه الحملة إلى فشلٍ ذريع أباد ملايين الناس، بدلاً من أن تجعلهم أناساً جدد وسعداء كما وعدت. لم تجد الأفكار والتصورات الثورية أي صلة لها بالواقع الفلاّحي للحياة الريفية الصينية، بل حرمت هذه الأخيرة من أساس معيشتها ومورد رزقها. لا شك في أن سير التاريخ الصيني المُقرّ به بشكل حاسم بدءاً من هذا التوقيت من قبل ماو، يوافق مشية مريض باركنسون ماو، حتى لو لم يكن هذا الأخير آنذاك مريضاً بشكل ظاهر بعد. يمثّل تعجّل الجزء العلوي من جسمه صورة كاريكاتيرية لحياته، فالرأس المليء بالأحلام بعيدة المنال يندفع إلى الأمام، ويفقد الاتصال مع الواقع المادي الذي يرمز إليه الجسد. صحيح أن أفكار ماو طبعت الصين بطابعها، ولكن جسم الشعب المتثاقل لم يجاريها، وهكذا صارت حملة "القفزة الكبرى نحو الأمام" إلى *سقوط* لا مثيل له، ولم يكن بالإمكان التأثير إرادياً إلا بالكاد في الحركة الجبّارة المخطَّط لها بأحسن النوايا، فقد سارت الأمور باتجاه الكارثة بشكل مباشر، مثلما يتّخذ سقوط مريض باركنسون مساره لاإرادياً، ولا يزال الصينيون إلى اليوم يعانون من تبعات حملة ماو الكبرى الأخيرة، وهي الثورة الثقافية، ومن جديد لم يكن

باستطاعة النظرية الثورية قلب الواقع إلا بأشد أشكال العنف وأقساها، فهي لم تدخل إلى قلوب ورؤوس الناس الذين كانوا هدفها، ذلك أنها كانت أبعد عن الحياة الواقعية حتى من "القفزة الكبرى" الأولى، وهكذا تحوّلت الثورة الثقافية أيضاً إلى خيبة أمل *وسقوط* مخيف.

كان تأثير ماو في الصين قوياً جداً، أو بالأحرى كان ماو يمثل صورة مرآتية دقيقة لهذه الأمبراطورية العملاقة إلى درجة لا تزال هذه الأخيرة تحمل بصمة صورته المرضية حتى بعد موته الباركنسوني، فجهاز السلطة المتصلّب والمتحجّر الذي لم يرغب فيه يوماً، ولكنه كان يرمز إليه بطريقة قوية وملحّة، لا بل جسدية، لا يزال يقمع محاولات التجديد الفكرية حتى اليوم، وقد حاصر بذلك أمنية ماو في الثورة المستمرة التي تُبقي المجتمع في حركة متواصلة. كتب عالم الباتولوجيا النمساوي هانس بانكل عن جمهورية الصين الشعبية ما يلي: "ثمة 9 ملايين إمرأة مسنّة تراقبن بني وطنهن بمهمة رسمية، وبذلك يتم إرهاب وردع كل شيء: الإنسان والأسرة والمجتمع في حالة من الجمود، وضعيتهم منحنية ويرتعشون. كما بات الكلام غير مفهوم، وتعطّل التواصل مع العالم المحيط. إنها سخرية القدر المُفجِعة أن تنتقل أعراض مرض ماو الباركنسوني في خلَفه إلى الشعب بكامله"[1].

مثلها مثل الصور المرضية الأخرى تسمح متلازمة باركنسون أيضاً للوجه أو بالأحرى للنموذج الحقيقي أن يطلّ بطريقة مفزعة من خلف الأعراض، ويصير بذلك إلى صورة كاريكاتيرية، وقد يمثّل القناع الجامد المزيَّت، بدلاً من الحيوية الفكرية المستعرَضة نحو الخارج، رمزاً لذلك.

تكمن المهمة في التحقيق المخلَّص للنموذج المعبَّر عنه في الأعراض. من هنا يتعلق الأمر بالقيام بخطوات صغيرة أو بالأحرى بالتخفيف من الغلواء، بعدم رفع الصوت بهذا القدر والالتفات إلى الجزئيات والتفاصيل المطلوبة، بعدم تكبير الحجر كما يُقال. لا بد من الالتفات إلى النوع قبل الكمّ، فدقائق الأمور ذات أهمية مركزية يتعلق الأمر في النهاية بالحركات الدقيقة قبل كل شيء. الوضعية المنحنية والميل إلى السقوط على الأنف يدعوان المريض إلى النظر *أمامه* مباشرةً إلى الأرض، ويتعلق الأمر بمراقبة الواقع المادي بحذر والعودة إليه، أو بالأحرى إلى أرض الواقع المرة تلو الأخرى، والخطّ الذي يصغر تدريجياً يلفت الانتباه إلى حقيقة تراخي الاندفاعة الأولى في سياق الحركة، ويكاد الخط المجهري يطالب

١- هانس بانكل: *كثير من الطرق تقود إلى الخلود*. فيينا 1990.

بـالتعبير عـن الأمـور بشـكل أصـغر وأكثـر واقعيـةً، فمـا كـان بهـذا الكبـر فـي بدايـة الطريق ينتهي متواضعاً ومتصاغراً تماماً. لا بد من القبول داخلياً بهذه المعلومة المعبَّر عنها في كل سطر مكتوب.

أسئلة

1- *ما هي المشاعر التي أداريها وأخفيها خلف وجهي عديم التعبير؟*
2- *أيّ ذعر يسري في أطرافي؟ ما الذي يعقد لساني؟*
3- *هل يجعلني الخوف من الموت جامداً كالميت؟*
4- *ما هو الخوف، ما هو الطموح الذي يُربكني داخلياً ويحول دون هدوئي الداخلي؟*
5- *ما هو الهدف السامي الذي يجعلني قلقاً ومضطرباً وغير راضٍ على هذا النحو؟*
6- *علامَ أبني تواصلي غير المُلزِم، بحيث أنه يحول دون العشرة أكثر مما يخلقها؟*
7- *فيمَ استهلكت قواي، وماذا تبقّى لي كهدف؟*
8- *أين أغالي في القطب الذكري الفاعل؟ بمَ لا أزال مديناً للقطب الأنثوي المنفعل؟ ما هي حال الطفل في داخلي؟*
9- *ما الذي لا يزال غير مهضوم في حياتي؟*
10- *أين راهنت على الكمّ في الخارج أكثر من النوع في الداخل؟*
11- *كيف هي علاقتي بالأعلى، كيف هي علاقتي بالأسفل بعالمي السفلي الخاص، كيف هي علاقة عالمي الداخلي بعالمي الخارجي؟*

يدعو التصلّب الهائل في الجسد إلى عيشه نفسياً في بحثٍ صارم عما هو جوهري. لا بد من إشراك المقاومات الظاهرة في المجال الجسدي في تحليق الأفكار عالياً. وفقاً لتشخيص الشلل الرعاشي ينبغي على المرضى أن يتعلّموا الحركة والهدوء. بدلاً من الجمود والشلل يفترض أن يحلّ الهدوء في مساعيهم المندفعة نحو الأمام، وبدلاً من الحركات المرتعشة في الجسد تُستحسَن الحركة النفسية. تتذبذب في الارتعاش إلى جانب الخوف، حالة من التأثّر والمساس تُفتقَد في المجال النفسي. يمكن تحقيق الخوف والضيق المعبَّر عنهما في الارتعاش والوجه الممسوح، في المزيد من تماسك الأفكار، ولا بد من استعادة العنصر المحلّق بعيد المنال إلى الأرض وتكييفه مع الحدود الضيّقة للواقع النفسي الخاص. ويمكن إنصاف مطلب الشهرة والمجد الذي ينعكس في الوجه الممسوح عن طريق خطوات تطور صغيرة لامعة. "المسيح"، أو الممسوح، هو لقب شرفي في الواقع

استحقّه يسوع التاريخي في طريقه، وهو يرمز إلى تطور يشمل النفس والروح، إلى جانب الجسد، ويربط الأعلى بالأسفل والداخل بالخارج، وكان يحُتفَظ به لأولئك الذين تحوّلت حياتهم إلى رمز لوحدة الإنسان والعالم، وهذا هو المطلب السرّي لمرضى باركنسون ومهمتهم.

رقص هنتنغتون أو الرقص الوراثي

تندرج هذه الصورة المرضية النادرة مقارنة بمرض باركنسون، ضمن المتلازمات خارج الهرمية ذات الحراك العام، وهي صورة مرضية تتهدّد المصاب كسيف مسلّط منذ الولادة، ولكنها لا تنشب إلاّ بين الثلاثين والخمسين من العمر. لما كانت هذه الصورة المرضية تنتقل وراثياً بالصبغيات الجسدية[1]، فإن احتمال إصابة طفل، أحد أبويه مصاب، يبلغ 50%. على خلفية ارتخاء عام في العضلات تحدث فجأةً حركات اندفاعية قوية لامتناظرة غالباً في الأطراف وفي عضلات الوجه قبل كل شيء. من هنا أتت تسمية الرقص. يُضاف إلى ذلك تراجع تدريجي في قدرات الوعي وصولاً إلى الخرف، وغالباً ما يظهر عدم استقرار عاطفي واختلال عقلي، وكما هي الحال في باركنسون تقوم الأعراض من الناحية البيوكيميائية على اضطراب في استقلاب النواقل العصبية، تلك الرُسُل المتواجدة في النهايات العصبية.

تحظى الصورة المرضية بخصوصيتها عبر قسوة ظهورها في النصف الثاني من العمر والمهلة الطويلة التي تعطيها لضحاياها قبل ذلك، وكأنها تريد تعليمهم قبول حتمية القدر واستغلال الوقت الممنوح لهم، فالخطر المستقبلي يقوّي الضغط من أجل الاستمتاع باللحظة والعيش في الهنا والآن، ومن غير النادر أن تقود هذه الصورة المرضية جراء قسوتها الوحشية إلى طريق مخيفة. ليس أمام المصابين في النهاية أي فرصة للهروب من عبارة الصلاة الربّانية "لتكنْ مشيئتك"، فهم مولودون مع هذه المهمة، ويعلمون بها حينما يظهر المرض على المصاب من أبويهم على أبعد تقدير. هذا ما يقود على الأرجح إلى طرح مبكر للسؤال عن مغزى الحياة وإلى الاشتغال بموضوع الـ Religio، الصلة الراجعة

١- يقع جين الرقص على الشفع الصبغي 22 (صبغي جسدي) وتبلغ نسبة رجحانه على الصبغي المطابق السليم 50%.

بالعلة الأولى، فإمكانية أيجاد السعادة الدنيوية في العالم المادي مشكوك فيها منذ البداية، ويمكن لصلة الإنسان الراجعة بأصله وعلاقته بالوحدة فيما وراء الأضداد أن يصبحا محور الانتباه بشكل مبكر، والسؤالان المركزيان "من أين؟" و "إلى أين؟" يطرحان نفسيهما بشكل أبكر من المألوف، ومعهما المهمة التعلّمية إنه موضوع "القدر" قبل كل شيء، والذي وُضِع في مهد المصابين.

إذا رفض المصابون تهديد القدر لا يبقى أمامهم سوى الهروب الشامل *والفوضوي* من مصيرهم الخاص، وقد يؤدي هذا الأخير إلى حرص على الحياة وتعطّش لها لا يُصدَّقان، وإلى محاولة عيش ما أمكن بأسرع ما يمكن. حتى مع هذه المحاولة يتعلّم المصابون، بمعنى مهمة تعلّمية، أن يتباهوا ويثبتوا أنفسهم. فالشباب الخاص يعني في هذه الحالة كل شيء، ويتحوّل المصابون إلى صورة كاريكاتيرية عن هذا المجتمع الذي يحسّ بما يشبه ذلك، ويُرجَّح أن ينشأ عراك مع القدر القاسي وإسقاط للذنب على الأهل قبل كل شيء، ولا يزال إلقاء اللوم على الأهل من حيث أنه كان من الأفضل لهم عدم إنجاب الأطفال، يُعدّ من النصائح البسيطة التي تتفق مع توصيات الطب في الوقت نفسه.

لا شك في أن إسقاط الذنب يمثل الضرب غير المخلَّص من الاشتغال بإشكالية الإرث الأسري. في هذه الحالة تصبح المهمة "الموروثة" والمتولاّة بشكل إجباري بيّنةً ولا يمكن التغافل عنها. يبين علم الوراثة شأنه شأن خبرات الطب النفسي، كم نحن أبناء أبوينا. إذا كان بإمكان رفض الإرث القانوني أو الشرعي، فإن الإرث الجيني والنفسي يلازماننا في كل الأحوال[1]، ويطفو هنا إرث الآباء ثقيل الوطأة، كما تتذبذب في ذلك لعنة الموروث من الأزمنة القديمة، بل حتى كارما الهندوس الأسرية. يحلو لنا، نحن المعاصرون، أن نوجد في هذا العالم بصورة جديدة ومستقلة استقلالاً تاماً، ولكن صورة مرضية كالرقص، تثير رعباً لا حدّ له، تثبت بكل قسوة ووضوح أن الحال معاكسة تماماً. لقد كانت هذه الصورة المرضية تثير الفزع فيما سبق أيضاً، ذلك أنه كما يُرى في المصابين أشخاص ملعونون أو مسكونون، ولا بد أن الطبيب النيويوركي جورج س. هنتنغتون كان قد قرّر بحث هذه الصورة المرضية ودراستها، حينما شاهد كيف أهان المارّة أمّاً وابنتها وشتموهما بوصفهما من الإبالسة، وذلك عندما باغتتهما الهجمة على الملأ.

إن رغبة المصاب المفهومة في حشد كل طاقته وصبّها في مرحلة الشباب، وإهمال العمر بدءاً من أواسطه لا تتفق مع تقويمنا المنطقي والطبيعي لمراحل العمر وحسب، بل هي تعبير غير مخلَّص عن نموذج الحياة الأزلي المشترك بين

١- ثمة اتجاه في العمل على الوعي، أسّسه روبرت هوفمان من الولايات المتحدة الأمريكية، يعالج علاقات الأبوين بشكل مكثّف مدة أسبوع واحد، وبعد هذا الأسبوع يمكن ردّ جميع النماذج الخاصة إلى أحد الأبوين، وقد تم تبنّيها مباشرةً أو قلبها إلى نقيضها.

الأديان والكثير من الثقافات: هجر الطريق والانخراط في العالم، وبعد أواسط العمر الرجوع والعودة إلى الوسط الخاص.

في هذا المنحى يمكن أيضاً تفسير الخرف الذي يبدأ مع نشوب الأعراض ويتزايد بشكل متواصل. يتقاعد الدماغ كمركز اتصال ببطء، ولكن بشكل مؤكّد، ويعتزل السلطة، ويتنازل المرضى عن كل مسؤولية، ويغرقون في الجمود بشكل متزايد إلى أن ينقطع اتصالهم مع العالم المحيط تماماً، وتشفّ الأعراض غير المخلَّصة التي توافق هروباً كاملاً من المسؤولية، عن جانبها المخلَّص المتمثّل في مهمة إعادة التوجّه بعد أواسط العمر والالتفات نحو الداخل، ويتكشّف في تراجع الاهتمام بالعالم المحيط المبدأ البوذي "كل شيء سيّان"، أو Uppekha، الذي يرى فيه الشرق مبدأً جوهرياً من أجل طريق التطور. بوجود هذا القدر المحتّم المقبل على المريض لعل من الحكمة وضع هذه الإمكانات المخلَّصة نصب العين قبل نشوب الأعراض.

إن العرَض المشهدي المثير المتمثّل في الحركات اللاإرادية ذات الطبيعة الراقصة يشبه تفريغات تلقائية لطاقة محتبَسة. يظلّ المرضى يعانون من نقص شديد في التوتّر إلى أن تداهمهم هجمة حركية تستدرك ما فات بشكل مبالغ فيه، فهم *يقدّمون رقصة* بكل معنى الكلمة، وهنا يُطرح السؤال: "ما الذي أصاب عقلك؟"، وتستفسر اللغة الشعبية بذلك عن نوع من الجنون أو المسّ في جميع الأمراض التي تداهم صاحبها فجأةً على شكل هجمات. على أي حال هناك جزء كبير من الطاقة قد هبط إلى الظلّ، وهو يشقّ طريقه في الهجمة بشكل مشهدي، جاعلاً من المرضى محطّ الأنظار تلقائياً، وكأن طاقة رقصية تنفرغ بشكل انفجاري، وكل رقص هو في النهاية تحويل للطاقة وإخراجها في شكل مقيّد طقسياً، وتذكّر الحركات الغريبة لا سيما في اليد والقدم بوضعيات رمزية مثل المودرا في منظومة اليوغا. ارتباطاً مع قدرية الحدث الواضحة، حتى للإنسان الغربي، يشتد الاشتباه هنا بوجود مهمات تم إدخالها في الحياة ويجب أن تُعاش، وليس أمام المصابين فيما يبدو سوى اختيار كمّ الوعي الذي سيواجهون به الموضوع المطروح، ومن المرجّح أن الأمر يتعلق في جميع الحالات ببقايا من سلاسل رقصية طقسية لا بد من تنفيذها وتحقيقها من دون وعي الأنا وبلا انتظار، إذ إن هذا ما يفعله المرضى بالضبط. يبدو أنهم مدعوون إلى وضع طاقتهم تحت تصرف طقوس الرقص هذه، ولكن بما أنهم يفتقدون إلى إدراك وفهم عمق هذا الحدث، فإن النماذج لا تحقّق درجة تأثيرها الأصلية، وتتكرّر بفواصل من دون أن تُحدِث ارتياحاً حقيقياً مستديماً. مع ذلك فإن استحالة قمعها أو إيقافها تبين مدى أهميتها.

بدلاً من منع هذه العواصف الحركية حري بالهدف العلاجي أن يتمثّل في حثّ المصابين وتشجيعهم على الذهاب طوعاً ومن تلقاء أنفسهم إلى الحدود القصوى من التوتّر والاسترخاء، وعلى الانغماس جسداً وروحاً في رقصات وجْدية

وفي إمكانات التجدّد العميقة، وعلى ليّ الجسد وفتله كي يُخرجوا بالرقص كل التواء أو فتل في النفس، وعلى التكشير في وجه الحياة، ونسيان أنفسهم، والاستجابة لمدة وجيزة لعاصفة العالم الداخلي الخاص ونزوعه. ثمة مثل أعلى طقسي عند الهنود الحمر في أمريكا الشمالية هو طقس إحياء الحلم بالرقص أو رقصة الحلم في اليقظة.

لعل قصة المغنّي الأمريكي المعارض وودي غوثري وابنه آرلو تبين مدى التقارب بين العصيان المتّقد ضد هذا القدر والخضوع له. لقد أنشد وودي للفلاّحين النيويوركيين الجياع أشهر أغنياته، وهي "This land is your land"[1]، كي يحرّكهم ويحثّهم على الثورة. كانت حياته كلها احتجاجاً على أمريكا الرسمية القائمة في زمانه، وقد تسلّم ابنه آرلو هذا التقليد من والده، حتى قبل أن يتوفّى هذا الأخير برقص هنتنغتون، وأصبح إحدى الشخصيات الثقافية في نضال الشبيبة الأمريكية ضد حرب فييتنام، وفي سبيل تقرير المصير، ورفع اليد عن العقاقير الموسِّعة للوعي، وقد تحوّل آرلو غوثري لاحقاً من مغنٍّ معارض ملتزم إلى باحث ملتزم على طريق تحقيق الذات.

أسئلة

1- *أين أسمح بجريان الطاقة؟ أين أميل إلى الاحتقان، ثم إلى التفريغ الانفجاري؟*
2- *متى أميل إلى تقديم رقصة لا تتناسب إطلاقاً مع الموقف؟*
3- *إلى أي حد أجد الوسط بين الراحة والنشاط؟*
4- *ما الدور الذي يؤديه السؤال عن المغزى في حياتي؟*
5- *هل أنا على استعداد لتحمّل المسؤولية عن قدري؟*
6- *كيف هي علاقتي بمراحل الحياة، بالشباب والشيخوخة؟*
7- *ما هو "العبء الوراثي" الذي عليّ تخليصه من الناحية النفسية؟ هل من وصية من أسلافي إليّ؟*
8- *ما مدى الوعي في صلتي بالطقوس؟ إلى أي حد حياتي عبارة عن طقس؟*

السكتة

ما يحصل في السكتة عبارة عن انقطاع في السُبُل العصبية المركزية، مما يؤدي إلى شلل شقّي يدعى بالفالج، *يعطّل* جانباً كاملاً من الجسم. ثمة

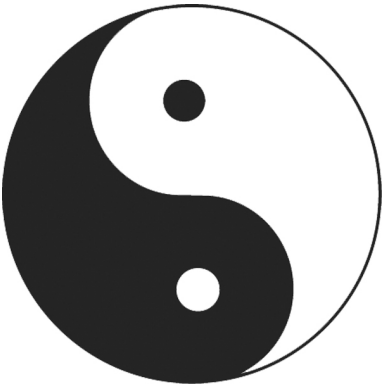
١- "الأرض أرضك": وتقوم بقية نصّ الأغنية بشكل رئيس على وصف طبيعة أمريكا الشمالية.

دلالة حاسمة للجانب المصاب هل هو الجانب الأيسر الأنثوي أم الجانب الأيمن الذكري، وهل المصاب رجل أو امرأة، ويُسفر هذا عن أربع حالات أساسية.

يقدّم ارتفاع الضغط الدموي قبل كل شيء مع عواقبه، القاعدة التي ينشأ عليها الحدث المرضي، وقد تناولنا الحالة النفسية الأساسية المقترنة به بالتفصيل في كتابنا مشكلات القلب[1]. بعبارة موجزة يتعلق الأمر بأشخاص مفرطي الفاعلية والنشاط يتصدّون بامتنان لكل كفاح كي لا يجدوا أنفسهم مضطرين لمواجهة كفاح حياتهم الحاسم. لا يمكن لأي ضربة أن تُحدِث أضراراً إلاّ إذا وقعت على ما هو قاسٍ ومتصلّب، فيتحطّم. هذه هي الحال في معظم السكتات، وذلك بناءً على حدثيات تكلّسية، فهي تقوم إما على انسداد وعائي بخثرة، أو على تضيّقات وعائية ناجمة عن تصلّب الشرايين مع نقص في إمداد النسيج الدماغي، أو على تمزّق وعائي مع نزف دماغي موافق. تحدث السكتة عادة في السرير أو في المرحاض، حيث ينخفض بسرعة الضغط الجهدي القائم، ويمكن أن تصاب جميع الوظائف. إذا أُصيب مركز التنفّس، على سبيل المثال، أدى ذلك إلى الموت الذي يعلن عن نفسه عندئذ بما يُسمى تنفّس شاين ستوكس. حيث تحدث فترات طويلة ومقلِقة من توقف التنفّس، تتلوها حركات تنفّسية عميقة بنوعٍ خاص من أجل المعاوضة. إذ يكون التوجيه الحقيقي للتنفّس قد فُقِد، وتتولّى الأمر آليات طوارئ في اللحظة الأخيرة.

في السكتة الوصفية تُصاب السُبُل الناقلة المركزية قبل منطقة تصالبها باتجاه الجانب المقابل، فإذا حدث الحصار في نصف الدماغ الأيسر مثلاً، كانت الإصابات في الجانب الأيمن من الجسم. أي أن القطب الذكري هو الذي يُصاب من الناحية الرمزية في هذه الحالة، ذلك أن الجانب الأيمن من الجسم الذي يُمسَك به سيف السلطة، والنصف الأيسر من الدماغ محسوبان على القطب الذكري. ويزوّدنا رمز تاي تشي بصورة عن هذا التقسيم:

١- انظر فصل ارتفاع الضغط الدموي في ر. دالكه: *مشكلات القلب*. ميونيخ 1990.



يوافق الجانب الأيمن من الجسم حقل يانغ الذكري الأبيض، ويضمّ في مركزه النقطة السوداء التابعة للمبدأ المقابل، مبدأ يِن الأنثوي المعبَّر عنه في الجسد بنصف الكرة الدماغية الأيمن الأنثوي. بالمقابل تقع في مركز حقل يِن الأنثوي الأسود المقابل نقطة يانغ الذكرية البيضاء، وهي توافق نصف الكرة الدماغية الأيسر الذكري في وسط الجانب الأنثوي من الجسد. إذا حدث العيب في نصف الكرة الدماغية الأيمن (الأنثوي)، كانت الإصابات في النصف الأيسر الأنثوي من الجسد.

يكاد الجانب المصاب يُنتزَع من المريض، فهو لا يشعر به ولا يعود يتعرّف إليه بوصفه جزءاً منه وينتمي إليه. ثمة مريض أُصيب بالسكتة ليلاً، فشعر أن رجل زوجته هي التي تزعجه في السرير، وحاول دفعها بعيداً عن نصف السرير الخاص به، ولم يدرك إلاّ بعد محاولات طويلة وغير مجدية أن الأمر يتعلق برجله هو، والتي كان قد فقد أي صلة بها.

وكأن دراما الخلْق تتكرّر في هذه الصورة المرضية، حيث أخذ الرب من الإنسان الأول آدم جنباً[1]، ليشكّل منه حواء مستخدماً لهذا الغرض أيضاً النصف فقط، وانقسم البشر منذ ذلك الوقت إلى نصفين، وباتت مهمتهم تتمثّل في العثور على "نصفهم الجميل" الآخر، والإنسان الذي يتكرّر في جسده فعل الخلْق، يكون مصاباً في كلّيتة بالطبع، وسواء أُخِذَ منه نصفه الأيسر الأنثوي أو نصفه الأيمن الذكري، فهو محكوم عليه في كل الأحوال بالارتباك والعجز. أما وأن الجانبين كليهما تحوّلا إلى مهمة المصاب الذي بات أحادي الجانب، فهو أمر يتجلّى في الصورة المرضية وفي التعاطي العملي معها، وبينما يرقد المريض في السرير كسيراً، ويُعرِض عن جانبه المصاب يوجّه بصره تلقائياً إلى الجانب الآخر، وبالتالي إلى بؤرة المرض في دماغه. حتى في الإجراءات العلاجية التأهيلية،

١- تصرّف لوثر بالترجمة في هذا الموضع واستخدم "الضلع" بدلاً من "الجنب".

حينما يشرع بتحريك وتشغيل جسده ثانيةً بعناء، يكون بحاجة إلى الجانب السليم بشكل مشدّد، ولكنه مضطر إلى توجيه نظره واهتمامه كلياً إلى الجانب المريض.

لقد هوت مهمة البحث عن نصفهم الآخر عند المصابين بالسكتة إلى الجسد، وبالتالي راحت تطرح نفسها بإلحاحٍ أشد، ومعظم الظن أنهم لم يعالجوا هذه المهمة في مجال الشراكة ولا في نفوسهم حتى الآن، وقد يتجسّد مثل هذا الإهمال لأحد النصفين في إصابة هذا الجانب وغيابه في النهاية. هكذا يبين القدر للمصابين نصفيّتهم أو عدم كمالهم، وأنهم يجرّون جانبهم الآخر عبر الحياة كمجرد ملحق لا أكثر، أو حتى كعبء، ويصبح هذا الوضع في العرَض واعياً جداً، إذ يضطر المصابون إلى جرجرة الجانب *الغائب* خلفهم بمساعدة الجانب السليم، ويلاحظون الآن أنهم لا يمضون قدماً في الحياة وأنهم عاجزون عن جعل أي شيء في قبضتهم من دون اليد الثانية، طالما هم أحاديو الجانب بهذا الشكل، وتشي زاوية الفم المتدلّية في الجانب خائر القوى بمزاجهم وبمدى أهمية جانبي الوجه كليهما في تعبير المرء عن نفسه بشكل مناسب.

إن ما يوصف غالباً بأنه صاعقة ضربت على حين غرة يضع المصاب في الحقيقة وجهاً لوجه مع مواضيع مؤجَّلة، فالمسألة كانت تختمر منذ زمن طويل، و "الغيوم" التي انبثقت عنها العاصفة كانت تتجمّع منذ مدة طويلة، وأمارات العاصفة كانت متوافرة في السماء الملبّدة، وذلك نتيجة أحادية الجانب. غير أن إشكالية الجانب المهمل غالباً ما تكون غريبة عن المصابين إلى حد أنها تداهمهم شخصياً من دون تمهيد، وتصل قلّة مشاركة الجانب المعني من جسدهم ونفسهم في الحياة في بعض الأحيان إلى حد أنهم لا يواجهون غيابه بشكل صحيح إطلاقاً، وهم يعبّرون بإعراضهم عن الجانب المشلول عن أنهم لا يعلمون عنه شيئاً، فعيونهم مصوَّبة إلى الجانب المقابل، وينظرون إلى بؤرة الحدث الدماغي، وبالتالي إلى أصل العلّة.

عندما ابتُلِيَ رئيس دولة جنوب أفريقيا الأسبق بالسكتة، وتعطّل جانبه الأيسر الأنثوي، لم يرَ في هذا أي مبرّر لاعتزال شؤون الحكم، وبوصفه ممثّلاً للنظام العنصري كان رمزاً لقمع القطب الأنثوي (الأسود)، وحينما زال هذا الأخير من حياته الشخصية أيضاً، لم يفتقد للكثير فيما يبدو، والحق أن شخص رئيس الدولة الذي انكشف الآن تحيّزه وأحادية الجانب لديه في الظاهر أيضاً، بات بالنسبة لزملائه في الحزب صادقاً أكثر مما ينبغي، وكان لا بد من مجيء رجل آخر لمواصلة السياسة أحادية الجانب، وربما بغية الإفلات من قدر سلفه، أو لصون البلد من النكسات والسكتات السياسية، نقل هذا الأخير دفّة سفينة الدولة بحذر باتجاه الوسط.

ليس في السياسة فقط يمكن للسكتة أن تصير إلى بداية جديدة، فجميع الإجراءات العلاجية تهدف إلى ذلك أيضاً. يجب على المرضى أن يتعلّموا من جديد، كصغار الأطفال التعامل مع الجانب المصاب، وتهدف التمارين العلاجية بشكل أساسي إلى الالتفات إلى الجانب *الغائب*، ويتم تدوير الرأس المُدبِر نحو الاتجاه المهمَل، بل المزدرى المرة تلو الأخرى، وهكذا يتعلّم المصابون في العمر المتقدّم أن لديهم جانبين، وأن ثمة طبيعتين تسكنان صدورهم.

هكذا تكشف السكتة أنها الأداء القهري للمهمة التي صاغها ك. غ. يونغ، والمتمثلة في إدماج جانب الظلّ. يرى يونغ أن كل رجل يفتقد في الوعي لجزئه الأنثوي، أنيما، وكل امرأة تفتقد لجزئها الذكري، أنيموس، ومع تقدّم العمر يلحّ هذا الجزء المضاد على التحقّق بشكل متزايد، وفي السكتة يرتدّ الجانب *المشلول* وكأنه ينسلخ عن امبراطورية الجسد ويتمرّد على جميع الأوامر. كما يكفّ عن إبلاغ المركز المشترك بأي معلومات راجعة، فهو في حالة إضراب، ومقاطعة، ويتماوت، ولا بد للمصابين المقاطَعين الآن أن يتنازلوا ويتواضعوا، وأن يفعلوا جسدياً ما كانوا قد رفضوه نفسياً: الاهتمام بنصفهم الآخر كما لم يسبق أن فعلوا.

يتعلّم المصابون بتمارين صغيرة خطوة خطوة المشي من جديد، وكثيراً ما تُستعمَل لهذا الغرض عربة مشي تذكّر المصابين بوضوح بمساعدات المشي في الطفولة. أما في اليد فكثيراً ما تكون الانتكاسة أبلغ، ولا بد من تدريب القبض باليد من جديد، علماً بأن هذه الحركة فطرية وموجودة منذ الولادة. يتضح هنا رمزياً أنه يجب على المرضى أولاً أن يجعلوا حياتهم في قبضتهم من جديد وأن يتعلّموا *القبض*[1] على الأمور حقاً. يكون المصابون في الحالة الحادة عاجزين عن أخذ الأمور بيديهم الاثنتين، ويُطلَب من الأهل توجيه اهتمام مرضاهم باستمرار إلى الجانب المصاب، وذلك بالمسح والتربيت عليه المرة تلو الأخرى، وفي حين يحلو لهم التواجد إلى الجانب السليم من المرضى، يطلب إليهم الطبيب أن يتواجدوا عند طرف السرير المقابل. على هذا النحو يضطر المصابون إلى الالتفات إلى الجزء المعتَّم عليه من قبلهم، وتبوح الالتواءات الأفعوانية الغريبة التي يقومون بها عندئذ، بمدى صعوبة هذا الأمر عليهم، ومن غير النادر أن يواصلوا الآن أيضاً محاولاتهم التملّص من

١- قبض على الأمر بمعنى فهمه واستوعبه. -المترجم.

الوضع المزعج والمحرج، لمجرد أن لايضطروا إلى التفرّغ والاهتمام بنصف الحياة المهمَل. تكاد السكتات لا تحدث إلا في الثلث الأخير من العمر، والذي تحظى فيه مهمة إدماج القطب المضاد بأهمية مركزية، ومن أجل الشفاء لا بد من إدماج النصف الغائب أو الناقص، والإنسان بعد منتصف العمر مُطالب بأداء هذه المهمة ذات الأولوية، لا سيما أن الغائب يساوى نصف حياته.

أسئلة

1- *ما الذي تريد مشكلة ضغطي الدموي أو مشكلتي الوعائية أن تقوله لي؟*
2- *أي جانب أُخِذَ مني: الجانب الأيسر الأنثوي، أم الجانب الأيمن الذكري؟*
3- *من أي ناحية تجاهلت الجانب الضعيف من حياتي، أو أهملته، أو حتى احتقرته؟*
4- *هل أوكلته للشريك وتركته يعيشه؟*
5- *في أي ظرف حياتي كنت عندما أصابتني السكتة؟ في أي اتجاه يدفعني التحوّل غير المنتظَر؟*
6- *ما هو الدور الذي يؤديه حتى الآن قطبي المُضرِب، جانب الظلّ خاصتي؟ وما هو الدور الموكول له في المستقبل؟*
7- *كيف يمكن تحريك هذا النصف الآخر ودفعه إلى المشاركة؟*
8- *ما الذي لا يزال ينقص حياتي كي تكتمل؟ ما الذي يمكنه أن يجعلني سليماً وكاملاً؟*

التصلّب المتعدّد (Multiple Sklerose)

يصل عدد المصابين بهذه الصورة المرضية في ألمانيا إلى 50000 إنسان، ويتجاوز عددهم في العالم مليونين اثنين، وهم في بلدان الشمال أكثر منهم في بلدان الجنوب، مع "أفضلية" واضحة للنساء. غالباً ما ينشب المرض بين العشرين والأربعين من العمر، علماً بأن أماراته يمكن تتبّعها رجوعاً حتى الطفولة غالباً، وتعطينا تسمية التصلّب المتعدّد سلفاً إشارات *واضحة*، فهذا التعبير الذي يسحبه الطب على الجملة العصبية المركزية، يميّز كذلك النموذج النفسي الأساسي للمصابين، وهو نموذج يتصف بقسوة وتصلّب فائقين إزاء النفس وإزاء العالم. الأمر الذي غالباً ما يتمظهر في عدم الاكتراث بالحاجات الخاصة، وفي مبادئ وقيم أخلاقية قاسية وصارمة وغير مفهومة في بعض منها. من غير النادر أن تجسّد التصلّبات في الجملة العصبية المركزية تصلّبات في مواضيع الحياة المركزية، فاضطراب الاتصال بين الأعصاب، ولاسيما بين الأعصاب

والعضلات، يوافق انعدام التزام المرضى وقلة استعدادهم للتوسّط بين حاجاتهم الحيوية الخاصة ومتطلّبات العالم الخارجي. ما من يقين في الطب من الأساس الجسدي للتصلّب المتعدّد، والأمر المؤكَّد هو فقط تقويض الغمد العصبي المكوَّن من الميالين، مما يؤدي على المدى الطويل إلى فقدان الناقلية العصبية.

لهذه الصورة المرضية وجوه وأعراض كثيرة إلى حد أنه كثيراً ما يوضع تشخيص خاطئ في البداية، وحينما يوضع التشخيص يحلو للطب المدرسي التكتّم عليه بسبب قسوته وعدم قابليته للمعالجة[1]، ولا شك في أن هذا التصرّف المريب هراء لا معنى له عند مرضى التصلّب المتعدّد بالذات، ذلك أنهم، ومن غير معرفة التشخيص، وبناءً على نموذجهم النفسي، في حالة لا أمل منها أصلاً، وبما أنهم يدّعون أنهم يعملون بصورة أكثر من جيدة ويقومون بكل شيء على أكمل وجه، ويميلون فوق ذلك إلى التفتيش عن كل الذنوب عندهم شخصياً، فهم يجعلون من إصاباتهم المتنوّعة حالات ميئوس منها، وقد تصل بهم هذه الحال أحياناً إلى تقبّل التشخيص بارتياح نوعاً ما، حينما يعلمون به أخيراً، ذلك أنه يحرّرهم نهائياً من وصمة التمارض والتهرّب، ويقدّم لهم أخيراً ذريعة للتخلّص ولو قليلاً من نزوعهم إلى الكمال، فهم غير مضطرين الآن إلى أن يكونوا قادرين على كل شيء.

إن ميل المصابين إلى العضّ على الجرح وإلقاء الذنب على أنفسهم مقترناً بشيء من العناد وكبر الرأس، يمثّل أيضاً خطراً على التفسيرات القائمة. لا بد من الإشارة هنا مرة أخرى إلى أن الأمر لا يتعلق في هذه الأخيرة بأي تقييم، حتى لو كانت اللغة المستخدمة توحي بذلك، إنما يتعلق الأمر دائماً بتفسير. عندما يفسّر المرء حياته بجميع مظاهرها، لن تكون حياته أفضل أو أسوأ، إنما تحظى بالمعنى ليس إلاّ.

على الرغم من تنوع الأعراض، فهي تبرهن على نموذج أساسي *واحد*. يقوم فرط الحساسية الألمية الشائع في العمود الفقري على الحدثيات الالتهابية الجارية في عمق هذه الناحية، وهي تشير إلى صراع كامن في سبيل الاستقامة، صراع يبين أن الاستقامة والمواجهة والشكيمة ترتبط بالآلام، وتندرج في هذا السياق الإحساسات الألمية الأخرى أيضاً. يشكو الكثير من المرضى من آلام في القدمين تدلّ على صعوبة الطريق التي هي على الأرجح ليست طريقهم الخاصة. يمكن لآلام القدمين والساقين بالفعل أن *تقعِدهم* وتوضح لهم مدى الألم الذي تسببّه الطريق المتّبعة، وهي ترغمهم على *التنازل* وقبول الضعف الخاص المؤلم. أما الزعم بأن الصورة

١- فيما عدا الجرعات الهجومية للكورتيزون، التي لا يزال مفعولها موضع خلاف حالياً، لا يوجد دواء طبي، مدرسي للتصلّب المتعدّد.

المرضية تسير من غير آلام، فلا بد أن يكون وقعه مروّعاً على مسامع الذي يعانون منها.

تعبّر الاضطرابات الحسّية عن أن المصابين لم يعودوا يشعرون بأي شيء في نواحٍ مختلفة من الجسد والنفس، وبالتالي لم يعودوا يدركون أي شيء. حتى عندما يخزهم الطبيب بالإبرة، لا يدركون ذلك، فقد كفّوا حتى عن إدراك الأشياء التي تمسّهم بشكل مباشر وخطر، بل حتى عن إدراك الأمور التي تجرحهم وتؤذيهم، ويمكن الكلام في الواقع عن تعطيل العالم الخارجي وإبطال مفاعيله، ويتضح مثل هذا *التعطيل* في أعراض أخرى أيضاً كضعف المنعكسات الذي قد يصل إلى انعدامها، والمنعكسات هي أبسط استجابات الجملة العصبية للمنبّهات. والأشخاص عديمو المنعكسات أشخاص فقدوا أقدم إمكانات الارتكاس الموروثة على العالم المحيط، أو تنازلوا عنها، فهم معدومو الارتكاس بكل معنى الكلمة. مهما تم تنبيههم واستثارتهم يظلّون صامتين ولا يستجيبون للحياة ومتطلّباتها بأعمق المعاني. يتّفق هذا مع ما يُسمى الخمول (Apathie) الذي كثيراً ما يظهر تدريجياً. بل إن عبارة Apathie تذهب في معناها أبعد من ذلك، فهي تعني حرفياً "اللامرض" (من اللاتينية a= لا، أو تنفي الاسم، pathos= مرض). بالتالي فهي تَسِمُ، فيما وراء الارتخاء الوصفي، رفض المشاركة في الحياة وفي المعاناة والمرض. كيف لهم أن يشاركوا في معاناة الآخرين، إن كانوا لا يتعاطفوا مع حياتهم الخاصة، مثلما تثبت الاضطرابات العاطفية. غالباً ما تكون أحاسيس الصمم أولى الأعراض، ويمكنها أن تبدأ وتتطور شيئاً فشيئاً، بحيث لا يعي المصابون حالتهم أحياناً إلاّ بشكل متأخّر.

يقترن ذلك مع فقدان القوة الذي يظهر على الدوام تقريباً. يلاحظ المرضى شيئاً فشيئاً أنهم لا ينجزون أي عمل إلاّ بجهد كبير، وأنهم شبه عاجزين عن أداء الأنشطة اليومية العادية، فقد أصبحت الحياة متعِبة ومجهِدة أكثر مما ينبغي بكل معنى الكلمة، وفي النهاية لا يعود باستطاعتهم حتى رفع رجلهم، وذلك بالمعنى المجازي أيضاً، ويحول هذا الضعف الساحق دون التقدّم والارتقاء في الحياة، على الرغم من توافر الطموح في الغالب. هكذا يعطي الجسد عن طريق الرجلين اللتين لم تعودا تقويان على حمله، إشارةً إلى أن قاعدة الحياة قد فقدت قوة تحمّلها، ويكون الشلل الجسدي الخارجي صورة عن الشلل الداخلي. كثيراً ما يحاول المرضى بداية التسلّق عبر الحياة، وذلك باللجوء إلى أي سند *والتمسّك بأي قشّة*. إنهم يرفضون، طالما أمكنهم، مساعدة هذه الرجل الثالثة التي توسّع قاعدة الحياة، حتى لو كانوا يتعكّزون بالمعنى المجازي منذ مدة طويلة. كما إن الكرسي المدولَب المحاط بهذا القدر من الذعر في وسعه أن يجلب ارتياحاً وتيسيراً كبيراً، شأنه شأن العكّاز، في حال قرّر المرضى قبول المساعدة.

يكشف نقص القوة في الأصابع واليدين، وصولاً إلى ظواهر الشلل فيها، فقدان المرضى القدرة على جعل حياتهم الخاصة في *قبضتهم*، وفي كلا المستويين

لا يعود بإمكان المرضى أن يشمّروا عن ساعد الجدّ أو أن يعملوا بقسوة، وتتفق مع الظواهر الشللية الحالةُ الداخلية التي يحسّها المصابون كالمشلولة.

كما يتفق مع هذه الصورة التعب المُقعِد كثير الظهور. ينام المرضى حتى 16 يومياً، مضيّعين بذلك أكثر من نصف حياتهم في النوم، ومن غير النادر أن يصفوا أنفسهم بعد استيقاظهم المتأخّر "كالمخدّرين". ثمة صفة مميّزة تتمثل في صمّ الآذان أمام متطلّبات الحياة الخاصة وحاجاتها، ويُظهِر الإنهاك الذي يشعر به المصابون أنهم منهَكون سلفاً في *سياق حياتهم* وأنهم أعجز من أن يتوقّعوا بلوغ الهدف انطلاقاً من مقدرتهم الخاصة. صحيح أن التعب في اللغة الشعبية لا يعني مرضاً، ولكن هذا الشكل من التعب الذي يشمل الحياة بكاملها يتجاوز التعب الناتج عن إنفاق القوى، ويتذبذب هنا فيما يبدو جزء كبير من الدفاع المحتشد في الجسد ضد حياة اليقظة. كثيراً ما يؤكّد المرضى أنهم يفضّلون نسيان بلواهم كلها في النوم. من جهة أخرى غالباً ما يكون إنفاق القوى هائلاً أيضاً، فكل شيء مجهِد للمرضى إلى درجة أنه حتى توافه الأمور تُتعِبهم إلى أقصى الحدود. عندما يشعر المريض أن ذراعه تزن قنطاراً، قد تغدو سكين المطبخ أثقل وزناً مما ينبغي. لا شك في أن مثل هذه الأوزان الرصاصية تشير إلى العبء الذي يثقل كاهل المصابين من الناحية المجازية أيضاً، واكثر الظن أن هناك ثقب في مكان ما تتسرّب منه الطاقة، ويُرجَّح أن الطب قد اكتشف هذا الثقب: ترى دراسات الجهاز المناعي أن التصلّب المتعدّد عبارة عن مرض عدوان ذاتي. حيث يستغلّ المصاب جميع القوى المتاحة في الكفاح ضد نفسه، ولا يبقى للحياة الخارجية سوى القليل.

هناك أعراض أخرى تصيب المثانة، هذا العضو الذي نترك ونرخي عن طريقه، إنما بإمكاننا أن نمارس به الضغط أيضاً، ويحتل الضعف هنا أيضاً مركز الصدارة عند الكثيرين من مرضى التصلّب المتعدّد. لا يعود بإمكانهم استمساك البول، هذا يعني أن المثانة تفيض لأتفه الأسباب، ويرغمهم العرَض على العودة إلى حالة الطفولة الباكرة بعجزها عن السيطرة على الوظائف الجسدية وعلى الحياة الخاصة، والدموع غير المذروفة في الأعلى، والتي لا يستطيع مرضى التصلّب المتعدّد الإقرار بها، وذلك لانعدام ارتكاسهم وحصارهم العاطفي، يدعونها تنهمر في الأسفل، حيث لا يلاحظ ذلك أحد، ويمكن لهذا البكاء *المؤجَّل* أن يستحيل إلى بكاء حقيقي مع اكتمال الصورة المرضية، حينما تميل إجراءات الدفاع إلى الانهيار تحت وطأة المرض. من غير النادر أن يصل الأمر حينئذ إلى

بكائية بكل معنى الكلمة، لا تزعج أحد وتجرحه أكثر من المصابين أنفسهم. يتحرّر فيض نفسي محتبَس طويلاً في جداول من الدموع لأتفه الأسباب، كمشهد سينمائي مؤثّر مثلاً أو ما شابه، أو ترشح الدموع باستمرار، وتبين للمرضى أن بكاءهم نفسي المنشأ في الواقع، ويبدو أن الحياة الجافة عاطفياً لا تتفق مع قدرهم، والعيون المبلّلة باستمرار تبوح بشدة تأثّرهم في أعماقهم، ويصحّ هذا عموماً على انعدام الحسّ والقسوة الموجَّهين نحو الخارج، وحيث ينهار جدار السدّ، تظهر نفثات عاطفية تكشف إنساناً آخر تماماً.

في التهابات المثانة يتجسّد الصراع في سبيل الترك والإرخاء، ويتحوّل الأمر إلى حاجة ملحّة *وحارقة*، ويرغم العرَض المصاب على ذلك باستمرار، من غير أن يستطيع هذا الأخير أن يعطي منه ومن نفسه الكثير، فالعرَض لا يُظهِر ضرورة ذلك وحسب، بل صعوبة ذلك والألم الذي يسبّبه أيضاً.

قد يُصادَف احتباس البول أحياناً، وهو نقيض ضعف المثانة تقريباً، ويجسّد التحفّظ الأقصى في الأمور النفسية. أما حقيقة أن فيضان المثانة *الباكي* يمكن استبداله باستبقاء السائل التام، فتبين مدى استقلالية الحدث برمته عن الجسدية البحتة، ويُعدّ *استبقاء* الفيض النفسي الخاص أحد الأعراض المميّزة للحالة النفسية الأساسية.

توضح مشكلات الكلام الإضافية الدراما ذاتها، فصعوبة إيجاد الكلمات يبين أن المرضى *تخونهم الكلمات*. إنهم *معقودو اللسان وعاجزون عن الكلام*، وحينما يصبح التفوّه بجملة مترابطة مفيدة واحدة إشكالياً تضطرب بشدة إمكانية التعبير عن النفس، ويتجلّى اضطراب السياق الكلي، كصفة مميّزة أخرى في صعوبة الحفاظ على سياق الكلام وتكوين جملة كاملة ومتماسكة في ذاتها، فالتناسق مضطرب بين الأجزاء التي يكمّل بعضها البعض، ولا تتفق الحياة المعاشة مع الطبيعة الخاصة، ولا شك في أن مشكلة التناسق حاسمة في مجالات أخرى أيضاً؛ فهي تعيق المرضى حتى قبل ظهور الشلل، وتؤدي إلى المشية المضطربة الوصفية التي لها وقع الثمل. يترنّح المصابون في الحياة ولا يعود باستطاعتهم التحكّم بعضلاتهم إلاّ بشكل محدود جداً، وهذا العجز عن التحكّم موجود بشكل عام، ولما كانت الصورة المرضية تسير في هجمات من الارتفاع والانخفاض لا يمكن التكهّن بها، لا يعود بإمكان المرضى الركون والاطمئنان إلاّ إلى اللحظة الحاضرة.

نقطة الضعف التي تُصاب في المستوى الجسدي هي منطقة الاتصال بين العصب والعضلة. بحسب الطب المدرسي يتعلق الأمر في التصلّب المتعدّد بالتهاب العصب والعضلة التنكّسي أيضاً، أي بصراع مزمن في موقع الاتصال بين السُبُل المعلوماتية والأعضاء الحركية التنفيذية. لقد بات نقل الأنباء والمعلومات مشكوكاً فيه، وفي حال اضطراب إيجاد الكلمات لا يعود بإمكان

المرضى نقل معلوماتهم إلى الزوج، أو بالأحرى الزوجة، ويفقدون بذلك فرصة جوهرية للتأثير في محيطهم، وبقدر عجزهم عن التأثير فيه بالكلام يفقدون القدرة على توجيهه أيضاً، ولا شك في أن فقدان الرقابة اللفظية يمثل تهديداً مرعباً للأشخاص الذين يرون في الرقابة كل شيء، وإذا جرى هذا التأثير عن طريق الكتابة أمكن لتراخي الذراعين وضعفهما أن يتحوّل إلى ذعر شديد، ويكمن في هذه النزعة إلى الرقابة والنفوذ تفسير درجة التنظيم الفائقة أيضاً، سواء عند مرضى التصلّب المتعدّد كل على حدة، أم في قدرهم المشترك بكامله. حتى إنهم غالباً ما يقدّمون في مساعيهم المبدئية المساعدة لمرضى آخرين، وهنا يجد المرضى لا سيما أولئك الذين تغلّبوا على مشكلاتهم الخاصة، ميداناً لنموذجهم الداخلي، ويكمن في ذلك حلّ رائع، ما دام المصابون لا يستغلّون هذا لصرف الانتباه عن مهماتهم الخاصة، بل على العكس للتعرّف إليها في مرآة المرضى الآخرين.

تشير مشكلات الذاكرة إلى اتجاه مشابه. لا يعود بإمكان المرضى أن يلاحظوا شيئاً ولا أن يحتفظوا بشيء، وبالتالي لا يعود في وسعهم المشاركة في الحديث أو الإدلاء برأيهم. يكفّوا عن تحمّل أي مسؤولية، فهم عاجزون تماماً عن الردّ والاستجابة بشكل واقعي ملموس لمطالب مُحدّثهم ولمطالب الحياة، ومن الجلي تماماً أن من لا يستطيع الردّ والاستجابة لا يستطيع تحمّل أي مسؤولية أيضاً. كثيراً ما ينكر المرضى النشيطون الطموحون ما تفعله بهم الصورة المرضية بهذا الوضوح، وغالباً ما يرفضون قبول حالة العجز التي تعفيهم قانوناً من الالتزام بالمسؤولية الشخصية.

يكشف العجز عن البقاء في موضوع واحد فقدان القدرة على التركيز. ينزع مرضى التصلّب المتعدّد إلى التمسّك بوجهات نظرهم وآرائهم بتصلّب، حتى لو لم يكونوا قادرين على الدفاع عنها أو حتى تمريرها. يدّعون ثباتاً ووفاءً للمبادئ إلى حد التصلّب، لا بل التعنّت، ولا شك في أن ضعف القدرة على التركيز هو بمثابة محاولة من الجسم لتقديم العون الذاتي، شأنه شأن فيضان المثانة، فمن دون تركيز يستحيل على المصابين أن يصرّوا على السكك التي يسلكونها. بل على العكس، يُقذَفون خارج السكة، وينسون موضوعهم، ويضطرون إلى التوجّه من جديد.

بيد أنهم يفقدون الحقيقة من ساحتهم البصرية بشكل ملموس أيضاً، ذلك أن حاسة البصر كثيراً ما تكون مصابة بدورها، ويمكن أن تُرى في الظواهر الضوئية الغريبة، كالشرر اللامع مثلاً، محاولة من العضوية لبعث شيء من النور في إدراك المرضى، فهم يرون أشياء لا وجود لها، كما هو واضح، وغالباً ما توجد غشاوات أمام العينين أيضاً، ويظهر العمى تدريجياً، وحينما يُصاب نصف الساحة البصرية تماماً، يغدو التفسير جلياً: لا يعود المرء يرى سوى نصف الحقيقة (الخاصة). كما توضّح الصور المزدوجة كثيرة الظهور ازدواجيةً في المعنى ولبْساً خطيراً، وتبوح عبارات مثل "الغموض" أو "ازدواجية الأخلاق"

بالنوعية المتذبذبة في العرض، ويندرج ضمن هذا السياق أيضاً أن التصورات الأخلاقية والمناقبية غالباً ما تكون صارمة إلى حد رفض وجود ما هو موجود. كما تشير إلى ذلك الصور المزدوجة أيضاً، فالحقيقة تُقاس بمقياسين مختلفين من حيث لا يدري أحد.

تدلّ الرؤية المزدوجة على أن المرء يحاول أن يعيش في عالمين متنافرين في وقت واحد. عالم الحاجات الخاصة وعالم متطلّبات المحيط متنافران ولا يمكن الجمع بينهما، ولذلك يختار معظم المرضى بشكل لاواعٍ التخفيف من إحساساتهم وإدراكاتهم الخاصة بشكل شديد، أو يكفّون عن استيعابها نهائيا، ولكن الصور المزدوجة تبين أن التصورات الخاصة يستمر وجودها في الظلّ، وتدخل في منافسة مع العالم الخارجي. لا شك في أن مرضى التصلّب المتعدّد أبناء عالمين مختلفين (أحدهما في حالة صراع مع الآخر)، ولا يستطيعون الاندماج في أي منهما بشكل كامل، فيضيّعون الفرصتين. نعلم أن إدراكين اثنين غير متطابقين غالباً ما يقودان إلى إصابة المرء بالدوار، وذلك بآلية دوار البحر نفسها، ونحن هنا بكل بساطة أمام حالة دوار.

تندرج هنا أيضاً اضطرابات التوازن كثيرة المصادفة، وهي تكشف عن قلّة التناغم النفسي عند المرضى، فهم يتحرّكون على أرضية غير مستقرة، وكثيراً ما نسمع من أحدهم أن الأرضية (أرضية الحياة؟) تميد تحت أقدامهم، ويضطر إلى الكفاح من أجل المضيّ قدماً، كمن يسير في الرمال المتحرّكة، أو كبهلوان يتوازن على حبل رفيع. يبين الشعور بعدم الاستقرار والترنّح ضعف الثبات وعدم أمان التماس مع الأرضية الذاتية وقلّة التجذّر في الأساس النفسي، ويكشف الخوف من السقوط على الجسور الضيّقة الخطر على الحياة ودنوّ الهاوية. بالفعل، فإن خطر *السقوط* يشتد مع تطور الصورة المرضية، فالظلّ غير المعاش يهدّد المرضى بتوسيع مجال نفوذه، ويصبح خطراً بصفة خاصة عندما يُضاف إلى هذا الترنّح ضغف واضطرابات حسّية في الساقين اللتين غالباً ما يحسّهما المرضى ثقيلتين جداً أو كالمخدّرتين.

بنية الشخصية الناتجة عن ذلك تكون مطبوعة بطابع الرغبة في مراقبة كل شيء والتحكّم به والتخطيط له من جهة، وبطابع نقص الارتكاس المناسب على التحدّيات من جهة أخرى. ما إن تصطدم تصوراتهم الثابتة والمتصلّبة في الغالب بشيءٍ ما، حتى يُبدي المرضى مقاومةً وينتابهم الخوف، ولكن الخوف الهائل من الفشل وضعف الثقة بالنفس يحولان دون أن يعبّر المرضى عن استيائهم وتأفّفهم، ومن السهل أن يوقظ هذا المزيج عند الأشخاص المحايدين الانطباع بالعناد وكبر الرأس.

يكاد المصابون أنفسهم لا يعون هذا القمع لجميع نبضات الحياة الخاصة ولسائر الارتكاسات والاستجابات للحياة، وإذا ما وعوه في خطوطه العريضة، نشأ لديهم أحياناً فرط معاوضة، لا سيما تعطّش استعراضي للحياة. لا شك في أن

التصلّب والتصورات الثابتة تتنافر مع الميل إلى إرضاء الجميع، ويهمل المرضى في هذه الأثناء حاجاتهم الخاصة الأمر الذي يستثير غضبهم، وجراء عجزهم الشديد عن فرض إرادتهم وإظهار العدوان، يوجّهون هذا الأخير نحو الداخل ضد أنفسهم، والتفسير الطبي للتصلّب المتعدّد على أنه عدوان ذاتي يفسّر بقاء واستمرار الطاقة، والعبارات الوصفية التي تُسمَع أثناء العلاج هي: "لم أعش حياتي"، أو "زواجي لم يكن سوى تضحية"، أو "لم أكن سوى شخصاً *نليلاً ولبّين القناة*"، أو "لم أسمح لنفسي بالضعف يوماً"، أو "لقد ابتعدت عن نفسي كثيراً".

تؤدي المشكلة الجنسية دوراً أساسياً جداً، وتكون بارزة عند الرجال بصفة خاصة، وتمتدّ من ضعف الانتصاب مروراً بالقذف المبكر، وصولاً إلى العجز عن بلوغ الرعشة، ومع موقفهم المهتدي بالخارج يصعب على المرضى *تحمّل* أي مقارنة من هذه الناحية، ويُعالَج كل السلوك الموجَّه إلى الطموح والمنافسة، والذي يمثّل عائقاً في المجال الجنسي من حيث المبدأ، بشكل مشدّد، ويُواصَل دفع الميل العام للصورة المرضية، والمتمثّل في الضعف المتزايد إلى الأمام.

الأعراض تجعل المصاب صادقاً من جهة، وتوضّح المهمة التعلّمية وتدلّ على الطريق من جهة أخرى، فالتصلّب والتثبّت يدعوان المصاب إلى الثبات والمثابرة في فرض حاجاته الحيوية الخاصة، وإلى إيجاد القوة في نفسه. لا بد أن تغدو الثقة الشديدة بالنفس أساساً للحياة النفسية وأن تحلّ محلّ تصلّب الأعصاب الجسدية، فالأعصاب الحديدية مرغوب فيها بالمعنى المجازي فقط. مع خوفه من النظر إلى نفسه، ناهيك عن تحقيقها، يميل مريض التصلّب المتعدّد إلى التصاغر والعجز وعدم الإحساس.

يكمن تخليص الضعف في النهاية في التسليم، في قبول *الرضوخ* والرضا، اللذين يرغم عليهما الجسد، ويتحول واجب الكفاح إلى المهمة، ويقوم القدر بعلاج حاجة مرضى التصلّب المتعدّد غير المعلَن عنها صراحةً، والمتمثلة في التخطيط لكل شيء وتوجيهه ومراقبته وفقاً لتصوراتهم، ولا يتعلق الأمر بتغيير الأنا المغزوّة، والسليمة إلى حين ثانيةً، وإخضاعها لمشيئة أعلى، إلاّ بعد أن يتم التخلّص والتحرّر من مطالب العالم المحيط. "لتكنْ مشيئتك، لا مشيئتي!"، ولكن قبل أن تحظى المُثُل العليا بفرصتها، لا بد من الوقوف على القدمين داخلياً. إن الحاجة إلى فرض الإرادة الخاصة توجد في الظلّ وتكاد لا تُعاش إلاّ عبر المرض حصراً. يسمح تشخيص التصلّب المتعدّد بممارسة السلطة، وهو أمر نادراً ما يُلاحَظ، وكثيراً ما يثير الجدل. لا تكمن المهمة في مواصلة التسليم والانكباب على متطلّبات العالم المحيط، بل تكمن أولاً في الانكباب على الحاجات الخاصة والتسليم في النهاية لله، أو بالأحرى للوحدة بمعنى "لتكنْ مشيئتك!". لا يمكن التسليم للعالم المحيط أن يكون له مفعول مخلِّص إلاّ إذا تحوّلت الطاعة العمياء وعواقب الضعف المقيتة إلى مشاركة داخلية طوعية، مثلما يحصل غالباً حينما يبذل المرضى جهدهم في سبيل شركائهم في البلاء. أما الحاجة المفرطة إلى النوم

والتعب الشالّ فيوصيان المرضى بشكل مشدّد بالجانب الليلي، بالتالي بالأنثوي من اليوم، وتتحوّل المشاعر، والأحلام، والخيالات الخاصة، ومجالها الحيوي إلى مهمتهم في الحياة.

توجّه آلام العمود الفقري الانتباه إلى الصراع في سبيل المنحى الخاص وإلى موضوع الاستقامة الذي يتذبذب في أعراض أخرى أيضاً، ويتضمّن الميل إلى الدوار فوق ذلك الدعوة إلى الحوار مع العالم، وإلى التشكيك في اليقين الظاهري للمبادئ والتصورات الأخلاقية الخاصة وفي عالمها الوهمي، وإعادة تحريك وتليين التصلّب في وجهات النظر الناشئ عن ذلك. لا بد من زعزعة وضعضعة الطرق المتّبعة *والتصورات* المتعثّرة التي تنتصب أمام أحدهم، وبالتالي تعترض سبيله.

تشير الصور المزدوجة، فيما تشير إلى وجود حقيقة أخرى إلى جانب الحقيقة المألوفة، وإلى أن للحياة أرضية مزدوجة فعلاً، ولا يمكن لتلك الثقة بالنفس التي يفتقد إليها مرضى التصلّب المتعدّد، أن تنمو وتكبر إلاّ من الثقة بهذا المستوى الثاني، بالمخطّط الإلهي الذي ينطوي على المخطّطات البشرية كافة.

تسعى المثانة الفائضة إلى حثّ المريض على ترك الدموع تفيض، على تفريغ فرط ضغط الاحتقان النفسي في كل فرصة. توجّه المثانة المستثارة الانتباه إلى النزاع حول موضوع "الترك الإرخاء". أما الاحتباس البولي، التحفّظ والإعراض عن التبادل مع العالم، فينبّه، بالمعنى التخليصي، إلى استعادة الثقة بالنفس، إلى الاستفادة من الطاقات النفسية الخاصة: عودة الوعي ومراعاة النفس والالتفات إليها بدلاً من التحفّظ والانسحاب.

تشير الاضطرابات الحسّية إلى هذا الاتجاه أيضاً: مع الإحساس بالجسد الخاص والتعاطف معه والقدرة على الشعور بالعالم الخارجي يفترَض بكل صراحة دفع العالم الخارجي، مع كل متطلّباته إلى خارج وعي المريض، وما يتبقى كمهمة يتمثّل في تعلّم الشعور بالعالم الداخلي المهضوم حقّه والإحساس به. كما يمكن قراءة الإشارة إلى الداخل من مظاهر الشلل أيضاً، فعندما لا تعود الساقان تحملان صاحبهما، يفترَض به كما هو واضح عدم الخروج إلى العالم، ويكون كل الجري في سبيل الآخرين، أو بالأحرى في سبيل الحصول على قبول واستحسان الآخرين قد انتهى، والإمكانية الوحيدة المتاحة هي *التوجّه* نحو الداخل. وعندما تضعف اليدان وتفقدان قوتهما، فهذا يعني أن هدفهما لم يعد القبض على العالم الخارجي والسيطرة عليه وطبعه بطابعهما الخاص. بالمقابل تستمر إمكانية أخذ الحياة الداخلية الخاصة باليد وتولّي أمرها، وتتحوّل إلى مهمة ذات أولوية.

أسئلة

1- لِمَ أنا بهذا التصلّب مع نفسي؟ لِمَ أحاسب الآخرين أيضاً بكل تصلّب وأحاول مع ذلك أن أرضيهم؟

2- أين أحاول فرض الرقابة على العالم المحيط أو على نفسي، من دون أن أكون قادراً على ذلك؟

3- ما هي البدائل الموجودة في هذا العالم لآرائي" الأكيدة" في الحياة وأخلاقها ومناقبيتها؟

4- كيف يمكنني تيسير حياتي؟ أين يمكنني إظهار المزيد من الصبر على نفسي؟ ما هو رأي بضعفي وكيف أواجهه؟

5- ما الذي يمنعني من المشاركة في الحياة؟ ما الذي يدفعني إلى التعطيل؟ ما هي الإمكانات المتاحة لي لمواجهة الكرْب، وفرط التطلّب، والإجهاد، واللهوجة؟

6- ما الذي يشلّ شجاعتي وعزيمتي النفسية؟ ما هي المقاومة التي تُتعبني؟

7- لماذا أخدّر نفسي؟ أين أصمّ أذني؟ عمَّ أتعامى؟

8- إلى أي حد أوجّه طاقتي الرئيسة ضد نفسي؟

9- أين يمكنني إدراك الفيض النفسي في حياتي، والذي يجعل مثانتي تهتزّ وترتعش؟ أين تكون الدموع مستحقّة، وأين تكون زائدة عن اللزوم ولا موجب لها؟

10- كيف هي قدرتي على الاستجابة للحياة وتحمّل المسؤولية؟ لماذا ألبّي ما يُتوقَّع مني، بدلاً من الإصغاء إلى نفسي؟ كيف أنتقل من حكْم الغير إلى المسؤولية الذاتية؟

11- كيف تأتلف تدفّقات نفسي في نموذجي؟ ما هو ترتيبها الطبيعي؟ ما الذي يأتي في المقام الأول؟ كيف يمكنني التنسيق بين الترتيب الداخلي والترتيب الخارجي؟

12- ما الذي يمنعني من أن أواجه صراحةً المتغيّرات وكل ما لا يمكن حسابه في حياتي؟

13- كيف يمكنني أن أتأقلم مع الكلّ العظيم وأجد مغزى حياتي، في

الصرع (Epilepsie)

يُعدّ الصرع أكثر الأحداث النوبية التي نعرفها رعباً، ونعني بكلمة "نوبة" أو "هجمة" أن شيئاً ما يهاجم أحدهم، شيء ما غريب، قادم من الخارج فيما يبدو. ترى ثقافات مختلفة، كثقافة الهنود الحمر مثلاً، في هذه الصورة تمظهراً للمقدّس يداهم المعنيين قادماً من مستوى آخر. ينطلق الهنود الحمر من أن أرواحاً غريبة تتخلّل المصابين، ويرون في الهجمة صراعاً بين روحين على جسد واحد، وقد وُجِدَ عندنا أيضاً، إلى جانب عبارة "الميل إلى السقوط"[1]، تسمية أخرى هي "المرض المقدّس".

لا شك في أن ظواهر المسّ معروفة في بلادنا أيضاً، ولكن الطب النفسي، الذي يفترَض به في الواقع أن يكون على دراية بذلك، لا يحبّذ إثارة هذا الموضوع أو حتى ملامسته. قلما يتفق المسّ ووجود الأرواح مع صورتنا عن العالم، وغالباً ما يتم السكوت التام عن مثل هذه الظواهر. بيد أنه لا يخفى على أحد أن تجاهل الظواهر ليس له أي تأثير على وجودها، وفي حالات الصرع غير النادرة، حيث يجب على المرء أن ينطلق من حالة مسّ (على شكل هجمات)، يتعلق الأمر بمشكلة نفسية في كل الأحوال، ولا بد من تناولها تحت عنوان مرض عقلي تنطبق عليه شروط بدء أخرى من حيث المبدأ.

يُطلق الطب على الهجمة الصرعية الكبيرة الكلاسيكية تسمية "Grand Mal"، وهي عبارة فرنسية تعني "الوبال الكبير" أو "الشرّ الكبير". بالمقابل هناك هجمات صغيرة تُسمى "Petit Mal"، وهي عبارة تعني "الوبال الصغير" أو "الشرّ الصغير" تغيب فيها المكوّنات الاختلاجية، ويُفقَد فيها الوعي لبرهة وجيزة ليس إلاّ، وتنطوي كلتا التسميتين على تصور مفاده أن شيئاً ما سيّئ أو شرّير يفرض نفسه في الحدث النوبي، سواء أكان يضرب ضربته من الخارج، أم ينشب من الداخل.

١- Fallsucht، وهي تسمية قديمة للصرع تقابل ما يُقال عندنا من أن شخصاً ما "يقع في الساعة"، ويُقصَد أنه مصاب بالصرع. -المترجم.

طبيعي أنه يمكن تفسير الظواهر الجسدية التي تظهر وفق المعايير ذاتها التي تُفسَّر بها الأعراض الأخرى، ولكن المرء يصطدم هنا بتخوم المرض العقلي المرة تلو الأخرى، والأمر الحاسم في جميع أشكال الصرع، بما فيها ما يُسمى الغيبة (Abcence) هو فقدان الوعي، فالمرضى يغادرون ويغيبون فعلاً. يغادر وعيهم جسدهم، وكأنهم يُقتلَعون من هذا الواقع إلى واقعٍ آخر لا يستطيعون فيه التوجّه ولا استعادة أي ذكرياتٍ منه بصورة عامة. لا شكَّ في أن مرضهم يختلف عن المشكلات الجسدية البحتة، ذلك أنهم لا يدركون اللحظات الحاسمة في حالتهم، بل تغيب عنهم تماماً.

عند تدقيق النظر في هذا الحدث النفسي النوبي، فإنه يبدو كالزلزال. بعد أورة[1] قصيرة تظهر بين الحين والآخر، وتُعلن للمرضى عن قدوم الحدث المهدِّد. يسقطون أرضاً مغشياً عليهم على الفور. يهبط الضغط الدموي ويتوقّف التنفّس في البداية دائماً، ويُطلق المرضى أحياناً صرخة قوية بدايةً، ثم تنتابهم موجات اختلاجية عنيفة، وكثيراً ما يخرج الزبد من الفم، وقد يعضّون لسانهم ويخرج البراز والبول عفوياً. يسعى المرء إلى حماية المرضى من شراستهم الخاصة، وذلك بدفع قطعة مطّاطية بين أسنانهم كي لا ينهشون لسانهم وشفتيهم. تتوسّع الحدقتان وتكونان عديمتي الاستجابة وجامدتين كحدقتي الموتى، ويبدو الأمر للشخص المحايد بالفعل وكأنهم يعانون من رجفة الموت، وبعد بضع دقائق من صراعٍ يتّسم بالتشنّجات تُستنفَذ قواهم، وتهدأ الاختلاجات، ويغطّ المرضى في نومٍ عميق يُسمى النوم الختامي، يستفيقون منه مُتعَبين مُنهَكين مع آلام في الرأس غالباً.

أما الهجمات الصرعية الصغيرة فتندرج فيها مجموعة من حالات تغيّم الوعي مع دوخة شبه حلمية وهذيانات، وقد تحدث وساوس واضطراب توجّه وحالات هياج جسدي، بل حتى أفعال شاذّة، كثورات عنف على سبيل المثال. فضلاً عن ذلك هناك وفرة من الحالات النفسية التي تمتدّ من المزاج الاكتئابي، وسرعة الإثارة، والميل إلى الانتحار، وصولاً إلى ظواهر غريبة كالميل إلى الشرود والتجوال أو ما يُسمى صرع الثرثرة.

١- تصف الأورة في هذا السياق الإنذارات البدئية القصيرة التي تسبق الهجمة الفعلية، وهناك أورات ضوئية، وسمعية، وذوقية، وشمّية.

قبل الدخول في تفسير الأعراض كل على حدة أودّ أن أتناول حدثاً من العالم الأكبر يوافق في رمزيته هجمة الصرع الكبير من نواحٍ عديدة: الزلزال. ثمة قوى جبّارة في الزلزال أيضاً تنفرغ في حركة قويةً وفجائية، وتظلّ الأرض تزلزل إلى أن تزول التوتّرات العظمى، وحينئذ يحلّ الهدوء في ظلّ هزّات ارتدادية أصغر. لا شك في أن سير الزلزال والتدمير الذي يُحدثه يشابهان الهجمة الصرعية إلى حد يمكن القول معه إن الأرض قد عانت من هجمة صرعية. حتى إن التسمية قابلة للنقل؛ إذ إن كل زلزال بمثابة شرّ كبير من وجهة نظر الأشخاص المعنيين. إنما لا بد من التشكيك في كونه كذلك من وجهة نظر الأرض، وذلك إذا ما أخذنا بالحسبان خلفية النشاط الزلزالي. تصيب الزلازل ما تُسمى مناطق التوتّر من القشرة الأرضية، والتي تنشأ عن انزلاق كتلتين إحداهما على الأخرى، وبما أن حوافهما غير متجانسة، تنشأ في تلك الأثناء حقول توتّر هائلة، وحينما تكون القوس مفرطة التوتّر، فإن هذه التوتّرات المتراكمة على مدى عشرات السنين تنفرغ في هزّات أرضية نوبية. من هنا يمكن مقارنة سان فرانسيسكو مثلاً التي تقع مباشرةً على فلْج سانت أندرو، وهو إحدى أكبر مناطق التوتّر هذه، بالمصاب بالصرع الذي يترقّب الهجمة التالية، وقد كان علماء الزلازل غير راضين عن الزلزال الذي حدث عام 1990، لجهة أنه كان أضعف من أن يُعاوِض التوتّرات الجبّارة المتراكمة منذ الزلزال الأخير. إذاً، ينطلق الباحثون في حججهم من أن الأرض بحاجة إلى هذه الزلازل للتخلّص من توتّراتها الداخلية. بالمثل فإن المرضى بدورهم يحتاجون إلى مثل هذه الانفراغات أيضاً. لا يشكّل الصرع استثناءً، حتى لو أحدثت هجماته أضراراً بالغة في الجملة العصبية.

ثمة صورة أخرى من المجال الطبي تماثل في سيرها الهجمة إلى حد بعيد، وهي صورة العلاج بالصدمة الكهربائية، وقد حاول الطب النفسي القديم تحقيق التحسّن في الصور المرضية النفسية عن طريق صدمات كهربائية قوية تحت التخدير العام، وكان الأمر برمته أشبه بالاستجارة من الرمضاء بالنار، ولكن الخبرة بينت أن *الأرواح الشريرة* كانت تفرّ لبعض الوقت فعلاً. تبدو الصدمة الكهربائية ظاهرياً كهجمة صرعية اصطناعية، أو بالأحرى تبدو الهجمة الصرعية ظاهرياً كصدمة كهربائية طبيعية، والحق أن هجمة الصرع الكبير تُعدّ ظاهرة كهربائية يغطّي فيها كمونٌ مفرط الأبعاد، ما يُسمى البؤرة على نشاط الدماغ الكهربائي برمته، وبالتالي يُسكِته، وكأن قوة متفوّقة تعطّل وعي المريض. والسؤال هو: أي قوة ولماذا؟ يكاد يتعذّر استنباط الإجابة الأعمق من الأعراض الجسدية، ذلك أن الجوهري في الأمر هو ظاهرة وعي، بيد أننا نكاد نجهل ما الذي يجري في ذلك المستوى الآخر الذي لا سبيل لوعي اليقظة إليه.

مع ذلك تفتح لنا الأعراض المرئية ظاهرياً منفذاً إلى الشروط العامة للصورة المرضية، وبالتالي إلى المهمة التعلّمية المشفَّرة فيها أيضاً، فالأورة، وهي العلامات الأولى، تعلّم المرضى، فيما يبدو الانتباه إلى العلامات، وقبل كل شيء العلامات القادمة من عالم آخر، وهم يتعلّمون مرغَمين تقدير الأهمية الوشيكة لمثل هذه العلامات، حتى لو لم يكن في مقدورهم تفسيرها ولا فهمها.

تجسّد هجمة الاختلاج صورة صراع، وفي كل صراع حزبان متنافسان على الأقل، وكما تكون الكتلتان الأرضيتان في الزلزال في حالة تصادم، يبدو أن عالمين اثنين يدخلان في حالة صراع عند المصابين بالصرع أيضاً، وليست التشنجات سوى تعبير عن الاحتكاك الناشئ أثناء ذلك. يتصارع الوعي مع مستوى آخر غير واعٍ، وينهزم بسرعة كبيرة، وهذا المستوى الآخر محسوب على اللاوعي في كل الأحوال. من هنا فإن افتراضات الهنود الحمر باقتحام الحياة من قبل عوالم روحية أخرى ليست مستبعَدة أكثر من إمكانية تمرّد الحياة وخروجها إلى عوالم روحية أخرى. مهما يكن من أمر فإن المهمة تتمثّل في الاستسلام للصراع بين العوالم والاستعداد الدائم له بمجرد أن تدعو لذلك أضعف علامات الجانب الآخر. لا شك في أنه لو تم الاتصال مع الجانب الآخر طوعاً، والذي ترغم عليه الصورة المرضية عنوةً، لخفّ العبء عن الجسد.

يتضح في صورة الهجمة التوتّر الذي يتراكم داخل المرضى، فالزبد يرغي أمام فمهم، وبذلك يبينون ما هو أمرهم. سواء أكانوا يرغون ويزبدون من الغضب، أم من أي طاقة أخرى، فإن شيئاً ما طال احتجازه يسعى إلى الخروج منهم على أي حال، وأكثر الظن أنهم يعيشون حياتهم العادية بزبدٍ مكبوح. من هذه الناحية فإن الهجمة التي تتيح لهم أن يرغوا ويزبدوا بشكل صحيح، تخفّف التوتّر وتُحدِث استرخاءً. يذكر أوليفر ساكس هجمات صرعية "تترافق مع شعور بالسلام والعافية الحقيقية". ثمة خمس صور للمرضى لها صلة بثوران البراكين وبالتنين، الذي تنبعث النار من فمه.

يدلّ الميل إلى عضّ اللسان بفعل تشنجات عضلات اللسان، على الوضع المتوتّر في بداية الحدث، ويقترب المصابون بالصرع بشكل خطير من العبارة السائرة التي تقول إن عضّ اللسان خير من النطق بشيء ما. إن عبارة "أطبق على الشيء بأسنانه" تعني عدم إفلاته مهما كان الثمن، ويكشف المصابون بالصرع عن ميل إلى *العناد*، وذلك حينما يُطبقون أسنانهم على شفتيهم. هكذا لا يمكن أن يجري شيء على شفتيهم سوى الزبد والصراخ. إنهم يفضّلون نهش أنفسهم قبل أن يسمحوا لشيء ما بالخروج.

تكمن في سقوط المرضى وبدء الإغماء الدعوة إلى الكفّ عن السلطة والتسلّط وإلى ترك أنفسهم يسقطون. يتعلق الأمر هنا بالتسليم لتلك السلطة الأخرى المنيعة على وسائل عالمنا الموثوق، ويختار المرضى في لاوعيهم

طريقةً عنيفة للاستسلام لقدرهم، فهبوط الضغط يبين أن الأمر لا يتعلق الآن بفرض الإرادة، بل بالقبول، وبالتسليم للقوى الأقوى.

كما ينعكس موضوع ترك وإرخاء الضغط المحتقن في خروج البول اللاإرادي. المثانة هي العضو الذي نرتكس به بحساسية شديدة على الضغط الذي لا طاقة لنا به نفسياً. نحن نستخدمها في جميع المناسبات كي ننصرف على عجل، ونفرّغ الانقباض، والتوتّر المحتبس في مكانٍ هادئ بعيداً عن عيون الناس.

تكشف صورة الهجمة، وبعد صراع بدئي، ترْكاً وإرخاءً على طول الخط؛ هكذا يُضاف إلى ما سبق المعي والتغوّط اللاإرادي كذلك. يخرج البراز من العالم السفلي للجسد مباشرةً، إي من موطن الظلّ الذي يسود فيه إله مملكة الأموات. من هذه الزاوية تكمن في هذا العرض دعوة المريض إلى التخفيف عن نفسه من ناحية ظلّه الخاص علناً بكل صراحة ومن غير خجل أو مراعاة. أثناء الهجمة تنتزع المواضيع الظلامية المحتجزة هنا لنفسها نور العلن المحرَّم عليها تحريماً قاطعاً بسبب مضمونها الرمزي العميق. أخيراً يتجلّى في هذا العرض أيضاً تجرّؤ المصاب على ترك المادي تحته ووراءه. إجمالاً ترتسم صورة عدم الحياء الذي لا يحظى بأي فرصة في حياة المصابين خارج الهجمة. على العكس يشهد النمط المتحذلق والمدقّق للكثير من المصابين بالصرع على نظامٍ وترتيب مطبوع بالتماسك والتجلّد.

يسمح توقّف التنفّس البدئي، أو ما يُسمى انقطاع النَفَس (Apnoe)، بالظن بأن الحالة التي تفرضها الهجمة ليست من هذا العالم، فالتنفّس تعبير جليّ عن ارتباطنا بالقطبية، بعالم الأضداد، حيث يقوّدنا إليه كل من الشهيق والزفير من أول نَفَس حتى آخر نَفَس. قبل النَفَس الأول لا نكون في هذا العالم بعد بشكل صحيح، ومع النَفَس الأخير يجب علينا مغادرته. تُميط أبحاث الموت الحديثة اللثام عن أن الإنسان في حالة الموت الظاهري، أي حينما يكفّ عن التنفّس، يمرّ بخبرات، وإن كانت تتفق فيما بينها بشكل مدهش، إلاّ أنها ليست من هذا العالم[1]. كما أسفرت الدراسات على الإنسان، وهو في حالة تأمل عميق، عن أن التجارب خارج الجسد في عوالم روحية أخرى تتطابق مع أطوار توقّف التنفّس.

هذا ما تتفق معه كذلك الحدقتان المتوسّعتان عديمتا الاستجابة اللتان تتصرّفان كما في حالة الموت. كما إن توسّع الحدقتين، كما في حالة الذعر قد يشير مثله مثل الصرخة البدئية التي تُصادف أحياناً إلى أن المرضى يلتقطون بادئ ذي بدء انطباعاً خاطفاً من المستوى الآخر يبعث فيهم ذعراً أو ذهولاً

١- انظر أعمال إليزابيت كوبلر - روس وريموند مودي.

لا يُصدَّق. يصرخ المرء عادةً من الفزع أو من الهول أو لأن شيئاً ما فوق طاقته؛ ونادراً ما يصرخ من البهجة والطرب. إذاً قد يتوقّف تنفّس أحدهم من الذعر. حتى صرخة النجدة والاستغاثة قد تتفق مع هذا الوضع، شأنها شأنها الصرخة الأولى التي تنبعث من أعماق المصابين. يذكر طبيب النفس والأعصاب أوليفر ساكس أن دوستويفسكي كان يعيش أورات صرعية وجدية أو صوفية، وينقل عنه ما يلي: "هناك لحظات، تدوم خمس أو ست ثوانٍ فقط، يختبر فيها المرء وجود تناغم إلهي... ولا شك في أن الوضوح المرعبَ الذي يتجلّى به هذا الأخير، والنشوة التي يملأ بها المرء مخيفان. ولو دامت هذه الحالة أكثر من خمس ثوانٍ، لما تحمّلتها النفس واضطرت إلى الفرار. في هذه الثواني الخمس أعيش حياة إنسانية كاملة، وبودي لو أشتريها بأي ثمن، من دون أن أعتقد أنني دفعت فيها أكثر مما ينبغي..."[1].

يؤيد تخطيط الدماغ الكهربائي (EEG) التفسيرات القائلة إن شيئاً ما جبّاراً يقتحم المصاب على شكل هجمات، فنشاط الدماغ الكهربائي ينقطع بشكل فجائي، ويهرب الاطمئنان والأمان، وتتولّى المبادرة قوى أقوى بكثير. لا تستطيع جملة المريض العصبية إبطال أو إيقاف التيار الكهربائي القوي المرافق لذلك في الوعي، ويتضح هنا مجدداً الاقتراب من تفسير الهنود الحمر لجهة أن هناك قوة مقدّسة تتّقد وتغلي في الهجمة الصرعية. نحن أيضاً نعرف هذه الأفكار من الكتاب المقدّس، حينما لا يحتمل البشر طلعة الرب المباشرة، وكثيراً ما يتم تحذيرهم منها، ويمكن على الأقل إثبات أن ثمة قوة تفوق المرضى بمراحل تمارس فعلها في الهجمة. ثمة قوة لا قبل للجملة العصبية بها كهربائياً، ولا قبل للوعي بها من ناحية أخرى، ويبدو الحال كما لو أنه تم التحويل من تيار متناوب عادي إلى تيار عالي التوتر. تبين لنا خبراتنا بالمعالجة بالتقمص أن الأمر في الصرع يتعلق باقتحام قوى ظلامية عاتية قبل كل شيء.

من الواضح أن المرضى بحاجة بعد ذلك إلى النوم، ولكن النوم العميق فاقد الوعي تقريباً الذي لا يُنعش ولا يجدّد النشاط، لا بل يزيد الإجهاد يدلّ على أن الخبرات الجارية في المستوى الآخر إما أنه لا يزال من الضروري مواصلتها، أو ينبغي إدماجها في عملية مستهلِكة للطاقة وتجديد التوصيلات المتعَبة والمستهلَكة. من البديهي أن يكون الرأس مؤلماً بعد الهجمة، ففي النهاية كان نشيطاً وحازماً على الأقل، وربما كان مرهَقاً تماماً أيضاً من حيث المحتوى لبعض الوقت.

١- أوليفر ساكس: *الرجل الذي خلط بين زوجته وقبعة*. هامبورغ 1987.

يتعافى المرضى ويستردّون قواهم ببطء شديد بعد هذه الرحلة الطويلة التي حطّمت حدود وعيهم وتخطّتها، وبعد ذلك يكونون في حالة استرخاء نسبي، ويكادون لا يتذكّرون شيئاً.

يمكن الاستنتاج من الحقيقة التي مفادها أنه بعد كل هجمة صرع كبير تتلف خلايا دماغية، أن المصابين لا بد أن يبتعدوا عن رأسهم وإرادتهم الخاصة على المدى الطويل، وإلى هذا الاتجاه تشير أيضاً الصور المتأخرة لمرضى الصرع، والتي يمكن تُظهِر تباطؤاً عاماً وحذلقةً وتدقيقاً، وصولاً إلى علامات الخرف.

تطاول أعراض الصرع الصغير المجال النفسي أكثر من الصرع الكبير، وسوف نذكرها هنا بشكل سريع لمجرد التأكيد على أنها تشير إلى الاتجاه نفسه. تتوارى خلف حالات الغيبة (Abcence) حالات تغيّم وعي تستحوذ على المرضى بصورة فجائية، والتغيّم هو حالة انتقال من مستوى إلى آخر: من النهار إلى الليل، أو من اليقظة إلى النوم، أو بالعكس. ترغم حالات الغيبة المرضى على اجتياز هذه المعابر بين المستويين، وفي هذه الحالة بين اليقظة والأحلام، أو بالأحرى بين اليقظة والنوم، وتتمثّل المهمة، كما هو واضح، في إدراك المريض منطقة الدغش أو الغسق وإيلائها المزيد من الاهتمام والتحوّل إلى جوّال بين العالمين.

لا شك في أن التجارب التوهّمية هي من العالم الآخر. يرى مريض الأهلاس البصرية ما لا يمكن لسواه أن يدركه. وينطبق هذا على الأهلاس السمعية، والشمّية، واللمسية[1]. يبدو أن على المريض أن يتعلّم إدماج هذه الأبعاد الأخرى لحقيقته في الحياة، ولما كانت الصور التوهّمية عبارة عن تمظهرات الظلّ على الأرجح، فالمهمة التعلّمية واضحة: تريد المحتويات التي طال كبتها خارج الوعي، أن تُقبَل وتُدمَج.

يزداد وضوح هذا السياق في الهذيانات، فهنا تطفو أنقى أشكال الظلّ، أي أكثرها ظلاميةً، لذلك يحلو للطب النفسي أن يعدّ هذا الضرب من الظلّ غريباً عن الطبيعة البشرية. يتمظهر في الهذيان بالطبع كل ما يجهله المريض انطلاقاً من حياته العادية، وسوف يكون بالتحديد نقيضها من وجوهٍ عدة. بيد أن هذا لا يجعله غريباً عن طبيعته، إنما يبوح بانتمائه إلى طبيعته الأعمق. إنه ظلّه، جانبه الآخر المظلم. حينما تنفجر "أعمال عنفٍ لا ضابط ولا معنى لها"، فإن هذا يبين من جهة أن المريض كان يسيطر على هذه الطاقات بشكل كامل ومنذ زمن طويل،

١- تُقارَن الأهلاس السمعية بالسمع التوهّمي، والشمّية بالشمّ التوهّمي، واللمسية بالحسّ التوهّمي، وهناك أهلاس ذوقية أيضاً.

ولذلك لم يعد أمامها إلاّ إيجاد منفذ لها عنوةً؛ ومن جهة أخرى يبوح بأن هذه الأعمال، وإن لم يكن لها مغزى بالقياس إلى وجوده العادي، ولكنها بالقياس إلى وجوده الكلّي تمثّل جانبه الآخر المظلم، وبالتالي تنجلي عن المزيد من المغزى. لقد اضطر النصف المظلم كما هو واضح إلى أن يعيش حياة الظلّ زمناً أطول مما ينبغي، مما يجعله يندفع الآن إلى نور الوعي حاملاً معه مفاجأة مثيرة، وتندرج في هذا المجال أيضاً تلك الأورات التي تغدو فيها الأصوات أشد ارتفاعاً وأكثر إلحاحاً باستمرار، وفي ذروتها يفقد المصاب وعيه.

يظهر طابع الدعوة بشكل صريح في أعراض الشرود، فقد طالت مراوحة المريض في مكانه، أو بالأحرى طال تشبّثه بالموضع أو بالموضوع ذاته، ويكاد الآن يُدفَع دفعاً للمضيّ في طريقه والارتحال إلى مناطق جديدة وعوالم أخرى.

أما تعبير "صرع الثرثرة" فيبين الرسالة بوضوح شديد: لم يعد الأمر يتعلق بما يُقال من أن عضّ اللسان خير من فتح الفم. لقد ولّى زمن التحفّظ النبيل أو بالأحرى الحييّ، وطال حياء المرء وتماسكه بما يكفي، وهو يُقتلَع الآن من ذلك الوضع كلياً، لينساب التيار الذي طال احتجازه، في ثرثرة وكثرة كلام. يجسّد العرض هنا تحطيم جدار السدّ، وتتشابه جميع الهجمات الصرعية في هذه النقطة: فهي أشبه بتصدّعات في السدّ تحرّك الأجزاء المكظومة من طبيعة المصاب.

لا شك في أن الانضمام إلى تيار طاقة الحياة العارم والسماح للطاقات الذاتية بالجريان الحرّ، أو بالأحرى بالانفراغ الحرّ يندرج ضمن المهمّات التعلّمية ذات الأولوية التي يرغم عليها الحدث الصرعي، ومن ناحية أخرى تكون الدعوات إلى الانفتاح على المستويات الأخرى مشفّرة في ذلك، لا سيما على المستويات المغلَقة أمام وعي اليقظة العادي. تلمّح الصورة المرضية إلى مستويات جديدة من الوعي، عوالم الخيال والأحلام، وإلى الانفتاح المعتدل على أبعاد ذهنية أحرى، وبذلك يتم نقلها إلى مجال المهمات.

إن الكثير مما يبدو للوهلة الأولى معكوساً من وجهات نظر ألّوباتية يكون مفيداً عملياً بصفة خاصة، وقد أثبت جدواه العلاج التنفّسي المكثّف الذي لا يهاب إطلاقاً تلك المجالات التي تتمظهر فيها التشنجات الداخلية خارجياً أيضاً. إنه يمثّل بلا شك إمكانيةً للوقاية من هجمات الاختلاج الكبيرة، وذلك بمواجهة مبدأ التشنج مسبقاً وبصورة طوعية وتفريغ عقد وحصارات عالَم النفس وعالَم الجسد على نحو مجرَّع ومحسوب. تقدّم الجلسة التنفّسية صورة هوميوباتية (شبيهة) بالهجمة.

كما إن الرعشة الجنسية (الإيغاف) المعاشة بشكل كامل تناظر الهجمة وفيها شيء من التشابه معها، فهنا أيضاً تنفرغ طاقات بشكل تموّجي عبر الجسد بكامله، حتى لو كانت البؤرة في هذه الحالة تقع في الحوض، لا في الرأس، ويُسفر العلاج النفسي في الكثير من الهجمات الصرعية عن دلائل على انزياح طاقوي من الأسفل إلى الأعلى، فالمرضى لا يجرؤون على إطلاق العنان لطاقاتهم في المستوى السفلي المُزدرى على أنه قذر ووسخ في الغالب، وبذلك ينقلون الحدث أي الإيغاف الكبير إن جاز التعبير، إلى مستوى الرأس الأنظف والأطهر بنظرهم. من هنا تُعدّ الحياة الجنسية المكثفة التي تتيح للطاقات الجريان والانفجار، علاجاً للمصابين بالصرع.

أما الجانب الأهم فهو أن يستسلم المصاب طوعاً للميول الإجبارية في الهجمة، وأن يغدو عابر حدودٍ واعياً بين العوالم، وأن يقوم برحلات واعية إلى مستويات أخرى للحقيقة، رحلات تشتمل على مملكة الظلّ أيضاً، وأن يثق بتيار الحياة الجارف.

أسئلة

1- *ما هي التيارات الكبيرة المتضاربة في نفسي؟*
2- *ما هي إمكانات تفريغ الطاقة المحتَجَزة التي أجيزها لنفسي، إلى جانب الهجمات؟*
3- *أين بات من الضروري حدوث تصدّع في السدّ النفسي؟ هل أستطيع إطلاق العنان لنفسي بغير رادع؟*
4- *ما هي علامات المستويات الأخرى التي تلقّيتها وتجاهلتها؟*
5- *كيف أستطيع أن أفسح المجال للظلّ في داخلي طوعاً؟*
6- *هل أنا قادر على الاستسلام لقوى أخرى؟*
7- *ما هي صلتي بالعالم المتسامي فيما وراء الإدراك المألوف للزمان والمكان؟*
8- *هل بإمكاني أن أتصور أن أصبح عابر حدودٍ واعياً بين العوالم؟*