

كيف نموت؟

تأملات في الفصل الأخير للحياة

شروين نولاند

ترجمة إيهاب عبد الرحيم

كيف نموت؟

تأملات في الفصل الأخير للحياة

تأليف

شروين نولاند

ترجمة

إيهاب عبد الرحيم علي



How We Die

Sherwin B. Nuland

كيف نموت؟

شروين نولاند

الناشر مؤسسة هنداوي

المشهرة برقم ١٠٥٨٥٩٧٠ بتاريخ ٢٦ / ١ / ٢٠١٧

يورك هاوس، شبيت ستريت، وندسور، SL4 1DD، المملكة المتحدة

تليفون: ٨٣٢٥٢٢ ١٧٥٣ (٠) ٤٤ +

البريد الإلكتروني: hindawi@hindawi.org

الموقع الإلكتروني: https://www.hindawi.org

إنَّ مؤسسة هنداوي غير مسئولة عن آراء المؤلف وأفكاره، وإنما يعبرُ الكتاب عن آراء مؤلفه.

تصميم الغلاف: يوسف غازي

الترقيم الدولي: ٣ ٣٦٧٧ ٥٢٧٣ ١ ٩٧٨

صدر أصل هذا الكتاب باللغة الإنجليزية عام ١٩٩٤.

صدرت هذه الترجمة عام ١٩٩٧.

صدرت هذه النسخة عن مؤسسة هنداوي عام ٢٠٢٤.

جميع حقوق النشر الخاصة بتصميم هذا الكتاب وتصميم الغلاف محفوظة لمؤسسة هنداوي.
جميع حقوق النشر الخاصة بنص العمل الأصلي محفوظة للسيد الدكتور إيهاب عبد الرحيم علي.

المحتويات

٧	شكر وتقدير
١٣	تمهيد
١٩	١- القلب المختنق
٣٩	٢- بطاقة المعايدة، وكيف تفشل؟
٦٥	٣- السبعون
٨٩	٤- أبواب موت العجائز
١١٧	٥- مرض ألزهايمر
١٤٩	٦- الاغتيال والسَّكينة
١٧٣	٧- الحوادث والانتحار والقتل الرحيم
١٩٩	٨- قصة الإيدز
٢١٧	٩- حياة فيروس وموت إنسان
٢٤١	١٠- خُبث السرطان
٢٦٣	١١- الأمل ومريض السرطان
٢٨٥	١٢- الدروس المستفادة
٣٠٩	الخاتمة

شكر وتقدير

علق الروائي الذي عاش في القرن الثامن عشر، لورانس ستيرن،^١ ذات مرة، قائلاً إن الكتابة «ما هي إلا مسمّى مختلف للمناقشة». فمحتوى أو نبرة كتاب أو مقال ما، تتحدد تبعاً لإدراك الكاتب لرد الفعل المتوقع للقارئ تجاه كل جملة أثناء صياغتها على الورق، فالقارئ موجود في ذهنه على الدوام. والكتاب الذي أنت موشك على قراءته لم يتم إعداده بخطة في ذهني سوى المناقشة مع أولئك الناس الذين يرغبون في التعرف على ماهية الموت. حاولت أن أسمع كيف يمكن أن يجيب القارئ على ما يقال في سياق الكتابة. وبلاستماع الجيد، أملت في أن أتمكن من تناول كل من ردود الفعل المتوقعة بمنتهى الفورية والوضوح الذي وسعني.

ومع ذلك، فالحوار الذي تضمّنه هذه الفصول، لا يعدو كونه نتاجاً لمناقشات أخرى قمت بإجرائها — طوال أغلب فترات حياتي — مع أفراد أسرتي، وأصدقائي، وزملائي، وقبلهم جميعاً مع مرضاي، مع أولئك الذين كانوا أقرب الناس إليّ، والذين التمسْتُ حكمتهم من أجل التوصل إلى فهم ما تعنيه حياتنا، وموتنا. ويُعدُّ التماس الحكمة في أقوال الآخرين أقل صعوبة بكثير من أن تجدها في تجاربهم. بحثت عنها في كل مكان اعتقدت بإمكانية اكتشافها فيه. وحتى عندما لم تكن لديّ أدنى فكرة عن أنني أتعلم من واحد أو آخر من بين ذلك العدد الهائل من الرجال والنساء الذين تداخلت حياتهم بحياتي، كانوا يعلمونني برغم كل شيء، غالباً بلا وعي مماثل منهم لتلك المنح التي كانوا يخلعونها عليّ.

^١ L. Sterne (١٧١٣-١٧٦٨م): كاتب وقّس إنجليزي مولود في أيرلندا. (المترجم)

وبرغم أن أغلب عمليات التعلم تكون من البساطة بحيث لا يلحظ وجودها المقدم ولا المتلقي، فإن قدرًا كبيرًا منها ينتج عن النمط المألوف من المناقشة: أي التواصل اللفظي المباشر بين اثنين من الأفراد. وفي حالتي الشخصية، استمرت أطول تلك المحاورات بصورة متقطعة لمدة سنوات أو حتى عقود من الزمن، في الحين الذي وقعت فيه بعضها أثناء إعداد هذا الكتاب فحسب. وإذا كانت «المشورة [تصنع] الرجل المستعد»، كما ادّعى فرنسيس بيكون (Bacon)، فقد استعددت لكتاب «كيف نموت» بقضاء ساعات لا حصر لها بصحبة أشخاص غير عاديين.

وقد شحذ العديد من زملائي في عضوية «لجنة الأخلاقيات الأحيائية» (Bioethics) في مستشفى جامعة ييل في مدينة نيو هافن، مرارًا وتكرارًا، من إدراكي للقضايا الحيوية التي لا تواجه المرضى ومحترفي تقديم الرعاية الصحية فقط بل تواجه كلًا منّا من وقت لآخر. وأدين هنا بالشكر على وجه الخصوص للزملاء كونستانس دونوفان، وتوماس دوفي، ومرجريت فارلي، وروبرت ليفاين، وفرجينيا رودي، وهوارد زونانا؛ فقد أرشدوني، جميعًا وكأفراد، إلى صورة للأخلاقيات الطبية بنفس القدر من الإنسانية (وحتى الروحانية) الذي تنتظم به عقليًا.

كما أودّ توجيه الشكر أيضًا لعضو آخر من أعضاء اللجنة، وهو ألان ميرمان، وهو طبيب أطفال اكتسب حيوية متجددة كقس بروتستانتتي يقوم بأداء الصلوات على المتوفين داخل مستشفانا. فقد كان كريمًا في مساعدتي على فهم الكيفية التي يصادق بها طلاب الطب والمحتضرون من المرضى بعضهم بعضًا، وكيف يتشاركون في مخاوفهم وآمالهم. وفّر لي فرينك جيورجي الاطلاع على تلك المجموعات الهائلة من التأمّلات التاريخية، من مقتنيات مكتبة كوشنج/ويتني التابعة لجامعة ييل، غير أن منحة الكبرى لي خلال تلك السنوات الطوال، هي توفيره لإمدادات لا تنتهي من صداقته ومن ثقافته الواسعة. وعلمني جاي كاتز، سواء من خلال مناقشاتنا أو في كتاباته، حساسية في اتخاذ القرارات الطبية تتخطى تلك الحقائق السريرية المجردة بخصوص المرض الذي يصيب مريضًا ما، وحتى ذلك التحمس الواعي الذي يبدو محدّدًا لنوعية العلاج الذي سيوصف من بين الخيارات العلاجية المتاحة. وتعلمت من زوجتي، سارة بيترسون، نوعًا آخر من الحساسية، والذي يسمّى بالمشاركة تارة، وبالحب تارة أخرى. وفي المشاركة أو الحب، هناك فهم لمدرجات الآخر، كما أن هناك إخلاصًا لا ينضب. وفي عُرف سارة: «برغم أنني أتحذّر بلسان الرجال،

وعن الملائكة، وليس في حياتي حب، فقد أصبحت مثل الآلات النحاسية الطنانة أو الصَّنَج الرنانة.^٢ وهنا يكمن أحد الدروس العظيمة، ليس للأفراد وحدهم، بل وللأمم والمهن المختلفة، وخصوصًا تخصص الطب الذي أمتنه.

وطوال العقد الماضي، أفدت من صداقة روبرت ماسي. فمن خلال عمله طبيبًا ممارسًا متخصصًا في الأمراض الباطنية، وعميدًا لإحدى كليات الطب، ومؤرخًا طبيًا، إضافة إلى كونه معلمًا على حاضر ومستقبل مهنة الطب، قام بوب ماسي بنقل بُعد من الفهم إلى أجيال من زملائه الأطباء، إضافة إلى إحساس بالالتزام الطبي يتخطى حدود الاهتمامات السريعة الزوال للحظة، والاهتمامات الضيقة لطائفة الأطباء. واستغللت صداقته بأن جعلت منه «لوحة إعلاناتي الرنانة»، وخطيبي المفوّه، وحتى مرجعي في اعتماد التلميحات الضمنية الكلاسيكية، ناهيك عن قواعد اللغة اللاتينية. وليس هناك جزء في هذا الكتاب تقريبًا لم نتناقش فيه أنا وهو. كانت ثقته في قيمة هذا العمل مصدرًا للطاقة الهائلة بالنسبة لي خلال تلك الشهور الطوال التي قضيتها في إنجاز ذلك العمل.

تمت مراجعة كل فصل من فصول كتاب «كيف نموت؟» على واحدة أو أكثر من الحجج العلمية في الموضوع المحدد له. ونتجت في جميع الحالات اقتراحات مهمة من القراءات أضافت بشكل فعّال لقدرتي على شرح المادة العلمية في الكتاب. تولى نقد الفصول المتعلقة بأمراض القلب كلٌّ من مارك أبلفيلد، وديبورا باربور، وستيفن ولفسن؛ بينما راجع ليو كوني تلك الفصول التي تناولت الشيخوخة ومرض ألزهايمر، وراجع دانييل لوي فصل الحوادث والانتحار؛ وجيرالد فريدلاند وبيتر سيلوين فصلي الإيدز؛ كما راجع ألان سارتوريلي وإدوين كادمان الأوجه السريرية والبيولوجية للسرطان؛ وأخيرًا راجع جاي كاتز تلك المناقشة التي تناولت العلاقة بين الطبيب ومريضه. وسيتعرف المتخصصون في تلك المجالات بسهولة على أسماء كل من الاستشاريين الذين استعنت بهم — والذين أشرف بذكر أسمائهم هنا. فقد كانوا أكثر كرمًا معي مما توقعت.

وساعدني عدد من الناس في الإجابة عن بعض التساؤلات المحددة، وفي استقصاء المراجع المختلفة؛ ومنهم: واين كارفر، بنجامين فرانكس، وجانيس جلوفر، وجيمس هورجان، وعلي خودادوست، ولوري باتون، ويوهان فان سترالن، وماري ويجاند، وموريس

^٢ وهي من مقاطع الإنجيل (C01 13:1). (المترجم)

ويسل، وأن وليامز، ويان جانجسو، وسكرتيرتي ذات القلب العظيم، رافايلا جريمالدي. وراجع معي ج. ووكر سميث سلسلة من تقارير التشريح بعد الوفاة، كما ساعدني في وضع نتائجها في داخل سياق العمليات التنكسية للشيخوخة. وفتح عيني ذلك الصباح الذي قضيته مع ألفين نوفيك، على الجوانب السياسية والنفسية الحادة لمرض نقص المناعة المكتسبة، «الإيدز»، والتي كنت أؤمنها من قبل تخميناً — ولم يكن بالأمر اليسير على «آل» أن يكشف لغريب فعلي عنه تلك الآلام التي يضمها قلبه الذي كان لا يزال في مرحلة الحداد، لكنه وجد القدرة على ذلك بصورة ما، لذلك فلن أنسى ما علّمني ما حييت. وتحدثت معي إيرما بوللوك، والتي كنت معجباً بها منذ طفولتي، من خلال العذاب الذي ينطوي عليه تذكر مأساة مرض ألزهايمر، وذلك لأنها أرادت مساعدة الآخرين. فزادت قصتها من إيماني بقوة الحب المنكر للذات.

وتمت مراجعة النص الكامل لكتاب «كيف نموت» على يدي عدد كبير من الناس ذوي الثقافات والخلفيات المتباينة، والذين كانت ملاحظاتهم وتعليقاتهم مفيدة للغاية في مراجعتي الشخصية الأخيرة، ومن هؤلاء أذكر: جوان بيهار، وروبرت بورت، وجوديث كوتبرسون، ومرجريت دي فان، وجيمس بونيت. وغني عن القول أن كلاً من بوب ماسي وسارة بيترسون بذلا مساهمات نقدية عديدة أثناء مراجعتهما للمراحل المتنامية للعمل، فضلاً عن الآخر. وفي الحين الذي كان فيه أسلوب بوب لطيفاً ودبلوماسياً، كانت تلك المرأة بيترسون قاسية في سعيها نحو ما أطلقت عليه في موضع آخر اسم «التعرف على التشتت وتثبيط الانجراف»، وقد كنت أقوم دائماً بتنفيذ التغييرات التي تقترحها بمجرد التصريح بها، فحتى «مشاركتها» كانت لها حدودها القصوى.

وأوجه الشكر في النهاية إلى أصدقائي الجدد في عالم الطباعة والنشر. وقد نبع كتاب «كيف نموت؟» في مخيلة جلين هارتلي — ليست الفكرة فحسب، بل إن العنوان أيضاً كان من وضعه. وباقتراح من دان فرانك، قام مع لين شو بالبحث عني، وكلفاني بمهمة لم يسعني إلا قبولها. وتم إمرار المخطوطة التي نتجت عن ذلك التكليف في النهاية، عبر مرشح ذهن دان التحريري الماهر؛ ولا يستطيع سوى أولئك المؤلفين الذين عملوا بالتعاون معه تقدير قيمة مثل ذلك التوجيه والإرشاد. حمل سوني مهتا هذا المشروع بين يديه الحانيتين من بدايته إلى نهايته، كمحرر، وناشر، ونصير رئيسي. وإذا كان هناك فريق للطباعة والنشر يتكون جميعه من النجوم، فمن المؤكد أنه ذلك الفريق.

وبرغم أنهم يقولون إنه لم تعد هناك موزيات^٢ في القرن العشرين، فإنني عثرت على واحدة، واسمها إليزابث سيفتون، التي حاولت معالجة أفكار ولغتها الإنجليزية بطريقة ترضيها. ولست أطلب جائزة أعظم من موافقتها على ما كتبت. وهناك قول مأثور ثانٍ من تلك الأقوال التي اشتهر بها لورانس ستيرن ينطبق على كتاب «كيف نموت؟» وهاك نصه: «يجب أن تنبع فطنة كل إنسان من رُوح جميع البشر، وليس من جسد أي منهم.» وهذا كتابي بين أيديكم. وبصرف النظر عن الإلهام أو المشاركة التي أسهم بها فيه كثيرون غيري، فإنني أعلن أن كل حرف فيه — كل مفهوم وكل مفهوم خاطئ، كل حقيقة وكل خطأ، كل فكرة مفيدة وكل تفسير لا طائل من ورائه — إنما هو خاص بي وحدي، وليس هناك جسد لآخر، ولا يخص كتاب «كيف نموت؟» أي إنسان آخر؛ وذلك لأن هذا الكتاب نابع من رُوحِي أنا.

ش. ب. ن.

^٢ Muses: عرائس الشعر في الميثولوجيا الإغريقية، وهن الإلهات التسع الشقيقات: كالبوب، وكليو، وإيراتو، ويوتيرب، وميلبومين، وبوليهمينيا، وتيرسيخورا، وثاليا، ويورانيا. وهن بنات زيوس ومنيموسين، وقد كان من المعتقد أنهن يحمين الغناء والشعر والفنون والعلوم. (المترجم)

تمهيد

يريد كل منا أن يعرف تفاصيل عملية الاحتضار والوفاة، برغم أن قليلاً منا فقط على استعداد للاعتراف بذلك. فسواء عن طريق توقُّع أحداث مرضنا النهائي، أو بفهمنا لما يحدث لشخص محبوب على وشك الموت — أو من خلال ذلك الافتتان الذي نتشاركه جميعاً بالموت، والناجم عن «الهذا»^١ (Id-borne)، وهو الأقرب احتمالاً — فنحن نغرينا الأفكار المتعلقة بنهاية الحياة. وبالنسبة لأغلب الناس، يظل الموت سرّاً خفياً، مشتتاً بقدر ما هو مرهوب. ونحن منجذبون بلا مقاومة بنفس أوجه القلق التي نجدها أكثر إثارة للرعب؛ ونحن ننساق إليها باستثارة بدائية ناتجة عن العبث بالأخطار. فسواء كان العث (Moths) والنيران، أو الجنس البشري والموت، فليس هناك من فرق كبير.

ولا يبدو أيُّ منا قادراً، من الناحية السيكلوجية، على أن يتعايش مع التفكير في حالة وفاتنا ذاتها، مع فكرة وجود غيبية دائمة عن الوعي ليس فيها فراغ ولا خواء، إذ ليس هناك، ببساطة، سوى العدم. ويبدو الأمر شديد الاختلاف عن ذلك العدم الذي يسبق الحياة. ومثلما نفعل في مواجهة أي رعب محقق بنا، وأي إغراء يلوح من بعيد، فنحن نبحث عن سبل لإنكار سطوة الموت وتلك القبضة الثلجية التي يستحوذ بها على التفكير البشري. ألهمَ قربه المستمر منا طرقاً تقليدية نقوم من خلالها، سواء بوعي منا أو من دون وعي، بإخفاء واقعيته، مثل الحكايات الشعبية، والقصص الرمزية (Allegories)، والأحلام، وحتى النكات. وأضفنا، في تلك الأجيال البشرية المعاصرة، شيئاً جديداً: فقد صنعنا طريقة

^١ هذا (id): هو ذلك الجانب اللاشعوري من النفس، والذي يُعتبر مصدر الطاقة الغريزية أو البهيمية. (المترجم)

الوفاة الحديثة. وتحدث تلك الوفاة الحديثة (Modern dying) في المستشفيات الحديثة، حيث يمكن إخفاؤها، وإزالة أوجه اضمحلالها العضوي، ثم تغليفها النهائي استعدادًا للدفن الحديث. ويمكننا الآن أن ننكر ليس فقط سطوة الموت، بل وسطوة الطبيعة ذاتها. فنحن نُشِخ بوجوهنا بعيدًا عن وجهها، لكننا ما زلنا نمد أطراف أيدينا إليها قليلًا، وذلك لأن هناك شيئًا ما بداخلنا لا يستطيع مقاومة الرغبة في اختلاس النظر إليها.

ونحن نقوم بتأليف المشاهد «السيناريوهات» التي نتوق لنراها ممثلة أمامنا من قبل أحبائنا المحتضرين، ونحن نجد الأداء ناجحًا بصورة كافية تمامًا للإبقاء على توقعاتنا. وظل الاعتقاد باحتمال وقوع مثل هذه السيناريوهات من تقاليد المجتمعات الغربية، والتي كانت تنظر بعين التقدير، في القرون الغابرة، إلى الموت الجيد كخلاص للروح، وكتجربة رافعة (Uplifting) للأصدقاء وأفراد الأسرة، كما احتفلوا به في الكتابات والرسوم التصويرية لما يُعرَف «بفن الموت» (*ars moriendi*). وكان «فن الموت»، في بداية الأمر، عبارة عن محاولات دينية وروحانية، وصفها الناشر الذي عاش في القرن الخامس عشر «وليام كاكستون»^٢ بقوله إنه: «صناعة الموت من أجل الروح البشرية». وبمرور الوقت، تطور الأمر وصولًا إلى مفهوم «الموت الجميل»، بمعنى الطريقة الصحيحة للموت. لكن «فن الموت» ازداد صعوبة في أيامنا هذه بفعل الحقيقة ذاتها لمحاولاتنا الإخفاء والتقديس — وخصوصًا المنع — والتي تنتج عنها مشاهد فراش الموت التي تقع في مثل تلك الأماكن التخصصية للاختباء، كوحيدات العناية المركزة، ومراكز أبحاث السرطان، وغرف الطوارئ في المستشفيات. وتحول مفهوم الموت الجيد بصورة متزايدة إلى أسطورة. وبالفعل، كان الموت في معظمه عبارة عن أسطورة، لكنه لم يقترب من ذلك الحد الذي هو عليه الآن. والمقوم الرئيسي للأسطورة هو ذلك المثال الذي نتوق إليه «للموت بكرامة» (Death with Dignity).

ومنذ وقت غير بعيد، التقيت في عيادتي محاميةً في الثالثة والأربعين من عمرها، كنت قد أجريت لها جراحة لاستئصال ورم سرطاني بالثدي في مراحله الأولى قبل سنوات ثلاث. وبرغم أنها كانت قد تحررت من المرض، كما كانت لديها جميع الفرص لتوقع الشفاء الدائم من السرطان، بدت مكتئبة بصورة غير معتادة في ذلك اليوم. وعند انتهاء زيارتها، طلبت مني أن تبقى لبرهة أخرى، لكي نتحدث معي. بدأت بعدها في وصف أحداث وفاة والدتها القريبة التي وقعت في مدينة أخرى، بفعل نفس المرض الذي شُفيت هي منه تقريبًا. قالت

^٢ Caxton (١٤٢٢-١٤٧٦م): طباع وناشر إنجليزي، أنشأ أول مطبعة في بريطانيا عام ١٤٧٦م. (المترجم)

لي: «لقد تُوفِّيت أُمِّي في كرب عظيم، وبرغم محاولات الأطباء العظيمة لإنقاذها، فلم يكن بوسعهم أن يهَوِّنوا الأمر عليها. ولم يكن الأمر يشبه من قريب أو من بعيد تلك النهاية المسالمة التي توقعتها. اعتقدت أنها ستكون تجربة رُوحانية، نستطيع خلالها التحدث عن حياتها، وعن حياتنا معًا. لكن ذلك لم يحدث على الإطلاق. كان هناك قدر عظيم من الألم، وقدر أعظم من عَقَار «الديميرول»^٣، ثم قالت، في نوبة من الغضب والبكاء، «دكتور نولاند، لم تكن ثمة كرامة في موت أُمِّي!»

احتاجت مريضتي تلك إلى قدر كبير من التطمين بأنه لم يكن هناك شيء غير طبيعي في الطريقة التي ماتت بها والدتها، وبأنها لم تقترب ذنبًا أدنى إلى منع والدتها من معالجة تلك الوفاة «الرُوحانية» بالكرامة التي توقعتها. كانت جميع جهودها وتوقعاتها قد ذهبت أدراج الرياح، مما أدَّى إلى بلوغ تلك الشابة اللامعة شفير اليأس. حاولتُ أن أوضح لها أن الاعتقاد باحتمال حدوث ما يسمَّى بالموت بكرامة ما هو إلا محاولتنا، ومحاولة مجتمعا، لمواجهة حقيقة ما هو مكوَّن في أغلب الأحيان من سلسلة من الأحداث المُدمِّرة التي تنطوي بطبيعتها ذاتها على تحطيم إنسانية ذلك الشخص المحتَضِر. ولم أرَ في حياتي كثيرًا من الكرامة في العملية التي نموت بها.

يخيب مسعانا في التوصل إلى الكرامة الفعلية عندما تفشل أجسادنا. وفي أحيان نادرة — نادرة للغاية — تُمنح ملابسات فريدة للوفاة لإنسان ذي شخصية متفردة، وسيُتسبب ذلك المزيج المحفوظ في حدوث المعجزة، لكن اجتماع الحظوظ هذا نادر الحدوث، وفي جميع الأحوال، يجب ألا يتوقعه أحد سوى قلة قليلة من الناس.

كتبْتُ هذا الكتاب لإزالة الخرافات التي تكتنف عملية الوفاة. وليست نيتي أن أصور تلك العملية كسلسلة مشحونة بالرعب من التنكسات المؤلمة والمثيرة للاشمئزاز، بل أن أقدمها في حقيقتها البيولوجية والسريرية، كما يراها من يشهدها، وكما يُحس بها من يمر بتجربتها. وليس هناك من سبيل سوى المناقشة الصريحة لتلك التفاصيل الدقيقة لعملية الوفاة، من أجل تناول تلك الوجوه للموت، التي تثير فينا الرعب أكثر من غيرها. ويمكننا، عن طريق معرفة الحقيقة والاستعداد لها، أن نخلص أنفسنا من ذلك الخوف من «الأرض المجهولة» (*terra incognita*) للموت، والتي تؤدي بنا إلى خداع النفس وإلى خيبة الأمل.

^٣ Demerol: عَقَار مسكن قوي ومنوم. (المترجم)

هناك قدر كبير من المطبوعات التي تتعلق بالموت والاحتضار. لكن جميعها تقريباً يُقصد بها مساعدة الناس على التعايش مع الصدمة العاطفية التي تنطوي عليها تلك العملية وما يليها؛ بينما لم يتم التركيز كثيراً على تفاصيل التدهور الجسدي في أغلب الأحيان. ولن تجد — إلا على صفحات المجلات الطبية المتخصصة — أوصافاً للعمليات الفعلية التي تنزع بها الأمراض المتنوعة منا حيويتنا وتسلبنا حياتنا ذاتها.

وتؤكد ممارستي المهنية وتجربتي طَوَال حياتي ملاحظة جون وبستر^٤ بأن هناك بالفعل «عشرة آلاف باب مختلف للبشر لكي يتخذوا طريق خروجهم من الحياة» وأُملي هو أن تتحقق دعوة الشاعر راينر ماريا ريلكه^٥: «أَيُّ ربي، أعطِ كلاً منا موته الخاص به». وهذا الكتاب مخصص لتناول أبواب الموت والطرق المؤدية إليها. وقد حاولت كتابته بطريقة يمكن بها، إذا ما سمحت الظروف بذلك، أن تتخذ الخيارات التي ستمنح كل واحد منا موته، أو موتها، الخاص.

اخترت ستة من أكثر الأنماط المرضية شيوعاً في عصرنا الحاضر، ليس فقط لأنها تشتمل على العلل المميتة التي ستقضي على الغالبية العظمى منا، بل لسبب آخر أيضاً؛ إذ إن تلك الأنماط المرضية الستة تنطوي على خصائص ممثلة لبعض العمليات العامة التي سنعالجها جميعاً أثناء احتضارنا. إذ إن توقف الدورة الدموية، وعدم كفاية الأكسجين الواصل إلى الأنسجة، واضطراب وظائف الدماغ، وإصابة أعضاء الجسم بالفشل، وتحطيم المراكز الحيوية، هي الأسلحة التي يستخدمها جميع فرسان الموت. وسيُفسر التعرف عليها تلك الكيفية التي نموت بها بفعل الأمراض التي لم توصف في هذا الكتاب بصورة محددة. وليست تلك الأمراض التي اخترتها هي أكثر السبل التي تقودنا إلى الموت شيوعاً فحسب، بل هي أيضاً تلك التي يخطو كل منا فوق الأحجار المعبدة لها، مهما كانت درجة ندرة المرض النهائي.

تُوَفِّيت أُمي بسرطان القولون بعد أن أتممت عامي الحادي عشر بأسبوع واحد، وقد غيرت تلك الحقيقة حياتي كلها. فكل ما وصلت إليه، وأغلب ما لم أكنه، كان سعيّاً مباشراً أو غير مباشر مني وراء الأسباب التي أدت إلى وفاتها. وعندما شرعت في كتابة هذا الكتاب،

^٤ J. Webster (١٥٨٠-١٦٢٥م): كاتب درامي إنجليزي. (المترجم)

^٥ R. M. Rilke (١٨٧٥-١٩٢٦م): شاعر نمساوي-ألماني، يُعتبر من عمالقة الأدب الحديث. (المترجم)

لم يكن قد مرَّ على وفاة شقيقي سوى ما يزيد على العام بقليل، بفعل سرطان القولون أيضًا. وخلال حياتي المهنية والشخصية، عشت مدركًا لاقتراب الموت لأكثر من نصف قرن، كما أرهقني وجوده المستمر طوال تلك الفترة، فيما عدا العقد الأول منها. وهذا هو الكتاب الذي سأحاول أن أقص فيه ما تعلمته.

شروين ب. نولاند

نيو هافن، يونيو ١٩٩٣م

الفصل الأول

القلب المختق

تختلف كل حياة عن أية حياة سابقة لها، وكذلك تختلف كل وفاة. فتفرّد كلّ منا يمتد ليشمل حتى الطريقة التي نموت بها. وبالرغم من أن أغلب الناس على علمٍ بأن أمراضًا عديدة تحملنا إلى ساعاتنا الأخيرة بسببٍ شتى، فإن قلّة قليلة هي التي تدرك زخم ذلك العدد اللانهائي من الطرق التي يمكن بها للقوى النهائية للروح البشرية أن تفصل نفسها عن الجسد. ويتميز كلّ من أوجه الموت المتعددة بكونه محدّدًا بالقدر الذي يميز ذلك الوجه الفريد الذي يُظهره كل منا للعالم خلال أيام حياته. فسيُسلم كل رجلٍ روحه بطريقة لم يسبق لها مثيل، كما ستذهب كل امرأة إلى مثواها الأخير بطريقتها الخاصة.

عندما التقيتُ عيني الموت اللتين لا تعرفان الرحمة، لأول مرة خلال حياتي المهنية، كانتا مثبتتين على رجل في الثانية والخمسين من عمره. بدا الرجل مرتاحًا وهو يرقد على الأغشية المكرمشة لفراش تمت تسويته للتو في غرفة خاصة بأحد المستشفيات التعليمية الجامعية الكبرى. كنت قد بدأت لتوي عامي الثالث في كلية الطب، وقد شاءت قرعتي التعسة أن ألتقي بالموت وبمريض الأول في الساعة نفسها.

كان جيمس مكارتي مديرًا لشركة بناء، وكان ذا بنية قوية، كما أغراه نجاحه المهني بانتهاج أنماط للحياة نعلم اليوم أنها انتحارية، إلا إن أحداث مرضه قد وقعت منذ ما يقارب الأربعين سنة، عندما كنا نعرف القليل عن مخاطر الحياة المترفة — عندما كان من المعتقد أن التدخين واللحوم الحمراء والتهام الشرائح الضخمة للحم المقدد والزبدة، وبروز الكرش، تمثل التعويض الخالي من الخطر للنجاح والتفوق. ولذلك ترك رجلنا نفسه حتى أصبح مترهلًا وخاملًا في الوقت نفسه؛ فبعد أن كان يقوم بنفسه بالإشراف على موظفي شركته المزدهرة للإنشاءات في مواقع العمل، أصبح يكتفي بإدارة العمل بغطرسة من وراء مكتبه. كان مكارتي يصدر أوامره لموظفيه في أغلب أوقات اليوم من فوق كرسيه الدوار

الوثير الذي يوفر له رؤية كاملة للمساحات الخضراء التي يشرف عليها مكتبه في مدينة نيو هافن، كما يطل على نادي كوينيبياك، وفيه مطعم المشويات المفضل لديه، حيث يتناول بشرهة وجبات الغداء المخصصة للمديرين.

ويمكنني بسهولة أن أتذكر وقائع إدخال مكارتي للمستشفى، وذلك بسبب التهتهة (Staccato) المفزعة التي اندلعت به، مما جعلها تنطبع في مخيلتي بصورة فورية ودائمة، فلم أتمكن على الإطلاق من نسيان ما رأيته، وما فعلته خلال تلك الليلة.

وصل مكارتي إلى غرفة الطوارئ بالمستشفى في نحو الثامنة مساءً، في ليلة حارة ورطبة في أوائل شهر سبتمبر. كان يشكو من شعور خائق بالضغط خلف عظمة صدره (القَص)، وبدا أن الألم يشع إلى حلقه وإلى ذراعه اليسرى. كان إحساسه بذلك الضغط قد بدأ منذ نحو الساعة، فبعد أن تناول عشاءه الدسم المعتاد، وبعد أن دخن قليلاً من سجائر «كَمِل»، تلقى اتصالاً هاتفياً محبطاً من أصغر أبنائه الثلاثة، وهي شابة مدللة كانت قد بدأت الدراسة لتوها في إحدى كليات البنات الراقية.

لاحظ الطبيب المقيم الذي فحص مكارتي في غرفة الطوارئ أن الرجل كان يبدو شاحباً، كما كان يتصبب عرقاً، إضافة إلى أن نبضه كان غير منتظم. وخلال الدقائق العشر التي استغرقها نقل جهاز تخطيط القلب الكهربائي على عجلاته عبر الردهة، وتوصيل أقطابه بجسم المريض، بدأ الرجل يظهر في صورة أفضل، كما عاد النبض غير المستقر لضربات القلب إلى معدله الطبيعي. ومع ذلك، أظهر تخطيط القلب الكهربائي أن احتشاءً (Infarction) قد حدث؛ مما يعني تلف جزء صغير من جدار القلب. بدت الحالة مستقرة، ولذلك فقد اتُخذت الإجراءات لنقله إلى سرير في الطابق العلوي من المستشفى، بيد أنه لم تكن هناك غرف للرعاية القلبية المركزة في الخمسينيات. حضر الطبيب الخاص لمكارتي لكي يراه، واطمأن إلى أن مريضه مستريح، وإلى أنه يبدو بعيداً عن الخطر.

وصل مكارتي إلى عذر الأمراض الباطنية في الحادية عشرة من مساء تلك الليلة، ووصلت معه في نفس الوقت تقريباً. ولما لم أكن في نوبة عمل خلال تلك الليلة، فقد اتجهت إلى حفل الاستقبال الذي أقامه زملائي من الطلاب للترحيب بالطلاب الجدد. وجعلني كأس من الجعة وكثير من الألفة مع زملاء، أشعر بثقة زائدة في نفسي، مما حدا بي لزيارة قسم الرعاية الذي بدأت عملي فيه في ذلك الصباح فقط، وكانت تلك أولى دوراتي الإكلينيكية (السريية) في قسم الطب الباطني.

يميل طلاب السنة الثالثة في كلية الطب، والذين يبدءون لتوهم خبرتهم المبدئية مع المرضى، إلى الشعور بالحماس إلى درجة الحمية (Zealousness)، ولم أكن مختلفاً عن

معظمهم بهذا الصدد. وصلت إلى القسم للامزمة الطبيب المقيم (Intern)، على أمل أن أشاهد حالة طارئة مشوقة، وللمساعدة بأية طريقة ممكنة. وإذا كان هناك إجراء سريري وشيك، مثل البزل النخاعي (Spinal Tap) أو تثبيت أنبوب صدري، كنت أريد أن أكون هناك لكي أفعله بنفسي. وعندما دَلّفت إلى القسم، أمسك الطبيب المقيم — ديف باسكوم — بيدي، كأنما شعر بالارتياح لرؤيتي، وقال: هل لك في مساعدتي؟ فقد انشغلت مع جو — وهو الطالب المكلف بالعمل معه — بحالة لالتهاب سنجابية النخاع (شلل الأطفال) البصلي (Bulbar Poliomyelitis) تزداد سوءاً، لذلك أريد أن تقوم بإجراءات إدخال حالة الشريان التاجي الجديدة هذه، والتي توجهت لتوها إلى الغرفة رقم ٥٠٧، اتفقنا؟»

اتفقنا؟ ... بالتأكيد اتفقنا! بل إن الأمر كان أكثر من مجرد اتفاق، كان الأمر رائعاً، وهو نفس السبب الذي جعلني أعود للقسم في تلك الليلة. كان طلاب كليات الطب منذ أربعين سنة يُمنحون قدرًا أكبر بكثير من حرية الحركة من تلك التي تُتاح لهم اليوم، ولذلك كنت أعرف أنني إذا أُدّيت إجراءات الدخول للمريض بصورة مُرضية، فستتاح لي فرصة أداء أعمال كثيرة خلال رحلة علاج مكارتي. انتظرت دقائق قليلة بلهفة حتى انتهى اثنان من العاملين من نقل المريض الجديد بلطف من غرفة الطوارئ إلى سريره. وعندما توجهت مهرولاً إلى النهاية البعيدة للرُدهة للمساعدة في حالة شلل الأطفال الطارئة، انحرفت إلى غرفة مكارتي وأغلقت الباب خلفي — فلم أكن أريد أن أتعرض لاحتمال أن يعود ديف ويتولى علاج الحالة.

حيّاني مكارتي بابتسامة واهنة مغتصبة، لكنه لم يستطع أن يجد حضوري مطمئناً. وكثيراً ما كنت أفكر — خلال السنوات الماضية — عما يمكن أن يكون قد دار في مخيلة ذلك الرئيس العصبي لمجموعة من الرجال الكبار الأشداء، عندما رأى وجهي الصبياني (كان عمري وقتها نحو اثنتين وعشرين سنة). سمعني أقول له إنني قد جئت لأخذ تاريخه المرضي ولكي أقوم بفحصه. وبصرف النظر عما حدث، فلم تكن أمامه فرصة كبيرة للتفكير فيه، فعندما جلست بجوار سريره، ألقى الرجل برأسه للخلف فجأة، جأر بصيحة بلا كلام بدا أنها صادرة عن حلقة، من مكان ما في أعماق قلبه المصاب. ثم ضرب مقدّم صدره بقبضتيه المكورتين بقوة مخيفة في لطمة واحدة متزامنة، في الحين الذي تورّم فيه وجهه وعنقه في لحظة خاطفة متحوّلين إلى اللون القرمزي. وبدأ أن عينيه قد دفعتا بنفسيهما للأمام بدفعة ناتئة واحدة، كما لو كانتا تحاولان القفز من محجريهما. أخذ الرجل نفساً واحداً عميقاً مغتصباً وشديد العمق، ثم أسلم الرُوح.

هتفت باسمه، ثم صرخت منادياً ديف، لكنني كنت أعرف أن أحداً في غرفة شلل الأطفال المزدحمة والواقعة في نهاية الممر لم يكن يستطيع سماعي. كان بوسعي أن أعدو عبر الممر طالباً المساعدة، لكن هذا كان سيعني ضياع بعض الثواني الثمينة. تحسست أصابعي عنقه بحثاً عن الشريان السُّبَاطِي (Carotid Artery) لكنه كان ساكناً بدون نبض. لكنني كنت هادئاً بصورة غريبة لأسباب لا أعلمها حتى يومنا هذا. وقررت أن أعمل بمفردي؛ فقد كان احتمال وقوعي في المتاعب من جراء ما كنت مقدِّماً على فعله أقل خطراً بكثير من أن أترك الرجل ليموت بدون أن أحاول إنقاذه على الأقل. لم يكن أمامي أي خيار آخر.

في تلك الأيام، كانت كل غرف الرعاية القلبية المركزة مزودة بحُزم (Packages) كبيرة ملفوفة بقماش الموسلين تحتوي على مجموعة الآلات اللازمة لإجراء بَضْع الصدر (Thoracotomy) — وهي مجموعة من الآلات التي يمكن بها فتح تجويف الصدر في حالات توقف القلب. فلم يكن بعدُ قد تم اختراع طريقة الإنعاش القلبي الرئوي (Cardio-Pulmonary Resuscitation; CPR) المغلقة، وكان الإجراء التقليدي في مثل هذه الحالات هو محاولة تدليك القلب مباشرة — بإمساكه في قبضة اليد وتطبيق سلسلة طويلة من العَصَرات المتواترة.

قمت بفتح الغلاف المعقم للعبة، وأمسكت بالمبضع الموجود في مظهر منفصل لسهولة الوصول إليه في أعلى اللعبة. وقد بدا ما فعلته بعد ذلك ألياً تماماً، برغم أنني لم أكن قد فعلته — أو حتى رأيته — من قبل، فبإيهواة (Sweep) ناعمة بصورة مدهشة من يدي، صنعت شَقّاً طويلاً بدأ من تحت حلمة الثدي الأيسر مباشرة من عظمة صدر مكارتي متجهاً للخلف بقدر استطاعتي بدون أن أحرّكه من الوضع شبه المنتصب الذي كان عليه. لم يتسرب سوى نُرٌّ (Ooze) ضئيل داكن اللون من الأوردة والشرايين التي أمررت بمبضعي خلالها، لكن لم يكن هناك تدفق فعلي للدم. هل كنت محتاجاً وقتها لتأكيد حقيقة أن الوفاة قد حدثت بالفعل من جراء توقف القلب، ربما كان الأمر كذلك! فبعد شق طويل آخر خلال العضلات الخالية من الدم، وجدت نفسي داخل تجويف الصدر. تقدمت للإمساك بالآلة ذات الذراعين المصنوعتين من الصُّلب والمسماة بالساحب الذاتي الفتح (Self-retaining retractor) وغرسته بين الضلوع، ثم أدّرت سقاطته (Ratchet) بحيث تسمح ليدي بأن تدلِّف إلى داخل الصدر للإمساك بما اعتقدت أنه قلب مكارتي الساكن.

وعندما أمسكت بالكيس الليفي المسمى بالتامور (Pericardium)، أدركت أن القلب المحتوى داخله كان لا يزال يتململ — كان من الممكن أن أحس تحت أطراف أصابعي

بتَلَو (Squirming) غير متناسق وغير منتظم. لاحظت من الوصف الذي قرأته عنه في الكتب الدراسية الطبية أنه الحالة النهائية المسماة بالرجفان البطيني (Ventricular Fib-rillation; VF)، وهي الحركة اليائسة للقلب الذي رضي براحته الأبدية. أمسكت بالمقص بيديَّ العاريتين وغير المعقمتين، ثم شققت التامور وفتحته تمامًا. أمسكت بقلب السيد مكارتي المسكين والمرتجف بكل اللطف الذي وسعني، وبدأت سلسلة من الضغوطات القوية والمستمرة والمقتضبة التي تسمى بتدليك القلب (Cardiac Massage)، والتي تهدف لضمان استمرار تدفق الدم إلى الدماغ حتى يمكن إحضار الجهاز الكهربائي لصدم عضلة القلب المصابة بالرجفان حتى تعود إلى نشاطها الطبيعي. كنت قد قرأت أن الإحساس بالقلب المصاب بالرجفان يشبه الإحساس الذي يملك المرء عندما يقبض بيده على كيس هلامي رطب مليء بالديدان المفرطة الحركة؛ وهو ما أحسست به تمامًا.

كان بوسعي أن أستنتج من المقاومة المتناقصة سريعًا لأصابعي العاصرة أن القلب لا يمتلئ جيدًا بالدم، وعليه فقد كانت محاولاتني لإخراج الدم منه بالقوة غير ذات مغزى، خاصة أن الأكسجين لم يكن يصل إلى الرئتين. ومع ذلك، استمرت في المحاولة. وفجأة، حدث شيء مرعب بصورة مذهلة ... ألقى مكارتي الميت، والذي كانت رُوحه قد انفصلت تمامًا عن جسده في ذلك الوقت، برأسه للخلف مرة أخرى، ثم نظر لأعلى نحو السقف بنظرة زجاجية عمياء من عينيه المفتوحتين والميتتين وانطلق هادراً إلى السماوات القاصية بشهقة بصوت أجش مرعب بدت لي وكأن كلاب الجحيم قد أخذت في النباح. ولم أدرك إلا فيما بعد أن ما سمعته لم يكن سوى طريقة مكارتي الخاصة في إطلاق حشجة الموت الخاصة به، وهو صوت يصدر بفعل تقلص عضلات صندوق الصوت (الحنجرة)، وينتج عن زيادة الحموضة في دم الإنسان المتوفى حديثاً. ويبدو أن هذه كانت طريقته في أن يطلب مني الكف عن الاستمرار؛ إذ إن محاولاتني لإعادته إلى الحياة مرة أخرى لم يكن مكتوباً لها سوى الفشل.

عندما وجدت نفسي وحيداً في الغرفة مع الجثة، نظرت إلى عينيه المفتوحتين الجامدتين ورأيت شيئاً كان يجب أن أتنبه له من قبل — كانت حدقتا عيني مكارتي مثبتتين في وضع التوسع (Dilatation) العريض الأسود، والذي يعني حدوث موت الدماغ (Brain Death)، ومن الواضح أن تلك العينين لن تستجيبا للضوء بعد ذلك على الإطلاق. خطوط للخلف مبتعداً عن تلك المذبحة البشعة على السرير، ولم أدرك — سوى وقتها — أنني كنت أسبح في العرق الذي كان يتصبب غزيراً على وجهي ويديَّ، وكان المعطف الأبيض القصير الذي

يرتديه طلاب الطب غارقاً في الدماء القاتمة الخالية من الحياة التي نزت من الشَّق الذي أجرِيته في صدر مكارتي. كنت أنتحب بزفرات عظيمة مرتعشة. ولاحظت أيضاً أنني كنت أصرخ في وجه مكارتي، مطالباً إياه بأن يظل على قيد الحياة، صائحاً باسمه في أذنه اليسرى كما لو كان بوسعه أن يسمعي. كنت أنتحب خلال كل هذا الوقت من الإحباط والأسى من جراء فشلي وفشله.

انفتح الباب على مصراعيه، وهرع ديف إلى الغرفة وأدرك الموقف كله بنظرة واحدة، وتفهمه. كانت كتفاي ترتجفان بقوة، كما كان بكائي وقتها خارجاً عن سيطرتي. واتجه ديف إلى جانب السرير القريب مني، ثم — وكأننا ممثلان في أحد أفلام الحرب العالمية الثانية — أحاط كتفي بذراعيه وقال لي بهدوء شديد: «كل شيء على ما يرام — يا صديقي — كل شيء على ما يرام، فقد فعلت ما بوسعك.» ثم أجلسني في ذلك المكان الذي يخيم عليه الموت ثم طفق يخبرني — بصبر وبهدوء — بجميع الوقائع السريرية والبيولوجية التي جعلت من موت مكارتي أمراً حتمياً وخارجاً عن سيطرتي. لكن كل ما يمكنني اليوم تذكُّره من جميع ما قاله — إضافة إلى رقة وعذوبة صوته — هو قوله: «حسنًا! أنت تعرف الآن ما الذي يعنيه كونك طبيباً.»

يكتب الشعراء وكتَّاب المقالات والمؤرخون والدجالون والحكماء عن الموت كثيراً — لكنهم لم يشاهدوه إلا قليلاً، في حين أن الأطباء والممرضات — والذين يلتقون به كثيراً — نادراً ما يكتبون عنه. ويرى أغلب الناس الموت مرة أو مرتين خلال حياتهم، ومن خلال مواقف يكونون فيها متعلقين (Entangled) بمغزاه العاطفي لدرجة لا يمكنهم معها الاحتفاظ بذكريات موثوق بها عنه. ويكتسب الناجون من الكوارث الجماعية سريعاً دفاعات سيكولوجية ضد الرعب الذي يسببه لهم ما رأوه لدرجة أن الصور المفجعة تشوه الأحداث الفعلية التي كانوا عليها شهوداً. وهناك القليل من التقارير الموثوق بها عن السبل التي نموت بها. وفي أيامنا هذه، قليل منا فقط هم الذين يشهدون وفاة من يحبون، فلم يعد الكثير من الناس يموتون في بيوتهم، إضافة إلى أن أولئك غالباً ما يكونون ضحايا أمراض مستعصية أو حالات تنكسية (Degenerative) مزمنة. وغالباً ما تخفي العقاقير والمهدئات التي يتناولها المرضى في مثل تلك الحالات — وبصورة فعالة — الوقائع البيولوجية المستبطنة. وغالباً ما يتم حجب أغلب الثمانين في المائة من الأمريكيين الذين يُتوفَّون في المستشفيات — أو على الأقل يتم حجب أغلب تلك الحقائق المتعلقة بطريقهم النهائي إلى الوفاة — عن أولئك الذين كانوا أقرب ما يكونون إليهم أثناء الحياة.

نشأت ميثولوجيا (Mythology) كاملة حول عملية الاحتضار (Dying)، وهي تنبني، مثل أغلب الميثولوجيات، على حاجة سيكولوجية فطرية يتشارك فيها جميع أفراد الجنس البشري، فتهدف ميثولوجيات الموت إلى مواجهة الخوف من ناحية، ونقيضه — الأمانى — من الناحية الأخرى. وهي تسعى لمساعدتنا على مجابهة خوفنا مما يمكن أن يكون عليه الواقع، فبرغم أن كثيراً منا يتمنى موتاً سريعاً، أو أن يموت أثناء نومه «حتى لا أتعذب»، فنحن نتمسك — في الوقت نفسه — بصورة ما عن لحظات حياتنا الأخيرة تجمع بين الجلال وبين نوع من العلنية (Disclosure)؛ فنحن نحتاج للاعتقاد بوجود عملية محددة المعالم تُختتم فيها الحياة؛ إما هذا أو انزلاق مثالي إلى غيبوبة لا عذاب فيها.

وتظهر أفضل التمثيلات الفنية لمهنة الطب في اللوحة الشهيرة التي رسمها السير ليوك فيلدز (Fildes) في عام ١٨٩١م بعنوان «الطبيب». ويمثل المنظر كوخاً بسيطاً لأحد صيادي الأسماك على الساحل الإنجليزي، حيث ترقد بهدوء فتاة صغيرة تبدو عليها الغيبوبة، مع اقتراب الموت منها. ونرى والديها المكومين مع الطبيب المتأمل والمتعاطف — والذي ظل ساهراً بجوار سرير مريضته — وهو عاجز عن تخفيف القبضة المتضيقة للموت. وعندما سئل الفنان عن لوحته هذه، قال: «بالنسبة لي، سيكون الموضوع (الموت) محزناً أكثر من أي موضوع سواه، وربما كان مرعباً، ولكنه — في الوقت نفسه — أكثرهم جمالاً على الإطلاق».

ومن الواضح أنه كان على فيلدز أن يعرف أكثر، فقبل ذلك بأربعة عشر عاماً، حضر الفنان وفاة ابنه بأحد الأمراض المعدية التي حصدت أرواح الكثير من الأطفال في تلك الفترة من أواخر القرن التاسع عشر — أي قبل بزوغ فجر الطب الحديث بقليل. ونحن لا نعرف بالتحديد أي مرض هذا الذي أودى بحياة فيليب فيلدز الصغير، إلا إنه لم يكن بوسعه توفير نهاية سلمية لحياته الصغيرة. فإذا كان المرض هو الدفتيريا (Diphtheria)، فمن المؤكد أن الصبي قد اختنق حتى الموت. وإذا كانت الحمى القرمزية (Scarlet Fever)، فمن المرجح أنه أصيب بالهذيان (Delirium)، مع نوبات عنيفة من الحمى المرتفعة. أما إذا كان التهاب السحايا (Meningitis)، فربما كان قد أصيب بتشنجات (Convulsions) ونوبات غير محتملة من الصداع. وربما مرت الطفلة المرسومة في لوحة «الطبيب» بنفس صنوف العذاب تلك، قبل أن تصل إلى ذلك السلام النهائي لغيبوبة الموت. أما ما حدث في تلك الساعات التي سبقت موتها الجميل هذا، فلا بد أنه كان غير محتمل بالنسبة للفتاة الصغيرة ولوالديها. فنحن نادراً ما نصل إلى مثل هذه الأمسية الجميلة بهدوء.

وقبل ذلك بثمانية عقود، كان الرسام فرانشسكو جويا^١ أكثر صدقًا ربما لأنه عاش في عصر كان فيه وجه الموت في كل مكان. ففي لوحته المعروفة بعدة أسماء في اللغة الإنجليزية — مثل الدفتيريا (*Diphtheria*) أو الخُنَاق (*Croup*) — والتي رسمها على نمط المدرسة الواقعية الإسبانية، وأثناء فترة الواقعية الكبرى في الحياة الأوروبية. نرى طبيبًا يثبت رأس مريض صغير واضعًا إحدى يديه على رقبته، في حين يستعد لإدخال أصابع يده الأخرى إلى حلق الصبي من أجل تمزيق الغشاء الدفتيري الذي سيخنقه حتى الموت إذا لم تتم إزالته. ويكشف العنوان الإسباني الأصلي للوحة، وللمرض، عن القوة الكلية لصراحة جويا، إضافة إلى الألفة اليومية للموت في ذلك العصر، فقد أسماها *El Garrotillo* (الخانوق) نظرًا لعملية الخنق التي يقتل بها ضحاياه. لكن أيام تلك المواجهات مع حقيقة الموت قد ولت منذ زمن، على الأقل في الغرب.

ولاختياري للفظه مواجهات (*Confrontations*)، ولأي سبب نفسي خفي، أحتاج إلى وقفة؛ فأنا أريد أن أفكر فيما إن كنت، أنا أيضًا، حتى بعد مرور نحو أربعين عامًا من وفاة مكارتي، لا تعتريني الدهشة نتيجة للأمزجة الغالبة لأزماننا — والتي يُعدُّ الموت فيها بمثابة التحدي النهائي، وربما الأكبر، لحياة كل إنسان — أي معركة حامية الوطيس لا بد من كسبها. وبهذا المنظور، يصبح الموت عدوًّا رهيبًا يجب قهره، سواء عن طريق تلك الأسلحة العجيبة للتقنيات المتطورة للعلوم البيولوجية الطبية (*Bio-medical*)، أو عن طريق الاستسلام غير المشروط لسلطوته، وهو استسلام مثير للنمط المطمئن (*Serene Style*) الذي ابتكر استخدامنا الحالي له اصطلاح الموت بكرامة (*Death with Dignity*)، وهو تعبير مجتمعا عن التلهف العام للحصول على انتصار مشرف على تلك النهاية المطلقة، والتي كثيرًا ما تبدو منفرة حتى آخر نفس للحياة.

لكن الحقيقة هي أن الموت ليس بالمواجهة، فهو ببساطة مجرد حدث في سلسلة الإيقاعات الطبيعية المتواصلة؛ فالمرض — وليس الموت — هو العدو الحقيقي، إذ إن المرض هو القوة الشريرة التي تجب مواجهتها. أما الموت فهو التوقف (*Surcease*) الذي ينتج عن خسارة معركة منهكة. وحتى المواجهة مع المرض يجب أن يُنظر إليها مع إدراك

^١ F. de Goya (١٧٦٤-١٨٢٨م): رسام إسباني درس في إيطاليا ثم عمل رسامًا للبلطاس الإسباني بعد عودته. أصيب بالصمم في عام ١٧٩٢م، وبعد ذلك تحول إلى رسم موضوعات تشاؤمية، كما رسم بعض اللوحات التي تُدين الغزو الفرنسي لوطنه إسبانيا. (المترجم)

أن كثيرًا من الأمراض التي تصيب جنسنا البشري هي ببساطة مجرد مرافقات للرحلة التي لا هودة فيها — والتي تتم فيها إعادة كل منا إلى نفس حالة العدم الجسدي، وربما الرُّوحاني، التي ظهرنا عليها عند بداية الحياة الجنينية. ولا يعني انتصارنا على أي مرض عضال — بصرف النظر عن الحجم الرنان لذلك الانتصار — سوى مجرد تأجيل مؤقت للنهائية المحتومة.

وقد منحت مهنة الطب للبشرية نعمة فصل تلك العمليات المرضية القابلة للارتجاع (العكوس) عن تلك غير المرتجعة، مضيعة على الدوام فيضًا جديدًا من الوسائل التي ينحرف بها التوازن باستمرار نحو الحياة المستدامة (Sustainable). لكن العلوم البيولوجية-الطبية قد ساهمت أيضًا في تزكية الأوهام المضلّة التي ينكر بها كلُّ منا الحلول الحتمي للموت الفردي لكلِّ منا. وبرغم ادعاءات كثير من الأطباء المعتمدين على نتائج الاختبارات المعملية، سيظل الطب دومًا — وكما سماه الإغريق القدامى منذ البداية — فنًا. ومن أصعب المطالب التي يفرضها هذا الفن على الطبيب أو الطبيبة هي أن يتعود أو أن تتعود على تلك المناطق الفاصلة غير واضحة المعالم، والواقعة بين أنماط العلاج التي قد تُوصَف فرص نجاحها بالمؤكدّة (Certain)، أو المحتملة (Probable)، أو الممكنة (Possible)، أو غير المعقولة (Unreasonable). وهذه المساحات التي لا يمكن تخطيطها بين المحتمل وكل ما عداه هي التي يجب أن يتجول الطبيب المفكر خلالها طويلاً بلا سلاح سوى قدرته المكتسبة على الحكم على الأمور من خلال خبراته الحياتية لتوجيه الحكمة التي يجب مشاركتها مع أولئك الذين يصيبهم المرض.

في الوقت الذي انتهت فيه حياة جيمس مكارتني بصورة مفاجئة، كانت نتيجة سوء سلوك قلبه لا مفر منها. وبرغم أنه كان قد تم معرفة الكثير بالفعل عن الأمراض القلبية في أوائل الخمسينيات، فإن أنواع العلاج المتوافرة لها كانت قليلة وغير كافية في كثير من الأحيان. أما اليوم، فيتوقع مريض مصاب بالعلة ذاتها التي أصابت مكارتني أن يغادر المستشفى، ليس فقط على قيد الحياة، بل وبقلب متحسن لدرجة الإحساس بأن سنوات قد أضيفت إلى عمره. ويعود جزء كبير مما حققه الأطباء المعتمدون على نتائج التحاليل المعملية إلى أن واحدًا من نحو الثمانين في المائة من الناجين من الإصابة الأولى لديه سبب وجيه للإحساس بالنوبات القلبية كبطانة فضية شديدة اللمعان لحياته، وذلك لأنها عرضت حالة كان من الممكن أن تقتله في الحال ما لم يتم اكتشافها في المرحلة التي يمكن فيها علاجها بصورة ناجعة. وبالفعل، فقد انحرف الاتزان لدرجة أن كفاءة علاج الأمراض القلبية قد أصبحت تميل بصورة كبيرة نحو الجانب الجيد لما هو محتمل. ومع ذلك، فيجب ألا يؤخذ

ذلك بمعنى أن القلب الذي كان معرضاً للهلاك قد أصبح قلباً خالداً، فبرغم أن الغالبية العظمى من مرضى القلب اليوم ينجون من الموت بفعل النوبة القلبية الأولى، فلا يزال أكثر من نصف مليون أمريكي يموتون سنوياً بفعل نمط ما من المرض الذي أصاب مكارتي. وهناك أربعة ملايين ونصف مليون آخرين يتم تشخيصهم لأول مرة كمصابين بنفس المرض سنوياً، ويصاب نحو ثمانين في المائة من أولئك المرضى الذين ستقتلهم إصابتهم بالأمراض القلبية بنوع محدد من ذلك المرض؛ فمرض القلب الإقفاري (*Ischemic Heart Disease*)، أو مرض الشريان التاجي (*Coronary Artery Disease*)، أو مرض القلب التاجي (*Coronary Heart Disease*)، كما يُطلق عليه أحياناً، هو أكبر أسباب الوفيات في الدول الصناعية من العالم.

مات قلب مكارتي لأنه لم يكن يتلقى إمداداً كافياً من الأكسجين؛ ولم يكن يحصل على كفايته من الأكسجين لأنه لم يكن يحصل على قدر كافٍ من الهيموجلوبين (*Hemoglobin*) لأنه لم يكن يحصل على دم كافٍ؛ ولم يكن يحصل على دم كافٍ لأن الأوعية المغذية للقلب — أي الشرايين التاجية — كانت قد تضيق وتصلبت بفعل عملية تسمى بالتصلب العصيدي (*Atherosclerosis*) (أو تصلب الشرايين كما تُعرف به اصطلاحاً). وقد حدث التصلب العصيدي نتيجة للفعل المشترك للغذاء المترف الذي كان مكارتي يتناوله، وتدخينه للسجائر، وعدم ممارسته للرياضة، وبعض من ارتفاع ضغط الدم — إضافة إلى درجة معينة من الاستعداد الوراثي للإصابة بالمرض. ومن المحتمل تماماً أن المكالمات الهاتفية التي تلقاها من ابنته المدللة كان لها نفس التأثير المسبب لتقلص شرايينه التاجية الشديدة الضيق، كما فعلت على قبضتيه المضمومتين بغضب. كان ذلك القدر الضئيل من التضيق الحاد كافياً تماماً لتمزيق أو شرخ أحد رسوبات (*Deposits*) التصلب العصيدي، والمسماة بالصفائح (*Plaques*)، والموجودة في بطانة الشريان التاجي الرئيسي. وبمجرد حدوث ذلك، تعمل الصفيحة المتمزقة كبؤرة (*Focus*) تتكون عليها خثرة دموية (*Blood Clot*) حديثة، مما يجعل الانسداد كاملاً، فيتوقف الإمداد الدموي الذي كان ضعيفاً في الأساس، وينتج عن هذا التوقف الكامل ما يسمى بالإقفار (*Ischemia*) أو عوز الدم (*Blood Lack*) مما يحرم منطقة كبيرة من عضلة قلب (*Myocardium*) مكارتي بصورة حادة من الإمداد الدموي، مما يعوق إيقاعها المتواتر الطبيعي، ومن ثم تحويله إلى ذلك التشخب (*Squirting*) الفوضوي للرجفان البطيني.

ومن المحتمل تماماً ألا يكون أي جزء من عضلة قلب مكارتي قد مات بالفعل نتيجة للنقص الحاد في إمدادها الدموي، فالإقفار وحده قد يسبب الرجفان البطيني، خصوصاً

في قلب تعرّض في السابق لنوبة قلبية أخرى. وكذلك تفعل المركبات الكيميائية الشبيهة بالأدرينالين (Adrenaline) والتي يفرزها الجسم أثناء فترات الكرب (Stress). ومهما كان السبب، فقد انهار جهاز التوصيل الكهربائي الذي كان قلب مكارتي يعتمد عليه في انتظام ضرباته وتناسقها — وكذلك انهارت حياة مكارتي ذاتها.

ومثل كثير من المصطلحات الطبية الأخرى، فالإقفار الدموي (Ischemia) كلمة ذات تاريخ مشوّق وترابطات حية، وسيُعاد ذكرها مرات ومرات أثناء سردنا للقصاص في سياق تلك الحكاية الطويلة عن الموت؛ نظرًا لكونها قوة محرّكة دائمة الوجود، وغادرة، لإطفاء طاقات الحياة. وبرغم أن سوء تغذية القلب يمثل أكثر الأمثلة قوة على أخطارها المحدقة، فإن عملية الحرمان من الأكسجين والتغذية تمثل الخاصية المميزة المعتادة لعدد كبير ومتنوع من الأمراض الفتاكة.

أدخل مفهوم الإقفار القلبي (Cardiac Ischemia)، كما أدخلت اللفظة ذاتها، في منتصف القرن التاسع عشر على يدي رجل بوميرانى^٢ عبقرى (وعند استخدام الكلمة لوصف الكلاب، فهي تثير مجموعة شديدة الحيوية من أوجه النشاط المتفرقة، مما يبدو مناسبًا للرجل الذي نحن بصدد سرد قصته). بدأ الرجل حياته العملية متعددة الأنشطة كضرب من ضروب الولد المزعج (enfant terrible) للأبحاث العلمية، وأنهارها بعد ذلك بستين عامًا وقد حظي بشهرة عالمية، وقد لقب بالحبر الأعظم (Pope) للطب الألماني. فليس هناك شخص منفرد أسهم في فهمنا للطرق التي يُنزل بها المرض دماره على أعضاء وخلايا الجسم البشري، أكثر مما فعل رودلف فيرشوف (Virchow) [١٨٢١-١٩٠٦م].

وقد أنتج فيرشوف، والذي ظل يشغل منصب أستاذ الباثولوجيا (علم الأمراض) في جامعة برلين لما يقرب من نصف القرن، أكثر من ألفي كتاب ومقالة، ليس في الطب وحده، بل وفي الأنثروبولوجيا،^٣ وفي السياسة الألمانية أيضًا، فقد كان الرجل عضوًا في البرلمان الألماني (الرايخستاغ)، وكان من التحرر لدرجة أن الزعيم الأوتوقراطي أوتو فون بسمارك (Bismarck) تحداه مرة للمبارزة، ولما ترك له اختيار سلاحه، قام فيرشوف بالاستخفاف بالمبارزة قبل حدوثها بإصراره على أن يتم القتال باستخدام المباحض الجراحية!

^٢ Pomeranian: نسبة إلى إقليم بوميرانيا الذي يقع أغلبه حاليًا في بولندا. ويطلق على ضرب من الكلاب ذات الفرو الكثة. (المترجم)

^٣ Anthropology: علم الإنسان، والذي يبحث في أصل النوع البشري ومعايشه وثقافته وأجناسه. (المترجم)

ومن الاهتمامات البحثية المتعددة لرودلف فيرشوف، كان ولعه بالطرق التي يصيب بها المرض الشرايين والأوردة ومكونات الدم التي تحويها هذه الأوعية. وقد فسر أساسيات الانصمام (*Embolism*) وتخر الدم (*Thrombosis*)، وابيضاض الدم (اللوكيميا) *Leukemia*، وابتكر الكلمات المستخدمة لوصفها. وعند بحثه عن اصطلاح لوصف الآلية التي تُحَرِّم خلالها الأنسجة الحية من إمدادها الدموي، استحوذ على (استخدمت اللفظة عامداً) اللفظة اليونانية *Ischanto* وهي تعني: أنا أوقف أو أنا أطفئ، وهي مشتقة من الجذر اللغوي الهندي-الأوروبي *Segh*، وهو يشير إلى الاستحواذ (*to seize*) أو الإمساك (*to hold*) أو الإيقاف (*to pause*)، وعند إضافة لفظ *aima*، وهي تعني الدم، فقد اخترع الإغريق لفظ *Ischaimos* لتعني إيقاف تدفق الدم. وقد اختار فيرشوف لفظ *Ischemia* لوصف تأثيرات تقليل جريان الدم، أو إيقافه تماماً، إلى جزءٍ ما من الجسم، سواء كان ذلك الجزء في صغر الخلية أو في كبر الساق، أو كان قسماً من عضلة القلب.

ولفظ تقليل (*Diminishing*) هو اصطلاح نسبي، على أية حال؛ فعندما يزداد نشاط عضوٍ ما، تزداد احتياجاته من الأكسجين، وكذلك تزيد حاجته للدم. وإذا لم تتمكن الشرايين المتضيقة من التوسع للملافاة هذه الاحتياجات، أو إذا تعرضت — لسببٍ ما — لانقباض مضيقٍ يزيد من إعاقة جريان الدم، لا تتم الاستجابة لحاجات ذلك العضو، لذا يصاب بالإقفار سريعاً. وفي حالات الألم والغضب، يصرخ القلب محذراً، ويظل يفعل ذلك حتى تتم الاستجابة لصرخاته المتذمرة طلباً للمزيد من الدماء، وعادةً ما يتم ذلك عن طريق التدابير الطبيعية للضحية، والتي — بتنبهها للخطر الذي يعبر عنه ذلك الضيق الذي يحسه داخل صدره — تبطئ أو توقف ذلك النشاط الذي يعذب عضلة قلبه.

ومن الأمثلة الحية لهذه العملية عضلة الرُّبلة (*Calf*) التي تصاب بالإجهاد فجأة في نهاية الأسبوع لدى رياضي يعود لممارسة الهرولة كل عام عندما يعتدل الطقس في شهر أبريل. ونتيجة للتباين الكبير بين كمية الدم التي تحتاجها عضلته التي لم تستعد ليافقتها بعد، وتلك الكمية التي تستطيع أن تشق طريقها بين الشرايين التي لم تستعد طبيعتها بدورها، قد تنتج الإصابة بالإقفار الدموي. وعندما لا تحصل عضلة الرُّبلة على أكسجين كافٍ، فهي تصبح صارخة، في صورة نوبة شديدة الإيلام، لتحذير الرياضي الفاشل لكي يوقف تمريناته المرهقة قبل أن تصاب مجموعة من خلاياه العضلية بالظُور (*Starvation*)

حتى الموت، وهي العملية المعروفة بالاحتشاء (*Infarction*). وتسمى صرخة الألم في الربلة المجهدة بالمعص (*Cramp*) أو بالتشنج العضلي (*charley horse*). وعندما تبدأ العملية في عضلة القلب، نستخدم اللفظ الأكثر رشاقة: الذبحة الصدرية (*Angina pectoris*)، وليست الذبحة الصدرية أكثر من تشنج أو معص في عضلة القلب، وإذا استمرت لفترة طويلة، فستصاب الضحية باحتشاء في عضلة القلب.

ويعني اللفظ اللاتيني *Angina Pectoris* حرفياً: اختناق أو خنق الصدر (حيث لفظة *Pectoris* هي صيغة الإضافة لكلمة الصدر *Pectus*).

ويرجع الفضل — ليس فقط في اختراع الاسم، بل في أحد أفضل الأوصاف التي تمت كتابتها للعلامات المرضية المصاحبة له — لعالم آخر باللغويات الطبية (*Medical Philologist*)، وهو الطبيب الإنجليزي الشهير وليام هيردين (*Heberden*) [١٧٨٠-١٨٠١م]، الذي كتب في عام ١٧٦٨م — في سياق استعراضه للأنماط المختلفة لألم الصدر — قائلاً:

«لكن هناك مرضاً في الصدر يتسم بعلامات قوية وغريبة، وهي مهمة نظراً لنوع الخطر المتعلق بها، وهو ليس شديد الندرة، مما يستوجب تناوله بمزيد من التفصيل. فقد لا يجعل موضع الألم والإحساس بالاختناق والقلق الذي يحيط به، من اسم الذبحة الصدرية اسماً على غير مسمى.

وهو يصيب ضحاياه أثناء استيقاظهم (وخصوصاً إذا كان المصاب موجوداً على قمة تل مرتفع، وبعد تناوله للطعام مباشرة)، مع إحساس بغيض ومؤلم في الصدر، يبدو أنه سيُخمد الحياة إذا استمر أو زاد؛ ولكن الألم يختفي تماماً في اللحظة التي يتوقف فيها المريض عن الحركة تماماً».

وقد فحص هيردين كثيراً من الحالات المرضية — «نحو مائة مصاب بهذا المرض»، على حد قوله — مما يكفيه لدراسة معدلات حدوثه وتطوره، فكتب قائلاً:

«يكون الذكور أكثر عرضة للإصابة بهذا المرض، وخاصة أولئك الذين تخطوا سن الخمسين. وبعد أن يستمر المرض لسنة أو أكثر، لن يختفي الألم على الفور عند التوقف عن الحركة، كما أنه لن يأتي فقط أثناء استيقاظ المريض، بل وأثناء رقاذه — وخصوصاً إذا كان مضطجاً على جانبه الأيسر — فيجبره الألم على النهوض من فراشه. وفي بعض الحالات المستعصية، كان الألم يظهر نتيجة

للحركة فوق جواد، أو عربة، أو حتى نتيجة للبلع أو السعال أو التبرز، أو التكلم، أو بفعل أي اضطراب للذهن.»

صُدِّم هيردين بالتطور غير المرتجع للمرض: «لأنه إذا لم يقع حدثٌ ما، مع استمرار المرض في التطور إلى ذروته، فسيسقط جميع المرضى تقريباً، ويموتون من فورهم.» ولم يُنَّحَ لجيمس مكارتي على الإطلاق ترفُّ الإصابة بالنوبات المتكررة للذبحة الصدرية؛ فقد استسلم لأول تجربة له مع الإقفار القلبي. مات دماغه لأن قلبه الراجف، ثم الساكن في النهاية، لم يعد قادراً على ضخ المزيد من الدماء إلى دماغه. وتبع الدماغُ المقفر (Ischemic) جميعُ أنسجة الجسم إلى اللاحياة.

قبل سنوات قليلة، التقيت رجلاً تم إنعاشه بأعجوبة من موتٍ قلبي ظاهري مفاجئ. كان إرف لبسينر مربياً للماشية طويلاً عريض المنكبين، ظل يمارس الرياضة بحماس طيلة حياته. وبرغم أنه كان يحتاج إلى عقار الإنسولين لعلاج إصابته الطويلة الأمد بالداء السكري (Diabetes Mellitus)، فلم يكن لهذا المرض أية آثار جسدية على صحته القوية الجيدة، أو هذا ما كان يبدو للوهلة الأولى. لكنه أصيب بنوبة قلبية بسيطة عندما بلغ السابعة والأربعين من عمره — وهو نفس العمر الذي تُوفي فيه والده لنفس السبب. لكن هذا الحدث لم يصب قلبه إلا بتلف ضئيل، ولهذا فقد استمر في ممارسة حياته النشطة بدون معوقات.

في أصيل أحد أيام السبت من عام ١٩٨٥م، وعندما بلغ الثامنة والخمسين من العمر، بدأ لبسينر في ساعته الثالثة لممارسة كرة المضرب (التنس) في أحد الملاعب الداخلية لجامعة ييل. عندما غادر اثنان من رفاقه، مما حتم أن يتحول نمط اللعب من الزوجي إلى الفردي، كان الرالي الرياضي على وشك البدء عندما سقط الرجل على الأرض مغشياً عليه بدون سابق إنذار أو ألم تحذيري.

هرع طبيبان كانا يمارسان التنس في ملعب مجاور لحسن الحظ، لمساعدته، فوجدا عينيه أشبه ما تكونان بالزجاج، كما كان الرجل غير مستجيب ومتوقفاً عن التنفس، ولم يكن هناك نبض بالقلب. ولأنهما توقعا توقعاً صحيحاً أنه مصاب بالرجفان البطيني (Ventricular Fibrillation)، فقد بدأ الطبيبان على الفور عملية الإنعاش القلبي الرئوي، واستمرّا فيها لمدة بدت أنها دهر لا ينتهي، حتى وصول سيارة الإسعاف. وفي ذلك الوقت، كان لبسينر قد بدأ يستجيب، حتى إنه استعاد النبض القلبي التلقائي المنتظم عندما كان قد تم تثبيت أنبوب في مجرى الهواء لديه، وتم نقله إلى داخل عربة الإسعاف، وبعد وقت

قصير كان قد أفاق تمامًا عند وصوله إلى غرفة الطوارئ بمستشفى جامعة ييل في مدينة نيو هافن، وقال الرجل متعجبًا: «ماذا كان سبب كل هذه الجلبة؟!». وبعد مرور أسبوعين، كان لبسينر خارجًا من المستشفى، وقد شُفي تمامًا من نوبة الرجفان البطيني التي أُلِّت به. والتقيته بعد ذلك بعدة سنوات، في مزرعة الخيول التي يقطنها. وهو يستقطع وقتًا من عمله يوميًا ليمتطي صهوة جواد أو ليمارس لعبة التنس، على النمط الفردي غالبًا. وهاك وصف إرف لبسينر لما أحسَّ به عندما سقط «ميتًا» في مضمار التنس:

«الشيء الوحيد الذي أذكره عن ذلك الحادث هو أنه غير مؤذٍ فحسب، ولكنه مجرد سقوط، وعندها انطفأت الأنوار، وكأنك في غرفة صغيرة وقد أطفأت المصباح. والشيء الوحيد المختلف هنا عن ذلك المنظر هو أنك تحس وكأن ذلك يتم بالتصوير البطيء. وبكلمات أخرى، فلم تنطفئ الأنوار «هكذا»، (وهنا يطرقع أصابعه)، ولكنها انطفأت هكذا (قام هنا بعمل دائرة بطيئة بيده للأسفل، مثل طائرة تحوم بخفة أثناء توجيهها نحو ممر الهبوط)، بالتدريج مثل حلزون؛ مثل ... (تردد في تفكيره قليلًا، ثم زم شفتيه ونفث بتخفيض تدريجي بطيء في صوته) هذا. كان التغير من النور إلى الظلام واضحًا للغاية، لكن السرعة التي حدث بها ذلك كانت — لحسن الحظ — تدريجية. كنت مدرِّكًا لأنني سقطت؛ فقد أحسست وكأن أحدًا قد انتزع الحياة مني. شعرت وكأنني — أفكر الآن في المشهد الذي رأيته — لديّ كلب صدمته سيارة، وعندما نظرت إلى الكلب الملقى على الأرض كان ميتًا بالفعل، وقد بدا مثل الكلب نفسه، لكنه منكمش فقط. أتدري، كان منكمشًا بصورة متناسقة، وهذا هو ما أحسست به: أحسست وكأن أصدر صوتًا مثل الصوت الذي يُصدره الهواء عندما يخرج فجأة من بالون منتفخ) بفففت!»

وقد انطفأت أنوار لبسينر بهذه الطريقة تمامًا لأن الدوران الدموي في دماغه توقف تمامًا بصورة مفاجئة. ولما كان الدم الموجود في دماغه — والذي أصبح راكدًا (Stagnant) الآن — قد تزايدت معدلات استهلاكه باطراد، بدأت وظائف الدماغ بالفشل، بدأ البصر والإدراك في الاختفاء، كما لو كان ذلك بفعل الدوران التدريجي للساعة الشمسية (Dial)، وليس بالفعل المفاجئ لزر المصباح الكهربائي. كان ذلك هو حلزون إرف لبسينر ذا الحركة

البطيئة نحو النسيان، حتى اقترب من الموت بالفعل. وبعمل التنفس من الفم للفم (قبلة الحياة)، وتدليك الصدر في عملية الإنعاش القلبي الرئوي لدفع الهواء إلى رئتيه والدم إلى أعضائه الحيوية، قرر قلبه، ولأسباب خاصة به، أن يستعيد مسؤولياته. ومثل أغلب الوفيات القلبية في الأشخاص من غير نزلاء المستشفيات، كان الحادث الذي وقع لإرف لبسينر ناتجاً عن الرجفان البطيني.

لم يشعر لبسينر بأي ألم إقفاري: لذا فالسبب الأرجح للرجفان الذي أصابه هو حدوث ضرب من التنبيه الكيميائي المؤقت لمنطقة فائقة الحساسية بقيت في عضلة قلبه كنتيجة للنوبة التي أصابته في عام ١٩٧٤ م. وإذا أردنا أن نعرف سبب حدوث الرجفان في ذلك الوقت بالتحديد، سنجد أنه ليست هناك طريقة لكي نعرف ذلك بصورة مؤكدة؛ لكن — وبتخمين خلّاب تمامًا — يمكن القول بأنه متعلق بالإجهاد (الكرب: Stress) الناتج عن ممارسة التنس لفترة طويلة في أصيل ذلك اليوم من أيام السبت، والذي يمكن أن يكون قد تسبب في إفراز المزيد من الأدرينالين في دورانه الدموي — مما قد يؤدي بدوره إلى تقلص أحد الشرايين التاجية وحدث ذلك النمط الشاذ من ضربات القلب.

كانت تلك هي النزعات (Vagaries) العارضة لمرض القلب الإقفاري، بيد أن لبسينر لم يُصَبَّ بأي تلف جديد في قلبه — برغم أنه لم يلعب بعد ذلك لأكثر من ساعتين متصلتين — من رياضة التنس على الإطلاق.

وتجعل حقيقة أن لبسينر لم يتعرض من قبل لأيٍّ من حالات التشنج العضلي القلبي، من هذه الحالة بالذات من النوبات القلبية غريبة نوعاً ما؛ نظرًا لأن الغالبية العظمى ممن يسقطون موتى يشعرون بألم إقفاري ذي طبيعة مميزة. ومثله مثل مقابله في رُبلة الساق، تكون بداية ألم القلب الإقفاري مفاجئة وعنيفة. وُصف هذا الألم في الغالب ممن يعالجونه بكونه عاصرًا (Constricting)، أو قابضًا كاللزمة (Viselike). وأحياناً يُظهر نفسه في صورة ضغط ساحق، مثل ثقل كليل (Blunt) يشق طريقه بالقوة خلال مقدّم الصدر ويشع للأسفل إلى الذراع اليمنى أو للأعلى نحو العنق أو الفك. وهذا الإحساس مرعب حتى بالنسبة لأولئك الذين عالجوه مرارًا؛ لأنه في كل مرة يعاود الظهور فيها، فهو يحمل معه إدراكًا باحتمالية الموت المحقق (وكم هو إدراك واقعي!).

وتبدأ الضحية في الغالب في إفراز العرق البارد، والشعور بالغثيان — وقد تصاب بالقيء أحياناً، ويكون هناك ضيق في التنفس. وإذا لم يُرخِ الإقفار القلبي قبضته خلال نحو عشر دقائق، فقد يصبح نقص الأكسجين غير مرتجع، وسيصاب جزء من عضلة القلب

المحرومة من الغذاء بالموت، خلال تلك العملية المسماة باحتشاء عضلة القلب (*Myocardial Infarction*). وإذا حدث ذلك، أو إذا كان عوز الأكسجين كافياً لإعطاب جهاز التوصيل القلبي، فسيموت نحو ٢٠ في المائة من المصابين في كُرْبَات (Throes) مثل تلك الحادثة، وقبل الوصول إلى غرفة الطوارئ بالمستشفى. وتنخفض تلك النسبة إلى النصف تقريباً إذا أمكن نقل المريض إلى المستشفى خلال تلك الفترة التي يطلق عليها اختصاصيو أمراض القلب اسم الساعة الذهبية (*The Golden Hour*).

وسيموت في النهاية نحو ٥٠ إلى ٦٠ في المائة من المصابين بمرض القلب الإقفاري في غضون ساعة من وقوع إحدى تلك النوبات، سواء كانت تلك هي النوبة الأولى أو إحدى النوبات اللاحقة لها. وحيث إن مليوناً ونصف المليون من الأمريكيين يعانون من احتشاء عضلة القلب سنوياً (يحدث سبعون في المائة منها في المنزل)، فليس من الصعب تفهّم سبب كون مرض القلب التاجي أكبر الأمراض المميتة انتشاراً في الولايات المتحدة، وكذلك في جميع الدول الصناعية في العالم. ويعاني جميع الناجين من حالات احتشاء عضلة القلب تقريباً من ضعف متزايد في مقدرة قلوبهم على ضخ الدم.

وعند أخذ جميع الأسباب الطبيعية في الحسبان، يموت من عشرين إلى خمسة وعشرين من الأمريكيين بصورة فجائية، فيما يُعرّف بالموت غير المتوقع (*Unexpected Death*)، في غضون ساعات من بداية ظهور الأعراض المرضية في أشخاص ليسوا من نزلاء المستشفيات ولا من قعيدي بيوتهم (*Homebound*). ومن هذه الوفيات، يرجع السبب إلى المرض القلبي في نحو ٨٠ إلى ٩٠ في المائة من الحالات، بينما يرجع السبب في المجموعة المتبقية إلى أمراض في الرئتين، أو في الجهاز العصبي المركزي (*Central Nervous System; CNS*)، أو في ذلك الوعاء الدموي الذي يضخ إليه البطين الأيسر دمه، أي الشريان الأورطي (الأبهر: *Aorta*). ولكن — عندما لا يكون الموت فجائياً فحسب، بل وفورياً — يكون هناك القليل فقط من الحالات التي لا يرجع فيها سبب الوفاة إلى مرض القلب الإقفاري.

ويسقط ضحايا مرض القلب الإقفاري نتيجةً للخيانة التي يلقونها من طعامهم، وتدخينهم، وإغفالهم لتلك الفروض المنزلية البسيطة مثل ممارسة الرياضة والمحافظة على معدل طبيعي لضغط الدم. وتأتي الخيانة أحياناً من النسب (*Pedigree*) وحده في صورة تاريخ عائلي للداء السكري. وأحياناً ما يكون الاندفاع (*Impetuosity*) والعُدوانية التي يطلق عليها علماء القلب اليوم اسم نمط الشخصية P؛ فبصورةٍ ما، يكون الشخص الذي ستسقط عضلة قلبه ضحية للذبحة الصدرية فيما بعد، في أغلب الاحتمال، تلميذاً ذا طموحات زائدة، يرفع يديه بصورة عنيفة في الهواء عندما يبحث مدرسه عن متطوعين:

«اخترني أنا، اخترني أنا؛ فأنا أستطيع القيام بالمهمة بصورة أفضل من أي تلميذ آخر!» وذلك الشخص من السهل التعرف إليه، كما أن الموت يتعرف عليه بسهولة هو الآخر، فهناك القليل فقط من العشوائية في الإجراءات التي يعتمد عليها الإقفار القلبي لاختيار ضحاياه. وقبل أزمان من معرفتنا للأخطار المحدقة للكولسترول (Cholesterol)، والتدخين، والداء السكري، وارتفاع ضغط الدم، كان المجتمع الطبي في بدايات تعرفه على الخصائص المميزة لأولئك الأشخاص الذين يبدو أنه من المحتم عليهم أن يموتوا نتيجة لأمراض القلب. وربما كان وليام أوслر (William Osler) وهو مؤلف أول الكتب الدراسية الطبية العظيمة في أمريكا عام ١٨٩٢م، يصف حالة جيمس مكارتي عندما كتب قائلاً: «ليس ذلك الشخص العصابي (Neurotic) الرقيق هو المعرض للإصابة بالذبحة الصدرية، لكنه ذلك القوي العنيف، في العقل وفي الجسم، أي الرجل المتحمس والطموح، والذي تكون مؤشرات آلاته دائماً في وضع السرعة القصوى للأمام.» أي إنك ستتعرف عليهم من خلال مقاييس سرعتهم (Speedometers). وبرغم جميع أوجه التقدم الطبي، فهناك كثير من الناس يموتون نتيجة لإصابتهم بأولى نوباتهم القلبية. ومثل لبسينر المحظوظ، فلا يتعرض أغلبهم، في واقع الأمر، لموت عضلة القلب، لكنهم يقعون ضحايا لنمط من ضربات القلب، يتحول إلى الشذوذ فجأة، كنتيجة لفعل الإقفار الدموي (وأحياناً التغيرات الكيميائية الموضعية) على منظومة للتوصيل الكهربائي القلبي لم يتم تحسيسها (Sensitization) من قبل بفعل إصابة سابقة، سواء تم التعرف عليها أم لا. لكن النمط المعتاد لسقوط الناس صرعى لمرض القلب الإقفاري في هذه الأيام ليس هو ذلك النمط الذي سقط به لبسينر أو مكارتي، فالسقوط يكون تدريجياً في الغالب، مع الكثير من علامات التحذير، والكثير أيضاً من المعالجات الناجحة قبل الاستدعاء النهائي للموت. ويتم تدمير مخلفات عضلة القلب على مدى أشهر أو سنوات، حتى تصاب تلك المضخة المحاصرة (Besieged) والواهنة، ببساطة، بالفشل، ثم تستسلم بعد ذلك، نظراً لافتقارها إلى القوة، أو لأن نظام السيطرة الذي يتحكم في اتساقها الكهربائي لم يعد قادراً على احتمال لظمة أخرى لسلطته. وقد حقق أطباء المختبرات، المقتنعون بكون الطب علماً، الكثير من التقدم، لدرجة أن الأطباء الممارسين الذين يعلمون أن الطب فن، كثيراً ما يتمكنون — عن طريق اعتماد التوقيت الدقيق والاختيار المتأن — مما هو متاح لهم الآن — أن يوفرُوا لضحايا الأمراض القلبية فترات طويلة من التحسن والصحة المستقرة.

ومع ذلك، تبقى هناك حقيقة باقية: وهي أن هناك ألفاً وخمسمائة أمريكي سيموتون كل يوم بفعل الإقفار القلبي، سواء كان تطور المرض سريعاً أم متدرجاً. وبرغم أن الإجراءات

الوقائية والطرق العلاجية الحديثة قد استمرت في تقليل معدلات الإصابة باطراد منذ منتصف الستينيات، فإنه من المستحيل عملياً على أي ميل للانحدار (*Slope of decline*) أن يغير من الصورة بالنسبة للغالبية العظمى من أولئك الذين تم تشخيصهم كمصابين بالمرض في يومنا هذا، أو أولئك الذين سيُشخَّصون به خلال العقد القادم.

وهذا المرض الذي لا يعرف التسامح — مثله في ذلك مثل الكثير من أسباب الوفيات — ما هو إلا سلسلة مستمرة ومتواصلة يقتصر دورها النهائي في إيكولوجية (تبيؤ: Ecology) كوكبنا الأرضي على إخماد الحياة البشرية. ومن أجل تبيان تسلسل الأحداث المؤدية إلى فقدان التدريجي لمقدرة القلب على ضخ الدم بكفاءة، يجب علينا أولاً مراجعة بعض الخواص العجيبة التي تمكّن القلب من الأداء بمثل هذه الدقة الخارقة عندما يكون في حالته الصحية. وسيكون ذلك موضوع الصفحات الأولى من الفصل التالي.

الفصل الثاني

بطاقة المعايدة، وكيف تفشل؟

مثلاً يعلم جميع الأطفال، يشبه القلب في شكله كثيراً بطاقة المعايدة (Valentine)^١ ويتكون القلب بالكامل من عضلة تسمى بعضلة القلب (Myocardium)، تغلف فراغاً مركزياً كبيراً ينقسم بدوره إلى أربع غرف. وهناك جدار رأسي من النسيج الحي يمتد من الأمام للخلف يسمى بالحاجز (Septum)، يُقسم ذلك الفراغ الكبير إلى قسمين: أيمن وأيسر، كما تُقسم طبقة رقيقة — تقع بزاوية قائمة على الحاجز — كلاً من هذين القسمين إلى جزء علوي وآخر سفلي، مما ينتج عنه في النهاية أربع غرف منفصلة.

ولأن كلاً من هذه الأقسام الأربعة يتمتع بقدر من الاستقلالية عن بقية الأقسام، كثيراً ما يسمّى كلٌّ من القسمين الواقعين على يمين أو يسار الحاجز الرأسي بالقلب الأيمن أو الأيسر. وعلى أي من الجانبين، تخترق الطبقة الرقيقة التي تفصل القمة عن القاع فرجة مركزية تحتوي على صمام ذي اتجاه واحد يتيح للدم أن يمر بسهولة من الغرفة العليا [والمسماة بالأذين Atrium] إلى الغرفة السفلى [والمسماة بالبطين Ventricle]. وفي القلب السليم، تغلق الصمامات تماماً عندما يمتلئ البطين بالدماء، وذلك لمنع الدم من الارتجاع (Regurgitation) إلى الأذين ثانية. ويُعد الأذنان أساساً كغرفتين مستقبلتين — كما يُعد البطينان أساساً كغرفتين ضاختين: ونتيجة لذلك، فليس من الضروري أن يكون ذلك الجزء من عضلة القلب المحيط بالجزء العلوي من القلب في نفس سماكة الجزء المحيط بالبطينين الأكثر قوة والواقع تحتها.

^١ يقصد المؤلف عيد القديس فالنتين (St. Valentine Day) وهو يمثل عيد الحب، ويحل في الرابع عشر من شهر فبراير من كل عام حيث يرسل الناس لأحبائهم بطاقات للمعايدة بشكل القلب. (المترجم)

ونجد لذلك — بصورةٍ ما — أننا لا نمتلك قلباً واحداً بل اثنين، ملتصقين جنباً إلى جنب عن طريق حاجز طولي؛ ولكلٍّ منهما غرفة علوية للاستقبال وأخرى سفلية للضخ. ولكلٍّ من القلبين وظيفة مختلفة تماماً عن الآخر؛ فوظيفة القلب الأيمن هي استقبال الدم المستعمل — أي الراجع من أنسجة الجسم — ثم دفعه لمسافة قصيرة خلال الرئتين، حيث تتم تهويته بالأكسجين الطازج؛ ويستقبل القلب الأيسر بدوره الدم الغني بالأكسجين، والعائد من الرئتين، ثم يضخه بقوة إلى باقي أجزاء الجسم. واعترافاً بهذا التقسيم للعمل، فرّق الأطباء بين سبيلي الدم هذين — بإطلاق اسم الدورة الدموية الصغرى على أحدهما، واسم الدورة الدموية الكبرى على الآخر.

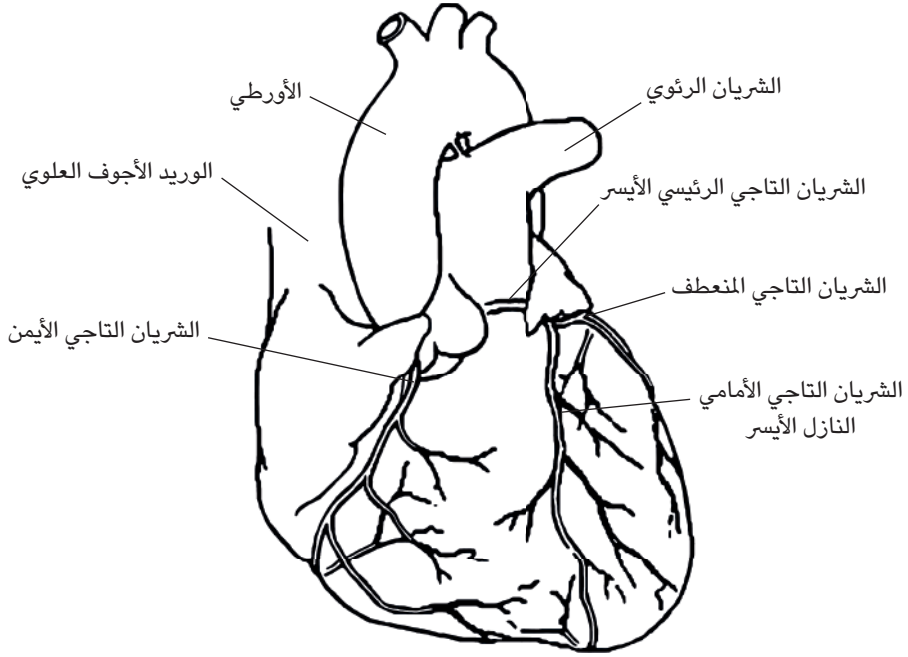
وتبدأ دورة دموية كاملة بالشريانين الكبيرين اللذين يتلقيان الدم الداكن المفتقر للأكسجين من القسمين العلوي والسفلي للجسم؛ وتنعكس سعة، وموارد، ومواقع هذين الوعاءين الأزرقين الكبيرين النسبية، على الأسماء التي أطلقها عليهما أطباء الإغريق منذ أكثر من خمسة وعشرين قرناً خلت: الوريدان الأجوفان العلوي والسفلي (*Superior & Inferior Venae Cavae*). ويفرغ الأجوفان دماءهما في الأذنين الأيمن، ومنه يسري الدم عبر الفتحة المزودة بصمام (الصمام الأذيني البطيني الأيمن أو الصمام ثلاثي الشرفات *Tricuspid Valve*) إلى البطين الأيمن، والذي يضخه بقوة ضغط تعادل وزن عمود من الزئبق يبلغ طوله نحو خمسة وثلاثين ملليمترًا، إلى وعاء دموي يسمى بالشريان الرئوي (*Pulmonary Artery* — من اليونانية *Pulmone* بمعنى الرئة)، والذي يتفرع بعد ذلك بقليل إلى مسارين مختلفين يؤدي كل منهما إلى إحدى الرئتين. وبعد تجديد حيويته في الرئتين بفعل الأكسجين المرتشح عبر أكياس هوائية مجهرية تسمى بالأسناخ (*Alveoli*: من اللاتينية بمعنى أحواض أو أقسام صغيرة)، يُكمل الدم — والذي تحول الآن إلى اللون الأحمر الزاهي — دورته الدموية الصغرى عن طريق عودته إلى الأذنين الأيسر، عبر الشرايين الرئوية، ليوجه بعد ذلك إلى البطين الأيسر — ومنه إلى جميع أجزاء الجسم، حتى أقصى خلية في أبخس (*Toe*) القدم الكبير. ولأن إنتاج مثل هذه العصرة القوية يحتاج إلى ضغط مقداره نحو ١٢٠ ملليمترًا من الزئبق، فيزيد عرض عضلة البطين الأيسر عن نصف البوصة، مما يمنحها أقوى جدران الغرف الأربع وأكثرها سُمكًا. وبدفعها لنحو ٧٠ ملليمترًا من الدم في كل انقباضة، تدفع هذه العضلة القوية نحو سبعة ملايين لترًا من الدم يوميًا، من خلال مائة ألف ضربة قوية ومتواترة. وتعد الآلية التي يعمل بها القلب الحي من أفضل حقائق (*Masterpieces*) الطبيعة.

وتستلزم هذه السلسلة من الأحداث المعقدة توافقاً شديداً الدقة يتم الوصول إليه من خلال إشارات تُرسل عبر ألياف مجهرية تنبع من تكتلات إهليلجية الشكل (Ellipse) من الخلايا الواقعة قرب قمة الأذين الأيمن، وبالتحديد في جداره الخلفي قريباً للغاية من مدخل الوريد الأجوف العلوي. وفي هذه النقطة وبالتحديد، يُفرغ الأجوف حملته من الدم إلى الأذين، ويبدأ الدم رحلته الدورانية عبر القلب والرئتين، ولذلك لا يمكن أن تكون هناك نقطة أكثر ملاءمة كموقع للمحفز (Stimulus) الذي يتسبب في وقوع جميع هذه الأحداث. وهذه القطعة الصغيرة من الأنسجة، والمسماة بالعقدة الجيبية الأذينية (Sinoatrial Node; SA node)، هي النازمة (Pacemaker) التي توجه النبض القلبي المناسب.

وتحمل حزمة من الألياف إشارات العقدة الجيبية الأذينية إلى محطة تقع بين الأذينين والبطينين (ولذلك تسمى بالعقدة الأذينية البطينية Atrioventricular node; AV node)، وتُنقل منها إلى عضلات البطينين عن طريق شبكة شجرية من الألياف المسماة بحزمة «هيس» (Bundle of His) المسماة باسم مكتشفها — وهو عالم تشريح سويسري عاش في القرن التاسع عشر، وقضى معظم سنوات عمره في جامعة لايبزيغ (Leipzig) الألمانية. والعقدة الجيبية الأذينية هي المولد (Dynamo) الداخلي الشخصي للقلب، فقد تؤثر الأعصاب الخارجية على معدل نبض القلب، لكن توصيل الكهرباء من العقدة الجيبية الأذينية هو الذي يحدد النظمية (Rhythmicity) العجيبة لإيقاعها الذي لا يخطئ. وقد أعلن حكماء الحضارات القديمة — وقد عقدت الدهشة ألسنتهم في كل مرة يرون فيها قلباً مكشوفاً لحيوان ما — أن الآلية الخارقة لتلك القطعة من اللحم المستقلة بصورة متميزة، يجب أن تكون موضع سكنى الروح البشرية.

ويُعد الدم مجرد عابر سبيل داخل حجرات القلب الأربع؛ فهو لا يكف عن الحركة لتغذية بطاقة المعايدة العضلية تلك — والتي تنشغل ضرباتها المقتضبة (Syncopated) بعصر الدم في طريقه عبر الدورة الدموية. ونظراً للحاجة الماسة للغذاء الكافي التي يتطلبها عملها الشاق، تُغذى عضلة القلب عن طريق عدد من الأوعية الدموية المستقلة والمحددة — والتي تسمى بالشرابين التاجية (Coronary Arteries)، وذلك لأنها تنبع في صورة شرايين دائرية تلفت حول القلب مثل التاج. وتهبط فروع الشرايين التاجية الرئيسية باتجاه قمة القلب، معطية فروعاً متشعبة تغذي عضلة القلب التي تقذف بصورة متواترة بالدم الأحمر الزاهي الغني بالأكسجين. وفي حالة الصحة، تكون تلك الشرايين

كيف نموت؟

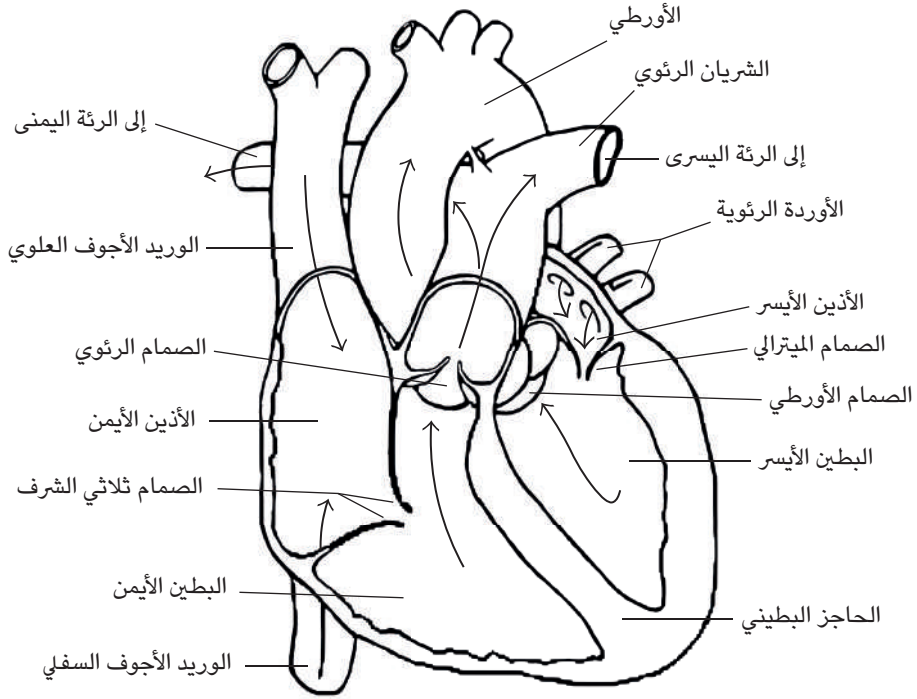


منظر خارجي لقلب سليم في بالغ موضعا الشرايين التاجية للقلب.

التاجية صديقة القلب، لكنها تخونه عند مرضها في تلك اللحظات التي يكون فيها أحوج ما يكون إليها.

وكثيراً ما تخون الشرايين التاجية ذلك القلب الذي يُفترض أن تقيم أودّه، لدرجة أن خيانتها تكون سبباً لنصف جميع حالات الوفاة في الولايات المتحدة على الأقل. وهذه الأوعية التي تُطبّق مبدأ «أحبك الآن، والآن لا أحبك!» تكون أرحم بالجنس اللطيف منها بأولئك الذين ارتحلوا أكثر للصيد والقنص؛ فليس الاحتشاء القلبي أقلّ حدوثاً في النساء فحسب، بل ويميل أيضاً لأن يحدث فيهن في سن متأخرة: فمتوسط العمر الذي تقع فيه نوبة الاحتشاء الأولى في النساء هو منتصف الستينيات من العمر، لكن الرجال يتعرضون لمعالجة هذه التجربة المرعبة قبل ذلك العمر بعشر سنين. وبرغم أن الشرايين التاجية في ذلك العمر تكون قد بلغت الحد الحرج في تضيقها، والكافي لتهديد حيوية عضلة القلب. تبدأ هذه العملية عندما يبلغ عمر الضحية أقل من ذلك بكثير، وقد أظهرت دراسة شهيرة

بطاقة المعايدة، وكيف تفشل؟



قطاع تخطيطي عبر قلب سليم حيث تشير الأسهم إلى اتجاه جريان الدم.

أُجريت على الجنود الذين قُتلوا إبان الحرب الكورية أن نحو ثلاثة أرباع أولئك الشبان كانوا مصابين بقدر من التصلب العصيدي في شرايينهم التاجية. ويمكن أن نجد درجات متفاوتة من هذه الحالة المرضية في جميع البالغين الأمريكيين تقريباً؛ حيث تبدأ في الظهور في سن المراهقة، وتزداد سوءاً بتقدم العمر.

وتتخذ المادة السائدة شكل كتل بيضاء مصفرة تسمى بالرقائق (Plaques)، تكون شديدة الالتصاق بالبطانة الداخلية للشريان، وتنتأ نحو قناته المركزية. وتتكون هذه الرقائق من خلايا وأنسجة ضامة (Connective Tissues)، مع وجود لب مركزي مكون من النفايات الخلوية (Debris) مع نوعية مألوفة من المواد الدهنية المعروفة بالشحم: Lipid (من اليونانية Lipos بمعنى الدهن أو الزيت). ولأن أغلب تركيب الرقائق يكون

من المواد الدهنية، تسمى الرقيقة بالعصيدة (Atheroma) من اليونانية *Athere* بمعنى السَّخِينَة (طعام يشبه العَصيدة: Gruel) أو الرَّهِيَّة (الخَطِيفة: Porridge) + oma، وهي تدل على وجود ورم أو نمو شاذ.

ولأن عملية تكوُّن العصيدة هي أكثر أسباب تصلب الشرايين شيوعاً، فعادةً ما يطلق على المرض اسم التصلب العصيدي (Atherosclerosis)، أي تصلب الشرايين بفعل العصيدات.

ومع تنامي العصيدة، تصبح أكبر حجماً وتميل للاندماج مع الرقائق المجاورة لها، في نفس الوقت الذي تمتص فيه الكالسيوم من مجرى الدم. ونتيجة لذلك، تتراكم كتلة هائلة من العصيدات المتقشرة (Crusted)، والتي تبطن الوعاء الدموي لمسافة كبيرة، مما يجعله متزايد الخشونة والصلابة والضييق. وقد تم تشبيه الشريان المصاب بالتصلب العصيدي بقطعة طويلة من أنبوبة مستهلكة وقليلة الصيانة، تبطن قعرها الداخلي ترسبات كثيفة وغير منتظمة من الصدأ أو الرواسب المكدسة.

وحتى قبل أن نعرف أن سبب الذبحة الصدرية والاحتشاء القلبي يرجع إلى تضيق الشرايين التاجية، بدأ عدد قليل من الأطباء في تدوين الملاحظات المتعلقة بقلوب أولئك الأشخاص الذين تُوفوا بفعل هذه العملية. فكان إدوارد جينر (Edward Jenner) — وهو نفسه مكتشف اللقاح ضد مرض الجدري (Smallpox)، في عام ١٧٩٨م — طالباً متعمقاً لعلم الأمراض، واتخذ لنفسه نهجاً خاصاً بتشريح جثث أكبر عدد ممكن ممن يُتوفون من مرضاه (كان الأطباء في تلك الأيام يقومون بأنفسهم بفحوص ما بعد الوفاة). ونتيجة لعملياته التشريحية تلك، بدأ جينر يشك في أن التضيق الذي اكتشفه في الشرايين التاجية للجثث التي يقوم بتشريحها ذو علاقة مباشرة بأعراض الذبحة الصدرية التي كان يشتكى منها أولئك المرضى إبان حياتهم. وكتب في رسالة بعث بها لأحد أصدقائه عن تجربته في تشريح أحد هذه القلوب قائلاً:

«لقد اصطدم مبضعي بشيء من الصلابة والخشونة لدرجة انثنائه. سأذكر نظري إلى سقف الغرفة، الذي كان قديماً ومتهاكاً، مما جعلني أشك في أن بعض الجبس قد سقط عنه. ولكن بعد تمحيص أكثر دقة، ظهر السبب الحقيقي: كانت الشرايين التاجية قد تحولت إلى قنوات عظمية.»

وبرغم ملاحظات جينر، وبرغم الزيادة التدريجية في فهم الطريقة التي يؤدي بها انسداد الشرايين التاجية القلب، كان علينا أن ننتظر حتى عام ١٨٧٨م قبل أن يتمكن

أحد الأطباء من تشخيص احتشاء عضلة القلب بصورة صحيحة؛ فقد أرسل الدكتور آدم هامر (Adam Hammer) من مدينة سانت لويس — وهو لاجئ ألماني فرّ من القمع الذي تلا ثورات عام ١٨٤٨م الفاشلة — إلى إحدى المجلات الطبية في فينّا تقريرًا عن حالة مرضية بعنوان:

Ein Fall von thrombotischem Verschlusse einer der Kranzarterien
des Herzen

[حالة من الانسداد الحثاري في أحد الشرايين التاجية للقلب]

وهنا يظهر التواء مثير في اللغة ذاتها؛ فالاصطلاح الألماني للشريان التاجي هو Kranzarterie، حيث تعني لفظة *Kranz* إكليلًا أو تاجًا من الأزهار، أي إنه يمنح بذلك معنىً جديدًا تمامًا وشاعريًا للغاية لصورة القلب كبطاقة للمعايدة (*Valentine Image*). فقد استدعي هامر للاسترشاد برأيه في فحص رجل في الرابعة والثلاثين سقط مريضًا بصورة مفاجئة. كان الرجل في حالة انهيار متزايدة السوء لدرجة أن وفاته أصبحت وشيكة. وبرغم أن الأطباء كانوا يعرفون الآلية التي يحدث بها الإقفار الدموي لعضلة القلب، فإن تشخيص الاحتشاء، كنتيجة لذلك، لم يكن قد تم التوصل إليه، أو حتى التفكير فيه، على الإطلاق. وأثناء مراقبته لوفاة مريضه، بلا حول ولا قوة، اقترح هامر على زميله أن شريانًا تاجيًا مسدودًا تمامًا قد أدّى إلى موت عضلة القلب، لذا قرر أن إجراء تشريح ما بعد الوفاة كان ضروريًا لإثبات صحة نظريته الجديدة. بيد أنه لم يكن بالأمر الهين أن يحصل على تصريح الأسرة المكلومة في فقيدها بإجراء التشريح، لكن هامر الخبير استطاع أن يظفر بالموافقة بعد تقديم حفنة من الدولارات في الوقت المناسب، وهي الحلول (Solvent) الأبدي للتردد البشري، أو كما وصفها بصراحة شديدة في مقاله: «في وجه هذا العلاج الشامل، حتى أعمق أوجه الارتياب — بما فيها الدينية — تستسلم في نهاية الأمر.» وقد كوفئ إصرار هامر هذا بأن وجد عضلة القلب شاحبة وذات لون بني مائل للصفرة (مما يعني وجود الاحتشاء)، بالإضافة إلى أنه وجد أحد الشرايين التاجية مسدودًا تمامًا، مما يثبت صدق حدسه.

وخلال العقود التالية، ازداد رسوخ أسس مرض القلب الإقفاري واحتشاء عضلته بالتدريج. ومع اختراع جهاز تخطيط القلب الكهربائي (Electrocardiograph) في عام ١٩٠٣م، أصبح الأطباء قادرين على اتباع الإشارات التي ينقلها جهاز التوصيل الكهربائي

للقلب، والمكون من مجموعة من الألياف. وسرعان ما تعلموا تفسير تلك الخطوط الحادثة بفعل التغيرات الكهربائية التي تقع عندما تتعرض عضلة القلب لتهديد تناقص إمدادها الدموي. وقد اكتُشفت التقنيات التشخيصية الأخرى حديثاً، بما فيها حقيقة أن عضلة القلب المصابة تفرز بعض المواد الكيميائية أو الإنزيمات (Enzymes) التي يساعد وجودها في الدم — والذي يمكن التعرف عليه بسهولة — على تشخيص الاحتشاء.

وتتضمن كل نوبة منفردة من الاحتشاء ذلك الجزء من عضلة القلب الذي يغذيه نفس الشريان التاجي الذي أصابه الانسداد، وهو جزء يبلغ حجمه في الغالب نحو اثنتين إلى ثلاث بوصات مربعة في المساحة السطحية. والمتهم المحدد في نحو نصف الحالات هو الشريان التاجي الأمامي النازل الأيسر (Left Anterior Descending Coronary Artery)، وهو وعاء دموي يمر عبر الجزء الأمامي من القلب نزولاً إلى قمته؛ وهو ينتهي بالتفرع إلى شرايين فرعية تغذي عضلة القلب. وتعني الإصابة المعتادة لهذا الشريان أن نحو نصف حالات الاحتشاء تشمل الجدار الأمامي للبطين الأيسر، والذي يغذّي جداره الخلفي بالشريان التاجي الأيمن، والذي يتعرض لنحو ثلاثين إلى أربعين في المائة من حالات الانسداد. بينما يغذّي الجدار الوحشي (الجانبية: Lateral) بالشريان التاجي الملتف الأيسر — والذي يصاب بنحو ١٥ إلى ٢٠ في المائة من حالات الانسداد.

ويصاب البطين الأيسر — وهو أقوى أجزاء المضخة القلبية، ومصدر القوة العضلية التي تغذي جميع أعضاء وأنسجة الجسم — في جميع النوبات القلبية تقريباً؛ إذ إن كل سيجارة، وكل كُفْرة (Pat) من الزبد، وكل شريحة من اللحم، وكل ارتفاع في ضغط الدم، تزيد من تصلب جدر الشرايين التاجية ومن مقاومتها لجريان الدم فيها.

وعندما تكتمل عملية الانسداد في أحد الشرايين التاجية فجأة، تنتج فترة من الحرمان الحاد من الأكسجين. وإذا بلغ عوز الأكسجين من الشدة والطول درجة لا يمكن معها لخلايا العضلة المخدرة، والتي حُرمت من الإمداد الدموي بصورة فورية، أن تستعيد حيويتها، يُتبع ألم الذبحة الصدرية بالاحتشاء القلبي، إذ يتحول نسيج عضلة القلب المصاب من الشحوب الشديد للإقفار الدموي إلى الموت البواح. وإذا كانت المنطقة الميتة صغيرة لدرجة أنها لم تقتل المريض بتسببها في حدوث الرجفان البطيني أو شذوذ في نظم القلب في مثل خطورته، تظل العضلة المصابة — والتي أصبحت الآن منتفخة ومتورمة — قادرة على المحافظة على استمساكها الحثيث بالوجود حتى تغييرها بنسيج ندبي (Scar Tissue)، عن طريق عملية من الشفاء التدريجي. لكن المنطقة التي تتكون من مثل هذا النسيج تصبح غير قادرة على الاشتراك في الدفع القوي لبقية أجزاء عضلة القلب.

وفي كل مرة يتعافى فيها المرء من نوبة قلبية من أي حجم كانت، يكون قد فقد جزءاً صغيراً آخر من عضلة القلب، ليزيد بذلك من حجم النسيج النُدْبِي، كما تقل قوة ذلك البطين قليلاً.

ومع تطور مرض تصلب الشرايين، يضعف البطين بالتدريج حتى ولو لم تكن هناك نوبات قلبية صريحة. وقد لا تعلن انسدادات الشرايين التاجية الفرعية الصغرى عن نفسها بأية علامات، ولكنها تستمر — مع ذلك — في إضعاف قوة الانقباض القلبي. ويبدأ القلب في نهاية الأمر في القصور؛ فمرض القصور القلبي المزمن (Chronic Heart Failure) — وليس النهاية المفاجئة لأمثال جيمس مكارتي — هو ما يتسبب في وفاة نحو أربعين في المائة من ضحايا مرض الشرايين التاجية.

وتُحدّد أمزجة متباينة من الظروف المهيّجة والتلف النسيجي، نوعَ ودرجة الخطر الذي يتعرض له كل قلب بذاته في أية مرحلة محددة من انحداره. وقد يكون أحد العوامل أو غيره سائداً عند نقطة محددة؛ فأحياناً تكون القابلية للتقلص أو التخرثر الدموي في الشريان التاجي المسدود جزئياً، وأحياناً تكون عضلة القلب العلية التي اضطرب جهاز توصيلها الكهربائي المحطم وأصبح مفرط الاستثارة، لدرجة أنه يصاب بالرجفان بفعل أتفه المحفزات. ويرجع السبب في أحيان أخرى إلى جهاز التوصيل ذاته، إذ يصبح بطيئاً ومتثاقلاً في توصيل الإشارات العصبية؛ لذا فهو يتعثر، ويزداد بطئاً، وربما يتسبب في إيقاف القلب تماماً. وأحياناً يكون السبب راجعاً إلى بطين كثير التندب والضعف لدرجة لا يستطيع معها قذف قدر كاف من الدم الذي صُبَّ فيه من الأذين.

وعند إضافة تلك العشرين في المائة من مرضى القلب الذين يُتوقَّون من جراء نوبتهم القلبية الأولى — مثل جيمس مكارتي — إلى أولئك الذين يموتون فجأة بعد أسابيع أو سنوات من المرض المتزايد السوء، تصل نسبة الوفيات المفاجئة إلى نحو ٥٠ إلى ٦٠ في المائة من أولئك المصابين بمرض القلب الإقفاري، أما بقية المرضى فيموتون ببطء — وبلا راحة — خلال واحدة من تنويعات ما يسمى بقصور القلب الاحتقاني المزمن (Chronic Congestive Heart Failure). وبرغم أن (وربما بسبب أن) نسبة الوفيات بسبب النوبات القلبية قد تناقص بنحو ثلاثين في المائة خلال العقدين أو العقود الثلاثة الأخيرة، فقد ارتفعت نسبة الوفيات نتيجة لقصور القلب الاحتقاني بنسبة الثلث.

وقصور القلب الاحتقاني المزمن هو النتيجة المباشرة لعدم مقدرة عضلة القلب المتندبة والضعيفة على الانقباض بقوة كافية لدفع حجم الدم الضروري مع كل انقباضة.

وعندما لا يمكن ضخ الدم الذي ولج في القلب بالفعل إلى الأمام بكفاءة إلى الدورتين الدمويتين الصغرى والكبرى، يرتجع بعضه إلى تلك الشرايين التي أتى منها، مما ينتج عنه ضغط خلفي (Back Pressure) في الرئتين والأعضاء الأخرى التي يرتجع الدم منها. وكنتيجة لذلك الاحتقان، تندفع بعض مكونات الدم السائلة من خلال الجدر المسربة لأصغر الأوعية الدموية، مما ينتج عنه تورم أو وذمة (Edema) الأنسجة المحيطة به. وتمنع بذلك الأعضاء مثل الكلى والكبد من تأدية وظائفها بفاعلية، وهي حالة تزداد سوءاً بفعل حقيقة أن المضخة الضعيفة للبطين الأيسر تدفع كمية من الدم المؤكسج حديثاً أقل من تلك التي تصل إليها، مما يقلل من تلك التغذية الواصلة إلى الأعضاء المتورمة بالفعل. وبهذه الطريقة، يصاحب البطء العام للدورة الدموية انخفاض معدل جريان الدم الداخل إلى الأنسجة والخارج منها.

ويتسبب الضغط الرجوعي للدم الذي لم يتم دفعه بالقوة الكافية في انتفاخ غرف القلب وبقائها متمددة. وتزداد سماكة عضلة البطين، في محاولة منها لتعويض ضعفها الذاتي. وبذلك يتضخم القلب ويصبح أكبر حجماً — بيد أنه مجرد مُدْعٍ متفاخر (Braggadocio).

وبشق الأنفس، يسرع القلب من معدل ضرباته محاولاً ضخ قدر أكبر من الدم. وقبل مضي زمن طويل، يجد القلب نفسه في مأزق متزايد السوء من الاضطراب — مثل أليس Alice — للإسراع أكثر فأكثر للمحافظة على هذا المعدل. وتتطلب تلك الجهود المضنية للقلب المتغلظ والمتوسع (Distended) كمية من الأكسجين تزيد على تلك التي تستطيع الشرايين التاجية المتضيقّة توفيرها، مما يزيد من تلف عضلة القلب المتخاذلة — بل وربما ظهرت شذوذات جديدة في نظم القلب. وبعض تلك الشذوذات مميت — مثل الرجفان البطيني واضطرابات النظم الشبيهة به، والتي تقتل نحو نصف مرضى القصور القلبي. ولذلك، وبصرف النظر عن قدر التفاخر المحتوى في جعجعته، يستمر القلب المصاب بالقصور في الفشل، في ضرب من الحلقات المفرغة لمحاولة إخفاء أوجه قصوره عن طريق مضاعفة جهوده لتعويضها. وقد صاغ ذلك أحد الزملاء من اختصاصيي أمراض القلب بقوله: «يجلب القصور القلبي قصور القلب!» ويعني هذا أن صاحب ذلك القلب في طريقه إلى الموت.

وتصاب الضحية بعسر متزايد في التنفس، حتى بفعل أقل مجهود؛ إذ لم يعد القلب ولا الرئتان قادرين على الاستجابة لزيادة الجهد المطلوب منهما بذله. ويعاني بعض

المرضى من صعوبة في الاستلقاء لأكثر من برهة وجيزة، وذلك لأنهم يحتاجون للوضع المنتصب، مع مساعدة الجاذبية في تصريف السوائل الفائضة عن رئاتهم. وقد التفتت الكثير من المرضى الذين أصبح النوم مستحيلًا لديهم إلا إذا تم رفع الرأس والكتفين بحشايا عديدة، وحتى عندئذ كانوا معرضين لنوبات من انقطاع النفس المرعب خلال الليل. ويعاني مرضى القصور القلبي من وهن مزمن وبلادة، نتيجة لمزيد من الجهد الإضافي الذي يتطلبه التنفس، والتغذية القاصرة للأنسجة التي تنتج عن انخفاض الخرج القلبي (Cardiac Output).

ويؤدي الضغط الدموي المرتفع، والذي ينتقل من الوريدين الأجوفين راجعًا إلى أوردة الجسم المختلفة، إلى تورم القدمين والكاحلين، ولكن عندما يصبح المريض حبيس الفراش، تُجبر الجاذبية السوائل على التجمع في أنسجة الجزء الأسفل من الظهر والفخذين. وبرغم أن هذه الصورة قد باتت نادرة في يومنا هذا، فإنه لم يكن من المستغرب — أثناء سني دراستي في كلية الطب — أن ترى مريضًا يجلس منتصبًا في سريره، ببطنه ورجليه المنتفختين بالسوائل، وهو يدفع بنفسه إلى ما يشبه التنهد التشنجي لكثفيه، وفمه مفتوح على مصراعيه خلال صراعه المريع من أجل كل نفس لاهث منفرد، كما لو كانت تلك هي آخر فرصة لإبقائه على قيد الحياة. وفي الأفواه المنفرجة لأولئك المحاربين في معركة خاسرة لمصلحة الوفاة الوشيكة، يمكن للمرء دائمًا أن يجد اللون الأزرق للشفتين واللسان المحروم من الأكسجين — والتي تكون شديدة الجفاف — برغم أن المريض المحتضر يكون غارقًا في سوائله الداخلية.

كان الأطباء يخشون فعل أي شيء قد يزيد من سوء القلق الذي يكون قد وصل بالفعل إلى مرحلة جحوظ العينين في رجل مغمور بأنسجته المشبعة بالمياه، مكتفين بالاستماع إلى الخرخرة (الأزيز: Wheeze) المرعبة، وعذاب حشجة الموت الذي يعالجه. وفي تلك الأيام الخوالي، لم يكن لدينا الكثير لنقدمه لمثل هذا المريض الميئوس من شفائه المعذب، غير المسكنات، مع معرفتنا الكاملة والرحيمة بأن كل قدر ضئيل من الراحة إنما يجعل بحدوث النهاية المحتومة.

وبالرغم من أن هذه المشاهد قد أصبحت أكثر ندرة في الوقت الحالي، فإنها تحدث في بعض الأحيان بالفعل. كتب إليّ مؤخرًا أستاذ جامعي في طب القلب قائلاً: «هناك الكثير من المرضى المصابين بقصور قلبي احتقاني في مراحله الانتهاية والمستعصية على العلاج، ممن تصبح ساعاتهم — وربما أيامهم — الأخيرة متعبة، وربما بائسة بفعل غرقهم؛ بينما لا يستطيع الأطباء فعل شيء سوى المراقبة العاجزة، واستخدام المورفين للتسكين ...

وليس ذلك بالمرح المبهج من الحياة.» وليس القلب وحده هو الذي يمتلك وسائل أخرى متعددة للقتل، فهناك أيضًا التلف الطويل المدى الذي تسببه الأنسجة الغارقة والمصابة بفقر الدم (الأنيميا). فالأعضاء المستهلكة تصاب هي الأخرى بالفشل في النهاية. وعندما تنتهي الكليتان أو الكبد تنتهي كذلك الحياة. والفشل الكلوي — أو اليوريمية Uremia — هو المخرج من الحياة لبعض مرضى القلب، وكذلك — أحياناً — يكون القصور في وظائف الكبد، والذي كثيراً ما يُعبر عن نفسه بظهور اليرقان (Jaundice).

ولا يكتفي القلب بخداع نفسه بالنشاط المفرط، فقد يخدع أيضًا تلك الأعضاء التي قد تكون قادرة على مساعدته على الخلاص من متاعبه في أوقات الشدائد؛ فيجب أن تكون الكلى قادرة على ترشيح كمية كافية من الأملاح الإضافية والمياه الموجودة في الدم لتقليل الحمل على القلب، لكن قصور القلب الاحتقاني يدفعها لفعل عكس ذلك تمامًا؛ فلأن الكلى تستشعر بصورة صحيحة أنها تتلقى كمية من الدم تقل عن المعدل الطبيعي، فهي تعوض ذلك بإفراز هرمونات تقوم بإعادة امتصاص الأملاح والمياه التي تم استرشاحها بالفعل، وبذلك يعاد ضخها إلى الدورة الدموية. ونتيجة ذلك هي أن يزداد الحجم الكلي للسوائل في الجسم بدلاً من أن يتقلص، وبذلك تضيف المزيد من المشاكل الملقاة على عاتق القلب المرهق بالفعل. وبهذا يكون القلب المصاب بالقصور قد خدع الكليتين ونفسه في الوقت ذاته: فيتحول نفس العضو ذاته (Self-Same Organ) — والذي يحاول أن يكون له صديقاً — إلى عدوه اللدود.

وتمثل الرئتان الثقيلتان الرطبتان — بدورتهما الدموية البطيئة — أرضاً خصبة لتكاثر الجراثيم والالتهاب المتقدم، وإلى ذلك يعود سبب وفاة كثير من مرضى القلب بالالتهاب الرئوي (Pneumonia). لكن الرئتين الثقيلتين والرطبتين ليستا بحاجة لمساعدة الجراثيم في تنفيذ عمليات القتل المنوطة بهما: فسوء مفاجئ لحالتهما الغارقة في المياه — يسمى بالوذمة الرئوية الحادة (Acute Pulmonary Edema) — هو الحدث الانتهائي المعتاد في المرضى المصابين بمرض قلبي طويل المكوث. وسواء كان ذلك بسبب تلف قلبي حديث، أو بسبب حمل زائد مؤقت ناتج عن مزاوله مجهود عضلي غير متوقع أو حالة نفسية طارئة، أو ربما مجرد ملح زائد في الشطيرة.^٢ يتراكم حجم السائل الزائد، ومن ثم يفيض ليغرق الرئتين. ويحدث بعد ذلك جوع الهواء (Air Hunger) الشديد بسرعة،

^٢ أعرف رجلاً تُوُفي بسبب ما يمكن أن نطلق عليه اسم القصور القلبي الحاد بفعل البسطرمة (Pastrami).

فيبدأ التنفس المكرر (Gurgling) والمخرخر (Wheezing). وتؤدي الأكسجة الضعيفة للدم إلى موت الدماغ أو الرجفان البطيني وغيره من أنماط النظم الشاذة، والتي لا رجعة فيها. وفي هذه اللحظة — وفي جميع أنحاء العالم — هناك من يموتون بهذه الطريقة. ويتمثل موت بعض أولئك المرضى في التاريخ المرضي لرجل آخر شهدت موته. ويمكن — في الإطار المرجعي لمرض القلب المزمن — أن نسمي هوراس جيندنز (Horace Giddens) باسم كل إنسان، فتفاصيل مرضه تسجل بدقة متناهية أحد الأنماط المألوفة في المقر الذي ينحدر إليه بلا هوادة مرض الإقفار القلبي.

كان جيندنز مصرفياً ناجحاً في الخامسة والأربعين من عمره يعيش في إحدى مدن الجنوب الأمريكي الصغيرة عندما التقى طريقانا في أواخر الثمانينيات. كان قد عاد لتوّه إلى بيته من إقامة مطولة في مستشفى جامعة جونز هوبكنز في مدينة بالتيمور، حيث أخرجه طبيبه من المستشفى يائساً، على أمل أن يحدث إبطاء، أو على الأقل تلطيف لتقدم الذبحة الصدرية والقصور القلبي المتزايد السوء لديه؛ كان كل علاج معروف تقريباً قد استُخدم معه بلا نجاح يُذكر. ولما كان زواج جيندنز مفعماً بالمشاحنات، أقدم على الرحلة الصعبة إلى مدينة بالتيمور ليفصل نفسه عن العداء المثير للأعصاب لزوجته — ريجينا — بنفس الدرجة التي كان ينشد بها الراحة لقلبه المريض. لكن الوقت كان قد فات؛ فقد وجد أن مرضه متقدم بحيث لم تكن هناك من فائدة ترجى من أي من أنواع العلاج المعروفة. وبعد إجراء جميع أنواع الفحوص والمشاورات الممكنة، أخبره أطباء المستشفى الجامعي — بكل ما وسعهم من اللطف — أنه حتى هم لا يستطيعون مساعدته؛ فلم يكن ممكناً علاجه بأي شيء فيما عدا المسكنات. وبالنسبة لهوراس جيندنز، لم يكن هناك جدوى من عمليات الرأب الوعائي (Angioplasty) أو عمليات الترقيع (التخطية: Bypass)، أو حتى زرع القلب. كنت أقوم بزيارة اجتماعية محضة لمنزله في تلك الأمسية التي عاد فيها من بالتيمور ليواجه بشجاعة حتمية موته في أية لحظة. وبرغم أنه كان من المعروف أن جيندنز كان عائداً إلى المنزل في تلك الليلة، فإن زوجته اللامبالية بدا أنها لا تعرف شيئاً، بل ولا تكثرث بالموعد المحدد لحضوره المرتقب. وعندما ولج المنزل بالفعل، كنت أجلس بهدوء على أحد المقاعد، وكنت أستمع لمناقشات أفراد الأسرة بدون الاشتراك فيها. كان دخوله إلى البيت لحظة من العسير متابعتها: هرع جيندنز الطويل القامة والهزيل، وهو يجرُّ قدميه جرّاً، إلى غرفة المعيشة. كان مقطّب الحاجبين، كما كان يتنفس بصعوبة بالغة، وكانت كتفاه الضيقتان ممسوكتين جيداً في القبضة الحانية لخدمة الأسرة المحبة. ومن خلال صورة كبيرة موضوعة فوق البيانو، كان بوسعي أن أدرك أنه كان في الماضي

رجلاً وسيماً قوياً، أما الآن فقد كان وجهه الأشهب مرهقاً وساهماً. كان يمشي متصلباً: وكأنما يكلفه ذلك مشقة جمّة، كما كان يسير بحرص شديد، كما لو كان غير واثق من اتزانهِ؛ وكان من الضروري مساعدته لكي يتمكن من الجلوس على مقعده.

كنت على علم بالتاريخ المرضي لجيدنز مع الذبحة الصدرية، كما كنت أعرف أنه نجا من نوبات متناهية الشدة ومتعددة من احتشاء عضلة القلب. وعندما رأيت المشقة الشديدة لحركة كتفيه الناحلتين مع كل نفس انتيابي (Paroxysmal)، حاولت تخيل الحالة التي كان عليها قلبه، كما حاولت أن أستحضر في مخيلتي تلك العناصر المختلفة للطريقة التي خذله بها. فبعد نحو أربعين سنة من عملي كطبيب، صار ذلك النوع من التخمينات هاجساً مألوفاً لديّ عندما أجد نفسي — اجتماعياً — في حضرة المرضى. أصبح هذا الأمر ضرباً من البحث الآلي، أي نوعاً من الاختبار الذاتي. وبطريقته الشديدة الخصوصية، يُعد نوعاً من الاندماج الوجداني (Empathy) أيضاً؛ فأنا أفعله على الدوام، بدون تفكير مني تقريباً، وأنا على يقين من أن كثيراً من زملائي الأطباء يقومون بعمل الشيء نفسه.

كان ما تخيلت وجوده خلف عظمة القص لهوراس جيدنز هو قلب متضخم مترهل، لم تعد لديه القدرة على أن ينبض بأية قوة يمكن تشبيهها بالطاقة النشطة. كان هناك ما يزيد على ثلاث بوصات من جداره العضلي قد استبدلت بها ندبة ضخمة بيضاء اللون، كما كانت هناك مناطق كثيرة أصغر حجماً من التندب بالمثل. وبعد كل ضربات قليلة، كان هناك انقباض تقلصي (Spasmodic) شاذ نابع من بؤرة متمرّدة أخرى في البطين الأيسر، مما يدمر حتى تلك المحاولات الفاشلة من العضلة للمحافظة على نظمها الثابت.

كان الأمر يبدو وكأن كلاً من الأجزاء المختلفة لكلٍّ من البطينين تحاول الإفلات من الآلية (Automaticity) الداخلية للعملية برُمّتها، في الوقت الذي تحاول فيه العقدة الجيبية الأذينية أن تحافظ على سلطتها المتلاشية. وكنت أعرف هذه العملية جيداً؛ إذ قطعت شدة الإقفار الدموي تيار الإشارات المنتظمة التي كانت العقدة الجيبية الأذينية في قلب جيدنز تحاول نقلها إلى بطينيه. بدأ البطينان اللذان حُرّما من استقبال نداءاتهما المعتادة، وبصورة محمومة، في إطلاق نبضات خاصة بهما، بحيث تبدأ كل نبضة من أية بقعة عشوائية في عضلة القلب في اختيار أن تستجيب للتحدي! وتؤدي أية زيادة طفيفة في الإجهاد (الكرب: Stress)، أو أي نقص في الأكسجة إلى تلك الحالة التي يطلق عليها الفرنسيون، بصورة ملائمة للغاية: «الفوضى البطينية» Ventricular Anarchy، وذلك لأن الانقباضات المضطربة وغير المؤثرة تنتشر في أي، وكل، اتجاه داخل عضلة

القلب، مما ينتج عنه ذلك التسارع غير المتناسق تمامًا، والمعروف بتسرع النبض البطيني (*Ventricular Tachycardia*)، ثم الرجفان البطيني. وعندما لاحظت خطوات جیدنز غير الواثقة، كان بوسعي أن أدرك مدى اقترابه من تلك السلسلة من الأحداث الانتهازية. كان الوريدان الأجوفان والأوردة الرئوية منتفخة ومتوترة بفعل ضغط الدم الراجع إليها بسبب ضعف القلب. وتشبه الرئتان الجاستتان قطعتين من الإسفنج الرّمادي المائل للزرقة والمشبع بالماء، وقد أرهقتهما الودّمة المنتفخة بحيث تتمكنان بالكاد من الصعود والهبوط مثل ذلك الزُّق (المنفاخ: Bellows) الوردي اللطيف الذي كانتا عليه يومًا. وذُكّرَتني هذه الصورة الدموية كلها بتشريح شاهدته لجثة رجل شقّق نفسه، كان وجهه القرمزي الممتقع اللون محتقنًا ومتورمًا، مما يجعل من التعرف على ملامحه — المكتظة بالدم (Plethoric) — كإنسان، بالكاد ممكنًا.

كان جیدنز قد عاش حياة طيبة، فقد تحمّل بعزم فلسفي تلك المراجم والسهام التي كانت تطلقها عليه زوجته الشريرة، وكُرّس حياته لرعاية ابنته ذات السبعة عشر ربيعًا، والتي كانت تحبه حبًّا جمًّا، وللوفاء بتلك الثقة التي وضعها بين يديه أهل بلدته الذين نال إعجابهم واحترامهم بفضل القوة البسيطة للنزاهة، وحكمة الإدارة المالية السليمة لمذخراتهم. أما الآن، فقد عاد إلى منزله لكي يموت.

عندما رأيت منخريه (Nostrils) يلتهبان مع كل نفس يتناوله بصعوبة، لم يكن بوسعي فعل شيء سوى ملاحظة أن طرف أنف جیدنز كان مُزْرَقًا قليلًا، وكذلك كانت شفتاه. كانت رطوبة رثتيه تعوق الأكسجة الكافية لأعضاء الجسم. كما كان يمشي وهو يجر قدميه بصعوبة نتيجة لأن كاحليه وقدميه كانت من التورم بحيث بدت وكأنها ستبرز من طرفي حذائه الذي أصبح ضيقًا للغاية بسبب اللحم الشديد الاختناق بداخله، لقد كان كل عضو في جسد الرجل الغارق في المياه يحتفظ في داخله بقدر من التورم.

كان فشل مضخة القلب مجرد جزء من السبب الذي جعل السَّير يمثل كل هذا الجهد الهائل بالنسبة لجیدنز؛ فلا بد أنه كان مدرّكًا، مع شدة ألمه، للجهد الذي ينفقه على كل خطوة يخطوها، لعلمه بأن أية زيادة طفيفة في نشاطه قد ينتج عنها ذلك الألم المرعب للذبحة الصدرية، حيث لم تعد القنوات الشديدة التضيق لشرائينه التاجية قادرة على توصيل أية كمية إضافية من الدم.

جلس جیدنز في مقعده الوثير، وتحدث لبرهة قصيرة مع أفراد عائلته، غير متنبه لوجودي على ما يبدو. كان يحس بالتعب الجسدي والروحاني؛ لذا صعد بمشقة تلك

الدرجات المؤدية إلى غرفة نومه، متوقفاً لمرات عديدة للنظر إلى أسفل والتمتمة ببضع كلمات لزوجته. وعندما رأيته يفعل ذلك، تذكرت ممارسة شائعة بين من يُطلق عليهم اسم (المعاقون القليون Cardiac Cripples) من أجل إخفاء الحالة المتقدمة لمرضهم: فالمرضى الذي يحس ببداية نوبة الذبحة الصدرية أثناء تجواله اليومي، يجد أنه من المفيد أن يتوقف وأن يحملق باهتمام مصطنع في نافذة أحد الحوانيت حتى يختفي الألم. كان أستاذ الطب المولود في برلين، والذي كان أول من وصف لي عملية حفظ ماء الوجه (وربما حفظ الحياة ذاتها) هذه التي كان يسميها باسمها الألماني *Schaufenster schauen*: أو التسوق عبر واجهات الحوانيت. استخدم جيدنز استراتيجية تسوق الواجهات هذه لكي تمنحه مهلة كافية تمامًا لتجنب المتاعب الخطيرة التي قد يتعرض لها أثناء شقه لطريقه لأعلى ببطء متجهًا إلى فراشه.

مات هوراس جيدنز في أصيل يوم ممطر بعد ذلك بأسبوعين فقط. وبرغم وجودي فإنني فلم أكن قادرًا على تحريك إصبع لمساعدته؛ إذ لم يكن بوسعي فعل شيء سوى الجلوس بصمت عندما كانت زوجته تتعدى عليه بألفاظها النابية، حتى أمسك حلقه بيديه فجأة كما لو كان محملقًا في الطريق العنيف للذبحة المشعة التي هاجمته. وبدأ يلهث، مع ازدياد شحوبه بصورة مفاجئة، ثم تحسس طريقه — بيد مرتعشة — إلى محلول النتروجلوسرين الذي كان موضوعًا فوق منضدة قهوة أمام الكرسي المتحرك الذي كان جالسًا عليه، بيد أنه لم يستطع سوى لف أصابعه حوله، فسقط المحلول من يده المرتعشة إلى الأرض وانسكب فوقها، مُريقًا ذلك الدواء الثمين الذي كان من الممكن أن يقوم بتوسيع شرايينه التاجية بدرجة تكفي بالكاد لإنقاذه. وعندئذ أصابه الذعر، وانفجر في نوبة من التعرق البارد، وتوسل إلى زوجته — ريجينا — أن تستدعي الخادمة، التي كانت تعرف مكان قنينة الدواء الإضافية، بيد أنها لم تحرك ساكنًا. وعندما ازداد احتياجه حاول الصراخ، لكن الصوت الوحيد الذي صدر عن فمه كان همسة مبجوحة، أضعف من أن تُسمع خارج الغرفة. كانت رؤية النظرة المرتسمة على وجهه محطمة للقلوب، إذ كان الرجل قد أدرك عدم جدوى جهوده المختنقة.

أحسست بأن عليّ أن أهرع لمساعدة جيدنز، لكن شيئًا ما جعلني أتسمر في مقعدي فلم أفعل شيئًا على الإطلاق، وكذلك لم يفعل أحد غيري، فقد قفز بصورة محمومة مفاجئة من كرسيه المتحرك إلى الدرج، وتخطى الدرجات الأول كعداء يحاول يائسًا أن يبذل آخر وحدة من طاقته ليصل إلى بر الأمان. لكنه انزلق عندما بلغ الدرجة الرابعة، وأخذ يلهث

بجوع شديد للهواء، وتوقف عن صعوده ثم — وبجهد منهك عظيم من الانتهاائية الغاضبة — وصل إلى مقصده على ركبتيه. تجمدت في مكاني، وحملت بنظري لأعلى الدرج ورأيت رجله تخوران، وسمع جميع من كان في الغرفة صوت تكوم جسده للأمام، وهو يبتعد عن الأنظار تمامًا.

كان جيندز لا يزال على قيد الحياة، بالكاد قامت ريجينا — بالأسلوب البارد لقاتل محترف — باستدعاء اثنين من الخدم لحمله إلى غرفته. واستدعي طبيب الأسرة على عجل، غير أنه في غضون دقائق قليلة، وقبل وصول الطبيب بكثير، كان مريضه المصاب قد مات. وبرغم أنني افترضت أن الآلية المحددة التي قتلت هوراس جيندز كانت هي الرجفان البطيني، فإنها ربما كانت وذمة رئوية حادة، أو تلك الحالة الانتهاائية المسماة بالصدمة القلبية المنشأ (Cardiogenic Shock)، حيث يبلغ البطين الأيسر من الضعف بحيث لا يستطيع المحافظة على ضغط دموي كافٍ للبقاء على قيد الحياة. ومن أولئك الذين سيصابون بمرض القلب الإقفاري منا، ستتسبب تلك الحالات المرضية الثلاث في حدوث الغالبية العظمى من الوفيات. ويمكن لهذه الحالات أن تحدث أثناء النوم، كما يمكن لها أن تحدث بسرعة لدرجة أنه قبل مُضيّ دقائق معدودة تكون لحظة الوفاة قد حانت. وإذا توافرت المساعدة الطبية، فيمكن التقليل من أسوأ مصاحباتها — وهو الألم — باستخدام المورفين أو غيره من المخدرات (Narcotics). ويمكن لمنجزات العلوم الطبية الأحيائية الحديثة أن تؤجل حدوث هذه الحالات المرضية لسنوات عديدة، بيد أن كل انتصار على مرض القلب الإقفاري ليس إلا نصرًا مؤقتًا؛ فسيستمر التطور الذي لا هوادة فيه لمرض التصلب العصيدي، وسيموت في كل عام أكثر من نصف مليون أمريكي لأن نظام الطبيعة يتطلب ذلك. فبرغم أن هذا يبدو كتناقض ظاهري، فإن الموت الطبيعي هو السبيل الوحيد لبقاء جنسنا البشري.

ويمكنني الآن أن أوضح سبب كوني غير قادر على تحريك ساكن لمساعدة ذلك الرجل التعيس الحظ الذي كان يُحتَضَر أمام ناظري: كنت أشاهد مأساة هوراس جيندز وأنا أجلس مرتاحًا في مقعدي بالصف السابع لأحد المسارح، في عرض لرائعة ليليان هيلمان (Hellman) المسماة بالثعالب الصغار (Little Foxes). كان وصفها السريري البالغ الدقة لشخصية درامية تموت بفعل مرض القلب الإقفاري — في عام ١٩٠٠م — من الدقة بحيث إنه لم يكن ليصبح أكثر دقة لو كتبه مختص بأمراض القلب. كانت مقاطع كاملة من وصفي السابق عبارة عن مستخلصات من توجيهات الأنسة هيلمان المسرحية. ومن

المؤكد أن الطبيب الثقة الذي فحص جیدنز في مستشفى جامعة جونز هوبكنز هو نفسه وليام أوسلر الذي ذكرتُ بعضًا من كلماته قبل عدة صفحات.

وتُصورُ كتابات هيلمان — بدقة متناهية — نفس الطريقة التي يموت بها اليوم كثير من ضحايا الإقفار الدموي التاجي. وذلك لأنه برغم كل التأجيل وتكتيكات تحسين راحة المرضى التي أوجدها الطب الحديث في معركته ضد المرض القلبي، فكثيرًا ما يكون المشهد الأخير في صراع القلب المريض — الآن، ونحن على مقربة من بزوغ فجر القرن الحادي والعشرين — مشابهًا تمامًا لذلك الذي كان بطله الرئيسي هو هوراس جیدنز منذ قرن كامل من الزمان.

وبرغم أن كثيرًا من ضحايا مرض القلب الإقفاري لا يزالون يموتون خلال نوبتهم المرضية الأولى، مثل جيمس مكارتني، فإن كثيرًا منهم يتبع تطورًا مرضيًا شبيهًا بذلك الذي اتخذه هوراس جیدنز، حيث يبقى المريض على قيد الحياة بعد حدوث الاحتشاء الأولي أو آثار الإقفار القلبي، ثم يتبع ذلك بفترة طويلة من الحياة الحذرة. وفي زمن جیدنز، كانت تلك «الحياة الحذرة» تتكون مما يوحي به اللفظ تمامًا؛ أي كونها حياة خالية من الإرهاق البدني أو النفسي. وقد كان عقّار النتروجلوسرين يوصف لإجهاض نوبات الذبحة الصدرية، بالإضافة إلى نوع متوسط القوة من المسكنات للتغلب على القلق. وربما كانت ثمة إنكارية (Nihilism) علاجية شائعة في ذلك الوقت بين أطباء المستشفيات الجامعية، هي السبب في أنهم لم يحبذوا استخدام عقّار الديجيتال (Digitalis) لزيادة قوة انقباض البطين الأيسر. وربما لم يكن الديجيتال ليمنع انقباض الشرايين التاجية الذي ربما كان سببًا في وفاة جیدنز، إلا إنه كان من المؤكد أن يقلل من قصور القلب الاحتقاني الذي عانى منه بشدة خلال أشهر حياته الأخيرة.

أما اليوم، فقد تغيرت الأمور كثيرًا؛ إذ يعكس تنوع الخيارات المتاحة لعلاج مرض القلب الإقفاري تتابع منجزات العلوم الطبية الأحيائية ذاتها، والتي تتراوح بين تلك التغيرات الطفيفة في الأنماط المعيشية إلى عمليات زراعة القلوب. ويقوم الإقفار الدموي بفعله التدميري بطرق متعددة تحتاج عضلة القلب إلى المساعدة لمواجهة كلٍّ منها، بينما تتمثل وظيفة اختصاصي القلب في تقديم هذه المساعدة. ومن أجل القيام بهذه المهمة، يجب عليه (أو عليها) معرفة طبيعة ذلك العدو وتفاصيل الاستراتيجية التي يعتمدها في أي هجوم محدد ينفذه. ويبدأ اختصاصي القلب تحديدًا بتقييم الحالة الراهنة لقلب مريضه وشرايينه التاجية، بالإضافة إلى تقييم احتمال أن يكون سوء الحالة وشيئًا لدرجة

يتحتم معها اتخاذ تدابير إيجابية وقائية لمنع حدوثه. وللوصول إلى هذه الغاية، اخترعت مجموعة من الاختبارات المعملية التي تستخدم اليوم على نطاق واسع، إذ أصبحت أسماؤها ومختصراتها جزءاً من اللهجة المألوفة للمرضى وأصدقائهم: مثل اختبار إجهاد التاليوم (*Thalium Stress Test*)، واختبار (*MUGA*)، والتخطيط الوعائي التاجي (*Coronary Angiogram*)، ومسح القلب بفائق الصوت (*Cardiac Ultrasonography*)، ومنظار هولتر (*Holter's monitor*)، وغيرها من الأمثلة كثير.

وحتى مع وجود المعلومات الموضوعية التي توفرها لنا مثل هذه التحاليل، يظل من المستحيل تقديم النصح السديد للمريض بدون أن نفهم الكثير عن حياته وعن شخصيته. ولا يكفي قياس ذلك الجزء من الدم المحتوى الذي يتم ضخه مع كل انقباضة للبطين أو أن نعرف القطر المتبقي (*Residual Calibre*) للشريان التاجي الضيق، أو آليات انقباض عضلة القلب، أو طاقة الخرج القلبي (*COP*)، أو الحساسية المفرطة لجهاز التوصيل الكهربى للقلب تجاه المحفزات والمثيرات، أو أي من تلك العوامل الأخرى التي تُحدّد بصورة دائبة ومجردة في المختبرات ووحدات التشخيص بالأشعة السينية. فيجب على اختصاصي أمراض القلب أن يكون متمتعاً بحس واضح بأنماط الضغوط الموجودة في حياة المريض واحتمالية تغييرها.

ويمثل التاريخ العائلي، وأنماط التغذية والتدخين، واحتمالية مطاوعة النصائح الطبية، والخطط والآمال المستقبلية، واعتمادية وجود نظام الدعم من قبل أفراد الأسرة والأصدقاء، بالإضافة إلى نمط الشخصية وإمكانية تغييره لو لزم الأمر، عوامل لا بد من أن تُمنح وزناً مناسباً في عملية اتخاذ القرارات المتعلقة بالعلاج والمستقبلية طويلة المدى. ومهارة اختصاصي القلب كطبيب هي التي تمكنه من مصادقة مريضه وفهمه؛ فمن موروثات فن الطب إدراك أن للتحاليل المخبرية والعقاقير فوائد قليلة بدون الأحاديث المصاحبة لها.

وبعد الانتهاء من التحاليل ومن الحديث، يجيء وقت العلاج. ويوجّه العلاج نحو تقليل الإجهاد الذي يتعرض القلب له، وبناء احتياطي لتمكينه من العودة إلى حالته الطبيعية على المدى الطويل، إضافة إلى إصلاح تلك الشذوذات المحددة التي تُكتشف من خلال التحاليل المخبرية. ومن المستبطن في جميع المعالجات ضرورة عمل كل ما يمكن لإبطاء تطور التصلب العصيدي، على اعتبار أنه لا يمكن إيقافه بصورة كاملة. ومن التضمينات الأخرى أطروحة أن القلب أكبر أهمية بكثير من كونه مجرد مضخة غبية

فاترة أخرى، فهو مشارك حساس ودينامي في مؤسسة الحياة، وهو قادر على التكيف والمواءمة، وبصورة ما على إصلاح نفسه.

وقد وصف وليام هيردين — دون أن يدري — في عام ١٧٧٢م، ما يمكن أن نعرفه اليوم كمثال نمطي على الطريقة التي يمكن بها لبرنامج تدريبي جيد أن يبني مقدرة القلب على الاستجابة لتلك اللحظات من التحدي عندما يُطلب منه القيام بعمل إضافي. فقد كتب عن مرضى الذبحة الصدرية قائلاً: «أعرف رجلاً حدد لنفسه مهمة يومية، فهو يقوم بنشر الخشب لمدة نصف الساعة — وقد شُفي من علته تقريباً.» وبرغم أن المنشار اليدوي قد استُبدل اليومَ بالدراجة الثابتة. فإن المبدأ يبقى واحداً في الحالتين.

وهناك مجموعة متنوعة من العقاقير المتوافرة لمساعدة عضلة القلب — وجهازه الخاص بالتوصيل — في مقاومتها لآثار الإقفار الدموي، ومن المؤكد أنه سيكون هناك المزيد من هذه العقاقير في المستقبل. وهناك عقاقير يمكن استخدامها في غضون الساعات القليلة التي تلي انسداد أحد الشرايين التاجية، والتي تهدف لإزالة الخثرة الدموية التي تكونت لتوَّها والتي تسببت في وقوع المشهد الأخير من عملية الانسداد في الوعاء الدموي المصاب بالتصلب العصيدي. وهناك عقاقير لتقليل استثارة (Irritability) عضلة القلب، ولمنع حدوث التقلص، ولتوسيع الشرايين التاجية، ولتقوية ضربات القلب، ولتقليل تسارع معدل ضربات القلب، ولطرد الحمل الإضافي من الماء والأملاح الموجودة في قصور القلب الاحتقاني، ولخفض ضغط الدم، ولتخفيف الشعور بالقلق. ويحمل كلٌّ من هذه العقاقير معه احتمال حدوث آثار جانبية غير مرغوب فيها، وخطرة أحياناً. ويمكن — بالطبع — استخدام بعض العقاقير الأخرى المتوافرة لعلاجها.

ويسير اختصاصيو القلب اليوم على خيط رفيع بين تجفيف المريض الذي بلغ من الضعف حدًا لا يمكنه معه أن يعيش بصورة طبيعية، وبين إضافة حمل كبير من السوائل التي تجعله في خطر الانزلاق إلى قصور قلبي احتقاني خطير.

ولم تسهم أعاجيب الإلكترونيات في مجال من مجالات الضعف البشري مثلما أسهمت في معالجة أمراض القلب. وبرغم أن التشخيص كان هو المستفيد الأساسي من هذه المعجزات، فقد تحسن العلاج أيضاً بفضل جهود علماء الفيزياء والمهندسين المتعاملين بمثل هذه الباطنيات (Esoterica). فلدينا الآن ناظمات تقوم بعمل العقدة الجيبية الأذينية، وهي تحفز بأمان حدوث ضربات قلبية ثابتة ومتوقعة. وهناك مزيلات الرجفان (Defibrillators) التي لا تقوم بإعادة توكيد التحكم عندما تصبح آلية القلب غير متزنة

فحسب، بل وتتمتع بخاصية إضافية هي إمكانية زرعها داخل جسم المريض مباشرة، بحيث تكون استجابتها للنظم الشاذ آلية وفورية.

ابتكر الجراحون واختصاصيو القلب عمليات جراحية لتحويل مجرى الدم حول انسدادات الشرايين التاجية، وأخرى لتوسيع الأوعية المتضيقة بواسطة بالونات خاصة، وهي التقنيات المعروفة نسبياً باسم غرائس تخطيطية الشرايين التاجية (Coronary Artery Bypass Graft — CABG) [وهنا قد يُنطق الاختصار الإنجليزي CABG — كما هو متوقع «Cabbage» أي كرنب!]، أو بعمليات رأب الأوعية الدموية (Angioplasty).

وعندما تفشل جميع السبل، نجد أحياناً أحد المرضى المستوفين للمتطلبات اللازمة لإزالة قلبه بالكامل واستبداله بقلب مستعمل سليم. وعند الاختيار الدقيق للمريض المناسب في جميع هذه العمليات، تكون هناك نسب مرتفعة للنجاح. ومع ذلك، فبعد كل واحدة منها تستمر عملية التصلب العصيدي في لعقها للحياة. وربما تنسُد الشرايين التي تم توسيعها مجدداً، كما قد تتكون عصيدات جديدة في داخل الأوعية المزروعة، بل وكثيراً ما تعود علامات الإقفار الدموي لصحبتها القديمة لعضلة القلب.

وبرغم أننا قد نؤجل من وقوع تلك العملية، فإن ضحايا التصلب العصيدي التاجي يموتون بصورة شبه مؤكدة بفعل إصابتهم هذه، وربما يحدث ذلك بصورة غير متوقعة، عندما يبدو أن المريض مستجيب للعلاج بصورة حسنة، ربما بفعل الآثار التدريجية لقصور القلب الاحتقاني.

وبرغم أن العلامات الصريحة لقصور القلب الاحتقاني تُرى اليوم بصورة أقل مما كان عليه الأمر في الماضي، قبل اختراع الوسائل الناجعة لإخفائها، فإن المرض يظل قوة مؤثرة في وفاة الكثير من المرضى المصابين بمرض القلب الإقفاري، فعندما يبلغ القلب من الضعف بحيث يصاب بالقصور الاحتقاني، تصبح النظرة المستقبلية سيئة؛ إذ يموت نحو نصف الضحايا في غضون خمس سنوات. وكما ذكرنا سابقاً، فمع الانخفاض الحاد في عدد النوبات القلبية الفعلية في السنوات الأخيرة، ظهرت زيادة هائلة في معدلات حدوث الفشل القلبي، وهي زيادة يُتوقع لها أن تستمر. فهناك اليوم كثير من أمثال هوراس جيندز، وقليل من أمثال جيمس مكارتي.

ويرجع ذلك إلى أسباب متعددة، من أوضحها أن الأطباء — إضافة إلى وسائل الخدمات الاجتماعية — حسّنوا بصورة كبيرة من مقدرتهم على التعامل الناجح مع تلك المواقف الطارئة التي يخلفها احتشاء عضلة القلب. فالاستجابة السريعة لرجال الإسعاف

(Paramedics) المدربون والمهرة، والنقل الفعّال إلى غرفة الطوارئ بالمستشفى، تعني تقديم علاج أفضل في الساعات الأولى الحرجة، كما أن العناية المركزة داخل المستشفى تحسنت بصورة هائلة. ولكنّ هناك عاملاً آخر — على نفس الجانب من الأهمية على الأقل — نتج عن الطرق الأكثر فاعلية للرعاية الطبية على وجه العموم، وهو بقاء أعداد متزايدة من الناس على قيد الحياة حتى أرذل العمر، أي حتى بلوغ السن التي يؤدي فيها ضعف مقدرة القلب على ضخ الدم وما يليها من قصور القلب الاحتقاني، إلى حدوث مشكلات صحية بصورة أكثر شيوعاً.

انخفض معدل حدوث القصور القلبي في الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن الخمسين بصورة فعلية، أما الزيادة الكبرى في معدلات الحدوث فتقع في المجموعة العمرية الأكبر من خمسة وستين عاماً. ويعاني أكثر من مليوني أمريكي من إحدى درجات القصور القلبي التي تحدّ من نشاطهم وتقلص حيويتهم. وعندما يصبح قصور القلب شديداً، فهو يحمل معه معدلاً للوفيات يُقدَّر بنحو خمسين في المائة خلال سنتين. ويموت بسببه نحو خمسة وثلاثين ألف أمريكي سنوياً، وبرغم أنه رقم يقل بكثير عن ٥١٥٠٠٠ — وهو عدد الذين يصابون بآزمات قلبية فعلية — فإنه يُعد رقماً كبيراً بالفعل.

ويموت أولئك الذين لم تستسلم قلوبهم للتوقف بفعل الرجفان البطيني في نهاية الأمر، بفعل العوامل السابقة الذكر؛ فليس بوسعهم التنفس بصورة كافية لأكسجة الدم، ولم تعد الكُلَيَتان ولا الكبد قادرة على تخليص الجسم من المواد السامة، كما تتفشى الجراثيم في أجهزة أجسامهم، أو أن أجسامهم، ببساطة، لم تعد قادرة على المحافظة على ضغط دموي كافٍ للبقاء على قيد الحياة، وللإبقاء بصورة خاصة على وظائف الدماغ. وتسمى هذه الحالة الأخيرة بالصدمة القلبية، وتُعد، مع الوَدَمة الرئوية، أكثر أعداء القلب تعرضاً للمكافحة في وحدات العناية المركزة وفي غرف الطوارئ بالمستشفيات. وسينتصر المرضى وحلفاؤهم من أفراد الفريق الطبي في معظم هذه المعارك، بصورة مؤقتة على الأقل. ولأنني رأيت مثل هذه الفرق الطبية في مرات لا حصر لها في مناشاتهم العنيفة هذه، بل ولأنني كثيراً ما اشتركت في مثل هذه الفرق — أو قُدت أفرادها — في السنوات الخوالي، أستطيع الشهادة على وجود الشراكة المتناقضة (Paradoxical Partnering) بين الحزن البشري وبين التصميم السريري الشرس على الانتصار، والذي تحفزه أوجه الاستعجال (Urgencies) التي تتوارد على عقل كل محارب متحمس. ويعكس الانفعال الشديد الحدة لكل أكثر من مجرد حاصل جمع أجزائه، ومع ذلك يُنفَّذ هذا العمل المحموم، بل وقد تنجح مساعيهِ في بعض الأحيان.

وتتبع جميع عمليات الإنعاش (Resuscitation) — والتي تتسم بالفوضى بالقدر الذي تبدو عليه — نمطاً أساسياً واحداً، فسرعان ما يحاط المريض — والذي يكون غائباً عن الوعي في الغالبية العظمى من الحالات نتيجة لنقص مدخول الدم إلى دماغه — بأفراد فريق تتلخص وظيفته في جذبه من الحد الأقصى للحياة عن طريق إيقاف رجفان قلبه، أو عكس الودمة التي أُلئت برئتيه، أو كليهما. وسرعان ما يتم دفع أنبوب للتنفس عبر فمه إلى قصبته الهوائية حتى يمكن دفع الأكسجين تحت الضغط لتوسيع رئتيه المتجهتين للغرق سريعاً. وإذا كان المريض مصاباً بالرجفان، يتم تثبيت مدارئ (Paddles) معدنية عريضة على صدره قبل إطلاق شرارة كهربية مقدارها ٢٠٠ جول^٢ خلال قلبه، في محاولة لإيقاف تلويّهِ العقيم، على أمل عودة النبض المنتظم، كما يحدث في أحيان كثيرة. وإذا لم يرجع النبض الفعّال، يبدأ أحد أعضاء الفريق بتطبيق ضغط متواتر على القلب، عن طريق دفع كُلوّة يده لأسفل تجاه أخفض جزء من عظمة القَص بمعدلٍ قدره ضغطة واحدة في كل ثانية.

وعن طريق عصر البطنين بين استواء عظمة القص المطواعة من الأمام وبين العمود الفقري من الخلف، يندفع الدم خارجاً من القلب إلى الجهاز الدوري لإبقاء الدماغ والأعضاء الحيوية الأخرى على قيد الحياة. وعندما يكون هذا النوع من التدليك القلبي الخارجي فعّالاً، يمكن الإحساس بوجود النبض (Pulse)، سواء في العنق أو في الأُرْبِيَّة (Groin). وبرغم أن كثيرين قد يظنون خلاف ذلك، فإن التدليك الخارجي عبر الصدر السليم يؤدي للحصول على نتائج أفضل بكثير من التدليك اليدوي المباشر الذي كان الطريقة الوحيدة المعروفة عند لقائي الحزين مع عصيان عضلة قلب جيمس مكرتي منذ ما يقارب الأربعين عاماً.

وعند هذه النقطة من عملية الإنعاش، تكون خطوط التسريب الوريدي قد تم تثبيتها لحقن العقاقير القلبية، كما يتم تركيب أنابيب بلاستيكية واسعة تسمى بالخطوط المركزية (Central Lines) بطريقة استكشافية إلى الأوردة الكبرى. وللعقاقير المتنوعة التي يتم حقنها خلال أنابيب التسريب الوريدي أغراض متنوعة: فهي تساعد على التحكم في نظم القلب (Rhythm)، وتقليل قابلية عضلة القلب للاستثارة، كما تقوي من قوة انقباضه،

^٢ Joule: وحدة قياس الطاقة أو العمل، والمسماة باسم واضع نظامها الأساسي؛ عالم الفيزياء البريطاني جيمس جول [١٨١٨-١٨٨٩م]. (المترجم)

وتدفع السائل الزائد خارج الرئتين لتقوم الكليتان بإخراجه. وتختلف كل عملية من عمليات الإنعاش عن الأخرى، فبرغم تشابه النمط العام لهذه العمليات، فإن كل حدث بعينه، وكل استجابة للتدليك أو للعقاقير، ورغبة كل قلب في العودة للحياة، تختلف عن كل ما عداها.

أما الشيء الوحيد المؤكد — سواء كان منطوقاً أم ضمناً — فهو أن الأطباء والممرضات والفنيين لا يحاربون الموت فحسب، لكنهم يحاربون شوكهم بالمثل. ففي أغلب عمليات الإنعاش، يمكن أن تتلخص هذه الشكوك في صورة سؤالين رئيسيين: هل نقوم بفعل الشيء الصحيح؟ وهل من الضروري أن نقوم بفعل أي شيء على الإطلاق؟ ففي كثير جداً من الحالات، لا يُكتب النجاح لأي شيء. وحتى عندما تكون الإجابة الصحيحة على كلٍّ من السؤالين هي «نعم» مشحونة بالمشاعر، فكثيراً ما يكون الرجفان قد تخطى إمكانية الإصلاح، حيث تصبح عضلة القلب غير مستجيبة لفعل العقاقير، كما يصبح القلب المتزايد الترهل مستعصياً على التدليك، ثم يرفض الاستجابة في النهاية لعملية الإنعاش، وعندما يُحرَم الدماغ من الأكسجين لأكثر من الفترة الحرجة التي تمتد من دقيقتين لأربع على الأكثر، يصبح تلفه غير مرتجع.

وفي الواقع إن كثيراً من الناس يظلون على قيد الحياة بعد توقف القلب (Cardiac Arrest)، وأقل منهم بالطبع يكون أولئك المرضى الشديدي الاعتلال والذين يصابون بتوقف القلب في أثناء إقامتهم في المستشفى، فلا يُتوقع أن يخرج حياً من أولئك المرضى المحتجزين في المستشفيات لهذا السبب سوى ١٥ في المائة ممن هم دون سن السبعين، وصفر في المائة تقريباً من أولئك الذين تخطوا ذلك العمر، وذلك حتى لو كُتب لفريق الإنعاش القلبي الرئوي النجاح في مساعيهم المحمومة بصورة ما. وعندما يتوقف القلب خارج المستشفى، فلا يُتوقع أن يعيش سوى ٢٠-٣٠ في المائة من الضحايا، وهم في أغلب الأحيان أولئك الذين يستجيبون بسرعة لعمليات الإنعاش القلبي الرئوي. وإذا لم تكن هناك استجابة في الوقت الذي يصل فيه المريض إلى غرفة الطوارئ بالمستشفى، تصبح احتمالية البقاء على قيد الحياة معدومة تقريباً. ويكون الجزء الأكبر ممن يستجيبون — مثل إرف لبسينر — هم ضحايا الرجفان البطيني.

يلاحظ الشبان والشابات المتشبثون حدقات (Pupils) عيون مرضاهم وهي تستجيب للاستثارة الضوئية، ثم تتوسع حتى تتحول إلى حلقات كبيرة ثابتة من السواد غير المنفذ للضوء. وهنا يوقف أعضاء الفريق محاولاتهم على مضض، في حين يتحول المشهد كله من تلك الصورة الحية للإنقاذ البطولي الوشيك إلى انكسار النفس الكئيب المتعلق بالفشل.

يموت المريض بمفرده بين غرباء عنه، فبالرغم من أن أفراد الفريق الطبي يكونون حَسَنِي النية، ومتحمسين، وملتزمين التزامًا لا يلين بإنقاذ حياته، فإنهم يظلون مجرد غرباء عنه. فليست هناك كرامة في هذا الموقف. وعندما يوقف أولئك المؤاسون^٤ الطيبون جهودهم المضنية، ترى الغرفة وقد تناثرت بها مخلفات تلك الحملة المفقودة، بصورة تزيد حتى على تلك التي كانت عليها غرفة مكارتني في تلك الليلة البعيدة لوفاته. وفي وسط هذا الدمار ترقد الجثة هامدة، وقد فقدت كل جاذبيتها بالنسبة لأولئك الذين كانوا، منذ دقائق معدودة، يبذلون قصارى جهدهم ليكونوا منقذين لذلك الرجل الذي كانت رُوحه تسكنها.

والذي حدث هو المرحلة النهائية لسلسلة متواصلة من الأحداث البيولوجية. فسواء كانت مبرمجة بواسطة الجينات، أو ناتجة عن العادات الشخصية للمتوفى أثناء حياته، أو — كما هي الحال في أغلب الأحيان — من مزيج منهما معًا. تصبح الشرايين التاجية لذلك الرجل غير قادرة على جلب دم كافٍ لتغذية عضلة قلبه؛ فتصبح ضربات القلب غير فعالة، ويُترك الدماغ لمدة طويلة بدون أكسجين كافٍ، ثم يموت الرجل. ويعاني نحو ٣٥٠٠٠٠ أمريكي من توقف القلب سنويًا، تموت الغالبية العظمى منهم؛ إذ يحدث أقل من ثلث النوبات داخل المستشفى، وكثيرًا ما لا يكون هناك إنذار بقرب قدوم هذا الرحيل النهائي. وبصرف النظر عن قدر الإقفار الدموي الذي تحمّله القلب في السابق، فقد يكون قصوره مفاجئًا. وفي نحو عشرين في المائة من الناس — مثلما حدث للبسينز، قد يحدث ذلك حتى بدون ألم. ومهما كان الغموض الذي يكتنف مثل هذه الوفاة، فقد فرضه عليها الأحياء. ومن الصفات المميزة للروح البشرية أن الانتصارات السابقة — خلال الحياة — على تلك الأحداث البغيضة التي يعالجها أغلبنا عند الموت، أو أثناء خطونا الحثيث نحو لحظتنا الأخيرة في الحياة.

ولا ترجع تجربة الموت إلى القلب وحده، فهي عملية تشترك فيها جميع أنسجة الجسم، كلٌّ بطريقته وسرعته الخاصة. والكلمة الفاعلة هنا هي عملية وليس فعل، أو لحظة، أو أي اصطلاح آخر يشير ضمناً إلى تلك اللحظة الخاطفة من الزمن التي تغادر فيها الروح الجسد.

^٤ Samaritans: أهل الخير الذين يغيثون المحتاجين في وقت الشدة ويسلونهم عن آلامهم. (المترجم)

وفي الأجيال السابقة، كانت نهاية نبض القلب المتخاذل تؤخذ كعلامة دالة على انتهاء الحياة، كما لو كان الصمت المفاجئ الذي يتلوها يحمل في طياته إشارة صامتة للنهاية. كانت هذه لحظة محددة، يمكن تسجيلها في تاريخ الحياة، وهي تعني التوقف التام بعد كلمتها الختامية.

أما اليوم، فالقانون يُعرّف الوفاة — بعدم تحديد للمعالم ملائم تمامًا — على أنها توقف وظائف الدماغ. وبالرغم من أن القلب قد يظل نابضًا، كما قد يستمر نخاع العظام الغافل في إنتاج المزيد من خلايا الدم، فلا يمكن لقصة حياة أي إنسان أن تستمر بعد وفاة دماغه. ويموت الدماغ بالتدريج، مثلما حدث بالنسبة لإرف لبسينر. وتموت بالتدريج، كذلك، كل خلية من خلايا الجسم، بما فيها تلك المولودة للتو في نخاع العظم. وتسلسل الأحداث التي تفقد بها خلايا وأعضاء الجسم قواها الحيوية تدريجيًا في تلك الساعات القليلة التي تسبق والتي تلي الإعلان الرسمي عن حدوث الوفاة، هو الآلية البيولوجية الحقيقية للاحتضار، وستناقش بالتفصيل في فصل لاحق. إلا إنه من الضروري أولاً أن نصّف ذلك النمط الطويل من الاحتضار؛ والمسمى بالشيخوخة.

الفصل الثالث

السبعون

ليس هناك من يموت بسبب الشيخوخة، أو هكذا سيكون التشريع لو حكم العالم خبراءُ التأمين على الحياة! في شهر يناير من كل عام، وفي نفس الوقت الذي تضيق فيه أوتوقراطية الشتاء القاسية قبضتها البالية، تُصدر حكومة الولايات المتحدة «التقرير المقدم (Advance) عن إحصائيات الوفيات النهائية»، والذي يصدر سنوياً. ولا تجد في الخمسة عشر سبباً الكبرى للوفيات، ولا في أي مكان آخر من ذلك المختصر الذي لا رُوح فيه، أيّ ذكر لأولئك الذين يموتون هكذا بدون سبب ما. وبنظامه المتهوس، يضع التقرير النمط السريري المحدد لنوع ما من المراضة المميتة لكل شخص تسعيني.^١ وحتى لأولئك الذين تقلُّ أعمارهم عن ذلك قليلاً، في أعمدته المنسقة تماماً. ولا يسلم حتى أولئك الذين تُكتب أعمارهم بثلاثة أرقام من تلك المسميات المنظمة التي يطلقها عليهم صانعو الجداول هؤلاء. فهم يطالبون كل إنسان بأن يموت بفعل سبب محدد ومعروف، ليس فقط حسب تصنيف وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية بل وأيضاً وفق القانون الدولي لمنظمة الصحة العالمية. وخلال خمس وثلاثين سنة قضيتها كطبيب مسجل، لم تُتاح لي على الإطلاق الجرأة على كتابة «الشيخوخة» كسبب للموت في شهادة الوفاة، لمعرفتي بأن ذلك النموذج سيُعاد إليّ مرة أخرى مع ملحوظة موجزة من أحد كتبة السجلات الرسمية يخبرني فيها بأنني قد خرقت القانون. وفي كل مكان من العالم، يُعد الموت بسبب الشيخوخة مخالفاً للقانون.

ويبدو رجال التأمين على الحياة غير قادرين على قبول تلك الظاهرة الطبيعية إلا لو كانت شديدة التحديد بحيث تنطبق بسهولة على تصنيف محدد وسهل الوصف. ويتميز

^١ (Nonagenarian): وهو الشخص الذي تخطى عمره التسعين، لكنه دون المائة. (المترجم)

التقرير السنوي لإحصائيات الوفيات الفيدرالية بالنظام الشديد، وليس بالخيال الفائق، وبرأيي أنه لا يعكس صورة الحياة الحقيقية «والموت الفعلي» بصورة دقيقة، إلا أنه يبقى — مع ذلك — منظمًا للغاية. وأنا على يقين من أن هناك الكثيرين ممن يموتون بفعل الشيخوخة وحدها. وبصرف النظر عن التشخيصات العلمية التي دُونَتْها في شهادات الوفاة الرسمية التي كنت أقوم بتعبئتها لإرضاء مكتب الإحصائيات الحيوية — فقد كنت أعلم أفضل من ذلك.

وفي أية لحظة بعينها، يقيم نحو خمسة في المائة من المسنين في الولايات المتحدة في إحدى دور الرعاية الطويلة الأمد. وإذا قضاوا هناك أكثر من ستة أشهر، فالغالبية العظمى منهم لن تتمكن من مغادرة دور الرعاية تلك على قيد الحياة، ربما باستثناء إقامة نهائية قصيرة في المستشفى؛ حيث سيقوم أحد الأطباء حديثي التخرج — في نهاية الأمر — بتعبئة بيانات واحدة من شهادات الوفيات «الحقيقية» تمامًا.

ما هو السبب الذي يموت من أجله كل أولئك العجائز؟ فبالرغم من أن أطباءهم المعالجين يسجلون — حسب ما يمليه عليهم الواجب — أسبابًا محددة؛ مثل: السكتة الدماغية (Stroke)، أو القصور القلبي، أو الالتهاب الرئوي، فإن أولئك العجائز يموتون في واقع الأمر لأن شيئًا ما بداخلهم قد استُهلك تمامًا. وقبل عصر الطب الحديث بكثير كان الجميع يفهمون هذه الحقيقة، فقد كتب توماس جيفرسون^٢ في الخامس من شهر يوليو عام ١٨١٤م، عندما كان في الحادية والسبعين، مخاطبًا جون أدامز^٣ والذي كان في الثامنة والسبعين وقتها، قائلاً: «... لكن آلاتنا ظَلَّتْ تعمل اليوم لمدة سبعين أو ثمانين عامًا، لذا فعلينا أن نتوقع ذلك، بسبب شيخوخة تلك الآلات، أن يستسلم محور هنا، وعجلة هناك، وتُرس الآن، ثم زُنبرك ... ومهما حاولنا إصلاحها لفترة مؤقتة فسيوقف الكل عن الحركة في نهاية المطاف.»

^٢ Jefferson: توماس جيفرسون (١٧٤٣-١٨٢٦م) سياسي أمريكي، الرئيس الثالث للولايات المتحدة (١٨٠١-١٨٠٩م)، كان الكاتب الرئيسي لإعلان الاستقلال الأمريكي عام ١٧٧٦م، كما أسس جامعة فرجينيا. (المترجم)

^٣ Adams: جون أدامز (١٧٣٥-١٨٢٦م) سياسي أمريكي: أول نائب للرئيس وثاني رئيس للولايات المتحدة (١٧٩٧-١٨٠١م) تُوِّفِي هو وخلفه توماس جيفرسون في الرابع من شهر يوليو عام ١٨٢٦م في الذكرى الخمسين للاستقلال الأمريكي. (المترجم)

وسواء ظهرت الأعراض الجسمانية الظاهرية في المخ (Cerebrum)، أو في صورة ببطء في عمل الجهاز المناعي المتهاك، فذلك الشيء الذي يضمحل ما هو إلا قوة الحياة ذاتها. ولست في الواقع على خلافِ جوهرى مع أولئك الذين يُصرون على استلهم التحديد المخبري لعلم الأمراض المجهرى (Microscopic Pathology) من أجل إشباع المطالب الاستحواذية (Compulsive) لوجهة نظر عالمهم الأحيائي الطبي (Biomedical) — فأنا أعتقد، ببساطة، أنهم يفتقرون للفهم الصحيح لِلْبِ الموضوع.

وبمجرد أن أصبحت على وعي بالحياة، بدأت عملية طويلة تتمثل في مراقبة شخص ما وهو يموت ببطء بفعل الشيخوخة. ولم يولد بعدُ عالم الإحصاء الذي يستطيع إقناعي بأن السبب المدوّن رسمياً لوفاة جدتي كان أي شيء عدا كونه خرقاً مقنناً للقانون الأكبر للطبيعة. وعند ولادتي، كان عمرها ثمانياً وسبعين سنة، بالرغم من أن أوراق الهجرة المهترئة الخاصة بها تدّعي بأنها كانت تبلغ من العمر ثلاثة وسبعين عاماً فقط. فقبل ذلك بخمسة وعشرين عاماً، وفي منزلها بجزيرة إيليس^٤ اختارت أن تصبح أصغر مما هي عليه في الواقع، لأنهم أخبروها بأن الرقم ٤٩ سيكون أكثر قبولاً من الرقم ٥٤ لدى الموظف «الأمريكي» العابس ذي المظهر الشبيه بالجنود، ببزته ذات الأزرار النحاسية، والذي سيوجه إليها تلك الأسئلة الجامدة التي افترضت أنها ستكون حيوية للغاية بالنسبة لدخولها إلى الولايات المتحدة. ولذلك فأنت ترى أنني لست أول فرد في عائلتي دفع به خوفه من الرفض الحكومي إلى اعتماد القليل من شهادة الزور (Prejury).

كانت ثلاثة أجيال من عائلتي تتقاسم شقة مكونة من أربع غرف في منطقة برونكس (Bronx) بمدينة نيويورك، وهم ستة أرواح في مجملهم: جدتي، وخالتي روز، ووالداي، وشقيقي الأكبر، ثم أنا. وفي تلك الأيام، لم يكن في الحساب أن يُرسل أحد الوالدين الطاعنين في السن إلى واحدة من دور الرعاية القليلة المتوافرة وقتها. وحتى لو توافرت النية، وهو نادراً ما كان يحدث، فلم يكن هناك سبيل لتحقيقها، ببساطة.

منذ نصف قرن، كان القليل من الناس يريدوننا أن نقوم «بنفي» والد طاعن في السن إلى إحدى هذه المؤسسات؛ إذ كان ذلك يُعد نوعاً من التهرّب القاسي القلب من المسؤولية، وإنكاراً للحب.

^٤ (Ellis): جزيرة صغيرة قرب ميناء نيويورك، كانت تُستخدم كمركز لدخول المهاجرين إلى الولايات المتحدة بين عامي ١٨٩٢ م و١٩٥٣ م. (المترجم)

كانت مدرستي الثانوية لا تبعد عن بيتنا المتواضع إلا بمُجمّع سكني واحد، وحتى المسافة إلى كلية الطب فيما بعد لم تزد على عشرين دقيقة. وفي كل صباح، كانت جدتي تضع شطيرة صغيرة وتفاحة في كيس ورقي بني اللون، أحشره بعدها بين كتبي وذراعي وأنا في طريقي إلى حرم الجامعة النضير على التل القريب. وفي أثناء سيرتي في طريقي، كنت أنضم أحياناً إلى مجموعة من الأصدقاء كنت أعرفهم منذ زمن. ومع بداية الفصل الثاني في الصباح، كان ولا بد أن يصبح الكيس مدهّناً (Greasy) بسبب طبقات الزبد الكثيفة التي كانت جدتي المحبة تضعها دائماً بسخاء فوق الشطيرة. وحتى اليوم، لا أستطيع أن أرى لطخات الدهن على الورق بني اللون بدون أن أُجس بالألم العذب للحنين إلى الماضي يعتمل في صدري.

وفي الصباح الباكر من كل يوم، كانت خالتي روز ووالدي يختفيان داخل مترو الأنفاق الذي يحملهما إلى مقر عملهما في صناعة الملابس في حي مانهاتن. تُوفيت والدتي عندما كنت في الحادية عشرة من عمري، لذلك كنت فتى جدتي المدلل. وباستثناء دخولي إلى المستشفى للعلاج من التهاب الزائدة الدودية، وفترتين امتدت كلّ منهما نصف شهر في أحد المعسكرات الصيفية دفع نفقاتهما قريب لنا ميسور الحال، كنت أقضي أغلب فترات حياتي بقربها. وبدون أن أدرك ذلك، كنت أراقب طيلة السنوات الثماني عشرة الأولى من حياتي سقوطها نحو الموت.

عندما يعيش ستة أفراد في شقة مكونة من أربع غرف صغيرة، يكون هناك القليل من الأسرار بينهم. وخلال السنوات الثماني الأخيرة من حياة جدتي، كانت تتشارك غرفتها مع خالتي ومعّي. وحتى اليوم الذي أكملت فيه آخر ارتباطاتي بالكلية، كنت أقوم بتأدية فروضي الدراسية على منضدة رقيقة مفتوحة في وسط غرفة معيشتنا الصغيرة، في الوقت الذي كانت فيه الأنشطة المنزلية تجري على بُعد خطوات مني. وعندما كنت أنتهي من الاستذكار، كنت أقوم بطيّ المنضدة وكرسيها المتهاك قبل تنضيدهما على الجدار خلف الباب المفتوح بين بهو المدخل القصير وبين غرفة المعيشة. وكنت إذا تركت ورائي حتى قصاصة من الورق، كنت أسمع عنها من جدتي.

لم يكن لفظ «الجدة» هو الاسم الذي كنا ننادي به عميدة أسرنا، لأن اللفظة «جدة» (Grandmother) لا تُنطق إلا بالقليل من مقاطع اللغة الإنجليزية، كان ما أطلقته وأخي

الأكبر عليها هو المقابل للفظة Bubbeh في اللغة اليبدية^٥ وقد كانت تطلق على أخي اسم هرشل (Herschel)، كان اسمه الأصلي هارفي، أما أنا فكانت تناديني باسم شيبسل (Shepsel)، وحتى اليوم، يناديني الجميع «شيب»، وأعتبر ذلك تذكّارًا من جدتي. ولم تكن حياة جدتي سهلة بأية حال؛ فمثلها مثل كثير من المهاجرين من دول أوروبا الشرقية، كان زوجها قد سبقها إلى الشواطئ الذهبية لأمريكا وقد اصطحب ولديهما معه، تاركًا زوجته لسنوات عديدة مع أربع بنات صغيرات في قرية بلاروسية صغيرة. وبعد التّثام شمل الأسرة بسنوات قلائل، في شقة مزدحمة (لأنه كان هناك أقارب آخرون يتقاسمونها معهم) في شارع ريفنجتون في الجانب الشرقي السفلي لمدينة نيويورك، توفيّ جدي وولده في تتابع سريع، وليس معروفًا على وجه التحديد ما إن كانوا قد ماتوا بفعل التدرُّن أو بفعل الإنفلونزا.

وفي ذلك الوقت، كانت ثلاث من البنات الأربع يعملن في مجال صناعة الألبسة، لذلك كانت الأسرة تحصل على بعض الدخل. واستقادت جدتي من إعانة مالية قدمتها لها إحدى الهيئات اليهودية في أن أدّخرت دولارات كافية لدفع مقدم مزرعة مساحتها مائتا فدان قرب مدينة كلوشستر بولاية كونكتيكت منضمةً بذلك إلى عدد كبير من مواطنيها الذين كانوا يفعلون الشيء نفسه. ومثلها مثل الآخرين، عملت في الأرض بمعاونة سلسلة من الأجراء، واحدًا بعد الآخر، والذين كانوا في معظمهم من المهاجرين البولونيين الذين لا يعرفون من اللغة الإنجليزية أكثر مما تعرف هي. ومن الصعب معرفة كيف استطاعت هذه «الدينامو» ذات الإرادة الحديدية والتي لا يزيد طولها على أربعة أقدام وعشر بوصات، أن تبقى على قيد الحياة خلال تلك الفترة، نظرًا لأن المزرعة لم تكن كثيرة المحصول. كان دخلها الرئيسي، والذي كان بالكاد كافيًا لدفع نفقات المزرعة اليومية، يأتي من التبرعات الصغيرة من الأهل والأصدقاء من الوطن القديم، والذين كانوا يمثّلون هناك لفترات قصيرة هربًا من تهديد مرض التدرُّن المنتشر في الشارع العاشر لمنطقة مانهاتن السفلى في نيويورك.

كانت جدتي — بوصفها ملازمهم ونبع الصبر ضد الصخب المحير للحياة الأمريكية — قد اتخذت لنفسها دورًا لا أستطيع أن أصفه إلا بتعبير اللغة اليبدية (Mater et)

^٥ Yiddish: اللغة اليبدية هي لغة ينطق بها الأشكنازيون، وهم يهود أوروبا الشرقية، وترجع أصولها إلى اللغة الألمانية القديمة. (المترجم)

(magistra)^٦ بالنسبة لمجموعة متزايدة العدد من شباب المهاجرين المكافحين. وبالرغم من أنها لم تكن تستطيع النطق بجملة إنجليزية واحدة مفهومة، فإنها استطاعت — بصورة ما — أن تتفهم قواعد وأنماط المجتمع الأمريكي. وإذا كان هناك حاخامات العجائب (Wonder Rabbis) في الوطن الأم، فإن القبيلة المتنامية وجدت نبعًا مؤنثًا لمقام الحكمة (Oracular Stature) في هذا الوطن الجديد، كما خلعوا عليها لقب «العمة» (Tante) العظيم الشأن.

وباعتبارها Tante Peshe — والتي تُترجم بصورة غير كاملة إلى «العمة بولين» — فقد احتضنت جدتي بقوتها تجمعًا كبيرًا وفقيرًا من أبناء وبنات الإخوة والأخوات الذين يعملون لحسابهم الخاص، والذين كان بعضهم يقل عنها في العمر قليلًا فحسب. وقد كان لزامًا في النهاية أن يتم التخلي عن المزرعة عندما تزوجت البنات جميعًا فيما عدا واحدة. وقبل أن يحدث ذلك بوقت طويل، تُوفيت الابنة الكبرى (آنا) في العشرينيات من عمرها بسبب حمى النفاس (Childbed Fever)، كما ارتحل زوجها الشاب بعيدًا سعيًا وراء حياته الخاصة، تاركًا طفل آنا الرضيع لأُمها المكرومة، والتي ربّته في المزرعة باعتباره ابنًا لها، وكان قد اقترب من العشرين عند بيع المزرعة، عندما بدأت مرحلة برونكس في حياة أسرتنا.

عندما بلغت الحادية عشرة من عمري، كانت خالتي روز هي الابنة الوحيدة الباقية على قيد الحياة لجدتي؛ إذ مات أحدهم في طفولته المبكرة، أما الباقون فماتوا على الأرض الأمريكية التي جلبوا إليها أحلامهم. كان عمر جدتي وقتها تسعًا وثمانين سنة، فتحولت إلى صورة ضئيلة منهكة، بيد أنها احتفظت بجذوة نار الحياة مشتعلة في داخلها، بالكاد، من أجل مصلحة أحفادها الثلاثة: شقيقي، وأنا، إضافة إلى أرلين ابنة خالتي البالغة من العمر ثلاث عشرة سنة. كانت أرلين قد أتت إلينا قبل ذلك التاريخ بسنتين، عندما تُوفيت والدتها نتيجة لإصابته بالفشل الكلوي؛ وتركنا بعد ذلك لتعيش مع أسرة والدها عندما أصيبت والدتي بالسرطان بعد بلوغها الحادية عشرة بقليل. كان السجل الطويل لترمل جدتي مكونًا من تاريخ متواصل من الصراع والمرض، والموت. كانت أحلامها قد دُفنت في القبر واحدًا تلو الآخر بوفاة زوجها وستة من أبنائها. ولم يتبق وقتها سوى الخالة روز

^٦ بمعنى الأم والزعيمة. (المترجم)

وثلاثتنا نحن الذين وُلدنا في الأرض التي تحوّل وعدها إلى تحطيم للقلوب. ولا بد أنني لم أبدأ في إدراك كم كانت جدتي طاعنة في السن إلا عندما تُوفّيت والدتي. ومنذ ذكرياتي الأولى، كنت أُسلي نفسي من وقت لآخر باللعب العابث بالجلد الرخو وغير المرن الموجود على ظهر يديها أو قرب مرفقيها، بجذبه برفق كقطعة من حلوى «الطوفي» مشدودة، ثم مراقبته — باندهاش لا يفتّر — وهو يعود لهيئته السابقة ببطء، وبفتور يسير يجعلني أفكر بدبس السكر الأسود (Molasses). كانت تضرب على يدي بحدة عندما كنت أفعل ذلك، بضيق ساخر من جرأتي، وكنت أضحك مداعباً لها حتى تخون عيناها استمتاعها الشخصي بوقاحتي المصطنعة. وقد كانت — في واقع الأمر — تحب لمستي، كما كنت أحب لمستها. وقد أدركت فيما بعد أن بوسعي أن أصنع نُقْرة ضحلة في أنسجة ذقنها بالضغط بقوة على الجلد الملصق بالعظم بطرف إصبعي.

كانت الحفرة تستغرق وقتاً طويلاً لتعود إلى ما كانت عليه وتختفي. كنا نجلس معاً صامتين لرؤية كيف يحدث ذلك. وبمرور الوقت، باتت هذه الحفرة أكثر عمقاً، كما استطالت فترة إعادة امتلائها كثيراً.

كانت جدتي تنتقل من غرفة لأخرى وهي تنتعل «شيشباً» (Slippers) وتتحرك بعناية عظيمة. ومع مرور السنين، تحولت المشية إلى جرجرة (Shuffle)، ثم في النهاية إلى نوع من الانزلاق البطيء، حيث لم تعد القدم تترك سطح الأرض أبداً. وإذا كان عليها — لأي سبب من الأسباب — أن تزيد من سرعة مشيتها، كانت تصبح مبهورة النفس (Short-winded)، فيبدو أنها كانت تجد أنه من الأسهل عليها التنفس إذا فغرت فاهها واسعاً لسحب الهواء. وكانت في بعض الأحيان تدع لسانها يتدلى خارج شفتها السفلى بقليل، كما لو كانت تأمل في امتصاص بعض الأكسجين الإضافي من خلال سطح لسانها. لم أكن أعرف ذلك وقتها بالطبع، لكنها كانت قد بدأت انزلاقها البطيء نحو قصور القلب الاحتقاني (Congestive Heart Failure). ومن المؤكد تقريباً، أن هذا كان يزداد سوءاً بفعل النقصان المعتبر في كمية الأكسجين التي يستطيع الدم العجوز حملها من الأنسجة الشائخة إلى الرئتين العجوزتين.

بدأت قدرتها على الإبصار تفشل بدورها ببطء؛ ففي البداية كانت مهتمي تنحصر في «ضم» إبر حياكتها، ولكنها، عندما وجدت نفسها غير قادرة على توجيه أصابعها، توقفت عن الحياكة تماماً، فكان على الثقوب الموجودة في جواربي وقمصاني أن تنتظر حتى تحين تلك اللحظات المسائية القليلة التي كانت تتحسن فيها صحة خالتي روز المتعبة بصورة

مزمنة، والتي كانت تسخر من محاولاتي الضعيفة لتعليم نفسي الحياكة [عندما أتذكر ذلك، يبدو من الصعب تصديق أنني كنت سأصبح جراحًا في يوم من الأيام. كانت جدتي ستصبح فخورة جدًا ومندهشة للغاية من ذلك]. وبعد ذلك بعدة سنوات، لم تعد جدتي قادرة على أن ترى بصورة كافية لتقوم بغسل الصحون أو حتى تنظيف الأرضية، نظرًا لأنها لم تعد ترى أماكن وجود التراب أو القاذورات. ومع ذلك، فلم تكف عن المحاولة، في محاولة يائسة منها للمحافظة حتى على ذلك الدليل الضئيل على كونها ذات منفعة. وأصبحت محاولاتها المستمرة للتنظيف مصدرًا لبعض الاحتكاكات اليومية البسيطة التي لا بد من أنها قد جعلتها تحس بانعزالها المتزايد عن بقيتنا.

وفي أوائل العقد الثاني من عمري، رأيت الآثار الأخيرة الباقية من المناوشات القديمة وهي تضمحل، كما أصبحت جدتي شبه مستكينّة (Meek). كانت لطيفة دومًا معنا نحن الأطفال، لكن تلك الاستكانة كانت شيئًا جديدًا، وربما لم يكن في الأمر استكانة بقدر كونه نوعًا من الانسحاب، أو الاستسلام للقوة المتنامية للإعاقات الجسدية التي كانت تزيد بصورة طفيفة من انفصالها عنا، وعن الحياة ذاتها.

وبدأت تحدث أشياء أخرى: فبمرور الوقت، جعلت حركة جدتي المتضائلة وعدم اتزانها من المستحيل عليها أن تنهض للتوجه إلى المرحاض ليلاً، لذلك كانت تنام مع علبة قهوة فارغة كبيرة من نوع «مكسويل» تحت سريرها. وفي أغلب الليالي، كنت أصحو من نومي بسبب محاولاتها المرتبكة للبحث عن العلبة في الظلام، أو على صوت الدفق الضعيف لبولها الذي يطرق السطح الداخلي للعلبة المصنوعة من الصفيح. وكثيرًا ما كنت أرقد بلا حراك في ظلمة ما قبل الفجر، محمّلًا عبر الغرفة في جدتي التي كانت ترقد منهكة على فراشها، وهي تمسك بعلبة القهوة عاليًا تحت عباءة نومها بيد مضطربة وهي تحاول تثبيت جسدها المترجرج إلى الحشّية باليد الأخرى.

ولم أستطع على الإطلاق أن أفهم لماذا كان على جدتي أن تستيقظ بكل هذه التكرارية من أجل نوباتها الليلية تلك مع علبة القهوة، حتى مرت سنون طويلة تعلمت بعدها أن هناك تناقضًا ملحوظًا في سعة المثانة البولية يحدث مع التقدم في العمر. وبالعكس كثير من المسنين، فلم تفقد جدتي حَكْمَهَا (Continence) على البول مطلقًا — بالرغم من أنني كنت على يقين من حدوث نوبات صغرى من ذلك لم أعرف عنها شيئًا على الإطلاق، ولم تفضحها الرائحة الخفيفة للبول إلا في الشهور الأخيرة من حياتها، وحتى في ذلك الوقت، لم تكن هذه الرائحة تظهر إلا عندما كنت أقف قريبًا جدًا منها، أو إذا ضمنت هيكلها الواهي إلى صدري بشدة.

فقدت جدتي آخر أسنانها عندما كنت في أوائل سِنِي مراهقتي، كانت تحفظ جميع أسنانها في كيس صغير للنقود موجود في مؤخرة الدرج العلوي لمكتب كانت تتشاركه مع الخالة روز. ومن الطقوس السرية لطفولتي، كان التسلسل إلى ذلك الدرج والنظر للحظات قليلة باندھاش إلى تلك الأشياء البيضاء الاثنتين والثلاثين، والتي لم يكن يبدو أي اثنتين منها متشابهتين. وبالنسبة لي، كانت تلك الأسنان تُعتبر ركائز متعددة لشيخوخة جدتي، ولتاريخ أسرتنا. وحتى بدون أسنانها، كانت جدتي تتمكّن — بصورة ما — من تناول جميع صنوف الطعام. أما عند اقتراب النهاية، فقد فقدت القوة حتى لفعل ذلك، لذا فقد ساءت حالتها الغذائية؛ إذ أضيفَ المدخول الغذائي غير الكافي إلى النقصان المعتاد الذي تُحدثه الشيخوخة في كتلة العضلات، مما أدّى إلى تغيير الشكل الخارجي لجسمها، مما جعلها تبدو منكشمة مقارنةً بتلك السيدة العجوز القوية، التي تميل إلى البدانة قليلاً، والتي عرَفْتُها يومًا. كانت التجاعيد قد ازدادت في وجهها، كما ذوى لون بشرتها إلى مَسحة من الشحوب الخفيف، كما كان الجلد الذي يكسو وجهها يبدو أكثر تفكّكًا. أما جمالها القديم، والذي احتفظت به حتى تخطّت التسعين من عمرها، فقد ذبل وضاع في النهاية. هناك تفسيرات إكلينيكية بسيطة لتلك الأشياء الكثيرة التي رأيتها خلال سنوات انحدار جدتي، لكنها تبدو، بصورة ما، غير مقنعة لي حتى الآن. ومن اليسير تمامًا أن نتحدث عن تلك العوامل المسببة، مثل دوران الدم المتناقص الكفاءة إلى الدماغ، أو التنكس الشيخوخي (Senescent Degeneration) في الخلايا المخية الذي يصبح من الضحالة بحيث يلزم المِجهر الإلكتروني لإظهاره. إلا إننا نجد أن هناك انعزالًا فكريًا معينًا في ذلك الوصف البيولوجي الفج لموت ذلك النسيج الحي بالذات، والذي مَكَّن «التسعيني» في يوم من الأيام من التفكير بخواطر واضحة، وجريئة في بعض الأحيان. ويجدر بنا هنا أن نذكر أبحاث علماء الفيزيولوجيا (Physiology)، إضافة إلى تلك الخاصة بعلماء الغدد الصماء (Endocrinologists)، وعلماء السيكلولوجية العصبية المناعية (Psychoneuroimmunologists)، وأخيرًا علماء ذلك التخصص الحديث المتنامي بسرعة لدراسة طب الشيخوخة^٧ من أجل تفسير كل ما كان عصيًا على فهم عيني المراهقتين.

^٧ Gerontology: يجب التنويه هنا إلى أن اصطلاح Gerontology يُعنى بدراسة الظواهر الطبيعية المتعلقة بالشيخوخة، بينما يختص اصطلاح Geriatrics بدراسة تلك الأمراض التي تصيب المسنين. (المترجم)

لكن هذه الرؤية الفعلية هي ما يسترعي الانتباه، أي رؤية تلك العملية التي نعيش جميعاً بداخلها على الدوام. وبالرغم من أننا محاطون بها جميعاً فإن هناك شيئاً ما بداخل كل منا يدفع بوجه الإدراك للإشاحة بعيداً عن الواقع الملازم للشيخوخة التي يعانيناها كلُّ منا؛ فهناك شيء ما بداخلنا سوف لا يتقبل فورية الإدراك بأن أجسامنا — بالرغم من أننا نشهد ذلك في الشيوخ بصورة جلية — تمر بدورها، في الوقت نفسه — وبصورة غامضة — بنفس تلك العملية التي لا هودة فيها، والتي ستؤدي بنا في النهاية إلى الشيخوخة ثم الموت.

وهكذا، كانت خلايا دماغ جدتي قد بدأت في الاحتضار قبل ذلك الوقت بكثير، ربما مثلما تُحتَضَر خلايا دماغي اليوم، وخلايا دماغك أنت أيضاً. ولأنها كانت أكبر بكثير مما أنا عليه الآن، ولأنها انسحبت من استثارات العالم المحيط بها، فقد أدّت الأعداد المتناقصة لخلاياها الدماغية، إضافة إلى استجاباتها المتناقصة بدورها، إلى حدوث تغيرات شديدة الوضوح في سلوكها. ومثلها مثل أغلب العجائز، باتت ذاكرتها متزايدة الضعف، كما كانت تشعر بالضيق كلما ذكرها أحد بذلك. ولأنها كانت معروفة دوماً بالصراحة في تعاملاتها مع الآخرين، بات واضحاً أنها تشعر بالضيق ونفاد الصبر عند تعاملها مع تلك القلة من خارج نطاق الأسرة التي قد تضطربها الظروف للتعامل معها، كما بدا أنها كانت تثير نفسها عن طريق إهانة حتى أولئك الذين ظلوا يلجئون إليها لسنين طويلة طلباً للمشورة. وبعد ذلك جاء الوقت الذي بدأت تجلس خلاله في صمت، حتى وهي بصحبة الآخرين. وفي نهاية الأمر، لم تكن تتحدث إلا عندما كانت هناك ضرورة قصوى لذلك، وذلك بطريقة جافة تضم القليل من المشاعر.

أما ما كان أشد وضوحاً — وأعترف هنا أنني لم أدرك ذلك إلا فيما بعد — فهو انسحابها البطيء من الحياة ذاتها؛ فعندما كنت صغيراً، وحتى في بدايات المراهقة، كانت جدتي تصلي في الكنيس (Synagogue) في أيام الأعياد المقدسة. وبرغم أنه كان في نفس صعوبة رحلة الحج عبر المجموعات السكنية الخمس التي تفصلنا عن الكنيس، تمكنت — بصورة ما — من مناقشة أهالي المناطق الفقيرة في شوارع برونكس بكتاب صلواتها المتهترئ الذي كانت تحمله بحرص شديد تحت أحد إبطيها خوفاً من اقترافها خطيئة بتركه ليسقط على الأرض.

كنت أصحبها إلى هناك، وكم أندم الآن على كل لغط كنت أتفوه به متذمراً. وكم أتمنى لو أنني لم أكن أحياناً — بل كثيراً — أشعر بالخجل من أن يراني أحد برفقة هذه

السيدة التي تلف منديلاً أسود حول رأسها، والتي تجر أذيال حضارة يهودية شرقية (Shtetl) اندثرت تماماً، حتى إنها رفضت بعناد أن تندثر معها.

كان أجداد الآخرين جميعهم يبدون أصغر سنّاً بكثير، وكانوا يتحدثون الإنجليزية، كما كانوا مستقلين، أما جدتي فكانت تُذكّرك ليس فقط بالعالم الضائع ليهود أوروبا الشرقية، بل وأيضاً بالصراع المضطرب الذي كنت أستشعره حول كم البقايا (Detritus) العاطفية التي أطلق عليها الآن تلمطاً اسم تراثي الخاص.

كانت جدتي تمسك ذراعي بيدها الأخرى، التي أحياناً ما كانت تقبض على قماش كمي وأنا أقودها ببطء مؤلم عبر الشوارع، ثم لأسفل الدرج مع مرتادي الكنيس (كانت أسرتنا تصلي في المقاعد الرخيصة، والتي كانت تدفع نفقاتها بالكاد)، ثم إلى كرسيها وسط أولئك السيدات اللاتي نطلق عليهن اسم العجائز، لكن قليلات فقط منهن كنّ في مثل غربتها أو هدّهن القلق مثلها. وبعد دقائق قليلة، كنت أتركها هناك، عندما يكون رأسها قد انحنى بالفعل فوق ذلك الكتاب القديم المصطبغ بالدموع، الذي كانت تتلو منه صلواتها منذ سنوات صباها. كانت كلماته مطبوعة باللغتين العبرية والبيدية، لكنها كانت تتلو صلواتها من الجانب البيدي من الصفحة لأنها اللغة الوحيدة التي كانت تتقنها. وخلال الطقوس الطويلة لهذه الاجتماعات في الأيام الدينية المقدسة، كانت تتمتم ببطء بتلك الكلمات التي أصبحت قراءتها أكثر صعوبة، ثم مستحيلة في النهاية، مع مرور السنين. وقبل وفاتها بنحو خمس سنين، لم تعد جدتي قادرة على احتمال رحلة السير الطويلة إلى الكنيس، حتى بمساعدة حفيديها الاثنين. وباعتمادها على ذاكرتها التي كانت لا تزال سليمة، بدأت في تلاوة صلواتها في المنزل، وهي جالسة بجوار النافذة المفتوحة كما اعتادت أن تفعل خلال جميع أيام السبت التي عرّفتها خلالها. وبعد ذلك بسنوات قليلة أصبح، حتى ذلك، أكثر مما تستطيع القيام به. كانت تتمكن بالكاد من رؤية الجُمْل المكتوبة، كما كانت ذاكرتها للصلوات التي حفظتها في شبابها قد بدأت في الانهيار. وفي النهاية، كان عليها أن تتوقف تماماً عن أداء صلواتها. وفي الوقت الذي كَفَّت فيه جدتي عن تأدية الصلوات، كانت قد توقفت في الواقع عن أداء أي شيء آخر. كان تناولها للطعام قد وصل إلى الحد الأدنى. كانت تقضي جل ساعات النهار جالسة بهدوء بجوار نافذتها، كما كانت تتحدث عن الموت أحياناً. ومع ذلك، فلم تكن مصابة بأي مرض. وأنا على يقين من أن طبيبياً متحمساً قد أشار إلى إصابتها بقصور قلبي مزمن، وأضاف إليه احتمال وجود بعض التصلُّب العصيدي، وربما وصف لها تناول

عَقَّار الديجيتال (Digitalis). أما بالنسبة لي، كان الأمر سيبدو لي أشبه ما يكون بالتمجيد لتَنكُّس (Degeneration) مفصلها أن أطلق عليه اسم مرض الفصال العظمي (التهاب العظم والمفاصل: Osteoarthritis) كانت الحالة هي التهاب المفاصل بالفعل، كما كانت مصابة — بالطبع — بقصور قلبي مزمن، لكن السبب في ذلك كان راجعاً فقط إلى انهيار تروس وزنبركات جسدها تحت وطأة السنين؛ فلم تُصَب بالمرض في أي يوم من أيام حياتها المديدة.

ويُصِر علماء الإحصاء الحكوميون والعلماء السريريون على أن تُطلق أسماء لائقة على الدورة الدموية البطيئة وعلى القلب العجوز. وليس لديّ اعتراض على ذلك، ما لم يُصِرَّ هؤلاء أيضاً على أن خلع اسم ما على حالة بيولوجية طبيعية يعني بدهاء أنها حالة مرضية. ومثل الخلية العصبية، تُعد خلية عضلة القلب واحدة من تلك الخلايا التي تفتقر إلى القدرة على التجديد الذاتي؛ فمع تقدُّمها في العمر، فهي تبلى ببساطة وتموت. ولا تستطيع تلك العمليات الحيوية التي تقوم طوال فترة الحياة بصنع قطع الغيار للأجزاء المحتضرة في داخل كل خلية أن تقوم بتلك الوظيفة بعد ذلك، كما تتعطل الآلية التي تحلُّ بها القطعة المصنعة حديثاً من غشاء الخلية (Cell membrane) أو من إحدى البنى داخل الخلوية، محل جزء آخر مات نتيجة لفرط الاستخدام. وبعد حياة كاملة من تجديد قطع الغيار، تنتهي قدرة الخلايا العصبية والخلايا العضلية على استعادة شبابها بالتدريج. ثم ينهزم تكتيك التجديد المستمر داخل كلِّ من خلايا عضلة القلب بفعل الاستراتيجية الساحقة التي تُحقِّق بها الشيخوخة هدفها التدميري النهائي. ومثلها في ذلك مثل أسنان جدتي، تتوقف خلايا عضلة القلب عن الحياة، واحدة تلو الأخرى فيفقد القلب قوَّته. وتحدث تلك العملية نفسها في الدماغ وبقية أجزاء الجهاز العصبي المركزي. وحتى الجهاز المناعي ليست لديه مناعة ضد الشيخوخة.

وتصبح التغيرات التي كانت في البداية كيميائية-حيوية، وداخل خلوية فقط، واضحة في وظيفة الأعضاء الكاملة. فهناك انخفاض تدريجي في الخرج القلبي أثناء الراحة، وعندما يُجهد القلب بالتمارين الرياضية أو الانفعالات، تصبح قدرته على زيادة الخرج القلبي أقل مما تحتاجه الذراعان والرئتان وجميع أعضاء الجسم الأخرى. ويهبط المعدل الأقصى لضربات القلب السليم تماماً بمعدل ضربة واحدة في كل عام، وهو رقم موثوق به لدرجة أنه يمكن تحديده بطرح العمر من الرقم ٢٢٠: فإذا كنت في الخمسين من عمرك، فمن غير المحتمل أن يتمكن قلبك من أن يزيد معدل نبضه إلى أكثر من ١٧٠ ضربة في الدقيقة،

حتى تحت تأثير أقصى التمرينات الرياضية أو الانفصالات العاطفية. وهذه فقط بعض من السبل التي تفقد بها عضلة القلب المتصلبة والشائخة قدرتها على التكيف مع التحديات التي تواجهها بها الحياة اليومية.

ويزداد تباطؤ الدورة الدموية، فيستغرق البطين الأيسر وقتاً أطول ليمتلئ، ووقتاً أطول لكي ينبسط بعد الانقباض؛ فتدفع كلُّ من ضربات القلب قدرًا من الدم أقل مما كان عليه في العام السابق، وحتى قدرًا أقل من محتواها. ويميل ضغط الدم للارتفاع بصورة ما، ربما في محاولة منه للتعويض؛ فيزيد بمعدل ٢٠ ملم زئبق بين عمر الستين والثمانين. ويصاب نحو ثلث الأفراد الذين يبلغون فوق سن الخامسة والستين بارتفاع ضغط الدم.

وليست عضلة القلب وحدها هي التي تموت ببطء بمرور الزمن، بل وجهاز التوصيل القلبي أيضًا. فعند سن الخامسة والسبعين، ربما كانت العقدة الجيبية الأذينية قد فقدت نحو ٩٠ في المائة من خلاياها، كما تحتوي حُزمة «هيس» (Bundle of His) على أقل من نصف ما كانت تحتوي عليه من ألياف. وهناك تغيُّرات مشابهة تحدث في تخطيط كهربية القلب (E.C.G.) وتتماشى مع كل هذا الفقد في النسيج العنصري والعصبي، ويمكن التعرف عليها بسهولة على التخطيط المحبَّر.

وعندما تشيخ المِصخة، تزداد سماكة بطانتها الداخلية وصماماتها. وتظهر التكلُّسات في الصمامات وفي العضل؛ فيتغير لون عضلة القلب نوعًا ما بسبب ترسُّب صبغة ذات لون بني مُصْفَر تسمى بالليوبوفوكسين (Lipofuscin) في أنسجتها. ومثله مثل وجه رجل عجوز لَوَّحته عوامل الطقس، يُظهر القلب عمره الحقيقي، بل ويتصرف بناءً على ذلك العمر أيضًا. وليست هناك حاجة لاستحضار المرض من أجل تفسير قصور القلب. فالقصور القلبي يكثر حدوثه بعشر مرات في الأشخاص الأكبر من الخامسة والسبعين عنه في أولئك الذين تتراوح أعمارهم بين الخامسة والأربعين والخامسة والستين. وذلك هو السبب المحدد الذي كان يُمكنني من ثلم (Indent) أنسجة جلد جدتي بسهولة، كما كان ذلك أيضًا — وبدون شك — هو سبب إحساسها السريع بضيق النفس. وربما كان ذلك هو سبب كون أكثر أعراض النوبة القلبية شيوعًا في المرضى المتقدمين في السن هو الفشل التنفسي الشديد، وليس الصورة النمطية لألم الصدر الذي لا يلين.

ولا يتأثر القلب وحده بفعل السنين الماضية، بل وتتأثر الأوعية الدموية بدورها، فتتغلَّظ جُدُر الشرايين. ومثلها مثل الشخص الذي يضمُّها جسده، فهي تفقد مرونتها، فلا

تعود قدرة على الانقباض والتوسع بحماس الشباب، لذا يصبح من الصعب على الآليات التنظيمية للجسم أن تتحكم في كمية الدم الذاهبة إلى العضلات والأعضاء المختلفة لإشباع حاجاتها المتغيرة دومًا.

وبالإضافة إلى ذلك، يستمر التصلُّب العصيدي في طريقه المحتوم مع كل سنة تمضي من العمر. وحتى في غياب البدانة المفرطة الكولسترول، أو التدخين، أو الداء السكري، والتي تجعله يظهر في سن أصغر: تستمر الجدر الشريانية في تضيقها التدريجي مع تراكم المزيد من العصيدة (Atheroma) بفعل الاحتكاك المطول لعقد فوق عقد (Decade) من الدماء المتدفقة.

وقبل مُضي زمن طويل، يحصل كلُّ من الأعضاء على قدر من الغذاء أقل مما يحتاجه لتأدية الوظيفة الطبيعية المنوطة به. وعلى سبيل المثال، يقلُّ المعدل الكلي لسريان الدم إلى الكُلَّيتين بنسبة ١٠ في المائة لكل عقد من الزمن يعيشه المرء بعد سن الأربعين. وفي الواقع إن جزءًا فقط من تدهور هذين العضوين ينتج عن الحجم المتناقص للخرج القلبي وعن الأوعية الدموية المتضيق، لكن هذه العوامل تزيد من تأثير بعض التغيرات الشخوخية المعينة داخل الكُلَّة ذاتها سوءًا. فعلى سبيل المثال، تفقد الكُلَّة الطبيعية — فيما بين سن الأربعين والثمانين — نحو خمس وزنها، وتتكون مناطق من التندُّب (Scarring) داخل مادتها ذاتها. ويزيد تغلُّظ الأوعية الدموية الدقيقة في داخل الكُلَّة ذاتها من تناقص معدل سريان الدم فيها، مما ينتج عنه تدمير وحدات الترشيح الكُلوية، والتي هي بالطبع لب (Crux) قدرتها على تنقية البول من الملوثات. وبمرور الوقت، تموت نحو نصف وحدات الترشيح هذه. وتقلُّ التغيرات الحادثة في تركيب الكُلَّة من كفاءتها. فمع التقدم في العمر، تفقد الكُلَّة مقدرتها، ليس فقط على التخلص من الصوديوم الزائد، بل وعلى الاحتفاظ به داخل الجسم عند الحاجة إليه، ونتيجة ذلك هي وجود عدم اتزان في حجم الملح والسوائل في جسم الشخص المسن، مما يزيد من احتمالية حدوث إما قصور القلب من ناحية أو الجفاف (Dehydration) من الناحية الأخرى، وهذا من الأسباب الأساسية التي تمثل صعوبة كبرى بالنسبة لأطباء القلب المعالجين للشيوخ في تخطي الحدود الضيقة بين خطر زيادة حمل الصوديوم والقصور القلبي من ناحية، وبين خطر جفاف الأنسجة الشائخة من الناحية الأخرى.

ونتيجة جميع أوجه القصور السالفة الذكر هي حدوث ميل مُتنام للكُلَّة للتقصير في تأدية مسؤولياتها. وحتى عندما لا تفشل الكُلَّة تمامًا، أي عندما تتعثر مسيرتها فقط،

فهي تتعافى بصورة أبطأ من الكُلية الشابة، وتصبح أكثر عرضة لأن تخذل مُضيفها تمامًا تحت تأثير الضغوط الشديدة؛ فتُعد الوفاة بسبب الفشل الكلوي من طرق الموت المعروفة عندما يضعف جسم المسن بفعل عوامل مرضية أخرى، مثل المراحل المتأخرة للسرطان أو المرض الكبدي، فتتراكم سموم الدم، وتصاب الأعضاء الأخرى — وخصوصًا الدماغ — بالتسمم، وهنا يصبح الموت بفعل ما يسمى باليوريمية [(Uremia): زيادة البولينا في الدم] حتميًا، وكثيرًا ما تسبقه فترة متفاوتة الطول من الغيبوبة. وغالبًا ما يكون الحدث الانتهائي في مرضى اليوريمية هو حدوث شذوذ في نظم القلب (أي حدوث لانظمية) [Arrhythmia] ناتج عن عدم قدرة الكُليتين على التخلص من البوتاسيوم الزائد في الدم. وعادةً ما ينزلق ضحايا الفشل الكلوي إليه بدون أن يشعروا، ثم يموتون فجأة في لحظة خاطفة من عدم الاتزان القلبي. ونادرًا ما تكون هناك كلمات أخيرة أو «ترضي فراش الموت» (Deathbed Reconciliation).

وبالرغم من أن الكُلية هي أكثر أجزاء المسلك البولي تعرّضًا للتغيرات الشيخوخية، فإن المثانة البولية تتأثر بدورها بالشيخوخة؛ فالمثانة أساسًا هي بالون سميكة ذو جُدر مصنوعة من العضلات المرنة، ومع تقدّمها في العمر، يفقد البالون قدرته على الاتساع، ومن ثمّ يصبح غير قادر على حمل نفس الكمية من البول التي كان يمكنه حملها من قبل. ويحتاج الشيوخ للتبول لمرات أكثر، وهذا هو سبب استيقاظ جدتي من النوم مرة أو مرتين ليلاً لتعافس في الظلام مع علبتها المصنوعة من الصفيح.

وتؤثر الشيخوخة أيضًا على التوازن الدقيق بين عضلة المثانة وبين آلية الإغلاق التي تتمثل وظيفتها في منع تسرّب البول إلى الخارج؛ ونتيجة ذلك هي حدوث نوبات متفرقة من السّلس (Incontinence) في المسنين، والتي تتحول إلى مشكلة كبرى بالنسبة لبعضهم، خاصة لو تضاعفت بحدوث العدوى، أو متاعب البروستاتا، أو الاختلاط الذهني، أو العقاقير. وكثيرًا ما تكون اضطرابات القدرة الإفراغية للمثانة عاملاً مهمًا في إحداث عدوى المسلك البولي، وهو عدو خطر للشيخ المنهك. ولا تستطيع الخلايا الدماغية أن تتكاثر — مثلها في ذلك مثل خلايا عضلة القلب، وهي تبقى على قيد الحياة عقداً وراء عقد من الزمن لأن مكوناتها التركيبية المختلفة تُستبدل باستمرار عندما تبلى، مثل كثير من الخلطات (Carburetors) أو السدادات فوق المجهرية (Ultramicroscopic) وبالرغم من أن علماء بيولوجية الخلية يستخدمون مصطلحات أكثر غموضًا مما يستخدمه الميكانيكيون [أي تلك الكلمات مثل العُضية (organelle)، والإنزيم (enzyme)، والمنتقدة

(mitochondria)، إلا إن هذه الكيانات تحتاج إلى آلية للاستبدال في مثل كفاءة تلك المستخدمة في نظيرتها الأكثر شيوعاً في مجال إصلاح السيارات. وتمتلك كلٌّ من أنواع الخلايا — مثلها في ذلك مثل الجسم نفسه، ومثل كلٍّ من أعضائه — مثيلات للتروس والعجلات والزنبركات. وعندما تبلى آلية استبدال الأجزاء المعمرة بالجديدة، لا تستطيع الخلايا العصبية أو العضلية أن تبقى على قيد الحياة مع التدمير المتواصل لمكوناتها، والحادث بداخلها.

وتتطلب آلية استبدال قطع الغيار هذه اشترك مكونات جزيئية بعينها داخل الخلية، لكن الجزيئات في الأنظمة الحيوية تتميز بفترة محدودة للحياة: فبعد انقضاء تلك الفترة الموصوفة، يُغيّر التعارض المستمر بين بعضها البعض من صفاتها بدرجة كافية لأن تصبح غير قادرة على إنتاج قطع غيار جديدة. وعن طريق عملية النهك والإنهاك (wear & tear)، تصل الخلية إلى أقصى حدود بقائها، وبذلك تؤدي إلى تحديد فترة بقاء الخلية الدماغية على قيد الحياة، وهذه هي العملية الكيميائية الحيوية التي يطلق عليها العلماء اسم الشيخوخة الخلوية (Cellular Aging).

وتموت الخلية الدماغية بالتدريج، وكذلك تفعل رفيفاتها. وعندما يموت جزءٌ كافٍ منها، يبدأ الدماغ في الكشف عن عمره الحقيقي. ويفقد الدماغ، في كل عقد يعيشه بعد سن الخمسين، اثنين في المائة من وزنه.

وعندما تُوفيت جدتي عن عمر يناهز السابعة والتسعين، كان وزن دماغها يقلُّ بنحو ١٠ في المائة عما كان عليه عندما وصلت إلى الولايات المتحدة لأول مرة. وتعاني تلافيف المخ (Gyri) — وهي تلك التلافيفات المرتفعة والمنحنية في القشرة المخية، والتي نقوم بداخلها بأغلب عمليات التفكير والاستقبال التي تجعل منا نحن البشر كائنات مختلفة عن بقية مخلوقات الله — من أشد درجات الضمور وفقد البروز. ويصاحب ذلك أن تصبح الوديان الواقعة بينها (الأُتلام: Sulci) أكبر حجماً، وكذلك تصبح الحجرات المملوءة بالسائل في عمق مادة الدماغ، والمعروفة — مثلها مثل تلك الموجودة في القلب — باسم البطينات (Ventricles).

وكما لو كانت من الواسمات البيولوجية للشيخوخة المتطورة، يصبغ الليبوفوكسين خلايا المادتين البيضاء والرمادية على السواء، مما يخلع على الدماغ الضامر مَسحة صفراء دهنية تزداد عمقاً مع التقدم في السن. فحتى الشيخوخة تُشَفَّر بالألوان (Color-coded). ولكونها في مثل وضوح التغيرات المرئية عيانياً في الدماغ الذابل، تظهر الشيخوخة بصورة أكثر وضوحاً في المظهر المجهرى لأنسجته. ومن المظاهر المثيرة بصورة خاصة،

تناقص عدد الخلايا العصبية، أو العصبونات (Neurons)، والذي ينتج عن تلك العملية المميتة من فشل آلية استبدال قطع الغيار التي تم وصفها للتو. وتُعد الأحداث التي تقع في القشرة المخية مثالاً لما يحدث في الدماغ ككل، إذ تفقد الباحة الحركية في القشرة الجبهية (Frontal Cortex) ما بين ٢٠ و ٥٠ في المائة من عصبوناتها، وتفقد الباحة البصرية في مؤخرة الدماغ نحو ٥٠ في المائة، كما تفقد باحة الإحساس الجسدي على جانبي الدماغ نحو نصف عصبوناتها أيضاً. ولحسن الحظ تعاني الباحات المتعلقة بالوظائف العقلية العليا في القشرة المخية من قدر أقل بكثير من اختفاء الخلايا، والتي يبدو أن معظمها يتم تعويضه عن طريق عمليات التراكب (Overlap) والفضول (Redundancy) الوظيفي. وربما كان الأمر أن تلك العصبونات المتبقية تزيد من نشاطها، ولكن مهما كان السبب، فكثيراً ما تظل تلك القدرات العقلية — مثل التحليل المنطقي والحكم على الأمور — غير مُعطلة حتى المراحل المتأخرة من الشيخوخة.

ومن المثير للدهشة أن الأبحاث الحديثة تشير إلى أن بعض العصبونات القشرية تبدو بالفعل وكأنها أكثر اتساعاً (Abundant) بعد الوصول إلى سن النضج، وتقع هذه الخلايا في نفس تلك الباحات المحددة التي تتم فيها عمليات التفكير العليا. وعند إضافة هذه النتائج إلى الملاحظات الموثقة بأن التفرعات الخيطية (والمسماة بالتغصينات: Dendrites) لكثير من العصبونات تستمر في النمو في الأصحاء من المسنين غير المصابين بمرض ألزهايمر، تصبح الاحتمالات مثيرة للدهشة تماماً؛ فربما كان علماء الأعصاب قد اكتشفوا بالفعل مصدر تلك الحكمة التي نحب أن نعتقد بأننا نستطيع تجميعها مع تقدُّمنا في العمر.

ولذلك، وفيما عدا تلك الباحات شديدة التحديد، نجد أن القشرة المخية لا تفقد عصبوناتها فحسب، بل وتظهر جميع تلك العصبونات المتبقية تقريباً علامات الشيخوخة، مع كون عملية استبدال الأجزاء داخل الخلوية أقل كفاءة بالتدريج. والمحصلة النهائية هي أن الدماغ يصبح أصغر حجماً مما كان عليه في شبابه، كما أنه لا يعمل بنفس الكفاءة التي كان عليها وقتها. ويظهر ذلك في الحياة اليومية في جميع أوجه البطء التي نراها يومياً في زملائنا المتقدمين في السن، ثم سريعاً جداً في أنفسنا. وبذلك يصبح الدماغ بطيئاً في عمله، وبطيئاً أيضاً في قدرته على الارتداد سريعاً عن الأذى البيولوجي، فهو يتعافى بصورة أقل فاعلية من تلك الأحداث التي تُهدد بقاءه بالخطر.

وإعاقة الإمداد الدموي هي من أكثر تلك الأحداث خطورة: فعندما تنقطع التروية الدموية عن منطقة محددة في الدماغ (وهي مأساة تحدث غالباً بصورة مفاجئة)،

يحدث عَطَبٌ فوري أو موت للنسيج العصبي الذي يُغذِّيه الشريان المسدود؛ وهذا هو ما يعنيه اصطلاح «السكتة الدماغية: Stroke» بالتحديد. ويمكن أن تحدث السكتات الدماغية كنتيجة لعدد كبير من الأسباب، لكن أكثر تلك الأسباب شيوعاً في الشيوخ هو التصلب العصيدي الذي يسد فروع الوعاءين الدمويين الكبيرين اللذين يُغذِّيان الدماغ، أي الشريانين الوداجيين الباطنين الأيمن والأيسر (Internal Carotid Arteries). ويموت نحو ٢٠ في المائة من ضحايا السكتة الدماغية من نزلاء المستشفيات بعد النوبة بقليل، كما يحتاج ٣٠ في المائة آخرون إلى رعاية طويلة الأجل في المستشفى حتى وفاتهم. وبالرغم من أن شهادات الوفاة الخاصة بضحايا السكتة الدماغية كثيراً ما «تُزَيَّن» بمصطلحات مثل «حادثة مخية وعائية: Cerebrovascular Accident»، أو «جلطة مخية: Cerebral Thrombus» [في الوقت الحاضر، تُعد الكلمة الأنسب هي اللفظة الأبسط والأكثر شمولاً: السكتة الدماغية]، إلا إن الأمر الأكثر أهمية من المسميات المدونة على الأوراق الرسمية هو ذلك الرقم المكتوب في المساحة الخالية المخصصة للعمر، إذ يكون مرتفعاً في جميع الحالات تقريباً. ويعاني الرجال والنساء الذين تتخطى أعمارهم الخامسة والسبعين، من احتمال يزيد بعشرة أضعاف للإصابة بالسكتة الدماغية عن أولئك الذين تتراوح أعمارهم بين الخامسة والخمسين والتاسعة والخمسين. وقد كان اصطلاح «الحادثة المخية الوعائية»، في الواقع، هو ما كان مدوناً على شهادة وفاة جدي، لكنني أعرف أفضل من ذلك، كما كنت أعرف أفضل حتى في ذلك الوقت. وبرغم أن الطبيب قد أوضح لي حقيقة ما تعنيه كلماته المخرفشة (Scribbled) هذه، إلا إن تشخيصه لم يكن منطقياً بالنسبة لي، كما أنه يعني أقل من ذلك بالنسبة لي الآن. ولو أراد أن يطلق اسم «الحدث الانتهائي» على الحادثة المخية الوعائية التي أصابت جدي، لكان من الممكن أن أفهم ماذا كان يعني ذلك، لكن أن يخبرني بأن تلك العملية التي ظلت أراقبها لمدة ثماني عشرة سنة، قد انتهت بسبب مرض حادٍّ بعينه — حسناً، فإن ذلك سيكون غير منطقي تماماً.

وليست هذه مجرد مشكلة معانٍ لغوية (Semantics)، فالفرق بين الحادثة المخية الوعائية كحدث انتهائي والحادثة المخية الوعائية كسبب للوفاة هو الفرق بين رؤية عالمية تتعرف على المد المتواصل للتاريخ الطبيعي وبين رؤية عالمية أخرى تؤمن بأن نطاق العلم يتضمن أن نصارع تلك القوى التي تعمل على ثبات بيئتنا وحضارتنا ذاتها.

لست لديّ،^٨ فأنا أفتخر بالنعم الرائعة للمنجزات العلمية الحديثة، وأنا لا أطلب إلا بأن نستغل معارفنا المتنامية بحكمة متنامية أيضاً. ففي القرنين السابع عشر والثامن عشر، حدثت أول الأمثلة المبكرة للطريقة التجريبية، ومن ثم للعلم، عما أطلق عليه اسم «اقتصاد الحيوان» (The Animal Economy)، وعن اقتصاديات الطبيعة بصورة عامة. وإذا استطعت فهمهم بصورة صحيحة، فقد كانوا يتحدثون عن ذلك النمط من القانون الطبيعي الموجود للحفاظ على بيئة كوكب الأرض وصور الحياة الموجودة فوقه. ويبدو لي أن هذا القانون الطبيعي قد تطور من خلال المفاهيم الداروينية المباشرة للبقاء الكوكبي (Planetary)، وذلك مثلما فعلت جميع أنواع النباتات والوحوش. ولكي يستمر ذلك، لا يمكن للجنس البشري أن يدمر التوازن أو الاقتصاد، إن أردت ذلك عن طريق التلاعب بأحد أهم العناصر الضرورية للبقاء: وهو التجديد المستمر داخل النوع الواحد والتنشيط (Invigoration) المصاحب له ويتطلب التجديد، بالنسبة للنبات والحيوان على السواء، أن يسبقه الموت، بحيث يمكن تغيير الفرد البالي بآخر قوي نشيط، وهذا ما يعنيه اصطلاح الدوائر الطبيعية، فليس هناك شيء مرضي أو معتل بخصوص هذا الترتيب، وفي واقع الأمر، إن ذلك هو نقيض الاعتلال. ويُعد إطلاق اسم مرضي على عملية طبيعية الخطوة الأولى في محاولة علاج ذلك المرض، ومن ثم القضاء عليه، بينما يُعد القضاء على المرض هو الخطوة الأولى نحو إيقاف استمرارية ما نريد المحافظة عليه بالتحديد، والذي هو — بطبيعة الحال — نظام وتنظيم الكون الذي نعيش فيه.

ولذلك، كان من الضروري أن تموت جدتي، كما سيكون عليك وعليّ أن نموت في يوم من الأيام. ومثلما شهدت انحدار قوة الحياة في جدتي، كنتُ موجوداً عندما أطلقت الإشارة الأولى لنهايتها، وكان ذلك في باكورة صباح أحد الأيام العادية: كنت وجدتي نقوم بعمل أشياء عادية، وكنت قد انتهيت من تناول طعام إفطاري قبل دقائق قليلة، لذلك كنت منهمكاً في مطالعة صفحة الرياضة في جريدة «الديلي نيوز» عندما أدركت أن هناك شيئاً غايه في الغرابة في الطريقة التي كانت تحاول بها جدتي تنظيف سطح منصدة المطبخ؛ فبالرغم من أننا كنا قد أدركنا منذ زمن أن هذه المهام المنزلية تفوق قدراتها، فإنها لم تكفّ عن المحاولة على الإطلاق، كما بدت غير مدركة لحقيقة أن واحداً منا سيقوم

^٨ Luddite: اللاديون هم أفراد جماعات العمال التي كانت تُخرب الآلات في إنجلترا خوفاً من حدوث البطالة بين عامي ١٨١١ و ١٨١٦ م. والمعنى المقصود هنا هو معاداة التقدم، لذا لزم التنويه. (المترجم)

دائمًا بإعادة عمل ما قامت به بعد أن تجرّ رجلها خارجة من الغرفة بجهد جهيد. لكنني عندما نظرت من فوق الجريدة، لاحظت أن تمسيداتاها (Strokes) الدائرية الواسعة كانت أقل فاعلية من المعتاد، أصبحت يدها التي تقوم بالكنس غير محددة الهدف، كما لو كانت تتحرك على هواها دونما خطة أو هدف محدد، ولم تعد تلك الدوائر دائرية الشكل، وسرعان ما تحولت إلى مجرد جرجرات (Drags) واهنة لا فائدة منها من تلك الخرقه المبللة التي كانت بالكاد تمسك بها بيدها المتيبسة الزائغة فوق المنضدة بدون أي غرض أو وزن. كان وجهها قد التفت إلى الأمام تمامًا، كما بدت وكأنها تنظر إلى شيء ما خارج النافذة خلف مقعدي بدلاً من النظر إلى المنضدة الموجودة أمامها. كانت عيناها العمياوان مكسوتين بغمامة من عدم الإدراك؛ كما كان وجهها خاليًا من التعبير. وحتى أكثر الوجوه سلبية لا بد أن ينم عن شيء ما، لكنني عرفت في تلك اللحظة من الفراغ المطلق أنني فقدت جدتي، فصرخت: «جدتي، جدتي!» لكن ذلك لم يحدث بها أي تغيير؛ إذ كانت أبعد من أن تسمعني، وسقطت الخرقه من يدها ثم تكوّمت بدون صوت على الأرض.

ركعت بجانبها وصحّت باسمها مرة أخرى، لكن صيحاتي كانت فاشلة كمحاولاتي لفهم ما كان يجري. وبصورة ما، لا أذكر منها شيئًا الآن، للمتها وحملتها بمشقة إلى الغرفة التي كنا نتشاركها وأرقدتها على سرير، كان تنفّسها متحشرجًا (Stertorous) وذا صوت مرتفع، فقد كان يهبُّ في صورة عواصف طويلة وقوية من أحد جانبي فمها، كما كانت وجنتها تخفق كشراع مبتل متلاطم في كل مرة كانت تزفر واحدة من تلك الصيحات المنكرة والصادرة من مكان ما في أعماق حلقها. ولا أستطيع الآن تذكر على أي الجانبين كان ذلك يحدث، إلا أن جانبًا بأكمله من وجهها كان يبدو جامدًا ومتيبسًا. هرعتُ إلى الهاتف واستدعيت طبيبًا لم تكن عيادته تبعد عنا كثيرًا، ثم اتصلت بخالتي روز في مصنع الملابس الذي كانت تعمل به في الجادة السابعة: وصلت إلينا روز قبل أن يتمكن الطبيب من الانتهاء من غرفة الانتظار المكتظة بمرضى الصباح الباكر، لكننا كنا نعرف أنه ليس هناك ما يمكن أن يفعله على أية حال. وعندما وصل في النهاية، أخبرنا بأن جدتي قد تعرضت لسكتة دماغية، وأنها لا يمكن أن تبقى على قيد الحياة لأكثر من أيام معدودة. بيد أنها خدعت الطبيب، وتمسكت بالبقاء على قيد الحياة، واستمسكتنا معها، فرفضنا التخلي عنها، بل ولم يخطر على بال أيٍّ منا أن يُقدّم على العكس. ظلّت جدتي راقدة في فراشي، بينما احتلت الخالة روز ذلك السرير المزدوج الذي كانت تتشاركه مع والدتها، كما أحضر لي هارفي ذلك السرير الصغير القابل للطي من الغرفة التي كان

ينام فيها مع والدنا، فتركه ذلك بلا مأوى، قضى الليالي الأربع عشرة التالية على الأريكة الموجودة في غرفة المعيشة.

وفي غضون ثمانٍ وأربعين ساعة، بدأنا نشهد أكثر صنوف القسوة التي بدأت الحياة تهجر بها أقدم أصدقائنا خذلاناً، فلم يعد الجهاز المناعي المتهاك لجديتي، ولا ساقاها العجوزتان الصدئتان، قادرين على احتمال تلك الحرب الخاطفة^٩ التي شنتها الجراثيم التي كانت قد حشدت جيوشها ضدها. والجهاز المناعي هو القوة الخفية التي تُتيح لنا الاستجابة لهجوم الأعداء المحتمل للفتك بنا، والذين هم بدورهم غير مرئيين بالعين المجردة. وبدون معرفتنا أو اشتراكٍ وإِيعٍ منا، تستمر الخلايا والجزيئات المناعية الصامتة في تكيّفها مع الظروف المتغيرة للحياة اليومية وأوجه الرعب غير المنظورة فيها. غطّتنا الطبيعة — وهي أقوى دروعنا، بالرغم من أنها أقوى أعدائنا في الوقت نفسه — وأغرقتنا فيها لدرجة أننا نستطيع البقاء على قيد الحياة بالرغم من هذه اللقاءات المستمرة مع البيئة التي صنعتها (والتي تحاول المحافظة عليها)، وتواجه، في الوقت نفسه، جميع الكائنات الحية بتحديات التغلّب على الأخطار المحدقة بها لاختباراتها المتواصلة. وعندما نَشِيخ، يتحول هذا الغطاء إلى خيوط بالية، ويجف ماء ذلك الإغراق؛ فجهازنا المناعي، مثله مثل كل شيء آخر، يستمر في خذلاننا بصورة مُطَرّدة.

كان تدهور الجهاز المناعي موضوعاً رئيسياً لأبحاث علماء الشيخوخة (Gerontologists) الذين أظهروا وجود عيوب ليس فقط في استجابة الجسم الشائخ للهجوم، بل وحتى في آليات الاستقصاء التي يتعرف بها على مهاجميه؛ فالعدو يجد أنه من الأسر عليه أن يخترق الحواجز الخارجية عن طريق خداع حراس المناعة العجائز؛ وفور دخوله إلى الجسم، يسحق العدو المدافعين الضعفاء. وفي حالة جدتي، كانت النتيجة هي إصابتها بالالتهاب الرئوي (Pneumonia).

كان تفكير «وليام أوسلر» متناقضاً حول الالتهاب الرئوي في المسنين؛ ففي الطبقات الأربع عشرة الأولى لكتابه الشهير «مبادئ وممارسة الأمراض الباطنة» *Principles and Practice of Medicine*، كان يسمي ذلك المرض «بالعدو الخاص للشيخوخة» — غير أنه

^٩ Blitzkrieg: بالألمانية حرب البرق، وقد أضيفت الكلمة إلى اللغة الإنجليزية في أوائل الحرب العالمية الثانية عندما غزت جيوش هتلر عام ١٩٣٩م دول أوروبا وسحقها بسرعة خاطفة. (المترجم)

كان يذكر في مواضع أخرى من كتابه شيئاً مختلفاً تماماً: «ربما كان من الممكن أن نطلق على الالتهاب الرئوي اسم صديق العجائز، فعندما يسقط الشيخ صريعاً لمرض حاد، قصير وغير مؤلم في كثير من الأحيان، فهو يهرب بذلك من تلك المراحل الباردة للتخلُّل، والتي تجعل من المراحل الأخيرة لحياة الجميع مرهقة بالقدر الذي هي عليه.»

ولست لديّ فكرة عما إذا كان الطبيب قد أمر بأن تُحقَن جدتي بالبنسلين لمكافحة «صديق العجائز»، لكنني أشك في حدوث ذلك. وربما بدافع من الأنانية، لم أكن أريد لجدتي أن تموت، وكذلك كان جميع أفراد الأسرة. ولا بد أن الطبيب كان أكثر واقعية وحكمة منا نحن الذين رفضنا أن نتركها للموت.

منعت حالة الغيبوبة (Coma) الثابتة، إضافة لفقدان منعكس السعال (Cough Reflex)، جدتي من التخلص من المخاط اللزج للإفرازات التي كانت تصخب في قصبته الهوائية مع كل نَفَس كانت تتنفسه. توجه هارفي إلى مخزن الأدوية القريب منا واكتشف هناك آلة تُستخدم لشفط الإفرازات القيحية المتزايدة التي كانت تتصاعد من رئتي الجدة في إعلانٍ صاخب عن الموت الوشيك. وقد مكنته الآلة، والمكونة من قطعتين من أنبوب مطاطي تفصل بينهما حجرة زجاجية، من شفط البلغم (Phlegm) في كل مرة كان يتراكم فيها، وقد كان عليه أن يضع إحدى النهايتين المطاطيتين للآلة داخل القصبة الهوائية لجدته، والأخرى في فمه هو. وحتى الخالة روز لم تتحمل أن تستخدمها، كما كنت أتمكن من استخدامها من آنٍ لآخر، لذلك فقد كانت تلك هي هدية هارفي لجدته، أو على الأقل ما كنا نظنه هدية.

وبهذه الطريقة، تغلّبت جدتي على الالتهاب الرئوي، كما تغلّبت حتى على السكتة الدماغية. وربما كانت دموعنا وصلواتنا أكبر أهمية من آلة الشفط التي تعمل بالفم، والتي استخدمها هارفي، ومن الأشياء الباقية من قوة جهازها المناعي المتهاك. ومهما كان السبب، فقد أفاقت من غيبوبتها ببطء، كما استعادت قدراً كبيراً من حديثها ودرجة محدودة من الحركة، وقد عاشت كما كانت تعيش من قبل تقريباً لأشهر قليلة إضافية، من أجلنا نحن أكثر من كونه لأجلها هي. وقد انقضت، في النهاية، أيام حياتها؛ فقد أصيبت بسكتة دماغية ثانية في الساعات الأولى لصباح أحد أيام الجُمُع القارسة البرد من شهر فبراير، وحسب التقاليد اليهودية، فقد وُوريَ جسدها الثرى في أصيل اليوم نفسه.

أمتلك ما يطلق عليه البعض اسم الذاكرة الفوتوغرافية، وبالرغم من أنها تهجرني أحياناً عندما أكون في مسيس الحاجة إلى نصوصها المتراكمة، كانت في أغلب الأحيان حليفاً

يُعتمد عليه في توثيق حياتي. لكنَّ هناك بعضًا من مخزوني الهائل من الصور — والذي أودُّ لو أفقده، ومنه صورة فتى في الثامنة عشرة يقف بمفرده بجانب النعش الخشبي البسيط لسيدة عجوز يستطيع التعرف عليها بصعوبة، برغم أنه كان قد قَبَّل بدموعه وجنتها غير المستجيبة منذ ما لا يزيد على اثنتي عشرة ساعة فحسب. فالجسم المسجَّى في النعش كان يبدو مختلفًا تمامًا عما كانت تسمى ببُوبَة؛ كان منكَمَشًا، وفي بياض الشمع. كانت هذه الجثة قد تقلَّصت بخروج الحياة منها.

يتم تدريب الأطباء اليوم على التفكير في الحياة، وفي الأمراض التي تتهددها فقط. وحتى علماء باثولوجية تشريح الجثث (Autopsy)، والذين يقومون بتشريح أجساد الموتى، يبحثون عن أدلة علاجية تُستخدم لمصلحة الأحياء في النهاية؛ فما يفعلونه هو، في الأساس، عبارة عن إرجاع الساعة للوراء لمدة ساعات أو أيام قلائل إلى وقت كان فيه قلب الميت لا يزال نابضًا بالحياة، من أجل إعادة تمثيل الجريمة التي سلبت من مريضهم حياته ذاتها.

ومَن منا يفكر تجاه الموت بصفاء أكثر هم عادة من الفلاسفة أو الشعراء، لا الأطباء. وبالرغم من ذلك، كان هناك عدد قليل من الأطباء الذين أدركوا أن الموت وما بعده لا يتجاوز حدود الوضع البشري (Human Condition)، ولذلك فهو يستحق اهتمام المعالج أيضًا.

ومن أولئك الأطباء، كان توماس براون (Browne) الذي عاش في ذلك القرن السابع عشر غير العادي، عندما كانت «الطريقة العلمية»، والتحليل الاستقرائي (Inductive Analysis) في مستهل تأثيرهما على تفكير المثقفين، مما جعلهم يتشككون في صحة حقائق كانت عزيزة جدًا على آبائهم. نشر براون — في عام ١٦٤٣م — دُرَّة أدبية صغيرة للتأمل، كان عنوانها اللاتيني هو *Religio Medici* (أي: دين الطبيب)، ووصفها بقوله إنها: «تمرين خالص موجَّه إليَّ شخصيًا». وعادةً ما تُطبع المخطوطة الصغيرة مع مجموعة من الكتابات حول صنوف العذاب الوشيكة للمحتَضَر، تحت عنوان «رسالة إلى صديق»، وفيها كَتَب المؤلف ما يلي: «لقد وصل إلى الحد الذي أصبح فيه نصف نفسه تقريبًا، وترك جزءًا كبيرًا وراءه لم يحمله معه إلى القبر.»

كثيرًا ما وقفت بجوار أَسْر بجانب فراش الموت، وشهدت المنظر الذي يرويه أمام أعينهم، وهم يتساءلون عن سبب اختلاف الموقع عما توقعوه، ولماذا يبدو أنه عليهم وحدهم تحمُّل ما يدركونه وقتها على أنه تفرُّد بالعذاب. وكان ذلك «التفرد» هو ما ظننت أنني أُجبرت على التعايش معه عند وفاة جدتي ثم لاحقًا مع صورة تلك الجثة الغريبة.

وتفعم قوة الحياة أنسجتنا بحيويتها النابضة وتجعلها منتفخة بفخر البقاء على قيد الحياة. وسواء ارتحلت تلك القوة بفرقة — كما فعلت مع إرف لبسينر — أو بنحيب متقطع طويل — مثلما فعلت مع جدتي — فكثيراً ما تترك وراءها دليلاً على اللواقع المنكمش. وعندما احتضن تشارلز لامب^{١٠} جثة الكوميدي البريطاني الشهير «ر. و. إليستون: Elliston»، دفعه ذلك إلى كتابة: «يا إلهي، كم تبدو يا صديقي ضئيلاً، وكذلك سنبدو جميعاً — بما فينا الملوك والقيصرة — مجردين استعداداً للرحلة الأخيرة.» وقد كتب براون نفسه قائلاً: «لست أخاف كثيراً من الموت، بقدر إحساسي بالخزي وقتئذٍ؛ إنه ذلك العار والهوان لطبائعنا البشرية، والذي يستطيع في أية لحظة أن يشوّهنا لدرجة أن أصدقاءنا المقربين، وزوجاتنا وأطفالنا يقفون وجلين منا وهم نافرون.»

وربما طمأنتني كلمات توماس براون، أو كلمات لامب، لو كانت ذُكرت لي عند نعش جدتي، ولا بد أن ذلك اليوم كان سيمر عليّ أيسر بكثير؛ كما كانت ذكرها ستصبح أقل إيلاًماً، لو أنني عرفت وقتها أنه ليست جدتي وحدها، ولكن كل إنسان آخر، يصبح أكثر ضالة بالفعل عند وفاته؛ فعندما تفارق الرُّوح البشرية الجسد، فهي تحمل معها الحشو الحيوي للحياة ذاتها، وعندها لا تبقى سوى تلك الجثة التي لا حياة فيها، والتي هي أقل من كل ما عداها في جَعَلِنَا بشراً.

وعند استرجاع ذكريات تلك السنين التي انقضت لتوّها، ربما تعرفت أيضاً على عمومية تجربة الموت في جملة تجدها في كتاب براون كتبها قبل ما ذكرناه بصفحات قلائل، يقول فيها: «مهما كان العذاب والآلام التي تكتنف مجيئنا إلى عالم لا نعرفه، فإنه ليس بالأمر الهين أن نتركه.»

^{١٠} Charles Lamb: كاتب وناقد بريطاني (١٧٧٥-١٨٣١م)، اشترك مع شقيقته ماري لامب في تبسيط قصص شكسبير في كتابهما «حكايات من شكسبير» عام ١٨٠٧م، أما أشهر كتاباته فقد كانت «مقالات إيليا» (١٨٢٢م). (المترجم)

الفصل الرابع

أبواب موت العجائز

اختارت جدتي لنفسها طريقًا «للتخلص من كل شيء» — لو استعرت اصطلاح توماس براون، والذي يُعد بالكاد اختيارًا فريدًا. فالسكتة الدماغية هي ثالث أكثر أسباب الوفيات شيوعًا في دول العالم المتقدمة، حسب تقارير منظمة الصحة العالمية، ويموت بسببها أكثر من مائة وخمسين ألف أمريكي سنويًا، مما يمثل نحو ثلث الحالات التي تصاب بالسكتة الدماغية، ويُترك ثلث آخر بإعاقة شديدة مستديمة. ولا يفوق قوتها السلابة (Marauding) سوى أمراض القلب والسرطان. وبعد فترة زمنية طويلة انخفضت فيها معدلات حدوثها، حدثت فترة من الثبات في السنوات الأخيرة. يبلغ معدل حدوث السكتة الدماغية في الوقت الحاضر نحو ١٠٠,٥ لكل ألف من السكان سنويًا. لكن هذا الرقم يشمل جميع الفئات العمرية للسكان. ومع تقدّم الناس في العمر، يزداد احتمال إصابتهم بالسكتة الدماغية بصورة طبيعية. وليست هناك تقديرات احتمالية للسيدات اليهوديات القعودات (Sedentary)، واللاتي ظلن يتناولن الطعام الكُشير (Kosher) [الكُشير هو الطعام الذي يحل لليهود أكله] الغني بالكولسترول لمدة تقترب من القرن. لكننا نعرف تلك التقديرات بالنسبة لمجموعة عشوائية من ألف أمريكي أو أوروبي غربي من الرجال والنساء الذين تزيد أعمارهم على الخامسة والسبعين، فسيصاب من ٢٠ إلى ٣٠ في المائة منهم بالسكتة الدماغية سنويًا، فيبلغ معدل الخطر بالنسبة لأكبر معمرينا نحو ثلاثين ضعفًا لمعدله في البقية الباقية منا.

وتُعد السكتة اصطلاحًا كثير الشيع (Ubiquitous) لدرجة أن هناك أحيانًا بعض الغموض حول الطريقة التي نستخدمه بها: فبالنسبة للطبيب، تمثل السكتة الدماغية عيبًا في الوظيفة العصبية ناتجًا عن انخفاض معدل سريان الدم عبر شريان محدد مغذٍّ للدماغ. وإضافة إلى ذلك، فلا بد لهذا الاضطراب أن يستمر لأكثر من أربع وعشرين

ساعة لكي يسبب النوبة المسماة بالسكتة الدماغية، ويُصنّف ما عدا ذلك كنوبة إقفارية عابرة (Transient Ischemic Attack). وبالرغم من أن النوبات الإقفارية العابرة عادةً ما تزول في غضون ساعة واحدة، فإن بعضها يظل لفترة أطول نسبيًا قبل أن تختفي أعراضها.

وإذا بدا كل ذلك مألوفًا، فلذلك سببٌ وجيه؛ فالآلية أساسًا هي تلك التي ينتج بها القصور القلبي عندما يفشل أحد شرايينه في توصيل الكمية المنوطة به من الدماء. وهي نفس تلك الآلية العامة للإقفار الدموي — أي إيقاف جريان الدم وجفاف الأنسجة — والتي هي دالة مألوفة على قتل الخلايا في أجزاء كثيرة من الجسم. وقد أدّت تلك الآلية إلى وفاة جيمس مكارتي، وإلى وفاة جدتي، وهي التي ستؤدي، بصورة ما، إلى وفاة كلِّ منا، ممن هم الآن على قيد الحياة. وتقوم هذه الآلية بعملها عن طريق خنق أنسجة الضحية، ويتوقف جريان الدم لنفس السبب الذي يتوقف به في الشرايين التاجية تمامًا، عندما تصل عملية تكون العصيدة (Atheroma) إلى الحد الحرج الذي ينسد فيه تمامًا أحد فروع الشريانين الوداجيين الداخليين. وربما ينتج هذا الانسداد عن اكتمال عملية التصلب العصيدي في ذلك الفرع الشرياني بالذات، أو لأن نُدفة من إحدى الصفائح (Plaques) قد انفصلت عن جدار شريان أكبر وانقذفت كصِمّة (Embolus) نحو الدماغ، متسببة في انسداد وعاء دموي كان متضيّقًا بالفعل.

وقد تنتج السكتة الدماغية والإقفار الدموي المصاحب لها عن مظهر مختلف تمامًا من مظاهر تلك المتلازمة الهائلة المسماة بالمرض المخي الوعائي (Cerebrovascular Disease)، وبالتحديد من نزيف في مادة الدماغ ذاتها، والذي يحدث في المسنين دائمًا تقريبًا عن ارتفاع مزمن في ضغط الدم. ونتيجةً للضعف المسبق في جداره، والذي ينتج عن تحمّله لسنوات من الضغط الدموي المرتفع بصورة غير طبيعية، يتمزق الوعاء الدموي الهش في نقطة محددة بفعل التصلب العصيدي، مما يتسبب في اندفاع الدم إلى النسيج الدماغى المحيط. ويحمل مثل هذا النزيف داخل المخ (Intracerebral) ضعف معدل الخطر، الذي يبلغ ٢٠ في المائة، والذي يُعدّر عادة لحالات السكتة الدماغية السائدة (Occlusive). ويسبب النزيف نحو ربع حالات السكتة الدماغية، بينما يسبب الانسداد الوعائي بقية الحالات.

ولكي يحافظ الجسم على آلة الدماغ فاعلة بكفاءة، فهو يستهلك قدرًا كبيرًا من الطاقة. وتُستمد كل هذه الطاقة تقريبًا من قدرة الأنسجة على تحطيم سكر العنب

(الجلوكوز: Glucose) إلى مكوناته الأولية وهي ثاني أكسيد الكربون والماء، وهي عملية كيميائية حيوية تتطلب وجود مستوى مرتفع من الأكسجين. ولا يمتلك الدماغ القدرة على الاحتفاظ بأي مخزون لديه من الجلوكوز، فهو يعتمد على وجود إمداد فوري ومستمر يصل إليه عن طريق الدم الشرياني الجاري. ومن الواضح أن ذلك ينطبق أيضًا على الأكسجين؛ لذلك فلا يتطلب الأمر سوى دقائق معدودة قبل أن ينضب معين الدماغ المصاب بالإقفار الدموي منهما قبل اختناقه. وتتميز العصبونات بالحساسية المفرطة تجاه الإقفار الدموي؛ فتبدأ التغيرات التدميرية غير المرتجعة في الحدوث خلال خمس عشرة إلى ثلاثين دقيقة من بداية انقطاع التروية الدموية، وبعد ما لا يزيد على الساعة من بداية الإقفار الدموي، يصبح احتشاء أجزاء مهمة من النسيج الدماغي أمرًا حتميًا.

وتتباين الأعراض المرضية الناتجة عن تحطُّم الخلايا، وذلك حسب الوعاء الدموي المحدد الذي أصابه الانسداد. وبالرغم من أن هناك ما لا يقل عن ستة من فروع الشريان الوداجي الباطن المعرضة للانسداد بصورة خاصة، فإن الوعاء الدموي الأكثر تعرضًا للسكتة الدماغية الإقفارية هو أحد الشريانين المخيين الأوسطين. ويُغذي الشريان المخي الأوسط (Middle Cerebral Artery) بالدم أغلب السطح الوحشي (Lateral) لنصف الكرة المخي وبعض المراكز الواقعة عميقًا تحت القشرة المخية، كما يغذي المناطق الحسية والحركية الكبرى في القشرة المخية، وهي المناطق المسؤولة عن حركات اليدين والعينين، بالإضافة إلى النسيج العصبي المختص بعملية السمع، وتلك المنطقة المسؤولة عما يسمى بالوظائف العقلية العليا، مثل الإدراك والتفكير المنظم، والحركات الإرادية والتنسيق المتكامل بين جميع هذه الملكات.

وفي النصف المهيمن (Dominant) من الدماغ (وهو النصف الأيمن لمن يستخدمون اليد اليسرى، واليسر للبقية — وهي ٨٥٪ منا)، يغذي الشريان المخي الأوسط المناطق الحسية والحركية المتعلقة باللغة. ويفسر لنا هذا النمط المحدد من التوزيع الجغرافي، لماذا يفقد الكثير من ضحايا السكتة الدماغية قدراتهم على التعبير والفهم للغة المنطوقة والمكتوبة.

ولا ينتج كثير من سكتات الشريان المخي الأوسط عن انسداد فعلي في موقعها، بل بفعل نُدْف من المواد المتكسرة عن العصيدة المتقشرة في الشريان الوداجي الباطن الرئيسي، أو من القلب نفسه في صورة ندف صغيرة من جلطة قديمة متعضية (Organized). ويتحول الجزيء المنطلق إلى صِمة (Embolus). ونقابل هنا أحد الاصطلاحات التي

أضافها رودلف فيرشوف، والذي اشتقه من اللفظة اليونانية *embolos* بمعنى الإسفين أو السُّدادة، والمستمدّة بدورها من كلمتين بمعنى «يلقي» و«يقذف للداخل». وهكذا، تعني اللفظة حرفياً أن هناك صِمةً قد قُذفت إلى داخل الشريان، وأنها ستنتقل مع التيار الدموي حتى تحشر نفسها في جزء ضيق من الوعاء الدموي، حتى ينسد ذلك الوعاء تماماً. وفي تلك الحالات الأكثر شيوعاً، حيث يكون الانسداد غير ناتج عن صِمة، فهو ينتج عن استكمال تكوّن العصيدة. وفي كلٍّ من الموقفين، يفقد النسيج الذي يغذيه الوعاء الدموي المسدود مصدر إمداده بالأكسجين والجلوكوز على الفور، وفي غضون دقائق معدودة يصبح جريحاً بما يكفي لتسبب الأعراض المرضية. وإذا لم يُزل الانسداد على الفور، ستموت تلك المنطقة من الدماغ بفعل الاحتشاء.

وإذا كان على المرء تسمية العامل المشترك في جميع الوفيات، سواء كان ذلك العامل خلوياً أم كوكبياً (Planetary)، فسيكون — بدون شك — هو نقص الأكسجين. ويقال إن الدكتور ميلتون هيلبرن (Helpern)، والذي ظل يشغل منصب كبير مفتشي صحة مدينة نيويورك لمدة خمسة وعشرين عاماً، قد حدد تلك الحقيقة بوضوح في جملة واحدة: «قد ينتج الموت عن عدد كبير من الأمراض والاضطرابات، لكن السبب الفيزيولوجي المستبطن في جميع الحالات هو تحطُّم دورة الأكسجين في الجسم». وبالرغم من أن هذا التصريح قد يبدو شديد البساطة بالنسبة لعالم الكيمياء الحيوية المتحذلق، فإنه مع ذلك يبقى شديد الشمول.

ويكون كثير من السكتات الدماغية من الصَّغَر بحيث لا تُحدث أعراضاً فورية مؤثرة، أو أنها تُحدث أعراضاً قليلة تدل على وقوعها، لكن هذه السكتات الصغيرة تتراكم بمرور الزمن، ويصبح الدليل على حدوث تدهور تدريجي واضحاً حتى بالنسبة لأكثر الباحثين تهاوئاً. ذكر والتر ألفاريز (Alvarez)، وهو أحد أطباء الجيل الماضي العظام في مدينة شيكاغو، ذات مرة أن «سيدة عجوزاً حكيمة» قالت له: «إن الموت مستمر في التهام قطع صغيرة مني». ويقرر وصفه السريري بوضوح ما يلي:

«كانت ترى أنها — مع كل نوبة من الدُّوار، أو الإغماء، أو اختلاط الذهن — تصبح أكبر بقليل، وأضعف قليلاً، وأكثر تعباً بقليل؛ فقد أصبحت خطواتها أكثر تردداً، وذاكرتها أقل موثوقية، وخطها أصعب في قراءته، واهتمامها بالحياة أقل حدة. كانت تعرف أنها — لمدة عشر سنوات أو تزيد — تتحرك صوب القبر، خطوة بخطوة.»

وعن أولئك الذين تخونهم دورتهم الدموية المخية، يذكر المؤرخون أن وليام أوسلر قال: «إن أولئك الناس يستغرقون في موتهم وقتاً يماثل ذلك الذي استغرقوه في النمو.» ويدين نحو ١٠ في المائة من المسنين الذين يتم تشخيصهم بالخَرَف (Dementia) بحالتهم تلك لسلسلة من السكتات الدماغية الصغرى، وهو مفهوم اكتسب شهرته بفضل ألفاريز في عام ١٩٤٦م، بعد أن لاحظ حدوث ذلك في والده. وتتميز هذه العملية — والتي تسمى اليوم بخَرَف الاحتشاءات المتعددة (Multi-infarct Dementia) — بسلسلة شاذة من التدهورات المفاجئة الضئيلة. ومن المثير للدهشة، أن هذا النوع من تصلُّب الشرايين المخية قد وصفه أولاً «ألويس ألزهايمر» Alois Alzheimer، عالم الأعصاب الألماني في عام ١٨٩٩م، وقبل ثماني سنوات من وصفه لذلك النوع المختلف تمامًا من التدهور العقلي، والذي نطلق عليه اليوم اسم «مرض ألزهايمر».

وقد تحدث العملية الغامضة لاحتشاء الدماغ مرارًا وتكرارًا، مما ينتج عنه تراكم تنكسات شاذة متدرجة في الوظائف المخية لمدة قد تصل إلى عقد كامل أو تزيد، حتى تتدخل سكتة دماغية كبرى أو عملية مميتة أخرى لإحداث استكمال مفاجئ للغرض النهائي لذلك التطور المرضي البطيء.

وتتسبب الاحتشاءات الكبرى الناجمة عن السكتة الدماغية في الشريان المخي الأوسط، في حدوث فقدان سمعي وضعف يبلغ مداه في ذلك الجانب من الوجه وفي الطرفين على الجانب المعاكس لنصف المخ الذي حدثت فيه السكتة؛ وتتسبب هذه الاحتشاءات أيضًا في حدوث حالة مرضية تسمى بالحُبْسَة الكلامية (Aphasia) — أي فقدان القدرة على التعبير اللفظي — بالرغم من أن الفهم يميل لأن يبقى بدرجة معقولة. وينتج عن انسداد أوعية دموية أخرى عدد كبير من الأعراض المرضية، التي تتحدد ليس فقط بالمنطقة التي تغذيها تلك الأوعية، بل وأيضًا حسب كمية الغذاء التي تجلبها الدورة الدموية الرادفة (Collateral) التي قد تتوافر من الأوعية السليمة المجاورة. وتتراوح العلامات المألوفة للسكتة الدماغية بين الاضطرابات اللغوية والبصرية، والشلل، والفقد الحسي، وصعوبات التوازن. وكثيرًا ما تتسبب السكتات الكبرى في حدوث الغيبوبة. فإذا كانت السكتة متوسعة بما فيه الكفاية، أو إذا حدثت مضاعفات أخرى مثل انخفاض الضغط الدموي أو الخرج القلبي نتيجة للقصور القلبي أو اللانظمية، يمتنع التعافي، وقد تزيد منطقة الإقفار الدموي بالفعل. وإذا زادت هذه المنطقة إلى حدٍّ معين، يبدأ النسيج الدماغي في التورم. ونظرًا لكونه محصورًا بالحدود الصُّلبة للجمجمة، يصاب الدماغ المتورم بتلف إضافي نتيجة

لدفعه نحو الأغشية المحيطة به وغطائه العظمي، كما يمكن أن يُدفع جزء منه للأسفل، نحو طَيَّة في هذه الأغشية تفصل بين الدماغ العلوي والدماغ السفلي، أو جذع الدماغ (Brain stem)، أي تلك التي تفصل الجزء المفكر من الدماغ عن ذلك الجزء المختص بالآليات الأكثر ميكانيكية مثل التحكم القلبي والتنفسي، وبوظائف الهضم والمثانة البولية، إضافة إلى مجموعة من الوظائف الأخرى. وعند حدوث ذلك، يتسبب الضغط الناتج في حدوث تلف بالغ لمراكز جذع الدماغ التي تتحكم في وظائف القلب والتنفس لدرجة أن الوفاة تحدث بعد ذلك سريعاً نتيجةً لِلانزمية أو القصور القلبي والتنفسي.

وليس انهيار الوظائف الحيوية سوى جزء فقط من مجموعة كبيرة من الآليات المحتملة التي يمكن أن تقتل بها السكتة الدماغية نحو خُمس ضحاياها أو يزيدون، عندما يكون السبب هو النزيف الناتج عن ارتفاع الضغط الدموي. وإذا كان التلف الدماغى جسيماً، تضطرب جميع أنواع التحكم الطبيعية في الجسم، وقد يصبح الداء السكري الموجود مسبقاً خارجاً عن السيطرة لدرجة أن معدلات حموضة الدم ترتفع لدرجة تستحيل معها الحياة، وقد تتعطل وظائف الرئتين أحياناً كنتيجة لشلل عضلات جدار الصدر، وقد يرتفع ضغط الدم إلى معدلات خطيرة، وهذه بعض من أكثر المضاعفات المميتة شيوعاً للسكتات الدماغية الكبرى.

وعندئذ يكون الطريق الذي سلكته جدتي هو الالتهاب الرئوي، وتعرض رثنا العجوز، بصورة تزيد عن معدلات تعرّض بقية أجهزة وأعضاء الجسم، باستثناء الجلد، لكل أدّى تستطيع أن توقعه بيتتنا الملوثة. وسواء فقدت المرونة (Elasticity) لذلك السبب، أو — ببساطة — بفعل العملية الشيخوخية العادية، فسيؤدي مرور الزمن إلى نقصان قدرة الرئتين على الانتفاخ بالهواء (Inflation) وإخراجه (Deflation) بصورة تامة. كما تضعف آليات طرد المخاط، وتصبح مسالك الهواء المتضيقة بالفعل أكثر عرضة لأن تمتلئ بالمواد المشبعة بالنفائات (Debris)، ويزداد الموقف سوءاً بفشل الرئتين في المحافظة على نسب ملائمة من الرطوبة والحرارة في فروع الشُعَب الدقيقة. وتتضاعف هذه المعوقات الفيزيائية المحضة بإنتاج منخفض للأجسام المضادة الموضعية كجزء من الاستجابة المناعية المتناقصة بصورة عامة في المسنين.

وتظل جراثيم الالتهاب الرئوي في انتظار ظهور أي هجوم إضافي قد يزيد من تثبيط دفاعات العجوز المحطمة بالفعل. وتلعب الغيبوبة دور الحليف المثالي لتلك الجراثيم؛ فهي تزيل جميع السبل الواعية لمقاومة افتراسها، وقد تحطم آلية دفاعية أساسية مثل

منعكس السعال، فأني قدر ضئيل من القيء أو الأجسام الغريبة التي كانت سنُطرَد بقوة في الظروف الطبيعية، عند أول علامة على غزوها للمسلك الهوائي، تصبح الآن العربية التي تمتطيها الجراثيم الغازية المنتصرة نحو الأنسجة التنفسية، وتتنفخ عند ذلك أكياس الهواء المجهرية المسماة بالأسناخ (Alveoli)، كما تُدمَّر بفعل الالتهاب. ونتيجة لذلك، يُمنع التبادل اللازم للغازات، وينخفض أكسجين الدم في الحين الذي يمكن أن يتراكم فيه غاز ثاني أكسيد الكربون حتى يصبح من المستحيل الإبقاء على الوظائف الحيوية للجسم. وعندما تقل معدلات الأكسجين عن الحد الحرج، يعبر الدماغ عن ذلك بالمزيد من الموت الخلوي، كما يعبر القلب عن ذلك بالرجفان أو التوقف، وهنا ينتصر الالتهاب الرئوي.

وللحرب الخاطفة التي يشنها الالتهاب الرئوي طريقة أخرى للقتل؛ إذ يعمل مركز قيادته المتعفن (Putrid) في الرئة كبؤرة تستطيع منها الجراثيم القاتلة أن تشق طريقها إلى مجرى الدم، وأن تتوزع إلى جميع أعضاء الجسم. وتُطلق هذه العملية — التي يطلق عليها الأطباء اسم الإنتان (Sepsis) أو إنتان الدم (Septicemia)، بينما يُطلق عليها كل من عداهم اسم تسمم الدم — سلسلة من الأحداث الفيزيولوجية التي ينتج عنها انهيار تماسك القلب والرئتين والأوعية الدموية والكُلَيْتَيْن والكبد، مع انخفاض شديد نهائي في ضغط الدم إلى معدلات الصدمة، والتي يليها حدوث الوفاة.

وفي حالات الإنتان، لا تستطيع حتى أقوى المضادات الحيوية صد الهجوم الساحق للجراثيم. وسواء كان الحدث الانتهائي هو الالتهاب الرئوي، أو القصور القلبي، أو حُمَاض (Acidosis) الداء السكري غير المتحكَّم فيه، تبقى الحقيقة الجلية عن السكتة الدماغية أنها توجد دائماً برُفقة أصدقائها؛ وهي القوات الواسعة الانتشار لقتلة العجائز. فالسكتة الدماغية هي، ببساطة، جزء واحد من طيف واسع من الأمراض المخية الوعائية الانتهازية، والتي لا يمكن إيقافها على الإطلاق عن انتهاجها لطريقها المرسوم، في الحين الذي يمكن فيه أن تتسارع بإيذاء النفس. وقد أضاف هنري جاردنير (Gardiner)، والذي أعد طبعة عام ١٨٤٥م التي أمتلكها لكتاب توماس براون، إلى ملاحظها أمثلة (Quotation) طويلة لفرنسيس كوارلز (Quarles)، وهو أديب من القرن السابع عشر، ربما كان قائل العبارة التالية: «يظل من ضمن قدرات الإنسان؛ إما أن يسرَّع بتساهل، أو أن يقصِّر بنشاط — ولكن ليس أن يطيل أو أن يمد — حدود حياته الطبيعية.» ثم أضاف كوارلز، في لحظة من الحكمة السامية، قائلاً: «وهو لا يمتلك من الفنون (إذا امتلك أيّاً منها) سوى فن إطالة شمعته (Taper) التي يستفيد منها لأقصى درجة.» فليست

هناك أي طريقة لثني الشيخوخة عن أداء دورها المريع، لكن الحياة الحافلة بالمنجزات تعوض، من حيث الكيف، ما لا تستطيع إضافته من حيث الكم.

ويشارك كثير من الأطباء، خصوصاً أولئك الذين يقضون جل وقتهم في المختبرات، مع علماء الإحصاء في عدم الاعتقاد بضرورة الموت بفعل التقدم في السن. ولو كان أولئك قد قرءوا التقرير الذي كتبه عن الأيام الأخيرة في حياة جدتي، لكانوا الآن بدون شك أشاروا إلى أن الالتهاب الرئوي وغيره من العدوى قد أصبح — في النهاية — يمثل ثاني أكبر أسباب الوفيات المعروفة شيوعاً عند بلوغ الإنسان تلك السن المتقدمة جداً — وهي سن الخامسة والثمانين — في حين يمثل التصلب العصيدي أكثر هذه الأسباب شيوعاً. كانت جدتي مصابة بالاثنتين، ولذلك ربما يدّعي أولئك الأطباء أن طريقتهما في الوفاة تدعم نظريتهم الشاملة، وقد يطالبون بتدخل فعال لعلاج تلك المرضيات المحددة من أجل إطالة الحياة، ويُعد ذلك بالنسبة لي حذقة أكثر من كونه علماً.

وأنا أقر أولئك الأطباء في وجهة نظرهم تلك، لكن هناك أدلة عديدة على أن للحياة حدودها الطبيعية الغريزية؛ وعند بلوغ هذه الحدود، تخبو شمعة الحياة ببساطة، حتى في غياب أي مرض أو حادث محدد.

ولحسن الحظ أن أغلب الأطباء السريريين، والذين يقصرون ممارستهم الطبية على رعاية المسنين، قد وصلوا لفهم هذه الحقائق. ويجب تكريم علماء الشيخوخة على الإسهامات الجليلة التي قدموها حتى الآن في مجال تفسير المرضيات التي تصيب أولئك الذين ينهزمون ببطء بفعل العيوب التي تصيب قواهم الشائخة المضحلة، بيد أنهم يستحقون إعجابنا أكثر بسبب الحنان الذي يضيفونه إلى عملهم. وقد ناقشت ذلك مؤخراً مع أستاذ في طب الشيخوخة في الجامعة التي أعمل بها، وهو الدكتور ليو كوني، الذي لخص بعد ذلك وجهة نظره في مقطعين جَزَلين من أحد خطاباتِه:

«يُعد أغلب علماء الشيخوخة في مقدمة أولئك الذين يعتقدون بوجوب منع تلك التدخلات العنيفة التي تهدف، ببساطة، إلى إطالة الحياة. وعلماء الشيخوخة هم الذين يتحدّون باستمرار علماء الكُلى الذين يُخضعون ذوي السن المتقدمة للغاية للديال (الغسيل الكلوي)، وعلماء الصدر (Pulmonologists)، والذين ينبيبون (intubate) أناساً لا يمتلكون مؤهلات البقاء على قيد الحياة. وحتى الجراحون الذين يبذلون غير قادرين على منع مباحثهم عن المرضى الذين ستكون إصابتهم بالالتهاب الصِّفاقي (Peritonitis) طريقة رحيمة للموت.

ونحن نأمل في تحسين نوعية الحياة بالنسبة للأفراد الطاعنين في السن، وليس في إطالة مدتها. ونحن نأمل بذلك في أن الشيوخ يتمتعون بالاستقلالية ويعيشون حياة كريمة لأطول فترة ممكنة. ونحن نعمل لتقليل معدل حدوث السلس (incontinence)، وللتغلب على اختلاط الذهن، ولمساعدة العائلات على التعامل مع الأمراض الفتاكة، مثل مرض ألزهايمر.»

ويمكننا أن ننظر إلى علماء الشيخوخة بصورة أساسية كأطباء الرعاية الأولية للمسنين؛ أي حل الجيل الحالي لمشكلة غياب طبيب العائلة القديم، والذي كان يعرف مرضاه كما كان يعرف أمراضهم. وإذا كان عالم الشيخوخة اختصاصياً، فسيكون تخصصه هو الشخص العجوز بكامله. وفي أواخر عام ١٩٩٢م، كان هناك ٤٠٨٤ طبيباً مسجلاً للشيخوخة فقط في الولايات المتحدة بأسرها، في الوقت نفسه الذي كان فيه نحو ١٧٠٠٠ اختصاصياً بأمراض القلب.

وقد يتشكك المرء بأجزاء محددة من الأدلة التي سقّتها عند قلبي بأن الحدود الطبيعية لحياة الفرد تتيح له القليل من التلاعب (Tampering). وقد أُجريت في الواقع دراسات شديدة التفصيل على الشيوخ الذين ظلوا بصحة جيدة. وفي هذه الأبحاث، تم تقييم التغيرات النوعية للعمر في الوظائف الجسمية للرجال والنساء الذين لا يعانون من عمليات مرضية من المتوقع أن تؤثر على تلك الوظائف. وقد كانت النتائج كما وصفتها، إذ تستمر العملية الشيخوخية، بصرف النظر عن أي شيء آخر قد يقع. ويمكن القول بأن الشيخوخة تمثل كلاً من الاستقلالية (Independence) والاعتمادية (Codependence) في الوقت نفسه؛ بمعنى أنها تساهم بدون شك في حدوث المرض، في الوقت نفسه الذي قد يتسارع فيه المرض بسببها. لكن الجسم يستمر في التقدم في العمر، سواء في وجود المرض أم في غيابه. ويتركز اختلافي مع وجهة نظر كثير من أولئك الباحثين المعملين الذين يدرسون فيزيولوجية الشيخوخة، حول فلسفة المعالجة فعندما يكون من الممكن التعرف على مريض ما بإطلاق اسم عليه، تصبح جوائحه هدفاً للمعالجة بهدف الوصول إلى الشفاء المحتمل. وهذا، في نهاية الأمر، هو السبب الحقيقي الذي يجعل من الطبيب العلمي الحديث اختصاصياً. وبغض النظر عن السبب الذي يذكره من تخفيف المعاناة البشرية، وبغض النظر عن إخلاصه في جهده، فالطبيب الاختصاصي العادي يفعل ما يقوم به لأنه غارق وسط ألباب المرض، ولأنه يتوق لهزيمته عن طريق حل كل معضلة يواجهها بها عقله الباحث (Inquisitive)، سواء كان باحثاً أم طبيباً ممارساً. وفي كل

من طرفي الحياة — أي في المجموعتين العمريتين الطفولية والشيخوخية — يُعدّ المرضى محظوظين لحصولهم على الرعاية من قبل واحد من الأطباء الذين يقابلون اليوم طبيب العائلة.

ويُعدّ تشخيص المرض واستقصاء سبل التغلب عليه بذكائه، هي التحديات التي تحفز كل اختصاصي حاذق في عمله، وهو مغرم بعلم الأمراض (الباثولوجيا). وعندما يواجه بحقيقة عجزه عن علاج المرض، فكثيراً ما يعرض المعالج المحتمل، وإذا كانت هناك معضلة غير قابلة للحل بطبيعتها، فلا يمكنها أن تجتذب انتباه سوى قسم ضئيل من الأطباء الذين يعالجون أجهزة الجسم وأنماطه المرضية المحددة. وتُعدّ الشيخوخة غير قابلة للحل بقدر كونها حتمية، وبخلع أسماء الأمراض القابلة للعلاج على أعراضها المرضية، يُبقي الكثير من الاختصاصيين، الذين يلجأ إليهم المسنون طلباً للرعاية، على ألغاز هذه الأمراض وعلى افتقارهم بها، وهم يعتقدون أيضاً بأنهم يمنحون المرضى نوعاً من الأمل، بالرغم من أن الأمل سيثبت في النهاية أنه لا مبرر له. وفي هذه الأيام (إن أمكنني استعارة اصطلاح من لهجة السوق المعاصرة) ليس من الصحيح — من وجهة النظر السياسية — الاعتراف بأن هناك البعض ممن يموتون بفعل الشيخوخة.

هل من الممكن أن يكون هناك شك في أن العمليات الجسدية الداخلية المرتبطة بالشيخوخة تحتم جعل المرء أكثر عرضة للموت؟ ... وهل هناك شك في أننا نصبح، في كل عام، أقل قدرة على حشد القوى اللازمة لمجابهة الأخطار المميتة التي تحدث بنا باستمرار؟ ... وهل هناك شك في أن هذه القدرة المتناقصة هي نتيجة للوهن الإضافي التدريجي في قوى أنسجتنا وأعضائنا؟ ... وهل هناك من شك في أن هذا الوهن هو نتيجة التدهور العام في البنية والوظائف الطبيعية للجسم؟ ... هل هناك من شك في أن هذا التدهور العام — سواء حدث في محرك لآلة أم في إنسان — سيؤدي في النهاية إلى فقد الوظيفة؟ ... وهل هناك أدنى شك في أن توماس جيفرسون كان يدرك ما كان يحدث عنه؟ ...

وفي الحقيقة، إن الفهم الذي عبّر عنه جيفرسون قديم قديم الدهر. وفي أقدم الكتب الطبية الباقية في الصين، أو في أي مكان آخر — «هوانج تي ناي شنج سو ون» (أي مآثرات الإمبراطور الأصفر في الطب الباطني)، والذي كُتب منذ نحو ٣٥٠٠ عام خَلَّت — يوجه الطبيب المثقف «شي بو» النصح إلى الإمبراطور الأسطوري بخصوص الشيخوخة، ويقول له ما نصه:

«عندما يشيخ الرجل، تصبح عظامه يابسة وهشة مثل القش (تخلخل العظام: Osteoporosis)، وينخسف لحمه، ويكون هناك هواء أكثر في صدره (النفاخ

(Emphysema)، وآلام داخل معدته (عسر الهضم المزمن)، وهناك شعور غير مريح داخل قلبه (الذبحة الصدرية أو رفرفة لانظمية مزمنة) وتنكمش مؤخرة عنقه وكتفيه، كما يلتهب جسده بالحُمى (عداوى المسلك البولي المزمنة)، وتتجرد عظامه وتُترك عارية من اللحم (فقدان كتلة العضل الغث)، وقد تجحظ عيناه أو تغوران. وعندما يمكن رؤية نبض الكبد (قصور الجانب الأيمن للقلب)، لكن العين لا تستطيع بعدئذ تمييز الحياكة (السأد: Cataract)، سيضرب الموت ضربته. ويمكن إدراك حدود حياة رجلٍ ما عندما لا يستطيع ذاك الرجل التغلب على أمراضه؛ وهنا يحين موعد وفاته.»

والسؤال الأكبر هنا ليس هو ما إن كانت الشيخوخة تؤدي إلى الوهن (Debility)، وعدم القدرة على التغلب على الأمراض، ثم الموت. ولكن «لماذا» يشيخ الأفراد أساساً؟ ... كان الواعظ الإكليروسي (Ecclesiastic: نسبة إلى سفر الجامعة في التوراة) من بين الأوائل في الحضارة الغربية الذين أشاروا إلى «أن لكل شيء سبباً، كما أن لكل غرض تحت ظل السماء وقتاً محدداً؛ فهناك وقت للميلاد، كما أن هناك وقتاً للموت.» لكن هذه النغمة تبدو مألوفة لدرجة أن صداها يتردد في كتاباتنا في جميع الحقب الزمنية. فقد كتب هوميروس، قبل ذلك الواعظ، قائلاً: «يشبه الجنس البشري أوراق الشجر؛ فعندما يُزهر جيل، يذبل جيل آخر.» وهناك أسباب وجيهة لأن يفسح المجالَ جيلٌ للجيل الذي يليه، كما أوضح ذلك خطابٌ آخر لتوماس جيفرسون كتبه إلى جون أدامز الذي كان على نفس القدر من الجلال، قرب انتهاء حياته: «هناك نضج لوقت الوفاة — وذلك بالنسبة للآخرين وبالنسبة لأنفسنا — وعندها يصبح من المنطقي أن نسقط، وأن نفسح مجالاً لنمو آخر. وعندما نعيش جيلنا حتى النهاية، يجب ألا نأمل في أن نتعدى على جيل آخر.»

وطريق الطبيعة هو «ألا نتعدى على جيل آخر.» وتثبت الملاحظة البسيطة أنه كذلك، ثم يصبح من الضروري أن تقدم لنا الطبيعة بعض الأدلة المؤكدة على أننا، مثل أوراق هوميروس، سنصل تدريجياً إلى المرحلة التي فيها «سنسقط ونفسح مجالاً لنمو آخر.» كما صاغها الفلاح المذهب جيفرسون. وقد حاول العلماء من كل التخصصات تحديد الآلية التي تفعل بها الكائنات الحية ذلك، إلا أننا لا نعرف كُنْهَها على وجه التحديد حتى الآن.

وهناك، في الأساس، خطان منطقيان منفصلان لتفسير عملية الشيخوخة — يركز أحدهما على التلف المُطَرَّد والمستمر الذي يصيب الخلايا والأعضاء بفعل العملية المألوفة

لتنفيذ وظائفها الطبيعية في البيئة العادية للحياة اليومية. وكثيراً ما تسمى هذه بنظرية النكه والإنهاك (Wear and Tear Theory). وتقترح الأخرى أن الشيخوخة تنتج عن وجود فترة حياة محددة مسبقاً بالعوامل الوراثية تتحكم ليس فقط في فترة حياة كلٍّ من الخلايا، بل وفي الأعضاء وفي الكائن الحي بأكمله، مثلنا نحن أيضاً. وفي أوصاف هذه الفرضية الأخيرة، كثيراً ما نستحضر صورة «شريط وراثي» يبدأ عمله في نفس اللحظة التي تتم فيها عملية الإخصاب، ثم يعرض برنامجاً متسلسلاً يقدر (Preordain) ليس فقط ساعة الوفاة (على الأقل من الناحية المجازية)، بل وحتى تلك الساعة التي نبدأ فيها في سماع الملاحظات المتعلقة بالموت. وإذا تتبعنا أكثر مضامين هذه النظرية تخصصاً، فقد تعني — على سبيل المثال — أن اليوم، أو الأسبوع، الذي يبدأ فيه انقسام الخلايا السرطانية قد تم تحديده سلفاً، في الوقت نفسه الذي يحدث فيه الانقسام في البويضة المخصبة لتوها.

وكما يستخدمها مؤيدو نظرية النكه والإنهاك، فيمكن أن تشير كلمة «البيئة» إلى بيئة هذا الكوكب، أو تلك البيئة الموجودة داخل وحول الخلية ذاتها. وربما سببت تلك العوامل مثل الإشعاع الأساسي (سواء كان شمسياً أم صناعياً)، والملوثات، والجراثيم، والسموم الموجودة في الجو، تلفاً بطيئاً يُغيّر من طبيعة المعلومات الوراثية التي تنتقل من الخلايا إلى ذرياتها. وربما لا تلعب البيئة دوراً في العملية، فقد تنتج المعلومات الوراثية الخاطئة عن أخطاء عشوائية في عملية الانتقال تلك. وفي أيٍّ من الحالتين، فقد تتسبب التغيرات المتراكمة في الحمض النووي المنزوع الأكسجين (D.N.A) في حدوث تلك الأخطاء في وظيفة الخلية، والتي تؤدي إلى موتها، وإلى حدوث تلك التغيرات الواضحة في الكائن الحي ككل، والتي تُظهر نفسها في صورة الشيخوخة. ويطلق البعض على عملية الموت الخلوي المحضة هذه اسم «كارثة الخطأ» (Error Catastrophe). وتنبع بعض الأخطار البيئية من داخل أنسجتنا ومن داخل الخلية ذاتها. وقد وصفت بالفعل عملية الإطلاق (Bombardment) المتواصلة التي تؤثر على الطبيعة الأساسية للجزيئات، إلا أن هناك آليات أخرى أيضاً؛ فمن أجل أن تظل الخلايا بصحة وحيوية، يجب عليها أن تحطم بصورة فعّالة تلك النواتج السامة لاستقلابها (Metabolism). وإذا توافرت أية درجة لفشل تلك الآلية، فقد تتراكم تلك النواتج الثانوية، وقد تؤثر ليس فقط على وظائف الخلية، بل وعلى الدنا ذاته؛ وسواء كان سبب ذلك راجعاً إلى البيئة أو إلى الأخطاء العشوائية في الانتقال، أو إلى النواتج السامة للاستقلاب، فمن المعتقد أن حدوث أخطاء في الدنا يُعد من العوامل الرئيسية المسببة لعملية الشيخوخة.

وعلى الرغم من أننا يجب ألا نأخذ كتابات الرعب لوصفي قيامة (Doom) العصر الحديث باهتمام كبير، فإنه ليس هناك أي شك في أن بعض لزاماتهم — مثل الألدهيدات والجذيرات الحرة (Free Radicals) للأكسجين — تستحق منا الاهتمام، وذلك لأنها قد تلعب دورًا في تلف البروتوبلازم (Protoplasm) وتشيعه إذا لم تُفتت بصورة مناسبة إلى مواد أقل خطرًا. والجذير الحر هو جزيء يحتوي مداره الخارجي على عدد مفرد من الإلكترونات (Electrons). وتتميز هذه الأجسام بكونها شديدة التفاعلية، لأنها لا تصل إلى الثبات إلا باكتساب إلكترون جديد أو بفقد الإلكترون المفرد فيها. وقد جعلت تلك التفاعلية المفرطة من الجذيرات الحرة إما كباش الفداء أو الأبطال لكثير من الفرضيات البيولوجية، والتي تتراوح بين أصل الحياة على الأرض ومرورًا بالمجموعة كلها وصولًا إلى الآليات الشيوخية.

ويقتنع بعض من ناشطي حركة مطيلي الحياة المحتملين بأن جملًا إضافيًا من البيتا كاروتين « β -Carotene»، أو فيتامين E أو C في الطعام سينقذ أنسجتنا من الأكسدة بفعل الجذيرات الحرة. ولسوء الحظ، فليس هناك حتى الآن أي دليل قاطع يثبت أنهم على صواب.

أما النظرية الثانية من نظريتي الشيوخة الرئيسيتين، فهي فرضية أن العملية برمتها محددة سلفًا بالعوامل الوراثية. وفي هذه الصياغة، يوجد في داخل كل كائن حي برنامج وراثي تتلخص وظيفته في تعطيل العمليات الفيزيولوجية للحياة الطبيعية بصورة مُطرّدة، ثم، في النهاية، تعطيل تلك الخاصة بأي حياة كانت. وفيما بين البشر، يفعل كلٌّ من الأفراد المختلفين ذلك بطرق متباينة، أو على الأقل أن الملامح الأكثر أهمية تتباين في كلِّ منا. ويتيح ذلك الفرصة لحدوث تلك الظواهر المنفصلة مثل فقد المناعة، وتغضن الجلد، ونمو الأورام الخبيثة، وبداية ظهور الخَرَف، ونقص مرونة الأوعية الدموية، وكثير من أحداث الشيوخة الأخرى.

وقد تلقّت النظرية الوراثية دَفعة هائلة منذ ثلاثين عامًا خلت، عندما أظهر الدكتور ليونارد هيفليك (Hayflick) أن الخلايا البشرية المستزرعة في المختبر تبدأ ببطء في التوقف عن الانقسام بعد فترة وجيزة. وبمرور الوقت، تتوقف تلك الخلايا عن الانقسام تمامًا، ثم تموت. وقد وُجد أن العدد الأقصى للانقسامات الخلوية محدود، ويبلغ نحو الخمسين. وقد أُجريت تلك التجارب على نوع واسع الانتشار من الخلايا يسمى بالآرومات الليفية (Fibroblast)، والتي تُكوّن الهيكل البنيوي الأساسي لجميع أنسجة الجسم. ويمكن

تطبيق النتائج على بقية أنواع الخلايا أيضًا، وتنجو تلك القدرة التي تبدو لانهائية للخلية السرطانية على الانقسام، بطبيعة الحال، من المحدودية المنظمة للوجود الطبيعي. وتساعدنا تلك التجارب — مثل التي أجراها هيفليك — على تفسير سبب إظهار كل نوع حي لفترة حياة خاصة به، وسبب كون الأفراد داخل هذه الأنواع يعيشون فترة حياة تتوافق جيدًا مع تلك الفترات التي عاشها آباؤهم، إذ إن أفضل ضمان لطول العمر هو اختيار الأب والأم الملائمين.

شق كثيرٌ من عوامل الشيخوخة المميزة طريقه إلى الساحة العلمية، واعتقادي هو أن جميعها تقريبًا تتمتع بقدْرٍ ما من المصادقية، وبكلمات أخرى، فالشيخوخة هي في أغلب الاحتمالات نتيجة لكل هذه العوامل مجتمعة، بحيث تتباين أهمية المكونات الفردية لكل منا، فبعض هذه العوامل مشترك بين جميع الكائنات الحية، ومنها التغيرات الحادثة في الجزيئات والعُصَيَّات (Organelles). وقد تكون التغيرات الحادثة في الخلايا والأنسجة والأعضاء خاصة بنوع حي واحد، مثل تلك التي تحدث في النبات أو الحيوان ككل. أما الدليل على ذلك، فهو كما يقول عنه الدكتور هيفليك: «مقنع للغاية، حتى إن خصائص عدم الثبات البيولوجي التي تُعد، حسب الرأي السائد، متغيرات عمرية ناتجة عن عدد كبير من الأسباب.»

ذكرنا بالفعل بعض تلك الظواهر البيولوجية، مثل البرنامج الوراثي ذاته، وتوليد الجذيرات الحرة، وعدم ثبات الجزيئات، وفترة الحياة المحدودة للخلية، والأخطاء الاستقلابية والوراثية التراكمية. وهناك الكثير من المكونات المحتملة التي وجدت لها أبطالاً مفعمين بالحيوية في القاعات العلمية؛ فمن المعتقد أن الليبوفوكسين، على سبيل المثال، أكثر من مجرد ناتج خامل لعملية التحطم داخل الخلوي يقوم بصبغ الأعضاء الهرمة من دون أن يصيبها بالأذى، فيعتقد بعض الباحثين أن تراكمه ذو تأثير مميت، بينما يُظهر آخرون اهتمامًا كبيرًا بالتغيرات الهرمونية المنتقلة (Mediated) عبر الجهاز العصبي؛ بينما هناك من يؤيد النظرية القائلة بأن من أهم التغيرات الحادثة في الجهاز المناعي قدرته المتناقصة على التعرف على أنسجة مضيفه، مما يؤدي إلى حدوث الأمراض التنكسية الشيخوخية عن طريق رفض الجسم لبعض من تلك الأنسجة التي صُنعت منها أساسًا.

وتفترض نظرية أخرى أن جزيئات النسيج البنيوي المسمى بالمغراء (الكولاجين: Collagen) تصبح تبادلية الارتباط ببعضها البعض. ويعوق تراكم هذه الارتباطات من

تدْفُقُ المغذيات والفضلات، في الوقت الذي يقلل من المساحة الضرورية اللازمة لحدوث العمليات الحيوية للجسم. ومن آثاره الأخرى، أن يدمر الارتباط التبادلي الدنا، والذي تنتج عنه بدورها الطفرات، أو الموت الخلوي.

وهناك نظرية حديثة نسبياً مفادها أن الأنظمة الفيزيولوجية، وربما تلك التغيرات التشريحية المصاحبة لها، تصبح أقل تعقيداً مع التقدم في العمر، وبذلك تصبح أقل فاعلية، وقد يكون التعقيد المتناقص نتيجة لعمليات أخرى أكثر قاعدية، ربما تضم بعضاً من تلك التي سبق وصفها. وبالإضافة إلى ذلك، ظهر اهتمام متزايد في الآونة الأخيرة بظاهرة واسعة الانتشار بين الأنواع الحية، وهي ما يبدو كأنه صورة مبرمجة من عملية الموت الخلوي. وتبدأ هذه العملية — والتي يطلق عليها العلماء اسم السكتة (Apoplexy): من اليونانية بمعنى «السقوط بعيداً عن» — بنشاط بروتين يُعرَف باسم الجين myc، والذي يبدأ سلسلة قوية من التفاعلات الجينية تحت ظروف شاذة محددة. فعلى سبيل المثال، عند إبعاد المغذيات عن بعض أنواع الخلايا المستزرعة، يبدأ الجين myc عملية أخرى تخضع فيها الخلية لعملية تشبه الانفجار الداخلي (Implosion)، وتتسبب في تحطيم الخلية في غضون نحو خمس وعشرين دقيقة، فهي «تسقط بعيداً عن» الحياة بالمعنى الحرفي للكلمة. ويُعتبر هذا الموت المبرمج من الأهمية بمكان بالنسبة لتطور الكائن الناضج؛ لأنه يمثل طريقة يمكن بها تغيير بعض الخلايا التي لم تعد ذات نفع في العملية التطورية، بأخرى تنتمي لمرحلة تالية. وُجدت أمثلة لعملية السكتة أيضاً في الأفراد كاملي النضج، حيث تنتج عن أحداث متباينة في بيئة الخلايا المتعرضة لها. وحيث إن السكتة تمثل موقفاً يقع فيه الموت الخلوي كأثر مباشر لعملية التعبير الجيني (Gene Expression)، فمن المغري أن نتفكر في احتمالية أن يعمل البروتين myc، أو مركب قريب الشبه به، «كجين للموت» (Death Gene). ويمكن أن تُستثار عملية الموت الموجه بالجينات بفعل مجموعة متنوعة من العوامل البيئية والفيزيولوجية، كما يبدو أنه يوفر نوعاً من التوافق بين بعض من تلك النظريات المتباينة التي وصفناها في المقاطع السابقة. أصبح ذلك الطريق البحثي أكثر وعداً بإظهار الترابط بين البروتين myc وبين مركب آخر أُطلق عليه اسم البروتين max.

وعندما يتحد الاثنان، تُوجَّه الخلية بطريقة غير معروفة حتى الآن للقيام بأحد ثلاثة أفعال: فإما أن تنضج، أو أن تنقسم، أو أن تحطم نفسها بعملية السكتة. ولذلك، وحسب الطريقة التي يُعبَّر بها الجين myc عن نفسه، فمن الواضح أنه يلعب دوراً حيوياً في

عمليات التطور، وتنظيم النمو، وفي النهاية، في ضرب من الموت المبرمج. ومن الجلي أنه لا يمكن تحديد مضامين هذه الاكتشافات الجديدة في الوقت الحاضر؛ ليس فقط بالنسبة لفهمنا للعمليات الحيوية الطبيعية، بل ولغير الطبيعية منها، خصوصاً السرطان.

ولا يزال مؤيدو الحلول الوسط في بحثهم عن سبل جديدة قد تؤدي بهم إلى إعادة تصنيف وجهات النظر التي تبدو حالياً شديدة التباين: فقد تنتج التغيرات المناعية الشيخوخية، على سبيل المثال، عن تأثيرات هُرمونية تتحدد تبعاً لوقائع عصبية تتأثر بدورها بالعوامل الوراثية أو العكس. ونحن لا نعاني من نقص في النظريات المطروحة، ولا من نقص في الأبطال، كما أنه ليس هناك نقص في التوافق بين المفاهيم المختلفة. فما تخلص إليه البيانات التجريبية والتساؤلات التي تثيرها هو حتمية حدوث الشيخوخة ومن ثم محدودية (Finiteness) الحياة ذاتها.

ماذا عن تلك القوائم الممولة من قبل الحكومة الفيدرالية، للأمراض ذات المسميات الرسمية، والتي يُفترض أن يموت بسببها المسنونون؟ ... تتكون كل مجموعة من الأمراض المميتة التي تصيب المسنين، بصورة أساسية، من تلك المشتبه بها عادة. فمن بين مئات الأمراض المعروفة وخصائصها المسببة، سيسقط نحو ٨٥ في المائة من شيوخنا صرعى لمضاعفات واحدة من سبع مجموعات مرضية رئيسية؛ وهي: تصلب العصيدى (تصلب الشرايين)، وضغط الدم المرتفع، والداء السكري الذي يبدأ بعد البلوغ، والسمنة المفرطة، وحالات الانحطاط العقلي — مثل مرض ألزهايمر وغيره من أنواع الخَرَف، والسرطان، ونقص المقاومة للعدوى. ويصاب كثير من المسنين الذين تصيبهم الوفاة، بعدد كبير من تلك الأمراض. وليس هذا بكل شيء؛ إذ يمكن أن يؤكد العاملون في وَحَدَات الرعاية المركَّزة في أيٍّ من المستشفيات الكبرى ملاحظتهم اليومية، لأنه ليس من النادر أن يصاب المرضى الانتهازيون بتلك الأمراض السبعة مجتمعة. وتمثل هذه الأمراض السبعة دور المرتزق (Posse) الذي يصطاد ويقتل المسنين من بين ظهرانينا. أما بالنسبة للغالبية العظمى ممن يتخطَّون منتصف العمر، فهي فرسان الموت.

ولم تُعد عمليات تشريح الجثث اليوم شائعة مثلما كانت عليه منذ عقد مضى، فباعتبار الدقة العالية التي يمكن بها اليوم توثيق التشخيص قبل الوفاة، أصبحت عمليات التشريح هذه — في نظر الكثير من الأطباء الممارسين — تمريناً مُملًا في علم الباثولوجيا الأكاديمية. ويموت عدد من الناس يقل بكثير بسبب الخطأ في التشخيص عما كان الحال عليه في حقبة سابقة؛ إذ تموت الغالبية العظمى بسبب عجزنا عن تغيير مسار مرض محدد بدقة مسبقاً.

وقبل عقد من الزمان أو نيف، انحدر ما يسمى بمعدل تشريح ما بعد الوفاة في المستشفى التي أعمل بها إلى رقم يدور حول ٢٠ في المائة، في حين ظل ذلك المعدل في السنوات العديدة السابقة ثابتاً عند نحو ضعف هذا الرقم. أما المعدل القومي في الولايات المتحدة بأسرها فلا يزيد على ١٣٪.

وأثناء حمى التشريح بعد الوفاة، كان بوسعي الحصول على تصريح بتشريح الجثث من أسر جميع مرضاي الذين يتوفون باستثناء قلة قليلة. ولست أبذل كثير جهد في المحاولة في أيامنا هذه، ولكنني، عندما أقدم على ذلك، أحرص على التواجد لمراجعة النتائج مع اختصاصي الباثولوجيا أثناء قيامه، أو قيامها، باكتشافها.

وبعد ست سنوات من التدريب السريري، وثلاثين عاماً من الممارسة الطبية، شهدت خلالها عدداً كبيراً بالفعل من حالات التشريح بعد الوفاة، يُعد الانتشار الواسع للتصلب العصيدي، والضمور الموجود في جثث المتوفين من المسنين، مألوفاً تماماً لدرجة يبدو معها أنه في غير حاجة للتعليق عندما يبحث المشرّح عن المواضيع العديدة التي يمكن أن يكون انتشر إليها السرطان، أو سكتتها العدوى. وبالملاحظة الدقيقة للأنسجة ولداخل الأعضاء، يميل كلٌّ من المشرّح والجراح لتجاهل «البانوراما» المألوفة للشيخوخة، والتي تكشف عن نفسها تدريجياً مع كل حركة إضافية للمبضع. ويُعد التعليق عليها في غرابة تعليق المسافر بالسيارة على خلو المنظر الطبيعي في الشتاء من أوراق الأشجار عند بحثه عن الطريق الصحيح؛ فهي هناك بالفعل، وهذا هو كل ما يتعلق بها. ومع ذلك، فعندما يصل تقرير تشريح ما بعد الوفاة إلى صندوق بريد الجراح، أي صندوقي، بعد ذلك بأسابيع، كثيراً ما كانت تعتريني الدهشة للحالة المتقدمة للغاية للنُفَايات البيولوجية التي يمكن ملاحظتها بصعوبة، والتي مررنا خلالها أنا واختصاصي الباثولوجيا منذ فترة وجيزة. وفي تحليله المفصّل لموجوداته، يتعرض اختصاصي الباثولوجيا بالتفصيل لكل الشذوذات التي اكتشفها عن الحالة الطبيعية للصحة، والتي تقفز عائدة إلى الذاكرة، في أثناء قراءتي لذلك الملخص، لتحلّ موقعها بجوار تلك الأدلة الكبرى التي كنا نقتفي أثرها بمثل ذلك التصميم. ولست أحسّ بفهم متكامل للموقف الكلي الذي تُوّفّي فيه مريضٍ إلا عندما يبدأ ذلك في الحدوث.

وليست لبعض موجودات التشريح بعد الوفاة أي علاقة بملايسات الوفاة، إذ لا تعدو كونها — ببساطة — نتيجة لعملية الشيخوخة ذاتها التي ظهر عنها واحد أو اثنان من

أنواع الأمراض التي قتلت المريض، ولا تسهم هذه الموجودات في حدوث الوفاة بصورة مباشرة، لكنها توفر تلك الخلفية التي يحدث الموت فوقها.

طلبت مؤخرًا مساعدة زميل لي في مستشفى جامعة ييل في مدينة نيو هافن، وهو الدكتور G. J. ووكر سميث مدير إدارة تشريح ما بعد الوفاة، وهو داهية مخضرم في تلك الغرفة المكسوة بالرخام، والتي يحاول فيها «أطباء الموتى» بكل ما أوتوا من قوة، الإجابة عن ذلك السؤال الذي صاغه، منذ أكثر من مائتي سنة، مؤسس تخصصهم الكئيّب — وهو عالم التشريح الإيطالي جيوفاني باتستا مورجاني (Morgagni) — والذي وضعه باللاتينية «Ubi est morbus؟»، أي: «أين يوجد المرض؟» وينفذ اختصاصيو الباثولوجيا، مع مرضاهم المتوفين حديثًا، ذلك الالتزام الذي يضمه القسم الذي خلده الزمن، والذي يحملق فيهم من خلال تلك اللوحة المعلقة على جدران الآلاف من غرف التشريح في جميع أنحاء العالم:

Hic est locus ubi mors gaudet succurso vitae.

هذا هو المكان الذي يحتفل فيه الموت بقدومه لمعاونة الحياة.

وتُعد غرفة التشريح منطقة نفوذ ووكر سميث، كما هي غرفة العمليات بالنسبة لي. وعندما أخبرته باهتمامي بإثبات انطباعاتي القديمة برؤية القليل من التقارير النهائية لتشريح مرضى تُوفوا عن عمر متقدم، أسدى إليّ صنيعةً أفضل من ذلك، فصار مهتمًا هو شخصيًا، وفي وقت قصير، إذ كان ذلك المشروع قد استغرقه كما استغرقني تمامًا، وعشر على ثلاثة وعشرين تقريرًا لمرضى أُجريت عليهم دراسات التشريح قبل أيام النذرة التي نعيشها حاليًا. قمنا معًا بمراجعة الموجودات في اثني عشر رجلًا وإحدى عشرة امرأة تزيد أعمارهم جميعًا على الرابعة والثمانين، والذين تُوفوا خلال فترة امتدت لستة عشر شهرًا — من ديسمبر ١٩٧٠م إلى أبريل ١٩٧٢م — بلغ متوسط أعمارهم ثمانينًا وثمانين سنة، كما كان أكبرهم سنًا يبلغ الخامسة والتسعين من عمره.

وبرغم أنه كانت هناك أنواع متباينة من تلك المرضيات: مثل تصلب العصيدي، والتدهور المجهرى للجهاز العصبي المركزي. وعند رؤيتها مجتمعة، كان هناك تشابه في الموجودات التي كانت مذهلة تمامًا بالنسبة لكلينا.

ويبدو أن النمط الخاص من الموت لكلٍ منا يعتمد على الترتيب الذي تُكتنف به الأنسجة المختلفة في عملية السقوط الشخوخي. وقد كان الخيط المشترك بين المرضى

الثلاثة والعشرين، على الأقل كما تعكسه المقاطع الرتيبة لذلك المدخل الفريد لاختصاصي الباثولوجيا إلى نعي مريضه، هو فقدان الحيوية الذي يرافق سوء التغذية والاختناق، فكما تضيق الشرايين، يضيق كذلك الحد الفاصل بين الحياة والموت: فهناك تغذية أقل، وأكسجين أقل، ومرونة (Resiliency) أقل في العودة للحالة الطبيعية بعد الإصابة. ويصدأ كل شيء ويبلى حتى تنطفئ جذوة الحياة ذاتها في النهاية. وينتج ما نطلق عليه اسم السكتة الدماغية الانتهازية، أو احتشاء عضلة القلب، أو الإنتان (Sepsis) — ببساطة — عن اختيار تُقدَّم عليه تلك العوامل الفيزيائية-الكيميائية التي لم نفهم كُنْهَها تمامًا حتى الآن، والتي تهدف لإسدال الستار على عرض قد اقتربت نهايته أكثر مما هو متوقع، حتى في شيخ كان يبدو حتى ذلك الوقت مفعماً بالصحة والحياة.

وليس «التسعيني» الذي يموت بفعل احتشاء عضلة القلب مجرد «مواطن جليل» (Senior citizen) أصابته الظروف الجوية القاسية بنوبة قلبية، فهو ضحية لتطور مرضي متسلل يشمل بالكامِل، ويسمى ذلك التطور بالشيخوخة. وما الاحتشاء إلا واحد فقط من علاماته، والذي — في حالة هذا الرجل بالذات — قد التهم بقية العلامات، على الرغم من أن أيًّا منها كان مستعدًّا للقضاء عليه في حالة نجاح طبيب شاب ألمعي في إنقاذه، في إحدى وَحَدَات العناية القلبية المركزة. وقد مات سبعة من عجائز ووكر سميث، رسمياً، باحتشاء عضلة القلب، وأصيب أربعة آخرون بالسكتة الدماغية كجزء من مرضهم النهائي، وتُوُفِّي ثمانية بفعل العدوى، ومنهم ثلاثة انتقلوا إلى الأبدية يدًا بيد مع صديق العجائز؛ الالتهاب الرئوي. كما كان هناك ثلاثة أفراد ضمن المجموعة ممن أصيبوا بسرطان في مراحل متقدمة، بالرغم من أن الحدث الانتهائي في حياة أحدهم كان الالتهاب الرئوي، والسكتة الدماغية لآخر. وقد كانت الملاحظة المفردة الأكثر إثارة للدهشة هي نفسها تلك الأكثر توقُّعًا: فقد كان كلُّ من المرضى الثلاثة والعشرين مصابًا بالتصلب العصيدي المتقدم في الأوعية الدموية للقلب، وفي كليهما في أغلب الحالات، حتى ولو لم تظهر عليهم أية أعراض مرضية تستوجب المعالجة حتى وقوع الحدث النهائي. كانت واحدة أو الأخرى من تلك الآلات الحيوية على وشك الانسحاب من الحياة في كلِّ من الشيوخ الذين خضعوا للدراسة. ومن الملاحظات الأخرى التي لم تستثر أي قدر من الدهشة فينا، كانت كثرة الأمراض ذات الأسماء المحددة في الأعضاء الأخرى لأيِّ إنسان آخر، والتي لم تلعب أي دور في وفاة المريض. وفي تقارير اختصاصي الباثولوجيا، يطلق على هذه الأمراض اسم «العَرَضية» (Incidental). وبذلك يكون هناك، بالإضافة إلى المرضى الثلاثة الذين فتكت بهم أورامهم الخبيثة، ثلاثة آخرون وُجِد أنهم يحملون في أجسادهم

سرطانات «عَرَضِيَّة» غير متوقعة في الرئة، والبروستاتة، والثدي. كما كانت هناك امرأتان مصابتان بانتفاخ الشريان الأورطى، أو غيره من الأوعية الدموية البطنية الكبرى، والمسمى بالأنورزم (أُم الدم: Aneurysm)، والذي ينتج عن الضعف العصيدي؛ وفي العشرين الذين فُحِصَت أدمغتهم مجهرًا، وُجِدَ أن أحد عشر منهم كانوا مصابين باحتشاءات دماغية قديمة، بالرغم من أن واحدًا منهم كان لديه تاريخ سابق للإصابة بالسكتة الدماغية؛ وقد وُجِدَ أربعة عشر مصابًا بالتغيرات الكبرى لمرض التصلب العصيدي في الأوعية الدموية للكُلَيْتَيْن؛ بينما كان الكثير منهم مصابًا بعداوى نشطة في المسلك البولي؛ كما وُجِدَ في مريض تُوْفِيَ بسرطان متوسع في المعدة أنه مصاب بالموات (الغرغرينا: Gangrene) في إحدى ساقيه. ومن المعروف جيدًا أن أكبر الشيوخ يموتون بفعل أمراض كان من الممكن أن تقهرها أجسامهم بسهولة لو كانوا أصغر مما هم عليه قليلًا، لكن الحد الذي يحدث معه ذلك في حالة المرض الشديد الوضوح مثير للدهشة؛ فقد تُوْفِيَ أحد مرضانا بفعل زائدة دودية منفجرة، واثان نتيجة لعداوى تالية لجراحة في المرارة أو القناة الصفراوية، وواحد من مضاعفات قرحة هضمية منفجرة، وآخر من التهاب التروج (Diverticulitis) — ويُعَدُّ كُلٌّ من هذه الأمراض ضربًا من العدوى: (Infection). ولا يفوق العدوى سوى تصلب الشرايين «التصلب العصيدي» كأكثر أسباب الوفاة شيوعًا بين من يبلغون أكثر من سن الخامسة والثمانين. وقد تُوْفِيَ مريضان آخران بسبب النزف: واحد من قرحة في «الاثنا عشر» (Duodenum)، والآخر نتيجة لكسر في الحوض. ولكوني في خضم ممارسة جراحية شديدة النشاط في الفترة التي تَمَّت فيها إجراءات التشريح هذه، يمكنني أن أشهد باحتمالية أنه كان من الممكن ألا يموت أي من المرضى السبعة الذين تُوْفُوا في هذا المستشفى الجامعي لو كانوا في منتصف الخمسينيات من أعمارهم.

ولم ينج سوى اثنين من مرضى ووكر سميث الثلاثة والعشرين من التحطم المعتبر في أنسجة الدماغ: وفي الواقع أن أحدهما قد ثبت بالفعل أنه كان مقاومًا بصورة عامة للتصلب العصيدي، على الأقل في كُلٍّ من الدماغ والقلب؛ فقد كانت درجة تكلس الشرايين التاجية في هذا الرجل البالغ من العمر تسعًا وخمسين سنة، متوسطة، وقد أصيب «بقدر من الضمور المخي أقل مما يُتوقع حدوثه في دماغ بهذا العمر»، حسب نص تشريح ما بعد الوفاة. لكن المرض كان قد أصابه في كُلَيْتَيْهِ، اللتين لم تكتفيا بكونهما موضعًا لعدوى مزمنة (تسمى بالتهاب الكُلوَّة والحَوِيض: Pyelonephritis) استمر في نثر الجراثيم المعوية في جهازه البولي، بل وكانتا ضحيتين أيضًا لتحطم فروعهما الشريانية ووحدات

ترشيحهما الدقيقة، بالإضافة إلى قدر ملحوظ من التندب (Scarring). ومع ذلك، فلم يكن مرض الكلى المزمن هو ما قتل ذلك الرجل؛ فقد مات بفعل ورم خبيث يسمى بالنقيوم المتعدد (Multiple myeloma)، مضاعف بالالتهاب الرئوي. وهكذا، ومثل كل من أولئك الرجال والنساء الثلاثة والعشرين المتقدمين للغاية في العمر، فقد حمل هذا الرجل إلى مثواه الأخير عدد كبير من «الفرسان» السبعة للموت.

وقد كان الناجي الآخر من الولايات الشيخوخية في المخ، هو بروفيسور للغة اللاتينية ورئيس سابق لجامعة ييل في السابعة والثمانين من العمر؛ فبالرغم من أنه كان يبدو نشيطاً وصحيح البدن (وبدون دليل سريري على مرض القلب)، فقد وجد في تشريح ما بعد الوفاة أنه كان بالفعل أقرب ما يكون إلى الإصابة باحتشاء عضلة القلب، مع المزاوجة المثيرة بين «إصابة خطيرة (بالتصلب العصيدي) في الشرايين التاجية، وبين إصابة طفيفة للغاية في الأوعية الدموية المخية». وفي واقع الأمر إن شرايينه التاجية كانت موصوفة بجسم الأنبوب (Pipe-stem)، بحيث كان أحدها مسدوداً تماماً. وقد استحال لون القلب إلى لون يشبه البني نتيجة لضموره؛ وقد كشفت الكليتان أيضاً عن عمرهما الحقيقي. وقد أفاق البروفيسور من نومه في إحدى الليالي الباردة من شهر ديسمبر على ألم بطني شديد ذي بداية مفاجئة، وقد شُخصت الحالة كقرحة هضمية (Peptic ulcer) منثقبة، وذلك في غرفة الطوارئ بالمستشفى، وقد أُثبت التشخيص بتشريح ما بعد الوفاة بعد وفاته بأربعة أيام، بعد أن ثبت أن جهازه المناعي المنهك، وقلبه الذي كانت تتم تغذيته بالكاد، غير قادرين على حمايته من الالتهاب الصفاقي (Peritonitis) الذي نتج بعد ذلك. وهكذا، فقد كان دماغ البروفيسور السليم نسبياً غير ذي منفعة له عندما كانت حياته مهددة بالخطر في موضع آخر.

والدرس المستفاد من هذه القصص المرضية الثلاث والعشرين هو، ببساطة، تأكيد للدرس المستفاد من خبرات الحياة اليومية: فسواء كان السبب هو تشوُّش الكيمياء الحيوية المضطرب، أو النتيجة المباشرة لعكس ذلك — أي تلك الرحلة الوراثية المنسقة بعناية لتُقضي إلى الموت — فنحن نموت بالشيخوخة لأننا نكون قد أصبحنا منهكين وبالين، بينما تمّت برمجتنا للانهايار؛ فكبار الشيوخ لا يقعون فريسة للمرض — فهم يخسفون (Implode) طريقهم إلى الخلود.

وحيث إنه ليست هناك سوى سبل قليلة تؤدي بصورة فورية إلى قبر الرجل العجوز، وباعتبار التشابك الموجود بين أحجارها الممهدة الأساسية، فمن المنطقي أن نتعجب من

كون تطور أحدها يجلب معه مثل هذا الخطر الداهم بإصابة الآخرين. وهل من الممكن أن تكون جميع هذه العوامل المرضية مشتركة في هدف واحد، قد يصبح بدوره أكثر فاعلية مع تقدُّمنا في العمر؟ وقد تم دمج هذه الفرضية، بطبيعة الحال، ضمن النظريات المتعددة التي تفسر الشيخوخة: فتفترض إحداها، على سبيل المثال، أن العملية التي نتطور بها وننمو، ما هي إلا جزء من نمط استقلابي يتحكم فيه جزء داخلي في الدماغ يسمى بالوطاء (Hypothalamus)، والذي ينظم النشاط الهرموني في الجسم. وتُتيح هذه الآلية، التي تبدأ في نفس اللحظة التي تبدأ فيها الحياة ذاتها، للجسم أن يتكيف مع البيئة الخارجية المحيطة به. ويؤدي تطور أوجه التكيف هذه بالضرورة، وكأنما يتبع جدولاً محدداً، إلى حدوث النمو والنضج، ثم الشيخوخة. وإذا كانت هناك حقيقة في هذه النظرية العصبية-الصَّمَاوية للشيخوخة، فسيكون حدوث الأمراض في المسنين هو الثمن الذي يدفعه الكائن الحي مقابل قدرته، التي استمرت طوال فترة حياته السابقة، على التكيف مع العوامل المحيطة به، وعلى التغيرات الحادثة في أنسجته ذاتها.

وتتكشف العملية برُمَّتها، كما لو كانت جزءاً من خطة رئيسية شاملة، أو استراتيجية كبرى تشرف على تطور الكائن الحي بداية من المراحل الجنينية المبكرة لحياته حتى تحين لحظة الوفاة، أو على الأقل حتى تحين الفوضى التي تسبقها مباشرة. وفي هذه النقطة بالذات، لا يتفق منظرو (Theorists) الفيزيولوجيا مع مستشاري الجِداد (Bereavement) الذين يبينون قيمة الحكمة القائلة بأن الموت ما هو إلا جزء من الحياة.

ويتردد صدى مثل هذه الاعتبارات، ولو بطرق أكثر كآبة، في جمل قليلة من فقرات ملحق النسخة التي بحوزتي من كتاب توماس براون. وفي كتاب بعنوان «التاجر والراهب» (The Merchant and Friar)، كتب مؤرخ القرن التاسع عشر، السير A. بالجريف (Palgrave) قائلاً: «ترافق النبضات الأولى، عندما تنتفض الألياف، وتتسارع الأعضاء إلى الحياة، مع جرثومة الموت، وقبل أن تتشكل أعضاؤنا، يتم حفر تلك القبور الضيقة، التي سندفن فيها.» فالاحتضار يبدأ مع أول خلجات الحياة.

وتؤدي هذه الاحتمالات إلى تأملات ذات أهمية قصوى في اتخاذنا للقرارات المتعلقة بحياتنا؛ فعندما تُتاح لرجل طاعن في السن فرصة الحصول على علاج تلطيفي (Palliation) للسرطان، أو حتى الشفاء منه، بشرط أن يكون مستعداً لتحمل العلاج الكيميائي (Chemotherapy) الموهن، أو الجراحة الجذرية، فماذا يجب أن يكون رد

فعله؟ هل سيتحمل عذاب العلاج، لكي يموت في العام التالي مثلاً بفعل التصلب العصيدي المُطَرَّد في أوعيته الدموية؟ فمن المرجَّح، بصورة عامة، أن يكون مرض الأوعية الدموية المخية ناتجاً عن العملية ذاتها التي أضعفت مناعته ضد الورم الخبيث، لدرجة أنه تحول إلى سرطان يحاول الفتك به، لكننا نذكر هنا مجدداً أن المظاهر المتنوعة للعملية الشخوخية تتطور بسرعات متفاوتة، لذا فيمكن أن تستغرق السكتة الدماغية مثلاً، وقتاً أطول من المتوقع نسبياً حتى تحقق غرضها المنشود. ويمكن تقدير هذه النهايات المحتملة فقط بتقييم الحالة الراهنة للعمليات غير الخبيثة الحادثة في جسم المريض؛ مثل درجة إصابته بارتفاع ضغط الدم، وحالة مرضه القلبي، وهذه هي أنماط الاعتبارات التي يجب التفكير بها عند اتخاذ أي قرار سريري يتعلق بالمسنين، وقد أفاد منها بعناية، حكماء الأطباء في جميع العصور: كما يجب أن يفعل الشيء نفسه حكماء المرضى!

وسواء كان ذلك نتيجة لعملية النهك والإنهاك، واستنزاف الموارد، أو كان مبرمجاً وراثياً، فلكل حياة مدتها المحدودة، كما أن لكلٍّ من الأنواع الحية حد العمر الأقصى الخاص به.

وبالنسبة للبشر، يبدو أن هذا الحد الأقصى للعمر (Longevity) يتراوح بين ١٠٠ إلى ١١٠ سنوات تقريباً، ويعني ذلك أنه حتى لو كان من الممكن أن نمنع حدوث، أو أن نتمكن من شفاء، جميع الأمراض التي تفتك بالبشر قبل أن تفعل ذلك ويلات الشخوخة، فلن يعيش أحد تقريباً بعد حياة تمتد قرناً كاملاً من الزمان أو نيف. وبرغم أن صاحب المزامير^١ كان يتغنى بأن «أيام حياتنا هي ثلاثة أنشاش وعشر»^٢ إلا أنه يبدو أن أحداً لا يتذكر أن إشعيا (Isaiah) كان نبياً، كما كان مراقباً دقيقاً، حيث أعلن لجميع من يسمعون أنه «الطفل سيموت وعمره مائة عام» وهو يتحدث هنا عن أورشليم القديمة، حيث من المفترض ألا تكون هناك وفيات في الأطفال ولا أمراض: «لن يكون هناك بعد اليوم رضيع عمره أيام، ولا رجل عجوز لم يقض أيامه كلها».

وإذا كنا سننتبه لتحذير إشعيا، ونجانب كل مظاهر السلوك التي كان يتبعها مكارتي، ونقوم بحل مشكلات الفقر، ونحب جيراننا، فمن يدري وقتها كم سيكون قربنا من التصديق بما جاء به الأنبياء؟ وقد قطعت العلوم الطبية الحديثة، وتحسين الظروف

^١ (Psalmist): وهو نبي الله داود عليه السلام. (المترجم)

^٢ النَّشُّ (ج: أنشاش) هو العدد ٢٠، والرقم الكلي هنا هو السبعون. (المترجم)

المعيشية، شوطاً طويلاً حتى الآن؛ ففي أقل من قرن واحد، استطاع المجتمع الغربي أن يصل إلى أكثر من مضاعفة العمر المتوقع للطفل عند ولادته، فقد غيّرنا من وجه الموت. وفي النمط السكاني (الديموغرافي: Demographic) الغربي، تجد أن غالبية السكان يصلون إلى العقد الأول من الشيخوخة على الأقل، ثم يصبح من المحتم علينا أن نموت بفعل واحد من ويلاتها.

وبالرغم من أن العلوم الطبية الأحيائية قد زادت كثيراً من «متوسط» العمر المتوقع لأفراد الجنس البشري، فإن «الحد الأقصى» للعمر البشري لم يتغير خلال التاريخ البشري المدون، والذي يمكن التحقق من صدقه. وفي الدول المتقدمة، لا يعيش سوى واحد من بين عشرة آلاف بعد سن المائة عام. وكلما كان من الممكن إجراء دراسة نقدية لادّعاءات «محطمي الأرقام القياسية» المزعومين، لم يتم إثبات صدق هذه المزاعم، وبذلك يكون أعلى سن وصل إليها إنسان في الأزمنة الحديثة، مما أمكن التحقق منه بصورة لا تقبل الشك، هو ١١٤ سنة. ومن المثير معرفة أن هذا الرقم يأتي من اليابان، والتي يعيش مواطنوها أكثر من مواطني أية دولة أخرى، وحيث يبلغ متوسط العمر المتوقع للنساء ٨٢,٥ سنة وللرجال ٧٦,٢ سنة. وعند مقارنة هذه الأرقام بمقابلاتها في الأمريكيين البيض، نجد أن متوسط العمر المتوقع للنساء هو ٧٨,٦ سنة، و٧١,٦ سنة للرجال. وحتى الزبادي (Yogurt) الأبيض المصنوع منزلياً، لا يمكنه التغلب على الطبيعة.

وهناك الكثير من الأدلة الأخرى التي تدعم النظرية القائلة بوجود حد لفترة الحياة خاص بكل من الأنواع الحية: ومن أكثر هذه الأدلة وضوحاً، التنوع الهائل في الحد الأقصى للحياة بين المجموعات الحيوانية المختلفة، والذي نجده متوافقاً مع فترة الحياة الخاصة بكل نوع منفرد منها. ومن الملاحظات البيولوجية الموحية الأخرى، نجد متوسط عدد أفراد الذرية لأي من صور الحياة الحيوانية، والذي ثبت أنه يتناسب عكسياً مع الحد الأقصى لحياة ذلك النوع الحيواني بالذات. فحيوان مثل الإنسان، والذي لا يحتاج فقط إلى فترة حمل طويلة، بل وإلى وقت طويل بصورة مفرطة قبل أن يصبح صغاره مستقلين بيولوجياً، يتطلب فترة حياة تناسلية مطولة لكي يضمن بقاء نوعه، وهذا هو بالضبط ما مُنحناه، فالبشر هم أطول أنواع الثدييات عمراً.

ولذلك كانت العمليات الشيخوخية مقاومة، في حدود ضيقة نسبياً، لأي من التغيرات المعروفة والمؤكدّة في العادات الشخصية، فلماذا إذن نُصرُّ على محاولتنا الماضية اليائسة للعيش لما بعد ما هو ممكن؟ ولماذا لا نستطيع إقناع أنفسنا بنمط الطبيعة غير القابلة للتغيير بالرغم من أن العقود الأخيرة قد شهدت وصول اهتمامنا بأجسامنا وبطول

حياتنا إلى حدة محمومة كانت غير معروفة في الأجيال السابقة؟ وقد حفزت مثل هذه المساعي المتفائلة، على الأقل، بعضًا من أفراد تلك المجتمعات التي خلّفت وراءها آثارًا تدل على وجودها. وفي فترة تاريخية مبكرة، وتحديدًا في أيام مصر القديمة، كانت هناك أدلة على وجود محاولات من الشيوخ لإطالة أعمارهم؛ فتحتوي بردية إيبس (Ebers)، والتي ترجع لأكثر من ٣٥٠٠ سنة مضت، على وصفة لإعادة الشيخ إلى صباه. وعندما كان العلم موشكًا على بزوغ فجر نوع جديد من الطب في القرن السابع عشر، كان هرمان بورهاف (Boerhaave)، وهو أبرع أطباء عصره، ينصح بأن يحاول الشيخ أن يستعيد صحته بالنوم بين فتاتين عذراوين شابتين. وقد حملنا التاريخ خلال الفترة الرعوية (Pastoral) لحليب الأمهات، والعلم الزائف (Pseudoscience) لاستخدام غدد القروء في محاولة استعادة عصارات الجسم التي أصابها الوهن، أما الآن، فنحن نعيش ما يمكن تسميته بعصر الفيتامينات C و E، ومع ذلك فلم يحدث حتى الآن أن يستعير أي زمن إضافي. وفي فترة أحدث، كان القليل من الباحثين يخبروننا بأن هُرمون النمو قد يُعدّ بزيادة كتلة الجسم الرخوة وكثافة العظام. ويصرُّ بعضنا على أن ذلك سيعني إمكانية جعل البشر أصغر مما هم عليه في الواقع. ونسمع الآن همهمة قديمة تقول بأن ما يسمى بالعلاج بالجينات (Gene Therapy) هو الحل، حيث سيضيف قطع وتوصيل الدنا (DNA) عقودًا من الزمن أو أكثر إلى الحد الأقصى للحياة. ويحاول العلماء المكتئبون يائسين أن يُقنعوا الصاخبين بأن ذلك ليس حقيقيًا فقط، بل وأنه يجب ألا يكون كذلك. ولم يتم استيعاب الدرس حتى الآن على الإطلاق، إذ سيكون هناك على الدوام من يصّر على البحث عن نبع الشباب، أو على الأقل محاولة تأجيل ما هو مقدّر بصورة حتمية. وهناك وجه للباطل في كلٍّ من ذلك، وهو ما يُدّنيّا، أو على أقل القليل، فهو مما لا يزيدنا شرفًا. وبعيدًا عن كوننا غير قابلين للاستبدال (Irreplaceable)، إلا أننا لا بد أن «نستبدل».

ولا تتفق أوهام كف يد الردى مع أهم مصالح نوعنا واستمرار تطور الجنس البشري، وبصورة أكثر وضوحًا، فهي لا تتفق وأهم مصالح أطفالنا نحن. وقد قال تينيسون^٣ بوضوح: «يجب أن يموت الشيوخ، وإلا سيتعفن العالم، ولن ينبج سوى الماضي مرة أخرى.»

^٣ Tennyson: ألفرد، لورد تينيسون (١٨٠٩-١٨٩٢م) شاعر إنجليزي، يُعد أشهر شعراء العصر الفيكتوري. (المترجم)

وترى عينا الشباب على الدوام كل شيء بصورة جديدة، وتعيد اكتشافه مستفيدة من معرفة ما حدث من قبل؛ والشباب هم الذين لا يوحلون في الطرق القديمة لمواجهة تحديات هذا العالم غير المثالي، ويتوق كل جيل جديد لإثبات ذاته، وفي محاولته لإثبات ذاته يسعى لتحقيق إنجازات عظيمة للبشرية. وبين الكائنات الحية يُعد أسلوب الطبيعة أن تموت وتنسحب من الحياة، فالشيخوخة هي الاستعداد للرحيل، والتوقف التدريجي للحياة، والذي يجعل نهايتها أكثر قبولاً؛ ليس فقط بالنسبة للمسنين، ولكن أيضاً بالنسبة لأولئك الذين يتكون العالم في عهدهم.

ولست أجادل هنا ضد الشيخوخة النشطة والمنتجة، ولست أطالب بالدخول بلطف إلى تلك الليلة الغائمة التي هي الشيخوخة المبكرة. فحتى يصبح ذلك مستحيلاً، يزيد التدريب العنيف، لكل من الجسم والعقل، من قيمة كل لحظة تعيشها، ويمنع حدوث ذلك الانفصال الذي يجعل الكثير منا يبذون أكبر مما هم عليه حقيقة. وأحدث هنا فقط عن ذلك الغرور الذي لا فائدة منه، والذي يشمل محاولات طمس الحقائق المؤكدة، والتي هي مكونات ضرورية للحالة البشرية. ولا يؤدي الإصرار على ذلك إلا إلى تحطيم قلوب من نحب وقلوبنا نحن أيضاً، ناهيك عن الموارد المالية للمجتمع ككل؛ والتي يجب أن تُنفق على رعاية الآخرين الذين لم يعيشوا الوقت الممنوح لهم حتى الآن. وعندما نتقبل فكرة أن هناك حدوداً واضحة للعالم للحياة، فسنرى أن بالحياة تناظراً أيضاً؛ فهناك إطار للعيش تتوافق معه جميع المتع والإنجازات والآلام أيضاً. وأولئك الذين يعيشون بعد الفترة الطبيعية الممنوحة لهم، يفقدون هيكلمهم، ويفقدون معه الحس اللازم بالعلاقة مع أولئك الذين يصغرونهم؛ ولا يحصلون إلا على حق الشباب الذين يُضيقون عليهم في وظائفهم وفي مواردهم. وحقيقة أن هناك وقتاً أمثل لفعل الأشياء الناجحة في حياتنا هي ما يخلق العجلة لفعل تلك الأشياء، وإلا فقد نركد في تسويق الحقيقة ذاتها؛ وهي أننا، وكما حذر الشاعر خليلته الغنجة، نُحسُّ فوق ظهورنا دوماً «باقتراب عربة الزمان المجنحة مسرعة نحونا»، وهذه الحقيقة هي ما يُحسن العالم، ويجعل من الزمن سلعة لا تقدر بثمن.

وقد كان مؤسس النمط الأدبي الذي نسميه بالمقال — وهو الفرنسي ميشيل دو مونتaign (de Montaigne)، والذي عاش في القرن السادس عشر — فيلسوفاً اجتماعياً يرى الجنس البشري من خلال العدسة الفاحصة للواقع غير المنطق وغير المتسامح، كما كان يسمع خداعه الذاتي بأذن المتشكك. وقد فكر في الموت طويلاً خلال سنوات عمره التسعة والخمسين، كما كتب عن ضرورة قبول جميع أشكاله المتعددة على أنها متساوية تماماً

في كونها طبيعية، وقد كتب قائلًا: «إن موتك جزء من نظام الكون، وهو جزء من حياة العالم ... وهو شرط وجودك.» كما كتب الرجل في مقال يحمل عنوان: «دراسة الفلسفة هي أن تتعلم كيف تموت»، قائلًا: «أفسح مجالاً للآخرين، كما أفسح آخرون مجالاً لك.» وقد آمن «مونتين»، والذي عاش في تلك الحقبة التي تميزت بعدم الاستقرار وبالعنف، بأن الموت يكون أيسر ما يمكن بالنسبة لأولئك الذين استغرقوا وقتاً أطول في التفكير به، كما لو كانوا يفعلون ذلك استعداداً لحدوثه الوشيك. وقد كتب أنه بهذه الطريقة وحدها، يمكنك أن تموت متقاعدًا وراضيًا «... بصبر وسكينة»، لكونك خبرت الحياة بشمولية أكثر بسبب الإدراك المستمر بأنها قد تنتهي فجأة، وفي أية لحظة. ومن هذه الفلسفة، ظهرت موعظته التي تقول: «تتكون فائدة العيش، ليس من طول أيامه، ولكن من استغلال الوقت؛ فقد يعيش الرجل طويلاً، ولم يعيش سوى القليل في الوقت نفسه.»

الفصل الخامس

مرض ألزهايمر

من الممكن وصف جميع الأمراض تقريباً من حيث السببية والفعل؛ فالأعراض التي يعرض بها المريض على طبيبه، والعلامات الجسدية التي تظهر من خلال الفحص، هي الآثار المباشرة لتغيرات مرضية شديدة التحديد داخل الخلايا والأنسجة والأعضاء، أو لاضطرابات في العمليات الكيميائية الحيوية للجسم. وبمجرد التعرف على هذه التحولات المستبطنة، يمكن أن يظهر أنها قد أدت حتماً إلى حدوث تلك المظاهر السريرية التي تمت ملاحظتها. وتتلخص وظيفة العمليات التشخيصية في إيجاد السبب، باستخدام تأثيراته كأدلة مساعدة. وعلى سبيل المثال فإن الانسداد الناتج عن التصلب العصيدي في الشريان المغذّي لقسم من عضلة القلب سوف يسبب حدوث الذبحة الصدرية أو الاحتشاء، مع الأعراض المرضية المصاحبة لهاتين الحالتين. كما يقلل الورم الذي يُنتج كمية هائلة من الإنسولين، من معدلات الجلوكوز في الدم بصورة خطيرة، مما يمنع التغذية المناسبة للدماغ، ويؤدي لحدوث الغيبوبة. ويسبب الفيروس الذي يهاجم الخلايا الحركية (Motor cells) في النخاع الشوكي (Spinal cord)، حدوث الشلل في تلك العضلات التي ترسل الخلايا المصابة إليها إشارات عصبية؛ وقد تلتف أنشودة من الأمعاء حول شريط من النسيج النُدْبِي الداخلي الناتج عن عملية جراحية، فيسبب الانسداد المعوي الناتج حدوث الانتفاخ، والقيء، والجفاف، واضطرابات كيميائية في الدم، والتي قد تتسبب بدورها في حدوث لانظمية القلب، وتملاً الزائدة الدودية المنفجرة تجويف البطن بالقيح، ويغمر الالتهاب الصَّفَاقِي (Peritonitis) الناتج تيار الدم بالجراثيم التي تسبب الحمى المرتفعة، والإنتان، والصدمة. وتمتد قائمة مثل هذه الأمثلة إلى ما لا نهاية، وهي المادة الرئيسية للكتب الدراسية الطبية.

ويحضر المريض إلى طبيبه بوحدة أو أكثر من العلامات أو الأعراض المرضية مثل الذبحة الصدرية، أو الغيبوبة، أو ساقين مشلولتين، أو قيء متواصل مع بطن متورمة، أو حمى مصحوبة بألم في البطن. وهنا يبدأ عمل التحري، ويرجع الطبيب إلى سلسلة الأحداث التي أدت إلى هذه المجموعة الملاحظة من الأعراض وغيرها من الموجودات السريرية عندما يستخدم اصطلاح الفيزيولوجية المرضية (Pathophysiology).

والفيزيولوجية المرضية هي مفتاح المرض. ولهذه الكلمة — بالنسبة للطبيب — دلالات خاصة تحمل كلاً من فلسفة وجماليات الشعر، وليس من المستغرب هنا أن نجد جزء من الأصل اليوناني للكلمة: «*physiologia*»، معنىً فلسفياً وشعرياً، وهو «استقراء طبيعة الأشياء»، وعندما نضيف إليها النصف الثاني: «*pathos*»، بمعنى «العذاب» أو «المرض»، نحصل على تعبير أدبي عن رُوح الهدف المنشود للطبيب، وهو استقصاء طبيعة العذاب والمرض الذي يصيب البشر.

وتصبح مهمة الطبيب هي التعرف على السبب المحرّض للمرض، بتتبع الماضي من خلال تسلسل الأحداث حتى يجد المسبب الحقيقي، سواء كان ذلك ميكروبياً أو هُرمونياً، كيميائياً أو ميكانيكياً، وراثياً أو بيئياً، خبيثاً أو حميداً، ولادياً أو مكتسباً للتو. ويتم الاستقصاء عن طريق تتبع الأدلة المتبقية في التلف الذي يمكن التعرف عليه، والذي يُحدثه الجاني في الجسم، وهنا يُعاد تمثيل الجريمة، ويتم وضع خطة للعلاج تخلص المريض من تأثير مسبب المرض.

وهكذا — وبصورةٍ ما — يكون كل طبيب اختصاصياً بالفيزيولوجية المرضية، ومحققاً يتعرف على المرض من خلال تتبع أصول أعراضه. وبعد أن يتم ذلك، يمكن اختيار لون العلاج المناسب. وسواء كان الهدف هو استئصال المراضة، أو تدميرها عن طريق العقاقير أو الأشعة السينية، أو مواجهتها بواسطة الترياقات (Antidotes)، أو تقوية العضو الذي تهاجمه، أو قتل الجراثيم المسببة لها، أو — ببساطة — بتعطيل فعلها حتى تستطيع دفاعات الجسم ذاتها أن تقهرها؛ فيجب إعداد خطة للعمل ضد كل مرض، إذا أردنا أن نتيح للمريض أية فرصة للتغلب عليه. وعندما ينهك الطبيب في الهجوم، مجاهداً للحيلولة دون وفاة مريضه، تكون معرفته بالسببية والفعل هي الترسانة التي يلجأ إليها لمساعدته في اختيار أسلحته.

وتتلخص نتائج الأبحاث الكيميائية الحيوية للقرن الماضي في أن الفيزيولوجية المرضية للغالبية العظمى من الأمراض قد أصبحت معروفة تماماً، أو على الأقل أنها باتت

معروفة بدرجة جيدة تجعل من الممكن إيجاد علاج فعّال ضدها. وتبقى بعض الأمراض التي لا تزال فيها العلاقة بين السببية والفعل أقلّ تحديدًا مما كنا نأمل فيه، ويصنّف القليل من هذه الأمراض ضمن أكبر جائحات عصرنا الحاضر. والمرض الذي نسميه اليوم «بالخرف الشيخوخي من نوع ألزهايمر»، لا يصنّف فقط ضمن هذه المجموعة، بل ويحمل التنغيص الإضافي بأن السبب الرئيسي لحدوثه ظل يخدع العلماء منذ أن تنبه المجتمع الطبي للمشكلة في عام ١٩٠٧م.

والمراسة الرئيسية في مرض ألزهايمر هي التنكس (Degeneration) المُطرَد، والفقد لعدد هائل من الخلايا العصبية في تلك المناطق من القشرة المخية المرتبطة بما يُعرَف بالوظائف العليا: مثل الذاكرة والتعلم والحُكم على الأمور. وتتناسب شدة وطبيعة الخرف (Dementia) الذي يعاني منه المريض في أي وقت محدد، مع عدد وموضع الخلايا العصبية التي أصابها المرض: ويكفي تناقص عدد الخلايا العصبية في حد ذاته لتفسير فقدان الذاكرة وبقية الإعاقات الاستعرافية (Cognitive)، لكنّ هناك عاملًا آخر يبدو أنه يلعب دورًا مماثلًا، وهو بالتحديد وجود تناقص ملحوظ في الأستيل كولين (Acetyl Choline)، وهو المركب الكيميائي الذي تستخدمه تلك الخلايا في نقل الإشارات العصبية. وهذه هي العناصر الأساسية فيما هو معروف عن مرض ألزهايمر، لكنها قليلة جدًا لدرجة أنها لا تكفي لتوفير رابطة مباشرة بين الموجودات التركيبية والكيميائية من جهة، وبين العلامات المحددة التي قد تظهر على المريض في أية لحظة بعينها من الجهة الأخرى. ولا تزال كثير من تفاصيل الفيزيولوجية المرضية للمرض تخدم أفضل الجهود الحثيثة للعلوم الطبية وتطرحها أرضًا.

وليس للعلامات المتتابة في تلك القوائم الطويلة للأسباب، والآثار، والمعالجات التي ظهرت في المقاطع السابقة، أي تناظر (Analogy) مع الوضع الحالي لمعرفتنا (أو جهلنا) بمرض ألزهايمر؛ فلسنا نعرف ذرّة عما يمكن أن يشفي المرض، أكثر مما نعرفه عما يسببه.

ونتيجةً لذلك، وفي سياق عرضنا للكيفية التي يقتل بها مرض ألزهايمر ضحاياه، فلن يكون من الممكن أن نتوقف هنا وهناك أثناء روايتنا للمسار المنحدر الذي يربط بين أعراض مرضية بعينها، وبين مراحل الفيزيولوجية المرضية التي هي علامات دالة على وجودها. فستكون مثل هذه الاستطرادات التوضيحية غير كافية ومحيرة في الوقت نفسه، لكن هناك بعض الأمور المثيرة للاهتمام «سيكون» بوسعها التوضيح، وسنعرضها هنا

في قائمة أخرى؛ «سيكون» من الممكن أن نستخدم التطور التاريخي المتدرج لمعرفةنا الحالية بالمرض بطريقة يمكن معها جعل الأوجه التي كثيراً ما تكون غامضة لوظائف الدماغ المضطربة، أكثر قابلية للفهم؛ و«سيكون» من الممكن التأريخ للملحمة العاطفية التي نجدها لدى عائلات الضحايا؛ و«سيكون» من الممكن معرفة ما يحدث للشخص المصاب، وكيف يمكن أن يموت أو تموت.

«لقد بلغ كل شيء ذروته قبل عشرة أيام فقط من عيد زواجنا الخمسين ...» كانت جانيت وايتنج (Whiting) تتذكر تلك السنوات الست المريعة لانحدار زوجها المأسوي إلى المراحل النهائية لمرض ألزهايمر. كنت قد عرفت جانيت وزوجها، فيل (Phil)، منذ سنوات صباي: كانا زوجين شابين جذابين للغاية عندما زارت أسرتي للمرة الأولى شقيتهما في أواخر الثلاثينيات؛ كان في الثانية والعشرين، بينما كانت هي في العشرين من عمرها. ومقارنةً بوالدي المهاجرين، واللذين كانا يستقرآن بوقار في الأربعينيات من عمريهما، كان آل وايتنج يبدوان كأنهما زوجان من نجوم السينما، أي زوجان شابان كانا من صغر السن بحيث لا يسعهما في هذه الشقة التي يقطنها سوى اللهو.

ولست أشك في الإعجاب الذي كان كلٌّ من جانيت وفيل يكرهه للآخر، لكنني شككت في احتمالية أن يكون اثنان تمتلئ حياتهما المشتركة بهذا القدر من المرح متزوجين بالفعل. كنت على يقين من أنهما يحاولان تجربة ذلك؛ فقد كنت أعرف من ملاحظاتي الشخصية أن الأزواج لا يتصرفون هكذا. وإذا توقع آل وايتنج أن تنجح حياتهما معاً، لكان عليهما ببساطة أن يكفّا عن التظاهر بأن كلا منهما مغرم بالآخر لحد الجنون.

ولكنهما لم يُقدِّما على ذلك، لدرجة كبيرة. وقد حافظ ذلك الزواج على مشاركة معينة من النوع الرقيق، تعلمت باطراد أن أقدرها عندما بلغت من السن ما يكفيني لكي أعرف شيئاً عما تعنيه العلاقة بين الرجل والمرأة؛ فحتى التعبيرات الإيثارية الواضحة عن الحب لم تختف من حياتهما على الإطلاق. وبمرور السنين، كان عمل فيل في تجارة العقارات قد ازدهر، وقد استبدل بشقته في حي برونكس بعد حين منزلاً جميلاً في مدينة وست بورت بولاية كونكتيكت، حيث تربى أولادهما الثلاثة. وبعد أن كبر الأبناء، انتقل فيل وجانيت إلى منزل فاخر مكون من طابقين في مدينة ستراتفورد. وعندما تقاعد فيل من عمله المتفرغ في سن الرابعة والستين، كان الأولاد قد استقلوا بحياتهم بنجاح منذ زمن بعيد، وكان هناك الكثير من المال، كما كان المستقبل يبدو آمناً.

وبعد عقود عديدة من الزمن لم ألتق خلالها بآل وايتنج بين أوائل العشرينيات والأربعينيات من عمري، التقى طريقي بطريقهما مرة أخرى في عام ١٩٧٨م، عندما

كانا يقيمان في منزلهما الفاخر الذي لا يبعد كثيرًا عن مسكني قرب مدينة نيو هافن. وقد كان قضاء ليلة مع هذين الزوجين طيِّبٍ القلب بالنسبة لي يعني الإعجاب باستقرار علاقتهما وبالإحترام الرقيق الذي كان متضمَّنًا حتى في أبسط الإشارات المتبادلة بينهما: كان اتحادهما قد حقق أكثر من مجرد تحقيق الوعود التي قطعاهما على نفسيهما خلال أشهر الزواج الأولى. وعندما تقاعد فيل كلية في نهاية الأمر، ثم انتقل مع زوجته جانبًا للإقامة بصورة دائمة في ديلري بيتش بولاية فلوريدا، أحسست وزوجتي بلوعة فراق صديقين حميمين. أما ما لم نكن نعرفه فهو أن أشياء صغيرة عجيبة كانت قد بدأت تحدث بينهما.

وحتى قبل انتقالهما، كان فيل — الذي استوعب عقله الذكي قراءة الكتب الثقافية في كلِّ من لحظات فراغه — قد توقف عن القراءة كلية، ولم يبدُ ذلك غريبًا بالنسبة لجانيت إلا فيما بعد، ولم تدرك إلا بعد مرور سنوات عديدة، لماذا كان فيل يصر على أن تنظم يومها بحيث لا يبتعد عن رفقتها على الإطلاق، وقد كان يتمم قائلاً: «لم أتقاعد لكي أبقى وحيداً»، عندما تكون متجهة لقضاء أمسية في المدينة. وخلال حياته السابقة، كانت نوبات الغضب نادرة بالنسبة له، أما الآن فقد أصبحت أكثر حدوثًا، كما تحولت إلى نوبات كاملة من الثورة العارمة خلال أواخر سنواتهم في ستراتفورد؛ كان فيل يجد أسبابًا، بصورة متزايدة، لانتقاد ابنته نانسي، بحيث كانت زياراتها للمنزل غالبًا ما تنتهي بالبكاء قبل عودتها بالقطار إلى شقتها في مدينة نيويورك. وبعد الانتقال إلى فلوريدا، حدثت نوبات متزايدة وغير مفسَّرة من اختلاط الذهن (Confusion)، كان فيل يستجيب لها بإنكار وغضب كما لو كان هناك دائمًا شخص آخر يلقي عليه باللوم. وقد ذهب، على سبيل المثال، غير مرة إلى المتجر الخطأ لقص شعره، ثم يوبخ الحلاق البريء بسبب إهماله المدعى للموعد الذي كان قد حدده مسبقًا في مكان آخر. وفي إحدى المرات، هدد فيل بضرب قائد سيارة مذهول في إحدى محطات تموين الوقود؛ بسبب أن ذلك الشخص كان بصدد استخدام أنبوب وقود مجاور، وقد حدث ذلك من رجل لم يرفع قبضته بغضب في حياته من قبل.

وقد ظهر في النهاية أول الأدلة الكبرى على أن هذه التدهورات الجديدة لم تكن مجرد شذوذاً متردية لموظف عجوز غير مستريح في تقاعده. وذات مساء، دعت جانيت على العشاء زوجين لم تكن رأتهم هي وفيل منذ سنوات بعيدة، وهما روث وهنري وارنر. كان فيل دائمًا مضيئًا كريماً، فخورًا بمائدة زوجته وبمعرفته الواسعة بصنوف الشراب. ولكون جسده قد امتلأ نوعًا ما في شبابه، فقد تعلم ارتداء حزام البطن (Girth) جيدًا،

بحيث كان بطنه الكبير وابتسامته العريضة يُشيعان جواً من السعادة المرحّة التي كانت تفيض بنوع من الكرم الفياض لروحه من الداخل. كان فيل رجلاً من السهل أن تحبه، كما كان يعرف كيف يوسع من جو الطيبة المريح الذي كان يشيعه وجوده ذاته: ففي بيته أو خارجه — إذ لم يكن ذلك يمثل أي فارق بالنسبة له — كانت أمنية فيل الوحيدة هي إسعاد جميع من حوله.

وهكذا، فخلال ذلك العشاء، كان طعام جانيت شهياً كالعادة، كما كان الشراب قد اختير من قبل فيل بعناية خبير، وقد كان حديثهم على المائدة يتراوح بين الحدة واللطافة، وقد كانت الليلة مغلفة بغلالة دافئة من المتعة الخالصة التي كانت معتادة بالنسبة لزياراتك إلى منزل آل وايتنج. وقد قال آل وارنر إنهما كانا يذكران جيداً تلك الأمسيات السعيدة التي أمضيها في الأيام الخوالي في الجو الدافئ لهذا الشعور الطيب.

وفي الصباح التالي، لم يكن فيل قادراً على تذكر شيء مما حدث؛ فلم يكن مدرّكاً أنه قد التقى بآل وارنر، ولم يكن هناك قدر من التفسير قادر على إقناعه بأنهم قد زاروا منزله. وتقول جانيت إن ذلك أفزعها، وقد كان عقلها يبحث حتى تلك اللحظة عن تبريرات لتفسير التغيرات التي لا يمكن إنكارها في السلوك الحديث لزوجها. ومع ذلك، وحتى عند نقطة اللاعودة التي بدت لها خلال ذلك الصباح، فقد حاولت أن تفسر آخر تلك النوبات الهادرة التي كانت تلاحظها دوماً، بقولها: «لقد فكرت في أنني أحياناً ما أنسى بعض الأمور بدوري، وربما كان سيحدثني عن تلك الأمور لاحقاً». كانت تحاول يائسة أن تشيح بوجهها من الرعب البواح للأفكار التي كانت تتقافز في رأسها لإدراكها بأنها موشكة على إقناع نفسها بعدم أهمية زلة زوجها الأخيرة.

ولكن البنيان الدفاعي الهش لجانيت انهزم، بعد عدة أسابيع، بفعل عرض لا يقبل الجدل فرض نفسه بتركيز شديد على خط رؤيتها المباشرة، رافضاً أن يتشتت — أو حتى أن يقلل من حدته — تحت تأثير قوى تبريرها الخائفة. وفي إحدى الأمسيات، وعند عودتها بعد غيبة استمرت لعدة ساعات عن البيت، وجدت نفسها في مواجهة زوجها الثائر، الذي اتهمها غاضباً بأنها كانت ذاهبة للقاء عشيقها، وقد كان الأمر الأكثر إحباطاً من ذلك الاتهام ذاته هو هوية ذلك «العشيق» المزعوم، وهو ابن عم لفيل كان قد توفي منذ سنوات طويلة. وتذكر ذلك جانيت بقولها: «في ذلك الوقت، لم أكن أعرف حتى ماذا يعني مرض ألزهايمر، لم أكن أعرف سوى أنني خائفة، كان هناك شيء بشع يحدث لفيل، ولم يكن بوسعي تجاهله أو أن أجد له المبررات بعد الآن».

ومع ذلك، وكأنما سيعني اتخاذ فعل ما تأكيد ما هو محتم، فقد ترددت جانبيت في طلب التأكيد الطبي لحالة زوجها، وربما كانت باقية على أملها في أن يكون زوجها قد تعرض ببساطة لبعض الاضطرابات العاطفية العابرة، أو أن نوبات السلوك غير المقبول التي كانت تصيبه لن تتطور إلى الأسوأ، أو أنها قد تختفي كلية بمرور الفترة اللازمة للشفاء؛ فقد كانت هذه النوبات، على أية حال، قصيرة الأمد، بالإضافة لكونه لا يذكرها، وبمجرد أن تنقضي، كان فيل يبدو غير مدرك تمامًا لما قاله أو فعله. وعندما تفكر جانبيت بذلك، حتى في يومنا هذا، فهي لا تتذكر تلك الأكاذيب الصغيرة الكثيرة التي خدعت بها نفسها لتهدئة القلق المتزايد، والذي كان مصاحبًا لها على الدوام، وفي الوقت نفسه لتأجيل الإعلان الرسمي عن أن حالة زوجها كان ميئوسًا منها.

وفي نهاية الأمر، أصبح من المستحيل الاستمرار في صرف أفكارها عن تفكُّك عقل زوجها، والذي بات يصحو من نومه بتكرارية متزايدة — في منتصف الليل — صارخًا فيها لكي تبتعد عن فراشهما، وقد كان يقول لها متسائلًا: «ماذا تفعلين هنا؟ منذ متى والأخت تنام في فراش أخيها؟» وفي كل مرة، كانت جانبيت تنفذ طلبه بأناة وتتركه يتخبط في غضبه، في حين تظل هي مستيقظة لبقية الليل على أريكة غرفة المعيشة، أما هو، فقد كان يعود سريعًا إلى نومه الهادئ، ثم يصحو في الصباح التالي غير متذكر لتلك النوبة التي أُلِّت به على الإطلاق.

وقد وصلا في النهاية إلى تلك النقطة التي لا يمكن فيها تأجيل تلك اللحظة الحاسمة؛ ففي أحد الأيام، وبعد نحو سنتين من حادثة آل وارنر، استخدمت جانبيت حيلة منسية الآن لإقناع زوجها بزيارة طبيبه، بعد أن أقنعت «نفسها» بذلك في النهاية، وبعد أن أخذ الطبيب منه تاريخًا مرضيًا مفصلًا، وبعد الفحص الجسدي، خرج الطبيب من غرفة الفحص وأعلن اسم المرض الذي أصاب فيل. وفي ذلك الوقت، كانت جانبيت قد ألفت بعض الشيء خصائص مرض الزهايمر، ولكن حتى توقعها للتشخيص لم يخفف من إحساسها بالصدمة، أو شعورها بالنهاية المحتومة لزوجها عندما سمعت تلك الكلمات وقد قررت هي والطبيب ألا يخبرا فيل بالأمر، إلا إن الأمر لم يكن ليختلف على الإطلاق لو كانا أخبراها؛ فقد كان في ذلك الوقت قد تخطى بالفعل كل شيء فيما عدا فهم مؤقت لمضامين مثل هذا التشخيص، كما لم تكن لديه القدرة على بذل أية محاولة لوصفه. وفي خلال دقائق من استماعه إليهما، كان سيصبح غير واعٍ بحالته الذهنية كما لو كانا لم يتحدثا على الإطلاق. وفي واقع الأمر أنه بعد ذلك بعدة أشهر، أبلغته جانبيت بالأمر. وعندما أصبحت

نوباته اللاعقلانية أكثر تكرارية، وزلات ذاكرته أكثر طولاً، كانت جانيت تفشل أحياناً في السيطرة على نفاذ صبرها؛ بيد أنها كانت تُحس بفيض فوري من الخزي يعترئها عندما كانت تعامل ذلك الرجل الطيب بنوبة متسعة من الغضب، أو حتى بكلمة حادة. وفي إحدى المرات، وبعد جدال مضجر بشكل خاص، صاحت فيه قائلة: «ألا ترى ما الذي أصابك؟ ألا تدرك أنك مصاب بمرض ألزهايمر؟» وعند وصفها لنوبة الغضب تلك، قالت لي: «لقد أحسست بشعور فظيع في اللحظة التي خرجتُ فيها تلك الكلمات من شفَتَيَّ». إلا إن حزنها لم يكن ضرورياً؛ فقد كان الأمر بالنسبة له كما لو كانت تُحدثه عن حالة الجو، فلم يكن فيل وايتنج واعياً بمأساته أكثر مما كان عليه قبل أن تتفوه ببنت شفة. وعندما يتعلق الأمر به، نجد أنه لم يتعرض لشيء سيئ؛ إذ لم يكن قادراً حتى على تذكر نسيانه. وبالنسبة لأي شخص تعرف عليه بصورة عابرة، كان فيل وايتنج العجوز الطيب الذي عرّفه في السابق، وهذا بالتحديد ما كان يعتقد أنه هو نفسه. وقد فعلت جانيت ما كان سيفعله أي إنسان وُضع في مثل موقفها المأسوي، فقد بدأت في البحث عن الكتب التي تساعد في فهم طبيعة الحالة العقلية للمصابين بمرض ألزهايمر. كانت هناك بعض الكتب الجيدة، لكن أفضلها على الإطلاق هو الكتاب المسمى صدقاً بـ «اليوم ذو الساعات الست والثلاثين»، وفي ذلك الكتاب وجدت جانيت تعليقات تؤكد ما قاله لها الطبيب منذ أيام، مثل: «ذلك المرض بطيء بطبيعته، إلا إنه متطور بصورة لا هواده فيها» و«غالباً ما يؤدي مرض ألزهايمر إلى الوفاة في غضون سبع إلى عشر سنوات، لكنه قد يتطور بصورة أسرع (من ثلاث إلى أربع سنوات) أو أبطأ (قد تمتد إلى خمس عشرة سنة)». وعندما تساءلت عما إذا كانت لا تشهد ببساطة أعراض الشيخوخة الطبيعية، وصلت جانيت إلى هذه الجملة: «إن الخرف ليس هو النتيجة الطبيعية للشيخوخة».

وهكذا، فقد عرّفت جانيت سريعاً أن ذلك كان مرضاً حقيقياً يجب عليها مواجهته، وأنه يحمل معه التأكيد الذي لا يقبل الشك بحدوث التدهور والوفاة. وقد تعلمت من كتاب «اليوم ذو الساعات الست والثلاثين» وغيره من الكتب معرفة التغيرات الجسمانية والعاطفية التي قد تتوقع حدوثها لزوجها، إضافة إلى تعلمها تلميحات هامة عن رعايته، ورعاية نفسها أيضاً، خلال تلك السنوات التي بدا مؤكّداً أنها ستكون مليئة بالأوقات العصبية وبالعذاب. ولكنها، في نهاية الأمر، وجدت أن «هذه مجرد كلمات؛ فهي لا تنفذ إلى الواقع بالفعل، فما يجعلك قادراً على فعل ذلك هو ما يكته قلبك». وبغض النظر عن الحد الذي بلغته في قراءاتها، وبغض النظر عن الكيفية التي حاولت بها أن تُعد نفسها

لاحتمال حدوث ما ذُكر صراحة في كتاب «اليوم ذو الساعات الست والثلاثين» من أنه «أحياناً ما قد يُقدّم ضحايا الأمراض المسببة للخرف على قذف الأشياء المحيطة بهم [أو] على ضربك..» ولم يكن بوسعها على الإطلاق أن تتوقع سلسلة الأحداث التي أفلتت الأمور من يديها في إحدى ليالي شهر مارس من عام ١٩٨٧م، بعد عام كامل من الرعاية المتفانية لزوجها. كانت تلك الليلة، حسب قولها: «قبل عشرة أيام تماماً من الذكرى الخمسين لزواجنا، بلغ كل شيء ذروته.» وما يلي هو وصفها لذلك الموقف بعد مُضيّ خمس سنوات:

لم يكن يعرف من أنا؛ فقد كان يظن أنني قد تسللت إلى المنزل، وأنني كنت أسرق حاجيات جانبية. ثم بدأ يدفعني بعنف، ويقذفني بأشياء مختلفة. وقد حطم بعض مقننات الأثرية لأنه لم يكن يعرف ما هي، ثم قال لي إنه سيتصل بابنتنا — نانسي — ليخبرها بما كان يجري ... وقد اتصل بها، وقد عرّفت على الفور ماذا كان يجري؛ فقالت له: «دعني أتحدث إلى تلك المرأة»، فدفعت إليّ بسماعة الهاتف قائلاً: «هاكِ ... ستحدث إليك ابنتي، وستخبرك بأن تغادري المنزل على الفور!». وعندما تناولتُ السماعه، قالت لي نانسي: «أمي، اتركي المنزل على الفور، وسأتصل بالشرطة.» وعندما أغلقت الخط، أمسك فيل بالسماعة، واتصل بدوره بالشرطة المحلية. وقد بقيت في المنزل بغباء، فبدأ يدفعني مجدداً، لذا فقد اتصلت بالشرطة بدوري ... تصور أن ثلاث سيارات للشرطة قد ظهرت في الوقت نفسه، وقد كنت في حرج شديد! وقد حضر رجال الشرطة وحاولت أن أشرح الموقف لهم، لكن فيل قال: «هذه ليست زوجتي، تعالوا معي، وسأريكم صورة زوجتي.» وبعد ذلك اصطحب أحد رجال الشرطة إلى غرفة النوم ليريه صورة زفافنا، وقد قال الشرطي بطبيعة الحال، بعد أن رأى الصورة: «تبدو هذه العروس مثل زوجتك الواقفة هنا»، إلا إن فيل أصرَّ على قوله: «إنها ليست زوجتي!»

وفي الوقت نفسه حضرت إحدى جاراتنا، وتعرّفت عليها؛ وعندما رأت ما كان يجري، تحدثت إليه برقة بالغة قائلة: «فيل، أنت تعلم أنني أحبك وأنني لن أكذبك القول: هذه المرأة هي جانبية، التفت حولك وستراها.» وهكذا، فقد التفت حوله ونظر إليّ، كما لو كان يراني لأول مرة وقال: «جانبية! حمداً لله أنك هنا! فقد كانت هناك امرأة تحاول سرقة ملابسك.» وهكذا كان الأمر.

وقد اقتاد أحد الضباط فيل إلى سيارته. وعندما سأل فيل: «سيظنون أنك تقبض عليّ»، أجيب: «كلا، فهم سيظنون أنك تصطحب صديقًا في نزهة بالسيارة.» وقد بدا على فيل الاقتناع بمثل هذا التفسير الساذج. وقد تم اصطحابه إلى مستشفى قريب، حيث ظل حتى يمكن حجز مكان له في إحدى دور الرعاية الخاصة.

طارت نانسي عائدة إلى المدينة لتكون بجوار والدتها، وقد كانتا تزوران المستشفى يوميًا. وقد اندهشتا في البداية من السهولة التي اعتاد بها فيل على النظام المتبع في عنابر المستشفى، لكنهما عرفتَا بعد ذلك أنه لم يكن يدري أين هو حقيقة. «كان يُعرِّفنا على أفراد هيئة التمريض في مكتب العنبر، وهو يقول لنا إنهن سكرتيراته، وأن المستشفى هو فندق يديره بنفسه.» وقد كان يتعرف دائمًا على جانيت، لكنها كانت لا بد أن تخبره في كل مرة بأن المرأة الشابة المرافقة لها هي ابنته. وبمرور الوقت، بدأ يفكر في أن جانيت هي خليلته، وفي النهاية لم تكن لديه أدنى فكرة عن تكون. وفي خلال أسبوع، تم إيجاد دار مناسبة للمسنين، وقد تم نقل فيل إليها. وبعد ذلك بأيام، قضت جانيت يوم احتفالها بالذكرى الخمسين لزوجها هناك، بجوار رجل كان يدرك أحيانًا لماذا هي هناك وأحيانًا ما لا يدري لذلك سببًا. وبالنسبة للحالة الحقيقية لعقله الذي أصابه الخرف، وبالنسبة للمأساة التي جرَّ إليها أسرته، فقد كان غير واعٍ تمامًا.

وخلال العامين ونصف العام التاليين، قضت جانيت معظم أوقاتها من كل يوم مع زوجها، باستثناء فترات قصيرة من الراحة كان يصر عليها أولادهما الذين كانوا يُجسّون بإرهاقها المزمّن، لذا فقد كانوا يعرفون متى تحتاج محنتها لأن تتغير قليلًا. وحتى لحظات حنقها لم تَفُتْهم، لكنهم كانوا يتفهمون تلك اللحظات أيضًا؛ لذا فقد كانوا يسامحونها بأريحية أكثر مما كانت تسامح نفسها. وبصرف النظر عن التفاني الذي اشتملت عليه رعايتها له، فقد كان حبيبها وأفضل أصدقائها قد هجرها لينحدر إلى الوحل وهو غير مدرك تمامًا.

وقد تطوعت جانيت للعمل في قسم العلاج الطبيعي، وقد شاركت لفترة قصيرة في أنشطة مجموعة دعم (Support Group) لأسر المصابين بمرض ألزهايمر؛ لكن مجموعات الدعم لا تستطيع سوى تحمّل جزء ضئيل من ذلك الحمل الذي يُثقل كاهل كل إنسان. وخلال فترة قصيرة، أدركت جانيت أن كلاً من ضحايا الخرف الشيخوخي يفرض أسلوبه الفريد من الألم على أولئك الذين يحبونه، وأنه لا بد من وجود نوع فريد من الاستجابة لبقاء كل فرد معذب منفرد. وقد وجد الأبناء الثلاثة أنه من المستحيل عليهم أن

يشهدوا عملية تدمير والدهم المحبوب، وقد كان ذلك شيئاً حسناً، فقد أغاثوا رُوح والدتهم، مستشعرين أنها كانت توفر الزاد العاطفي اللازم لتنفيذ المهام التي كانوا يعرفون أنه يتوجب عليها تأديتها.

وقد استجمع الابن الأصغر، جويي، بصورةٍ ما، القوة اللازمة لزيارة أبيه مرتين خلال فترة سجنه الطويل، إلا إن أباه لم يتعرف عليه ولم يتذكره. وقد سببت له زيارته تلك قدرًا لا يُطاق من الاضطراب، في الحين الذي لم تُقد فيه أباه على الإطلاق. أما ما أفاد والدته — وهو العون الحقيقي الذي كانت في أمس الحاجة إليه — فهو التيقن من أن العون إنما يأتي من أفراد الأسرة الواحدة، وليس من جماعات الدعم، ولا من الكتب، بل من خلال التفاني المتواصل لأفراد الأسرة وأولئك الأصدقاء القلائل الذين يستمد ولاؤهم جذوره من الحب.

«إن ما تُكِنُّه في قلبك هو ما يُمكنك من فعل ذلك.» فما كانت تُكِنُّه جانبيت في قلبها هو ما يجعلها تفعل من أجل زوجها أشياء لا يستطيع أن يفعلها سواها؛ لا المريضة ولا الطبيب، ولا الاختصاصي الاجتماعي. وسواء تعرّف الرجل عليها أم لا — وقد أصبح، بمرور الوقت، غير مدرك لوجودها على الإطلاق — فقد كان هناك شيء لا يمكن استعادته تقريباً بداخله، هو ما يحفظ عليه فهمه الضئيل والقاصي؛ إذ إنها كانت تمثل واحة للأمان والثقة والاعتمادية وسط جو محيط لا يمكن السيطرة عليه ولا معنى له بدونها. «عندما كان يراني مقبلة نحوه، كان يلوح لي بذراعه، لكنه لم يكن يعرف من أكون؛ فلم يكن يدرك سوى أنني مجرد شخص كان يأتي لرؤيته وللجلوس معه.»

في بداية الأمر، كانت صدمة ملاحظة تدهور فيل المستمر بصورة يومية تصيب جانبيت بالرعب، إلا إنها استطاعت أن تحتفظ بهدوئها عندما كانت معه بالفعل، برغم أن ذلك لم يكن يحدث دائماً: «في بعض الأحيان، خلال ذلك العام الأول لمرضه في دار الرعاية، كنت أشعر بالتمزق؛ لذا فقد كانوا يصطحبونني إلى إحدى الغرف للحديث معي، حتى أشعر بتحسّن طفيف في قدرتي على التحمل، إلا أنني في كل ليلة كنت أتوجه إلى المنزل وتعتريني نوبات هستيرية.» وقد أصبحت، بالتدريج، معتادة بالكاد على التدهور المستمر لزوجها؛ إلا أنها أدركت مدى صعوبة الأمر بالنسبة لغيرها ممن يقومون برعايته. وقد أرادت أيضاً أن تقوم بحمايته، كما أرادت أن يذكره الناس بتلك الصورة التي كان عليها من قبل، كرجل ذي نوايا حسنة نابضة بالحياة، كان يعيش ليس فقط بعزة نفس، بل بحس التميز الذي ينفرد به. «لم أكن أسمح لأصدقائنا بزيارته في دار الرعاية؛ فلم أكن أريدهم أن يروه على هذه الحال.»

وفي دار الرعاية، كان سير مرض فيل هو ما تصفه الكتب الدراسية الطبية تمامًا: «بطيء التطور، لكنه يتطور بصورة لا هواده فيها.» فقد احتفظ في بداية الأمر ببعض من طبيعته الطبية الألوفة، فيما يبدو بسبب اعتقاده بأنه كان مضيفاً لمجموعة من البسطاء الذين كان مسئولاً عن سعادتهم؛ فقد كان ينتقل من مريض لآخر، مرتدياً ملابسه الكاملة، مستفسراً عن أحوال كلٍّ منهم بطيبة قلب متميزة: «وكيف حالك اليوم؟ أتمنى أن تكون على ما يرام.» وفي بعض الأحيان، عندما تنشغل عنه جانبيت أو المريضة لبرهة وجيزة، كان يدفع الكرسي المتحرك لمريض أو مريضة حتى البوابة الأمامية للمبنى، كما لو كان يصطحبه في نزهة. وعند ذلك يكون لزاماً أن تجده في مكانٍ ما من الشوارع المحيطة، وهو يدفع مريضه المستكين بسعادة، غير مدرك للاضطراب الذي يسببه لكل من حركة المرور والمشاة.

وقد اكتسب فيل، خلال المراحل المتوسطة من مرضه، قدرًا ملحوظًا من عدم التوافق (Incongruity) بين الأفكار التي بدا أنه يحاول التعبير عنها وبين الكلمات التي كانت تخرج من فمه بالفعل. وبالرغم من أن هذا الأمر قد يحدث أحياناً لضحايا السكتة الدماغية، فإن أولئك يكونون على علم دائماً بعجزهم عن النطق بالكلمات المناسبة. لكن فيل كان غير مدرك تماماً لإعاقته. وتذكرُ جانبيت واقعة معينة حدثت عندما كانا يسيران معاً، فصرخ فيها قائلاً: «هذه القطارات تتأخر عن مواعيدها، افعلي شيئاً!» وعندما أجابته بقولها إنها لا تدري أين تكون هذه القطارات، رد عليها بحدة قائلاً: «ماذا حدث لعينيك؟ ألا ترين؟» ثم أشار لأسفل تجاه رباط حذائه المفكوك؛ وهنا أدركت جانبيت فجأة ما كان يعنيه: «كان يريدني فقط أن أربط له حذاءه، لكنه عبّر عن ذلك بهذه الطريقة، فقد كان يعلم ما يريد قوله، لكنه لم يتمكن من النطق بالكلمات المناسبة، إضافة إلى أنه حتى لم يدرك ذلك.» وبعد أن ظل فيل لفترة في دار الرعاية، بدأ وزنه في الازدياد، مما وصل به في النهاية إلى زيادة مقدارها خمسة وأربعون رطلاً على جسمه الذي كان ضخماً منذ البداية؛ بيد أنه بعد ذلك توقف عن الأكل؛ فقد نسي، في الواقع، كيف يمضغ الطعام. وقد كان على جانبيت أن تضع إصبعها في فمه لاستخراج بقايا الطعام حتى لا يختنق بها إذا ابتلعها. وعند حلول ذلك الوقت، كان قد نسي اسمه. وبالرغم من أنه قد استعاد قدرته على مضغ الطعام لاحقاً، فإنه لم يعرف بعد ذلك على الإطلاق من يكون. وحتى توقف عن الحديث كلية، كان ينظر بين الحين والآخر إلى جانبيت، للحظة خاطفة، برقة الأيام الخوالي؛ وقد كان يتمم، منتقياً تلك الكلمات نفسها التي استخدمها مرات لا تُحصى خلال نصف قرن

من حياتهما معًا، بكل الرقة والتفاني التي كانت مألوفة منه في تلك الأيام التي ولّت منذ زمن بعيد، قائلاً لها: «أحبك، أنتِ جميلة وأنا أحبك». وبمجرد أن يتلفظ بتلك الكلمات، كان دائماً ما يعُبرُ إلى الجانب الآخر: جانب النسيان.

وفي نهاية الأمر، فقد الرجل جميع أنواع الاتصال والتحكم؛ فقد أصيب فيل بالسلس^١ التام، غير أنه لم يكن مدرّكاً لذلك على الإطلاق: فبالرغم من أنه كان واعياً تماماً، فإنه لم تكن لديه أدنى فكرة عما كان يجري حوله. وعندما كان يغرق البول ثيابه ويتلخخ ببراذه أحياناً، كان لزاماً أن تُنزع ملابسه لتنظيف القذارة التي تَدنس تلك البقية الباقية من إنسانيته.

وتقول جانيت: «كان ذلك رجلاً ظل يفخر بمظهره على الدوام، ومعتزّاً بنفسه للغاية، بل ويمكنك القول بأنه كان مغروراً ... أما الآن، فأنت ترى فيل واقفاً هناك مجرداً من ثيابه بينما يقوم المساعدون بتنظيفه، في الحين الذي ليست لديه أدنى فكرة عما يدور من حوله ...» وهنا اغرورقت عيناها لأول مرة بالدموع، ثم أضافت قائلة: «يا له من مرض مُهين! ولو كانت هناك أية طريقة لتعرفه ما كان يجري له، فلم يكن ليرغب في الاستمرار في العيش؛ فقد كان مزهواً بنفسه لدرجة لا يستطيع معها أن يتحمل ذلك، وإني لسعيدة أنه لم يدرك ذلك على الإطلاق؛ فقد كان الأمر أكثر مما يجب أن يتحمّله أي إنسان.»

ومع ذلك، فقد تحملت ذلك هي نفسها، ولم تتساءل مرة عما إذا كان تحمّل ذلك هو ما يجب عليها فعله. كانت ترى أبناءها كثيراً، كما كانت تجالس غيرها من زوجات وأزواج المرضى الذين يشاركونها مأساتها «... نحن نجلس ونبكي معاً. وعندما كنت أكتسب القليل من القوة، كنت أحاول أن أساعدهم، فقد يصل بك الأمر إلى الحد الذي تأخذ فيه بعض الأشياء كما هي، وهذا ما علّمت نفسي أن أفعله.» وقد عرّفت أن مرض ألزهايمر، برغم أنه يصيب المسنين بصورة أساسية، فقد يصيب الأشخاص الأصغر سناً أيضاً؛ وقد كان بيت الرعاية يضم رجلاً في الأربعينيات من عمره، لم يكن فيه شيء متحرك سوى عينيه.

وعندما أوشكت النهاية، بدأ فيل يفقد وزنه سريعاً: ففي خلال العام الأخير من حياته، بدا الجلد وكأنما سيسقط عن وجهه، وقد كان على جانيت أن تشتري له أحذية

^١ Incontinence: عدم القدرة على التحكم في إخراج البول أو البراز. (المترجم)

جديدة، لأن قدميه انكمشتا بقدر درجتين، في حين أصبح جسمه منكمشًا وأصغر حجمًا، كما بدا أكبر سنًا بكثير جدًا عما كان عليه في واقع الأمر. وقد انخفض وزن ذلك الرجل الذي كان مفعماً بالصحة والحيوية في يوم ما، والذي كان يرتدي حُللاً أنيقة من قياس ٤٨، حتى بلغ ١٣٩ رطلاً (نحو ٧٥ كجم). وخلال كل ما مر به، لم يتوقف الرجل عن المشي يومًا: فقد كان يسير بصورة مستمرة ومهووسة، في كل مرة كان يسمح له فيها بذلك طاقم العاملين في الجناح. وقد حاولت جانيت أن تمشي بمثل خطواته السريعة، إلا إنها كانت سرعان ما تُحس بالتعب حتى تصل لمرحلة الانهيار، بينما يتابع هو سيره. وحتى عندما كان من الضعف بحيث كان يقف منتصبًا بالكاد، كان يجد القوة — بصورة ما — لأن يسير جيئةً وذهابًا، ثم جيئةً وذهابًا، حول أطراف الجناح الذي كان يقيم فيه. وعندما كان التعب يبلغ به حدًا لا يستطيع معه الاستمرار في السير، كان يسير مترنحًا حتى تمسك جانيت والمرضة بكتفيه وتدفعانه للجلوس على كرسيه، حيث يكون مقطوع النَّفس وأضعف من أن يستمر لأكثر من ذلك. وبمجرد أن يجلس، كان جسده الواهن يميل جانبًا، لأن فيل لم تُعد لديه القدرة على الاحتفاظ بتماسكه. وقد كان على الممرضات تقييده إلى الكرسي حتى لا يسقط إلى الأرض. وحتى عند ذلك، فلم تتوقف قدماه عن الحركة؛ فقد كان يجلس بعيدًا غير مدرك للعالم المحيط به، مقيّدًا إلى كرسيه برباط يحيط بخصره، مقطوع النفس نتيجة لجهوده التي لا تتوقف. ومع ذلك، فقد كان مستمرًا في تحريك قدميه كما لو كان يقلد السير بخطى مسرعة. كان يفعل ذلك بصورة تدعو للشفقة، وقد كان مدفوعًا لعمل ذلك، كما لو كان يحاول استعادة شيء فقده للأبد. وربما لم يكن الأمر كذلك على الإطلاق؛ فربما كان هناك شيء ما بداخله يعلم مصير أولئك الذين يبلغون المراحل النهائية لمرض ألزهايمر، وأنه كان يحاول أن يفرّ من ذلك المصير المحتوم.

وخلال آخر شهور حياته، كان لا بد من تقييد فيل إلى الفراش أثناء الليل لمنعه من الاستيقاظ ومواصلة سيره الذي لا ينتهي. وفي مساء يوم التاسع والعشرين من يناير من عام ١٩٩٠م، وفي العام السادس لمرضه، كان يزفر بنفس مقطوع نتيجة للجهد الذي يبذله في مسيراته السريعة والعنيفة، فتعثّر في كرسيه وسقط على الأرض، فاقدًا للنبض. وعندما وصل رجال الإسعاف بعد دقائق قليلة، بدءوا محاولات الإنعاش القلبي الرئوي بدون جدوى، فأسرعوا به إلى المستشفى الذي كان ملاصقًا لدار الرعاية. لكن طبيب غرفة الطوارئ أعلن وفاته بسبب الرجفان البطيني الذي أدّى إلى توقف القلب، ثم اتصل

بزوجته جانيت، والتي كانت قد اتجهت إلى منزلهما قبل أقل من عشر دقائق من بدء زوجها لتلك المسيرة النهائية إلى حتفه.

«عندما تُوفِّي، كنت سعيدة ... أعلم أنه يبدو فظيلاً أن أقول ذلك، لكنني كنت سعيدة لأنه استراح من ويلات ذلك المرض المهين. أعلم أنه لم يتعذب على الإطلاق، وأعرف أنه لم تكن لديه أية فكرة عما كان يحدث له، وقد كنت ممتنة لذلك. فقد كانت تلك نعمة؛ إذ كانت الشيء الوحيد الذي ساعدني على الاستمرار، طوال كل هذه الشهور والسنين. لكنه كان أمراً مُرعباً أن أرى ذلك يحدث لشخص أُكِنُّ له كل هذا الحب. أتعلم أنني عندما توجهت إلى المستشفى بعد وفاة فيل سألوني إن كنت أريد أن أرى جثته فأجبت بلا. كانت لي صديقة كاثوليكية متشددة، فلم تتمكن من فهم سبب رفضي ... لكنني لم أكن أريد أن أرى ذلك الوجه ميتاً. عليك أن تفهم أنني لم أشعر بذلك من أجلي أنا، بل من أجله هو.» وهكذا انتهت عملية تدمير فيل وايتنج. وحتى أثناء انحداره المأسوي إلى ضمور المخ، تم تجنب أسرته ذلك المنظر النهائي للتحلل المبيد الذي كثيراً ما يعمل على جسد الضحية غير الواعية. وليس من غير المألوف أن يصبح مرضى المراحل المتأخرة غير قادرين على التواصل، وغير قادرين على الحركة؛ بحيث تتخذ أجسامهم أوضاعاً شاذة أثناء تصلبهم (Stiffening) أو انحدارهم نحو الموت.

وقبل أن نَحِين النهاية بكثير، تُصبح مشكلة المراقبة الأساسية على مدى الساعة غير قابلة للحل بالنسبة لأغلبية الأسر؛ فحيث السلوك لا يمكن التنبؤ به، يجب منع تجوال المريض واستعداده لتحطيم ما حوله، أو التعامل معهما على الأقل. وتبقى تلك الحالات التي ينخدع فيها مُقدِّمو الرعاية ويقع فيها الضرر، برغم يقظتهم وحرصهم. ولذلك، فهناك سبب وجيه لاختيار مؤلفي كتاب «اليوم ذو الساعات الست والثلاثين» لذلك العنوان لكتابهم. وقد ينجم عن التهاون اللحظي لعملية المراقبة أدنى جسدي للمريض ولغيره، أو مشاجرات مع الجيران تدفع لحدوث الأفعال قبل أن تستعد لها الأسرة بكثير، فتستنزف الطاقات، ويذوي المرضى، وقد يجد حتى أكثر الأزواج أو الزوجات تصميمًا نفسه أو نفسها غير قادر على احتمال المزيد. وحتى تلك الأوجه الروتينية للرعاية التمريضية تواجه مستحيلات أسطورية^٢ تقهر أفضل الجهود التي يبذلها أمهر مقدمي الرعاية وأكثرهم

^٢ Sisyphian: نسبة إلى سيسيفوس، وهو ملك يوناني أسطوري تحكي الميثولوجيا اليونانية أنه، نتيجةً لعدد من الخطايا التي ارتكبتها، قد حُكِم عليه في العالم السفلي بأن يظل يدفع للأبد صخرة عظيمة حتى

إخلاصًا. وليس بالأمر الهين أن تجد المؤسسة التي يمكن للمرء أن يعهد فيها، بإحساس كامل بالطمأنينة، شخصًا كان يمثل شيئًا هامًا في حياتك الخاصة. وبالرغم من أن هناك أسبابًا عديدة لقصور مثل هذه المؤسسات، فإن أهمها قد تكون إحصائية فجّة مفادها أن مرض ألزهايمر يصيب أكثر من ١١ في المائة من سكان الولايات المتحدة فوق سن الخامسة والستين. ويُقدّر العدد الإجمالي للأمريكيين المصابين بالمرض — بمن فيهم أولئك المرضى الذين تقل أعمارهم عن الخامسة والستين — بنحو أربعة ملايين؛ وسيستمر استنزاف الموارد في الازدياد. وتشير التقديرات المستقبلية إلى أنه بحلول العام ٢٠٣٠م، سيصل عدد الأمريكيين الذين تبلغ أعمارهم الخامسة والستين فما فوق إلى نحو ٦٠ مليوناً أو يزيدون. وببلوغ التكاليف المباشرة وغير المباشرة لرعاية المصابين بجميع أنواع الخرف إلى نحو أربعين مليار دولار سنوياً (يوجه أغلبها لرعاية مرضى ألزهايمر)، يتفاقم حجم المشكلة باطراد. فهل هناك عجب، إذن، في أن تجد أسرة قلقة، تحاول بذل ما بوسعها لرعاية مريضها، نفسها كثيرًا مقهورة وبجاجة إلى التوجيه؟

ولحسن الحظ، فلا تزال هناك مؤسسات ملائمة للرعاية الطويلة المدى في الولايات المتحدة — من نوع تلك التي عثرت عليها جانيت وايتنج بالرغم من أن أعدادها غير كافية. وتنظم بعضها ما يسمى ببرامج الرعاية القصيرة الأمد (Respite Programs)، والتي تُقدّم لحالات الدخول قصيرة المدى: من أجل أن تُتيح لمقدمي الرعاية المرهقين بضعة أيام أو أسابيع من الراحة. ويتوافر القليل من برامج الضيافة (Hospice Programs) أيضًا. ومهما كانت درجة تردّد الأسرة في اتخاذ قرارها، فكثيرًا ما يكون إيداع المريض الطويل الأمد في دار للرعاية هو الحل الوحيد الذي يمكن الحصول به على بعض إجراءات السكنية.

وبمرور الوقت، ينزلق المرضى تدريجيًا إلى الاعتماد كلية على الآخرين. ومن المحتمل تمامًا أن أولئك الذين لا يتعرضون للإصابة بعمليات متزامنة (Intercurrent)؛ مثل السكتة الدماغية أو احتشاء عضلة القلب، سيدلفون إلى حالة تمّت تسميتها — بلا إنسانية ولكن بكثير من الدقة في الوصف — بحالة الركود الذهني والجسدي (Vegetative state). وعند هذه المرحلة، تكون جميع الوظائف العليا للدماغ قد فُقدت بالفعل. وحتى قبل ذلك،

قمة تل، حيث تسقط منه، وعليه أن يُعاود الكرّة مرة أخرى، والمقصود هنا أنها مهمة لا تنتهي ولا طائل من ورائها. (المترجم)

يكون بعض المرضى غير قادرين على المضغ، أو المشي، أو حتى على ابتلاع ريقهم. وقد تنتج عن محاولات تناول الطعام نوبات من السعال والاختناق، يرعب منظرها الرائي، خصوصًا عندما يشعر الأخير بخطئه. وتلك هي الفترة التي تواجه أفراد الأسرة بالقرارات الصعبة؛ مثل التغذية عن طريق الأنابيب، والعنف الذي يجب أن تنفذ به الإجراءات الطبية لداء تلك العمليات الطبيعية التي تهبط كبنات آوى (Jackals) — أو ربما مثل الأصدقاء — على الأشخاص الذين بلغ منهم الإنهاك مداه.

إذا اتُخذ القرار بعدم اللجوء إلى التغذية بالأنابيب، فقد يكون الموت بفعل سوء التغذية (المُخَمَصَة: Starvation) خيارًا رحيماً بالنسبة لأولئك المرضى الغائبين عن الوعي، أو الذين لا يمتلكون الحس الكافي بأهمية الأمر.

وربما يتم تفضيل سوء التغذية عن بقية الحلول البديلة؛ والتي تضم الشلل، وذلك النوع من سوء التغذية (Malnutrition) الذي غالبًا ما يصيب حتى أولئك المرضى الانتهايين الذين تتم تغذيتهم بأدق طرق التغذية الصناعية. ويجعل سلس البول، وعدم الحركة، والمعدلات المنخفضة لبروتينات الدم — من المستحيل عملياً تجنب الإصابة بقرح الفراش (Bedsore)، والتي قد تبلغ حدًا يجعل النظر إليها مُفزعًا، وهي تزداد عمقًا حتى تصل إلى نقطة كشف العضلات، والأوتار، وحتى العظام؛ بحيث تصبح مغطاة بطبقات من الأنسجة الميتة والقريح الكريه الرائحة. وعند حدوث ذلك، تخف الصدمة النفسية لأفراد الأسرة بدرجة قليلة فقط؛ لمعرفةهم بأن مريضهم لا يُحس بذلك.

ويؤدي سلس البول، وعدم الحركة، والحاجة إلى قسطرة (Catheterization) المريض، إلى حدوث عداوى المسلك البولي. ويؤدي عدم القدرة على إدراك وجود الإفرازات التنفسية أو ابتلاعها إلى شفت (Aspiration) المخاط إلى الشعب الرئوية؛ مما يزيد من احتمالية حدوث الالتهاب الرئوي. وهنا أيضًا، يجب اتخاذ قرارات علاجية صعبة، لا تتعلق فقط بالضмир الفردي، بل وبالمعتقدات الدينية، وبتقاليد المجتمع، وبالأخلاقيات الطبية. وأحياناً ما يكون الاتجاه الأمثل هو عدم اتخاذ مثل هذه القرارات، وترك الطبيعة القاسية لتقوم بمهمتها.

وبمجرد أن يبدأ، أحياناً ما يصبح سير المرض سريعاً للغاية. وتموت الغالبية العظمى من مرضى «حالة الركود الذهني والجسدي» لمرض ألزهايمر بفعل نوع من العدوى (Infections)؛ سواء ظهرت تلك العدوى في المسلك البولي، أو في الرئتين، أو في ذلك المستنقع المتعفن والمفعم بالجراثيم في قُرح الفراش. وفي العملية الحُموية (Feverish)

التالية، والمسماة بإنتان الدم (تسمُّم الدم: Septicemia)، تندفع الجراثيم إلى مجرى الدم؛ مما يتسبب سريعاً في حدوث الصدمة، واضطرابات نَظْم القلب، وشذوذات تخثر الدم، والفشل الكلوي والكبدى، ثم الوفاة.

وخلال المشوار الطويل للمرض، يتوجب على أفراد الأسرة معالجة مشاعر التناقض والعجز والأزمة؛ فهم يخافون مما يرونه، ومما يجب عليهم أن يروه لاحقاً. وبصرف النظر عن عدد المرات التي تم تذكيرهم فيها، يُصر كثير من الناس على الاعتقاد بأنهم يسمحون بالعذاب الواعي (Conscious suffering). ومع ذلك، فمن الصعب دائماً أن نسمح بالفراق. وقد تلعب بعض الحيل القانونية دوراً في العملية: مثل وصايا الأحياء (Living wills) والقوة المتينة للمحاميين، أي ما يسمى بالتوجيهات المسبقة (Advance directives). لكنها لا تتوافر في كثير من الأحيان؛ إذ تكون الزوجة أو الزوج الحزين، أو الأبناء الذين ينشغلون تماماً بمجابهة مشكلات عائلية خاصة بهم، غارقين في خضم بحر من المشاعر المتضاربة. وقد يزداد تعقيد صعوبة اتخاذ القرار بفعل صعوبة التعايش مع ما تم اتخاذ القرار بشأنه.

ومرض ألزهايمر هو واحد من تلك الجوائح (Cataclysms) التي يبدو أنها مُصممة بالخصوص لاختبار الرُّوح البشرية؛ فنبل وإخلاص جانبيت وايتنج ليسا شيئاً خاصاً بها وحدها، وقد يكون — بصورة قد تقل أو تزيد — هو العُرف المألوف. وليس سلوك جانبيت خارقاً للعادة، ففي الواقع إن مقدمي الرعاية المحترفين يتوقعون تقريباً أن أسر المرضى نادراً ما تتشكك في دورها في عملية رعاية المريض. وبطبيعة الحال، فإن التكلفة المادية لهذه الرعاية باهظة. فمن حيث التلف العاطفي، وتجاهل الأهداف والمسئوليات الشخصية، ومن حيث العلاقات المضطربة — وخصوصاً من حيث الموارد المادية — تصبح التكلفة الإجمالية مرتفعة بصورة لا يمكن احتمالها، فالقليل من المآسي البشرية الأخرى أكثر كلفة من هذه.

وكثيراً ما يبدو الأمر وكأن أسر مرضى ألزهايمر ينصرفون عن تلك الطرق العريضة الواضحة للحياة المتواصلة، بحيث تبقى متوقعة لسنوات، كلٌّ في الحيرة المُمضّة (Excruciating) الخاصة به. ويأتي الخلاص الوحيد مع وفاة الشخص المحبوب. وحتى عند ذلك، تبقى الذكرى والتجربة المرعبة لفترة طويلة، ويكون التحرر من هذه بصورة جزئية فقط؛ فترى بعد ذلك باستمرار صورة الحياة الجميلة التي عاشوها معاً، والإحساس بالسعادة والمنجزات المشتركة، ولو من خلال الزواج المُلطَّخ لتلك السنوات

الأخيرة من هذه الحياة. وبالنسبة للناجين، يصبح ميدان الوجود أقل إشراقًا ووضوحًا للأبد.

وربما كان من التعاليم المشتركة لجميع الثقافات البشرية أن تسمية الشيطان تقلل من الخوف منه. وأتساءل أحيانًا عما إذا كان السبب الحقيقي — والذي ربما كان موجودًا في اللاشعور الثقافي — في أن رواد الطب قد حاولوا دائمًا تحديد وتصنيف الأمراض المحددة بقصد مواجهتها أكثر من محاولة فهمها. وتصبح المواجهة، بصورة ما، أكثر أمانًا بمجرد أن نسم العدو بعلامة ما، كما لو كانت هذه العملية ذاتها هي ما يجعل الوحش الشرير يستقر في مكانه لفترة ما ويبدو قابلاً للترويض؛ أي أنها تفرض نوعًا من السيطرة على ما كان في السابق برية من الرعب الجامح. وعندما نطلق اسمًا على أحد الأمراض، فنحن نجعله متمدًا (Civilize) — فنسمح له بالمشاركة في اللعبة حسب قواعدها نحن.

وتسمية المرض هي الخطوة الأولى في تنظيم خطة مواجهته، وليس المجتمع العلمي وحده هو ما يمثل البديل العصري للدوائر والمربعات العسكرية، بل وأيضًا مجتمع المرضى، وأسرهم، والمتطوعون العاديون. ومنذ الثلث الأوسط للقرن العشرين، بدأ المرضى وأقاربهم في مشاركة مشكلاتهم، وأحيانًا ما يتكبدونه من نفقات، مع تلك الجماعات من نوع «المؤسسة الوطنية لشلل الأطفال»، و«جمعية السرطان الأمريكية»، و«الجمعية الأمريكية للداء السكري» — فلم يعد المصابون بهذه الجائحات، وأولئك الذين يتولون رعايتهم، بحاجة للبقاء في معزل عن غيرهم.

وفي حالة مرض ألزهايمر، نادرًا ما يكون المريض هو من يدرك الحاجة للصحة خلال تلك الرحلة الطويلة. وليست هناك إعاقة تقريبًا في عصرنا الحالي يمكن فيها أن يكون وجود جماعات الدعم مساعدًا، بطريقة قاطعة، على تأمين البقاء العاطفي (Emotional survival) لأقرب شهود عملية التفكك هذه. وهناك اليوم في الولايات المتحدة نحو مائتي فرع، ونحو ألف جماعة مساندة تعمل تحت مظلة جمعية مرض ألزهايمر والاضطرابات المتعلقة به (ADRD)، كما توجد جمعيات مشابهة في البلدان الأخرى. ولا تكفي هذه الهيئات بتقديم الدعم النفسي، لكنها تطالب أيضًا بزيادة الاعتمادات المالية المخصصة للأبحاث وأوجه التطوير السريرية المتعلقة بالمرض.

وهناك قوة في الأرقام، حتى ولو كان الرقم هو شخصًا واحدًا أو اثنين متفهمين بوسعهما تلطيف حدة الألم من خلال الفعل البسيط للاستماع. ويتكون هذا الألم من

أجزاء متعددة، وبعضها لا يمكن معالجته إلا من خلال مستمع متعاطف ومتفهم. فهل من الممكن ألا يصبح عبء هذا المرض مصدرًا للحَقِّ وأحيانًا للاشمئزاز لكل من يقع تحت تأثير ذلك المرض المقزز؟ وهل يمكن لأي فرد أن يفقد جزءًا كبيرًا من حياته أو حياتها بدون أن يستشيط غضبًا؟ وهل هناك من إنسان يمكنه أن يشاهد بصبر موضوع حبه أو حبه الأكبر ينتكس إلى اللافهم والتحلل؟

وتحتاج كلُّ من الأسر إلى المساعدة لكي تتفهم مدى خبث هجمة المرض، ليس على المريض وحده، بل وعلى أولئك الذين يقفون بجانبه. وليس الأمر أن أي نوع من المساعدة سيُتوقع أن يقدم طريقة للتحرر من ذلك العذاب، لكنه فقط سيجعل ذلك العذاب أكثر قابلية للفهم، وسيقدم نوعًا من التلطيف المؤقت للمحنة. وهو يعني معرفة أن شعور أفراد الأسرة بالغضب والإحباط ما هو إلا شعور عام لا يمكن اجتنابه، وطمأننتهم بأن آذانًا متفهمة ستصغي إليهم وبأن قلوبًا متفهمة ستشاركهم همومهم. وهذه هي المدركات التي بوسعها تخفيف الشعور بالوحدة والمشاعر التي لا مبرر لها بالذنب والندم، والتي تضخم من حجم اليأس الغامر الذي يظهر على كل من يصيبه ذلك القهر الروحاني (Spiritual subjugation) لمرض ألزهايمر.

ويبدأ الطريق نحو الانعزال من لحظة النطق بتلك الكلمات التي تخلع على العلامات المرضية المندرة بالخطر اسمًا. ويبدأ ذلك الفعل ذاته حركة العملية التي يمكن أن يوحد بها أفراد الأسرة دفاعاتهم مع تلك الخاصة بغيرهم من الملايين الذين يسرون بجوارهم. ولم يكن اسم هذا المرض موجودًا منذ قرن مضى، بالرغم من أن أوجه العملية المرتبطة به قد تمّت ملاحظتها ووصفها منذ قرون كجزء — غير محدد في ذلك الوقت — من تلك «البانوراما» الهائلة المسماة بالشيخوخة.

و«الخرف الشيخوخي من نوع ألزهايمر» هو اللقب الرسمي للمرض الذي يُشخّص اليوم في مئات الآلاف من الأشخاص في الولايات المتحدة وحدها. ويمثل المرض من ٥٠ إلى ٦٠ في المائة من جميع الأمراض المسببة للخرف، التي تصيب من تزيد أعمارهم عن الخامسة والستين، كما تصيب الكثير ممن لا يزالون في منتصف العمر. وتصف الجمعية النفسانية الأمريكية (APA) بداية المرض بأنها «مخاتلة» (Insidious)، مع «سير مرضي متطور ومتزايد السوء بصورة عامة، بعد استبعاد جميع الأسباب المرضية الأخرى من خلال التاريخ المرضي والفحص الجسدي والاختبارات المعملية. ويشمل الخرف فقدًا متعدد الأوجه للقدرات العقلية؛ مثل الذاكرة وقدرة الحكم على الأمور، والتفكير المجرد

(Abstract thinking)، وغيرها من الوظائف العليا للقشرة المخية، إضافة إلى حدوث تغيرات في كلٍّ من الشخصية والسلوك.»

ويُعرّف الخرف ذاته كالتالي: «فقدان للقدرات العقلية يصل إلى الحد الذي يعوق الأداء الاجتماعي أو المهني.» وخلف هذه الكلمات التي قد تخدعك ببساطتها، والتي ظهرت لآلاف السنين في السجلات الأدبية والتاريخية للحضارة الغربية، تجد واصفيها من المؤلفين الطبيين الذين كتبوها منذ القِدَم. وقد توصّل الأطباء تدريجيًّا إلى معرفة أن الأشخاص الأصغر عمرًا، بالإضافة إلى المسنين، تظهر عليهم دلائل حدوث تعطلٍّ في قدرات الحكم على الأمور والذاكرة، وأوجّه نقص عقلي عام ذات طبيعة متطورة. ومع ذلك، فلم يظهر اصطلاح الحَرَف (Dementia) في الكتابات الطبية حتى عام ١٨٠١م — عندما صاغه فيليب بينل (Pinel)، والذي كان وقتها كبير أطباء مستشفى «لو سالبيترييه» Le Salpêtrier، وهو مستشفى باريسي كان يخدم عدة آلاف من النساء المصابات بأمراض مستعصية ومزمنة مع مئات من المرضى والمجانين. وقد أُطلق على بينل هذا اسم والد العلاج الحديث للأمراض العقلية، نظرًا — في الأساس — لدقة أوصافه وتصنيفه للحالات المرضية النفسانية، وأيضًا لإدخاله للعامل الذي كان مفقودًا حتى عصره من اللطف الإنساني في رعاية المرضى العقلين من نزلاء المستشفيات، والذين كان الكثير منهم يُقيّد بالسلاسل والأغلال في السابق. وقد أطلق على مبدئه الحديث اسم «العلاج الأخلاقي للجنون» (Moral Treatment of Insanity). وقد صاغ بينل مفاهيمه المتعلقة بالأمراض العقلية في كتاب له نُشر عام ١٨٠١م، والذي أصبح واحدًا من الكتب الكلاسيكية في تاريخ الطب النفسي، بعنوان «العلاج الطبي-الفلسفي للاعتلال العقلي» Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale. وفي هذا النص، وصف حالة نفسانية محددة أطلق عليها اسم Démence (بالإنجليزية: Dementia، وبالعربية: حَرَف - عَتَه)، وقد عرّفها كنوع من «تفكك» الوظائف الذهنية. وفي مقطع وجيز بعنوان «الخصائص المميزة للخرف»، عرض بينل مجموعة من الأعراض المرضية يمكن أن يكتشفها على الفور أي شخص قائم على رعاية مريض بالحالة المرضية التي نطلق عليها اليوم اسم مرض ألزهايمر:

«تلاحق سريع، أو تبدُّلات متواصلة من الأفكار المنفردة، ومشاعر متطايرة وغير مترابطة [سواء كانت تلك مرتبطة إحداها بالأخرى، أو بأحداث الواقع الخارجي]. بالإضافة إلى أفعال شاذة متكررة باستمرار: نسيان شامل لجميع

الأحداث السابقة، إحساس متضائل بالانطباعات الخارجية، تعطل ملكة الحكم على الأمور، نشاط لا يفتّر.»

وربما كان بينل يصف تحديدًا حالة فيليب إدوارد وايتنج. وتُعد لفظتًا «التفكك» (Incoherence) و«عدم الترابط» وثيقتي الصلة بالموضوع بصورة خاصة، لكونهما متوافقتين تمامًا مع حالة الشبكات المعطلة لخلايا الدماغ، واتصالاته العصبية، والتي تُعد اليوم من العلامات الرئيسية للمرض. وقد كان بينل قادرًا على تفريق نوع الخرف الذي وصفه عن الشيخوخة التي تلاحظ عادةً عند تقدّم العمر.

وبالنسبة لكثير من الأطباء الممارسين، استُخدم لفظ «التفكك» كمرادف إكلينيكي ممتاز «للخرف». وقد أوضح جيمس بريتشارد (Prichard)، في مطبوع نشره عام ١٨٣٥م بعنوان «أطروحة في الجنون» (A Treatise on insanity)، عندما كان كبير أطباء مَصَحَّة بريستول في إنجلترا، أن المريض يمر بسلسلة من المراحل المحددة خلال فترة تطور المرض، وهو ما أسماه «بالمراحل المتعددة للتفكك»، وقد حدد أربعًا من تلك المراحل: تعطل الذاكرة، ومجانبة المنطق (Irrationality) وفقدان القدرة على التعليل (Reasoning)، وعدم الفهم، وأخيرًا فقدان الأفعال الغريزية والإرادية. وتقيد هذه الملاحظات حتى اليوم في تخطيط التدهور التدريجي لكلٍّ من المرضى؛ وبالمثل، فإن الكتّاب المعاصرين يكتبون عن وجود مراحل متعددة للمرض، وهذه المراحل هي نفسها التي وصفها بريتشارد.

كان تلميذ فيليب بينل ووريثه الفكري أحد خريجي كلية الطب التي يرجع تاريخ إنشائها إلى ألف سنة خلت في مونبلييه، وهو جان إيتيان دومنيك إسكيرول (Esquirol). وقد صمدت الملاحظات المتعلقة بالخرف، في كتاب إسكيرول الذي نُشر عام ١٨٣٨م بعنوان «عن الأمراض العقلية» (*Des Maladies Mentales*)، لاختبار الزمن. فبعد أن تُدرس هذه الملاحظات، لا يحتاج الأمر إلى المزيد من المناقشة بخصوص أعراض الخرف بالنسبة لأولئك الذين يريدون التعرف على السير الإكلينيكي للمرض كما تراه اليوم. وقد كتب إسكيرول عن أولئك المرضى قائلًا:

«ليست (لديهم) الرغبات ولا المكروهات، ولا البغض ولا الحنان. وهم يُظهرون أكبر قدر من اللامبالاة تجاه الأشياء التي كانت عزيزة عليهم في السابق؛ فهم يلتقون بأقاربهم وأصدقائهم بدون ابتهاج، ويتركونهم بلا ندم. وهم يشعرون بالضيق نتيجة للعزلة المفروضة عليهم، ويبتهجون بصورة أقل بالملذات المقدمة

لهم؛ فلم يُعد العالم المحيط بهم يستثير اهتمامهم، كما أصبحت أحداث الحياة غير ذات مغزى؛ لأنهم لا يستطيعون ربط أنفسهم بأي ذكرى، ولا بأي أمل. ولكونهم لا يبالون بأي شيء، فلا يمكن لأي شيء أن يؤثر فيهم ... ومع ذلك، فهم حادُّو الطباع، مثل كل الأشياء الواهنة. ويكون أولئك من ذوي القدرات العقلية الضعيفة أو المحدودة. وبالرغم من ذلك، فلا يدوم غضبهم لأكثر من لحظات ... ويعاني كل من يصاب بالخرف تقريباً، من «نوع من العادات أو الاهتمامات السخيفة» [التحديد من قبل إسكيرول]؛ فبعضهم يستمر في السير بلا انقطاع، كما لو كان يبحث عن شيء مفقود، بينما تكون مشية البعض الآخر بطيئة وهم يواصلون سيرهم بصعوبة، بينما يظل البعض الآخر — لمدة أيام، أو شهور وسنين — جالسين في المكان نفسه، أو قابعين في الفراش، أو ممددين على الأرض، ويستمر هذا النوع في الكتابة باستمرار، لكن أحاسيسه ليس بينها ترابط أو توافق، فالكلمات تتبع الكلمات ...

وترتبط الأعراض التالية بهذا الاضطراب في صحة الفهم: فالوجه شاحب، والعينان غائرتان ومبللتان بالدموع، والحدقتان متسعتان، والنظرة غير واثقة، وسميما الوجه (Physiognomy) بلا تعبير محدد. ويصبح الجسم أحياناً ناعلاً وهزيلًا؛ وأحياناً مكتنزاً باللحم ... وعندما يضاعف الشلل الخرف، تظهر الأعراض الشللية تبعاً: فيتعطل الحديث أولاً، وبعد ذلك بقليل يتم تنفيذ الحركات بصعوبة، وتتحرك الذراعان بلا ألم ... ولا يتخيل من يصاب بحالة الخرف أو ينهمك في التفكير، فليس لديه من الأفكار — إن وُجدت — سوى النزر اليسير. وهو لا يرغب في شيء ولا يُصر عليه، لكنه يستسلم؛ إذ إن الدماغ يكون في حالة موهنة.»

ومثله مثل كبار أساتذة الطب في عصره، كان إسكيرول يقوم بنفسه بتشريح جثث مرضاه عند وفاتهم. وفي تلك الأيام، عندما كانت المجاهر بدائية وبعيدة عن الدقة، كان عليه أن يعتمد على المظاهر العيانية من أجل تدوين ملاحظاته. وعلى الرغم من ذلك، فقد كانت النتائج مذهلة:

«تصاب تلافيف المخ بالضمور، بحيث تنفصل إحداها عن الأخرى، وتصبح قليلة العمق أو مسطحة، كما تنضغط ويصغر حجمها، خصوصاً في المنطقة الجبهية. وليس من غير المألوف أن تجد واحدة أو اثنتين من تلافيف السطح

المقعر للدماغ منخسفة أو ضامرة، ومحطمة تقريباً، بينما يمتلئ الفراغ الناتج بالمصل (Serum)».

وبهذا يكون إسكيول قد تعرف على الضمور المخي الذي يفسر الضمور العقلي. وقد تم إثبات صحة ملاحظاته مراراً وتكراراً على أيدي الباحثين التاليين له. ومع ذلك، فقد كان على التحليل المجهرى أن ينتظر الدراسات التي أجراها «ألويس ألزهايمر».

وقد تعرضت العلوم الطبية لكثير من التغيرات الجذرية خلال تلك العقود السبعة الواقعة بين إسهامات كل من إسكيول وألزهايمر، لكنَّ أيّاً منها لم تكن في مثل أهمية تطوير المجاهر ذات القوة الفائقة. وقد مكَّن الاستخدام الحاذق لهذه الأنظمة البصرية الجديدة العلماء في كليات الطب الألمانية من التوصل إلى كثير من الاكتشافات الكبرى خلال النصف الثاني من القرن التاسع عشر والعقد الأول من القرن العشرين. ومن خلال هذا التقليد الألماني للفحص المجهرى البالغ الدقة، أجرى ألويس ألزهايمر دراساته على الخرف.

وقد بدأ ألزهايمر حياته العملية أساساً كطبيب ممارس مهتم بالأمراض العصبية والعقلية، إلا أنه كان قد تلقى تدريباً جيداً على الطرق المعملية أيضاً. ولكونه حجة بالفعل في الأوجه السريرية للخرف الشيخوخي، فقد بدأ نجمه في الصعود نتيجة لدقة نتائج أبحاثه في علم الأمراض المجهرى؛ ولذلك فقد دعاه للعمل في جامعة هايدلبرج في العام ١٩٠٢م إميل كريبلين (Kraepelin)، وهو أحد رواد علم النفس التجريبي. وعندما تعاقد كريبلين في العام التالي للعمل في جامعة ميونيخ كي يتولى مسئولية العيادة ومركز الأبحاث الجديدين هناك، اصطحب معه ألزهايمر، الذي كان في التاسعة والثلاثين من عمره وقتها. وقد مكنت مهارة ألزهايمر في استخدام التقنيات التي تم تطويرها حديثاً لصبغ الأنسجة، من تعرُّفه على التغيرات التي تحدث في البنيان الخلوي، والمصاحبة لمرض الزُّهري (Syphilis)، و«رَقَص» هنتنجتون (Huntington's Chorea)، وتصلب الشرايين، والشيخوخة. وربما كانت أهم الخصائص المميزة لأبحاث ألزهايمر هي قدرته — التي بناها على خبرته العملية مع المرضى — على الربط بين نتائج أبحاث تشريح ما بعد الوفاة مع تلك الأعراض التي تظهر قبل الوفاة في أولئك الضحايا التعساء للعمليات التنكسية. وهذه الترابطات هي العناصر الأساسية في عملية تتبُّع المسبب والفعل في أبحاث الفيزيولوجية المرضية.

وقد نشر ألزهايمر، في عام ١٩٠٧م، دراسة بعنوان «حول الأمراض المحددة للقشرة المخية»: ويورد فيها تقريراً عن حالة مرضية لامرأة أُدخلت إلى مستشفى الأمراض النفسية في نوفمبر من عام ١٩٠١م. وقد كانت هذه هي أول دراسة عن مريض كان مرضه الأساسي يُعرف كوحدة مستقلة بذاتها يجب تفريقها عن كل ما عداها. وباستثناء أن اللغة التي كُتِب بها التقرير لم تكن فجّة تاماً، لظننا أننا نقرأ تقريراً كتبته إسكيرول: وباستثناء أن ألزهايمر لم يوضح، على وجه الخصوص، حدود كلٍّ من تلك «المراحل الأربع للتفكك»، لظننا أننا نقرأ تقريراً كتبته بريتشارد. وقد عرض ألزهايمر حالة المرأة التي كانت في الحادية والأربعين من عمرها، والتي مرت خلال الأعراض المتلاحقة للغيرة، وقصور الذاكرة، وجنون العظمة «البارانويا»، وتناقص قدرتها على التعليل المنطقي للأمر، وعدم الفهم، والخبل (Stupor)، وفي النهاية «بعد أربع سنوات ونصف السنة من المرض، حدثت الوفاة ... كانت المريضة في نهاية مرضها مخبولة تماماً؛ فقد كانت راقدة في فراشها وساقاها مكومتان من تحتها. وبالرغم من جميع الاحتياطات المرعية، فقد أصيبت بقَرَح الفراش». ولم يكن وصف السير الإكلينيكي للمريضة هو سبب وصف ألزهايمر لحالتها؛ فقد كانت مثل هذه الحالات مألوفة بالنسبة للأطباء حتى قبل عهد بينل وإسكيرول، بالرغم من أن هذين الطبيبين الفرنسيين كانا أول من قام بفصل هذه الحالات بحيث تقع ضمن المجموعة الجديدة للخرف. وفي واقع الأمر أن اصطلاح «الخرف قبل الشيخوخي» (Pre-senile Dementia) قد تمت صياغته قبل ألزهايمر بزمان طويل، وبالتحديد في عام ١٨٦٨م، من أجل وصف حالة أولئك المرضى الذين يصيبهم المرض وهم بعدُ في سنوات عمرهم الوسطى. كما أن ألزهايمر نفسه لم يكن يأمل في أن يكتفي بمجرد وصفه لقشرة مخية أخرى مصابة بالخرف، والتي كان من الواضح أنها ضامرة من خلال الفحص البسيط بالعين المجردة؛ فقد كان غرضه من دراسته التي أجراها عام ١٩٠٧م هذه، هو الحديث عما وجده حين قام بعمل قطاعات في دماغ هذه المرأة، ثم أضاف بعض الأصباغ إلى القطاعات الرقيقة، ثم فحصها تحت المجهر. وقد اكتشف ألزهايمر أن كثيراً من خلايا القشرة المخية كانت تحتوي على واحدة أو أكثر من اللُيْفَات (Fibrils) الشبيهة بالشعر، والتي تتحد في الخلايا الأخرى لتكوين مجموعات متزايدة الكثافة. وفيما بدا وكأنه مرحلة متأخرة من المرض، تفككت النواة وكامل الخلية بالمثل، مُخلّفة في مكانها حُزْمة كثيفة من اللُيْفَات وحدها. وقد وضع ألزهايمر في اعتباره حقيقة أن اللُيْفَات تمتص صبغاً مختلفاً عن ذلك الذي امتصته الخلايا الطبيعية، فيما اعتبره دليلاً على أن ترسب بعض النواتج

المرضية للاستقلاب هو سبب المآل المميت للمرض. وقد كان ما بين ربع وثلث الخلايا القشرية لتلك المريضة إما محتويًا على لُيُفَاتٍ أو أنه اختفى كلية. وبالإضافة إلى العمليات التدميرية داخل الخلايا، فقد وجد ألزهايمر تكتلات مجهرية، أو لويحات عديدة متناثرة في جميع أجزاء القشرة المخية، والتي تقاوم امتصاص الصبغة. وقد ظهر في الأعوام التالية أن هذه التكتلات مكونة من أجزاء متنكسة من الاستطالات العصبية المتشابكة المسماة بالمحاور (Axons)، والتي تتجمع حول لب المادة البروتينية المسماة بالنشواني بيتا « β -Amyloid». وحتى يومنا هذا، يُعد الوجود الدائم لما يسمى باللوّحات الشيخوخية (Senile Plaques) والشبكات اللُيُفِيَّة هي الدالّة الرئيسية التي يعتمد عليها التشخيص الجهري لمرض ألزهايمر.

ومع ذلك، فقد اتضح أن اللويحات النشوانية والشبكات العصبية اللُيُفِيَّة ليست موجودة فقط في مرض ألزهايمر وحده، بل في العديد من الحالات المزمنة الأخرى للدماغ البشري، حيث يمكن التعرف فيها على إحداها، أو كليهما. وحتى في حالة الشيخوخة الطبيعية يظهر على الأقل بعض من كلٍّ من هذين النوعين من التراكمات الخلوية، بالرغم من أن ذلك نادرًا ما يقع بالأعداد الكبيرة التي تميز مرض ألزهايمر. وسنعرف قدرًا كبيرًا من المعلومات الإضافية عن عملية شيخوخة الدماغ بمجرد اكتشاف أصول هذه اللويحات والشبكات الموجودة في ذلك المرض. وقد كان ألزهايمر من الحكمة بحيث لاحظ أنه يبدو أننا نواجه عملية مرضية محددة. وقد اتخذ أستاذه كريبلين خطوة إضافية للأمام؛ إذ أشار إلى المرض الجديد في الطبعة الثامنة لكتابه المرجعي، والتي صدرت عام ١٩١٠م، وقد سماها باسم «مرض ألزهايمر». وقد بدا أن كريبلين غير واثق من أهمية السن الصغيرة نسبيًا لمريضة ألزهايمر، من منظور حقيقة أن تاريخها المرضي كان مشابهًا لمثليها في أولئك المرضى الذين كانوا يندرجون في السابق تحت تصنيف الخرف الشيخوخي. وقد كتب قائلاً: «لم تتضح الأهمية السريرية لمرض ألزهايمر حتى الآن. وبالرغم من أن الموجودات التشريحية تشير إلى أن هذه العملية تتعلق بصورة وخيمة، على وجه الخصوص، من الخرف الشيخوخي، فإن هناك بعض الدلائل التي تشير إلى عكس ذلك، وبالتحديد حقيقة أن المرض قد يظهر حتى في نهاية العقد الخامس من العمر. ويمكن للمرء أن يصف مثل هذه الحالات على الأقل في إطار الشيخوخة المبكرة، إن لم يكن من الأفضل اعتبار أن هذا المرض غير معتمد على عمر المريض.» وربما أثر هذا الشك من رجل كان يعتبره الكثيرون بمثابة «الكاهن الأعظم» لعلم النفس العضوي، على الكتاب

التالين له بحيث علّقوا أهمية أكبر على استخدام كريبلين لاصطلاح «*Senium praecox*» (الشيخوخة المبكرة)، ولتجاهل اقتراحه بأن «هذا المرض غير معتمد على عمر المريض، بصورة أو بأخرى.» وربما نتيجة لسوء التفسير هذا، أصبحت فكرة أن مرض ألزهايمر ما هو إلا الخرف «قبل الشيخوخي» راسخة بين المسميات الطبية لمدة تزيد على نصف قرن.

وخلال سنوات قلائل من دراسة ألزهايمر السابقة الذكر، ذكرت تقارير نشرها غيره من الباحثين وصفاً لحالات مرضية مشابهة. وفي كلٍّ من تلك الحالات، لم يكن يختلف السير الإكلينيكي كثيراً عن مثيله في مريضة ألزهايمر الأصلية، وقد أظهرت تشريحات ما بعد الوفاة وجود ضمور واسع، كان أكثر وضوحاً في القشرة المخية، بالرغم من أنه كان مشتملاً للدماغ بكامله. وبالفحص المجهرى، كان من الممكن إظهار أعداد كبيرة من اللويحات الشيخوخية والشبكات الليفيّة. وبحلول عام ١٩١١م، كانت هناك اثنتا عشرة دراسة من تلك الدراسات الإضافية.

وقد بدا أن الشباب النسبي لبعض المرضى يميز الموجودات عن الأوصاف التالية لعمليات تشريح ما بعد الوفاة التي وُجدت فيها اللويحات الشيخوخية والشبكات الليفيّة في مرضى من جميع الأعمار، والذين بدا أن لكلٍّ منهم تاريخاً سريراً مختلفاً عن الآخر. وبحلول عام ١٩٢٩م، كانت هناك أربعة تقارير عن حدوث المرض في أشخاص تقل أعمارهم عن الأربعين، حتى إن هناك مريضاً قد بدأت أعراضه المرضية في الظهور عندما كان في السابعة من عمره. وربما تفاقمت المشكلة بفعل نوع من الانتقائية في تقرير الحالات، فمن الأكثر احتمالاً أن يكتب الأطباء عن الحالات التي تبدو غير عادية أكثر من تلك التي تبدو مألوفة تماماً. وبالإضافة إلى ذلك، ففي تلك البلدان (وهي الأغلبية)، حيث لا يُعتبر تشريح ما بعد الوفاة إلزامياً، تُجرى أغلب تلك العمليات التشريحية على المرضى الذين تبدو حالاتهم المرضية «مثيرة للاهتمام»؛ فماذا يمكن أن يثير الاهتمام أكثر من مريض شاب مصاب بمرض لا يصيب إلا الشيوخ عادةً؟ وبذلك، وفي أواخر العشرينيات من القرن العشرين، كانت الغالبية العظمى من التقارير الطبية التي تصف حالات لمرض ألزهايمر هي لمرضى صغار السن نسبياً، تتراوح أعمارهم بين الخمسين والستين.

وبالرغم من أنه من الواضح أن الأطباء الواعين قد أدركوا أن الدالات العمرية قد ظلت محتفظة بحدودها غير الواضحة المعالم، فإن المتلازمة المرضية ظلت تسمى بخرف ألزهايمر قبل الشيخوخي لعقود عدة. وقد كان ذلك هو الاسم الذي صادفته لأول مرة في الكتب الدراسية الطبية أثناء دراستي في كلية الطب في الخمسينيات.

والعملية التي تحوّل بها «خرف ألزهايمر قبل الشيخوخي» إلى تلك المتلازمة الأكثر تحديداً باسم «الخرف الشيخوخي من نوع ألزهايمر» هي حكاية مثالية (Paradigmatic) عن الطريقة التي تطورت بها الثقافة الطبية الحيوية خلال الثلث الأخير من القرن العشرين، وأعني بذلك مزيجاً من العلم، والتدخل الحكومي، إضافة إلى عامل يُفهم بصورة أوضح من خلال اصطلاح «الدفاع عن حقوق المستهلك» (Consumer Advocacy). وخلال تلك الأعوام الستين التالية لأبحاث ألزهايمر، تجمعت ببطء تلك الأدلة على أن هناك القليل — إن وُجد — من المصادقية في التفريق بين النمطين الشيخوخي وقبل الشيخوخي من المرض، عندما يتّسم النمطان بنفس الخصائص المرضية المجرية. وبعد إثارة هذه النقطة بقوة خلال مؤتمر عُقد عام ١٩٧٠م عن مرض ألزهايمر والحالات المرضية المتعلقة به، بدأ ظهور شبه إجماع علمي على أن بقاء مثل هذا التفريق العشوائي لا يتّسم بالخطأ فحسب، بل والتضليل أيضاً.

ومن الآثار الواضحة لذلك التوجه المغاير، كان تضمّن مظلة التشخيص لعدد هائل من المرضى المسنين المتمتعين بصحة جيدة تماماً وأفراد أسرهم. ومع استتارة الاهتمامات البحثية، بدأ العلماء — وهم مُحقّقون في ذلك تماماً — في اللّجج من أجل المزيد من الدعم المالي، وقد التمسوا ذلك العون من مصادر التمويل الحكومية. وقد كان ذلك يعني — في الولايات المتحدة — اشتراك المعاهد الوطنية للصحة (NIH) في العملية، وتجنيّد كل مُدافع عن حقوق المسنين قد يتمتع بأي نفوذ سياسي. وقد كان إيجاد المعهد الوطني للشيخوخة (NIA) هو الثمرة الطبيعية لهذه العملية.

وقد نتج عن تضافر جهود كلّ من العلماء، والمعهد الوطني للشيخوخة، ومقدمي الرعاية، إنشاء «جمعية مرض ألزهايمر والاضطرابات المتعلقة به» (Alzheimer's Disease and Related Disorders Association; ADRDA) وقد ظهر المرض — الذي كان يُعتقد أيام دراستي بكلية الطب أنه من الغرابة بحيث كان يُستخدم كسؤال تافه (Trivia) في جلسات الاستذكار في آخر الليل — كواحد من أكبر أسباب الوفيات حسب إحصائيات منظمة الصحة العالمية. وكنتيجة لجميع الجهود المتضافرة، بلغت الميزانية المخصصة لأبحاث مرض ألزهايمر في الولايات المتحدة عام ١٩٨٩م نحو ثمانمائة ضعف ما كانت عليه قبل عشر سنوات فقط.

وبالرغم من التقدم الهائل الذي حدث خلال الخمس عشرة سنة الماضية في مجال رعاية المرضى ودعم أولئك القائمين على تلك الرعاية، فإن التقدم في تلك الأوجه الطبية

الحيوية للمرض، مثل المسببات، والعلاج، والوقاية، لم يؤدَّ إلى التوصل إلى أي مسببات محددة للمرض، أو إلى وسيلة لعلاج، أو أية طريقة يمكن بها الوقاية منه.

وهناك بعض الأدلة على وجود استعداد وراثي للإصابة بمرض ألزهايمر، لكنها أقل من مقنعة في حالة المسنين، كما لم يتم إثباتها بصورة مُرضية في أولئك الأصغر سنًا، برغم التعرف على بعض العيوب الكروموسومية في عدد قليل من المصابين بذلك المرض. وأحيانًا ما تؤدي الاستكشافات المتعلقة بتأثير العوامل الخارجية — مثل الألومنيوم وغيره من العوامل البيئية، والفيروسات، وإصابات الرأس، ونقص المدخلات الحسية — إلى التوصل إلى نتائج مبشرة، وأحيانًا ما لا تؤدي إلى التوصل إلى أي شيء. ومثلما يحدث في الأمراض الأخرى ذات الأسباب الغامضة، فقد دُرست التغيرات الحادثة في الجهاز المناعي، بدون التوصل إلى نتائج قاطعة، حتى إن تلك الخسيصة الموجودة في كل مكان — أي السيارة — قد اهتمها البعض بالتورط في العملية. أما ما يبدو أكثر احتمالًا، فهو أنه سيثبت وجود عدد من الطرق المختلفة التي يؤدي كلُّ منها في النهاية إلى تلك العملية التنكسية الخاصة بمرض ألزهايمر. وقد اكتُشف أن بعض التغيرات الفيزيائية والكيميائية الحيوية تصاحب العملية المرضية، غير أن دورها في تلك العملية لم يتم تحديده بوضوح حتى الآن. وعلى سبيل المثال، توضح العينة (الخزعة: Biopsy) المأخوذة من القشرة المخية للمرضى وجود انخفاض من ٦٠ إلى ٧٠ في المائة من المعدلات الطبيعية للأستيل كولين (Acetyl Choline)، وهو عامل ذو أهمية حيوية في عملية النقل الكيميائي للإشارات العصبية. وفي الواقع إن المحاولات التي استهدفت العثور على علاج فعَّال للمرض قد ركزت بصورة كبيرة على البحث عن عقاقير قد تُحسِّن من أوجه النقص الحادثة في عملية النقل العصبي هذه.

وقد ظهرت مؤخرًا أدلة تشير إلى أن الأستيل كولين قد يلعب دورًا في تنظيم إنتاج الجسم من النشواني (Amyloid). ويبدو أن ذلك النشواني يزداد عندما تنخفض معدلات الأستيل كولين. وتقدم هذه النتائج رابطة مباشرة محتملة بين الخصائص الكيميائية للمرض وبين مرضيته الجهرية، وقد تؤدي إلى التوصل لطرق علاجية جديدة. ومن الأنباء المثيرة على وجه الخصوص، كان الاقتراح القائل بأن النشواني بيتا سام للخلايا العصبية، وإذا أمكن إثبات هذه الفكرة التي لا تزال محلًّا للجدل، فمن المحتمل أنه سيكون هناك وقتها سبب حقيقي للتفاؤل بخصوص البحث عن علاج فعَّال للمرض. ولتوضيح قدر الجدل العلمي الدائر حول تلك الفكرة، يجب أن ندرك أن علماء البيولوجيا العصبية لا

يزالون مختلفين حول مسألة كون النشواني بيتا مسبباً لتنكس الخلايا العصبية، أم أنه مجرد ناتج من نواتج تحطم هذه الخلايا.

وقد أضيفت أيضاً خاصية مجهرية ثالثة إلى ثنائي الشبكات الليفيّة واللويحات الشيوخية، وهي وجود فراغات خالية في بعض خلايا قرن آمون (الحُصين: Hippocampus) تسمى بالفجوات (Vacuoles)، تحيط بحبيبات منصبة بكثافة وغير معلومة الوظيفة. والحُصين هذا هو اللفظة اليونانية لحصان البحر، وترجع التسمية إلى الأطباء القدامى الذين أطلقوا الاسم على ذلك الجسم المنحني الرشيق، والموجود داخل الفص الصدغي (Temporal Lobe) للدماغ، لأن شكله المستطيل يوحي بصورة ذلك الحيوان الفريد. ويضطلع الحُصين بعملية اختزان الذكريات. وقد ظلت بعض وظائفه الأخرى متّسمة بالغموض، وليس هناك من هو واثق تماماً من أهمية تلك الفجوات والحبيبات التي تحتويها.

وهكذا، يبقى علماء المختبرات على حيرتهم وعملهم الشاق. ومن الصعب التصديق — باعتبار الكم الهائل من الأبحاث الجارية حالياً، والنتائج العديدة التي يتم التحقق من صحتها — بأن الحالة الراهنة لمعارفنا لا تمثل إلا مقدمة لحقبة ستبدأ فيها الاكتشافات الصغيرة في التجمع لتكوين أخرى هائلة. وهو ما يعني، في النهاية، نفس الطريقة التي ينتهجها العلم خلال هذا الثلث الأخير من القرن العشرين، عوضاً عن التوصل إلى قفزات هائلة للأمام.

وقد وصل الأطباء اليوم إلى النقطة التي يمكنهم فيها الوصول إلى التشخيص الدقيق للمرض في نحو ٨٥ في المائة من الحالات بدون اللجوء إلى تلك الإجراءات التشخيصية المعقّدة، مثل خِزعة الدماغ (Brain biopsy). ومن بين الأسباب العديدة المهمة للجهود التشخيصية المبكرة هو ذلك السبب المباشر والواضح بأن هناك أنماطاً قابلة للعلاج تُظهر قدرًا من خصائص الخرف قد يسبب الخلط بينها وبينه، مما يضاعف من حجم المأساة. ومن ضمن تلك الأسباب نجد الاكتئاب، والعقاقير، وفقر الدم (الأنيميا)، وأورام الدماغ الحميدة، وانخفاض معدلات نشاط الغدة الدرقية، إضافة إلى بعض الآثار العكوسة (reversible) للرضح (Trauma)؛ مثل خثرات الدم التي تضغط على النسيج الدماغي. وليست هناك تعازٍ في مرض ألزهايمر. ويمكن تلطيف حدة العذاب من خلال الرعاية التمريضية الجيدة، وجماعات الدعم، والقرب من الأصدقاء وأفراد الأسرة، ولكنه سيكون من الضروري في النهاية بالنسبة للمريض ومن يحبهم، أن يسيروا معاً عبر وادي الظلال

المتعرج، والذي يتغير في طريقه كل شيء للأبد. وليس هناك جلال في هذا النوع من الوفاة؛ فهو فعل عشوائي للطبيعة، وامتهان لإنسانية الضحايا. وإن كانت هناك حكمة لتعلمها، فلا بد وأن توجد في معرفة أن البشر قادرون على الإحساس بذلك النوع من الحب والولاء الذي يتجاوز، ليس التحقير الجسدي (*Physical debasement*) فحسب، بل وحتى السأم الروحاني لسنوات الألم والعذاب.

الفصل السادس

الاغتيال والسكينة

«الإنسان كائن هوائي جبري» (*Obligate aerobe*) ... هكذا، يتم تحديدها بالبساطة المباشرة لأي من القواعد الأساسية الواسعة الانتشار، من أيام «أبقراط» (Hippocrates)، حيث يقف سر الحياة البشرية. وقد اكتُشف اعتماد جميع أفراد الجنس البشري على الهواء، مثلما هو الحال بالنسبة لجميع الحيوانات الأرضية المعروفة، من قبل رجال القبائل البدائية، وقبل زمن طويل من أن يتميز بعض الأفراد عن رفاقهم «كمعالجين» (Healers). وبصرف النظر عن التطور التقني للأبحاث الجزيئية الفائقة الحداثة (Ultramodern)، وبصرف النظر أيضاً عن المسميات الغامضة المتزايدة للكتابات الحديثة المتعلقة بها، تعود دائرة المعرفة دائماً إلى نقطة بدايتها؛ فمن أجل أن يحيا الإنسان، فلا بد له من الحصول على الهواء.

وفي أواخر القرن الثامن عشر، اكتُشف أنه ليس الهواء بصورة عامة، بل أحد مكوناته — أي الأكسجين (Oxygen) — هو العامل الحيوي الذي تعتمد عليه الحياة. وهنا اكتسب مفهوم الإنسان ككائن هوائي جبري، معنى أكثر تحديداً: فليس لدينا من خيار، إذ تموت خلايانا، ونموت نحن معها، بدون الأكسجين. وبعد ذلك بقليل، اكتُشف أن امتصاص الأكسجين هو سبب تحوّل لون الدم على الفور من اللون القاتم المتعب إلى ذلك اللون الأحمر الزاهي للحياة المتدفقة أثناء مروره عبر الرئتين؛ وقد اكتُشف أن انتقال الدم إلى خلايا أنسجة الجسم القاصية هو سبب استهلاكه (*Exhaustion*) عند رجوعه مستنزفاً وأزرق من رحلته الطويلة، وهو يبدو وكأنه يلهث طلباً للهواء. ومنذ ذلك الحين، تم استكشاف دور هذا العامل الحيوي من عناصر الطبيعة، جيلاً بعد جيل، من قبل الآلاف المؤلفين من الباحثين، الذين دوّنوا اكتشافاتهم بجميع لغات العالم المعروفة تقريباً. ويقع الأكسجين

في النقطة البؤرية للعدسة التي يجب أن تتم من خلالها دراسة العملية المتواصلة للبقاء على قيد الحياة.

وبعد كل تلك السنوات وكل هذه الأبحاث، ظل علماء البيولوجيا البشرية يعودون مرارًا وتكرارًا لتلك الكلمات القليلة التي ظلت موجودة دومًا في فهم المرء لما يجب عليه فعله لكي يبقى على قيد الحياة؛ فالإنسان كائن هوائي جبري. وقد كان بوسعي أن أنتزع واحدًا من الأنماط المتعددة لهذه القاعدة من أيٍّ من ذلك الفيض من كتابات القرنين الماضيين عن هذا الموضوع، لكن مصدرها الفعلي يبقى مفيدًا للفهم. وقد عثرت عليه في مقال نُشر في عدد حديث لمجلة الكلية الأمريكية للجراحين [Bulletin of the American College of Surgeons]، بعنوان «ما الجديد في مجال الجراحة لعام ١٩٩٢م؟». ولم يبدُ المقال كصندوق الأسرار القديم للحكمة، كما هو الحال بالفعل، بل كحقيقة مؤكدة، مثبتة تجريبيًا، على المستوى الجزيئي. وما يمكن أن يكون أكثر إفصاحًا هو الظروف المحيطة بذلك المقال؛ فقد كان موضوعًا غريبًا وسط مقالات المجلة المتميزة بالتقنية العالية عن آخر التطورات في مجال العناية الحثيثة (Critical Care) وهو ذلك التخصص الفائق (Superspecialty) الحديث تمامًا، والذي تم استحداثه للدفاع عن الحد الأقصى للوجود الذاتي للمريض بدءًا لا شفاء منه، وهو الساحة النهائية للمعركة المحتدمة بين القوى المنهكة للحياة ومهاجميها الأقوياء الذين يطلقون المرض من أجل قهرها.

ومكان ممارسة هذا التخصص الجديد هو غرفة العناية المركزة، واستراتيجيته الدفاعية الأولية هي الإبقاء على إمداد مأمون من الأكسجين لخلايا الجسم المحاصرة (Beleaguered). ومن المؤكد أن أسلافنا من سكان الكهوف كانوا سيوافقون على أن ذلك هو الشيء الصحيح الواجب فعله، فقد أمضى الراحل ميلتون هيلبيرن (Helpen) — الذي كانت جثث المرضى تُرسل لتُشترَح في معمله إذا تمت خسارة المعركة — جل حياته العملية في محاولة سبر تلك «الأبواب العشرة آلاف للموت»، وقد كان يصل دائمًا للنتيجة المستبطنة ذاتها: ليس هناك من أكسجين كاف.

ويتخذ الأكسجين سبيلًا مباشرًا بصورة مميزة في رحلته من الهواء المستنشق إلى وجهته النائية، وهي الخلية المعتمدة جبريًا على الهواء. وبعد المرور الفعلي خلال الجدر الرقيقة لأسناخ الرئتين (Alveoli) والشبكة المتصلة بها من الشعيرات الدموية، تربط جزيئات الأكسجين نفسها بتلك الصبغة البروتينية لخلايا الدم الحمراء التي تنطلق عليها اسم الهيموجلوبين (Hemoglobin)، والذي يُعرف بعد ذلك باسم الهيموجلوبين المؤكسج، وتحمل الجزيئات المقترنة من الرئتين إلى الجانب الأيسر للقلب، ثم خارجه عبر الشريان

الأورطى إلى الطرق السريعة الواسعة، والممرات الضيقة للدورة الدموية الشريانية، حتى تصل إلى الشعيرات الدموية القاصية في تلك الأنسجة التي تُعد تغذيتها هدفًا لرحلتها. وبمجرد وصولها، يفصل الأكسجين نفسه عن رفيقه في السفر، أي الهيموجلوبين. وهو يترك خلايا الدم الحمراء كما يهبط المسافر من إحدى عربات السكك الحديدية، ثم يدلف إلى كلٍّ من خلايا النسيج الحي المنفردة سويًا مع مواد كيميائية لازمة للأداء الطبيعي لوظائف هذه الخلية. وفيما قد يُعتقد أنه نوع من التبادل (Exchange)، ينتشر غاز ثاني أكسيد الكربون إلى الدوران الدموي، والذي يحمل معه أيضًا مخلفات الحياة الخلوية، حتى يتم تدميرها أو إفرازها عبر أعضاء التنقية المتعددة المواهب بصورة مدهشة؛ وهي: الكبد، والكُلَيَتان، والرئتان.

ومثل أي جهاز جيد للتسليم والاستلام، يعتمد هذا النظام على انسياب متواصل ومتوقع للمرور — حيث «المرور» في هذه الحالة هو الدم. والصدمة (Shock) هو الاصطلاح المستخدم لوصف تسلسل الأحداث الذي يقع عندما يكون جريان الدم غير كافٍ للملاقة احتياجات الأنسجة. وقد تنتج الصدمة عن فشل المضخة القلبية (كما في حالات احتشاء عضلة القلب)، أو عن انخفاض كبير في حجم الدم الدائر (كما في حالات النزيف). وتسمى هاتان الحالتان، بالترتيب، بالصدمة القلبية (Cardiogenic) والنزفية (Hypovolemic).

ومن المثيرات المألوفة الأخرى للصدمة، نجد تسمم الدم (الإنتانية: Septicemia)، وهي تعني دخول نواتج العدوى إلى مجرى الدم. ولما يسمى بالصدمة الإنتانية آثار هائلة على الوظائف الخلوية، كما سنناقش لاحقًا، لكن من أفعالها الرئيسية أنها تتسبب في إعادة توزيع الدم؛ بحيث يركد (Pool) في بعض الشبكات الوريدية الهائلة، مثل تلك الموجودة في الأمعاء، ومن ثم يُفقد في الدورة الدموية العامة. ومهما كان السبب، فلجميع أنواع الصدمة نتيجة واحدة: وهي حرمان الخلايا من مصدرها للتبادل الكيميائي الحيوي ومن الأكسجين، وهو العامل النهائي لموتها.

ويتحدد موت الخلايا من عدمه، وكذلك يتحدد ما إن كان سيموت منها عدد كافٍ لقتل المريض، من خلال فترة بقاء حالة الصدمة. فإذا استمرت تلك لفترة كافية، فستكون مميتة في الغالب. وهذه «الفترة الكافية» هي، بالطبع، مصطلح نسبي: فما طول هذه الفترة الكافية؟ ... يعتمد ذلك على درجة لأكفاية (Incompetence) الدورة الدموية. فعندما يتوقف جريان الدم تمامًا، مثلما يحدث في حالات توقف القلب، تحدث الوفاة خلال دقائق معدودة؛ أما إذا انخفض فقط إلى معدلات تقل نوعًا ما عن تلك اللازمة

للبقاء على قيد الحياة يستغرق الاحتضار وقتاً أطول، وتحدث الوفاة بمعدلات متباينة في الخلايا المختلفة بناءً على كمية الأكسجين الذي تحتاجه خلاياها. ولكون الدماغ حساساً بصورة خاصة للنقص في كلٍّ من الأكسجين والجلوكوز، فهو يصاب بالقصور سريعاً؛ ولأن حيويته هي الدالة (Criterion) القانونية للبقاء على قيد الحياة، فمن الواضح أن هناك حدوداً ضيقة بين الموت وبين استمرارية البقاء في أولئك الأشخاص المصابين بقصور في الدورة الدموية المخية. ويُعد انقطاع إمداد الأكسجين للدماغ عاملاً مهماً ضمن مجموعة شديدة التباين من الوفيات العنيفة.

وبالرغم من أن حيوية الدماغ هي الدالة القانونية المستخدمة حالياً لتحديد حدوث الوفاة فإنه تبقى هناك فائدة لتلك الطريقة الخالدة التي ظل الأطباء الممارسون يشخصون بها حدوث الموت على الدوام. و«الموت السريري» هو الاصطلاح المستخدم لاحتواء تلك الفترة القصيرة الواقعة بعد أن يتوقف القلب عن النبض نهائياً، والتي لا يحدث خلالها أي دوران دموي، أو تنفس، أو دليل على وظيفة الدماغ، إلا أن الإنعاش يبقى فيها ممكناً. وإذا حدث هذا التوقف بصورة مفاجئة، كما في حالات توقف القلب، أو النزيف الحاد، لا يتبقى سوى وقت قصير قبل أن تفقد الخلايا الرئيسية حيويتها — وحيث قد تنجح تلك الإجراءات، مثل الإنعاش القلبي الرئوي، أو نقل الدم السريع، في إنعاش المريض الذي انتهت حياته ظاهرياً — وقد لا تزيد هذه الفترة على الدقائق الأربع. وتلك هي اللحظات الحاسمة التي نقرأ عنها ونراها مجسدة على شاشات التلفاز. وعلى الرغم من أن محاولات الإنعاش تكون فاشلة في الغالب، فهي تنجح في حالات عديدة كافية لكي يُسمح بتشجيع القيام بها، بشرط توافر الظروف الملائمة. ولأن الأفراد الذين هم أقرب للبقاء على قيد الحياة بعد مرحلة الموت السريري هم الذين تكون أعضاؤهم أكثر حيوية — والذين هم من غير المصابين بسرطان في مراحله النهائية، على سبيل المثال، أو بمرض موهن مثل تصلب الشرايين أو الخرف — فيظل استمرار بقائهم على قيد الحياة ممكناً، وذا قيمة محتملة كبيرة بالنسبة للمجتمع، على الأقل من حيث القدرة على المشاركة. ولهذا السبب، يجب أن تدرّس أساسيات عمليات الإنعاش القلبي الرئوي لكل شخص متحمس.

وكثيراً ما يسبق الموت السريري (أو يصاحب أولى دلالاته) أكثر من مجرد فترة لحظية تسمى بالمرحلة النزاعية [مرحلة سكرات الموت (Agonal Phase)]. ويُستخدم نعت (Adjective) «نزاعي» [Agonal] من قِبل الأطباء الممارسين لوصف الأحداث المرئية التي تقع عندما تكون الحياة بصدد انتزاع نفسها من البروتوبلازم الذي يبلغ من

الضعف حدًّا لا يستطيع معه الاحتفاظ بها بعد ذلك على الإطلاق. ومثله مثل توعمه الاشتقاقي (Etymological) — غُصّة الموت [الألم المبرح: Agony] — فهو مشتق من الجذر اليوناني Agon؛ بمعنى الصراع. ونحن نتحدث عن «سكرات الموت» بالرغم من أن الشخص المحتَضِر قد يكون بلغ حدًّا أبعد من أن يمكنه الإحساس بها، وبالرغم من أن كثيرًا مما يحدث هو ببساطة نتيجة للتقلص العضلي الذي تسببه الحموضة النهائية للدم. وقد تقع اللحظات «النزاعية» — والتسلسل الكامل للأحداث التي هي جزء منها — في جميع صور الوفاة؛ سواء كانت تلك مباحة أو تالية لفترات طويلة من الانحدار نحو المرض النهائي، مثلما يحدث في حالات السرطان. وتشبه الصراعات الظاهرية لتلك اللحظات النزاعية، نوبات الاعتراض العنيفة التي تنبع في أعماق اللاشعور البدائي (Primitive unconsciousness)، والألم المبرح للرحيل المتعجل للرُّوح. ومهما كان استعداده المسبق لذلك، في صورة شهور من المرض السابق، يبدو الجسد مترددًا في قبول الانفصال. وفي اللحظات النزاعية النهائية، تتصاحب البداية السريعة للنسيان النهائي إما مع توقف التنفس وإما مع سلسلة قصيرة من الشهقات اللاهثة الكبرى، وفي أحيان نادرة قد تكون هناك حركات أخرى أيضًا، مثل التضيق العنيف الذي أصاب العضلات البلعومية لجيمس مكارتي، مما جعلها تنبج بهذه الصورة المرعبة. وفي الوقت نفسه، يزفر الصدر أو الكتفان مرة أو مرتين، وقد يكون هناك تشنج «نزاعي» وجيز. وتندمج المرحلة النزاعية بمرحلة الموت السريري، ومنها إلى خلود الموت.

ولا يمكن أن يُخطأ مظهرُ وجه فارقه الحياة منذ فترة قصيرة كفقْدان للوعي؛ ففي غضون دقيقة من توقف القلب عن النبض، يبدأ الوجه في اكتساب شحوب الموت الرَّمادي المُبَيِّض الذي لا تخطئه العين؛ وبطريقة غامضة وموحشة، سرعان ما تبدو الملامح شبيهة بتلك الخاصة بالجثث، حتى بالنسبة لأولئك الذين لم يروا جثة لميت من قبل. وتبدو جثة الإنسان كما لو كانت رُوحه (essence) قد فارقه — وقد فعلت ذلك بالفعل — فهو يرقد هناك مستقلقيًا بلا حراك، فلم يعد منتفخًا بفعل تلك الرُّوح الحية التي كان الإغريق يطلقون عليها اسم «*pneuma*»، فالامتلاء النابض بالحياة قد ولى بلا رجعة، فقد «تجرد الرجل استعدادًا للرحلة الأخيرة» — إن تبدأ جثة الميت في عملية الانكماش — وفي غضون ساعات قلائل سيبدو الميت «وكأنه في نصف حجمه الأصلي تقريبًا». وقد أعاد إرف لبسينر تمثيل هذا الانكماش عن طريق نفخ نفسه عبر شفّتيه المضمومتين. ولا عجب إذن أن نقول عن حديثي الوفاة إنهم قد «زهّقت أرواحهم» (Expired).

وتكتنف الموت السريري نظرة مميزة له؛ فستقرر ملاحظة تستغرق ثوانٍ قليلة لأحد ضحايا توقف القلب أو النزيف الحاد، جدوى محاولات الإنعاش. وإذا بقي هناك أي شك، فهناك العينان لتُفحصا: فإذا كانتا مفتوحتين، فستكونان — بداية — زجاجيتين (Glassy) وعميائين، ولكنهما، إذا لم تبدأ عمليات الإنعاش على الفور، فستفقدان في غضون أربع إلى خمس دقائق بريقهما المميز، ومن ثم تصبحان كمدتّين (Dull)، مع توسع الحدقتين، قبل أن تفقدنا نور البصر إلى الأبد. وسرعان ما يبدو وكأن هناك غلالة رقيقة ذات لون رمادي غائم قد كست كلاً من العينين، بحيث لا يمكن لأي إنسان أن ينظر من خلالهما ليرى أن الرّوح قد غادرت ذلك الجسد. ولكون استدارة العينين المميّزة معتمدة على شيء لم يعد موجوداً، فسرعان ما تتفلطح كرة العين، بحيث تصبح مرئية بالكاد، وهو تفلطح أبدي ليس من بعده قيام.

ويتم التيقن من غياب الدورة الدموية بغياب النبض (Pulse)، فلا يجد الإصبع الباحث للفاحص أيّاً من العلامات الدالة على وجود شريان نابض أسفل منه. كما تكون العضلات المحيطة — إن لم تكن قد انخرطت بعدُ في ضرب من التشنج (Spasm) — قد بدأت في اكتساب الملمس المتيبس (Flaccid) لشرائح اللحم الممددة في ثلاجة العرض في حانوت القصاب. كما يفقد الجلد مرونته، وتذهب تلك اللمعة الخفيفة التي كانت تلتمع يوماً كأسلوب للتعرف المنعكس (Reflected recognition) على الضوء الطبيعي: وعند تلك النقطة، تكون الحياة قد انتهت — فلا يمكن استعادتها بأي قدر من عمليات الإنعاش القلبي الرئوي.

ومن أجل الإعلان القانوني عن الوفاة، لا بد من وجود أدلة لا تقبل الشك على أن الدماغ قد توقف عن العمل. وتتميز دالات (Criteria) الموت الدماغية المستخدمة حالياً في غرف العناية المركزة بكونها شديدة الخصوصية؛ فهي تشمل تلك الأعراض (signs) مثل فقد جميع المنعكسات (reflexes)، وفقد الاستجابة لجميع المثيرات الخارجية العنيفة، إضافة إلى فقدان النشاط الكهربائي للدماغ كما يظهر في التخطيط المسطح لتخطيط كهربية الدماغ (flat E.E.G.) والذي يستمر لعدة ساعات متواصلة. وعند تلبية هذه المعايير (مثلاً، يحدث عندما ينتج الموت الدماغية عن إصابات الرأس أو السكتة الدماغية المنتشرة)، يمكن سحب جميع وسائل الدعم الاصطناعية؛ وهنا سيتوقف القلب، إن لم يكن قد توقف بالفعل، مما ينهي جميع أوجه الدورة الدموية.

وعند توقف دوران الدم، يمكن للموت الخلوي أن يكمل نفسه ذاتياً؛ فأول ما يذهب هو الجهاز العصبي المركزي، بينما يكون النسيج الضام للعضلات والبنى الليفية آخر

ما يذهب. وأحياناً ما يمكن — عن طريق الاستثارة الكهربائية — إحداث التشنج العضلي حتى بعد الوفاة بساعات؛ كما تستمر بعض العمليات العضوية، والمسماة باللاهوائية (Anaerobic) لأنها لا تعتمد في عملها على الأكسجين، في عملها لساعات عدة؛ مثل مقدرة خلايا الكبد على تحطيم الكحول إلى مكوناته الأساسية. والحقيقة المفترضة أنها معروفة جيداً بأن الشعر والأظافر تستمر في النمو لفترات زمنية متفاوتة بعد الوفاة، ليست بحقيقة على الإطلاق، فلا يحدث شيء من ذلك مطلقاً.

وتتوقف ضربات القلب، في أغلب الوفيات، قبل أن يتوقف الدماغ عن العمل. وبصفة خاصة في الوفيات المفاجئة الناتجة عن الرضخ — فيما عدا إصابات الرأس — ينتج توقف نبض القلب في الغالبية العظمى من الحالات عن الفقد السريع لقدر من الدماء يزيد عما يمكن احتمالها. ويشير جراحو الطوارئ لهذا النزيف باصطلاح «الاستنزاف» (Exsanguination)، وهو اصطلاح أكثر رشاقة من ذلك الأكثر شيوعاً — وهو «النزيف الحاد» (Bleeding out). وقد ينتج الاستنزاف عن تمزق مباشر لأحد الأوعية الدموية الكبرى أو عن إصابات الأعضاء المفعمة بالدم؛ مثل الطحال، أو الكبد، أو الرئتين، بل أحياناً ما يتمزق القلب نفسه.

وعادةً ما يكفي الفقد السريع لنحو نصف إلى ثلثي حجم الدم في الجسم لإيقاف القلب. وبما أن الحجم الكلي للدم يعادل نحو ٧-٨ في المائة من وزن الجسم؛ فنزيف قدره ثمانية باينتات (أي نحو ٤,٨ لترات) في رجل يزن نحو ١٧٠ رطلاً (أي نحو ٧٧ كيلوجراماً)، أو نزيف قدره ستة باينتات (نحو ٣,٦ لترات) في امرأة تزن ١٣٠ رطلاً (نحو ٥٩ كيلوجراماً)، قد يكون كافياً للتسبب في حدوث الموت السريري. وعند تمزق وعاء دموي بحجم الشريان الأورطي، تستغرق العملية أقل من دقيقة؛ بينما قد تستغرق هذه العملية، عند حدوث تمزق في الطحال أو الكبد، نحو الساعة، وقد تستغرق أياماً، في تلك الأحيان النادرة التي لا ينتج فيها نزيف متواصل عن التمزق.

ومع فقدان البايينتات الأولى، يبدأ ضغط الدم في الانخفاض، ويتسارع معدل ضربات القلب في محاولة لتعويض الحجم المتناقص من الدم لكل ضربة. وفي النهاية، لا يمكن لأي قدر من التكيف الداخلي أن يعوض المفقودات، فيصبح ضغط وحجم الدم الواصل إلى الدماغ أقل بكثير من أن يَبْقَى على الوعي، ومن ثم يَدْلِف المريض إلى الغيبوبة.

وتصاب القشرة المخية بالفشل أولاً، لكن الأجزاء «السفلى» من الدماغ، مثل جذع الدماغ (Brain stem) والنخاع المستطيل (Medulla oblongata)، تظل مستمسكة بالحياة لفترة أطول، وبذلك يستمر التنفس، بالرغم من أن ذلك يحدث بصورة متزايدة

الاضطراب. وفي نهاية الأمر، يتوقف القلب شبه الفارغ، وقد يصاب بالرجفان قبل أن يتوقف تمامًا، وهنا تبدأ «المرحلة النزاعية»، وتخبو جذوة الحياة.

وقع هذا التسلسل الرهيب للأحداث بكامله — النزيف، والاستنزاف، ثم توقف القلب، واللحظات النزاعية، والموت السريري؛ وأخيرًا الوفاة التي لا عودة منها — خلال جريمة قتل بشعة بشكل خاص اقترفت منذ سنوات قلائل في مدينة صغيرة من أعمال ولاية كونكتيكت، لا تبعد كثيرًا عن المستشفى الذي أعمل به.

وقع الهجوم في أحد أسواق الشارع المزدحمة، على مرأى ومسمع من أعداد لا تُحصى من المارة الذين فرُّوا من مسرح الجريمة خوفًا من غضب القاتل الجنوني. كان القاتل لم ير الضحية قبل لحظة المذبحة الوحشية على الإطلاق، بينما كانت الضحية طفلة جميلة ومرحة في التاسعة من عمرها.

كانت كاتي ماسون (Mason) قد أتت من مدينة مجاورة لحضور السوق، بصحبة والدتها — جوان — وشقيقتها كرسيتين، التي تبلغ السادسة من عمرها. وقد رافقتهما صديقة جوان — سوزان ريتشي (Ricci) — التي اصطحبت معها طفليها لورا وتيمي، اللذين كانا في مثل عمر طفلي آل ماسون تقريبًا. وفي الواقع إن كاتي ولورا كانتا صديقتين حميمتين درستا رقص الباليه (Ballet) معًا منذ كانتا في سن الثالثة.

وأثناء تجوال المجموعة مع باقي الجمهور في أحد الأسواق الفرعية المقابلة لفرع محلات «ولورث» (Woolworth) المحلي، أخذت كرسيتين الصغيرة تجذب ذراع والدتها للفت انتباهها لعروض خيول «البوني» (Pony) القصيرة، والتي كانت تدور على الجانب المقابل من الشارع، متوسلة إليها أن تصحبها إلى هناك. وقد عبرت جوان الطريق، بعد أن تركت كاتي مع الآخرين، متجهة نحو العرض. وبمجرد أن وصلت للجانب المقابل، سمعت جوان جلبة قادمة من مكان ما خلفها، ثم سمعت صرخة حادة لطفل، فالتفتت، وألقت بيد كرسيتين، ثم تقدمت خطوات قليلة نحو مصدر الصوت. كان الناس يتفرقون جريًا في كل اتجاه، محاولين النجاة بأرواحهم من رجل ضخم رث الهيئة، كان يجثم فوق طفلة صغيرة ملقاة على الأرض، بينما كانت يده اليميني المشرعة تطعن الفتاة بغضب شديد. وحتى من خلال غمامة عدم الفهم الذي شل حركتها، فقد عرفت جوان على الفور أن الفتاة التي كانت راقدة على جانبها تحت قدمي الرجل المجنون لم تكن سوى ابنتها كاتي. وفي البداية، لم ترَ جوان سوى ذراع الرجل؛ لكنها أدركت في الحال أن تلك اليد كانت تقبض بعنف على آلة طويلة ملطخة بالدماء، كانت هذه الآلة سكينًا للقنص يبلغ

طولها نحو سبع بوصات (نحو ١٧,٥ سنتيمترًا). وباستخدام كل ما أوتي من القوة، ظل القاتل يهوي بسكينه مرارًا وتكرارًا، بحركات متواترة متواصلة، على وجه وعنق كاتي. وفي لحظة خاطفة، كان الجميع قد فروا من المكان، فأصبح القاتل والضحية وحيدين فجأة. ولما لم يكن هناك ما يعوق عمله المجنون، انحنى الرجل أولاً، ثم جلس بجانب الطفلة، وهو يمزق أوصالها بتلك الطعنات التي لا تتوقف لذراعه الغاضبة. وعندما رأت الأرض وقد احمرّت بلون دم ابنتها، كانت جوان — التي كانت في ذلك الوقت وحيدة بدورها — تقف على بُعد نحو عشرين قدمًا، مسمّرة هناك بفعل الذهول والرعب. وقد تذكرت بعد ذلك بزمان أن الهواء وقتها كان يبدو أثقل من أن يسمح لها بالحركة من خلاله ... كانت تشعر بالدفع والخدر يسريان في جسدها، كما لو كانت محاطة بغلالة وهمية من الانعزال.

وباستثناء الطعنات المحمومة لتلك اليد التي لا تنفك تهوي على الطفلة الصامته صعودًا وهبوطًا، لم تكن هناك أية حركة تقريبًا في كل ذلك المنظر الذي بدا وكأنه ينتمي لعالم لأرضي. وقد كان بوسع أي شخص ينظر من داخل متجر «ولورث»، أو من احتمى بأي ملجأ قريب آخر، أن يرى صورة بشعة للمجنون والذبح يتم تمثيلها في ذلك الشارع الصامت. وبالرغم من أن جوان كانت واثقة من أن ذلك المنظر البشع كان بلا نهاية، فإن تسمُّرها الثابت في مكانها لم يكن ليدوم لأكثر من ثوانٍ قليلة، ولكنها رأت أثناء ذلك الامتداد الظاهري للزمن، السكين وهي تخترق وجه طفلتها والجزء العلوي من جسمها الصغير. وقد ظهر رجلان فجأة من مكان ما خارج إطار تلك اللوحة وأمسكا بالقاتل، وهما يصيحان في محاولتهما لطرحه أرضًا، لكن شيئًا لم يكن بوسعه أن يثنيه عن فعلته، فقد استمر في طعن الطفلة المسكينة. وحتى عندما بدأ أحد الرجلين في توجيه ضربات قوية بحذائه الثقيل إلى وجه القاتل، بدا الأخير غير منتبه لذلك، بالرغم من أن وجهه كان ينطرق من جانب لآخر تحت ثقل الضربات الموجهة إليه. وقد ظهر شرطي جرى مسرعًا للقبض على الذراع الحاملة للسكين؛ وهنا فقط تمكن الرجال الثلاثة من إخضاع المجنون الهائج وطرحه أرضًا.

وعندما أبعد المهاجم المجنون عن كاتي، هرعت جوان للأمام وحملت طفلتها بين ذراعيها وهمست وهي تقلبها برقة من على جانبها إلى ظهرها: «كاتي! كاتي!»، كما لو كانت تهددها كرضيع في مهده. كان وجه الطفلة وعنقها مغطين بالدم، كما كان ثوبها غارقًا فيه، إلا إن عينيها كانتا صافيتين.

«كانت تُحلق فيَّ وفيما ورائي، كما كان هناك إحساس دافئ بداخلي. كان رأسها قد سقط للخلف، رفعتها قليلاً، وظننت أنها كانت لا تزال تتنفس ... همستُ باسمها عدة مرات وأخبرتها بأنني أحياها، وعرفتُ وقتها أنه كان عليَّ أن أنقلها إلى مكان آمن ... كان عليَّ أن آخذها بعيداً عن ذلك الرجل، لكن أوان ذلك كان قد فات بالفعل ... رفعتها لأعلى بذراعيَّ، وحملتُها هكذا لمسافة قصيرة، ثم سألت نفسي: ماذا أنا بفاعلة؟ ... إلى أين آخذها؟ ... فجثوت على ركبتيَّ ووضعيتها على الأرض برقة متناهية. بدأ صدرها يعلو ويهبط بسرعة، وبدأت تتقيأ دمًا. كان الدم يندفع من فمها بكميات هائلة، وبصورة مستمرة. لم أكن أظن أنه كان لا يزال بداخلها كل هذا القدر من الدماء. صرخت طلباً للنجدة، لكنه لم يكن هناك شيء يمكنني فعله لإيقاف ذلك القوي.

عندما توجهت إليها لأول مرة، رأيت بعض اللمعان في عينيها، كما لو كان ذلك نوعاً من التعرف عليَّ، ولكنني عندما وضعتها أرضاً، كانت هناك نظرة مختلفة في عينيها. وحتى عندما كانت تتقيأ الدم، تحولت نظرة عينيها إلى نظرة زجاجية ... عندما كنت بجانبها للمرة الأولى، كانت لا تزال تبدو حية، أما الآن فلا.

لم تكن هناك نظرة للألم بعينيها، بل كانت نظرتها نظرة اندهاش. وبعد أن تغيرت الأمور، كانت لا تزال محتفظة بذلك التعبير على وجهها، غير أن عينيها كانتا قد اكتسبتا مظهرًا يشبه الزجاج قليلاً. وهنا ظهرت امرأة — أظن أنها كانت ممرضة — وبدأت عملية الإنعاش القلبي الرئوي ... لم أنبس ببنت شفة، لكنني سألت نفسي: لماذا تفعل ذلك؟ ... لم تعد روح كاتي تسكن جسدها، فقد كانت هناك، خلفي، وفوقي، بل كانت طافية ... لن تعود حياتها إلى داخلها بعد الآن، وهي لن تعود أبدًا؛ فقد كان جسدها الآن مجرد غلاف خارجي. وعند تلك النقطة، كان كل شيء مختلفاً عما كان عليه عندما توجهت إليها لأول مرة، كان لديَّ شعور بأن ابنتي قد ماتت ... شعرت بأنها لم تعد تسكن جسدها بعد الآن، وأنها كانت في مكان آخر بالفعل.

وصلت سيارة الإسعاف، وقد حملوها بعيداً عن تلك البركة من الدماء، وحاولوا دفع الهواء إلى رئتيها بالقوة باستخدام كيس الطوارئ (Ambu Bag). كانت عيناها لا تزالان مفتوحتين واسعاً، كما احتفظت بتلك النظرة الزجاجية. كانت النظرة المرتسمة على وجهها تنمُّ على الدهشة المطلقة، وكأنها تقول: «ماذا

يجري هنا؟» كانت مزيجًا من كونها عاجزة، ومضطربة، ومندهشة؛ لكنها لم تكن بالتأكيد نظرة تنم عن الرعب، وأتذكر أنني استرحت لأنها لم تكن كذلك، لأنني كنت أبحث عن أي شعور بالراحة في ذلك الوقت ... وبعد ذلك، مرت عليّ شهور وشهور كنت أسأل خلالها نفسي، ما قدر الألم الذي أحسّته به؟ ... كنت بحاجة لأن أعرف ذلك؛ فقد رأيتها تنزف كل قطرة من الدم كانت بجسدها عندما تقيأت. كان صدرها ووجهها مغطيين بالطعنات والجروح، فلا بد أنها كانت تحرك رأسها من جانب لآخر، في محاولة يائسة منها للهروب من ذلك الرجل. وقد اكتشفت بعد ذلك أنه ظهر فجأة وأزاح لورا جانبًا، ثم أمسك بشعر كاتي وألقى بها على الأرض ... كانت لورا هي من صرخت، وليست كاتي. كان عليّ أن أعرف ما عانته، وما أحسّته به ... أتعرف ماذا كان يبدو عليه شكلها؟ كانت تبدو كمن تحررت. وبعد أن رأيت ذلك الرجل يهاجمها بهذه الوحشية، أحسست بالأمان عندما رأيت نظرة الخلاص تلك مرتسمة على وجهها ... لا بد أنها قد حررت نفسها من ذلك الألم، لأن وجهها لم يكن يعبر عنه. وقد ظننت أنها ربما مرت بحالة من الصدمة؛ فقد بدت عليها الدهشة، وليس الرعب، فبعكس الرعب الذي تملّكني، لم تكن هي تُظهر شيئًا من ذلك. وقد رأيت صديقتي سوزان هذه النظرة بدورها، وقالت إن كاتي ربما استسلمت، ولكن عندما أخبرتها بأنني أظن أن تلك النظرة إنما تنم عن الخلاص، قالت: «هو كذلك، إنكِ على حق!»

كنا نحتفظ بصورة لوجهها، كانت الصورة تحمل نفس تلك النظرة التي ارتسمت على عينيها؛ فقد كانتا متسعيتين، لكنهما ليستا في حالة من الرعب؛ فقد بدت النظرة كالبراءة تقريبًا، بل كخلاص بريء من الألم. وباعتباري والدتها، وفي وسط هذه الدماء وكل ما عداها، كان من الملطف حقًا أن أنظر إلى عينيها. وقد أتت عليّ لحظة عندما كنت معها، أحسست فيها بأن روحها قد فارقت جسدها، وأنها كانت تسبح عاليًا في الأثير هناك، وهي تنظر إلى نفسها من هناك. وبالرغم من أنها كانت فاقدة للوعي، فقد أحسست بأنها كانت تدرك بصورة ما أنني معها، بأن والدتها كانت بجانبها وهي تُحتَضَر ... لقد جئت بها إلى هذا العالم، وقد كنت هناك عندما فارقتّه، فعلى الرغم من كل الرعب والفرع المحيط بالأمر، إلا أنني كنت هناك..»

أسرعت سيارة الإسعاف بكاتي إلى أقرب مستشفى، والذي لم يبعد سوى دقائق معدودة عن موقع الحادث. وبالرغم من أنه كان من الواضح أنها كانت فاقدة للنبض، وأن موت الدماغ كان قد حدث بالفعل عند وصولها إلى المستشفى، وأنها كانت قد تخطت مرحلة الموت السريري، فإن فريق غرفة الطوارئ المرتاع بذل كل ما بوسعه لإعادتها إلى الحياة مرة أخرى، برغم معرفة أفرادها المسبقة والمؤكدّة بأن جهودهم ستذهب أدراج الرياح. وعندما توقفوا عن محاولاتهم في نهاية الأمر، تحول إحباطهم وغضبهم إلى حزن، فأخبر أحد الأطباء، من خلال دموعه، الوالدة — جوان — بما كانت تعرفه بالفعل.

كان قاتل كاتي ماسون رجلاً في التاسعة والثلاثين من عمره، ومصاباً بالفصام الزوراني (Paranoid Schizophrenia)، كان اسمه بيتر كالكويس (Calquist). وقد تمت تبرئته قبل سنتين، بسبب اضطرابه العقلي، من التهمة التي وُجّهت إليه بمحاولة قتل زميله في الغرفة بالسكين، وقد اتهم القاتل زميله بأنه وضع غازاً ساماً في جهاز التدفئة الخاص بغرفتهما. كان الرجل يحتفظ بسجل حافل بمثل هذه الاعتداءات على الناس، بمن فيهم شقيقته وكثير من زملائه في المدرسة الثانوية. وعندما كان في السادسة من عمره، أخبر أحد الأطباء النفسانيين بأن الشيطان قد بُعث من قبره وتقمص جسده، وربما كان محقاً في ذلك.

وبعد اعتدائه على شريكه في الغرفة، احتجز كالكويس في وحدة مخصصة للمجرمين المضطربين عقلياً، موجودة داخل الحرم المنبسط لمستشفى الولاية للأمراض العقلية، والواقع في إحدى ضواحي المدينة التي كانت تزورها كاتي ماسون في ذلك اليوم المحتوم من شهر يوليو. وقبل ذلك بفترة قصيرة، قضى مجلس استشاري بأن كالكويس قد تعافى من مرضه بصورة تكفي لتحويله إلى وحدة أخرى تضم خليطاً من المرضى العقليين؛ وحيث يُسمح للمرضى بالتسجيل للخروج لعدة ساعات في كل مرة. وفي صباح يوم الحادث، تمشى كالكويس خارجاً من الوحدة، واستقل إحدى الحافلات الحكومية المتجهة إلى المدينة، حيث توجه صوب متجر الآلات المحلي. وبعد أن ابتاع سكيناً للكنص، توجه نحو ذلك السوق المضروب في الشارع (Street Fair). وهناك، وضمن الحشد الواقف خارج متجر «ولورث»، رأي فتاتين صغيرتين جميلتين ترتديان فستانين متشابهين. وفي مكان ما من أعماق عقله المختل يقبع سر اختياره لكاتي ذات الشعر الداكن لتكون ضحيته، بدلاً من الشقراء لورا. وقد اندفع للأمام، وأمسك بيدها بعنف، ثم طرحها أرضاً، وبدأ فعله الشيطاني.

ماتت كاتي ماسون من نزيف حادٍّ أدَّى بها إلى الصدمة النزفية. وبالرغم من أنه كان بها عدد كبير من الجروح القطعية في مواضع عديدة من الجزء العلوي من جسمها، فإن المصدر الرئيسي للنزيف كان الشريان السُّبَّاتي المقطوع تمامًا، والذي أفرغ ما به من الدماء في تمزق حدث بالمريء. وقد تدفق الدم من المريء إلى معدتها؛ وقد كان ذلك مصدرَ القيء الدموي الغزير.

ويقع تسلسل محدد للأحداث في الأشخاص الذين ينزفون حتى الموت. فهم عادةً ما يُظهرون فرط التهوية (Hyperventilation) في البداية، وهي المحاولة التعويضية للجسم لتشبيح الحجم المتناقص للدم الدائر بأقصى كمية ممكنة من الأكسجين؛ كما يتسارع معدل ضربات القلب لنفس السبب. ومع فقدان المزيد من الدماء، يبدأ الضغط في الأوعية الدموية في الانخفاض سريعاً، وتتلقى الشرايين التاجية أقل فأقل منه. وإذا تم تركيب مخطاط لكهربية القلب، فسيُظهر الدلائل على وجود إيقاف دموي بعضلة القلب؛ ويسبب الإقفار الدموي إبطاء ضربات القلب الذي يتلقى القليل من الأكسجين. وعندما ينخفض الضغط الدموي ومعدل النبض إلى درجة كافية، يتوقف الدماغ عن تلقي كفايته من الأكسجين والجلوكوز، فينتج فقدان الوعي، ومن بعده موت الدماغ. وفي النهاية، يبطئ القلب المصاب بالإقفار الدموي حتى يتوقف تمامًا، عادةً بدون أي دليل على حدوث الرجفان. ومع توقف ضربات القلب، تتوقف الدورة الدموية، وكذلك التنفس، كما يكون هناك القليل من الأحداث «النزاعية»، وهنا يكون الموت السريري قد حدث. وعندما يصاب وعاء دموي بحجم الشريان السُّبَّاتي بقطع عريض، فقد لا يستغرق تسلسل الأحداث بكامله أكثر من دقيقة.

ويفسر ذلك كله كيفية وفاة كاتي ماسون. ولكنه لا يفسر ظاهرة شهدتها والدتها، وهي ظاهرة تتوافق مع أوصاف الكثير من شهود مثل هذه الأحداث المرعبة. فلماذا تموت مثل هذه الطفلة التي تعرضت لهجوم مجنون مسلح ينتوي قتلها، ليس فقط بدون أن ترتسم نظرة للرعب على وجهها، بل إنها كانت — في واقع الأمر — في حالة من السكينة والخلوص الظاهري، أي بمظهر الدهشة وليس الرعب؟ وباعتبار الوحشية التي تعرض لها وجهها والجزء العلوي من جسدها بوجه خاص، خلال تلك الفترة الوجيزة التي كانت واعية فيها تمامًا ومدركة لما كان يُفعل فيها، لماذا لم يكن هناك أي دليل على الفزع، أو حتى الخوف؟

وقد ظل ما وصفته جوان ماسون مصدرًا للتعجب لمئات السنين، في واقع الأمر. وبالنسبة لبعض الجنود، كان غياب الألم والخوف هو العامل المحدد لقدرتهم على القتال

بالرغم من جراحهم الموقّعة، مما يجعلهم لا يُحسُّون بشيء تقريبًا، اللهم فيما عدا إحساس النشوة (euphoria) بالمعركة، حتى يزول الخطر الوشيك تمامًا، وبعد ذلك تظهر أوجه العذاب الجسدي والعقلي نفسها في النهاية، أو يحدث الموت. وهناك الكثير جدًا من العمليات الحيوية الفاعلة هنا، غير تلك العملية المعروفة لاندفاع الأدرينالين «اضرب أو اهرب» (Fight or Flight).

ويقترح «ميشيل دو مونتين» (de Montaigne)، في مقال له بعنوان «الاستخدام سبب الكمال» (Use Makes Perfect)، أن المعرفة الطويلة الأمد بأساليب الوفاة ستلعب دورًا مهمًا في تلطيف الساعات الأخيرة للمرأة:

«أظن أن هناك طريقة معينة لجعله مألوفًا أكثر بالنسبة لنا، وبصورة ما، لاختبار كُنْهه. وقد نستفيد خبرة، إن لم تكن تامة ومكتملة، إلا إنها — على الأقل — لن تكون خبرة عديمة النفع لنا، فهي قد تتركنا أكثر ثقة واطمئنانًا. وإذا لم يكن بوسعنا أن نتخطاها، فمن الممكن أن نقرب منها وأن نراها، وإذا لم نتمكن من الاقتراب كثيرًا من الحصن، فبوسعنا على الأقل أن نكتشف السبل المؤدية إليه وأن نوطن أنفسنا على معرفتها.»

ويذكر «مونتين» تجربة أسقطه فيها عن صهوة جواده فارس «كان يعدو بجواده بأقصى سرعة في نفس الطريق الذي كنت مندفعًا بجوادي فيه». وعندما وجد نفسه مضروبًا ونازفًا، ظن في البداية أنه قد تلقى طلقة بندقية في رأسه. ولدهشته، فقد ظل محتفظًا بكامل هدوئه: «لم أكتفِ بالإجابة عن تلك الأسئلة التي وجهوها إليّ، فقد أخبروني بأنني تماكنت نفسي لدرجة أنني أمرتهم بتوفير جواد لزوجتي، التي رأيتها تعاني من السير على الطريق وقد هدّها التعب.»

وهو يصف إحساسًا بالسكينة، بالرغم من أنه رفض العقاقير المنومة التي قُدِّمت له، «بالرغم من أنني كنت على يقين بأنني مصاب بجرح مميت في الرأس، فقد كانت حالتي العامة، في الواقع، في غاية الانبساط والهدوء، فلم أكن أُحس بأي مكروه، سواء بالنسبة لي أو للآخرين؛ كان الأمر عبارة عن وهن وضعف شديدين، بدون أي نوع من الألم.» وقد أمضى ساعتين أو ثلاثًا من السكينة ترقبًا للموت الذي لم يأت، وهو مقتنع تمامًا بأنه «سيمضي بعذوبة وبطريقة غاية في الرقة واليسر.» وفي نهاية ذلك الوقت، قال: «أحسست بنفسي وقد اعتراني ألم مبرّح، فقد بدت أطرافي محطمة، وسقطت على الأرض

منهكًا، وقد ظللت شديد الاعتلال لليلتين أو ثلاث بعد ذلك، لدرجة أنني أحسست بأنني أحتضر مجددًا، لكن الموت في هذه المرة كان أشد إيلامًا.»

ومهما كان ذلك المؤثر الذي خدّر عقل مونتين المصاب بجروح خطيرة لهذا الحد، فقد انتهى فعله سريعًا. فبعد تلك الفترة الأولية التي امتدت لساعات معدودة، بدأ يحس بألم مبرّح. وقد ذهب السكينة والفتور، وتقبل قدوم موت سهل وشيك. فلم يعد هناك مهرب من واقع عذابه وخوفه.

وليست القصص المشابهة لحكاية مونتين بالنادرة، وأحيانًا ما يعطيها رؤاها خاصية صوفية (*Mystical*)، كما لو كانت هناك أحداث خارقة للطبيعة ولا تفسير لها قد وقعت بالفعل. ولكن بالنسبة لطبيب أمضى حياته المهنية برفقة الجروح التي تُصنع باسم العلاج الجراحي، وغيرها من الجروح الناتجة عن العنف الذي يسود عالمنا المعاصر، هناك نموذج أولي (Prototype) لهذه الحكايات المتعلقة بالسكينة والراحة المتراحية التي تلاحظ على وجوه أولئك المفترض إصابتهم بجروح مرعبة وشديدة الإيلام. وهذا النموذج الأولي هو نتاج حقن عقّار أفيوني الفعل (Opiate) أو غيره من العقاقير المضادة للألم ذات الفعل المخدر. وعندما يكون العقّار مختارًا بعناية، والجرعة عالية بما فيه الكفاية، يذهب الخوف، كما يخبو ألم حتى أقصى البضوع الجراحية أو الإصابات، حتى يتحول إلى سحابة رقيقة من اللامبالاة. ويقرر الكثير من المرضى وجود إحساس بالتحسن، كما أنني قد رأيت حالات من النشوة (euphoria) البسيطة تاليةً لجرعة ملائمة من عقّار مخدر شبيه بالمورفين.

وليس من الصعب التصديق بأن الجسم البشري ذاته يعرف كيف يصنّع تلك المواد الشبيهة بالمورفين (Morphinelike)، كما يعرف كيف ينظم توقيت إفرازها ليتوافق مع لحظة الحاجة لها. وقد تكون «لحظة الحاجة» تلك، في الواقع، هي ذلك المؤثر الفعلي الذي يستحث بداية العملية.

وهذه الأفيونيات (Opiates) ذاتية الإفراز موجودة بالفعل، وتسمى بالإندورفينات (Endorphins). وقد أُطلق عليها ذلك الاسم بعد اكتشافها بقليل منذ نحو عقدين من الزمان، عن طريق المزج بين الكلمتين الواصفتين لها: فهي «مواد ذاتية المنشأ شبيهة بالمورفين» (endogenous morphine-like substances). وقد ظهر اصطلاح «ذاتي المنشأ» (Endogenous) في الموسوعة الطبية منذ ما لا يقل عن القرن، وقد تمت صياغته من كلمتين يونانيتين: endon بمعنى «بداخل» أو «داخلي» و *gennaō* بمعنى «أنا أصنع».

وعلى ذلك، فهو يشير إلى تلك المواد أو الحالات التي نخلقها داخل أجسادنا ذاتها. أما المورفين (Morphine)، فهو يذكرنا — بطبيعة الحال — بمورفيوس (Morpheus)؛ وهو إله النوم والأحلام عند الرومان.

وهناك بنى عديدة في الدماغ قادرة على إفراز الإندورفينات كاستجابة للضغط النفسي (الكَرْب: stress)، بما فيها الوطاء (Hypothalamus) ومنطقة تسمى بالمادة الرَّمادية حول المسالية (Periaqueductal Gray Matter)، إضافة إلى الغدة النخامية (Pituitary). ومن المعلوم أن جزيئات الإندورفين — جنبًا إلى جنب مع الهرمون الموجه لقشر الكُظُر (ACTH)، وهو مُرمون ينشط عمل الغدتين الكُظريتين — تربط نفسها، كما تفعل غيرها من المخدرات (Narcotics)، بمواقع بؤرية، تسمى بالمستقبلات (Receptors)، موجودة على سطح خلايا عصبية معينة. ويتلخص فعلها في تغيير الإدراك الحسي الطبيعي. ويبدو أن الإندورفينات تلعب دورًا مهمًا، ليس فقط في زيادة عتبة الإحساس بالألم (Pain Threshold)، بل وفي تغيير الاستجابات العاطفية أيضًا. وبالإضافة إلى ذلك، فهناك أدلة على أنها تتفاعل مع الهرمونات الشبيهة بالأدرينالين بالمثل.

وفي الشخص الطبيعي الذي لا يعاني من الكَرْب وغير المصاب، ليس هناك من دليل على وجود فعل للإندورفينات ملطف للألم ومغيّر للحالة الشعورية. فالأمر يتطلب درجة محددة من الإصابة، سواء كانت تلك جسدية أو عاطفية، لكي تقفز الإندورفينات لتأدية عملها. أما مستوى، أو حتى نوعية تلك الإصابة الضرورية، فلم يتم تحديده بدقة حتى الآن.

وعلى سبيل المثال، ربما كان مجرد الاستثارة بالإبر الصينية (Acupuncture) كافيًا ليتسبب في إنتاج فيض من الإندورفينات. ومن خلال سلسلة من زيارات العمل لكليات الطب الصينية على مدى سنوات عدة، أصبحت مهتمًا بعلم الوخز بالإبر (الإبر الصينية) بعد أن شاهدت العديد من العروض التي تثبت فاعليتها كبديل للتخدير في الجراحات الكبرى. وفي عام ١٩٩٠م زُرت البروفسور «كاو زياودنج» (Cao Xiaoding)، وهو عالم بالبيولوجيا العصبية (Neurobiologist) يترأس مجموعة تتسيق جامعة شنغهاي الطبية لأبحاث التخدير والتسكين بالإبر الصينية (Acupuncture Anesthesia and Analgesia Research Group)، وهي منظمة تضم ثلاثين من أعضاء هيئة التدريس، وستة مختبرات لعلوم الدوائيات العصبية (Neuropharmacology)، والفيزيولوجيا العصبية (Neurophysiology)، والكيمياء الحيوية العصبية (Neurobiochemistry)، وعلم النفس السريري (Clinical Psychology)، والمورفولوجيا العصبية (Neuromorphology)، وعلم

الحاسوب. وقد أنتج فريق البروفسور كاو كمًّا هائلًا من الأدلة التجريبية والسريية التي تشير إلى أن أساس النجاح غير المشكوك فيه للوخز بالإبر في بعض التطبيقات المحددة، هو استثارة إفراز الإندورفينات عن طريق مُنابِلة (Manipulating) الإبر الاهتزازية (Vibrating) أو الدورانية (Rotating). وبالرغم من أنه قد تم إثبات حدوث ارتفاع ملحوظ في معدلات الإندورفينات خلال عمليات الوخز بالإبر مرارًا وتكرارًا — ليس في شغهاي وحدها، بل وفي عدد كبير من المختبرات الغربية أيضًا — إلا إنه لم يسبر غور الدماغ حتى الآن. وربما كان فعله شبيهًا بتلك الآلية التي تثير الاستجابة المألوفة للكُرب. ومنذ أواخر السبعينيات، تم اكتشاف كون الإندورفينات تُظهر نفسها في حالات الصدمة الناتجة عن النزيف الحاد أو تسمُّم الدم؛ كما أن ارتفاع معدلاتها في حالات الإصابة الجسدية بجميع أنواعها مذكور بكثرة في الوثائق العلمية الجراحية. وحتى وقت قريب نسبيًا، لم تُدرَس هذه الظاهرة في الأطفال، لكنَّ تقريرًا حديثًا من جامعة بتسبرج يُظهر وجود نفس تلك الأنماط الموجودة في البالغين، وتحديدًا في وجود زيادة معتبرة في الإندورفينات في أولئك المرضى من ذوي الإصابات الشديدة، مقارنةً بأولئك المتعرضين للرضح البسيط. وقد وُجد أن بعض الأطفال الذين لم تُصَب أجسادهم إلا بسَحَجات (Abrasions) بسيطة، قد ارتفعت معدلات الإندورفينات لديهم نوعًا ما.

ولن نتمكن على الإطلاق من التعرف على معدلات الإندورفينات في جسد كاتي ماسون (ومما لا شك فيه أن بعض زملائي الذين يطالبون بالبراهين المادية، سيجدون خطأ في افتراضي بأن هذه المعدلات كانت مرتفعة)، لكنني على يقين من أن الطبيعة قد تدخَّلَت — كما تفعل دائمًا — لإضافة تلك الجرعة الملائمة تمامًا من الدواء الذي يمنح قدرًا من السكينة للطفل المحتَضِر. ويبدو أن ارتفاع معدلات الإندورفينات هو آلية فيزيولوجية غريزية لحماية الثدييات — وربما غيرها من الحيوانات — من الأخطار العاطفية والجسدية للرعب والألم. وهي وسيلة للبقاء، ربما كانت لها قيمة تطورية، ولذلك فقد تكون ظهرت أولاً في أثناء فترة التوحش مما قبل التاريخ، عندما كانت الأحداث المفاجئة المهددة للحياة تقع بكثرة. ومما لا شك فيه أن حياة الكثيرين قد أنقذت من خلال الاستجابة المذعورة (Panicky) للخطر المفاجئ.

ويبدو أن جوان ماسون، بدورها، قد قامت إندورفيناتها بحمايتها. وقد أخبرني بأنه لولا إحساسها بالدفء شبه السماوي، وشعورها بأنها مُحاطة بهالة عازلة كثيفة، فباعتمادها أنها كانت لا بد من أن تصاب بنوبة قلبية وأن تموت هناك في الشارع بجوار

ابنتها. وقد كان إنسان ما قبل التاريخ البدائي، والذي لم يستسلم قلبه ولا جهازه الوعائي للرعب المطلق في لحظة مهاجمة حيوان مفترس له، هو ذلك الفرد الذي بقي على قيد الحياة لكي يتمكن من إنجاب ذرية ذات استجابة قريبة الشبه باستجابته هو. وبالرغم من وجود روايات كثيرة عن حدوث مثل هذا الشيء، فإنه لم تُبذل سوى محاولات قليلة للغاية من أجل دراسة هذه الظواهر بطريقة منهجية؛ فنحن نقرأ درس مونتين الفلسفي، أو قصة جندي، أو ربما تقرير أحد متسلقي الجبال الذي أحس بطمأنينة داخلية غير معتادة أثناء السقوط الحر (Free Falling) إلى موت مفاجئ غير متوقع. والبعض منا لديهم حكايات خاصة بهم. وهناك، بطبيعة الحال، أوقات تفشل فيها الإندورفينات، وهنا يأتي الموت بكل عذابه وقسوته.

وحيث إن الإندورفينات قد تمس أمورًا جسدية بالنسبة للبعض، وأخرى رُوحانية بالنسبة للبعض الآخر، فمن المفيد دراسة تجربة رجل بليغ كان هدفه يتمثل في علاج الاثنين. ويميل الكثيرون لنسيان أن المستكشف العظيم دافيد ليفنجستون (Livingstone) كان مبشرًا طبيًا (Medical Missionary). وقد نجا من عدد من الوفيات المحققة أثناء غزواته الإفريقية، لكن هناك واحدة منها تُجسّد الطريقة التي يعمل بها البروتوبلازم (Protoplasm) والإكتوبلازم (Ectoplasm) قريبين من بعضهما في بعض الأحيان، في نفس اللحظة التي يبدو فيها أنهما سيفترقان للأبد.

وفي فبراير من عام ١٨٤٤م، عندما كان ليفنجستون في الثلاثين من عمره، وثب عليه ذات يوم أسد جريح كان يحاول أن يحمي منه عددًا كبيرًا من تابعيه من رجال القبائل المحلية، وقد مَزَّق فكًا الحيوان الثائر ذراعه اليسرى. وقد شعر بأن جسده قد رُفع عن الأرض واهتز بعنف، عندما غاصت أنياب الأسد في لحمه عميقًا، محطّمة عظمة عضده (Humerus) المستبطنة، ومحدّثة أحد عشر تمزقًا في الجلد والعضلات النازفة. وقد كان لأحد أفراد مجموعة ليفنجستون، وهو مؤمن جديد يسمى ميبالوي، من حضور الذهن ما مكّنه من تناول بندقيته وحشو كلٍّ من ماسورتيتها بالبارود، بحيث أفزع الحيوان لدرجة أنه ألقي بطريدته وفر هاربًا، ليموت على مقربة منهم بفعل الجرح الذي أحدثته رصاصة ليفنجستون التي أطلقها قبل أن يثب عليه بقليل.

وقد كان لدى المستكشف المصاب كثير من الوقت للتفكير بالمجال الضيق لنجاته خلال تلك الفترة التي طالت لأكثر من شهرين، والتي استغرقها تعافيه من آثار النزيف، والكسر المضاعف المفتت، والعدوى الخطيرة التي بدأت بإفراز القيح خلال فترة وجيزة.

وبقدر دهشته لنجاته، فقد اندهش لتلك السكينة (equanimity) التي أحس بها عندما كان في قبضة الأسد الثائر. وقد وصف، فيما بعد، تلك الواقعة وإحساسه الذي لا يخطئ بالطمأنينة، في مذكراته التي نُشرت عام ١٨٥٧م بعنوان «أسفار وبحوث تبشيرية في جنوب أفريقيا» (Missionary Travels and Researches in South Africa).

«كان الأسد يزأر قرب أذني بصوت مرعب، ثم كَوَّمَنِي كما يفعل الكلب الزغاري (Terrier) بجرذ. وقد أحدثت فيَّ الصدمة ذهولاً شبيهاً بذلك الذي يُحس به الفأر بعد الهجمة الأولى للهر. وقد أحدثت فيَّ حالة حاملة، لم يكن بها أي إحساس بالألم أو بالرعب، بالرغم من أنني كنت مدرِّكاً لكل ما كان يجري من حولي. وذلك إحساس شبيه بذلك الذي يصفه المرضى الواقعون تحت التأثير الجزئي للكوروفورم، والذين يشاهدون العملية الجراحية بكاملها، لكنهم لا يحسون بمبضع الجراح. ولم تكن هذه الحالة الفريدة ناتجة عن أيٍّ من العمليات العقلية. وقد أزال الهجوم الخوف، ولم يدع مجالاً لأي إحساس بالرعب عند رؤية الوحش. وربما حدثت تلك الحالة المميزة في جميع الحيوانات التي تفترسها آكلات اللحوم؛ وإذا كان ذلك صحيحاً، فسيكون ذلك هبة كريمة من خالقنا الرحيم لتلطيف ألم الموت.»

وفي تلك الأيام الخوالي، عندما كان علم المختبر في بدايات شراكته الطويلة مع الطب السريري، كان تفسير ليفنجستون لهدوئه الغريب تفسيراً ربما اتفق فيه معه أغلب الناس. ولم يكن هناك بُدٌّ من العلم البدائي (Prescience)، أو ربما من إنكار المعتقدات، لاستلهاهم علم وظائف الأعضاء (الفيزيولوجيا) في تلك اللحظات المبكرة عندما لم يكن الفحص المجهرى والتحليل الكيميائي سوى رضيعين في المهد. أما أن يكون ليفنجستون قد خَمَّنَ — بصورةٍ ما — أساسيات تلك التحولات الكيميائية الحيوية المتعلقة بالكرب في حالات الوعي المختلفة، فهو من غير المحتمل تماماً؛ ففي غياب طفرة علوية من البصيرة التنبؤية (Prophetic)، والتي تتجاوز قدرات حتى المبشر المرسم (Ordained)، فلم يكن بوسعه أن يتنبأ باكتشاف مثل هذه الظاهرة.

وقد عايشَت بنفسي تجربة شخصية لمثل هذا الحادث. ولست شخصاً خَوْافاً (fearful) بطبيعتي، ومع ذلك، فهناك موقفان يصيبانني بالرعب إلى حد اللاعقلانية المرضية: وهما

أن أجد نفسي ناظرًا لأسفل من علو شاهق، وأن أغمس في ماء عميق. ويكفي أن أفكر بأيّ من هذين الخطرين لكي ينطلق تشنج مضيّق في كلّ من عضلاتي العاصرة (Sphincters) من قمة القناة الهضمية حتى أقصى نهايتها. وليس الأمر أنني أحذر المياه العميقة فحسب، أو حتى أنني أخافها، لكنها تُفقدني آدميتي، مما يجعلني أنكمش نحو جُبْن رُهابي خائر. وحتى عندما أتواجد في مسبح، وأنا محاط بشبان أصحاء يمكن لأيّهم إنقاذي من الغرق بدون أن يتكلف سوى عناء إجهاد ليفة واحدة من إحدى عضلاته الشبيهة بعضلات «أرنولد شفارزنيجر» (Schwarzneger)، فقد أحسست غير مرة بذلك اليقين المرعب بالغرق الوشيك؛ وقد تفجّر ذلك في دماغي بالإدراك البسيط لأنني قد تجاوزت العمق المسموح لي به ببضع بوصات.

عندما كنت بصحبة أحد زملائي الأمريكيين وستة من أعضاء هيئة التدريس في جامعة «هونان» الطبية قرب مدينة «شانجشا» الواقعة جنوبي وسط الصين، كنت أغادر موقع مائدة كبيرة (تكوّن الكحول الذي تناولته فيها من زجاجة من جعة «تسنجتاو» تناولتها في أثناء المرحلة المبكرة من وجبة الطعام التي امتدت لساعتين)، وقد كنا نتجاذب أطراف الحديث أثناء تجوالنا فوق ممر متعرج يمتد لمسافة قصيرة فوق ما بدا كبركة ضحلة عاكسة للأضواء. كنت مرتديًا ملابس الكاملة، كما كنت أحمل فوق كتفي حقيبة صغيرة نصف ممتلئة. ولكوني زرت هذه المضافة قبل سنتين، فلم أستغرب الطريق، لكن يبدو أنني لم أضع في الحسبان ضيق ذلك الممشى، أو الغياب الفعلي للإضاءة الخارجية في تلك الليلة الظلماء. وأثناء التفاتي للخلف، مخاطبًا أحد مضيفي الذي كان يسير خلفي، وجدت نفسي فجأة وقد اختفت الأرض من تحت قدمي اليمنى. وفي لحظة خاطفة، كنت قد سقطت رأسًا على عقب في تلك المياه الحالكة السواد، وكنت مستمرًا في الغرق. وفي نفس الوقت تمامًا، وفي لحظة من إدراك أنني كنت في وضع رأسي تمامًا، وأنني كنت مستمرًا في التوغل عميقًا؛ شعرت بمفاجأة مذهلة، مع إحساس طفيف — لكنه بعيد للغاية — بالتسلي الساخر، كما لو كنت أؤدي حركات بهلوانية فاشلة وسخيفة لم تتم كما خططت لها تمامًا. وفي الوقت نفسه، كنت قد ضقت ذرعًا بنفسي عندما أدركت على الفور — حتى وأنا بسبيلي للغرق، وكأنني متجه نحو مجرى مائي ضيق يمر خلال القشرة الأرضية موصولًا إلى مدينتي، نيو هافن، مباشرة — كما لو أن قدرًا ضئيلاً من التبلد قد أعاق تنفيذ مهمتي في «هونان» بنجاح. أما أكثر الأحداث إثارة للدهشة، فهو أنني لم يخامرني أي شعور بالخوف، ومن المؤكد أنه لم يدُر بخلدي أنني قد أكون بسبيلي للغرق.

وبالرغم من أنني لم أكن مدرّجاً لذلك، فلا بد أنني وصلت إلى قاع البركة، وانتفضت منه لأعلى بالغريزة كما لو كنت سباحاً مدرّجاً، لأنني وجدت نفسي على الفور أصعد لأعلى تماماً، حتى اخترق رأسي سطح الماء. أمسكت بالأيدي الممدودة لرفاقي الذين كانوا يتصايحون وقد أصابهم الرعب، ثم تسلقت خارجاً من البركة، مستخدماً تلك الصخور الناتئة التي تكوّن جانبي البركة كمواطئٍ لقدمي. كانت حقيبتني لا تزال فوق كتفي؛ وقد كان كل ما فقدته هو نظارتي الطبية، وبعضاً من ذلك الشعور الحيوي بالكرامة الذي يطلق عليه الصينيون اسم «ميانازي»، أو «ماء الوجه»؛ فقد وقفت للحظات، وقد تملّكني شعور بالغباء، وبالحرّج، وفجأة، بالبرد الشديد.

ولا يمكن أن تكون غطستي العميقة قد طالّت لأكثر من ثوان معدودة، وهنا يصبح استدعاء الإندورفينات مجرد افتراض آخر، بدون احتمال إثبات صحته. لكنني أربط بين هذه الواقعة كشهادة شخصية، وبين ذلك الظرف المفاجئ وغير المتوقع الذي لا بد من أنه قد تسبب في ذلك فقدان الفوضوي للسيطرة، والذي لم ينتج عنه سوى انطباع منفصل (Detached imprint) لتلك الملاحظات العقلانية الساكنة الهادئة المتعلقة بالمازق الذي انزلقت «حرفياً» إليه. ويبدو أن عامل الصدمة العاطفية قد استثارت استجابة للكرب (Stress-response) حرمتني من إدراك الخطر، وبذلك فقد منع حدوث ذلك التفكير الناتج عن الدُعر، والذي كان سيقع فيما عدا ذلك. ويبدو أنني قد نجوت من ذلك التخبّط غير الفعال للذراعين واستنشاق كمية من المياه الراكدة، ناهيك عن الحتمية المؤكدة لاصطدام رأسي بتلك الصخور المسننة، والتي لم تبعد عنه سوى بوصات قليلة.

كانت تلك اللحظات القصيرة من الخطر المحدق بي بالكاد في نفس حجم ذلك الاعتداء الحسي الذي ألّم بمونتين، أو بليفنجستون. ولست من اللامبالاة بحيث أقارنهما بتلك الأحداث المأسوية التي تعرّضت لها كاتي ماسون الصغيرة. ومع ذلك، وباستثناء الفارق الهائل في الحجم، فيبدو أن جميع تلك الأحداث تخدم تفسير الظاهرة نفسها؛ أي السكينة الظاهرية بدلاً من الإحساس بالرعب، والاستسلام بدلاً من الصراع الهازم للذات. وقد تأمل الكثيرون في الأسباب وراء حدوث مثل هذه الأشياء بهذه الصورة، وتنتشر الأجوبة بطول وعرض طريق فلسفي يبلغ عرضه نفس المسافة التي تفصل بين الروحانية (Spiritualism) والعلم. ومهما كان المصدر، فيبدو أن الجنس البشري وكثير من الأنواع الحيوانية تتم حمايته في نفس تلك اللحظة التي يقترب فيها الموت المفاجئ. وتتم هذه الحماية، ليس فقط من الرعب المصاحب للموت ذاته، بل ومن بعض أنماط الأفعال ذات التأثير المعاكس، والتي قد تضمن وقوعه أو تطيل من العذاب المرافق له.

وأصل هنا إلى منطقة خطيرة، لكنه لا مفر منها، وهي تلك الظاهرة المعروفة باسم تجارب الاقتراب من الموت (Near-Death Experiences)، وكثيراً ما تُكتب بحروف مختصرة كبيرة للتأكيد (NDE)، والتي كثر الحديث حولها مؤخراً. ولا يمكن لأي باحث جاد أن يتجاهل تلك الحكايات الكثيرة عن الاقتراب من تجاوز حدود الحياة، والتي قام بتجميعها باحثون ثقات في أثناء محاوراتهم مع الناجين الموثوق بهم. وقد استلهم أولئك الذين ينشدون تفسير نتائج أبحاثهم بناءً على أسس علمية معقولة، عدداً كبيراً من الأسباب المحتملة، والتي تتراوح من تلك النفسانية إلى تلك الكيمياحيوية؛ بينما يبحث آخرون عن التفسير في معتقداتهم الدينية أو الباراسيكولوجيا؛^١ في حين يقبل البعض هذه التجارب كما هي، معتقدين بأن هذه التجارب والخبرات ليست واقعية فحسب، بل تمثل — في الواقع — المراحل الأولى للدخول إلى حياة أخرى هانئة، دائماً ما يتخيلون أنها تنتهي في جنات النعيم أو ما يقابلها.

وقد قام عالم النفس كنيث رينج (Ring) بمحاورة ١٠٢ من الناجين من إصابات أو أمراض مهددة للحياة بالخطر. وقد وافق تسعة وأربعون منهم معايير (criteria) لتجارب الاقتراب من الموت البسيطة أو العميقة، بينما وجد أن ثلاثة وخمسين يندرجون تحت المجموعة التي أطلق عليها اسم «غير المتعرضين للتجربة» (Nonexperiencers). وقد عانت الأغلبية العظمى من المحاورين المرضى، من حادثة مرضية مفاجئة، مثل احتشاء الشرايين التاجية، أو النزيف الحاد. وقد عثر الدكتور رينج على بعض العناصر المتابعة الأساسية بين أولئك الذين تفاعلوا إيجابياً: الطمأنينة، والإحساس بالعافية، ثم انفصال الجسد، ثم الدخول إلى منطقة مظلمة، ثم رؤية النور، ثم الدخول في ذلك النور. وتضم الخصائص الأخرى — والنادرة — استرجاعاً لأحداث حياة المرء، ولقاء «بحضرة ما»، والتقاء المتوفين من الأحباء، واتخاذ القرار بالعودة إلى عالمنا. وقد كان بعض مرضى الدكتور رينج من الاعتلال — طبيياً — بحيث اعتقد أنهم قد دلفوا إلى مرحلة الموت السريري، لكن أغلبهم لم يكن قد وصل وقتها إلى تلك المرحلة، بحيث كان الخطر يهدد حياتهم فحسب.

^١ (Parapsychology): ويُعرف بعلم النفس المجاوز. وهو يبحث في تلك الظواهر النفسية الخارقة للعادة والتي ليس لها تفسير علمي معقول. (المترجم)

وليس لديّ أي أساس لتفسير ما يسمى بمتلازمة «لازاروس»^٢ أكثر مما يمتلك أولئك الذين أطلالوا التفكير بها، لكنني أريد أن أظهر قدرًا من الاحترام لتلك الحقائق الملاحظة من بينها، أكبر من ذلك الذي أظهره لتلك الأكثر تعلقًا بالأماني من بينها، خصوصًا تلك التي تصل إلى حد تسمية موضوعات جهودهم الشاقة بتجارب ما بعد الموت (After Life Experiences). ولكي أفعل ذلك، أجد أنه من المفيد النظر إلى تلك الآثار البيولوجية المحتملة للظاهرة: ماذا يمكن أن تكون فائدتها؟ وكيف تكون مفيدة في المحافظة على الأفراد وعلى النوع؟

وأعتقد أن تجارب الاقتراب من الموت تمثل نتيجة لملايين السنين من التطور البيولوجي، وأن لها وظيفة لحفظ حياة أفراد الجنس البشري. ومن المرجح تمامًا أنها شبيهة في طبيعتها بتلك العملية التي وصفناها في الصفحات السابقة. وحقيقة أنها تبدو في أحيان قليلة أنها تحدث حتى عندما تطول فترة «الموت»، أو عندما يحدث بدون كُرب نسبيًا، لا تُغيّر من توقعاتي من أن هذه العملية سيثبت في يوم من الأيام أنها موجّهة (Driven)، إن لم يكن بالإندورفينات تحديدًا، فبآلية كيميائية مماثلة. ولن أندesh إذا ثبت أن بعض العناصر الأخرى التي كان من المعتقد أنها تمثل أسبابًا محتملة، يلعب دورًا في العملية بالفعل، مثل آلية الدفاع النفسي المسماة بتبدّد الشخصية (فقد الشخص: Depersonalization)، والآثار الهلوسية للإحساس بالرعب، والنوبات الصرعية (Seizures) التي تنبع من الفصين الصدغيين (Temporal Lobes) للدماغ، وانخفاض معدلات الأكسجة الدماغية. وبالتبادل، فقد يكون إطلاق الوسائط الكيميائية، في واقع الأمر، هو النتيجة، أو المحفز لواحدة أو مجموعة من هذه العمليات. وفي تلك الحالات المحتملة القليلة التي تقع فيها الظاهرة أثناء الموت الوشيك للمرضى الانتهايين، قد تلعب عوامل أخرى — بطبيعة الحال — دورًا في العملية، مثل حقن المخدرات أو المواد السامة التي تنتج عن المرض ذاته.

ومثل كثير غيرها من التفسيرات الكيميائية للظواهر الغامضة، والتي تبدو سحرية (صوفية: Mystical)، لا يمكن مناقشة هذا التفسير مع المتدينين منا. ولست بأول من فكر في تلك الطرق الغامضة التي يُعتقد أن مشيئة السماء تُنفذ بها. ولا في مصدر تلك الشائعة

^٢ Lazarus Syndrome: حسب الإنجيل، كان لازاروس هذا شقيقًا لمارثا وماري أعاده السيد المسيح إلى الحياة بإذن الله (يوحنا). (المترجم)

القائلة بأن المواد الكيميائية قد تُستخدم في تنفيذها. وكمتشكك معروف، فأنا مقيد بالالتزام بأننا يجب ألا نكتفي بالبحث في طبيعة جميع الأشياء، بل أن نكون مستعدين للاعتقاد بأن كل شيء جائز. ولكن، وفي الحين الذي يمكن فيه للمتشكك الحقيقي أن يوجد سعيدًا في حالة دائمة من العنادية،^٢ يتمنى بعضنا لو يتمكن أحد من إقناعهم. وهناك شيء ما بداخل رُوحِي العاقلة (Rational Soul) يتمرّد على استلهاام الباراسيكولوجيا، ولكن ليس الإيمان بالله بكل تأكيد؛ فلا شيء يسعدني في الدنيا أكثر من الإحساس بوجوده، وبوجود حياة أخرى سعيدة أيضًا. ولسوء الحظ، فليس هناك أي دليل على وجود مثل تلك الحياة في تجارب الاقتراب من الموت هذه.

ولست أتشكك في وجود ظاهرة الاقتراب من الموت، والسكينة (equanimity) التي تُحس أحيانًا عندما يتهددنا الموت بصورة مفاجئة. ومع ذلك، فأنا أتشكك في تكرار حدوثها ضمن ملابسات غير تلك المباحثة. ومن المؤكد أن الراحة والطمأنينة، وخصوصًا تلك السكينة الواعية لتلك الأيام المتباطئة الأخيرة للحياة على ظهر الأرض، قد أُعطيت حجمًا أكبر بكثير مما هي عليه على أيدي كثير من المعلقين (Commentators)، لكننا لا نستفيد كثيرًا من كوننا نركن لتوقعات لا مبرر لها.

^٢ اللاأدرية Agnosticism: مذهب سوفسطائي ينادي بأنه لا يمكن معرفة شيء عن الله. (المترجم)

الفصل السابع

الحوادث والانتحار والقتل الرحيم

في خطبة شهيرة أُلقيت في جامعة هارفارد عام ١٩٠٤م، وهي محاضرة «إنجرسول» (Ingersoll) عن الخلود البشري، تحدّث وليام أوسلر عن امتلاكه لما وصفه بسجّلات فراش الموت (*Deathbed Records*) لما يقرب من خمسمائة شخص، «تمت دراستها على وجه الخصوص فيما يتعلق بأنماط الوفاة وأحاسيس المحتضرين». قال أوسلر إن سجلات تسعين حالة منها فقط هي التي ظهرت فيها آثار الألم أو التوتر. ومن تلك الحالات الخمسمائة، «لم تُظهر الغالبية العظمى علامات دالة، بصورة أو بأخرى؛ فمثل ولادتهم، كانت وفاتهم عبارة عن نوم ونسيان.» وقد كان المحتضّر، حسب وصف أوسلر: «تائبًا، لكنه غير واثق، وغائبًا عن الوعي، وغير مهتم بما يجري من حوله بصورة عامة.» ويصل لويس توماس (Thomas) إلى مرحلة أبعد من هذه، فيقول: «لم أرَ منازعة الموت (*death agony*) سوى مرة واحدة فقط، في مريض كان مُحاطًا بالحاخامات.» وفي وقت تلفّظهم بتلك الكلمات، كان كلٌّ من أوسلر وتوماس (ولا يزال توماس كذلك حتى الآن) يُعدّان من أكثر أساتذة الطب احترامًا في عصرهما.

ومع ذلك، فقد أصابتنِي الحيرة — إذ رأيت الكثير جدًّا ممن يتعذبون أثناء وفاتهم، والكثير جدًّا من الأسر التي عذبها منظر الموت الذي يتوجب عليهم أن يتذكروه بلا حول ولا قوة، لدرجة لا يمكن معها أن أفكر في أن ملاحظاتي السريية ما هي إلا سوء فهم مني، بصورة ما، للواقع. كانت الأسابيع والأيام الأخيرة لعدد من مرضاي، يزيد كثيرًا على نسبة الواحد إلى خمسة لمرضى أوسلر، مشحونة بكثير من صنوف العذاب (*Purgatory*)، وقد شهدت ذلك بنفسِي. وربما كانت رؤية توماس المختلفة ناجمة عن أنه قد أمضى معظم حياته المهنية كباحث في المختبرات؛ وربما كان تفسير أوسلر لسجلاته الخمسمائة عاكسًا لتفاؤله المعروف بأن العالم مكان أجمل بكثير مما نراه عليه، ولحماسه كمرشد عام لنقل

تلك الفلسفة الوردية. ومهما كانت العوامل التي حفزت مثل هذين الرجلين اللذين كانا من أكثر أساتذة الطب إنسانية، لكي يقررا بما قالوا؛ فيجب عليّ — مثلما نقول في مثل تلك اللحظات المربكة من الشك الظاهري في مُثلنا العليا المحلية — أن أختلف معهما بكل احترام.

ولكنني، مجددًا، قد لا أختلف معهما تمامًا. وربما كان أوسلر وتوماس هما من اختلف مع مثالياتهما، لكنهما لم يريدوا الاعتراف بذلك. ويبدو من المحتمل تمامًا أنهما كانا مغالطين، وأنهما فعلاً ذلك بتخوّف. وعندما وصفا ما يقصدان به غياب منازعات الاحتضار، قاما ببساطة بتجاهل الأحداث التي تسبق مباشرة تلك الأيام أو الساعات الأخيرة التي يتحدثون عنها باطمئنان. وتحت تأثير التسكين العميق، أو تلك المهلة المباركة للغيبوبة النهائية التي تصيب البعض في نهاية صراع مضنٍ مع المرض، كثيرًا ما تصبح الساعة الفعلية لتوقف القلب ساكنة (*Tranquil*) بالفعل. وبهذه الطريقة، يتجنب كثيرون عبور ممر مليء بصنوف العذاب؛ بينما يعاني كثيرون غيرهم من التوتر الجسدي والذهني حتى اللحظة الأخيرة تقريبًا، وحتى «في» تلك اللحظة الأخيرة. وهناك تكتم (*reticence*) فيكتورجي جميل في إنكار احتمال وجود مقدمة مأسوية للموت، وهو ما يودُّ كلُّ منا أن يسمعه. لكن إذا كان السلام والجلال في الموت هما ما نخدع أنفسنا بتوقُّع حدوثه، فسيموت أغلبنا وهم يتساءلون عن الخطأ الذي اقترفناه، أو اقترفه أطباؤنا.

أما بالنسبة لأوسلر ذاته، فقد كانت نهايته مسالمة بالفعل، بيد أنه اشتراها — مع ذلك — بكثير من العذاب، لم تتمكن حتى طبيعته المنشركة دومًا من التغلب عليه. استغرق مرضه النهائي شهرين كان خلالهما طريح الفراش. بدأ بأعراض اعتقد أنها ناجمة عن الإصابة بالبرد، ثم الإنفلونزا، ثم الالتهاب الرئوي. وبالرغم من أنه احتمل بشجاعة الحُميات المرتفعة، والنوبات المبرّحة من السعال المتواصل، كان من الصعب عليه أحيانًا طمأننة زوجته وأصدقائه القلقين بأن تفاؤله لا يتزعزع. وفي مرحلة متأخرة من مرضه، كتب في رسالة وجهها لسكرتيه السابق: «لقد رافقني أحد شياطين الزمن لمدة ستة أسابيع في فراشي! في صورة التهاب شُعبي انتيابي، لا تجده موصوفًا في أيٍّ من كتبك! فلم تكن هناك علامات جسمانية فعلية؛ كما استمر السعال، في صورة أزواج قصيرة، ثم في نوبات متصلة، في سوء السعال الديكي (*Whooping Cough*) ... ثم أُصبت في الساعة الحادية عشرة من تلك الليلة بذات الجنب (*Pleurisy*)، بدأت كطعنة ثم تحولت إلى ما يشبه الألعاب النارية، مع ألم مصاحب للسعال والتنفس العميق، لكنني أُصبت بعد ذلك

بأثنتي عشرة ساعة بنوبة حوّلت كل الارتباطات (attachments) الجنبوية إلى شظايا، وجاء معها الألم ... ولم يُجدِ أيُّ من العلاجات الشُّعبية، وليس هناك شيء لم يجربه في أطبائي الطيبون، إلا إن الشيء الوحيد الذي كان له أي أثر يُذكر في تهدئة السعال، كان هو الأفيونات — في صورة شراب طيب من قنينة الدواء المسكّن (Paregoric)، أو حقنة تحت جلدية من المورفين.»

وعند ذلك الحد، كانت حتى رُوح أوسلر المشرقة قد ذبلت، إضافة إلى فقدان قدرتها على نقل التفاؤل لأولئك المحيطين به. خضع لعمليتين جراحيتين تحت تأثير مخدر كلي لتصريف القيح المتراكم في رئتيه، ولم تُجدِ أيُّهما إلا في تحسين حالته لفترة وجيزة. جعله عذابه يتمنى الموت الذي وصفه قبل ذلك بخمس عشرة سنة، والذي سيكون فيه «فاقدًا للوعي، وغير مكترث بصورة عامة.» وعند اقتراب النهاية، اعترف أوسلر الشجاع بكلٍّ من صعوبة طريقه، وبتمنيهِ لأن ينتهي عذابه: «يتسلل هذا الشيء الفظيع بطريقة كريهة، وعندما تبلغ عامك الحادي والسبعين، يصبح المرفأ غير بعيد.»

تُوفي أوسلر بعد ذلك بأسبوعين، في سن السبعين. وقد عاش سن الأنشاش (scores) الثلاثة وعشرًا الذي وعد به كتاب المزامير (Psalms) في التوراة. ولم يكن الالتهاب الرئوي الذي أصابه هو ذلك المرض «الحاد، القصير، الذي يخلو من الألم في كثير من الأحيان»، والذي وصفه قبل زمن بعيد، كما أنه لم ينفذ وظيفته «كصديق للعجائز» بكل تأكيد، نظرًا لاحتمال أن يعيش لسنوات طويلة تالية بصحة جيدة لو لم يكن قد أصيب به. وبذلك فقد خانت وفاته توقعاته، كما ستفعل بكلٍّ منا.

وبأي صورة كان، فالاحتضار عمل ملطّخ (messy). فبالرغم من أن كثيرًا من الناس يصبحون «فاقدي الوعي، وغير مكترثين» بالفعل، بالدخول في حالة من الغيبوبة أو شبه الإدراك؛ وبالرغم من أن بعض المحظوظين الآخرين يُمنحون مرورًا سلميًّا — وواعيًا في بعض الأحيان — بصورة مذهشة، في نهاية مرض عضال؛ وبالرغم من أن الآلاف المؤلفة من الناس «يسقطون ميتين»، حرفيًّا، في كل عام بدون أن يعانون من الضيق لأكثر من لحظة خاطفة؛ وبالرغم من أن من يموتون بفعل الحوادث يُمنحون ميزة الإعفاء من الألم المشحون بالرعب — والذي يصاحب كل هذه الاحتمالات — فإن ما يقل كثيرًا جدًّا عن خمس الذين يموتون يوميًّا هم من يستفيدون من هذه الظروف السهلة. وحتى بالنسبة لأولئك الذين يحصلون على قدر من السكينة أثناء الانفصال، فكثيرًا ما تتشعب تلك المرحلة التي قد تمتد لأيام أو لأسابيع، والتي تسبق تدهور الوعي الكامل، بصنوف العذاب الذهني والتوتر الجسدي.

وفي كثير جدًا من الأحيان، يحتفظ المرضى وأسرهم بتوقعات لا يمكن أن تتحقق، ونتيجةً لذلك يصبح الموت أكثر صعوبة بسبب الإحباط وخيبة الأمل في أداء مجتمع طبي ليس بوسعه أن يقدم أفضل من ذلك، أو أنه — وهو الأسوأ — لا يقدم الأفضل لأنه يستمر في القتال لفترة طويلة بعد أن تصبح الهزيمة محققة. وانتظارًا لأن تموت الغالبية العظمى بسلام في جميع الحالات، فكثيرًا ما يتم اتخاذ قرارات علاجية قرب نهاية الحياة تدفع شخصًا محتضرًا، سواء شاء أم أبى، نحو سلسلة من المآسي المتزايدة السوء، والتي لا فكاك منها؛ مثل الجراحات ذات الفائدة المشكوك فيها والمعدلات المرتفعة للمضاعفات، والعلاج الكيميائي ذي الآثار الجانبية الخطيرة والاستجابة غير المؤكدة، والفترات المطولة من الرعاية المركزة فيما بعد مرحلة الفشل. ومن الأفضل معرفة ماهية الاحتضار، ومن الأفضل اعتماد الخيارات التي يُحتمل أن تمنع حدوث أسوأ ما ينطوي عليه. فما لا يمكن منعه، يمكن عادة — على أقل تقدير — أن تلطف حدثه.

ومهما بلغت درجة إقناع المرء لنفسه بألا يهاب عملية الاحتضار، فلا بد له أن يبلغ مرضه النهائي وهو يشعر بالخوف. ويفيد الإحساس الواقعي بما يجب توقعه، كوسيلة دفاعية ضد الشعورات الجامحة للخوف الذي لا مبرر له، وللرعب الذي يجعل المرء — بصورةٍ ما — لا يتصرف بصورة صحيحة. وكل مرض يمثل عملية قائمة بذاتها؛ فهو يحمل نوعه الخاص من العمل التدميري ضمن إطار من الأنماط الشديدة الخصوصية. وعندما تصبح أنماط المرض التي تصيبنا مألوفة لدينا، فنحن نجرد تخيلاتنا من أسلحتها ضدنا. وتفيد المعرفة الدقيقة للطريقة التي يقتل بها المرض في تحريرنا من صنوف الرعب غير الضرورية حول ما يتحتم علينا مجابهته عندما نموت. وبهذا، ربما نصبح أكثر استعدادًا للتعرف على المحطات التي يكون من المناسب فيها طلب الخلاص، أو ربما البدء بالتفكير في إنهاء الرحلة كلية.

وهناك نوع من الاحتضار ليس من الممكن فيه سوى استعداد قليل إن وُجد، وربما لم يكن ذلك الاستعداد من المستحب أساسًا. وسواء شئنا أم أبينا، يبقى الموت بفعل العنف منطقة خاصة بالشباب عمومًا. وحتى لو تم تحذيرهم مسبقًا، فلا يأبه الشباب بالتوصية التي تُحذّر أحد معارفه من السبل التي تؤدي به إلى القبر. كما أن الشباب لا يتأثر بالإحصائيات — فالرضح (Trauma)، والذي يعرف بأنه إصابة جسدية أو جرح، هو أكبر أسباب الوفيات شيوعًا في جميع الأشخاص دون الخامسة والأربعين في الولايات المتحدة. وهو يقتل نحو ١٥٠٠٠٠ أمريكي سنويًا، من جميع الأعمار؛ إضافة إلى

٤٠٠٠٠ آخرين ممن يصابون بعاهاات مستديمة. وتحدث ستون في المائة من الوفيات خلال الساعات الأربع والعشرين التالية للإصابة. وليس من المثير للدهشة معرفة أن المصدر الأساسي للرضح في الولايات المتحدة هو حوادث المركبات (Automotive)، فتصيب نحو ٣٥ في المائة من الإصابات الكبرى ركاب السيارات، إضافة إلى ٧٪ أخرى لراكبي الدراجات النارية. وتتميز حوادث المركبات، على الأقل، بكونها غير مقصودة في الغالبية العظمى من الحالات. وذلك بعكس جروح الطلقات النارية (والتي تمثل نحو ١٠ في المائة من جميع الرضوح الكبرى) وطعنات الآلات الحادة (والتي تضيف عددًا مماثلًا تقريبًا). وتمثل حوادث المشاة (Pedestrian) من ٧ إلى ٨ في المائة، بينما تنتج ١٧٪ إضافية عن حالات السقوط (Falls)، والتي كثيرًا ما تصيب كلاً من كبار جدًا والصغار جدًا. وتنتج الخمسة عشر في المائة المتبقية من الرضوح الكبرى عن مصادر متنوعة، بما فيها الحوادث الصناعية، واصطدامات الدراجات الهوائية، وتشكيلة من إصابات الانتحار.

في أمسية أحد أيام صيف عام ١٨٩٩م، وثب أحد سماسرة العقارات، وهو رجل في الثامنة والستين يدعى — للسخرية — هنري بليس،^١ من إحدى الحافلات الكهربائية (Trolley car) في مدينة نيويورك فقتلته إحدى السيارات المارة، وبذلك فقد حاز التميز المريب بأن أصبح أول ضحايا مرور المركبات الآلية في الولايات المتحدة. ومنذ ذلك الحين، مات نحو ثلاثة ملايين شخص كنتيجة لإصابات المركبات الآلية. وكان أهم الأسباب المشاركة في هذه الوفيات (أو رفيق سفرهم، لو صح التعبير) هو الكحول. ويلعب الكحول دورًا في نحو ٥٠ في المائة من وفيات المركبات الآلية في الولايات المتحدة، بينما كان ثلث من ماتوا ضحايا لسُكر غيرهم.

وبعد أن جادلت بأن الوفاة الفردية هي بالضرورة أحد المكونات الأساسية في نمط الاستثمارية البيولوجية، عليّ أن أضيف هنا تلك الحكمة التي تثبت نفسها بنفسها بأن الطبيعة ليست بحاجة لأية مساعدة كانت. فمنازلتها الخلوية (Cellular manipulations) الخاصة تجعل قتلنا لأعداد كبيرة من إخواننا، ومن أنفسنا سنويًا، أمرًا غير ضروري، بل هو في النهاية من المضرّ. ويحرم الرضح جنسنا البشري من ذريته ويخرق الدورة المنظمة للتجديد والتحسين (Renewal & Improvement). فلا يخدم

^١ Bliss: بمعنى النعيم. (المترجم)

الموت الرضحي لإنسان ما أيّ غرض نافع. وهو مأسوي بالنسبة للنوع البشري كما هو بالنسبة للأسرة التي خلفها وراءه.

كم هو مثير للسخرية، إذن، أن نرى أن القليل جدًّا من الطاقات الطبية الأحيائية لمجتمعنا موجه نحو الوقاية من الإصابات ومعالجتها. ولم يتم التعرف إلا مؤخرًا على العنف كم مشكلة كبرى للصحة العامة في الولايات المتحدة، لدرجة أن نسبة الوفيات الناتجة عن طلقات الأسلحة النارية مقارنةً بعدد السكان في الولايات المتحدة تبلغ سبعة أضعاف مثيلتها في المملكة المتحدة؛ وأن معدلات الانتحار — وهو أسوأ وجوه العنف — تضاعفت بين الأطفال والمراهقين خلال الثلاثين عامًا الماضية، وهي زيادة ناتجة بالكامل تقريبًا عن الأسلحة النارية. ويمثل الانتحار حاليًا ثالث أكبر أسباب الوفيات في هذه المجموعات العمرية الشابة.

وهناك من يجادلون بحجة مقنعة في أن معدلات الانتحار هذه منخفضة للغاية؛ فهي لا تضم ذلك النوع المتسلل من السلوك المدمر للذات، والذي يطلق عليه البعض اسم «الانتحار الاعتيادي المزمّن» (Chronic habitual suicide): المخدرات، والكحول، والقيادة المتهورة، والعادات الجنسية المحفوفة بالخطر، والانضمام إلى العصابات الإجرامية، وغيرها من الطرق التي يتحدى بها الشباب أعراف وتقاليد المجتمع. ويحدُّ الانتحار الاعتيادي المزمّن ليس فقط من كمية (Quantity) الحياة، بل ومن نوعيتها أيضًا. فهو يحرم بقيتنا من المواهب، والرغبة، ومن ثم من المساهمات المجتمعية التي كان من الممكن أن تتحقق من خلال أولئك الشباب الذين نفقد حياتهم، وكثيرًا ما يحدث ذلك قبل أن نفقدهم بكثير. ولا يمكن تقدير حجم هذه المفقودات، التي تلتهم — ببطء — أطراف النسيج المكون لحضارتنا.

استُخدم اصطلاح «ثلاثي الأنماط» (Trimodal) للدلالة على التسلسل الزمني للوفاة الرضحية: فهي إما وفيات فورية، أو مبكرة، أو متأخرة. وتحدث «الوفاة الفورية» (Immediate death) خلال دقائق من حدوث الإصابة. وتضم هذه أكثر من نصف جميع الوفيات الرضحية وهي تنتج دائمًا عن إصابة الدماغ، أو النخاع الشوكي، أو القلب، أو أحد الأوعية الدموية الكبرى. وتكون العملية الفيزيولوجية المستبطنة إما التلف الدماغى الجسيم أو الاستنزاف (Exsanguination).

أما «الوفاة المبكرة» (Early death)، فهي تقع خلال الساعات القليلة الأولى التالية للإصابة. والسبب المعتاد هو إصابات الرأس، أو الرئتين، أو أعضاء البطن، مع النزيف

الحادث في هذه المناطق. ينتج الموت عن إصابة الدماغ، أو فقد الدم، أو اضطراب التنفس. وبصرف النظر عن الفترة الزمنية، ففي الواقع أن نحو ثلث جميع الوفيات الرضحية ينتج عن التلف الدماغى، بينما ينتج ثلث ثانٍ عن النزيف. وبالرغم من أن «الوفيات الفورية» خارجة عن نطاق التدخل الطبى، فإنه يمكن إنقاذ حياة الكثير ممن يندرجون تحت مجموعة الوفيات «المبكرة» عن طريق العلاج الفورى. وهنا يقوم النقل السريع، والفرق الطبية المدربة جيداً، وغرف الطوارئ المعدة للمعركة، بصنع الفارق الحيوى. وقد قُدر عدد الأمريكيين الذين يموتون سنوياً بسبب عدم توافر هذه الموارد في جميع المناطق بخمسة وعشرين ألفاً. ويمكن العثور على مثال جيد لفاعلية نظام النقل السريع في الدروس المستفادة من الصراعات المسلحة للجيش الأمريكى. ففي كلٍّ من الحروب الأربع الأخيرة التي خاضها ذلك الجيش، كان كل تغير بالزيادة في التقنيات الطبية مصحوباً بتغير بالنقصان في وقت إخلاء المصابين، وكانت النتيجة هي نمط من إحصائيات الوفيات التي تختلف جذرياً من حرب للتي تليها.

ويشير اصطلاح «الوفيات المتأخرة» (Late death) إلى أولئك الأشخاص الذين يموتون بعد الإصابة بأيام أو أسابيع. وتنتج نحو ٨٠ في المائة من هذه الوفيات عن مضاعفات العدوى وفشل الرئتين، والكلىتين، والكبد. ويظل أولئك الأشخاص على قيد الحياة بعد إصابة الرأس أو النزيف المبدئي، لكنهم كثيراً ما يكونون مصابين بإصابات في أعضاء أخرى من أجسامهم، مثل انتقاب الأمعاء، أو انفجار الطحال أو الكبد، أو ربما إصابة كلية (Blunt) للرئتين. وليس من النادر أن يتم اللجوء للجراحة لإيقاف النزيف، أو الوقاية من الالتهاب الصفاقي، أو إصلاح عضو ممزق، وربما إستئصاله أثناء العملية. وبدلاً من التعافى تماماً، يبدأ الكثير من أولئك الناس في خلال أيام قليلة في الإصابة بالحمى، وارتفاع معدلات كريات الدم البيض، مع ميل كميات من الدم الدائر في شرايينهم للركود في أجزاء غير ملائمة من الجسم، مثل الأوعية الدموية للأمعاء، وبذلك تفتقد من الدورة الدموية العامة. وتُميّز كل هذه التطورات العدوى المنتشرة، أو الإنتان (Sepsis)، والتي تصبح مقاومة بصورة متزايدة للعلاج بالمضادات الحيوية أو غيرها من العقاقير.

وإذا كان مصدر الإنتان هو خراج (Abscess) أو بضع جراحي مصاب بالعدوى، فعادةً ما يعكس التصريف الجراحي التلف الحادث ويتيح للمريض فرصة للتعافى. ومع ذلك، فلا يمكن في كثير من الناس العثور على خراج قابل للتصريف، ولذلك تتفاقم الأعراض. وفي نهاية الأسبوع الأول بعد الإصابة، يبدأ فشل التنفس في الظهور في صورة

وذمة رئوية (*Pulmonary edema*) وعمليات شبيهة بالالتهاب الرئوي، مما ينتج عنه نقص أكسجة الدم. وتُعد الرئتان من أولى أهداف الإنتان، لكنها سرعان ما تُتبع بالكبد والكلى. ومن المعتقد أن المتلازمة المتطورة برُمّتها تمثل استجابة التهابية (Inflammatory response) لوجود مجموعة من الغزاة المنتجة للمواد السامة — من الجراثيم وغيرها — في الدم. وقد يكون أولئك الغزاة من البكتيريا، أو الفيروسات، أو الفطريات (*Fungi*)، أو حتى نُدَف مجهريّة من الأنسجة الميتة. وكثيرًا ما يُكتشف أن الجراثيم، إذا أمكن التعرف عليها، ناتجة عن المسلك البولي، يليه السبيلان التنفسي والمعدّي-المعوي في ترتيب الحدوث. وفي كثير من الحالات، نجد أن المصدر هو البضوع الجراحية أو الجلد. وكرد فعل لوجود سموم (ذيفانات: *Toxins*) في مجرى الدم، يبدو أن الرئتين وغيرهما من أعضاء الجسم تقوم بتخليق وإطلاق مواد كيميائية معينة تمتلك تأثيرًا مدمرًا على الأوعية الدموية، وأعضاء الجسم، وحتى الخلايا، بما فيها مكونات الدم. وتصبح خلايا الأنسجة غير قادرة على استخلاص كفايتها من الأكسجين من الهيموجلوبين، في الوقت نفسه الذي تصل فيه إليهم كمية أقل من الهيموجلوبين عبر الدورة الدموية المتناقصة. وتشبه هذه الأحداث إلى حدٍّ كبير الصورة النمطية للصدمة القلبية أو النزفية، لدرجة أن مُحصلّتها النهائية تسمى بالصدمة الإنتانية (*Septic shock*). وإذا لم تستجب الصدمة الإنتانية للعلاج، تصاب أعضاء الجسم الحيوية بالفشل، واحدًا تلو الآخر.

ولا يقتصر حدوث الصدمة الإنتانية على ضحايا الرضخ. فهي تشاهد في مجموعة متنوعة من الأمراض التي تعطل فيها الآليات المناعية للمريض. وليس من النادر، في الواقع، أن تكون هي الحدث النهائي في مثل ذلك الطيف من الحالات، مثل الداء السكري، والسرطان، والتهاب البنكرياس، وتشمّع الكبد (التليف: *Cirrhosis*)، والحروق المتسعة، مما يقهر ضحاياها بمعدل وفّيات يتراوح بين ٤٠ و ٦٠ في المائة. وتمثل الصدمة الإنتانية أكبر أسباب الوفّيات الفورية في غرف العناية المركزة في الولايات المتحدة، حيث يبلغ عدد ضحاياها من ١٠٠٠٠٠ إلى ٢٠٠٠٠٠ وفاة سنويًا.

وبمجرد أن تفقد الرئة بعضًا من قدرتها على أكسجة الدم، وتتعطل الدورة الدموية بسبب الضعف العام لعضلة القلب وركود الدم في أوعية الأحشاء، تبدأ أعضاء عديدة في إظهار آثار سوء التغذية، وتضمحل الوظائف المخية؛ كما يفقد الكبد جزءًا من قدرته على إنتاج بعض المركّبات التي يحتاج إليها الجسم وعلى تحطيم تلك التي لا يحتاج إليها. ويضعف الفشل الكبدي من الإحباط المرافق للجهاز المناعي والإنتاج المتناقص للمواد

المقاومة للعدوى. وفي الوقت نفسه يمنع انخفاض كميات الدم الواصلة للكلى من الترشيح الملئ وينتج عنه خرُجٌ بوليٌّ غير كافٍ ويوريمية (فشل كلوي) متزايدة السوء، وهي عبارة عن تراكم النواتج السامة في الدم.

ويمكن أن يُضَاعَف كل ذلك بتحطم الخلايا المبطنة للمعدة والأمعاء، مما ينتج عنه التقرُّحات (Ulcerations) والنزيف. وكثيراً ما تكون الصدمة، أو الفشل الكلوي، أو النزيف المعدي المعوي، هي الأحداث النهائية في أولئك الأشخاص الذين يموتون بفعل متلازمة الفشل التالي للرضح في أعضاء متعددة. ولو صغنا ذلك بطريقة أخرى، لقلنا إن فشل أعضاء متعددة هو النقطة النهائية للإنتان، ولذلك فهي النقطة النهائية المشتركة للعديد من المرضى الذين قد تكون العملية المرضية الأولية فيهم هي الرضح، أو واحد أو أكثر من تلك الأمراض «الطبيعية» للجنس البشري. ويبدو أن جميع خصائص هذه المتلازمة ناتجة عن آثار السموم على أعضاء عديدة في الجسم. وتتعلق النتيجة النهائية لأي مريض منفرد، بعدد الأعضاء التي لم تعد تقوى على احتمال الهجوم. وإذا أصيب ثلاثة من هذه الأعضاء، تقترب نسبة الوفيات من ١٠٠ في المائة.

ويستغرق تنفيذ العملية بكاملها من أسبوعين لثلاثة، وأحياناً أكثر. وقد تلُكَّ (Linger) أحد مرضاي، والذي كان الإنتان فيه ناتجاً عن التهاب البنكرياس، لمدة شهور أثناء محاولتنا جميعاً، من جراحين، وأطباء استشاريين، وأخصائي تخدير، وأطباء مقيمين، وممرضات، وفنيين، استخدام كل التقنيات التشخيصية والعلاجية المتوافرة في مركزنا الطبي الجامعي لإيقاف المد المتواصل لفشل الأعضاء المتعددة، والتي باءت جميعها بالفشل.

وتصعب مشاهدة معاناة المرضى الذين يموتون بفعل الصدمة الإنتانية بصورة تفوق الوصف. ويتبع تكشف الأحداث التي تؤدي للوفاة في النهاية نمطاً متوقعاً. فهناك في البداية، الحمى وتسارع النبض وصعوبة التنفس، أو على الأقل دليل على نقص الأكسجة يتم اكتشافه بتحليل الدم. وسيتم تثبيت أنبوب داخل الرُّغامى «القصبية الهوائية» [Endotracheal tube] لمساعدة التنفس المضطرب، لكنه سرعان ما يصبح من الواضح غياب أي فائدة لها تُذكر. وإذا لم يكن المريض تحت تأثير المسكنات بالفعل، فسيبدأ مستوى وعيه بالتذبذب حسب أهوائه. ويتم إجراء أشعات مقطعية، وفحوص بفائق الصوت (Ultrasound)، والعديد من تحليلات الدم، ومزارع بكتيرية متتالية، في محاولة للعثور على مصدر للعدوى يمكن علاجه، وكثيراً ما تضيق أدراج الرياح. ويجتمع الاستشاريون في مجموعات حول سرير المريض، وهم يفحصونه ويتحدثون، ويضيفون

— عمومًا — لجو الشك المحيط به. ويُدفع المريض جيئةً وذهابًا بين وحدة العناية المركزة وقسم الأشعة عندما يُطلب إجراء هذا النوع أو غيره من تقنيات التصوير الشعاعي للبحث عن جيب من القيح أو موضع للالتهاب. ويصبح كل انتقال من الفراش للنقالة (gurney)، وبالعكس، تمرينًا لوجستيًا (تعبويًا: *Logistical*) في فك الخطوط والأسلاك. وتتغير الحالة النفسية والخطط الخاصة بكلٍّ من أفراد الأسرة والفريق الطبي مع كل مجموعة جديدة من التقارير العملية، لكنهم لا يشركون معهم ذلك الشخص القلق الراقد على الفراش إلا في تلك النتائج الجيدة، بشرط أن يكون ذلك الشخص قادرًا على أن يفهم معانيها تمامًا. ويتم البدء بالمضادات الحيوية، ثم يتم تغييرها وإيقافها على أمل أن يظهر جراثيم يمكن علاجه في مجرى الدم، ثم يعاد حقنها مجددًا؛ ولا تُظهر تحليلات الدم جراثيم يمكن أن تنمو في مستنبتات المعمل، إلا في نحو ٥٠ في المائة من ضحايا فشل الأعضاء المتعددة.

وتظهر تبدُّلات عديدة في مكونات الدم، كما يمكن أن تثبط آلية تجلُّط الدم، حتى إلى نقطة حدوث النزيف التلقائي. وأحيانًا ما ينتج اليرقان (Jaundice) عن الفشل الكبدي، في الوقت نفسه الذي تُظهر فيه الكُلى أول الدلائل الخطيرة على التدهور المستمر. ومن الممكن محاولة الدِّيال (الغسيل الكلوي: *Dialysis*) كفعل مؤجِّل إذا كان لا يزال هناك بعض الأمل في قلب دَفَة الأمور. وبحلول ذلك الوقت، إن لم يكن قبله، يبدأ المريض المعذب — بشرط احتفاظه بالقدرة على تنظيم أفكاره — بالتفكير فيما إن كان هناك شيء يمكن فعله من أجل إنقاذه. وبالرغم من أنه لا يستطيع معرفة ذلك، فإن أطباءه يكونون قد بدءوا بالتفكير في الشيء نفسه.

ومع ذلك، يستمر الجميع في المحاولة، لأن المعركة لم تتم خَسارتها حتى الآن. ولكن شيئًا غير ملحوظ كان يحدث طوال هذه الفترة؛ فعلى الرغم من نواياهم الحسنة، فإن أفراد الفريق الطبي يكونون قد بدءوا في عزل أنفسهم عن ذلك الرجل الذي يقاتلون من أجل إنقاذ حياته. وتبدأ عملية من فقد التشخص (تبدد الشخصية: *Depersonalization*) فالمرضى في وحدة العناية المركزة يصبح في كل يوم أقل حجمًا كإنسان، وأكثر تعقيدًا كتحدٍّ يختبر ذكاء مجموعة من أنشط وألمع المحاربين السريريين للمستشفى. وبالنسبة لأغلب الممرضات وقليل من الأطباء الذين عرّفوه قبل انزلاقه إلى جانب الإنثان، يبقى جزء من ذلك الإنسان الذي كان عليه (أو الذي ربما كان عليه)، لكنه، بالنسبة لأولئك الاستشاريين من كبار الاختصاصيين الذين يعايرون ما تبقى من الأدلة الجزيئية لحيويته الذابلة، هو

مجرد «حالة مرضية»، ولهذا فهو حالة مثيرة للاهتمام. ويناديه أطباء يصغرونه بثلاثين عامًا باسمه الأول مجردًا. وذلك أفضل من مناداته باسم مرض أو برقم سرير.

وإذا تبقي للرجل المحتضر بعض من الحظ، سيصبح في ذلك الوقت فاقداً للإحساس بهذه المسرحية الدرامية التي يلعب هو فيها الدور الرئيسي. وانتقل من الخفوت (الخمود: *Obtundation*) إلى الاستجابة الدنيا أو حتى الغيبوبة، والتي تحدث تلقائياً في بعض الأحيان مع فشل أعضائه، وفي أحيان أخرى بمساعدة المنومات وغيرها من الأدوية، وانتقلت أسرته من الانزعاج، إلى اليأس، وفي النهاية إلى الشعور بالعجز.

وليس أفراد الأسرة وحدهم، بل معهم الممرضات وأولئك الأطباء الذين ظلوا مع المحتضر منذ البداية، هم الذين يشعرون تدريجياً بشدة المحنة التي يعاني منها من هو في مركز حملتهم الخاسرة. وهم يبدءون في التشكك في العملية ذاتها التي يتخذون بها — هم وأولئك الاستشاريون المحتشدون — قراراتهم العلاجية، أو يختارون بها — بيأس متزايد — نوعاً جديداً من الإجراءات التشخيصية غير الواعدة، وهم يعذبون أنفسهم بذلك الإدراك المتزايد الحتمية بأنهم يُضخّمون من معاناة أخ لهم في الإنسانية من أجل الإبقاء على ذلك الأمل الواهي لشفائه؛ ويواجه أكثر الأطباء لوماً للذات هذا الجزء من تحمّسهم، والذي هو نشوة حل المعضلة وانتزاع ذلك الانتصار المجيد في آخر لحظة، عندما يظن الجميع أن اللعبة قد انتهت بدون أمل في الفوز بها.

و انفصال بعض أفراد الفريق المعالج عن المريض يجعلهم أكثر قرباً من الأسرة، وكأنما حدث تحوّل في تعاطفهم خلال تلك الأسابيع الطويلة للسهر المضني معاً. وقرب النهاية بشكل خاص، يمنح التعاطف الذي لم يعد المحتضر قادراً على استيعابه، لأولئك الذين يكونون قد بدءوا في الحداد بالفعل. ونادراً ما تكون هناك كلمات أخيرة في وحدات العناية المركزة؛ فكل التعزية التي قد تجدها هناك، تتمثل في الحزن الدافئ من إحدى الممرضات، أو العزاء الذي تحمله كلمات طبيب.

وفي نهاية الأمر، يشعر حتى أولئك الذين لم يكونوا قادرين على الفراق — حتى هم — بالراحة التي تصاحب نهاية المعاناة الطويلة. رأيت ممرضات متمرسات ينتحبن بحرقة عند موت أحد مرضى العناية المركزة؛ كما رأيت جراحين في منتصف العمر يشيحون بوجوههم بعيداً، حتى لا يرى الجراحون المبتدئون دموعهم. وتصدّع صوتي، كما تصدّعت رُوحِي، غير مرة قبل أن أتمكن من النطق بتلك الكلمات التي يجب أن تقال.

وليست هذه المشاهد مقصورة على وحدات العناية المركزة بطبيعة الحال؛ فهي تحدث أيضاً في العنابر العادية للمستشفى وفي غرف الطوارئ بها. ولا يرى الموت المبكر بفعل

المرض أو العنف غير المحرّض (Unprovoked)، بدون انفعال سوى قلة قليلة ضمن تلك الجحافل التي تتولى رعاية المرضى. ولكن عندما يكون الموت المبكر ناتجاً عن تدمير الذات، فهو يستثير حالة شعورية مختلفة تماماً عن تلك الناتجة عن الاحتضار الطبيعي، لكن هذا الشعور ليس هو عدم الانفعال (dispassion). وفي كتاب عن طرق الوفاة، تظهر كلمة الانتحار ذاتها كانفصال فجائي محير (Discomfiting tangent). ويبدو أننا نعزل أنفسنا عن ضحايا اغتيال الذات، بالطريقة ذاتها التي يُحس فيها المنتحر بانفصاله عن بقيتنا عندما يقوم بتنفيذ المصير الذي هو على وشك اختياره. ويتم سحبه إلى القبر غريباً ووحيداً، لأنه يبدو أنه ليس هناك مكان آخر ليذهب إليه. وبالنسبة لأولئك الذين يهجرهم والذين يُخلفهم وراءه، يكون من المستحيل استيعاب الأمر.

رأيت توجهي الشخصي نحو تدمير الذات، منعكساً في صورة استجابة ابنتي البكر. قُدت السيارة مع زوجتي لمسافة مائة ميل إلى المدينة التي كانت ابنتي تدرس فيها في السنة النهائية للدراسة الجامعية، لأنني اتفقت مع زوجتي على أننا يجب أن نكون بجوارها عندما تسمع الأخبار المفجعة بانتحار واحدة من أعز صديقاتها. وبمنتهى اللطف الذي كان بوسعنا، وبدون أن نخبرها في البداية بأيّ من التفاصيل التي توافرت لدينا، أخبرنا ابنتنا بما حدث. تحدثت أنا، فأخبرتها بكل شيء في جملتين أو ثلاث مقتضبات. وعندما أنهيت حديثي، حدّقت فينا غير مصدقة للحظة، بينما انهمرت الدموع من عينيها على خديها اللذين أصيبا بالاحمرار فجأة. وعند ذلك، وفي نوبة عارمة من الغضب والضياع، انفجرت قائلة: «هذه الطفلة الغبية! كيف استطاعت أن تفعل مثل هذا الشيء؟» كان ذلك، في نهاية الأمر، هو بيت القصيد. فكيف تفعل ذلك بأصدقائها، وبأسرتها، وببقية أولئك الذين يحتاجون إليها؟ وكيف تقترف هذه الشابة الذكية مثل هذا الفعل الأحمق وتجعلنا نفقدها؟ وليس هناك مجال لمثل هذا الشيء في عالم منظم، فيجب ألا يحدث هذا على الإطلاق. فلماذا، وبدون أن تستشير أيّاً منا، تنطلق مثل هذه الشابة المحبوبة هكذا وتقتل نفسها؟

وتبدو مثل هذه الأشياء غير قابلة للتفسير بالنسبة لمن كانوا يعرفون المنتحر. ولكن هناك عاملاً آخر يجب اعتباره، بالنسبة لأفراد الفريق الطبي الذين لا ناقة لهم ولا جمل والذين يرون الجثة لأول مرة، وهو ما يمنع شعورهم بالتعاطف معه. وهناك شيء بخصوص التدمير الحاد للذات، يُحير العقل المفكر لرجل أو امرأة ممن كرّسوا حياتهم لمحاربة المرض، لدرجة أنه يميل إلى تقليل أو حتى طمس الشعور بالتعاطف. ولا يُبدي

المشاهدون من أعضاء الفريق الطبي — سواء كانوا مندهشين ومحبطين من مثل هذا الفعل، أو غاضبين من عدم جدواه — كثيرًا من الحزن على جثة المنتحر. وقد رأيت في تجاربي الشخصية بعض الاستثناءات، لكنها كانت قليلة على أي حال. ويكون هناك إحساس بالصدمة العاطفية، وحتى الشفقة، ولكن نادرًا ما يكون هناك ذلك التوتر الذي يصاحب الموت غير المختار.

وإنهاء حياة المرء بنفسه هو الفعل الخطأ في جميع الحالات تقريبًا. ومع ذلك، فهناك موقفان قد يكون الأمر فيهما كذلك. وهذان هما الإعاقات غير المحتملة للشيخوخة المُقعدة وأوجه الدمار الأخيرة للمرض النهائي. وليست الأسماء ذات أهمية في تلك الجملة الأخيرة، فالنعوت هي ما يستصرخ الاهتمام، فهي الجزء الأعوص في القضية، والذي لا يحتمل أي حلولٍ وسطٍ أو ألفاظ مثل: «حسن، تقريبًا»: غير المحتملة، المُقعدة، الأخيرة، والنهائي. وقد تفكّر الخطيب الروماني العظيم «سنيكا»^٢ خلال فترة حياته المديدة، في الشيخوخة كثيرًا:

«لن أتخلّى عن الشيخوخة إذا تركت أفضل جزء فيّ سليمًا. ولكنها إذا بدأت تززع عقلي، وإذا دمرت ملكاته واحدة تلو الأخرى، وإذا لم تُبقِ فيّ من الحياة سوى النفس، فسأرتحل عن النظام (edifice) المتعفن أو الآيل للسقوط. ولن أُهرّب بالموت من المرض إذا كان من الممكن علاجه، وإذا ترك عقلي سليمًا. ولن أرفع يدي بالأذى على نفسي بسبب الألم، لأن موتي معناه هزيمتي. لكنني أعرف أنه إذا كان عليّ أن أتعذب بدون أي أمل في الشفاء، فسأرحل، ليس من خلال الخوف من الألم ذاته، بل لأنه يمنع كل ما يمكن أن أعيش من أجله.»

وتمتلى هذه الكلمات بالحس السليم لدرجة أن القليلين فقط هم من سينكرون أن الانتحار سيبدو كأحد الخيارات المتوافرة للشيخ الواهن عندما تصبح أيامه أكثر صعوبة، على الأقل بالنسبة لأولئك الذين لا تمنعهم من فعل ذلك قناعاتهم الشخصية وعقائدهم الدينية. وقد تفسر الفلسفة التي عبر عنها سنيكا، حقيقة أن الشيوخ من الذكور البيض

^٢ Seneca: ماركوس أنايوس سنيكا (٥٥ ق.م. - ٤١ م.). ويُعرف بسنيكا الكبير، تفریقًا له عن ابنه الذي يُعرف بسنيكا الصغير، والذي كانت أغلب أعماله الخطابية التي بقيت حتى يومنا هذا موجهة إليه وإخوته. (المترجم)

ينتحرون بنسبة تزيد على خمسة أضعاف المعدل القومي الأمريكي. أليس ما يفعلونه هو ما يسمى «بالانتحار العقلاني» (*Rational suicide*)، والذي طالما تم الدفاع عنه في مجلات علم الأخلاق (*Ethics*)، وصفحات بريد القراء في الجرائد اليومية؟ والإجابة هي بالكاد نعم. فالخطأ الفادح في موقف سنيكا يُعد من الأمثلة الصارخة للأخطاء الشائعة بين كل من تلك المناقشات الشهيرة التي تتناول الاتجاهات المعاصرة نحو الانتحار تقريباً؛ فالغالبية العظمى من الرجال والنساء المتقدمين في العمر الذين يقدمون على الانتحار، يفعلون ذلك لإصابتهم باكتئاب (*Depression*) قابل للعلاج تماماً. ويمكن، بالأدوية والمعالجات الملائمة، أن يُشفى أغلبهم من تلك السحابة من اليأس المطبق والتي تصبغ كل منق باللون الرمادي، وعندئذ سيدركون أن ترديات النظام (*Edifice* topples) ليست في مثل ما تخيلوه من جسامه، وأن الأمل في الشفاء ليس ميئوساً منه كما تصوروا. رأيت غير مرة شيخاً منتحراً خارجاً من اكتئاب، وعندئذ يُعاد اكتشافه كصديق مفعم بالحيوية. وعندما يعود أولئك الرجال والنساء إلى نظرة أقل يأساً للواقع، تبدو وحدتهم أقل وحشة لهم كما يبدو أنهم أكثر احتمالاً، لأن الحياة تصبح عندئذ مثيرة مجدداً، ويدركون أن هناك أناساً بحاجة إليهم.

ولا يعني ذلك كله أنه ليست هناك مواقف تستحق فيها كلمات سنيكا الاعتبار. ولكن إذا كان الأمر كذلك، فستستحق عندئذ معتقدات الروماني الاستشارة، والمشورة، والتأثير الرافع (*Leavening*) لحقبة طويلة من التفكير الناضج. ويجب أن يكون القرار بإنهاء الحياة قابلاً للدفاع عنه (*defensible*) بالنسبة لأولئك الذين نسعى لاكتساب احترامهم، مثلما هو بالنسبة لأنفسنا نحن. وفقط عند ملاقة هذه الدالة يمكن لأي إنسان أن يتفكر في إنهاء الحياة.

وبعكس هذه المقاييس، اقترب انتحار بيرسي بريجمان (*Predgman*) من كونه خالياً من اللوم (*irreproachable*). كان بريجمان هذا أستاذاً بجامعة هارفارد أدت أبحاثه في فيزياء الضغط العالي (*High-pressure physics*) إلى منحه جائزة نوبل في الفيزياء لعام ١٩٤٦م. ظل يعمل حتى سن التاسعة والسبعين وفي المراحل الأخيرة للسرطان، حتى أنه لم يعد قادراً على الاستمرار. وعندما كان يعيش في منزله الصيفي في مدينة راندولف، بولاية نيوهامبشير، أكمل الكشاف (*index*) لمجموعة من سبعة أجزاء لأعماله العلمية، وبعث بها إلى مطبعة جامعة هارفارد، ثم أطلق النار على نفسه في العشرين من أغسطس ١٩٦١م، تاركاً مذكرة لانتحاره لخص فيها جدلاً أربك من وقتها عالماً كاملاً من

الأخلاقيات الطبية: «لا يليق بالمجتمع أن يجعل رجلاً يفعل ذلك بنفسه. وربما كان ذلك هو آخر يوم أستطيع أن أفعل فيه ذلك بنفسى.»

وعند وفاته، بدا أن بريجمان كان صافياً ذهنياً تماماً بحيث يتخذ القرار الصحيح. ظل يعمل حتى اليوم الأخير، وربط بين النهايات السائبة، ونفذ خطته. ولست على يقين من كم الاعتبار الذي أولاه لاستشارة الآخرين، لكن قراره لم يخف بالتأكيد عن أصدقائه وزملائه، نظراً لوجود أدلة عديدة على أنه قد أخبر بعضهم على الأقل بالأمر مسبقاً. فقد أصبح من الاعتلال بحيث شك في قدرته بعدها على أن يستجمع قواه من أجل تنفيذ عزمته التي لا تلين.

وفي رسالته الأخيرة، تحسّر بريجمان على ضرورة تنفيذ فعلته بدون مساعدة من أحد. وذكر أحد زملائه مناقشة قال فيها بريجمان: «أريد أن أستغل الموقف الذي أجد فيه نفسى وقد رسخت مبدأً جديداً؛ وبالتحديد، أنه عندما تصبح النهاية المطلقة حتمية كما تبدو الآن، يحتفظ المريض بحقه في أن يطلب من طبيبه أن ينفذها من أجله.» وإذا كانت هناك حاجة لجملة واحدة لتجسيد (epitomize) المعركة التي نشترك فيها الآن جميعاً، فقد قرأناها للتو.

وليست هناك مناقشة معاصرة حول الانتحار، أو على الأقل ليست هناك واحدة كتبها طبيب، تستطيع أن تحيط بقضية دور الطبيب في مساعدة المرضى على التخلص من حياتهم. والكلمة الرئيسية في هذه الجملة هي المرضى — ليس البشر فحسب، بل المرضى — خصوصاً مرضى أولئك الأطباء الذين ينفذون هذه المساعدة. ويجب ألا تنشئ جمعية «أبوقراط» تخصصاً جديداً من مولدي القبور (Accoucheurs to the grave) حتى لا يحول اختصاصيو الأورام والجراحون، وغيرهم من الأطباء الذين تعذبهم ضمائرهم، أولئك المرضى الذين يرغبون في مغادرة كوكبنا إلى هؤلاء. ومن ناحية أخرى، فيجب الترحيب بأية درجة من المحاورة حول مشاركة الأطباء في الأمر، إذا كانت ستظهر إلى العلن ممارسة خامدة وُجدت منذ كان «إسكولابيوس»^٢ في قماطه.

وقد أصبح الانتحار، خصوصاً تلك الصورة التي ثار الجدل حولها مؤخراً، من الصرعات الجديدة في الآونة الأخيرة. ومنذ قرون طويلة، كان أولئك الذين يُنهون حياتهم بأنفسهم يُعتبرون على أحسن تقدير كمن اقتترف جرماً فاحشاً في حق أنفسهم؛ وفي أسوأ

^٢ Aesculapius؛ إله الطب عند الرومان. (المترجم)

الأحوال، كانت جريمتهم تُعتبر كخطيئة مميتة. ويُعد كلا الاتجاهين ضمنيًا في كلمات عمانوئيل كانط: ^٤ «ليس الانتحار شنيعًا لأن الله حرمه، لكن الله حرمه لأنه شنيع.»

لكن الأمور اليوم اختلفت؛ فلدينا مشكلة جديدة متعلقة بالانتحار، يساعدها وربما يشجعها أولئك الاستشاريون المدَّعون (Self-styled) على أقصى حدود العذاب البشري. ونحن نقرأ في صحف الإثارة (Tabloids) والمجلات البرَّاقة أن أفعال المتوفَّى، تحت تأثير بعض الظروف المسوَّغة بعينها، تُعرَف بصفات مثل تلك المحفوظة لأبطال العصر الحديث، والتي يبدو أن قليلًا منها فقط حقيقي. وبالنسبة لرموز الثقافة الشعبية، سواء الطبية منها أو غيرها، الذين يساعدونهم — فهم يدعوننا إلى نظرة أولئك المروجين المعروفين للموت الإرادي والذين ينشرون فلسفاتهم في عروض الأحاديث المتلفزة. وهم يُننون على إنكارهم لذواتهم، حتى في الوقت الذي يسعى فيه النظام القضائي لملاحقتهم.

وفي عام ١٩٨٨م، ظهر تقرير في مجلة الجمعية الطبية الأمريكية (J.A.M.A.) عن طبيب شاب متدرب على الأمراض النسائية، والذي، خلال الساعات الأخيرة من إحدى الليالي، اغتال — حيث الاغتيال هو الكلمة الوحيدة التي يمكن أن يوصف بها ما فعله — امرأة في العشرين من عمرها مصابة بالسرطان، لأنه راق له تفسير توسلاتها طلبًا للخلاص كتوسل للموت لا يمكن أن يحققه سواه، وكانت طريقته هي حقنها بجرعة من المورفين تزيد بنسبة الضعف على الأقل عن الجرعة المقررة، ثم الوقوف بجوارها حتى أصبح تنفسها مضطربًا، ثم توقف كلية. وحقيقة أن ذلك الذي نصب نفسه مُخلِّصًا (Deliverer) لم يكن قد رأى ضحيته من قبل تمنعه من تنفيذ مهمته التي أساء تفسيرها بالرحيمة، والمشبعة بالتأكيدات الضمنية المقززة على حكمته، أو تمنعه أيضًا من نشر تفاصيلها. فبينما انكمش «أبوقراط» حزينًا، كانت أرواح خلفائه الأحياء تنتحب.

وبالرغم من الأطباء الأمريكيين قد اتخذوا سريعًا موقفًا جماعيًا يستنكر سلوك طبيب النسائية الشاب، فإنهم استجابوا بصورة مختلفة تمامًا بعد ذلك بثلاث سنوات في حالة من نوع مختلف تمامًا. كتب طبيب للأمراض الباطنية من مدينة روشستر، بولاية نيويورك، في المجلة الطبية لنيو إنجلاند (*New England Journal of Medicine*)، واصفًا حالة مريضة أطلق عليها اسم ديان فقط، والتي سهَّل انتحارها عامدًا عن طريق

^٤ Kant: (١٧٢٤-١٨٠٤م) فيلسوف ومفكر ألماني، اتَّسمت أعماله بالتشاؤم. (المترجم)

وصف عقاقير الباربيتيورات المنومة التي طلبتها. وكانت ديان هذه، وهي أم لابن في سن الدراسة الجامعية، مريضة الدكتور تيموثي كويل (Quill) لفترة طويلة. وقبل ذلك بثلاثة أعوام ونصف العام، شخّص الطبيب حالتها كنوع شديد الحدة من سرطان الدم (اللوكيميا: Leukemia)، وتفاقم مرضها حتى وصل إلى النقطة التي «بدأت فيها آلام العظام، والضعف، والخمول، والحميات، تسود جميع أوجه حياتها».

وبدلاً من الموافقة على العلاج الكيميائي (Chemotherapy) الذي كان يحمل فرصة ضئيلة لإيقاف الهجوم المميت للسرطان الذي أصابها، فقد أوضحت ديان في مرحلة مبكرة من مرضها للدكتور كويل واستشارييه العديدين، أنها كانت تخشى الضعف الناتج عن المرض، وفقد السيطرة على جسدها، أكبر بكثير مما كانت تخشى الموت. وبدأ الدكتور كويل، ببطء، وصبر، وحنان نادر الوجود، وبمساعدة زملائه، في قبول قرار ديان ومصادقية الأسس التي بنته عليها.

والعملية التي تعرّف بها تدريجياً على أنه يجب أن يساهم في التعجيل بموتها، هي مثال للرابطة الإنسانية التي يمكن أن توجد، وأن تتطور، بين الطبيب ومريضه الكامل الأهلية والمصاب بمرض في مرحلته النهائية، والذي يختار عقلانياً، ويؤكد اختياره بعد المشورة، أن إنهاء الحياة هو السبيل الصحيح لما يتوجب فعله. وبالنسبة لأولئك الذين تسمح لهم نظرتهم للكون^٥ باعتبار هذا الخيار، قد تُثبت طريقة الدكتور كويل في التعامل مع هذه القضية الشائكة من القبول (Assent) [والتي طُوّرت من وقتها في صورة كتاب حكيم وشهير نُشر عام ١٩٣٣م] أنها نقطة مرجعية في بوصلة الأخلاقيات الطبية. فأمام الأطباء مثل طبيب النسائية الشاب، ومخترعي آلات الانتحار (Suicide machines)، أيضاً، الكثير ليتعلموه من أمثال ديان والدكتور تيموثي كويل.

ويمثل كويل وطبيب النسائية اتجاهات متعارضة تماماً تسود المناقشات المتعلقة بدور الطبيب في مساعدة المرضى على أن يموتوا؛ فهما المثالي والمخيف. وقد احتدم الجدل، وآمل أن يستمر في الاحتدام ليصل إلى الموقف الواجب اتخاذه من قبل المجتمع الطبي وغيره، وهناك — بهذا الخصوص — اختلافات عديدة في الرأي.

^٥ من الألمانية Weltanschauung: بمعنى النظرة الاعتبارية، وهي مفهوم أو صورة الكون وعلاقة البشرية به. (المترجم)

وفي هولندا، تم رسم الإرشادات العامة للقتل الرحيم،^٦ بالإجماع العام، مما يتيح للمرضى الكاملى الأهلية والكاملى المعرفة الحصول على الموت في حالات مختارة بعناية. والطريقة المعتادة هي أن يقوم أحد الأطباء بإحداث النوم العميق عن طريق عقاقير الباربيتورات (Barbiturates) ثم يقوم بحقن عقار يشل العضلات للتسبب في إيقاف التنفس. واعتمدت كنيسة الإصلاح الهولندية سياسة وصفتها في مطبوع لها بعنوان *Euthanasie en Pastoraat* (بمعنى «القتل الرحيم والكنيسة») لا تعارض الإنهاء الإرادي للحياة عندما يجعلها المرض غير محتملة. ويمثل اختيارهم لكلمات بعينها حساسية رجال الكنيسة للفارق بين ذلك وبين الانتحار العادي، أو *zelfmoord*، وتعني حرفياً «قتل الذات». وقد تم استحداث اصطلاح جديد للإشارة إلى الموت الذي يتم تحت ظروف «القتل الرحيم»: وهو *zelfdoing*، والذي يُترجم أفضل ما يكون باصطلاح «إماتة الذات» (self-deathing).

وبالرغم من أن تلك الممارسة لا تزال — تقنياً — غير شرعية في هولندا، فإنه لم تتم ملاحقتها قضائياً حتى الآن، إذا التزم الطبيب الضالع فيها بالبقاء داخل نطاق «الإرشادات»، والتي تشمل طلبات متكررة بدون إجبار (*uncoerced*) من أجل إنهاء العذاب الذهني والجسدي الشديد الناتج عن مرض عضال لا يحمل أي أمل في الشفاء. ومن المطلوب أن يكون قد تم استنزاف أو رفض جميع الخيارات البديلة. وبلغ عدد المرضى الذين يخضعون «للقتل الرحيم» سنوياً نحو ٢٣٠٠، في بلد لا يزيد عدد سكانه عن ١٤,٥ مليون نسمة، مما يمثل ما نسبته ١٪ من جميع الوفيات السنوية هناك. ويتم تنفيذ هذا الفعل أكثر ما يكون في منازل المرضى. ومن المثير معرفة أن الغالبية العظمى من الطلبات يتم رفضها من قبل الأطباء، لأنها لا تفي بالمتطلبات المفروضة.

والتورط (*Involvement*) هو روح الأمر كله. فأطباء العائلة (Family physicians) الذين يقومون بالزيارات المنزلية هم المقدمون الأساسيون للرعاية الصحية في هولندا. وعندما يطلب مريض في النزاع الأخير «القتل الرحيم»، أو مساعدته في الانتحار، فليس من المحتمل أن يلجأ لاختصاصي، أو لخبير في الموت، طلباً للمشورة. والاحتمال الأقرب أن يكون كلٌّ من الطبيب والمريض قد عرّفا بعضهما البعض لسنوات طويلة، مثلما كان الحال مع تيموثي كويل وديان، وحتى عندئذ تكون المشورة والتدقيق مع طبيب آخر

^٦ Euthanasia: من اليونانية بمعنى الموت السهل. (المترجم)

إجبارية. ولا بد أن طول ونوعية علاقة كويل بديان كانت ذات اعتبار أساسي في القرار الذي اتخذته هيئة المحلفين الكبرى في روشستر بعدم إدانته في يوليو من عام ١٩٩١م. وفي الولايات المتحدة والدول الديمقراطية عامة، تستند أهمية المناقشة العلنية لوجهات النظر المتباينة، ليس إلى احتمالية التوصل إلى إجماع ثابت في الآراء، بل إلى إدراك أن ذلك لن يحدث. ومن دراستنا لوجهات النظر المختلفة التي يتم التعبير عنها في مثل هذه المناقشات، أخطنا علمًا باعتباريات متعلقة باتخاذ القرار كان من الممكن ألا تخطر بأذهاننا خلال بحثنا الذاتي. وبعكس المناظرات، التي تنتمي بالتأكيد إلى الحلبة الجماهيرية، يتم اتخاذ القرارات ذاتها بصورة صحيحة داخل ذلك الحيز الضيق، والذي لا يمكن اختراقه للضمير الشخصي. وهو ما يجب أن يكون الأمر عليه بالتحديد.

وقد زجّت منظمة تسمى «جمعية الشوكران» (*The Hemlock Society*) بنفسها داخل كل هذه الأمور. وليست هذه الصفحات مجالاً لنقد الطريقة الإشكالية التي انتهجتها هذه الجمعية ذات النوايا الحسنة للمساعدة الذاتية، والتي تتكون عمومًا من أشخاص أذكى، في التقرير العلني لقرارات الانتحار بالنسبة لأولئك الذين قد يعانون من اختلال قدرتهم في الحكم على الأمور. كما أنني لا أنتوي التنفيس إلا عن جزء يسير من ازدرائي للطريقة المضللة التي قدّم بها مؤسس «جمعية الشوكران»، دريك همفري (*Humphrey*)، نفسه إلى الأضواء الإعلامية أثناء الترويج لكتابه الأخرق عن أطعمة الموت (*Cookbook of death*)، والمسمى المخرج النهائي (*Final Exit*). ولكن أحدًا لا يستطيع إصدار حكم نهائي على كتاب «المخرج النهائي» من دون الاطلاع على إحصائية مذهلة: ففي استقصاء أجرته عام ١٩٩١م مراكز مكافحة الأمراض، والتابعة للحكومة الأمريكية، وُجد أن ٢٧ في المائة من ١١٦٣١ طالبًا في المدارس الثانوية شملهم الاستقصاء، قد «فكّروا جدّيًا» في قتل أنفسهم خلال العام السابق، وأن واحدًا من كل اثني عشر قد حاول الانتحار بالفعل. ومن المعروف أن أكثر من نصف مليون شاب أمريكي يحاولون الانتحار سنويًا، بالإضافة إلى مجموعة هائلة أخرى لا يمكن اكتشافها من أولئك الذين لم تُفتضح محاولاتهم.

وفي خطاب وُجّه في يونيو ١٩٩٢م لمجلة الجمعية الطبية الأمريكية، كتب طبيبان نفسانيان في مركز دراسة الأطفال التابع لجامعة ييل محذرين: «مع أمثلته المرعبة، وتوجيهاته المكشوفة، ومناصرته الشديدة للانتحار، قد يكون لكتاب المخرج النهائي تأثير خبيث على وجه الخصوص على المراهقين، والذين، بمعدلاتهم المرتفعة في محاولات الانتحار الفاشلة والكاملة، يبدوون معرّضين للتأثيرات المقلدة وللعوامل الثقافية التي تُمَجّد الانتحار أو إزالة سوء السمعة المحيط به.»

ولا يُعتبر الاكتئاب والقنوط الذي ينتاب المرضى المزمّنين بصورة دورية، والافتتان بالموت الذي تُظهره بعض قطاعات مجتمعتنا، مُبررات من القوة بحيث تكفي لأن نُعلم الناس كيف يقتلون أنفسهم، أو أن نساعدهم على ذلك، أو أن نخلع عليه البركة. ولا يمكن أن يكون إنسان بقدرات معطّلة على الحكم على الأمور في وضع يسمح له باتخاذ قرار حيوي بإنهاء حياته أو حياتها. وعند هذه النقطة، ليس هناك خلاف، حتى بين علماء الأخلاق الذين يجادلون بمنتهى الإقناع من أجل المفهوم الذي أصبح معروفًا باسم «الانتحار العقلاني» (Rational suicide). وحسبما أوضح الدكتور كويل، فلا يمكن لكتاب دريك همفري الأولي عن الموت بحالٍ من الأحوال «أن يحلّ الشكوك الأخلاقية والشخصية العميقة التي يُثيرها حول معنى القتل الرحيم ومساعدة الانتحار». ومثل كل القضايا التي تتناول الحياة البشرية، ليست هناك إجابة موحدة لهذا السؤال، لكنه يجب أن يكون هناك توجهٌ موحد من التسامح والاستعلام. وربما كان من الكثير أن نطالب بأن تكون هناك أيضًا طريقة موحدة لاتخاذ القرار، تكون مُعلنة بصورة أكثر تحديدًا من تلك الإرشادات العامة التي سبق أن وصفناها. وحتى يتم إيجاد طريقة أفضل، تظل طريقة الدكتور كويل — أي طريقة التعاطف، والمناقشة المتأنية، والمشورة، والاستجواب، والفرضيات الداحضة — فاعلة بطريقة تفي بالغرض.

وبالرغم من أنه من الممكن تكذيب فلسفة همفري، فإنه ليس من الممكن فعل الشيء ذاته مع طريقته. فالتقنية التي أصبحت شهيرة حاليًا، والتي تتضمن ابتلاع المرء لكمية من الأقراص المنومة قبل أن يضع رأسه داخل كيس مغلق جيدًا من البلاستيك غير المنفذ للهواء، تؤتي ثمارها بصورة ناجحة تمامًا كما يقترح همفري، حتى ولو لم يتم ذلك بنفس الآلية الفيزيولوجية التي وصفها تمامًا. ولأن الكيس صغير الحجم للغاية، يتم استنفاد الأكسجين سريعًا، قبل أن يصبح لثاني أكسيد الكربون المعاد استنشاقه أي فعل مؤثر بمدة طويلة. وينتج عن ذلك قصور مخي سريع، لكن المسبب الفعلي للموت هو أن انخفاض معدل الأكسجين بالدم يبطئ نبضات القلب سريعًا حتى يتوقف تمامًا، مع توقّف الدورة الدموية بالمثل. وقد تكون هناك بعض أعراض القصور القلبي مع تناقص معدل الانقباض البطيئي، لكنها بالكاد تسبب أي تغيير، نظرًا لأن الاحتضار يكون في سبيله للحدوث بالفعل. وبالرغم من أن المرء قد يفترض أنه قد تكون هناك بعض التشنجات النهائية أو القيء داخل الكيس، فإنه من الواضح أن ذلك، إذا حدث، فهو نادر للغاية. وقد رأى الدكتور واين كارفر (Carver) وهو كبير مُفتّشي صحة ولاية كونكتيكت

ما يكفي من أولئك المنتحرين، لكي يؤكد لي أن وجوههم لا تكون زرقاء ولا متورمة. فهم يظهرون في واقع الأمر عاديّين تمامًا، ميتّين فحسب.

وينتحر في كل عام نحو ثلاثين ألف أمريكي، تكون غالبيتهم من صغار البالغين. وتشير هذه الأرقام، بطبيعة الحال، فقط إلى أولئك الذين يمكن الجزم بأن وفاتهم ناتجة بصورة شبه مؤكدة عن تدمير الذات. وتكفي الوصمة (*stigma*) التي لا تزال مرتبطة بالانتحار، لأن تقوم الأسرة، والمنتحرون أنفسهم، بإخفاء الملابسات في كثير من الأحيان. وأحياناً ما يتوسل الناجون لطبيب متعاطف بأن يكتب شيئاً آخر على شهادة الوفاة. وكما أوضحنا سابقاً، يُقدّم الذكور البيض على قتل أنفسهم بأعلى نسبة في الألف، استسلاماً منهم للضغط الذي يسببه المرض الجسدي والشعور بالوحدة، ولكونهم معرّضين بصورة خاصة للإصابة بالاكتئاب.

ولا تزال الغالبية العظمى من المنتحرين يستخدمون تلك الطرق العتيقة مثل الأسلحة النارية، والطحن، والشنق، وأقراص العقاقير، والغاز، أو مزيح من عديد منها. وليس من النادر أن يفشل انتحار غير مخطط جيداً، خصوصاً عندما يُقدّم عليه شخص مضطرب الأحاسيس. وفي غمرة يأسهم، أحياناً ما يستمر أولئك الأشخاص في المحاولة حتى ينجحوا، مما ينتج عنه اكتشاف جثة ممزقة، ومصابة بطلقات نارية، وفي النهاية مسمّمة أو مشنوقة. وعندما أقدم سنيكا في نهاية الأمر على وضع حدٍّ لحياته بنفسه، لم يكن ذلك بمحض اختياره، ولكن بأمر الإمبراطور نيرون^٧ وبالرغم من أن المرء قد يظن أن السنين الطويلة التي قضاها في التفكير بالأمر قد جعلت منه خبيراً في تنفيذه، لكن الواقع لم يكن كذلك؛ فبالرغم من أنه كان سياسياً شهيراً، فإنه لم يكن يعرف الشيء الكثير عن جسم الإنسان. وعندما صمّم على وضع نهاية للأمور، قام بغرس خنجر في شرايين ذراعه؛ وعندما لم يندفع الدم بالسرعة التي أرادها، قام بقطع أوردة ساقيه وركبتيه. وعندما لم يكف ذلك لإنهاء المهمة، قام بابتلاع السم، الذي لم يُقدّ بدوره. وفي النهاية، يذكر المؤرخ الروماني تاكيتوس أنه «تم حمله إلى حمام [ساخن]، حيث اختنق بالبخار المتصاعد منه.» وتقتل عقاقير الباربيتورات، وهي إحدى العوامل الأحدث للانتحار، بطرق متعددة. فالغيوبة الناتجة عنها من العمق لدرجة أن السبيل التنفسي العلوي قد ينسد لأن الرأس

^٧ Nero: (٣٧-٦٨ م) إمبراطور روما، تميّز حكمه بالقسوة، أجبر سنيكا على قتل نفسه لضلوعه في مؤامرة لقتله عام ٦٥ للميلاد. (المترجم)

يسقط إلى وضع خطير، مما يقطع المدخول من الهواء. وينتج عن ذلك، أو عن استنشاق القيء، الاختناق (الأسفكسيا: Asphyxia) وتسبب الباربيتورات أيضًا، عند تعاطيها بجرعات مرتفعة للغاية، ارتخاء عضلات جدر الشرايين، مما يسمح لهذه الأوعية بالتمدد لدرجة كافية لجعل الدم يُفقد من الدورة الدموية من خلال الركود (Pooling). وعند تناولها بهذه الكميات الكبيرة، تثبط هذه العقاقير من انقباضية (Contractility) عضلة القلب، وبهذا يمكن أن تتسبب في توقف القلب.

وبالإضافة للباربيتورات، هناك وسائط دوائية عديدة للقتل: فالهيريون (Heroin)، مثله مثل البعض الآخر من المخدرات المحقونة، يقتل عن طريق التسبب في حدوث وُدْمَة رئوية سريعة، على الرغم من أن الآلية التي يحدث بها ذلك ليست معروفة على وجه التحديد. ويثبط السيانيد (Cyanide) واحدة من العمليات الكيميائية التي تستغل بها الخلايا الأكسجين. بينما يدمر الزرنيخ (Arsenic) أعضاء متعددة، لكن طريقته النهائية للقتل هي إحداث اضطرابات في نظم القلب، مصحوبة أحيانًا بالغيبوبة والتشنجات.

وعندما يربط المنتحر المحتمل إحدى نهايتي خرطوم إلى أنبوب العادم لسيارة، ويستنشق من النهاية الأخرى، فهو يستغل الألفة (Affinity) التي يحتفظ بها الهيموجلوبين لأول أكسيد الكربون، والذي يفضل بمعدل يزيد من ٢٠٠-٣٠٠ ضعف عن منافسه الحيوي، الأكسجين. ويموت المريض لأن دماغه وقلبه يُحرمان من الإمداد الكافي من الأكسجين. ويجعل اللون الذي يصبغ الدم بفعل الكربوكسي هيموجلوبين (Carboxyhemoglobin)، منه أكثر إشراقًا بصورة لافتة، ومن ظاهر التناقض أنه يبدو أكثر حيوية منه في حالته الطبيعية، مما يجعل للجلد والأغشية المخاطية للشخص الذي يموت بفعل أول أكسيد الكربون مَسَحة ملحوظة من اللون الأحمر الكَرَزِي. وقد يخدع غيابُ اللون الأزرق النمطي للاختناق (الأسفكسيا)، أولئك الذين يكتشفون ما يبدو أنه جسم متورد الخدين في عنقوان صحته، لكنه ميت مع ذلك.

ويحقق الشنق الشيء نفسه تقريبًا، ولكن بآلية أقل لطفاً بكثير. فيوفر وزن جثة الضحية قوة كافية لتضييق الأنشودة (noose) وللتسبب في إحداث انسداد ميكانيكي في السبيل التنفسي العلوي. وأحيانًا ما ينتج الانسداد عن انضغاط أو كسر القصبة الهوائية، لكنه قد يحدث أيضًا نتيجة إزاحة قاعدة اللسان لأعلى، مما يعوق دخول الهواء. ولأن الأنشودة المضيقّة تقطع تصريف الدم عبر الأوردة الوداجية (السُّبَاتِيَّة) وغيرها من الأوردة، يتراكم الدم اللامؤكسج (deoxygenated) عائدًا إلى أنسجة الوجه والرأس. ويُعد اكتشاف جثة مشنوقة بشكل منقّر، والتي يتدلى لسانها المتورم، والمعضوض أحيانًا، من

وجه منتفخ ذي لون رمادي مُزَرَّق، مع عينيْن جاحظتين بصورة بشعة، منظرًا مرعبًا لا يمكن إلا لأقوى الناس النظر إليه بدون الشعور بالاشمئزاز.

وفي حالات الشنق القانوني، أو القضائي (Judicial)، يحاول الجلد أن يتجنب الأسفكسيا، لكنه كثيرًا ما يفشل في ذلك. وعندما توضع عقدة الأنشودة في موقعها الملائم تحت زاوية فك الرجل المحكوم عليه تمامًا، يجب أن يتسبب السقوط الفجائي من ارتفاع خمسة إلى سبعة أقدام في كسر وخلع (Dislocation) العمود الفقري عند قاعدة الجمجمة. وبذلك ينقطع الحبل الشوكي (Spinal cord) إلى نصفين، مما ينتج عنه صدمة فورية وشلل في عضلات التنفس. وإذا لم يحدث الموت بصورة فورية، فهو سريع للغاية، بالرغم من أن القلب قد يستمر في النبض لعدة دقائق.

ويشبه تسلسل الأحداث في عملية الاختناق بفعل الشنق الانتحاري مثيله في جميع حالات الأسفكسيا الميكانيكية، سواء كانت تلك متعمدة أم لا، مثل إخماد الأنفاس (Smothering) أو الغُصص (Choking). ويتمثل الغصص غير الانتحاري في عملية «نوبة المقهى القلبية» (Café coronary) المعروفة، حيث تسد فجأة كتلة ضخمة من الطعام القصبة الهوائية لواحد من متناولي الطعام، والذي كثيرًا ما يكون مخمورًا. ويصاب بالذعر لعدم قدرته على أخذ نفسه، وفي محاولة يائسة لمساعدة نفسه، يقبض الرجل المتهيج مفرط الكربمية (Hypercarbic)، على حلقه و صدره كما لو كان مصابًا بنوبة قلبية (ومن هنا جاء اسم «نوبة المقهى القلبية»). ويندفع الرجل إلى الحمام، أملًا في أن يتقيًا تلك الكتلة التي تسد قصبته الهوائية، لأنه حتى في لحظات احتضاره يخجل من أن يفعل ذلك أمام رفاقه المشدوهين، والذين قد يظلون جالسين، غير قادرين على التصرف وقد تسمروا في أماكنهم من الرعب. وإذا كان الرجل وحيدًا في منزله، فسيموت في الغالب، لكن مناورة «هيمليخ» (Heimlich maneuver) قد تنقذه إذا كان في مكان عام واتفق وجود أحد المارة ممن يستطيعون القيام بها.

وإذا لم يتم قذف كتلة الطعام خارجًا، تستمر عملية الاختناق بدون توقف. فيتسارع النبض، ويرتفع ضغط الدم، كما ترتفع معدلات ثاني أكسيد الكربون في الدم سريعًا حتى تصل إلى حالة تسمى بفرط الكربمية (Hypercarbia). ويتسبب فرط الكربمية في قلق مفرط، كما يجعل تناقص الأكسجين الضحية المذعور يبدو أزرق اللون (Cyanotic). ويبذل الرجل محاولات متزايدة العناية لسحب الهواء من خلال الانسداد، بدون نتيجة سوى حشر كتلة الطعام في مكانها بصورة أكثر ثباتًا. ومثلما يحدث أثناء الشنق، ينتج

عن ذلك فقدان الوعي، وأحياناً التشنجات التي يطلقها الدماغ المصاب بكل من نقص الأكسجة وفقرط الكربمية. وخلال وقت قصير، تصبح محاولات التنفس أضعف وأقل عمقاً. ويصبح نبض القلب غير منتظم، ثم يتوقف تماماً في النهاية. ويُعد الغرق أساساً نوعاً من الأسفكسيا ينسُد فيها الفم والمنخران بالماء. وإذا كان الغرق انتحارياً، لن تقاوم الضحية استنشاق الماء، لكنه إذا كان عَرَضِيًّا، كما هو الحال عادةً، فسيحاربه بكتف نفسه حتى يصبح من الضعف وفقرط الكربمية بحيث يفقد قدرته على الاستمرار. وعند تلك النقطة، تصبح السبل الهوائية بطول الطريق إلى الرئتين مسدودة بالمياه. وإذا حدثت المقاومة عندما يكون الغريق متخبطاً في المياه القريبة من السطح، يمكن استنشاق كمية من الهواء كافية لصنع حاجز من الرغاوي (Foam). وتستثير الرغبة والمياه الموجودة في المسلك الهوائي عمل منعكس القيء (Vomiting reflex)، والذي يزيد الطين بلة بدفع محتويات المعدة الحمضية لأعلى نحو الفم، حيث يمكن استنشاقها إلى القصبة الهوائية.

وإذا حدث الغرق في المياه العذبة، يتم امتصاص المياه إلى الدورة الدموية عبر الرئتين، مما يخفف (dilute) الدم ويصيب بالاضطراب ذلك التوازن الدقيق للعناصر الكيميائية والفيزيائية بالدم. وتتحطم كُريات الدم الحُمر بسبب ذلك الاضطراب، مما ينتج عنه إطلاق كميات كبيرة من البوتاسيوم في الدوران الدموي، وهو عنصر يعمل كسم للقلب عن طريق إصابته بالرجفان. أما إذا حدث الغرق في مياه البحر، فتصبح العملية معكوسة تماماً تقريباً، فيترك الماء الدوران الدموي، ويدلف إلى أسناخ الرئة (Alveoli) ... والصورة الناتجة هي تلك الخاصة بالوذمة الرئوية. وقد تحدث الوذمة الرئوية أيضاً أثناء الغرق في حوض السباحة، نظراً لأن الكلور يعمل كمهيج كيميائي على أنسجة الرئتين.

وخلال صراعات الغريق، يؤجّل استنشاق المياه في بداية الأمر، ثم يحرّض بفعل واحدة من آليات البقاء الغريزية في الجسم. فعندما تدلف النُدفة الأولى من المياه إلى سبيل الهواء، ينقبض البلعوم تلقائياً وينغلق، في محاولة لمنع دخول كميات إضافية من المياه. ولكن خلال دقيقتين إلى ثلاث، يتسبب نقص أكسجين الدم في إرخاء التقلص، فيندفع الماء للداخل. وتسمح ما تُسمى بمرحلة اللُّهات النهائية (Terminal gasp phase)، باستنشاق كميات هائلة من المياه، لدرجة أن امتصاصها في حالات الغرق في المياه العذبة قد يصل إلى نسبة ٥٠٪ من الحجم الكلي للدم.

ويكون جسم الإنسان الميت أثقل من الماء، كما تكون الرأس أكثر أجزائه كثافة. وعلى ذلك، تغوص جثة الغريق نحو القاع والرأس لأسفل، وتظل طافية في ذلك الوضع حتى

يتسبب التجيّف (Putrefaction) في تكوّن كمية من الغازات داخل الأنسجة، تكفي لخلق قابلية للطفو (Buoyancy) تجعل الجثة تطفو إلى السطح. وتستغرق هذه العملية ما بين عدة أيام إلى عدة أسابيع، وذلك حسب درجة حرارة وحالة المياه. وعند عودة الجثة، يكون من الصعب على مكتشفها المشدوه أن يصدق بأن ذلك الشيء المتعفن كان يضم يوماً رُوحاً بشرية، وأنه كان يتشارك الهواء الطبيعي المانح للحياة مع بقية البشر الأصحاء.

ويقتل الغرق نحو خمسة آلاف شخص في الولايات المتحدة سنوياً، ويُكتنف الكحول في ٤٠٪ من الحالات. وباستثناء حالات الانتحار أو القتل، يحدث الغرق في أغلب الأحيان في ظروف مفاجئة، وعادةً ما يأتي دون سابق إنذار. ومع ذلك، فبالغالبية العظمى من ضحايا الغرق يكون لديهم على الأقل إحساس باحتمال وقوعه، لأنه غالباً ما يحدث عندما يكون أولئك بقرب المياه العميقة. أما ما يقارب الألف أمريكي الذين يتعرضون سنوياً للصعق الكهربائي المميت (Electrocution)، فهم لا يتوقعون على الإطلاق تقريباً أنهم على وشك الموت، حتى ولو كانوا يعملون حول معدات الضغط الكهربائي العالي. وأكثر أسباب الموت التالي للصعق الكهربائي شيوعاً هو الرجفان البطيني الناتج عن مرور التيار الكهربائي عبر القلب. ويمكن أن ينتج الرجفان أو توقّف القلب عن طريق تعرّض المركز القلبي في الدماغ للضغط الكهربائي العالي. وإذا تعرّض مركز التنفس في الدماغ للإصابة، يكون سبب الوفاة هو توقف التنفس. وبالرغم من أن أغلب حوادث الصعق الكهربائي المميتة تحدث لرجال يعملون حول «كابلات» الضغط العالي، فإن حوادث الكهرباء في المنزل تقتل الكثير من الأطفال والبالغين في كل عام.

وفي هذه الطرق المتنوعة، يُحرم ضحايا القتل، والانتحار، والحوادث من إمداد الأكسجين الضروري للإبقاء على الوجود. وهذا السرد للأسباب وللتأثيرات الفيزيولوجية يُغطّي بالكاد قائمة أسماء الجنود التي تضمها فيالق الموت العنيف. كما أن المناقشة المختصرة للسكينة النهائية، أو تجارب قرب الموت، أو مساعدة الانتحار، ليست سوى بداية لمعالجة تلك القضايا الحديثة العديدة التي أضيفت مؤخراً إلى الدليل المطوّل بالفعل للاهتمامات التي لا تسترعي، فحسب، انتباه — والأهم من الانتباه، تمحيص — الفلاسفة والعلماء وحدهم، بل انتباه كل منا جميعاً. وفي الأمور المتعلقة بالموت، لم يكن الجانبان السريري والأخلاقي بعيدين عن بعضهما البعض بحيث لا يمكن أن ننظر لأحدهما دون أن نرى الآخر.

الفصل الثامن

قصة الإيدز

«يمكنك أن تناديني بإسماعيل.» ابتسمت عندما تذكرت هذه الكلمات التهكمية، ونظرت ورائي بعينين متفكرتين إلى الغرفة التي يرقد فيها الأب لإحدى الأسر الصغيرة، محتضراً. «حدث ذلك منذ أربعة أشهر فقط، لكن هذه الفترة، في الحقيقة، تُعد عمراً بحد ذاتها. فقد دَلَفْتُ إلى العيادة في ذلك اليوم حيث كان جالساً على أريكة الفحص، منتظراً طبيب «المعجزات الكبرى» الذي سيحضر لمساعدته، وكان ذلك الطبيب هو أنا، فبادرته: «عَمَتْ صباحاً يا سيد جارسيا»، بكل الإشراف والانشراح الذي يجب أن يكون عليه الطبيب المتخرج حديثاً. فقفز الرجل الإسباني (*Hispanic*) الضئيل من مقعده وقد ارتسمت على وجهه ابتسامة عريضة، وقال: «يمكنك أن تناديني بإسماعيل.» تخيّل ذلك! وأظن أنه لم يقرأ الكتاب في حياته؛ فقد بقي إسماعيل (*Ishmael*) في رواية ميلفيل^١ على قيد الحياة، بينما لم تُتَحَ هذه الفرصة على الإطلاق لمريض الذي يحمل الاسم نفسه؛ فقد مات بعد ذلك بأيام معدودة، إلا أنني سأذكره ما حييت.» توقّفت بعد ذلك عن الحديث؛ وكان بوسعي أن أدرك أن الكلمات التالية قد تعثرت في شيء مسنن بحلقها، لأن هذه الكلمات بدت ممزقة عندما تمكّنت من النطق بها في النهاية: «كان أول مريض ألقاه في حياتي مصاباً بذلك المرض اللعين!»

وتتابعت الأزمات منذ تلك الأمسية الصيفية التي قفز فيها إسماعيل جارسيا من مقعده ومد يده لمصافحة الدكتورة ماري ديفو؛ تغيّر كلّ منهما تماماً عما كان عليه

^١ Melville: هرمان ميلفيل (١٨١٩-١٨٩١م)، روائي أمريكي كبير، لم تحظ أعماله بالشهرة التي يستحقها إلا بعد وفاته بثلاثة عقود، أي في العشرينيات من القرن العشرين. (المترجم)

سابقاً، فبالرغم من أنها كانت قد رأت كثيراً من مرضى الإيدز (AIDS) أثناء دراستها بكلية الطب، فإن ماري لم تدرك تماماً الحجم الفعلي للمأساة الفردية للمرض حتى بدأت مباشرة تلك المسؤوليات المربعة للطبيب المتخرج حديثاً.

ومنذ ذلك الأصيل الشمس من شهر يوليو، عندما قدّم نفسه لأول مرة إلى عيادة متلازمة نقص المناعة المكتسب أو «الإيدز»، حتى صباح ذلك اليوم البارد الغائم من شهر نوفمبر التالي عندما كان عليها أن تعلن عن وفاته، ستصبح ماري ديفو وإسماعيل جارسيا طبيبة ومريضها؛ فسواء كان محجوراً في المستشفى أو متردداً على العيادة الخارجية، فقد ظل يعتبرها طبيبه الخاص. ومن حين لآخر، كان أطباء تدريب (Interns) آخرون يتولون رعايته، عندما كانت ماري مكلفة بالعمل في أحد أقسام المستشفى الأخرى، إلا إنهما كانا يلتقيان مرة أخرى دائماً ليكملا رحلتهما إلى النهاية المحتومة التي كان كلاهما يعلم بأنها آتية لا محالة.

وفي مرحلة مبكرة من تدريبهم العملي، يكتسب أغلب الأطباء طريقة للتعامل مع مرضاهم تصبح كمثال بالنسبة لكلّ منهم، وستنبني عليها ردود أفعالهم تجاه المرض والموت طوال الفترة المتبقية من حياتهم المهنية. أما بالنسبة لماري ديفو، فمما لا شك فيه أن إسماعيل جارسيا سيمثل استفاقة (Reawakening) لصورة قديمة فقدتها الجيل الجديد من المعالجين منذ زمن بعيد، وهي الإحساس بالعجز أمام طاعون مميت يصيب صغار السن.

وفي إحصائيات الوفيات، لم يذكر أحد قبل عام ١٩٨١ م فيروس العوز المناعي البشري (Human Immunodeficiency Virus; HIV) كسبب للوفاة. ضربت التلويحات الأولى لغضبته المستجعة في اللحظة نفسها التي كان فيها خبراء العلوم الطبية الأحيائية قد بدءوا يقدمون لأنفسهم التهاني الحذرة على الوصول إلى درجة من التقدم بدا معها الانتصار النهائي على الأمراض المعدية على مرمى البصر أخيراً. ولم يكتفِ مرض نقص المناعة المكتسب «الإيدز» بأن يخدع صائدي الجراثيم، بل زعزع الثقة التي كان كلّ منا يضعها في قدرة التكنولوجيا والعلوم على حماية البشرية من نزوات الطبيعة. ففي خلال أعوام قليلة متفجرة، كان كل طبيب شاب قد حصل تقريباً خلال فترة تدريبه العملي على نصيبه من علاج أولئك المحتضرين الذين كان من المفترض أن يبقوا على قيد الحياة.

دلّفت إلى غرفة جارسيا برفقة الدكتورة ديفو — بهدوء شديد — بالرغم من أنه كان أبعد كثيراً من أن يسمع أي صوت قد تصدره. كان هدوءنا نابغاً عن الاحترام، أكثر

من كونه نابغاً عن الحاجة لأن نكون كذلك؛ فعندما يكون هناك رجل في طور الاحتضار، تضم جدران غرفته مصلىً (Chapel)، يتوجب الدخول إليه في إجلال صامت. وكم يختلف ذلك المنظر عن تلك الدراما المحمومة التي كثيراً ما يتم تمثيلها خلال اللحظات الأخيرة في حياة مريض ما، حيث تُبذل المحاولات اليائسة لإفاقة على مدى أسابيع أو أشهر قليلة قادمة انتظاراً لموته، وأحياناً لساعات أو لأيام قلائل فحسب. وبعد تلك المآسي التي لا تُحصى لانحدار إسماعيل جارسيا إلى وادي الحمى والتفكك (incoherence)، يمكن كسب هذه السلوى؛ كان من المناسب ألا يتم تكبير صفو نهايته، على الأقل.

أطفئت الأضواء المثبتة في سقف الغرفة، كما أغلقت النوافذ لحجب ضوء شمس الظهيرة الساطعة، مما أغرق المكان برُمته في ضوء النهار الخافت بصورة متجانسة. كان الرجل الراقد على سريريه في غيوبة، مصاباً بحُمى عالية، كان جلد جبهته المصفّر يلمع مقارنة بالبياض الناصع لغطاء وسادته الذي كان قد تم تغييره على الفور.

وبالرغم من أنه كان محطماً بفعل الآثار الموهنة لمرضه الوخيم، فإنه كان من الواضح أنه كان شديد الوسامة في الماضي. وكنت قد قرأت لوحة بيانات إسماعيل جارسيا في المستشفى، كما كنت أعلم أنه مع آخر أنفاسه، ستتخطم السكينة بمحاولة كاملة لإنعاشه. وقبل أشهر، وخلال إحدى اللحظات المربعة، توسل الرجل إلى زوجته لكي تسأل الأطباء للتأكد مما إذا كانوا قد بذلوا كل ما بوسعهم للإبقاء على حياته، وألا تسمح لهم بالتوقف عن محاولة إنقاذه. أما الآن، فلا تستطيع «كارمن» أن تقنع نفسها بما كان أعضاء فريق معالجة الإيدز يخبرونها به، أي إن الممكن قد بات مستحيلاً. وتمسكت بذلك الجزء من العهد الذي قطعه على نفسها، والذي قد يدمر الخروج السهل لكيان (essence) كانت تعتقد فيه مخلصاً؛ أي تلك الروح الخالدة لزوجها.

وبالرغم من أن إسماعيل كان قد انفصل عن زوجته قبل مرضه بسنوات ثلاث، فإنها كانت — مع ذلك — أقرب أقربائه في نظر القانون، ومن ثم تحدثت إلى أسرته. وفي واقع الأمر أنها لم تتحدث إلا إلى نفسها، لأن كارمن وزوجها كانا قد اتخذا قراراً لا رجعة فيه بأن يحتفظا بالتشخيص سراً فيما بينهما؛ فلم يعرف أي من والدي إسماعيل أو شقيقته اسم المرض الذي أصابه، وإن كان أي منهم قد عَرَف، فهو لم يَبْح به على الإطلاق.

وعندما أدركت «كارمن» كم كان زوجها مريضاً، سمحت له بالعودة إلى المنزل. وجدت، بطريقة ما، القوة على نسيان سنوات خيانتها لها وإدمانه على المخدرات، وحتى حالة الفقر التي تركها وبناتها الثلاث فيها نتيجة لعدم إحساسه بالمسؤولية تجاههن.

لقد عاد لكي تتمكن من أن تكون ممرضته والشخص الوحيد الذي يشاركه معرفته بدنو الأجل المحتوم.

وبرغم كل شيء، قالت إنه كان أبًا جيدًا، وأنها تدين له بكل ذلك. ومن أجل بناتها الثلاث، وذكريات الحياة التي كانت بينهما يومًا، سمحت لزوجها المحتضر بالعودة. ولرفضها لأن تدعه يموت في سلام عندما حان أجله، أصرت كارمن على أن تقوم بإسداء معروف أخير لزوجها ... كان ذلك، على أي حال، هو ما اعتقدت أنه الوفاء بما وعدته به. رفضت المناقشة مع الأطباء حول سبب رفضها الاستماع لأقوالهم المنطقية، ولم يجروا أحدهم على الضغط عليها. وقالوا لي إنهم افترضوا أنه، في مكان ما من أعماق ضميرها، كان تكريس إسماعيل الواضح للبنات قد جعل كارمن تشعر بضرب ما من الشعور الذي لا مبرر له بالذنب لفظها لزوجها المستهتر ورفضها الذي لا يلين للاستجابة لتلك الفترات المتقطعة التي كان فيها سلوكه حميدًا، ولوعوده بأن يصلح من شأنه. بلغ الأمر بالفريق الطبي حدًا طلبوا فيه استشارة رئيس لجنة الأخلاقيات الأحيائية (Bioethics) في مستشفانا، ولكن الأخير — عندما أخبروه بأن هناك احتمالًا لأن تكون هناك محاولة ناجحة لإنقاذه — رفض أن ينقض الأوامر الصادرة عن قلب كارمن، ففي مثل هذه الظروف، من يدري أين تكون الحكمة؟

ولم يبقَ إسماعيل وحده في الغرفة على الإطلاق، كانت بناته الثلاث معه على الدوام. كان وجودهن دائمًا لرعاية والدهن المحبوب. على هيئة إطار من البلاستيك لصورة قياساتها قدمان في ثلاثة، تقف منتصبه فوق عتبة شبك عريضة، كنَّ هناك ... ثلاث فتيات جميلات جعدات الشعر يرتدين زيًا للحفلات، وكنَّ يبتسمن للعالم ولوالدهن في يوم أكثر سعادة من ذلك.

التفتُ نحو الصورة، وأنا أوجه للدكتورة ماري سؤالًا صامتًا. أجابتنني «بنعم»، وأضافت: «تحضر البنتان الكبيرتان إلى هنا في كل يوم تقريبًا، إلا إن كارمن لا تحضر الصغرى. وتكتفي الفتاة البالغة من العمر ست سنوات باللعب عند قدم السرير، فهي لا تفهم شيئًا في الواقع. أما ذات السنوات العشر فتبكي وهي تجلس بجوار والدها في كل لحظة تبقى فيها هنا، تسمح وجهه وتربت عليه، ولا تستطيع التوقف عن البكاء. وأحاول ألا أدخل إلى الغرفة أثناء وجودهما هنا، فهذا أكثر مما أقوى على احتماله.»

كان هناك إنجيل إسباني عند قاعدة صورة البنات. كان مفتوحًا على الفصول ٢٧-٣١ من كتاب المزامير (Psalms)، وقد كانت هناك آيات كثيرة معلّمة (marked)

بألوان متعددة من الأقلام الفسفورية؛ فكتبت أرقام تلك الآيات على بطاقة وبحثت عنها عندما عدت إلى المنزل.

٢٧: ٩ لا تُخف وجهك عني، لا تقتل خادمك أثناء غضبك. أنت مُعيني؛ لا تطردني، ولا تهجرني ... يا إلهي ويا مخلصي.
٢٧: ١٠ لأنه بالرغم من أن أبي وأمي قد هجراني، إلا إن الرب سيرعاني.
٢٨: ٦ تبارك الرب، لأنه سمع صوت ابتهالي إليه.

وبالرغم من أن هناك الكثير مما يمكن أن نتعلمه من طاعون الإيدز، فإن الدروس التي يقدمها لنا تقع داخل نطاق العلم والمجتمع، ولكن ليس من ضمن اهتمامات التعاليم الدينية برأيي؛ فنحن لا نتعامل هنا مع ضرب من العقاب، ولكن مع جريمة، وهي واحدة من تلك الجرائم العشوائية التي تنفذها الطبيعة على مخلوقات الله من حين لآخر، والطبيعة، كما يذكرنا «أناتول فرانس»^٢، لا تبالي، فهي لا تقيم حدًا فاصلاً بين الخير والشر. وهناك الكثير من الحقائق عن مرض نقص المناعة المكتسب غير تلك الحقائق السريرية المجردة للمرض. وبالرغم من أن هذه المقولة قد تنطبق على أيٍّ من الأمراض الأخرى، فإن هناك المزيد مما يمكن أن يقال عن هذا الطاعون بالتحديد. وبصرف النظر عن المضامين الثقافية والاجتماعية للإيدز، فيجب فهم مجموعة محددة من أعراضه السريرية والعلمية قبل محاولة فهم الكيفية التي يقتل بها المرض ضحاياه. وتُعد حالة إسماعيل جارسيا من الحالات النمطية (Archetypical) بهذا الصدد.

في شهر فبراير ١٩٩٠م، أُجري لجارسيا أول اختبار دموي لفيروس العوز المناعي البشري (HIV). كان الاختبار يُجرى كجزء من تقييم طبي لقرحة غير مستجيبة للعلاج في ساعده الأيسر، وهي سبب تردده على مستشفى جامعة ييل في مدينة نيو هافن. كانت العدوى قد أصابته بصورة شبه مؤكدة نتيجة لإدمانه على تعاطي المخدرات بطريق الحقن في الوريد. ولأنه كان يُحس بأن صحته جيدة فيما عدا ذلك، وخصوصاً عندما اختفت القرحة سريعاً بفعل شوط قصير من العلاج بالمضادات الحيوية تلقاه في العيادة الخارجية، فلم يفِ بأيٍّ من مواعيده للمتابعة العلاجية — اللهم فيما عدا ذلك الذي أخبر

^٢ Anatol France: واسمه الأصلي جاك أناتول ثيبو (١٨٤٤-١٩٢٤م)، كاتب فرنسي حاصل على جائزة نوبل في الآداب. (المترجم)

فيه بتشخيص مرضه. وفي شهر يناير ١٩٩١م، أصيب بسعال جاف ازداد سوءًا بالتدريج على مدى أسابيع عدة. ومع تفاقم السعال، ظهر إحساس بالضييق في صدر إسماعيل، وكان ذلك الإحساس يزداد بالسعال والشهيق العميق. وبعد أكثر من شهر ساءت حاله الأمور تدريجيًا، بدأ يُحس بالرعب من ظهور أعراض أخرى؛ وهي الحمى، وصعوبة التنفس التي كانت تهاجمه حتى ببذل أقل مجهود. وعندما بلغت صعوبة التنفس الحد الذي كانت تزداد فيه بفعل مجرد المشي داخل غرفته المفروشة الصغيرة في الحي الإسباني (Barrio) من مدينة نيو هافن، أحس بأن الوقت قد حان لذهابه إلى المستشفى.

وفي غرفة الطوارئ، أظهرت صورة الأشعة السينية أن رئتي جارسيا كانتا مغزوتين بكثافة بسحابة بيضاء رقيقة، مما يمثل مساحات كبيرة مصابة بالعدوى التي تمنع التهوية الجيدة. وأظهر تحليل دمه الشرياني وجود معدلات منخفضة بصورة غير عادية من الأكسجين، مما يعكس وجود قَبْط (Uptake) غير كافٍ للأكسجين من أنسجة الرئة المصابة بالعدوى. وعندما نظر الطبيب المقيم الذي قام بإجراءات إدخاله إلى المستشفى، إلى فم مريضه، رأى دليلًا مألوفًا يظهر في جميع حالات مرض نقص المناعة المكتسبة تقريبًا، كان لسان إسماعيل مغطى بفطر السُّلاق (Thrush) المريب ذي اللون الأبيض اللبني.

كانت العلامات المرضية في الصور متماشية مع نوع من الالتهاب الرئوي المألوف في حالات الإيدز، وهو ذلك الذي ينتج بفعل طفيل يسمى بالمتكيسة الرئوية الجؤجؤية (*Pneumocystis carinii*).

تم إدخال إسماعيل إلى المستشفى، وهناك أدخل الأطباء آلة بصرية شبيهة بالثعбан تسمى بالمنظار الشُّعبي (Bronchoscope) إلى أعماق قصبته الهوائية، حيث تم أخذ عينة صغيرة للاستزراع والفحص المجهرى الذي كشف عن وجود التراكيب الشديدة التلاصق للمتكيسة الرئوية. أُعطي رجلنا دواءً قاتلاً لفطر السُّلاق، كما بدأ شوطاً من مضاد حيوي شديد الخصوصية لعلاج الالتهاب الرئوي (*Pneumonia*) — يسمى البنتاميدين (Pentamidine). وتعاوى جارسيا سريعاً بفعل العلاج. وأثناء إقامته بالمستشفى، وُجد أن إسماعيل مصاب بفقر الدم، وأن عدد كُريات الدم البيض في دمه يقل عن المعدلات الطبيعية. وبالرغم من إصراره على القول بأنه كان يتناول طعاماً جيداً، فإنه كان مصاباً بسوء التغذية لدرجة أن نسبة البروتينات في دمه كانت متناقصة. وعندما تم قياس وزنه، دهش جارسيا لمعرفة أنه فقد أربعة أرتال من وزنه المعتاد، والبالغ ١٤٠ رطلاً. ومع

ذلك، كان أسوأ نأ تم إبلاغه به هو شيء لم يكن قادراً وقتها على فهمه تماماً، فقد وُجد أن الخلية الواسمة للعدوى بفيروس العوز المناعي البشري — وهي الخلايا اللمفاوية T4 أو CD4 — موجودة بمعدل ١٢٠/ملم مكعب من الدم، وهو ما يقل عن المعدل الطبيعي بكثير جداً.

وليس معروفاً ما إن كان اسماعيل قد اتبع التعليمات عند خروجه من المستشفى، والخاصة بتناول أدويته الموصوفة، التي كانت وظيفتها تقتصر على منع حدوث نوبات جديدة من العدوى الرئوية، والتي كان قد تعلّم وقتها أن يطلق عليها اسم «PCP» (وهي اختصار: الالتهاب الرئوي بالمتكيسة الرئوية الجؤجؤية)^٣. أما الاحتمال الأغلب فهو أنه لم يتبع تلك التعليمات، نظراً لأنه قد عاد إلى المستشفى بعد مغادرتها بأحد عشر شهراً — أي في شهر يناير ١٩٩٢م — بأعراض مشابهة، لكنها أكثر حدة. وفي تلك المرة، كان يشكو أيضاً من صداع شديد وغثيان، كما بدا مشوش الذهن بعض الشيء. وقد أظهرت تحليلات سائله المخي النخاعي (CSF) وجود التهاب السحايا (Meningitis) الناتج عن جرثوم شبيه بالخميرة يسمى بالمستخفية المتجددة (*Cryptococcus neoformans*). كما ثبتت إصابته بعدوى بكتيرية في أذنه اليمنى، إلا إن ذهنه كان مختلطاً لدرجة أنه ظل لفترة طويلة غير واعٍ بوجود تلك العدوى. كما كان عدد خلايا CD4 لديه قد وصل إلى ٥٠، مما يعني أن تدمير فيروس العوز المناعي البشري لجهازه المناعي مستمر في التطور بصورة متزايدة السرعة. وبالرغم من أن إسماعيل كان على وشك الوفاة بفعل خليط من ثلاثة أنواع منفصلة من العدوى، فإنه نجا من الموت نتيجة للمعالجة الماهرة التي تلقاها على أيدي أفراد فريق مستشفى جامعة «ييل» في نيو هافن لمعالجة الإيدز؛ فبعد ثلاثة أسابيع قضاها في المستشفى، كان بوسعه أن يعود إلى زوجته كارمن وإلى بناته. وكانت تكاليف علاجه قد تراكمت أيضاً لتبلغ نحو ١٢٠٠٠ دولار.

ونظراً لأنه كان وقتها قد فقد تأمينه الصحي منذ زمن طويل بعد فصله من وظيفته في المصنع نتيجة لإدمانه على تعاطي المخدرات، فقد تحملت تلك النفقات حكومة ولاية كونكتيكت.

وفي أوائل شهر يوليو ١٩٩٢م، أصيب إسماعيل، الذي كان يحافظ بمنتهى الدقة على مواعيد عيادة الإيدز في المستشفى، بخراج مؤلم كبير تحت إبطه الأيسر، مما استدعى إجراء

^٣ [Pneumocystis Carinii Pneumonia].

تصريف جراحي. وكانت هذه الزيارة هي الأولى التي التقى فيها الدكتورة ماري ديفو. وخلال الأسابيع القليلة التالية، كانت تشرف على علاجه بالعيادة من التهاب الجيوب الأنفية، ومن التهاب آخر بالأذن، في الوقت الذي تعافى فيه الخراج بالمثل.

وأثناء تعافى إسماعيل من التهاباته الجرثومية، لاحظ مرة أخرى أنه يُجس كثيرًا بالدُّوار والدَّوخة، وأحيانًا كان يجد صعوبة في الاحتفاظ بتوازنه، وبعد ظهور تلك الأعراض المقلقة بقليل، بدأت ذاكرته تخونه بسرعة متزايدة. لاحظت زوجته أنه كثيرًا ما لا يكون قادرًا على استيعاب حتى تلك الجمل البسيطة التي توجهها إليه. وخلال الشهر التالي، تطورت الأعراض إلى الدرجة التي أصبح فيها سُباتيًا (*Lethargic*)، ومشوش الذهن لأغلب الوقت. وبرغم امتنان كارمن للأطباء، فإنها استجابت لتوسلاته بعدم اصطحابه إلى غرفة الطوارئ بالمستشفى، كان كلُّ منهما خائفًا مما كان يعنيه احتجازه في المستشفى مرة أخرى. وفي ذلك الوقت، كان وزنه ينقص بسرعة متزايدة، وكان كلُّ منهما على علم بأنه إذا تم احتجازه في المستشفى فقد لا يعود إلى البيت ثانية على الإطلاق.

اضطرت كارمن في النهاية إلى استدعاء الإسعاف عندما استيقظت ذات صباح فوجدت أن زوجها وصل إلى حالة لا يمكنه معها المقاومة على الإطلاق. وفي ذلك الوقت، كان إسماعيل شبه غائب عن الوعي، وكانت ذراعه اليسرى تختلج بصورة لاإرادية، كما كان يستجيب بالكاد لتلك الأوامر التي كانت زوجته تصيح بها في أذنه. ومن وقتٍ لآخر، كان نصف جسمه الأيسر بالكامل يصاب بالتشنج الكامل لفترة وجيزة. أظهر المسح المقطعي المحوسب نتائج متماشية مع نوع من الالتهاب الدماغي الذي يسببه أحد الحيوانات الأولية (Protozoa) يسمى بالمقوَّسة القُنديّة (*Toxoplasma gondii*)، بالرغم من أن تحليلات الدم لم تؤكد ذلك التشخيص. كانت الصور المقطعية لافتة للانتباه، فقد تشكَّلت من كتل صغيرة على كلِّ من جانبي الدماغ. وكثيرًا ما توجد آفات مماثلة في مرضى الإيدز المصابين بسرطان يسمى باللمِّفوم (*Lymphoma*)، إلا إن آفات إسماعيل كانت أشبه ما تكون بتلك الناتجة عن مرض المقوَّسات (*Toxoplasmosis*).

وعند تلك المرحلة، قرر الأطباء أنه بالرغم من أن التشخيص لم يتم التثبت منه بصورة قاطعة، فإنه من الأفضل البدء بتطبيق العلاج الخاص بمرض المقوَّسات، على اعتبار أنه أكثر شيوعًا بكثير في مرضى الإيدز عن اللِّمِّفوم. وعندما لم يطرأ سوى تحسُّن طفيف بعد أسبوعين من العلاج الدوائي، تم إدخال إسماعيل إلى غرفة العمليات، حيث قام جراحو الأعصاب بعمل ثقب صغير في جمجمته لأخذ عينة صغيرة من دماغه لتحليلها.

ولم يُظهر الفحص المجهرى لنسيج الدماغ وجود الأوالي في دماغه، إلا إنه أشار إلى وجود تغيرات اعتقد اختصاصي الباثولوجيا أنها ناتجة عن التعافي من المرض الذي تسببه المقوَّسة القُنْدِيَّة. شجع ذلك فريق معالجة الإيدز على الاستمرار في العلاج حتى مع ذلك الشك المتبقي بشأن التشخيص. ومع ذلك، ففي خلال أسبوع واحد، بات واضحاً أن حالة إسماعيل تزداد سوءاً. ولعدم التعرف على المقوَّسات بصورة محددة، تحول أفراد الفريق الطبي الذين عارضوا ذلك التشخيص بوجود لمفوم في الدماغ. وقبل ظهور فيروس العوز المناعي البشري، كانت لمفومات الدماغ شديدة الندرة، لكنها تُرى الآن بصورة مألوفة في مرضى الإيدز.

استجاب إسماعيل في البداية للعلاج بالأشعة السينية، في صورة استفاقة جزئية مما تحول إلى غيبوبة عميقة. ووصل حتى إلى ذلك الحد الذي أصبح معه قادراً على ابتلاع كمية ضئيلة من «المهلبية» والأطعمة المخفوقة التي كانت تضعها الممرضة أو زوجته في فمه. لكن تلك الصورة كانت قصيرة الأمد؛ فقد عاودته الغيبوبة، كما ارتفعت الحُمى الطفيفة التي كان يعاني منها لتصل إلى ١٠٢-١٠٣ درجة فهرنهايت يومياً، كما أصيب بالتهاب رئوي جرثومي، إضافة إلى نوع آخر من العدوى العمومية التي ظلت طبيعتها غامضة، ومعتمدة على العلاج في جميع الأحوال. كان هذا هو ترتيب الأحداث في أصيل ذلك اليوم من شهر نوفمبر، عندما وقفت مع الدكتورة ماري ديفو بجوار سرير إسماعيل جارسيا.

وبالرغم من أن إسماعيل كان في سُبَات عميق، كان وجهه مكروباً. وربما كان هناك إدراك مختلج من جانبه لذلك الصراع الدائر في رثتيه المصابتين بالعدوى من أجل استنشاق الهواء وإخراجه، أو للكميات المتناقضة من الأكسجين التي يتم حملها إلى أنسجته اللاهثة. كان التننُّ قد تَفَشَّى في جسده، كما كانت آلية حياته كلها بسبيلها للفشل التام. وربما كان التعبير المكروب على وجهه غير ذي علاقة بالضيق الجسماني الذي تعانيه أنسجته المختنقة. ومن المحتمل أنه كان هناك شيء ما بداخله يحاول أن يموت، لكنه لا يستطيع. ومع ذلك، فهل كان من المحتمل حقاً أنه كان يتوق إلى الموت؟ ألم يكن أي صراع يستحق تحمُّل العذاب الذي يليه، من أجل احتمال أن يتمكن من رؤية بناته ثانية؟

لا أحد يدري لماذا تبدو وجوه الرجال والنساء المحتضرين بالصورة التي تكون عليها؛ فقد يكون مظهر الضيق غير ذي مغزى، مثله في ذلك مثل مظهر السكينة الذي يبدو على البعض الآخر.

انتهت معاناة إسماعيل في اليوم التالي. ولإحساس زوجته بدنو أجله، أخذت يومها إجازة من عملها في أحد مصانع مدينة نيو هافن لإنتاج صناديق الورق المقوى، وجلست بجوار سريريه مع مرور الثواني ببطء متزايد بين كل نفس يتنفسه والتالي، حتى خمدت أنفاسه تمامًا. وبدون أن يتحدث إليها أحدٌ ثانية، أخبرت كارمن الدكتورة ماري ديفو في الليلة السابقة بأنه لن تكون هناك محاولات لإنعاش زوجها؛ كانت ترى وقتها أن وعدّها لزوجها قد تم الوفاء به؛ إذ تم عمل كل ما كان ممكنًا لإنقاذه. وعندما توقف إسماعيل عن التنفس، خرجت كارمن ببساطة إلى خارج الغرفة لتخبر الممرضة التي كانت تجالسها لمعظم فترات ذلك النهار بما حدث. وبعد ذلك، أقدمت كارمن على فعل شيء رفضته مرارًا وتكرارًا، عندما كان إسماعيل لا يزال على قيد الحياة — إذ طلبت أن يتم اختبارها لإيجابية الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري.

في ذلك الجزء الذي أعيش فيه من الولايات المتحدة، وهو الشمال الشرقي، أصبح الإيدز هو السبب الرئيسي لوفيات الرجال من سن الخامسة والعشرين إلى الأربعين، في منطقة تُعتبر فيها الوفيات بين أفراد هذه المجموعة العمرية بسبب العنف في الشوارع، وإدمان المخدرات، وحروب العصابات مألوفة تمامًا كجزء من البيئة الحضرية، مثلها في ذلك مثل الفقر واليأس اللذين أفرزاهما. ولكن كيف يمكن للمرء أن يبدأ بتفهّم هذا البلاء؟ ... فليست هناك حكمة أو درسٌ ما يمكن تعلمهما مما حدث. فالإيدز كـمجاز (Metaphor)، والإيدز كحكاية رمزية (Allegory)، والإيدز ككناية (Symbolism)، والإيدز كـرثائية (Jeremaid)، أو الإيدز كاختبار لإنسانية الجنس البشري، أو كمثال للشقاء السرمدى. ومثل هذه المزلقات (Lubricants) هي ما يستهلك الطاقات الفكرية لعلماء الأخلاق والمتقنين في أيامنا هذه، كما لو كان من الضروري استخلاص شيء مفيد بأي ثمن من ذلك الطاعون القذر. لكن حتى التاريخ يخذلنا هنا؛ فنادرًا ما نجد الشبه بينه وبين «طواعين» العصور السابقة مفقودًا.

لم يكن هناك من قبل مرض في مثل فتك الإيدز. وليس الأساس الذي اعتمدته لهذه الجملة هو الطبيعة المتفجرة لظهور المرض، وانتشاره العالمي، بقدر ما هو الفيزيولوجية المرضية المفزعة لهذا الوباء. فلم تواجه العلوم الطبية من قبل بجرثوم يقوم بتدمير ذات الخلية المناعية التي تقتصر وظيفتها على تنظيم مقاومة الجسم لذلك الجرثوم؛ وبهذا تكون مناعة الجسم ضد ذلك العدد الهائل من الغزاة الثانويين قد انهزمت قبل حتى أن تسنح لها الفرصة لبناء أية تحصينات دفاعية.

وحتى بداية ظهور الإيدز تبدو فريدة من نوعها، فهناك الآن أدلة وبائية كافية لاستنباط الأصول المحتملة للجائحة، والطرق التي سلكها المرض للوصول إلى سطوته الشديدة الوطأة الحالية. ويعتقد بعض الباحثين أن الفيروس كان متوطناً بشكل مختلف بين بعض الرئيسيات (Primates) التي تعيش في أواسط أفريقيا، حيث لم يكن عاملاً مُمرضاً (Pathogen)، ولذلك فلم يتسبب في حدوث المرض. ومن المحتمل أن دماء الحيوان المصاب بالعدوى قد اختلطت بجرح في الجلد أو الأغشية المخاطية لواحد أو أكثر من سكان القرى المجاورة لمناطق إقامة هذه الحيوانات، ومن ثم قام أولئك الأشخاص تدريجياً بنقل الفيروس إلى غيرهم من سكان المناطق المجاورة. ويتوقع مؤيدو هذه النظرية، والذين يبنون أبحاثهم على نماذج حسابية، أن أول انتقال للفيروس من الحيوان إلى الإنسان قد يكون حدث منذ قرن مرضى. ونظراً لندرة التعاملات بين هذه المجتمعات المعزولة، فقد انتشر الفيروس للخارج ببطء من قريته الأصلية الفرضية.

وعندما بدأت الأنماط الثقافية في التغير مع حلول منتصف القرن العشرين، عندما بدأ البشر يتنقلون أكثر وأكثر من مكان لآخر وتحولهم إلى حياة الحضر، بدأ انتشار الفيروس في التوسع بصورة كبيرة. وبمجرد أن وُجد تجمع كبير من الأفراد المصابين بالفيروس، تولت أنماط الترحال العالمية نقل الفيروس إلى جميع أنحاء العالم. فالإيدز وباء انتشر عن طريق الطائرات النفاثة.

وقبل أن يُعلن عن وجوده في صورة أول حالة يتم التعرف عليها للإيدز بكثير، كان الفيروس قد انتقل بين الألوف من الأفراد الغافلين. وقد ظهرت التلميحات الأولى عن المرض الجديد في صورة مقالين موجزين ظهرا في عددي يونيو ويوليو من عام ١٩٨١م من «التقرير الأسبوعي عن الإصابات المرضية والوفيات»، والذي يصدر عن مراكز مكافحة الأمراض (CDC).

ذكرت المقالتان وصفاً لحدوث حالتين مرضيتين كانتا شديديتي الندرة من قبل في عدد إجمالي يتكون من واحد وأربعين رجلاً لوطياً شاباً في مدينة نيويورك وولاية كاليفورنيا. كانت إحدى الحالتين المرضيتين هي الالتهاب الرئوي بالمتكيسة الرئوية (PCP)، والثانية هي ساركومة كابوزي (Kaposi's Sarcoma).^٤

^٤ نسبة إلى أول من وصفه، وهو طبيب الأمراض الجلدية النمساوي مورتيس كابوزي (١٨٣٧-١٩٠٢م).
(المترجم)

ولا تُعرف المتكيسة الرئوية الجُؤجُوية بإحداثها للمرض في الأفراد ذوي الأجهزة المناعية السليمة. وكانت جميع الحالات الموصوفة من قبل للالتهاب الرئوي بالمتكيسة الرئوية قد حدثت في المرضى الذين تم تثبيط جهازهم المناعي بغرض زراعة الأعضاء، أو كنتيجة للعلاج الكيميائي أو سوء التغذية الشديد، على الرغم من وجود حالات قليلة مثبتة لوجود قصور وراثي في الجهاز المناعي. كانت ساركومة كابوزي التي تصيب الرجال اللوطيين من نوع أشد توحشًا بكثير من جميع الأنواع التي وُصفت سابقًا. ومن بين المرضى الأربعين واحدًا المذكورين، أظهر القلائل الذين تم فحص دمائهم للخلايا للمفاوية التائية (T-lymphocytes) — وهي إحدى ركائز الجهاز المناعي للجسم — وجود نقص ملحوظ في عدد تلك الخلايا. وكان عامل غير معروف، وقتها، قد دمر عددًا كبيرًا من تلك الخلايا، ومن ثم فقد قوّض مناعة أولئك الشبان بدرجة كبيرة.

وفي غضون أشهر قلائل، كانت هناك مطبوعات عديدة أخرى قد ذكرت أوصافًا لحالات مشابهة لما أُطلق عليه اسم «متلازمة نقص المناعة المتعلقة بالشواذ»[°] أو (GRID) اختصارًا. وكان خبراء الأمراض المعدية يتحدثون فيما بينهم، في المؤتمرات الطبية، وفي الخطابات، وعبر الهاتف، عن أولئك المرضى الذين يفحصونهم من المصابين بحالات مشابهة، وبحلول شهر ديسمبر، أوضح تقرير خادع بإيجازه، نُشر في صفحات التحرير «للمجلة الطبية لنيو إنجلند» (New England Journal of Medicine)، الأبعاد الحقيقية للمشكلة، بطريقة حساسة وتنبؤية تقريبًا؛ فقد وُضِعَ الإطار لتلك الأبحاث التي يتوجب إجراؤها، بالإضافة إلى المضامين الاجتماعية الواجب مواجهتها:

«تضع هذه التطورات أمامنا معضلة لا بد من حلها. ومن المرجح أن يكون حلها مثيرًا ومهمًا بالنسبة للكثيرين. وسيتساءل العلماء (وأولئك الفضوليون بطبيعتهم)، لماذا يصيب المرض هذه المجموعة بالذات؟ وما الذي يخبرنا به ذلك عن المناعة وعن نشوء الأورام؟ وسيريد دارسو قضايا الصحة العامة وضع هذه الجائحة ضمن منظور اجتماعي، كما سترغب منظمات الرجال اللوطيين — والتي كثيرًا ما تكون نشطة وذات معلومات موثقة عن القضايا الصحية المتعلقة بأعضائها — في اتخاذ الخطوات التنفيذية لتثقيف أعضائها ووقايتهم،

[°] (Gay-related Immune deficiency Syndrome).

كما سيرغب علماء الإنسانيات، ببساطة، في أن يمنعوا حدوث وفيات ومعاناة لا ضرورة لها.»

وبالرغم من أن كاتب هذا المقال التحريري (*Editorial*)، وهو الدكتور ديفيد دوراك (Durack) من جامعة «ديوك»، قد لا يكون على علم بهذه الحقيقة، فإنه في ذلك الوقت كان هناك نحو ١٠٠٠٠٠ مصاب بالفعل في جميع أنحاء العالم.

وفي ذلك الوقت، كان هناك أكثر من اثني عشر جرثومة قد تم التعرف عليها في أنسجة أولئك الشبان المصابين بالمرض، وكان أغلبها من الأنواع التي لا تنمو إلا في حالات التقويض المناعي الشديد. ووجد أن الجزء المصاب من الاستجابة المناعية هو ذلك المعتمد على الخلايا للمفاوية التائية، وكان ذلك مدعومًا بنضوب شديد في أعداد نوع بعينه من تلك الخلايا (وهي خلايا T4 أو CD4) في الدم. ولأن المناعة المثبطة تتيح الفرصة للجراثيم التي هي حميدة (Benign) في الأحوال المعتادة، لإحداث أضرار بليغة؛ أطلق على الأمراض الناتجة عنها اسم «العداوى الانتهازية» (*Opportunistic Infections*). وعندما نُشرت افتتاحية الدكتور دوراك، كان قد تم التعرف بالفعل على أن «معدلات الوفيات مرتفعة بصورة مخيفة» وأن «المرضى الوحيديين ... الذين لم يكونوا من اللوطيين، كانوا من مدمني المخدرات.» ولذلك أُعيدت تسمية المرض باسم متلازمة نقص المناعة المكتسب (Acquired Immune Deficiency Syndrome)، أو الإيدز (AIDS) اختصارًا.

وكما ذكرت سابقًا، كان ظهور الإيدز — وكأنما جاء من مكان مجهول — بمثابة الضربة لأولئك الأعضاء في مؤسسات الصحة العامة الذين أقنعوا أنفسهم في منتصف وأواخر السبعينيات، بأن تهديد الأمراض الجرثومية والفيروسية قد أصبح أمرًا من الماضي. وستمثل التحديات الحاضرة والمستقبلية للعلوم الطبية — والتي كان الكثير منها محققًا — في القضاء على تلك الحالات التقويضية المزمنة مثل السرطان، وأمراض القلب، والخرف، والسكتة الدماغية، والتهاب المفاصل. أما اليوم، وبعد أكثر من عقد ونصف العقد من الزمان، أصبح الانتصار المدعى للطب على الأمراض المعدية لا يعدو كونه وهمًا، في حين تحقق الجراثيم ذاتها انتصارات غير متوقعة.

جاء عقد الثمانينيات بنوعين جديدين من الخوف — وهما ظهور ذرار (*Stains*) جرثومية مقاومة لفعل المضادات الحيوية، وظهور مرض الإيدز. وستبقى المشكلتان معنا لفترة طويلة قادمة. ويُعبر الدكتور جيرالد فريدلاند (Friedland)، وهو الحُجّة العالمي

الذي يقود وحدة مرض الإيدز في جامعة ييل، عن ذلك الموقف باصطلاحات كثيفة تتنبأ ببلاء لا نهاية له: «إن الإيدز معنا الآن، وسيبقى حتى نهاية التاريخ البشري». وعلى الرغم من احتجاجات بعض ناشطي الإيدز، فكمية المعلومات التي تم جمعها منذ ذلك الحين عن فيروس العوز المناعي البشري، والتقدم الحادث في جهود إعداد وسائل دفاعية ضد هجومه، لا تقل عن كونها «مدهشة»؛ فالدهشة (Astonishment) — في واقع الأمر — هي الكلمة الأدق لوصف سرعة التقدم بحلول السنة السابعة قبل ظهور ذلك الوباء المنتشر. وفي عام ١٩٨٨م، كتب لويس توماس — الذي يضم سجل إنجازاته الفذة الأخرى دوره القيادي في علم المناعة — ما نصه:

«في خلال تلك الحياة الطويلة التي قضيتها في متابعة الأبحاث الطبية الأحيائية، لم أجد شيئاً يقارب التقدم الذي تحقق حتى الآن في المختبرات التي تعمل في الأبحاث المتعلقة بفيروس الإيدز. وباعتبار أن المرض لم يتم التعرف عليه إلا منذ سبع سنوات فقط، وأن العامل المسبب له — وهو فيروس العوز المناعي البشري — يُعدّ واحدًا من أكثر الكائنات تعقيدًا وخداعًا على وجه الأرض، فيمكن اعتبار هذا الإنجاز «مدهشًا».

ويسترسل توماس في الحديث، موضحًا أنه حتى في ذلك الوقت المبكر نسبيًا، كان العلماء يعرفون بالفعل «عن تركيب فيروس العوز المناعي البشري وتكوينه الجزيئي، وسلوكياته والخلايا التي يستهدفها، أكثر مما يعرفون عن أي فيروس آخر في العالم». وليس ذلك مقتصرًا على المختبر وحده، بل وفي مجال العلاج بالمثل، فقد ظهرت علامات مشجعة على أن المرضى يعيشون الآن لفترة أطول، وأن الفترات التي تخلو من الأعراض المرضية تزداد طولًا، وأن مستوى راحتهم يتحسن باستمرار، وتتزامن هذه التغيرات مع المعرفة المتزايدة بطرق الانتشار العالمية للمرض، وبالتغيرات الاجتماعية والسلوكية التي ستكون ضرورية إذا أردنا أن نتوصل إلى السيطرة الملائمة على الوباء. وقد تحقق جزء كبير من ذلك النجاح من خلال التعاون النشط بين الجامعات والحكومة وشركات صناعة الأدوية. وتُعدّ هذه الثلاثية (الترويكا: Troika)، ظاهرة مرحّبًا بها في الأوساط الطبية الأحيائية الأمريكية، ويدين وجودها بالكثير للحملات القوية التي تنظمها جمعيات المساندة لمرضى الإيدز، والتي كانت في معظمها تلك المنبثقة عن مجتمع الشواذ في البداية. وتُعدّ جماعات الضغط الخاصة بالمرضى طرفًا جديدًا نسبيًا في معادلة الأبحاث الطبية الأحيائية؛ إلا إنها متزايدة القوة. ونتيجة «اللوبي» الإيدز، بالإضافة

إلى مطالبات الأطباء، يوجّه حاليًا نحو ١٠٪ من ميزانيات المعاهد الوطنية الأمريكية للصحة (NIH)، والتي تبلغ نحو ٩ مليارات دولار، نحو دراسة فيروس العوز المناعي البشري (HIV). وتعرضت إدارة الأغذية والأدوية الأمريكية (FDA) لضغط مستمر من أجل تخفيف المقاييس الصارمة التي تعتمد عليها بهمة في تقييم العقاقير التجريبية. وكان ذلك مفيدًا بعدة طرق؛ فقد تم منح الموافقة المشروطة للعوامل العلاجية التي أظهرت فاعلية كافية تحت ظروف المختبر. ومع ذلك، فيجب أن نستحضر في أذهاننا ذلك الخطر الذي يحمله تخفيف الاحتياطات التي تم التوصل إليها بصعوبة، حتى في أوقات الطاعون. ومن المؤثر على وجه الخصوص، تلك السلسلة المتلاحقة للاكتشافات المبكرة، والتي بدأت مباشرة تقريبًا، بعد التحذير الذي أصدرته مراكز مكافحة الأمراض (CDC). وأدّى تقرير حقيقة أن كثيرًا من المصابين بالالتهاب الرئوي بالمتكيسات في نهاية عام ١٩٨١م كانوا من مدمني المخدرات المحقونة غير اللوطيين — إلى ظهور احتمال أن طرق انتقال المرض الجديد تشبه تلك الخاصة بالتهاب الكبد الفيروسي «ب»، وهو فيروس مألوف بين أفراد تلك المجموعات. ولذلك تم توقُّع أن العامل المسبب للمرض، والذي يجري البحث عنه، يجب أن يكون فيروسًا. أُعطيت المصادقية لهذه النظرية في عام ١٩٨٢م، عندما ذكر تقرير لمراكز مكافحة الأمراض أن تسعة من أفراد المجموعة الأولية المكونة من ثمانية عشر مريضًا في منطقة لوس أنجلوس، يمكن ربطها بالاتصال الجنسي الشاذ مع رجل واحد، ثم قام أولئك الرجال بدورهم بنشر المرض إلى أربعين رجلًا آخرين ثم تشخيصهم في عشر مدن مختلفة. ورُسِّخت هذه الاكتشافات مبدأ الانتقال الجنسي للمرض وعدوائيته (Infectivity) بدرجة من اليقين لا تقبل الشك.

وبحلول منتصف عام ١٩٨٤م، كان قد تم عزل فيروس العوز المناعي البشري وعرضه كعامل مسبب لمرض الإيدز، كما تم شرح طريقته في مهاجمة الجهاز المناعي للجسم. وفي الوقت نفسه، كانت أوجه الدمار السريرية للعملية المرضية قد تم تحديدها بدقة، كما كان قد تم إعداد اختبار تشخيصي للدم.

وأثناء تنفيذ هذه الخطوات في المختبرات وفي العيادات، كانت الدراسات التي يقوم بها مسئولو الصحة العامة وعلماء الوبائيات توضح الشكل العام للجائحة وأبعادها. في بداية الأمر، كان هناك قدر كبير من الشك في الأوساط العلمية في إمكانية إيجاد أي عقار يمكنه تدمير الفيروس ذاته. نما أغلب القلق عما كان معروفًا عن خصائص الميكروب، خصوصًا حقيقة أنه يبقى على قيد الحياة بدمج نفسه إلى المادة الجينية الأساسية

(الدنا: DNA) للخلايا اللِّمفاوية التي يهاجمها. ولم يكن ذلك هو كل شيء: فقد وُجد أن فيروس العوز المناعي البشري يمتلك القدرة على الاختباء بين خلايا وأنسجة متنوعة حيث يبقى، ليس فقط بمنأى عن الأذى، بل ومن الصعب الوصول إليه. وبالإضافة إلى ذلك، فهو يخدع رد الفعل المناعي للجسم عن طريق فعل خداعي مميز؛ إذ يتكون الغلاف الخارجي لأي فيروس من مواد بروتينية ودهون، بينما تحاط البكتيريا أساسًا بالكربوهيدرات. ويستثار رد الفعل المناعي للجسم بفعل البروتينات أكثر منه بالكربوهيدرات، ومع ذلك يقوم فيروس العوز المناعي البشري بتغطية غلافه البروتيني بكساء من الكربوهيدرات، وينجح هذا التنكر الخفي في زيادة إنتاج الجسم للأجسام المضادة. وكأن ذلك كله لا يكفي، يقوم فيروس العوز المناعي البشري بطفرات هائلة، مما يمكنه من تحويل نفسه إلى ذرية مختلفة إلى حدٍّ ما من «الوحش» ذاته، وذلك لحماية نفسه في حال ما إذا نجح رد الفعل المناعي للجسم، أو عقَّار جديد مضاد للفيروسات، بصورة ما، في التغلب على العوائق التي يضعها الفيروس أمامه.

وباعتبار جميع هذه التحديات، إضافة إلى حقيقة أن فيروس العوز المناعي البشري يقتل أساس دفاعات الجسم بتدميره للخلايا اللِّمفاوية، يكون هناك مبرر قوي للإحساس بالإحباط. بدأ الباحثون، وهم شبه يائسين، بتنفيذ تلك التقييمات المعملية لعدد من العقاقير التي يُعتقد بأنها قادرة على محاربة ذلك الفيروس الماروغ. وفي مواجهة حقيقة أن ازدواجية فيروس العوز المناعي البشري ستمنع التوصل لإنتاج مبكر للقاح (Vaccine) يقوم بتنشيط المناعة الذاتية للجسم، اعتمد العلماء نفس المنهج الذي اعتمدوه في مكافحة العدوى البكتيرية، لمحاربة مرض الإيدز. بدءوا بحثهم عن عوامل دوائية تعمل بنفس الطريقة التي تعمل بها المضادات الحيوية، أي بقتل الجرثوم المُعدي أو منع تناسله بدون الاعتماد على الجهاز المناعي كخط دفاعي أول.

كانت بعض العوامل التي تم اختبارها مُعَدَّة أساسًا لاستخدامات أخرى، ووُجد أنها ذات فاعلية محدودة، ومن ثم احتلت موقعها «على الرف». ومع تراكم المزيد من المعلومات عن الصفات المميزة للفيروس (وخصوصًا بعد أن أصبح فيروس العوز المناعي البشري متوافرًا في صورة يمكن معها استخدامه في المختبر، اعتبارًا من عام ١٩٨٤م)، بات من الممكن أن يصبح أكثر تركيزًا في البحث عن مركبات فعالة. وفي نهايات ربيع ١٩٨٥م، كان هناك ثلاثمائة عقَّار قد تم اختبارها في المعهد الوطني الأمريكي للسرطان (NCI)، ووُجد أن خمسة عشر منها فعالة في إيقاف تولد فيروس العوز المناعي البشري

في أنابيب الاختبار. لكن أكثرها وعدًا كان عقارًا تم وصفه للمرة الأولى كعلاج مضاد للسرطان في عام ١٩٧٨م، واسمه الكيميائي ٣-أزيدو، ٣-ديوكسي-ثيميدين، أو AZT (والذي يسمى أحيانًا باسم «زيدوفودين» *Zidovudine*). تم تجريب عقار الزيدوفودين على أول مريض حقيقي في الثالث من يوليو ١٩٨٤م، كما بدأت تجارب سريرية واسعة النطاق في اثني عشر مركزًا طبيًا في أنحاء متفرقة من الولايات المتحدة. وبحلول شهر سبتمبر ١٩٨٦م، كانت هناك أدلة كافية على أن ذلك العقار قادر على تقليل معدلات حدوث العدوى الانتهازية، وتحسين نوعية حياة مرضى الإيدز، على الأقل حتى يتمكن الفيروس من إنتاج طفرات مضادة له. كان ذلك هو أول علاج فعال أمكن إيجاده ضد تلك المجموعة الفيروسية التي ينتمي إليها فيروس العوز المناعي البشري، والمسماة بالفيروسات القهقرية (Retroviruses). وبالرغم من أن هذا العقار باهظ الثمن ومحمّل السُميّة، إلا إنه سرعان ما أصبح الركيزة الأساسية للعلاج الموجه ضد فيروس العوز المناعي البشري. وشجع اكتشاف فاعلية عقار الزيدوفودين، البحث عن عقاقير أخرى مشابهة، وكان أول عقار يتم تحديده من هذه المجموعة هو ثنائي الديوكسي إنيوزين (ddI) أو الديدانوزين (didanosine)، واستمر البحث من وقتها.

كان إنتاج عقار الزيدوفودين مثالًا واحدًا لتلك الجهود المحمومة التي كنا نحتاج إليها أحيانًا لمكافحة فيروس العوز المناعي البشري في ذلك الوقت المبكر. ومنذ البداية، كان هناك كمٌّ من المعلومات التي أحيانًا ما تكون مذهلة بالنسبة لغير المتخصصين. وهناك تبصّرات متزايدة العمق بالبيولوجيا الجزيئية، وطرق محسّنة للتقصي والوقاية، ومراجعات مستمرة للتقارير الإحصائية، وفهم متزايد للمراضة التي تنزلها الجراثيم الانتهازية بضحاياها، إضافة إلى — ولحسن الحظ — عقاقير جديدة ضد هذه الضباع المعدية، وضد الفيروسات التي تتبعها.

وليس من اليسير شرح، أو فهم، الآلية التي يسبب بها الكثير من الغزاة الانتهازيين هزال جسم مرضى الإيدز، سواء البالغون منهم أو الأطفال. ومثل هذا الكم المحير من المشكلات التي يواجهها المصابون بفيروس العوز المناعي البشري ومقدمو الرعاية الصحية لهم، يجعل المرء لا يملك إلا أن يتفكر بإحساس عميق بالعرفان في أن هناك الكثير مما تم تحقيقه بالفعل.

وعندما يقوم طبيب من جبلي بجولة في المستشفى بصحبة فريق الأطباء والمرضات المعالجين لحالات الإيدز، لا يملك إلا أن يشهق — مجازًا — على الكم الذي يعرفه أولئك

السريرون (Clinicians) المدربون، وكم أن نسبة كبيرة من هذه المعرفة قد تم اكتسابها في وقت قصير. ويحمل كل مريض في وحدة الإيدز عددًا هائلًا من العدوى وأحيانًا واحدًا أو اثنين من السرطانات، كما يتلقى كلُّ منهم من أربعة إلى عشرة أنواع، وأحيانًا أكثر من ذلك، من الأدوية، بدون أية معلومات مؤكدة عن الاستجابة المتوقعة أو السُّمية الناتجة عنها. كان إسماعيل جارسيا يتلقى أربعة عشر عقارًا. ويجب أن يتم اتخاذ قرارات جديدة، بصورة يومية أو أكثر من ذلك أحيانًا، بشأن كل مريض يتلقى العلاج (تضم باحة الإيدز — الصغيرة نسبيًا — في المستشفى الذي أعمل به أربعين سريرًا، وهي مشغولة جميعها دومًا).

وكان جسامة التحديات السريرية للمرض لا تكفي، ينتظر أفراد الأسر المكروبون على مقربة للحصول على الإجابات، والمواساة أيضًا؛ فهناك تقارير يجب أن يقوم أفراد الفريق بكتابتها، ولوحات بيانية لمراجعتها، واختبارات معملية لطلبها، وطلاب لتعليمهم، واجتماعات لحضورها، وكم هائل ومتزايد من المطبوعات لقراءتها والاشتراك في تحريرها أحيانًا. ودائمًا ما تظل الوظيفة الأهم لهؤلاء هي رعاية أولئك الذين أصابهم المرض بصورة مفاجئة، والذين هم إخوة وأخوات لنا جميعًا، والذين يكون أكثرهم معتلاً اعتلالًا هزيلًا، ومحمومًا، ومتورمًا، ومصابًا بفقر الدم، والذين تبحث أعينهم عن بعض التطمين وعن ذلك الوعد غير المنطوق بالخلاص مما هم فيه من عذاب، والذي كثيرًا ما لا يأتي إلا عن طريق الموت. وبصرف النظر عن المثابرة، أو القوة الأخلاقية التي يستجمعها الكثير من أولئك المرضى في مواجهة القضاء المحتوم، تصيب تلك العملية التي لا تعرف الرحمة والتي يموتون بها باليأس مع كل إعادة لتمثيل ذلك المشهد الحزين.

الفصل التاسع

حياة فيروس وموت إنسان

مكَّنت الاكتشافات التي توالى سريعاَ بخصوص دورة حياة الفيروس، من توفير خلفية يمكن من خلالها البحث عن نقاط ضعفه التي يمكن مهاجمته من خلالها. وعند النظر إلى الفيروس في صورته البسيطة، نجده لا يعدو كونه جزيئاً ضئيلاً من المادة الوراثية مُحاطاً بغلاف مكون من المواد البروتينية والدهنية. والفيروسات هي أصغر الكائنات الحية المعروفة، كما أنها لا تحمل سوى قدر ضئيل من المعلومات الوراثية. ولأنها لا تستطيع البقاء إلا بالاعتماد على كائنات أكثر تعقيداً، فلا بد لها أن تعيش في داخل الخلايا الحية. وحيث إن الفيروس لا يستطيع التكاثر بمفرده (في حالة الفيروسات، يستخدم العلماء اصطلاح الانتساخ (Replication))، مثلما تفعل البكتيريا، على سبيل المثال، فلا بد له أن يدلف إلى داخل خلية ما، وأن يسيطر على الآليات الوراثية بداخلها عن طريق الاندماج بها (Integration). وينفذ فيروس العوز المناعي البشري (HIV) هذه المرحلة بطريقة هي عكس العملية الطبيعية التي تنتقل بها المعلومات الوراثية؛ ولذلك السبب فهو يسمى فيروساً قهقرياً (Retrovirus).

تتكون المادة الوراثية (Genetic material) للخلايا الحية من جداول (Strands) من جزيئات تسمى بالحمض النووي الريبى المنزوع الأكسجين (الدنا DNA)؛ والدنا هو المصدر الأساسي للمعلومات الوراثية. وتحت الظروف الطبيعية للتكاثر، يتم نسخ الدنا — أو استنساخه (Transcribe) — إلى جداول جزيئية أخرى تسمى بالحمض النووي الريبى (الرنا RNA)، والذي يعمل كمقطع (إسطمبة: Template) لتوجيه عملية إنتاج بروتينات الخلية الجديدة. ومع ذلك، ففي الفيروسات العكسية، تتكون المادة الوراثية من الرنا (RNA). ويحمل الفيروس القهقري أيضاً إنزيمًا (Enzyme) يسمى بالترانسكربتاز العكسي (reverse transcriptase)، والذي — بمجرد أن يدلف الفيروس

إلى خلية العائل — يستنسخ الرنا إلى الدنا، والذي يُترجم بعد ذلك بالتسلسل الطبيعي المعتاد لصناعة البروتينات.

ويمكن استعراض سلسلة الأحداث التي تقع عندما تصاب الخلية للمفاوية (Lymphocyte) بعدوى فيروس العوز المناعي البشري، كالتالي: يتحد الفيروس ببنى خلوية تسمى بمستقبلات CD4 على الغشاء المحيط بالخلية؛ وعند تلك النقاط، يتخلص من غلافه في أثناء انتقاله إلى داخل الخلية، حيث يتم استنساخ الرنا إلى الدنا. ويهاجر الدنا بعد ذلك إلى نواة الخلية للمفاوية ويغرس نفسه في الدنا الخاص بالخلية ذاتها. وتظل تلك الخلية للمفاوية طوال فترة حياتها، وطوال فترة حياة ذريتها، مصابة بعدوى (infected) الفيروس.

وبدايةً من تلك النقطة، كلما انقسمت الخلية المصابة بالعدوى، يتضاعف الدنا الفيروسي مع جينات الخلية ذاتها، ويبقى في حالة عدوائية كامنة (latent). ولأسباب غير معروفة، يأمر الدنا الفيروسي — عند نقطة معينة — بإنتاج الرنا الفيروسي الجديد، والبروتينات الفيروسية الجديدة. وبهذه الطريقة، يتم تصنيع فيروسات جديدة، وتترجم تلك من الغشاء الخلوي للخلايا للمفاوية، وتتححر، ثم تنطلق لإصابة خلايا جديدة. وإذا كانت هذه العملية سريعة بما فيه الكفاية، يمكنها قتل الخلية للمفاوية التي تؤويها، والتي تتحطم أثناء تبرعم جزيئات الفيروس خارجة منها. وتستغل طريقة أخرى لتدمير الخلايا للمفاوية، حقيقة إمكانية التحام بعض البنى الموجودة على سطح الفيروس المتبرعم حديثاً، بخلايا T (الخلايا التائية) التي لم يصيبها الفيروس حتى الآن، مما ينتج عنه اندماج مجموعة كبيرة من الخلايا ببعضها البعض لتكوين تكتلات تسمى بالمخلويات (Syncytia). ولأن هذه المخلويات لم تُعد ذات فائدة في الوظيفة المناعية، فقد أثبت هذا التكتل كونه طريقة فعالة للغاية في تعطيل وظائف عدد كبير من الخلايا للمفاوية على الفور.

وكما ذكرنا سابقاً، ففيروس العوز المناعي البشري يهاجم الخلايا للمفاوية التائية، وهي إحدى الخلايا الدموية البيضاء التي تلعب دوراً رئيسياً في الاستجابة المناعية للجسم. ولمزيد من التحديد، فالضحية الفعلية هي مجموعة فرعية من الخلايا التائية تسمى بالخلايا للمفاوية CD4 أو T4 (وهناك اسم آخر لها، وهو الخلايا المساعدة التائية). ونظراً للأهمية الفائقة للخلايا CD4 في الوظيفة الكلية للجهاز المناعي، فقد سُميت «بلاعب ارتكاز» (Quarterback) هذا الجهاز.

وبهذا يمكن لفيروس العوز المناعي البشري إصابة الخلايا CD4 بطرق متنوعة. فيمكنه أن يتناسخ في داخلها، وقد يظل كامناً لفترات زمنية طويلة، كما يمكنه أيضاً أن يقتلها أو أن يثبط عملها. ويُعد النضوب (*Depletion*) الهائل للخلايا للمفاوية CD4، والذي يحدث تدريجياً بمرور الزمن، العامل الرئيسي في منع الجهاز المناعي للمريض من وضع دفاعات فعالة ضد أنماط متنوعة من عداوى البكتيريا، والخمائر، والفطريات، وغيرها من الكائنات الحية المجهرية.

ويهاجم فيروس العوز المناعي البشري أيضاً نوعاً آخر من خلايا الدم البيضاء، تسمى بالوحيدات (*Monocytes*)، والتي تحتوي حتى ٤٠٪ منها على مستقبلات CD4 في غشائها الخلوي، وبذلك يمكنها اجتذاب الفيروس. وهناك ملجأ آخر للفيروس، وهو البلاعم (*Macrophage*)، التي يعني اسمها حرفياً «الأكلة الكبيرة»، والتي تضم وظائفها التهام وتحطيم النفايات الخلوية العدوائية. وعلى العكس من الخلايا للمفاوية CD4، فلا يحطم فيروس العوز المناعي البشري أيّاً من البلاعم أو الوحيدات؛ ويبدو أنه يستخدمهما كمستودعات أو كمخابئ يمكن أن يبقى الفيروس كامناً فيها لفترات طويلة من الزمن.

ولا يزيد كل ما سبق عن كونه تخطيطاً موجزاً للطريقة التي يسبب بها فيروس العوز المناعي البشري ذلك الدمار التدريجي للجهاز المناعي. وبالرغم من اعتراض البعض على استخدام التشبيهات العسكرية لتوضيح الفيزيولوجية المرضية للأمراض، فإن الإيدز يُكيّف نفسه جيداً بصورة خاصة على هذه المقارنات الوصفية. ولا تختلف العملية كثيراً، في واقع الأمر، عن بناء تدريجي للقوات، تدمر فيه قذائف المدفعية والقصف الجوي في مراحلها النهائية دفاعات الدولة استعداداً للغزو الأرضي الشامل، والذي ينفذه حشد هائل من المحاربين، الذين يتحالفون مع بعضهم البعض لتحقيق الدمار الشامل. ويشتمل جيش الجراثيم التي تقتل ضحايا الإيدز، بعد أن يحطم فيروس العوز المناعي البشري خلايا CD4 في أجسامهم، على كتائب شديدة التنوع والاختلاف، لكل واحدة منها هدفها الخاص وآليتها الهجومية المميّزة. ويتوقع أكثر علماء الوبائيات تحفظاً أنه بحلول عام ٢٠٠٠م، سيكون هناك ما بين ٢٠ و ٤٠ مليون شخص موجب المصلية (*Seropositive*) للفيروس على كوكبنا، والذين يكونون إما تحت الحصار أو تعرضوا للغزو بالفعل. وسيصاب من أربعين إلى ثمانين ألف أمريكي جديد بالفيروس سنوياً، كما سيموت عدد مماثل منهم.

وحسب آخر ما أمكن تحديده حتى الآن، هناك ثلاث طرق فقط يمكن أن تحدث بها العدوى: عن طريق الاتصال الجنسي، أو تبادل الدم (مثلاً يحدث مع إبرة، أو مُحَقَن،

أو منتجات الدم الملوثة)، أو الانتقال من أم مصابة إلى طفلها داخل الرحم، أو أثناء الولادة، أو حتى عن طريق حليب الرضاعة فيما بعد الولادة. وقد تم عزل فيروس العوز المناعي البشري في المختبر من الدم، والسائل المنوي، والإفرازات المهبلية، واللعاب، وحليب الرضاعة، والدموع، والبول، والسائل النخاعي. لكنه لم تثبت قدرة سوى الدم، والسائل المنوي، وحليب الرضاعة، على نقل المرض حتى الآن. ويتم منذ عام ١٩٨٥م فحص إمداد الدم المخزون بعناية شديدة، حتى أصبحت إمكانية انتقال فيروس العوز المناعي البشري عن طريق نقل الدم بعيدة للغاية. وفي الولايات المتحدة وأغلب الأمم المتقدمة، تكون الغالبية الساحقة ممن ينتقل إليهم الفيروس عن طريق الاتصال الجنسي من الرجال اللوطيين أو الذين يمارسون الجنس مع الجنسين (Bisexual)، أما في أفريقيا وهائتي، فالغالبية العظمى هم من مغايري الجنس (Heterosexual). وبالرغم من أن عدد الحالات المنقولة بالجنسية الغيرية تظل قليلة في الغرب، فإن عددها يرتفع تدريجياً، كما يزداد عدد الرُّضَع المصابين. ونحو ثلث الأمريكيين الذين يصابون بالفيروس سنوياً هم من مدمني المخدرات بالحقن، إضافة إلى نسبة مماثلة على الأقل من الرجال اللوطيين. أما البقية الباقية والتي تتكون في معظمها من النساء الزنجيات أو الإسبانيات الأصل، فتصاب بالمرض بالاتصال الجنسي الغيري، كما توضح إيجابيتهن المصلية سبب وجود ألفي طفل يولدون مصابين بالفيروس سنوياً.

والإيدز مرض ذو قدرة ضعيفة على إحداث العدوى (Contagion). كما أن فيروس العوز المناعي البشري يُعد فيروساً هُشاً للغاية؛ فليس من السهل أن يصاب المرء به. ويقتل سائل التبييض المنزلي البسيط، في تركيز ١:١٠، الفيروس بكفاءة عالية، وكذلك يفعل الكحول، وفوق أكسيد الهيدروجين، والليسلول (Lysol). وفي خلال عشرين دقيقة من سكبه على سطح منضدة وتركه ليالجف، يفقد السائل المشبع بالفيروس قدرته على العدوى. وليس المرء بحاجة للخوف من تلك الغيلان الأربعة (Bugbears) الذين يتجنبهم من يخشون الإصابة بالجراثيم وهي: الحشرات، ومقاعد المراحيض، وأواني الطعام، والتقبيل. وبالرغم من أن هناك حالات يُعتقد أنها ناتجة عن اتصال جنسي وحيد، فإن الإيجابية المصلية عادةً ما تحتاج لجرعات عالية جداً من الفيروس، أو نوبات متكررة من الاتصال. وفي الولايات المتحدة، يُعد خطر الإيجابية المصلية بفعل اتصال جنسي غيري عَرَضِي حقيقة واقعة، لكن نسبتها ضئيلة للغاية. وبقدر الطمأنينة التي قد يبعثها التفكير في الصعوبات التي يتوجب على الفيروس تخطيها قبل أن يتمكن من إصابتنا، يختفي

الإحساس بالأمان في مواجهة الحقيقة الكالحة بأنه بمجرد إصابة أحدنا به، فمن المرجح أنه سيموت. ويُبرّر هذا الاعتبار بمفرده تلك الاحتياطات التي تفرضها علينا سلطات الصحة العامة.

وكثيراً ما يكشف الفيروس عن نواياه بعد دخول جسم عائل جديد مباشرة. ففي غضون شهر واحد أو أقل، ينتج عن استنساخه السريع زيادة تركيزه في الدم إلى معدلات مرتفعة للغاية، ويظل هكذا لمدة تتراوح بين أسبوعين إلى أربعة أسابيع. وبالرغم من أن كثيراً من الأشخاص المصابين بالعدوى حديثاً يبقون بدون أعراض مرضية، ففي خلال نفس الفترة قد يصاب آخرون بحُميات منخفضة الشدة، وغدد متورمة، وآلام عضلية، وطفح جلدي، وأحياناً بأعراض إصابة الجهاز العصبي المركزي مثل الصداع. ونظراً لكون هذه الأعراض غير نوعية، كما يمكن أن يصاحبها إحساس عام بالضعف، فكثيراً ما تُعزى — بالخطأ — للإصابة بالزكام أو كثرة الوحيدات (mononucleosis). ومع اقتراب نهاية هذه المتلازمة القصيرة، تبدأ أولى الأجسام المضادة لفيروس العوز المناعي البشري بالظهور في الدم؛ ويمكن لاختبار الدم أن يكتشف وجودها، ويُعتبر المريض منذ ذلك الحين إيجابياً المصلية. وبالرغم من انتهاء الفترة القصيرة لظهور الأعراض، يستمر استنساخ جزيئات الفيروس.

ومن المرجح تماماً أن تنتج متلازمة قصيرة شبيهة بكثرة الوحيدات، عن رد الفعل الأول للجهاز المناعي للجسم لذلك التحذير الذي يطلقه عدد هائل من جزيئات الفيروس الجديدة والتي يكون قد تم إنتاجها بحلول ذلك الوقت. وينجح الجسم في البداية، فيخفض عدد الجزيئات الفيروسية في الدم بصورة مفاجئة، حتى يصل إلى معدلات منخفضة. ويبدو أن ما يحدث في تلك المرحلة هو انسحاب الجراثيم المتبقية إلى الخلايا اللمفاوية CD4، والعقد اللمفاوية، ونخاع العظام، والجهاز العصبي المركزي، والطحال، حيث تبقى كامنة لسنوات طويلة، أو تُستنسخ ببطء لدرجة يبقى معها تركيزها الكلي المنخفض في الدم ثابتاً. وفي الواقع أن من ٢٪ إلى ٤٪ فقط من الخلايا اللمفاوية CD4 توجد في الدم. والاحتمال الأرجح أن تلك الخلايا منها الموجودة في العقد اللمفاوية، والطحال، والنخاع، يتم تحطيمها تدريجياً خلال فترة الكمون الطويلة، لكن هذا الدمار لا تنعكس صورته على الدم حتى نهاية تلك الفترة، عندما تبدأ معدلات الخلايا CD4، والتي ظلت ثابتة حتى ذلك الوقت، في الانخفاض بصورة فجائية، مما يتيح الفرصة لحدوث تلك العدوى الثانوية المتعددة التي تُميّز مرض الإيدز. وعند تلك النقطة، ترتفع معدلات

الفيروس في الدم مجدداً. وليس معروفاً سبب تلك الفترة الطويلة من الخمول النسبي، لكنها تقترح أن الجهاز المناعي للجسم قد يلعب دوراً في تلطيف حدة العدوى، على الأقل ذلك الجزء منه الذي يقتصر على الدم ذاته. وعندما يتم تقويض الجهاز المناعي لدرجة كافية، تزداد كميات الفيروس بصورة ملحوظة، سواء تلك الموجودة في داخل الخلايا للمفاوية، أو الحرة في الدم.

ويفسر لنا تسلسل الأحداث سبب إصابة معظم الأشخاص الإيجابيين لفيروس العوز المناعي البشري بتضخم في الغدد اللمفاوية بالعنق وتحت الإبطين، خلال الفترة المبكرة لظهور الأعراض، والتي تستمر من أسبوعين إلى أربعة أسابيع، والذي لا ينحسر عند نهاية تلك الفترة. وعندما تنقضي تلك الفترة، يستمر المرضى في الإحساس بالعافية لمدة تتراوح بين ثلاث إلى خمس سنوات، وقد تصل إلى عشر سنوات. وفي نهاية ذلك الوقت، عادة ما يُظهر تحليل الدم أن عدد الخلايا CD4 قد انخفض بصورة كبيرة، من معدلاته الطبيعية التي تتراوح بين ٨٠٠ و ١٢٠٠ لكل ملليمتر مكعب، إلى أقل من ٤٠٠. ويعني ذلك أن نحو ٨٠٪ إلى ٩٠٪ من تلك الخلايا قد تحطمت بالفعل. وفي غضون نحو ثمانية عشر شهراً في المتوسط، تبدأ الاختبارات الجلدية القياسية للحساسية في إظهار أن الجهاز المناعي بسبيله للتعطل عن العمل. وتستمر معدلات الخلايا CD4 في الانخفاض، لكنه من الممكن ألا تظهر على المرضى خلال تلك المرحلة أعراض المرض السريري. وفي الوقت نفسه، ترتفع معدلات الفيروس في الدم، كما يتم تحطيم العقد اللمفاوية المتضخمة ببطء.

وعندما تقل معدلات الخلايا CD4 عن ٣٠٠، سيصاب أغلب المرضى بعدوى فطرية في اللسان أو تجويف الفم، تسمى بالسُّلاق (*Thrush*)، والتي تُظهر نفسها في صورة لطح بيضاء في تلك المناطق. وغالباً ما تحدث العدوى الأخرى التي تبدأ في الظهور عندما ينخفض المعدل عن ٢٠٠، حول الفم، وفتحة الشرج، والأعضاء التناسلية، بالإضافة إلى عدوى مهبلية شديدة بنفس الفطر المسبب للسُّلاق. ومن الموجودات المميزة، هناك حالة تسمى بالطفوان الفموي المشعر (*Oral Hairy Leukoplakia*) [من اليونانية *leukos* بمعنى «الأبيض»، و *plakoeis* بمعنى «المسطح»]، وهي مجموعة من اللطخ (Patches) البيضاء العمودية ذات المظهر الشبيه بالزغب، والتي تقف منتصبة تماماً مثل الأخاديد بطول الحواف الوحشية للسان. وتنتج هذه الأذيات عن تغلُّظ يسببه الفيروس في الطبقات السطحية للسان.

وفي غضون سنة إلى سنتين من ذلك الوقت، يبدأ كثير من المرضى في الإصابة بالعدوى الانتهازية في مناطق غير الجلد وفتحات الجسم. وبحلول ذلك الوقت، عادةً ما يكون عدد

الخلايا CD4 قد انخفض عن المائتين كثيرًا، كما يستمر في الانخفاض سريعًا. وتبدأ المتلازمة الكاملة لنقص المناعة في إظهار نفسها، في الوقت الذي تظهر فيه الأمراض الناتجة عن الجراثيم التي تعيش بصورة اعتيادية في الأشخاص المتمتعين بصحة جيدة تمامًا، والذين تمنع دفاعاتهم الفيزيولوجية الطبيعية حدوث المتاعب. وهنا يكون المرض قد وصل إلى المرحلة التي تنتج فيها المصابة الخطرة عن أي جرثومة يلزم لمواجهتها جهاز مناعي سليم. وبالرغم من أن المصابين بالإيدز يكونون معرضين بصفة خاصة للإصابة بتلك الأمراض المعروفة، مثل التدرُّن، والالتهاب الرئوي البكتيري، فإنهم يصابون أيضًا بمجموعة من الأمراض النادرة فيما عدا ذلك، والناتجة عن مجموعة متنوعة من الطفيليات، والفطريات، والفيروسات، وحتى تلك الأنواع من البكتيريا التي نادرًا ما كان الأطباء يصادفونها خلال ممارستهم قبل ظهور الإيدز. وبالنسبة لبعض هذه الجراثيم، لم يكن هناك علاج فعال قبل حلول نهاية الثمانينيات، عندما تكثفت جهود المختبرات الجامعية وشركات صناعة الأدوية بالنجاح أخيرًا، مع إنتاج مجموعة من العقاقير التي أظهرت نسبًا متفاوتة من النجاح السريري.

وتتسلح كل مجموعة من الغزاة الجرثوميين الذين يهاجمون الدفاعات الممزقة للشخص المقوّض جهازه المناعي نتيجة لإصابته بالإيدز، بأسلحتها الهجومية الفريدة، كما توجه هجومها نحو أهداف محددة. وعندما لا تجد في طريقها سوى مقاومة قليلة باقية من الخلايا CD4، تدمر الفيالق والكتائب المنفردة من القتل الانتهازيين تلك المناطق التي تضم أنسجة المريض. وتشق النُدَف المتجمعة من العدوى طريقها عن طريق إنهاك طاقة الفرد وإمداده الضئيل من الذخيرة الاحتياطية أحيانًا، وأحيانًا بتدمير عضو حيوي مثل الدماغ، أو القلب، أو الرئتين. وبالرغم من أنه يمكن إبطاء — أو إبطال — تلك الحملات الوبائية لفترة مؤقتة، بفضل أحد تلك العوامل الدوائية الجديدة، فإنها ستعيد تنفيذ هجومها بمرور الوقت، إن لم يكن بإحدى الطرق فبالأخرى. وقد يتحقق الانتصار في إحدى المناوشات هنا أو هناك، أو قد يُمنع وقوع معركة ما باستخدام العقاقير الوقائية في الوقت المناسب، وبذلك يتم الحصول على بضعة شهور من الثبات المؤقت، لكن النتيجة النهائية لذلك الصراع قد تم تحديدها مسبقًا. فالمهاجمون الجرثوميون المصممون لا يقبلون سوى الاستسلام غير المشروط، والذي لا يتأتى إلا بوفاة مضيفهم المغلوب على أمره.

وبالرغم من أن مرضى الإيدز قد يموتون بفعل عدد كبير من العمليات المرضية، فإن هناك مجموعة صغيرة نسبيًا من الجراثيم هي التي تضطلع بالغالبية العظمى من

الوفيات. وفي مقدمتها تماماً نجد المتكيسة الرئوية الجؤجؤية، وهي أول الجراثيم التي تم التعرف عليها عند بداية تلك الجائحة العالمية. وتنخفض معدلات وجودها حالياً نتيجة لاستخدام المعالجات الوقائية، ولكن حتى فترة قريبة نسبياً، كان أكثر من ٨٠٪ من المرضى قد عانوا على الأقل من إحدى نوبات الالتهاب الرئوي بالمتكيسات (PCP)، كما مات العديد منهم خلال واحدة من تلك النوبات، سواء نتيجة للقصور التنفسي ذاته، أو لإحدى المشكلات المتعلقة به. واعتماداً على شدة الإصابة، فقد اعتادت النوبة المنفردة أن تقتل من ١٠٪ إلى ٥٠٪ من ضحاياها قبل أن يتم التوصل إلى وسائل فعالة لمقاومتها. وتبقى تلك الجرثومة عاملاً مهماً في وفاة نحو نصف المصابين بالإيدز، لكن هذه النسبة المئوية مستمرة في التناقص.

وأعراض الالتهاب الرئوي بالمتكيسات هي، في الأساس، تلك التي عانى منها إسماعيل جارسيا عندما أصبح تنفسه متزايد الصعوبة حتى بحث عن العلاج لحالته. وأحياناً يمكن العثور على الجرثومة في أجزاء أخرى من الجسم غير الرئتين، وأحياناً ما نجدها، عند تشريح جثث المرضى الذين يموتون بفعل تلك العدوى، منتشرة خلال جميع الأعضاء الحيوية تقريباً، وخصوصاً الدماغ، والقلب، والكلىتين.

ومثلهم في ذلك مثل أولئك المرضى الذين يصابون بأنواع أخرى من الالتهاب الرئوي، يختنق المرضى الذين يموتون بفعل الالتهاب الرئوي بالمتكيسات نتيجة لعجز الرئتين المعدوتين عن تهوية نفسيهما. ومع إصابة مناطق أوسع من الأنسجة، تتحطم الأسناخ الرئوية أكثر فأكثر، حتى يتم الوصول إلى نقطة لا يمكن فيها رفع المعدلات الشريانية للأكسجين، ورغم استخدام كل السبل المتاحة لدفع ذلك الغاز إلى الأنسجة الغارقة والمسدودة. ويتسبب عوز الأكسجين وتراكم ثاني أكسيد الكربون في حدوث التلف الدماغي، ثم توقّف القلب في النهاية. وأحياناً ما يكون تدمير الأنسجة من الشدة بحيث تتكون تجاويف في مناطق التحلل، مما يشبه كثيراً ما يحدث في التدرن.

وتعدّ الرئتان أكثر أعضاء الجسم تعرّضاً لهجوم الإيدز. فجميع الجراثيم الانتهازية تقريباً، إضافة إلى الأورام، تنظر إلى الرئتين كهدف لهجومها. وفي الجولات التي حضرتها في المستشفيات، كان التدرن، والبكتيريا المكونة للقيح، والفيروس المضخم للخلايا (CMV) الشبيه بفيروس الحَلَأ (Herpeslike)، وداء المقوسات، من أكثر المشكلات التي كانت تتم مناقشتها. وباستثناء آخرها، تبحث جميع تلك الجراثيم عن مأوى لها في الأنسجة التنفسية. وتبلغ نسبة الإصابة بالتدرن في مرضى الإيدز نحو خمسمائة ضعف نظيرتها في مجمل السكان.

وقد كان داء المقوَّسات (Toxoplasmosis) مرضًا من الندرة بحيث واجهتُ صعوبة في التعرف على كُنْهه عندما صادفته لأول مرة في أحد مرضى الإيدز المبكرين. وفيما لا يزيد على العَقد إلا بقليل، كان المرض قد أصبح واحدًا من المقاتلين الرئيسيين في غزو الإيدز، ولن يكون عليَّ بعد ذلك أن أسترجع تفاصيله من ذاكرتي، فكم كانت بشاعة تلك الأشياء التي رأيت المرض يفعلها بضحاياه الذين لا حول لهم ولا قوة. والجراثومة ذاتها هي إحدى الأوَّلي (الحيوانات الأوَّلية)، التي تصيب الطيور عادة، بالإضافة إلى القطط وغيرها من الثدييات الصغيرة الحجم. وتنتقل إلى الإنسان في الغالب عن طريق اللحم غير المطهيَّ جيدًا، أو عندما يتم ابتلاعها عند تلوث الطعام ببراز الحيوانات المصابة. وتعيش المقوَّسة بدون ضرر في أجسام من ٢٠٪ إلى ٧٠٪ من الأمريكيين، حيث تعتمد تلك النسبة على نوعية المجموعة الاجتماعية أو الاقتصادية قيد الاختبار. ومع ذلك، فهي تُظهر نفسها في المريض المصاب بالقصور المناعي، في صورة حُمى، والتهاب رئوي، وتضخم الكبد أو الطَّحال، وطفح جلدي، والتهاب السحايا، والتهاب دماغي، وأحيانًا إصابة القلب أو غيره من العضلات. ويُعد الجهاز العصبي المركزي أكثر مركز لهجومها في مرض الإيدز، حيث يمكن لها أن تتسبب في حدوث الحُمى، والصداع، والاضطرابات العصبية، والنوبات الصرعية، والتبدلات العقلية التي تتراوح بين اختلاط الذهن والغيبوبة العميقة. وفي صور الأشعة المقطعية المحوسبة، أحيانًا ما تشبه المناطق المصابة بالعدوى من الدماغ، تلك الإصابات الناتجة عن المَفوم، لدرجة يصبح التفريق بينهما أمرًا غاية في الصعوبة. وقد كانت تلك هي المعضلة التشخيصية التي سببت قدرًا كبيرًا من الشك أثناء علاج إسماعيل جارسيا.

ومن النادر أن تجد مريضًا بالإيدز وقد نجا جهازه العصبي من انتهاب المرض. وحتى خلال المرحلة الأولى من العدوى بفيروس العوز المناعي البشري، قليلون هم المرضى الذين يتعرضون لمرحلة مؤقتة من الإعاقات العصبية، والتي قد تظهر أحيانًا حتى قبل أن يظهر الإيدز نفسه. ولحسن الحظ، فإن معدل حدوث هذه المضاعفة المرهقة على وجه الخصوص، يقل كثيرًا في المراحل المبكرة عنه في تلك المتأخرة لمرض فيروس العوز المناعي البشري، حيث تكون أكثر شدة، فتسمى بمركب خرف الإيدز (AIDS dementia complex). ويمكن أن تصبح آثارها النهائية مدمرة على العمليات الاستعرافية والوظائف الحركية والسلوكية، لكنها تظهر في البداية غالبًا في صورة نسيان بسيط وفقدان للقدرة على التركيز. وبعد فترة قصيرة، يصبح التبدُّ والانطواء من الأعراض المألوفة، في حين

يعاني عدد أقل من المرضى من الصداع، أو يصابون بنوبات صرعية. وإذا لم تُزل هذه الأعراض عند حدوثها في مرحلة مبكرة من العدوى بفيروس العوز المناعي البشري، فهي تتفاقم ببطء. وفي هذه الحالة، أو في أولئك المرضى الأكثر عدداً ممن تظهر عليهم الأعراض المرضية خلال مرحلة الإيدز من المرض، كثيراً ما تتدهور الوظائف العقلية، كما تظهر الصعوبات المتعلقة بالتوازن أو التوافق العضلي. وفي أكثر مراحل المركب تقدماً، يصاب المرضى بخرف شديد، كما يُظهرون استجابة ضئيلة لما يحيط بهم من أحداث؛ وقد يصابون بشلل الطرفين السفليين (Paraplegia)، أو قد يعانون من الرعشة أو الاختلاجات من حين لآخر. وتوجد هذه المضاعفات بدون أدنى علاقة تربطها بتلك العمليات الناتجة عن داء المقوسات المخي، أو اللُفُوم الدماغى، أو غيرها من الإعاقات العصبية الانتهازية مثل التهاب السحايا الناتج عن الإصابة بالفطر الشبيه بالخميرة — والمسمى بالمستخفية (Cryptococcus). ويُعتقد أن مركب خرف الإيدز ناتج عن الفيروس ذاته، لكن سببه المحدد يظل مجهولاً حتى الآن، كما أنه ليست هناك علاقة بين الضمور المخي الذي نراه في صور الأشعة المقطعية المحوسبة وفي العينات، وبين أي عامل آخر. ومن بين المشكلات العصبية العديدة المتعلقة بالإيدز، تُعد هذه المشكلة — بالإضافة إلى داء المقوسات — أكثرها شيوعاً. ولحسن الحظ، فقد نتج عن الآثار المفيدة لعقار الزيدوفودين بعض التناقص في معدلات حدوثها.

ويشارك اثنان من أبناء عمومة جرثومة التدرن في كونهما الجرثومتين الأكثر انتشاراً في أنحاء أجسام المصابين بالإيدز. فتوجد كلٌّ من المتفطرة الطيرية (*Mycobacterium avium*) والمتفطرة داخل الخلوية (*Mycobacterium intracellulare*: MAI)، اللتين تسميان إجمالاً بمركب المتفطرة الطيرية (MAC)، في نحو نصف مرضى الإيدز عند وفاتهم، بعد أن تتسبب في حدوث مجموعة كبيرة من الأعراض المرضية أثناء الحياة. وتُعد المتفطرتان (MAI) حالياً سبباً للوفاة يفوق الالتهاب الرئوي بالمتكيسات. وكثيراً ما تُعزى الحُمى، والتعرق الليلي، وفقد الوزن، والإرهاق، والإسهال، وفقر الدم، والألم، واليرقان، لهذين التوءمين المغيرين. وبالرغم من أن ذلك المركب نادراً ما يسبب الوفاة بمفرده، فإن آثاره التي تصيب الجسم بالهزال تُعد من العناصر الرئيسية في حالة الوهن وسوء التغذية العام، والتي تزيد من إضعاف الوسائل الدفاعية في مواجهة الغزاة الآخرين.

ولا يعدو ما سبق كونه بعض قليل من مظاهر الإيدز. ولا تفيد إطالة القائمة إلا في سرد أسماء بعض المشكلات المعتادة الأخرى التي تصيب المرضى، لكنها لن

تستطيع حتى الوصول إلى تلك القائمة الكاملة للعذاب؛ مثل العمى الناتج عن التهاب الشبكية (Retinitis) بفعل العدوى بالفيروس المضخم للخلايا أو المقوَّسات؛ أو الإسهال الحاد الذي قد ينتج عن أيٍّ من خمسة أو ستة أسباب معروفة، أو عن آخر غير معروف؛ أو التهاب السحايا (Meningitis) أو الالتهاب الرئوي العَرَضِي نتيجة للعدوى بالمستخفية؛ أو السُّلاق أو صعوبات البلع الناجمة عن داء المبيضات (Candidiasis)، وربما ذلك النز الرقيق من إصاباته الجلدية؛ أو الضيق الذي تسببه الإصابة بفيروس الحَلَا حول فتحة الشرج؛ أو الالتهاب الرئوي الفطري (fungal)، أو انتشار فطريات المصورة النسيجية (Histoplasma) في مجرى الدم؛ أو أنواع البكتيريا النمطية وغير النمطية؛ وتلك الكائنات الزاحفة المتسللة، التي يزيد عددها عن العشرين، والتي تحمل أسماء مثل الرشاشيات (*Aspergillus*)، والأسطوانيات (*Strongyloides*)، والمبوغة الخفية (*Cryptosporidium*)، والكُزَوَانِيَات (*Coccidioides*)، والنوكاردية (*Nocardia*)^١، والتي حان وقتها، فتعمل كالنهابين (Looters) بعد الكوارث الطبيعية، والتي تمثل ما هم عليه تمامًا. فبالرغم من أنها لا تشكل أي خطر على الأشخاص ذوي المناعة الطبيعية، يُعتبر كلٌّ منها هلاكًا بالنسبة لأولئك الذين نضب معيّنهم من الخلايا CD4.

ويصاب القلب، والكلى، والكبد، والبنكرياس، بالإيدز بطرق متعددة، وكذلك الحال بالنسبة لتلك الأنسجة التي يقل التفكير بها عادةً كأعضاء مستقلة، مثل الجلد، والدم، وحتى العظام. فقد يظهر الطفح الجلدي، والتهاب الجيوب الأنفية، واضطرابات تجلُّط الدم، والتهاب البنكرياس، والغثيان، والقيء، والقُرَح النازَّة، والإفرازات المؤذية، واضطرابات الرؤية، والألم، وتقرحات وأنزفة الجهاز الهضمي، والتهاب المفاصل، والعداوى المهبليّة، والتهاب الحلق، والتهاب العظم والنَّقي (*Osteomyelitis*)، وعداوى عضلة القلب وصماماته، وخراريج الكلى والكبد ... وهناك كثير غيرها. وكأننا لم يكفهم الإنهاك والإحباط الذي يصيبهم به ذلك المرض، يشعر كثير من المرضى بالإهانة بفعل التفاصيل الدقيقة لمحتهم.

وكثيرًا ما تتأثر وظائف الكلى والكبد؛ وقد تحدث اضطرابات في التوصيل الكهربائي للقلب أو في صماماته؛ كما يخون الجهاز الهضمي ماله بطرق متعددة؛ وقد تفقد الغدد

^١ نسبة إلى مكتشفها: الطبيب البيطري الفرنسي «إدمون نوкар» Nocard. (المترجم)

الْكُظْرِيَّةُ أو الصَنْوَبَرِيَّةُ قوتها أحياناً. وعندما تفقد القدرة على مكافحة العدوى البكتيرية، تطغى صورة الإنتان المعروفة. وطوال كل هذه الفترة، يزيد سوء التغذية وفقر الدم من إضعاف قدرة الجسم على إبطاء وتيرة العمليات التدميرية. وكثيراً ما يتفاقم سوء التغذية بفعل فقد الهائل في البروتينات عبر الكلى التالفة، والذي ينتج عن حالة مرضية تتفاقم سريعاً وسببها غير معروف على وجه الدقة، وتسمى بالاعتلال الكلوي المرتبط بالإيدز (AIDS-related nephropathy). وقد يتواصل الاعتلال الكلوي، حتى يصل إلى الفشل الكلوي (اليوريمية: uremia) النهائي، في غضون ثلاثة إلى أربعة أشهر من بداية المرض. وحتى بدون أن تصيبه العدوى بصورة مباشرة، فأحياناً ما يصبح القلب في مرضى الإيدز متضخماً وقد يصاب بالقصور، أو قد يشذ نَظْم ضرباته، مما يؤدي إلى الوفاة الفجائية. والكبد معرّض بدوره للهجوم، ليس فقط بسبب الإيدز ذاته، بل لأن كثيراً من المرضى يصابون في الوقت نفسه بعدوى فيروس التهاب الكبدى «ب». وتُظهر الفيروسات المضخمة للخلايا، والمتفطرات الطيرية، وجراثومة التدن، بالإضافة إلى عدد كبير من الفطريات، تفضيلاً لمهاجمة الكبد. ولا يتحطم ذلك العضو العاجز بفعل المرض وحده، بل وتحت تأثير المحاولات التي تُبذل لعلاجها، حيث تؤثر السُّمِّيَّة الدوائية على أدائه بطرق متعددة. وفي ٨٥٪ من المرضى الذين يتم تشريح جثثهم، نجد الكبد غير طبيعي بشكل أو بآخر.

ويتكون الطول الكلي للجهاز الهضمي من نفق هائل متعرج من الفرص المتاحة لتلك الوحوش الضارية المتنوعة لمرض الإيدز. فبداية من الحلا (Herpes)، وتلك المجموعة الواسعة من التقرحات والعدوى التي تحدث حول وداخل الفم، إلى تلك القرحة النازة ومشكلات الحَكْم (Continenence) عند الشرج، قد تتضاعف معاناة الشهور الأخيرة في حياة المرضى، بإصابة عدد كبير من الأعضاء لدرجة تمنع معها تناول الطعام، وتصيب عملية الهضم بالاضطراب، وتتسبب في حدوث إسهال مائي لا يمكن التحكم فيه، والذي لا يمثل مصدرًا لانزعاج متكرر بصورة مستمرة فحسب، بل ويجعل من الصعوبة بمكان المحافظة على المستوى اللائم من النظافة عند تلك المناطق المعرضة حول الشرج والمستقيم. ويُعد تصور استخراج أي فتات من الكرامة من مثل هذه الوفاة، أمراً يفوق إدراك معظمنا. ومع ذلك، فأحياناً ما تجلب تلك الكرامة ذاتها لحظات من النبالة تتغلب على واقع العذاب مؤقتاً، وهي تنبع عن مصادر من العمق بحيث لا يسعنا سوى التعجب منها، إذ إنها تتخطى قدرتنا على الفهم.

ويحتاج الجسم لجهاز مناعي سليم، ليس فقط لمقاومة العدوى، بل ولنمو الأورام أيضًا. وفي غياب دفاعات فعالة، تجد بعض أنماط العمليات الخبيثة بيئة ملائمة لكي تُظهر نفسها علانية. وظل فيروس العوز المناعي البشري عاملاً مساعدًا بصورة خاصة لظهور نوع محدد من السرطان، كان من الندرة في السابق بحيث لم أكن قد رأيت منه سوى حالة واحدة فقط، في مهاجر روسي عجوز، منذ تخرجي في كلية الطب منذ نحو أربعين سنة. وقد تزايد معدل الإصابة بذلك الورم الخبيث الذي يسمى بساركومة كابوزي (Kaposi's sarcoma)، بأكثر من ألف ضعف، من معدل كان يبلغ نحو ٠,٢٪ من مجموع السكان، إلى نحو ٢٠٪ من الأمريكيين المصابين بالإيدز. ويُعد ذلك أكثر الأورام شيوعًا بين المصابين بهذا المرض، ولأسباب غير معروفة حتى الآن، فهو يصيب نسبة تزيد كثيرًا في الرجال اللوطيين (من ٤٠٪ إلى ٥٠٪)، عن مثيلتها بين مدمني المخدرات بطريق الحقن (من ٢٪ إلى ٣٪)، أو المصابين بالناعور «الهيوموفيليا» (١ في المائة). وتتعلق تلك النسب فقط بأولئك المرضى الذين يتم تشخيصهم أثناء الحياة. أما عند إجراء تشريح ما بعد الوفاة، فتتضاعف نسبة الإصابة بساركومة كابوزي من ثلاثة إلى أربعة أضعاف، مما يجعل من وجوده في مكان ما من جثث الرجال اللوطيين أكثر شيوعًا.

وفي عام ١٨٧٩م، وصف «موريتس كابوزي» — وهو أستاذ الأمراض الجلدية في كلية الطب التابعة لجامعة فيينا — حالة مرضية أطلق عليها اسم «ساركومة الأصباغ المتعددة» (Multiple Pigment Sarcoma)، وتتكون من مجموعة من العقيدات (nodules) ذات اللون البني المحمرّ أو الأحمر المائل للزرقة، والتي تظهر على اليدين والرجلين أولاً، ثم تنتشر بطول الأطراف حتى تصل إلى الجذع والرأس. وبمرور الوقت، كما يذكر تقريره، يزداد حجم الأذيات، وتتقرح، ثم تنتشر إلى الأعضاء الداخلية. «وعند تلك المرحلة، تظهر الحمى، والإسهال الدموي، وسعال الدم (Hemoptysis)، والهزال الشديد، ويلى ذلك حدوث الوفاة. وعند إجراء تشريح ما بعد الوفاة، توجد عُقيدات مماثلة بأعداد كبيرة في الرئتين، والكبد، والطحال، والقلب، والجهاز الهضمي.»

وتُشتق تسمية الساركومة (الورم الغرني: Sarcoma) من اللفظتين اليونانيتين: sark بمعنى «اللحم»، و oma بمعنى «ورم». وتنبع تلك الأورام من نفس أنواع الخلايا التي تُكوّن النسيج الضام (Connective Tissue)، والعضلات، والعظام. وبرغم تحذير «كابوزي» ذاته بشأن مرضه بقوله: «إن مستقبلية المرض (Prognosis) سيئة ... وقد لا يمكن منع نهايته المميتة بالاستئصال؛ سواء الموضعي أو الشامل، أو باستخدام الزرنيخ

(Arsenic) [وهو علاج مفضل للسرطان في ذلك الوقت]». إلا إن الأطباء قد ظلوا — لمدة قرن كامل من الزمان — يقللون من الخطر الذي تشتمل عليه تلك الخبائث غير العادية. وحيث إن نمو ساركومة كابوزي كان معروفًا بالبطء، إذ يستغرق «من ثلاث إلى ثماني سنوات أو تزيد»، فقد استُخدمت الكتب الدراسية الطبية التالية لاكتشافه لفظة الكسول (Indolent) لوصف سيرورته المرضية. وبذلك تم نقل رسالة خاطئة بخصوص الطبيعة المميتة أساسًا لهذا الورم الخبيث، بالرغم من أن بعض المؤلفين استمروا في الكتابة عن مظاهره المرضية القاتلة، مثل النزيف المعوي الشديد. وفي واقع الأمر أن لفظة «الكسول» هذه قد ظهرت في التقارير الأصلية التي نُشرت عام ١٩٨١ م في المجلات الطبية البريطانية والأمريكية، والتي تناولت جائحات الإصابة بساركومة كابوزي بين الرجال الشواذ. ومع ذلك، كان مؤلفو هذه التقارير يشعرون بالخطر من العدوانية المفاجئة لمرض كان يُعتبر خاملاً بصورة نمطية، بحيث وجد كاتب المقالة الأمريكية أنه من الأجدر تذكير قرائه بأن سير المرض كان يُعرف أحياناً بكونه: «شديد الحدة، مع إصابات حشوية (visceral) واسعة». وقد ركّز البحث المنشور في إنجلترا على الأمر نفسه، وأظهره بصورة فورية بتوضيح أن: «نصف مرضانا قد توفوا خلال عشرين شهرًا من تشخيص الورم». ومن الواضح أن تلك كانت صورة جديدة من ساركومة كابوزي، والتي أصبحت فجأة مدعاة للقلق بصورة تفوق حتى تلك التي حذرّ منها كابوزي نفسه.

وقبل عقود من ارتباط ساركومة كابوزي في أذهان الأطباء بعدوى فيروس العوز المناعي البشري، كثيرًا ما كان يُكتشف مصادفة كمصاحب لأنماط متعددة من السرطان اللمفاوي المعروف باسم اللمفوم. أما اليوم، فيُعدّ كلٌّ من ساركومة كابوزي واللمفوم — وليس بالضرورة اجتماعهما معًا — أكبر نوعين من السرطان افتراضًا لمرضى الإيدز. وباستثناء تلك الأسباب الراجعة للعوز المناعي، فلم يتم تحديد طبيعة العلاقة بين الاثنين. ولا يقل اللمفوم المرتبط بالإيدز، والذي غالبًا ما يصيب الجهاز العصبي المركزي، والجهاز الهضمي، والكبد، ونخاع العظام، في توحشه عن ساركومة كابوزي.

وعلى عكس أي نوع من الجائحات الأخرى التي عزفها الجنس البشري من قبل، فلا يقصر فيروس العوز المناعي البشري نشاطه على الخيارات المميتة. فهناك عدد محدود فقط من الوسائل التي قد يقتل بها سرطان البنكرياس، على سبيل المثال. وعندما يصاب القلب، أو الكلى، بالقصور تقع أحداث شديدة التحديد؛ وتتخذ السكتة الدماغية المميتة من نقطة محددة في الدماغ هدفًا لها، مما يبدأ طريقًا واضح المعالم لتدهور شخصيتها.

لكن ذلك لا يحدث مع فيروس العوز المناعي البشري؛ فهو يوفر خيارات تبدو لا نهائية مع إصابة جهاز من أجهزة الجسم ثم آخر بفعل مجموعة عريضة التنوع من الجراثيم والسرطانات. وعند إجراء تشريح ما بعد الوفاة، تُعد العلامة الوحيدة التي يُتوقع وجودها باستمرار، هي النضوب الشديد للأنسجة للمفاوية التي هي جزء من الجهاز المناعي. وحتى أفراد فريق معالجة الإيدز يصابون بالدهشة على طاولة التشريح، من المناطق غير المتوقعة التي يرونها للإصابة، ومن الشدة التي دُمّرت أنسجة مرضاهم بها.

ويُعد القصور التنفسي، والإنتان، وتدمير النسيج الدماغي بفعل الأورام أو العدوى، أكثر أسباب الوفيات الفورية شيوعاً؛ ويصاب بعض المرضى بنزيف في داخل المخ، أو الرئتين، أو حتى الجهاز الهضمي، كما يموت بعضهم الآخر بفعل التدرن أو ساركومة منتشرة؛ فتصاب الأعضاء بالفشل، وتنزف الأنسجة، وتنتشر العدوى في كل مكان. ويوجد سوء التغذية في جميع الحالات بلا استثناء. ومهما بلغ حجم الإجراءات التي تتخذ لمحاربتها، فلا يمكن منع حدوث المَحْصَة (Starvation). ويحتل وحدة الرعاية المخصصة لمرضى الإيدز الانتهايين، رجال ونساء ناهلون كالأشباح تبدو عيونهم الضامرة ذابلة في محاجرها الكهفية، وكثيراً ما تخلو وجوههم من التعبير، كما تضمر أجسادهم بفعل الوهن الذاتي للعمر المتقدم قبل الأوان. ويكون أغلبهم قد تخطى مرحلة الشجاعة. فقد سلبهم الفيروس شبابهم، كما يوشك أن يسلبهم البقية المتبقية في حياة كلٍّ منهم.

ويفرق علماء تشريح ما بعد الوفاة بين علامتين منفصلتين كسبب للوفاة: وهم يشيرون للسبب التقريبي للوفاة (*Proximate Cause Of Death*) وللسبب المباشر للوفاة (*Immediate Cause Of Death*)، اللذين يطلق عليهما رسمياً الاختصاران PCOD وICOD على الترتيب. وبالنسبة لجميع أولئك الشباب، سيكون السبب التقريبي للوفاة هو الإيدز، ويبدو أن السبب المباشر المحدد للوفاة غير ذي أهمية كبيرة، وتتساوى كمية العذاب بالنسبة للجميع، على الرغم من تفاوت النوعية. ناقشت هذه الأمور غير بعيد مع الدكتور بيتر سيلوين، وهو واحد من كثير من أساتذة كلية طب جامعة ييل، والذين أحيا إخلاصهم المتفاني في رعاية مرضى الإيدز، جهود كثير من الأطباء المقيمين والطلاب في كليتنا. وبرغم مساهماته الكبرى في فهمنا الحالي للإصابة بفيروس العوز المناعي البشري، فهو رجل متحفظ يعبر عن مفاهيم كبيرة بكلمات قليلة. وقد قال ببساطة: «يموت مرضاي، باعتقادي، عندما يحين أجلهم.» بدا ذلك تصريحاً غير مناسب، يطفو هناك بصحبة التعقيدات الطبية الأحيائية التي لا تزال عالقة في الهواء من بقايا مناقشاتنا

الطويلة عن البيولوجيا الجزيئية والمعالجة السريرية، ومع ذلك كان مفهومًا. وقال في النهاية تفشل أشياء كثيرة، حتى يأتي الوقت الذي يبدو فيه أن القوى المنهكة للحياة التي تلفظ أنفاسها الأخيرة بسبيلها للاستسلام النهائي. ويأتي الموت مع الإنتان وفشل أعضاء الجسم والمَحَمَصَة (Starvation)، ومع الرحيل النهائي للرُّوح، كل ذلك في الوقت نفسه. رأى سيلوين ذلك في مرات عديدة، وهو يفهم مغزى ذلك جيدًا.

أبعد عن المستشفى بمائة ميل. وتلك واحدة من الأمسيات غير المتوقعة من منتصف الخريف، حيث أصبح كل شيء تحت السماء الزرقاء الصافية حيث يجب أن يكون تمامًا، لكن معظمها لم يكن كذلك على الإطلاق. كان الصيف المنصرم لتوّه ماطرًا، وربما لذلك السبب، اكتسبت التلال المحيطة بالمرعة المملوكة لصديقي تلك التأثيرات اللونية التي تخلب الأبواب، والتي تفوق قدرة رُوحِي التي تربت في المدينة على الفهم أو الاستيعاب تقريبًا. كانت الطبيعة طيبة بدون علمها بذلك، كما يمكن لها أن تكون قاسية بدون أن تدري. وفي مثل هذه الحالات، يبدو الأمر وكأنما لن يكون هناك أي يوم متمتع بتلك الروعة المستحيلة التي يحظى بها ذلك الوقت. وبالفعل، كنت أشعر بالحنين ليوما هذا — بالرغم من أنني أعيشه. تملكتني رغبة ملحة لتذكّر صورة كل شجرة لأنني أعرف أن ازدهارها المتفجر سيبدأ سريعًا في الزوال، ربما في الغد، ولن يبدو كما هو عليه الآن تمامًا بعد ذلك على الإطلاق. وعندما يكون هناك شيء جميل وجيد، تجب رؤيته بوضوح، والتمسك به بشدة، بحيث لا يمكن لأي إنسان أن ينسى كيف يبدو، ولا كيفية الإحساس به.

أجلس الآن في المطبخ المشمس لببيت جون سيدمان الريفي، والذي بُني منذ قرن مضى وسط عشرين فدانًا من الأراضي الخصبة، قرب مدينة «لومونتفيل» في أعالي ولاية نيويورك. وفي إحدى غرف النوم الواقعة في الطابق العلوي، تُوفي منذ عشر سنوات أعز أصدقاء جون، واسمه ديفيد راوندز، بين ذراعيه، بعد مرض طويل عضال. كان جون وديفيد أكثر من مجرد صديقين حميمين؛ كانا يتشاركان حبًّا جُعل ليبقى. لكن السرطان قرر عكس ذلك. اختطف ديفيد من بين يدي جون، ومنا نحن الذين أحببناه أيضًا بطرقنا المتنوعة، في ذلك الوقت الذي بدا فيه المستقبل آمنًا وأكيدًا بالنسبة لكل منهما. حصل ديفيد على جائزة «توني» لأفضل ممثل مساعد في مسارح برودواي قبل ذلك بسنتين فقط، وكانت وظيفته المسرحية تبشر بخير متزايد. وفي ذلك البيت الريفي، مرَّ الحزن قبل أن تكتسب الحياة إيقاعها المفروض بزمان طويل.

عرّفت، مع زوجتي سارة، جون سيدمان لمدة تقارب العشرين عامًا، وقد تشاركنا معه، ومع ديفيد، منزلًا قبل ذلك بفترة طويلة. وقد كان صديقًا مقربًا لأسرتي لدرجة أن أطفال الصغار كانوا ينادونه «بعمي». ومع ذلك كان هناك جزء كبير من حياته لم أتناقش فيه معه على الإطلاق، كما لم أكن أعرف عنه شيئًا تقريبًا. وفي ذلك اليوم الرائع، قبل أن تزول تلك العظمة السريعة الزوال للخريف، كنا نجلس معًا وكنا نتحدث عن الموت، وعن الإيدز.

أصبح الموت مألوفًا بدرجة كبيرة بالنسبة لجون. وكأنما كان موت ديفيد مقدمة لمجموعة متتالية من الأحزان، حيث أصيب أصدقاؤه، وزملاؤه في المسرح، وحتى معارفه السطحيون، بالمرض، والذبول، ثم الموت. وخلال العقد الماضي، أعاد جون مرارًا وتكرارًا تلك الدائرة من اكتشاف الإيجابية المصلية، وتطور المرض، والرعاية الحذرة، والانحدار إلى المرض الانتهائي ثم الموت، مع كل واحد منهم. وبالرغم من أنه في أوائل الأربعينيات من عمره، فإنه واحد من شهود المأساة. كان هناك كثيرون غيره، وقد مات منهم أكثر من مجرد قليل. أخذ الشبان، والشابات القلائل، الذين صاحب الواحد منهم الآخر إلى القبر، من أكثر سنوات حياتهم إثامًا. ضاع ما كان من الممكن أن يحدث وما كان يجب أن يحدث؛ فحيوية، ومواهب، وبدون شكّ نكأ جيل كامل بسبيله للاضمحلال، وكذلك مجتمعا.

وقد تحدثنا عن صديق جون، «كنت جريسولد»، والذي توفّي عام ١٩٩٠م بفعل داء المقوَّسات وثلاثية من الاختصارات المألوفة: CMV «الفيروس المضخم للخلايا»، وMAI «المتفطرات الطيرية»، ونوبات متعددة من PCP «الالتهاب الرئوي بالمتكيسات». أردت أن أعرف: إن كان هناك أي قدر من الكرامة في مثل تلك الوفاة؟ وهل من الممكن استخلاص شيء مما كان في السابق، من أجل جلب الإحساس بنفسه لرجل قريب من ساعته الأخيرة، بعد تعرّضه لمثل هذه المعاناة؟ فكر جون طويلاً قبل أن يجيب، ليس لأنه لم يتفكر بذلك السؤال من قبل، بل لأنه أراد أن يتأكد من أنني سأفهم. قال إن البحث عن الكرامة الخادعة، قد يصبح غير ذي مغزى بالنسبة للشخص المحتضر؛ فقد أتم صراعه بالفعل، وكثيرًا ما يحدث قرب النهاية، ألا يصبح المحيطون به قادرين على التعرف على أية أفكار واعية محددة. وقال جون إن الكرامة شيء يختلسه الناجون، وليس يوجد إلا في مخيلاتهم، إذا كان موجودًا في الأساس:

«يبحث من يبقون على قيد الحياة منا عن الكرامة، حتى لا ننظر لأنفسنا بصورة مريضة. فنحن نحاول تعويض عدم قدرة صديقنا المحتضر على الحصول على

قدر من الكرامة، ربما بفرضها عليه فرضاً. وهذا هو نصرنا الوحيد المحتمل على العملية الرهيبة لمثل هذا النوع من الموت. فمع مرض مثل الإيدز، نحتاج للتعامل مع الحزن الذي تحمله رؤية صديقنا المحبوب وهو يفقد خصوصيته وتفردته. وقرب النهاية، يصبح مجرد آخر شخص رأيته يمر بتلك المأساة. وهنا تشعر بالحزن من رؤية شخص يفقد فرديته ويتحول إلى مجرد نموذج طبي سريري.

ما هو قدر «الموت الجيد» (Good Death) الذي يحصل عليه الشخص المحتضر، وما هو القدر الذي يحصل عليه الشخص الذي يساعده؟ ويرتبط كلُّ منهما بالآخر بصورة واضحة، لكن السؤال هو: كيف؟ وبالنسبة لي، مفهوم الموت الجيد على وجه العموم ليس شيئاً يمكن للشخص المحتضر أن يتحكم فيه تماماً. وما ذلك «الموت الجيد» سوى شيء نسبي، ويتمثل ما يعنيه حقيقة في تقليل الاضطراب الذي نعانیه. فليس هناك من كثير يمكنك التحكم به فيما عدا محاولة المحافظة على الأمور منظمة بدقة، والمحافظة على جعل الأمور غير مؤلة؛ بمنع المرء من الإحساس بأنه وحيد. ولكن عندما يتعلق الأمر بتلك اللحظات الأخيرة، أعتقد بأننا نخضع حتى أهمية ألا يبقى المحتضر وحيداً.

وبنظرة استرجاعية للماضي، ويبدو ذلك وحشياً بصورة ما، تدل تجربتي على أن الوسيلة الوحيدة التي يمكن لنا بها أن نعرف ما إذا كنا قد ساعدنا شخصاً ما على وفاة أفضل، هي معرفة ما إن كنا نشعر بالندم من عدمه، أو ما إن كان هناك أي شيء يُشعرنا بالأسف أو أي شيء لم يتم فعله له كما يجب. فإذا استطعنا بصدق أن نقول بأننا لم نُضِيع أية فرصة لفعل ما بوسعنا، فقد أنجزنا أفضل مهمة ممكنة. ولكن حتى ذلك، كإنجاز مطلق، لا يحمل قيمة مطلقة إلا للفرد نفسه. فما يتبقى لك عند نهاية موقف لا يترك أي شخص سعيداً، هو حقيقة أنك قد فقدت شخصاً عزيزاً. وليس هناك سبيل لأي شعور طيب نحو ذلك الموقف.

أما الرابطة الوحيدة التي نحتاج للإيمان بأنها لا تنكسر مطلقاً بالموت فهي الحب. فإذا كان الحب هو ما نشعر بأننا نقدمه في تلك اللحظات الغامضة المؤدية للموت، فذلك، حسب اعتقادي، هو ما يجعل الموت «جيداً»، إذا كان هناك أي شيء يمكنه جعله كذلك. لكنها خاصية شخصية (subjective) بصورة كبيرة.

وأثناء أسابيعه الأخيرة في المستشفى، لم يبق «كنت» وحيدًا على الإطلاق. ومهما كانت المساعدة التي كان بوسعهم تقديمها له، أو تلك التي عجزوا عن تقديمها، في ساعاته الأخيرة، فليس هناك شك في أن الوجود المستمر لأصدقائه جعله يشعر بارتياح لم يكن ليحس به مع طاقم التمريض، مهما كانت درجة تفانيهم في رعايته. ومن المستحيل مراقبة مرضى الإيدز من اللوطيين بدون أن تذهلك الطريقة التي تتجمع بها، بصورة متوقعة، دائرة الأصدقاء — الذين لا يُشترط أن يكونوا جميعًا من الشواذ — كأُسرة للمريض، وتباشر تلك المسؤوليات التي يمكن أن تضطلع بها الزوجة أو الوالدان في الأحوال الأخرى. أطلق على هذه الظاهرة من الالتزام المشترك، الدكتور ألفين نوفيك (Novick)، وهو أحد أوائل ناشطي الإيدز في أمريكا واحد من أكثرهم احترامًا، اسم «محيط الرعاية» (The Caregiving Surround). وذلك فعل جماعي للحب، لكنه أكثر من ذلك أيضًا، ويصفه جون قائلًا:

«يصيب الإيدز أشخاصًا، خصوصًا في حالة الرجال اللوطيين، صنعوا عائلاتهم بالاختيار الواعي للقربة، فقد اخترنا أولئك الأشخاص الذين سيصبحون عائلاتنا. ولا يعتمد إحساسنا بالمسؤولية تجاه بعضنا البعض على الأنماط المجتمعية المعتادة. ففي كثير من الحالات، تلفظنا العائلات التقليدية. لذلك فالأسرة التجانسية (affinitive) هي أكبر أهمية بكثير. ويحس قسم كبير من المجتمع الكبير حقيقة بأن ما يحدث لنا يجب أن يحدث لنا بالفعل كنوع من البلاء النازل بنا عقابًا على خطايانا وطرقنا الشاذة. ولذلك فمن مصلحتنا المشتركة ألا نترك أحدنا وحيدًا في مواجهة مثل هذا الحكم من المجتمع. وقد يجد من يشعر منا بنوع من كراهية الذات أنه من السهل تمامًا رؤية الإيدز كصورة من صور العقاب، ولكن حتى أولئك — منا — الذين لا يشعرون بذلك، يدركون أن أغلب المجتمع يرى الأمر كذلك. ويُعتبر إهمال أصدقائنا الذين كُتب عليهم مواجهة المرض بأنفسهم، بصورة ما، ضربًا من تركهم يواجهون حكم العالم السوي عليهم.»

ويخبرني جون بأن الأسابيع القليلة الأخيرة في حياة «كنت»، كانت مثل تلك التي عاشها كثيرون غيره من مرضى الإيدز، وكثيرون من المصابين بأيٍّ من تلك الأمراض التي تلتهم ببطء قوة الحياة المتدفقة. وبعد تلك الشهور التي أُجبر فيها على محاربة مشكلة غير

متوقعة تلو الأخرى، بدا أنه يعاني من تعطل أي فهم لأن فقدًا هائلًا للسيطرة يصاحب كلاً من المضاعفات الجديدة للمرض. وعندما توقف عن محاولة الفهم، توقف أيضًا عن محاربة الهجمات المتوالية للمرض، وكأنما بدا أن المقاومة الآن ليست من الأهمية بمكان؛ فلم يعد لها أي مغزى. أو ربما كان الجهد المطلوب لإدراك أهمية الأحداث قد استنزف ببساطة من طاقاته المحدودة.

وتفقد تفصيلات المذبحة الأخيرة إلحاحها. وهناك من يعتبرون تلك اللامبالاة المرهقة قبولاً، لكن تلك الكلمة ذاتها تنطوي على الترحيب. وربما كانت أقرب لكونها تسليماً بالهزيمة، وهو الاعتراف اللاإرادي بأن الوقت قد حان للتوقف عن القتال. ويبدو أغلب المحتضرين، ليس فقط بفعل الإيدز، بل بفعل أي مرض طويل، غير مدركين لأنهم قد بلغوا هذه المرحلة. وبالنسبة لقلة منهم، تظل القدرات الذهنية متماسكة لدرجة أنهم يظلون قادرين على التقرير الواعي، لكن القرار كثيراً ما يتخذ بدلاً منهم عندما يدلفون إلى درجة من النقص الحسي، أو حتى الغيبوبة. وتلك هي مرحلة الاحتضار التي نادراً ما رآها أي من وليم أو سسر أو لويس توماس معبرة عن أي شيء سوى السكينة. وبالنسبة لمعظمنا، سيتراءى لنا متأخراً للغاية تقديم العزاء لأولئك الذين يشهدون موت عزيزهم.

وعندما كان «كنت» أقل اعتيلاً، كان أحياناً يتحدث عن اهتمامه بقدر الألم الجسدي الذي سيتمكن من احتماله، وكيف ستكون أسابيعه الأخيرة مرهقة. وقد عبّر عن أمنيته في العثور على تلك اللحظة الحاسمة التي سيقدر فيها على علم ما إن كان سيواصل الصراع. ولا يستطيع أحد ممن كانوا حوله أن يخبرنا على وجه اليقين عما إذا كانت تلك الأمنية قد تحققت بالفعل.

تمكّن أحد الأصدقاء من ذوي النفوذ، بصورة ما، من الحصول على غرفة مريحة كنت في المستشفى، وفي تلك المساحة الواسعة كان يبدو في كل يوم أصغر حجماً مما كان بالأمس. بدا وكأنه من الصعب العثور عليه. وحسب قول جون: «كان ينكمش تحت الأغشية أكثر فأكثر.» وحتى عندما كان في أقوى حالاته، كان «كنت» بحاجة للمساعدة للوصول إلى الحمام، لكنه كان قعيد الفراش تماماً طيلة الجزء المتبقي من اليوم. ولما لم يكن رجلاً ضخم الجثة في أي من مراحل حياته، بدا الآن وكأنه يتلاشى. وعندما يصف جون اضمحلال كنت، أفكر مجدداً بمراقبة توماس براون لصديقه المحتضر وهو يمر بنفس تلك العملية قبل ٣٥٠ عاماً: «لقد وصل إلى نصف حجمه تقريباً، كما ترك وراءه جزءاً كبيراً منه لم يأخذه معه إلى القبر.»

وبسبب إصابة «كنت» بداء المقوَّسات، ظل يفقد تعرُّفه على الأشياء حتى وصل إلى مرحلة لم يعد فيها قادرًا على استيعاب ما كان يجري من حوله. وتسبب التهاب الشبكية الناتج عن الفيروس المضخم للخلايا في إصابة إحدى العينين بالعمى في البداية، ثم تلتها الثانية سريعًا. وكان قد بلغ وقتها من الهزال درجة كان من المستحيل معها قراءة وجهه أو سبر مشاعره: هل كان مبتسمًا، أم أن ذلك لا يعدو كونه تكشيرة (grimace) تسببت في ليَّ أطراف فمه الصامت؟ وعبرَ جون عن ذلك الموقف جيدًا، فقال: «تُفقد جميع صور الاتصال عندما يبلغ المرء حدًّا من الاضمحلال مثل هذا.» كان جسد الرجل المحتصر قد اكتسب بكامله لونًا قاتمًا، وخصوصًا وجهه.

وفي مرحلة مبكرة من مرضه، أعلن كنت بوضوح أنه لن تُستخدم وسائل عنيفة لعلاجِه بمجرد أن يُثبت أنها ستكون بلا طائل. واسترشادًا بذلك، قام «محيط الرعاية» الخاص به باستشارة الأطباء، وحاولوا معًا اتخاذ القرارات الصائبة في مواجهة كل الضرورات المتتالية التي كانت تتراءى لهم. وفي نهاية الأمر، لم تعد هناك أية قرارات لاتخاذها. بات واضحًا تمامًا أنه لم يبق هناك شيء آخر يمكن عمله. كان الأمر كما وصفه بيتر سيلوين تمامًا، فقد حان أجل «كنت».

أصبح إحساس كنت بأي نوع من الضيق متناقصًا باطراد. ولم يعد يهم أن يتلقى رعاية طبية من أي نوع كانت. «أصبحت مهمتنا تنحصر في الإحاطة به باستمرار، لمجرد أن نُبقِيه على اتصال، على الأقل بالقدر الذي يمكنه من الإحساس بأي نوع من الاتصال. وأهم شيء هنا هو أننا لم نكن نرغب في أن نتركه وحيدًا.» وفي نهاية الأمر، مات «كنت» ببساطة. وهنا يأتي جون للجزء الأخير من القصة:

«لم أكن متواجدًا في نيويورك عند وفاته، كنت هنا في المزرعة لقضاء بضعة أيام. نزلت من الحافلة عند قيادة الميناء واتصلت بآلة تسجيل المكالمات في هاتفي. كانت هناك رسالة مفادها أن «كنت» قد مات، وقد أصابني ذلك بالصدمة. وعندما رأيته لآخر مرة، لم يكن من الواضح كونه على قيد الحياة، وبالتأكيد لم يكن واضحًا أنه «كنت» الذي عرَفته. وبالرغم من أنه كان متوقِّعًا أن يموت في أية لحظة، كانت فكرة أنه قد ذهب بالفعل صدمة؛ وأظن أن الصدمة تتعلق بحقيقة أنه كان عليّ، بعد الوقت الطويل الذي قضيته معه، أن أعرف الخبر بتلك الطريقة القذرة وأنا أقف هناك وحيدًا في أحد أكشاك الهاتف الكئيبة، وأنا أسمع الخبر من خلال جهاز تسجيل المكالمات في هاتفي.»

مات «كنت» بين رفاق ساعدوا في إعاشته خلال السنتين الأخيرتين في حياته. ولم يكن واحداً من اللوطيين ومدمني المخدرات الكثيرين الذين قاطعتهم أسرهم. كان الابن الوحيد لأبوين طاعنين في السن ماتا قبل ذلك بسنوات عديدة. وبدون تفاني أصدقائه، كان من الممكن أن تُنسى وفاته، بل وحياته ذاتها، سريعاً.

يجب ألا يتم تأويل أي شيء كتبته هنا على أنه يعني ضمناً أن الأسر التقليدية نادراً فقط ما تُعنى برعاية أبنائها وبناتها (أو الأزواج والزوجات) الذين يموتون بفعل الإصابة بالإيدز. فالعكس تماماً هو الصحيح. ويصف جيرالد فريدلاند عودة واتحاد الآباء، وخصوصاً الأمهات، مع أبنائهم الذين رفضوا أسلوب حياتهم وأصدقائهم قبل سنوات. وهذا الأمر صحيح، ليس فقط بخصوص أسر الرجال اللوطيين وحدهم، بل وفيما يتعلق بأسر مدمني المخدرات أيضاً. وبطبيعة الحال، فلم ينسلخ جميع اللوطيين ومدمني المخدرات عن جذورهم أساساً، ولذلك فليس من المستغرب أن تجد الشهور الأخيرة من حياة شاب أو شابة مصابة بالإيدز محاطة بالرعاية المتفانية للأبناء أو الآباء، وأحياناً مع مجموعة صغيرة من أصدقاء أبنائهم أو أحبائهم. وعادةً ما يكون من الأسهل كثيراً بالنسبة لوالد من الطبقة المتوسطة أن يترك وظيفته أو منزله البعيد، عما هو الحال بالنسبة لأفراد أسرة قَدِمت من أحد الأحياء الفقيرة في قلب المدينة، حيث يمثل حتى التغيب عن العمل ليوم واحد فقداً، ليس فقط للدخل، بل وربما لتلك الوظيفة ذات الدخل المنخفض ذاتها. سمعت بأمهات لديهن حتى أربعة أبناء يموتون بالإيدز في الوقت نفسه، فقد بلغت قسوة الفيروس حدًا يفوق أي واقع يمكن تخيله.

ويمكنك أن تشاهد بجانب فُرْش الموت للشباب المحتضرين، أمهات وزوجات، وأزواجاً وأحباباً، وأخوات وإخوة، وأصدقاء، يفعلون ما بوسعهم لدرء هجمات ذلك الموت القذر. وكما كان يحدث في العصور السابقة عندما يصاب طفل بمرض مميت، تُسمع الأصوات المغممة للآباء والأمهات، والتي تكون في بعض الأحيان مسموعة بالكاد وسط ذلك السكون الذي يسبق انتهاء حياة ما. وتلك هي الكلمات المشجعة الرقيقة وهي الصلوات. ففي اللغة الإنجليزية أو الإسبانية، وفي أية لغة أخرى في جميع أنحاء العالم، تتكرر مرات عديدة صورة أو أخرى من تلك الكلمات التي نطق بها الملك داود المذكور في التوراة، وهو ينتحب على جثة ابنه المذبوح، أبشالوم (Absalom) المتمرّد، الذي تغرّب عنه لسنوات طويلة:

أي بني، أبشالوم،
ولدي، ولدي أبشالوم!

ليتني مت بدلاً منك،
أي أبشالوم، ولدي، ولدي.

ويتحدث جيرالد فريدلاند عن انعكاس دورة الحياة المتوقعة، حيث يدفن الآباء أبناءهم. فقد تكرر انحراف (Aberration) كان يحدث في القرون السابقة، في الوقت نفسه الذي افترضنا فيه، بفخر، أن علومنا قد قهرته. ولم يلتف الفيروس ليعود إلى المقدمة فحسب، فكَذلك حدث لأنماط المنطق الطبيعي الذي يجب أن يقوم الصغار بموجبه بدفن الكبار. ونجد هنا في النهاية درسًا مجازيًا يمكن تعلُّمه؛ ففي تلك المعالجات التي تُعتبر الآن أفضل السبل التي نمتلكها لمنع انتشار فيروس العوز المناعي البشري؛ سواء بعقار الزيدوفودين أو غيره، نحاول أن نشبث إنزيم الترانسكربتاز العكسي (Reverse transcriptase)، وبهذا نوقف أيضًا ذلك الانعكاس الذي يقلب دورة الحياة رأسًا على عقب. وتنجح خطتنا، لكن ليس بالجودة التي نتمناها، فيستمر الموت في حصد شبابنا، وأحيانًا أطفالنا، في الحين الذي لا يمكن فيه للكبار سوى الوقوف بجانبهم والحداد.

لن يتمكن أحد على الإطلاق من التعرف على تلك الكرامة التي يمكن انتزاعها من مثل هذا الموت، باستثناء أولئك الذين احتضنت حياتهم تلك الحياة التي فُقدت للتو. وينظر الشبان الذين يقدمون الرعاية الطبية في المستشفيات لأولئك الشبان الذين يموتون — ولست أعني هنا الأطباء والمرضات وحدهم، بل كل واحد من أفراد تلك الفرق المتفانية — ويتعجبون من وجود مثل هذا الإنكار للذات في عالم كانوا يظنون أنه منكر للخير (Cynical). وباعتبار أن جهودهم اليومية تكذب ذلك الإنكار للخير فهم، أيضًا، يُعتبرون أبطالًا بصورة ما. وتُعد بطولتهم معاصرة وخاصة بذلك الطريق الذي اختاروه لأنفسهم كمهنيين صحيين، يقهرون مخاوفهم الشخصية، كما يتغلبون على مشاعر الإحساس بالضعف (Vulnerability) من أجل أولئك المصابين بالإيدز. وهم لا يتخذون أية أحكام أخلاقية؛ فهم لا يفرقون بين الطبقات الاجتماعية، أو بطرق الإصابة بالمرض، أو بالانخراط ضمن تلك الفئات المسماة بالمجموعات المعرضة للخطر (Risk groups). وقد عبّر عن ذلك جيدًا كامي (Camus) بقوله: «ما يصدّق على جميع شرور العالم، يصدّق على الطاعون بالمثل. فهو يساعد الناس على التفوق على ذواتهم.»

ومن بين القصص التي لا تزال تصلنا عن أطباء لا يرغبون في المعالجة هنا، وآخرون يخشون الإيدز هناك (بالإضافة إلى تلك النسبة التي تتخطى خمس الأطباء المقيمين الذين شملهم الاستقصاء في الولايات المتحدة، والذين قالوا بأنهم سيعالجون أولئك المصابين

بفيروس العوز المناعي البشري، بينما سيرفضون لو أُتيح لهم الخيار)، نجد أنه من المشجع معرفة أن المصابين بالإيدز يقوم على رعايتهم أشخاص مثل هؤلاء. وبالنسبة لأبنائنا الذين يقومون على رعاية أبنائنا المصابين بفيروس العوز المناعي البشري، تزداد جسامه العبء الملقى على عواتقهم بالأسى الذي يجلبه كونهم قِيَمين على وفاة رجال ونساء في مثل أعمارهم، أو ربما أكبر بعقد واحد. وفي تلك العدالة يوجد مصدر أكثر تلك المعاتبات غضبًا، والتي نصبها على الطبيعة القاسية، التي أنتجت فيروس العوز المناعي البشري؛ لأنها تسلبنا أجزاء هائلة من ذلك النسيج الذي سيمكننا صناعة مستقبلنا منه. ومن اللاتق، عندما نتحدث عن تلك الفيالق الشابة التي نفقدها خلال حربنا مع الإيدز، أن نردد تلك الكلمات التي نطق بها قبل سبعين عامًا جرّاح الأعصاب «هارفي كوشنج» (Cushing)، في معرض حزنه على رفاقه الذين استشهدوا خلال الحرب العالمية الأولى، والذين تفجّع كوشنج عليهم بقوله: «إنهم «ماتوا موتًا مزدوجًا في أنهم ماتوا في تلك السن الصغيرة.»

الفصل العاشر

خُبث السرطان

«كان يا ما كان، كان هناك منظم مداخل صغير، كان اسمه «توم». وهو اسم قصير، ولا بد أنك سمعته من قبل، ولذلك فلن تجد صعوبة في تذكره. عاش في مدينة كبرى بالقطر الشمالي، حيث كان هناك الكثير من المداخل لتنظيفها، وكثير من المال ليكسبه توم، ولينفقه سيده. لم يكن يستطيع القراءة ولا الكتابة، كما لم يكن يكثر لأن يقوم بأيهما؛ ولم يكن يستحم أبدًا، إذ لم تكن هناك مياه في ذلك الزقاق الذي كان يعيش فيه. لم يُعلمه أحد على الإطلاق أن يتلو صلواته. ولم يكن قد سمع في حياته بالله، ولا بالمسيح، اللهم إلا في كلمات لم تسمعها أبدًا، كان من الأفضل بالنسبة له ألا يستمع إليها على الإطلاق. كان يبكي نصف الوقت ويضحك نصفه الآخر. كان يبكي عندما كان عليه أن يتسلق تلك المَجَرَّات (Flues) المظلمة، والتي تجرح ركبتيه ومرفقيه؛ وعندما كان السَّناج يدخل إلى عينيه، كما كان يحدث في كل أيام الأسبوع، وعندما لم يكن لديه ما يكفي لطعامه، كما كان يحدث في كل أيام الأسبوع بالمثل.»

بهذا تبدأ قصة الأطفال الكلاسيكية التي كتبها عام ١٨٦٣م، تشارلز كينجسلي (Kingsley)، والمسماة بأطفال الماء (The Water Babies). وقد كان «توم» ما كان أعيان إنجلترا يسمونه تَلَطُّفًا «بالولد المتسلق». ولم تكن واجباته تستلزم تدريبًا مطوَّلًا، كما لم تكن هناك شروط مسبقة للقبول ضمن العاملين في تلك المهنة. كان معظم المجندين ينخرطون في هذه المهنة المُحبطة بين سن الرابعة والعاشرة. كان كل من أيام العمل يبدأ ببساطة كافية: «بعد البكاء الضعيف مرة أو اثنتين، مع ضربة من معلمه، كان «توم» يتوجه نحو المِفَاد (grate)، ثم يصعد المِدخنة.»

ولا تشبه هذه المداخل كثيرًا تلك الأعمدة المنتصبة لأنماط العمارة التالية. وحتى في أيام كينجسلي، أي في منتصف القرن التاسع عشر، كان صعودها قد أصبح رأسياً أكثر مما كانت عليه عندما حوّل الجراح البريطاني برسيغال بوت (Pott) انتباهه إلى أخطارها عام ١٧٧٥م، كانت في أيام «بوت» متعرجة وغير منتظمة، بالإضافة لوجود عادة مزعجة لها بالسير لمسافات قصيرة باتجاه أفقي، قبل أن تسترجع اتجاهها الرأسي المعتاد. ونتج عن كل هذه الترحلات البنيوية وجود كثير من الزوايا (Nooks)، والشقوق (Crannies)، والسطوح المستوية التي يتراكم فوقها السّناج (soot). وليس هذا بكل شيء، لكنه من المرجح تمامًا أن ينتج عن تلوي الولد المتسلق في طريقه لأعلى المدخنة سَحْج (Abrade) الجلد المغطي لأجزاء متفرقة من جسمه، خصوصًا تلك الناتئة أو المعلقة.

استخدمتُ لفظة «المعلقة» (hung) متعمدًا هنا لتعني ما تبدو عليه تمامًا؛ ففي أغلب الأحيان، كان المتسلقون الصغار يقومون بعملهم الكئيب بدون حماية أية طبقة واقية من الملابس بين أجسامهم وبين تلك الجدران القذرة التي ينحشرون داخلها. كانوا عراة تمامًا، وكان هناك سبب وجيه وصحيح راجع لأسرار المهنة في هذا التعرّي الوظيفي، أو هذا على الأقل هو ما اعتقد مُعلّمو الأولاد أنه كذلك. كانت المداخل غاية في الضيق، إذ كان قطرها يتراوح بين ١٢ و ٢٤ بوصة. لماذا إذن كانوا يبذلون هذه الجهود المضنية للعثور على أولئك الغلمان الصغار الناحلين، إذا كانوا سيهدرون مساحة ثمينة بارتداء الملابس؟ لذلك كان منظم المداخل المعلم يوظف أكثر الأولاد الذين يمكنه العثور عليهم ضالّةً، ويعلمهم أسرار تسلق المداخل، ويدفع بمؤخراتهم العارية، والتي اسودت بفعل الفحم، إلى المفايد في كل صباح، صائحًا بهم ليصعدوا تلك القنوات الضيقة الخالية من الهواء، ليبدءوا بذلك يومًا من العمل.

تضاعفت المشكلات بفعل العادات الشخصية لمنظفي المداخل المساكين أنفسهم. فلكونهاهم يأتون من أكثر طبقات المجتمع الإنجليزي تدنيًا، فلم يتعلموا قيمة النظافة الجسدية على الإطلاق. وبالإضافة إلى ذلك، فبرغم تعرّض كثير من أولئك الصبيان التعساء لمثل هذا الكم الهائل من الحمى (Hearth)، فلم يتعلموا الكثير في المنزل. فلم تكن هناك أيّد لأمهات محبات ترشدهم، أو حتى تجذبهم من آذانهم إلى حمام دافئ. وعلى كل حال، كانوا مشردين منبوذين. وكانت الجزيئات المشبعة بالقار تبقى مدفونة في تجاعيد وطيّات جلد الصّفن (scrotum) لكل منهم لمدة شهور عديدة في كل مرة، ملتزمة حياتهم بلا رحمة في الحين الذي كانت فيه صنوف القسوة التي يمارسها عليهم معلومهم تلتهم أرواحهم.

وقد كان برسيغال بوت (١٧١٤-١٧٨٨م) ألع جراحى جيله اللندنيين، وكان يعرف الكثير عن الحياة الصعبة التي يعيشها منظفو المداخل الإنجليز الصغار. ولاحظ أنه «يبدو أن مصير أولئك الناس متفرد الصعوبة؛ ففي طفولتهم المبكرة، كثيراً جداً ما كانوا يُعاملون بوحشية عظيمة، كما كانوا يقتربون من الموت بفعل الجوع والبرد؛ وهم يُدفعون لصعود مداخل ضيقة، وأحياناً حارة، حيث تتعرض أجسامهم للسحجات، والحروق، وشبه الاختناق؛ وعندما يصلون لمرحلة البلوغ، يصبحون معرّضين بصورة خاصة لنوع من أشد الأمراض المميتة فتكاً وإيلاماً». كتبتُ هذه السطور في عام ١٧٧٥م؛ ظهرت في جزء وجيز من مقالة أطول بكثير كتبها بوت بعنوان «الملاحظات الجراحية المتعلقة بالساد، والسليلة الأنفية، وسرطان الصّفن، وأنواع الفتوق المختلفة، والجراحات التصليحية للأبأخس والقدمين».

(Chirurgical observations relative to the cataract, the polypus of the nose, the cancer of the scrotum, the different kinds of ruptures and the modifications of the toes and the feet)

وتضم هذه المقالة أول وصف مسجل للسرطان المهني (Occupational malignancy). ويستغرق المرض سنوات لكي يتطور، لكنه أحياناً ما يبدأ في الظهور مبكراً حتى عند سن البلوغ وفي العقد الأول من القرن التاسع عشر، تم تقرير حدوثه في صبي في الثامنة من عمره.

وليس هناك شك في أن بوت كان يصف ذلك المرض الخبيث المميت الذي نسميه اليوم بسرطانة الخلية الحرشفية (*Squamous cell carcinoma*). وقد كان ما لاحظته في صّفن كل من مرضاه الصغار هو «قرحة سطحية مؤلمة، مهلهلة بشعة المنظر، مع حواف قاسية ومرفعة، ونسميها بلهجة الصنعة ثؤلول السّناج (Soot-wart) ... ويشق طريقه لأعلى الغمد المنوي (*Spermatic process*)، وصولاً إلى البطن ... وعندما يصل إلى البطن، يصيب بعض الأحشاء، ثم سرعان ما يصبح مدمراً ومؤلماً».

كان بوت يعرف جيداً أن سرطان الصّفن، باستثناء تلك الحالات القليلة التي كان يُستأصل فيها جراحياً في مرحلة مبكرة من المرض، يقتل جميع ضحاياه. حاول تطبيق العلاج الجراحي مرات ومرات، برغم أن ذلك كان يعني أن يقوم، في تلك الأيام المرعبة قبل اكتشاف التخدير، بتقييد الغلام الذي لا يكف عن الصراخ إلى طاولة الجراحة، وإبقائه ثابتاً في مكانه تحت قبضة عدد من المساعدين الأشداء. كانت الأهلية للعملية الجراحية

مقتصرة على أولئك الفتیان الذين كانت العملية التقرحية لا تزال مقتصرة فيهم على جانب واحد من الصّفن.

كان إجراء العملية ينطوي على اعتداء عظيم على النفس، كما كان على الجسد، إذ كان يتكون من استئصال الخُصية ونصف الصّفن لأولئك المراهقين التعساء بأسرع ما يمكن. وكانت الأنسجة النازفة تعالج بضغط الحديد المسخن إلى درجة الاحمرار عليها مباشرة. كانت محاولات حياكة تلك الجروح المسننة القبيحة المنظر، تنتهي دائماً بحدوث عدوى مفرزة للقيح، لذلك كانت منطقة الجراحة تُترك مكشوفة لتصريف الحُتات المنسلخ والسوائل النازّة طوال تلك الشهور الطويلة التي تستغرقها عملية الشفاء البطيئة.

لم تبرر موجودات بوت تلك المحنة في أحيان كثيرة. وقد أصابته دراسات المتابعة لمرضاه على المدى الطويل: «وبالرغم من أن القرع، بعد مثل هذه العملية، قد شُفيت بصورة طيبة في بعض الحالات، كما خرج المرضى من المستشفى بحالة ظاهرية جيدة، فإن ما يحدث بصورة عامة، وفي غضون أشهر قليلة، أنهم يعودون مرة أخرى؛ إما بالمرض ذاته في الخُصية الأخرى، أو في الغدد اللمفاوية في الأُرْبِيَّة (groin)، أو بتلك البشرة الشاحبة، يمثل ذلك فقدان لقوتهم، وبآلام داخلية حادة ومتكررة، مما ثبت في حالات كثيرة أنه حالات مرضية في بعض الأحشاء، والتي تتبعها سريعاً موت مؤلم.» وبالرغم من أن فاصلات (commas) بوت قد تكون مبالغاً فيها، فإن وصفه ليس كذلك. وعلى كل حال، فقد قلل من وصف تلك المآسي التي ذهب بسببها أولئك الفتیان إلى القبر.

لاحظ بوت أن رسول الموت الرهيب ذاك كان يبدأ ظهوره كورم شاذ مقتصر على موضع محدد، وهي عملية لا تبدأ إلا في مرحلة متأخرة في سيرها الزاحف الذي لا هوادة فيه من التقرح الكريه، والذي تشق فيه طريقها العفن خلال الأنسجة المحيطة بها. ونشر دراساته للحالات المرضية في وقت ملائم لصياغة نظرية تتناول تأثير المواد الغريبة الدخيلة على الجسم. وقد بدأ قليل من المنظرين الطبيين اللامعين مؤخراً في تقديم مفهوم أن الأنسجة الحية تحتاج إلى محفّز (Stimulus)، والذي أطلقوا عليه اسم «التهيج» (Irritation)، من أجل حملها على تأدية وظائفها الطبيعية. ومن مبدأ التهيج، لم نبتعد كثيراً عن مفهوم أن الأعضاء العلية تصبح مريضة لأن جزءاً منها — أو كلها — قد أصبح ملتهباً (Inflamed) — وبكلمات أخرى، مفرط التهيج (overirritated). وقد افترض بوت أن السرطان الذي يصيب الأعضاء التناسلية لمنظفي المداخل هو نتيجة مباشرة للالتهاب الناتج عن الفعل الكيميائي للسّناج.

وفي أيامنا هذه، يحملق فينا تحذير كبير الجراحين من خلال كل إعلان عن السجائر، وليس هناك الكثيرون ممن لا يأخذون ذلك التحذير على محمل الجد. وليس هناك بالغ أمريكي مثقف غير واع بالخصائص المسببة للسرطان، والتي تمتلكها أنواع القار والراتينات (tars & resins)، ويدرك معظمهم أن هذه الخصائص تنتج عن التهيج الكيميائي الذي يحدث في الأنسجة الحية بفعل التعرض المستمر للمواد السامة. ولكن مفهوم أن التهيج المزمن قد يسبب المرض، برغم كونه مثبتاً ذاتياً كما يبدو اليوم، لم يلقَ قبول الأطباء في كثير من الأحيان. وفي الوقت الذي اختار فيه بوت أن يتخطى مجرد الوصف السريري لسرطانة الصفن، بالتعبير عن اعتقاده بأن ذلك ناتج عن رد فعل شديد الخصوصية للسناج، كانت نظرية التهيج والالتهاب لا تزال تقف على أرض غير صلبة، وبالفعل تم التخلي عن معظم فرضياتها لاحقاً. وبالرغم من أن منظفي المداخل أنفسهم كانوا يطلقون على مرضهم اسم «ثُلُول السناج» (soot-wart)، فإنه يبدو أنهم لم يستوعبوا فكرة أن تنظيف أنفسهم من السناج، عن طريق الاستحمام بين الحين والآخر، قد يمنع حدوثه. فقد تقبلوا ببساطة كأمر حتمي أن يصاب عدد معين منهم بالمرض، وأن يعاني من موت شديد الإيلام؛ إذ إن الخطر يأتي مع المهنة ذاتها.

حصل افتراض بوت بأن السناج هو السبب المستبطن وراء حدوث ذلك السرطان، على اعتراف فوري. فقد أدّى مباشرةً إلى استصدار مرسوم برلماني ينص على ألا يبدأ أي منظم مداخل تدريبه على المهنة قبل بلوغه الثامنة من عمره، وأن يُفرض الاستحمام على أولئك الغلمان — على الأقل مرة واحدة في كل أسبوع. وبحلول عام ١٨٤٢م، لم يعد يُسمح لأي صبي بتسلق المداخل قبل بلوغه الحادية والعشرين من عمره. ولسوء الحظ، فكثيراً ما كان يتم خرق القانون، لدرجة أنه كان لا يزال هناك الكثير من منظفي المداخل الذين تقل سنهم عما قرره القانون، عندما كتب تشارلز كينجسلي روايته أطفال الماء، بعد ذلك بعشرين سنة.

ومنذ أيام «أبوقراط»، أو حتى ما قبلها، كان لدى أطباء الإغريق فهم واضح للطرق التي كثيراً ما ينفذ بها الورم الخبيث تصميمه الذي لا يلين على تدمير الحياة. وقد أطلقوا أسماء شديدة التحديد على تلك الأورام والتقرحات الصُّلبة التي كثيراً ما كانوا يجدونها في الثدي، أو متدلية من المستقيم أو المهبل، وقد بنوا تلك الأسماء على الأدلة التي كانت تكتشفها أعينهم وأصابعهم، ولتفريقها عن الأورام العادية التي كانوا يطلقون عليها اسم *oncos*، فقد استخدموا لفظة *karkinos*، أو السرطان، والذي اشتق بدوره — وهو ما

يثير الاهتمام — من جذر لغوي هندي-أوروبي بمعنى «صلب». أما *oma*، فهي لاحقة تشير لوجود «ورم»، وبذلك فقد استُخدمت لفظة *karkinoma* للتعبير عن النمو الورمي الخبيث. وبعد ذلك بقرون، شاع استخدام اللفظة اللاتينية «للسرطان»؛ أي لفظة *cancer*. وفي نفس الوقت، فقد استُخدمت لفظة *oncos* للتعبير عن الأورام من أي نوع، ولذلك السبب فنحن نطلق على اختصاصي الأورام اسم Oncologist.

قليل إن السرطانة (*karkinoma*) ناتجة عن ركود وفرة من سائل وهمي في الجسم، يسمى بالمرّة السوداء، أو *melan cholos* (حيث *melas* تعني «الأسود»، و *chole* تعني «المرّة» أو «الصفراء»). وحيث إن الإغريق لم يقوموا بتشريح الجسم البشري، فقد كانت السرطانات التي رأوها عبارة عن أورام خبيثة مقترحة في الثدي أو الجلد، وفي المستقيم والأعضاء التناسلية الأنثوية، والتي بلغت من كبر الحجم حدًا برزت معه من فتحات الجسم الطبيعية. وعلى ذلك، فقد دعم تفسيرهم الخيالي، ملاحظة مألوفة بأن مرضى السرطان كانوا، ولسبب واضح ووجيه، مصابين بالسوداء (الملانخولية: *Melancholy*).

وقد انبنت أصول لفظتي *karkinos* و *karkinoma* — كما هو الحال بالنسبة لكثير من الاصطلاحات الطبية اليونانية الأخرى — على الملاحظة البسيطة واللمس. وكما صاغها جالينوس (Galen)، وهو أفضل مترجم ومصنف للطب الإغريقي، في القرن الثاني الميلادي، فإن ظهور هذه الكتلة الصخرية الزاحفة المخترقة، والتي تتقرح في منتصفها، والتي كثيرًا ما كان يراها في أثناء النساء، أشبه ما يكون «بأرجل السرطان التي تمتد خارجةً من جميع أجزاء جسمه». وليست الأرجل وحدها هي التي تحفر طريقها أبعد وأعمق في لحم ضحيتها، فالمرکز، بدوره، يفرض طريقه خلالها مباشرة.

ويعود التشبيه لحيوان طفيلي متسلل ومتحسس (*groping*)، يتعلق ببراشن (Tentacles) ذات مخالب حادة بالسطح المتحلل لطريدته الهالكة. ولا تتوقف تلك الأطراف المخلبية عن بسط ظاهر قبضتها الخبيثة، في حين يلتهم الحياة ببطء ذلك المركز الكريه للوحش الحفّار، نظرًا لكونه غير قادر على هضم سوى ما حلله أولاً. وتحدث العملية بلا ضوضاء؛ فليس لها لحظة بداية يمكن التعرف عليها، ولا تنتهي إلا عندما ينتهي السلاب (*despoiler*) من التهام البقية الباقية من القوى الحيوية لعائلته.

وحتى حلول النصف الثاني من القرن التاسع عشر، كان من المعتقد أن السرطان يقوم بعمليات القتل الخاصة به عن طريق المسارقة (*stealth*). فتتخفي قوته الكامنة تحت جُنْح الظلام الصامت، بحيث لا يتم الإحساس ببلدغته الأولى إلا عندما يكون الغزو القاتل قد خنق عددًا كبيرًا من الأنسجة الطبيعية، بحيث لا تقوى تلك على المحافظة على

الدفاعات المقهورة لعائلها. وهنا يتقيأ المجرم تلك الحياة التي مضى عليها صامتاً، في صورة موات خبيث (gangrene).

ونحن نعرف اليوم أفضل من ذلك، لأننا تمكناً من التعرف على شخصية مختلفة، عندما نظرنا إلى عدونا القديم من خلال مجهر العلم الحديث. وبصرف النظر عن كون السرطان عدواً خفياً، فهو في واقع الأمر مسعور هائج (Berserk) يتمتع برغبة شريرة في القتل. ويقوم المرض برحلة تدميرية دائرية متواصلة لا تتوقف، حيث لا يعبأ بأية قواعد، ولا ياتمر بأمر، ويفجر كل أنواع المقاومة في شغب تدميري قاتل. وتتصرف خلاياه كأفراد قبيلة بربرية منطلقين للقتل، بدون قائد ولا توجه، ولكن بغرض واحد لا يتزعزع: وهو سلب كل شيء في متناول أيديهم. وذلك هو ما يعنيه علماء الطب عند استخدام لفظة «الاستقلالية» (Autonomy). ويخرق نمط ومعدلات تضاعف تلك الخلايا القاتلة كل قواعد اللياقة في داخل الكائن الحي الذي تغذيها موارده الحيوية، بحيث يتم تدميره على يد ذلك الشر المتنامي الذي انفقست صغاره لتوها من مادته الحيوية ذاتها. وبهذا المعنى، لا يُعتبر السرطان طفيلًا. كان جالينوس مخطئاً عندما سماه *praeter naturam*، أي «ما وراء الطبيعة». وخلاياه الأولى هي الذرية غير الشرعية لوالدين غافلين يرفضانهم في النهاية لأنهم يتسمون بالقبح، والتشوه، والشذوذ. وفي مجتمع الأنسجة الحية، يتصرف الغوغاء المنحرفون، الذين هم أنواع السرطان، كما لو كانوا عصابة من المراهقين الدائمي التمرد. وهم الأحداث المنحرفون للمجتمع الخلوي.

أفضل طريقة للنظر إلى السرطان هي رؤيته كمرض للنضج المتغير (Altered maturation)؛ فهو نتاج عملية متعددة المراحل لانحراف النمو والتطور. في الظروف المعتادة، تتجدد الخلايا الطبيعية بصورة مستمرة عند موتها، ليس فقط من خلال تكاثر الخلايا الباقية الأصغر سناً، بل وأيضاً بفضل مجموعة من السليقات (progenitors) النشطة التكاثر، والمسماة بالخلايا الجذعية (Stem cells). والخلايا الجذعية هي صور غير مكتملة النمو لدرجة كبيرة، مع قدرة هائلة على إنتاج أنسجة جديدة. ومن أجل أن تتطور ذرية الخلايا الجذعية إلى مرحلة النضج الطبيعي، يجب عليها المرور بسلسلة من الخطوات المتتالية. وعندما تقترب تلك الخلايا من النضج الكامل، تفقد قدرتها على التوالد السريع مقارنة بالزيادة في قدرتها على تأدية الوظائف المنوطة بها كخلايا ناضجة. وعلى سبيل المثال، تمتص الخلية التامة النضج من خلايا البطانة المعوية، المغذيات من تجويف الأمعاء بكفاءة أكبر بكثير من قدرتها على التوالد، وتبلغ كفاءة الخلية الدرقية (Thyroid)

(cell) التامة النمو أقصاها عندما تفرز الهرمونات، لكنها أقل ميلاً بكثير للتكاثر عما كانت عليه في شبابها. ولا مفر هنا من المقارنة بالسلوك الاجتماعي للكائنات المتكاملة، مثلنا. والخلية الورمية هي تلك الخلية التي توقفت عند نقطة ما، قدرتها على التمايز (Differentiation)، وهو الاصطلاح الذي يستخدمه العلماء لوصف العملية التي تنخرط فيها الخلايا في الخطوات التي تمكنها من الوصول إلى النضج الصحيح. وتسمى كتلة الخلايا الشاذة غير المكتملة النمو بالنامية اللحمية (neoplasm)، والمشتقة من كلمة يونانية بمعنى نمو أو تكون جديد. وفي العصور الحديثة، استخدمت كلمة «النابة اللحمية» كمرادف للفظ «الورم» (tumor). وتعد أقل الأورام خطورة هي تلك التي توقف فيها تمايز الخلايا قرب الوصول لمرحلة النضج الكامل، ولذا فهي تسمى بالأورام الحميدة (Benign). ويحتفظ الورم الحميد بقدر قليل نسبياً من قدرته على التكاثر غير المحكوم، فهو جيد التمايز (well differentiated)؛ إذ تبدو خلاياه تحت المجهر قريبة الشبه تماماً بتلك الخلايا الناضجة التي كادت أن تكونها. وهو ينمو ببطء، ولا يغزو الأنسجة المحيطة به، كما لا يرتحل إلى أجزاء أخرى من الجسم، وكثيراً ما يكون محاطاً بمحفظة ليفية محددة، وغالباً ما يفترق للقدرة على قتل عائله.

والورم الخبيث — وهو ما نسميه بالسرطان — مخلوق مختلف عن ذلك كلية. فقد عملت بعض التأثيرات، أو مجموعة من التأثيرات، سواء كانت تلك وراثية، أم بيئية، أم غيرها، كآلية محفزة للتدخل المبكر في طريق النمو، بحيث يتوقف تطور الخلايا عند مرحلة لا تزال تمتلك فيها قدرة لانهاية على التكاثر. وتستمر الخلايا البانية الطبيعية في محاولاتها لإنتاج ذرية طبيعية، لكن إعاقه نموها تستمر بالمثل. ولا تصل تلك الخلايا لقدر كافٍ من النضج يمكنها من تأدية الوظائف التي كان من المفترض أن تقوم بها، أو أن تشبه كثيراً تلك الصور الناضجة التي كان من الواجب أن تبدو عليها. وتتجمد الخلايا السرطانية في عمرٍ تكون فيه أصغر بكثير من أن تتعلم قواعد المجتمع الذي تعيش فيه. وكما يحدث لكثير من الأفراد غير كاملي النضج من جميع الكائنات الحية، يكون كل ما تفعله تلك الخلايا مفترطاً وغير متناسق مع حاجات أو محاذير جيرانها.

ولكون الخلية السرطانية غير مكتملة النضج، فهي لا تنخرط في تلك الأنشطة الاستقلالية المعقدة التي تقوم بها الأنسجة الطبيعية غير السرطانية. وعلى سبيل المثال، فخلية سرطان الأمعاء لا تساعد في عملية الهضم كما تفعل نظيرتها الناضجة؛ كما لا تشترك خلية سرطان الرئة في عملية التنفس؛ ويحدث الشيء نفسه في جميع الأورام

الخبیثة الأخرى تقریباً. وتركز الخلايا السرطانية طاقاتها على التكاثر بدلاً من المشاركة في المهام التي يجب أن تنفذها الأنسجة من أجل أن تستمر حياة الكائن الحي. وتفتقر الذرية غير الشرعية الناتجة عن ذلك «الزنا» المفرط النشاط (برغم أنه جنسي)، إلى الموارد التي تمكنها من عمل أي شيء فيما عدا التسبب في المشكلات وزيادة الأعباء على المجتمع المكافح المحيط بها. ومثلها مثل سَلِيفاتها، فهي متكاثرة، لكنها غير منتجة. أما كأفراد، فهي تفتك بمجتمع هادئ متناغم.

ولا تتمتع الخلايا السرطانية حتى باللياقة لكي تموت عندما يتوجب عليها ذلك. وتعرف جميع أوجه الطبيعة أن الموت هو الخطوة النهائية في عملية التطور الطبيعية. لكن الخلايا السرطانية لا تبلغ تلك المرحلة؛ ففترة بقائها على قيد الحياة غير محدودة. ولا ينطبق ما يصدق على الأرومات الليفية (*Fibroblasts*) التي وصفها الدكتور هايفليك، على المجتمع الخلوي للورم الخبيث. وتظهر الخلايا السرطانية المستزعة في المختبر قدرة لا محدودة على النمو وعلى إنتاج أورام جديدة. وحسب كلمات رفاق البحث، فهي مخلدة (*immortalized*). ويُعد المزيج المكون من الموت المؤجل والتوالد غير المحكوم، أعظم خرق تقتربه الأورام الخبيثة للتنظيم الطبيعي للأشياء. وإلى هذين السببين مجتمعين، يرجع سبب استمرار السرطان، بعكس الأنسجة الطبيعية، في التضخم طوال فترة حياته.

ولكونه لا يعرف أية قواعد، فالسرطان غير أخلاقي (*amoral*). ولكونه لا هدف له سوى تدمير الحياة، فالسرطان فاجر (*immoral*). وكتلة الخلايا السرطانية هي غوغاء مستقلة ومضطربة من المراهقين المنحرفين، الذين يتمردون على المجتمع الذي انبثقوا عنه. وهي إحدى عصابات الشوارع التي تهدف لإشاعة الفوضى. وإذا لم يكن بوسعنا مساعدة أفرادها على النضج، فأی شيء نفعله للقبض عليهم، أو لاستئصالهم من بين ظَهْرَانِنَا، أو للتسبب في موتهم، وأی شيء قد يحقق أياً من هذه الأهداف سيستحق الثناء.

وتأتي مرحلة يكون فيها المضمار المحلي ليس بكافٍ، فيبدأ شرار العصابة في التحرك، فيغزون مجتمعات جديدة، ثم — متشجعين بتخريبهم الذي لم يلقَ مقاومة — يُوقِعُونَ انتقامهم «بكومنولث» الجسم كله. ولكن السرطان في النهاية، لا يحصل على النصر. فعندما يقتل ضحيته، فهو يقتل نفسه بالمثل. ويولد السرطان بأمنية للموت.

والسرطان عائد (*nonconformist*) بكل ما تحمله الكلمة من المعاني. ولكن الخلية السرطانية العائدة، وبالعكس بعض الأشخاص العائدين الذين يوجد الكثير مما يثير الإعجاب حولهم، لا تمتلك حتى خصلة حميدة واحدة. فهي تفعل كل ما بوسعها، ليس

لتعزل نفسها عن المجتمع الخلوي الذي منحها الحياة فحسب، بل ولتحتطيمه أيضًا. ولأنها تريد التيقن من أنه لا يتم الخلط بينها وبين أولئك الأعضاء الناضجين المطاعين من عائلتها الأصلية، تحتفظ الخلية السرطانية بمظهر، وحتى شكل، مختلف وغير ناضج. وتسمى تلك الخاصية للورم الخبيث بالكُشم (*Anaplasia*) — وهي مشتقة من كلمة يونانية بمعنى «بدون شكل». وينتج عن الخلية الكُشمية، ذرية كُشمية.

ومهما بذل قصارى جهده، فليس هناك سوى السرطان غير العادي، الذي يتكون من خلايا غيّرت مظهرها بصورة كاملة لدرجة لا يمكن معها التعرف عليها كأفراد من قبيلتها الأصلية. وفيما عدا الحالات الاستثنائية، تكفي نظرة متفحصة أسفل أنبوب المجهر على نُدفة من النسيج المريض، لإظهار تاريخ نسبها. وبذلك، يمكن التعرف على سرطان الجهاز الهضمي كما هو عليه، لأنه يحتفظ ببعض العلامات المميزة التي تخون أصلها المعوي. وحتى عندما يبتعد عن موطنه الأصلي، مثلما يحدث عندما يحمل تيار الدم خلاياه إلى الكبد، فسيظهر الوجه الحقيقي للسرطان، بغض النظر تقريبًا عن درجة الكُشمية التي هو عليها. فحتى السرطان، وهو ذلك المرتد الذي يهرب لينضم إلى الشبيه البيولوجي لشركة القتل المتحدة (Murder, Inc.)، يحتفظ ببعض الخصائص التي يمكن بالكاد التعرف عليها لأسرته القديمة ولالتزاماته السابقة.

وتعرّف الخاصيتان التوئميتان — من الاستقلالية (*Autonomy*) والكُشم (*Anaplasia*) — الفهم الحديث للسرطان. وفي الحين الذي توصف فيه الخلايا السرطانية «بالقبح، والتشوه، والفوضوية»، أو بصورة أكثر أكاديمية «ككُشمية» أو «مستقلة»، فهي شريرة بصورة تفوق ما يتضمنه التعريف العلمي لكلمة «الورم الخبيث» (*malignant*). وفي الواقع إن لفظة خبيث الطوية (*Malevolent*)، أكثر تعبيرًا عن المعنى، لأنها تحمل تضمينًا بوجود عامل من سوء النية.

ويظهر تشوّه وقبح الخلية السرطانية المنفردة أوضح ما يكون في تلك الشذوذات التي لشكلها المشوه. وفي حين لا يختلف مظهر الخلية الطبيعية في النسيج الطبيعي كثيرًا عن جيرانها من الخلايا الطبيعية، تكون الأشكال والمقاييس الفردية لكلٍّ من الخلايا السرطانية لامتناسقة ولامنتظمة. فهي قد تنّتأ، أو تتفطح، أو تستطيل، أو تدور نفسها، أو أنها تظهر بصورة أخرى كون كل منها قد خُلقت وكأنما لها عقل خاص بها، فهي عامل مستقل. والسرطان حالة يحدث فيها انهيار في عملية الاتصال والاعتمادية المشتركة بين الخلايا وبعضها البعض. ويقع تسلسل الأحداث الذي وصفناه للتو، والذي تتغير فيه

الخصائص الوراثية للخلية السرطانية، ويحدث كل شيء آخر متعلق بالمرض اعتبارًا من تلك الحقيقة. ونحن نعرف بعض تلك الأسباب الراجعة للبيئة أو لنمط الحياة، كما تتم حاليًا دراسة بعضها، ومما لا شك فيه أن بعضها يبقى غير معروف تمامًا.

وعلى الرغم من مظهره المضطرب، وعدم تناسق حجم أفرادها، فإن ذلك لا يعني بالضرورة أن مجتمع الخلايا السرطانية مجتمع فوضوي (*Anarchic*) على الدوام. ففي الواقع إننا نجد في بعض الأنماط السرطانية القليلة، أن جميع الأفراد يختارون شكلًا مميزًا وثابتًا، يتناسب مع عنصر مشترك في إرادة كل منهم. وتوجد هذه السرطانات، وكأنما لاستعراض رفض عنيد للانصياع لذلك اللاتناغم المعتاد، والذي يُتوقع وجوده فيها؛ فتتكاثر خلاياها، منتجة أعدادًا هائلة من الأنفس المتماثلة تقريبًا، مثل تلك الملايين التي تلي الملايين من التفاحات السامة الصغيرة، والتي يشبه بعضها بعضًا بصورة مملّة، لكنها تختلف تمامًا عن النسيج الأصلي الذي نبتت منه. فحتى توقع عدم اعتمادية الأورام الخبيثة، هو في واقع الأمر غير متوقع.

والتركيب المركزي في الخلية السرطانية، وهو النواة، أكبر حجمًا وأكثر بروزًا من نظيرتها في أقرائها من الخلايا الناضجة، وكثيرًا ما تكون مشوهة بقدر تشوه الخلية ذاتها. ومما يزيد من قوة الهيمنة التي تفرضها على البروتوبلازم المحيط بها، ذلك الحماس المطور الذي تمتص به الأصباغ العملية القياسية، وهي خاصية تمنحها مظهرًا قاتمًا مشئومًا. وتكشف نواة العين الشريرة تلك عن استقلالها الفوضوي بطريقة مختلفة تمامًا: فبدلاً من الانقسام الدقيق إلى قسمين متناظرين من خلال العملية التكاثرية المسماة بالانقسام الميوسيني (*Mitosis*)، تصفُ الكروموسومات نفسها (وهي مكونات النواة الحاملة للدنا) في أنماط غريبة شاذة — في محاولة متباينة نسب النجاح منها لمضاعفة عددها — رأسًا على عقب لو جاز التشبيه، بدون أي قدر من الدقة أو الاعتمادية. وتبلغ معدلات الانقسام الميوسيني لبعض السرطانات من السرعة حدًا يميّز المرء، بنظرة واحدة تحت المجهر، من رؤية عدد من الخلايا في محاولة للتكاثر، يبلغ أضعاف العدد الموجود في الأنسجة الناضجة الطبيعية، ويبدو أن كل واحدة من تلك الخلايا تفعل ذلك بمعرفتها بطريقة عشوائية. وهناك القليل من العجب في أن تكون الذرية الباقية على قيد الحياة، غير متوافقة جيدًا مع البيئة المحيطة بها في الأنسجة المنظمة والمتماسكة للأعضاء التي كان من المفترض أساسًا أن تكون أجزاء منها. وتكون تلك الكتل الجديدة من الخلايا، في واقع الأمر، «غيرية» بصورة عدوانية، بحيث لا تكتفي بغزو جيرانها من الخلايا الناضجة والمطبعة للقانون، بل تُبعدها عن طريقها أثناء اختراقها واحتلالها للمناطق المحيطة بها.

والسرطان بكلمة واحدة هو «لااجتماعي» (Asocial). ولتحرره من تلك المحاذير التي تحكم الخلايا غير السرطانية، تنخرط الأنسجة المتكونة حديثاً في علاقات غير محكومة ومسيطر (domineering) مع الأعضاء المضيفة لها، كما لا يمكن إجبارها على قصر أطرافها المتسللة على تلك البؤر التي وُلدت فيها. ويتيح النمو الحر، وغير المحدد النمط، للسرطان أن يشق طريقه بالقوة إلى الأعضاء الحيوية المجاورة حتى يحيط بها تماماً، ويمنعها من تأدية وظائفها الطبيعية، بالإضافة إلى إخماد حيويتها. وبهذه الوسيلة، وبتدمير تلك الأعضاء التي تنشأ من خلاياها البانية، تقتل كتل الخلايا السرطانية ذلك المريض الذي يصاب بالاعتلال ببطء بعد الإجهاز على المواد الغذائية التي كان من المفروض أن تقيم أوده.

وبالرغم من أن عملية النمو السرطاني تبدأ كظاهرة مجهرية، فإنها — وبمجرد ترسخها بصورة كافية — تستمر بصورة حتمية، حتى يمكن رؤيتها بالعين المجردة أو تحسسها باليد الفاحصة. وقد تظل الكتلة المتنامية، لفترة من الزمن، ضئيلة للغاية أو غير مسببة للأعراض المرضية، لكن ضحايا السرطان يحسون، بمرور الزمن، أنهم يتعرضون لشيء غير طبيعي. وعند تلك النقطة، قد يكون الورم الخبيث بلغ حجماً من الكبر يجعله غير قابل للشفاء. وفي بعض الأعضاء الصلبة على وجه الخصوص، قد يبلغ السرطان حجماً معتبراً قبل أن يشعر العائل بوجوده. وقد كان ذلك السبب، بطبيعة الحال، في اكتساب المرض الخبيث لشهرته الأسطورية كقاتل صامت.

وقد يكتشف أن الكُلية، على سبيل المثال، تؤوي ورماً ضخماً عندما تُظهر أولى بوادر مرضها المتقدم؛ في صورة سكب دماء مرئية في البول، أو التسبب في الإحساس بألم كليل (dull) في الخصرة. وإذا أُجريت عملية جراحية عند تلك المرحلة، ستنهزم جهود الجراح بفعل التوسع العريض لإصابة الأنسجة المحيطة. وسيكتشف أن الاستدارة البنية لذلك العضو في الحالة الطبيعية، قد التهمت تماماً في منطقة كبيرة بنتوء قبيح مفصص (lobulated) من تلك المادة الصلبة الرَّمادية الكثيفة التي شقت طريقها عبر الكُلية وصولاً إلى السطح، كما غزت الطبقة الدهنية المناخمة لها، وجذبت جميع الأنسجة المحيطة بها إليها، مما يجعل الكل المسفوح يكوّن كتلة مجمدة شواء واحدة من العدوانية المتحفزة. ومن بين جميع الأمراض التي يعالجونها، يحتفظ الجراحون للسرطان بتحديد خاص، وهو اعتبار أنه «العدو».

وما التركيب المرئي والغزو السرطاني سوى اثنتين فقط من تلك الصور العديدة لتمرّده. ومن أكثر صور سوء السلوك السرطاني مخادعةً، هي الطريقة التي يبدو أنه

يخدع بها تلك الدفاعات التي يحشدها الجسم عادةً ضد الأنسجة التي يتعرف عليها كأجسام غريبة عنه. فمن الوجهة النظرية على الأقل، يجب أن يتم التعرف على الخلايا التي أصبحت سرطانية، كخلايا غريبة أو «غريبة» من قبل الجهاز المناعي السليم، ثم يتم القضاء عليها، بطريقة تشبه كثيراً تلك التي تتم في مواجهة الفيروسات. وفي الواقع إن ذلك يحدث بصورة محدودة فقط؛ فيعتقد بعض الباحثين أن أنسجتنا تقوم بصورة مستمرة بصناعة السرطانات، والتي يتم تدميرها بنفس الاستمرارية بفعل الآلية ذاتها. وبهذا تنمو الأورام الخبيثة سريراً في تلك الحالات النادرة التي يفشل فيها جهاز التحري والاستقصاء. ويمكن أن نجد بعض الأمثلة الداعمة لمثل هذه النظرية في انتشار تعرّض مرضى الإيدز لأورام مثل اللُفوف وساركومة «كابوزي». وعلى كل حال، يبلغ معدل الإصابة بالأورام الخبيثة في الأفراد المصابين بالتقويض المناعي نحو مائتي ضعف لنظيره في مجموع السكان، أما بالنسبة لساركومة «كابوزي»، فيبلغ المعدل نحو ضعف نظيره للأورام المعتادة. ومن أكثر المجالات تبشيراً بالنجاح من بين السبل المعاصرة للبحث الطبي الأحيائي، نجد دراسة مناعيات الأورام من منظور تقوية ردود فعل الجسم لمولدات الضد (Antigens) التي قد ينتجها الورم السرطاني. وعلى الرغم من أنه قد تم التوصل إلى بعض النتائج الواعدة، تستمر الخلايا المستهدفة (*target cells*)، في أغلب الأحيان، في التفوق على ذكاء العلماء.

وتتطلب الخلايا الطبيعية مزيجاً معقداً من المواد الغذائية والعوامل المساعدة للنمو من أجل الاستمرار في تأدية وظيفتها والمحافظة على حيويتها. وفي جميع أنسجة الجسم، تبقى الخلايا مغمورة في عصير مغذٍّ واهب للحياة يسمى بالسائل خارج الخلايا (*extracellular fluid*)، والذي تتم المحافظة عليه وتنظيفه بصورة متواصلة من خلال تبادل المواد مع الدم الدائر. وتمثل مصورة الدم (البلازما: *plasma*)، في واقع الأمر، نحو خمس حجم السائل خارج الخلايا؛ ويقع الجزء الأكبر من الأربعة أخماس المتبقية بين الخلايا، ويسمى بالسائل الخلالي (*interstitial*). ويمثل السائل الخلالي نحو ١٥٪ من وزن الجسم؛ فإذا كان وزنك ١٥٠ رطلاً (نحو ٦٨ كجم)، فإن أنسجة جسمك تكون غارقة في اثنين وعشرين باينناً (نحو ١٣,٢ لترًا) من المواد المُلحية. وقد أدخل عالم الفيزيولوجيا الفرنسي كلود برنار (Bernard) اصطلاح البيئة الداخلية (*milieu intérieur*) لتسمية ووصف وظيفة تلك البيئة الداخلية التي تعيش فيها الخلايا بداخلنا. وكأنما جلبت المجموعات الأولى من خلايا ما قبل التاريخ معها — عندما بدأت لأول مرة في تكوين كائنات حية معقدة في أعماق

البحار التي تكتسب منها غذاءها — بعضًا من البحر في داخلها وحولها بحيث تستمر تغذيتها من خلاله. ومن بين الخصائص الفريدة للأنسجة السرطانية، نجد اعتماديتها المحدودة على عوامل التغذية والنمو الموجودة في السائل خارج الخلايا. وتمكّنها حاجتها المحدودة لأن تُغوّلها البيئة المحيطة بها، من أن تنمو وأن تغزو حتى تلك المناطق التي تتخطى حدود الخطوط المثلى للإمداد.

وبصرف النظر عن كون كلٍّ من الوحدات الخلوية تستطيع العيش بقدر أقل من المغذيات، فسرعان ما تتراكم الزيادة العشوائية منتجةً عددًا هائلًا من الخلايا السرطانية، بحيث تزيد احتياجات المجموع عن أي قدر متوافر من الإمدادات الغذائية. ونتيجة لذلك، فكثيرًا ما تكتسب الكتلة الكلية للورم طلبًا متزايدًا للتغذية، حتى بالرغم من أن كل خلية مفردة بداخلها تحتاج لقدر من التغذية أقل من المعدل الطبيعي. وإذا كان النمو سريعًا بما فيه الكفاية، سيصبح الإمداد الدموي بعد فترة غير كافٍ للمحافظة على المواد الغذائية المستهلكة، خصوصًا لأن الأوعية الدموية الجديدة لا تظهر بالسرعة الكافية لملاحقة احتياجات الورم الكلي المتوسع.

ونتيجة ذلك هي أن قسمًا من الورم المتنامي قد يموت، حرفيًا، بفعل سوء التغذية وعوز الأكسجين. ولهذا السبب تميل الأورام السرطانية لأن تتقرح وأن تنزف، منتجةً في بعض الأحيان رسوبات غليظة كريهة الرائحة من الأنسجة المتنخرة (Necrotic): من اليونانية *nekrosis*، بمعنى «يصبح ميتًا» في داخل مركزها أو على الأطراف. وحتى أصبح استئصال الثدي (*Mastectomy*) عملية جراحية مألوفة، منذ أقل من قرن من الزمان، لم تكن أخطر مضاعفات سرطان الثدي هي الموت، بل تلك القروح المتعفنة النازة التي ينتجها أثناء التهامه للجدار الصدري للمرأة المسكينة المصابة بالمرض. وهذا هو بالتحديد ما كان يعنيه الأقدمون عندما كانوا يُعرّفون السرطانة (*karkinoma*) بكونها ذلك «الموت النتن».

وفي أواخر القرن الثامن عشر، تحدث جيوفاني مورجاني (Morgagni)، وهو مؤلف أحد أهم الكتب التي كُتبت عن التشريح المرضي (*Pathological Anatomy*)، عن السرطان الذي شاهده في مرضاه وعند تشريح جثثهم، قائلاً إنه «مرض قدر للغاية». وحتى في أزمان حديثة نسبيًا، عندما كان الكثير قد تمت معرفته بالفعل، فقد استمرت النظرة الموجهة للأورام الخبيثة بكونها مصادر كريهة للتقرز الذاتي (*self-loathing*) والتحلل، أي كرجس مهين متخفٍّ وراء الكنايات (*euphemisms*) والأكاذيب. وكثيرة هي تلك

القصص التي تُروى عن النساء اللاتي أُصِبن بسرطان الثدي، فانسحبين من الأصدقاء، وعزلن أنفسهن في بيوتهن، وقضين الأشهر المتبقية في حياتهن منعزلات، حتى عن عائلاتهن في كثير من الأحيان. وخلال فترة تدريبي على الممارسة الطبية، منذ ما يزيد قليلاً على ثلاثين عاماً، رأيت قليلاً من أولئك النسوة اللاتي تم إقناعهن أخيراً بالتوجه إلى العيادة نظراً لأن حالتهم الصحية لم تعد محتملة. ومن بين الأسباب العديدة التي ما زلنا مترددين بسببها في النطق بكلمة السرطان في حضور مريض أو عائلة مبتلاة به، نجد التراث المتبقي لارتباطاتها المقززة من أكثر الارتباطات صعوبة في نسيانها بالنسبة لجيلي.

وليس يكفي أن يتغلغل سرطان سريع النمو في أنسجة عضو صُلْب مثل الكبد أو الكُلى، لكيلا يبقى هناك نسيج كافٍ لتأدية وظائف ذلك العضو بفاعلية؛ وليس يكفي أنه قد يتسبب في انسداد أحد التراكيب الجوفاء مثل القناة المعوية، ويجعل التغذية المناسبة مستحيلة؛ وليس يكفي أنه حتى كتلة صغيرة منه تستطيع تدمير أحد المراكز الحيوية التي لا يمكن لوظائف الحياة الاستمرار بدونها، كما تفعل بعض أورام الدماغ؛ وليس يكفي أنه يُحدث تآكلًا في أحد الأوعية الدموية الصغيرة أو أن يتقرح بصورة كافية لكي يتسبب، تدريجيًا، في إحداث فقر الدم الشديد، كما يفعل عند إصابته للمعدة أو القولون؛ وليس يكفي أن تعوق كتلته ذاتها في بعض الأحيان تصريف تلك الإفرازات المشبعة بالجراثيم، مما يتسبب في حدوث الالتهاب الرئوي والقصور التنفسي، وهما من الأسباب الشائعة للوفيات في سرطان الرئة؛ وليس يكفي أن يمتلك الورم الخبيث طرقًا متعددة لحرمان عائلته من الطعام وصولاً إلى سوء التغذية — فلا تزال بحوزة السرطان طرق أخرى للقتل. ولا تشير تلك الطرق التي ذكرناها للتو، على كل حال، لتلك العواقب المحتملة القتل — لعدوان الورم الأولي ذاته وحدها، بدون أن يترك ذلك العضو الذي نشأ فيه أولاً على الإطلاق، وتلك هي صنوف الدمار التي يلحقها السرطان بجبرته. لكنه يمتلك طريقة إضافية للقتل تنقله من فئة المرض الموضعي (Localized)، وتتيح له فرصة مهاجمة تشكيلة واسعة من الأنسجة التي تبعد كثيرًا عن منبعه. وقد أعطيت تلك العملية اسم النقيلية (Metastasis).

ولفظة *Meta* اليونانية هي حرف جر (preposition) بمعنى «وراء» أو «بعيدًا عن»، بينما تعبر لفظة *stasis* عن «الموقع» أو «التوضُّع». وقد استُخدمت اللفظة منذ كتابات عصر «أبوقراط» للتعبير عن نوع أو آخر من الحميات، ثم تم تطبيق لفظة *metastasis* فيما بعد، للتعبير على وجه الخصوص عن انتقال أجزاء الأورام من مكان لآخر. وفي

العصور الحديثة، أصبحت تلك الكلمة الواحدة: النُّقيلية (*metastasis*) تُستخدم للتعبير البلاغي عن الملامح المحددة للأورام الخبيثة؛ فالسرطان ورم يمتلك القدرة على تخطي موقعه الأصلي والارتحال إلى أحد الأماكن الأخرى. ومن وجهة النظر العملية، تعتبر النُّقيلة استنزاعاً لعينة من الورم الأولي في تركيب آخر أو حتى في موضع قاصٍ من الجسم.

وتُعتبر قدرة السرطان على تكوين النقائل علامته المميزة (*hallmark*)، بالإضافة إلى كونها أكثر خواصه إنذاراً بالخطر. وإذا لم تتوافر للورم الخبيث القدرة على الارتحال، فسيكون بوسع الجراحين استئصال جميع السرطانات، باستثناء تلك التي تصيب الأعضاء الحيوية للجسم، والتي لا يمكن إزالتها بدون تعريض الحياة للخطر. ومن أجل أن يرتحل الورم عن مكانه، يجب عليه أن يَّبري (*erode*) طريقه عبر جدار أحد الأوعية الدموية أو القنوات اللمفاوية، قبل أن تنفصل بعض خلاياه وتنطلق في طريقها مع التيار المتدفق. وسواء كانت تلك الخلايا منفردة أو متجمعة في صورة صُمة (*Embolus*)، فهي تُحمَل بعد ذلك إلى أحد الأنسجة الأخرى، حيث تنزرع وتنمو. وبناء على سبيل جريان الدم أو اللمف، بالإضافة إلى عوامل أخرى غير محددة حتى الآن، تمتلك الأنواع المتنوعة من السرطان تفضيلاً (*Predilection*) لأن تترسب في أعضاء محددة بعينها. ويميل سرطان الثدي، على سبيل المثال، لأن يترسب غالباً في نخاع العظم (*Bone marrow*)، والرئتين، والكبد، وبطبيعة الحال في العقد اللمفاوية الموجودة في الإبط (*Axilla*). أما سرطان البروستاتا، فهو يرتحل غالباً إلى العظام. وفي الواقع إن العظام، بالإضافة إلى الكبد والكليتين، هي أكثر المواضع شيوعاً للإصابة بالرسوبات النُّقيلية، بصرف النظر عن ذلك العضو الذي نبع منه الورم الخبيث الأولي.

ومن أجل أن تثبت الخلايا الورمية نفسها في تلك الأنسجة القاصية، فهي تحتاج لأن تكون على قدر من الصلابة بحيث تقاوم التدمير الذي قد تتعرض له خلال رحلتها الطويلة. وتضاعف (*complicate*) تلك الأخطار الميكانيكية البسيطة للارتحال عبر الدورة الدموية المختنقة، من احتمالية قتل تلك الخلايا بفعل الجهاز المناعي للعائل خلال سيرورة مرورها. وإذا بقيت على قيد الحياة بعد الرحلة، فلا بد للخلايا عندئذ أن تبتني لنفسها موطناً جديداً، وأن توفر لنفسها مصدراً مأموناً لإمدادها بالغذاء. ويعني ذلك بداهاً أن النُدفة المنزرعة من السرطان لا تستطيع إنتاج مستعمرة حية على ذلك الشاطئ القاصي الذي بلغته لتوها، إلا إذا كان بوسعها استحثاث نمو أوعية دموية جديدة دقيقة الحجم من أجل توفير احتياجاتها.

يصعب توفير جميع هذه المتطلبات، لدرجة أن أقل القليل من تلك الخلايا المهاجرة تتمكن من الاستعمار في إحدى المناطق البعيدة التي ترتحل إليها. وعند حقن الخلايا الورمية تجريبياً في الفئران، لا يبقى منها على قيد الحياة بعد أربع وعشرين ساعة سوى جزء واحد من الألف؛ ويُقدر أن واحدة فقط من كل ١٠٠٠٠٠ خلية تدلف إلى مجرى الدم تبقى على قيد الحياة حتى تصل إلى عضو جديد، كما أن جزءاً أقل من ذلك بكثير هو ما يتمكن من زرع نفسه بنجاح في تلك الأعضاء. وإذا لم توجد مثل هذه المعوقات، فستظهر أعداد هائلة من النقائل بمجرد أن يصبح السرطان ضخماً بصورة كافية لسفح أعداد كبيرة من الخلايا في الدوران الدموي.

ومن خلال القوتين التوئمتين للغزو الموضعي والنقائل البعيدة، يعوق السرطان بالتدريج تأدية وظائف أنسجة عديدة من الجسم. فتتسد الأعضاء الأنبوبية (tubular)، وتُثبِّط العمليات الاستقلابية «الأيضية»، وتتآكل جدر الأوعية الدموية بصورة كافية للتسبب في حدوث أنزفة بسيطة، وأحياناً شديدة، وتتحطم المراكز الحيوية في الدماغ، كما تصاب التوازنات الكيمياحيوية الدقيقة بالاضطراب. وبمرور الوقت، يتم الوصول إلى نقطة لا يمكن بعدها الإبقاء على الحياة.

وبالإضافة إلى ذلك، فهناك طرق أقل مباشرة ينتهجها السرطان للفتك بأولئك الذين ينمو فيهم بدون معوقات، وهي عادةً ما ترجع إلى الوهن الشديد (debilitation)، وسوء التغذية، والقابلية للإصابة بالعداوى، والتي تصاحب العملية السرطانية. وسوء التغذية الشديد مألوف لدرجة استحداث مصطلح خاص للتعبير عن آثاره المرضية: وهو الحَرَض السرطاني (Cancer cachexia). واصطلاح Cachexia «الحَرَض» مشتق من لفظتين يونانيتين بمعنى «الحالة السيئة»، وهو ما يصور بالتحديد ذلك الوضع الذي يجد فيه مرضى السرطان المتقدم أنفسهم. ويتصف الحرض بالضعف، وفقدان الشهية، وتبدلات استقلابية، وذبول (نحول: wasting) في العضلات وغيرها من أنسجة الجسم.

وفي الواقع إن الحَرَض السرطاني قد يوجد أحياناً في أشخاص لا يزال مرضهم الخبيث مقتصرًا على موضعه وصغير الحجم نسبياً، لذا فمن الواضح أن هناك أسباباً مسببة له غير التهام السرطان للموارد الغذائية لعائلته. فبالرغم من أن الورم قادر على حرمان عائلته من بعض المواد الغذائية الحيوية، فإن مفهوم التطفُّل (Parasitizing)، في واقع الأمر، قد يكون طريقة مهوَّنة (simplistic) لاعتبار أسباب أكثر تعقيداً بكثير لقدرته على استنزاف الموارد. وأحياناً تساهم التغيرات التي تحدث في إدراك التذوق، على

سبيل المثال، بالإضافة إلى التأثيرات الموضعية للورم، مثل الانسداد ومشكلات البلع — في وجود مدخول غذائي غير كاف، وكذلك يفعل العلاج الكيميائي (Chemotherapy) والعلاج بالأشعة السينية. وتكشف الدراسات العصبية التي أجريت على أشخاص مصابين بأورام خبيثة، عن أنواع متباينة من الشذوذ في الاستفادة من الكربوهيدرات، والدهون، والبروتينات، والتي لم يتم التوصل إلى أسبابها على وجه الدقة. وتبدو بعض الأورام قادرة حتى على زيادة استهلاك المريض من الطاقة، مما يزيد من عجز الجسم عن المحافظة على وزنه. ومما يزيد الطين بلة، اكتُشف أن بعض الأورام الخبيثة، وحتى بعض خلايا دم المريض البيضاء (وهي الوحيدات: Monocytes)، تفرز مادة أُطلق عليها اسم ملائم لفعلها وهي الحَرَضِين (الكاشكتين: Cachectin)، والتي تقلل من الشهية للأكل من خلال تأثيرها المباشر على مركز الإطعام في الدماغ. وليس الكاشكتين هو العامل الوحيد الذي يؤدي نفس الفعل، فمن المحتمل أن تكون جميع أنواع الأورام قادرة على إفراز مواد متنوعة شبيهة بالهرمونات، والتي تُحدث تأثيرات عامة على التغذية، والمناعة، وغيرهما من الوظائف الحيوية للجسم، كانت تُعزى حتى وقت قريب للتأثيرات التطفلية للورم نفسه. ويسبب سوء التغذية آثارًا تفوق بكثير مجرد فقدان الوزن والإنهاك (exhaustion). ويتكيف الجسم الصحيح على الامتناع العادي عن الطعام باستغلال الدهون باعتبارها مصدره الرئيسي للطاقة، لكن هذه العملية تصبح غير مؤثرة في حالات السرطان، ونتيجة ذلك هي أن يتوجب استغلال البروتينات للحصول على الطاقة. ولا يتسبب ذلك، بالإضافة إلى نقص المدخول الغذائي، في تحول العضلات فحسب؛ بل يسهم انخفاض معدلات البروتينات بالدم في سوء تأدية الأعضاء والمنظومات الإنزيمية (Enzyme systems) لوظيفتها، كما يمكن أن يؤثر بصورة كبيرة على رد الفعل المناعي للجسم. وتشير بعض الأدلة إلى أن واحدة من تلك المواد التي تفرزها الخلايا الورمية، تزيد من تقويض الجهاز المناعي. وبالرغم من أن ذلك قد يحفز، ولو من الوجهة النظرية على الأقل، من نمو الورم السرطاني، فإن ذلك التأثير غير المرغوب فيه يبدو أقل أهمية بكثير من حقيقة أن تثبيط الكفاءة المناعية (Immunocompetence)، خصوصًا عندما يتفاقم تحت تأثير العلاج الكيميائي أو الإشعاعي، يزيد من قابلية الجسم للإصابة بالعدوى. وكثيرًا ما يكون الالتهاب الرئوي والخراج، بالإضافة إلى العدوى البولية وغيرها، هي الأسباب المباشرة لوفاة مرضى السرطان، بينما يكون الإنتان «تسمُّم الدم» هو الحدث النهائي في حياة كل منهم. ولا يتيح الضعف المفرط ولا الحَرَض الشديد للمريض فرصة

للسعال ولا للتنفس الفعال، مما يزيد من احتمال الإصابة بالالتهاب الرئوي واستنشاق القيء. وأحياناً ما تُصاحب الساعات الأخيرة في حياة المريض بتلك الأنفاس العميقة المخرخرة (*gurgling*)، والتي تمثل أحد أنماط قرقرة الموت (*Death rattle*)، والتي تختلف تماماً عن ذلك النُبّاح النزاعي لأمثال «جيمس مكارتي».

وعند اقتراب النهاية، فكثيراً ما يؤدي نقصان حجم الدم الدائر والسائل خارج الخلايا لتناقص تدريجي في الضغط الدموي. وحتى إذا لم يُفَضْ ذلك إلى الصدمة (*shock*)، فقد يؤدي إلى فشل في وظيفة الأعضاء مثل الكبد أو الكلى نتيجة للعوز المزمن في الكميات المناسبة من المغذيات والأكسجين، بالرغم من أن تلك الأعضاء تكون غير مصابة بالورم مباشرة. وباعتبار كثير من مرضى السرطان يندرجون تحت المجموعات العمرية الأكبر سناً، فكثيراً ما تتسبب الأنماط المتباينة من الاستنزاف (*Depletion*) في حدوث السكتة الدماغية، أو احتشاء عضلة القلب، أو القصور القلبي. وبطبيعة الحال، فإن وجود أحد الأمراض الاستقلابية العامة، مثل الداء السكري، يساعد على تفاقم المشكلة بصورة هائلة. وحتى الآن، لم نذكر سوى تلك السرطانات التي تبدأ كأورام مقتصرة أساساً على عضو أو نسيج محدد بالجسم. لكن هناك مجموعة أصغر من الأمراض الخبيثة تتميز بتوزيع أكثر عمومية منذ البداية، أو أنها تظهر في مواضع متعددة من نوع محدد من الأنسجة، وخصوصاً الجهازين الدموي واللمفي. وابيضاض الدم (اللوكيميا: *Leukemia*)، على سبيل المثال، هو سرطان يصيب الأنسجة المسئولة عن إنتاج الخلايا الدموية البيضاء، كما أن اللمفوم (*Lymphoma*) هو ورم خبيث يحدث في الغدد اللمفاوية والتراكيب المشابهة لها. ويتعرض المصابون بابيضاض الدم واللمفوم بصورة خاصة للإصابة بالعدوى، ولذا فهو يُعتبر السبب الأساسي للوفيات في هذين المرضين الخبيثين. ومن الأنماط الشائعة للمفوم، نجد مرض هودجكن (*Hodgkin's disease*).

وليس بوسعي ذكر مرض هودجكن بدون لفت الانتباه لأحد الإنجازات الرائعة التي تمثل بطرق عديدة تلك المنجزات الطبية الأحيائية التي تم التوصل إليها خلال الثلث الأخير من القرن العشرين. فمنذ ثلاثين عاماً خلت، كان جميع ضحايا مرض هودجكن تقريباً يموتون بسببه، اللهم إلا إذا فتك بهم مرض آخر أثناء تلك الفترة التي تمتد لسنوات طويلة بين بداية التشخيص وبين المرحلة الانتهازية للمرض. ومنذ ذلك الحين، ونتيجة لتحسُّن فهمنا للطريقة التي يوزع بها المرض نفسه في الغدد اللمفاوية، واستجابته

للبرامج المناسبة من العلاج الكيميائي والأشعة السينية الفائقة الفولطية (*supervoltage X-rays*)، فقد تم التوصل إلى معدل يقترب من ٧٠٪ للسنوات الخمس من البقاء على قيد الحياة بدون الإصابة بالمرض بعد العلاج، والذي قد يرتفع إلى ٩٥٪ بالنسبة لأولئك المرضى الذين يُكتشف مرضهم عندما يكون انتشاره لا يزال محدودًا؛ كما أن معدلات الانتكاس بعد تلك المرحلة تكون متدنية وتزداد انخفاضًا مع مرور كل عام جديد. ويُعتبر مرض هودجكن، بالإضافة إلى جميع اللغمومات عمومًا، من أكثر أنواع السرطان قابلية للشفاء.

وليست النظرة المستقبلية المتغيرة لمرضى اللغمومات سوى أحد الأمثلة الدالة على التقدم الهائل الذي تم التوصل إليه في معالجة السرطان، ومن بين الأمثلة الأخرى، نجد ابيضاض الدم في الأطفال (*Childhood leukemia*). ويصاب أربعة من كل خمسة من الأطفال المصابين بذلك المرض بنوع منه يُعرف بابيضاض الدم الأرومي اللمفي الحاد (*Acute Lymphoblastic Leukemia*)، وقد كان ذلك النمط مميّزًا في جميع الحالات في السابق؛ أما اليوم، فتبلغ معدلات الفطور المتواصل لمدة خمس سنوات في ابيضاض الدم الأرومي اللمفي الحاد نحو ٦٠٪، كما يمكن شفاء معظم أولئك الصغار. وعلى الرغم من أنه لم يتم التوصل حتى الآن إلا إلى القليل من قصص النجاح الأخرى للحجم المطلق لهذين الاثنين، فإن الاتجاه العام في حملة معالجة السرطان لا يبرر سوى التفاؤل الحذر. ومن بين أسباب التغيرات الهائلة التي حدثت خلال العقود القليلة الماضية، نجد الأبحاث الأساسية، والطرق الجديدة لتفسير الظواهر السريرية للمرض، والتطبيقات المبتكرة لعلم الأدوية (الفارماكولوجيا) والعلوم الفيزيائية، بالإضافة إلى رغبة المرضى المستنيرين في الانخراط ضمن تجارب واسعة النطاق للعلاجات الواعدة.

وخلال العام الذي ولدت فيه، وهو عام ١٩٣٠م، لم يكن يبقى على قيد الحياة لخمس سنين سوى واحد من بين كل خمسة مرضى يتم تشخيصهم. وبحلول عقد الأربعينيات، كان المعدل قد وصل إلى واحد من بين كل أربعة مرضى. وقد بدأ الإحساس بقدرات العلوم الطبية الأحيائية الحديثة خلال عقد الستينيات، عندما بلغت نسبة الناجين واحدًا من بين كل ثلاثة مرضى. أما في وقتنا الحاضر، يعيش ٤٠٪ من جميع مرضى السرطان لأكثر من خمس سنوات بعد التشخيص؛ ومن خلال الاعتبارات الإحصائية المدروسة لأولئك الذين يموتون بفعل سبب آخر لا علاقة له بالسرطان، مثل أمراض القلب أو السكتة الدماغية، نجد أن نحو ٥٠٪ من المرضى يبقون على قيد الحياة لفترة مماثلة على الأقل. ومن المعروف جيدًا أن أولئك الذين يبلغون علامة السنوات الخمس الخالية من المرض،

يواجهون احتمالات متناقضة بصورة هائلة لانتكاس مرضهم الخبيث في نهاية الأمر. وقد تحققت جميع أوجه ذلك التقدم تقريباً، من خلال مزيج من التشخيص المبكر وتحسُّن أنماط المعالجة كنتيجة لتلك العوامل التي سردناها في الفقرة السابقة. ويحمل تطور سبل العلاج واحتمالية نجاح تلك المعالجات المبتكرة التي تظهر باستمرار ضد الأمراض المتقدمة، أملاً جديداً لمرضى اليوم بالسرطان. وأحياناً ما يكون مثل هذا الأمل، بصورة عكسية — وأحياناً مأسوية — هو الشيء نفسه الذي يؤدي لوقوع بعض العضلات المشبعة بالخطأ، والتي يتوجب مواجهتها اليوم على المرضى وأطبائهم.

وتشتمل فترة عملي المهنية كطبيب ممارس على فترة بدأ فيها المجتمع العلمي يحس بتوقع عقلائي بأنه سيثبت أن الأمراض الخبيثة قابلة للمعالجة، وقد انبنى ذلك الإحساس على فهم البيولوجيا الخلوية بدلاً من التبسيط المفرط بالجراحة، والذي استُخدم منذ القَدَم. ومع التعرف على الكثير مما يتعلق بالخلية السرطانية، استُحدثت طرق جديدة ومتزايدة الفاعلية لمواجهة أوجه تدميرها الجامحة. وباعتبار التفاؤل وليد النجاحات العلاجية، فقد ظهر غرور راسخ، والذي أحياناً ما يتخطى حدود العقلانية المنطقية، يتم التعبير عنه من خلال فلسفة أن العلاج لا بد من أن يستمر حتى يمكن إثبات عدم جدواه، أو على الأقل حتى يثبت ذلك بصورة تُرضي الطبيب المعالج.

لكن حدود عدم الجدوى الطبية (*Medical futility*)، على كل حال، لم تُحدّد بصورة واضحة على الإطلاق، كما يمكن أن نتمادى إلى القول بأن ذلك لن يتم تحديده أبداً. وربما لذلك السبب ظهر بين الأطباء اقتناع راسخ — أو أكثر من مجرد اقتناع، فكثير منهم يعتبره الآن مسئولية — بأنه إذا حدث خطأ في علاج المريض، فلا بد أن يحدث ذلك في جانب زيادة الفعل، لا نقصه. ومن المرجح أن يخدم فعل المزيد حاجات الطبيب بدلاً من حاجات المريض. فكثيراً ما يدفع النجاح ذاته الذي تحققه معالجاته الباطنية،^١ بالطبيب للاعتقاد بمقدرته على فعل ما يتجاوز قدراته، وعلى إنقاذ أولئك الذين، لو تركوا لحكمهم الشخصي بعيداً عن أية مؤثرات، سيختارون ألا يتعرضوا لإنقاذه.

^١ Esoteric: أي التي لا يفهمها سوى الخاصة. (المترجم)

الفصل الحادي عشر

الأمل ومريض السرطان

لا يتعلم الطبيب الشاب درسًا يزيد أهمية عن تلك النصيحة التي تخبره بألا يسمح لمريضه بأن يفقد الأمل على الإطلاق، حتى ولو كان من الواضح أنه في طور الاحتضار. ومن مضامين تلك الموعظة التي تتردد كثيرًا، استنباط أن المصدر الذي يستمد منه المريض الأمل هو الطبيب ذاته، وما يطلبه من مصادر أخرى؛ وبذلك فلا يملك سوى الطبيب قوة منح الأمل، أو إمساكه، أو حتى سلبه. وهناك قدر كبير من الحقيقة في ذلك الافتراض، لكنه ليس كل شيء. فما يتخطى حدود المؤسسة الطبية — وما يتخطى حدود حتى قدرات طبيب المرء الخاص، مهما كانت درجة تلطفه — هي تلك القوة التي تنتمي بحق للمريض ومن يحبونه. وسأكتب في هذا الفصل والتالي له، عن أناس في المرحلة النهائية من السرطان، وعن بعض أنماط الأمل الخاصة بهم، وكيف رأيت حالتهم الصحية وهي تتحسن، أو تزداد سوءًا، وأحيانًا كانوا يتحطمون كلية.

والأمل كلمة صعبة الفهم (Abstract). وفي الواقع إنها أكثر من مجرد كلمة؛ فالأمل مفهوم غامض المعنى (Abstruse)، فهو يعني بالنسبة لكلِّ منا أشياء مختلفة خلال الأوقات والظروف المختلفة التي تمر بها حياة كلِّ منا. وحتى السياسيون يدركون سيطرته على الذهن البشري، وعلى أذهان الناخبين.

وعند تصفحي لنسختي من قاموس وبستر غير المختصر (*Webster's unabridged*)، وجدت خمسة تفسيرات منفصلة لمعنى اسم الأمل (noun) (*hope*)، وذلك باستثناء المرادفات. وتتراوح المعاني المذكورة بين «الحد الأقصى للتوقعات المعقولة»، وبين التوقعات التي هي «ضئيلة على الأقل». وتجد عند مدخول آخر مثالًا لاستخدام الأمل كفعل لازم (غير متعدٍّ: Intransitive verb)، وهنا قد يقع لب الموضوع بالنسبة للكثير من المرضى الذين يعالجون السرطان في مراحله النهائية: «أن تأمل ضد الأمل»، والذي وصفه واضعو

المعجم بكونه «التمسك بالأمل بالرغم من أنه يبدو دون أساس من الواقع.» وليس للطبيب التزام أعظم من التيقن من أنه ليس هناك أمل بدون أساس من الواقع، ما دام قد أعطى مريضه أسباباً تدعوه للإيمان به.

وعند استشارة قاموس أكسفورد للغة الإنجليزية (Oxford English Dictionary)، لن تجد أقل من ستين مثالاً لتوضيح الاستخدامات المتنوعة لذلك الاسم. وفي الواقع إن الأمل ينبع سرمدياً، إن لم يكن في الصدر البشري، فعلى الأقل في الغريزة البشرية، من أجل إيجاد كلمة تعني «ما اخترتها من أجل أن تعنيه تماماً، لا أكثر ولا أقل» كما أعلنها «لأليس» باحتقار «هَمَّتِي دَمَّتِي»^١ وربما كان أفضل تعبير عن المعاني التي يحملها الأمل، هو ما كتبه صامويل جونسون — وهو أعظم حجج بريطانيا في معاني الكلمات — حيث قال: «إن الأمل في حد ذاته، هو نوع فريد من السعادة، وربما كان ذلك هو السعادة الرئيسية التي يقدمها هذا العالم.»

وتحتفظ جميع تعريفات الأمل بشيء مشترك وحيد: فهي تتناول تَوْقٌ خير لم يحدث بعد، وهو إدراك لحالة مستقبلية سيتم خلالها تحقيق هدف مرجو. وفي مقطع شديد التبصر من كتابه المَعْنُون «طبيعة العذاب» (The Nature of Suffering)، كتب عالم الإنسانيات الطبية (Medical humanist)، إريك كاسل (Cassell)، بحساسية شديدة عن معنى الأمل خلال فترات الإصابة بأمراض خطيرة: «ينتج الحزن الشديد عن فقدان ذلك المستقبل؛ أي مستقبل الشخص المنفرد، ومستقبل الأطفال، ومستقبل الأحباب. ويوجد الأمل ضمن ذلك البُعد (dimension) من الوجود. ويُعد الأمل من المتطلبات الضرورية للحياة الناجحة.»

ويمكنني أن أجادل بأنه من بين الأنواع العديدة للأمل التي يمكن للطبيب أن يساعد مريضه في العثور عليها قُرب نهاية حياته، نجد أن ذلك النوع الذي يضم بقية الأنواع الأخرى مجتمعة، هو الاعتقاد بأنه يمكن تحقيق نصر نهائي، يقهر وعده ذلك القُرب من العذاب والأسى. وفي كثير من الأحيان يُسيء الأطباء فهم مكونات الأمل، باعتقادهم أن ذلك يشير فقط للشفاء أو لفتور المرض. وهم يشعرون بأنه من الضروري أن ينقلوا إلى المريض الذي أقعده السرطان، بالاستنباط إن لم يكن بالتقرير الفعلي، تلك الرسالة

^١ Humpty Dumpty: شخصية خيالية شبيهة بالبيضة في روايات الأطفال، سقطت من فوق جدار ولم تستطع أن تلم شتاتها مرة أخرى، في رواية لويس كارول «أليس في بلاد العجائب». (المترجم)

الخاطئة بأنه لا يزال بالإمكان الحصول على أشهر أو سنوات من الحياة الخالية من الأعراض المرضية. وعندما يُسأل طبيب تأمُّ الأمانة واللفظ، فيما عدا ذلك، عن سبب إقدامه على ذلك، فمن المرجح أن تكون إجابته ضرباً من القول بأن ذلك «لأنني لا أريد أن أسلبه أمله الوحيد». ويتم ذلك مع وجود أفضل النوايا الحسنة، لكن الجحيم الذي عبّدت تلك النوايا الحسنة الطريق المؤدية إليه، يصبح في كثير من الأحيان جحيم العذاب الذي يجب على الشخص المغرّر به أن يقطعه، قبل أن يستسلم للموت المحتوم.

وأحياناً ما يُغري الطبيب نفسه من أجل أن يحافظ حقيقةً على أمله هو، باعتماد خطة عمل تبدو احتمالات نجاحها أقل بكثير من أن تبرر الشروع في تنفيذها. فبدلاً من البحث عن طرق لمساعدة مريضه على مواجهة واقع أن حياته لا بد أن تنتهي سريعاً، يشغل الطبيب مريضاً شديد الاعتلال، كما يشغل نفسه، بنوع من «فعل شيء ما» طبي، من أجل إنكار الحضور الوشيك للوفاة. وتمثل تلك واحدة من الطرق التي تُظهر بها مهنته ذلك الرفض الحالي للمجتمع بأسره للاعتراف بوجود سطوة الموت، وربما لإنكار حتى وجود الموت ذاته. وفي تلك الأحوال، يعمد الطبيب عادةً إلى فعل تأجيلي عقيم، يستغل ما أسماه واحد من كبار أطباء الجيل السابق، وهو الدكتور وليام بين (Bean) من جامعة أيوا: «تلك الأجهزة المشغولة للطب العلمي، والتي تحتفظ بالظل غير محدد المعالم للحياة متراقصاً، عندما يكون الأمل قد فُقد كلية. وقد يؤدي ذلك إلى اعتماد أكثر المحاولات مبالغاً وسخافة من تلك التي تهدف للإبقاء على وجود بعض الآثار الدالة على وجود الحياة، بينما الموت النهائي والكامل محبط أو ممتنع الحدوث لفترة مؤقتة فقط.»

ولم يكن الدكتور بين يعني هنا مجرد أجهزة التنفس الصناعي (respirators) وغيرها من أجهزة المحافظة على الحياة اصطناعياً، بل للمدى الكلي للحيل التي نحاول من خلالها أن نشيح بأعيننا بعيداً عن حقيقة أن الطبيعة تنتصر في النهاية دائماً. وهذا هو الأمل الذي لا سند له من الواقع، والذي ينافي التوقعات، وقد كان ذلك «الأمل ضد الأمل» هو ما استسلمت له منذ سنوات قلائل، عندما تم تشخيص شقيقي الوحيد للإصابة بسرطان الأمعاء واسع النقاثل.

كان هارفي نولاند رجلاً صحيح البدن في الثانية والستين من عمره، وأحياناً كان يزور عيادة الطبيب عندما كانت تقلقه شكوى مرضية بعينها، ولكنه — فيما عدا ذلك — لم يكن يميل للخضوع للفحوصات الطبية. كان يحمل من عشرة إلى خمسة عشر رطلاً إضافياً فوق هيكله المكتنز، لكنه كان بالكاد يُعتبر بدينًا. كان عمله كشريك تنفيذي في

إحدى شركات المحاسبة الكبرى في نيويورك مصدرًا عظيمًا لسروره ورضاه، بالرغم من أنه كان يتطلب ساعات عمل طويلة ومسئولية جسيمة، ومع ذلك، فلم يكن العمل هو مركز حياة شقيقي. كانت سعادة هارفي تُستثمر في أسرته. وهو لم يتزوج حتى بلغ نهاية العقد الرابع من عمره، ولم يصبح أبًا إلا بعد أن تخطى سن الأربعين. وربما كان ذلك — بالإضافة إلى الطبيعة المضطربة لحياة كلٍّ منا أثناء نضوجنا أنا وهو — هو سبب كون قُرب أفراد أسرته من بعضهم البعض أصبح أهم حقيقة في حياته تقريبًا كما لو كان ذلك مقدسًا لكونه أتى إليه كنعمة متأخرة.

وفي ذات صباح من شهر نوفمبر من عام ١٩٨٩م، اتصل بي هارفي عبر الهاتف ليخبرني بأنه كان يعاني من اضطرابات وآلام هضمية منذ أسابيع عدة، وأن طبيبه قد اكتشف في الأمسية السابقة وجود ورم في الجانب الأيمن من بطنه. وكان من المقرر أن تُجرى له صورٌ بالأشعة السينية في وقت لاحق من ذلك اليوم، وذلك للتيقن من التشخيص، ولذلك أراد أن يحيطني علمًا بما كان يجري. حاول أن يتحدث معي بطريقة الأمر الواقع، لكننا مررنا بالكثير معًا بحيث لم يكن بوسعه أن يخدعني. كما أنه لم يندفع بتلك الكلمات المطمئنة التي تمكنت من النطق بها. فحتى ذلك الذي كان من أكثر الرجال سذاجة، لم يكن بالإمكان إخراجه من قلقه بالحديث المعسول. كان الواحد منا يستشف ما في مخيلة الآخر، كما يفعل الأشقاء عادة، لكنني الوحيد — منا — الذي عرّفت بالتحديد قدر السوء الذي قد ينطوي عليه مثل هذا التشخيص. كان وجود كتلة مؤلمة في رجل في الثانية والستين من العمر، مع وجود مشكلات هضمية وتاريخ عائلي للإصابة بسرطان الأمعاء، سيثبت بصورة شبه مؤكدة أنه ورم خبيث يسد الأمعاء جزئيًا، وأنه من المرجح أن يكون مثل هذا السرطان قد بلغ من التقدم مرحلة تستحيل فيها المعالجة الفعالة.

أكّدت الأشعة السينية صدق مخاوفي، فتم إدخال هارفي إلى مستشفى جامعي كبير. اختار ذلك المركز الطبي لأن عمله كان قد أتاح له فرصة التعامل مع أحد كبار أعضاء قسم الجهاز الهضمي هناك. وكان الجراح الذي رشحته بعيدًا عن المستشفى لحضور مؤتمر طبي، كما بدا أن الاكتمال الوشيك لانسداد الأمعاء يحتم التدخل الجراحي الفوري. وعلى ذلك، أجرى العملية الجراحية رجل غير معروف شخصيًا بالنسبة لي، لكن طبيب الجهاز الهضمي المعالج كان أثنى على براعته كثيرًا. وُجد أن هارفي مصاب بسرطان شديد الضخامة في الأمعاء، والذي غزا الأنسجة المحيطة بالقسم الأيمن من القولون، بالإضافة إلى جميع العقد اللمفاوية التي تصرّفه تقريبًا. كان الورم قد رسّب كتلًا منه في العديد

من الأسطح والأنسجة داخل التجويف البطني، كما أصاب بالنقائل ستة مواضع على الأقل في الكبد، كما أغرق ساحة جريمته كلها في ملء البطن من السائل المشبع بالخلايا السرطانية، فلم يكن من الممكن أن تكون الموجودات أسوأ من ذلك على الإطلاق.

وبطريقة ما، تمكّن فريق الجراحين من إزالة ذلك الجزء من الأمعاء الذي نشأ فيه الورم أولاً، وبذلك أمكن تخطي الانسداد المعوي الذي كان يعاني منه هارفي. لكنه كان من المحتم أن تترك بقية الكتل السرطانية في أماكنها، في كثير من الأنسجة وفي الكبد. وما إن تماثل هارفي للشفاء من آثار العملية الجراحية، حتى كان عليّ تناول موضوعين توعمين هما الصدق والمعالجة. كان عليّ أن أتخذ القرارات بنفسني، وذلك لأنه كان من الواضح أن شقيقي سينفذ ما أشير به عليه، لكن كيف يمكن لي أن أكون موضوعياً في محاولة اتخاذ الأحكام السريرية على من يجري في عروقه دمي؟ ومع ذلك، فلم أستطع تجاهل مسؤولياتي بالتحجج بعاطفية الأخ الأصغر الذي عرّف أن أول أصدقاء طفولته بسبيله للموت. كان فعل ذلك بمثابة نوع من التخلي، ليس عن هارفي وحده، بل وأيضاً عن زوجته لوريتا، وابنيهما اللذين بلغا عمر الدراسة الجامعية.

لم يكن هناك أي احتمال بوجود توجيه، أو حتى فهم، من قبل أطباء هارفي، والذين كانوا في ذلك الحين قد أظهروا أنهم لامبالون بصورة غير قابلة للتأثر، إضافة إلى كونهم متوقعين على أنفسهم. بدا أولئك بعيدين تماماً عن حقيقة مشاعرهم الشخصية، ناهيك عن الإحساس بأيّ من مشاعرنا نحن. وعندما كنت أراهم يخطرون بتصنّع للأهمية من غرفة لأخرى خلال جولاتهم المتعجلة على المرضى، كنت أحس داخل نفسي بشعور أشبه ما يكون بالامتنان لتلك المآسي التي مرت بها في حياتي، والتي جعلتني مختلفاً عنهم. أقنعتني عقود من مراقبة الاختصاصيين الجامعيين رفيعي التدريب، والذين هم زملائي، بحساسية الغالبية وبانعزالية الأقلية النسبية منهم. وفي هذا الموقع، تبدو القلة القليلة مسئولة عن إعداد مسرح الأحداث.

ولوجود ذلك الحمل فوق كتفيّ، اقترفت سلسلة من الأخطاء. لكن كوني ارتكبتها مع وجود ما كان يبدو كأفضل النوايا الحسنة، لا يلطف من حدة ما أشعر به حيالها عند التذكر. وأصبحت مقتنعة بأن إخبار شقيقي بالحقيقة المطلقة «سيسلبه أمله الوحيد». ومع ذلك، فقد فعلت الشيء نفسه الذي حذّرت الآخرين من فعله.

كانت عينا هارفي شديدي الزرقة. وكذلك عينااي وأعين جميع أبنائي الأربعة. وعيوننا الزرقاء تلك، هي ميراثنا من والدتي. وفي كل مرة كنت أزور فيها شقيقي خلال الأسبوع

الأول من تلك الأسابيع الطويلة الثلاثة التالية للعملية الجراحية والتي قضاهما في المستشفى، كانت حدقتا عينيه متضيقتين إلى حجم رأس الدبوس (pin point) بفعل المورفين وغيره من العقاقير المنومة، والتي فرضها ذلك الألم الذي لا يلين والناجم عن البضع الجراحي الذي امتد من حواف الضلوع إلى منطقة العانة (ribs-to pubis incision). وبالرغم من أنه كان مصاباً بقصر النظر الشديد، فإنه نادراً ما كان يضع نظاراته في ذلك الوقت، ورأيت في تلك العينين بلونهما الأزرق الرائع، نظرة لم أرها في عينيه منذ كنا طفلين نلعب «البيسبول» في حي برونكس، خلال تلك الساعات القليلة من الراحة التي كنا نحصل عليها قبل توجهنا لعملنا بعد انتهاء الدوام المدرسي. أعاد المرض لهارفي، بصورة ما، تلك البراءة القديمة التي كان عليها في أوائل سني مراهقته، بالإضافة إلى ثقته. بدا كمن عاد إلى صباه مجدداً، أي ذلك الأخ الأكبر الذي طالما لجأت إليه طلباً للمشورة والمساعدة. أما أنا، وأنا في عنفوان صحتي، فبقيت رجلاً ناضجاً كما أنا. وعزمت خلال تلك الأيام التالية للعملية، على أن أتولى حماية شقيقي من الكُرب الذي يتعذب به من يدركون أن لا أمل في الشفاء. وبنظرة استرجاعية، أدركت الآن أنني كنت أحاول أن أحمي نفسي أيضاً.

ولست على علم بوجود أي نوع من العلاج الكيميائي، أو المناعي، يمكنه أن يوقف مسيرة السرطان المتقدم. وفي مدينة نيو هافن «ناقشت الحالة» (وهي كناية عما قمت به بالفعل، وهو مسح أدمغة علماء الأورام خلال بحثي عن معجزة) مع الزملاء. وحاولت في أحيان كثيرة أن أناقش الأمر مع أطباء هارفي، وهو ما وجدت أنه اختبار في تحمّل الإحباط ودرس في العجرفة الطبية. وقد سمعت عن علاج تجريبي جديد يستغل مزيجاً غريباً من عقَّارين اثنين بطريقة لم تُستخدم من قبل. ويثبط العقَّار الأول — وهو ٥-فلورويوراسيل (5-fluorouracil) — تلك العمليات الاستقلابية الخاصة بالخلايا السرطانية. أما الثاني — وهو الإنترفيرون (Interferon) — فهو يُظهر وجود خواص مضادة للأورام بطرق لم يتم فهمها تماماً حتى الآن. قلل برنامج العلاج بهذين العقَّارين من حجم كتلة الورم في أحد عشر من بين تسعة عشر مريضاً، وهم يمثلون المجموعة الوحيدة، من أي حجم كانت، والتي أخضعت لهذا العلاج الجديد الذي لم يحقق الشفاء في أي من أولئك المرضى. وعانت تلك المجموعة الصغيرة من المرضى المعالجين، من تشكيلة من الآثار الجانبية الكبرى، كما كانت هناك وفاة ناتجة عن ذلك العلاج الكيميائي.

بحثت في مستشفى هارفي عن ذلك الطبيب الذي يتمتع بالخبرة في ذلك العلاج التركيبي. وتركت لغرائزي كأخ أن تقهر حكمي كجراح قضى حياته المهنية في معالجة

المصابين بذلك المرض المميت. ولكن ما الذي أقنعني بأن مصادفة طبية فريدة قد حدثت بصورة ما، من أجل حلّ ما، كان ذهني المنطقي يعلم بأنه غير قابل للحل؟ هل فكّرت حقيقةً في أن هناك شفاءً محتملاً، أو حتى علاجاً تلطيفياً معقولاً، ظهر بصورة سحرية في نفس تلك اللحظة التي اكتُشف فيها أن شقيقي مصاب بسرطان كنت أعرف أنه يتخطى الحدود القصوى لأي علاج كان؟ وعند التفكير فيما حدث، أجد أنني لست على يقين مما اعتقدت بوجوده وقتها. ويبدو أنني كنت مدفوعاً فقط بعجزتي عن أن أخبر هارفي بحقيقة مستقبلية مرضه.

لم أقوَ على مواجهة شقيقي، والنطق بتلك الكلمات التي توجّب أن تقال؛ فلم أستطع تحمّل ذلك الحِمْل الوشيك بإيذائه، ولذلك استبدلت احتمال الراحة التي قد تصاحب الوفاة غير المتوقعة، بذلك «الأمل» الذي يساء فهمه، والذي اعتقدت بأني أمنحه له.

نظرت إلى هاتين العينين الصبائيتين الواثقتين الزرقاوين، فرأيت شقيقي يسألني الخلاص. كنت أعرف أنني غير قادر على توفير ذلك الخلاص، لكنني كنت أعلم أيضاً أنني لن أستطيع أن أدفع نفسي لحرمانه من ذلك الأمل الذي كنت أشعر أحياناً باحتمال تحقيقه. تحدثت معه عن السرطان الذي أصاب قُلولونه، وعن النقائل التي أصابت الكبد، لكنني اخترت ألا أكشف له عن المدى الذي بلغته الرسوبات السرطانية في أجزاء الجسم الأخرى، ولا عن أهمية ذلك السائل. ولم أفكر في أي وقت من الأوقات أن أشركه فيما كنت أعرف أنه المستقبلية المؤكدة تقريباً بأنه لن يبقى على قيد الحياة حتى الصيف المقبل. وبكل الصور الممكنة، رجعت إلى تلك الحكمة الأبوية (Paternalistic) المساء فهمها لأولئك الأساتذة الجامعيين الذين علّموني منذ جيل مضى، والتي تقول: «شارك الآخرين في أوجه تفاؤلك، واحتفظ بأوجه تشاؤمك لنفسك.»

وخلال كل ما ذكرته، كنت أتناول دلائلي من عيني هارفي ومن كلماته. ولا يمكن لأي طبيب عالج مريض السرطان أن يُغفل على الإطلاق تلك القوة التي للآلية اللاشعورية التي نسميها بالإنكار (Denial)، والتي تمثل كلاً من الصديق والعدو بالنسبة للشخص الشديد الاعتلال. ويحمي الإنكار في الحين الذي يعوق فيه، كما يلطّف للحظة ما يجعله أكثر صعوبة في النهاية. وبقدر ما أؤمن محاولة الدكتور إليزابيث كوبلر روس (Kubler-Ross) لتصنيف سلسلة متتابعة من ردود الفعل تجاه التشخيص بالإصابة بمرض مميت، فكل طبيب متمرس يعرف جيداً أن بعض المرضى لا يزيد على الإطلاق، صراحة على الأقل، عن حدود الإنكار، بينما يحتفظ كثيرون غيرهم بجزء كبير منه حتى النهاية، على الرغم

من جميع الجهود التي قد يبذلها الطبيب في تفسير كل قضية في وقت ظهورها. وكثيراً ما يتم إنكار تلك التفسيرات ذاتها، والتي تتناول قوة تأثير الإنكار. كان هارفي نولاند يمتلك عقلاً رفيع الطراز، وأذنين مرهفتي السمع، ناهيك عن تلك البصيرة الثاقبة، والتي يتشارك فيها مع أولئك الذين اعتادوا على مواجهة الأزمات. ومع ذلك، كان عليّ — مراراً وتكراراً — أن أعود للوراء بفعل حجم إنكاره، حتى قرب أيامه الأخيرة. كان هناك شيء ما بداخله يرفض تصديق الأدلة التي تقوم حواسه بتجميعها. فقد أخمد صخب أمله في أن يعيش، توسلات أمله في أن يعرف.

ويُعد الإنكار واحداً من عاملين يتسببان بصورة هائلة في تعقيد نوايانا الحسنة، عندما نحاول — كأطباء أو كأحباء لشخص محتضر — أن نعتبره مشاركاً كاملاً في الخيارات التي يتوجب اتخاذها خلال الأيام المتبقية. والقليل فقط من المحتضرين، ممن يتمتعون بفهم واضح لحتمية العملية المرضية لديهم، لديهم الاستعداد لمغالبة تلك المحاولات البطولية والمؤهنة لمحاربة نهاية تبدو وشيكة. ومع ذلك، «فالفهم الواضح لحتمية العملية المرضية لديهم»، والذي يغرقه التعليل والمنطق أحياناً، بالإضافة إلى الإنكار الذي هو من العوامل الكبرى التي تعوق الطريق. والإنكار، على سبيل المثال، هو من العوامل المؤثرة في حدوث تلك التكرارية المدهشة التي يرفض بها المحتضرون مواجهة اقتراب الظروف التي كانوا يتوقعونها عندما وقّعوا، أثناء تمتعهم بالصحة، على توجيهات مسبقة تحظر إجراء المحاولات الكبرى للإنعاش. أما في وقت الأزمات الفعلية، فلن تجد من يريد لحياته أن تنتهي، ومن الطرق الجيدة التي يتجنبه بها العقل الواعي، هي أن ينكر العقل الباطن وجود ما يوشك أن يقع.

أما العائق الآخر في مواجهة المشاركة الكاملة، فهو رفض كثير من المرضى لممارسة حقهم في الفكر المستقل وتحديد المصير الذاتي. وبكلمات أخرى، للسيطرة على أنفسهم. استخدم المحلل النفسي والباحث القانوني، جاي كاتز (Katz)، اصطلاح الاستقلالية النفسية (*Psychological Autonomy*) للتعبير عن ذلك الحق في الاستقلالية. لكن كثيراً من المرضى الذين هدّتهم ويلات المرض أو قهرتهم ملابسات موقف مؤلم، سيكونون غير مستعدين أو غير قادرين عاطفياً، على الاستفادة من تلك الاستقلالية. فليس من السهل تناول الحاجة للرعاية والإعفاء من المسؤوليات تحت مثل هذه الظروف، كما أنها قد تؤدي إلى اعتماد قرارات خاطئة. لكنه من الممكن تلطيف حدة المشكلة إذا تأمل فيها كلٌّ من المريض ومقدمي الرعاية الصحية معاً. وعندما يتم ذلك، فسيقرر الرجل المحتضر أحياناً

أنه يريد المشاركة بصورة أكثر إيجابية مما كان يتصور من قبل. أما إذا لم يفعل ذلك، فيجب أن يُحترم ذلك أيضًا.

وفي محاولتي لفعل الشيء الصحيح بالنسبة لهارفي، أصبحت ما أرادني أن أكونه، فأشعبت بذلك الفعل كلاً من خياله نحوي، وخيالي أنا أيضاً؛ بكوني ذلك الشقيق الطفل الذكي الذي توجه للدراسة في كلية الطب، والذي كبر ليكون ذلك العرف الطبي الذي يعرف كل شيء، والذي يقدر على كل شيء. لم يكن بوسعي أن أحرمه من أمل كان يبدو أنه محتاج إليه. فتظاهرت بأنني سأقود قوى الطب الحديثة لإنقاذه من على حافة الموت. وهذه هي الصورة الذاتية شبه الواعية الأكثر انتشاراً بالنسبة لجميع الأطباء، التي أقنعتني عينا شقيقي بالاستسلام لها. وإذا كنت أكثر حكمة، أو لو استشرت أولئك الزملاء غير المهتمين، والذين كانوا يعرفونني جيداً، لكان من الممكن أن أدرك أن طريقتي في منح هارفي ذلك الأمل الذي طلبه، لم تكن مجرد خداع، بل — باعتبار ما كنا نعرفه وقتها عن سُمِّية تلك العقاقير الاختبارية — مصدرًا شبه مؤكد للألم الإضافي لكل منا.

استلزمت حالة هارفي الصحية إدخاله للمستشفى ثلاث مرات أخرى، خلال تلك الشهور العشرة التي بقي خلالها على قيد الحياة بعد العملية الجراحية. أُدخل المستشفى لمراقبة بداية العلاج الكيميائي. وعند اقتراب النهاية، كان عليه أن يعود إلى هناك عندما تسببت الرواسب السرطانية النامية في انسداد أمعائه مرة أخرى، بصورة كاملة في هذه المرة. انفك الانسداد تلقائياً، ليتيح له بالكاد تناول كميات من السوائل بالفم كافية لتجنب العملية الجراحية، لكنها غير كافية حتى للمحافظة على حالته الغذائية السابقة، والتي كانت متدهورة أساساً. وفي مثل صعوبة الفترة الأخيرة التي قضاها في المستشفى، كانت تلك الفترة السابقة لها، والتي تركت وراءها أقدس الذكريات.

كان ابن هارفي، سيث (Seth)، قد حصل على إجازة لمدة عام من دراسته للعمل في أحد الكيبوتزات^٢ في إسرائيل، لكنه عاد من هناك ليصبح مقدم الرعاية الرئيسي لوالده، نظراً لأن هارفي كان قد أصر على ألا تنقطع زوجته لوريتا عن عملها الصباحي في إحدى الكليات المجتمعية المحلية. اتصل بي سيث هاتفياً في مساء يوم الجمعة، ليخبرني بأن والده قد ظل ممدداً على إحدى النقلات خارج غرفة الطوارئ بالمستشفى ليومين، وهو يعاني من آثار السُمِّيات الدوائية الحادة، بينما كانت تعاوده حالة الغيبوبة بين الحين

^٢ Kibbutz: التعاونيات الزراعية بالعبرية. (المترجم)

والآخر. وكان سيث، ووالدته لوريتا وشقيقته سارة، يتناوبون البقاء بجوار هارفي، على الرغم من أنه كثيرًا ما لم يكن مدرّكًا لوجودهم. ولم يكن هناك أي سرير شاغر في أيٍّ من أدوار المبنى بأسره. وكانت الآثار السامة للأدوية — في صورة غثيان، وإسهال، وتثبيط قدرة نخاع العظم لإنتاج كريات الدم البيض — تمثل مشكلة منذ البداية، إلا إنها أصبحت في الآونة الأخيرة غير محكومة بصورة متزايدة. ومن الواضح أن الأمور أصبحت خارجة عن السيطرة في ذلك الوقت. كان الأستاذ الجامعي الذي هو طبيب الأورام المعالج لهارفي قد سافر بعيدًا لقضاء عطلة نهاية الأسبوع، في الحين الذي بدا فيه زملاؤه المتدربون غير مهتمين، أو غير قادرين على فعل الكثير، اللهم فيما عدا الأمر بتركيب محلول للتنقيط الوريدي.

عندما وصلت إلى المستشفى في الصباح التالي، وجدت كل شبر في غرفة الطوارئ المكتظة مشغولاً. كان هناك سبع نقالات على الأقل، ازدحم بها الممر الضيق، ورقد فوقها عدد من أكثر الناس الذين رأيتهم اعتلأً، منحشرين في منطقة واحدة صغيرة، وبدا أغلبهم مصاباً إما بالإيدز أو بسرطان في مراحله المتقدمة. وأثناء تلمّسي لطريقي بعناية عبر المسافات الضيقة الموجودة بين المرضى وبين أفراد أسرهم وأصدقائهم القلقين، نظرت لأعلى فرأيت ابن أخي يقف مكتئباً بقرب إحدى النقالات (gurney) التي كان أبوه الغائب عن الوعي راقداً فوقها. وعند أقدام النقالة، كانت ابنة أخي جالسة، وقد حدّبت ظهرها وهي تنظر إلى أرضية الغرفة. نظرت تجاهي وحاولت أن تحييني بابتسامة واهنة، لكن دموعها سبقتها فانهمرت على خديها.

وخلال تلك الأيام الثلاثة التي ظل هارفي خلالها يدلف داخلاً وخارجاً من حالة الغيبوبة في ذلك الدهليز الصاخب في المستشفى، بينما كانت حرارته تتراوح بين ١٠٢ و١٠٤ درجات فهرنهايت، وبالرغم من الجهود الشجاعة التي كانت تبذلها الممرضات المرهقات في محاولة منهن لتقديم حد أدنى من الرعاية على الأقل لكل شخص، وبالرغم من المساعدة التي قدمتها لهارفي زوجته وأبنائه، فقد ظل لفترات زمنية طويلة غارقاً في ذلك الإسهال السائل الذي كان ينساب منه تلقائياً من حين لآخر، كرد فعل للتأثير المدمر للعقاقير على جهازه الهضمي. وحتى تلك الفترات التي كان فيها فاقداً للوعي لم تكن صافية تماماً، ولم يكن في أغلب الأحيان مدرّكاً لا للبيئة المحيطة به ولا لحالته الصحية. تحدثت إلى الطبيبة المقيمة القلقة، والتي ظلت تنادي مكتب إدخال المرضى مراراً وتكراراً، محاولة أن تجد مكاناً لأكثر مرضاهم اعتلأً، فوافقت على القيام بمحاولة أخيرة، وشعرت بالسعادة لتلك الفرصة التي أُتيحت لي لاستخدام اتصالاتي الطبية في مساعدة

واحد منهم على الأقل في الحصول على سرير حقيقي. ولا بد أنها كانت نوبة عمل مسجل (Clerk) سريع التأثر، لأن الخطة قد آتت ثمارها. ففي خلال ساعتين، كان هارفي موجوداً في الطابق العلوي، في أحد طوابق الرعاية. وأثناء دفعنا لنقلاته نحو المصعد، اختلست نظرة أخيرة محملة بالشعور بالذنب باتجاه المسافة الواقعة بطول تلك التي أخليناها، حيث كان صبي منهك لا يزيد عمره كثيراً عن ابن أخي يرقد بين الحياة والموت على نقالة مغطاة ببطانية. كان يتحدث برقة إلى صديقه المرتجف، وهو شاب آخر يقترب من الموت بفعل الإيدز.

دفع هارفي ثمناً باهظاً في ذلك الوعد الذي لم يتحقق للأمل. منحتَه الفرصة لمحاولة تحقيق المستحيل، بالرغم من أنني كنت أعلم أن هذه المحاولة ستتم على حساب قدر هائل من العذاب. أما فيما يتعلق بشقيقي، فقد نسيت، أو على الأقل تناسيت، تلك الدروس التي تعلمتها من عقود من الخبرة العملية. وقبل ذلك بثلاثين سنة، عندما لم يكن قد بدأ استخدام العلاج الكيميائي، كان من المرجح أن يموت هارفي في نفس المدة تقريباً التي تُوفي خلالها في النهاية، بنفس الهزال الشديد «الحرَض»، والقصور الكبدي، واضطراب التوازن الكيميائي المزمّن، لكن وفاته كان من الممكن أن تخلو من الدمار الإضافي الذي نتج عن المعالجات الفاشلة، وعن ذلك المفهوم الخادع «للأمل» — والذي كنت متردداً في أن أسلبه وأسرته، بالإضافة إلى نفسي، إياه. وعندما كنت أوضح معدلات حدوث السُمّية الخطيرة لبعض أنواع العلاج اليائسة، والتي تُعتبر احتمالات نجاحها ضئيلة، اختار بعض مرضاي المصابين بسرطان متقدم، بحكمة، ألا يفعلوا شيئاً، ووجدوا أملهم بطرق أخرى. وبحلول الوقت الذي تعافى فيه هارفي من تلك النوبة التي كادت تودي بحياته، بدأت النقايل التي أصابت كبده — والتي استجابت في البداية للعلاج الجديد بالانكماش بمعدل ٥٠٪ — في التضخم من جديد. ولهذا السبب، وباعتبار حقيقة أن المناطق الأخرى المصابة بالورم لم تتوقف عن النمو على الإطلاق، كان من الواضح أنه لم يعد هناك أي مبرر لاستمرار العلاج الكيميائي. لذا فقد عاد إلى بيته لكي يموت هناك.

وعند تلك النقطة، تم استدعاء جمعية الرباط^٢ المحلية. كنت أحد أعضاء مجلس إدارة فرع جمعية الرباط لولاية كونكتيكت، واستفاد الكثير من مرضاي المصابين بالمراحل

^٢ Hospice: هيئة للرعاية الصحية تقوم بتوفير الزيارات المنزلية والإشراف على رعاية المصابين بأمراض في مراحلها الأخيرة. (المترجم)

النهائية للسرطان من الرعاية التي يقدمها أولئك الأطباء والممرضات المتفانون. وهدف أولئك هو الراحة، ويتضمن مفهومهم للراحة شمولية (Totality) حياة كل من مرضاهم وأفراد أسرهم. بدأ أعضاء جمعية الرباط المحلية عملهم على الفور، فأوضحوا للوريتا كيف يمكنها تنظيم شئون بيتها بطرق تصل بالضيق الذي يمكن أن يحس به هارفي إلى الحد الأدنى. كما تم تدريب سيث على تقديم الأدوية المضادة للألم وللغثيان، كما تعلم بعض التقنيات المفيدة في مساعدة والده على التنقل داخل المنزل.

كان من الضروري حجه في المستشفى مرة أخرى، عندما تسبب النمو المُطَرَّد للسرطان في انسداده أوعائه في النهاية. وبذلك أصبحت مناطق كثيرة من الأمعاء الدقيقة ملتصقة بتلك الكتلة الورمية المتنامية، لدرجة أصبحت الجراحة معها مستحيلة. وعندما بدا أن الموقف قد بلغ مداه، انفتحت الأمعاء تلقائيًا بدرجة تسمح بالكاد لإعادة هارفي إلى المنزل. وفي هذه المرة، طلبتُ الجراح الذي اخترته أول مرة ليتولى مسؤولية الحالة، وسأظل مدينًا له على الدوام بسبب منحه لكل منا إحساسًا بالالتزام واللفظ، بالإضافة إلى الحصافة.

وحتى مع الزيارات المتكررة لأفراد جمعية الرباط، والرعاية المتفانية التي كان يقدمها سيث، والذي أصبح وقتها رفيق هارفي الدائم، وممرضته أيضًا، ظل من الصعب السيطرة على الألم والضعف المتزايد اللذين كان يعالجهما هارفي. ولم يسمح ضيق المسلك الهضمي بالاحتفاظ إلا بقدر ضئيل من التغذية؛ أما العلاج فكان يُعطى عن طريق التحاميل (اللُّبوس: Suppositories). كان هارفي قد فقد بالفعل قدرًا كبيرًا من وزنه، لكن الحرَض الذي أصابه كان الآن يزداد سوءًا بسرعة.

وعندما كنت أتوجه لزيارته، كنت أجلس مع هارفي على الأريكة، حيث يحاول كل منا أن يرفع من معنويات صاحبه. وفي مرات قليلة، عندما كنت أنفرد به لفترة وجيزة، كنا نتحدث عن لوريتا وعن الأولاد، وعن كيف ستسير الأمور بعد وفاته. وأحيانًا كنا لا نتحدث عن ذلك المستقبل الذي سيفقده، بل عن ذلك الماضي البعيد الذي كان يبدو كالأمس، عندما كنا صبيين في حي برونكس نتحدث إلى جدتنا باللغة الليدية. ولَّت تلك المضايقات التافهة والمشاجرات التي كانت تحدث من آن لآخر، عندما يتزوج شقيقان يتمتع كل منهما بشخصية قوية، وتسير حياة كل منهما في اتجاه مختلف. ومما أراحني خلال تلك الأسابيع الأخيرة، أنني ذكَّرت هارفي بالأوقات العصيبة العديدة التي مرت بها منذ عقود عدة، عندما كان هو الشخص الوحيد الذي كان يعرف كيف يساعدني. فقبل

ذلك بأكثر من عشرين سنة، كنت قد هجرت كل ما يمتُّ لي في الحياة بصلة، وارتحلت إلى شاطئ كئيب بعيد، ولم أعد من هناك إلا لعلمي أنه لم يشك يوماً في أنني سأعود. ومهما كان التباعد الذي كان يقع بيننا أحياناً، فلم يشك أحدنا في محبة الآخر له، لكنه أصبح من المهم اليوم أن يُصرَّح بذلك كلُّ منا. كنت أقبِّله في كل مرة كنت أغادر فيها إلى نيو هافن، وكانت المرة الأخيرة قبل يومين من نهاية معاناته الطويلة، بهدوء وهو يرقد على نفس الفراش الذي تشاركه لسنوات طويلة مع زوجته لوريتا.

وخلال الأيام العديدة التي تلت مراسم الدفن، كنت أتوجه يومياً، مع سيث وسارة، لتلاوة الصلاة الجنائزية، القادش (Kaddish)، في الكنيس الذي توجهت إليه قبل أقل من سنتين لحضور حفل عشاء أقيم على شرف هارفي، بمناسبة انتهاء فترة عمله كرئيس للكنيس. كنت أحفظ كلمات الصلاة عن ظهر قلب، نظراً لأنني كثيراً ما احتجت إليها منذ ذلك الصباح البارد من شهر ديسمبر منذ ما يزيد على نصف القرن، عندما وقفت مع هارفي على حافة قبر والدتنا المفتوح، عندما ردَدناها لأول مرة.

في هذا العصر الذي يتميز بالتقدم التقني في المجالات الطبية الأحيائية، وحيث يتراقص أمام أعيننا بصورة يومية ذلك الاحتمال المستفز لوجود معجزات علاجية، يصبح إغراء رؤية الأمل في العلاج عظيماً، حتى في تلك المواقف التي تتطلب فيها الحصافة والمنطق عكس ذلك. وفي أحيان لا تحصى، يكون الاحتفاظ بذلك الأمل ضرباً من الخداع، والذي يثبت على المدى الطويل في أحيان أكثر كونه مضرّة (Diservice)، بدلاً من ذلك النصر الواعد الذي كان يبدو عليه في البداية.

ولست أول من نادى بأننا نحتاج كمرضى، وكأفراد في أسر المرضى، وحتى كأطباء، أن نجد الأمل بطرق أخرى، أي بطرق أكثر واقعية من السعي وراء تلك المعالجات الخادعة والمحفوفة بالمخاطر. وفي رعاية الحالات المرضية المتقدمة، سواء كانت تلك سرطاناتٍ أو غيرَها من القتلّة الراسخة العزم والثبات، يجب إعادة تعريف الأمل. وقد عرّفني بعض من أشد مرضاي اعتلاّلاً، عن أنماط الأمل التي يمكن أن توجد عندما يكون الموت مؤكّداً. وبوَدِّي لو تمكنت من تقرير أنه كان هناك الكثير من مثل أولئك الأشخاص، لكنه كان هناك، في واقع الأمر، قليل منهم فقط. ويبدو أن كل واحد منا تقريباً، يريد أن يحظى بفرصة من خلال تلك الإحصائيات الواهية التي يقدمها أطباء الأورام للمصابين بأمراض متقدمة. وهم عادةً ما يتعذبون من أجل ذلك، ويرقدون منهكين طوال أشهر حياتهم الأخيرة من أجله، لكنهم يموتون على أي حال، بعد أن تسببوا في تضخيم تلك الأحمال التي

يتوجب عليهم، وعلى أحبائهم، أن يحملوها على أكتافهم نحو اللحظات الأخيرة. وبالرغم من أن أي إنسان قد يتوق إلى موت هادئ، فإن الغريزة الأساسية للبقاء على قيد الحياة تُعتبر قوة أشد تأثيرًا بكثير.

منذ نحو عشر سنوات، توليت رعاية رجل قاده يأسه وخوفه الشديد من العلاج إلى البحث عن الأمل بطرق أخرى غير الجهود الطبية. تخلى عن احتمال الشفاء وأصبح راضخًا لحتمية وفاته، أو على الأقل مصممًا على أنه إذا كانت هناك معجزات بسبيلها للحدوث، فستأتي من داخله هو، وليس من طبيب أورام متحمس.

كان روبرت دي ماتيس محامياً وزعيماً سياسياً في إحدى مدن كونكتيكت الصغيرة في التاسعة والأربعين من عمره، كما كان يرتعب من الأطباء. وقبل ذلك بأربع عشرة سنة، كنت قد عالجت من إصابات شديدة أُلِّت به نتيجة لحادث سيارة، وذُهِلت من عدم قدرته، خلال فترة حجزه في المستشفى، على احتمال الضيق البسيط، أو حتى مجرد احتمال حدوثه. ولم يُخَفَّف كون زوجته، كارولين، ممرضة — ولو ذرة — من القلق الذي كان يغمره بصورة واضحة لمجرد اقتراب شخص يرتدي معطف الأطباء الأبيض. أخبرني كارولين ذات مرة بأنه اعتاد على أن يُصر على أن تبذل زي عملها قبل أن تغادر المستشفى الذي تعمل به، لأن رؤية ذلك المعطف الأبيض في منزله سيصيبه بالرعب.

كان بوب من نوع الرجال الذين لا تُوجَّه إليهم الأوامر. بدا أنه فخور بعناده، ومن بين خصائص هذه الشخصية إهماله التام لصحته. ولم يكتفِ بإهمال صحته فحسب، بل وأهمل كل ما يتعلق بجسده، باستثناء شهيته الهائلة للطعام الجيد. وبالرغم من أن طوله كان خمسة أقدام وثمانين بوصة (١٧٠ سم) فقد بلغ وزنه ٣٢٠ رطلاً (١٤٥ كجم). وبالنسبة لأفراد أسرته، ودائرة كبيرة من الأصدقاء، وأهالي البلدة الكثيرين الذين كانوا يلجئون إليه لحل مشاكلهم، كان ذلك الرجل الذي يبدو كارهاً للبشر، يُعد رجلاً عطوف القلب أليف المعشر. ومع ذلك، كان للنظرة الأولى إليه تأثير مجبرٍ لَحَوْر القلب. كان حاداً في ولائه، كما كان في مشاجراته؛ فهو رجل اعتاد على الاحترام. نتج عن الطبيعة البشعة لصوته الحصيب (Gravelly) المنخفض النبرات، أن كانت حتى كلماته الرقيقة تبدو كهدير الرعد.

ولم يكن يبدو من مظهر بوب أنه كان من ذلك النوع الذي يمكن أن ترتعد فرائصه لمراى شابة تحمل بيدها حقنة تحت-جلدية (Hypodermic). وكان يضحك من خوفه هذا، لكن ذلك كان أحياناً يعوق تقديم الرعاية الطبية الملائمة له، كما منعني غير مرة، أثناء حجزه في المستشفى بعد تعرضه للحادث، من معالجة جروحه بطريقة صحيحة.

ومع وجود كل هذه الذكريات من سن الرابعة عشرة في الخلفية، فلم أشعر بالسعادة عندما اتصل بي طبيب بوب في إحدى الأمسيات من منتصف شهر مايو. تم حجز بوب في ذلك الصباح بعد أن تبرز كمية كبيرة من الدم الطازج، وكان يُجرى له نقل الدم في جناح الأمراض الباطنية. وعندما رأيته، كان منظره يوحي بدليل مثير جعلني أظن أنه ظل ينزف كميات ضئيلة من الدماء خلال الشهور القليلة الماضية، قبل أن يصيبه ذلك النزيف الحالي الحاد. قرر بأنه ظل يعاني من ألم بطني متزايد السوء تدريجياً منذ شهر فبراير. وقرر أيضاً وجود اختلاف طفيف، لكنه محدد، في رائحة برازه. ولم يتغير اللون، لكن الرائحة الجديدة كانت من الوضوح بحيث لا تخطئها الأنف، كانت ناتجة عن وجود الدم في البراز. وقبل شهر، عندما أفلحت كارولين في النهاية في حمله على زيارة طبيب الأمراض الباطنية، برغم تدمره طيلة الطريق إلى العيادة، أجريت له سلسلة من الصور الشعاعية، والتي أظهرت وجود تآكل سطحي في «الاثنا عشري» (Duodenum)، ولكن لم تكن هناك قرحة. وقد لوحظ وجود بعض التغلظ في الصمام اللفائفي الأعوري (ileocecal valve)، وهو النقطة التي تدخل فيها الأمعاء الدقيقة إلى القولون. وشعر بوب بالاطمئنان لأنه لم يُعثر على أي ورم.

توقف النزيف الحاد في غضون ساعات قلائل من حجز بوب في مستشفى جامعة بيل بمدينة نيو هافن، وكان من الممكن إجراء تقييم كامل لحالة جهازه الهضمي. تم تركيز الانتباه على القولون، عوضاً عن القسم العلوي من القناة المعوية، نظراً للتغلظ الفريد الذي ظهر في صور الأشعة السينية، بالإضافة إلى القليل من العلامات الجسدية. ولم تعترنا الدهشة عندما لم يُظهر التنظير الليفي الضوئي المعروف بمنظار القولون (Colonoscope)، وجود تغلظ — بل ورم — عند الصمام اللفائفي الأعوري.

تفاعل بوب، كما كان متوقعاً، بصورة هستيرية، عندما علم بأنه سيحتاج إلى إجراء عملية جراحية رفض إجراءها بإصرار شديد. وعندما هدأ قليلاً، بدأ في التذمر والشكوى، بل وفي توجيه السباب قليلاً، لكن الإلحاح الصبور لزوجته أقنعه بالموافقة في النهاية. ولست أعتقد بأنني اصطحبت إنساناً أكثر ذعراً منه إلى غرفة العمليات. وأحاول دائماً أن أبقى بجانب المريض في أثناء تخديره، بحيث أستطيع التحدث إليه والإمسك بيده، لكن البقاء بجوار بوب كان تجربة جديدة عليّ تماماً. وبعد ذلك، كان عليّ أن أدلك أصابعي لدقائق عدة قبل أن أبدأ بالتعقيم، نظراً لأنه قام على ما يبدو بعصرها لدرجة أوقفت جريان الدم خلالها، عند ذلك الوقت الذي استسلم فيه للتخدير متردداً.

أصابنا ما رأيناه خلال الجراحة بالصدمة. كنت أتوقع أن أجد ورمًا صغيرًا نسبيًا أصيب بالتقرح بصورة تكفي بالكاد للتسبب في النزيف، لكن ما فوجئت به لم يكن يقل عن كونه (وأنا أنقل هنا ما كُتب في تقرير تشريح ما بعد الوفاة) «سرطانة غُدِّيَّة حَرَشَفِيَّة (Adenosquamous) أولية فقيرة التمايز، بدأت في جزء من الأعور ملاصق للصمام اللفائفي الأعوري، وتُظهر غزوًا عبر الجدار (Transmural) إلى الدهن حول القولوني (pericolonic)، مع إصابات لمفاوية ووعائية متوسعة، بالإضافة إلى وجود النقائل في ثمانية من أصل سبع عشرة عقدة لمفاوية.» وقد كان مركز الورم منتخرًا (necrotic) ومتقرحًا في العمق، مما سبَّب تلك النوبة من النزيف الحاد.

وبالرغم من أنه لم يكن هناك حتى الآن دليل مرئي على وجود نقائل بعيدة، فإنه كان من الواضح أن السرطان الذي أصاب بوب كان شديد الشراسة. ومع وجود هذا الغزو المتوسع للأوعية الدموية والقنوات اللمفية، كان وجود أعداد كبيرة من الخلايا السرطانية في الدوران الدموي حقيقة مؤكدة. وكان من المؤكد بنفس الدرجة تقريبًا، أنه كانت هناك بالفعل بعض الرسوبات السرطانية في الكبد، والتي كانت إما لا تزال مجهرية، وإما أنها كانت تقع ببساطة أعمق من أن يمكن تحسسها بالفحص السريري. وكانت مجرد مسألة وقت، قبل أن تُظهر دليلًا واضحًا على وجودها. كانت مستقبلية مرض بوب مريعة.

كان بوب دي ماتيس صريحًا وواضحًا كما كان يدل عليه مظهره، كما كان يتمتع بأذن جيدة للتلصص. طالبَ بأن يعرف ما كان يواجهه تمامًا؛ فلم يكن يسمح بإغفال أي من التفاصيل الدقيقة. وبرغم سلوكي مع شقيقي هارفي فقد حاولت دائمًا أن أمهد السبيل للمرضى لكي يطالبوا بالإفصاح الكامل عن حالتهم المرضية، ورحبت بأسئلته، بالرغم من أنني توقعت أنني قد أُنْدم على تلك الصراحة التي يبدو أنه كان مُصرًّا عليها. ومنحته ما طلبه، وأنا أتوقع أن ينخرط في نوبة هستيرية، قبل أن يدلِف إلى حالة من الاكتئاب الشديد. لكن ذلك لم يحدث على الإطلاق.

لم يكن هناك أي انفجار عاطفي، ولا حتى قدر ضئيل منه، بل حل محله الهدوء والعقلانية، والتسليم بالأمر الواقع. ومنذ زمن بعيد يرجع إلى أيام خطبتهما، أخبر بوب زوجته كارولين (وحتى اليوم، هي لا تعرف لذلك سببًا)، بأنه لا يتوقع أن يعيش حتى يبلغ عيد ميلاده الخمسين، وكانت نبوءته على وشك أن تتحقق. وعند نهاية أولى مناقشاتنا معًا بعد العملية الجراحية، كان بوب قد عرّف أنه سيموت بالسرطان، كما خطط لأن يدع ذلك يحدث بدون تدخل من أحد. لم يكن رجلًا متدينًا، لكنه كان يتمتع بثقة مطلقة

في نفسه، والتي أصبحت في تلك المرحلة أشبه ما تكون بجهاز لحفظ التوجه والتوازن (Gyroscope)، يقوم بتثبيت الوقت المتبقي في حياته.

أجرى بوب حساباته بدون استشارة أطباء الأورام. وباعتبار (وبرأيي؛ على الرغم من) الحالة المتقدمة للمرض، قُدِّم له خيار المشورة (Consultation) بعد أن بدأت الفكرة في ذهن كل من زوجته وطبيب الأمراض الباطنية. ولم يكن هو ولا أنا متحمسين لهذه الفكرة، بيد أنه وافق على التحدث إلى أحد أطباء الأورام، لغير ما سبب سوى أن يُرضي كارولين، والتي كانت مصممة على ألا تترك أي احتمال للعلاج من دون استكشافه. وعند تلك النقطة (وحتى الآن، بعد مُضي أكثر من عقد من الزمن)، لم أصادف على الإطلاق ولو تجربة واحدة لم تُفد فيها المشورة مع اختصاصي الأورام في التوصل إلى توصية للمعالجة، باستثناء تلك التي كان المرض فيها قد تم اكتشافه في مرحلة مبكرة للغاية، بحيث كان من المؤكد أنه شُفي نتيجة للجراحة. ولم تشذ حالة بوب عن تلك القاعدة، وقد ضغطت كارولين عليه لكي يقبل المقرر العلاجي المعروف عليه.

توجب تأجيل العلاج الكيميائي لسبب خاص بالأشخاص الذين يتميزون بالبداية المفرطة وحدهم تقريباً؛ كانت الطبقة الشحمية الهائلة الموجودة تحت جلد بوب من الكثافة بحيث لم أقوْ على التفكير في كيفية إغلاقها بعد الجراحة، خوفاً من تكوُّن خراج خفيٍّ في أعماقها. ومن أجل ضمان حدوث شفاء نظيف، اضطررت لتركها مفتوحة لتلتحم وحدها من القاعدة إلى القمة، مما تطلَّب استمرار تأجيل العلاج بالأدوية لفترة زمنية مطولة. وعندما حان الوقت أخيراً للبدء بها، كانت النقائل السرطانية في الكبد لهذا الورم المتنامي سريعاً، قد نمت إلى حجم يكفي لاكتشافها من خلال دراسات النظائر المشعة.

وقبل اعتماد مقرر علاجي معين، التقى طبيب الأورام مع «بوب» للحصول على ما وصفه لاحقاً (طبيب الأورام)، في خطاب وجهه لي بقوله إنه: «مناقشة مطوَّلة وصريحة»، والتي قام خلالها «بتوضيح المدى الذي بلغه المرض النَّقيلي، وإخباره بأنه إذا لم يجد العلاج الكيميائي في حالته، فمن المرجَّح أن تتدهور حالته سريعاً، مما قد يفضي به إلى الموت في غضون ثلاثة إلى ستة أشهر». وقرر أن بوب كان: «شاكراً للغاية للمناقشة الصريحة، كما احتفظ بمسلك حذر التفاؤل، لكنه واقعي في الوقت نفسه».

وبحلول ذلك الوقت، كان بوب قد استعاد الأرتال العشرين التي فقدتها من وزنه منذ العملية الجراحية، كما لم يكن يعاني من أية أعراض مرضية. وفي واقع الأمر، كان يشعر بالعافية بصورة ملحوظة. أدرك أن الأدوية لن تتمكن من شفائه، لكنها تُستخدم

«بطريقة مساندة أو وقائية»، كما صاغها طبيب الأورام. وأشك في أن بوب توقع حتى حدوث ذلك، والاحتمال الأرجح، أنه كان يجاري الموقف من أجل كارولين وابنتهما ليسا ذات الاثنين والعشرين ربيعاً. وتم البدء بالعلاج.

وفي غضون أسبوعين، كان بوب قد أصيب بحُميات مرتفعة، بالإضافة إلى إمساك متناوب الحدوث مع الإسهال. كان الجلد الموجود بين أليتيه الضخمتين قد أصيب بالاهتراء والاحمرار نتيجة للتأثير الحارق للبراز الطري. ولذلك كان من الضروري إيقاف العلاج الكيميائي. وعند هذا الوقت تقريباً، أصبحت العقاقير المنومة ضرورية من أجل السيطرة على بداية الألم الذي كان ناتجاً عن تنامي حجم النقائل الكبدية. وسرعان ما عجز بوب عن التوجه إلى مقر عمله.

ازدادت النقائل ضخامة بسرعة مذهلة، وأصيب بوب باليرقان (Jaundice) بسبب استبدال نسيج كبده بالخلايا السرطانية بصورة مُطَرِّدة. وظهرت دلائل تشير لوجود كتلة ورمية في الحوض، لذا فسرعان ما تورّمت رجله بفعل الوَدَمَة (Edema) التي تنتج عندما تنسدُّ الأوردة التي تصرف الجزء السفلي من الجسم، بفعل الورم السرطاني الذي يضغط عليها. وبعد مرور فترة من الزمن، كان بوب يستطيع بالكاد أن يتجول بداخل المنزل. ونظراً لارتباط كارولين بعملها، بقيت ليسا في المنزل لتتولى رعايته. وقد قالت لي بعد ذلك بسنوات: «لقد قضينا الكثير من الليالي الطويلة نتحدث عن أنفسنا وعن بعضنا البعض. وبالرغم من قربنا من بعضنا البعض في السابق، ازددنا اقتراباً بمرور تلك الشهور الأخيرة.»

وفي وقت مبكر من عشية عيد الميلاد، قمت بإحدى الزيارات المنزلية. كان آل دي ماتيس يسكنون منطقة محاطة بالغابات في التلال الواقعة حول أطراف المدينة التي كان بوب، ولسنوات طويلة، هو القوة المحركة لحياتها السياسية. كان الجليد قد بدأ في التساقط قبل ساعات قليلة، كما لو كان ذلك من أجل تحقيق أمنية عيد الميلاد لرجل محتَضِر. وبالنسبة لبوب، كانت تلك العطلة متمثلة على الدوام في صورة ذلك الانبساط الذي تُجسِّده روايات «ديكنز» ل بدايات القرن التاسع عشر، حيث يضع نفسه في وسط صحبة لطيفة المعشر من الانبساط الاحتفالي. وفي مثل تلك الليلة من كل عام منذ زواجهما، كان المنزل يمتلئ بالضيوف من كل صنف ولون، والذين كانت السمة المشتركة الوحيدة بينهم، هي أن مضيفهم كان يستمتع بوجوده بينهم. كان في أحسن حالاته عند وجوده وسط حشد من الناس، وكلما كان مرح أولئك أكثر، كانت حاله أفضل. ووسط مثل هذه الصحبة، كان قلبه يزداد حجماً، كما تتسع معنوياته لتصبح في مثل ضخامة جسده.

وحتى عبوسه المعتاد كان يغيب في ذلك الجو البهيج. وفي عيد الميلاد، كان بوب دي ماتيس يصبح كلاً من مستر فزيوج والبخيل المتحول^٤ في الوقت نفسه. كانت عاداته، في واقع الأمر، أن يتلو — ليس أن يقرأ، بل يتلو من الذاكرة — قصة ترنيمة عيد الميلاد (A Christmas Carol) لزوجته كارولين وابنته ليسا، في كل عام عند بداية العطلة تماماً. ولم أصب بالدهشة عندما علمت أن ديكنز (Dickens) كان كاتبه المفضل، وأن تلك القصة كانت كتابه المفضل لديكنز.

أصر بوب على ألا يختلف عيد الميلاد الأخير في حياته عن تلك الأعياد السابقة. وعندما فتحت البابَ كارولين، التي كانت تبتسم بشجاعة، خطوات عبر العتبة إلى بيت تم إعداده لأسعد الحفلات. كانت المائدة قد أُعدَّت لتكفي لنحو خمسة وعشرين فرداً، كما علَّقت الزينات، فيما اختفى جذع شجرة عيد الميلاد التي زُيَّنت بذوق رفيع، تحت أكوام من الهدايا. لم يكن من المقرر أن يبدأ توافد المدعوين قبل ساعة على الأقل، لذا كان لدينا، أنا وبوب، متسع من الوقت لكي نناقش السبب الحقيقي وراء زيارتي. كنت قد جئت للحديث عن جمعية الرباط — فقد أردت أن يحصل بوب على جميع امتيازاتها. كانت هناك حدود لما يمكن لليسا أن تفعله بمفردها، خصوصاً وقد أصبحت حالة والدها تزداد سوءاً في كل يوم.

جلس كلُّ منا في مواجهة الآخر على جانب السرير الذي استأجره بوب من المستشفى، وبعد فترة أمسكت بإحدى يديه في راحتي. وقد أفادني ذلك، بصورة ما، في التمكن من الحديث ببسر. كنا رجلين من عمر واحد، ولكن بتجربتين في الحياة متباينتين تماماً، كما كان أحدهما قد أوشك على استنفاد ما تبقى له من حياة مستقبلية. ولكن بوب كان قادراً، خلال الوقت القصير المتبقي من حياته، على رؤية نوع من الأمل خاص به وحده. وكان أمله في أن يبقى بوب دي ماتيس حتى يلفظ أنفاسه الأخيرة، وأن يذكره الناس بالطريقة التي عاش حياته بها. وكان إعداد هذا الاحتفال الأخير بعيد الميلاد بأفضل صورة ممكنة، عنصراً أساسياً في تحقيق هذا الأمل. أخبرني بأنه، بعد ذلك، سيكون مستعداً لتقبل مساعدة ممرضات جمعية الرباط على تمضية أيامه الأخيرة بسلام.

وأثناء توديعي لهذا الرجل الفريد، الذي وجد شجاعة لم أحلم حتى بأنها ممكنة بالنسبة له، كنت أنا من كاد حلقه يختنق من التأثر. كان صبر بوب قد بدأ ينفد لكي يبدأ

^٤ Transformed scrooge and Mr. Fezziwing: من الشخصيات الروائية لتشارلز ديكنز. (المترجم)

تلك العملية المجهدة لارتداء ملابسه قبل وصول ضيوفه، كما كنت أمثل بالنسبة له تذكيرًا بما كان يتوجب عليه فعله بعد انتهاء الحفل. وأثناء تأهّبي للخروج إلى ذلك الليل الثلجي في الخارج، ناداني ثانية من غرفة نومه، لكي يحذرنى من تلك التلال الزلقة في الخارج: «إن الجو خطير في الخارج، يا دكتور ... إن عيد الميلاد ليس وقتًا مناسبًا للوفاة».

نفذ بوب جميع ما خطط له لتلك الليلة. طلب من زوجته أن تطفئ الريوستات ° حتى لا يتمكن ضيوفه من رؤية العمق الكامل لما أصابه من يرقان في ذلك الضوء الخافت. وأثناء تناول العشاء، جلس بوب على رأس تلك المائدة السعيدة الصاخبة، وتظاهر بتناول الطعام، بالرغم من أنه كان قد مضى وقت طويل منذ فقد القدرة على تناول كميات من الطعام كافية لتغذيته بصورة ملائمة. وفي كل ساعتين من تلك الليلة الطويلة، كان الرجل يجرد قدميه بعناء متوجهاً نحو المطبخ، حتى تتمكن كارولين من حقنه بالمورفين حتى يتمكن من احتمال ألمه.

وعندما انصرف جميع المدعوين — وهم أصدقاء كثيرون منذ سنوات طويلة، بل وعقود، والذين لن يراهم بعد ذلك على الإطلاق — وعاد بوب إلى فراشه، سألته كارولين عما كانت عليه الليلة. ولا تزال حتى يومنا هذا تذكر كلماته بالتحديد: «ربما كانت تلك واحدة من أفضل ليالي عيد الميلاد التي شهدتها في حياتي» ثم أضاف قائلاً: «تدريين، كارولين، أنه على المرء أن يعيش جيدًا قبل وفاته».

وبعد انقضاء عيد الميلاد بأربعة أيام، تم إدراج بوب ضمن برنامج الرعاية المنزلية لجمعية الرباط المحلية، وليس قبل ذلك الموعد. فبالإضافة إلى الغثيان والقيء، والألم الناتج عن تنامي كتل السرطان في الكبد والحوض، بدأ يعاني من حُميات مرتفعة. وفي عشية السنة الجديدة، كانت درجة حرارته قد بلغت ١٠٦ درجات فهرنهايت. وأحيانًا كان الإسهال المائي الذي أصابه خارجًا عن السيطرة، وكثيرًا ما كان يصيبه بدون سابق إنذار. وبالرغم من أن الوضع كان من السوء بحيث بدا من المستحيل أن يزداد سوءًا، فإنه قد ساء بالفعل. وفي نهاية الأمر، وفي الحادي والعشرين من يناير، وافق بوب على إدخاله إلى العنابر الداخلية لفرع جمعية الرباط لولاية كونكتيكت في مدينة برانفورد. وفي ذلك الوقت، كان بالإمكان تحسُّس كبده، الذي يجب ألا يزيد حجمه في الأحوال الطبيعية

° Rheostat: آلة لتنظيم قوة التيار الكهربائي بإدخال مقادير مختلفة من المقاومة في الدائرة الكهربائية.

(المترجم)

عن حافة الضلوع، على مسافة أكثر من عشر بوصات تحت ذلك المستوى (حتى عبر جدار بطنه الذي كان لا يزال شديد السماكة). كان الكبد شديد التضخم، كما كان مكوناً من خلايا سرطانية في معظمه. وبرغم الحالة المتقدمة من سوء التغذية التي كان عليها، كانت الملاحظات الإدارية لجمعية الرباط تقرر أنه «كان لا يزال مفرط البدانة».

وبرغم تردده في الاستسلام، اعترف بوب بأنه قد استراح بصورة هائلة عند إدخاله إلى دار الرعاية الداخلية. عاد قلقه المستبطن واضطرابه للظهور كمشكلتين، مما تطلب حقنه بجرعات عالية من المهدئات، إضافة إلى المورفين. لم يكن قادراً إلا على تناول كميات محدودة من السوائل عن طريق الفم؛ لذلك بدأ، بعد حجزه في دار الرعاية، أن جسمه كان يزداد ضعفاً في كل ساعة. وبقي على صراعه من أجل أن ينهض ليتبول، كما كان يبذل محاولات فاشلة للمشي. وبصرف النظر عن تقبله للموت، فقد بدا غير قادر على التخلي عن الحياة.

وبعد ظهر اليوم الثاني من حجز بوب في دار الرعاية، أصبح فجأة أكثر هياجاً مما كان عليه من قبل. بدأت كارولين وليسا في البكاء لأنه لم يكن بمقدورهما مساعدته عندما قال بأنه يريد أن يموت في تلك اللحظة، على الفور. وعندما بدأ يتوسل إليهما، فتح ذراعيه اللتين كانتا لا تزالان مستديرتين، وقرب إليه المرأتين بذلك الحزن القديم للحماية الذي عرفاه جيداً من خلال مرات لا تحصى في الماضي. ثم تضرع إليهما قائلاً: «عليكما أن تخبراني بأنه لا بأس في أن أموت. لن أموت قبل أن تخبراني بأنه لا بأس عليّ في أن أموت.» ولم يكن مستعداً لقبول أي شيء سوى موافقتهم، ولم يهدأ إلا بعد أن منحتاه تلك الموافقة. وبعد ذلك بلحظات قلائل، التفت إلى كارولين قائلاً: «أريد أن أموت.» ثم أضاف، بما يشبه الهمس: «لكنني أريد أن أعيش.» وبعد ذلك، أصبح الرجل هادئاً تماماً. وظل بوب غائباً عن الوعي لأغلب فترات اليوم التالي. وعند حلول بعد الظهر، لم يكن قد نبس ببنت شفة، لكن كارولين كانت واثقة من أنه كان لا يزال قادراً على سماع صوتها. كانت تتحدث إليه برقة متناهية، وهي تخبره كيف كانت حياته مهمة بالنسبة لهما، عندما انفرج وجهه فجأة عن ابتسامة عريضة، كما لو كان يرى شيئاً بديعاً من خلال عينيه المغمضتين. تحدثت إليّ كارولين لاحقاً بقولها: «مهما كان ذلك الذي رآه، فلا بد أنه كان شيئاً جميلاً.» وبعد ذلك بخمس دقائق، كان بوب قد مات.

كانت الجنازة ضخمة للغاية. كانت أشبه ما تكون بأحد الأحداث الشعبية في مدينة بوب. كان المحافظ حاضراً، كما كان هناك حرس للشرف من رجال الشرطة الذين التقوا نعشه عند الكنيسة. ودُفن مع رسالة وداع وُضعت في جيب سترته، من ابنته ليسا. وأثناء

إنزال النعش المصنوع من خشب الكرز إلى القبر، لاحظ عم كارولين أن غطاءه كان ملطخًا ببقعة صغيرة، حيث سقطت عليه دموع ليسا.

تم دفن بوب في مقبرة كاثوليكية تبعد نحو عشرة أميال عن منزلي. لم تكن هناك تماثيل في تلك التلال المستديرة من المقابر المعتنى بها جيدًا، كما لو كان ذلك لتأكيد تساوي الجميع عند الموت؛ لم تكن هناك سوى شواهد القبور لتحديد مواضع الراحة الأبدية. توجهت لزيارة قبر بوب عندما كنت أخط تلك الصفحات الأخيرة، لتقديم احتراماتي لرجل وجد معنًى جديدًا لحياته عندما عرّف أنه على وشك الموت. علمني أن الأمل يمكن أن يوجد حتى عندما يصبح الخلاص مستحيلًا. نسيت ذلك الدرس بصورةٍ ما، عندما توفّي شقيقي بعد ذلك بَعْدَ من الزمن، لكن ذلك لا يقلل من مصداقيته.

أخبرتني كارولين بأن بوب خطط، عندما كان لا يزال متمتعًا بصحته، لكي تُنقش كلماته المفضلة من كتابه المفضل لديكنز، على شاهد قبره، لكنني لست مستعدًا حتى الآن لمعرفة تأثيرها عند رؤيتها بالفعل. أما ما كان منقوشًا بالفعل على القبر، فقد كان تلك القطعة التأبينية (*Epitah*) التي اختار بوب دي ماتيس أن نذكره بها: «وقد قيل عنه دائمًا إنه كان يعرف جيدًا كيف يحتفل بعيد الميلاد.»

الفصل الثاني عشر

الدروس المستفادة

كثيراً ما يُنهي الحاخامات (Rabbis) خطبهم الجنائزية بمقولة: «عسى أن تكون ذكراه مباركة.» وهي تركيبة خاصة من الكلمات، تبدو غريبة على الحاضرين من غير اليهود، وانتظرت أن أسمعها في الكنائس، بدون فائدة. وبالرغم من أن هذه الكلمات تُعبر عما هو أمنية واضحة للجميع، فإن هذه الفكرة البسيطة تتطلب من كل منا قدرًا أكبر من التأمل في معانيها، وليس في دور العبادة وحدها.

ويمكن أن يوجد الأمل الذي أسبغ قدرًا من السكينة على بوب دي ماتيس، في تلك الذكرى التي يستطيع خلقها، والأهمية التي تعنيها حياته بالنسبة لأولئك الذي بقوا على قيد الحياة بعد رحيله. كان بوب رجلًا عاش بإدراك مستمر بأن وجود المرء ليس مجرد فترة محدودة، بل يتعرض للخطر المستمر للنهاية غير المتوقعة. وهنا تقع بذرة ذلك القلق الفطيع الذي ينتج عن الأمور الطبية، ولكن هنا أيضًا، يوجد المركز الإنتاشي (germinal) لتقبله، عندما يعلن المرض النهائي عن نفسه.

وأعظم كرامة قد نجدها في الموت، هي كرامة الحياة السابقة له. وهذا هو نوع الأمل الذي نستطيع جميعًا تحقيقه، وأطولها بقاءً. ويقع الأمل في المعنى الذي احتوته حياة كل منا.

وهناك بعض صور الأمل الأخرى الأكثر مباشرة، لكن هناك البعض الآخر مما يستحيل تحقيقه. وخلال ممارستي الطبية، كنت أؤكد دائمًا لمرضائي المحتضرين أنني سأفعل كل ما بوسعي لمنحهم موتًا سهلًا، لكنني رأيت حتى ذلك الأمل، في أحيان كثيرة للغاية، يتحطم أمام عيني، برغم كل ما بذلته من جهد. وهناك أوجه للفشل في عمل جمعية الرباط أيضًا، حيث الهدف الوحيد هو الراحة والسكينة. ومثلي في ذلك مثل كثير

من زملائي، فقد خرقت القانون غير مرة لتيسير وفاة مريض ما، نظرًا لأن وعدي له، سواء كان ذلك ضمنيًا أم منطوقًا، لم يكن من الممكن أن يتحقق ما لم أفعل ذلك. والوعد الذي نستطيع المحافظة عليه، والأمل الذي يمكننا منحه، هما حتمية ألا يترك رجل أو امرأة ليموت وحيدًا. ومن بين الطرق الكثيرة للموت وحيدًا، لا بد أن أقلها راحة وأكثرها عزلة، يحدث عندما تُحجب عن المحتضر معرفة حتمية اقتراب وفاته. وهنا أيضًا، كثيرًا ما يكون اعتماد أسلوب «لم أستطع أن أسلبه أمله» هو بالتحديد كيف أن تحقيق نوع مطمئن على وجه الخصوص من الأمل يتم تثبيطه بصورة مطلقة. وما لم نكن مدركين لكوننا بصدد الاحتضار، وما لم نعرف ملابس وفاتنا بقدر ما هو متاح لنا، فلن نستطيع المشاركة في أي نوع من الاستكمال النهائي لعلاقتنا مع من يحبونا. وبدون مثل هذا الاستكمال (Consummation)، وبصرف النظر عن وجودهم في ساعة الوفاة، سنبقى غير معتنى بنا ومنعزلين. وذلك لأن الوعد بالصحة الروحانية قرب النهاية هو ما يمنحنا الأمل، بصورة تزيد كثيرًا عما يمنحه مجرد إزالة المخاوف المتعلقة بالبقاء، جسديًا، بدون أن يرافقنا أي إنسان.

ويتحمل المحتضرون أنفسهم مسئولية ألا يندفعوا بتلك المحاولات الخاطئة للمحافظة على أولئك الذين تتشابك حياتهم مع تلك الخاصة بهم. رأيت ذلك النمط من الوحدة، بل وتآمرت على تنفيذه بغباء، قبل أن أعلم ما هو خير من ذلك.

وعندما لم تعد جدتي متمتعة بصحتها، تولت خالتي روز بالتدريج تدبير شئون منزلنا، وأمومة الولدين اللذين يضمهما. وحتى ذلك الدور الأمومي القيادي (Matriarchal)، آل إليها عندما تخلت جدتي عن الاضطلاع به عامًا بعد عام. وفي ساعة مبكرة من كل صباح، كانت روز تتوجه إلى عملها في حياكة الألبسة النسائية لدى أحد صانعي الملابس في الشارع الثالث والسبعين، وكانت تعود إلى المنزل بعد عشر ساعات، لتقوم بتنظيف البيت وإعداد طعام العشاء. لم يكن يهود العالم القديم يحصلون على طعامهم بسهولة، كانت وجبة المساء بالنسبة لنا نتيجة لقدر كبير من العمل الشاق. وبالرغم من أنني أبعد اليوم كثيرًا عن المنزل رقم ٢٣١٤ في جادة «موريس»، سواء من الناحية المكانية أو الزمنية، إلا إن ذكريات الأمس عن أمسيات الخميس لا تزال واضحة تمامًا في ذهني، عندما تكون الخالة روز قد قامت بتنظيف وتلميع كل ركن من الشقة استعدادًا لعطلة يوم السبت (Sabbath)، قبل أن تُلقِي بجسمها على الفراش، قرب منتصف الليل، وقد خارت قواها تمامًا. وفي السادسة من صباح اليوم التالي، تكون قد استيقظت من نومها وتوجهت إلى عملها.

كانت روز تفعل ما بوسعها لكي تبدو لهجتها جافة (Brusque)، لكن أسلوبها كان مكشوفًا. كانت تمتلك زوجًا من تلك العيون الزرقاء التي كانت تميز مجموعتنا الصغيرة، وكان التماع البريق فيهما يؤكد الحدث، في أعقاب نوبة من الغضب، كما يفعل الخلف (Aftermath) المشمس الذي يلي هطول المطر لفترة قصيرة في وقت الصيف. كانت تنخدع بسهولة إذا احتضنتها، وعندما كبرنا، كانت حاجتها لأن تبدو صُلبة لا تلين أمام ولديها، قد أظهرت نفسها ببطء في صورة الحب الحقيقي الذي كان متخفيًا وراءها. وبالرغم من أنني، وهارفي، كنا نستطيع عادةً أن نستفز تعنيفها لنا لدرجة أنها لم تكن تتردد في التعبير عنه لدى ظهور أي من الجوانب الأقل إثارة للإعجاب في سلوكنا، كنا — مع ذلك — نخشى رفضها، والذي كان، في حالتي، يتخذ شكل التنديد (Denunciation)، عادةً بلغة ييدية فصيحة، بمنظوري للحياة برُمته وبشخصيتي ككل. كانت الخالة روز بالنسبة لي هي «الأنا الأعلى» (superego) الذي تربى في قرى الوطن الأم، وكنا — هارفي وأنا — نعشقها.

وخلال العام الثاني من تدريبي العملي على الجراحة، عندما كانت روز في أوائل السبعينيات من عمرها، عالجت حكة (Itching) عامة متدرجة الظهور في جميع أجزاء جسدها، وبعد ذلك بفترة ظهرت غدة لمفاوية متضخمة تحت أحد إبطيها. وأظهرت الخِزعة (Biopsy) وجود ورم لمفاوي «لمفوم» عدواني. وتولى علاجها اختصاصي بأمراض الدم (Hematologist) عطوف ومتفهم، وحقق هُدأة (remission) ممتازة للمرض باستخدام أحد عناصر العلاج الكيميائي المبكرة، وهو عقار الكلورامبوسيل (Chlorambucil). وبعد أشهر قلائل، وعندما عاود المرض الخالة روز التي بدأت تضعف، تأمرت مع هارفي — بموافقة ابنة عمنا أرلين — على إقناع اختصاصي الدمويات بأنها يجب ألا تعلم شيئاً عن التشخيص الحقيقي لمرضها.

وحتى بدون أن ندرك ذلك، اقتربنا واحدًا من أسوأ الأخطاء التي يمكن أن تُرتكب خلال المرض النهائي؛ قررنا بالخطأ جميعًا، بمن فينا روز ذاتها، وبخلاف جميع مبادئ حياتنا المشتركة معًا، أن حماية بعضنا البعض من الاعتراف الصريح بحقيقة مؤلة، لهو أكبر أهمية من تحقيق مشاركة نهائية قد تستجلب راحة طويلة الأمد، وربما بعض أوجه الكرامة، من تلك الحقيقة المؤلة للموت. فقد حرمنا أنفسنا مما كان يجب أن يكون لنا. وبالرغم من أنه لم يكن هناك شك في أن روز كانت تعلم بأنها ستموت بفعل السرطان، فإننا لم نتحدث معها عن ذلك على الإطلاق، كما أنها لم تفتح الموضوع إطلاقًا. كانت قلقة بشأننا، كما كنا قلقين بشأنها، وكان كل جانب منا على يقين من أن الأمر

أقوى من احتمال الجانب الآخر. كنا نعرف النتيجة النهائية للمرض، وكذلك هي؛ لكننا أقنعنا أنفسنا بأنها لا تدري، بالرغم من أننا كنا نحس بأنها على علم بالأمر، كما لا بد أنها أقنعت نفسها بأنها لا تدري، بالرغم من أنها كانت تدرك لا محالة أننا نعلم. وعلى ذلك، أصبح الأمر أشبه ما يكون بذلك السيناريو الذي كثيرًا ما يُلقى بظلاله على تلك الأيام القليلة الأخيرة في حياة مرضى السرطان؛ كنا نعرف — وكانت تعرف — وكنا على علم بأنها تعرف — كما كانت على علم بأننا نعرف — ولكن أحدًا منا لم يكن ليتحدث عن الموضوع عندما كنا نجتمع معًا. حافظنا على «لغز الكلمات» (Charade) هذا حتى النهاية. حُرمت الخالة روز، وكذلك حُرمننا نحن، من ذلك التجمع الذي كان من اللازم حدوثه، عندما كان علينا في النهاية أن نخبرها بما أعطته حياتها لنا. وبهذا المنظور، ماتت خالتي روز وحيدة.

وهذه الوحدة الرهيبة هي موضوع رواية تولستوي المعنونة «وفاة إيفان إلييتش». وبالنسبة للأطباء الممارسين على وجه الخصوص، تُعتبر تلك رواية مُرعبة في دقتها الموحشة، وفي الدروس التي تُعَلِّمها لنا. وكان تولستوي يكتب كما لو كان متمتعًا بمعرفة فطرية أعظم بكثير من أي معرفة كان من الممكن أن يكتسبها خلال حياته، وإلا كيف كان بوسعه أن يحدس تلك الوحدة الرهيبة لوفاة جُعلت وحيدة نتيجة لإخفاء الحقيقة، «تلك الوحدة التي كان يمر بها إيفان إلييتش، أثناء رقاذه ووجهه ملتفت نحو ظهر الأريكة، لهي وحدة وسط مدينة مكتظة بالسكان، ووسط دائرة من أقاربه وأصدقائه المقربين، وهي وحدة لا تجد أعماق منها في أي مكان آخر، سواء في أعماق البحار، أو في باطن الأرض...؟» لم يكن بوسع إيفان هذا أن يتشارك معرفته الرهيبة مع أي إنسان، «وبذلك، فقد كان عليه أن يعيش على حافة الهلاك وحيدًا، بدون وجود أي إنسان يفهمه أو يشفق عليه».

لم يكن إيفان محاطًا بأناس يحيونه، وربما كان ذلك، بصورةٍ ما، هو سبب ركونه لأن يتمنى، ولو قليلًا، لو كان موضعًا للشفقة، وهي حالة تفتقد للجلال بحيث لن ينزلق إليها برغبته سوى قلة منا عند نهاية حياتهم. ويبدو أن مصدر محاولة زوجته للخداع، هو تصميمها هي على ألا تتعرض للآثار العاطفية التي تنتج عن معرفة الحقيقة. وسواء كانت أوجه الخداع تلك ناتجة عن الاحتقار، أم عن عاطفة سيئة التوجيه، فهي تترك ضحيتها لمواجهة وداعه وحيدًا. وفي حالة زوجة إيفان، كانت الوصاية (Patronizing) هي الأساس الذي اعتمدته لإقناع نفسها بأن وفاة زوجها ستكون أيسر بالنسبة لكليهما

إذا لم تتم مناقشتها على الإطلاق. ولم تكن تفكر هنا إلا في نفسها هي، وليس في زوجها، الذي كان مرضه المميت مصدر إزعاج بالنسبة لها، بل وجمالاً على منزلها أيضاً. وفي هذا الجو، لم يجد إيفان القوة على مواجهة نتيجة إجبار زوجته على فتح الموضوع:

كان عذاب إيفان الرئيسي متمثلاً في كذبة، وقد تقبّل الجميع بصورة ما، كذبة أنه كان مريضاً فحسب، لكنه ليس في طور الاحتضار، وأنه كان بحاجة فقط لأن يبقى هادئاً، وأن يثق بالأطباء، وبعد ذلك سيخرج من هذه المحنة سليماً معافاً. لكنه كان يعلم بأنه مهما فعل، فلن ينتهي الأمر على شيء، اللهم فيما عدا المزيد من العذاب المُنْزني والموت. عذّبتَه تلك الكذبة؛ وعذّبه أنهم لم يكونوا راغبين في الاعتراف بما كان يعلمه الجميع، بمن فيهم هو شخصياً، حيث فضلوا الكذب عليه فيما يتعلق بموقفه الذي لا يحسد عليه، بالإضافة إلى إشراكه في تلك الكذبة هو أيضاً. وتلك الكذبة التصقت به، حتى خلال تلك الليلة التي مات فيها؛ وتلك الكذبة، التي تميل لتصغير الفعل الغريب والمهيب لموته إلى نفس المستوى الذي تمثله الزيارات، والستائر، وسماك الحَفَش (Sturgeon) بالنسبة لطعام العشاء — كان الأمر مؤلماً بصورة بشعة بالنسبة لإيفان إلبيتش. وبالعجب! ففي كثير من الأحيان، عندما كانوا يقومون بتمثيل هذه المسرحية الهزلية لمصلحته، كان على بُعد شعرة من الصباح فيهم قائلًا: «كفوا عن كذبكم السخيف هذا! فأنتم تعلمون كما أعلم أنا تمامًا أنني أُحتَضَر، لذا فلتكفوا عن كذبكم على الأقل.»

لكن القوة على فعل ذلك لم تُؤاتِه على الإطلاق. وهناك عامل آخر أيضاً كثيراً ما يتأمر في أيامنا هذه على عزل المريض بداء مميت. ولست أستطيع التفكير في كلمة أصدق وصفاً لذلك من عدم الجدوى (Futility). وقد تبدو المعالجة في مواجهة احتمالات كبرى للفشل، عملاً بطولياً بالنسبة للبعض، لكن ذلك في أغلب الأحيان هو إحدى صور الأذى الإجباري للمرضى؛ فهو يطمس معالم الصراحة ويُظهر انقساماً أساسياً بين مصالح المرضى وأفراد أسرهم من ناحية، وبين الأطباء على الناحية الأخرى.

وتوضح الفلسفة الأبوقراطية (Hippocratic) أن شيئاً يجب ألا يكون أكبر أهمية بالنسبة للطبيب من مصلحة مريضه الذي يأتي إليه طلباً للرعاية. وبالرغم من أننا نعيش

الآن في عصر قد تتعارض فيه أحياناً مصالح المجتمع ككل مع تقييم الطبيب فيما يتعلق بما هو أفضل شيء بالنسبة لكل من مرضاه على حدة، فلم يكن هناك على الإطلاق أي شك في أن هدف الرعاية الطبية هو قهر المرض وتخفيف المعاناة. ويتعلم كل دارس للطب في مرحلة مبكرة للغاية أنه قد يكون من الضروري أحياناً أن تزيد من معاناة المريض من أجل التغلب على مرضه، وأن هناك القليل فقط ممن لا يتفهمون، ومن ثم يتقبلون، تلك الضرورة. ويصدق هذا القول بصفة خاصة بالنسبة لتلك الأمراض البالغ عددها مائة أو تزيد، والتي تمثل الأنماط المتنوعة للسرطان، حيث تنتج عادةً عن توليفات من الجراحات الفعالة، والعلاج الإشعاعي والكيميائي، فترات من الإنهاك وغيرها من صنوف العذاب المؤقتة، إن لم تكن مضاعفات صريحة. وهناك قليل من الناس سيرغبون، عندما يواجهون بتشخيص مرض خبيث محتمل الشفاء، في الكف عن الصراع إذا كانت هناك فرصة معقولة لأن تتوافر إحدى صور المعالجة الواعدة، من أجل تخفيف ويلات مرضهم أو شفاؤه. أما فعل أقل من ذلك فهو ليس من صور تحمّل العذاب (Stoicism)، بل من صور الغباء.

وتتمثل، مجدداً، تلك المعضلة التي تواجه كلاً منا عندما نجد أنفسنا في مثل هذه المواقف، في استخدام اللغة. وهنا نجد أوجه الغموض العملية هي الكلمات مثل: «معقولة» و«واعدة». وفي مثل هذه المسميات التي تبدو واضحة محددة، في حين هي غامضة في الحقيقة، ينكشف الانشقاق الذي كثيراً ما يكون موجوداً بالفعل بين أهداف الأطباء وبين أهداف أولئك الذين يعالجونهم. وعلى حساب تحميل تلك الصفحات بالمزيد من السير الذاتية، سأستخدم تطوري المهني كطبيب لتوضيح ذلك التقدم الطفيف الذي ينتقل من خلاله دونما قصد طالب الطب الشاب، الذي لم يكن يبغى سوى العناية بإخوانه المرضى، إلى مثال حي (embodiment) لحلّال المشاكل الطبية الأحيائية.

قبل أن يصبح عمري مكوناً من رقمين، كنت قد رأيت الأمل (اخترت الكلمة عامداً) الذي يجلبه وجود الطبيب بالنسبة للأسرة القلقة. كانت هناك طوارئ مرعبة كثيرة خلال فترة مرض والدتي الطويل، حتى قبل تلك السنوات التي بدأت فيها انزلاقها نحو الموت. كان مجرد معرفة أن أحداً قد توجه لاستخدام هاتف مخزن الأدوية في مخبرة الطبيب، ومعرفة أنه في الطريق، تُغيّر من الجو العام في شقتنا الصغيرة من حالة العجز المرعب، إلى حالة من الإحساس بالاطمئنان، وإلى أن ذلك الموقف المخيف قد يمكن حله بسلام بصورةٍ ما. كان الرجل — ذلك الرجل الذي كان يخطو عبر عتبة الباب بابتسامة وجو

من الثقة، والذي كان ينادي كلاً منا باسمه، والذي كان يدرك أننا كنا في أشد الحاجة للتطمين وحده، والذي كان يحملته دخوله ذاته إلى منزلنا، هو الرجل الذي أردت أن أكونه. كان هدفي من أن أصبح طبيباً هو أن أكون ممارساً عاماً في منطقة برونكس بنيويورك. وخلال العام الأول من دراستي بكلية الطب، تعلمت كيف يعمل الجسم البشري؛ وفي العام الثاني، تعلمت كيف يمرض. أما خلال العامين الثالث والرابع، فقد بدأت أفهم كيف أفسر القصص المرضية التي كنت أحصل عليها من مرضاي، كما تعلمت كيفية دراسة الأدلة الجسدية والكيميائية التي تنتج عن الأمراض التي تصيبهم، وهو ذلك المزيج من الموجودات الواضحة والخفية، والذي أطلق عليه عالم الباثولوجيا الإيطالي الذي عاش في القرن الثامن عشر، جيوفاني مورجاني (Morgagni): «صرخات أعضاء الجسم المعذبة». درست الطرق المتنوعة للاستماع إلى مرضاي والنظر إليهم، بحيث أقدر على تفسير تلك الصرخات والتمييز بينها. وعُلمت كيفية فحص فتحات الجسم (Orifices)، وقراءة صور الأشعة السينية، والبحث عن معانٍ لحالات الدم والفضلات الإخراجية للأوصاف المتباينة. وبمرور الوقت، كنت قد عرفت أي الفحوص أطلب بالتحديد، بحيث يمكنني استخدام الأدلة الأكثر وضوحاً، في التعرف على التغيرات المستبطنة التي هي جزء من المرض. وتسمى هذه العملية بالفيزيولوجية المرضية (Pathophysiology). ويُعد التمكن من أنماطها المتتوية هو السبيل إلى فهم تفاصيل الطرق التي تنحرف بها الآليات الطبيعية للحياة الصحية، وأن تفهم تفاصيل الفيزيولوجية المرضية، هو امتلاك مفتاح التشخيص، والذي لن يوجد من دونه شفاء. ويُعد سبيل كل طبيب في تناول الأمراض المستعصية هو تحديد التشخيص ثم تصميم وتنفيذ خطة للعلاج المحدد. وأسْمِي ذلك السبيل باللغز (RIDDLE)، وقد كتبته بحروف كبيرة حتى لا يكون هناك شك في هيمنته على ما سواه من الاعتبارات. ويُعد الرضا الناتج عن حل ذلك اللغز هو جائزته الخاصة، والوقود الذي يحرك الآلات السريرية لأرفع الاختصاصيين الطبيين تدريباً. وهو مقياس كل طبيب لقدراته الخاصة؛ وهو أهم مكونات صورته المهنية الشخصية.

عندما أنهيت دراستي في كلية الطب، كنت قد اكتشفت أبعاداً أعظم في السعي وراء التشخيص، والتحديات المتزايدة دوماً لتنفيذ المعالجات الناجعة. أصبح الهدف هو فهم تطور العملية المرضية، من أجل أن يصبح بالإمكان مهاجمتها باستخدام الاختيار الصحيح من بين الاستئصال، والإصلاح، والتبديل الكيميائي، أو أي من تلك الأنماط المتنوعة التي تظهر باستمرار. كانت السنوات الست لتدريبي العملي بمثابة إعداد لي، لكي

أستطيع مواجهة كل من الجوانب المختلفة للغز، والتي تحولت عند نهاية تلك الفترة إلى أروع ما في حياتي. وفي داخلي، كان أسأتذتي قد استنسخوا أنفسهم.

عدلتُ عن رغبتي في أن أعود لكي أصبح طبيباً محلياً في حي برونكس أو أي مكان مشابه. ولم أنسَ على الإطلاق حاجتي لأن أمثل لمرضاي ما كان الممارس العام يمثله بالنسبة لأسرتنا، لكنني أدركت الآن أن تلك الصورة لم تعد تمثل أكثر الصور إعجاباً بالنسبة لي. كان ذلك «اللغز» قد استوعبني تماماً، لذا كان الطبيب الذي أعتبره مثلي الأعلى هو أفضل من يجيد حل اللغز.

وحاولت طوال حياتي المهنية، وأعتقد أن الغالبية العظمى من الأطباء يفعلون ذلك بدورهم، أن أكون ذلك الطبيب الذي قادني مثاله لأن أختار المعالجة كمهنتي في الحياة. وكانت هناك، بجوار ذلك المثال، صورة أقوى تأثيراً، وهي ذلك التحدي الذي يحفز العمل بأكبر قدر من الإقناع؛ أي التحدي الذي يجعل كلاً منا نحن الأطباء في محاولة دائمة لتطوير مهاراتنا؛ وهو التحدي الذي ينتج عنه السعي المحموم نحو التشخيص والعلاج؛ والتحدي الذي أفرز ذلك التقدم المذهل في الطب السريري لأخريات القرن العشرين، ولا يتمثل ذلك التحدي، والذي هو في مقدمة التحديات، في رفاهية الفرد البشري في المقام الأول، بل في حل لغز المرض الذي أصابه.

ونحن نسعى لمعالجة مرضانا بذلك التعاطف الذي يمثل عاملاً أساسياً في شفائهم، كما نحاول دائماً إرشادهم لكي يتخذوا تلك القرارات التي نعتقد أنها ستؤدي إلى تفريج معاناتهم. لكن ذلك لا يكفي للمحافظة على قدراتنا وتطويرها، أو حتى المحافظة على حماسنا، وذلك اللغز هو ما يوجه أمهر أطبائنا وأكثرهم تكريساً.

وفي واحدة من وصاياه (Precepts)، كتب «أبوقراط» قائلاً: «حيثما وجد حب الإنسانية، يوجد أيضاً حب فن الطب»، ويصدق اليوم هذا القول كما كان صادقاً على الدوام؛ فلو كان العكس هو الصحيح، لكان عبء رعاية إخواننا المرضى قد أثبت سريعاً أنه غير محتمل. وعلى الرغم من ذلك، فلا تستمد أسعد لحظات الشفاء التي نحس بها من أفعال قلوبنا، بل من تلك الخاصة بعقولنا، حيث تكون المشاعر أكثر حدة. وقد توصلت لإدراك الحقيقة، وحتى ضرورة كونها كذلك. ويجب علينا، كأطباء، أن نواجه حقيقة أنفسنا في كل مرة نتولى فيها رعاية إنسان آخر؛ كما يجب علينا، كمرضى، أن نتفهم أن السعي الذي يدفع الطبيب لمحاولة حل اللغز قد يتعارض أحياناً مع مصالحنا عند نهاية الحياة.

ويجب أن يعترف كل من الاختصاصيين الطبيين بأنه أحياناً يقنع مرضاه بالخضوع لإجراءات تشخيصية أو علاجية في مرحلة من مرضهم تبعد كثيراً عن المنطق، لدرجة يكون معها من الأفضل أن يبقى اللغز مستغلقاً. وكثيراً ما يحدث قرب النهاية، إذا كان الطبيب قادراً على استبصار ما بأعماق نفسه، أن يدرك الأخير أن قراراته ونصائحه إنما تنبع عن عجزه عن التخلي عن حل اللغز والتسليم بهزيمته، إذا ما بقيت هناك أية فرصة لحله، وبرغم كونه عطوفاً ومتفهماً للمريض الذي يعالجه، فإنه يسمح لنفسه بأن ينحو بتعاطفه جانباً نظراً لأن إغراء اللغز يكون من القوة بحيث يتسبب، مع العجز عن التوصل لحله، في جعله من الضعف بمكان.

ويمتلى الأطباء بالرهبة من مرضاهم، مما يخلق نوعاً من التحويل (Transference) — بالمعنى الحقيقي للكلمة في لغة التحليل النفسي، ويرغبون في إسعادهم، أو على الأقل ألا يكونوا سبباً في إزعاجهم. ويعتقد البعض بأن الأطباء يعلمون دائماً ما يفعلون بكل تحديد، وتعتبر هذه الحيرة معادية (Alien) تماماً بالنسبة لأولئك «الاختصاصيين الفائقين» (Superspecialists) الذين يعالجون أشد المرضى اعتلالاً في المستشفيات. وهم مقتنعون بأنه كلما ارتفع مستوى اعتماد الطبيب للتقنيات المتطورة (Hi-Tech)، زاد اقتناع المرضى بأن الرجال والنساء الذين يتولون معالجتهم، دائماً تكون لديهم أسباب علمية وجيهة لتحديد نمط الفعل الذي يعتمدونه.

وكثيراً ما تكون لدى المرضى، بدورهم، أسباب جوهرية لعدم استكمال المعالجة — عندما لا يوجد سوى احتمال ضعيف ومتضائل لبقائهم على قيد الحياة. وبعض هذه الأسباب فلسفي أو روحاني، وبعضها عملي تماماً، بينما يكون بعضها ناتجاً ببساطة عن الاقتناع بأن ما يحصل عليه المرء بعد صراع طويل من أجل التعافي، لا يستحق ما يُبذل من أجل الوصول إليه. وكما قالت لي ذات مرة، إحدى ممرضات الأورام الحكيمات: «بالنسبة لبعض الناس، لا يبرر حتى التيقن من تخطي أسابيع الضيق والعذاب، دفع الثمن الجسدي أو العاطفي الذي يتوجب عليهم بذله.» وأثناء كتابتي لهذه السطور، كانت بجواري بطاقة متابعة حالة الأنسة هازل ولش، وهي امرأة في الثانية والتسعين كانت تعيش في وحدة النقاهة التابعة لمجمع سكني مخصص للمسنين يبعد نحو خمسة أميال عن مستشفى جامعة ييل في نيو هافن. وبالرغم من يقظتها الذهنية، كانت محتاجة إلى الرعاية التمريضية للوحدة نظراً لتلك الحالة المتقدمة من التهاب المفاصل والانسداد الناتج عن تصلب العصيدي في شرايين رجليها، والتي جعلتها غير قادرة على السير بدون

مساعدة. وأثناء فترة مرضها الحاد الذي عالجتها منه، كان اسمها موجودًا على قائمة الانتظار شبه الاختياري (Semielective) لاستئصال أحد أصابع قدمها اليسرى، والذي أصابه الموت (الغرغرينا: Gangrene). كانت تتناول أدوية مضادة للالتهاب، من أجل علاج التهاب المفاصل الشديد، كما كانت خلال فترة هدأة (Remission) ابيضاض الدم المزمن (اللوكيميا). «كان محور هنا، وعجلة هناك، وتُرس هنا، وزنبرك هناك» قد توقف عن العمل، ولو كان جيفرسون معي، لنصحني قائلًا بأنه من الغباء أن نحاول منع الآلة ككل من التوقف عن العمل كلية.

وبعد ظهر الثالث والعشرين من فبراير ١٩٧٨م بقليل، سقطت الأنسة ولش على الأرض مغشيًا عليها، بوجود إحدى مساعدات التمريض. نقلتها إحدى سيارات الإسعاف إلى غرفة الطوارئ بمستشفى جامعة ييل في نيو هافن، حيث لم يوجد لديها ضغط للدم يمكن قياسه؛ كانت العلامات المرضية الجسمية متوافقة مع التهاب الصفاق الشديد (Peritonitis). وبعد حقنها في الوريد سريعًا بالمحالييل، تم إنعاشها لدرجة تسمح بأن تخضع لفحص سريع بالأشعة السينية، كشف عن وجود كمية كبيرة من الهواء الطليق في تجويفها البطني. كان التشخيص واضحًا؛ فمما لا شك فيه أنها كانت تعاني من انثقاب في جهازها الهضمي، وكان أكثر المواضع احتمالًا هو قرحة «الاثنا عشري»، بعد المعدة بقليل.

وعندما أصبحت واعية تمامًا وعقلانية التفكير، رفضت الأنسة ولش أن تُجرى لها عملية جراحية، ولكنها شمالية عريضة، أخبرتني بأنها أقامت فوق ظهر هذا الكوكب «لمدة طويلة كافية، أيها الشاب»، وأنها لا ترغب في الاستمرار. وقد قالت إنه لم يعد هناك من تعيش لأجله ... كانت المساحة المخصصة في أعلى لوحة بياناتها لاسم أقرب أقربائها تحمل اسم أحد ضباط الحراسة في بنك كونكتيكت الوطني. أما بالنسبة لي، وأنا أقف بجوار سريرها وأنا صحيح البدن تمامًا ومحاط خارج ذلك المكان بأفراد أسرتي وأصدقائي، فلم يكن قرارها ذا مغزى بالنسبة لي. واستخدمت كل ما استطعت أن أسوقه من حجج وبراهين لإقناعها بأن الصفاء الناصع لذهنها، واستجابة اللوكيميا التي أصابتها للعلاج، كانا يعنيان أن أمامها سنوات طيبة لتحياها. وكنت صريحًا تمامًا في إخبارها بأن فرصتها في التعافي من الجراحة المطلوبة، وباعتبار الحالة التي وصل إليها تصلب شرايينها والالتهاب الصفاقي، كانت لا تزيد عن نسبة واحد إلى ثلاثة. قلت لها: «ولكن، نسبة واحد إلى ثلاثة، آنسة ولش، فهي أفضل كثيرًا من الموت المحقق، وهو ما سيحدث إن

لم تسمح لي لأنا بإجراء الجراحة.» بدا ذلك الحديث مثيراً لصحته ذاتياً، ولم يكن بوسعي أن أتخيل أنه يمكن لأي إنسان تبدو عليه مثل حصاصتها، أن يعتقد بعكس ذلك. أصرت على عنادها، لذا تركتها لتفكر في الأمر بمفردها، بينما كانت فرصها في النجاة تتضاءل بمرور الدقائق.

عُدت بعد مُضي ربع ساعة. كانت مريضتي في وضع نصف الجلوس على سريرها، وهي تنظر إليّ عابسة، كما لو كنت صبيّاً شقيّاً في منتصف العمر. ومدّت يدها لتمسك بيدي، وهي تحملني بشدة في عيني مباشرة، كما لو كانت تكلفني بمهمة كئيبة ستُعْذِنِي مسؤولاً عن فشلها بصفة شخصية، وقالت: «سأفعلها، ولكنني أفعل ذلك فقط لأنني أثق بك» شعرت بعد ذلك، فجأة، بأنني أقل ثقة في أن ما أفعله هو الصواب.

اكتشفت، أثناء الجراحة، وجود انتقاب هائل في «الاثنا عشري»، لدرجة أن إصلاحه تطلّب جراحة جذرية أكبر مما توقعت. كانت المعدة قد أصبحت شبه مفصولة تماماً عن «الاثنا عشري»، كما لو كان انفجار قد فصلها عنه؛ كانت بطن الأنسة ولش ممثلة بالعصائر الهضمية الكاوية، كما كانت هناك قطع كاملة من طعام الغداء الذي تناولته قبل الجراحة بدقائق. فعلت ما كان ضرورياً، ثم أغلقت البطن، وأدخلت مريضتي التي كانت لا تزال غائبة عن الوعي إلى وحدة العناية الجراحية المركزة. لم تكن لديها الاستثارة التنفسية الكافية للتنفس، لذا بقي أنبوب التخدير في قصبتها الهوائية.

وعند نهاية الأسبوع، كانت صحة الأنسة ولش قد بدأت بالتحسن، بالرغم من أنها لم تكن مدركة، ذهنياً، بصورة كافية لاستيعاب ما كان يجري من حولها. صفا ذهناً تماماً في نهاية الأمر، استغلّت كل لحظة من زيارتي التي كانت تتكرر مرتين يومياً في التحديق فيّ مؤنبة، قبل أن يمكن إزالة أنبوب التنفس من بين أحبالها الصوتية بعد ذلك بيومين. وعندما كان بوسعها التحدث، لم تُضع وقتاً قبل أن تخبرني بتلك الخدعة القذرة التي ارتكبتها عندما لم أدعها تموت كما أرادت. زججت بها في ذلك الأمر، وأنا على يقين من أنني كنت أفعل الصواب، وفي وجود ما اعتقدت أنه دليل حي، حاولت إثبات صحة ذلك. وبعد كل شيء، ظلّت على قيد الحياة. لكنها كانت ترى الأمور بنظرة مختلفة، ولم تتردد في إخباري بأنني خنتها بتهوين المصاعب التي واجهتها في فترة ما بعد الجراحة. ولأنني كنت أعلم أن الأنسة ولش كانت سترفض إجراء الجراحة المنقذة لحياتها، لو كانت على علم بتلك الأمور التي كثيراً ما يواجهها المسنون من المصابين بتصلب الشرايين في وحدات العناية الجراحية المركزة، أغفلت في وصفي للأيام المتوقعة بعد العملية الجراحية،

ما كان من المتوقع، حقيقةً، أن تعالجه. قالت إنها قد عانت الكثير، وإنها لم تعد تثق فيّ بعد الآن. كان من الواضح أنها واحدة من أولئك الناس الذين كان البقاء على قيد الحياة بالنسبة لهم لا يستحق تكلفته، كما أنني لم أكن قريباً بما فيه الكفاية لتوقع ماهية هذه الكلفة. وبالرغم من أن نواياي لم تعد كونها الرغبة في خدمة ما أدركت أنه في مصلحتها، فقد كنت مذنّباً بأسوأ أنواع فرض الرعاية الأبوية (Paternalism). لقد أخفيت بعض المعلومات لأنني خشيت أن المريضة ستستغلها في اتخاذ ما اعتقدت أنه قرار خاطئ.

وبعد أسبوعين من انتقالها مجدداً للإقامة في غرفتها القديمة بالمجمع السكني، أصيبت الأنسة ولش بسكتة دماغية شديدة، ومن ثم ماتت في أقل من يوم واحد. وتقيّداً بالتعليمات التي كتبتها بحضور ضابط الوصاية عليها خلال زيارته لها بعد خروجها من المستشفى، فلم تبذل أية محاولة لمنحها أي شيء سوى الرعاية التمريضية. فلم تكن ترغب في أي تكرار لتجربتها الحديثة، وقد عبرت عن ذلك بوضوح شديد في تقريرها المكتوب. وبالرغم من أن الرضخ (Trauma) الناتج عن الالتهاب الصفاقي، ثم الجراحة، اللذين تعرضت لهما، زادا بوضوح من احتمال إصابتها بالسكتة الدماغية، شككت في أن غضبها المستمر من خداعي المتعمد لها قد لعب دوراً بالمثل. ولكن ربما كان العامل الأكبر أهمية في وفاة مريضتي هذه، هو ببساطة رغبتها في عدم البقاء على قيد الحياة، والذي أحبطته جراحتي الخرقاء. انتصرت على ذلك اللغز، لكنني فقدت المعركة الكبرى للرعاية الإنسانية للمرضى.

ولو كنت قد أخذت بعين الاعتبار تلك العوامل التي وصفتها في الفصول التي تتناول الشيخوخة من هذا الكتاب، لما كنت تسرعت في التوصية بإجراء العملية الجراحية. وبالنسبة للأنسة ولش، لم يكن لذلك الجهد ما يبرره، بصرف النظر عن قدر النجاح الذي تحقق، كما أنني لم أكن من الحكمة بحيث أدرك ذلك. أما الآن، فأنا أرى الأمور بصورة مختلفة. وإذا أتاحت لي الفرصة لمعايشة ذلك الموقف ثانية، أو أي موقف مهني مشابه، فسأستمع أكثر للمريضة، وسأطلب منها أن تستمع إليّ بصورة أقل. كان هدفي هو مغالبة اللغز؛ أما هدفها هي فكان استغلال مرضها المفاجئ كسبيل للموت يحوطه الجلال. والذي تخلّت عنه لمجرد إسعادي.

وهناك كذبة في الفقرة التي انتهيت من قراءتها لتوّك، فقد ضمننتها قول إنني كنت سأتصرف بطريقة مختلفة، برغم علمي بأنني غالباً ما كنت سأتصرف بنفس الطريقة تماماً، وإلا تعرضت لاحتقار زملائي الأطباء. وفي مثل تلك الأمور يصطدم علماء الأخلاق

والفضيلة بأرض الواقع، وهم يحاولون أن يحكموا على أفعال الأطباء الممارسين، لأنهم لا يستطيعون رؤية الخنادق الدفاعية من مناطق رؤيتهم البعيدة. وتنص مبادئ مهنة الجراحة على ألا يُترك مريض قابل للإنقاذ مثل الأنسة ولش ليموت، إذا كان لعملية جراحية مباشرة أن تنقذه. أما نحن الذين قد نخرق هذه القاعدة الأساسية، مهما كانت دوافعنا «إنسانية» — فنحن نفعل ذلك على مسؤوليتنا الخاصة. وإذا نظر أحد الجراحين للقرار الذي اتخذته، فسيكون ذلك القرار سريريًا تمامًا، ويجب هنا ألا توضع الأخلاقيات (Ethics) في الاعتبار. ولو كنت قد تركت الأنسة ولش تموت بدون جراحة، لكان عليّ أن أدافع عن تلك النتيجة خلال المؤتمر الجراحي الأسبوعي (حيث كان القرار سيبدو بالتأكيد قرارًا شخصيًا، وليس قرارًا هي)، أمام الزملاء المتشددون الذين سيبدو موتها أمامهم كضرب من الخطأ في تقدير حالة المريضة، إن لم يكن كإهمال جسيم في تنفيذ واجبي المحدد لإنقاذ حياتها. ومن شبه المؤكد أنني كنت سألتقى توبيخًا شديدًا، لفشلي في رفض مثل هذه الرغبة التي تبدو عارية من المنطق. وبوسعي أن أتخيل ما كنت سأسمعه عندهذا: «كيف سمحت لها أن تتحدث معك بخصوص ذلك الأمر؟» ... «هل يعني مجرد أن امرأة عجوزًا كانت تريد الموت، أن تكون أنت شريكًا في ذلك؟» ... «على الجراح أن يتخذ القرارات السريرية فحسب، والقرار السريري الصائب في هذه الحالة كان أن تُجرى الجراحة، ولتدع المواعظ لرجال الدين!»، وذلك صورة من صور الضغط الذي يمارسه الأقران (Peer pressure)، والذي لن أكون مجترئًا بما فيه الكفاية لكي أدّعي أنني أتمتع بالمناعة تجاهه. فبصورة أو بأخرى، ستننصر معتقدات طب التقنيات العالية، كما تفعل دائمًا في أغلب الأحوال.

لم تكن معالجاتي للأنسة ولش مبنية على أهدافها هي، بل على أهدافي الخاصة، وعلى المبادئ المتعارف عليها لتخصصي. وقد واصلت نوعًا من العبث (Futility) الذي حرّمها من ذلك النوع الخاص من الأمل الذي كانت تتوق إليه — وهو أملها في أن تغادر هذا العالم بدون تدخل منها عندما تحين الفرصة. وبصرف النظر عن عدم وجود أقارب لها، كان بوسعي، والممرضة، أن نتوقع أنها لن تموت وحيدة، على الأقل في حدود ما يستطيع الغرباء المتعاطفون تقديمه لشخص عجوز بلا أصحاب. لكن الذي حدث في الواقع، هو أنها عانت من ذلك المصير الذي يتعرض له الكثير ممن يُتوفون في المستشفيات في أيامنا هذه، وهو أن تُفصل عن الواقع بنفس تلك التقنيات الأحيائية والمقاييس العملية التي يُفترض فيها أن تعيد الناس إلى الحياة الهادفة.

وتقوم الشاشات (Monitors) التي لا تنفك تصفّر وتصرخ (squeal)، وفحيح أجهزة التنفس الصناعي والحشايا الزنبركية، والإشارات الإلكترونية التي تنبض بألوان متعددة — أي ترسانة التقدم التكنولوجي بكاملها — بدور الخلفية للتكتيكات التي نُحرم عبرها من تلك السكينة التي يجب أن نمتلك الحق الكامل في أن نحلم بها، كما ننفصل عن تلك القلة من الناس الذين لن يتركونا نموت منفردين. ومن خلال تلك الطرق، تعمل التكنولوجيا الحيوية — التي وُجدت أساسًا لتوفير الأمل — على سلبه في حقيقة الأمر، كما تترك الناجين منا يتحسرون على تلك الذكريات النهائية الحية، والتي تنتمي بحق لأولئك الذين يجلسون بقربنا عندما تقترب أيامنا من نهايتها.

ويحمل كل من التطورات العلمية أو السريرية في طياته مضمونًا ثقافيًا، وآخر رمزيًا في كثير من الأحيان. ويمكن النظر إلى اختراع السماعه الطبية (Stethoscope) في عام ١٨١٦م، على سبيل المثال، كبداية لتلك العملية التي قام الأطباء من خلالها بإبعاد أنفسهم عن مرضاهم. وفي الواقع أن ذلك التفسير لدور هذه الآلة الطبية، قد اعتمدته بعض المعلقين الطبيين في زمن كان ذلك يُعد فيه أحد مميزات السماعه، حيث إنه ليس هناك الكثير من الأطباء الممارسين، سواء في ذلك الوقت أو الآن، ممن يشعرون بالراحة عندما يضعون آذانهم فوق صدر مريض. وحتى يومنا هذا، يبقى ذلك السبب، بالإضافة إلى كون السماعه دليلًا مرئيًا على المكانة الاجتماعية لحاملها، من الأسباب غير المعلنة لشهرة هذه الآلة الطبية. ولا يحتاج المرء سوى أن يُمضي ساعات قليلة في المرور السريري مع الأطباء الشباب، لكي يلاحظ الأدوار العديدة التي يلعبها ذلك الدليل الدامغ على السلطة والانعزال.

وعند النظر إلى السماعه الطبية من المنظور السريري البحت، فهي لا تعدو كونها آلة لنقل الأصوات؛ وبنفس المنطق، يمكن اعتبار وحدة العناية المركزة مجرد غرفة للكنز الخفي للأمل الخاص بالتقنيات العالية، في داخل تلك القلعة التي نعزل فيها المريض من أجل أن نتمكن من رعايته بصورة أفضل. وتمثل هذه الأماكن المقدسة الخفية أنقى صور إنكار مجتمعنا لطبيعية (Naturalness)، وحتى لضرورة، الموت. وتقوم العناية المركزة، مع ما فيها من انعزال وسط الغرباء، بإخماد أمل كثير من المحتضرين في ألا يتم التخلي عنهم في ساعاتهم الأخيرة. ولكنه يتم التخلي عنهم، في واقع الأمر، بالرغم من النوايا الحسنة لأفراد طاقم الرعاية المحترف رفيعي المهارات، والذين يعرفونهم بالكاد.

وفي أيامنا هذه، يُعتبر النمط السائد هو إخفاء الموت عن الأنظار. ويطلق المؤرخ الاجتماعي الفرنسي فيليب آرييه (Ariès)، في عرضه الكلاسيكي للطقوس المتعلقة

بالاحتضار، على هذه الظاهرة الحديثة اسم «الموت الخفي» (Invisible Death). وهو يوضح أننا نعتبر الاحتضار قبيحًا وقذرًا، وأننا لم نعد نتحمل بسهولة مزيدًا مما هو قبيح وقذر. ولتلك الأسباب يجب أن يُخفى الموت، وأن يتم في أماكن منعزلة:

بدأت عملية الوفاة الخفية في المستشفيات بصورة محدودة للغاية في الثلاثينيات والأربعينيات من القرن العشرين، قبل أن تنتشر بصورة واسعة بعد الخمسينيات ... فلم تعد حواسنا اليوم تقدر على احتمال تلك المناظر والروائح التي كانت تمثل جزءًا من الحياة اليومية للقرن الثامن عشر، بالإضافة إلى العذاب والمرض. انسحبت التأثيرات الفيزيولوجية من الحياة اليومية، إلى ذلك العالم المعقم للصحة، والطب، والوفاة. ويتمثل التعبير المتكامل عن ذلك العالم، في المستشفى، بنظامها الخلوي ... وعلى الرغم من أن ذلك لا يُعترف به في جميع الحالات، فإن المستشفيات منحت للأسر مكانًا يمكن فيه إخفاء ذلك العليل المُشين، الذي لا يستطيع أن يتحملة العالم، ولا هم ... أصبحت المستشفيات محلًا للموت المنفرد.

وتحدث نحو ثمانين بالمائة من وفيات الأمريكيين اليوم في المستشفيات. وارتفعت هذه النسبة منذ عام ١٩٤٩م، حيث لم تكن تتعدى الخمسين بالمائة؛ وفي عام ١٩٥٨م، بلغت النسبة ٦١ بالمائة، أما في عام ١٩٧٧م، فقد كانت ٧٠ بالمائة. ولا ترجع تلك الزيادة لكون الكثيرين جدًّا ممن يموتون كانوا بحاجة لمستوى مرتفع من الرعاية الحرجة، والذي لا يمكن توفيره سوى داخل جدران المستشفيات. وتُعدّ هنا الرمزية الثقافية لعزل المحتضرين ذات مغزى، بالقدر نفسه الذي يكون عليه المنظور السريري البحت لتحسين الوصول إلى الإمكانات التخصصية والأفراد المدربين، وربما كانت تلك ذات مغزى أكبر بالنسبة للمرضى أنفسهم.

أصبح الموت المنفرد معروفًا جيدًا في أيامنا هذه، لدرجة أن مجتمعنا بدأ ينظم صفوفه ضده، كما يجب علينا أن نفعل تمامًا. ومن حكمة تلك الوثائق القانونية التي تسمى بالتوجيهات المسبقة (Advance directives)، إلى تلك الفلسفات المشبوهة لما يسمى بجمعيات الانتحار، هناك العديد من الخيارات المتاحة، كما أن الهدف النهائي لكل منها يتشابه في جميع الحالات: وهو المحافظة على التيقن من أنه عند اقتراب النهاية، فسيكون هناك ذلك النوع من الأمل على الأقل — وهو أن لحظاتها الأخيرة لن يوجهها المهندسون الطبيون، بل أولئك الذين يعرفون من نكون.

وهذا الأمل، أي الاطمئنان إلى أنه لن تكون هناك جهود غير ضرورية، هو تأكيد على أن الكرامة التي يجب أن نسعى إليها في الموت، هي التقدير الذي يُظهره الآخرون لما كان المرء عليه أثناء حياته. وهي كرامة تنبع عن حياة عاشها صاحبها جيداً، وعن تقبُّل المرء لوفاته كعملية ضرورية للطبيعة، لكي تسمح لحياة نوعنا البشري أن تستمر من خلال أطفالنا نحن، وأطفال الآخرين. وهي أيضاً ذلك الاعتراف بأن الحدث الحقيقي الذي يقع عند نهاية حياتنا هو الموت، وليس محاولتنا لمنع وقوعه. استحوذت علينا، بصورة ما، أعاجيب العلم الحديث، لدرجة أن مجتمعنا أصبح يضع تركيزه على الجانب الخطأ. والمحتصر هو الأمر المهم؛ فالممثل الرئيسي في تلك الدراما هو الرجل المحتصر، ولا يعدو القائد النشيط لتلك الفرقة المتظاهرة بالانهماك في العمل من منقذيه المحتملين، كونه متفجعاً (Spectator)، وحتى في ذلك، فهو يفعل ذلك من بعيد ودونما اهتمام.

وفي الأزمان الغابرة، كانت ساعة الوفاة — إذا ما سمحت الظروف، تُرى كوقت للقدسية الروحانية (Spiritual sanctity)، وللاجتماع الأخير مع أولئك الذين سنُخلِّفهم وراءنا. ويتوقع المحتصرون أن يحدث هذا الموقف هكذا، لذا فلم يكن من السهولة بمكان أن نحرّمهم ذلك. كان ذلك هو عزاءهم وعزاء من يحبونهم في مواجهة الفراق، وخصوصاً في مواجهة تلك المآسي التي تكون قد سبقته في أغلب الأحيان. وكان ذلك الاجتماع، بالنسبة للكثيرين، مركزاً ليس فقط للإحساس بأنهم مُنحوا «موتاً طيباً»، بل وللأمل الذي رآه في وجود الله والإيمان بالحياة الآخرة.

ومن المثير للسخرية أن أجد من الضروري، عند إعادة تعريف الأمل، أن ألفت الانتباه إلى أمر كان يمثل — حتى وقت قريب — المحلّة (Precinct) ذاتها التي يبحث فيها أغلب الناس عن ذلك الأمل. ويلجأ المحتصرون اليوم إلى الله وللوعد بالحياة الآخرة، عندما توشك الحياة المعاصرة على الانتهاء، بصورة أقل مما كان يحدث في أي وقت آخر من تلك الألف الثانية للميلاد. ولا يحق لأفراد الرعاية الطبية أو للمتشككين (Skeptics) أن يشككوا بعقيدة شخص آخر، خصوصاً عندما يكون ذلك الآخر مواجهاً لحياة الخلود. وقد عُرف عن اللاأدريين،^١ وحتى الملحدين (Atheists)، أنهم يجدون السلوى في اللجوء إلى الدين في مثل تلك المواقف، وهنا يجب احترام ذلك التغير الشديد في قلوبهم. وكم من مرة

^١ Agnostics: وهم من يقولون بأنه لا يمكن معرفة شيء عن الله تعالى، وهم العناديون في الفلسفة السوفسطائية. (المترجم)

سمعت فيها، حين كنت جراحاً شاباً، طبيباً أو ممرضة يسخران من طقوس الموت لإحدى الطوائف الغريبة، لأنها «أقرب ما تكون لأن تخبره بأنه سيموت»، ثم تراه، أو تراها، يتلکأ في استدعاء رجل الدين الذي ربما كان وجوده، لو أن المريض كان على علم بحقيقة الأمر، سيفضله المريض عن وجود الطبيب نفسه! ومنذ سنوات خلت، كان المستشفى الذي أعمل به يضم تصنيفاً مرضياً يسمى بقائمة الخطر (Danger List). وعندما كانت تلك القائمة تضم اسمًا لأحد الكاثوليك، كان القس التابع له المريض يُستدعى على الفور. ومن بين الأسباب العديدة التي أدت إلى اختفاء مثل هذه القوائم، نجد التردد الرسمي في التسبب في «إفزع» المريض، بأن يجد في غرفته شخصاً يرتدي مسوح الرهبان، لأن ذلك كثيرًا ما يكون أول تلميح للمريض بأن حياته بسبيلها للانتهاة. وبمثل تلك الطرق، كانت السلطات الرسمية للمستشفيات تنكر الأمل، لدرجة أنه حتى العقائد الدينية كانت تقوَّض من أجل تحقيق ذلك الهدف.

وأحيانًا ما يكون مصدر الأمل للمحتضر ضعيفًا، مثل تمنّي البقاء على قيد الحياة حتى تخرُج الابنة، أو حتى مثل قضاء إجازة ذات مغزى خاص. وتوثق الكتابات الطبية لقوة مثل ذلك الأمل، فهي تصف أحيانًا حافظ فيها الأمل ليس على حياة، بل وعلى تفاؤل رجل أو امرأة في طور الاحتضار، للمدة الضرورية المطلوبة. ويستطيع جميع الأطباء، والكثير من أفراد الجمهور العادي، أن يخبرونا عن أشخاص بقوا على قيد الحياة، على الرغم من أسوأ التوقعات، من أجل حضور عيد أخير للميلاد، أو انتظارًا لرؤية وجه محبوب عائد من أحد الأصقاع النائية.

والدرس المستفاد في كل من هذه الحالات معروف جيدًا. فالأمل لا يوجد فقط في توقُّع الشفاء، أو حتى في توقع حدوث هداة للضيق الحالي. بالنسبة للمريض المحتضر، سيظهر في جميع الحالات أن الأمل في الشفاء لهو أمل كاذب في نهاية المطاف، بل وكثيرًا ما يتحول حتى الأمل في تخفيف معاناته إلى رماذ بدوره. وعندما يحين أجلي، سألتمس الأمل في معرفة أنني لن أتعذب، ولن أخضع، بقدر المستطاع، لأي محاولات لا ضرورة لها للإنعاش؛ وسألتمسه في التيقن من أنني لن أترك لكي أموت وحيدًا؛ كما أنني ألتمسه الآن، في الطريقة التي أحاول أن أعيش بها حياتي، بحيث يستفيد أولئك الذين يقدرّون قيمتي، من فترة بقائي على الأرض، وأن أخلف لهم ذكريات مريحة عما كان يعنيه كل منا بالنسبة للآخر.

وهناك من يتلمسون الأمل في الإيمان، وفي اعتقادهم بوجود الحياة الآخرة؛ بينما يتطلع البعض الآخر إلى مفترق طرق في حياته، أو نقطة يتم فيها الوصول إلى هدف

منشود؛ بل إن هناك البعض ممن يتركز أملهم في المحافظة على نوع من التحكم الذي يوفر لهم سبل اختيار لحظة وفاتهم، ويعني ذلك — بصورة فعلية — أن تنتهي حياتهم بدون معوقات. ومهما كان الشكل الذي يتخذه ذلك، فيجب أن يجد كل منا الأمل بطريقته، أو بطريقتها، الخاصة.

وهناك نوع من الهجر (Abandonment)، يشيع بصورة خاصة بين المرضى الذين يقتربون من الموت بالسرطان، ويتطلب ذلك النوع منا التعليق. وأشير هنا إلى الهجر من قبل الأطباء. ونادراً ما يرغب الأطباء في الاستسلام. فما دام قد بقي هناك أي احتمال للتمكن من حل اللغز، فسيستمررون في المحاولة، وأحياناً يستلزم الأمر تدخل أفراد الأسرة، أو المريض ذاته، لوضع حد للتدريبات الطبية على العبثية. وعلى الرغم من ذلك، فعندما يصبح من الواضح أنه لم يعد هناك لغز يمكن تركيز الانتباه عليه، يفقد الكثير من الأطباء ذلك الحافز الذي يُبقي على حماسهم. وفي الوقت الذي يستمر فيه الحصار الطويل، حيث يفشل العلاج تلو الآخر، تميل أوجه الحماسة تلك للتخفي جانباً. وعندئذ يميل الأطباء للاختفاء بدورهم، عاطفياً؛ أما جسدياً، فكثيراً ما لا يفعلون شيئاً إلا أن يختفوا.

تم ذكر الكثير من الأسباب لتفسير هجر الأطباء لمرضاهم عندما تصبح حالتهم المرضية ميؤوساً منها. وتمت الإشارة إلى بعض الدراسات، والتي تشير إلى أن الطب — من بين جميع المهن الأخرى — يبدو أنه أكثر المهن اجتذاباً للأفراد الذين يتمتعون بأوجه شخصية عالية للقلق نحو الموت. فنحن نصبح أطباء لأن قدرتنا على العلاج تعطينا سلطة على ذلك الموت الذي نخشاه كثيراً، بينما يحمل فقد هذه السلطة تهديداً خطيراً، لدرجة أننا نضطر للهرب بعيداً عنه، ومن ثم عن أولئك المرضى الذين يُجسّدون ضعفنا. والأطباء هم أناس ينجحون، وتلك هي الطريقة التي يتمكنون بها من التغلب على المنافسة الرهيبة التي يلقاها كل منهم في سبيل الحصول على شهادته الطبية، وعلى تدريبه العملي، ثم على وظيفته، ومثلهم مثل غيرهم من ذوي المواهب الرفيعة، فهم يحتاجون إلى تأكيد مستمر لقدراتهم. فأن تفشل يعني أن تتحمل لطمات لصورتك الشخصية، والتي قليلاً ما يتحملها أفراد تلك المهنة التي هي أكثر المهن أنانية (egocentric) على الإطلاق.

تأثرت بعامل آخر في شخصيات الكثير من الأطباء، ربما كان مرتبطاً بالخوف من الفشل: وهو حاجة للسيطرة على الأمور، تتخطى في حجمها حدود المعقول بالنسبة لأغلب الناس. وعندما تُفقد هذه السيطرة، يضيع ذلك الشخص الذي يحتاجها، بصورة ما، ولذا فهو يتعامل بشكل سيئ مع نتائج عجزه. وفي محاولة للمحافظة على سيطرته، يقنع

الطبيب نفسه — بدون وعي منه في الغالب — بأنه يعلم أفضل من المريض أي السبل أفضل بالنسبة له. وهو يقدم من المعلومات ذلك القدر الذي يعتقد أنه ملائم فحسب، وبهذا فهو يؤثر على اتخاذ المريض لقراره بطرق لا يدرك أنها تخدم مصلحته هو. كان ذلك النوع من «الرعاية الأبوية» هو بالتحديد مصدر خطئي في معالجة الآتسة ولش. وذلك العجز عن مواجهة التبعات التي يتضمنها فقدان السيطرة، يؤدي في أحيان كثيرة بالطبيب إلى الهرب من المواقف التي لم يعد لقوته فيها وجود، ومن المؤكد أن يلعب ذلك دورًا في عملية التخلي عن المسؤوليات، والتي كثيرًا ما تقع عند نهاية حياة المريض. وفي الصياغة المنسقة التي يراها في «الغز» وفي الطريقة المنهجية التي يعتمد عليها في الوصول إلى الحل، يصنع الطبيب من الاضطراب نظامًا، ويجد القوة على ممارسة سلطته على المرض، والطبيعة، وعالمه الخاص. وعندما لا يكون هناك لغز، سيقبل مثل هذا الطبيب من اهتمامه، أو يفقده كلية. فالبقاء لرؤية انتصار الطبيعة الجامحة يعني الاعتراف بعجزه الشخصي.

أو أن الطبيب قد يحتفظ، بعد أن يخسر المعركة الكبرى، بقدر ضئيل من السطوة من خلال فرض هيمنته على عملية الاحتضار، وذلك من خلال التحكم في مدتها وتحديد اللحظة التي يسمح فيها بانتهاؤها. وبهذه الطريقة، فهو يحرم المريض وأسرته من السيطرة التي هي من حقهم. وفي أيامنا هذه، لا يموت الكثير من المرضى من نزلاء المستشفيات، إلا عندما يقرر أحد الأطباء أن الوقت المناسب لذلك قد حان. وأعتقد، باستثناء الفضول والتحدي الذي يمثل حل المشكلات — وهما من العناصر الأساسية للبحث الجيد — أن وهم السيطرة على الطبيعة يقبع في أساس العلم الحديث ذاته. وبالرغم من كل ما أُوتيت من فن وفلسفة، فقد أصبحت مهنة الطب الحديث، بصورة كبيرة، تمثل تمرينًا للعلوم التطبيقية، مع استحضار هدف الغزو هذا في الأذهان. وليس الهدف النهائي للعالم هو المعرفة من أجل المعرفة فحسب، بل المعرفة التي تهدف إلى قهر ما يراه معاديًا في البيئة المحيطة بنا. وليس هناك من بين أفعال الطبيعة (أو الطبيعة ذاتها) ما هو أشد عداً من الموت. ففي كل مرة يموت فيها أحد المرضى، يتم تذكير طبيبه بأن سيطرته، وسيطرة الجنس البشري ككل، على القوى الطبيعية محدودة، وأنها ستظل كذلك على الدوام. فستنتصر الطبيعة في النهاية دائمًا، كما يجب عليها أن تفعل من أجل المحافظة على بقاء نوعنا البشري.

تم توقُّع، وتقبُّل، الانتصار النهائي للطبيعة منذ أجيال عديدة سابقة لجيلنا. وكان الأطباء أكثر استعدادًا بكثير للتعرف على علامات الهزيمة، كما كانوا أقل صلفًا في إنكارها.

فَقَدَ تواضع مهنة الطب في مواجهة قوى الطبيعة، وضاع معه بعض المرجعية الأخلاقية للأزمان الغابرة. ومع التزايد الهائل في كم المعرفة العلمية، ظهر انخفاض هائل في الاعتراف بأننا لا زلنا نمتلك السيطرة على أقل بكثير مما نرغب فيه. ويتقبل الأطباء ذلك التوهم (conceit) [بكل ما تعنيه الكلمة من معانٍ] بأن العلم قد منحنا قوة هائلة، ومن ثم فهم وحدهم، يمثلون القضاة الذين يمكن لهم تحديد الكيفية التي يمكن بها الاستفادة من مهارتنا. وبدلاً من التواضع العظيم الذي كان من الواجب أن يصاحب تلك المعرفة الهائلة، ظهرت الغطرسة الطبية: فحيث إنه بوسعنا فعل الكثير، فليست هناك حدود لما يمكن محاولة فعله اليوم، ولهذا المريض بالذات!

وكلما زادت دقة تخصص الطبيب، زاد احتمال كون «اللغز» هو حافزه الأساسي. ونحن ندين للانهماك الطبي في محاولة حل ذلك «اللغز»، بالتطورات السريرية الكبرى التي يستفيد منها جميع المرضى؛ وندين أيضاً للانهماك الطبي في محاولة حل اللغز، بخيبة أملنا عندما نزكي توقعات الأطباء التي لا يستطيعون تحقيقها، والتي ربما لم يكن من الواجب أن يُطلب منهم تحقيقها في المقام الأول. ويُعد «اللغز» كالمغناطيس (Lodestone) بالنسبة للطبيب، كعالم تطبيقي؛ وكطائر القُطْرُس (Albatross)، بالنسبة له كمقدم للرعاية الإنسانية.

ويُعد علماء الأورام (Oncologists) من أكثر الناس تصميمًا في القطاع الطبي، فهم مستعدون لتجربة أي جهد نهائي لمنع وقوع ما هو محتوم — ويمكن أن تراهم يقفون وراء المتاريس، عندما يكون بقية المدافعين قد طووا أعلامهم وانسحبوا. ومثلهم مثل كثير من زملائهم المتخصصين، يمكن أن يتَّسم علماء الأورام بالتعاطف والإحسان؛ فهم من المرجح، عند التعامل مع المرضى، يتدارسون أنماط العلاج ومضاعفاتها المحتملة باستفاضة، ثم يضعون خطة للعمل، ويخلقون علاقات حميمة مع الأفراد والأسر على حدٍّ سواء. ومع ذلك، فهم كثيرًا ما يفعلون ذلك حتى بدون أن يتمكنوا من التوصل إلى فهم حقيقي للطبيعة الروحانية لأولئك الذين يعالجونهم، أو لردة فعلهم الموضوعية نحو الوجه غير المحدد المعالم للموت، والذي يكتنف مساعيهم على الدوام. ويؤسفني القول بأن تلك هي الحقيقة بالنسبة للغالبية العظمى من الاختصاصيين الذين يعالجون أشد أمراضنا تعقيدًا. وعندما أنظر لتلك السنوات الثلاثين التي قضيتها في الممارسة الطبية، يتزايد إدراكي بأنني كنت ذلك الحلال للمشاكل، أكثر من كوني ذلك الرجل من حي برونكس، والذي كانت أمنيته الوحيدة هي أن يرعى مرضاه.

وإذا كففنا عن أن نتوقع من الكثير من أطبائنا تنفيذ ما ليس بوسعهم، فَمَن ذا الذي سيوجهنا، كمرضى، لاتخاذ القرارات العقلانية؟ فهؤلاء الأطباء، في المقام الأول، لا يزال بوسعهم توجيهنا. وفي واقع الأمر، أن المعلومات التي يبوحدون بها تصبح أكثر قيمة بمجرد أن نعتاد على استخدامها كمجرد سبيل لفهم الفيزيولوجية المرضية التي يعرفونها تمام المعرفة. ولو علم أطباؤنا الاختصاصيون بأنهم يفتقدون للقوة اللازمة للسيطرة على حكمنا على الأمور، لكانوا أقل استعدادًا لإبلاغنا بالأمور بطريقة تؤثر على القرار الذي يريدوننا أن نتخذه. ويطلب لكل مريض أو مريضة أن يدرس مرضه أو مرضها، وأن يعلم عنه ما يكفيه للتعرف على بداية ذلك الوقت الذي يصبح فيه المزيد من العلاج محلًا للجدل. وتبدأ عملية التعلم تلك بمعرفة الكيفية التي يعمل بها الجسم البشري الطبيعي، والتي تبسّط كثيرًا التعرف على الطرق التي يصاب الجسم بالمرض من خلالها. ومن الواضح أن السرطان عملية ملائمة بصورة خاصة لمثل هذا الأسلوب، لذا فلن يتخطى تنفيذه قدرات سوى نسبة مئوية ضئيلة من الناس.

وعند مناقشتي «للغز»، لم أتحديث عن ذلك الطبيب الذي يتعرض للافتتان به بدرجة أقل من تلك التي يتعرض لها الاختصاصي. وستبقى العلاقة بين المريض وبين طبيبه الأساسي مفتاح العلاج، كما كان الأمر منذ تلك الأيام التي وضع فيها «أبوقراط» تأملاته حولها. وعندما لا يمكن إيجاد علاج شافٍ للمرض، تكتسب هذه العلاقة أهمية قصوى. وسيروق لحكومتنا أن تدعم مفهوم طب العائلة (Family practice) والرعاية الصحية الأولية، والذي يجب أن يكون محل التركيز الأكبر في أية خطة لتقديم خدمات الرعاية الصحية. ويستحق تمويل برامج التدريب على هذه الخطط في كليات الطب والمستشفيات التعليمية، أن يصبح أولوية كبرى، كما يجب تشجيع التكريس (Dedication) الذي يُظهره أولئك الشبان الموهوبون. ومن بين جميع الفوائد المحتملة لمثل هذا النظام، لا أستطيع أن أفكر في واحدة أكثر قيمة من ذلك التأثير الإنساني (Humanizing effect) الذي يمكن أن يُسبِغه على الطريقة التي نموت بها. ونحن نتحمل من المشاق عند الموت الكثير، بحيث يجب ألا نضيف إليها بطلب المشورة من المتخصصين الغرباء وحدهم، في الحين الذي يمكن أن ترشدنا فيه بصيرة العلاقة المديدة بيننا وبين طبيبنا الخاص.

ونحن نتحمل ما هو أكثر من الألم والأسى عندما نفارق الحياة. ومن بين أثقل الأحمال التي نواجهها، نجد الندم، والذي يستحق كلمة عند هذه النقطة. فهناك قطع

إضافية من المتاع التي يتوجب علينا حملها معنا إلى القبر، وهي محتومة كالموت، إضافة لكونه من المرجح أن تسبقها فترات عصيبة — خصوصًا بالنسبة لضحايا السرطان. لكننا نستطيع، بصورة ما، أن نُخلص أنفسنا من حملها إذا توقعنا حدوثها. وبهذه أعني تلك الخلافات غير المحلولة، وجروح العلاقات التي لم تُشفَ بعد، والطاقات المعطلة، والعهود التي لم تتم المحافظة عليها، والسنوات التي لن نحياها على الإطلاق. وستكون هناك، بالنسبة لكل منا تقريبًا، أعمال لم تُنجز بعد. ولا ينجو من ذلك سوى أولئك الذين بلغوا من الكبر عتياً، ولكن ليس في جميع الحالات.

وربما يجب أن يكون مجرد وجود أشياء لم تُنجز، بمثابة مرضاة في حد ذاته؛ على الرغم من أن تلك الفكرة قد تبدو متناقضة لأول وهلة. ليس هناك من ليس لديه الكثير من «العهود ليحفظها، والأميال ليقطعها، قبل أن يخلد إلى النوم الأبدي» سوى من مات منذ زمن بعيد، في الحين الذي بقي فيه على قيد الحياة ظاهريًا؛ وليست حالة الخمول تلك بالمرغوبة. ونكون قد أحسنًا صنعًا إذا أضفنا إلى النصيحة القائلة بأننا يجب أن نعيش كل يوم من أيام حياتنا كما لو كان الأخير، نصيحة أخرى تقول بأننا يجب أن نعيش كل يوم من حياتنا كما لو كنا سنعيش على الأرض للأبد.

ونكون قد أحسنًا صنعًا أيضًا، إذا تجنبنا حملًا آخر لا ضرورة له، بتذكر تحذير روبرت بيرنز (Burns) عن أفضل الخطط الموضوعة. ونادرًا ما يتصرف الموت، إن فعل، طبقًا لخططنا أو حتى طبقًا لتوقعاتنا. ويرغب كل منا في أن تتم عملية احتضاره بالطريقة اللائقة، وهي النسخة العصرية من فن الموت (*ars moriendi*)، وجمال اللحظات الأخيرة للحياة. ومنذ بدأ البشر في الكتابة لأول مرة في تاريخهم، فقد سجلوا رغبتهم في نهاية مثالية أطلق البعض عليها اسم «الموت الجيد» (Good death)، كما لو كان أي منا سيصبح في يوم من الأيام قادرًا على التيقن من ذلك أو على امتلاك أي سبب لتوقع حدوثه. وهناك معوقات لعملية اتخاذ القرار يجب تحاشيها، إضافة إلى أنماط من الأمل يجب السعي وراءها، لكننا — بعد ذلك — لا بد أن نغفر لأنفسنا إذا لم نتمكن من تحقيق إحدى الصور المسبقة للموت اللائق.

وللطبيعة مهمة يتوجب عليها تنفيذها. وهي تنفذ مهمتها بتلك الطريقة التي تبدو أكثر ملاءمة لكل فرد خلقته قوتها. فقد جعلت ذلك عرضة للإصابة بأمراض القلب وذاك بالسكتة الدماغية، وآخر بالسرطان، ويصاب أحدهم بالمرض بعد فترة طويلة من بقاءه على الأرض، بينما يصاب به الآخر بعد فترة قصيرة للغاية، على الأقل من وجهة نظرنا نحن. وقد صنعت «اقتصاديات الحيوان» تلك الظروف التي يحل من خلالها أحد الأجيال

محل الجيل السابق له. ففي مواجهة تلك القوى والدورات الطبيعية التي لا هودة فيها، لا يمكن أن يكون هناك انتصار مقيم.

وعندما تحين اللحظة في النهاية، حيث لا مهرب من إدراك أننا قد وصلنا إلى النقطة التي قال عنها «جوشانان هاكادوش» في رواية براوننج (Browning): «عندما تدوس أقدامنا طريق الجسد كله»، ومن المفروض علينا أن نتذكر أنه ليس فقط طريق الجسد كله، بل وطريق الحياة كلها، والذي يحتفظ بخططه الخاصة تجاهنا. وبالرغم من أننا نجد طرقاً ماهرة لتأجيل تنفيذ تلك الخطط، فإنه ليس هناك من سبيل لإبطال فعلها. وحتى الانتحار يخضع لهذه الدورة، وحسبما نعلم، إن الفعل الذي اقترفوه كان مصمماً ضمن خطة كبرى، مما يوفر لنا مثلاً آخر على القوانين الراسخة للطبيعة و«اقتصادها الحيواني». وقد جعل شكسبير «يوليوس قيصر» (Julius Caesar) يعبر عن ذلك بقوله:

من بين كل الأعاجيب التي سمعتها حتى الآن،
يبدو لي أن أكثرها غرابة أن أجد الرجال خائفين؛
لأنني أرى أن الموت، نهاية ضرورية، وسيأتي عندما يحين الأجل.

الخاتمة

أهتم بالعالم الصغير (الإنسان: Microcosm)، أكثر من اهتمامي بالعالم الكبير (Macrocosm)؛ فأنا أشد اهتمامًا بالكيفية التي يحيا بها رجلٌ عن تلك التي يموت بها أحد النجوم؛ وبالكيفية التي تعيش بها امرأةٌ عن تلك التي ينطلق بها شهاب في السماء. وما دام الله موجودًا، فهو موجود في خلق كلِّ منا، كما كان موجودًا عند خلق الأرض. والغموض الذي يخلبُ لبِّي هو الحالة الإنسانية، وليس حالة الكون ككل.

كان الشغل الشاغل في حياتي هو محاولة فهم هذه الحالة الإنسانية. وخلال تلك الحياة، والتي تسير الآن في عقدها السابع، نلتُ حظي من صنوف الأسى، وحظي من الانتصارات. وأحيانًا أظن أنني حصلت على ما يزيد كثيرًا عن حظي من كليهما، لكن هذا الانطباع ربما كان نابعًا عن الميل الذي نشترك فيه جميعًا، والذي يجعل كلًّا منا يرى وجوده كمثال صارخ على التجربة الكونية — أي كحياة هي، بصورةٍ ما، أكبر من الحياة، كما تُحس بعَمق أكبر.

وليس هناك طريقة للتنبؤ بما إن كان ذلك هو العقد الأخير، أم أن هناك المزيد؛ فالصحة الجيدة لا تقدم ضمانات من أي نوع، والحقيقة المؤكدة الوحيدة بخصوص وفاتي هي واحدة أخرى من تلك الأمنيات التي نشترك فيها جميعًا: فأنا أريد أن أموت بدون أن أتعذب. وهناك من يتمنون أن يموتوا سريعًا، ربما بمفاجأة فورية؛ كما أن هناك من يتمنون الموت بعد مرض قصير خالٍ من العذاب، وهم محاطون بالناس والأشياء التي يحبون. وأنا واحد من تلك الفئة الأخيرة، وأظن أن تلك تمثل الأغلبية.

ولسوء الحظ، فإن ما أتمنى حدوثه ليس هو ما أتوقعه. لقد رأيت من الوَفَيَّات الكثير، بحيث لا يمكنني تجاهل تلك الاحتمالات القاهرة بأن وفاتي لن تحدث بالصورة التي أتمناها. ومثلي مثل كثير من الناس، فمن المحتمل أن أعاني من التوتر الجسدي

والعاطفي الذي يصاحب الكثير من الأمراض المميتة. ومثل أغلب الناس، فمن المحتمل أن أتسبب في تفاقم الشك المُض للشهور الأخيرة في حياتي، عن طريق العذاب الإضافي لعدم القدرة على اتخاذ القرار: هل أستمّر أم أستسلم، ألتقى العلاج العنيف أم التلطيف المريح، أأصارع من أجل احتمال توفير المزيد من الوقت أم أعْتبره يومًا وحياة في نفس الوقت، وهذان هما وجهها المرآة التي ننظر إليها عندما نصاب بتلك الأمراض التي تمتلك القدرة على القتل. ويجب أن يكشف الوجه الذي نختار رؤية صورة أنفسنا منعكسة عليه خلال أيامنا الأخيرة، عن صورة تتسم بالسكينة في قرارها، ولكن حتى تلك لا يمكن الاعتماد عليها تمامًا.

ولقد كتبت هذا الكتاب لنفسي بالقدر الذي كتبته لأي إنسان قد يقرؤه. ومن خلال التجول بين بعض أفراد جيش الخيالة التابعين للموت، والذين يقعون ضمن قدرتنا على الرؤية، أتمنى أن أتذكر تلك الأشياء التي رأيته، وأن أجعلها مألوفة بالنسبة لأي إنسان آخر. وليست هناك حاجة للنظر إلى جميع من يقفون في الطابور الطويل للقتلة الراكبين؛ فهناك عدد من الخيالة يفوق قدرة أي منا على الاحتمال، لكنهم جميعًا يستخدمون أسلحة لا تختلف كثيرًا عن تلك التي قرأت عنها بين دفتي هذا الكتاب.

وإذا أصبح أولئك الفرسان معروفين بصورة أفضل قليلًا، فربما أصبحوا أقل إثارة للربح، وربما كان من الممكن أن يتم بحث تلك القرارات التي يتوجب اتخاذها، في جو أقل شحناً بشبه المعرفة، والقلق، والتوقعات غير المبررة. وبالنسبة لكل منا، ربما كانت هناك وفاة يمكن أن يطلق عليها اسم «الموت الجيد»، ولا بد لنا من السعي الحثيث للعثور عليه، في الوقت نفسه الذي نتقبل فيه احتمال أن يكون بعيدًا عن متناولنا في نهاية المطاف. وسيحدد المرض النهائي الذي تبتلينا به الطبيعة ذلك الجو الذي سنرتحل فيه عن الحياة، غير أنه يجب أن يُسمح لخياراتنا الشخصية، بأقصى قدر مستطاع، بأن تكون العامل المحدد في الطريقة التي نموت بها. وقد كتب ريلكه قائلًا:

أي ربي، أعطِ كلاً منا موته الخاص به،
ذلك المحتضّر، والذي يأتي مباشرة من تلك الحياة
التي كان له فيها الحب، والمعاني، واليأس.

ويقرر الشاعر ذلك كصلاة؛ ولذلك، فمثّلها مثل جميع الدعوات، ربما لا يستجاب لها. وبالنسبة لأغلبنا، سيثبت نمط الوفاة أنه خارج عن سيطرتنا، وليس هناك قدر من

المعرفة أو الحكمة يمكنه تغيير ذلك. ومن المفيد أثناء احتضار شخص محبوب لدينا، أو احتضارنا نحن أنفسنا، أن ندرك أنه لا تزال هناك الكثير جداً من الأمور التي لا تتيح الظروف خيارات بشأنها، حتى مع وجود أفضل قوى العلوم الطبية الأحيائية وأكثرها تمتعاً بالنوايا الخيرة، إلى جانبنا. وليس هذا حكماً على الكثير ممن كُتب عليهم أن يموتوا بصورة سيئة، بل هو ببساطة طبيعة الشيء الذي صرعه.

ولا ترتحل الغالبية العظمى من الناس عن الحياة بالطريقة التي يختارونها. اعتقد الناس في القرون السابقة، في مفهوم «فن الموت». ومرّت أزمانه كان التوجه الوحيد الممكن للاقترب من الموت هو الاستسلام لحدوثه؛ فبمجرد ظهور علامات معينة، لم يكن هناك خيار سوى الموت بأفضل طريقة ممكنة، في سلام مع الله. ولكن حتى في تلك الحالة، كان أغلب الناس يمرّون بفترة من العذاب قبيل النهاية؛ ولم يكن هناك الكثير لفعله فيما عدا التسليم بالقضاء والتماس السلوى في الصلوات وأفراد الأسرة من أجل تخفيف وطأة الوقت الانتهائي.

ونحن الآن لا نعيش عصر «فن الموت»، بل عصر فن البقاء على قيد الحياة، غير أن معضلات ذلك الفن لا تُعد ولا تُحصى. ومنذ فترة لا تتجاوز نصف القرن، كان ذاك الفن العظيم الآخر، وهو فن الطب، لا يزال يزهو بنفسه لقدرته على التحكم في عملية الوفاة، بإسباغ السكينة عليها بالقدر الذي يسمح به اللطف المهني. وباستثناء تلك البرامج القليلة، مثل «الرباط» (Hospice)، فقد اليوم أغلب ذلك الجزء من الفن، فيما حلّت محله المعية عمليات الإنقاذ (Rescue)، بالإضافة — ولسوء الحظ — إلى الهجر المألوف تماماً عندما يثبت أن هذا الإنقاذ مستحيل.

وينتمي الموت إلى المحتضرين وأولئك الذين يحبونهم. وبالرغم من أنه قد يتلخّص بفعل الدمار العدوانى للمرض، فإنه يجب ألا يسمح بأن يزداد اضطرابه من خلال التمرينات المعتمدة تماماً على العبث. وتتأثر القرارات المتعلقة باستمرار معالجات بعينها، بحماس الأطباء الذين يقترحونها. وعادةً ما يكون أكثر الاختصاصيين علماً، هم أيضاً أكثرهم اقتناعاً، والمؤمنون الذين لا تليّن لهم قناة بقدرة العلوم الطبية الأحيائية على تخطي تلك التحديات التي تواجهها بها العمليات الباثولوجية «المرضية» التي تقترب من الفتك بضحيتها. وتتعلق الأسرة بالقشة التي تأتي في صورة إحصائية؛ فكثيراً ما يكون العلاج المعروض في صورة واقع سريري موضوعي، ليس سوى شخصانية (Subjectivity) أحد الأتباع المخلصين للفلسفة القائلة بأن الموت عدو لدود يجب قهره. وبالنسبة لأولئك

المحاربين، يُعتبر حتى الانتصار المؤقت مبرراً لتدمير تلك الحقول التي استزرع فيها الرجل المحتضر حياته.

ولست أذكر تلك الأمور لإدانة أطباء التقنيات العالية، فأنا واحد منهم، وشاركت في الإثارة التي تتيحها معارك الخندق الأخير من أجل المحافظة على الحياة، وفي الرضا الأقصى الذي يُستشعر عند كسبها. لكن ما يزيد على القليل من انتصاراتي كان بيروسياً^١. فقد كان العذاب في بعض الأحيان يزيد كثيراً على قدر النجاح. وأعتقد أيضاً أنني لو كنت تمكنت من وضع نفسي محل أفراد الأسرة والمريض، لكنت في أحيان كثيرة أقل تيقناً من أن ذلك الصراع اليأس كان من الواجب فعله.

وإذا أصبت بمرض عضال يستوجب علاجاً شديداً التخصص، سأبحث عن طبيب ماهر في تقديم ذاك العلاج. لكنني لن أتوقع منه أن يتفهم القيم التي أؤمن بها، أو توقعاتي بالنسبة لنفسه وأولئك الذين أحب، أو طبيعتي الروحانية، أو فلسفتي في الحياة. فذلك ليس ما تدرب على فعله، لذا فليس ذلك هو ما سيكون حاذقاً في تنفيذه. وليس ذلك هو ما يحرك آلات إبداعه.

ولكل هذه الأسباب، فلن أسمح لأحد الاختصاصيين بتحديد الوقت الذي أنتهى فيه. وسأختار طريقي بنفسي، أو على الأقل سأجعل عناصر ذلك الطريق من الواضح بحيث يمكن أن يُتخذ القرار، في حال عجزني عن اتخاذه بنفسي، من قبل أولئك الذين يعرفونني أفضل معرفة. وربما لا تتيح لي ظروف مرضي فرصة لكي «أموت موتاً جيداً»، أو بأي قدر من تلك الكرامة التي نسعى وراءها جميعاً بمنتهى التفاؤل، ومع ذلك — وبأقصى ما تسمح به حدود قدرتي على السيطرة — فلن أموت متأخراً عن أجلي، من أجل سبب سخيف كأن يكون هناك طبيب تقني عالي المهارات لا يفهم من أكون.

وستجد بين سطور هذا الكتاب توسلاً غير منطوق لإحياء تخصص طبيب العائلة. فكل واحد منا يحتاج إلى مرشد يعرفنا كما يعرف الطرق التي قد نقرب بها من الموت. وهناك سبل عديدة للسفر خلال أحراش المرض نفسها، وهناك الكثير من الخيارات لتتخذ، والكثير من المحطات التي يمكن أن نختار التوقف فيها لكي نستريح، أو نستمر، أو أن ننهي الرحلة كلية — ونحن نحتاج، حتى نصل إلى الخطوات الأخيرة في تلك الرحلة، إلى

^١ Pyrrhic: نسبة إلى الملك بيروس Pyrrhus (٣١٨-٢٧٢ ق.م.): ملك إبيروس، والذي انتصر على الرومان، ولكن بخسائر فادحة، والمقصود هنا أنه نصرٌ يترك المنتصر أسوأ حالاً من ذي قبل. (المترجم)

صحة أولئك الذين نحبهم، كما نحتاج إلى الحكمة لكي نختار ذلك الطريق الذي يخصنا وحدنا. ويجب أن تأتي الموضوعية السريرية التي تتدخل في قراراتنا من طبيب متفهم لقيمنا وعالم بالحياة التي كنا نحيها، وليس فقط من مجرد غريب فعلي لا نعتمد إلا على مهاراته الطبية الأحيائية الفائقة التخصص. وفي مثل تلك الأوقات، ليس اللطف الذي يمنحنا إياه الغرباء هو ما نحتاجه، بل تفهم صديق طبي قديم. ومهما كانت الطريقة التي يجب أن تُعاد بها هيكل نظامنا للرعاية الصحية، فيتطلب الحكم السليم أن يتم اعتبار هذه الحقيقة البسيطة.

ومع ذلك، فحتى مع وجود أكثر المحققين الطبيين حساسية، تتطلب السيطرة الحقيقية على الأمور معرفة المرء الشخصية بطرائق المرض والوفاة. وفي الوقت الذي رأيت فيه الناس يتعذبون لفترات طويلة، رأيت آخرين يستسلمون في مرحلة مبكرة للغاية، عندما كان هناك الكثير مما يمكن فعله للمحافظة ليس فقط على حياتهم، بل وعلى سبل المتعة أيضًا. وكلما ازدادت معرفتنا بحقائق الأمراض المميتة، أصبحنا أكثر حساسًا في اختيار الوقت الذي نتوقف فيه، أو ذلك الذي نستمر فيه في القتال، وأقل توقعًا لذلك النمط من الموت الذي لن يحصل عليه أغلبنا. وبالنسبة لأولئك الذين يُتوفون ومن يحبونهم، يُعد التوقع العقلاني هو أفضل السبل للوصول إلى السكينة. وعندما نكون في حداد على موتانا، يجب أن يكون ضياع الحب هو ما يصيبنا بالحزن، وليس الشعور بالذنب من أننا اقترفنا خطأ.

ويتطلب التوقع العقلاني أيضًا قبولنا بأن الوقت متاح لحياة أحدها على الأرض يجب أن يكون محدودًا بمنحة متوافقة مع استمرار بقاء نوعنا. فالجنس البشري، برغم كل ما يتمتع به من خواص مميزة فريدة، لا يعدو كونه مجرد جزء من أجزاء النظام الإيكولوجي (Ecosystem)، مثله في ذلك مثل أي صورة أخرى من صور الحياة الحيوانية أو النباتية، حيث الطبيعة لا تفرق بينها. فنحن نموت حتى يبقى العالم على قيد الحياة. ولقد مُنحنا معجزة الحياة لأن بلايين فوق بلايين من الأشياء قد مهّدت الطريق لنا ثم ماتت من أجلنا، بصورةٍ ما. وبالمثل، فنحن نموت من أجل أن يبقى الآخرون على قيد الحياة. وبذلك تصبح مأساة الإنسان الفرد، في التوازن الطبيعي للأشياء، انتصارًا للحياة المستمرة.

ويزيد ذلك كله من قيمة كل ساعة من تلك التي مُنحنا؛ فيتطلب أن تكون الحياة مفيدة وذات مردود إيجابي. وإذا كان كلُّ منا يساهم — من خلال عملنا ومتعتنا،

وانتصاراتنا وكبواتنا — في عملية متطورة للتواصل، ليس لنوعنا البشري وحده، بل وللتوازن الطبيعي ككل، وتتواصل الكرامة التي نصنعها خلال الوقت المتاح لنا مع تلك التي نحصل عليها من خلال إيثار (Altruism) تقبُّل الموت كضرورة حيوية.

فكم هو مهم، بعد ذلك، ذلك المنظر الفعلي لفراش الموت الذي يتَّسم بالسكينة عند الوداع؟ وبالنسبة لكل منا، سيثبت ذلك كونه صورة للتمني، أي مثال نصارع للوصول إليه، بل وربما تم الاقتراب منه، لكنه غالباً ما لا يحصل عليه سوى القليل نسبياً، ممن تسمح ظروف مرضهم الانتهاضي بظهوره.

ويجب على بقيتنا أن يكتفوا بما سيُتاح لهم. ويمكن، من خلال فهم الآليات التي تقتل بها أكثر الأمراض المميتة شيوعاً مرضاها، ومن خلال الحكمة التي تتأتى من التوقعات العقلانية، ومن خلال فهم جديد مع أطبائنا الذين لا نطلب منهم أشياء لا يستطيعونها، أن يتم تناول النهاية بأقصى قدر من السيطرة التي تتيحها العمليات الباثولوجية التي تقتلنا.

وبالرغم من أن ساعة الوفاة ذاتها عادةً ما تكون محفوفة بالسكينة، وكثيراً ما تسبقها فترة من الغياب الجليل عن الوعي، وعادةً ما تُشترى هذه السكينة بثمن مخيف — والثمن هو تلك العملية التي نصل من خلالها إلى تلك النقطة. وهناك البعض ممن يتمكنون من الحصول على لحظات من النبالة التي يتخطون من خلالها، بصورة ما، تلك الإهانات التي تنصبُّ عليهم، ويجب المحافظة على تلك اللحظات. لكن تلك الفترات المؤقتة لا تقلل من حدة التوتر الذي تنتصر عليه لبرهة وجيزة. وتترقط (Dapple) الحياة بفترات من الألم، وتغمّر بها بالنسبة للبعض. وخلال سيرورة الحياة العادية، تخفف حدة الألم فترات من السلام وأوقات من الفرح. ومع ذلك، فليس هناك في الاحتضار سوى الكرب والبلاء. ومن المعروف دوماً أن فترات الاستراحة والانحسار القصيرة التي تتخللها، متطايرة وسرعان ما يليها انتكاس المحنة. ويحدث السلام، وأحياناً الفرح، مع الخلاص فقط. وبهذا المنظور، فكثيراً ما تكون هناك سكينة — أو حتى كرامة في بعض الأحيان — في فعل الوفاة ذاته، ولكنها نادرة في عملية الاحتضار.

وهكذا، فإذا كان من اللازم تعديل الصورة النمطية للموت المحفوف بالكرامة أو حتى التخلي عنها، فما الذي يمكن استخلاصه من أملنا في تلك الذكريات النهائية التي نتركها لأولئك الذين يحبوننا؟ يجب أن توجد الكرامة التي نبحث عنها في وفاتنا، في تلك الكرامة التي عشنا بها حياتنا. ففن الموت هو فن الحياة (ars moriendi is ars

(vivendi). فالقياس الحقيقي للكيفية التي نموت بها، هو الأمانة والشرف اللذان اتّسمت بهما تلك السنوات المكوّنة للحياة التي توشك على الانتهاء. فنحن لا نؤلف الرسالة التي سيتم تذكرها في الأيام أو الأسابيع الأخيرة من حياتنا، بل في جميع تلك العقود السابقة لها. فمن عاش متّسمًا بالكرامة، سيموت محفوفًا بالكرامة. لم يكن وليام كولن برايان (Bryant) قد تعدّى السابعة والعشرين من عمره عندما أضاف فصلًا أخيرًا لكتابه التأملي حول الموت، Thanatopsis، لكنه كان قد فهم، كما يفعل الشعراء في أحيان كثيرة:

فلتِعيش، حتى تأتي مذكرة استحضارك للانضمام إلى
تلك القافلة الهائلة، والتي تتحرك
صوب تلك المملكة الغامضة، حيث سيحصل كل منا
على غرفته في تلك الأروقة الصامتة للموت.
إنك لا تذهب، مثل العبد الذي يعمل في المحجر ليلاً،
والذي يُدفع بالسوط إلى زنزانته، بل إنك قوي ورابط الجأش
وبفعل ثقة لا تتزعزع، تقترب من قبرك
مثل رجل يُدثر بأغطية فراشه
نفسه، ويرقد انتظارًا للأحلام السعيدة.

