



اليزابيث كوبلر روس

الموت والاحتضار

ترجمة: عبد المقصود عبد الكريم



ON DEATH AND DYING

Elisabeth Kübler-Ross

مكتبة

t.me/soramnqraa

عن الموت والاحتضار

«ما ينبغي أن يعلمه المحتضرون للأطباء والممرضات ورجال الدين وأسراهم»

تأليف: إليزابيث كبلر روس

ترجمة: عبد المقصود عبد الكريم



صفحة



الكتاب

عن الموت والاحتضار

المؤلف

إليزابيث كبلر روس

الطبعة الأولى: 2021

الترقيم الدولي

978-603-91551-7-1

رقم الإيداع

1442/5518

Copyright © SCRIBNER, A DIVISION OF SIMON & SCHUSTER, INC.

All Rights Reserved

حقوق الترجمة العربية محفوظة

© صفحة سبعة للنشر والتوزيع

Email: admin@page7.com

Website: www.page7.com

Tel.: (00966)583210696

العنوان : الجبيل ، شارع مشهور

المملكة العربية السعودية

مكتبة

t.me/soramnqraa

تستطيع شراء هذا الكتاب من متجر صفحة سبعة

www.page7.com

مقدمة جديدة بقلم ألن كلهير

عن الموت والاحتضار

«ما ينبغي أن يعلمه المحتضرون للأطباء والمرضى ورجال الدين وأسرتهم»

تأليف: إليزابيث كبلروس

ترجمة: عبد المقصود عبد الكريم

مع تصدير بقلم إيرا بيوك

طبعة جديدة في 2019 بمناسبة مرور أربعين عامًا على صدور

الطبعة الأولى في عام 1969...

عن الموت والاحتضار

مكتبة
t.me/soramnqraa

الإنكار والغضب والمساومة والاكئاب والقبول، المراحل الخمس للأسى،⁽¹⁾ التي تمت صياغتها لأول مرة في هذا العمل المؤثر بشكل كبير قبل أربعين عامًا، أصبحت الآن جزءًا من فهمنا المشترك للشُّكُل. حددت إيزابيث كبلر روس المراحل الخمس أول مرة في عملها مع المرضى المحتضرين في جامعة شيكاغو واعتُبرت مراحل يمر بها جميع الأشخاص أو معظمهم حين يواجهون احتمال وفاتهم. وتُقبل هذه المراحل الآن غالبًا على أنها ردة فعل على أي تغير هائل في الحياة.

ومع ذلك، وعلى الرغم من استخدام هذه المصطلحات بشكل عام، فإن موضوع الموت لا يزال محاطًا بالمواقف التقليدية والتحفظات التي لا تقدم سوى شعور هش بالراحة لأنها تتجنب الخوض في القضايا الحقيقية. لا يزال هذا الكتاب الرائد على ثقة وصيلة بالموضوع - حيث إنه يمنح فرصة لمن يحتضرون للتعبير عن أفكارهم ومشاعرهم ويستكشف ما يعنيه الموت الوشيك بالنسبة لهم،

(1) -الأسى: الكلمة المستخدمة في الأصل هي grief، وتعني الحزن العميق أو الأسى لفقدان شخص ما، ومنعًا للالتباس استخدمت كلمة الأسى في ترجمتها بدلًا من كلمة الحداد التي قصرت استخدامها على ترجمة كلمة mourning، وخاصة أن كلمة الأسى هنا تتعلق أيضًا بإحساس المرء بالاحتضار، أو بأنه على وشك أن يفقد نفسه.

باستخدام كلماتهم الخاصة غالبًا. يتحدث الناس عن خبرتهم مع الموت، وارتياحهم في التعبير عن خوفهم وغضبهم وعن قدرتهم على المضي قدمًا إلى حالة من حالات القبول والسلام.

هذا الكتاب عمل مثالي بالنسبة لجميع المهتمين بالفجاعة أو المراحل الخمس للأسى، ويحتوي هذا الكتاب على تصدير بقلم إيرا بيوك بالإضافة إلى مقدمة موسعة لطبعة 2009 بقلم البروفيسور آلن كلهير،⁽²⁾ بمناسبة مرور 40 سنة على صدور الطبعة الأولى. وهذا الفصل الإضافي يعيد النظر في كتاب عن الموت والاحتضار ويبحث في كيفية تأثيره على الفكر والممارسة في الوقت الحالي.

كانت إليزابيث كبلر روس طبيبة نفسية تهتم اهتمامًا خاصًا برعاية من هم على وشك الموت. وكانت تولي اهتمامًا خاصًا برعاية المرضى الذين يحتضرون، وقد أجرت أبحاثًا عن مواقفهم تجاه الموت. وقد حددت في عملها الرائد، كتاب عن الموت والاحتضار، «المراحل الخمس» التي يمر بها الأشخاص الذين يحتضرون وهم يقتربون من الموت، وكان لهذا النموذج تأثير هائل على مدار الأعوام الأربعين الماضية.

(2) - آلن كلهير Allan Kellehear (1955 -): عالم اجتماع في الطب والصحة العامة يهتم بالموت والاحتضار ورعاية نهاية الحياة. حصل على درجة الدكتوراه في علم الاجتماع من جامعة نيو ساوث ويلز في سيدني، أستراليا، وهو زميل أكاديمية العلوم الاجتماعية (المترجم).

الفهرس

11	.....	كلمة المترجم
15	.....	تصدير
23	.....	المقدمة
37	.....	تصدير الطبعة الأولى
41	.....	كلمة شكر للطبعة الأولى
43	.....	تمهيد الطبعة الأولى
45	.....	I عن الخوف من الموت
55	.....	II المواقف تجاه الموت والاحتضار
87	.....	III المرحلة الأولى: الإنكار والعزلة
99	.....	IV المرحلة الثانية: الغضب
137	.....	V المرحلة الثالثة: المساومة
141	.....	VI المرحلة الرابعة: الاكتئاب
177	.....	VII المرحلة الخامسة: القبول
207	.....	VIII الأمل
231	.....	IX عائلة المريض
257	.....	X بعض المقابلات مع مرضى ميؤوس من شفائهم

339	ردود الفعل على السيمينار «عن الموت والاحتضار»	XI
367	علاج المرضى الميؤوس من شفائهم	XII
377	البليوجرافيا	

إلى ذكرى والدي.....
وذكرى سبلي بوتشر.....

كلمة المترجم

أكثر من خمسين عامًا تمر على صدور الطبعة الأولى من هذا الكتاب. وقد انبثق هذا الكتاب، وهو كتاب يضم واحدة من أهم الدراسات النفسية في ستينيات القرن العشرين، عن السيمينار الشهير متعدد التخصصات الذي كانت تعقده الدكتورة إليزابيث كبلر روس عن الموت والحياة والمرحلة الانتقالية بينهما. في هذا الكتاب الاستثنائي، تستكشف المؤلفة في البداية المراحل الخمس الشهيرة للأسى: الإنكار والغضب والمساومة والاكئاب والقبول. ومن خلال مقابلات ومحادثات مع المرضى تمنح المؤلفة القراء فهمًا أفضل لكيفية تأثير الموت الوشيك على المريض، والمهنيين الذين يخدمون ذلك المريض، وأفراد عائلة المريض، مما يجلب الأمل لجميع المشاركين. وتتضمن هذه الطبعة مقدمة للدكتور الأمريكي «إيرا بيوك- Ira Byock» (1951)، مؤلف كتاب الاحتضار بشكل جيد: «السلام والاحتمالات في نهاية الحياة - *Dying Well: Peace and Possibilities at the End of Life*» (1997).

ومؤلفة الكتاب هي الدكتورة «إليزابيث كبلر روس - Elisabeth Kübler-Ross» (8 يوليو 1926 - 24 أغسطس 2004)، حاصلة على دكتوراه في الطب، كانت طبيبة نفسية أمريكية سويسرية، تعمل في المجال الإنساني، وهي مؤسسة مشاركة لحركة رعاية المحتضرين حول العالم. ولدت إليزابيث في زيورخ في

سويسرا، وفي عام 1958 تزوجت من زميلها الأمريكي دارس الطب، إيمانويل روس، وانتقلت معه إلى أمريكا، وتوفيت في ولاية أريزونا. وبالإضافة إلى تأليف هذا الكتاب الرائد، عن الموت والاحتضار وهو من الكتب التي حققت أعلى المبيعات على مستوى العالم. ألّفت إليزابيث أربعة وعشرين كتابًا ترجمت إلى ست وثلاثين لغة وجلبت الراحة لملايين الأشخاص الذين يتعاملون مع موتهم أو موت أحد أحبائهم. يتضمن إرثها المهني الأعظم تعليم ممارسة الرعاية الإنسانية للمحتضرين وأهمية التعبير عن الحب غير المشروط. ويستمر عملها بجهود مئات المنظمات حول العالم، بما في ذلك «مؤسسة إليزابيث كبلر روس - Elisabeth Kübler-Ross: EKRFoundation.org».

كانت إليزابيث كبلر روس رائدة في دراسات الاقتراب من الموت ومؤلفة هذا الكتاب الرائد في مجاله، حيث ناقشت لأول مرة ما يعرف الآن باسم نموذج كبلر روس Kübler-Ross model. وفي هذا العمل، اقترحت إليزابيث المراحل الخمس الشهيرة الآن باعتبارها نمطًا للتكيف. ومنذ ذلك الحين تم تبني المراحل الخمس في منحنى التغيير من قبل العديد من الشركات لتدريب الموظفين على التغيير والخسارة. وفي عام 1970، ألّقت محاضرات «إنجرسول - Ingersoll» في جامعة هارفارد، وهي سلسلة محاضرات تقدم سنويًا عن الخلود، عن موضوع كتاب عن الموت والاحتضار. في عام 1985 أسست إليزابيث أول دار رعاية في السجون في العالم في مدينة فاكايفيل، في ولاية كاليفورنيا. وقد صارت في عام 2007 عضوًا في القاعة الوطنية لمشاهير النساء. وحصلت على عشرين درجة فخرية وبحلول يوليو 1982 كانت قد درست، حسب تقديرها لحوالي 125000 طالب في دورات الموت والاحتضار في الكليات والسيمينار وكليات الطب والمستشفيات ومؤسسات العمل الاجتماعي. وتقاعدت إليزابيث في عام 1994 بعد أن قام شخص بإشعال النار في منزلها. كانت تحاول إقامة مأوى لمرضى الإيدز للأطفال المهجورين. أمضت السنوات التسع الأخيرة من حياتها تعيش في أريزونا

بالقرب من ابنها كينيث روس.

يحتوي الكتاب على تصدير ومقدمة ولا أريد أن أسهب هنا، أود أن أكتفي بكلمة كالمعتاد. بين أيدينا كتاب بالغ الأهمية لمؤلفة مثيرة للجدل. ويقدم هذا الكتاب في جزء كبير منه، بعد استعراض المؤلف للمرحلة الخمس للأسى، خبرات حية في مقابلات حية مع مرضى في المراحل النهائية من أمراض ميؤوس من شفائها. ويبقى أن أذكر بأن المؤلف لا تعني بكلمة «الاحتضار - dying» اللحظات الأخيرة من حياة المريض، لكنها بتعبيرها تقول إن وفاة هؤلاء المرضى كانت تحدث بعد لحظات أو بعد شهور من إجراء هذه المقابلات، حتى أن بعض هؤلاء المرضى قد تحسنا وعادوا إلى بيوتهم، ليعودوا إلى المستشفى مرة أخرى. ويبقى أن أذكر أيضًا أن الكتاب صدر في 1969 وقد تقدم الطب في هذه السنوات تقدمًا كبيرًا، وبالتالي فإن بعض الحالات التي توصف هنا بأنها حالات ميؤوس من شفائها ربما لم تعد كذلك في كل هذه السنوات.

وتبقى كلمة أخيرة بشأن الترجمة عمومًا، وهي أنني حاولت قدر الإمكان أن تأتي باللغة الواضحة مما جعلني في مواضع كثيرة أذكر الاسم، بدلًا من الضمير، حين كان من المحتمل أن يثير الضمير التباسًا. بالإضافة إلى أنني ساهمت ببعض الهوامش التوضيحية واضعًا في ذهني القارئ العام الذي يتوجه إليه الكتاب في الأصل. لكنني أؤكد رغم ذلك أن هذا الكتاب فيه الكثير مما يحتاج إلى تعلمه حتى اليوم عدد كبير من الأطباء والمرضى والأخصائيين الاجتماعيين وكل العاملين في مجال الصحة، إضافة بالطبع إلى الجمهور العام، فالموت والاحتضار خبرة بشرية يومية نمر بها جميعًا.

عبد المقصود عبد الكريم

القاهرة، 24 يناير 2021

تصدير

ساد التفاؤل والتحدي في حقبة ما بعد الحرب العالمية الثانية، كما هو الحال مع كل جانب آخر من جوانب الحياة الاجتماعية، توجّه أمريكا نحو المرض. بعد أن تحملت الكساد الكبير، وحربين عالميتين، والحرب الكورية، كانت المناعة والمثابرة جزءًا من تصميم الشخصية الأمريكية. وقد بدا الموقف المتفائل في مواجهة الشدائد شريفًا في جوهره، جزءًا من الطريقة الأمريكية.

وكانت هناك أسباب وجيهة للتفاؤل. كان التقدم المفاجئ والمذهل في مجالات الفيزياء والكيمياء والهندسة والطب - وهو الأكثر أهمية بالنسبة لمعظم الناس - يحدث يوميًا تقريبًا. أصبحت علاجات الحالات المميتة حتى الآن مثل الالتهاب الرئوي والإنتان⁽³⁾ والفشل الكلوي والصدمات الشديدة شائعة. وكان ينظر إلى المرض بشكل متزايد على أنه مشكلة يجب حلها. وكان هناك إحساس بأن العلوم الطبية قد تكون قادرة قريبًا على إيقاف الشيخوخة وربما (على الأقل لا شعوريًا) على قهر الموت نفسه.

في هذه الثقافة، كان أفضل الأطباء هم الذين يمكنهم دائمًا العثور على علاج آخر للحيلولة دون الموت. في الخمسينيات والستينيات من القرن العشرين، كان من النادر أن يدخل الأطباء إلى المستشفى حين تكون العلاجات غير فعالة وكانوا

(3) - الإنتان sepsis: أو تعفن الدم. حالة قد تكون مهددة للحياة تحدث حين تتسبب استجابة الجسم للعدوى في إتلاف أنسجته. حين تنشط عمليات مكافحة العدوى في الجسم تؤدي إلى ضعف وظائف الأعضاء بشكل غير طبيعي (المترجم).

يفشلون عمومًا في إخبار المرضى متى تضر العلاجات الإضافية أكثر مما تنفع. وقد لخص الموقف الذي لا يذكر الموت أبدًا ثقافة الأطباء، لكن الأطباء لم يكونوا الوحيدين الذين حافظوا على هذا التظاهر: فقد تواطأ المرضى وأفراد عائلاتهم على تجنب الحديث عن الاحتضار.

كان من الشائع في ذلك الوقت أن يقصر الأطباء بشكل محزن في علاج آلام المرضى الذين يعانون من أمراض خطيرة حتى النهاية المريعة (بلاداع في كثير من الأحيان). وكان هذا يرجع جزئيًا فقط إلى حقيقة أن الأطباء لم يكونوا مدربين تدريبًا جيدًا على معالجة الألم والأعراض الأخرى. وكان أيضًا بسبب التظاهر المرح التأمري الذي حافظ عليه الأطباء والمرضى وأفراد عائلاتهم. وكان الاعتراف بتفاقم ألم الشخص قد يعني الاعتراف بأن مرضه، أو مرضها، كان يزداد سوءًا.

وكانت الثقافة الطبية لهذه الحقبة سلطوية للغاية. وكان لقيم المريض وتفضيلاته وأولوياته قيمة ضئيلة. كان الأطباء يبلغون المرضى بالقرارات التي اتخذوها وكان المرضى يقبلونها. بالإضافة إلى البراعة والهيبة في تحدي الموت، اللتين كانتا تميزان أنجح الأطباء، ساهم ضغط الأقران في إهمال آلام الناس على نطاق واسع. بينما خلال الساعات الأخيرة من الحياة، كان معظم الأطباء يعطون ما يكفي من المورفين لكي يتجنبوا احتضار المرضى وهم يتألمون بشدة، فإن المخاوف من رفع الحواجب استنكارًا بين الزملاء منعت الكثير من الأطباء من إعطاء مرضاهم المحتضرين ما يكفي من الأدوية ليكونوا مرتاحين قدر الإمكان في الأشهر التي بقيت لهم في هذه الحياة.

وقد تحدى كتاب إليزابيث كبلر روس عن الموت والاحتضار الذوق الاستبدادي والتزمت السائد في تلك الأيام. في فترة لم يتحدث فيها المهنيون في مجال الطب عن المرض المتفاقم إلا بعبارات لطيفة أو تعليقات هامسة غير مباشرة،

هنا طيبة كانت تتحدث بالفعل مع الناس عن مرضهم، وبشكل جذري أكثر، وتستمتع بعناية لما كان عليهم أن يتحدثوا عنه.

استحوذت إليزابيث كبلر روس وهذا الكتاب على انتباه الأمة وقد تردد صداه في الثقافات الطبية والعامية. وقد أدت عملية الاستماع ذاتها إلى نقل الاعتلال والاحتضار من عالم المرض والمقاطعة القاصرة على الأطباء إلى عالم الخبرة الحية والمجال الشخصي للأفراد. حين قرأت أول مرة كتاب عن الموت والاحتضار وأنا طالب جامعي يسعى إلى الحصول على وظيفة في مجال الطب، أدهشتني نصوص المقابلات التي كشفت عن الاحترام الذي كان واضحًا في استماع إليزابيث كبلر روس للمرضى وتعاملها معهم بلطف يخلو من أي ادعاء.

وكان كتاب «عن الموت والاحتضار» الشرارة التي أدت إلى التغيرات في الافتراضات والتوقعات السائدة التي غيرت الممارسة الإكلينيكية في غضون سنوات قليلة جدًا. في إعادة تأكيد السيادة الشخصية للناس على المرض والاحتضار، أدى كتاب إليزابيث كبلر روس إلى إعادة هيكلة جذرية لعلاقات المرضى مع أطبائهم ومع العاملين الآخرين في المجال الإكلينيكي. فجأة، كم كان موت الناس مهمًا. لم يعد يتم نقل المرضى المحتضرين إلى غرف المستشفى في أقصى طرف من القاعة. يُنسب الفضل لكتاب عن الموت والاحتضار في ظهور حركة رعاية المحتضرين - ومن ثم ظهور التخصص الجديد لطب المحتضرين والطب الملطّف - ولكن التغيرات التي أدخلها تغلغلت تقريبًا في كل تخصص من مجالات الطب والتمريض. على سبيل المثال، بحلول أواخر التسعينيات من القرن الماضي، أصبح الألم «علامة حيوية خامسة» يتم تقييمها في المستشفيات في كل مرة يتم فيها قياس درجة حرارة المريض ونبضه وضغط دمه وتنفسه.

كان لكتاب عن الموت والاحتضار تأثير عميق على البحوث الإنسانية. لم يعد من الممكن اعتبار خبرات «الاحتضار» مجرد موضوع، ولم يعد من الممكن تحويل

دراسة الاحتضار إلى مجرد مكون لباثولوجيا نسيجية أو كيميائية حيوية أو فيسيولوجية أو نفسية. وبدلاً من ذلك، فتح العمل الرائد لإليزابيث كبلر روس مجالات جديدة تمامًا من الاستقصاء في الرعاية والخبرات الذاتية للأشخاص الذين يعانون من أمراض خطيرة. وقد أدى الاهتمام بالبحث الكمي والنوعي حول الاحتضار ورعاية نهاية الحياة وصلاحيته هذا البحث إلى تسريع عمليات التقدم في مجال علم النفس والطب النفسي وطب الشيخوخة والطب الملطف والأخلاق الإكلينيكية والأنثروبولوجيا.

وعلى الرغم من أن إليزابيث كبلر روس كانت غارقة في نظرية الطب النفسي في عصرها وفخورة بها، إلا أنها لم تكن ملزمة بالصيغ الفرويدية أو اليونجية⁽⁴⁾ في تفسير خبرات مرضاها. وبدلاً من ذلك، سمحت «لأصوات الأشخاص الذين قابلتهم ووجهات نظرهم» بأن تكون لها السيادة. وقد سمحت المقابلات التي أجرتها للناس بأن يشرحوا بكلماتهم الخاصة كيف ناضلوا من أجل التعايش مع حالة مستعصية وجعلها ذات مغزى. وكانت الديناميكيات النفسية التي حظت أكثر باهتمام إليزابيث كبلر روس هي تلك الديناميكيات بين الشخص الذي أصبح الآن مريضاً بشكل لا يمكن علاجه والشخص الذي كان حتى الآن يتمتع بصحة جيدة.

تحدد إليزابيث كبلر روس في كتاب عن الموت والاحتضار بشكل شهير «مراحل» الإنكار والعزلة، والغضب، والمساومة، والاكتماب، والقبول لتصف بدقة الحالات النفسية التي يعاني منها الأشخاص المصابون الذين يعانون من أمراض خطيرة، تلك الحالات التي يمرون بها عادة وآليات التكيف التي استخدموها لفهم هذه الحالات غير القابلة للشفاء والتعايش معها.

وقد اشتهرت هذه المراحل باسم «مراحل الاحتضار» لكبلر روس، وقد

(4) - اليونجية Jungian: نسبة إلى مؤسس علم النفس التحليلي، الطبيب النفسي السويسري والمحلل النفسي كارل جوستاف يونج Carl Jung (1875 - 1961) (المترجم).

تعرضت المراحل لانتقادات لأنها تقترح تقدمًا محددًا للمراحل خلال عملية الاحتضار. وأي شخص يقرأ هذا الكتاب سوف يتعرف على هذا الوصف باعتباره تمثيلًا مبسطًا وغير دقيق لما وصفته. أوضحت إليزابيث كبلر روس في كتاب عن الموت والاحتضار أن هذه الحالات النفسية وآليات التكيف تحدث في مجموعة متنوعة من «الأنماط». وهي تسرد مقابلات وقصص لأفراد عانوا من تقدم طبيعي - وإن لم يكن سهلاً - من الإنكار الأولي والعزلة عبر الغضب والمساومة والاكئاب وحققوا الشعور بقبول أوضاعهم، أو على الأقل الرضوخ لها. كما تسرد خبرات الآخرين الذين توقفت لديهم الحركة من مرحلة إلى أخرى في الإنكار أو الغضب. وكما توضح بقوة روايات الأشخاص الذين نلتقيهم في كتاب عن الموت والاحتضار، من الشائع - ومن الطبيعي - أن يصرع المرضى بطرق مستمرة المضايقات والإعاقات والتعب والاعتماد الجسدي الناتج عن المرض وتأثير اقتراب الموت. إننا نتعلم أن بعض الناس ينتقلون خلال الإنكار أو الغضب فقط لتكرر هذه الحالات النفسية بعد ذلك مع تفاقم المرض. إن الحياة النفسية معقدة، والمقابلات في كتاب عن الموت والاحتضار تكشف أنه في بعض الأحيان يمكن أن تتعايش معًا حالات تبدو غير متوافقة، حالات مثل الإنكار والقبول.

بقدر أهمية تأثير كتاب عن الموت والاحتضار على الرعاية الصحية والبحوث، فإن التأثير الثقافي للكتاب يمتد إلى الطرق الأساسية «التي يفهم بها الأمريكيون المرض والاحتضار».

ومن المهم أن نلاحظ الكيفية التي نشرت بها إليزابيث كبلر روس النتائج في كتاب عن الموت والاحتضار. على الرغم من أن البحث ضمن بالتأكيد لفت انتباه الجمهور الطبي، فقد اختارت الكتابة لعامة الناس. ربما تكون قد فهمت جيدًا أن

«الوسيلة هي الرسالة»، كما أكد مارشال مكلوهان،⁽⁵⁾ صاحب رؤية آخر، في كتابه فهم الوسائط: امتدادات الإنسان الصادر في عام 1964.

لا أعرف إلى أي مدى كانت إليزابيث كبلر روس تنوي أن يكون كتاب عن الموت والاحتضار بمثابة شرارة لحركة ثقافية لتحسين الرعاية في نهاية العمر واستعادة المرض والاحتضار إلى السيادة الحقيقية للحياة الشخصية للناس. لكن هذا ما فعله الكتاب. في الواقع، أشارت مجلة لايف⁽⁶⁾ في ذلك الوقت إلى الكتاب بأنه «درس عميق للأحياء». وهو وصف دقيق.

إن التيمات الخالدة ضمن الخبرة الإنسانية الفريدة للمرض - معرفة أن حياة المرء سوف تنتهي يومًا ما - تجعل كتاب عن الموت والاحتضار وثيق الصلة بالقراء اليوم. بصفتي طبيبًا، أدهشني مدى ما وصلنا إليه، ومع ذلك ما زال أمامنا مشوار طويل ينبغي علينا أن نقطعه لتحقيق رعاية تتمحور حول الشخص حقًا. أتذكر الاستماع والتواصل مع المرضى المصابين بأمراض خطيرة بروح الزمالة والخدمة، لأنهم في رحلة لن يختارها أي منا، ولكن يتعين علينا جميعًا في النهاية السفر.

في إعادة قراءة كتاب عن الموت والاحتضار بصفتي محترفًا، شعرت مرة أخرى بتأثيره على المستوى الشخصي - بصفتي فردًا هو أيضًا ابن وأخ وزوج وأب وجد. يذكرنا الأشخاص الذين يقدمون إلينا في كتاب عن الموت والاحتضار بفنائنا، لكنهم يوضحون لنا أيضًا أن كيفية موت الناس ليست محددة سلفًا ويمكن أن تصبح أفضل أو أسوأ من خلال الاختيارات التي يتخذونها ونوعية الرعاية التي

(5) - مارشال مكلوهان Marshall McLuhan (1911 - 1980): أستاذ وفيلسوف وكاتب كندي أحدث نظرياته في وسائل الاتصال الجماهيري جدلاً كبيرًا، فهو يرى أن أجهزة الاتصال الإلكترونية - خاصة التلفزيون - تُسيطر على حياة الشعوب وتؤثر على أفكارها ومؤسساتها، وكتاب فهم الوسائط: امتدادات الإنسان *Understanding Media: The Extensions of Man* هو أشهر مؤلفاته (المترجم).

(6) - مجلة لايف *Life*: كانت واحدة من أشهر المجلات الأمريكية في الولايات المتحدة. نشرت أول طبعة للمجلة عام 1883 وكانت تصدر أسبوعيًا واستمرت في الصدور حتى عام 1942 (المترجم).

يتلقونها. إننا نرى بعض الطرق التي لا تعد للطريقة التي يتم بها رعاية الناس وتأثيرات الموت على أولئك الذين يحبونهم. بعد كل هذه السنوات، تظل عن الموت والاحتضار بمثابة دعوة للعمل على الاستماع إلى الأشخاص الذين يحتاجون إلى مساعدتنا والاستجابة لهم بكل المعرفة والمهارة التي يمكن أن نقدمها - دائماً بتواضع وزمالة ورحمة.

خلال منتصف القرن العشرين المضطرب اجتماعياً، كانت هناك طيبة نفسية سويسرية أمريكية صغيرة الحجم لديها الجرأة لإعطاء صوت للأشخاص الذين يواجهون نهاية الحياة. رفعت إليزابيث كبلر روس مرآة للأميركيين، عاكسة مواقفهم وافتراساتهم وسلوكياتهم تجاه الأشخاص المصابين بمرض ميؤوس من شفائه. لم يحب الناس ما رأوه. من خلال وساطة كتاب عن الموت والاحتضار، أضافت إليزابيث كبلر روس الكيفية التي نموت بها في جدول أعمال الثورات الثقافية التي تحدث في مجالات البيئة والحقوق الاجتماعية والرعاية الصحية.

لن تكون الأمور كما كانت.
ونحن جميعاً أفضل نتيجة لذلك.

إيرابيوك، دكتوراه في الطب

أستاذ في الطب

مدرسة جيزل للطب في دارتموث

16 أغسطس 2013

المقدمة

إن الكتاب الذي توشك على قراءته، أو إعادة قراءته، هو أحد أهم الأعمال الإنسانية التي كُتبت في العالم الغربي حول رعاية من يحتضرون. وقد نُشر أول مرة في عام 1969، والأوصاف التي يقدمها للحوارات بين الدكتورة كبلر روس ومرضاها، عن ردود الفعل على الموت الوشيك، ما زالت حديثة وثاقبة اليوم كما كانت قبل حوالي 40 عامًا.

وتكمن القيمة الأساسية لهذا العمل في الحوار بين شخصين لمناقشة معنى الاحتضار. يتكون معظم هذا الكتاب من فصول تصف، صفحة بعد الأخرى، محادثات بسيطة بين طبيبة ومريض حول صدمة الأخبار الشخصية السيئة، والغضب أو الاكتئاب نتيجة هذه الأخبار، وأحيانًا الألعاب الذهنية التي تُستخدم لكي تساعدنا على أن نتعلم كيف نقبل الأخبار بأننا سوف (قد؟) نموت. لكنَّ هناك أيضًا قصصًا عن الأمل والقبول. كان كوسزوسكي،⁽⁷⁾ عالم الأخلاقيات الحيوية - bioethicist (2004)، محققًا حين لاحظ أن النقطة الأكثر أهمية واستمرارية في هذه القصص لا تزال متجسدة في العنوان الفرعي الأصلي: ما ينبغي أن يعلمه المحتضرون للأطباء والمرضات ورجال الدين وأسرهـم.

(7) - مارك كوسزوسكي Kuczewski: فيلسوف أمريكي وأخصائي في أخلاقيات الطب (المترجم).

ينبغي أن أؤكد في بداية هذه المقدمة على أنه فقط من خلال التغاضي عن هذا الهدف الأساسي لكتاب الدكتور كبلر روس - وهو تمييز صوت المحترفين - نشأت صناعة كاملة اسمها صناعة الأساطير. يبدو، وبشكل خاص بين الباحثين الأكاديميين، أن الشروط الضرورية والفقرات الشرطية الواضحة والمبكرة التي صاغتها إليزابيث كبلر روس بنفسها في مقدمتها الأصلية، أو صاغها كولين موراي باركس⁽⁸⁾ في مقدمته في عام 1969 لم تحل دون الكثير من الانتقادات اللاحقة التي وجهت إلى هذا العمل على مدى الأربعين عامًا الماضية. ومع ذلك، فإن النقد المستمر الموجه إلى هذا الكتاب لم ينجح قط في إبعاد الملايين من الرجال والنساء العاديين الذين يبحثون عن بعض الفهم الأساسي والنظر العميق في الخبرة الاجتماعية والانفعالية لاحتضارهم أو لاحتضار أحبائهم. حتى اليوم، إذا استعرض المرء مئات «مراجعات العملاء» على مواقع الويب مثل أمازون دوت كوم «Amazon.com»، فلا يمكن لأحد ألا يعجب بمدى فائدة هذا الكتاب لقراء اليوم الذين يبحثون عن رؤى أصيلة وأوصاف متعاطفة للعالم الاجتماعي والنفسي المرتبط بالاحتضار.

شددت إليزابيث كبلر روس على حقيقة أن كتابها «لم يكن المقصود منه أن يكون كتابًا دراسيًا حول كيفية التعامل مع المرضى الذين يحتضرون». كما أنه لم يكن «مقصودًا به أن يكون دراسة كاملة في علم نفس الاحتضار». وقد أكد الدكتور باركس، في مقدمته، على أهمية إدراك أنه «نظرًا لأن التباين الفردي كبير جدًا، فمن غير المرجح أن يتم تطبيق أي نظام واحد من نظم المفاهيم على الجميع». ومع ذلك، قال: «إن الأمثلة التوضيحية التي يركز عليها (عملها) يجب أن تصمد». وبالفعل لا يزال هذا صحيحًا حتى اليوم.

(8) - كولين موراي باركس Colin Murray Parkes (1928 -): طبيب نفسي بريطاني ومؤلف لعدد كبير من الكتب والمطبوعات عن الأسى؛ وقد كتب تصدير الطبعة الأولى من هذا الكتاب التي صدرت في عام 1969 (المترجم).

لقد حققت «نظرية مراحل» الأسى، التي قدمتها إليزابيث كبلر روس، قدرًا كبيرًا من الفائدة، ولا تزال تحقق الكثير. وقد نشرت «مجلة الجمعية الطبية الأمريكية - *Journal of the American Medical Association*» مؤخرًا أول «فحص تجريبي لنظرية مراحل الأسى» مصحوبًا بسلسلة من الرسائل النقدية (Bonanno 2007؛ Silver & Wortman 2007؛ Weiner 2007). ووفقًا للدراسة (Maciejewski *et al.* 2007)، على الرغم من وجود تباين فردي كبير في الاستجابة النفسية للأسى، يبدو أن التسلسل العام لهذه المشاعر يتبع مراحل مماثلة لتلك التي تنبأت بها نظريات المراحل المعاصرة، بما في ذلك تلك التي وضعت إطارها إليزابيث كبلر روس. انتقدت الرسائل العديدة التي أعقبت نشر هذا البحث (انظر أيضًا - Roy-Byrne & Shear 2007) بشدة نتائج الدراسة على أساس أن أخذ العينات قد تم بشكل انتقائي، وأن تصميم الدراسة كان تصميمًا سيئًا، بالإضافة إلى المبالغة في تقييم النتائج. تعد هذه المجموعة من الحوارات النقدية الحديثة في الأدبيات المهنية حول «نظرية المراحل» مثالًا حديثًا مفيدًا لمشكلة مستمرة تتعلق بقراءة الكثير في أعمال إليزابيث كبلر روس. ومن المناسب والمفيد الآن معالجة هذه الانتقادات لأنها في كثير من الأحيان تغذي سوء الفهم القديم وتعمده.

أولاً، لم يكن كتاب عن الموت والاحتضار قط دراسة عن الأسى والشكل. كان الكتاب مناقشة لبعض ردود الفعل الانفعالية الرئيسية لخبرة الاحتضار. نعم، كان الأسى جزءًا من تلك الخبرة، لكنه لم يكن مجمل هذه الخبرة. وعرض المساهمة التي قدمتها إليزابيث كبلر روس في هذه المفاهيم على أنها مجرد مساهمة في نظريات الأسى والشكل، فإن ذلك يعني إزاحة عملها وإبعاده عن سياق دور الرعاية المبكرة وأبحاث الرعاية اللطيفة في الاحتضار. هذا حرفيًا ارتباك يصنعه باستمرار بعض العاملين في مجالات الموت والاحتضار والشكل فيما يخص هذا العمل. في حين أن من الصحيح أن الفقد يظل ثابتًا في مركز أسى الشخص أو ثكله، إلا أن

الفقد ليس سوى بؤرة واحدة من بؤر الانتباه الانفعالي بالنسبة للأشخاص الذين يحتضرون. كما تكشف إيزابيث كبلر روس بعناية في تلخيصها، أن من المفارقات في أحيان كثيرة، كما قد يقول البعض بدهشة، أن نأمل يكون الرفيق أكثر ثباتًا في خبرة الاحتضار: «وبغض النظر عن مرحلة المرض أو آليات التكيف المستخدمة، فقد احتفظ جميع مرضانا بشكل من أشكال الأمل حتى اللحظة الأخيرة». وغالبًا ما يتم التغاضي عن هذه الرسالة أو نسيانها في الاندفاع المشترك لوصف كتاب عن الموت والاحتضار بأنه عمل يتعلق بالفقد والأسى، وهو وصف خاطئ يقلل من شأن العمل باعتباره عملاً رسديًا رائدًا حول الاحتضار.

ثانيًا، ما يسمى بـ «نظرية المراحل» التي تقرأ عنها في هذا الكتاب توصف وتناقش علانية على أنها أداة إرشادية. بمعنى آخر، إن هذه المراحل ليست سوى مجموعة من الفئات المعزولة بشكل مصطنع وتوصف بشكل منفصل بحيث يمكن للمؤلفة مناقشة كل من هذه الخبرات بشكل أكثر وضوحًا وبساطة. وسوف يلاحظ القارئ الدقيق تحذيرات إيزابيث كبلر روس المتكررة من أن العديد من هذه «المراحل» تتداخل، أو تحدث معًا، أو حتى أن بعض ردود الفعل قد تضيع تمامًا. وللتأكيد على هذه «الطريقة الشرطية - conditional way» للحديث عن المراحل، تم وضع كلمة «مراحل» في علامات اقتباس للتأكيد على طبيعتها المؤقتة في التمثيل التخطيطي البياني الوحيد لهذه الأفكار في الكتاب.

ثالثًا، تم تبسيط العديد من «مراحل» الاحتضار الموصوفة في هذا الكتاب لاحقًا وقد رُسمت بشكل كاريكاتوري صريح بشكل يجعل من المستحيل التعرف عليه. كما يمكن للقراء أن يروا (ويتحققوا) بأنفسهم، لم تجادل إيزابيث كبلر روس في أن الذين يحتضرون قد بدأوا رحلتهم بالإنكار ثم الغضب والاكئاب والمساومة ثم القبول في النهاية. يميل الناس إلى التفاعل في البداية بالشعور بالصدمة، ثم يكون الإنكار الشائع التالي جزئيًا فقط في معظم الأحيان. ويعد الأسى التمهيدي عنصرًا مهمًا في خبرة الشخص مع الاحتضار، ولكن نادرًا ما

يُلاحظ في المناقشات اللاحقة التي قدمتها إليزابيث كبلر روس لهذه المراحل. بالإضافة إلى ذلك، نادرًا ما تذكر الخبرة الوحيدة التي تغطي معظم الاستجابة النفسية للاحتضار - من المفارقات أن أطول خبرة تتواجد جنبًا إلى جنب مع الغضب أو الاكتئاب في أثناء الاحتضار هي خبرة الأمل. إن الأمل لاعب حاسم ومهم في مجموعة استجابات الإنسان للوفيات وقد وصفته الدكتورة إليزابيث كبلر روس بأنه خاصية مركزية في سيكولوجية الاحتضار.

إن النقد المتواجد منذ فترة طويلة بشأن أن «المراحل» يمكن أن تتواجد معًا أو تخفي الطبيعة «الفردية» لاحتضار شخص (Young & Germain 1980؛ Cullen 1996)؛ أو أن هذه المراحل تحتاج إلى المزيد من استكشاف التغيرات الثقافية والاجتماعية (Kastenbaum 1975؛ Charmaz 1980)؛ أو أنه لا ينبغي استخدام مثل هذه المراحل بصفقتها دليلاً «علاجياً» لتوجيه الأشخاص المحتضرين أو الأسرة أو التوقعات المهنية لأنه من المحتمل أن يكون هذا الاستخدام ضارًا (Silver & Wortman 2007)، أكدت إليزابيث كبلر روس بنفسها عليها جميعًا في هذا الكتاب. إن عدم الاعتراف بأن هذه العيوب والمزايا قد تم تحديدها لأول مرة في الكتاب نفسه الذي يناقشه النقاد بمثابة اتخاذ أبعاد أخلاقية عالية بسلب هذه التأملات التحذيرية من مؤلفة المصدر الأصلي.

رابعًا، ولسبب غير مفهوم إلى حد ما، تم تفسير كتاب عن الموت والاحتضار تفسيرًا خاطئًا ومؤذيًا على أنه دراسة بحثية. وبوصفه بهذه الطريقة، طُرحت أسئلة حول «أخذ العينات» و «قاعدة البيانات»، وأصلها المفاهيمي، ولا سيما من نظريات الانفصال التي نشرها جون بولبي⁽⁹⁾ وظهرت في مجلات مختلفة خلال تلك الفترة (انظر Bowlby 1969, 1973, 1980). إن مسألة ما إذا كان يمكن فهم الأسى من منظور «المراحل» مسألة إكلينيكية وبحثية مشروع يستحق فحصًا نقديًا واختبارًا تجريبيًا مثل أي مجموعة من الفرضيات القائمة على متطلبات

(9) - جون بولبي John Bowlby (1907 - 1990): طبيب ومحلل نفسي بريطاني (المترجم).

الملاحظة البشرية. ومع ذلك، من الضروري أن نلاحظ أنه مهما كان البحث النهائي والحكمة النظرية التي تنشأ من تلك الفترة من الفحص (فترة التدقيق التي تستمر وأنا أكتب) في كتاب عن الموت والاحتضار فهو ليس عملاً بحثياً. إنه كتاب جماهيري للوصف والملاحظة والتأمل يعتمد على سلسلة من الحوارات مع أشخاص يتحدثون. لم تتم دعوة المشاركين ليكونوا جزءاً من مشروع بحثي ولكن طلب منهم بدلاً من ذلك التحدث عن خبرتهم لمساعدة المهنيين في مجال الصحة على فهم احتياجاتهم بشكل أفضل.

لذلك، فإن الرسالة المركزية في كتاب عن الموت والاحتضار هي أهمية الاستماع إلى ما ينبغي أن نجربنا به الذين يتحدثون عن احتياجاتهم. وقد لاحظت الدكتور كبلر روس بعض الأنماط المتكررة للاستجابة الانفعالية - أنماط من الأمل ولكن أيضاً من الإنكار، ومن القبول ولكنه غالباً قبول بشروط. وقد قدمت لنا كلمات أو تسميات لوصف أنماط هذه الاستجابة لمساعدتنا في تلخيصها. ومع ذلك، فإن الشهرة التي حققها هذا الكتاب على مر السنين تميل إلى إثارة ردود فعل مفرطة من قبل بعض الأوساط في العالم الأكاديمي على هذه التسميات. وبهذه الطريقة، تم تحميل الدكتورة إليزابيث كبلر روس نصيباً غير متناسب من المسؤولية عن النظريات والمفاهيم التي طورها أشخاص آخرون بجديّة أكبر وفي وقت سابق.

أخيراً، يجب أيضاً ملاحظة أن إليزابيث كبلر روس، باعتبارها شخصية وباعتبارها رائدة في مجال الاحتضار ورعايته، قد حققت بعض الشهرة التي لا تتعلق مباشرة بكتاب عن الموت والاحتضار ولكنها تتعلق بتأثير لاحق على مصداقيتها وقبولها الاجتماعي. في وقت لاحق من حياتها المهنية، أصبحت الدكتورة إليزابيث كبلر روس مهتمة بالتجارب الروحية - mystical أو الخوارق المرتبطة بالاحتضار والموت. بدأت تهتم بجديّة بخبرات الاقتراب من الموت، والرؤى التي تحدث في ساعات الاحتضار، وبقاء شخصية الإنسان بعد

الموت. كان يُنظر إلى الدكتورة إليزابيث كبلر روس على أنها شخصية «راديكالية» في أواخر الستينيات لمجرد جرأتها في الحديث صراحة عن الموت والاحتضار في عصر كان يعاني حتى من صعوبة في الحديث عن الجنس والعقاقير. إن الاقتراح ذاته بأن المشاهد غير المرئية والأشخاص الذين «يُشاهدهم» المحتضرون بجوار أسرهم يجب أن يؤخذ على محمل الجد بالنسبة لبعض زملائها الإكلينيكين والأكاديميين في ذلك الوقت كان أكثر سخافة وبشاعة.

بعد أربعين عامًا، ظهرت دراسات حول خبرة الاقتراب من الموت من زملاء في الطب النفسي وأمراض القلب وطب العناية المركزة من جميع أنحاء العالم في مجلات مثل «مجلة الجمعية الطبية الأمريكية - *Journal of the American Medical Association*» أو «لانسييت - *The Lancet*» أو «المجلة الطبية الإنجليزية الجديدة - *The New England Journal of Medicine*» أو «المجلة الأمريكية للطب النفسي». وهناك عشرات الكتب الأكاديمية الجادة حول هذا الموضوع ومجلة دولية محكمة مكرسة كلها للدراسة متعددة التخصصات لهذه الموضوعات - وهي مجلة دراسات الاقتراب من الموت - *The Journal of Near-Death Studies*.

حتى هنا، في هذه المجموعة من الروايات النفسية والثقافية وربما الخارقة (يجب أن أذكر القراء بأنه لم تتم تسوية الجدل)، لم يكن هناك موضوع عن الموت أو الاحتضار «محظور» على إليزابيث كبلر روس. وقد أثبتت أنها رائدة لا تعرف الخوف في هذه المجالات أيضًا. وبهذه الطرق، إذن، كانت إليزابيث كبلر روس تفتح آفاقًا أكاديمية وإكلينيكية جديدة. اليوم، نادرًا ما تولد مثل هذه الاهتمامات بالموت والاحتضار العدا والوصمة التي تواجهها الدكتورة إليزابيث كبلر روس على الرغم من أن هذه الاهتمامات البحثية، وعلى الرغم من الاهتمام الشعبي والأكاديمي المتزايد، لا تزال تثير دهشة المحافظين في الجامعات حول العالم. ومن ثم، أين أخذتنا دراسات الاحتضار منذ نشر هذا العمل في عام 1969،

وأين، إذا كان هذا كل شيء، يتفق هذا العمل الآن مع المناظرات والاهتمامات الحالية؟

على الرغم من أن بعض الناس من عامة الجمهور يعتقدون أن هذا الكتاب هو أول عمل يدرس عملية الاحتضار (JMack 2005)، فإن هذا ليس صحيحًا. كان كتاب عن الموت والاحتضار جزءًا من مجموعة متزايدة من الملاحظات الاجتماعية عن الاحتضار في ستينيات القرن العشرين من العاملين في مجال الطب (Weisman & Hacket 1965؛ Hinton 1967) وبشكل خاص من العاملين في مجال العلوم الاجتماعية (انظر Fox 1959؛ Glaser & Strauss 1965, 1968؛ Sudnow 1967). إن بعض الأعمال الاجتماعية التي تدرس الاحتضار، وخاصة تلك التي تكتب عن الاحتضار باعتباره "رحلة" شخصية واجتماعية، أخذت أسسها المفاهيمية والبحثية من أعمال أنثروبولوجية سابقة يرجع تاريخها إلى أوائل القرن العشرين (انظر، على سبيل المثال، Van Gennep 1908؛ Frazer 1913, 1922). (1924).

وقد شهدت السبعينيات والثمانينيات من القرن العشرين طفرة دولية في دراسات الاحتضار، ولا سيما تلك الدراسات المصاحبة للتطورات السياسية وتطورات الخدمات الصحية لحركة رعاية العجزة في الولايات المتحدة الأمريكية والمملكة المتحدة. وقد تم إضفاء طابع رسمي على الكثير من هذه الملاحظات حول سلوك المحتضرين باعتبارها بحثًا عن العملاء الأكثر شيوعًا لهذه الخدمات الجديدة - أي مرضى السرطان. وعلى الرغم من أن الاحتضار في دور رعاية العجزة بدأ يجذب اهتمامًا كبيرًا في هذا الوقت، إلا أن التركيز الهائل بقي على الاحتضار نتيجة الإصابة بالسرطان والاحتضار في المستشفيات أو دور العجزة. وكانت الصورة الشائعة عن الشخص المحتضر طوال هذه الفترة صورة شخص يبحث عن إدراك تام لحالة مرضه وآفاق المستقبل، وشبكة عائلية وشبكة اجتماعية ترغب في سيناريو لنهاية الحياة يتسم بالإعداد الاجتماعي والدعم المهني والكرامة

مقابل هذه الأنواع من الآراء عن الشخص المحتضر باعتباره شخصاً مسيطراً على انفعالاته أو على الأقل، باعتباره شخصاً يرغب في أن يسيطر على انفعالاته، وُضعت آراء أخرى عن الاحتضار تصفه بأنه انسحاب وانفصال. وقد أكدت دراسات الشيخوخة والموت على وجه الخصوص (Cummings and Henry 1961؛ Sudnow 1967؛ Kalish 1972؛ Humphreys 1981) على الانسحاب، أحياناً عن طريق المحتضرين أنفسهم، وأحياناً بشكل متبادل بين الشخص المحتضر وشبكتة الاجتماعية. وقد وصف هذا أحياناً بأنه «موت اجتماعي» وتبعت ذلك مناظرة حول ما إذا كان هذا يعتبر «مناسباً» أم أنه رفض اجتماعي سلبي للموت (Kalish 1972). ولا تزال هذه المناظرة محتدمة ولكنها تركز أكثر فأكثر على العلاج الاجتماعي للمسنين والمصابين بالخرف في دور رعاية العجزة أو المصابين بالإيدز (Kitwood 1993؛ Takahashi 1998).

وقد شهدت تسعينيات القرن العشرين وجهة نظر أخرى عن الاحتضار وقد أصبحت مؤثرة بثبات - فكرة عن الشخص المحتضر باعتبار أنه يشبه آلة ضعيفة تنهار في النهاية (Nuland 1993؛ Seale 1998؛ Lawton 2000). وقد رأينا هنا تحولاً في الأوصاف الشخصية من الفقد، أو الأمل، أو الرحلة والسيطرة، إلى أفكار الضعف والانحلال والرغبة المتزايدة في «الإنقاذ الطبي». وفي الآونة الأخيرة، يصف عالم الأنثروبولوجيا الأمريكي كوفمان⁽¹⁰⁾ (2005) كيف تقوم المستشفيات الأمريكية بتشكيل خبرة الاحتضار من خلال طمس الخط المبهم بالفعل بين الحياة والاحتضار، والعلاج والرعاية، مع تقديم الدعم الطبي بتقنية عالية لأولئك الذين يعانون من أمراض تهدد الحياة. متى يحين الوقت "المناسب"

(10) - تيرينس كوفمان Kaufman (1937 -): عالم لغوي أمريكي متخصص في توثيق اللغات غير المكتوبة، والمعاجم، واللغويات التاريخية لأمريكا الوسطى، وظواهر الاتصال اللغوي. وهو أستاذ فخري في قسم الأنثروبولوجيا بجامعة بيتسبرج (المترجم).

لوقف العلاج، ومن يحدد ذلك؟ ولا تزال هناك مخاوف أخرى.

في الآونة الأخيرة، أثار باحثون في المملكة المتحدة (Noys 2005؛ Kellehear 2007؛ Walter 2008) أسئلة جادة حول من يُستبعد من البحث في موضوع الاحتضار - الفقراء، المسجونون، المرشدون، المصابون بالخرف، أو المهمشون بسبب الإيدز. إن قدرًا كبيرًا مما نفهمه حاليًا عن الاحتضار مستمد من الدول الغنية وأمراضها مثل مرض السرطان. والقليل من الدراسات تتخطى هذه الحدود لفحص من يحتضرون نتيجة الإصابة بأمراض أخرى، أو مجموعات اجتماعية اقتصادية أخرى، أو حتى أولئك الذين يموتون في ظروف في نهاية الحياة هامشية وموصومة مثل الفقر أو السجن أو الهوية المشوشة من مجموعة من حالات تدهور الدماغ بشكل لا رجعة فيه، وهي حالات ترتبط بالشيخوخة أو الإيدز. وقد أثارت دراسة الاحتضار الآن أسئلة رئيسية حول الدخل وعدم المساواة الاجتماعية من مختلف اهتمامات السياسة والبحوث والخدمات الصحية في الوقت الحالي.

وبالإضافة إلى ذلك، وكما ذكرت من قبل في هذه المقدمة، إن الاهتمام باللحظات الأخيرة قبل الموت قد حفز عشرات الدراسات التجريبية عن خبرات الاقتراب من الموت. وقد أطلقت هذه الدراسات بدورها العنان لجدل حاد في كثير من الأحيان حول معنى المشاهد والأصوات والمظاهر الاجتماعية التي يبدو أنها تميز حوالي 10 في المائة من أولئك الذين يواجهون الموت الإكلينيكي ولكنهم يتعافون بعد ذلك (Van Lommel *et al.* 2001). وعلى الرغم من انتهاء السخرية الصريحة تجاه هذه الأنواع من الدراسات في الستينيات والسبعينيات من القرن العشرين، إلا أن شكًا أكاديميًا على نطاق واسع لا يزال قائمًا يشير إلى أنها قد تكون مجرد أفكار دينية أو أفكار تنتمي إلى العصر الجديد وتتنكر في صورة علمية ضعيفة (Fox 2003).

تلقت هذه الدراسات الانتباه إلى الجوانب غير العادية والهامشية في خبرة الاحتضار، وبالتالي يتم الترحيب بها عادة ببعض التشكك بين الباحثين الآخرين في مجال الموت والاحتضار. لكن لماذا يجب اعتبار أي جانب إنساني وأخلاقي في دراسة الاحتضار من المحرمات؟ إذا كشفت خبراتنا، في اللحظات الأخيرة قبل الموت، صورًا مدهشة عن المزيد من الحياة - سواء كانت هذه الصور مجرد أشكال من الهذاء أو الهلوسة - فهل يجعلنا هذا الاحتمال نتحقق منها بشكل أقل قوة؟ إذا تحدثت هذه الصور وجهة نظر بيولوجية بحثة عن الدماغ، فهل نحقق فيها بشكل أقل قوة بسبب هذا الاحتمال؟ إن عددًا قليلًا منا سوف يقبلون أي احتمال من هذين الاحتمالين باعتباره أساسًا شرعيًا لعدم السعي من أجل معرفة المزيد. ومن خلال هذه «النظرة الشاملة» للتطورات على مدار الأعوام الأربعين الماضية من البحث في موضوع الاحتضار، يمكن أن نرى بوضوح الإرث المستمر لكتاب إليزابيث كبلر روس، عن الموت والاحتضار.

ومن الواضح أن الدكتورة إليزابيث كبلر روس كانت رائدة الإصلاح في مجال العلاج الاجتماعي للأشخاص المحتضرين. وقد روجت للحاجة المطلقة إلى ما ينبغي أن يعلمنا إياه الأشخاص الذين يحتضرون بشأن خبراتهم وضرورة أن نستمع إليهم. في الهوس الحديث بانهار أنظمة الجسم وفشلها - سواء نتيجة الإصابة بالسرطان أو أمراض القلب أو الخرف - فإن هذا الدرس الذي نستمع فيه إلى أشخاص يحتضرون لا يقل أهمية اليوم عما كان في عام 1969. وما زلنا نشهد كثيرًا، وفي عدد كبير من المستشفيات ودور رعاية العجزة حول العالم، الرغبة في العمل نيابة عن المحتضرين وليس العمل معهم.

إن ازدهار استخدام التقنيات الجديدة لدعم الحياة، وأحيانًا بشكل عشوائي، يجعل مهمة فصل الأشخاص المحتضرين عن أولئك الذين قد يتعافون مهمة أكثر تعقيدًا بكثير مما كانت عليه في ستينيات القرن العشرين. إن التحدي الآن،

مع «الوصايا المعيشية»⁽¹¹⁾ أو «التوجيهات المسبقة»، هو أن نتخذ القرارات بأنفسنا، في تحالف مع أحبائنا. الآن، قبل أن نمرض ونحتضر، يقع العبء العام علينا جميعاً بشكل متزايد لتحديد الظروف والأحوال الشخصية التي سوف تمكننا من أن نقول: «لقد حان وقت وفاتي. إنني أحتضر». وقد تم تحفيز الجمهور وتشجيعنا على أن نتحدث فيما بيننا حول قرارات الحياة والموت هذه لأول مرة بواسطة أطباء مثل إليزابيث كبلر روس ولا تزال هناك حاجة مستمرة لهذا التحفيز حتى اليوم.

لم يصبح مبدأ الاستماع إلى المحتضرين في الظروف الحديثة عن الحياة والموت أكثر إلحاحاً فحسب؛ إنه تجاوز حدود دور العجزة والمستشفيات. الآن في المدارس وأماكن العبادة وأماكن العمل، هناك حاجة اجتماعية على نطاق واسع للتحدث مع بعضنا البعض حول الكيفية التي نرغب في أن نموت عليها. إن الحوارات التي تلتقط بشكل مؤثر في هذا الكتاب قيّمة باعتبارها محفزات ودعماً لهذه الأنواع من التأمّلات المعاصرة حول الحياة والاحتضار. ويمنح هذا الكتاب الناس، بوصفه مورداً مجتمعيّاً بهذه الطريقة، الإذن بالتحدث عن الموت ومواجهة هذا الاحتمال العام الختمي. ولا يزال هذا مجرد موروث من الموروثات الدائمة لكتاب عن الموت والاحتضار.

إن هذا الكتاب هو أيضاً تذكير بأهمية إثارة الأسئلة العلمية والبسيطة المتطورة حول الموت ويجب أن يشمل ذلك الخبرات الصوفية عن الاقتراب من الموت. وكانت إليزابيث كبلر روس محققة في لفت الانتباه إلى هذه الأنواع من الخبرة. إن خبرات الاقتراب من الموت، وكما أظهرت الأعوام الأربعة الماضية من تطوير البحث في هذا المجال، ليست هراء اجتماعيّاً. إن الناس يهتمون بهذه الخبرات

(11) - الوصايا المعيشية living wills: بيان مكتوب يوضح بالتفصيل رغبات الشخص فيما يتعلق بعلاجه الطبي في الظروف التي لا يكون فيها قادراً على التعبير عن الموافقة المستنيرة، وخاصة التوجيهات المسبقة advanced directives.

ويشعرون بأنها مهمة بغض النظر عن الاحتجاجات المتشككة التي تصدر عن الأوساط الأكاديمية المحافظة.

لا يمكن تفسير خبرات الاقتراب من الموت بسهولة على أنها دليل على «الحياة بعد الموت» ولكن لا يمكن «استبعادها» بسهولة على أنها مجرد هلوسة. هناك مناظرة علمية مهمة تدور. تساعدنا هذه المناظرة العالمية متعددة التخصصات على تطوير مفاهيم عصبية جديدة لعمل الدماغ؛ وتعيد فحص مفاهيمنا الفلسفية القديمة عن نماذج الوعي؛ وتجدد مفاهيمنا الثقافية عن العلاقة بين العقل والجسد والروح والمجتمع. إنها تمثل تطورات بحثية مهمة وقد تم الترويج لها لأول مرة من قبل مجموعة شجاعة من العاملين في مجال الطب وعلم النفس ومن بينهم إليزابيث كبلر روس. وتتجسد الميول الفكرية الحادة لإليزابيث وروحها الإنسانية المتفانية أيضًا في الصفحات التي توشك على قراءتها. وبدلاً من وصمة العار المرتبطة بفضولها المبكر حول الخبرات الصوفية، بررت السنوات اللاحقة هذا الاهتمام المبكر، بغض النظر عن وجهات نظرها الخاصة حول معنى هذه الخبرات.

أخيراً، يمثل كتاب عن الموت والاحتضار جسراً دائماً بين المحادثات العلمية / الأكاديمية الداخلية بشأن الموت والاحتضار والحاجة المتزايدة إلى المعلومات والمناقشة من قبل الجمهور العام. في عام 1969 وحتى الوقت الحاضر، كان هذا الكتاب غالباً المرجع الأول للأشخاص الذين يسعون إلى فهم الخبرة الإنسانية للعيش مع المحتضرين. وقد جذب إليه مجموعة كبيرة من النقاد الأكاديمي - معظمها غير مستحق، وأحياناً مبالغ فيه، ويتسم بالأنانية أحياناً. لكن المجتمع الأكاديمي / العلمي حافظ دائماً على حوار مع كتاب عن الموت والاحتضار، مهما كانت وجهات نظره المتباينة داخلياً، وذلك ببساطة لأن وجوده في المجتمع العام الأوسع كان مؤثراً للغاية.

ولا يمكن إلا لعدد قليل منا، ممن يعملون في مجالات الموت والاحتضار والرعاية اللطيفة، أو الأسي والشكل، أن يتجنبوا طرح الأسئلة حول هذا العمل حتى بعد مرور 40 عامًا على نشره لأول مرة. وهذه المجموعة من الظروف تجبر المجتمع العلمي، على مفضض أحيانًا، على مواصلة الحوار مع المجتمع الأوسع حول الموت، وهذا أيضًا هو آخر إرث ثمين لهذا الكتاب. يشجع كتاب عن الموت والاحتضار الرجال والنساء والأطفال العاديين على التحدث مع أقاربهم الذي يحتضرون، ولكنه يشجعهم أيضًا على توسيع نطاق هذه المشاركة بقوة لتشمل حوارًا مع النخب العلمية والأكاديمية والإكلينيكية المسؤولة عن الرعاية الحديثة للأشخاص المحتضرين. وتصبح هذه الخلفية المفيدة، خلفية المشاركة العامة، وهذا النوع من الواجهة الاجتماعية، أساسًا يمكن من خلاله أن نطرح أسئلة بحثية عن السياسات أو الممارسات أو التقنيات الجديدة عند تقديمها، على أن نتذكر أنها تتدخل في أكثر الأوقات حساسية وضعفًا في حياتنا .

لوضع هذه التحديات حول التعايش مع الأشخاص المحتضرين بشكل مباشر على جدول الأعمال العام، لدينا هذا الكتاب لنشكره على الدور الحاسم الذي لعبه في هذا المجال. كتاب عن الموت والاحتضار يستمر، كما كان في الماضي، في تحفيز المجتمعات على إشراك المتخصصين من أبنائنا، وغيرهم من الخبراء، في المعضلات الأخلاقية والاجتماعية التي يجب أن نواجهها جميعًا في الأشكال الناشئة حديثًا والمعقدة غالبًا للرعاية في نهاية الحياة، الرعاية التي تقدم لنا في القرن الحادي والعشرين.

البروفيسور ألن كلهير

مركز الموت والمجتمع

جامعة باث، المملكة المتحدة.

تصدير الطبعة الأولى

س. موراي باركس

«أتمنى أن أخبر الناس كم هو جميل أن يموت المرء من السرطان». هذه الكلمات المدهشة قالتها لي مؤخرًا امرأة وقد توفيت بسلام بعدها ببضعة أيام. لم تلتق قط بالدكتورة إليزابيث كبلر روس، لكنني لا أشك في أنها لو كانت مريضة في مستشفى بيلينجز،⁽¹²⁾ لكانت ستسعد بفرصة التحدث عن الموت في سيمينار الدكتورة كبلر روس ومحاولة طرد المخاوف غير المنطقية التي يخضع لها الأطباء ورجال الدين وكذلك المرضى وأقاربهم.

لا يعني ذلك أن الخوف من الموت أمر غير منطقي تمامًا. وأيا كان ما نعتقد أنه سوف يأتي بعد الموت، فإن فقدان الكثير من الأشياء التي نقدرها لا بد أن يكون مؤلمًا، وبما أن موتنا يفجع الآخرين، فمن الطبيعي أن نشعر بالحزن نيابة عنهم.

لكن التخلي عن الحياة ممكن (خاصة إذا فقدت أجسادنا، بسبب المرض، رغبتها في الحياة)، ويمكن للأسى أن يمر مرور الكرام. إن أولئك الذين يحظون بامتياز رعاية الشخص الذي على وشك الموت يعرفون أن المرحلة الأخيرة من الحياة

(12) - مستشفى بيلينجز Billings Hospital: مستشفى في مدينة بيلينجز، أكبر مدن ولاية في شمال غرب الولايات المتحدة (المترجم)

يمكن أن تكون وقت القبول السلمي، أي وقت الهدوء الذي يتناقض مع التوترات والإحباطات في معركة البقاء على قيد الحياة.

«يمكن» - ولكن في كثير من الأحيان، لا يمكن. هناك أشياء كثيرة جدًا تتعارض مع وجود مقاربة مناسبة للموت. إننا نصر، على الرغم من كل الأدلة على عكس ذلك، على افتراض أننا خالدون ويؤكد كل منا للآخر أننا جميعًا في نزهة في الفضاء، وأنا محصنون ضد قوانين جاذبية السماء. يقول الطبيب: «لا تقلق، إنها مجرد قرحة صغيرة»؛ وتقول المريضة: «هيا يجب ألا نتحدث الآن بهذا الشكل، سوف تكون على ما يرام».

يجب أن يكون للحياة المكتملة بداية ووسط ونهاية. ليس فقط نتيجة التماثل ولكن لأنني، على الرغم من أنني قد أكون فانيًا، فإن النظام الاجتماعي الذي أنا جزء منه خالد ودخولي إلى هذا النظام الاجتماعي وخروجي منه حدثان مهمان يجب التحضير لها. لا ينبغي أن يمحصر الطب نفسه في الوقاية من الموت أكثر من أن يمحصر تنظيم الأسرة نفسه في منع الولادة. لكن ربما لا يكون من قبيل الصدفة أن القرن الذي أنتج ماري ستوبس وألكسندر فلمنج أنتج أيضًا جرانتلي ديك ريد وإليزابيث كبلر روس.⁽¹³⁾ يبدو أن «الوفاة الوشيكة - incipient mortality»، على الرغم من التنبؤ بها أكثر صعوبة من التنبؤ «بالولادة الوشيكة - incipient nativity»، هي أيضًا مسألة مناسبة للإعداد والدراسة.

إن الدكتورة إليزابيث كبلر روس ليست وحدها في الاهتمام بأولئك الذين على وشك الموت. قام البروفيسور جون هنتون والدكتورة سيسلي ساندرز⁽¹⁴⁾ بأعمال

(13) - ماري ستوبس Marie Stopes (1880 - 1958): مؤلفة بريطانية وعالمة حفريات قديمة ومشاركة في حملة تحسين النسل وحقوق المرأة؛ ألكسندر فلمنج Alexander Fleming (1881 - 1955): عالم أسكتلندي؛ جرانتلي ديك ريد Grantly Dick Reid (1890 - 1959): طبيب توليد بريطاني، من أنصار الولادة الطبيعية (المترجم).

(14) - جون مارك هنتون John Hinton (1926 -): طبيب أعصاب وطبيب نفسي بريطاني؛ سيسلي ساندرز Cicely Saunders (1918 - 2005): طبيبة وكاتبة بريطانية. اشتهرت بعملها في أبحاث الرعاية النهائية طبيبة

مهمة في بريطانيا، وهناك بالفعل مجلتان علميتان تصدران في الولايات المتحدة تتعاملان حصريًا مع المسائل المتعلقة بالموت والشكل.⁽¹⁵⁾ وفي فرنسا أيضًا «جمعية الثاناتولوجي باللغة الفرنسية - Société de Thanatologie de la Langue Française»، التي تصدر نشرة دورية.

لكن الموت (مثل الحياة) أمر خطير للغاية ولا يمكن التعامل معه برزانة، وأحد أكثر الأماكن التي أعرفها إشاعة للبهجة والود مؤسسة صغيرة في جنوب لندن متخصصة في علاج مرضى السرطان الذين تكون الفترة المتوقعة لهم للبقاء على قيد الحياة ستة أسابيع أو أقل. والهدف هنا هو زيادة جودة الفترة المتبقية من حياة كل مريض وليس جعل هذه الفترة أطول، وإذا كانت هناك أوقات من الأسى والأسف يواجه فيها المرضى وعائلاتهم خيبات الأمل الحقيقية التي تحدث، فهناك أيضًا أوقات من السعادة والسلام حين يتوقف الناس عن السعي لتحقيق غايات غير واقعية ويقومون بعمل جيد من أجل نهاية حقيقية.

في هذا الكتاب سوف نجد وصفًا للطريقة التي تعامل بها بعض الأمريكيين مع الموت. وعلى الرغم من الاختلافات الثقافية، فهم متشابهون جدًا مع أشخاص في المملكة المتحدة ولا توجد حاجة بالنسبة إلي لمحاولة ترجمة العَرَض الواضح الذي قدمته لنا الدكتورة إيزابيث كبلر روس. وقد يتبنى آخرون (وربما سوف يتبنون) مصطلحات مختلفة عند وصف المراحل التي يمر بها المريض المحتضر في سياق مرضه. ونظرًا لأن الاختلاف الفردي كبير جدًا، فمن غير المرجح أن يتم تطبيق أي نظام واحد من نظم المفاهيم على الجميع. لكن الصورة العامة، والأمثلة التوضيحية التي تقوم عليها، يجب أن تقف. إنها تقف بمثابة عتاب للبعض، وتشجيع لآخرين، ودرس للجميع.

إنجليزية، كانت ممرضة إنجليزية وأخصائية اجتماعية وكاتبة. وهي معروفة بعملها في أبحاث الرعاية النهائية ودورها في ولادة حركة المسنين (المترجم).

(15) - أحدهما له العنوان الرابع *The Journal of Thanatology* والآخر *Omega* (س. موراى باركس).

يعتبر هذا الكتاب قراءة مهمة للممرضات والأطباء ورجال الدين وغيرهم ممن تجعلهم طبيعة عملهم على اتصال بالمرضى الذين يحتضرون. كما يُنصح به لأي قارئ يرفض الاعتقاد بأن أفضل طريقة للتعامل مع الخوف هي الهروب.

كلمة شكر للطبعة الأولى

هناك الكثير من الأشخاص الذين ساهموا بشكل مباشر أو غير مباشر في هذا العمل بما يفوق قدرتي على التعبير عن تقديري لهم بشكل فردي. يستحق الدكتور سيدني مارجولين⁽¹⁶⁾ التقدير لأنه حفز فكرة إجراء مقابلات مع المرضى الذين يعانون من أمراض مميتة بحضور الطلاب باعتبارها نموذجًا تعليميًا هادفًا.

وقد قام قسم الطب النفسي في مستشفى جامعة شيكاغو في بيلينجز بتوفير البيئة والوسائل التي جعلت مثل هذا السيمينار ممكنة من الناحية التقنية.

وكان القسان «هرمان كوك - Herman Cook» و«كارل نايزونجر - Carl Nighswonger» مفيدين ومحفزين للمحاورين المشاركين، وقد ساعدا أيضًا في البحث عن المرضى في وقت كان فيه ذلك أمرًا بالغ الصعوبة. وقد مكنتي «واين ريدبرج - Wayne Rydberg» والطلاب الأربعة الأصليين من خلال اهتمامهم وفضولهم من التغلب على الصعوبات الأولية. كما تلقيت المساعدة بالدعم الذي قدمه العاملون في معهد شيكاغو اللاهوتي. وقد قضى القسيس «رنفورد جينز - Renford Gaines» وزوجته «هاريت - Harriet» ساعات لا تحصى في مراجعة المخطوطة وكانا وراء بقائي على إيماني بقيمة مثل هذا النوع من المهام. وقد دعم الدكتور س. نايت ألدريتش⁽¹⁷⁾ هذا العمل على مدى السنوات الثلاث الماضية.

(16) - سيدني مارجولين Sydney Margolin (1909 - 1985): طبيب أمريكي (المترجم).

(17) - س. نايت ألدريتش C. Knight Aldrich (1914 - 2017): راند من رواد دمج الطب النفسي في الممارسة الطبية العامة، أول رئيس لقسم الطب النفسي في جامعة شيكاغو (المترجم).

وقد راجع الدكتور إدجار دربر - Edgar Draper وجين كيندي - Jane Kennedy جزءًا من المخطوطة. ويستحق كل من بونيتا مك دانيل McDaniel وجانيت ريشكين - Reshkin وجويس كارلسون - Carlson الشكر على كتابة الفصول على الآلة الكاتبة.

ربما يكون أفضل تعبير عن شكري للعديد من المرضى وأسره هو نشر رسائلهم. وهناك العديد من المؤلفين الذين ألهمني القيام بهذا العمل، وينبغي في النهاية أن أقدم الشكر لكل الذين فكروا واهتموا بالمرضى الميؤوس من شفائهم.

وأقدم بالشكر إلى مستر بيتر نيفرامونت - Peter Nevraumont لاقتراحه كتابة هذا الكتاب وكذلك إلى مستر كلمنت ألكسندر - Clement Alexandre، من شركة ماكميلان - Macmillan، على صبره وتفهمه في أثناء إعداد الكتاب.

أخيرًا وليس آخرًا، أود أن أشكر زوجي وأولادي على صبرهم ودعمهم المستمر الذي يمكّني من القيام بعمل بدوام كامل بالإضافة إلى أنني زوجة وأم.

إ.ك.ر.

تمهيد الطبعة الأولى

حين سئلت عما إن كنت على استعداد لكتابة كتاب عن الموت والاحتضار، قبلت التحدي بحماس. وحين جلست بالفعل وبدأت أتساءل عما وضعتُ نفسي فيه، صار الأمر مختلفاً. من أين أبدأ؟ ماذا أتناول؟ ما مقدار ما يمكن أن أقوله للغرباء الذين سوف يقرأون هذا الكتاب، ما مقدار ما يمكن أن أشارك به من هذه الخبرة مع مرضى يحتضرون؟ كم عدد الأشياء التي يتم توصيلها بشكل غير لفظي وينبغي الشعور بها وتجربتها ورؤيتها ولا يمكن ترجمتها إلى كلمات؟

لقد عملت مع مرضى يحتضرون على مدار العامين ونصف العام الماضيين ونخبنا هذا الكتاب عن بداية هذه التجربة، التي تبين أنها تجربة هادفة ومفيدة لجميع المشاركين فيها. لا يُقصد أن يكون هذا الكتاب كتاباً دراسياً حول كيفية التعامل مع المرضى الذين يحتضرون، ولا يُقصد منه أن يكون دراسة كاملة لعلم نفس الاحتضار. إنه ببساطة سرد لفرصة جديدة وصعبة للعودة إلى التركيز مرة أخرى على المريض بوصفه إنساناً، بأن نشركه في الحوارات، وأن نتعلم منه نقاط القوة والضعف في تعاملنا مع المريض في المستشفى. لقد طلبنا من المريض أن يكون معلمنا من أجل أن نتعلم المزيد عن المراحل الأخيرة من الحياة بكل ما فيها من قلق ومخاوف وآمال. إنني ببساطة أروي قصص مرضاي الذين شاركوني آلامهم وتوقعاتهم وإحباطاتهم. على أمل أن يشجع ذلك الآخرين على عدم

الابتعاد عن المرضى «المؤوس من حالاتهم» بل والاقتراب منهم، حيث يمكن أن نساعدهم بشكل كبير خلال الساعات الأخيرة في حياتهم. وسوف يكتشف العدد القليل ممن يمكنهم القيام بذلك أن هذه الخبرة يمكن أيضًا أن تكون مُرضية للطرفين؛ وسوف يعرفون الكثير عن طريقة عمل عقل الإنسان، والجوانب الإنسانية الفريدة لوجودنا، ويخرجون من الخبرة أكثر ثراء وربما أقل قلقًا بشأن نهايتهم.

إ.ك.ر.

I

عن الخوف من الموت

اسمح لي أن أصلي لا لأبقى في مأمن من الأخطار بل لأكون شجاعاً في مواجهتها.
اسمح لي ألا أتوسل من أجل تسكين ألمي بل من أجل أن ينتصر القلب عليه.
اسمح لي ألا أبحث عن حلفاء في ساحة المعركة في الحياة، بل أبحث عن قوتي.
اسمح لي ألا أرغب في خوف شديد أن أنقذ بل أن أتمنى للصبر أن يكسب حريتي.
لا تجعلني جبناً، فأشعر برحمتك في نجاحي فقط؛ لكن اسمح لي أن أجد قبضة يدك في فشلي.

رابندرانات طاغور، جني الفاكهة

لقد تسببت الأوبئة في خسائر فادحة في الأرواح في الأجيال الماضية. كان الموت في سن الرضاعة والطفولة المبكرة متكرراً وكان هناك عدد قليل من العائلات التي لم تفقد أحد أفرادها في سن مبكرة. وقد تغير الطب بشكل كبير في العقود الأخيرة. وقضى التطعيم على نطاق واسع عملياً على الكثير من الأمراض، على الأقل في أوروبا الغربية والولايات المتحدة. وقد ساهم استخدام العلاج الكيميائي، وخاصة المضادات الحيوية، في انخفاض عدد الوفيات من الأمراض المعدية. وأدى تحسين رعاية الأطفال والتعليم إلى انخفاض معدلات المرض والوفيات بين الأطفال. وتم التغلب على الكثير من الأمراض التي كانت تسبب

خسائر كبيرة في سن الشباب ومنتصف العمر. وقد أخذ عدد كبار السن في الازدياد، ونتيجة لذلك، يوجد عدد متزايد من الأشخاص المصابين بالأورام الخبيثة والأمراض المزمنة المرتبطة بالشيخوخة بشكل خاص.

ويعمل أطباء الأطفال بشكل أقل مع المواقف الحادة والمهددة للحياة ولكنهم يرون عددًا متزايدًا من المرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية جسدية- psychosomatic ومن مشاكل التكيف والسلوك. لدى الأطباء عدد أكبر من الأشخاص في غرف الانتظار ممن يعانون من مشاكل نفسية أكثر مما كان لديهم في أي وقت في الماضي، لكنهم لديهم أيضًا عدد أكبر من المرضى المسنين الذين لا يحاولون فقط التعايش مع قدراتهم الجسدية المتناقصة وأوجه القصور التي يعانون منها، ولكنهم يواجهون أيضًا الوحدة والعزلة مع كل آلامها وكرها. وغالبية هؤلاء الأشخاص لا يُعرضون على طبيب نفسي. ولا بد من استنباط احتياجاتهم وإشباعها بواسطة أشخاص محترفين آخرين، على سبيل المثال، من المساواة والأخصائيين الاجتماعيين. ومن أجلهم، أحاول وضع إطار عام للتغيرات التي حدثت في العقود القليلة الماضية، التغيرات المسؤولة في النهاية عن زيادة الخوف من الموت نتيجة نقص المعرفة، والعدد المتزايد من المشاكل النفسية، والحاجة الأكبر لفهم مشاكل الموت والاحتضار والتعامل معها.

وحين ننظر إلى الوراثة في الزمن وندرس ثقافات وشعوبًا سابقة، نشعر بالإعجاب من أن الموت كان دائمًا مكروهًا من الإنسان وربما يبقى مكروهًا دائمًا. وهذا أمر مفهوم تمامًا بالنسبة للطبيب النفسي، وربما يمكن تفسيره بشكل أفضل فيما يتعلق بفهمنا للأجزاء اللاشعورية من الذات؛ أي للعقل اللاشعوري، بشأن أن الموت غير ممكن أبدًا حين يتعلق الأمر بأنفسنا. من غير المعقول أن يتخيل اللاشعور نهاية فعلية لحياتنا هنا على الأرض، وإذا كان لا بد من انتهاء حياتنا هذه، فإن النهاية تُعزى دائمًا إلى تدخل ضار من الخارج من قبل شخص آخر. بعبارة بسيطة، في عقلنا اللاشعوري لا يمكن إلا أن نُقتل؛ لا يمكن تصور

الموت نتيجة سبب طبيعي أو نتيجة الشيوخوخة. وبالتالي يكون الموت في حد ذاته مرتبطاً بفعل سيئ، وحدث مخيف، وهو أمر في حد ذاته يدعو إلى القصاص والعقاب.

ومن الحكمة أن نتذكر هذه الحقائق الأساسية لأنها ضرورية لفهم بعض رسائل مرضانا، رسائلهم الأكثر أهمية، ولكنها بدون ذلك تبقى غير مفهومة.

والحقيقة الثانية التي لا بد أن نفهمها هي أننا في عقلنا اللاشعوري لا يمكن أن نميز بين الرغبة والفعل. يمكننا جميعاً أن نتذكر الأحلام غير المنطقية التي توجد فيها عبارتان متعارضتان تماماً جنباً إلى جنب - مقبولتان جداً في أحلامنا ولكن لا يمكن لنا أن نتصورهما في حالة اليقظة. فكما أننا لا نستطيع، في أذهاننا اللاشعورية، أن نفرق بين الرغبة في قتل شخص ما ونحن في حالة غضب وبين فعل القتل نفسه، كذلك لا يمكن للطفل الصغير أن يميز بين الخيال والواقع. إن الطفل الذي يتمنى بغضب لوالدته أن تموت لأنها لم تشبع احتياجاته سوف يصاب بصدمة كبيرة بسبب وفاتها الفعلية - حتى لو لم يكن هذا الحدث مرتبطاً ارتباطاً قوياً في ذلك الوقت برغبته المدمرة. وسوف يتحمل دائماً في نفسه جزءاً من اللوم على فقدان والدته أو كل هذا اللوم. سوف يقول دائماً لنفسه - ونادراً ما يقول ذلك للآخرين - «لقد فعلت ذلك، أنا مسؤول، كنت سيئاً، لذلك تركتني أمي». ومن المناسب أن نتذكر أن الطفل سوف يتصرف بالطريقة نفسها إذا فقد أحد الوالدين بالطلاق أو الانفصال أو الهجر. وفي كثير من الأحيان ينظر الطفل إلى الموت على أنه غير دائم، وبالتالي يرى أنه لا يختلف كثيراً عن الطلاق، وبعد ذلك قد تتاح له الفرصة لرؤية أحد الوالدين مرة أخرى.

وكثيراً ما يتذكر الوالدان ملاحظات يتفوه بها الأطفال من قبيل: "سوف أدفن كلبي الآن وفي الربيع القادم سوف يستيقظ حين تظهر الزهور مرة أخرى." ربما كانت الرغبة نفسها هي التي دفعت قدماء المصريين إلى أن يزودوا الموتى بالطعام

والبضائع لإسعادهم، كما أن الهنود الأمريكيين القدامى دفنوا أقاربهم مع ممتلكاتهم.

حين نتقدم في السن ونبدأ في إدراك أن قدرتنا المطلقة ليست كبيرة حقًا، وأن أقوى آمياتنا ليست قوية بما يكفي لجعل المستقبل ممكنًا، يتضاءل الخوف من أننا ساهمنا في وفاة أحد الأحباء - ومعهُ يتضاءل الذنب. ومع ذلك، يظل الخوف يتضاءل طالما لم يتم تحديده بقوة كبيرة. ويمكن رؤية آثاره يوميًا في ممرات المستشفى وفي الأشخاص الذين يتعرضون للثكل.

ربما كان الزوج والزوجة يتشاجران منذ سنوات، ولكن حين يموت أحدهما، يبكي الناجي ويغمره الأسف والخوف والألم، ويزداد خوفه من أن يموت هو نفسه، مع استمرار إيمانه بقانون الكراهية - العين بالعين، والسن بالسن - «إنني مسؤول عن موتها، وسوف أموت بالقصاص موتًا يثير الشفقة».

ربما تساعدنا هذه المعرفة في فهم الكثير من العادات والطقوس التي استمرت على مر القرون والتي تهدف إلى تخفيف غضب الآلهة أو المجتمع، حسب الحالة، وبالتالي تقليل العقوبة المتوقعة. أفكر في الرماد، والملابس الممزقة، والحجاب، ومراثي النساء⁽¹⁸⁾ في سالف الأيام - كلها وسائل لمطالبة الآخرين بالشفقة عليهم، على المعزين - mourners، وهي تعبير عن الحزن والأسى والعار. إن الشخص الذي يتفجع أو يضرب على صدره أو يمزق شعره أو يرفض الأكل يحاول أن يعاقب نفسه حتى يتجنب العقوبة الخارجية المتوقعة بسبب اللوم الذي يتوقعه على وفاة أحد أفراد أسرته أو تخفيف هذه العقوبة.

إن مشاعر الأسى والعار والإحساس بالذنب ليست بعيدة كل البعد عن مشاعر الغضب والغيظ. وتتضمن عملية الأسى دائمًا بعض عناصر الغضب. ونظرًا لأن لا أحد منا يجب الاعتراف بالغضب تجاه شخص متوفى، فغالبًا ما تأتي

(18) - مرثي النساء *Klage Weiber*: بالألمانية في الأصل (المترجم).

هذه الانفعالات مقنّعة أو مكبوتة، وتطيل فترة الأسى، أو تظهر بطرق أخرى. ومن الجيد أن نتذكر أنه ليس علينا أن نحكم على مثل هذه المشاعر على أنها سيئة أو مخزية بل علينا أن نفهم معناها الحقيقي وأصلها باعتبارها شيئاً إنسانياً جداً. ومن أجل توضيح هذا الأمر، سوف أستخدم مرة أخرى مثال الطفل - والطفل يوجد فينا جميعاً. إن الطفل الذي يبلغ من العمر خمس سنوات حين يفقد والدته يلوم نفسه على اختفائها ويعبر عن غضبه منها لأنها هجرته ولم تعد تلبى احتياجاته. ويتحول الشخص الميت بعد ذلك إلى شيء يحبه الطفل ويريده كثيراً، ولكنه يكرهه أيضاً بالقدر نفسه من الشدة بسبب هذا الحرمان الشديد.

وقد اعتبر العبرانيون القدماء أن جسد الميت شيء غير نظيف لا ينبغي لمسه. وتحدث الهنود الأمريكيون الأوائل عن الأرواح الشريرة وأطلقوا السهام في الهواء لإبعاد هذه الأرواح. ولدى عدد كبير من الثقافات الأخرى طقوس لرعاية الشخص الميت «السيئ»، وكلها تنشأ من هذا الشعور بالغضب الذي لا يزال موجوداً في كل منا، على الرغم من أننا لا نحب الاعتراف به. وربما نشأ تقليد شاهد القبر من هذه الرغبة في إبقاء الأرواح الشريرة في أعماق الأرض، والحصي الذي يضعه عدد كبير من المعزين على القبر رموز متبقية للتعبير عن الرغبة نفسها. وعلى الرغم من أننا نصف إطلاق النار من البنادق في الجنازات العسكرية بأنه تحية أخيرة، إلا أنه قد يكون بمثابة الطقوس الرمزية نفسها التي كان الهندي يستخدمها حين كان يطلق رماحه وسهامه في السماوات.

إنني أقدم هذه الأمثلة للتأكيد على أن الإنسان لم يتغير في الأساس. وما زال الموت حدثاً مخيفاً ومرعباً، والخوف من الموت خوف عالمي حتى لو اعتقدنا أننا قد تغلبنا عليه على عدة مستويات.

ما تغير هو طريقتنا في التعايش والتعامل مع الموت والاحتضار ومع المرضى الذين يحتضرون.

بعد أن نشأتُ في بلد يقع في أوروبا حيث لم يكن العلم متقدماً جداً، وحيث بدأت التقنيات الحديثة للتو تجد طريقها إلى الطب، وحيث لا يزال الناس يعيشون كما كانوا يعيشون في هذا البلد منذ نصف قرن، ربما أتاحت لي الفرصة لدراسة جزء من تطور البشرية دراسة دقيقة.

إنني أتذكر وفاة أحد المزارعين حين كنت طفلة. لقد سقط من على شجرة ولم يكن يتوقع أن يعيش. طلب ببساطة أن يموت في البيت، وهي أمنية منحت له بدون مناقشة. ودعا بناته إلى غرفة النوم وتحدث مع كل واحدة منهن على حدة لبضع دقائق. رتب شؤونه بهدوء، على الرغم من أنه كان يعاني من ألم شديد، ووزع ممتلكاته وأرضه، التي ينبغي ألا يقسم أي منها حتى تتبعه زوجته بالموت. كما طلب من كل من أبنائه المشاركة في الأعمال والواجبات والمهام التي كان يقوم بها حتى وقت وقوع الحادث. وطلب من أصدقائه زيارته مرة أخرى لتوديعهم. وعلى الرغم من أنني كنت طفلة صغيرة في ذلك الوقت، إلا أنه لم يستبعدني أنا أو أشقائي. سُمح لنا بالمشاركة في استعدادات أفراد الأسرة كما سُمح لنا بأن نأسى عليه معهم حتى وفاته. حين مات، تُرك في بيته الذي بناه، بين أصدقائه وجيرانه الذين ذهبوا للإلقاء نظرة أخيرة عليه حيث كان يرقد وسط الزهور في المكان الذي عاش فيه وأحبه. في ذلك البلد اليوم لا يوجد حتى الآن غرفة نوم وهمية، ولا تحنيط، ولا مكياج زائف للتظاهر بالنوم. يتم تغطية علامات الأمراض المشوهة بالضادات فقط ويتم نقل الحالات المعدية فقط من البيت قبل الدفن.

لماذا أصف هذه العادات «القديمة»؟ أعتقد أنها مؤشر على قبولنا لنتيجة مميتة، وتساعد المريض المحتضر كما تساعد أفراد عائلته على قبول فقدان شخص حبيب. إذا سمح للمريض بأن ينهي الأيام الأخيرة من حياته في بيئة مألوفة ومحبوبة، فإن التكيف المطلوب منه يكون أقل. إن أفراد عائلته يعرفونه معرفة جيدة بما يكفي لأن يقدموا له كأساً من نبيذه المفضل بدلاً من المهدئات؛ أو قد تمنحه رائحة الحساء المطبوخ في البيت الشهية ليرشف بضع ملاعق من السوائل التي لا تزال،

على ما أعتقد، ممتعة أكثر من تناول محاليل عن طريق الوريد. وأنا لا أقلل من الحاجة إلى المهدئات والمحاليل وأدرك جيدًا من خبرتي الخاصة في العمل طبية ريفية أنها تنقذ الحياة في بعض الأحيان وفي أحيان كثيرة لا يكون هناك مفر منها. لكنني أعلم أيضًا أن الصبر والأشخاص المألوفين والأطعمة يمكن أن تحل محل العديد من زجاجات السوائل التي تعطى عن طريق الوريد لسبب بسيط هو أنها تلبى الحاجة الفسيولوجية بدون إشراك عدد كبير جدًا من الأشخاص و / أو بدون رعاية تمريرية فردية.

وفي الحقيقة إن السماح للأطفال بالبقاء في البيت حيث حدثت وفاة وإدماجهم في الحديث والمناقشات والمخاوف، يمنحهم الشعور بأنهم ليسوا وحدهم في حالة الأسى ويوفر لهم الإحساس بالارتياح نتيجة المسؤولية المشتركة والحداد المشترك. إنه يعدهم تدريجيًا ويساعدهم على أن يروا الموت على أنه جزء من الحياة، وهي خبرة قد تساعدهم على النمو والنضوج.

وهذا يتناقض بشكل كبير مع مجتمع يُنظر فيه إلى الموت على أنه من المحرمات، ويعتبر الحديث عنه أمرًا مزعجًا، ويتم استبعاد الأطفال عن الاشتراك فيه بذريعة تفترض أنه سيكون «أكثر من اللازم» بالنسبة لهم. يتم إرسالهم بعد ذلك إلى الأقارب، وفي كثير من الأحيان بمرافقة بعض الأكاذيب غير المقنعة بأن «الأم ذهبت في رحلة طويلة» أو قصص أخرى لا تصدق. ويشعر الطفل بوجود خطأ ما، ولن ينمو ارتياحه في الكبار إلا إذا أضاف الأقارب الآخرون اختلافات جديدة في القصة، وتجنبوا أسئلته أو شكوكه، وغمروه بالهدايا باعتبارها بمثابة بديل للخسارة التي لا يسمح له بالتعامل معها. وعاجلاً أو آجلاً، سوف يدرك الطفل تغير الوضع الأسري، ووفقاً لسنه وشخصيته، سوف يعاني من أسى لا حل له ولا يملك وسيلة للتعامل معه. بالنسبة له، يكون الحدث خبرة غامضة ومخيفة مع أشخاص كبار غير جديرين بالثقة، ولا يمكن إلا أن تكون خبرة صادمة.

ومن غير الحكمة بالقدر نفسه أن نقول للطفل الذي فقد شقيقه إن الرب يجب

الأولاد الصغار كثيرًا لدرجة أنه أخذ جوني إلى الجنة. وأذكر أنه حين كبرت إحدى هذه الفتيات الصغيرات لتصبح امرأة لم تتخلص من غضبها من الرب، مما أدى إلى إصابتها باكتئاب ذهاني حين فقدت ابنها الصغير بعد ذلك بثلاثة عقود.

قد نعتقد أن تحررنا العظيم، ومعرفتنا بالعلم والإنسان، قد قدم لنا طرقًا ووسائل أفضل لإعداد أنفسنا وعائلاتنا لهذا الحدث المحتوم. لكن ما حدث، بدلًا من ذلك، أن الأيام، التي كان يُسمح فيها للرجل أن يموت بسلام وكرامة في بيته، قد ولّت.

إننا كلما حققنا تقدمًا أكبر في العلم، بدأ أننا نخاف من الموت أكثر وأننا ننكر حقيقته أكثر. كيف يكون هذا ممكنًا؟

نستخدم تعبيرات ملطفة، ونجعل الموتى يبدو كما لو كانوا نائمين، ونرسل الأطفال إلى أماكن بعيدة لحمايتهم من القلق والاضطراب حول المنزل إذا كان المريض محظوظًا بما يكفي لأن يموت في البيت، فنحن لا نسمح للأطفال بزيارة الآباء والأمهات وهم يحتضرون في المستشفيات، وهناك مناقشات طويلة ومثيرة للجدل حول ما إذا كان يجب أن نخبر المرضى بالحقيقة - وهو سؤال نادرًا ما يطرح حين يقوم طبيب الأسرة برعاية الشخص المحتضر، الذي كان يعرفه منذ الولادة حتى الموت والذي يفهم نقاط الضعف ونقاط القوة في كل فرد من أفراد الأسرة.

أعتقد أن هناك أسبابًا كثيرة لهذا الهروب من مواجهة الموت بهدوء. وهناك واحدة من أهم الحقائق وهي أن الاحتضار في الوقت الحاضر هو من نواح كثيرة أكثر بشاعة، وأكثر عزلة، وآلية، وغير إنساني؛ وفي بعض الأحيان يكون من الصعب تحديد وقت حدوث الوفاة من الناحية التقنية.

يصبح المحتضر شخصًا وحيدًا ومجردًا لأنه يتم إخراج المريض في معظم الأحيان من بيئته المألوفة ونقله على الفور إلى قسم الطوارئ. ويمكن لأي شخص كان يعاني من مرض شديد وفي حاجة إلى الراحة والشعور بالارتياح أن يتذكر خبرته وهو يوضع على نقالة وخاصة مع ضجيج صفارات الإنذار والإسراع المحموم إلى المستشفى. فقط أولئك الذين عانوا من هذا قد يعرفون مقدار الانزعاج الناجم عن

هذا النقل، وهو ليس إلا مجرد بداية لمحنة طويلة - من الصعب على المرء أن يتحملها حين يكون في صحة جيدة؛ ومن الصعب التعبير عنها بالكلمات حين تكون الضوضاء والضوء والمضخات والأصوات أكثر من أن تحتمل. قد يكون من الجيد أن نفكر ملياً في المريض نفسه وربما نوقف اندفاعنا بحسن نية من أجل أن نمسك بيد المريض أو نبتسم له أو نستمع إلى ما يطلبه. إنني أعتبر أن الرحلة إلى المستشفى هي الحلقة الأولى من حلقات الاحتضار، كما هو الحال بالنسبة للكثيرين. إنني أصفها بشكل صارخ ليس من أجل إنكار وجوب إنقاذ الأرواح إذا كان من الممكن إنقاذها من خلال العلاج في المستشفى ولكن للحفاظ على التركيز على خبرة المريض واحتياجاته وردود أفعاله.

حين يكون المريض معتلاً بشدة، غالباً ما يُعامل مثل شخص لا يحق له إبداء رأيه. وغالباً ما يكون شخص آخر هو الذي يتخذ القرار بشأن إذا ما كان يجب إدخال المريض إلى المستشفى ومتى وأين. ولن يستغرق الأمر سوى القليل لتتذكر أن الشخص المريض لديه أيضاً مشاعر ورغبات وآراء وله - والأهم من ذلك كله - الحق في أن يُسمع.

حسناً، لقد وصل مريضنا المتخيل الآن إلى قسم الطوارئ. سوف يكون محاطاً بالمرضات والمساعدين وأطباء الامتياز والأطباء المقيمين المشغولين وربما يأخذ فني المختبر عينة من الدم ويقوم فني آخر بعمل رسم قلب. وقد يتم نقله إلى غرفة أشعة إكس ويسمع آراء ومناقشات حول حالته، وأسئلة يطرحها أفراد الأسرة. وببطء ولكن بيقين يبدأ التعامل معه على أنه شيء. لم يعد شخصاً. يتم اتخاذ القرارات بشأنه في كثير من الأحيان بدون أن يؤخذ رأيه. وإذا حاول التمرد فسوف يتم تخديره، وبعد ساعات من الانتظار والتساؤل عما إذا كانت لديه القوة، سوف يتم نقله إلى غرفة العمليات أو وحدة الرعاية المركزة ويصبح موضع اهتمام كبير واستثمار مالي كبير.

قد يصبح من أجل الحصول على الراحة والسلام والكرامة، لكنه لن يحصل إلا

على المحاليل، أو عمليات نقل الدم، أو على آلة تقوم بعمل القلب، أو فتحة في القصبه الهوائية. قد يكون في حاجة إلى أن يتوقف شخص واحد لمدة دقيقة واحدة حتى يتمكن من أن يطرح عليه سؤالاً واحداً فقط - لكنه سوف يحصل على عشرة أشخاص على مدار الساعة، أشخاص كلهم منشغلون بمعدل ضربات القلب أو النبض أو رسم القلب أو بوظائف الجهاز التنفسي أو بإفرازاته، لكنهم لا يكونون معه باعتباره إنساناً. قد يرغب في مقاومة هذا كله لكنها سوف تكون معركة غير مجدية لأن هذا كله يتم بذريعة الكفاح من أجل إنقاذ حياته، وإذا استطاع هؤلاء الأشخاص أن ينقذوا حياته يمكنهم أن يفكروا في الشخص في وقت لاحق. إن أولئك الذين ينظرون إلى الإنسان أولاً قد يخسرون وقتاً ثميناً يحتاجون إليه في عملية إنقاذ حياته! أو على الأقل يبدو أن هذا هو الأساس المنطقي أو المبرر وراء هذا كله - أم أنه ليس كذلك؟ هل السبب الذي يقف وراء هذه المقاربة الميكانيكية التي تطمس ما هو شخصي على نحو متزايد هو دفاعنا الخاص؟ هل هذه المقاربة هي طريقتنا الخاصة في التعامل مع القلق الذي يثيره فينا مريض مصاب بمرض ميؤوس من شفائه أو بمرض خطير، وقمع هذا القلق؟ هل تركيزنا على المعدات، وعلى ضغط الدم، ومحاولتنا اليائسة لإنكار النهاية الوشيكة، أمر مخيف للغاية ومزعج لنا لدرجة أننا نحول كل معرفتنا إلى الآلات، لأن قربنا منها أقل من قربنا من وجه إنسان آخر تبدو على آثار المعاناة، وهو ما قد يذكرنا مرة أخرى بافتقارنا إلى القدرة المطلقة، وأوجه قصورنا وبأننا لسنا معصومين من الخطأ، وأخيراً وليس آخراً، ربما، قد يذكرنا بفنائنا؟

ربما يجب طرح السؤال التالي: هل نصبح أقل إنسانية أم أكثر إنسانية؟ على الرغم من أن هذا الكتاب لا يقصد منه بأي حال من الأحوال أن يصدر أحكاماً، فمن الواضح أنه مهما كانت الإجابة، فإن المريض يعاني أكثر - ليس جسدياً، ربما، ولكن نفسياً. ولم تتغير احتياجاته على مر القرون، لكن تغيرت فقط قدرتنا على إشباعها.

II

المواقف تجاه الموت والاحتضار

الرجال قساة، لكن الإنسان طيب.

طاغور، من طيور شاردة، 219

مساهمات المجتمع في الدفاع:

لقد نظرنا حتى الآن في رد الفعل البشري الفردي تجاه الموت والاحتضار. وإذا ألقينا نظرة الآن على مجتمعنا، فقد نود أن نسأل أنفسنا عما يحدث للإنسان في مجتمع مصمم على تجاهل الموت أو تجنبه. ما هي العوامل، إن وجدت، التي تساهم في زيادة القلق فيما يتعلق بالموت؟ ماذا يحدث في مجال الطب، الذي يتغير باستمرار، حيث يكون علينا أن نسأل أنفسنا ما إن كان الطب سوف يظل مهنة إنسانية ومحترمة أم أنه علم جديد مجرد الإنسان من شخصيته في خدمة إطالة أمد حياة الإنسان بدلاً من التقليل من معاناته؟ ماذا يحدث حين يكون لطلاب الطب الاختيار من بين عشرات المحاضرات حول الحمض النووي الريبي - RNA والحمض النووي الريبي منزوع الأكسجين - DNA ولكن خبرتهم تكون أقل في العلاقة البسيطة بين الطبيب والمريض، التي كان من المعتاد أن تكون بمثابة الأبجدية لكل طبيب أسرة ناجح؟ ماذا يحدث في مجتمع يركز على معدل الذكاء

والمكانة الطبقية أكثر مما يركز على الأمور البسيطة المتعلقة باللباقة، والحساسية، والإدراك، والذوق الرفيع في معالجة المعاناة؟ ماذا يحدث في مجتمع مهني يحظى فيه طالب الطب بالإعجاب نتيجة لأبحاثه وعمله العملي في السنوات الأولى من كلية الطب ويكون في حيرة من أمره بحثًا عن الكلمات المناسبة حين يطرح المريض عليه سؤالاً بسيطاً؟ إذا تمكنا من الجمع بين تدريس الإنجازات العلمية والتقنية الجديدة مع التركيز المتساوي على العلاقات الإنسانية بين الأشخاص، فسوف نحقق تقدمًا بالفعل، ولكننا لن نحققه إذا تم نقل المعرفة الجديدة إلى الطالب على حساب التقليل باستمرار من قيمة التواصل بين الناس. ماذا يمكن أن يحدث لمجتمع يركز على الأعداد والجاهير، وليس على الفرد - حيث تأمل كليات الطب في توسيع فصولها الدراسية، وحيث يكون الاتجاه بعيدًا عن التواصل بين المعلم والطالب، الذي يحل محله التدريس عبر الدوائر التلفزيونية المغلقة، والتسجيلات، والأفلام، وكلها يمكن أن تعلم عددًا أكبر من الطلاب بطريقة تجرد الإنسان من شخصيته؟

كان هذا التغيير في التركيز من الفرد إلى الجماهير أكثر دراماتيكية في مجالات أخرى من مجالات التفاعل البشري. وإذا ألقينا نظرة على التغيرات التي حدثت في العقود الأخيرة، يمكننا أن نلاحظ ذلك في كل مكان. في سالف الأيام، كان الرجل يستطيع أن يواجه عدوه وجها لوجه. كانت تسنح له فرصة عادلة في مواجهة شخصية مع عدو مرئي. الآن يجب على الجندي والمدني توقع أسلحة الدمار الشامل التي لا تقدم لأحد فرصة معقولة، وفي كثير من الأحيان لا يكون لديه وعي باقترابها. يمكن للدمار أن يضرب من السماء الزرقاء ويدمر الآلاف مثل القنبلة في هيروشيما؛ وقد يأتي على هيئة غازات أو وسائل أخرى من وسائل الحرب الكيماوية - وسائل غير مرئية، تعوق، وتقتل. لم يعد الرجل هو الذي يناضل من أجل حقوقه أو قناعاته أو سلامة عائلته أو شرفها، بل أصبحت الأمة تشارك كلها في الحرب بها في ذلك نساؤها وأطفالها، متأثرة بشكل مباشر أو غير

مباشر بدون فرصة للنجاة. هذه هي الطريقة التي ساهم بها العلم والتكنولوجيا في زيادة الخوف من الدمار وبالتالي الخوف من الموت.

هل من المدهش إذن أن يكون على الإنسان أن يدافع عن نفسه أكثر؟ إذا كانت قدرته على الدفاع عن نفسه جسدياً تتضاءل، فلا بد أن تزيد دفاعاته النفسية بشكل متضاعف. لا يمكنه أن يبقى على الإنكار إلى الأبد. لا يمكنه التظاهر باستمرار وبشكل ناجح بأنه آمن. وإذا لم يتمكن من إنكار الموت، فقد نحاول التغلب عليه. قد ننضم إلى سباق على الطرق السريعة، وقد نقرأ عدد القتلى خلال الأعياد الوطنية ونرتعد، ولكننا أيضاً نبتهج - «لقد قتل الرجل الآخر، وليس أنا، لقد نجوت.»

قد تستخدم مجموعات من الناس، من عصابات الشوارع إلى الدول، هويتهم الجماعية للتعبير عن خوفهم من التدمير من خلال مهاجمة الآخرين وتدميرهم. هل الحرب قد لا تكون إلا الحاجة إلى مواجهة الموت، وقهره والتغلب عليه، والخروج من المعركة أحياء - قد لا تكون إلا شكلاً غريباً من أشكال إنكار فنائنا؟ قال أحد مرضانا، وهو محتضر بسبب الإصابة باللويميا، في حالة من عدم التصديق المطلق: «من المستحيل أن أموت الآن. لا يمكن أن تكون مشيئة الرب، لأنه أبقاني على قيد الحياة حين سقطت رصاصات على بعد بضعة أقدام مني في أثناء الحرب العالمية الثانية.»

وأعربت امرأة أخرى عن صدمتها وشعورها بعدم الثقة حين وصفت «الموت غير العادل» لشاب كان في إجازة من فيتنام ولقي حتفه في حادث سيارة، كما لو أن بقاءه في ساحة المعركة كان من المفترض أن يضمن له الحصانة من الموت حين يعود إلى الوطن.

وهكذا يمكن إيجاد فرصة للسلام في دراسة مواقف قادة الأمم تجاه الموت، ومواقف أولئك الذين يتخذون القرارات النهائية في الحرب والسلام بين الأمم.

وإذا كان لنا جميعًا أن نبذل ما في وسعنا للتفكير في موتنا، والتعامل مع مخاوفنا المحيطة بمفهوم موتنا، ومساعدة الآخرين على التعرف على هذه الأفكار، فقد يكون هناك قدر أقل من التدمير من حولنا.

وقد تكون وكالات الأخبار قادرة على المساهمة بنصيبها في مساعدة الناس على مواجهة حقيقة الموت من خلال تجنب مثل هذه المصطلحات المجردة من الشخصية مثل «حل المسألة اليهودية» للحدث عن مقتل ملايين الرجال والنساء والأطفال؛ أو باستخدام إصدار أحدث، يمكن وصف استعادة تلة في فيتنام من خلال القضاء على حصن للمدافع الرشاشة والخسارة الفادحة في صفوف أعضاء الفيت كونج⁽¹⁹⁾ من حيث المآسي البشرية وفقدان البشر على الجانبين كليهما. وهناك عدد كبير من الأمثلة في جميع الصحف ووسائل الإعلام الأخرى وبالتالي لا داعي لإضافة المزيد هنا.

باختصار، إذن، إنني أعتقد أنه مع التقدم التقني السريع والإنجازات العلمية الجديدة، تمكن الرجال ليس فقط من تطوير مهارات جديدة ولكن أيضًا أسلحة دمار شامل جديدة تزيد من الخوف من موت كارثي عنيف. ويجب على الإنسان أن يدافع عن نفسه سيكولوجيًا بعدة طرق ضد هذا الخوف المتزايد من الموت وزيادة عدم القدرة على التنبؤ به وحماية نفسه منه. من الناحية النفسية يمكن للإنسان أن ينكر حقيقة موته لبعض الوقت. ونظرًا لأننا في اللاشعور لا يمكن أن ندرك موتنا ونؤمن بخلودنا، ولكننا يمكن أن نتصور موت جارنا، فإن الأخبار عن عدد القتلى في المعارك والحروب والطرق السريعة تدعم فقط إيماننا اللاشعوري بخلودنا وتسمح لنا - في أعماق عقلنا اللاشعوري وخباياه - بأن نبتهج لأن من مات كان «الرجل الآخر، وليس أنا».

إذا لم يعد الإنكار ممكنًا، فيمكن أن نحاول السيطرة على الموت من خلال

(19) - الفيت كونج VC: الجبهة الوطنية لتحرير جنوب فيتنام وهي حركة مقاومة مسلحة فيتنامية نشطت بين عامي 1954 — 1976 (المترجم).

تحديه. إذا استطعنا القيادة على الطرق السريعة بسرعة، وإذا تمكنا من العودة إلى الوطن من الحرب في فيتنام، فلا بد أن نشعر بأننا محصنون ضد الموت. لقد قتلنا من الأعداء عشرة أضعاف عدد من خسرناهم - إننا نسمع هذا الكلام في الأخبار بشكل شبه يومي. هل هذا هو تفكيرنا بالتمني، إسقاطنا لرغبتنا الطفولية في القدرة المطلقة والخلود؟ إذا كانت أمة بأكملها، مجتمع بأسره يعاني من مثل هذا الخوف وإنكار الموت، ينبغي عليه استخدام دفاعات لا يمكن إلا أن تكون مدمرة. قد تكون الحروب وأعمال الشغب والأعداد المتزايدة من جرائم القتل والجرائم الأخرى مؤشرات على تناقص قدرتنا على مواجهة الموت بقبول وكرامة. ربما يكون علينا العودة إلى الإنسان الفرد والبدء من الصفر، حتى نحاول أن نتصور موتنا ونتعلم مواجهة هذا الحدث المأساوي الذي لا مفر منه بقدر أقل من اللاعقلانية والخوف.

ما الدور الذي لعبه الدين في هذه الأوقات المتغيرة؟ في سالف الأيام بدا أن المزيد من الناس يؤمنون بالرب بلا ريب؛ كانوا يؤمنون بأخرة تخفف من معاناتهم وآلامهم. كانت هناك مكافأة في الجنة، وإذا عانينا الكثير هنا على الأرض، فإننا سوف نكافأ بعد الموت اعتمادًا على الشجاعة والكياسة والصبر والكرامة التي حملنا بها أعباءنا. كانت المعاناة أكثر شيوعًا، حيث كانت الولادة حدثًا طبيعيًا وطويلاً ومؤلمًا - لكن الأم كانت يقظة حين يولد الطفل. كان هناك هدف من المعاناة ومكافأة مستقبلية نتيجة لها. والآن نقوم بإعطاء الأمهات مهدئات، نحاول أن نجنبهن الألم والعذاب؛ حتى أننا قد نحفز المخاض من أجل الولادة في عيد ميلاد أحد الأقارب أو لكي نتجنب تداخل الولادة مع حدث مهم آخر. لا تستيقظ الكثير من الأمهات إلا بعد ساعات من ولادة أطفالهن، وهن يشعرن بالتخدير والنعاس بحيث يتعذر عليهن الابتهاج عند ولادة أطفالهن. لم يعد هناك معنى كبير للمعاناة، حيث يمكن إعطاء أدوية للألم والحكمة وغير ذلك من الأعراض المزعجة. لقد انتهى منذ زمن طويل الاعتقاد بأن المعاناة هنا على

الأرض سوف تكافأ في السماء. لقد فقدت المعاناة معناها.

ولكن مع هذا التغيير، أيضًا، يقل عدد الناس الذين يؤمنون حقًا بالحياة بعد الموت، وربما كان هذا الإيمان في حد ذاته إنكارًا لفنائنا. حسنًا، إذا لم نستطع أن نتوقع حياة بعد الموت، فينبغي علينا أن نفكر في الموت. إذا كنا لم نعد نُكافأ في السماء على معاناتنا، فإن المعاناة في حد ذاتها تصبح بلا هدف. وإذا شاركنا في أنشطة الكنيسة من أجل الاختلاط الاجتماعي أو ذهبنا إلى الرقص، فإننا محرومون من الهدف السابق للكنيسة، أي إعطاء الأمل، وهو الهدف من المآسي هنا على الأرض، ومحاولة فهم الأحداث المؤلمة التي تحدث في حياتنا، التي تكون غير مقبولة بدون ذلك الأمل، وبدون إضفاء معنى على تلك الأحداث.

قد يبدو أن الأمر متناقض، بينما ساهم المجتمع في إنكارنا للموت، فقد الدين عددًا كبيرًا من المؤمنين بحياة بعد الموت، أي بالخلود، مما قلل من إنكار الموت في هذا الصدد. وفيما يتعلق بالمريض، كان هذا الإنكار تبادلًا بائسًا. في حين أن الإنكار الديني، أي الإيمان بمعنى المعاناة هنا على الأرض والمكافأة في الجنة بعد الموت، قد قدم الأمل والهدف، فإن إنكار المجتمع لم يمنح الأمل ولا الهدف ولكنه زاد من قلقنا وساهم في تدميرنا وفي مشاعرنا العدوانية - في القتل من أجل تجنب الواقع ومواجهة موتنا.

تُظهر لنا نظرة إلى المستقبل مجتمعًا يتم فيه "إبقاء" المزيد والمزيد من الناس "على قيد الحياة" مع وجود كل من الآلات التي تحمل محل الأعضاء الحيوية وأجهزة الكمبيوتر التي تفحص المريض من وقت إلى آخر لمعرفة ما إن كان يجب أن تحمل أجهزة إلكترونية محل بعض الوظائف الفسيولوجية الإضافية. قد يتم إنشاء المراكز بأعداد متزايدة حيث تُجمع جميع البيانات التقنية وحيث قد يومض ضوء عند انتهاء صلاحية المريض من أجل إيقاف الجهاز تلقائيًا.

قد تخطى المراكز الأخرى شعبية متزايدة حيث يتم بسرعة تجميد شديد

للمتوفى لوضعه في مبنى خاص في درجة حرارة منخفضة، في انتظار اليوم الذي يتقدم فيه العلم والتكنولوجيا بما يكفي لفك تجميده، ليعود إلى الحياة ويعود إلى المجتمع، الذي قد يكون مكتظًا بالسكان بشكل مخيف لدرجة أنه قد تكون هناك حاجة إلى لجان خاصة لتقرير عدد الذين يمكن فك تجميدهم، تمامًا كما توجد لجان الآن لتقرير من الذي سوف يكون من نصيبه أن يُزَرََع له عضو متوفر ومن سوف يموت.

قد يبدو كل شيء مروّعًا جدًا بشكل لا يمكن تصديقه. لكن الحقيقة المحزنة هي أن هذا كله يحدث بالفعل. لا يوجد قانون في هذا البلد يمنع أصحاب العقول التجارية من جني الأموال نتيجة الخوف من الموت، ويحرم الانتهازيين من حق الإعلان والبيع بتكلفة عالية، وهو وعد بإمكانية الحياة بعد سنوات من التجميد الشديد. إن هذه المنظمات موجودة بالفعل، وعلى الرغم من أننا قد نضحك على الأشخاص الذين يسألون عما إذا كانت أرملة شخص مجلد بشدة يحق لها قبول الضمان الاجتماعي أو الزواج مرة أخرى، إنها كلها أسئلة خطيرة للغاية بحيث لا يمكن تجاهلها. إنهم في الواقع يظهرون درجات رائعة من الإنكار الذي يحتاج إليه بعض الناس لكي يتجنبوا مواجهة الموت باعتباره حقيقة، ويبدو أن الوقت قد حان ليضع الناس من كل المهن وجميع الخلفيات الدينية رؤوسهم معًا قبل أن يصبح مجتمعنا متحجرًا لدرجة أنه يكون عليه أن يدمر نفسه.

الآن بعد أن ألقينا نظرة على الماضي وتعرفنا على قدرة الإنسان على مواجهة الموت برباطة جأش ومع إلقاء نظرة مرعبة إلى حد ما على المستقبل، اسمحوا لنا بأن نعود إلى الحاضر ونسأل أنفسنا بجديّة شديدة عما يمكننا على مستوى الأفراد أن نفعله حيال هذا كله. من الواضح أننا لا يمكن أن نتجنب الاتجاه نحو زيادة الأعداد تمامًا. إننا نعيش في مجتمع الإنسان الجماعي وليس في مجتمع الإنسان الفرد. سوف تكبر الفصول الدراسية في كليات الطب، سواء رغبتنا في ذلك أو لم نرغب فيه. وسوف يزداد عدد السيارات على الطرق السريعة. وسوف يزداد

عدد الأشخاص الذين يقون على قيد الحياة، إذا وضعنا في الاعتبار التقدم في طب أمراض القلب وفي جراحة القلب فقط.

أيضا، لا يمكن أن نعود بالزمن إلى الوراء. لا يمكن أن نوفر لكل طفل خبرة يعرف من خلالها حياة بسيطة في مزرعة قريبة من الطبيعة، وخبرة تتعلق بالولادة والموت في المحيط الطبيعي للطفل. قد لا ينجح رجال الكنائس حتى في إعادة الكثير من الناس إلى الإيمان بحياة بعد الموت، الأمر الذي يجعل الاحتضار مكافأة أكبر على الرغم من أن ذلك يكون من خلال شكل من أشكال إنكار الفناء بمعنى ما.

ولا يمكن أن ننكر وجود أسلحة دمار شامل ولا يمكن أن نعود بالزمن إلى الوراء بأي شكل أو معنى. سوف يمكننا العلم والتكنولوجيا من استبدال المزيد من الأعضاء الحيوية، وسوف تزداد أهمية الأسئلة المتعلقة بالحياة والموت والمتبرعين بالأعضاء والمتلقين لها بشكل كبير. وسوف يتم طرح المشكلات القانونية والأخلاقية والأدبية والنفسية على الأجيال الحالية والمستقبلية التي سوف تحسم مسائل الحياة والموت بأعداد متزايدة باستمرار حتى يتم حسم هذه القرارات أيضًا بواسطة أجهزة الكمبيوتر.

وعلى الرغم من أن كل إنسان سوف يحاول بطريقته الخاصة تأجيل طرح مثل هذه الأسئلة والقضايا حتى يضطر إلى مواجهتها، إلا أنه لن يكون قادرًا على تغيير الأمور إلا إذا استطاع أن يبدأ في تصور موته. وهو أمر لا يمكن أن يتم على مستوى جماهيري. لا يمكن القيام بذلك عن طريق أجهزة الكمبيوتر. يجب أن يتم هذا عن طريق كل إنسان بمفرده. وكل واحد منا يريد أن يتجنب هذه المشكلة، ولكن على كل واحد منا أن يواجهها عاجلاً أو آجلاً. وإذا كان يمكن لنا جميعاً أن نبدأ في التفكير في إمكانية موتنا الشخصي، فقد نؤثر على أشياء كثيرة، وأهمها جميعاً رفاهية مرضانا وعائلتنا، وربما رفاهية أمتنا في النهاية.

إذا تمكنا من أن نعلم طلابنا قيمة العلم والتكنولوجيا بالتزامن مع العلاقات بين البشر بوصفها فناً وعلماً، وقيمة الرعاية الإنسانية الشاملة للمرضى، فسوف يكون ذلك تقدمًا حقيقيًا. إذا لم يتم إساءة استخدام العلم والتكنولوجيا لزيادة التدمير، وإطالة أمد الحياة بدلاً من جعلها أكثر إنسانية، إذا كان بإمكانها أن يسيرا جنباً إلى جنب مع توفير المزيد من الوقت بدلاً من تقليل التواصل بين البشر، يمكننا إذن أن نتحدث حقاً عن مجتمع عظيم.

وفي النهاية، قد نحقق السلام - سلامنا الداخلي وكذلك السلام بين الأمم - من خلال مواجهة حقيقة موتنا وقبولها.

يتم إعطاء مثال على الإنجاز الطبي والعلمي والإنساني المشترك في الحالة التالية لمستر بي P:

كان مستر بي P مريضاً يبلغ من العمر واحدًا وخمسين عامًا تم حجزه في المستشفى بسبب التصلب الجانبي الضموري المتفاقم بسرعة سريعًا مع إصابة بصلية.⁽²⁰⁾ ولم يكن قادرًا على التنفس بدون جهاز التنفس الصناعي، وكان يعاني من صعوبة في طرد أي بلغم مع السعال، كما أصيب بالتهاب رئوي وعدوى في مكان ثقب جراحي في القصبة الهوائية. وبسبب هذا الثقب لم يكن قادرًا على الكلام؛ ومن ثم كان يرقد في السرير وهو يستمع إلى الصوت المخيف لجهاز التنفس الصناعي، وغير قادر على أن يوصل احتياجاته وأفكاره ومشاعره إلى أي شخص. ربما لم نكن نستدعي إلى هذا المريض قط لولا أحد الأطباء الذي تجرأ على

(20) - التصلب الجانبي الضموري amyotrophic lateral sclerosis (ALS): مجموعة من الأمراض العصبية النادرة التي تشمل بشكل رئيسي الخلايا العصبية المسؤولة عن التحكم في حركة العضلات الإرادية. وهو مرض يتفاقم، مما يعني أن الأعراض تزداد سوءًا بمرور الوقت. ولا يوجد حاليًا علاج فعال له ولا علاج فعال لوقف تطور المرض. إصابة بصلية bulbar: أي مع إصابة الأعصاب القحفية من العصب التاسع إلى العصب الثاني عشر (المترجم).

طلب المساعدة من أجل نفسه. زارنا مساء أحد أيام الجمعة وطلب ببساطة بعض الدعم، ليس من أجل المريض في المقام الأول بل من أجل نفسه. بينما كنا نجلس ونستمع إليه، سمعنا سردًا لمشاعر لا نتحدث عنها كثيرًا. تم تعيين الطبيب لهذا المريض عند الدخول وكان من الواضح أنه متأثر بمعاناة هذا الرجل. كان مريضه صغيرًا نسبيًا وكان يعاني من اضطراب عصبي يتطلب عناية طبية هائلة ورعاية تمريضية تمتد في عمره فترة قصيرة فقط. وكانت زوجة المريض مصابة بمرض التصلب المتعدد⁽²¹⁾ وكانت مشلولة في جميع الأطراف طوال السنوات الثلاث الأخيرة. كان المريض يأمل أن يموت في أثناء هذا الحجز في المستشفى لأنه لم يكن من المعقول أن يكون هناك شخصان مشلولان في البيت، يراقب كل منهما الآخر بدون أن يستطيع أن يقدم الرعاية له.

أدت هذه المأساة المزدوجة إلى قلق الطبيب وقد بذل جهوده الحثيثة للغاية لإنقاذ حياة هذا الرجل «بغض النظر عن الحالة». وكان الطبيب يدرك تمامًا أن هذا مخالف لرغبات المريض. وقد استمرت جهوده بنجاح حتى بعد إصابة المريض بانسداد الشريان التاجي مما عقّد الموقف. وقد واجهه بنجاح كما واجه الالتهاب الرئوي والعدوى. وحين بدأ المريض في التعافي من جميع المضاعفات، أثير السؤال «ماذا الآن؟» لم يكن من الممكن أن يعيش إلا على جهاز تنفس صناعي مع رعاية تمريضية مستمرة على مدى أربع وعشرين ساعة، وكان لا يستطيع أن يتحدث أو أن يحرك إصبعًا، كان حيًا فكريًا ويدرك مأزقه تمامًا ولكنه بخلاف ذلك غير قادر على أداء وظائفه. وقد لاحظ الطبيب انتقادات ضمنية موجهة إليه على محاولاته لإنقاذ هذا الرجل. كما أنه أثار غضب المريض وإحباطه منه. ماذا كان من المفترض ان يعمل؟ بالإضافة إلى ذلك، فقد فات الأوان لتغيير الأمور. كان طبيبًا يرغب في أن يبذل أقصى ما في وسعه من أجل إطالة عمر

(21) - التصلب المتعدد multiple sclerosis: التصلب المتعدد (MS) أو التصلب المتناثر (DS) هو حالة مرضية يمكن أن تؤثر على الدماغ والحبل الشوكي، مما يتسبب في مجموعة واسعة من الأعراض المحتملة، بما في ذلك مشاكل في الرؤية أو حركة الذراع أو الساق أو الإحساس أو التوازن (المترجم).

المريض، والآن بعد أن نجح، لم يثر سوى النقد (الواقعي أو غير الواقعي) والغضب من المريض.

وقد قررنا أن نحاول حل الخلاف في وجود المريض لأنه كان جزءاً مهماً منه. بدأ المريض مهتماً حين أخبرناه عن سبب زيارتنا. وكان من الواضح أنه مقتنع بأننا جعلناه يشارك معنا، وبالتالي وضعناه في الاعتبار وتعاملنا معه على أنه شخص على الرغم من عدم قدرته على التواصل. في عرض المشكلة طلبت منه أن يهز رأسه أو يعطينا إشارة أخرى إذا لم يكن يريد مناقشة الأمر. وقد عبّر بعينه أكثر مما عبر بالكلمات. وكان من الواضح أنه يكافح ليقول المزيد وكنا نبحث عن وسائل للسماح له بأداء دوره. وأصبح الطبيب، الذي شعر بالارتياح من خلال تقاسم العبء، مبدعاً تماماً وقام بتفريغ جهاز التنفس لبضع دقائق في كل مرة مما سمح للمريض بالتحدث بضع كلمات في أثناء الزفير. وقد عبّر عن سبل من المشاعر في هذه المقابلات. وأكد أنه لا يخشى الموت ولكنه يخشى أن يعيش. كما أعرب عن تعاطفه مع الطبيب لكنه طلب منه قائلاً: «عليك أن تساعدني على أن أعيش الآن وقد حاولت بقوة أن تساعدني على أن أبقى على قيد الحياة برغم المرض» فابتسم المريض وابتسم الطبيب.

تم القضاء على التوتر في الجو بشكل كبير حين تمكن الاثنان من أن يتحدث كل منهما مع الآخر. أعدت صياغة صراعات الطبيب وقد تعاطف معها المريض. سألته كيف يمكن أن نقدم له أكبر قدر من المساعدة الآن. وصف ذعره المتزايد حين كان غير قادر على التواصل عن طريق التحدث أو الكتابة أو أي وسيلة أخرى. وكان ممتناً لتلك الدقائق القليلة من الجهد المشترك والتواصل الذي جعل الأسابيع التالية بالنسبة له أقل إيلاًماً بكثير. وفي جلسة لاحقة، لاحظت بسرور كيف أن المريض فكر حتى في أن يخرج من المستشفى وقد خطط للانتقال إلى الساحل الغربي «إذا كان من الممكن أن أحصل على جهاز التنفس الصناعي والرعاية التمريضية هناك.»

ربما يوضح هذا المثال بشكل أفضل المأزق الذي يجد الكثير من شباب الأطباء أنفسهم فيه. إنهم يتعلمون إطالة العمر ولكنهم يتلقون القليل من التدريب أو المناقشة حول تعريف «الحياة». اعتبر هذا المريض نفسه على نحو مناسب «ميتاً حتى رأسي»، وكانت المأساة أنه كان يدرك تمامًا موقفه ذهنيًا لكنه غير قادر على أن يحرك إصبعًا. حين ضغط الأنبوب عليه وجعله يتألم، لم يتمكن من أن يجبر المريضة، التي كانت معه على مدار الساعة ولكنها لم تكن قادرة على أن تتعلم كيف تتواصل معه. ونحن نسلم في معظم الأحيان بأنه «لا يوجد شيء يمكن لأحد أن يفعله» ونركز اهتماماتنا على الأجهزة بدلًا من أن نركز على تعابير وجه المريض، التي يمكن أن تخبرنا بأشياء أكثر أهمية من أكثر الأجهزة كفاءة. حين كان المريض يعاني من حكة، لم يكن قادرًا على الحركة أو الحك أو النفخ، وأصبح منشغلًا بهذا العجز حتى وصل إلى درجة من الذعر الذي دفعه إلى «ما يشبه الجنون». إن تقديم هذه الجلسة العادية التي مدتها خمس دقائق جعل المريض هادئًا وأكثر قدرة على تحمل الأمور التي تزعجه.

وقد خفف ذلك من صراعات الطبيب مع نفسه وأمن له علاقة أفضل مع المريض بدون الإحساس بالذنب أو الشعور بالشفقة. وبمجرد أن رأى مدى السهولة والراحة التي يمكن أن توفرها مثل هذه الحوارات الصريحة المباشرة، تابعها من تلقاء نفسه، بعد أن استفاد منا فقط باعتبارنا نوعًا من المحفز لاستمرار التواصل.

ويتباني شعور قوي بأن هذه هي الحال. لا أشعر أنه من المفيد استدعاء طبيب نفسي في كل مرة تكون فيها العلاقة بين المريض والطبيب في خطر أو يكون الطبيب غير قادر أو غير راغب في مناقشة القضايا المهمة مع مريضه. وقد وجدتُ في اعتراف هذا الطبيب الشاب بحدوده وصراعاته مع نفسه، وطلب المساعدة، بدلًا من أن يتجنب المشكلة والمريض، شجاعة وعلامة من علامات النضج الشديد. لا ينبغي أن تكون أهدافنا أن يكون لدينا متخصصون من أجل المرضى

المحتضرين بل أن يتم تدريب العاملين في المستشفى على الشعور بالارتياح في مواجهة مثل هذه الصعوبات والبحث عن حلول لها. إنني واثقة من أن هذا الطبيب الشاب سوف يكون أقل اضطراباً وسوف يكون صراعه مع نفسه أقل حين يواجه مثل هذه المآسي في المرة القادمة. سوف يحاول أن يكون طبيياً ناجحاً ويطيل العمر ولكنه أيضاً سوف يضع في الاعتبار احتياجات المريض ويناقشها معه صراحة. إن هذا المريض، الذي كان لا يزال شخصاً، لم يكن قادراً على تحمل العيش لمجرد أنه لم يكن قادراً على الاستفادة من القدرات التي بقيت لديه. ومع الجهود المشتركة، يمكن استخدام العديد من هذه القدرات إذا لم نَخَفْ من مجرد رؤية مثل هذا الفرد العاجز والمعذب. ربما ما أقوله هو أنه يمكننا أن نساعد المرضى الذين يحتضرون على الموت بأن نحاول أن نساعدهم على العيش، بدلاً من أن يبقوا على قيد الحياة في حالة خمول بطريقة غير إنسانية.

بداية سيمينار متعدد التخصصات عن الموت والاحتضار:

في خريف عام 1965، اتصل بي أربعة من طلاب اللاهوت من معهد شيكاغو اللاهوتي للمساعدة في مشروع بحثي اختاروه. كان على طلاب فصلهم أن يكتبوا ورقة بحثية عن «أزمة في حياة الإنسان»، واعتبر الطلاب الأربعة الموت أكبر أزمة كان على الناس أن يواجهوها. ثم ظهر السؤال الطبيعي: كيف تجري بحثاً عن الاحتضار، حين يكون من المستحيل الحصول على البيانات؟ كيف حين لا يمكن أن تتحقق من بياناتك ولا يمكن أن تعد التجارب؟ التقينا لبعض الوقت وقررنا أن أفضل طريقة ممكنة لدراسة الموت والاحتضار هي أن نطلب من المرضى الذين يعانون من أمراض ميؤوس من شفائها أن يكونوا مدرّسينا. كنا نراقب المرضى ذوي الحالات الحرجة، وندرس استجاباتهم واحتياجاتهم، ونقيم ردود أفعال الأشخاص من حولهم، ونقترب من المرضى المحتضرين بقدر ما يسمحون لنا.

قررنا إجراء مقابلة مع مريض يحتضر في الأسبوع التالي. واتفقنا على الزمان والمكان، وبدا أن المشروع كله بسيط وغير معقد. ونظرًا لأن الطلاب لم يكن لديهم أي خبرة إكلينيكية ولم يواجهوا قبل ذلك مرضى يعانون من أمراض ميؤوس من شفائها في مستشفى، فقد توقعنا بعض ردود الفعل النفسية من جانبهم. وكان عليّ أن أجري المقابلة وهم يقفون حول السرير يشاهدون ويلاحظون. ثم نعود إلى مكتبي وناقش ردود أفعالنا واستجابة المريض. وقد اعتقدنا أننا سوف نشعر، من خلال إجراء عدد كبير من مثل هذه المقابلات، بالمرضى الذين يعانون من أمراض ميؤوس من شفائها ونعرف احتياجاتهم وكنا على استعداد لتليتها إن أمكن.

لم تكن لدينا أفكار مسبقة أخرى ولم نقرأ أي أوراق بحثية أو منشورات حول هذا الموضوع حتى تكون عقولنا متفتحة ونسجل فقط ما كنا قادرين نحن أنفسنا على ملاحظته، سواء في المريض أو في أنفسنا. كما أننا لم ندرس عن قصد ملف المريض لأن هذا أيضًا قد يؤثر على ملاحظتنا أو غيرها. لم نرغب في الحصول على أي فكرة مسبقة عن الكيفية التي قد يتفاعل بها المرضى. ومع ذلك، كنا على استعداد تام لدراسة جميع البيانات المتاحة بعد أن نسجل انطباعاتنا الخاصة. واعتقدنا أن هذا من شأنه أن ينبهنا إلى احتياجات الأشخاص المصابين بأمراض خطيرة، وأن يعزز إدراكنا، وكنا نأمل أن يزيل حساسية الطلاب الخائفين إلى حد ما من خلال عدد متزايد من المواجهات مع المرضى المصابين بأمراض ميؤوس من شفائها من مختلف الأعمار والخلفيات.

كنا راضين تمامًا عن خططنا ولم تبدأ الصعوبات إلا بعد بضعة أيام.

شرعت في طلب الإذن من الأطباء من مختلف الخدمات والأقسام لإجراء مقابلة مع مريض من مرضاهم يعاني من مرض ميؤوس من شفائه. تباينت ردود الفعل، من نظرات الدهول التي تنم عن عدم التصديق إلى التغيرات المفاجئة إلى حد ما في موضوع المحادثة؛ وكانت النتيجة النهائية أنني لم أحصل على فرصة

واحدة حتى للاقتراب من مثل هذا المريض. فقد قام بعض الأطباء «بحماية» مرضاهم بالقول إنهم مرضى للغاية، أو منهكون للغاية أو ضعفاء للغاية، أو ليسوا من النوع الذي يجيد الحديث؛ ورفض آخرون صراحة المشاركة في مثل هذا المشروع. ويجب أن أضيف أن دفاعهم كان مبررًا إلى حد ما، لأنني كنت قد بدأت عملي للتو في هذا المستشفى ولم يكن لدى أي شخص فرصة للتعرف عليّ أو على أسلوب وطبيعة العمل الذي أقوم به. لم يكن لديهم أي تأكيد، باستثناء تأكيدات مني، بأن المرضى لن يتعرضوا لصدمات نفسية، وأن أولئك الذين لم يتم إخبارهم بخطورة مرضهم لن يتم إخبارهم. وأيضًا، لم يكن هؤلاء الأطباء على دراية بخبرتي السابقة مع الاحتضار في المستشفيات الأخرى.

لقد أضفت هذا من أجل تقديم ردود أفعالهم بإنصاف قدر الإمكان. كان هؤلاء الأطباء في وضع دفاعي للغاية حين يتعلق الأمر بالحديث عن الموت والاحتضار وأيضًا فيما يتعلق بحماية مرضاهم من أجل تجنب خبرة مؤلمة مع عضو هيئة تدريس لا يعرفونه انضم للتو إلى صفهم. وبدا بشكل مفاجئ أنه لا يوجد مرضى يحتضرون في هذا المستشفى الضخم. كانت مكالماتي التليفونية وزياراتي الشخصية إلى العنابر تذهب سدى. قال بعض الأطباء بأدب إنهم سوف يفكرون في الأمر، وقال آخرون إنهم لا يرغبون في أن يتعرض مرضاهم لمثل هذا الاستجواب لأنه قد يتعبهم كثيرًا. وسألت ممرضة بغضب في حالة من عدم التصديق تمامًا عما إذا كنت أستمع بإخبار رجل في العشرين من عمره أنه ليس أمامه سوى أسبوعين على قيد الحياة! وقد غادرت قبل أن أخبرها بالمزيد عن خططنا.

حين كان لدينا مريض في النهاية، رحب بي بذراعين مفتوحتين. دعاني إلى الجلوس وكان من الواضح أنه تواق إلى الحديث. أخبرته أنني لا أرغب في سماعه الآن ولكنني سوف أعود في اليوم التالي مع طلابي. لم أكن حساسة بما يكفي لتقدير التواصل معه. كان من الصعب للغاية الحصول على مريض، وكان عليّ

أشترك مع طلابي مع التعامل معه. لم أدرك حينها أنه حين يقول مثل هذا المريض «من فضلك اجلسي الآن»، ربما في الغد يكون الأوان قد فات. حين قمنا بزيارته في اليوم التالي، كان يستلقي على وسادته، وكان أضعف من أن يتكلم. قام بمحاولة هزيلة لرفع ذراعه وهمس «شكراً لك على المحاولة» - مات بعد أقل من ساعة واحتفظ لنفسه بما يريد مشاركته معنا وما أردنا بشدة أن نتعلمه منه. وكان هذا هو درسنا الأول وكان الدرس الأكثر إيلاماً، ولكنه أيضاً بداية السيمينار الذي كان سيبدأ على أنه تجربة وانتهى الأمر إلى أن يكون بمثابة خبرة هائلة للكثيرين.

التقى الطلاب معي في مكثبي بعد هذا اللقاء. وقد شعرنا بالحاجة إلى التحدث عن خبرتنا الخاصة وأردنا أن نتعرف على ردود أفعالنا من أجل فهمها. ويستمر هذا الإجراء حتى يومنا هذا. من الناحية التقنية لم يتغير شيء يذكر في هذا الصدد. ما زلنا نرى مريضاً يعاني من مرض ميؤوس من شفائه مرة في الأسبوع. نطلب منه الإذن لتسجيل الحوار على شريط، ونترك له تماماً تحديد المدة التي يشعر بأنه يرغب في الحديث فيها. وقد انتقلنا من غرفة المريض إلى غرفة صغيرة لإجراء المقابلات يمكننا من خلالها نرى ونسمع ولكننا لا نرى الجمهور. من مجموعة مكونة من أربعة طلاب لاهوت، نأخذ الفصل إلى خمسين طالباً، مما استلزم الانتقال إلى إعداد شاشة النافذة - Screen Window.

حين نسمع عن مريض قد يكون متاحاً للسيمينار، كنا نتواصل معه سواء بمفردي أو مع أحد الطلاب، والطبيب الذي يقوم بتحويله أو قسيس المستشفى، أو كليهما. بعد مقدمة موجزة نذكر الغرض من زيارتنا وتوقيتها بشكل واضح ومحدد. وقد أخبرنا كل مريض بأن لدينا مجموعة متعددة التخصصات من طاقم المستشفى حريصين على أن يتعلموا من المريض. ونؤكد أننا في حاجة إلى معرفة المزيد عن المريض المعتل جداً والمحتضر. ثم نتوقف ومنتظر ردود فعل المريض اللفظية أو غير اللفظية. ولم نكن نفعل هذا إلا بعد أن يكون المريض قد دعانا إلى

الحديث. يتبع ذلك الحوار النموذجي على النحو التالي:

الدكتورة: مرحبًا مستر إكس X. أنا الدكتورة ر R وهذا هو القسيس ن N. هل تشعر بالرغبة في أن نتحدث معنا لبعض الوقت؟

المريض: تفضلوا، اجلسوا براحتكم.

الدكتورة: نحن هنا مع طلب غريب. أنا والقس ن نعمل مع مجموعة من الأشخاص من المستشفى يحاولون معرفة المزيد عن المرضى المعتلين جدًا والمرضى المحتضرين. وأسأل عما إذا كنت ترغب في الإجابة على بعض أسئلتنا؟

المريض: لماذا لا تسألين وسأرى ما إن كان يمكن أن أجيب عليها.

الدكتورة: ما مدى مرضك؟

المريض: أنا مليء بالورم الخبيث المنتشر. . . .

(قد تقول مريضة أخرى: «هل تريدين حقًا التحدث إلى امرأة مسنة تحتضر؟ أنت شابة وبصحة جيدة!»)

البعض الآخر لا يتقبل ذلك في البداية. يبدأون في الشكوى من الأهم، وعدم ارتياحهم، وغضبهم، حتى يكونوا في خضم البوح بالأهم. ثم نذكرهم أن هذا هو بالضبط ما أردنا أن يسمعه الآخرون، وهل يمكن أن يفكروا في تكراره بعد ذلك بقليل.

حين يوافق المريض، يكون الطبيب قد منح الإذن، وتم إجراء الترتيبات، ونحضر المريض بشكل شخصي إلى غرفة المقابلات. كان عدد قليل جدًا منهم يمشون، وينقل معظمهم على كراسي متحركة، والبعض الآخر يجب حمله على نقالة. ويتم إحضار المحاليل والدم عند الضرورة. ولم يكن يتم إشراك الأقارب، على الرغم من أنه كانت تتم مقابلتهم من حين إلى آخر بعد إجراء الحوار مع

تضع المقابلات التي أجريناها في الاعتبار أنه لا يوجد لدى أي شخص الكثير من المعلومات الأساسية عن المريض، إن وجدت. وكنا عادة ما نعيد صياغة الغرض من المقابلة ونحن في طريقنا إلى غرفة المقابلات، وخلال هذه الفترة نؤكد على حق المريض في إيقاف الجلسة في أي لحظة ولأي سبب خاص به. ونصف مرة أخرى المرأة الموجودة على الحائط مما يجعل من الممكن للجمهور رؤيتنا وسماعنا وهذا يتيح للمريض لحظة من الخصوصية معنا وكانت تستخدم في معظم الأحيان للتخفيف من قلق اللحظة الأخيرة ومخاوفها.

بمجرد الوصول إلى غرفة المقابلات، تندفق المحادثة بسهولة وسرعة، بدءاً من المعلومات العامة وتنتقل إلى الاهتمامات الشخصية للغاية كما هو موضح في المقابلات الفعلية المسجلة، التي نقدم عددًا قليلاً منها في هذا الكتاب.

بعد كل جلسة يعاد المريض إلى غرفته في البداية، وبعد ذلك يستمر السيمينار. لا يوجد مريض ينتظر في المرات. حين يعود المحاور إلى الفصل الدراسي، ينضم إلى الجمهور وناقش الحدث معًا. يتم إلقاء الضوء على ردود أفعالنا العفوية، مهما كانت مناسبة أو غير منطقية. ناقش استجاباتنا المختلفة، الانفعالية والفكرية. وناقش استجابة المريض لمقابلات مختلفة وأسئلة وأساليب مختلفة ونحاول أخيرًا تقديم فهم ديناميكي نفسي للتواصل معه. ندرس نقاط قوته وضعفه بالإضافة إلى نقاط قوتنا في التعامل مع هذا الشخص ونختتم السيمينار بالتوصية ببعض الأساليب التي نأمل أن تجعل الأيام أو الأسابيع الأخيرة للمريض أكثر راحة.

لم يمت أي من مرضانا في أثناء المقابلة. تراوحت مدة بقاء المريض على قيد الحياة بعد المقابلة من اثنتي عشرة ساعة إلى عدة أشهر. وما زال الكثير من مرضانا الجدد على قيد الحياة وقد تعافى عدد كبير من المرضى ذوي الحالات الحرجة للغاية وعادوا إلى بيوتهم مرة أخرى. لم يتعرض العديد منهم لانتكاسة

وهم في حالة جيدة. أوكد على هذا لأننا نتحدث عن الاحتضار مع مرضى لا يحتضرون بالفعل بالمعنى الكلاسيكي للكلمة. نحن نتحدث مع عدد كبير منهم إن لم يكن معظمهم حول هذا الحدث لأنه شيء واجهوه بسبب حدوث مرض قاتل في العادة - قد يحدث تدخلنا في أي وقت بين إجراء التشخيص وإلى ما قبل الوفاة مباشرة.

وتخدم المناقشة أغراضًا عديدة، كما اكتشفنا من خلال التجربة. لقد كانت مفيدة للغاية في جعل الطلاب يدركون ضرورة اعتبار الموت احتمالًا حقيقيًا، ليس فقط بالنسبة للآخرين ولكن أيضًا بالنسبة لأنفسهم. وقد أثبتت المناقشة أنها طريقة مفيدة لإزالة الحساسية، التي تتم ببطء وبشكل مؤلم. وكان عدد كبير من الطلاب الذين يظهرون لأول مرة يغادرون الغرفة قبل انتهاء المقابلة. وقد تمكن البعض في النهاية من الجلوس ومشاهدة جلسة كاملة لكنهم لم يتمكنوا من التعبير عن آرائهم في المناقشة. وقد قام بعضهم بنقل كل غضبهم وغيظهم إلى المشاركين الآخرين أو المحاور، وفي بعض الأحيان إلى المرضى. وقد حدث أحيانًا نقل الغضب إلى المريض حين كان يواجه الموت بهدوء واتزان على ما يبدو بينما كان الطالب يشعر بانزعاج شديد من المواجهة. وقد كشفت المناقشة بعد ذلك أن الطالب كان يعتقد أن المريض غير واقعي أو حتى مزيف، لأنه لم يكن من المتصور بالنسبة له أن أي شخص يمكن أن يواجه مثل هذه الأزمة بكل هذا القدر من الكرامة.

بدأ المشاركون الآخرون في التعرف على المرضى، خاصة إذا كانوا من العمر نفسه وكان عليهم التعامل مع هذه الصراعات في أثناء المناقشة - وبعدها بوقت طويل. وحين بدأ أفراد المجموعة يتعرفون على بعضهم البعض ويدركون أنه لا يوجد شيء محظور، أصبحت المناقشات نوعًا من العلاج الجماعي للمشاركين، مع قدر كبير من المواجهات الصريحة والدعم المتبادل، وفي بعض الأحيان الاكتشافات والأفكار المؤلمة. لم يدرك المرضى تأثير المباشر للكثير من عمليات

التواصل وتأثيراتها طويلة الأمد على عدد كبير ومتنوع جدًا من الطلاب.

بعد عامين من بدء هذا السيمينار، صار دورة معتمدة في كلية الطب والمعهد اللاهوتي. وكان يحضره أيضًا عدد كبير من الأطباء الزائرين، والمرضات ومساعدات المرضات، والأخصائيين الاجتماعيين، والكهنة والحاخامات، وأخصائي العلاج بالاستنشاق وأخصائي العلاج الوظيفي،⁽²²⁾ ولكن نادرًا ما كان يحضره أعضاء هيئة التدريس في مستشفانا الخاص. وكان طلاب الطب واللاهوت الذين يحضرون السيمينار باعتباره دورة رسمية معتمدة يحضرون أيضًا جلسة نظرية، تتناول المسائل النظرية والفلسفية والأخلاقية والأدبية والدينية، التي تعقدها المؤلفة وقسيس المستشفى بالتناوب.

وقد سجلت جميع المقابلات على شرائط وبقيت متاحة للطلاب والمعلمين. في نهاية كل فصل ربع سنوي، يكتب كل طالب بحثًا عن موضوع من اختياره. وسوف يتم تقديم هذه الأبحاث في مطبوعة مستقبلية؛ وهي تتراوح من الأعمال الشخصية للغاية - من خلال المفاهيم والمخاوف من الموت إلى الأبحاث الفلسفية أو الدينية أو الاجتماعية التي تتناول الموت والاحتضار.

ومن أجل ضمان السرية، كان يتم عمل قائمة دقيقة بجميع الحاضرين، ويتم تغيير الأسماء وبيانات التعريف على جميع التسجيلات المنسوخة.

من لقاء غير رسمي يتكون من أربعة طلاب، نما السيمينار في غضون عامين وكان يحضره ما يصل إلى خمسين شخصًا يتكونون من أعضاء من جميع المهن التي تقدم المساعدة. في الأصل، كان الأمر يستغرق حوالي عشر ساعات في المتوسط في الأسبوع للحصول على إذن من الطبيب لطلب مقابلة المريض؛ والآن نادرًا ما

(22) - العلاج بالاستنشاق inhalation therapy: العلاج باستعمال الغازات المستنشقة وخاصة الأكسجين (كما في علاج أمراض الجهاز التنفسي). العلاج الوظيفي occupational therapy: علاج يركز على العمل ويهتم بتعزيز الصحة والرفاهية من خلال المهنة. الهدف الأساسي منه هو تمكين الناس من المشاركة في أنشطة الحياة اليومية (المترجم).

نضطر إلى البحث عن مريض. نحصل على تحويلات من الأطباء والمرضات والأخصائيين الاجتماعيين، وربما الأكثر تشجيعًا، ربما، من المرضى الذين حضروا السيمينار وشاركوا بخبرتهم مع مرضى آخرين مصابين بأمراض ميؤوس من شفائها، مرضى يطلبون الحضور بعد ذلك، في بعض الأحيان لتقديم خدمة لنا، وفي مرات أخرى من أجل أن نستمع إليهم.

المحتضرون بوصفهم معلمين:

أن تقول أو لا تقول، هذا هو السؤال.

عند التحدث إلى الأطباء وقساوسة المستشفيات وطاقم التمريض، غالبًا ما تتأثر باهتمامهم بقدرة المريض على تحمل «الحقيقة». وسؤالنا عادة هو «أي حقيقة؟» من الصعب دائمًا مواجهة المرضى بعد تشخيصهم بأنهم مصابون بورم خبيث. يفضل بعض الأطباء أن يخبروا الأقارب مع إبقاء الحقائق بعيدة عن المريض لكي يتجنبوا تعرضه لنوبات انفعالية. وبعض الأطباء حساسون تجاه احتياجات مريضهم ويمكنهم أن يصرحوا له بنجاح بأنه مصاب بمرض خطير بدون أن يجعلوه يفقد كل الأمل.

أنا شخصياً أشعر أن هذا السؤال لا ينبغي أن يبدو باعتباره يمثل صراعاً حقيقياً. لا ينبغي أن يكون السؤال «هل يجب أن نقول...؟» بل بالأحرى «كيف أطلع مريضى على هذا الأمر؟» وسوف أحاول شرح هذا الموقف في الصفحات التالية. وبالتالي ينبغي عليّ أن أصنف الخبرات العديدة التي يمر بها المرضى بشكل فظيع حين يواجهون إدراكاً مفاجئاً بنهايتهم. وكما أوضحنا سابقاً، لا يرغب الإنسان بحرية في النظر إلى نهاية حياته على الأرض، ولن يلقي نظرة خاطفة على احتمالية موته إلا من حين لآخر ويفتور. ومن الواضح أن إحدى هذه المناسبات هي إدراك وجود مرض يهدد الحياة. وفي الحقيقة إن مجرد إخبار المريض بأنه

مصاب بالسرطان يجلب موته المحتمل إلى إدراكه الشعوري.

وفي كثير من الأحيان يقال إن الناس يساوون الورم الخبيث بمرض ميؤوس من شفائه ويعتبرون الاثنين مترادفين. وهذا صحيح في الأساس ويمكن أن يكون نعمة أو نقمة، اعتمادًا على الطريقة التي يتم بها التعامل مع المريض وأفراد العائلة في هذا الموقف الحرج. لا يزال السرطان بالنسبة لمعظم الناس مرضًا ميؤوسًا من شفائه، على الرغم من الأعداد المتزايدة من حالات الشفاء الحقيقية بالإضافة إلى حالات التحسن ذات الدلالة. وأعتقد أنه يجب علينا أن نجعل من التفكير أحيانًا في الموت والاحتضار عادة، وآمل أن يحدث ذلك قبل أن نواجهه في حياتنا الخاصة. وإذا لم نجعله عادة، فإن تشخيص إصابة بالسرطان في أحد أفراد عائلتنا سوف يذكرنا بوحشية بنهايتنا. ولذا قد تكون نعمة أن نستغل وقت المرض في التفكير في الموت والاحتضار فيما يتعلق بأنفسنا، بغض النظر عما إذا كان المريض سوف يلقي الموت أو يحظى بتمديد لحياته.

إذا كان في استطاعة الطبيب أن يتحدث بحرية مع مرضاه حول تشخيص إصابتهم بورم خبيث بدون أن يساوي ذلك بالضرورة بالموت الوشيك، فسوف يقدم للمريض خدمة رائعة. وعليه في الوقت نفسه أن يترك الباب مفتوحًا للأمل، أي للأدوية الجديدة، والعلاجات، وفرص التقنيات الجديدة والأبحاث الجديدة. والأمر الرئيسي هو أن يوصل إلى المريض أنه لم يفقد كل شيء؛ وأنه لن يتخلى عنه بسبب تشخيص معين؛ وأنها معركة سوف يخوضونها كلهم معًا - أي المريض وأفراد الأسرة والطبيب - بغض النظر عن النتيجة النهائية. لن يخشى مثل هذا المريض العزلة والخذاع والرفض، ولكنه سوف يظل يثق في صدق طبيبه ويعرف أنه إذا كان هناك أي شيء يمكن القيام به، فسوف يفعلونه معًا. مثل هذه المقاربة تطمئن الأسرة التي غالبًا ما تشعر بالعجز الشديد في مثل هذه اللحظات. إن أفراد الأسرة يعتمدون بشكل كبير على الطمأنينة اللفظية أو غير اللفظية من الطبيب. ويتم تشجيعهم بأن يعرفوا أن كل ما هو ممكن سوف يتم القيام به، إن لم يكن

إذا جاءت مريضة مصابة بورم في الثدي، فإن الطبيب الذي يرعاها سوف يجهزها لإمكانية أن تكون مصابة بورم خبيث ويخبرها بأن فحص العينة المجهرية، على سبيل المثال، سوف يكشف الطبيعة الحقيقية للورم. وسوف يخبرها أيضًا مسبقًا بأنه سوف تكون هناك حاجة لعملية جراحية أكبر في حالة اكتشاف أنه ورم خبيث. مثل هذه المريضة يكون لديها المزيد من الوقت لإعداد نفسها لاحتمال أن تكون مصابة بالسرطان وسوف تكون مستعدة بشكل أفضل لقبول إجراء عملية جراحية أكبر إذا لزم الأمر. حين تستيقظ المريضة من العملية الجراحية، يمكن للطبيب أن يقول: «أنا آسف، كان علينا إجراء جراحة أكبر.» وإذا ردت المريضة قائلة: «أشكر الرب، لقد كان حميدًا»، يمكنه ببساطة أن يقول: «أتمنى أن يكون ذلك صحيحًا»، ثم يجلس معها بصمت لبعض الوقت ولا يهرب منها. قد تتظاهر مثل هذه المريضة بعدم المعرفة لعدة أيام. وسوف يكون من القسوة من جانب الطبيب أن يجبرها على أن تقبل الحقيقة حين تخبره بوضوح أنها ليست مستعدة بعد لسماعها. وحقيقة أنه أخبرها مرة سوف تكون كافية للحفاظ على ثقة المريضة في الطبيب. ومثل هذه المريضة سوف تبحث عنه بعد ذلك حين تكون قادرة وقوية بما يكفي لمواجهة النتيجة المميتة المحتملة لمرضاها.

وقد يكون رد مريضة أخرى: «أوه، يا دكتور، يا له من أمر مروع، كم من الوقت تبقى لي على قيد الحياة؟» وقد يخبرها الطبيب بعد ذلك عن مدى الإنجاز العلمي الذي تم تحقيقه في السنوات الأخيرة فيما يتعلق بإطالة العمر الافتراضي لمثل هؤلاء المرضى، وعن إمكانية إجراء جراحة إضافية أظهرت نتائج جيدة؛ وقد يخبرها صراحة أنه لا أحد يعرف كم من الوقت تبقى لها على قيد الحياة. أعتقد أن أسوأ تعامل ممكن مع أي مريض، مهما كانت قوته، أن تخبره بأنه لم يتبق له على قيد الحياة سوى عدد محدد من الأشهر أو السنوات. ونظرًا إلى أن هذه المعلومات خاطئة على أي حال، والاستثناءات في الاتجاهين كليهما هي القاعدة، لا أرى أي

سبب يجعلنا حتى وضع مثل هذه المعلومات في الاعتبار. وقد تكون هناك حاجة في بعض الحالات النادرة يجب فيها إبلاغ رب الأسرة بقصر العمر المتوقع له من أجل أن ينظم شؤونه. أعتقد أنه حتى في مثل هذه الحالات، يمكن للطبيب اللطيف والمتفهم أن يخبر مريضه بأنه قد يكون من الأفضل بالنسبة له أن يقوم بترتيب شؤونه وهو يتمتع بالراحة والقوة للقيام بذلك، بدل أن ينتظر فترة طويلة. من المرجح أن يفهم مثل هذا المريض الرسالة الضمنية بينما يظل قادرًا على الحفاظ على الأمل الذي يجب على كل مريض الاحتفاظ به، بما في ذلك أولئك الذين يقولون إنهم مستعدون للموت. وقد أظهرت المقابلات التي أجريناها أن جميع المرضى أبقوا الباب مفتوحًا أمام إمكانية استمرار وجودهم، ولم يؤكد أي منهم في أي وقت أنه لا توجد لديه رغبة في الحياة على الإطلاق.

حين سألنا مرضانا كيف تم إخبارهم بحالاتهم، علمنا أن جميع المرضى كانوا على علم بمرضهم النهائي على أي حال، سواء تم إخبارهم صراحة أو لم يتم، لكن الأمر يعتمد بشكل كبير على الطبيب في تقديم الأخبار بطريقة مقبولة.

إذن ما الطريقة المقبولة؟ كيف يعرف الطبيب أي مريض يريد أن يسمع الكلام عن حالته باختصار، وأي مريض يريد أن يسمع الكلام عن حالته بتفسير علمي طويل، وأي مريض يريد أن يتجنب الحديث في المشكلة تمامًا؟ كيف نعرف ذلك ونحن لا نتمتع بمزية معرفة المريض جيدًا قبل أن نواجه حسم الأمر بشأن اتخاذ مثل هذه القرارات؟

تعتمد الإجابة على أمرين. والأمر الأكثر أهمية هو موقفنا وقدرتنا على مواجهة المرض الميؤوس من شفائه ومواجهة الموت. إذا كانت هذه مشكلة كبيرة في حياتنا، وكنا ننظر إلى الموت على أنه موضوع مخيف ورهيب ومحرم، فلن نتمكن أبدًا من مواجهته بهدوء ولن نمتلك القدرة على مساعدة أي مريض. وأنا أقول «الموت» بشكل متعمد، حتى لو كان علينا فقط الإجابة على سؤال بشأن وجود

مرض خبيث أو عدم وجود مرض خبيث. يرتبط وجود مرض خبيث دائمًا بالموت الوشيك، وطبيعة الموت المدمرة، والأول هو الذي يثير كل المشاعر. وإذا لم نكن نستطيع مواجهة الموت برباطة جأش فكيف يمكن لنا أن نساعد مرضانا؟ لذا نأمل ألا يسألنا مرضانا هذا السؤال المروع. نجري جولات ونتحدث عن الكثير من التفاهات أو الجوارح في الخارج والمريض الحساس سوف يلعب اللعبة ويتحدث عن ربيع مقبل، حتى لو كان يدرك تمامًا أنه لن يكون هناك ربيع مقبل بالنسبة له. بعد ذلك، سوف نجربنا هؤلاء الأطباء، حين يُسألون، أن مرضاهم لا يريدون معرفة الحقيقة، وأنهم لا يطلبونها أبدًا، وأنهم يعتقدون أن كل شيء على ما يرام. وفي الواقع، يشعر الأطباء بارتياح كبير لعدم مواجهتهم وفي كثير من الأحيان لا يكونون مدركين تمامًا أنهم هم الذين أثاروا مثل هذه الاستجابة لدى مرضاهم.

إن الأطباء الذين لا يزالون يشعرون بعدم الارتياح لمثل هذه المناقشات ولكنهم لا يتبنون موقفًا دفاعيًا قويًا يمكن أن يستدعوا قسيسًا أو كاهنًا ويطلبون منه التحدث إلى المريض. وقد يشعر هؤلاء الأطباء براحة أكبر بعد أن ينقلوا المسؤولية الصعبة إلى شخص آخر، وهو ما قد يكون أفضل من تجنبها تمامًا. ومن ناحية أخرى، قد يكونون قلقين للغاية بشأن هذا الأمر لدرجة أنهم يتركون أوامر صريحة لطاقم المستشفى وللنفس بعدم إخبار المريض. وسوف تكشف درجة الوضوح في مثل هذه الأوامر عن قلق الأطباء بقدر أكبر مما يرغبون في التعرف عليه.

وهناك آخرون يشعرون بصعوبة أقل في التعامل مع هذه المشكلة ويجدون عددًا أقل بكثير من المرضى غير المستعدين للتحدث عن مرضهم الخطير. وأنا مقتنعة، من خلال العدد الكبير من المرضى الذين تحدثت معهم حول هذا الأمر، أن هؤلاء الأطباء الذين يحتاجون إلى الإنكار في أنفسهم سوف يجدون ذلك في مرضاهم وأن أولئك الذين يمكنهم التحدث عن المرض الميؤوس من شفائه سوف يجدون

مرضاهم أكثر قدرة على المواجهة والاعتراف به. إن حاجة المريض إلى الإنكار تتناسب طرديًا مع حاجة الطبيب إلى الإنكار. لكن هذا لا يمثل سوى نصف المشكلة.

لقد وجدنا أن المرضى المختلفين يتفاعلون بشكل مختلف مع مثل هذه الأخبار اعتمادًا على تركيبة شخصيتهم والأسلوب والطريقة التي كانوا يستخدمونها في حياتهم من قبل. إن الأشخاص الذين يستخدمون الإنكار على أنه وسيلة دفاعية رئيسية سوف يستخدمون الإنكار على نطاق واسع أكثر من الآخرين في حالة المرض. والمرضى الذين واجهوا مواقف عصيبة من قبل بمواجهة مفتوحة سوف يتصرفون بالشكل نفسه في الوضع الحالي. وبالتالي من المفيد إلى حد كبير التعرف على المريض الجديد لاستنباط نقاط قوته ونقاط ضعفه. وسوف أقدم مثالاً على هذا:

مسز أيه - A، امرأة بيضاء في الثلاثين من عمرها. طلبت منا أن نراها في أثناء إقامتها في المستشفى. بدا أنها امرأة قصيرة، بدينة، سحاقيّة زائفة، وقد أخبرتنا بابتسامة عن إصابتها «بورم حميد في الغدد الليمفاوية» وأنها قد تلقت من أجله مجموعة متنوعة من العلاجات بما في ذلك الكوبالت وخردل النيتروجين، المعروف لدى معظم الناس في المستشفى بأنها علاجات تعطي في حالة الأورام الخبيثة. كانت على دراية بمرضها وأقرت بسهولة أنها قرأت الأدبيات حول هذا المرض. وفجأة أخذت تبكي تمامًا وحكت قصة مثيرة للشفقة عن كيف أخبرها طبيها في المنزل عن وجود «ورم حميد في الغدد الليمفاوية» بعد أن تلقى نتائج العينة المجهرية. «ورم حميد في الغدد الليمفاوية؟» كررت، معبرة عن بعض الشك في صوتي ثم جلستُ بهدوء للحصول على إجابة. «من فضلك، أخبريني يا دكتورة، هل هو ورم خبيث أم حميد؟» سألتُ ولكن بدون أن تنتظر إجابتي، بدأت تحكي قصة محاولة فاشلة للحمل. لمدة تسع سنوات كانت تأمل في إنجاب طفل، وقد خضعت لجميع الاختبارات الممكنة، وفي النهاية من خلال وكالات

التبني لديها أمل في أن تبني طفلاً. وقد رُفِضَ طلبها لأسباب عديدة، أولاً لأنها كانت متزوجة منذ عامين ونصف فقط، وبعد ذلك ربما بسبب عدم الثبات الانفعالي. لم تكن قادرة على قبول حقيقة أنها لا تستطيع حتى أن يكون لها طفل بالتبني. وهي الآن في المستشفى وقد اضطرت إلى التوقيع على ورقة للعلاج الإشعاعي مع بيان صريح مفاده أن هذا سوف يؤدي إلى العقم، مما يجعلها في النهاية غير قادرة على إنجاب طفل. وكان هذا غير مقبول بالنسبة لها على الرغم من أنها وقعت على الورقة وخضعت للعمل التمهيدي للعلاج بالإشعاع. وقد وُضِعَتْ علامة على بطنها وكان من المقرر أن تتلقى جلستها العلاجية الأولى في صباح اليوم التالي.

كشفت لي هذا التواصل أنها لم تكن قادرة على قبول الحقيقة بعد. طرحت السؤال عن الورم الخبيث لكنها لم تنتظر إجابة. وقد أخبرتني أيضًا بعدم قدرتها على تقبل حقيقة عدم إنجابها على الرغم من قبولها العلاج الإشعاعي. واصلت الحديث بإسهاب شديد عن كل تفاصيل رغبتها التي لم تتحقق واستمرت في النظر إليَّ بعلامات استفهام كبيرة في عينيها. قلَّتْ لها إنها ربما كانت تتحدث عن عدم قدرتها على مواجهة مرضها بدل أن تتحدث عن عدم قدرتها على مواجهة العقم. وقلَّتْ لها إنني أستطيع أن أفهم هذا. وقلت أيضًا إن كل موقف من المواقف صعب ولكنه ليس ميؤوسًا منه وتركتها مع وعد بالعودة إليها في اليوم التالي بعد جلسة العلاج.

كانت في طريقها إلى أول جلسة بالعلاج الإشعاعي الذي أكد معرفتها بإصابتها بورم خبيث، لكنها كانت تأمل في أن هذا العلاج قد يشفيه. وخلال الزيارات غير الرسمية، شبه الاجتماعية التالية، كانت تتأرجح بين الحديث عن الأطفال والورم الخبيث الذي تعاني منه. وقد أخذت تبكي بشكل متزايد وتخلت عن مظهرها السحاقبي الزائف في أثناء هذه الجلسات. وطلبت «زرًا سحريًا» قد يمكنها من أن تتخلص من كل مخاوفها ويحررها من العبء الثقيل الجاسم على صدرها. كانت

قلقة للغاية بشأن الرفيقة الجديدة المتوقعة في الغرفة، «قلق حتى الموت» كما وصفتها بأنها سوف تبلى بامرأة مريضة بمرض ميؤوس من شفائه. ونظرًا لأن أفراد طاقم التمريض في جناحها كن متفهمات لحالتها إلى حد بعيد، فقد حكيّت عن مخاوفها هن، وصارت رفيقة لشابة مرحة كانت مصدر ارتياح كبير لها. كما شجعها طاقم التمريض على البكاء حين تشعر برغبة في البكاء، بدلًا من توقع أن تبسم طوال الوقت، وهو ما قدرته المريضة. كانت لديها قدرة كبيرة على تحديد مع من يمكن أن تتحدث عن ورمها الخبيث وتختار الأشخاص الأقل استعدادًا لمحادثاتها حول الأطفال. وقد فوجئ طاقم المستشفى بالتعرف على إدراكها وقدرتها على مناقشة مستقبلها بشكل واقعي.

بعد بضع زيارات مثمرة للغاية، سألتني المريضة فجأة إذا كان لديّ أطفال وحين اعترفت بذلك، طلبت إنهاء الزيارة بحجة أنها متعبة. وكانت الزيارات التالية مليئة بالملاحظات الغاضبة والبعيضة على طاقم التمريض والأطباء النفسيين وغيرهم حتى استطاعت الاعتراف بمشاعر الحسد على الأصحاء والشباب، وخاصة تجاهي لأنني بدوت وكأنني أمتع بكل شيء. وحين أدركت أنها لم تتعرض للرفض على الرغم من أنها أصبحت في بعض الأحيان مريضة صعبة نوعًا ما، صارت تدرك بشكل متزايد مصدر غضبها وأعربت عنه بشكل مباشر تمامًا باعتباره غضبًا من الرب لأنه سمح لها بأن تموت وهي صغيرة جدًا وبدون أن تحقق رغباتها. ولحسن الحظ، لم يكن قسيس المستشفى عقابيًا بل كان رجلًا متفهمًا إلى حد كبير وتحدث معها عن هذا الغضب بالعبارات نفسها التي كنت أتحدث بها حتى يهدأ غضبها ويفسح المجال لمزيد من الاكتاب، ومن المأمول أن يفسح المجال للقبول النهائي لمصيرها.

حتى الوقت الحاضر، لا تزال هذه المريضة تبقي على هذا الانقسام فيما يتعلق بمشاكلتها الرئيسية. بالنسبة لمجموعة من الناس، فإنها تتعامل فقط مع مسألة أنها امرأة تعاني من صراع داخلي نتيجة لعدم الإنجاب؛ وبالنسبة للقسيس ولي،

تحدث عن معنى حياتها القصيرة والآمال التي لا تزال تحتفظ بها (وهي محقة في ذلك) لإطالة أمدها. وكان خوفها الأكبر في وقت كتابة هذا التقرير هو احتمال زواج زوجها من امرأة أخرى قد تنجب أطفالاً، لكنها بعد ذلك تعترف ضاحكة: "إنه ليس شاه بلاد فارس، على الرغم من أنه رجل عظيم حقاً". وما زالت لم تتأقلم تماماً مع حسدها للأحياء. إن حقيقة أنها لا تحتاج إلى الإبقاء على الإنكار أو أن تزيجها على مأساة أخرى، على أن تكون مشكلة مقبولة أكثر، تسمح لها بالتعامل مع مرضها بشكل أكثر نجاحاً.

ثمة مثال آخر لمشكلة «أن تقول أو لا تقول» هو مستر دي - D، الذي لم يكن أحد متأكدًا مما إذا كان يعرف طبيعة مرضه. كان طاقم المستشفى مقتنعًا بأن المريض لا يعرف خطورة حالته، لأنه لم يسمح قط لأي شخص بالاقتراب منه. لم يطرح أي سؤال حول هذا الموضوع، وبدا بشكل عام خائفًا من طاقم المستشفى. كانت الممرضات على استعداد للمراهنة على أنه لن يقبل أبدًا أي دعوة لمناقشة الأمر معي. متوقعة الصعوبات، توجهتُ إليه بتردد وسألته ببساطة، «ما مدى مرضك؟» وجاء جوابه «إنني مليء بالسرطان . . .» وكانت مشكلته أنه لم يسأل أي أحد سؤالًا بسيطًا ومباشرًا. وقد ظنوا خطأ أن مظهره الكئيب باب مغلق؛ في الواقع، منعهم قلقهم من أن يعرفوا ما يريد بشدة أن يخبر به إنسانًا آخر.

إذا تم تقديم الورم الخبيث على أنه مرض ميؤوس من شفائه مما ينتج عنه إحساس «ما الفائدة»، لا يوجد شيء يمكن أن نقوم به على أي حال»، فسوف يكون ذلك بداية لوقت عصيب بالنسبة للمريض ولمن حوله. وسوف يشعر المريض بالعزلة المتزايدة وفقدان الاهتمام من جانب طبيبه والعزلة وزيادة اليأس. وقد يتدهور بسرعة أو يقع في اكتئاب عميق قد لا يخرج منه إلا إذا استطاع شخص ما أن يمنحه إحساسًا بالأمل.

وقد يشارك أفراد الأسر هؤلاء المرضى مشاعر الحزن وعدم الجدوى واليأس

والقنوط، ولا يضيفون الكثير إلى رفاهية المريض. قد يقضون الوقت القصير المتبقي له في حالة اكتئاب شديد بدلاً من أن يمثل هذا الوقت خبرة ثرية تحدث غالبًا حين يستجيب الطبيب بالشكل الذي وضحته من قبل.

ومع ذلك، يجب أن أؤكد على أن رد فعل المريض لا يعتمد فقط على الطريقة التي يجبره بها الطبيب بخطر مرضه. ومع ذلك، فإن الطريقة التي يتم بها توصيل الأخبار السيئة تعد عاملاً مهمًا يتم التقليل من شأنه في كثير من الأحيان، ويجب التركيز عليها بشكل أكبر في تدريس طلاب الطب والإشراف على شباب الأطباء.

باختصار، إذن، أعتقد أنه لا ينبغي أن يكون السؤال، «هل أخبر مريضتي؟» ولكن يجب إعادة صياغته على النحو التالي: «كيف أشارك مريضتي في هذه المعرفة؟» ويجب على الطبيب أولاً أن يفحص موقفه تجاه الورم الخبيث والموت حتى يتمكن من التحدث عن مثل هذه الأمور الخطيرة بدون قلق لا داعي له. ويجب أن يستمع إلى إشارات المريض التي تمكنه من استنباط استعداد المريض لمواجهة الواقع. وكلما زاد عدد الأشخاص في بيئة المريض الذين يعرفون تشخيص الإصابة بالورم الخبيث، أسرع المريض في إدراك الحالة الحقيقية على أي حال، نظرًا لأن عددًا قليلًا من الناس ممثلون بما يكفي للحفاظ على قناع من البهجة يمكن تصديقه لفترة طويلة. وهذا ما يعرفه معظم المرضى، إن لم يكن كلهم، على أي حال. إنهم يشعرون بذلك من خلال تغير الاهتمام، ومن خلال المقاربة الجديدة المختلفة التي يتبعها الناس معهم، عن طريق خفض الصوت أو تجنب الزيارة، ومن خلال وجه بائٍ لأحد الأقارب، أو أحد أفراد الأسرة المبتسم ولا يستطيع إخفاء مشاعره الحقيقية مما ينذر بالنحس. وسوف يتظاهر أفراد الأسرة بأنهم لا يعرفون متى لا يستطيع الطبيب أو الأقارب التحدث عن حالتهم الحقيقية، ويرحبون بشخص على استعداد لأن يتحدث عن ذلك على أن يسمح لهم بالإبقاء على دفاعاتهم طالما كانوا في حاجة إليها.

سواء تم إخبار المريض صراحةً أم لا، فسوف يتوصل إلى هذا الإدراك وقد يفقد الثقة في الطبيب الذي أخبره بالكذب أو لم يساعده في مواجهة خطورة مرضه بينما قد يكون هناك وقت يسمح له بالقيام بترتيب أموره.

إن مشاركة هذه الأخبار المؤلمة مع أي مريض فن. وكلما كانت بشكل أبسط، كان من الأسهل عادة على المريض أن يتذكرها في وقت لاحق، إذا لم يكن قادرًا على «سماعها» في الوقت الحالي. وقد قدر مرضانا ذلك حين تم إخبارهم في غرفة صغيرة بشكل خاص بدلًا من إخبارهم في ردهة عيادة مزدحمة.

ما أكده عليه جميع مرضانا كان الشعور بالتعاطف الذي كان أهم من مأساة الأخبار المباشرة. كانت بث الطمأنينة بأن كل ما هو ممكن القيام به سوف يتم القيام به، وأنه لن يتم «إسقاطه»، وأن هناك علاجات متاحة، وأن هناك بصيصًا من الأمل - حتى في الحالات الأكثر تدهورًا. وإذا كان من الممكن نقل الأخبار بهذه الطريقة، فسوف يظل المريض يثق في الطبيب، وسوف يكون لديه الوقت للعمل من خلال ردود الفعل المختلفة التي سوف تمكنه من التعامل مع هذا الوضع الحياتي الجديد والمرهق.

في الصفحات التالية محاولة لتلخيص ما تعلمناه من مرضانا المحتضرين من حيث آليات التأقلم في وقت الإصابة بمرض ميؤوس من شفائه.

III

المرحلة الأولى: الإنكار والعزلة

يضع الإنسان المتأريس حول نفسه.

طاغور، من طيور شاردة، 79

مكتبة
t.me/soramnqraa

من بين أكثر من مائتي مريض يحتضرون أجرينا مقابلات معهم، تفاعل معظمهم مع إدراك أنه يعاني من مرض ميؤوس من شفائه في البداية بعبارة «لا، ليس أنا، لا يمكن أن يكون هذا صحيحًا». وكان هذا الإنكار الأولي صحيحًا بالنسبة لأولئك المرضى الذين تم إخبارهم صراحة في بداية مرضهم كما كان صحيحًا بالنسبة لأولئك الذين لم يتم إخبارهم صراحة لكنهم توصلوا إلى هذا الاستنتاج بأنفسهم بعد ذلك بقليل. وقد وصفت إحدى مرضانا طقوسًا طويلة ومكلفة، كما أسمتها، لدعم إنكارها. كانت مقتنعة بأن صور أشعة إكس «قد اختلطت»؛ طلبت تأكيدًا بأن تقرير الباثولوجي الخاص بها لا يمكن أن يعود بهذه السرعة وأن هذا التقرير تقرير مريض آخر لا بد أن اسمها وضع عليه. وحين لم يتم تأكيد أي كلام من هذا النوع، طلبت أن تغادر المستشفى بسرعة بحثًا عن طبيب آخر على أمل لا معنى له «أن أحصل على تفسير أفضل لمشاكلي». ذهبت هذه المريضة وقد «تنقلت» بين العديد من الأطباء، وقدم بعضهم لها إجابات مطمئنة، وأكد لها البعض الآخر الاشتباه السابق. وسواء تم تأكيد التشخيص أو لم يتم تأكيده، كانت تتصرف بالطريقة نفسها؛ كانت تطلب الفحص وإعادة الفحص، وهي تدرك إلى حد ما أن التشخيص الأصلي كان صحيحًا، ولكنها كانت تسعى أيضًا إلى مزيد من التقييمات على أمل أن يكون

الاستنتاج الأول خطأ بالفعل، وفي الوقت نفسه تتواصل مع الطبيب من أجل الحصول على المساعدة «في جميع الأوقات»، كما قالت. إن هذا الإنكار القلق الذي يلي معرفة التشخيص يعتبر نموذجيًا أكثر بالنسبة للمريض الذي يتم إبلاغه قبل الأوان أو بشكل مفاجئ من قبل شخص لا يعرف المريض جيدًا أو يفعل ذلك بسرعة «لكي يتخلص من الأمر» بدون أن يراعي استعداد المريض. يستخدم جميع المرضى تقريبًا الإنكار، أو على الأقل الإنكار الجزئي، ليس فقط في المراحل الأولى من المرض أو بعد المواجهة، ولكن أيضًا في وقت لاحق من وقت لآخر. من الذي قال: «لا يمكن أن ننظر إلى الشمس طول الوقت، ولا يمكن أن نواجه الموت طول الوقت»؟ يمكن لهؤلاء المرضى التفكير في إمكانية موتهم لبعض الوقت ولكن بعد ذلك يكون عليهم أن يُنحُوا هذا الأمر جانبًا من أجل متابعة الحياة.

أؤكد على ذلك بقوة لأنني أعتبر الإنكار طريقة صحية للتعامل مع الوضع المزعج والمؤلم الذي يعاني منه بعض هؤلاء المرضى لفترة طويلة. يعمل الإنكار بمثابة حاجز بعد خبر صادم غير متوقع، ويسمح للمريض بأن يستجمع شتات نفسه، ومع مرور الوقت، يحمّد دفاعات أخرى أقل جذرية. ومع ذلك، فإن هذا لا يعني أن المريض نفسه لن يكون راغبًا أو حتى سعيدًا ومرتاحًا في وقت لاحق إذا كان في استطاعته أن يجلس ويتحدث مع شخص ما حول موته الوشيك. ومثل هذا الحوار سوف يتم بما يناسب المريض ويجب أن يتم حين يكون المريض (وليس المستمع!) مستعدًا لمواجهة موته الوشيك. ويجب أيضًا إنهاء الحوار حين يصبح المريض غير قادر على مواجهة الحقائق ويستأنف إنكاره السابق. لا يهم متى بدأ هذا الحوار. غالبًا ما نتهم بأننا نتحدث مع مرضى معتلين جدًا عن الموت حين يشعر الطبيب - وهو محق في ذلك تمامًا - أنهم لا يحتضرون. إنني أفضل الحديث عن الموت والاحتضار مع المرضى قبل وقت طويل من حدوثه بالفعل إذا أشار المريض إلى أنه يريد ذلك. يمكن للفرد الأقوى والأكثر صحة أن يتعامل مع الأمر بشكل أفضل ويكون، حين يكون الموت «على بعد أميال»، أقل خوفًا من اقترابه منه حين يكون «أمام الباب مباشرة»، كما قال أحد مرضانا بتعبير مناسب. كما أن من الأسهل على أفراد الأسرة أن يناقشوا مثل

هذه الأمور في أوقات الصحة والرفاهية النسبية ويرتّبوا الأمور المالية للأطفال والآخريين بينما لا يزال رب الأسرة يؤدي وظائفه الجسدية. وفي كثير من الأحيان لا يكون تأجيل مثل هذه المحادثات في خدمة المريض ولكنه يكون في خدمة دفاعاتنا.

عادة ما يكون الرفض آلية دفاعية مؤقتة وسوف يحل محلها بسرعة قبولٌ جزئي. لا يؤدي الإنكار المستمر دائمًا إلى زيادة الكرب إذا بقي حتى النهاية، وهو أمر ما زلت أعتبره نادرًا. من بين مائتي مريض من مرضانا المصابين بأمراض ميؤوس من شفائها، واجهتُ ثلاث مرضى فقط حاولن إنكار مقارنة المرض حتى آخر لحظة. وقد تحدثت اثنتان من هؤلاء النساء عن الاحتضار لفترة وجيزة ولكنهما أشارتا إليه فقط على أنه «مصدر إزعاج لا مفر منه ونأمل أن يأتي في أثناء النوم» وقالت إحداها «أتمنى أن يأتي بدون ألم». وبعد هذه التصريحات استأنفتنا إنكارهما السابق لمرضهما.

المريضة الثالثة، وهي أيضًا عانس في منتصف العمر، كانت تستخدم الإنكار خلال معظم حياتها. كانت مصابة بنوع تقرحي - ulcerative كبير من سرطانات الثدي لكنها رفضت العلاج إلا لفترة وجيزة قبل موتها. كان لديها إيمان كبير بالعلوم المسيحية⁽²³⁾ وتمسكت بهذا الاعتقاد حتى آخر يوم في حياتها. وعلى الرغم من إنكارها، لا بد أن جزءًا منها قد واجه حقيقة مرضها لأنها قبلت أخيرًا العلاج في المستشفى، وقبلت على الأقل بعض العلاجات التي عرضت عليها. وحين زرتها قبل الجراحة التي تم تحديد موعدها، وأشارت إلى العملية على أنها «إزالة جزء من الجرح حتى يشفى بشكل أفضل». كما أوضحت أنها ترغب فقط في معرفة التفاصيل المتعلقة بحجزها في المستشفى «وهي تفاصيل لا علاقة لها بجرحي». وقد تبين من الزيارات المتكررة أنها تحشى أي اتصالات من العاملين في المستشفى، الذين قد يكسرون إنكارها، أي يتحدثون عن سرطانها في مراحلها المتقدمة. ومع ازدياد ضعفها، أصبح مكياجها أكثر غرابة. في الأصل، كانت تضع أحمر شفاه وبودة على الخدين بشكل

(23) - العلوم المسيحية Christian Science: طائفة مسيحية أسستها ماري بيكر إيدي عام 1879. يرى أعضاؤها أن الرب والعقل فقط يعرفان الحقيقة المطلقة. وأن الخطيئة والمرض وهم يمكن التغلب عليه بالصلاة والإيمان (المترجم).

متقطع، أصبح المكياج أكثر إشراقًا وأكثر احمرارًا حتى صارت أشبه بمهرجة. وأصبحت ملابسها أكثر إشراقًا وألوانًا مع اقتراب نهايتها. وخلال آخر بضعة أيام، تجنبت النظر في المرآة، لكنها استمرت في استخدام التنكر في محاولة للتغطية على اكتئابها المتزايد ومظهرها الذي يتدهور بسرعة. حين سُئلت عما إذا كان هناك أي شيء يمكن أن تقوم به من أجلها، أجابت، «تعالوا غدًا». لم تقل، «دعوني وشأني»، أو «لا تزعجوني»، لكنها تركت الاحتمال مفتوحًا بأن الغد قد يكون اليوم الذي لن تصمد فيه آلياتها الدفاعية بعد ذلك، مما يجعل المساعدة إلزامية. وكان تصريحها الأخير: «أظن أنني لن أستطيع أن أفعل ذلك بعد الآن». وماتت بعد أقل من ساعة.

إن معظم المرضى لا يستخدمون الإنكار على نطاق واسع بهذا الشكل. قد يتحدثون بإيجاز عن واقع حالتهم، وفجأة يشيرون إلى أنهم لم يعودوا قادرين على النظر إليها بشكل واقعي. كيف نعرف إذن أن المريض لم يعد يرغب في مواجهة حالته؟ قد يتحدث عن القضايا ذات الصلة طالما كان الأمر يتعلق بحياته، وقد يشارك ببعض الفانتازيا المهمة حول الموت نفسه أو الحياة بعد الموت (وهو إنكار في حد ذاته)، فقط ليغير الموضوع بعد بضع دقائق، بما يتعارض تقريبًا مع ما قاله من قبل. وقد يبدو الاستماع إليه في هذه المرحلة وكأنه استماع إلى مريض يعاني من مرض بسيط، لا من شيء خطير بقدر خطورة حالة تهدد الحياة. وفي هذا الوقت نحاول التقاط الإشارات ونعترف (لأنفسنا) بأن هذه هي اللحظة التي يفضل فيها المريض النظر إلى أمور أكثر إشراقًا وأكثر بهجة. ثم نسمح للمريض بأن يحلم بأشياء أكثر سعادة، مهما كانت بعيدة الاحتمال. (كان لدينا العديد من المرضى الذين حلموا بمواقف تبدو مستحيلة على ما يبدو وقد أصبحت - مما أثار دهشتنا - مواقف حقيقية.) ما أحاول التأكيد عليه هو أن الحاجة إلى الإنكار توجد في كل المرضى في بعض الأحيان، في بداية مرض خطير أكثر مما توجد قرب نهاية الحياة. وفي وقت لاحق تأتي الحاجة إلى الإنكار وتذهب، وسوف يدرك المستمع الحساس والمدرك ذلك ويسمح للمريض باستخدام آلياته الدفاعية بدون أن يجعله يدرك

التناقضات. بعد ذلك بكثير يستخدم المريض، عادة، العزلة أكثر مما يستخدم الإنكار. يمكنه بعد ذلك التحدث عن صحته ومرضه وفنائه وخلوده كما لو كانوا أخوة توائم يسمح لهم بالعيش جنبًا إلى جنب، وبالتالي يواجه الموت ويبقى محتفظًا بالأمل.

باختصار، إذن، قد يكون رد الفعل الأول للمريض هو حالة صدمة مؤقتة يتعافى منها تدريجيًا. وحين يبدأ شعوره الأولي بالخطر في الاختفاء ويمكنه استعادة نفسه مرة أخرى، يكون الرد المعتاد للإنسان هو «لا، لا يمكن أن يكون أنا». ونظرًا لأننا جميعًا خالدون في عقلنا اللاشعوري، فمن غير المعقول تقريبًا أن نعترف بأنه لا بد أيضًا أن نواجه الموت. واعتمادًا إلى حد كبير على كيفية إخبار المريض، وكم من الوقت يتبقى لديه للاعتراف تدريجيًا بالحدث المحتوم، وكيف تم إعداده طول حياته للتعامل مع المواقف العصبية، سوف يتخلى تدريجيًا عن إنكاره ويستخدم آليات دفاع أقل تطرفًا.

وقد وجدنا أيضًا أن كثيرًا من مرضانا استخدموا الإنكار حين واجهوا أفرادًا من طاقم المستشفى ممن اضطروا إلى استخدام هذا النوع من السلوك لأسبابهم الخاصة. يمكن أن يكون هؤلاء المرضى انتقائيين تمامًا في اختيار أشخاص مختلفين من بين أفراد الأسرة أو طاقم المستشفى الذين يناقشون معهم مسائل مرضهم أو موتهم الوشيك بينما يتظاهرون بالشفاء مع أولئك الذين لا يستطيعون تحمل فكرة زوالهم. ومن المحتمل أن يكون هذا هو سبب تناقض الآراء فيما يتعلق باحتياجات المريض للتعرف على مرض مميت.

إن الوصف الموجز التالي لحالة مسز كيه - K مثال على مريضة استخدمت الإنكار بشكل هائل لفترة طويلة ويظهر معالجتنا لها من وقت حجزها حتى وفاتها بعد عدة أشهر.

كانت مسز كيه - K امرأة كاثوليكية بيضاء تبلغ من العمر ثمانية وعشرين عامًا،

وكانت أمًا لطفلين في سن ما قبل المدرسة. وقد حجزت في المستشفى بسبب مرض في الكبد ميؤوس من شفائه. وكان اتباع نظام غذائي دقيق للغاية والاختبارات المعملية اليومية إلزامية لإبقائها على قيد الحياة.

قيل لنا إنها زارت عيادة طبية قبل يومين من دخولها المستشفى وقيل لها إنه لا يوجد أمل في الشفاء. وقد أفاد أفراد الأسرة أن المريضة «انهارت» حتى طمأنها أحد الجيران بأن هناك دائمًا بعض الأمل، وشجعها على حضور خيمة اجتماع⁽²⁴⁾ حيث تم شفاء العديد من الناس. ثم سألت المريضة عن كاهنها ليقدم لها الدعم ولكنه طلب منها عدم الذهاب إلى معالج ديني.

في يوم السبت، بعد يوم من زيارة العيادة، ذهبت المريضة إلى هذا المعالج الديني و«شعرت بإحساس رائع على الفور». وقد عثرت عليها حماتها يوم الأحد وهي في حالة ذهول، بينما كان الزوج في الخارج في العمل وتركت الطفلين الصغيرين بمفردهما بدون إطعام أو رعاية. وقد أحضرها الزوج وحماتها إلى المستشفى وغادرا قبل أن يتمكن الطبيب من أن يتحدث إليهما.

سألت المريضة عن قسيس المستشفى «لتخبره بالبشارة». حين دخل غرفتها رحبت به وهي في مزاج عالٍ: «آه يا أبي، كان هذا رائعًا. لقد شفيت. سوف أظهر للأطباء أن الرب سوف يشفيني. أنا بخير الآن.» وأعربت عن أسائها لأن «حتى كنيسة لم تفهم كيف يعمل الرب»، مشيرة إلى نصيحة الكاهن بعدم زيارة خيمة الاجتماع.

كانت المريضة تمثل مشكلة بالنسبة للأطباء لأنها أنكرت مرضها بالكامل تقريبًا ولم تعد مصدر ثقة على الإطلاق فيما يتعلق بتناولها للطعام. كانت تأكل بنهم شديد من حين إلى آخر لدرجة أنها كانت تدخل في غيبوبة؛ وفي بعض الأحيان كانت تتبع الأوامر بطاعة. ولهذا السبب طلب الأطباء الاستشارة النفسية.

(24) - خيمة اجتماع tabernacle: مكان عبادة لبعض مجموعات المسيحيين (المترجم).

حين رأينا المريضة كانت مبتهجة بشكل غير لائق، تضحك وتقهقه، وتطمئننا بأنها بخير تمامًا. وكانت تتجول في الجناح لتزور المرضى وطاقم المستشفى، في محاولة لجمع المال من أجل شراء هدية لأحد الأطباء الذين كان لديها إيمان كبير به، وقد بدا أن ذلك يشير إلى وعي جزئي على الأقل بحالتها الحالية. كان التعامل معها يمثل مشكلة صعبة لأنها لم تكن مصدر ثقة بشأن نظامها الغذائي وأدويتها «ولم تتصرف على أنها مريضة». كان إيمانها بسلامتها راسخاً وأصررت على أن تسمع تأكيداً له.

وقد كشفت مناقشة مع الزوج عن أنه رجل بسيط إلى حد ما غير انفعالي يعتقد جدياً بأنه كان من الأفضل لزوجته أن تعيش فترة قصيرة في البيت مع الطفلين بدلاً من إطالة معاناتها بالبقاء في المستشفى لفترة طويلة والتكاليف اللامتناهية وكل تقلبات مرضها المزمّن. كان لديه القليل من التعاطف معها وكانت مشاعره منفصلة على نحو مؤثر تماماً عن سياق أفكاره. لقد روى بشكل واقعي استحالة وجود بيئة منزلية مستقرة، حيث يعمل في الليل ويقيم الطفلان في الخارج خلال الأسبوع. ونحن نستمع إليه ونضع أنفسنا في موقعه، كنا قادرين على تقدير أنه لا يمكنه التعامل مع وضع حياته الحالي إلا بهذه الطريقة المنفصلة. لم نكن قادرين على ربط بعض احتياجاتها به، على أمل أن يؤدي تعاطفه إلى تقليل احتياجاتها إلى مثل هذا الإنكار، مما يجعلها أكثر قابلية للعلاج الفعال. وغادر المقابلة كما لو أنه قد أكمل مهمة إجبارية، وكان من الواضح أنه غير قادر على تغيير موقفه.

تمت زيارة مسز كيه - K على فترات منتظمة. وكانت تقدر دردشاتنا التي تناولت الأحداث اليومية والاستفسارات حول احتياجاتها. وكانت تضعف تدريجياً وكانت - لمدة أسبوعين - تغفو تماماً وتمسك بأيدينا، ولا تتكلم كثيراً. بعد ذلك، كان ارتباكها يتفاقم باستمرار، وكانت مشوشة، وكانت تعاني من هذات عن أن زوجها قد أحضر لها غرفة نوم جميلة مليئة بالورود العطرة. حين أصبح ذهنها أكثر صفاء، حاولنا مساعدتها بالفنون والحرف اليدوية لجعل الوقت يمر

بشكل أسرع إلى حد ما. وكانت قد أمضت وقتاً طويلاً من الأسابيع الماضية بمفردها في غرفة، مع إغلاق الباب المزدوج عليها، ولم يدخل إليها سوى عدد قليل من طاقم المستشفى نظرًا لأنهم كانوا يشعرون بأنه لا يوجد ما يمكنهم القيام به. وقد برر طاقم المستشفى تجنبهم لها من خلال ملاحظات مثل، «إنها مرتبكة جدًا بدرجة تجعلها لا تعرف شيئًا» أو «لا أعرف ماذا أقول لها، لديها مثل هذه الأفكار المجنونة.»

حين شعرت بهذه العزلة والوحدة المتزايدة، لوحظ في كثير من الأحيان أنها ترفع سماعة التليفون: «فقط لأسمع صوتًا.»

حين وضعت على نظام غذائي خالٍ من البروتين، جاعت بشدة وفقدت الكثير من الوزن. كانت تجلس على سريرها ممسكة بأكياس صغيرة بها سكرين أصابعها وتقول، «هذا السكر سوف يقتلني في النهاية». جلستُ معها، وحين أمسكت بيدي قالت: «لك مثل هذين اليدين الدافئتين. أتمنى أن تكوني معي حين أشعر بأنني أكثر برودة». ابتسمتُ ابتسامة تنم عن الفهم. كانت تعرف وكنت أعرف أنها في هذه اللحظة قد تخلت عن إنكارها. وكانت تستطيع أن تفكر في موتها وتحدث عنه ولم تطلب إلا الشعور ببعض الارتياح في ظل الرفقة في المرحلة النهائية بدون أن تجوع بشدة. لم نتبادل أكثر من الكلمات المذكورة أعلاه؛ لقد جلسنا فقط في صمت لبعض الوقت، وحين كنت أعادرس سألت إذا كنت متأكدة من العودة وإحضار تلك الفتاة الرائعة (أخصائية العلاج المهني) معي، التي ساعدتها في صنع بعض الأعمال الجلدية من أجل أفراد عائلتها «وبالتالي يكون لديهم شيء يتذكرونني.»

لا يعرف أفراد طاقم المستشفى، سواء كانوا من الأطباء أو الممرضات أو الأخصائيين الاجتماعيين أو القساوسة، ما يقترفونه من خطأ حين يتجنبون مثل هؤلاء المرضى. إذا كان المرء مهتمًا بسلوك الإنسان، في أشكال التكيف وآليات

الدفاع التي يضطر البشر إلى استخدامها من أجل التعامل مع مثل هذه الضغوط، فهذا هو المكان المناسب للتعرف عليها. إذا جلسوا واستمعوا، وكرروا زيارتهم، وإذا كان المريض لا يشعر بالرغبة في التحدث في اللقاء الأول أو الثاني، فسرعان ما ينمو لدى المريض شعور بالثقة بأن هناك شخصًا مهتمًا به، ومتاحًا له، ومنتظر بالقرب منه.

حين يكون المرضى على استعداد للتحدث، سوف يفتحون ويعبرون عن شعورهن بالوحدة، أحيانًا بالكلمات، وأحيانًا بإيماءات قليلة أو بوسيلة من وسائل التواصل غير اللفظي. في حالة مسز كيه - K لم نحاول قط أن نكسر إنكارها، ولم نعارضها قط حين أكدت لنا أنها في حالة جيدة. وقد أكدنا للتو أنه ينبغي عليها أن تتناول أدويتها وتلتزم بنظامها الغذائي إذا أرادت العودة إلى البيت لطفليها. وكانت في بعض الأيام تأكل فيها كميات كبيرة من الأطعمة الممنوعة، إلا أنها عانت ضعف ما كانت تعانيه في الأيام التالية. وكان هذا أمرًا لا يحتمل وقد قلنا لها ذلك. كان هذا جزءًا من الواقع الذي لا يمكن أن ننكره معها. لذا، بطريقة ما، أخبرناها بشكل ضمني بأنها مريضة للغاية. ولم نفعل ذلك صراحةً لأنه كان من الواضح أنها غير قادرة على تحمل الحقيقة في تلك المرحلة من مراحل مرضها. وبعد مرور وقت طويل، بعد أن مرت بمراحل ذهول يشبه الغيبوبة وانسحاب شديد، ومراحل من الارتباك مع هذات عن رعاية زوجها المحب الحنون التي عبرت عنها بالأزهار، اكتسبت القدرة على أن تنظر إلى واقع حالتها واستطاعت أن تطلب المزيد من الطعام اللذيذ والرفقة النهائية، وقد شعرت أنها لن تأتي من أفراد عائلتها.

وأنا متأكدة، بالنظر إلى هذه العلاقة الطويلة والهادفة، من أنها لم تكن ممكنة إلا لأن المريضة شعرت بأننا نحترم رغبتها في إنكار مرضها لأطول فترة ممكنة. لم نصدر مطلقًا أحكامًا سريعة بغض النظر عن حجم مشكلة المعالجة التي كانت تمثلها مشكلتها. (صحيح، كان ذلك أسهل بكثير بالنسبة لنا لأننا كنا نوعًا من

العاملين الزائرين ولسنا مسؤولين عن توازن نظامها الغذائي أو لسنا حولها طوال اليوم ننتقل من خبرة محبطة إلى أخرى.) واصلنا زيارتنا لها حتى في الأوقات التي كانت فيها غير عقلانية تمامًا ولم تستطع أن تتذكر وجهنا ولا الدور المهني الذي كنا نقوم به. وعلى المدى الطويل، يساعد دور الرعاية المستمرة التي يقدمها المعالج الذي تعامل مع عقده الخاصة، أو عقدها، تجاه الموت بشكل كاف، المريض على التغلب على القلق والخوف من موته الوشيك. وقد طلبت مسز كيه K شخصين في أثناء أيامها الأخيرة في المستشفى؛ كان أحدهما المعالج الذي كانت تتبادل معه بضع كلمات إن تبادلت معه أي كلمات في ذلك الوقت، وأحيانًا تمسك اليدين وتعبر عن قلق أقل وأقل بشأن الطعام أو الألم أو عدم الارتياح. وكان الشخص الآخر المعالجة المهنية التي ساعدتها على نسيان الواقع لبعض الوقت وسمحت لها بأن تعمل بصفقتها امرأة مبدعة ومنتجة، لتصنع أشياء سوف تتركها لأفراد عائلتها - ربما باعتبارها علامات صغيرة من علامات الخلود.

وأنا أستخدم هذا المثال لتوضيح أننا لا نذكر دائمًا صراحة أن المريض مصاب في الحقيقة بمرض ميؤوس من شفائه. إننا نحاول استنباط احتياجات المرضى أولاً، ونحاول أن ندرك نقاط قوتهم ونقاط ضعفهم، ونبحث عن نقاط تواصل علنية أو خفية لتحديد مدى رغبة المريض في مواجهة الواقع في لحظة معينة. وهذه المريضة، وهي مريضة استثنائية من نواح كثيرة، أوضحت تمامًا منذ البداية أن الإنكار ضروري لكي تظل عاقلة. وعلى الرغم من أن العديد من طاقم المستشفى اعتبروها مريضة ذهانية بشكل واضح، إلا أن الاختبارات أظهرت أن إحساسها بالواقع كان سليمًا على الرغم من المظاهر التي تشير إلى عكس ذلك. وقد علمنا منها أنها لم تكن قادرة على قبول رغبة أفراد أسرتها في أن يروها ميتة «وكلمها كان ذلك أسرع كان أفضل»، لم تكن قادرة على الاعتراف بنهايتها وقد بدأت للتو في الاستمتاع بطفليها الصغيرين، وتمسكت بشدة بالتعزيز الذي قدمه المعالج الديني الذي أكد أن صحتها ممتازة.

ومع ذلك، كان هناك جزء آخر منها يدرك مرضها تمامًا. لم تقا تل من أجل أن تخرج من المستشفى؛ قد شعرت، في الواقع، بارتياح تام فيها. وقد أحاطت نفسها بعدد كبير من العناصر المألوفة لها كما لو كانت ستبقى فيها لفترة طويلة. (لم تغادر المستشفى قط). كما قبلت الترتيبات المحددة التي وضعناها لها. أكلت ما طلب منها أن تأكله، مع استثناءات قليلة حين كانت تأكل بنهم شديد. واعترفت في وقت لاحق بأنها غير قادرة على أن تعيش في ظل الكثير من القيود وأن المعاناة كانت أسوأ من الموت نفسه. وقد ينظر المرء إلى نوبات الإفراط في تناول الأطعمة المحظورة على أنها شكل من أشكال محاولة الانتحار، من حيث أنها كانت تؤدي إلى زوال سريع إذا لم يتدخل طاقم المستشفى بهذه القوة.

وبطريقة ما، أظهرت هذه المريضة تذبذبًا بين إنكار شبه كامل لمرضها ومحاولة متكررة للاقتراب من موتها. وقد تعرضت لرفض أفراد عائلتها لها، وغالبًا ما كان يتجاهلها طاقم المستشفى أو يهملونها، أصبحت شخصية يرثى لها، شابة شعناء المظهر تجلس وحيدة يائسة على حافة سريرها، تمسك التليفون لتسمع صوتًا. وقد جدت ملاذًا مؤقتًا في هذات الجمال والزهور والعناية المحببة التي لم تستطع الحصول عليها في الحياة الحقيقية. لم يكن لديها خلفية دينية مناسبة تساعد عليها خلال هذه الأزمة وتطلب الأمر أسابيع وشهورًا من الرفقة الصامتة في كثير من الأحيان لمساعدتها على قبول موتها في النهاية بدون انتحار وبدون أن تصاب بذهان.

كانت ردود أفعالنا تجاه هذه الشابة متنوعة. في البداية كان هناك عدم تصديق مطلق. كيف يمكن أن تتظاهر بأنها تتمتع بصحة جيدة حين كانت مقيدة للغاية في تناولها للطعام؟ كيف استطاعت أن تبقى في المستشفى وتخضع لكل تلك الفحوصات إذا كانت مقتنعة حقًا بأنها بصحة جيدة؟ سرعان ما أدركنا أنها غير قادرة على سماع مثل هذه الأسئلة وشرعنا في التعرف عليها بشكل أفضل من خلال التحدث عن أمور أقل إيلا مًا. لقد كانت شابة ومرحة، ولديها طفلان صغيران وعائلة غير داعمة، مما ساهم كثيرًا في محاولتنا لمساعدتها على الرغم من

إنكارها لفترة طويلة. وقد سمحنا لها بإنكار كل ما هو ضروري لبقائها على قيد الحياة وبقينا متاحين لها طول فترة إقامتها في المستشفى.

حين ساهم طاقم المستشفى في عزلتها، كنا نميل إلى الغضب منهم وجعلنا إبقاء الباب مفتوحًا أمرًا روتينيًا، فقط لنجده مغلقًا مرة أخرى في زيارتنا التالية لها. ونحن نصبح أكثر دراية بخصائصها المميزة، بدت هذه الخصائص أقل غرابة بالنسبة لنا وبدأنا في فهم معناها بشكل أكبر، مما زاد من الصعوبات التي نواجهها في تقدير احتياجات المرضات لتجنب المريضة. وفي النهاية، أصبح الأمر مسألة شخصية، شعورًا بالتعرف على لغة أجنبية مع شخص غير قادر على التواصل مع الآخرين.

ليس هناك شك في أننا انخرطنا بعمق مع هذه المريضة، بما يتجاوز التدخل المعتاد للعاملين في مستشفى. وفي محاولة لفهم أسباب هذا الانخراط، علينا أيضًا أن نضيف أن بعضه كان تعبيرًا عن إحباطنا لعدم قدرتنا على جعل أفراد العائلة يلعبون دورًا أكثر فائدة لهذه المريضة المثيرة للشفقة. ربما عبر غضبنا عن نفسه في تولينا دور الزائر المطمئن الذي توقعنا أن يكون الزوج. وربما - من يدري - كانت هذه الحاجة إلى توسع من نشاطنا في ظل هذه الظروف تعبيرًا عن رغبة غير واعية في ألا يتم رفضنا يومًا ما إذا كان على القدر أن يجيء لنا شيئًا مماثلًا. وبعد كل شيء، كانت امرأة شابة لديها طفلان صغيران - وفي وقت لاحق بدأت أتساءل عما إذا كنت مستعدة إلى حد ما لدعم إنكارها.

ويوضح هذا الأمر الحاجة إلى فحص ردود أفعالنا عن كذب عند العمل مع المرضى حيث تنعكس دائمًا على سلوك المريض ويمكن أن تساهم بشكل كبير في سلامته أو إلحاق الضرر به. إذا كنا على استعداد لإلقاء نظرة صادقة على أنفسنا، فيمكن أن يساعدنا ذلك في نمونا ونضجنا. ولا يوجد عمل أكثر ملاءمة لهذا من التعامل مع المرضى المعتلين بشدة أو المسنين أو المحتضرين.

IV

المرحلة الثانية: الغضب

نقرأ العالم خطأً ونقول إنه يخذلنا.

طاغور، من طيور شاردة، 75

إذا كان رد فعلنا الأول على خبر كارثي هو، «لا، هذا ليس صحيحًا، لا، لا يمكن أن تصيبي»، يجب أن يفسح هذا المجال لرد فعل جديد، حين ندرك الحقيقة في النهاية: «أوه، نعم، إنه أنا، لقد أصابتنى، لم تكن غلطة». ولحسن الحظ أو للأسف، هناك عدد قليل جدًا من المرضى قادرين على الحفاظ على عالم خيالي يتمتعون فيه بصحة جيدة إلى أن يموتوا.

حين يتعذر الحفاظ على المرحلة الأولى، مرحلة الإنكار، تحل محلها مشاعر الغضب والغيب والحسد والاستياء. ويصبح السؤال المنطقي التالي: «لماذا أنا؟» كما قال أحد مرضانا، الدكتور جي-G:

«أفترض أن أي شخص في موقعي قد ينظر إلى شخص آخر ويقول: «حسنًا، لماذا لم يكن هو؟» وقد خطرت هذه الفكرة على بالي عدة مرات نزل إلى الشارع رجل عجوز أعرفه منذ أن كنت طفلًا صغيرًا. كان يبلغ من العمر اثنين وثمانين عامًا، ولم يعد له دور على الأرض بقدر ما يمكن لنا نحن البشر أن نقول. إنه يعاني من الروماتيزم، ويعاني من الشلل، وهو قذر، إنه ببساطة ليس من النوع

الذي يود المرء أن يكون عليه. وصدمتني الفكرة بشدة، الآن لماذا لم يكن جورج العجوز وليس أنا؟»

(مقتطف من مقابلة مع الدكتور جي -G)

على عكس مرحلة الإنكار، يصعب التعامل مع هذه المرحلة من الغضب من وجهة نظر أفراد الأسرة وطاقم المستشفى. والسبب في ذلك هو حقيقة أن هذا الغضب ينتقل في جميع الاتجاهات وينتقل إلى البيئة في بعض الأحيان بشكل عشوائي تقريبًا. إن الأطباء ليسوا جيدين تمامًا، فهم لا يعرفون ما هي الاختبارات المطلوبة وما هو النظام الغذائي الذي يجب وصفه. وهم يحتفظون بالمرضى لفترة طويلة في المستشفى أو لا يحترمون رغباتهم فيما يتعلق بالامتيازات الخاصة. إنهم يسمحون بإحضار رفيق بائس إلى غرف المرضى حين يدفعون مبالغ كبيرة مقابل بعض الخصوصية والراحة، وما إلى ذلك. وفي كثير من الأحيان تكون الممرضات هدفًا لغضب المرضى. إن كل ما يلمسونه ليس صحيحًا. وفي اللحظة التي يغادرن فيها الغرفة، يرن الجرس. يضاء النور في اللحظة التي يبدأن فيها كتابة تقريرهم عن الدوريات التالية للممرضات. وحين يقومون بهز الوسائد وترتيب الأسرة، يتم إلقاء اللوم عليهن لعدم ترك المرضى بمفردهم. وحين يتركن المرضى بمفردهم، يضاء الضوء مع طلب بترتيب السرير بشكل أكثر راحة. ويتم استقبال أفراد الأسرة الزائرة بقليل من البهجة والترقب، مما يجعل اللقاء حدثًا مؤلمًا. ثم يكون رد فعلهم بعد ذلك الشعور بالأسى والبكاء، والشعور بالذنب أو الخجل، أو يتجنبون الزيارات المستقبلية، مما يزيد فقط من انزعاج المريض وغضبه.

تكمن المشكلة هنا في أن قلة من الناس يضعون أنفسهم في موقف المريض ويتساءلون من أين قد يأتي هذا الغضب. ربما نشعر بالغضب نحن أيضًا إذا توقفت جميع أنشطة حياتنا قبل الأوان؛ إذا كانت جميع المباني التي بدأناها غير

مكتملة، وعلى شخص آخر أن يكملها؛ إذا وضعنا بعض الأموال التي كسبناها بشق الأنفس جانبًا للاستمتاع ببضع سنوات من الراحة والاستمتاع، للسفر وممارسة الهوايات، فقط لنواجه بعد ذلك حقيقة أن «هذا ليس لي» ماذا نفعل أيضًا بغضبنا، لكن دعه يخرج إلى الأشخاص الذين من المرجح أن يستمتعوا بكل هذه الأشياء؟ والأشخاص الذين يسارعون في الانشغال فقط بتذكيرنا بأنه لا يمكننا حتى أن نقف على قدمينا بعد الآن. الأشخاص الذين يطلبون اختبارات مزعجة والإقامة لفترات طويلة في المستشفى بكل نظمها وقبورها وتكاليفها، بينما يمكنهم في نهاية اليوم العودة إلى البيت والاستمتاع بالحياة. الأشخاص الذين يطلبون منا أن نرقد في سكون حتى لا يكون هناك اضطراب إلى البدء في إعادة تناول المحاليل أو نقل الدم، حين نشعر بالرغبة في القفز من جلدنا للقيام بشيء من أجل معرفة أننا ما زلنا نؤدي وظائفنا على مستوى ما!

أينما نظر المريض في هذا الوقت، فسوف يجد مظالم. قد يفتح التلفزيون فقط ليجد مجموعة من الشباب المبتهجين يقومون ببعض الرقصات الحديثة التي تجعله يشعر بالغضب حين تكون كل حركة يقوم بها مؤلمة أو محدودة. قد يشاهد فيلمًا غريبًا يتم فيه إطلاق النار على أشخاص بدم بارد مع استمرار مشاهدين مختلفين في شرب البيرة. سوف يقارنهم بأفراد أسرته أو بطاقم المستشفى. قد يستمع إلى الأخبار المليئة بتقارير عن الدمار والحرب والحرائق والمآسي - أخبار تناول أمورًا بعيدة عنه، لا تهتم بقتال فرد ومحتته، فرد سوف يُنسى في القريب العاجل. ومن ثم يحرص هذا المريض على ألا يُنسى. سوف يرفع صوته، وسوف يكثر من الطلبات، ويشتكى ليلفت الانتباه، ربما بمثابة صرخة مدوية أخيرة، «أنا على قيد الحياة، لا تنسوا ذلك. يمكن أن تسمعوا صوتي، أنا لم أمت بعد!»

والمريض الذي يتم احترامه وفهمه، المريض الذي يمنح قدرًا من الاهتمام ويمنح بعض الوقت، سوف يخفض صوته بسرعة ويقلل من مطالبه التي تتسم بالغضب. وسوف يعرف أنه إنسان له قيمته، يتم الاعتناء به، ويسمح له بأن

يؤدي وظائفه على أعلى مستوى ممكن لأطول فترة ممكنة. سوف يتم الاستماع إليه بدون أن يحتاج إلى الدخول في نوبة غضب، وسوف تتم زيارته بدون أن يقرع الجرس في كثير من الأحيان لأن الدخول إلى غرفته ليس مجرد واجب ضروري ولكنه متعة.

ربما تكون المأساة أننا لا نفكر في أسباب غضب المرضى ونتعامل مع الأمر تعاملًا شخصيًا، في حين أنه في الأصل لا علاقة له بالأشخاص الذين أصبحوا هدفًا للغضب. حين يتفاعل العاملون في المستشفى أو أفراد الأسرة تفاعلًا شخصيًا مع هذا الغضب، فإنهم يستجيبون بغضب متزايد من جانبهم، ولا يغذون سوى السلوك العدائي للمريض. قد يستخدمون التجنب وتقصير الزيارات أو الجولات أو قد يدخلون في حجج غير ضرورية من خلال الدفاع عن موقفهم، بدون أن يعرفوا أن المسألة في كثير من الأحيان لا علاقة لها بهم على الإطلاق.

مثال على الغضب المبرر الناجم عن رد فعل الممرضة هو حالة مستر إكس X. كان يستلقي في السرير لعدة أشهر وقد سُمح له للتو بالابتعاد عن جهاز التنفس الصناعي لوضع ساعات في أثناء النهار. وكان قد عاش حياة مارس فيها الكثير من الأنشطة وكان من الصعب أن يكون مقيدًا تمامًا بهذا الشكل. كان يدرك تمامًا أن أيامه صارت معدودة، وكانت أمنيته الكبرى أن ينتقل إلى أوضاع مختلفة (كان قد أصيب بالشلل حتى رقبتة). وقد توسل إلى الممرضة ألا تضع دعائم جانبية على السرير أبدًا لأنها تذكره بأنه في تابوت. وافقت الممرضة، التي كانت عدوانية جدًا تجاه هذا المريض، على عدم وضعها في جميع الأوقات. كانت هذه الممرضة الخاصة تغضب بشدة حين يزعجها أحد في أثناء القراءة، وكانت تعلم أنه سوف يبقى صامتًا طالما كانت تحقق له هذه الرغبة.

خلال زيارتي الأخيرة إلى مستر إكس X، رأيت أن هذا الرجل المحترم كان

مختدًا عادة. قال مرارًا وتكرارًا لمرضته، «لقد كذبت عليّ»، وهو يحدق فيها بغضب في حالة من عدم التصديق. وقد سألتُه عن سبب هذا الانفجار. حاول أن يخبرني أنها رفعت الدعوات الجانبية بمجرد أن طلب وضعها في وضع مستقيم حتى يتمكن من إخراج ساقيه من السرير «مرة أخرى». قاطعت الممرضة هذا الحديث عدة مرات، وكانت غاضبة بالقدر نفسه، وقد ذكرت القصة بطريقتها، أي أنه كان عليها أن ترفع الدعوات الجانبية من أجل الحصول على المساعدة لتلبية مطالبه. تلا ذلك جدل صاخب جاء التعبير خلاله عن غضب الممرضة في أفضل صورة في تصريحها بأنها: «لو كنتُ قد تركتُها، لسقطتَ من فوق السرير وفتح رأسك». إذا نظرنا إلى هذا الحادث مرة أخرى في محاولة لفهم ردود الفعل بدلًا من إصدار حكم عليها، يجب أن ندرك أن هذه الممرضة استخدمت أيضًا التجنب من خلال الجلوس في الزاوية لقراءة الكتب ذات الأغلفة الورقية وحاولت «بأي ثمن» الحفاظ على هدوء المريض. كانت تشعر بعدم الارتياح الشديد في رعاية مريض مصاب بمرض ميؤوس من شفائه ولم تواجهه طوعًا أو تحاور إجراء حوار معه. وقد قامت «بواجبها» بالجلوس في الغرفة نفسها، لكنها كانت على المستوى النفسي بعيدة عنه قدر ما تستطيع. كانت هذه هي الطريقة الوحيدة التي تمكنت من خلالها هذه المرأة من القيام بهذه المهمة. تمت له موته («فتح رأسك») وطلبت منه صراحة أن يستلقي ساكنًا وهادئًا على ظهره (كما لو كان بالفعل في تابوت). كانت تسخط حين يطلب منها أن تحركه، وهو ما كان بالنسبة له علامة على أنه لا يزال على قيد الحياة وهو ما كانت تريد أن تنكره. ومن الواضح أنها كانت مرعوبة للغاية من القرب من الموت لدرجة أنها اضطرت إلى الدفاع عن نفسها ضده بالتجنب والعزلة. وقد عززت رغبتها في أن تجعله هادئًا وفي ألا يتحرك من خوف المريض من الجمود والموت. كان محرومًا من التواصل، وحيدًا ومعزولًا وعاجزًا تمامًا في عذابه وغضبه المتفاقم. وحين قوبل مطلبه الأخير بتقييد متزايد في البداية (الغلق عليه بشكل رمزي مع رفع الدعوات

الجانبية)، أفسح غضبه الذي لم يعبر عنه من قبل المجال لهذا الحادث المؤسف. إذا لم تشعر المريضة بالذنب تجاه رغباتها المدمرة، فمن المحتمل أن تستخدم آليات دفاعية بشكل أقل وتجادل بشكل أقل، وبالتالي تمنع وقوع الحادث في المقام الأول وتسمح للمريض بأن يعبر عن مشاعره ويموت بشكل أكثر راحة بعد ذلك ببضع ساعات.

إنني أستخدم هذه الأمثلة للتأكيد على أهمية أن نتحمل غضب المريض سواء كان غضبًا مبررًا أو غير مبرر. وغني عن القول، إننا لا يمكن أن نقوم بذلك إلا إذا تخلينا عن الخوف حتى لا نضع أنفسنا في وضع دفاعي. وعلينا أن نتعلم الاستماع إلى مرضانا وحتى أن نتقبل في بعض الأحيان بعض الغضب غير المبرر، مع العلم بأن الارتياح نتيجة التعبير عن هذا الغضب سوف يساعدهم على تقبل الساعات الأخيرة بشكل أفضل. ولا يمكن لنا أن نفعل ذلك إلا حين نكون قد واجهنا مخاوفنا الخاصة من الموت، ورغباتنا المدمرة، وأدركنا طبيعة آلياتنا الدفاعية الخاصة التي قد تتعارض مع رعاية مرضانا.

ثمة مريض يمثل مشكلة أخرى هو الرجل الذي كان مسيطرًا طوال حياته وكان يتفاعل بغيظ وغضب حين يضطر إلى التخلي عن هذه السيطرة. أتذكر مستر أوه- O الذي نقل إلى المستشفى بسبب إصابته بمرض هودجكين⁽²⁵⁾ وقد ادعى أنه ناجم عن عاداته الغذائية السيئة. كان رجل أعمال ثريًا وناجحًا ولم يكن لديه أي مشكلة في تناول الطعام، ولم يضطر قط إلى اتباع نظام غذائي لفقدان الوزن. كانت روايته غير واقعية على الإطلاق، لكنه أصر على أنه هو وحده السبب في «هذا الضعف». وقد استمر هذا الإنكار على الرغم من العلاج الإشعاعي ومعرفته وذكائه الفائقين. ادعى أنه كان في يديه أن ينهض ويخرج من المستشفى في اللحظة التي يقرر فيها أن يتناول المزيد من الطعام.

(25) - مرض هودجكين Hodgkin's disease: نوع من سرطانات الدم يبدأ في الجهاز اللمفاوي (المترجم).

جاءت زوجته ذات يوم إلى مكتبي والدموع في عينيها. قالت إن من الصعب عليها أن تتحمل الأمر بعد الآن. لقد كان دائمًا طاغية وكان يسيطر بشدة على أعماله وحياته المنزلية. والآن بعد أن أصبح في المستشفى، رفض السماح لأي شخص بمعرفة المعاملات التجارية التي يجب أن تتم. وقد غضب منها حين زارته وبالغ في رد فعله حين طرح عليه أسئلة أو حاولت تقديم أي نصيحة له. طلبت مسز أوه-O المساعدة في التعامل مع رجل مستبد كثير الطلبات ومسيطر، لم يكن قادرًا على قبول أوجه قصوره ولا يرغب في أن ينقل إليها بعض الحقائق التي يجب تتطلع عليها.

وقد ضحنا لها - في مثال عن حاجته إلى إلقاء اللوم على نفسه بسبب «ضعفه» - أنه يجب أن يكون مسيطرًا على جميع المواقف وتساءلنا عما إذا كان بإمكانها أن تمنحه المزيد من الشعور بأنه مسيطر، في الوقت الذي فقد فيه السيطرة على الكثير من بيئته. وقد فعلت ذلك من خلال مواصلة زياراتها اليومية له لكنها كانت تتصل به تليفونيًا أولاً، وتسأله في كل مرة عن الوقت والمدة الأكثر ملاءمة للزيارة. وبمجرد أن كان عليه تحديد وقت الزيارات وطولها، أصبحت اللقاءات بينها قصيرة ولكنها ممتعة. أيضًا، توقفت عن إعطائه النصيحة بشأن ما يجب أن يأكله وعدد مرات الاستيقاظ، بل أعادت صياغتها في عبارات مثل، «أراهن أنك فقط تستطيع أن تقرر متى تبدأ في تناول هذا وذاك.» كان قادرًا على تناول الطعام مرة أخرى، ولكن فقط بعد أن توقف جميع العاملين في المستشفى والأقارب عن إخباره بما ينبغي عليه أن يفعله.

استخدم طاقم التمريض الأسلوب نفسه من خلال السماح له بالتحكم في أوقات معينة للحقن، وتغيير مفارش السرير، وما إلى ذلك، وربما لا يكون من المستغرب أنه اختار هذه الإجراءات الأوقات نفسها تقريبًا التي كانت تجرى فيها من قبل، بدون أن يتضمن ذلك غضبًا أو صراعات. صارت زوجته وابنته تستمتعان بالزيارة أكثر وشعرتا أيضًا بقدر أقل من الغضب والذنب بشأن ردود

أفعالها تجاه هذا الزوج والأب المريض جدًّا، الذي كانت الحياة معه صعبة حين كان بصحة جيدة، ولكنه أصبح لا يطاق تقريبًا حين كان في وضع يجعله يفقد السيطرة على بيئته.

بالنسبة إلى الاستشاري أو الطبيب النفسي أو قسيس المستشفى أو أي موظف آخر، يمثل هؤلاء المرضى صعوبة بالغة لأن وقتنا يكون محدودًا في العادة وعبء العمل ثقيل علينا. وحين نجد في النهاية وقت فراغ لزيارة مريض مثل مستر أوه- O، يقال لنا: «ليس الآن، تعالوا في وقت لاحق.» من السهل جدًّا إذن نسيان هؤلاء المرضى، وتركهم؛ إنهم، على الرغم من كل شيء، هم الذين جلبوا ذلك لأنفسهم. لقد أتاحت لهم فرصتهم ووقتنا محدود. ومع ذلك، فإن المريض من عينة مستر أوه O هو الأكثر شعورًا بالوحدة، ليس فقط لأن من الصعب أن نتحملة ولكن لأنه يرفض في البداية ولا يمكن أن يقبل شيئًا إلا حين يكون وفقًا لشروطه. وفي هذا الصدد، ربما يكون الثري والناجح، الشخص المسيطر بالغ الأهمية هو الأسوأ حالًا في ظل هذه الظروف، لأنه يفقد الأشياء التي جعلت الحياة مريحة بالنسبة له. إننا في النهاية متشابهون جميعًا، لكن مستر أوه- O وأمثاله لا يمكن أن يعترفوا بذلك. إنهم يخوضون معركتهم حتى النهاية وغالبًا ما يفوتون فرصة الوصول إلى قبول متواضع للموت باعتباره نتيجة نهائية. إنهم يثرون الرفض والغضب، ومع ذلك فهم الأكثر يأسًا على الإطلاق.

تقدم المقابلة التالية مثالًا على غضب المريضة المحتضرة. كانت الأخت آي I راهبة شابة أُعيد إدخالها إلى المستشفى بسبب مرض هودجكين. والمقابلة نسخة شفوية من مناقشة أجراها القسيس والمريضة وأنا في أثناء حجزها في المستشفى في المرة الحادية عشرة.

كانت الأخت آي- I مريضة سريعة الغضب وكثيرة الطلبات وقد أثارت استياء الكثيرين داخل المستشفى وخارجها بسبب سلوكها. كلما أصبحت عاجزة

أكثر، أصبحت مشكلة التعامل معها أكثر صعوبة بالنسبة لطاقم التمريض. لقد اعتادت على الانتقال من غرفة إلى أخرى في أثناء إقامتها في المستشفى، وزيارة المرضى المعتلين بصورة بشدة والكشف عن احتياجاتهم. ثم تقف أمام مكتب الممرضات وتطلب الاهتمام بهؤلاء المرضى، وهو ما كانت تستاء منه الممرضات باعتباره تدخلاً في عملهن وسلوكاً غير لائق. ونظرًا لأنها كانت معتلة تمامًا، لم يواجهنها بسلوكها غير المقبول، لكنهن أعربن عن استيائهن من خلال القيام بزيارات أقصر إلى غرفتها، وتجنب التواصل معها، وتقصير لقاءاتهن معها. ويبدو أن الأمور كانت تسير من سيئ إلى أسوأ، وحين تدخلنا بدا الارتياح على الجميع لأن شخصًا آخر على استعداد لرعاية الأخت آي-I. سُئلت الأخت عما إذا كانت على استعداد للحضور إلى السيمينار الذي نعقده لتطلعنا على بعض أفكارها ومشاعرها. بدت حريصة جدًا على تقديم ما طلب منها؛ وقد أجرينا معها المناقشة التالية قبل وفاتها ببضعة أشهر.

القسيس: حسنًا، لقد تحدثنا قليلًا هذا الصباح عن الغرض من المؤتمر. وأنت تعلمين أن الأطباء والممرضات مهتمون بشأن الكيفية التي قد نستجيب بها استجابة أكثر فعالية للمرضى المصابين بأمراض خطيرة. لن أقول إنك أصبحت عضوًا ثابتًا هنا، لكن الكثير من الناس يعرفونك. نزلنا إلى القاعة وأعتقد أننا لم نقطع أكثر من ثمانين قدمًا وتوقف أربعة من مختلف العاملين في المستشفى لإلقاء التحية عليك.

المریضة: قبل أن تأتوا مباشرة فتحت مشرفة كانت تشمع الأرضيات الباب لمجرد أن تقول لي «مرحبًا». لم أرها من قبل. اعتقدت أن هذا كان أمرًا رائعًا. قالت: «أردت فقط أن أرى كيف حالك (ضحكة) لأنني لا أعرف»

الدكتورة: لرؤية أخت في المستشفى؟

المريضة: ربما لرؤية أخت في السرير، أو ربما تكون قد سمعتني أو رأيتني في القاعة وأرادت حقاً أن تتحدث معي ثم قررت ألا تقضي الوقت معي. لا أعرف حقاً، لكنني شعرت بذلك. قالت، «أردت فقط أن أقول لك مرحباً.»

الدكتورة: منذ متى وأنت في المستشفى؟ فقط لتقدمي لنا ملخصاً موجزاً للأحداث.

المريضة: هذه المرة قد تكون عملياً منذ أحد عشر يوماً.

الدكتورة: متى تم حجزك في المستشفى؟

المريضة: ليلة الاثنين، منذ أسبوعين.

الدكتورة: لكنك كنت هنا من قبل.

المريضة: هذا هو حجزتي للمرة الحادية عشرة.

الدكتورة: الحجز إحدى عشرة مرة، منذ متى؟

المريضة: منذ عام 1962.

الدكتورة: منذ عام 62 دخلت المستشفى 11 مرة؟

المريضة: نعم.

الدكتورة: هل هذه المرة بسبب المرض نفسه؟

المريضة: لا، لقد تم تشخيصي لأول مرة في عام 53.

الدكتورة: أووه. بم تم تشخيصك؟

المريضة: بأنني مصابة بمرض هودجكين.

الدكتورة: مرض هودجكين.

المريضة: لكن هذا المستشفى به جهاز إشعاع متطور لا يوجد في مستشفانا.

ومع ذلك، في وقت حرجي في المستشفى، كان هناك سؤال حول ما إذا كانوا قد توصلوا إلى التشخيص الصحيح في السنوات الماضية. التقيت الدكتور هنا وخلال خمس دقائق تأكدنا من أنني شخصت التشخيص الصحيح - من أن ما لديّ هو ما قيل لي إنه لديّ.

الدكتورة: كان ذلك مرض هودجكين؟

المريضة: نعم. في حين أن الأطباء الآخرين نظروا إلى الشرائح وقالوا إنني لست مصابة به. في المرة الأخيرة حين تم حرجي، كنت أعاني من طفح جلدي في جميع أنحاء جسدي. ليس طفحًا جلديًا، إنها قروح حقًا، لأنني خدشتها من الحك. يجب أن أقول إن القروح كانت تغطي جسدي. بدوّتُ وكأني مصابة بداء الجدّام وظنوا أنني أعاني من مشكلة نفسية. قلت لهم إنني أعاني من مرض هودجكين واعتقدوا أن هذه هي مشكلتي النفسية، أنني كنت أصر على أنني مصابة به. وحين لم يتمكنوا من أن يحسوا بأي أورام أخرى أحسوا بها في الماضي من تلك الأورام التي كنت مصابة بها ولكنهم سيطروا عليها في بلدي عن طريق الإشعاع. وقالوا إنني لست مصابة بها في هذا الوقت. قلت إنني مصابة بها في هذا الوقت لأنني كنت أشعر بما كنت أشعر به من قبل. فقال الطبيب: «ما رأيك؟» قلت: «كل هذا يرجع إلى مرض هودجكين، على ما أعتقد.» فقال: «أنت محقة تمامًا.» وبالتالي أعاد لي في تلك اللحظة احترامي لذاتي. كنت أعلم أنني قابلت شخصًا هنا قد يعمل معي على علاج هذا المرض ولا يحاول أن يجعلني أشعر بأنني لست مريضة حقًا.

الدكتورة: بمعنى...؟ (الشريط غير مسموع) حسنًا، كان هذا عرضًا جسديًا نفسيًا. (26)

المريضة: نعم، حسنًا، لقد كان من الذكاء حقًا أن يعتقد أن هذه كانت

(26) - عرض جسدي نفسي psychosomatic: الإصابة بعرض أو مرض جسدي نتيجة عوامل نفسية (المترجم).

مشكلتي، وأني اعتقدت أنني مصابة بمرض هودجكين. كان ذلك بسبب عدم تمكنهم من الإحساس بأي من الأورام في البطن حيث تظهر لهم في صورة بالتصوير الوريدي على الفور ولا تظهر في صورة عادية أو في أثناء الخفقان. كان الأمر مؤسفًا لكنه كان شيئًا ينبغي عليّ أن أمر به، هذا كل ما يمكن أن أقوله.

القيس: لكنك شعرت بالارتياح.

المريضة: أوه، أعني ذلك بالضبط، أنا بالتأكيد مرتاحة لأنه لا يمكن حل مشكلة أنني كنت مريضة نفسيًا، حتى أستطيع إثبات أنني مريضة جسديًا. لم أعد أستطيع مناقشة الأمر مع الناس أو الشعور بالارتياح لأنني لم أشعر أنهم كانوا يعتقدون أنني مريضة. تعرفون ما أعنيه، كان علي إخفاء كل تقرحاتي تقريبًا وقد قمت بغسل ملابسني الملوخة بالدماء وذلك بقدر ما أستطيع. لم أشعر بالقبول. إنني متأكدة من أنهم كانوا ينتظرونني لحل مشاكلي، كما تعلمون.

الدكتورة: هل تعملين في مهنة التمريض؟

المريضة: نعم، أعمل في مهنة التمريض.

الدكتورة: أين تعملين؟

المريضة: في مستشفى إس تي - S.T. Hospital وفي ذلك الوقت، حين بدأ هذا كله، كنت قد عينت للتو في منصب مديرة خدمة التمريض. وقد أمضيت ستة أشهر من برنامج الماجستير الخاص بي، ثم قرروا إعادتي إلى المدرسة لتدريس علم التشريح وعلم وظائف الأعضاء مرة أخرى، وهو ما أخبرتهم بأنني لا أستطيع القيام به لأنهما قد ضمًا الآن الكيمياء والفيزياء وقد انقضت عشر سنوات على حصولي على آخر دورة في الكيمياء وقد اختلفت الكيمياء تمامًا الآن. ولذا أرسلوني لحضور دورة في الكيمياء في ذلك الصيف، في الكيمياء العضوية ورسبتُ فيها. كانت هذه هي المرة الأولى التي أرسبت فيها في دورة في حياتي كلها. وتوفي والدي في ذلك العام وتوقفت أعماله، أعني أنه قد حدث صراع بين الأولاد

الثلاثة حول من سوف يقوم بإدارة الشركة مما تسبب في شعور بمرارة لم أكن أعرف أنه يمكن أن يوجد في أسرة. ثم طلبوا مني أن أبيع حصتي. وقد شعرت بسعادة غامرة لأنني ورثت جزءًا من أعمال عائلتنا، وبعد ذلك بدا الأمر تمامًا وكأنني لم أضعه في الحسبان، وأني يمكن استبدالي في عملي، وقد اضطرت إلى تولي وظيفة تدريس لم أشعر بأنني كنت على استعداد لها. استطعت أن أرى أنني كنت أعاني من الكثير من المشكلات النفسية، وبعد ذلك طول الصيف كان هذا الموقف مستمرًا وفي ديسمبر حين كنت أعاني من الحمى والقشعريرة وبدأت في التدريس، وجدت الأمر صعبًا للغاية ومرضت لدرجة أنني اضطرت إلى أن أطلب زيارة طبيب. حتى بعد هذا الوقت لم أكن قد ذهبت إلى الطبيب قط. كنت أبذل أقصى ما في وسعي دائمًا. كان عليّ أن أتأكد من أن الأعراض كانت موضوعية تمامًا، وأن درجة الحرارة كانت مرتفعة بدرجة كافية على مقياس الحرارة لدرجة أنني لم أضطر إلى إقناع أي شخص. قبل أن يهتموا بي، كما تعلمين.

الدكتورة: هذا مختلف تمامًا عما نسمعه عادة. يميل المريض في العادة إلى إنكار مرضه. ولكن كان عليك أن تثبتني بشكل ما أنك مريضة جسديًا.

المريضة: بقدر عدم قدرتي على الحصول على الرعاية بطريقة أخرى، فقد يصل الأمر إلى نقطة أحتاج فيها إلى ذلك بشدة، قد أحتاج إلى أن أكون حرة في الاستلقاء حين أشعر بأنني مفلسة. ومجرد شخصية زائفة ومندفة -

الدكتورة: لا يمكنك الحصول على أي مساعدة أو مساعدة مهنية حين تكون لديك مشكلة نفسية؟ أم أنه من المفترض ألا تعاني من أي مشاكل نفسية؟

المريضة: أعتقد أنهم كانوا يحاولون التعامل مع أعراضني. لم يجرؤوا من تناول الأسبرين ولكنني شعرت أنني لن أصل إلى حقيقة الأمر إلا إذا اكتشفت ذلك (27)

(27) - كان يتم إلقاء اللوم على المريضة بسبب تأخرها بينما كانت هي نفسها متأكدة من أن مرضًا جسديًا يسبب مجموعة متنوعة من الأعراض التي تعاني منها. للتأكد من أنها كانت على حق، ذهبت لزيارة طبيب نفسي أكد إدانتها (المؤلفة).

وذهبت لزيارة طبيب نفسي. وأخبرني بأني مريضة نفسيًا لأنني كنت مريضة جسديًا لفترة طويلة. وقد عاجني جسديًا. أصر على أن أحصل على راحة من العمل، وأن أحصل على عشر ساعات على الأقل من الراحة في اليوم. أعطاني جرعات ضخمة من الفيتامينات. والطبيب العام هو من كان يريد أن يعالجي نفسيًا. وقد عاجني الطبيب النفسي طبيبًا. مكتبة سر من قرأ

الدكتورة: إنه عالم مختلط، أليس كذلك؟

المريضة: نعم. وكل الخوف الذي كنت أشعر به كان مصدره أن عليّ أن أزور طبيبًا نفسيًا. اعتقدت أنه قد يسبب لي مشكلة جديدة، لكنه لم يفعل. لقد منعهم من مطاردي، بمجرد أن أوصلوني إليه، كانوا راضين نوعًا ما، كما تعرفين. وكانت مهزلة لأنه عاملني بالضبط بالطريقة التي كنت أحتاج إلى أن أعامل بها.

القيس: بواسطة الطبيب العام.

المريضة: - في هذه الأثناء كنت أعالج بالإشعاع. وكنت أتناول بعض الأدوية من الطبيب لكنهم أوقفوا الجرعات حين اعتقدوا أنني مصابة بالتهاب في القولون. وقرر أخصائي الأشعة أن الألم في البطن نتيجة التهاب في القولون. وهكذا توقفوا. لقد فعلوا ما يكفي لفعل بعض الخير، لكنهم لم يعطوني ما يكفي لإيقاف أعراضه ببطء وبشكل تدريجي، وهو ما كان عليّ أن أفعله. لكنهم لم يتمكنوا من رؤية الأورام، كما ترى، لم يتمكنوا من الإحساس بهذه الأورام، كان عليهم فقط أن يذهبوا إلى حيث كان موضع ألمي.

الدكتورة: إذن للتخيص بشكل ما، لتوضيح الأمر برمته، ما تقولينه حقًا هو، حين تم تشخيص إصابتك بمرض هودجكين، واجهت أيضًا الكثير من المشكلات. توفي والدك في الوقت نفسه تقريبًا، وكان العمل في عائلتك في طور التحلل وطلبوا منك التنازل عن حصتك. وحيث كنت تعملين، تم تكليفك بوظيفة لم تكن تعجبك.

المريضة: نعم.

الدكتورة: والحكمة التي كنت تعانين منها، وهي عرض معروف جدًا من أعراض مرض هودجكين، لم يتم اعتبارها جزءًا من مرضك. كانت تعتبر مشكلتك النفسية. وقد عاملك الممارس العام كما ينبغي أن يعاملك الطبيب النفسي والطبيب النفسي كما ينبغي أن يعاملك ممارس عام.

المريضة: نعم، وقد تركوني وشأنِي. توقفوا عن محاولة الاعتناء بي.

الدكتورة: لماذا؟

المريضة: لأنني رفضت قبول تشخيصهم وكانوا ينتظرون مني أن أتحمّل بالفطرة السليمة.

الدكتورة: فهمت. كيف قبلت تشخيص مرض هودجكين؟ ماذا كان يعني هذا بالنسبة لك؟

المريض: حسنًا، حين بدأت - كما ترين، قمت بتشخيصه حين شعرت به، ولذا ذهبت وبحثت في الأمر ثم أخبرت الطبيب وقال إنه ليس عليك أن تفكري في الأسوأ في البداية. ومع ذلك، حين عاد بعد الجراحة وأخبرني، لم أكن أعتقد أنه سوف يكون أمامي أكثر من عام على قيد الحياة. وعلى الرغم من أنني لم أشعر أنني في حالة جيدة حقًا، إلا أنني نسيت ذلك نوعًا ما وفكرت، حسنًا، سوف أعيش أطول فترة ممكنة، كما تعلمين. لكن منذ عام 1960، حين بدأت كل هذه المشاكل، لم أكن على ما يرام قط. وكانت هناك ساعات من اليوم أشعر فيها بأنني مريضة حقًا. لكن الأمر مقبول الآن ولم يعطوني قط أي مؤشر على أنهم لا يعتقدون أنني مريضة. وفي مستشفى لم يقولوا لي أي شيء قط. عدت إلى الطبيب نفسه الذي أوقف العلاج بالإشعاع وكل شيء ولم ينس بينت شفة إلا حين ظهرت الأورام مرة أخرى وفي هذه الحالة كان في إجازة وحين عاد، أخبرته. كنت أعتقد أنه كان أمينًا. هناك آخرون قالوا لي بسخرية إنني لم أصب بمرض هودجكين على

الإطلاق، وأن الأورام التي ظهرت ربما كانت نتيجة الإصابة بالتهاب. كانت هذه سخرية تعني أننا نعرف أفضل منك. لقد قررنا هذا كله. كان أميناً على الأقل، بمعنى أنه كان ينتظر شيئاً موضوعياً طول هذا الوقت. وأن الطبيب هنا طلب مني أن أتذكر أن هذا الرجل ربما رأى خمسة من هؤلاء المرضى في حياته وقد تعامل معهم وكان كل منهم مختلفاً بعض الشيء وأني أعاني من مشكلة حقاً في فهم كل هذه الأمور. وبالتالي فهو الشخص الذي سوف يتصل دائماً هنا ويسأل الطبيب عن الجرعة وكل شيء. أخشى أن يعالجني لفترة طويلة لأنني لا أشعر أنه كفؤ. أعني أنني إذا لم أستمر في القدوم إلى هنا، فلا أعتقد أنني سوف أبقى على قيد الحياة. كان ذلك لأننا لا نقدم التسهيلات نفسها، وأيضاً لأنه لا يفهم حقاً كل هذه الأدوية. إنه يحاول مع كل مريض بينما حاولوا هنا مع خمسين مريضاً قبل أن يحاولوا معي.

الدكتورة: حسناً، ماذا يعني بالنسبة لك أن تكوني صغيرة جداً وأن تصابي بمرض سوف يؤدي في النهاية إلى موتك؟ ربما في وقت قصير؟

المريضة: أنا لست صغيرة جدة. أبلغ من العمر ثلاثة وأربعين عاماً. أمل أن تعتبري ذلك شباباً.

الدكتورة: أمل أن تعتبري ذلك شباباً. (ضحك)

القيس: من أجل مصلحتك أم من أجل مصلحتنا؟

الدكتورة: من أجل مصلحتي.

المريضة: إذا كنت قد اعتقدت ذلك من قبل، لا أعتقد ذلك الآن لأنني شاهدته - الصيف الماضي على سبيل المثال حين كنت هنا طوال الصيف، شاهدت صبياً يبلغ من العمر 14 عاماً مصاباً باللوكميا وهو يموت. شاهدت طفلاً في الخامسة من عمره وهو يموت. قضيت الصيف كله مع فتاة تبلغ من العمر تسعة عشر عاماً وهي تعاني من ألم وإحباط شديدين. ولم يكن من الممكن أن تكون على

الشاطئ مع أصدقائها. لقد عشت أطول منهم. أنا لا أقول إن لديَّ إحساسًا بتحقيق إنجاز. لا أريد أن أموت، أنا أحب الحياة. لا أقصد ذلك، لكنني أصبت بالذعر عدة مرات حين شعرت أنه لا يوجد أحد في الجوار أو أنه لن يأتي أحد. أعني أنني أشعر أحيانًا بألم شديد وأشياء من هذا القبيل. إنني لا أزعم الممرضات بمعنى أنني لا أطلب منهن أي شيء يمكن أن أقوم به بنفسي، مما جعلني أشعر في كثير من الأحيان أنهن لا يدركن ما أشعر به حقًا. لأنهن لا يأتين ويسألن. أعني أنه كان في إمكاني أن أستخدم مرهمًا لتخفيف ألم الظهر حقًا، لكن كما ترون، إنهن لا يأتين إليَّ بشكل روتيني ويفعلن ما يفعله للمرضى الآخرين الذين يعتقدن أنهم مرضى. لا أستطيع أن أدهن ظهري بنفسي. أخرج البطانية وأخفض السرير. أفعل كل شيء آخر بنفسني حتى حين أضطر إلى القيام بذلك ببطء وأحيانًا أفعل ذلك ببعض الألم. أعتقد أن هذا كله جيد بالنسبة لي. لكن بسبب هذا لا يفعلن شيئًا، لا أعتقد أنهن يفعلن حقًا - أفكر لساعات بدون توقف، أفكر في أنني إذا بدأت أنزف في يوم ما أو أصبت بصدمة، فسوف تكون عاملة التنظيف هي التي تجديني، وليس أحد أفراد طاقم المستشفى. لأنهن قد أتين للتو، حصلتُ على حبة دواء، وأنا أحصل على حبة دواء مرتين في اليوم ما لم أطلب حبة لعلاج الألم...

الدكتورة: كيف تشعرين بكل هذا؟

المریضة: أوه؟

الدكتورة: كيف تشعرين بهذا؟

المریضة: حسنًا، كل شيء على ما يرام إلا في الأوقات التي كنت أشعر فيها بألم شديد أو حين لم أكن أتمكن من النهوض ولا يعرض أحد على الاعتناء بي. كان يمكن أن أطلب هذا لكن لا أعتقد أن هذا كان ضروريًا. أعتقد أنهم يجب أن يكونوا على دراية بحالة مرضاهم. أنا لا أحاول إخفاء أي شيء ولكن حين تحاولون وتفعلون قدر ما تستطيعون، مرة أخرى تدفعون ثمن ذلك وترون، لقد

مررت عدة مرات حين كنت مريضة جدًا، حين كنت أعاني - من خردل النيتروجين وأشياء من هذا القبيل - من إسهال شديد، ولا يأتي أي أحد على الإطلاق لفحص البراز أو يسألني عما إذا كنت قد استيقظت عشر مرات. ينبغي عليّ أن أخبر المرضات بما أعاني منه. أعني أنني قد ذهبت إلى المرحاض عشر مرات للتبرز. علمت الليلة الماضية أن تصويري بأشعة إكس في الصباح لم يكن كافيًا لأنهم أرسلوني للقيام بذلك مع تعاطي كمية كبيرة من الباريوم. كان علي أن أذكرهم بأنني في حاجة إلى ست حبات لأخذ صورة بأشعة إكس اليوم. أنا على دراية بهذه الأشياء ولكنني أقوم بتمريض نفسي في أوقات كثيرة. في أي مكان في مستشفى على الأقل، في المستوصف، يأتون ويسألون، يعتقدون حقًا أنني مريضة. هنا لا أعرف ما إذا كنت قد فعلت ذلك بنفسني، مما يعني أنني لا أخجل من أنني فعلت ذلك. إنني سعيدة لأنني فعلت كل ما أستطيع فعله لنفسني، لكنني ذهلت عدة مرات حين أصبت بألم شديد ولم يتم الرد على إضاءة النور. وأيضًا لأنني لم أعتقد أنهم سوف يصلن إلى هناك في الوقت المناسب، إذا حدث أي شيء. وشعرت أنهم إذا فعلن هذا معي فإنهم يفعلن ذلك مع الآخرين. وجزء من جولاتي مع المرضى في السنوات الماضية كان حقًا لمعرفة مدى مرضهم ثم أقف أمام ذلك المكتب وأقول إن هذا وذاك في حاجة إلى شيء لأمله أو لألمها وكنت أنتظر نصف ساعة فقط

الدكتورة: كيف كان رد المرضات على ذلك؟

المريضة: حسنًا، كان متنوعًا. كانت الممرضة التي أثار استيائي بدرجة كبيرة ممرضة وردية الليل. كان هناك مريضة، كنتم ترونها منذ بضع ليال، مريضة جاءت إلى غرفتي ودخلت للتو معي إلى سريري. تصادف أنني كنت أعرف الحالة وأنا ممرضة ولست خائفة. لذا أضأت النور وانتظرت. حسنًا، في تلك الليلة، نهضت هذه السيدة من سريرها، فوق الحاجز الجانبي. كان يجب أن تضع حزامًا. لم أقل شيئًا لأي شخص عن هذا. اتصلت بالممرضة وأعدتها وأنا وهي إلى الفراش. ثم في

تلك الليلة حين سقطت سيدة من السرير، كنت في الغرفة المجاورة لها ومن ثم وصلت إلى هناك أولاً. أترى، لقد وصلت إلى هناك في وقت أسرع بكثير مما وصلت الممرضة. وبعد ذلك، كانت هناك فتاة أخرى، في العشرين من عمرها، تحتضر وكانت تئن بصوت عالٍ. وبالتالي لم أستطع أن أنام في تلك الليالي على أي حال. إن السياسة المتبعة في هذا المستشفى هي أن المريض لا يتناول حبة من الحبوب المنومة بعد الساعة الثالثة. لا أعرف لماذا، لكن هذا ما يحدث. وإذا شعر المرء - إذا تناولتُ جرعة معتدلة من الكلورال هيدرات⁽²⁸⁾ لا تسبب لي آثاراً في اليوم التالي، فسوف تساعدني الآن فقط. بالنسبة لهم، تعني السياسة أكثر من حصول المرء على ساعة أخرى من النوم، أو ساعتين من النوم. هذه هي السياسة المتبعة هنا. والأدوية غير المسببة للإدمان يتم التعامل معها بالطريقة نفسها، كما تعلمون. لا يمكن للمرء أن يحصل عليها - إذا وصف الطبيب كوداين نصف قرص كل أربع ساعات، فلا يمكن للمرء أن يتناول جرعة أخرى حتى الخامسة. أعني أن المفهوم هو أنه لا يمكن للمرء أن يكررها في غضون أربع ساعات بغض النظر عن ماهيتها! سواء كانت تسبب التعود أم لا. لم نغير مفهومنا. يعاني المريض من الألم ويحتاج إلى الدواء حين يشعر بالألم. ليس بالضرورة في غضون أربع ساعات، خاصةً إذا لم يكن دواءً يسبب التعود.

الدكتورة: هل أنت مستاءة من عدم وجود المزيد من الاهتمام الفردي؟
والرعاية الفردية؟ هل هذا هو المصدر الذي تنبثق منه مشاعرك؟

المريضة: حسناً، الأمر ليس على أساس فردي. هم فقط لا يفهمون معنى الألم.
إذا لم يكونوا يعانون من أي

الدكتورة: أليس الألم هو ما يهكم أكثر؟

(28) - الكلورال هيدرات chloral hydrate: مادة صلبة بلورية عديمة اللون مصنوعة من الكلورال وتستخدم مهدناً لعلاج الأرق وتوجد على هيئة كبسولات وشراب (الترجم).

المريضة: حسنًا، أكثر ما يهمني هم مرضى السرطان الذين كنت واحدة منهم، كما ترين. وأنا مستاءة من حقيقة أنهم يحاولون منع هؤلاء الناس من أن يدمنوا المخدرات حين لا يكون قد تبقى من أعمارهم وقت طويل يكفي لأن يدمنوا. هناك ممرضة واحدة في هذا الجناح تمسك حتى بالمهدئات خلف ظهرها في محاولة لثنيهم عن ذلك. حتى في اللحظة الأخيرة، كما تعلمين. إنها تخشى أن تجعل شخصًا ما مدمنًا على المخدرات. وهذا المريض لن يبقى على قيد الحياة فترة طويلة بما فيه الكفاية لأن يدمن. إنهم يستحقون ذلك حقًا، لأن المرء لا يستطيع أن يأكل أو ينام، لا يكون للمرء وجود إلا حين يشعر بألم شديد. على الأقل مع المهدئات يكون مرتاحًا، يمكن أن يعيش، يمكن للمرء أن يستمتع ببعض الأشياء، يمكن أن يتحدث. يكون على قيد الحياة. لكن البديل هو أن ينتظر بشدة أن يكون أحدهم رحيماً ويمنحه الشعور بالارتياح.

القسيس: هل كان هذا شيئًا شعرت به منذ أن بدأت المجيء إلى هنا؟

المريضة: نعم. نعم إنه كذلك. أعني أنني لاحظت ذلك. اعتقدت أنه كان على الشاكلة نفسها في بعض الطوابق لوجود المجموعة نفسها من المرضات. إنه شيء فينا، يبدو أننا لم نعد نحترم الألم.

القسيس: كيف تفسرين ذلك؟

المريضة: أعتقد أنهم مشغولات. أمل أن تكون هذه حقيقتهم.

الدكتورة: ما هذا؟

المريضة: لكنني مشيت ورأيتهن يتحدثن هناك وبعد ذلك أراهن يذهبن لقضاء فترات الراحة. وهذا ما يغضبني. حين تذهب الممرضة لقضاء فترة راحة وتعود المساعدة وتقول للمريضة إن الممرضة في الطابق السفلي ومعها المفتاح وعليك أن تنتظر. بينما كانت هذه المريضة تريد أن تتناول دواءها حتى قبل أن تذهب الممرضة لتناول وجبتها. وأعتقد أنه يجب أن يكون هناك شخص مسؤول عن هذا

الطابق يمكنه أن يأتي ويعطي المريضة دواء للألم، بحيث لا يكون عليها أن تتسبب عرقاً لمدة نصف ساعة أخرى قبل أن يأتي أي شخص ليساعدها. وأحياناً يستغرق الأمر خمساً وأربعين دقيقة قبل أن يظهرن. وهن بالتأكيد لن يعتنين بالمرء في البداية. سوف يقومن بالرد على التليفون وإلقاء نظرة على ما حدث في الساعات الأخيرة والأوامر الجديدة التي تركها الأطباء. لن يفعلن هذا أول شيء، أن يعرفن ما إذا كان شخص ما قد طلب دواء للألم.

الدكتورة: لكي ننجح في مهمتنا، هل تمانعين إذا قمْتُ . . . بتبديل الموضوع؟ أود أن أستغل وقتنا للنظر في الكثير من الجوانب المختلفة. هل يكون هذا على ما يرام معك؟

المريضة: بالتأكيد.

الدكتورة: ذكرت أنك رأيت أو راقبت غرفة لطفل يبلغ من العمر خمس سنوات وآخر يبلغ تسعة أعوام يحتضران. كيف تتصورين هذا؟ هل لديك تصور، هل لديك تصور بشأن هذا الأمر؟

المريضة: هل تقصدين كيف أتقبل الأمر؟

الدكتورة: نعم. أظن أنك قد أجبت على هذا السؤال جزئياً بالفعل. إنك لا تريدين أن تكوني في مثل هذا الموقف، لا تحبين أن تكوني وحيدة. وأنك حين تكونين في أزمة، سواء كانت هذه الأزمة أماً أو إسهاًلاً أو أي شيء آخر تودين أن يكون معك شخص ما. وهذا يعني أنك لا تحبين أن تتركي بمفردك. الأمر الآخر هو الألم. إذا كان لا بد أن تموتي فإنك تتمنين أن تموتي بدون عذاب وألم وشعور بالوحدة.

المريضة: هذا صحيح جداً.

الدكتورة: ما الأشياء الأخرى التي تعتقدين أنها مهمة؟ ما يجب علينا أن نضعه

في اعتبارنا؟ أنا لا أقصد معك فقط ولكن مع مرضى آخرين.

المریضة: أتذكر دي إف D. F. الذي كان مدفوعًا بشكل محموم بالجدران العارية التي كان ينظر إليها في غرفته، التي لم تكن جذابة بحال من الأحوال. وهذه المريضة نفسها التي لا تريد أن تعطي المرء دواءً قد جلبت له بعض الصور الجميلة لسويسرا. وقد قمنا بلصقها على جدران غرفته. حين مات، قبل أن يموت طلب منها أن تعطيها لي. لقد جئت لرؤيته عدة مرات وقمت بتحويلها إلى صور لأنني أدركت كم كانت تعني بالنسبة له. وهكذا في كل غرفة، أعني أنا، أعني والدة هذه الفتاة البالغة من العمر تسعة عشر عامًا التي بقيت معها يومًا بعد يوم، أحضرت لي الورق المقوى وصنعناها وعلقناها. لم نطلب إذنًا من المشرفة لكننا استخدمنا هذا النوع من الشرائط التي لا تفسد الجدران، كما تعلمين. وأعتقد أنها استاءت من ذلك. أعتقد أن هناك الكثير من روتين البيروقراطية في هذا المكان. أعلم أن المناظر الطبيعية الجميلة يمكن أن تذكر، ويجب أن تذكر الآخرين بالحياة والمعيشة، إن لم تذكرهم بالرب. أستطيع أن أرى الرب في الطبيعة بدرجة كبيرة جدًا. هذا ما أعنيه، لن يشعر المرء بقدر كبير من الوحدة إذا كان لديه شيء يجعله جزءًا من الحياة. وكان هذا يعني الكثير في نظر دي إف D. F. وفي حالة إس S، كانت محاطة بالورود والمكالمات التليفونية، والزائرين الذين سُمح لهم برؤيتها، والصدقات من الفتيات اللاتي حضرن، وأعتقد أنه إذا تم إخراجهن جميعًا لأنها كانت في حالة صحية حرجة جدًا، لكان ذلك قد أزعجها إزعاجًا شديدًا جدًا. كانت تبدو وكأنها مفعمة بالحياة حين يكون معها زائر، حتى حين كانت تعاني من ألم شديد. لم تكن تستطيع أن تتحدث معهن أيضًا، كما تعلمين. أفكر فيها، كما ترين. لا تأتي أخواتي إلا مرة واحدة في الأسبوع وأحيانًا لا يأتين على الإطلاق. ولذا فقد استقبلت معظم شركائتي من الزوار أو المرضى الذين قمت بزيارتهم وقد هذا ساعدني كثيرًا. حين أكون في نوبة بكاء أو أعاني من اكتئاب، أعلم أنني يجب أن أفعل شيئًا للتوقف عن التفكير في نفسي، وما إذا كنت

أتألم أم لا، يجب أن أخرج من نطاق نفسي وأذهب إلى شخص آخر، وأركز عليه. وبعد ذلك يمكن أن أنسى مشاكلي

الدكتورة: ماذا يحدث لك حين لا يمكن أن تقومي بذلك بعد الآن؟

المريضة: إذا أكون أنا - إذا أكون في حاجة إلى أشخاص لكنهم لا يأتون.

الدكتورة: حسنًا، هذا شيء، كما تعلمين، يمكن أن نساعدك فيه.

المريضة: نعم. لكن هذا لم يحدث قط. (بكاء.)

الدكتورة: لكنه سوف يحدث. هذا أحد الأهداف التي نسعى إلى تحقيقها.

القيس: هل تقصدين أنه لم يحدث قط أن جاء أشخاص إليك؟ متى كنت

تحتاجين إليهم؟

المريضة: مرات قليلة فقط. مثلما قلت، حين يمرض المرء فإن الناس يبتعدون

عنه. كما تعلم، إنهم يعتقدون أنه لا يريد أن يتحدث، حتى إذا لم يكن يستطيع

الرد، حتى لو جلسوا هناك فقط، فإنه يعلم أنه لن يكون وحيدًا. أعني، سوف

يكونون زائرين عاديين. إذا كان على الناس أن يروا هذا، وإذا كان شخص لا

يستغيث في الصلاة، إذا كان في إمكانهم إقامة صلاة الرب مع المرء برفق، التي لم

يتمكن من إقامتها لأيام لأنه يقول «أبانا» ثم يتم الخلط بين الباقي، كما تعلم. يتم

تذكير المرء مرة أخرى بشيء له معنى. كما ترى، إذا لم يكن لدي أي شيء أقدمه

للناس، فإنهم يتركونني. كما تعلم، إذا كان في إمكاني أن أقدم شيئًا للناس، لكن

هناك الكثير من الناس الذين لا يدركون كم أحتاج إليهم.

الدكتورة: صحيح. (محادثة مختلطة.)

المريضة: وأنا أستقبل عددًا منهم حين لا أعاني من مرض خطير. أستقبل عددًا

كبيرًا منهم ولكن حاجتي إليهم لا تكون كبيرة في ذلك الوقت.

الدكتورة: حاجتك تكون أكبر بكثير حين تتوقفين عن القدرة على العطاء.

المريضة: نعم، وفي كل مرة أصاب بالمرض، أقلق كثيرًا بشأن الأمور المالية، ومقدار التكلفة، وفي وقت آخر أقلق بشأن ما إذا كنت سوف أحصل على وظيفتي حين أعود. ومرة أخرى قد أقلق بشأن إذا كنت، كما تعلمين، قد أصاب بمرض مزمن وأكون دائمًا معتمدة على الآخرين. في كل مرة يأتي شيء مختلف، كما تعلمين، وبالتالي أشعر دائمًا بأنني أحتاج إلى بعض الأشياء.

الدكتورة: ماذا يحدث في حياتك خارج المستشفى؟ لا أعرف شيئًا عن خلفيتك أو كيف تعيشين حقًا. ماذا يحدث لك حين لا تكونين قادرة على العمل؟ إذن، هل تدعمك الكنيسة أو يدعمك المكان الذي تعملين فيه الآن أو يدعمك أفراد عائلتك؟ من يدعمك؟

المريضة: أوه، بالتأكيد هناك من يدعمني. لقد حجزت في مستشفىنا ثلاث مرات. ذات مرة شعرت في أثناء الليل بألم شديد ولم أستطع أن أتنفس. نزلت إلى القاعة وطرقت على أحد أبواب الممرضات وصعدت معي ممرضة وأعطتني مهدئًا، ثم قررن فقط أن يتركنني في المستوصف. هذا هو مستوصف الأخوات. يمكن للأخوات فقط أن يذهبن إلى هناك ويكننَّ وحيدات جدًا في ذلك المكان. كما ترين، لا يوجد تلفزيون أو راديو، فهذه الأشياء ليست جزءًا من حياتنا. إلا على أساس تعليمي في بعض الأحيان وإذا لم يأت الناس، فأنا في حاجة إلى هذه الأشياء. ولا يتم تقديم أي من هذه الأشياء إلى المرء وقد تحدثت عن هذا الأمر مع طبيبي، وبمجرد زوال الألم واستعادة قدرتي على تحمله، يتم إخراجي من المستوصف، مع العلم بأنني من الناحية النفسية في حاجة إلى أشخاص. وإذا كان في استطاعتي أن أذهب إلى غرفتي الخاصة وأستلقي وأرتدي ملابس أرتديها أربع مرات أو خمس مرات في اليوم تمامًا وأنزل لأتناول وجبات الطعام، فإنني أشعر على الأقل بأنني جزء من الحياة. ولا أشعر بمثل هذه الوحدة. وعلى الرغم من أنني

غالبًا ما أضطر إلى الجلوس في الكنيسة، إلا أنني لا أستطيع الصلاة لأنني لا أشعر أنني في حالة جيدة، لكنني أكون في حالة جيدة وأنا مع الآخرين. هل تفهمين ما أعنيه؟

الدكتورة: نعم. لماذا تعتقدين أن الوحدة مروعة للغاية بالنسبة لك؟

المريضة: أعتقد، لا، لا أعتقد أنني أخشى الوحدة لأن هناك أوقاتًا أحتاج فيها إلى أن أكون وحدي. لا أعني هذا. لكن ما لم أربطها بفكرة التخلي عني في هذا الموقف، فلن أكون قادرة على مساعدة نفسي. سوف يكون الأمر على ما يرام إذا شعرت بالرضا بما يكفي، وبأنني لا أحتاج إلى ناس. لكن لا ينبغي أن أحتضر وأنا وحيدة، إنه التعذيب الذي يمكن أن يتسبب فيه الألم للمرء، مثل أن أرغب فقط في أن أمزق شعري. لا أهتم إذا كنت لا أستحم لمدة أيام لأن الأمر يتطلب مجهودًا كبيرًا، وكأن المرء صرت أقل من إنسان.

القيسيس: إحساس معين بالكرامة تريدان الحفاظ عليه لأطول فترة ممكنة.

المريضة: نعم، ولا يمكنني القيام بذلك بمفردي في بعض الأحيان.

الدكتورة: كما تعلمين، لقد عبرت في كلمات عما كنا نفعله هنا طوال هذا العام وما كنا نحاول القيام به بعدة طرق. أعتقد أنك عبرت عنه بالفعل في كلمات.

المريضة: ما زال المرء يريد أن يكون شخصًا.

الدكتورة: أن يكون إنسانًا.

المريضة: نعم. أستطيع أن أخبرك بشيء آخر. في العام الماضي خرجت من هنا. وقد اضطررت إلى العودة إلى بيتي، إلى المستشفى الخاص بنا، على كرسي متحرك لأن ساقني كانت مكسورة. كان كسرًا نتيجة المرض. وكان كل الأشخاص الطيبين الذين دفعوا هذا الكرسي المتحرك يدفعونني فقط إلى التشوش لأنهم دفعوني إلى حيث يريدون أن أذهب، وليس إلى حيث كنت أريد أن أذهب. ولم

أستطع دائماً أن أخبرهم بالمكان الذي أريد أن أذهب إليه. كنت أفضل أن أشعر بالألم في ذراعي، وأن أدفع الكرسي بنفسني إلى المرحاض بدلاً من أن أضطر إلى إخبار الجميع بالمكان الذي أريد أن أذهب إليه، ثم أجعلهم ينتظرونني في الخارج ويمنحونني وقتاً لاستخدام المرحاض. تعرفين ما أقصده؟ كانوا يصفونني بأنني مستقلة جداً وأشياء من هذا القبيل، ومع ذلك لم أكن كذلك. كان علي أن أحافظ على كرامتي لأنهم سوف يدمرونها من أجلي. لا أعتقد أنني حين أحتاج حقاً إلى المساعدة سوف أرفضها بمعنى أنني كنت أرفضها. لكن هذا النوع من المساعدة التي يقدمها عدد كبير من الناس تقدم لي مشكلة. أنت تعلمين؟ في لطفهم وأنا أعلم أنهم يتصرفون بحسن نية، لكن لا يمكن أن أنتظر حتى يخرجوا. على سبيل المثال، لدينا أخت واحدة تعتني بنا وهي تعرض علينا كل هذه الأشياء ثم تشعر بالرفض إذا لم نقبلها. حسناً، قد أشعر بالذنب. أعلم أنها تضع دعامة على ظهرها. لقد قاموا بتعيين هؤلاء في المستوصف وهن لسن في حالة جيدة، هؤلاء أخوات يبلغن من العمر سبعة وسبعين عاماً. حسناً، أقوم وأرتب سريري بنفسني قبل أن أطلب من واحدة من هؤلاء أن تفعل لي ذلك. ولكن إذا عرضت على ذلك ورفضت، فإنها تشعر أنني أرفضها بصفقتها ممرضة. وبالتالي فأنا من النوع الذي يجب أن أصر على أسناني وآمل ألا تأتي في اليوم التالي وتخبني بمدى الألم الذي شعرت به في ظهرها طول الليل ولم تستطع النوم لأنني سوف أشعر بأنني تسببت لها في ذلك.

القيسيس: حسناً... إنها تجعلك تدفعين المقابل.

المريضة: نعم.

القيسيس: هل يمكن أن أبدل...؟

الدكتورة: سوف نخبريننا حين تتعين، أليس كذلك؟

المريضة: نعم، استمروا. لدي كل يوم للراحة.

القسيس: فيما يتعلق بإيمانك، ما الذي أحدثه المرض في إيمانك؟ هل قوّى إيمانك بالرب أم أضعفه؟

المريضة: لا أقول إن مرضي أثر فيه لأنني لم أفكر فيه من قبل من هذه الناحية. كنت أريد أن أهب نفسي للرب راهبة. كنت أريد أن أصبح طبيبة وأذهب إلى البعثات. حسنًا، لكنني لم أفعل أي شيء من هذه الأشياء. كما ترى، لم أغادر بلادي قط. كنت مريضة منذ سنوات عديدة. أعلم الآن أن الأمر كان كذلك - لقد قررت ما أريد أن أفعله من أجل الرب. لقد انجذبت إلى هذه الأشياء واعتقدت أنها كانت إرادته. لكن من الواضح أنها ليست كذلك. لذا استقلت بشكل ما، على الرغم من أنني إذا تعافيت، ما زلت أريد أن أفعل الأشياء نفسها. ما زلت أرغب في أن أذهب وأدرس الطب. إنني أعتقد أن الطبيب في البعثات شيء هائل، أكثر من مجرد ممرضة حتى لأن الحكومات تضع مثل هذه القيود على الممرضات.

لكن إيماني، على ما أعتقد، تلقى أكبر هزة هنا. ليس من خلال المرض، ولكن من خلال رجل كان مريضًا عبر الصلاة. رجل يهودي كان لطيفًا جدًا. التقينا في غرفة أشعة إكس، في تلك الحجرة الصغيرة التي توجد هناك. كنا ننتظر لعمل أشعة إكس. فجأة سمعت هذا الصوت وقال لي: «ما الذي تسعدين جدًا بشأنه؟» ونظرت إليه وقلت: «حسنًا، لست سعيدة سعادة غامرة، لكنني لست خائفة مما سوف يحدث إذا كان هذا ما تعنيه.» كان على وجهه نظرة ساخرة من النوع الحقيقي. حسنًا، هذه هي الطريقة التي التقينا بها واكتشفنا أننا كنا عبر الصلاة من بعضنا البعض إلى حد ما. وهو يهودي ولا يمارس أية تقاليد ويحتمر معظم الحاخامات الذين التقى بهم. ومن ثم، جاء وقال لي إنه لا يوجد إله حقًا. لقد صنعناه لأننا كنا في حاجة إلى إله. وحتى الآن، لم أكن قد فكرت في ذلك من قبل. كان يؤمن بهذا حقًا. إنني أعتقد أنه قد فعل ذلك لأنه لا يؤمن بالعالم الآخر. في الوقت نفسه كان لدينا ممرضة لا أدريه وقالت ذلك بالتأكيد، ربما كان هناك إله بدأ

العالم. لقد تحدثنا معي عن هذا. أعتقد أن هذا ما تريد أنت أن نتحدث عنه. لقد بدأ ذلك. وقد قالت لي: «لكنه بالتأكيد لم يعد يهتم بالعالم منذ ذلك الحين.» حسنًا، لم أكن قد قابلتُ أشخاصًا مثل هؤلاء قط قبل أن آتي إلى هنا. كما تعلم، كانت هذه هي المرة الأولى التي اضطرت فيها إلى تقييم إيماني. بمعنى أنني في كل مرة كنت أقول، «حسنًا، بالتأكيد هناك إله. انظر إلى الطبيعة وها هو ذاك». هذا شيء علمني إياه شخص ما.

القسيس: هل كانا يتحديانك؟

المريضة: نعم. وأيضًا، أعني، حسنًا، الأشخاص الذين علموني. هل كانوا على حق أكثر من هؤلاء الأشخاص الذين اكتشفوا هذه الأشياء؟ أي أنني اكتشفت أنه ليس لي ديني. كان ديني شخص آخر.

وهذا ما فعله إم M بي. وإم M هو ذلك الشخص، كما تعلم. وكان يقول دائمًا شيئًا ساخرًا أو كانت هذه الممرضة تقول: «لا أعرف لماذا أعتني بالكنيسة الرومانية الكاثوليكية كثيرًا وأنا أكرهها كثيرًا.» أعني، كان هذا حين أعطتني حبة. كان هذا لكي يثير حنفي، شخص لطيف. لكن إم M حاول حقًا أن يكون موقرًا من أجلي. كان يقول: «ما الذي تريد أن تتحدثني عنه؟» وكان يقول: «أريد أن أتحدث عن باراباس»⁽²⁹⁾. وقد أقول: «حسنًا، لا يمكن أن تتحدث عن باراباس بدل أن تتحدث عن المسيح»، فيقول: «حسنًا، ما الفرق حقًا. لا تستائي يا أخت.» وكان يحاول أن يكون موقرًا ومحترمًا، لكنه كان دائمًا يتحداني؛ كما لو كانت خدعة كاملة، ألا تعرف؟

الدكتورة: هل أنت معجبة به؟

المريضة: إنني معجبة به. ما زلت معجبة به.

(29) - باراباس Barabbas: شخصية مذكورة في العهد الجديد، وهو المجرم الذي طلبت الجموع من بيلاطس - في عيد الفصح وبتحريض من الكهنة والشيوخ - أن يطلق سراحه وأن يصلب يسوع الناصري (المترجم).

الدكتورة: هل هذا يحدث الآن؟ هل هذا الشخص موجود هنا الآن؟

المريضة: لا، حدث هذا في المرة الثانية التي دخلت فيها المستشفى هنا. لكننا بقينا دائماً صديقين.

الدكتورة: هل ما زلت على اتصال به؟

المريضة: لقد كان هنا في ذلك اليوم. نعم، أرسل لي باقة من الزهور الجميلة. لكنني حصلت منه بالفعل على إيماني. إنه إيماني الآن حقاً. وهو إيمان، إنها ليست نظرية لشخص آخر، بمعنى أنني لا أفهم طريق الرب والكثير من الأمور التي تحدث، لكنني أعتقد أن الرب أعظم مني وحين أنظر إلى الشبان وهم يحتضرون، وإلى آبائهم، والجميع يقولون يا لها من خسارة وهذا ما يمكن أن أراه. إنني أقول: «الله محبة» وأعنيها الآن. إنها ليست كلمات، إنني أعنيها حقاً. وأنه، إذا كان الرب يجب، فهو يعلم أن هذه اللحظة من حياة هذا الشخص هي أفضل لحظاته وإذا عاش لفترة أطول، وإذا كان قد عاش أقل، فلن يتمكن من منحه الكثير من الأبدية أو سوف يعاني إلى الأبد من عقاب سوف يكون أسوأ مما هو عليه الآن. أفكر في حبه وبالتالي أستطيع أن أتقبل موت الصغار والأبرياء وما شابه.

الدكتورة: هل لديك ما يمنع من أن أسأل بعض الأسئلة الشخصية للغاية؟

القيسيس: حقيقة واحدة، حقيقة واحدة. إذا سمعت بشكل صحيح، فأنت تقولين إنك أقوى الآن في إيمانك وقدرتك على تقبل مرضك مما كنت عليه حين بدأت. نتيجة له.

المريضة: حسناً، لا. أعني فقط هذا فيما يتعلق بإيماني بعيداً عن مرضي. لكنه ليس المرض، لقد كان إم M يتحدى إيماني، بدون أن يقصد ذلك.

الدكتورة: إنه إيمانها الخاص الآن وليس شيئاً علمه إياها شخص ما.

القيسيس: لقد جاء نتيجة العلاقة.

المريضة: لقد جاء هنا. حدث ذلك هنا، هنا في هذا المستشفى. لذا، أعني أنني اكتشفت حل المشكلة في هذه السنوات وتطوّرتُ فيها. لذا فهتمت الآن حقيقة معنى الإيمان والثقة، بينما كنت دائمًا أتلّمس طريقي قبل ذلك لفهمه بشكل أكثر وضوحًا. وحتى وأنا أعرف المزيد وهذا لا يغير حقيقة أن هناك الكثير مما أراه وأعجبني. أقول لمستّر إم M: «إذا لم يكن هناك إله، فلن أخسر شيئًا، ولكن إذا كان هناك فأنا أعبده كما يستحق، بالمعنى الذي أستطيع أن أعبد به الآن.» بينما كان من قبل إيمان شخص آخر، إنسان آلي، نتيجة تعليمي وما إلى ذلك. لم أكن أعبد - لم أكن أعبد الرب. ظننت أنني كنت أعبده، لكن صدقني، إذا قال أي أحد إنني لا أوّمن بالرب، لكنك قد شعرتُ بالإهانة. لكنني أعرف الفرق الآن.

القسيس: هل كان لديك بعض الأسئلة الأخرى؟

الدكتورة: نعم، لديّ، ولكن أعتقد أنه يجب علينا أن ننتهي في غضون خمس دقائق. لكن ربما يمكن أن نستمر في تناول هذا الموضوع مرة أخرى.

المريضة: أريد أن أخبرك بشيء قالته لي إحدى المرضى. «لا تدخلني وتخبريني بأن هذه إرادة الرب من أجلي.» وحتى ذلك الوقت لم أكن قد سمعتُ قط عن أي شخص يستاء من هذه الملاحظة. كانت أمّا في السابعة والعشرين من عمرها وقد تركت وراءها ثلاثة أطفال. «إنني أكره أن يقول لي شخص آخر هذا الكلام. أعلم ذلك ولكن المرء يعيش في هذا الألم. ولا أحد يستطيع إضافة لمسة من الجمال على المشهد حين يتألم المرء.» من الأفضل كثيرًا في ذلك الوقت أن تقولي شيئًا من قبيل «إنك تتألمين»، أن تشعرني بأن شخصًا ما يفهم ما تمرين به بدلًا من تتجاهلي ذلك وتضيفني شيء ما. لا بأس حين يكون المرء في حالة أفضل. ثمة شيء آخر يمكن أن أقوله، لا ينبغي أن يستخدم الناس كلمة سرطان. يبدو أن هذه الكلمة لا تزال تثير الألم.

الدكتورة: هناك كلمات أخرى من هذا القبيل أيضًا.

المريضة: لكنها تثير الألم بالنسبة للكثيرين، أكثر بكثير مما تثيره بالنسبة لي. أعتقد أنه من نواح كثيرة كان مرضًا لطيفًا، فقد اكتسبت الكثير منه. لقد قابلت عددًا كبيرًا من الأصدقاء، عددًا كبيرًا من الناس. لا أعرف ما إذا كان مرض القلب أو مرض السكري أكثر قبولًا. لقد نظرتُ إلى القاعة وأنا سعيدة بما لديّ، بدلًا مما لم أصب به. إنني لا أحسد الآخرين. ولكن حين يمرض المرء بشدة، لا يفكر في أي من هذه الأشياء. ينتظر المرء فقط ليرى ما إذا كان الناس سوف يتعرضون للأذى أم يحصلون على المساعدة.

الدكتورة: أي نوع من الفتيات كنت؟ حين كنت فتاة صغيرة ما الذي جعلك تصبحين راهبة؟ هل كانت هذه خطة عائلية أو شيئًا من هذا القبيل؟

المريضة: كنت الوحيدة في العائلة. كنا عشرة أطفال، خمسة أولاد وخمس فتيات. لا أتذكر قط أنني لم أرغب في أن أكون راهبة. لكن في بعض الأحيان، كما تعلمين، بما أنني درست قدرًا كبيرًا من علم النفس، أتساءل عما إذا كان هذا يقودني إلى مكان ما يمكن أن أبرز فيه. حيث كنت مختلفة جدًا عن أخواتي اللواتي كن مقبولات جدًا من أفراد عائلتي. أمي - لقد كن مدبرات منازل جيدات، وأنا أحب الكتب وأشياء من هذا القبيل أكثر من ذلك بكثير. لكن يمكن أن أقول إنني لا أعتقد أن هذا كان صحيحًا على مر السنين. في بعض الأحيان حين لا أريد أن أكون راهبة، اليوم، لأن الأمر صعب للغاية، أتذكر أنه إذا كان الرب قد أراد أن أكون كذلك، يمكن أن أقبل ذلك على أنه مشيئة الرب. لقد أظهر لي بطريقة أو بأخرى طريقًا مختلفًا قبل سنوات. وهو هذا الطريق أيضًا، واصلت التفكير - كنت أفكر في هذا طوال حياتي وكان هذا هو الشيء الوحيد، ويمكن أيضًا أن أفكر الآن في أنني كان يمكن أن أكون أمًا جيدة وزوجة طيبة. حيث اعتقدت في ذلك الوقت أن هذا هو الشيء الوحيد الذي يجب أن أفعله أو يمكن أن فعله. أعني أنه لم يكن إكراهًا لأنني فعلت ذلك بحرية، لكنني لم أكن أفهم ذلك. كنت في الثالثة عشرة من عمري حين ذهبت ولم أقطع على نفسي عهدًا قبل أن أبلغ

العشرين من عمري، مما يعني أنه كان لديّ كل ذلك الوقت وبعد ذلك ست سنوات أخرى لاتخاذ قرار بشأن ذلك، وسنوات عديدة قبل أن أقطع العهود النهائية. وأقول إن الأمر، كما في الزواج، متروك للمرء تمامًا. إما أن يقبل أو يرفض. كما تعلمين، يمكن للمرء أن يجعل الأمر أكثر ثراء من أجل نفسه.

الدكتورة: هل ما زالت أمك على قيد الحياة؟

المریضة: نعم، ما زالت.

الدكتورة: أي نوع من النساء هي؟

المریضة: جاء والدي وأمي كلاهما مهاجرين من إكس واي XY. وقد تعلمت أمي اللغة من تلقاء نفسها. إنها شخص دافئ جدًا. أعتقد أنها لم تفهم والدي جيدًا. كان فنانًا وكان بائعًا جيدًا وكانت شخصًا خجولًا ومتحفظة للغاية. الآن أدرك أنه لا بد أنها كانت تشعر بعدم الأمان. لقد أعطت قيمة كبيرة لمسألة أنها متحفظة، ولذا فإن الانفتاح كان ينظر إليه بازدراء إلى حد ما في عائلتنا. وكان لدي ميل إلى الانفتاح. لأنني كنت أريد أن أخرج وأفعل أشياء بينما كانت أخواتي يفضلن البقاء في المنزل وأعمال التطريز وكانت والدتي راضية عنهن. انضمت إلى أندية مختلفة وأشياء من هذا القبيل. ويخبروني الآن أنني انطوائية. لقد وجدت الأمر صعبًا طول حياتي.

الدكتورة: لا أعتقد أنك انطوائية.

المریضة: حسنًا، لقد أخبروني بذلك منذ حوالي أسبوعين. لا أجد غالبًا شخصًا يمكن أن يتحدث معي بما يتجاوز المحادثة العادية. هناك الكثير من الأمور التي أهتم بها. لم يكن لديّ أي شخص أشاركه الاهتمام بها. وحين أجد هذا أجد غالبًا في مجموعة وأنا أجلس على طاولة مع محاسب وشخص ما، ولم تتح الفرصة للكثير من أخواتنا لأن يحصلن على التعليم الذي تلقيته، وأعتقد أنهن مستاءات نوعًا من هذا. بمعنى أنهن يعتقدن أنني متفوقة عليهن. لذا إذا قابلت شخصًا من

هذا النوع أصمت على الفور، مما يعني أنني لن أمنحه أي ذخيرة ليعتقد ذلك. إن التعليم يجعل المرء متواضعًا، ولا يجعله متغطرًا. ولن أغير لغتي. بمعنى أنه إذا كان من الممكن أن أستخدم الكلمة ذات الصلة، فلن أستخدم كلمة أكثر بساطة. وإذا كانوا يعتقدون أن هذا حديث ينم عن الغرور، فهو ليس كذلك. يمكن أن أتحدث مع طفل ببساطة مثل أي شخص آخر، لكن لن أغير طريقة كلامي لتناسب كل شخص. ولكن كان هناك وقت تمنيت فيه أن أستطيع أن أفعل ذلك. بمعنى أنني كان عليّ أن أصبح ما يريده الجميع. لم يعد عليّ أن أفعل ذلك الآن. الآن عليهم أن يتعلموا أن يقبلوني أيضًا. أنا أطلبهم بذلك نوعًا ما أو أنني سوف أنتظر نوعًا ما بسلام من أجل ذلك، ولن يمزقني. الناس غاضبون مني على الرغم من أنهم هم الذين أغضبوا أنفسهم. لم أجعلهم يغضبون بالضرورة.

الدكتورة: أنت غاضبة من الناس أيضًا.

المريضة: نعم، أنا غاضبة منهم، ولكنني أشعر بالغضب بشكل ما من هذا الشخص يقول إنني انطوائية حين لا يهتم هذا الشخص بمناقشة الكثير مما يتعلق بهذا الأمر خارج المسار المألوف. لا أهتم بالأخبار ولا أهتم بما يحدث في ذلك اليوم. أعني أن المرء لا يمكن أن يتحدث عن موضوع الحقوق المدنية

الدكتورة: عمن تتحدثين الآن؟

المريضة: عن أخواتي في الدير.

الدكتورة: فهمت. حسنًا، أود الاستمرار، لكن أعتقد أننا يجب أن ننتهي. هل تعلمين منذ متى ونحن نجري هذه المناقشات؟

المريضة: لا. أتخيل ساعة.

الدكتورة: أكثر من ساعة.

المريضة: نعم، أعتقد أننا أمضينا أكثر من ساعة. أعلم أن الاستشارة تسير

بسرعة حين يتم استيعاب المرء.

القيسيس: كنت أتساءل فقط - أتساءل عما إذا كانت هناك أية أسئلة تريدين أن تطرحيها علينا.

المريضة: هل صدمتك؟

الدكتورة: لا.

المريضة: بسبب عفويتي، ربما دمرت صورة ما.

الدكتورة: من المفترض أن تكون الراهبة بهذا الشكل؟

المريضة: نعم، آه.

القيسيس: لقد أبهرتني، سأقول ذلك.

المريضة: لكنني كنت سأكره إيذاء شخص ما بسبب صورتي، أعرف.

الدكتورة: لا، لم تفعلي.

المريضة: أعني، لا أريد أن تقللي من قيمة الراهبات أو الأطباء أو أي شيء، أو المرضيات.

الدكتورة: لا أعتقد أنني سأفعل، حسنًا؟ نحب أن نراك أنت على حقيقتك.

المريضة: أحيانًا أتساءل عما إذا كنت مشكلة بالنسبة لهم.

الدكتورة: أنا متأكدة من أنك كذلك في بعض الأحيان.

المريضة: أعني، لأني ممرضة وأخت أتساءل عما إذا كنت أجد صعوبة في التعامل معهن.

الدكتورة: يسعدني أن أرى أنك لا ترتدين قناع أخت. أن تظلي كما كنت.

المريضة: لكن هذا شيء آخر أحدثك عنه، هذه مشكلة أخرى أعاني منها. في

مستوصفي لا يمكن أن أعادر غرفتي بدون ردائي. هنا أجده حاجرًا ومع ذلك هناك مواقف قد أعادر فيها غرفتي برداء، الأمر الذي صدم بعض الأخوات صدمة شديدة جدًا في مستوصفي. حاولن إخراجي من هذا المستشفى. لقد ظنن أنني لا أتصرف بنفسي وأنتي قد أسمح بأن يدخل الناس إلى غرفتي وقتما يريدون. كانت هذه صدمة من نوع ما بالنسبة لهن. لن يفكرن في يدمن لي ما أحتاج إليه حقًا - وهو أن يأتين لزيارتي كثيرًا. وأن يزرنني حين أكون هنا أكثر مما يزرنني حين أكون في المستوصف. كنت أستطيع أن أستلقي هناك، لقد استلقيت هناك لمدة شهرين ولم يأت سوى عدد قليل جدًا من الأخوات لرؤيتي. لكنني أفهم هذا لأنهن يعملن في المستشفى وفي أوقات فراغهن يتعدن عنها. لكن بطريقة ما يجب أن أنقل إلى الأخرى أنني لست في حاجة إليهن. وحتى لو طلبت منهن أن يأتين مرة أخرى، لكن يبدو أنهن لا يصدقن ذلك. إنهن يعتقدن أنني أتمتع بالقوة أو بشيء ما من هذا القبيل، وأنتي أكون في حالة أفضل حين أكون بمفردي، أي أنهن لسن مهمات. ومع ذلك لا يمكن أن أتوسل لهن.

القيسيس: إنه يدمر معنى مجيئهن.

المريضة: هذا ليس صحيحًا. لا أستطيع أن أتوسل إلى شخص ما من أجل شيء أحتاج إليه.

القيسيس: أعتقد أن هذا - لقد أبلغتنا بهذا الأمر جيدًا. إنه أمر هادف جدًا. أهمية كرامة المرء بالنسبة للمريض. عدم الاضطرار إلى التسول أو عدم الشعور بالارتباك والتلاعب.

الدكتورة: لكنني أعتقد، إذا كان يمكن أن أنهي هذا اللقاء ربما بنصيحة. أنا حتى لا أحب الكلمة. أعتقد أننا في بعض الأحيان حين نشعر بالألم والعذاب وننظر جيدًا كما تفاعلين، ربما يكون من الصعب جدًا على المريضة أن تعرف متى تحتاجين إليها أو متى لا تحتاجين إليها. وأعتقد أن السؤال في بعض الأحيان ربما

يكون له معنى أكبر وأنه ليس مثل التسول. أنت تعلمين؟ ربما يكون من الأصعب القيام بذلك.

المريضة: ظهري يؤلمني كثيرًا الآن. سوف أعود إلى هذا المكتب حين أمر وأطلب حبة لعلاج الألم. لا أستطيع أن أعرف متى أحتاج إليها ولكن طلب حبوب لعلاج الألم يجب أن يكون كافيًا، أليس كذلك؟ إنني أشعر بالألم سواء كنت أبدو في حالة جيدة أم لا. قال الأطباء إنه يجب أن أحاول أن أرتاح، مما يعني أن أحظى بيوم خالٍ من الألم لأنني حين أعود إلى العمل سوف أضطر إلى أن أعرق خلال بعض الفصول سواء كنت أشعر بالألم أم لا. هذا أمر جيد، لكنني أقدر فهمهن أن المرء يحتاج من حين لآخر إلى أن يكون خاليًا من الألم، لمجرد أن يسترخي.

تظهر هذه المقابلة بوضوح ما تحتاج إليه هذه المريضة. كانت مفعمة بالغضب والاستياء، وقد بدا أنها نشأ في طفولتها المبكرة. كانت واحدة من عشرة أطفال وشعرت بأنها غريبة داخل الأسرة. بينما كانت الشقيقات الأخريات يستمتعن بالجلوس في البيت وهن يقمن بأعمال التطريز وإرضاء والدتهن، يبدو أنها كانت تشبه والدها إلى حد كبير، حيث كان يتواصل مع الآخرين ويرغب في الذهاب إلى أماكن كثيرة. كان هذا يعادل عدم إرضاء ماما. وقد بدا أنها كشفت عن حاجتها إلى أن تكون مختلفة عن أخواتها، وأن يكون لها هويتها الخاصة، وأن تكون الفتاة الطيبة التي أرادت ماما بأن تصبح راهبة. كانت فقط في أواخر الثلاثينيات من عمرها حين مرضت وأصبح من الصعب بشكل متزايد أن تظل «الفتاة الطيبة». كان جزء من استيائها من الراهبات هو تكرار استيائها من والدتها وأخواتها، وعدم قبولهن لها، وتكرار مشاعرها السابقة نتيجة الإحساس بالرفض. بدلًا من فهم أصل غضبها واستيائها، تفاعل الناس في البيئة معها شخصيًا وبدأوا في رفضها حقًا بصورة أكبر. وكانت لا تستطيع تعويض هذه العزلة المتزايدة إلا من خلال زيارة مرضى آخرين وتلبية بعض مطالبهم - وبالتالي إرضاء احتياجاتهم

(التي كانت حقًا هي احتياجاتها) وفي الوقت نفسه التعبير عن عدم رضاها وإلقاء اللوم على نقص الرعاية. كان هذا المطلب العدائي هو الذي أدى إلى نفور طاقم التمريض منها، بشكل مفهوم، وأعطاهما تبريرًا أكثر قبولًا لعدوانيتها.

في المقابلة، تمت تلبية احتياجات كثيرة. سمح لها أن تكون على طبيعتها، عدوانية وكثيرة المطالب بدون إصدار أحكام والتعبير عن مشاعر شخصية حيال ذلك. تم فهمها بدلًا من إصدار أحكام عليها. كما سُمح لها بالتنفيس عن بعض غضبها. وبمجرد أن تمكنت من تخفيف هذا العبء، تمكنت من إظهار جانب آخر من جوانبها، أي جانب المرأة الدافئة، القادرة على الحب والبصيرة والمودة. من الواضح أنها أحبت هذا الرجل اليهودي ومنحته الفضل في إيجاد المعنى الحقيقي لدينها. وقد فتح أمامها الباب لقضاء ساعات طويلة من التأمل، ومكَّنها أخيرًا من أن تجد إيمانًا جوهريًا وليس ظاهريًا بالرب.

قرب نهاية المقابلة، طلبت الحصول على المزيد من الفرص للتحدث بهذه الطريقة. أعادت صياغة هذا، مرة أخرى بغضب، في شكل طلب حبة ألم. واصلنا زيارتنا وفوجئنا بسماع أنها توقفت عن زيارة المرضى الآخرين الذين يحتضرون وكانت أسهل انقيادًا مع العاملين في المستشفى. ونظرًا لأنها أصبحت أقل غضبًا من المرضات، فقد قمن بزيارتها كثيرًا وطلبن في النهاية مقابلة معنا «لفهمها بشكل أفضل». ياله من فرق أحدثته هذه المقابلة!

في إحدى زيارتي الأخيرة إليها، نظرت إليّ مرة أخرى وطلبت مني في النهاية شيئًا لم يُطلب مني من قبل، ألا وهو أن أقرأ لها إصحاحًا من الكتاب المقدس. كانت ضعيفة جدًا بحلول ذلك الوقت، وأعدت رأسها إلى الخلف، وأخبرتني بالصفحات التي يجب قراءتها، والصفحات التي يجب حذفها.

لم أستمتع بهذه المهمة لأنني وجدت أنها غريبة نوعًا ما وتتجاوز الأشياء المعتادة التي طلب مني القيام بها. كنت سأشعر براحة أكبر لو طلبت مني تدليك الظهر،

أو إفراغ قصرية الغرفة، أو شيئاً من هذا القبيل. ومع ذلك، تذكرت أيضاً أنني أخبرتها أننا سنحاول تلبية الاحتياجات، وبدا الأمر رخيصاً نوعاً ما الاتصال بقسيس المستشفى حين بدت حاجتها ملحة في تلك اللحظة بالذات. أتذكر الفكرة المخيفة بأن بعض زملائي قد يأتون ويضحكون على دوري الجديد، وقد شعرت بالارتياح لأن أحداً لم يدخل غرفتها خلال هذه «الجلسة».

قرأت الإصحاحات، ولم أكن أعرف حقاً ما قرأته لها. لقد أغلقت عينيها ولم أستطع حتى استنباط ردود أفعالها. في النهاية سألتها عما إذا كان هذا هو آخر تنفيس⁽³⁰⁾ لها أو إذا كان هناك شيء آخر وراءه لم أفهمه. كانت تلك المرة الوحيدة التي سمعت فيها ضحكة شديدة تصدر عنها مليئة بالتقدير والفكاهة. قالت إنها كلاهما، لكن الهدف الرئيسي وكان هدفاً جيداً حقاً. لم يكن هذا الاختبار هو الاختبار الأخير الذي أجرته لي فحسب، بل كان في الوقت نفسه آخر رسائلها إلي، وقد كانت تأمل أن أتذكرها بعد رحيلها لفترة طويلة. . . .

بعد أيام قليلة زارتنى في مكتبي مرتدية ملابسها لتوديعي. بدت مبتهجة وسعيدة تقريباً. لم تعد الراهبة الغاضبة التي تنفر الجميع، لكنها بدت امرأة وجدت بعض السلام إن لم يكن القبول وكانت في طريقها إلى البيت، حيث توفيت بعد ذلك بوقت قصير.

لا يزال الكثير منا يتذكرها، ليس بسبب الصعوبات التي تسببت فيها، ولكن من أجل الدروس التي علمتها لعدد كبير منا. وهكذا، في الأشهر الأخيرة من حياتها، أصبحت ما أرادت أن تكون إلى حد بعيد، مختلفة عن الآخرين، ومع ذلك لا تزال محبوبة ومقبولة.

(30) - التنفيس acting-out: تعبير سلوكي عن الانفعالات، يعمل على تخفيف التوتر المرتبط بهذه الانفعالات أو إيصالها للآخرين بطريقة مقنعة أو غير مباشرة. قد تشمل هذه السلوكيات الجدل أو القتال أو السرقة أو التهديد أو نوبات الغضب (المترجم).

V

المرحلة الثالثة: المساومة

توسل فأس الخطاب للشجرة أن تعيد إليه مقبضه.

فأعطته الشجرة مقبضه.

طاغور، من طيور شاردة، 71

والمرحلة الثالثة، مرحلة المساومة، مرحلة أقل شهرة ولكنها مفيدة للمريض بالقدر نفسه، وإن كانت تستمر لفترات قصيرة فقط. إذا كنا غير قادرين على مواجهة الحقائق المحزنة في الفترة الأولى وغضبنا من الناس والرب في المرحلة الثانية، فقد ننجح في أن نعقد نوعًا من الاتفاق الذي قد يؤجل الحدث المحتوم: «إذا كان الرب قد قرر أن يأخذني من على هذه الأرض ولم يستجب لنداءاتي الغاضبة، فقد يكون الأمر أكثر ملاءمة إذا طلبتُ منه ذلك بلطف». ونحن جميعًا على دراية برد الفعل هذا حين نلاحظ أطفالنا يلحون في الطلب أولاً، ثم يطلبون برجاء. قد لا يقبلون «لا» حين يريدون قضاء ليلة في منزل أحد الأصدقاء. قد يغضبون ويضربون الأرض بأقدامهم. قد يجلسون أنفسهم في غرفة نومهم ويعبرون مؤقتًا عن غضبهم برفضنا. لكن سوف تأتي إلى أذهانهم أيضًا أفكار

أخرى. قد يفكرون في مقاربة أخرى. قد يخرجون في النهاية، ويتطوعون للقيام ببعض المهام في المنزل، التي لم ننجح قط في ظل الظروف العادية في حملهم على القيام بها، ثم يخبروننا، «إذا تصرفْتُ بشكل جيد طول الأسبوع وغسلت الأطباق كل مساء، هل تسمح لي بالخروج؟» هناك فرصة ضئيلة بطبيعة الحال لأن نقبل المساومة وقد يحصل الطفل على ما تم رفضه سابقًا.

يستخدم المريض المصاب بمرض ميؤوس من شفائه المناورات نفسها. إنه يعلم، من خلال الخبرات السابقة، أن هناك فرصة ضئيلة في أن يكافأ على حسن السلوك وأن تلبى له أمنية في مقابل القيام بخدمات خاصة. وأمنيته هي دائمًا امتداد للحياة، تليها أمنية لبضعة أيام بدون ألم أو إزعاج جسدي. طلبت مريضة كانت مغنية أوبرا، تعاني من ورم خبيث مشوه في فكها ووجهها ولم يعد بإمكانها أن تغني على المسرح، «أن تؤدي مرة أخرى فقط». حين أدركت أن هذا مستحيل، قدمت أكثر أداء مؤثر ربما في حياتها. طلبت الحضور إلى الندوة والتحدث أمام الجمهور وليس خلف مرآة ذات اتجاه واحد.⁽³¹⁾ كشفت قصة حياتها ونجاحها ومأساتها أمام الفصل حتى استدعتها مكاملة تليفونية للعودة إلى غرفتها. كان الطبيب وطبيب الأسنان جاهزين لخلع كل أسنانها من أجل أن تبدأ في الخضوع لجلسات العلاج الإشعاعي. وقد طلبت أن تغني مرة أخرى - لنا - قبل أن تضطر إلى إخفاء وجهها إلى الأبد.

وكانت مريضة أخرى تعاني من أقصى درجات الألم والشعور بعدم الراحة، حيث لم تستطع العودة إلى البيت بسبب اعتمادها على الحقن لتسكين الآلام. وكان لها ابن قد شرع في خطط للزواج، بناء على رغبة المريضة. كانت حزينة للغاية حين اعتقدت أنها لن تتمكن من حضور هذا اليوم الكبير، لأنه كان أكبر أبنائها

(31) - مرآة ذات اتجاه واحد one-way mirror: مرآة عاكسة من جانب وشفافة من الجانب الآخر. يتحقق تصور الإرسال في اتجاه واحد عندما يكون أحد جانبي المرآة مضاء بشكل ساطع والجانب الآخر مظلمًا. يسمح هذا بالمشاهدة من الجانب المظلم ولا يسمح به من الجانب المضاء.

وأفضلهم. وبفضل الجهود المشتركة، تمكنا من تعليمها التنويم المغناطيسي الذاتي الذي مكنها من أن تشعر بالراحة لعدة ساعات. وقد قطعت كل أنواع الوعود إذا كان بإمكانها فقط أن تعيش فترة كافية لحضور هذا الزواج. في اليوم السابق للزفاف، غادرت المستشفى سيدهً أنيقاً. لم يكن أحد ليصدق حالتها الحقيقية. كانت «أسعد شخص في العالم كله» وبدت متألقة. تساءلتُ عن رد فعلها حين حان الوقت الذي كانت تساوم عليه.

لن أنسى أبداً اللحظة التي عادت فيها إلى المستشفى. بدت متعبة ومرهقة نوعاً ما - وقبل أن أقول مرحباً - قالت: «الآن لا تنس أن لدي ابناً آخر!»

المساومة هي في الحقيقة محاولة للتأجيل؛ يجب أن تتضمن جائزة مقدمة «لحسن السلوك»، كما أنها تحدد «موعداً نهائياً» يفرض ذاتياً (على سبيل المثال، أداء آخر، حفل زفاف الابن)، ويتضمن وعداً ضمناً بأن المريض لن يطلب المزيد حين يُمنَح هذا التأجيل. لم يف أي من مرضانا «بوعده»؛ إنهم، بعبارة أخرى، مثل الأطفال الذين يقولون، «لن أتساجر مع أختي مرة أخرى إذا تركتني أخرج». ولا داعي إلى أن نضيف أن الصبي الصغير سوف يتساجر مع أخته مرة أخرى، تماماً كما سوف تحاول مغنية الأوبرا أن تؤدي مرة أخرى. لم تكن تستطيع العيش بدون المزيد من العروض وغادرت المستشفى قبل أن تخلع أسنانها. كانت المريضة التي وصفتها للتو غير مستعدة لمواجهةنا مرة أخرى ما لم نعرف بحقيقة أن لديها ابناً آخر كانت تريد أن تشهد حفل زفافه أيضاً.

تم معظم المساومات مع الرب وعادة ما يتم الاحتفاظ بها سرّاً أو يتم ذكرها بين السطور أو في مكتب خاص بالقس. في المقابلات الفردية التي أجريناها بدون جمهور، تأثرنا بعدد المرضى الذين يعدون «بحياة مكرسة للرب» أو «حياة في خدمة الكنيسة» مقابل بعض الوقت الإضافي. كما وعد عدد كبير من مرضانا بإعطاء أجزاء من أجسامهم أو أجسامهم كلها «للعلم» (إذا استخدم الأطباء

ومن الناحية النفسية، قد ترتبط الوعود بالشعور بالذنب في هدوء، وبالتالي سوف يكون من المفيد ألا يتجاهل طاقم العمل هذه الملاحظات التي يعبر عنها المرضى. إذا قام قسيس أو طبيب حساس باستنباط مثل هذه التصريحات، فقد يرغب في معرفة ما إذا كان المريض يشعر بالذنب بالفعل لعدم الذهاب إلى الكنيسة بانتظام أو إذا كانت هناك رغبات عدائية أكثر عمقاً، رغبات لا شعورية أدت إلى مثل هذا الشعور بالذنب. ولهذا السبب وجدنا أنه من المفيد للغاية أن تكون لدينا مقاربة متعددة التخصصات في رعاية مرضانا، حيث كان القسيس غالباً أول من يسمع عن مثل هذه المخاوف. ثم قمنا بملاحظتهم حتى تم إراحة المريض من المخاوف غير المنطقية أو الرغبة في العقاب بسبب الشعور المفرط بالذنب، وقد تم تنفيذه فقط من خلال المزيد من المساومة والوعود غير المحققة حين انقضى «الموعد النهائي».

VI

المرحلة الرابعة: الاكتئاب

يندفع العالم على أوتار القلب المتواني

ويعزف موسيقى الحزن.

طاغور، من طيور شاردة، 44

حين لا يستطيع المريض الذي يعاني من مرض ميؤوس من شفائه إنكار مرضه،
وحين يضطر إلى الخضوع لمزيد من العمليات الجراحية أو الحجز في مستشفى،
وحين تبدأ أعراض أكثر في الظهور أو يصبح أضعف وأكثر نحافة، يصبح غير
قادر الابتسام بعد ذلك. وقريبًا سوف يحل محل خدره أو رواقيته، غضبه وغيظه،
إحساس بخسارة فادحة. وقد يكون لهذه الخسارة جوانب عديدة: قد تتفاعل
المرأة المصابة بسرطان الثدي مع تشوه شكلها؛ وقد تشعر المرأة المصابة بسرطان
الرحم بأنها لم تعد امرأة. وكانت استجابة مطربة الأوبرا، التي ذكرناها من قبل،
للجراحة المطلوبة لوجهها وخلع أسنانها الصدمة والفرع والاكتئاب الشديد.
لكن هذه ليست سوى واحدة من الخسائر العديدة التي يكون على مثل هؤلاء
المرضى أن يتحملوها.

مع العلاج المكثف والإقامة في المستشفى، تضاف الأعباء المالية؛ قد لا يتم بعد

الآن توفير بعض الكماليات في البداية وتوفير الضروريات في وقت لاحق. أجبرت المبالغ الهائلة التي كلفتها مثل هذه العلاجات والإقامة في المستشفى في السنوات الأخيرة عددًا كبيرًا من المرضى على بيع آخر ممتلكاتهم؛ لم يتمكنوا من الاحتفاظ بمنزل بنوه ليقضوا فيه شيخوختهم، ولم يتمكنوا من أن يرسلوا ابنًا إلى الكلية، وربما لم يتمكنوا من تحقيق أحلام كثيرة.

وقد تكون هناك خسارة إضافية للوظيفة بسبب تكرار حالات الغياب بكثرة أو عدم القدرة على العمل، وقد تضطر الأمهات والزوجات إلى أن يصبحن المعيلات، وبالتالي يحرم الأطفال من الاهتمام الذي كانوا يحظون به من قبل. وحين تمرض الأمهات، قد يكون هناك اضطراب إلى وضع الأبناء الصغار في رعاية أشخاص آخرين، مما يزيد من حزن المريضة وشعورها بالذنب.

كل أسباب حالات الاكتئاب هذه معروفة جيدًا لكل من يتعامل مع المرضى. لكن ما نميل غالبًا إلى نسيانه هو الأسى التمهيدي الذي لا بد أن يعاني منه المريض بمرض ميؤوس من شفائه من أجل الاستعداد لانفصاله النهائي عن هذا العالم. وإذا كان عليّ أن أحاول التفريق بين هذين النوعين من الاكتئاب، فسوف أعتبر النوع الأول اكتئابًا تفاعليًا، والثاني هو الاكتئاب التمهيدي. والنوع الأول مختلف في طبيعته ويجب التعامل معه بشكل مختلف تمامًا عن الأخير.

لن يجد أي شخص متفهم صعوبة في استنباط سبب الاكتئاب والتخفيف من بعض الشعور بالذنب أو الحزني غير الواقعي الذي يصاحب الاكتئاب غالبًا. يمكن مدح المرأة التي تشعر بالقلق من أنها لم تعد امرأة ببعض السمات الأنثوية الخاصة؛ يمكن أن تطمئن إلى أنها لا تزال امرأة كما كانت قبل الجراحة. وقد أضاف الثدي البديل الكثير إلى تقدير الذات لدى مرضى سرطان الثدي. قد يناقش الأخصائي الاجتماعي أو الطبيب أو القسيس مخاوف المريضة مع الزوج من أجل الحصول على مساعدته في دعم احترام المريضة لذاتها. يمكن

للأخصائيين الاجتماعيين والقساوسة أن يقدموا مساعدة كبيرة في أثناء ذلك عن طريق المساعدة في إعادة تنظيم البيت، خاصةً حين يتعلق الأمر بالأطفال أو كبار السن الوحيدين الذين ينبغي وضعهم في النهاية في الاعتبار. ويشير إعجابنا دائمًا مدى سرعة تخلص المريض من الاكتئاب عند التعامل مع هذه المشكلات الحيوية. مقابلة مسز سي C في الفصل العاشر بمثابة مثال جيد عن امرأة كانت مكتئبة بشدة وشعرت بأنها غير قادرة على التعامل مع مرضها ومع موتها الوشيك لأنه كان لا بد من حضور عدد كبير من الناس ويبدو أنه لا توجد مساعدة قادمة قريبًا. لقد فقدت قدرتها على أداء دورها القديم ولم يكن هناك من يحل محلها.

النوع الثاني من الاكتئاب هو النوع الذي لا يحدث نتيجة لخسارة سابقة ولكنه يأخذ في الاعتبار الخسائر الوشيكة. وعادة ما يكون رد فعلنا الأولي تجاه الأشخاص الذين يشعرون بالحزن هو محاولة إثارة بهجتهم، أن نطلب منهم ألا ينظروا إلى الأشياء بكآبة أو بأس. إننا نشجعهم على النظر إلى الجانب المشرق من الحياة، إلى كل الأشياء المبهجة والإيجابية من حولهم. وكثيرًا ما يكون هذا تعبيرًا عن احتياجاتنا الخاصة، وعن عدم قدرتنا على تحمل وجه تعلوه علامات الأسى لفترة زمنية طويلة. ويمكن أن تكون هذه المقاربة مفيدة عند التعامل مع النوع الأول من الاكتئاب في المرضى المصابين بأمراض ميؤوس من شفائها. وسوف تساعد هذه المقاربة مثل هذه الأم على أن تعرف أن الأطفال يلعبون بسعادة تامة في حديقة الجيران لأنهم يقيمون عندهم حين يكون والدهم في العمل. وقد يكون من المفيد للأم أن تعرف أنهم يستمرون في الضحك والمزاح، والذهاب إلى الحفلات، وإحضار شهادات بتقارير جيدة إلى البيت من المدرسة - جميع التعبيرات التي تعبر عن أنهم يؤدون مهامهم على الرغم من غياب الأم.

حين يكون الاكتئاب أداة للاستعداد للخسارة الوشيكة لكل ما هو محبوب، من أجل تسهيل حالة القبول، تكون وسائل التشجيع والتطمين بلا معنى. لا ينبغي تشجيع المريض على أن ينظر إلى الجانب المشرق للأشياء، لأن هذا يعني أنه لا

ينبغي له أن يفكر في موته الوشيك. وسوف يكون من غير المناسب أن يطلب منه ألا يحزن، لأننا جميعًا نشعر بحزن شديد حين نفقد شخصًا واحدًا محبوبًا. والمريض في سبيله لفقدان كل شيء وكل من يحبهم. إذا سُمح له بالتعبير عن حزنه فسوف يجد القبول النهائي أسهل بكثير، وسوف يكون ممتنًا لمن يمكنهم الجلوس معه خلال هذه المرحلة من الاكتئاب بدون أن يطلبوا منه باستمرار ألا يحزن. وعادة ما يتسم هذا النوع الثاني من الاكتئاب بالصمت على عكس النوع الأول، حيث يكون لدى المريض الكثير للتعبير عنه ويتطلب الكثير من التفاعلات اللفظية وغالبًا ما تكون التدخلات النشطة من جانب الأشخاص في عدد كبير من التخصصات. وفي الأسى التمهيدي، لا تكون هناك حاجة إلى الكلمات وإن وجدت تكون ضئيلة. إنه شعور يمكن التعبير عنه بشكل متبادل وفي كثير من الأحيان يتم إجراؤه بشكل أفضل بلمسة من اليد أو تمسيد الشعر أو مجرد الجلوس بصمت معًا. هذا هو الوقت الذي قد يطلب فيه المريض الدعاء فقط، حين يبدأ في الانشغال بالأشياء القادمة بدلًا من الانشغال بما يخلفه وراءه. إنه الوقت الذي يعيق فيه التدخل المفرط من الزائرين الذين يحاولون إثارة بهجته استعداداته النفسي بدلًا من تعزيزه.

وسوف يوضح مثال مستر أتش H مرحلة الاكتئاب التي ساءت بسبب نقص الوعي وعدم فهم احتياجات هذا المريض من جانب أولئك الذين يحيطون به في بيئته، وخاصة من جانب أفراد عائلته المباشرة. ويوضح نوعي الاكتئاب كليهما حيث أعرب عن ندمه الشديد على «إخفاقاته» حين كان يتمتع بصحة جيدة، وضياع الفرص بينما كان لا يزال هناك وقت للبقاء مع أفراد أسرته، وحزنه لعدم تمكنه من أن يوفر لهم المزيد. كان اكتتابه موازيًا لضعفه المتزايد وعدم قدرته على العمل بوصفه رجلًا ومعيلاً لأسرة. لم يبتهج لوجود فرصة للحصول على علاج إضافي مبشر. أظهرت مقابلاتنا استعداداته للانفصال عن هذه الحياة. كان حزينًا لأنه أجبر على النضال من أجل الحياة حين كان على استعداد للموت. إن هذا

التناقض بين رغبة المريض واستعداده وتوقع من يحيطون به في بيئته هو ما يكمن وراء أكبر قدر من الأسى والاضطراب لمرضانا.

إذا كان من الممكن توعية أعضاء المهن المساعدة بالتناقض أو التعارض بين المريض وبيئته، لكان من الممكن أن يشاركوا أفراد أسر مرضاهم في وعيهم وأن يقدموا مساعدة كبيرة لهم وللمرضى. يجب أن يعلموا أن هذا النوع من الاكثاب ضروري ومفيد إذا كان للمريض أن يموت في مرحلة القبول والسلام. وحدهم المرضى الذين تمكنوا من التغلب على معاناتهم وقلقهم هم القادرون على بلوغ هذه المرحلة. إذا أمكن مشاركة هذا الطمأنينة مع أفراد عائلاتهم، فيمكنهم أيضًا أن يتجنبوا قدرًا كبيرًا من المعاناة غير الضرورية.

مقابلتنا الأولى مع مستر أتش HI كانت على النحو التالي:

المريض: هل لا بد أن أتحدث بصوت عالٍ جدًا؟

الدكتورة: لا، هذا الارتفاع مناسب. إذا لم تتمكن من سماعك فسوف نقول لك. تحدث بصوت عالٍ قدر الإمكان طالما كان هذا مريحًا لك. قال مستر أتش إذا أبقيته في حالة جيدة من الناحية النفسية، فإنه سوف يخوض محادثة جيدة لأنه كان يدرس التواصل.

المريض: السبب في ذلك هو أنني أشعر جسديًا بدوار وتعب شديد.

الدكتورة: ماذا تقصد بعبارة «أبقيته في حالة جيدة من الناحية النفسية»؟

المريض: حسنًا، من الممكن للمرء أن تشعر بأنه مستعد جسديًا بالقدر نفسه حتى لو لم يفعل ذلك. بافتراض أن لديه نوعًا من الدعم النفسي. فإنه يشعر بطريقة ما بسعادة أكبر، كما تعلمين، إذا كانت هناك أخبار جيدة أو شيء من هذا القبيل، فهذا كل ما كنتُ أعنيه.

الدكتورة: ما تقوله حقًا هو أنك تتحدث عن الأشياء الجيدة وليس عن الأشياء السيئة.

المريض: هل تقولين أن هذا ما نفعله؟

الدكتورة: هل هذا ما تتحدث عنه؟

المريض: أوه، لا، على الإطلاق . . .

القيسيس: أعتقد أنه كان يقول فقط إنه يريد بعض الدعم المعنوي.

الدكتورة: نعم. حسنًا، بطبيعة الحال.

المريض: ما أعنيه هو أنني إذا جلست هنا لأكثر من خمس دقائق، فمن المحتمل أن أنهار من الجلوس هنا لأنني متعب جدًا ولم أكن في حالة جيدة إلا لفترة قصيرة جدًا.

الدكتورة: حسنًا، لماذا إذن لا ندخل في الموضوع الذي نريد التحدث عنه مباشرة.

المريض: رائع.

الدكتورة: إننا عمليًا لا نعرف أي شيء عنك. ما نحاول أن نتعلمه من المرضى هو كيف يمكن أن نتحدث إليهم باعتبارهم بشرًا بدون أن نتصفح الملف كله وكل تلك الأمور في البداية. وبالتالي ربها، فقط على سبيل البداية، هل يمكن أن تعطينا ملخصًا موجزًا جدًا عن عمرك، وعن مهنتك، والمدة التي قضيتها في المستشفى.

المريض: لي هنا منذ حوالي أسبوعين وأنا، تقريبًا، وأنا⁽³²⁾ مهندس كيميائي، عن طريق التعليم والتدريب. وقد حصلت على درجة جامعية في الهندسة

(32) - وأنا: مكررة هكذا في الأصل. وقد حافظت عليها لأنها ربما تعكس بعض سمات طريقة حديث المريض (المترجم).

الكيميائية، بالإضافة إلى أنني أخذت دورات في الجامعة في الاتصالات.

الدكتورة: (الصوت غير واضح).

المريض: حسنًا، ليس حقًا، لأنه في الوقت الذي كنت أفعل فيه ذلك، كان لديهم دورة اتصالات وفي الوقت الذي انتهيت منها قاموا بحذفها.

الدكتورة: فهمت.

القييس: ما الذي دفعك إلى الاهتمام بالاتصالات؟ بصفتك مهندسًا كيميائيًا، هل كان هذا جزءًا من وظيفتك أم لمصلحتك الخاصة؟

المريض: لمصلحتي الخاصة.

الدكتورة: ما الذي أتى بك إلى المستشفى هذه المرة؟ هل هذه هي المرة الأولى التي تدخل فيها إلى المستشفى؟

المريض: أنا في هذا المستشفى لأول مرة.

الدكتورة: ما الذي أتى بك إلى هنا؟

المريض: حسنًا، حقيقة أنني في حاجة إلى المزيد من العمل على مرض السرطان. وقد أجريت عملية جراحية في أبريل.

الدكتورة: أبريل من هذا العام؟

المريض: في مستشفى آخر.

الدكتورة: من هذا العام؟ وبعد ذلك تم تشخيص إصابتك بمرض السرطان؟

المريض: وبعد ذلك بدون أي تشخيص إضافي، طلبت الدخول إلى هذا المستشفى، وتمت تلبية طلبي.

الدكتورة: فهمت. كيف استقبلتَ هذا الخبر؟ هل تم إخبارك في أبريل أنك

مصاب بالسرطان؟

المريض: نعم.

الدكتورة: كيف تعاملت مع ذلك، وكيف قيل لك؟

المريض: حسنًا، كانت صفة بطبيعة الحال.

الدكتورة: أووه. لكن الأشخاص المختلفين يتفاعلون بشكل مختلف تمامًا مع الصفعات.

المريض: نعم، حسنًا، لقد كانت صفة أكبر مما كان يمكن أن تكون لأنهم لم يعطوني أي أمل.

الدكتورة: ولا القليل من الأمل؟

المريض: ولا القليل من الأمل. قال الدكتور نفسه إن والده أجرى عملية مماثلة، في المستشفى نفسه، مع الجراح نفسه، وأنه لم يتعافَ، وقد توفي في غضون عام ونصف تقريبًا في العمر نفسه. وكان كل ما يمكن أن أفعله هو أن انتظر النهاية المرة.

الدكتورة: هذا قاس جدًا. كما تعلم، يتساءل المرء إذا كان هذا الدكتور قد فعل ذلك لأنه حدث لفرد من أفراد عائلته.

المريض: نعم، كانت النتيجة النهائية قاسية ولكن السبب كان حقيقة أنه مر بهذه الخبرة بالفعل.

الدكتورة: هذا يجعل من الممكن التسامح بشأن ذلك، كما تعتقد. يجعله مفهومًا.
المريض: نعم.

القيسيس: كيف كان رد فعلك حين قال لك ذلك، حين أخبرك؟

المريض: حسنًا، بطبيعة الحال شعرت بالإحباط الشديد وبقيت في المنزل كما

طلب واسترحتُ بدلاً من القيام بأعمال كثيرة جداً. لكنني قمت بأعمال كثيرة جداً، كما أنني كنت أتحول إلى حد ما، كما تعلم، أزور، هذا وذاك وأشياء من هذا القبيل. لكن بعد أن وصلتُ إلى هنا واكتشفت أن هناك بعض الأمل في حالتي وأن حالتي لم تكن حالة ميؤوساً من شفائها، ثم اكتشفت أنني قد تصرفت بشكل خطأ، وأنني قمت بأعمال كثيرة جداً، ولو كنت قد عرفت فقط في ذلك الوقت، لكنك الآن في حالة جيدة.

الدكتورة: هذا يعني أنك تلوم نفسك الآن على أنك قمت بأعمال كثيرة جداً تقريباً.

المريض: لا، أنا لا أقول هذا، لم أكن أعرف. لا مجال للوم بطريقة أو بأخرى. إنني لا ألوم الدكتور بسبب خبرته الخاصة، ولا ألوم نفسي لأنني لم أكن أملك أي معرفة.

الدكتورة: نعم. قبل أن تذهب إلى ذلك المستشفى، هل كان لديك أي حدس؟ ما نوع الأعراض التي كنت تعاني منها؟ هل شعرت بألم أو هل شعرت بأن هناك شيئاً خطيراً؟

المريض: حسناً، كان مزاجي يسوء تدريجياً، ولكنني عانيت في يوم من الأيام من هذه الحالة السيئة جداً في أمعائي وأجريت لي عملية فغر القولون.⁽³³⁾ كانت تلك هي العملية الوحيدة التي خضعت لها.

الدكتورة: نعم. ما أطلبه حقاً هو مدى استعدادك لهذه الصفحة. هل كان لديك حدس بطريقة ما؟

المريض: لا شيء على الإطلاق.

الدكتورة: لا شيء على الإطلاق. كنت بخير، كنت رجلاً سليماً حتى متى؟

(33) - فغر القولون colostomy: عملية جراحية يتم فيها تحويل جزء من القولون إلى فتحة صناعية في جدار البطن لتجاوز الجزء التالف من القولون (المترجم).

المريض: حتى حجزت في المستشفى.

الدكتورة: ولماذا حجزت في المستشفى؟

المريض: حسناً، لمجرد أن يلقي الأطباء نظرة عليه لأنني كنت أعاني من الإمساك والإسهال بالتناوب.

الدكتورة: أووه. ما تقوله حقاً هو أنك لم تكن مستعداً.

المريض: تماماً. ليس ذلك فحسب، بل أرسلوني إلى المستشفى في غضون ساعتين من وقت وصولي إلى مكتب الطبيب وخلال أسبوع أو نحو ذلك كان قد أجرى لي العملية.

الدكتورة: إذن كان هناك شعور بأن هناك أمراً يتطلب التصرف بسرعة. ثم أجروا لك عملية فغر القولون أم ماذا؟

المريض: نعم.

الدكتورة: نعم، وهذا إجراء صعب أيضاً، أليس كذلك؟

المريض: حسناً؟

الدكتورة: من الصعب إجراؤه.

المريض: أووه، لا، فغر القولون سهل.

الدكتورة: هل من السهل إجراؤه؟

المريض: كانت الفكرة أنه ليس سوى جزء من الإجراءات. بعبارة أخرى، يُفترض أن فغر القولون يكشف كل أنواع الأشياء الأخرى، لكن الأشياء التي كشفوها لم تكن صحيحة على ما يبدو.

الدكتورة: كيف يصبح كل شيء متصلاً بالأمر. حسناً، اعتقدت أن فغر القولون تسبب في استمرار الألم ولكن حين يتعلق الأمر بمسألة حياة أو موت،

فإن فغر القولون هو أقل الأمور سوءاً.

المريض: بالتأكيد، لن يكون هذا شيئاً إذا كان الشخص سوف يبقى على قيد الحياة.

الدكتورة: نعم. بعد أن تلقيت هذه الأخبار لا بد أنك كنت تفكر في كيف تكون الأمور حين تموت. كم من الوقت بقي لك على قيد الحياة. كيف يتعامل رجل مثلك مع هذه الأسئلة؟

المريض: آه - في الواقع انتابني شعور هائل بالأسى الشخصي في هذه الأثناء من حياتي الخاصة لدرجة أن العملية لم تكن تبدو كبيرة. هذا ما يتعلق بها.

الدكتورة: حقاً؟

القسيس: أسى شخصي؟

المريض: سلسلة منه على مدى فترة من الزمن.

القسيس: هل ترغب في التحدث عنه؟

المريض: أوه نعم، هذا جيد.

الدكتورة: هل هذا يعني أنك تعرضت إلى عدد كبير من الخسائر الشخصية؟

المريض: نعم، توفي أبي وأمي، وتوفي أخي، وتوفيت ابنة لي تبلغ من العمر ثمانية وعشرين عاماً، وتركت لنا طفلين صغيرين كنا نعتني بهما لمدة ثلاث سنوات، حتى ديسمبر الماضي. وكانت تلك أسوأ صفة على الإطلاق لأنها كانت بمثابة تذكير دائم بوفاتها.

القسيس: الأطفال في المنزل. ما سبب وفاتها؟

المريض: ماتت بسبب المناخ القاسي في بلاد فارس.

القسيس: ماتت بينما كانت في الخارج؟

المريض: درجة الحرارة مائة وعشرون درجة في الظل معظم أيام السنة. (34)

القيس: كانت بعيدة عن الوطن حينها.

المريض: لم تكن من النوع الذي يمكن أن يتحمل حياة قاسية.

الدكتورة: هل لديك أبناء آخرون؟ هل كانت هذه ابنتك الوحيدة؟

المريض: أوه، لا، لدينا ثلاثة أبناء آخرين.

الدكتورة: لديك ثلاثة أبناء آخرين. كيف حالهم؟

المريض: بخير.

الدكتورة: هل هم بخير؟ هل تعلم ما لا أفهمه؟ أنت رجل في منتصف العمر

- لا أعرف كم عمرك بعد - ولكن غالبًا ما يفقد رجل في منتصف العمر أبا وأما.

الابنة بطبيعة الحال هي الأكثر إيلاّمًا، والابن دائمًا يكون أكثر إيلاّمًا. لماذا تقول

ذلك لأنك تكبت الكثير من الخسائر، بدت حياتك غير ذات أهمية؟

المريض: لا أستطيع الإجابة على هذا السؤال.

الدكتورة: إنها مفارقة، أليس كذلك؟ لأنه إذا كانت حياتك غير مهمة، فسوف

يكون من السهل جدًا أن تخسرها، أليس كذلك؟ هل ترى الأمور بشكل لا

أفهمه؟

القيس: كنت أتساءل فقط عما إذا كان هذا هو ما كان يحاول أن يقوله. هل

هذا ما كنت تحاول أن تعبر عنه؟ لم أكن متأكدًا، ما سمعتك تقوله هو أن الأخبار

التي تفيد بإصابتك بالسرطان كانت بمثابة صفة مختلفة نتيجة الخسائر التي

تعرضت لها.

المريض: لا، لا، لم أقصد ذلك. أعني أنني تلقيت هذه الضربات الأخرى

(34) - 120 درجة فهرنهايت تساوي 49 درجة مئوية تقريبًا (المترجم).

بالإضافة إلى إصابتي بالسرطان. ومع ذلك، سوف أقول، آه، لقد كنت أحاول فقط أن أفكر في فكرة صغيرة كانت ترد إلى ذهني هناك، كانت فكرة مهمة. لقد طرحت السؤال عن سبب اهتمامي بالموت أكثر من اهتمامي بالحياة منذ أن أنجبت ثلاثة أطفال آخرين.

الدكتورة: لقد عرضتُ هذا أكثر للنظر إلى الجانب المشرق أيضًا.

المريض: نعم، حسنًا، آه، لا أعرف ما إذا كنت تدركين ذلك، ولكن، آه، حين تأتي هذه الصفعات يكون لها تأثير ليس فقط على الأب ولكن على أفراد الأسرة كلهم. واضح؟

الدكتورة: نعم، هذا صحيح.

القيسيس: وبالتالي مرت زوجتك بأوقات عصيبة أيضًا؟

المريض: زوجتي وجميع الأبناء، جميع الأبناء. وها أنا هنا، أعيش في مشرحة كما يمكن للمرأة أن يقول.

الدكتورة: لبعض الوقت. نعم.

(محادثة مختلطة.)

المريض: استمر الأمر وأرى أنها مسألة أسى لم يتم التخلص منه.

الدكتورة: نعم. ما يقوله مستر أش H حقًا هو أنه كان هناك قدر كبير من الأسى لدرجة أنه من الصعب جدًا أن يتحمل المزيد من الأسى الآن.

المريض: هذا صحيح.

الدكتورة: كيف يمكن أن نساعدك؟ من يمكن أن يساعدك؟ هل هناك أي شخص يمكن أن يساعدك في هذا الأمر؟

المريض: أعتقد ذلك.

الدكتورة: (كلام غير واضح). هل ساعدك أحد؟

المريض: لم أطلب من أحد سواك.

الدكتورة: هل تحدث معك أحد كما نتحدث معك الآن؟

المريض: لا.

القيسيس: حسنًا، ماذا عن هذه الخسائر الأخرى. حين ماتت ابنتك هل كان هناك من تحدثت معه؟ أو من تحدثت زوجتك معه؟ هل كان هذا شيئًا تم تركه لكما كليكما لتحملاه في أعماقكما؟ هل تحدثتما معًا من قبل؟

المريض: ليس كثيرًا.

القيسيس: هل كان عليك الاحتفاظ به في أعماقك؟

الدكتورة: هل زوجتك في حالة أسى شديد الآن كما كانت في ذلك الوقت؟ أم أنها تعافت من هذا الأسى نوعًا ما؟

المريض: لا يمكن أبدًا لأحد أن يعرف.

الدكتورة: هل هي شخص يصعب التواصل معه؟

المريض: هي لا تتحدث عن ذلك الموضوع. إنها محاضرة جيدة، إنها معلمة.

الدكتورة: أي نوع من النساء هي؟

المريض: حسنًا، إنها امرأة ثقيلة الوزن، تتمتع بروح طيبة، من النوع الذي يحظى بحفاوة بالغة في بداية كل فصل دراسي ويحصل على هدية قيمة جدًا في نهايته.

الدكتورة: هذا يعني شيئًا ما، كما تعلم.

القيسيس: من الصعب العثور على شخصية من هذا النوع.

المريض: هذا صحيح.

الدكتورة: نعم.

المريض: إنها أيضًا شخصية تبذل قصارى جهدها من أجلي ومن أجل أفراد عائلتي.

الدكتورة: تبدو لي وكأنها شخص يمكنه أن يتحدث عن هذه الأشياء بقدر ضئيل من المساعدة الإضافية.

المريض: نعم، يمكن أن تعتقدي ذلك، أليس كذلك.

الدكتورة: هل تخشى الحديث عن الموضوع أم أنها ممنوعة من أن تتحدث عنه؟

المريض: كرري السؤال مرة أخرى.

الدكتورة: من منكما يمنع إجراء مثل هذه المحادثة؟

المريض: حسنًا، لقد أجريننا بالفعل محادثات. وكان ردها هو السفر إلى الخارج وتربية الأطفال. لذا فقد سافرت وقضت أكثر من عامين متتاليين في الصيف، بما في ذلك الصيف الماضي. وبالطبع، من الطبيعي أن يدفع صهرنا تكاليف السفر.

وقد ظل الأحفاد معنا حتى ديسمبر ثم عادوا. ثم ذهبت مسرأتش H إلى هناك في ديسمبر لقضاء الإجازة، ثم عادت هذا الصيف لمدة شهر. كان من المفترض أن تبقى لمدة شهرين ولكنها بحسابي بقيت شهرًا واحدًا فقط لأنني كانت في فترة نقاهتي.

القيسيس: كنت أتساءل عن مدى المحادثة التي تريد أن تجربها حول حالتك مع هذا الطرف الآخر عن الحالة النفسية لزوجتك وعن قلقها بشأن مسؤوليتها عن الأحفاد. سواء كان لهذا تأثير على قدرتك على أن تشاركها في ذلك أو ربما على شعورك بأنه لا يجب عليك مشاركتها فيه وتحملها أي شيء آخر. هل كان هناك أي شعور بهذا الشكل؟

المريض: حسنًا، هناك مشاكل أخرى بيني وبينها. على الرغم من أنها، كما قلت، واحدة من هذه الشخصيات المتفتحة تمامًا، حسنًا، ما زلت أشعر بالقلق، فهي تشعر أنني لم أقم بعمل جيد بما يكفي بنفسني.

الدكتورة: من أي ناحية؟

المريض: حسنًا، لم أحصل على ما يكفي من المال. وبطبيعة الحال مع أربعة أطفال، لماذا، يمكن أن يتتابها هذا الشعور. إنها تشعر أنني يجب أن أكون مثل صهرها، كما تعلمين. كما أنها تشعر أنني كنت مسؤولاً عن عدم تربية ابني الأصغر بما يكفي. بسبب حقيقة أن لديه سمة وراثية معروفة. ومع ذلك فهي تلومني على ذلك حتى الآن.

الدكتورة: هل تلومك على ذلك؟

المريض: تلومني على ذلك.

الدكتورة: ماذا يعمل؟

المريض: كان في مشاة البحرية لكنهم طردوه.

الطبيب: ماذا يعمل الآن؟

المريض: حسنًا، كان من المفترض أن يتقدم لوظيفة، وظيفته القديمة راعياً للماشية.

القسيس: وأبنائك الآخرون؟

المريض: حسنًا، ابني الثاني، تلومني عليه أيضًا. لأنه بليد إلى حد ما في المدرسة. كانت تشعر أنه إذا دخل شخص ما إلى هناك وتأرجح، كما تعلم، فإنها تكون مجرد دينامو للطاقة، وسوف يحقق أكبر نجاح على الفور. بالطبع أعتقد أنها سوف تدرك عاجلاً أم آجلاً أنه لن يكون كذلك. إنها مجرد مسألة وراثية. الابن الأول

يعمل بشكل جيد إلى حد ما لأنها تدفعه وقد أنهى للتو شهادته في الإلكترونيات.

القيس: لأنها تدفعه؟

المريض: حسنًا، لا، إنه رائع جدًا، إنه الشخص الوحيد اللامع، كما يمكن أن تقول، بعيدًا عن الابنة.

القيس: حسنًا، لقد ذكرت الوراثة أيضًا. من أي جانب تعتقد أن الضعف يأتي؟ لقد أعطيتني انطباعًا بأنك تعتقد أنه يأتي من جانبك. أو تقترح زوجتك أنه يأتي من جانبك.

المريض: حسنًا، لا أعرف ما تقترحه في هذا الشأن. لا أعتقد أنها تشعر أنها وراثة. أعتقد أنها تشعر أن الأمر لا يتعلق فقط بدخولي إلى هناك والقيام بعمل كافٍ. في أوقات فراغي يجب أن أفعل ذلك. لا ينبغي أن أكسب المزيد من المال فقط، وهو موضوع حياتنا. سوف تساعدني إلى أي حد، لكنها سوف تلومني دائمًا على عدم إنتاج الجزء الخاص بي. يجب أن أكسب على أقل تقدير خمسة عشر ألفًا في السنة.

الدكتورة: لدي شعور بأن ما يقوله مستر أتش H حقًا هو أن زوجته امرأة مفعمة بالنشاط والحيوية إلى حد بعيد وأنها من النوع الذي يريد منك أنت وأطفالها أن تكونوا مثلها.

المريض: بالضبط.

الدكتورة: وأنها لا تستطيع التعامل مع الأمر بشكل جيد حين لا تكون مثلها - المريض: صحيح.

الدكتورة: وهذا يعني أن يكون المرء مفعمًا بالنشاط والحيوية. وبعد ذلك تقول انظر إلى زوج ابنتي، إنه يكسب الكثير من المال وربما يكون مفعمًا بالنشاط والحيوية.

المريض: ليس فقط زوج ابنتها ولكن كل شخص آخر تعرفه.

الدكتورة: أعتقد أن ذلك سوف يكون أمرًا مرتبطًا بحالة مستر أتش H، المريض، لأنه حين يكون مريضًا وحين يصبح أكثر ضعفًا -

المريض: معذرة، لم أسمع ما قلت؟

الدكتورة: حين تكون مريضًا وتزداد ضعفًا، سوف تكون أقل نشاطًا وأقل نشاطًا وتكسب أموالاً أقل.

المريض: في الواقع، هذا ما قلته لها في وقت ما. حين بلغت الأربعين من عمري، كما تعلمين، كنت أتباطأ إلى حد ما وكنت أقول لنفسي، يا فتى، إذا كانت الأمور على هذا النحو الآن، فتخيل ما سوف تكون عليه بعد ذلك لأنها تصبح أكثر نشاطًا.

الدكتورة: سوف يكون الأمر فظيعةً، أليس كذلك؟

المريض: لأنها تزداد نشاطًا وحيوية.

الدكتورة: ما يعنيه هذا بالنسبة لك هو أن هذا سوف يكون أصعب. هل هي من النوع الذي لا يعرف التسامح مع الأشخاص الذين يضطرون إلى الجلوس على كرسي متحرك؟

المريض: إنها غير متسامحة للغاية مع الأشخاص الذين لا يتمتعون بالتألق الكافي.

الدكتورة: حسنًا - حين تكون ضعيفًا جسديًا، يمكن أن تظل متألقًا، كما تعلم.

المريض: نعم.

الدكتورة: لكن هل هي غير متسامحة مع الأشخاص غير القادرين جسديًا على القيام بأعمالهم.

المريض: نعم.

الدكتورة: لأنه يمكن للمرء دائمًا أن يكون متألقًا.

المريض: حسنًا، حين نقول متألقًا، فإننا نعني، آه، تطبيق التألق في العمل. هذا ما تريده.

القيسيس: أسمعك تقول ناجحًا.

المريض: ناجحًا، هذا كل شيء.

الدكتورة: أووه.

القيسيس: لا يتمتعون بالقدرة فقط ولكنهم يفعلون شيئًا بها. لكن ما يتبادر إلى ذهني هنا هو كيف يمكن، وهذا النوع من الأشياء يحدث، أن تنحّي جانبًا أي حق أو فرصة قد تضطرك إلى أن تتحدث عن نفسك وعن علك.

المريض: هذا صحيح، والأبناء أيضًا.

القيسيس: هذا مصدر قلق لي.

المريض: أشعر بأن الأبناء مضغوط عليهم بالتأكيد بسبب المطالب الطاغية لأهمهم. إنها خياطة بارعة، على سبيل المثال، بالإضافة إلى أنها معلمة. يمكنها أن تصنع بدلة رجالي من القماش في عطلة نهاية الأسبوع. وسوف تبدو أفضل من أي بدلة تراها، سوف تكون مثل بدلة بهاتين وخمسين دولارًا.

الدكتورة: ولكن ما شعورك تجاه هذا كله؟

المريض: حسنًا، إنه يجعلني أشعر بهذه الطريقة، ما لن يحدث أي فرق بالنسبة لي، كم هي رائعة لأنني معجب بها مثل - لا أعرف كيف يمكن أن التعبير عن الأمر - ولكن مثل معبود، كما تعلمين. لن يحدث أي فرق إذا لم تصر على أن أكون مثلها.

الدكتورة: نعم. كيف يمكن أن ترى مرضك إذن؟

المريض: هذا هو الأمر الرئيسي حقًا.

الدكتورة: هذا ما نحاول حقًا أن نكتشفه، وأن نعرف الطريقة التي نساعدك بها.

المريض: هذا هو الأمر الأساسي حقًا - لأنك ترين أنه إذا كان المرء يعاني من مرض، وأنه يعاني من الألم، ويشعر بأسى لم يتم التخلص منه، وأن هناك شخصًا يعيش معه يلبي كل جانب من جوانب أعمال الأسي، كما تعلمين، تقولين، حسنًا، لا أعرف كيف أعيش من خلال هذا الأمر الذي يتعلق بموت ابنتنا وهذا النوع من الأمور، الإجابة تأتي مباشرة، «حافظ على رأسك عاليًا، وفكر بشكل إيجابي»، إنها في الحقيقة من محبي التفكير الإيجابي.

القيسيس: أنت تسير بسرعة كافية ولن تضطر إلى التوقف والتفكير في الأمر.

المريض: هذا صحيح.

الدكتورة: لكنه على استعداد للتفكير والتحدث عن الأمر؛ يجب أن نتحدث عن الأمر؛ يجب أن يكون هناك شخص ما للتحدث عنه.

المريض: إن زوجتي توقفتني في منتصف الجملة. ولا توجد إمكانية للتحدث معها عن أي شيء من هذه الأشياء.

القيسيس: أعتقد أن لديك الكثير من الثقة في نفسك.

المريض: لقد فكرت كثيرًا في داخلي حول كيفية حل هذه المشكلات. لأني حقًا عامل مجتهد تمامًا بالصورة التي قد تود هي أن أكون عليها. وقد كنت كذلك دائمًا، وكنت دائمًا طالبًا متألقًا جدًا. في الدورة التي التحقت بها في الجامعة، حصلت على تقدير A وتقدير B في جميع الدورات.

القسيس: لكنني أسمعك تقول إن لديك القدرة على ذلك ولكنك تدرك أن العمل الجاد لن يحل نزاعات من النوع الذي خلقتة الحياة في هذه المرحلة. لقد ميزت بين التفكير في الحياة والتفكير في الموت، على ما أتذكر؟

الدكتورة: هل فكرت يوماً في الاحتضار؟

المريض: نعم. ماذا كنت ستقولين عنه؟

القسيس: لقد تساءلتُ للتو عن أفكارك حول الحياة في علاقتها بالموت والعكس.

المريض: حسناً، آه، سوف يكون علينا الاعتراف بذلك، لم أفكر مطلقاً في الموت باعتباره شيئاً، بحد ذاته، لكنني فكرت في أن الحياة تكون بلا قيمة في ظل مثل هذه المواقف.

القسيس: هل هي بلا قيمة؟

المريض: إذا كان لي أن أموت في الغد، فإن زوجتي سوف تواصل حياتها بشكل طبيعي تماماً.

الدكتورة: وكان شيئاً لم يحدث؟

المريض: هذا ما أشعر به. لن تفوت أي لحظة.

القسيس: مثلما فعلت مع الوفيات الأخرى؟ أم بشكل مختلف إلى حد ما؟

المريض: بعد وفاة ابنتي، لماذا، لقد عملت على رعاية أطفالها. لكن إذا لم أترك أي أبناء فلن تتغير حياتها على الإطلاق.

القسيس: ما يمنحك القوة على أن تقدم تعليقاً بأن أحد الأشياء المثيرة في المحيء إلى هنا هو أن طاقم العاملين هنا أعطوك إحساساً بالأمل. قالوا إن هناك بعض الأشياء التي يمكن أن يقوموا بها من أجلك وهم يقومون بها بالفعل. ما

الذي أصابك في أعماقك فيما يتعلق برغبتك في العيش؟ على الرغم من أنك تشعر بأن الحياة بلا قيمة، هناك شيء ما بداخلك وجد الرضا والرغبة في الاستمرار. هل هذا إيمان؟

المريض: حسنًا، إنه أمل أعمى من نوع ما أكثر مما هو أي شيء آخر، كما يمكن أن أقول، كما أن مجموعتي في الكنيسة دعمتني كثيرًا. لقد كنت نشطًا في العمل في الكنيسة المشيخية لسنوات وسنوات وسنوات. حقيقة أنني أستطيع أن أفعل القليل مما لم تحبه زوجتي، بالطبع، مثل الغناء في الجوقة وتعليم مدرسة الأحد وأشياء من هذا القبيل. حسنًا، حقيقة أنني كنت قادرًا على القيام ببعض الأشياء مثل تلك التي شعرت أنها تستحق العناء في المجتمع وقد ساعدني مثل هذا العمل. لكن كل قدر من العمل الذي قمت به على هذا النحو كان يُعتبر في نظرها عديم القيمة نظرًا لحقيقة أنه لم يساهم في جني مبلغًا كبيرًا من المال.

الدكتورة: ولكن هذا هو مفهومها. هل ما زال مفهومك أنه كان يستحق العناء؟

المريض: أعتقد أنه أمر يستحق الجهد، يستحق الجهد حقًا.

الدكتورة: كما ترى، أعتقد أن هذا هو الشيء المهم. لا يزال لديك شعور بالقيمة. هذا هو السبب في أنني أعتقد أن الأمل مفيد في حالتك. إنك ما زلت ترغب في أن تعيش. إنك لا تريد أن تموت حقًا، أليس كذلك؟ لهذا السبب أتيت إلى هذا المستشفى.

المريض: صحيح.

الدكتورة: ماذا يعني الموت بالنسبة لك؟ إنه سؤال صعب ولكن ربما يمكنك الإجابة عليه.

المريض: ماذا يعني الموت بالنسبة لي؟

الدكتورة: ماذا يعني الموت بالنسبة لك؟

المريض: الموت. إنه يعني توقف النشاط القيّم. وبالقيم في حالتي، لا أعني المعنى الذي تقصده زوجتي. لا أقصد الأنشطة التي يكسب المرء أموالاً من ورائها.

القيسيس: إنك تتحدث عن الغناء في الجوقة وتعليم مدرسة الأحد. وعن التواجد مع الناس، وأشياء من هذا القبيل.

الدكتورة: نعم.

المريض: لقد كنتُ دائماً نشيطاً في العمل المجتمعي، وكل أنواع الأنشطة المختلفة. وهناك شيء وحيد يجعل الحياة بلا قيمة في الوقت الحالي وهو حقيقة أنني نظرت إلى نفسي من وجهة نظر الدكتور الآخر بأنني لن أستطع أبداً أن أعود إلى ممارسة هذه الأشياء.

الدكتورة: وماذا تفعل الآن هنا؟

المريض: حسناً؟

الدكتورة: ماذا تفعل الآن، هنا؟

المريض: ما أفعله الآن هو تبادل الآراء، وهو عمل قد يكون مفيداً.

الدكتورة: وهو نشاط قيم. قد يكون مفيداً لك ولكنه مفيد لنا بالتأكيد.

القيسيس: نشاط قيم من وجهة نظره، وليس من وجهة نظر زوجته.

الدكتورة: نعم (ضحك) لهذا السبب أردتُ أن أوضح الأمر. ما تقوله حقاً هو أن الحياة تستحق العناء طالما يمكن أن تكون لك قيمة ما وأن تفعل شيئاً ما له قيمة.

المريض: لكن كما تعلمين، من الجيد أيضاً أن يكون هناك أشخاص آخرون

يقدرّون ذلك. إذا كان المرء يحبهم.

الدكتورة: هل تعتقد حقًا أنه لا يوجد أحد آخر يقدرك؟

المريض: لا أصدق أن زوجتي تقدرني.

القيسيس: هذا ما كنت أعتقد أنه كان يشير إليه.

الدكتورة: نعم وماذا عن أبنائك؟

المريض: أعتقد أنهم يقدرّونني. لكن الزوجة هي الشيء المهم كما تعرفين، زوجة الرجل. خاصة إذا كان معجبًا بها كثيرًا، كما تعلمين. وتكون كذلك، كما قد تقولين، محبوبة. لأنها مليئة بالطاقة المتلاثلة وكل ذلك النوع من الأشياء.

القيسيس: هل كان هذا الوضع ثابتًا طول فترة زواجك؟ أم هل كان هذا أكثر وضوحًا بعد فترات الأسى؟ والخسارة؟

المريض: لا يوجد اختلاف. في الواقع لقد كان الوضع أفضل بعد الأسى والخسارة. حسنًا، الآن، على سبيل المثال، كانت لطيفة جدًا معي لبعض الوقت. منذ أن دخلتُ إلى المستشفى، ولكن آه، كان الأمر دائمًا على ذلك النحو. حين كنت مريضًا أو أعاني من شيء ما من هذا القبيل، لماذا، إنها كانت تتعامل بلطف حقيقي معي لبعض الوقت. لكن بعد ذلك لم تستطع التخلص من هذه الحقيقة المتمثلة في وجود متسكع لا يكسب أي أموال.

القيسيس: حسنًا، كيف يمكن لك أن تفسر الأمور التي حدثت في حياتك؟ لقد ذكرت أنك كنت تذهب إلى الكنيسة. كيف تفسر الأمور التي حدثت لك؟ من حيث موقفك تجاه الحياة، ما يسميه البعض إيمانك بالحياة. هل يلعب الرب دورًا في مثل هذه الأمور؟

المريض: أوه نعم. حسنًا، في المقام الأول، بوصفي مسيحيًا، يعمل المسيح بصفته وسيطًا. إن الأمر بسيط جدًا. حين أضع الرؤية في الاعتبار، أرى أن الأمور

تسير بشكل جيد تمامًا. وأرتاح من مشاكلي . . . وأحصل على حلول للمشاكل التي تهم الناس.

القيسيس: إنه الشيء ذاته الذي كان يتحدث عنه بينه وبين زوجته هو الحاجة إلى وسيط، وقد ذكرتُ المسيح بصفته وسيطاً في مشاكلك الأخرى. هل فكرت في هذا الأمر فيما يتعلق بزوجتك وعلاقتك بها؟

المريض: لقد فكرتُ، ولكن لسوء الحظ، أو لحسن الحظ، فإن زوجتي شخص ديناميكي.

القيسيس: ما أفهمه مما تقوله هو أن زوجتك شخصية ديناميكية ونشيطة للغاية لدرجة أنه لا يوجد مكان لرب نشط في حياتها. وبالتالي لن يكون هناك مكان للوسيط.

المريض: حسناً، هذا ما يعنيه الأمر في حالتها.

الدكتورة: هل تعتقد أنها مستعدة للتحدث مع أحد منا؟

المريض: نعم، إنني أعتقد بالتأكيد.

الدكتورة: لو طلبتَ منها؟ هل يكون هذا أمراً لا بأس به بالنسبة لك؟

المريض: زوجتي لا تفكر أبداً في الذهاب إلى طبيب نفسي، خاصةً معي.

الدكتورة: أووه. ما الشيء المخيف إلى هذه الدرجة في الطبيب النفسي؟

المريض: الأمور نفسها التي تحدثنا عنها. أعتقد أنها من النوع الذي يتستر على هذه الأمور.

الدكتورة: حسناً، دعنا نشاهد كيف تسير هذه المقابلة. قد يكون من المفيد. وإذا

كان الأمر على ما يرام معك، فسوف نأتي إليك من حين إلى آخر. حسناً؟

المريض: هل تقولين إنك سوف تأتين؟

الدكتورة: ونزورك.

المريض: في سريري؟

الدكتورة والقس: نعم.

المريض: سوف أغادر المستشفى يوم السبت.

الدكتورة: فهمت. لذلك ليس لدينا الكثير من الوقت.

القسيس: حسنًا، إذا كنت ستعود إلى العيادات في أي وقت، هل يمكن أن تعود لمقابلة الدكتور؟

المريض: أشك في ذلك ولكن قد يكون الأمر كذلك. إنها رحلة طويلة جدًا.

القسيس: أوه، فهمت.

الدكتورة: حسنًا، إذا كان هذا هو لقاءنا الأخير، فقد يكون لديك بعض الأسئلة التي تود أن تطرحها علينا.

المريض: حسنًا، أعتقد أن إحدى أكبر مزايا هذه المقابلة هي طرح الكثير من الأسئلة التي لم يكن من الممكن أن أفكر فيها.

الدكتورة: لقد ساعدتنا أيضًا.

المريض: أعتقد أن الدكتورة ر R قد قدمت بعض الاقتراحات الجيدة جدًا وأنتك قدمت اقتراحات جيدة أيضًا. لكنني أعرف شيئًا واحدًا، ما لم أقم بإجراء تحسين جذري، فلن أتعافى جسديًا.

الدكتورة: هل هذا أمر مفزع؟

المريض: مفزع؟

الدكتورة: لا أشعر بأي خوف يتتابك.

المريض: لا، لن يفزعني ذلك لسببين. أولاً، لدي إيمان راسخ إلى حدّ ما وقد ارتكزَ على حقيقة أنني قمت بنقله إلى أشخاص آخرين.

الدكتورة: إذن يمكن أن تقول عن نفسك إنك رجل لا يخشى الموت ويتقبله حين يأتي، تمامًا هكذا.

المريض: نعم، لا أخشى الموت ولكنني أخشى بشكل أو بآخر ألا تسنح لي فرصة أن أوصل أنشطتي السابقة. لأنني، كما ترين، لم أحب حقًا الهندسة وكذلك العمل مع الناس.

القيسيس: هذا هو السبب في ظهور اهتمامك بالاتصالات.

المريض: ظهور جزء منه، نعم.

القيسيس: ما يذهلني ليس غياب الخوف فقط ولكن يذهلني أيضًا القلق والشعور بالندم فيما يتعلق بعلاقتك بزوجتك.

المريض: لقد ندمت لأنني طوال حياتي لم أستطع التواصل معها. قد تقول حقًا، إذا كنت تريد أن تدس رأسك في الرمال، وفي دراستي للاتصالات كنت أفعل ذلك، لا أعرف حقًا، لكن ربما كان تسعون في المائة يحاولون الالتقاء مع زوجتي.

الدكتورة: تحاول التواصل معها، أليس كذلك؟ لم تحصل على أي مساعدة مهنية لذلك؟ كما تعلم، لدي شعور بأنه يمكن تقديم المساعدة، ولا يزال من الممكن تقديم المساعدة.

القيسيس: هذا هو سبب أهمية لقاء الغد.

الدكتورة: نعم، نعم . . . لذلك لا أشعر بالعجز حقًا، فهذا ليس أمرًا غير قابل للإصلاح، كما تعلم. لا يزال لديك الوقت للقيام بذلك.

المريض: حسنًا، أود أن أقول إنه طالما كنتُ على قيد الحياة بالفعل، فهناك أمل

في الحياة.

الدكتورة: هذا صحيح.

المريض: لكن الحياة ليست كل شيء في العالم. نوعية الحياة، لماذا نعيشها.

القيسيس: حسنًا، إنني ممتن لأنني قد أتيت لي الفرصة لزيارتك. أود أن أتحدث معك هذا المساء قبل أن أعود إلى البيت الليلة.

المريض: حسنًا، أود أن أفعل ذلك . . . أوه . . . (المريض لا يريد المغادرة) . . .
. . . كنت بصدد أن تطرح عليّ بعض الأسئلة التي لم تطرحها.

الدكتورة: فعلت؟

المريض: أووه.

الدكتورة: ماذا نسيتُ؟

المريض: لقد فهمت مما قلته أنها كانت مسؤولة ليس فقط عن هذا السيمينار ولكن - حسنًا، ما هي مسؤوليتك، دعنا نضع الأمر على هذا النحو. كان هناك شخص ما اهتم بالعلاقة بين الدين والطب النفسي.

الدكتورة: نعم، لقد بدأت أفهم. كما ترى، أن لدى عددًا كبيرًا من الناس مفاهيم مختلفة عما نقوم به هنا. أكثر ما يهمني هو أن أتحدث مع الأشخاص المعتلين أو المرضى الذين يجتضرون. حتى أفهمهم أكثر إلى حد ما. لتعليم طاقم المستشفى كيف يمكن أن نساعدهم بشكل أفضل، والطريقة الوحيدة التي يمكن أن نتعلم بها ذلك هي أن يكون المريض معلمنا، كما تعلم.

القيسيس: هل كانت لديك أسئلة بشأن علاقات الدين -

المريض: نعم، لدي بعض الأسئلة. على سبيل المثال، كان أحد الأمور هو أن المريض العادي سوف يتصل بقيسيس فقط، ولن يتصل بالطبيب النفسي إذا شعر

بأنه في حالة سيئة.

الدكتورة: هذا صحيح.

المريض: حسناً. إذن السؤال الذي طرحته أنت أو شخص ما عليّ من قبل، آه، ما هو شعوري تجاه خدمة القساوسة. وأود أن أقول إنني كنت أشعر بالذهول حين وجدت أنني طلبت قسيساً في منتصف الليل ولم يكن هناك قسيس في وردية الليل. أعني أن هذا أمر لا يصدق بالنسبة لي، لا يصدق. لأنه متى يحتاج إنسان إلى قسيس؟ فقط في الليل، صدقيني. هذا هو الوقت الذي يكون فيه المرء مستعداً تماماً ويخرج من كل ما هو فيه من سوء. هذا هو الوقت الذي يحتاج فيه المرء إلى قسيس. أود أن أقول في الغالب بين الثانية عشرة وما إلى ذلك -

الدكتورة: ساعات الصباح الباكر.

المريض: وإذا عرضت رسماً بيانياً، فمن المحتمل أن يكون ذروته عند الساعة الثالثة تقريباً. ويجب أن يكون الأمر كذلك. يرن المرء الجرس، وتأتي الممرضة: «أود أن يكون معي قسيس،» في غضون خمس دقائق يظهر القسيس والمرء في الطريق إلى، آه».

مكتبة

t.me/soramnqraa

الدكتورة: ليطم التواصل حقاً.

المريض: نعم.

الدكتورة: هذا هو السؤال الذي أردت مني أن أطرحه، ما مدى رضاك عن خدمات القسيس. أرى، لقد طرحْتُ هذا السؤال ربما بشكل غير مباشر حين سألتك عن ساعدك، هل كان هناك أي شخص كان مفيداً لك. لم تذكر القسيس في ذلك الوقت.

المريض: هذه هي مشكلة الكنيسة نفسها. متى يحتاج الرجل إلى كاهن.

الدكتورة: نعم.

المريض: يحتاجه حوالي الساعة الثالثة في المعتاد.

الدكتورة: حسناً، يمكن للقيس ن N الإجابة على هذا السؤال لأنه كان مستيقظاً طوال الليلة الماضية لرؤية المرضى.

القيس: لا أشعر بالذنب كما كان من الممكن أن أشعر به، لقد نمت ساعتين فقط الليلة الماضية. يمكن أن أقدر ذلك، على الرغم من أنني أعتقد أن هناك الكثير مما يقال ويُحس.

المريض: ولا أعتقد أن أي شيء آخر يجب أن يكون له الأولوية على ذلك.

القيس: الاهتمام الحقيقي بشخص ما يطلب المساعدة.

المريض: بالتأكيد، الكاهن، الكاهن المشيخي الذي زوج أبي وأمي، كان رجلاً من هذا النوع. لم يؤذ ذلك على الإطلاق. التقيت به وهو في الخامسة والتسعين، وكان سمعه جيداً كما كان دائماً، وكانت رؤيته جيدة كما كانت دائماً، وكانت مصافحته مثل مصافحة رجل في الخامسة والعشرين.

القيس: يرمز هذا مرة أخرى إلى بعض خيبات الأمل التي مررت بها.

الدكتورة: هذا جزء من السيمينار، من أجل أن نكتشف تلك الأشياء، وبالتالي نصبح أكثر فعالية.

المريض: هذا صحيح. وفي حالة الكهنة، أتخيل أنه سوف يكون لدى المرء فرصة أقل للاستشارة حين يحتاج إلى الكاهن مقارنة بالطبيب النفسي - وهذا أمر غريب - لأن من المفترض أن الكاهن لا يسعى إلى كسب المال، ومن المفترض أن يخرج الطبيب النفسي للعمل في مقابل أدنى مبلغ مالي. لذا، هنا لديك زميل يكسب المال، يمكنه جني المال في النهار، في الليل أو في أي وقت يريد، لكن يمكن للمرء ترتيب موعد مع معالج ليأتي ليلاً، لكنه يفشل إذا حاول أن يخرج كاهناً من السرير في الليل ويلتقي به.

القسيس: يبدو أنك مررت ببعض الخبرات مع رجال الدين.

المريض: رجل الدين الذي يهتم بي الآن جيد جدًا ولكن المشكلة أنه استقر مع مجموعة كاملة من الأطفال. أربعة على الأقل. حسنًا، متى يخرج؟ ثم يخبروني كيف أن لديهم، آه، زملاء من الشباب في معهد ديني وأشياء من هذا القبيل. لا يوجد لديهم عدد كبير منهم، والحقيقة أننا واجهنا مشكلة في الحصول على بعض أعمال التعليم المسيحي. لكنني أعتقد أنه إذا كانت لديهم كنيسة تعمل بشكل صحيح، فلن يواجهوا أي مشكلة في الحصول على شباب.

القسيس: أعتقد أن لدينا بعض الأشياء لتحدث عنها وهي ليست جزءًا من السيمينار. سوف نلتقي أنا وهو في وقت ما وسوف نراجع الكنيسة. إنني أتفق مع جزء مما يقوله.

الدكتورة: نعم، لكنني سعيدة لأنه طرح هذا الموضوع هنا. هذا جزء مهم. كيف كانت خدمة التمريض؟

المريض: هنا؟

الدكتورة: نعم.

المريض: حسنًا، عمليًا كل ليلة كنت أحتاج إلى قسيس، لأنه كان علي أن أتعامل مع نوع غير مناسب من الممرضات، في أثناء النهار. يوجد هنا بعض الممرضات اللاتي يتمتعن بالكفاءة لكنهن يتعاملن مع المريض بطريقة مزعجة. في الواقع، قال زميلي في الغرفة، إن المرء يتحسن أسرع مرتين إذا لم يكن معه مثل تلك الممرضة. إنها تحارب كل دقيقة، وأنت تعرفين ما أعنيه؟ تدخل وتقول، حسنًا، هل تقدم لي القليل من المساعدة وتبدأ في تناول الطعام لأنني أعاني من قرحة ومشاكل في الكبد وهذا وذاك وشيء آخر. وتقول، حسنًا، إننا مشغولات جدًا، والأمر متروك لك للقيام بذلك. إذا كنت تريد أن تأكل يمكنك أن تأكل، إذا كنت لا تريد ذلك، فأنت لست مضطرًا إلى أن تأكل. ثم هناك ممرضة أخرى لطيفة جدًا

وتساعد المريض بطريقة ما، لكنها لا تبتمس أبدًا. وبالنسبة لشخص مثلي يبتسم عادةً، كما تعلمين، ويحمل شارة حسن النية، لماذا يبدو من المحزن أن ننظر إليها. تأتي كل ليلة ولا يوجد أثر لابتسامة على وجهها.

الدكتورة: كيف حال رفيقك في الغرفة؟

المريض: حسنًا، لم أعد أستطيع أن أتحدث إليه منذ أن بدأ علاجات التنفس هذه، ولكن بخلاف ذلك أنخيل أنه سوف يتعايش بشكل جيد لأنه لا يعاني من عدد كبير من الأمراض المختلفة مثلي.

الدكتورة: أنت تعلم في الأصل أنك خططت لقضاء حوالي خمس دقائق أو عشر دقائق فقط ثم قلت إنك سوف تصاب بالتعب الشديد. هل ما زلت تستطيع الجلوس بشكل مريح؟

المريض: حسنًا، أنا بخير.

الدكتورة: هل تعرف منذ متى ونحن نتحدث؟ منذ ساعة.

المريض: لم أكن أنخيل قط أنني كنت أستطيع أن أصمد لمدة ساعة.

القسيس: نحن ندرك ذلك جيدًا لأننا لا نريد أن نتعبك هنا.

الدكتورة: نعم، أعتقد حقًا أننا يجب أن نتوقف الآن.

المريض: أعتقد أننا تحدثنا عن معظم الأشياء.

القسيس: سوف آتيك في وقت تناول العشاء قبل أن أعود إلى البيت، لرؤيتك مرة أخرى.

المريض: آه، الساعة السادسة؟

القسيس: بين الساعة الخامسة وثلاثين دقيقة والساعة السادسة، في مكان ما هناك.

المريض: هذا جيد جداً. يمكنك أن تساعدني في تناول الطعام لأن لدي ممرضة سيئة.

القسيس: حسناً.

الدكتورة: شكراً لقدومك. إنني أقدر ذلك.

إن مقابلة مستر أتش HI مثال جيد لما أطلقنا عليه «مقابلة فتح الباب».

كان طاقم المستشفى يعتبره رجلاً كثيباً لا يتواصل، وكان توقعهم أنه لن يوافق على أن يتحدث معنا. في بداية الجلسة، حذرنا من أنه من المحتمل أن ينهار إذا جلس لأكثر من خمس دقائق - ومع ذلك، بعد ساعة كاملة من المحادثة، واجه صعوبة في أن يغادر وشعر بأنه على ما يرام جسدياً وكذلك نفسياً. كان منشغلاً بعدد كبير من الخسائر الشخصية، كان أخطرها وفاة ابنته في الغربية. لكن أكثر ما يثير أساه كان فقدان الأمل. كان الأمر مرتبطاً في البداية بعرض الدكتور لمرضه: «... لم يعطوني أي أمل. قال الدكتور نفسه إن والده أجرى عملية ماثلة، في المستشفى نفسه، وقد أجراها الجراح نفسه، وأنه لم يتعافَ وقد توفي في غضون عام ونصف تقريباً في العمر نفسه. وكان كل ما يمكن أن فعله هو انتظار النهاية المريرة.»

لم يستسلم مستر أتش HI ودخل إلى مستشفى آخر، حيث قُدِّم له الأمل.

في وقت لاحق من المقابلة، أعرب عن إحساس آخر باليأس، ألا وهو عدم قدرته على جعل زوجته تشاركه في بعض اهتماماته وقيمه في الحياة. وفي أحيان كثيرة كانت تجعله يشعر بأنه فاشل، وقد تم إلقاء اللوم عليه بسبب قلة إنجازات الأبناء، ولأنه لم يجلب ما يكفي من المال إلى المنزل، وكان يدرك تماماً أن الوقت قد فات لتلبية مطالبها وتلبية توقعاتها. وحين شعر بالضعف وعدم القدرة على العمل، بالنظر إلى حياته، صار أكثر وعياً بالتناقض بين قيمها وقيمه. وقد بدت الفجوة كبيرة لدرجة أن التواصل بينها أصبح شبه مستحيل. حدث هذا كله لهذا

الرجل خلال فترة الحداد على ابنته، وأيقظ من جديد الحزن الذي شعر به بعد وفاة والديه. كما وصفه، كان لدينا شعور بأنه يعاني من قدر كبير من الأسى، ولم يكن قادرًا على إضافة المزيد من الحزن إليه - وبالتالي ترك الحوار الأكثر حيوية بدون أن يعبر عنه، وكنا نأمل أن يمنحه إحساسًا بالسلام. وفي ظل كل هذا الاكتئاب كان هناك شعور بالفخر، شعور بالقيمة على الرغم من عدم تقدير أفراد عائلته. وبالتالي لم يكن بوسعنا إلا أن نتمنى أن نكون فعالين في التواصل النهائي بين المريض وزوجته.

لقد فهمنا أخيرًا سبب عدم تمكن طاقم المستشفى من معرفة مدى إدراك مستر أتش H لمرضه. لم يكن يفكر في مرض السرطان بقدر ما كان يراجع معنى حياته ويبحث عن طرق يمكن بها أن يتواصل مع أهم شخص في حياته - مع زوجته. كان مكتئبًا للغاية ليس بسبب مرضه الميؤوس من شفائه ولكن لأنه لم يتته من الحداد على الوالدين الراحلين وابنته المتوفاة. حين يكون هناك الكثير من الألم بالفعل، لا يشعر المرء ببعض الألم الإضافي بقدر ما يحدث حين يتعرض جسم سليم خال من الألم للضرب. ومع ذلك، فإننا قد شعرنا بأنه يمكن القضاء على هذا الألم إذا تمكنا من إيجاد وسيلة يمكن أن نوصل بها هذا كله إلى مسز أتش H.

في صباح اليوم التالي التقينا بها، وهي امرأة قوية ضخمة وصحيحة البدن ومفعمة بالحيوية كما وصفها زوجها. أكدت بشكل حربي تقريبًا ما قاله زوجها في اليوم السابق: «سوف تستمر الحياة على حالها حين يتوقف عن الوجود». كان ضعيفًا، لم يستطع حتى أن يقطع العشب خشية أن يغمى عليه. كان الرجال في المزرعة من نوع مختلف، وكانت لديهم عضلات وكانوا أقوياء. كانوا يعملون من لحظة الشروق حتى الغروب ولم يكن يهتم كثيرًا بجني المال أيضًا نعم، كانت تعرف أنه لم يعد أمامه وقت طويل على قيد الحياة، لكنها لم تتمكن من اصطحابه إلى البيت. كانت قد خططت لوضعه في دار لرعاية المسنين وسوف تزوره هناك . . . قالت مسز أتش H هذا كله بنبرة امرأة مشغولة لديها الكثير من

الأشياء الأخرى التي ينبغي أن تعتني بها ولا يمكن إزعاجها. ربما في ذلك الوقت شعرت بنفاد الصبر أو كان لديها إحساس باليأس من مستر أتش، لكنني كررت مرة أخرى بكلماتي الخاصة جوهر ما عبرت عنه. لقد لخصت بإيجاز أن مستر أتش لم يحقق توقعاتها، ولم يكن جيدًا في أمور كثيرة حقًا، وأنها لن تشعر بالحزن حين يرحل عن الحياة. وبالنظر إلى حياته، قد يتساءل المرء عما إذا كان فيها أي شيء جدير بالذكر

نظرت مسر أتش فجأة إلي، وبصوت كله إحساس كادت تصرخ: «ماذا تقصدين، لقد كان الرجل الأكثر صدقًا والأكثر إخلاصًا في العالم.»

جلسنا لبضع دقائق أخرى تحدثت معها خلالها في بعض الأمور التي سمعناها في المقابلة. اعترفت مسر أتش بأنها لم تفكر فيه مطلقًا فيما يتعلق بهذه الأمور وأنها مستعدة تمامًا للاعتراف بفضله في هذه الأمور. عدنا إلى غرفة المريض معًا وكررت السيدة أتش بمفردها ما تبادلناه في مكتبنا. لن أنسى وجه المريض الشاحب في عمق وسائده، والنظرة المتوقعة على وجهه، والاندھاش في تعبير وجهه بشأن ما إن كنا قادرين على التواصل. ثم أضاءت عيناه حين سمع زوجته تقول: «. . . وقلْتُ لها إنك كنت أكثر الرجال صدقًا وإخلاصًا في العالم، وهما صفتان من الصعب العثور عليهما هذه الأيام. وأنا، في الطريق إلى البيت، كنا نمر بالكنيسة ونرى بعض أعمال كنيستك التي كانت ذات مغزى كبير بالنسبة لك. وسوف تبقيك مشغولًا في الأيام القليلة التالية.»

كان هناك بعض الدفء الحقيقي في صوتها حين تحدثت معه وقد أعدته لمغادرة المستشفى. قال وأنا أغادر الغرفة: "لن أنساك أبدًا ما دمت على قيد الحياة". وكنا، كلانا، نعلم أن هذا لن يكون طويلًا، لكنه لم يكن مهمًا في هذه اللحظة.

VII

المرحلة الخامسة: القبول

حصلت على إذن بالرحيل. ودّعوني يا إخواني!

أنحني لكم جميعًا وأرحل.

ها أنا أعيد مفاتيح بابي - وأتنازل عن جميع حقوقي في منزلي. لا أطلب منكم إلا كلمات رقيقة أخيرة.

كنا جيرانًا لفترة طويلة، لكنني تلقيت أكثر مما كنت أستطيع أن أقدم. الآن بزغ فجر اليوم وانطفأ المصباح الذي أضاء زاويتي المظلمة. وصلتني دعوة وأنا مستعد لرحلتي.

طاغور، من جيتنجالي، 93

إذا كان لدى المريض ما يكفي من الوقت (أي لم يكن الموت مفاجئًا وغير متوقع) وإذا كان قد حصل على بعض المساعدة في العمل خلال المراحل الموصوفة من قبل، ينبغي أن يصل إلى مرحلة لا يشعر خلالها بالاكئاب أو بالغضب من «مصيره». وينبغي أن يكون قادرًا على التعبير عن مشاعره السابقة، وحسده للأحياء ولمن يتمتعون بصحة جيدة، وغضبه من أولئك الذين لا يضطرون إلى مواجهة نهايتهم بمثل هذه السرعة. وينبغي أن يحزن على الخسارة الوشيكة للعديد من الأشخاص والأماكن ذات المغزى وأن يمعن التفكير في

نهايته القادمة بدرجة معينة من التوقع الهادئ. وينبغي أن يكون متعبًا، وأن يكون في معظم الحالات، ضعيفًا جدًا. وسوف يحتاج أيضًا إلى النوم أو النوم كثيرًا على فترات وجيزة، وهو ما يختلف عن الحاجة إلى النوم في فترات المعاناة من الاكتئاب. وهذا النوم ليس نومًا للتهرب من مواجهة الحقيقة أو فترة راحة للتخفيف من الألم أو الانزعاج أو الحكمة. إنها حاجة متزايدة تدريجيًا لتمديد ساعات النوم بشكل يشبه إلى حد بعيد ساعات نوم المولود الجديد ولكن بشكل عكسي. إنه ليس «استسلام» الخنوع واليأس، أو إحساسًا بشأن «ما الفائدة» أو «لا يمكن أن أقاوم بعد الآن»، على الرغم من أننا نسمع مثل هذه التصريحات أيضًا. (كما أنها تشير إلى بداية نهاية الصراع، لكن هذه الإشارة الأخيرة ليست دليلًا على القبول).

لا ينبغي الاعتقاد بأن القبول يعتبر مرحلة سعيدة. يكاد القبول يكون خاليًا من المشاعر. يبدو الأمر كما لو أن الألم قد انتهى، وانتهى الصراع، وقد حان وقت «الراحة الأخيرة قبل الرحلة الطويلة» كما عبّر أحد المرضى. إنه أيضًا الوقت الذي يكون فيه أفراد الأسرة عادةً في حاجة إلى المزيد من المساعدة والفهم والدعم أكثر مما يحتاج إليه المريض نفسه. حين يجد المريض المحتضر بعض السلام والقبول، تتضاءل دائرة اهتمامه. إنه يرغب في أن يُترك بمفرده أو على الأقل ألا تثيره أخبار العالم الخارجي ومشاكله. وفي كثير من الأحيان لا يكون الزوار مرغوبًا فيهم، وإذا جاءوا، لا يكون المريض في حالة مزاجية تسمح له بالكلام كثيرًا. وفي كثير من الأحيان يطلب تحديدًا لعدد الأشخاص ويفضل أن تكون الزيارات القصيرة. وهذا هو الوقت الذي يكون فيه التليفزيون مغلقًا. ثم يصبح التواصل غير اللفظي معنا أكثر من التواصل اللفظي. قد يقوم المريض فقط بإشارة من يده لدعوتنا إلى الجلوس لبعض الوقت. وقد يمسك بيدنا ويطلب منا الجلوس في صمت. قد تكون لحظات الصمت هذه أكثر وسائل التواصل دلالة بالنسبة للأشخاص الذين لا يشعرون بعدم الارتياح في وجود شخص يحتضر. قد

نستمع معًا إلى تغريد طائر من الخارج. وقد يكون وجودنا مجرد تأكيد بأننا سوف نظل حوله حتى النهاية. قد نجعله يعرف أنه لا بأس من ألا يقول أي شيء بينما يتم الاهتمام بالأشياء المهمة حين تكون المسألة مجرد مسألة وقت حتى يتمكن من إغلاق عينيه إلى الأبد. قد يطمئن لأنه لا يترك وحيدًا حين يتوقف عن الكلام وأن ضغط اليد أو النظرة أو التراجع إلى الخلف في الوسائد قد يكون أكثر تعبيرًا من النطق بكلمات «صاخبة».

قد تكون الزيارة في المساء مناسبة بشكل أفضل لمثل هذا اللقاء لأنه نهاية اليوم بالنسبة لكل من الزائر والمريض. إنه الوقت الذي لا يتم فيه إحداث خلل في النظام المتبع في المستشفى في مثل هذه اللحظة، ولا تأتي فيه الممرضة لقياس درجة الحرارة، ولا تقوم عاملة التنظيف فيه بمسح الأرض - فهذه اللحظة الخاصة القصيرة هي التي يمكن أن تكمل اليوم في نهاية جولات الطبيب حين لا يقاطعه أحد. ولا يستغرق الأمر سوى القليل من الوقت ولكن من المريح أن يعرف المريض أنه لا يُنسى حين لا يمكن أن يفعل أي شيء آخر من أجله. ومما يرضي الزائر أيضًا، أنه سوف يظهر له أن الموت ليس شيئًا مخيفًا أو فظيعةً بشكل يجعل عددًا كبيرًا جدًا من الناس يرغبون في تجنبه.

هناك عدد قليل من المرضى ممن يقاتلون حتى النهاية، ممن يصارعون ويحتفظون بالأمل مما يجعل من المستحيل تقريبًا الوصول إلى هذه المرحلة من القبول. وهم الذين سوف يقولون يومًا ما، «لا يمكن أن أستمع أكثر من ذلك»، في اليوم الذي يتوقفون فيه عن القتال، انتهى القتال. وبكلمات أخرى، كلما صارعوا بشكل أكبر لتجنب الموت المحتوم، زادت محاولاتهم لإنكاره، وزادت عليهم صعوبة الوصول إلى هذه المرحلة النهائية من القبول بسلام وكرامة. وقد يعتبر أفراد الأسرة وطاقم المستشفى هؤلاء المرضى أشداء وأقوياء، وقد يشجعون القتال من أجل الحياة حتى النهاية، وقد يشيرون ضمنيًا إلى أن قبول المرء لهدف يعتبر بمثابة استسلام جبان، أو يعتبر بمثابة خداع من أفراد العائلة أو، وهو الأسوأ، رفض منهم.

كيف، إذن، نعرف متى يستسلم المريض «قبل الأوان» ونحن نشعر بأن القليل من القتال من جانبه جنبًا إلى جنب مع مساعدة مهنة الطب يمكن أن يمنحه فرصة ليعيش فترة أطول؟ كيف نفرق بين هذا الاستسلام قبل الأوان وبين مرحلة القبول، حين تتعارض في معظم الأحيان رغبتنا في إطالة حياته مع رغبته في الراحة والموت بسلام؟ إذا لم نتمكن من التفريق بين هاتين المرحلتين، فإننا نلحق ضررًا بالمريض أكثر من النفع الذي نحققه له، وسوف نشعر بأن جهودنا محبطة، وسوف نجعل موته خبرة أخيرة مؤلمة. الحالة التالية لمسز دبليو W هي ملخص موجز لمثل هذا الحدث، حيث لم يتم هذا التفريق بين المرحلتين.

مسز دبليو، امرأة متزوجة تبلغ من العمر 58 عامًا، تم حجزها في المستشفى بسبب إصابتها ورم خبيث في بطنها مما كان يسبب لها الكثير من الألم والشعور بعدم الراحة. كانت قادرة على مواجهة مرضها الخطير بشجاعة وكرامة. ونادرًا جدًا ما كانت تشتكي، وكانت تحاول القيام بأكثر مما يمكن من الأشياء بنفسها. وكانت ترفض أي عرض للمساعدة طالما أنها قادرة على القيام بما تحتاج إليه بنفسها وأثارت إعجاب طاقم المستشفى وأفراد عائلتها ببهجتها وقدرتها على مواجهة موتها الوشيك برباطة جأش.

بعد فترة وجيزة من دخولها إلى المستشفى الأخير، أصيبت بالاكتهاب فجأة. وكان طاقم المستشفى في حيرة من هذا التغيير وطلبوا استشارة نفسية. لم تكن في غرفتها حين بحثنا عنها، وفي زيارة ثانية بعد ساعات قليلة وجدنا أنها لا تزال غائبة. وجدناها في النهاية في الردهة خارج غرفة أشعة إكس حيث كانت مستلقية على نقالة بشكل غير مريح ومن الواضح أنها كانت تعاني من الألم. كشفت مقابلة قصيرة معها أنها خضعت لإجرائين طويلين من إجراءات أشعة إكس واضطرت إلى الانتظار حتى يتم التقاط صور أخرى. كانت تشعر بعدم الراحة بسبب ألم في ظهرها، ولم تكن قد تناولت أي طعام أو شراب على مدار الساعات الطويلة الماضية، والأكثر إزعاجًا على الإطلاق، أنها كانت في حاجة إلى أن تذهب إلى

الحمام بشكل عاجل. روت كل هذا بصوت هامس، واصفة نفسها بأنها «مجرد خدر من الألم». عرضت أن أحملها إلى الحمام المجاور. نظرت إليّ - وهي تبتسم لأول مرة بصوت خافت - وقالت: «لا، أنا حافية القدمين، أفضل أن أنتظر حتى أعود إلى غرفتي. يمكن أن أذهب إلى هناك بنفسني.»

أظهرت لنا هذه الملاحظة الموجزة احتياج من احتياجات المريضة: الاعتناء بنفسها لأطول فترة ممكنة، والحفاظ على كرامتها واستقلاليتها لأطول فترة ممكنة. وكانت قد غضبتُ من اختبار قدرتها على التحمل حتى أنها كانت على استعداد للصراخ في الأماكن العامة، حيث كانت على استعداد إلى أن توقف حركات أمعائها في الردهة، حيث كانت على وشك البكاء أمام غرباء «كانوا فقط يقومون بواجبهم».

حين تحدثنا معها بعد بضعة أيام في ظروف أكثر ملاءمة، كان من الواضح أنها كانت متعبة بشكل متزايد ومستعدة للموت. تحدثتُ بإيجاز عن أبنائها، عن زوجها الذي سوف يكون قادرًا على مواصلة حياته بدونها. شعرت بقوة أن حياتها، وخاصة زواجها، كانت حياة جيدة وذات مغزى وأنه لم يتبق لها سوى القليل مما يمكن أن تقوم به. طلبت أن يُسمح لها بأن تموت في سلام، وتمنت أن تُترك وشأنها - حتى أنها طلبت مشاركة أقل من جانب زوجها. قالت إن السبب الوحيد الذي جعلها لا تزال على قيد الحياة هو عدم قدرة زوجها على قبول حقيقة أنها لا بد أن تموت. وقد كانت غاضبة منه لعدم مواجهة هذه الحقيقة ولأنه تمسك بشدة بشيء كانت ترغب في أن تتخلى عنه وعلى استعداد لأن تتخلى عنه. وقد قلتُ لها إنها ترغب في أن تنأى بنفسها عن هذا العالم وقد أومأت برأسها بامتنان وأنا أتركها وشأنها.

في غضون ذلك، وبدون علمي أنا والمريضة، عقد الطاقم الطبي والجراحي لقاءً ضم الزوج. وبينما اعتقد الجراحون أن إجراء جراحي آخر يمكن أن يطيل من

حياتها، ناشدهم الزوج بذل كل ما في وسعهم «لإعادة عقارب الساعة إلى الوراء». كان من غير المقبول بالنسبة له أن يفقد زوجته. لم يستطع أن يفهم أنها لم تعد في حاجة إلى البقاء معه بعد الآن. فسر حاجتها إلى الانعزال مع نفسها، لجعل الموت أسهل، على أنها رفض يتجاوز فهمه. لم يكن هناك أحد يوضح له أن هذه عملية طبيعية، بمثابة تقدّم في الحقيقة، وربما علامة على أن الشخص المحتضر وجد سلامه ويستعد لمواجهة الموت بمفرده.

قرر الفريق إجراء عملية جراحية للمريضة في الأسبوع التالي. بمجرد أن تم إبلاغها بالخطط ضعفت بسرعة. وقد احتاجت بين عشية وضحاها تقريبًا إلى مضاعفة جرعة الدواء لتخفيف آلامها. وكثيرًا ما كانت تسأل عن الأدوية في اللحظة التي تعطى فيها حقنة. وصارت متوترة وقلقة، وكثيرًا ما كانت تطلب المساعدة. لم تكن صبورة كما كانت قبل ذلك ببضعة أيام؛ لم تعد السيدة الكريمة التي لم تستطع الذهاب إلى الحمام لأنها لم تكن تلبس الشبشب!

هذه التغييرات السلوكية يجب أن تلفت انتباهنا. إنها وسائل تواصل من مرضانا الذين يحاولون أن يقولوا لنا شيئًا ما. ليس من الممكن دائمًا للمريض أن يرفض صراحةً عملية تطيل العمر، في مواجهة زوج وأطفال يائسين متوسلين يأملون في أن تعود الأم إلى البيت مرة أخرى. وأخيرًا وليس آخراً، لا ينبغي أن نقلل من لمحة الأمل الخاصة لدى المريض في شفاء في وجه الموت الوشيك. وكما أوضحنا من قبل، ليس من طبيعة الإنسان قبول حتمية الموت بدون أن يترك الباب مفتوحًا لبعض الأمل. وبالتالي لا يكفي أن نكتفي بالاستماع إلى طرق التواصل اللفظي العلني لمرضانا وحدها.

وقد أشارت مسز دبليو بوضوح إلى رغبتها في أن تُترك في سلام. كانت تعاني من ألم وانزعاج أكثر بكثير بعد الإعلان عن الجراحة المخطط لها. ازداد قلقها مع اقتراب يوم إجراء العملية. لم يكن من سلطتنا إلغاء العملية. وقد عبّرنا فقط عن

تحفظاتنا القوية وشعرنا أن المريضة لن تتحمل العملية.

لم تكن مسز دبليو تملك القوة الكافية لرفض العملية ولم تمت قبل العملية أو في أثنائها. لقد أصيبت بأعراض ذهانية شديدة في غرفة العمليات، وأعربت عن أفكار تتعلق بالاضطهاد، وصرخت واستمرت تصرخ حتى أعيدت إلى غرفتها قبل دقائق من موعد إجراء العملية الجراحية المخطط لها.

من الواضح أنها كانت تعاني من أفكار هذائية، وهلوسات بصرية وأفكار ترتبط بجنون العظمة. بدت خائفة ومرتبكة ولم يكن هناك أي معنى في تواصلها مع طاقم المستشفى. ومع ذلك، في كل هذا السلوك الذهاني، كانت هناك درجة من الوعي والمنطق ظلت مثيرة للإعجاب. حين عادت إلى غرفتها، وطلبت رؤيتي. وحين دخلتُ إلى الغرفة في اليوم التالي، نظرت إلى زوجها المرتبك ثم قالت: «تحدثني إلى هذا الرجل واجعليه يفهم.» ثم أدارت ظهرها إلينا، مشيرة بوضوح إلى حاجتها إلى أن تُترك وشأنها. كان لي لقاء أول مع زوجها، وقد كان في حيرة من أمره بحثًا عن الكلمات المناسبة. لم يستطع أن يفهم السلوك «المجنون» لزوجته التي كانت دائمًا سيدة كريمة. كان من الصعب عليه أن يتأقلم مع مرضها الجسدي الذي يتدهور سريعًا، لكنه لم يكن يفهم ما كان يدور حوله "حوارنا المجنون".

قال زوجها والدموع في عينيه إنه مرتبك تمامًا من هذا التغيير غير المتوقع. ووصف زواجه بأنه زواج سعيد للغاية ومرض زوجته الميؤوس من شفائه غير مقبول على الإطلاق. كانت لديه آمال في أن تسمح العملية لهما مرة أخرى بأن يكونا «قريبين من بعضهما كما كانا» سعيدين لسنوات طويلة من زواجهما. كان منزعًا من انفصال زوجته وأكثر من ذلك بسبب سلوكها الذهاني.

حين سألته عن احتياجات المريضة، وليس عن احتياجاته، جلس في صمت. بدأ ببطء يدرك أنه لم يستمع قط إلى احتياجاتها ولكنه اعتبر أن احتياجاتها كانت

متشابهة. لم يستطع أن يدرك أن المريض يصل إلى نقطة يكون فيها الموت بمثابة راحة كبيرة له، وأن المرضى يموتون بشكل أسهل إذا سمح لهم بذلك وحصلوا على مساعدة لكي ينفصلوا ببطء عن كل العلاقات ذات المغزى في حياتهم.

كان لنا جلسة طويلة معا. وفي أثناء حديثنا، بدأت الأمور تتضح ببطء ودخلت إلى بؤرة التركيز. قدم الكثير من المواد القصصية لتأكيد أنها حاولت توصيل احتياجاتها إليه، لكنه لم يستطع أن يتفهم احتياجاتها لأنها كانت تتعارض مع احتياجاته. وقد شعر مستر دبليو بالارتياح بشكل واضح حين غادر ورفض عرضاً بأن أعود معه إلى غرفة المريضة. شعر بأنه أكثر قدرة على التحدث مع زوجته بصراحة عن نتيجة مرضها وكان مسروراً تقريباً لإلغاء العملية بسبب «مقاومتها» كما سماها. كان رد فعله على ذهانها، «يا إلهي، ربما تكون أقوى منا جميعاً. من المؤكد أنها قد خدعتنا. أوضحت أنها لا تريد العملية. ربما كان الذهان هو السبيل الوحيد للخروج من الموقف بدون أن تحتضر قبل أن تكون مستعدة.»

وقد أكدت مسز دبليو بعد أيام قليلة أنها لم تكن تستطيع أن تموت إلا بعد أن علمت أن زوجها على استعداد لتركها ترحل. كانت تريد منه أن يشاركها بعض مشاعرها بدلاً من «أن يتظاهر دائماً بأنني سأكون بخير.» وقد حاول زوجها السماح لها بالحديث عن ذلك، برغم أنه كان حديثاً صعباً وقد «تراجع» مرات كثيرة. بمجرد أن تشبث بالأمل في العلاج بالإشعاع، حاول مرة أخرى أن يضغط عليها لكي تعود إلى البيت، ووعده بتكليف ممرضة خاصة لرعايتها.

خلال الأسبوعين التاليين، كان يتحدث كثيراً عن زوجته وآماله ولكن أيضاً عن وفاتها في النهاية. وتوصل أخيراً إلى قبول حقيقة أنها سوف تصبح أضعف وأقل قدرة على أن تشاركه في العديد من الأمور التي كانت ذات معنى في حياتها.

تعافت من نوبتها الذهانية بمجرد إلغاء العملية نهائياً واعترف زوجها بالوفاة الوشيكة وشاركها في ذلك. كانت تعاني من ألم أقل واستأنفت دورها، دور السيدة

الكريمة، واستمرت في القيام بأشياء كثيرة بقدر ما كانت تسمح به حالتها البدنية. أصبح الطاقم الطبي أكثر حساسية تجاه التعبيرات الدقيقة التي استجابوا لها بلباقة، مع الأخذ في الاعتبار دائماً أهم احتياجاتها: أن تعيش حتى النهاية بكرامة.

كانت مسز دبليو نموذجاً يمثل معظم مرضانا الذين يحتضرون، على الرغم من أنها كانت الوحيدة التي رأيتها تلجأ إلى مثل هذه النوبة الذهانية الحادة. وأنا على يقين من أن هذه النوبة كانت آلية دفاعية، أي محاولة يائسة لمنع تدخل يطيل الحياة جاء بعد فوات الأوان.

وكما ذكرنا سابقاً، وجدنا أن هؤلاء المرضى يبذلون أقصى ما في وسعهم حين يتم تشجيعهم على التعبير عن غضبهم، والبكاء في أسى تمهيدي، والتعبير عن المخاوف التي تنتابهم وتخيل شخص يمكن أن يجلس ويستمع إليهم في هدوء. يجب أن نكون على دراية بالمهمة الضخمة المطلوبة لتحقيق هذه المرحلة من القبول، مما يؤدي إلى فصل تدريجي (decathexis)⁽³⁵⁾ حيث لم يعد هناك تواصل في الاتجاهين.

وقد وجدنا طريقتين لتحقيق هذا الهدف بسهولة أكبر. هناك نوع من المرضى سوف يحقق ذلك بقدر ضئيل من المساعدة، إن وجدت، من البيئة - باستثناء الفهم الصامت وعدم التدخل. هذا هو المريض الأكبر سناً الذي يشعر بنهاية حياته، وقد عمل وعانى، وقام بتربية أطفاله وأتم مهامه. ويكون قد وجد معنى في حياته ولديه شعور بالرضا حين ينظر إلى سنوات عمله.

قد يصل الآخرون، الأقل حظاً، إلى حالة مماثلة فيما يتعلق بالجسد والعقل حين يُمنحون الوقت الكافي لكي يستعدوا لموتهم. سوف يحتاجون إلى المزيد من المساعدة والفهم من البيئة لأنهم يكافحون في كل المراحل الموصوفة من قبل. وقد

(35) - فصل تدريجي decathexis: تصف كلمة Decathexis، في نظرية التحليل النفسي، كلاً من الفعل والنتيجة لسحب الطاقة النفسية - عادة الرغبة الجنسية - بعيداً عن مكان ارتباطها بتكوين نفسي أو ظاهرة جسدية أوشي، ما (الترجم).

رأينا غالبية مرضانا يموتون في مرحلة القبول، حياة بلا خوف وأأس. ربما يكون أفضل مقارنة بما وصفه بتلهاييم⁽³⁶⁾ عن الطفولة المبكرة: «لقد كانت حقًا فترة لم يُطلب فيها من شيء وحصلنا فيها على كل ما كنا نريده. وينظر التحليل النفسي إلى الطفولة المبكرة على أنها فترة سلبية، فترة من النرجسية الأولية نشعر فيها بأن الذات هي كل شيء.»

وهكذا، ربما في نهاية أيامنا، حين نكون قد عملنا وقدمنا الكثير، واستمتعنا وعانينا، نعود إلى المرحلة التي بدأنا بها وتُغلق دائرة الحياة.

المقابلتان التاليتان مثالان على محاولة الزوج والزوجة الوصول إلى مرحلة القبول.

الدكتور جي G طبيب أسنان وأب لابن يبلغ من العمر أربعة وعشرين عامًا، وكان رجلًا متدينًا بعمق. وقد استخدمنا مثاله في الفصل الرابع عن الغضب، حين يُطرح السؤال «لماذا أنا؟» حين تذكر جورج العجوز وتساءل لماذا لا يمكن أن تؤخذ حياة ذلك الرجل بدلًا من حياته. وعلى الرغم من صورة القبول التي قدمها خلال المقابلة، إلا أنه يوضح أيضًا جانب الأمل. وقد كان يدرك تمامًا من الناحية المعرفية حالة الورم الخبيث الذي أصيب به وباعتباره رجلًا من أبناء المهنة كان يدرك الفرص الضئيلة لمواصلة العمل. ومع ذلك، كان غير راغب أو غير قادر على التفكير في إغلاق مكتبه حتى فترة وجيزة قبل هذه المقابلة. لقد احتفظ بسكرتيرة مكتبه لاستقبال مكالماته وأبقى على الأمل في أن يكرر الرب حادثة حدثت له في سنوات الحرب حين أطلقت النار عليه من مسافة قريبة ولم يصب «وقد أطلق شخص النار عليك من مسافة عشرين قدمًا ويخطئ الشخص إصابتك، وأنت تعلم أن هناك قوة أخرى غير حقيقة أنك هارب من الرب أو أيًا كنت.»

الدكتورة: هل يمكن أن تجربنا بالمدة التي قضيتها في المستشفى وتحدثنا عن الأسباب التي أتت بك إلى هنا؟

(36) - برونو بتلهاييم Bettelheim (1903 - 1990): كان عالمًا نفسيًا وباحثًا ومثقفًا عالمًا ومؤلفًا ولد في النمسا وقضى معظم حياته المهنية الأكاديمية والإكلينيكية في الولايات المتحدة الأمريكية (المترجم).

المريض: نعم. أنا طيب أسنان كما تعلمين وأمارس المهنة منذ عدة سنوات. في الجزء الأخير من شهر يونيو، عانيت من هذا الألم المفاجئ وقد أدركت أنه غير عادي وقمت بعمل أشعة إكس على الفور، وفي السابع من يوليو من هذا العام خضعت لعملية جراحية لأول مرة.

الدكتورة: في عام 1966؟

المريض: في عام 1966، نعم. وأدركت أن هناك احتمالاً بنسبة 90٪ أن يكون وربما خبيثاً، لكن هذا كان اعتباراً بسيطاً من جانبي لأن هذه كانت أول نوبة لي وأول مرة أشعر فيها بأي نوع من الألم. لقد أجريت لي العملية وأنا في حالة جيدة جداً، وتعافيت بشكل ملحوظ ثم عانيت من انسداد لاحق في الأمعاء واضطرت إلى العودة لإجراء عملية جراحية أخرى في 14 سبتمبر. وابتداءً من 27 أكتوبر لم أكن سعيداً بتقدم حالتي. اتصلت زوجتي بطبيب هنا وأتينا إلى هنا. وبالتالي فأنا أخضع للعلاج باستمرار منذ 27 أكتوبر. ويغطي هذا الكلام فترة إقامتي في المستشفى كما يمكن أن أخصها.

الدكتورة: في أي وقت من هذا المرض كنت تعرف حقيقة ما كنت تعاني منه بالفعل؟

المريض: عرفت بالفعل أنه من المحتمل جداً أن يكون وربما خبيثاً بمجرد أن رأيت صورة أشعة إكس لأن الورم في هذه المنطقة بالذات يكون خبيثاً بنسبة تسعين بالمائة. لكن كما قلت، لم يخطر ببالي أن الأمر سوف يكون خطيراً للغاية وكنت أتقدم بشكل جيد. الآن لم يخبرني الأطباء، لكنهم أخبروا أفراد الأسرة بخطورة الحالة بمجرد خروجهم من غرفة العمليات. وبعد فترة وجيزة كنت أركب مع ابني في الطريق إلى مدينة قريبة. لطالما كنا عائلة متماسكة وكان علينا أن نتحدث عن حالتي العامة وقال لي: «هل أخبرتك أُمي يوماً بما لديك حقاً؟» قلت لا، لم تخبرني. وأنا أعلم أن ذلك أصابه بقلق عميق، لكنه أخبرني أنهم حين قاموا بإجراء أول عملية جراحية له، لم يكن الأمر خبيثاً فحسب، بل كان الورم قد انتقل وغطى جميع أعضاء الجسم باستثناء

الكبد والطحال، وكان ذلك من حسن الحظ. كانت حالة لا تصلح فيها العمليات الجراحية وبدأت أشك في ذلك. عرف ابني الرب حين كان في العاشرة من عمره، وعلى مر السنين أردنا أن نتشارك بعضًا من خبرته مع الرب، حين نضج وذهب إلى الكلية. كانت هذه الخبرة قد نضجت بشكل هائل.

الدكتورة: كم عمره الآن؟

المريض: سوف يكون في الرابعة والعشرين من عمره يوم الأحد. وقد أدركت عمق نضجه بعد حديثنا.

الدكتورة: كيف كان رد فعلك حين أخبرك ابنك بذلك؟

المريض: حسنًا، لأكون صريحًا جدًا، لقد كنت أشك في هذا إلى حد ما، بسبب العديد من الأشياء التي لاحظتها. وأنا نفسي لست لا أجهل الأمر تمامًا؛ لقد ارتبطت بمستشفى لمدة عشرين عامًا، وكنت ضمن طاقم المستشفى لفترة طويلة، وأنا أفهم هذه الأشياء. في ذلك الوقت أخبرني أيضًا أن الجراح المساعد أخبر زوجتي أنه لم يعد أمامي إلا من أربعة أشهر إلى أربعة عشر شهرًا على قيد الحياة. لم أشعر بشيء. لقد كنت في سلام تام مع روحي منذ أن اكتشفت ذلك. لم أعان من الاكتئاب في أي فترة. أفترض أن أي شخص في موقعي سوف ينظر غالبًا إلى شخص آخر ويقول، حسنًا، لماذا لا يكون هو. وقد خطرت في بالي عدة مرات. لكنها ليست إلا فكرة عابرة. أتذكر حين نزلنا إلى المكتب لاستلام البريد ونزل رجل عجوز إلى الشارع أعرفه منذ أن كنت طفلًا صغيرًا. يبلغ من العمر اثنين وثمانين عامًا، وليس له فائدة على الأرض بقدر ما نستطيع نحن البشر أن نقول. إنه مصاب بالروماتيزم، إنه مشلول، إنه قدر، إنه فقط ليس بالصورة التي يود المرء أن يكون عليها. وقد هزنتي الفكرة بقوة، والآن لماذا لم يكن جورج العجوز وليس أنا. لكن هذا لم يكن أمرًا رئيسيًا. ربما كان هذا هو الأمر الوحيد الذي فكرت فيه. إنني أتطلع إلى مقابلة الرب، لكنني في الوقت نفسه أود أن أبقى على الأرض لأطول فترة ممكنة. وأعمق ما أشعر به هو فراق أفراد الأسرة.

الدكتورة: كم عدد أبنائك؟

المريض: واحد فقط.

الدكتورة: ابن واحد.

المريض: كما قلت، كنا عائلة متهاسكة للغاية.

الدكتورة: حيث إنكم عائلة متهاسكة جدًا، وحيث إنك طبيب أسنان وكنت تعرف بما يشبه اليقين تقريبًا أن هذا الورم سرطان حين رأيت صورة أشعة إكس، كيف لم تتحدث قط مع زوجتك أو ابنك عن هذا الأمر؟

المريض: حسنًا، لا أعرف على وجه اليقين. الآن أعلم أن زوجتي وابني توقعنا تمامًا أن تكون الجراحة كبيرة ومع فترة قصيرة من عدم الارتياح توقعنا نتيجة ناجحة. لم أكن أهتم بإزعاجهما أكثر. أفهم أن زوجتي قد تمزقت حين قيلت لها الحقيقة. كان ابني، وكان قد اكتمل نضجه، حصنًا من القوة في تلك الفترة. لكن زوجتي وأنا تحدثنا عن الأمر منذ ذلك الحين بصراحة شديدة، ونسعى للعلاج لأنني أشعر أن الرب يستطيع أن يشفيني. إنه قادر، وسوف أقبل الطريقة التي يمكن أن يشفيني بها مهما تكن. لا نعرف ما سوف يفعله الطب، ولا نعرف من أين تأتي الاكتشافات الطبية. كيف يمكن لإنسان أن يغرس جذرًا في الأرض ويقول أعتقد أن هذا قد يكون مفيدًا في علاج كذا وكذا ومع ذلك حدث ذلك. وفي جميع مختبرات المستشفيات لدينا، سوف يجد المرء الأشياء الصغيرة تنمو بغزارة الآن لأنهم يشعرون أن لها علاقة مباشرة بأبحاث السرطان. كيف يمكن أن يصل المرء إلى هذا الاستنتاج؟ إنه أمر غامض ويمثل معجزة بالنسبة إلي وأعتقد أن هذا يأتي من عند الرب.

القسيس: أرى أن إيمانك قدم الكثير بالنسبة لك، ليس فقط في أثناء هذا المرض ولكن قبل ذلك.

المريض: نعم، قدم لي الكثير. لقد حققت معرفة منقذة عن الرب يسوع المسيح منذ

حوالي عشر سنوات. لقد وصلت إلى هذا الموقف من خلال دراسة الكتاب المقدس التي لم أكملها. الشيء الذي استقر في النهاية بقدر ما يتعلق الأمر باهتامي كان إدراك أنني كنت مذنبًا. لم أدرك هذا، لأنني ولد طيب، وكنت دائمًا ولدًا طيبًا.

الدكتورة: ما الذي بدأته قبل عشر سنوات؟

المريض: يرجع الأمر إلى أبعد من ذلك. في الخارج، اتصلت بقسيس تحدث معي كثيرًا بشأن أشياء من هذا القبيل. ولا أعتقد أنه يمكن إطلاق النار على أي شخص أكثر من مرة وتخطئه الطلقات ولا يدرك أن هناك شيئًا ما بجانبه يقف هناك، خاصة حين يكون الرجل واقفًا على بعد عشرين قدمًا منه. كما أقول، كنت دائمًا ولدًا طيبًا، ولم أقسم، ولم أستخدم لغة حقيرة، ولم أشرب، ولم أدخن، ولم أهتم بهذه الأمور اهتمامًا خاصًا. لم أطارد النساء، أقصد كثيرًا جدًا، وكنت دائمًا ولدًا طيبًا. ولذا لم أدرك أنني كنت مذنبًا حتى هذه اللحظة بالذات في الاجتماع الذي كان يعقده. كان هناك حوالي ثلاثة آلاف شخص. وفي ختام خدمته، لا أتذكر ما وعظ به الآن، فقد طلب من الناس أن يتقدموا ليكرسوا أنفسهم للرب. لا أعرف لماذا تقدمت ولكن كنت أشعر بدافع قهري للقيام بذلك. بعد ذلك تساءلت عن قراري، كنت بشكل ما كما كنت في السادسة من عمري. اعتقدت أنه حين أبلغ السادسة من العمر، سوف يزدهر هذا العالم بشكل جميل وسوف يتغير كل شيء. نزلت الأم في ذلك الصباح إلى الطابق الأرضي. كنت أقف أمام مرآة تبلغ مساحتها حوالي عشرة أقدام مربعة كانت لدينا في غرفة المعيشة، وقالت: «عيد ميلاد سعيد، يا بوبي. ماذا تفعل؟» قلت إنني كنت أنظر إلى نفسي. قالت: «ماذا ترى؟» قلت: «حسنًا، أنا في السادسة من عمري لكنني أبدو كما كنت، وأنا أشعر بالمشاعر نفسها، وباسم الرب أنا كما كنت.» لكنني اكتشفت وخبرتي تصبح أكثر عمقًا، أنني لم أكن كما كنت من قبل، ولم أستطع تحمل الأشياء التي كنت أتحملها من قبل.

الدكتورة: مثل ماذا؟

المريض: حسنًا، كما تعلمين، حين يتواصل المرء مع الأشخاص الذين يلتقي بهم -

وهذا شيء يلتقي به رجال الأعمال بشكل منتظم إلى حد ما - يكون هناك الإدراك المفاجئ تمامًا بأنهم يجرون العديد من الاتصالات في الحانات. قبل الاجتماع المهني، سوف ينسحب معظم الرجال إلى بار النزل أو الفندق ويجلسون هناك ويتناولون الخمر ويعقدون زمالات معًا. لم يزعجني هذا إزعاجًا شديدًا. لم أكن أشرب الخمر لكن ذلك لم يزعجني، لكنه بدأ يزعجني بعد ذلك لأنني لم أكن أصدق ما يحدث. ولم أستطع أن أقبله تمامًا. لم أفعل أشياء من قبل وهذا هو المكان الذي أدركت فيه حقيقة أنني كنت مختلفًا.

الدكتورة: هل ساعدك كل هذا الآن حين كان عليك أن تتعامل مع احتضارك ومرضك الميؤوس من شفائه؟

المريض: نعم، ساعدني كثيرًا جدًا. كما قلتُ، كنت في سلام تام مع نفسي منذ أن خرجت من التخدير لأول مرة بعد العملية الجراحية. كنت في حالة سلام مع نفسي بقدر ما يمكن أن أكون.

الدكتورة: ليس لديك مخاوف؟

المريض: لا أستطيع أن أقول بصراحة إنني خفت.

الدكتورة: أنت رجل غير عادي يا دكتور جي G، كما تعلم. لأننا نادرًا ما نرى رجالًا يواجهون موتهم بدون أي خوف.

المريض: حسنًا، هذا لأنني أتوقع أن أكون في البيت مع الرب حين أموت.

الدكتورة: من ناحية أخرى، ما زال لديك بعض الأمل في الشفاء أو في اكتشاف طبي، أليس كذلك؟

المريض: نعم.

الدكتورة: أعتقد أن هذا ما كنتَ تقوله من قبل.

المريض: إن الكتاب المقدس يعدنا بالشفاء إذا دعينا الرب. وقد دعوت الرب

ونلتُ هذا الوعد. لكن من ناحية أخرى أريد أن تتحقق إرادة الرب. وهو ما يتجاوز، قبل كل شيء، اعتباراتي الشخصية.

الدكتورة: ما الذي غيرته في حياتك اليومية منذ أن علمتَ بأنك تعاني من الإصابة بالسرطان؟ هل تغير أي شيء في حياتك؟

المريض: هل تعنين في النشاط؟ سوف أخرج من المستشفى في غضون أسبوعين فقط ولا أعرف ماذا يمكن أن يحدث. لقد عشت فقط، بشكل أو بآخر، من يوم إلى آخر في المستشفى. لأنك تعرفين روتين المستشفى، فأنت تعرفين ما يجري.

القيسيس: إذا كنت قد سمعتك بشكل صحيح فيما قلته من قبل، فقد فاجأني كما لو كان كلامًا مألوفًا. ما تقوله هو ما قاله يسوع قبل أن يواجه الصليب: «وَلَكِنْ لِيَكُنْ لِي إِرَادَتِي بَلْ إِرَادَتِكَ.»⁽³⁷⁾

المريض: لم أفكر في ذلك.

القيسيس: إنه معنى ما قلته. لقد تمنيت ألا يكون هذا وقتك إن أمكن، لكنك تجاوزت هذه الأمنية بأمنية أعمق في لتكن إرادتك.

المريض: أعلم أن لدي فترة قصيرة جدًا في هذه الحياة، ربما بضع سنوات مع العلاج الذي أتناوله الآن وقد يستغرق الأمر بضعة أشهر. بالطبع، لا أحد منا لديه أي ضمان بأننا سوف نعود إلى بيوتنا الليلة.

الدكتورة: هل لديك أي صورة محددة لما سوف يكون عليه الأمر؟

المريض: لا. أنا أعلم أن هذا بشرط، فالكتب المقدسة تخبرنا بذلك، وعلى هذا أضع أمني.

القيسيس: لا أعتقد أننا يجب أن نستمر. لم يكن الدكتور جي G قادرًا على أن يكون في صلب الموضوع إلا مؤخرًا، ربما بضع دقائق أخرى.

(37) - الاقتباس من إنجيل لوقا 22 : 42، والترجمة عن الترجمة العربية للكتاب المقدس، ونص الآية كاملة: قائلًا: يَا أَبَتَاهُ، إِنْ شِئْتَ أَنْ تُجَبِّزَ عَنِّي هَذِهِ الْكَأْسَ. وَلَكِنْ لِيَكُنْ لِي إِرَادَتِي بَلْ إِرَادَتِكَ (المترجم).

المريض: حسناً، أشعر أنني في حالة جيدة جداً.

القسيس: هل تشعر بأنك كذلك؟ لقد قلّت للدكتورة إنك لن تبقي طويلاً على قيد الحياة.

الدكتورة: سوف نترك الأمر لك لتقول ما إن كنت تشعر ببعض التعب. هذا الحديث الذي يدور بيننا بصراحة شديدة عن موضوع مخيف إلى هذا الحد، كيف تشعر يا دكتور جي؟

المريض: حسناً، لا أرى أنه موضوع مخيف على الإطلاق. بعد أن غادر القسيس أي I والقسيس إن N الغرفة هذا الصباح، كان لدي بعض الوقت للتفكير في الموضوع ولم يؤثر علي أي تأثير خاص باستثناء أنني أمل أنني قد أكون ذا قيمة لشخص آخر يواجه مثل هذا الموقف إذا لم يكن يتمتع بالإيمان الذي أتمتع به.

الدكتورة: ما الذي تعتقد أننا يمكن أن نتعلمه من مقابلاتنا مع مرضى يحتضرون ومرضى يعانون من أمراض شديده ويكون من شأنه أن يساعدنا على أن نكون أكثر فاعلية في مساعدتهم على مواجهة هذا الوضع، خاصة أولئك الذين لم يكونوا محظوظين إلى حد ما بقدر ما أنت محظوظ؟ لأنك تتمتع بهذا الإيمان ومن الواضح أنه يساعدك حقاً.

المريض: هذا شيء كنت أستكشفه كثيراً منذ أن أصابني المرض. إنني أميل عادة إلى الرغبة في أن أعرف التطور الكامل للمرض، في حين أن هناك بعض الأشخاص الذين حين يكتشفون أنهم مصابون بمرض ميؤوس من شفائه، فإن الغالبية العظمى منهم ينهارون تماماً. الآن هذا شيء أشعر أنه لا يمكن إلا للخبرة أن تعبر عنه، ما يمكن أن فعله حين تقترين من مريض.

الدكتورة: هذا هو أحد الأسباب التي تجعلنا نجري مقابلات مع المرضى هنا مع أفراد طاقم التمريض وغيرهن من العاملين بالمستشفى القادرين على رؤية ذلك. رؤية مريض بعد مريض، لاستنباط من يريد التحدث عن مرضه وأي منهم يفضل

ألا يذكره.

المريض: أعتقد أن زيارتك الأولى يجب أن تكون ذات طبيعة محايدة، حتى تكتشفي مدى عمق شعور المريض تجاه نفسه وخبرته ودينه وإيمانه.

القسيس: أعتقد أن الدكتورة ر أشارت إلى الدكتور جي G على أنه محظوظ، لكني أعتقد أنك هنا تقول أشياء ذات مغزى تخرج من هذه الخبرة مثل علاقتك بابنك وهي علاقة على مستوى مختلف وقد أظهر هذا تقديرك لنضجه.

المريض: نعم، اعتقدت أننا كنا محظوظين أيضًا. كنت بصدد أن أعلق على هذا الأمر لأنني لا أشعر أن هذه المنطقة بالذات فيها شيء من الحظ. إن معرفة الرب مخلصك ليس أمرًا يتعلق بالخطأ؛ إنها خبرة عميقة ورائعة للغاية وأعتقد أنها تهيئ المرء لتقلبات الحياة إذا جاز التعبير، لمواجهة المحن التي نواجهها. علينا جميعًا أن نواجه المحن، أو نواجه الأمراض. لكن هذا الإيمان يجهز المرء لقبولها، لأنه يعلم أنه كما قلت قبل قليل حين تطلق النار على المرء من على بعد عشرين قدمًا ولا يموت، فإنه يعلم أن هناك قوة أخرى غير حقيقة أنه مراوغ جيد أو أيا كان. لكننا سمعنا أنه يقال إنه لا يوجد ملحدون في الخنادق⁽³⁸⁾ وهذا صحيح. تسمع أن الرجال أصبحوا قريبين جدًا من الرب حين يكونون في خندق، أو حين تكون حياتهم في خطر، ليس في خندق ولكن حتى حين يتعرّضون لحادث خطير ويدركون فجأة أنهم في مشكلة ويدعون باسم الرب بشكل تلقائي. إنها ليست حالة تتعلق بالخطأ. إنها حالة تتعلق بالبحث ومعرفة ما يحتفظ به الرب لنا.

الدكتورة: لم أقصد محظوظًا بطريقة عفوية، مجرد فرصة تحدث، أشبه بشيء سعيد ومحظوظ.

المريض: أفهم، نعم. نعم، إنها خبرة سعيدة. إنه لأمر مذهش أن يستطيع المرء أن

(38) - لا يوجد ملحدون في الخنادق no atheists in the foxholes: قول مأثور يستخدم للقول إن الناس في أوقات التوتر الشديد أو الخوف، كما في أثناء الحرب ("في الخنادق")، سوف يؤمنون جميعًا بقوة عليا أو يأملون في الإيمان بوجود قوة عليا (وبالتالي لا يوجد ملحدون) (المترجم).

يشعر بهذه الخبرة خلال فترة مرض مثل هذه الفترة حين يكون هناك آخرون يصلون من أجله، ويدرك أن الآخرين يصلون من أجله. إنها مساعدة هائلة لي. وقد كانت.

القسيس: من المثير للاهتمام أنني ذكرت للدكتورة ونحن نأتي إلى السيمينار أن الأمر معك لا يقتصر على أنك شعرت بأن الناس يتذكرونك فحسب، بل كانت زوجتك أيضًا قادرة على إعطاء بعض القوة للأشخاص الذين لديهم أقارب يحضرون هنا وتصلي من أجلهم.

المريض: هذا شيء آخر كنت بصدد ذكره. لقد تغيرت زوجتي إلى حد بعيد في هذه الفترة. صارت أقوى بكثير. كانت تعتمد عليّ تمامًا. أنا، كما قد تتخيل بالفعل، شخص مستقل للغاية وأؤمن بتحمل مسؤولياتي فور حدوثها. وبالتالي لم تتح لها فرصة أن تقوم، إذا جاز التعبير، بالعديد من الأشياء التي تقوم بها بعض النساء مثل رعاية أعمال العائلة وما إلى ذلك، مما جعلها تعتمد عليّ تمامًا. لكنها تغيرت إلى حد بعيد. وهي الآن أكثر عمقًا وأقوى بكثير.

الدكتورة: هل تعتقد أنه قد يكون من المفيد أن نتحدث معها قليلًا حول هذا الموضوع، أم أن الأمر قد يكون أصعب من أن نتحدثه؟

المريض: أوه، لا أعتقد أنه سوف يكون مؤلمًا إلى حد ما. إنها مسيحية، تعرف باستمرار أن الرب هو مخلصها منذ أن كانت طفلة. في الواقع أنها قد شفيت، حين كانت طفلة، من مرض في العين. كان المتخصصون على استعداد لإرسالها إلى المستشفى في سانت لويس لإزالة عين بسبب قرحة في العين. وقد تلقت علاجًا عجيبيًا وفي هذا العلاج جلبت أفرادًا آخرين، أحدهم طبيب، إلى معرفة الرب. إنها امرأة ميثودية⁽³⁹⁾ قوية على أي حال، لكن هذا كان العنصر الراسخ. كانت تبلغ من العمر عشر سنوات تقريبًا، لكن الخبرة نفسها مع هذا الطبيب كانت العنصر الراسخ في حياتها.

(39) - ميثودية Methodist: طائفة بروتستانتية مسيحية نشأت في الحركة الإنجيلية القرن الثامن عشر (المترجم).

الدكتورة: قبل إصابتك بهذا المرض، حين كنت أصغر، هل كان لديك أي ضغط كبير أو حدث لك شيء محزن للغاية؟ حتى تتمكن من مقارنة الطريقة التي تعاملت بها معه ثم مقارنتها بالطريقة التي تتعامل بها الآن مع هذا المرض.

المريض: لا، لقد نظرت إلى نفسي كثيرًا وتساءلت كيف تمكنت من القيام بذلك. وأنا أعلم أنه تم فقط من خلال الدعم من الرب. لأنني لم أعانِ قط من أي توتر عميق باستثناء الخطر الذي أثار علي عمومًا. وبطبيعة الحال كنت رجلًا مقاتلًا خلال الحرب العالمية الثانية. كان هذا أول توتر شعرت به وأول مرة في حياتي أواجه الموت بالفعل، وقد عرفت أنني كنت أواجه الموت إذا فعلت كذا وكذا.

الدكتورة: أعتقد أنه ينبغي علينا أن ننهي المقابلة، ربما يمكن أن نأتي مرة من وقت إلى آخر.

المريض: إنني أقدر ذلك.

الدكتورة: شكرًا جزيلاً على حضورك.

المريض: لقد استمتعتُ بالحضور.

وقد حضرت مسز جي G زوجة الدكتور جي لزيارته بينما كنا نقل المريض إلى القاعة لإجراء المقابلة. شرح لها القسيس، الذي كان قد عرفها من زيارات سابقة، بإيجاز ما نحن بصدد القيام به. وقد أعربت عن اهتمامها به ودعوناها إلى الانضمام إلينا في وقت لاحق. في أثناء إجراء المقابلة مع زوجها، كانت تنتظر في الغرفة المجاورة وقد طُلب منها الحضور حين عاد زوجها إلى غرفته. وبالتالي كان لديها القليل من الوقت للتفكير أو إعادة التفكير. (إننا نحاول عادةً أن نسمح بوقت كافٍ بين الطلب والمقابلة الفعلية من أجل منح الشخص الذي تتم مقابله حق الاختيار الحر).

الدكتورة: يمثل هذا الأمر مفاجأة لك حين تأتيين لزيارة زوجك ثم تأتيين لمقابلة من هذا النوع. هل تحدثت مع القسيس حول ما يدور حوله هذا كله؟

مسز جي: بشكل ما.

الدكتورة: كيف تعاملت مع معرفتك بمرض زوجك، بشكل خطير وغير المتوقع؟

مسز جي: حسنًا، قد أقول إنني شعرت بالصدمة في البداية.

الدكتورة: كان رجلاً سليماً حتى ذلك الصيف؟

مسز جي: نعم، هذا صحيح.

الدكتورة: ألم يعانِ قط من مرض شديد أو يَشْكُ، على الإطلاق؟

مسز جي: نعم. مجرد شكوى من بعض الآلام.

الدكتورة: وبعد ذلك؟

مسز جي: لقد ذهبنا إلى الأطباء واقترح طبيب عمل أشعة إكس. وبعد ذلك أجريت العملية الجراحية. وفي الحقيقة، لم أكن أدرك حتى ذلك الحين حقيقة أن الأمر خطير حقًا.

الدكتورة: من أخبرك وكيف أخبرك؟

مسز جي: طيبنا صديق مقرب جدًا لنا. حسنًا، قبل أن يدخل إلى غرفة العمليات اتصل بي وأخبرني، الآن قد يكون هذا ورمًا خبيثًا. وقلت، «أوه، لا.» قال، «نعم، إنني أتبهك فقط.» ومن ثم كنت مستعدة إلى حد ما، ولكن إلى الحد الذي قيل لي فيه أن الأمر أكثر خطورة، لم أستوعب على الفور أن هناك أخبارًا سيئة تخصنا. قال الطبيب: «لم نعرف كل شيء.» كان هذا أول ما أتذكره. حسنًا، لقد ارتجفتُ حقًا لأنني اعتقدت، حسنًا الآن، لم يكن من الممكن أن يستمر الأمر طويلاً. قال أحد الأطباء إنه ليس أمامه إلا من ثلاثة أشهر إلى أربعة أشهر تقريبًا، وكيف يمكن للمرء استيعاب هذه الأمور؟ لذا، فإن أول شيء فعلته هو أنني صليت من أجله. صليت بينما كان في غرفة العمليات. صليت صلاة أنانية للغاية،

ألا يكون هذا الورم ورمًا خبيثًا. بطبيعة الحال، بالطريقة التي يمكن للمرء أن يتصرف بها في مثل هذه الظروف. يريد المرء أن تسير الأمور كما يتمنى. ولم أشعر بالسلام الذي ينبغي أن أشعر به حقًا إلى أن وضعت الأمر في مشيئة الرب. بطبيعة الحال كان يوم إجراء العملية الجراحية يومًا سيئًا على أي حال، وكانت تلك الليلة الطويلة مروعة. في الليل وجدت سلامًا منحني الشجاعة حقًا. لقد وجدت العديد من الفقرات في الكتاب المقدس وقد منحني القوة. لدينا مذبح عائلي في بيتنا. قد أقول، قبل حدوث ذلك بقليل، حفظنا آية من الكتاب المقدس وكنا نكررها ونكررها. إنها موجودة في إشعياء 33: 3 ويقول، «أدعني فأجيبك وأخبرك بعظائم وعوائص لم تعرفها»،⁽⁴⁰⁾ وقد حفظنا جميعًا ذلك.

الدكتورة: كان ذلك قبل إدراك وجود هذا المرض؟

مسز جي: قبل أسبوعين فقط. وأنت تعلمين أن هذه الآية جاء إلي بشكل مناسب وظللت أكرر ذلك. وبعد ذلك كان لدي الكثير من الأشياء في إنجيل يوحنا الذي جاء إلي. إن سألتكم شيئًا باسمي فإنني أفعله.⁽⁴¹⁾ وقد أردت مشيئة الرب، ولكن من خلال هذا فقط وجدت نفسي. كنت أستطيع أن أمضي قدمًا لأننا كنا مخلصين جدًا وكان لدينا صبي واحد فقط. كان ابني بعيدًا في الكلية. ينشغل طلبة الكليات بالعديد من الأشياء، لكنه جاء، جاء معي على الفور، وبحثنا بكل معنى الكلمة في الكتاب المقدس للحصول على المساعدة. لقد صلي معي مثل هذه الصلوات الرائعة، ثم كان الناس في كنيستنا لطفاء جدًا جدًا. كانوا يأتون ومعهم مقاطع مختلفة من الكتاب المقدس لقراءتها. لقد قرأتها عدة مرات لكنها لم تعن قط ما كانت تعنيه لي الآن.

القسيس: في هذه المرحلة بدأ أنهم يستوعبون مشاعرك ويعبرون عنها تقريبًا.

(40) - الترجمة عن الترجمة العربية للكتاب المقدس، والآية من سفر أرميا 33: 3 وليس من سفر إشعياء (المترجم).

(41) - إنجيل يوحنا 14: 14 والترجمة عن الترجمة العربية للكتاب المقدس (المترجم).

مسز جي: في كل مرة أفتح فيها الكتاب المقدس، قد يكون هناك شيء ما يقف هناك، تمامًا كما لو كان يتحدث إليّ. لقد وصلت إلى النقطة التي فكرت فيها تحديداً، حسنًا، الآن ربما سوف يكون هناك بعض الخير نتيجة ذلك. هذه هي الطريقة التي كنت أتعامل بها مع الأمر ووجدت القوة اليومية لمواجهة. كان زوجي يتمتع بإيمان قوي وحين قيل له كل شيء عن حالته قال لي: «ماذا تفعلين إذا قيل لك هذا، أن لديك من أربعة أشهر إلى أربعة عشر شهرًا على قيد الحياة؟» كنت سأضع كل شيء بين يدي الرب وأثق به. بطبيعة الحال، في المجال الطبي كنت أرغب في كل ما يمكن القيام به من أجله. وقد أخبرنا أطباؤنا أنه لا يوجد أي شيء آخر وقد اقترحتُ حتى استخدام الكوبالت، أو حتى استخدام نوع من أشعة إكس أو الإشعاع، كما تعلمين. لم يوافقوا على ذلك، قالوا إنها حالة مميتة. وزوجي ليس من النوع الذي يستسلم أيضًا. ثم حين تحدثت معه، قلت، أنت تعرف الرب، والطريقة الوحيدة التي يمكن أن يعمل بها الرب هي من خلال الإنسان وهو يلهم الأطباء. وقلت، رأينا هذا المقال القصير، وكان أحد الجيران قد أحضر مجلة وقرأناه. لم أستشر زوجي حتى. لقد اتصلت للتو بالطبيب هنا في المستشفى.

الدكتورة: هل كان هناك مقال؟

مسز جي: نعم، مقال في مجلة. اعتقدت، حسنًا الآن، أنهم يحققون الكثير من النجاح. أعلم أنه لا يوجد شفاء، لكنهم يحققون نجاحًا. سوف أتصل به فقط. لقد كتبت خطابًا وأرسلته بتوصيل خاص وقد استلمه على مكتبه صباح يوم السبت. لم يكن سكرتيرته موجودة ومن ثم اتصل بي. قال: «لقد كنت مهتمًا جدًا برسالتك، لقد كانت واضحة للغاية ولكنني في حاجة إلى تقرير مجهري. يمكنك الحصول عليها من طبيبك وإرساله كما أرسلت الرسالة إليّ. لقد أرسلتها بالبريد أمس وقد تلقيتها هذا الصباح.» وبالتالي هذا ما فعلته. قمت بإرسال التقرير المجهري. وقد اتصل وقال: «بمجرد أن يكون هناك سرير خال، إنهم يعيدون

تصميم هذا القسم، سوف أتصل بك.» ويقول الآن: «لا يمكن أن أقدم لكم الكثير من الوعود، لكنني بالتأكيد لا أؤمن بهذه المقاربة الجبرية.» وبالتالي، بدا هذا رائعًا حقًا بالنسبة لي. كان هناك شيء آخر يمكن أن نقوم به بدلًا من مجرد الجلوس والانتظار كما أخبرنا أطباؤنا.

ثم بدا الأمر وكأن كل شيء كان يسير بسرعة هائلة. جئنا بسيارة إسعاف. ويمكن أن أقول إنهم في الليلة التي فحصوه فيها، لم يتمكنوا من إعطائنا الكثير من الأمل. لقد كنا على وشك أن نستدير ونعود إلى البيت. ومرة أخرى صليت من أجل هذا. غادرت المستشفى في تلك الليلة للذهاب والبقاء مع أقاربي. لم أكن أعرف ماذا قد أجد في صباح اليوم التالي. لقد تركوا الأمر حتى تتمكن من التفكير فيه، ما إذا كان يجب الاستمرار في هذا العلاج. مرة أخرى ذهبت وصليت من أجل ذلك وقلت للتو إننا سوف نجرب كل ما هو ممكن. اعتقدت أن هذا قرار زوجي وليس قراري. في ذلك الصباح، حين جئت إلى المستشفى، كان قد اتخذ قراره بالفعل، «سوف أمضي قدمًا في ذلك.» قالوا إنه سوف يخسر من وزنه ما بين 40 إلى 60 رطلاً وقد فقد الكثير بالفعل من خلال إجراء العمليتين الجراحيتين. لم أكن أعرف حقًا ماذا أفعل. لم أفاجأ كثيرًا لأنني شعرت أن هذه هي الطريقة التي سوف تسير بها الأمور. وبعد ذلك، بعد أن بدأوا العلاج، كان مريضًا جدًا جدًا. لكن كما قلت، لم يقدموا لنا أي وعود، لذلك كان لدينا فقط بصيص من الأمل في أن العلاج قد يساعد في تقليل حجم الورم وأن الأمعاء قد تفتح. كان يعاني من انسداد جزئي في الأمعاء وكانت هذه فرصة. طوال الطريق كانت لدي لحظات من الإحباط، لكنني كنت أتحدث إلى مرضى مختلفين، هنا في المستشفى، كانوا أناسًا معتلين بشدة. وأعتقد، حسنًا، أنا هنا أشجعهم وأنظر كيف تبدو الأشياء السوداء إلى جانبنا في كثير من الأحيان. لكن، ظللت مقيمة هناك. ما زلت أتبع هذه المقاربة. أعلم أن البحث جارٍ في هذا المجال وأعلم أن الكتاب

المقدس يقول مرة أخرى لِأَنَّهُ لَيْسَ شَيْءٌ غَيْرٌ مُمَكِّنٍ لَدَى اللَّهِ. (42)

الدكتورة: على الرغم من قبولك للمصير، إلا أن لديك بعض الأمل في أن شيئاً ما قد يحدث.

مسز جي: هذا صحيح.

الدكتورة: أنت تتحدثين أيضاً عما يتعلق بنا، لقد أجرينا عملية جراحية، وقررنا الماضي قدماً. إنه مثلك حقاً وهو يستوعب حقاً أن تقوما بهذه الأشياء معاً.

مسز جي: أعتقد حقاً أنه إذا لم يكن من المفترض أن تتحسن حالته، إذا كان هذا هو وقت رحيله، فأنا أؤمن بأن ذلك في مشيئة الرب.

الدكتورة: كم عمر زوجك؟

مسز جي: كان يبلغ من العمر خمسين يوم أتينا إلى هنا.

الدكتورة: اليوم الذي جاء فيه إلى المستشفى.

القسيس: هل تعتقدين أن هذه الخبرة قد قربت أكثر بين أفراد عائلتك؟

مسز جي: أوه، عائلتي، لقد جعلتنا أقرب. إذا لم يكن هناك شيء آخر، فقد كان هناك الاعتماد على الرب. نعتقد أننا نتمتع بالاكتماء الذاتي إلى حد كبير، لكن في أوقات مثل هذه لا يجد المرء الكثير لديه. لقد تعلمت أن أعتمد على الرب وأن أعيش يوماً بيوم وأتوقف عن التخطيط. لدينا اليوم ولكن قد لا يكون لدينا غد. وأقول إذا كان هذا المرض قاتلاً لزوجي، فأنا أشعر أنه يجب أن يكون في يد الرب، وربما من خلال خبرتنا، ربما يمكن لشخص ما أن يكون لديه أمل إضافي أو يستمد القوة من الرب.

القسيس: هل أنت على علاقة طيبة مع طاقم المستشفى؟ أعلم أنك على علاقة

(42) - إنجيل لوقا 1: 37، والترجمة عن الترجمة العربية للكتاب المقدس (المترجم).

رائعة مع مرضى آخرين لأننا تحدثنا معًا في محاولة لتقديم بعض المساعدة لأقارب المرضى الآخرين. جلستُ هناك واستمعتُ إلى بعض من هذا الكلام، وتذكرتُ ما قلته منذ فترة. وجدت نفسك تتحدثين مع أشخاص آخرين بتفاؤل، كيف كان الوضع هنا بالنسبة لشخص من خارج المدينة؟ ما نوع الدعم الذي تلقيته من طاقم المستشفى؟ ما الذي يشعر به أحد أفراد الأسرة في هذه المرحلة فيما يتعلق بشخص قريب من الموت مثل زوجك؟

مسز جي: حسنًا، بما أنني ممرضة، فقد تحدثت مع الممرضات كثيرًا. أجد أن هناك بعض الممرضات المسيحيات المتدينات اللائي يَقُلْنَ إن الإيمان بالرب يفعل الكثير، وأن القتال وعدم الاستسلام له تأثير كبير. بشكل عام، أعتقد أنني تمكنت من التحدث معهن. لقد كن صريحات ومنفتحات للغاية، وهذا ما أعجبنى في الأمر. وأعتقد أن أفراد الأسرة يمكن أن يكونوا أقل ارتباكًا إذا قُدِّم لهم شرح وقيلت لهم الحقائق على الرغم من ضعف الأمل. أعتقد أن الناس يقبلون الأمر. وأعتقد حقًا أن عددًا كبيرًا من الموجودين في المستشفى، أعتقد حقًا أنهم يشكلون فريقًا رائعًا عظيمًا.

القسيس: هل يمكن القول إن هذا لم يكن صحيحًا بالنسبة لك فحسب، ولكن أيضًا مما شعرت به مع أفراد العائلات الأخرى التي كانت موجودة هنا؟

مسز جي: نعم.

القسيس: يريدون أن يعرفوا؟

مسز جي: نعم. هذا ما سوف تقوله عائلات كثيرة جدًا، أوه، إنهم رائعون هنا، وإذا كانوا لا يعرفون، فلن يعرف أحد. هذا هو الموقف الذي أجده، الناس يخرجون فقط إلى الشرفات المشمسة ويتحدثون مع زوار مختلفين. ويقولون إن هذا المكان رائع. وهم على وعي تام بما يجري.

الدكتورة: هل هناك أي شيء يمكن أن نحسنه؟

مسز جي: أفترض أننا جميعًا يمكن أن نتحسن. إنني أدرك أن هناك نقصًا في رعاية التمريض. أعتقد أنه في بعض الأحيان لا يتم الرد على الأجراس في حين أنه ينبغي فعلًا أن يكون هناك رد، لكن بشكل عام أعتقد أن هذا أمر جدًّا في كل مكان. إنه مجرد نقص، مقارنة بثلاثين سنة ماضية، حين كنت أعمل في التمريض، لقد تغيرت الأمور كثيرًا. لكنني أعتقد أن الأشخاص المصابين بأمراض خطيرة يتم منحهم الكثير من الاهتمام بدون الحاجة إلى ممرضات خصوصيات.

الدكتورة: هل لديك أي أسئلة؟ يا مسز جي من أخبر زوجك بمدى خطورة مرضه؟

مسز جي: لقد أخبرته أنا في البداية.

الدكتورة: كيف أخبرته بذلك ومتى؟

مسز جي: أخبرته بعد ثلاثة أيام من العملية الجراحية الأولى في المستشفى. قال وهو في طريقه إلى المستشفى: «الآن، إذا كان هذا خبيثًا فلا تغضبي، لا تقلبي جفئك.» هذا هو المصطلح الذي استخدمه. قلت، «لن أغضب، لكنه لن يكون كذلك.» لكن في اليوم الثالث ذهب صديقنا الطبيب في إجازة. كان هذا في يوليو، وقد أخبرته. وقد نظر إلي نظرة ما وقلت: «أفترض أنك تريد معرفة ما فعلوه.» يقول: «أوه، لم يجبرني أحد.» قلت، «حسنًا، لقد أخذوا ثماني عشرة بوصة من القولون السفلي.» قال: «ثماني عشرة بوصة؟!» وقال، «حسنًا، ثم تم ربطها بأنسجة سليمة.» لم أكمل بقية الكلام حتى وصلنا إلى البيت. ثم قررت بعد حوالي ثلاثة أسابيع من إجراء العملية الجراحية أن أخبره، كنا جالسين في غرفة عائلتنا، نحن الاثنين فقط، وأخبرته. قال، «حسنًا، علينا فقط أن نحقق أقصى استفادة مما تبقى.» كان هذا موقفه بالضبط. ثم عاد إلى المكتب لمدة شهرين وعمل. أخذنا

إجازة. حصل ابني على استراحة في الكلية وخرجنا إلى إستس بارك⁽⁴³⁾ وقد قضينا وقتًا ممتعًا حقًا. حتى أنه لعب بعض الجولف.

الدكتورة: في كولورادو؟

مسز جي: نعم. ولد ابني في كولورادو. وكنا نقيم هناك حين كان زوجي في الخدمة. نحن نحبهها ونقضي العطلة هناك في كل عام تقريبًا. وكنت ممتنة جدًا لأننا قضينا ذلك الوقت معًا لأننا استمتعنا به حقًا. وبعد حوالي أسبوع فقط من عودته إلى المكتب بدأ انسداد الأمعاء. ونما الورم الذي أجروا فيه العملية مرة أخرى.

الدكتورة: هل أغلقت مكتبه تمامًا؟

مسز جي: أغلقه خمسة أسابيع فقط. ثم عاد بعد العملية الجراحية الأولى. وفتحه بعد أن أخذنا إجازتنا. لقد كان هناك فقط لمدة أسبوع تقريبًا، عمل ستة عشر يومًا منذ إجراء العملية الجراحية في يوم 7 يوليو.

الدكتورة: ماذا يحدث الآن في المكتب؟

مسز جي: المكتب لا يزال مغلقًا. سكرتيرة المكتب تستقبل المكالمات. الكل يريد أن يعرف متى يعود. لقد قمنا، قمْتُ بالإعلان عن بيعه، ونرغب في بيعه. إنه وقت من الأوقات السيئة من العام أيضًا. هناك رجل قادم هذا الشهر ليتفرج عليه. وكان زوجي مريضًا جدًا وقد وضعوه على القائمة الحرجة. لم أستطع المغادرة ولكن هناك الكثير من الأشياء التي يجب أن أحضرها للعودة إلى البيت. لكن ابني كان يأتي ويذهب.

الدكتورة: ماذا يدرس؟

(43) - إستس بارك Estes Park: بلدة تقع في مقاطعة لاريمير، في ولاية كولورادو في غرب الولايات المتحدة (المترجم).

مسز جي: الآن قد انتهى من الدراسة. وكان قد بدأ في العمل في طب الأسنان ولكنه تحول بعد ذلك والآن هو فقط يصلح الأشياء في البيت. كما أقول، كان في المدرسة ثابتًا وبعد أن دخل والده في حالة حرجة، أعطته هيئة التجنيد تأجيلًا لبضعة أشهر. لذا فإن الأمر لا يعدو أن يكون نوعًا من أنواع اتخاذ قرار بشأن ما يجب القيام به.

الدكتورة: أعتقد أننا يجب أن ننتهي. هل لديك أية أسئلة يا مسز جي؟

مسز جي: أنت تفعلين كل هذا لثري ما إذا كان بإمكانك تحسين الأمور؟

الدكتورة: حسنًا، هناك العديد من الأسباب. والسبب الرئيسي هو أن نفهم من المرضى المعتلين بشدة ما يمرون به. ما هي أنواع المخاوف والتخيلات أو الشعور بالوحدة التي يشعرون بها وكيف يمكن أن نفهمهم ونساعدهم. كل مريض نجري معه مقابلة هنا لديه أنواع مختلفة من المشاكل والصراعات، ومن حين إلى آخر نود أيضًا أن نرى أحد أفراد العائلة، ونعرف كيف يتعاملون مع الموقف وكيف يمكن لطاقم المستشفى تقديم المساعدة.

مسز جي: لقد كان لدي أشخاص يقولون لي، «لا أعرف كيف يمكنك أن تفعل ذلك.» لماذا، أنا أعرف مقدار ما يعنيه تقبل مشيئة الرب في حياة الشخص وقد مررت دائمًا بهذه المشاعر. خضعت لتدريب المرضات وكنت محظوظة دائمًا بلقاء أناس مسيحيين صالحين. وقد سمعت وقرأت أشياء مختلفة، حتى عن نجوم السينما. إذا كان لديهم إيمان ويؤمنون بالرب، فيبدو أنه مجرد أمر يجب التأكيد عليه. هذا ما أعتقد حقًا وأعتقد أن الزواج السعيد يعتمد على ذلك.

تقدم زوجة الدكتور جي وصفًا جيدًا لرد فعل أحد أفراد الأسرة المقربين على مثل هذه الأخبار غير المتوقعة عن الإصابة بورم خبيث. كان رد فعلها الأول صدمة، تلاها إنكار لفترة قصيرة، «لا، لا يمكن أن يكون ذلك صحيحًا». ثم تحاول أن تجد بعض المعنى في هذا الاضطراب وتجد العزاء في الكتاب المقدس،

الذي كان دائماً مصدر إلهام لأفراد هذه العائلة. وعلى الرغم من قبولها الظاهري، فهي أيضاً تحافظ على الأمل في «استمرار البحث» وتصلي من أجل معجزة. بينما أدى هذا التغيير في أفراد عائلتها إلى تعميق خبراتهم الدينية، إلا أنه سمح للزوجة أيضاً بأن تصبح أكثر اكتفاءً ذاتياً وأكثر استقلالية.

ربما تكون السمة البارزة لهذه المقابلة المزدوجة القصتين المختلفتين اللتين نسمعهما عن كيفية إخبار المريض. وهذه السمة نموذجية تماماً ويجب فهمها إذا لم نأخذ الأمور في ظاهرها.

يشرح الدكتور جي كيف نضج ابنه وتحمل المسؤولية أخيراً من خلال الكشف له عن الأخبار السيئة. ومن الواضح أنه فخور بابنه، ويرى أنه رجل ناضج وكبير، يمكن أن يتحمل المسؤوليات حين يضطر إلى ترك زوجته التي تعتمد عليها إلى حد كبير. من ناحية أخرى، تصر مسز جي على أنها كانت تتمتع بالشجاعة والقوة لتخبر زوجها بنتيجة العملية، ولم تمنح ابنها الفضل في هذه المهمة الصعبة. وقد ناقضت نفسها لاحقاً في عدة مناسبات بحيث يبدو من غير المرجح أن تكون نسختها هي الحقيقة. ومع ذلك، فإن رغبتها في إخبار زوجها تعبر أيضاً بشكل ما عن احتياجاتها. إنها تتمنى أن تكون قوية، وأن تكون قادرة على مواجهة الأمر، والتحدث عنه. إنها تريد أن تكون من تشارك زوجها في الخير والشر وتسعى إلى البحث عن العزاء والقوة في الكتاب المقدس لتقبل كل ما قد يأتي.

يمكن مساعدة أفراد عائلة من هذا النوع على أفضل وجه من خلال طبيب يطمئنها ويوصل إليهم أن كل شيء ممكن وبواسطة القسيس المتاح الذي يزور المريض وعائلته قدر الإمكان، مستفيداً من الموارد التي استخدمتها الأسرة في الماضي.

VIII

الأمل

بأمل يائس أذهب وأبحث عنها في جميع زوايا غرفتي؛ لا أجدها.
منزلي صغير ولا يمكن استعادة ما خرج منه.

لكن قصرك بلا حدود، يا سيدي، وأنا أبحث عنها أتيت إلى بابك.
أقف تحت المظلة الذهبية للسماء في المساء وأرفع عينيّ الشغوفتين إلى وجهك.

وصلت إلى حافة الأبدية حيث لا يمكن أن يتلاشى شيء - لا أمل، ولا سعادة، ولا
رؤية لوجه يُرى عبر الدموع.

أوه، اغمس حياتي الفارغة في ذلك المحيط، اغمرها في أعماقه المليئة. اسمح لي مرة
واحدة أن أشعر باللمسة الحلوة المفقودة في الكون كله.

طاغور، من جيتنجالي، 87

لقد ناقشنا حتى الآن المراحل المختلفة التي يمر بها الناس حين يواجهون
أخبارًا مأساوية - الآليات الدفاعية⁽⁴⁴⁾ بمصطلحات الطب النفسي، آليات

(44) - الآليات الدفاعية defense mechanisms: في التحليل النفسي استراتيجيات نفسية تُستخدم على مستوى اللاشعور لحماية الشخص من القلق الناجم عن أفكار أو مشاعر غير مقبولة. آليات المواجهة coping mechanisms: استراتيجيات يستخدمها الناس غالبًا في مواجهة التوتر و/أو الصدمة للمساعدة في التعامل مع المشاعر المؤلمة أو الصعبة. يمكن أن تساعد آليات المواجهة الأشخاص على التكيف مع الأحداث المجهدة بينما تساعدهم في الحفاظ على سلامتهم العاطفية (المترجم).

المواجهة للتعامل مع المواقف بالغة الصعوبة. سوف تستمر هذه الآليات لفترات زمنية مختلفة وسوف تحل محل بعضها البعض أو تتواجد في بعض الأحيان جنبًا إلى جنب. والشيء الوحيد الذي يستمر عادة خلال كل هذه المراحل هو الأمل. مثلًا حافظ الأطفال في الشكنة L 318 والشكنة L 417 في معسكر الاعتقال في ترزين⁽⁴⁵⁾ على أملهم منذ سنوات، على الرغم من أنه من بين حوالي 15000 طفل دون الخامسة عشرة من العمر، خرج منها حوالي 100 طفل على قيد الحياة.

صنعت الشمس حجابًا من ذهب

جميلًا جدًا حتى أن جسدي يتألم

في الأعالي، تصرخ السماوات باللون الأزرق

مقتنعة بأنني ابتسمت نتيجة خطأ ما.

العالم يزهر ويبدو أنه يبتسم.

أريد أن أطيّر ولكن إلى أين، إلى أي مدى؟

إذا كانت الأشياء تزدهر بين الأسلاك الشائكة

لماذا لا أزدهر؟ لن أموت!

سنة 1944، مؤلف مجهول.

«في أمسية مشمسة»

عند الاستماع إلى مرضانا الذين يعانون من أمراض ميؤوس من شفائها، أثار إعجابنا دائمًا أنه حتى المرضى الأكثر قبولًا والأكثر واقعية تركوا الفرصة مفتوحة لبعض الشفاء، لاكتشاف دواء جديد أو «نجاح اللحظة الأخيرة في مشروع

(45) - ترزين Terezin: مدينة تشيكية كانت تضم معسكرًا نازيًا من معسكرات الاعتقال في أثناء الحرب العالمية الثانية (المترجم)

بحثي»، أعرب عنها السيد جي ل (تلي المقابلة في هذا الفصل). إن لمحة الأمل هذه هي التي تحافظ عليهم خلال أيام أو أسابيع أو شهور من المعاناة. إنه الشعور بأن كل هذا يجب أن يكون له معنى ما، وسوف يؤدي ثماره في النهاية إذا كان في إمكانهم أن يتحملوه لفترة أطول إلى حد ما. إنه الأمل الذي يتسلل من حين إلى آخر، بأن هذا كله يشبه كابوسًا وليس حقيقياً؛ الأمل بأنهم سوف يستيقظون ذات صباح ليقال لهم إن الأطباء مستعدون لتجربة دواء جديد يبدو واعدًا، وأنهم سوف يستخدمونه عليه وأنه قد يكون المريض الخاص المختار، تمامًا مثلما شعر أول مريض زرع قلب بالضرورة بأنه تم اختياره ليلعب دورًا خاصًا جدًا في الحياة. إنه يمنح المرضى المؤوس من شفائهم إحساسًا بمهمة خاصة في الحياة تساعد في الحفاظ على معنوياتهم، وتمكنهم من تحمل المزيد من الاختبارات حين يصبح كل شيء توترًا بهذا الشكل - بمعنى أنه بمثابة تبرير لمعاناتهم في بعض الأحيان؛ وبالنسبة للآخرين، يظل شكلاً من أشكال الإنكار المؤقت ولكنه مطلوب.

وبغض النظر عن الاسم الذي نطلقه عليه، وجدنا أن جميع مرضانا احتفظوا بالقليل منه وتغذوا عليه في الأوقات الصعبة بشكل خاص. لقد أظهرنا أكبر قدر من الثقة في الأطباء الذين سمحوا لهم بمثل هذا الأمل - سواء كان واقعياً أم لا - وأعربوا عن تقديرهم لهم حين تم تقديم الأمل على الرغم من الأخبار السيئة. وهذا لا يعني أن على الأطباء أن يكذبوا على المرضى. إنه لا يعني سوى أن علينا أن نعبر لهم عن الأمل في حدوث شيء غير متوقع، وأن حالاتهم قد تتحسن، وأنهم سوف يعيشون أطول مما هو متوقع. إذا توقف المريض عن التعبير عن الأمل، فعادة ما يكون ذلك علامة على الموت الوشيك. قد يقولون، «يا دكتور، أعتقد أنه قد آن الأوان»، أو «أخمن أنه هذا»، أو قد يصفونه مثل المريض الذي آمن دائماً بمعجزة، وقد استقبلنا يوماً ما بالكلمات، «إنني أعتقد أن هذه هي المعجزة إنني مستعد الآن ولم أعد خائفاً بعد الآن». كل هؤلاء المرضى ماتوا في غضون

أربع وعشرين ساعة. وبينما حافظنا على الأمل معهم، لم نعزز الأمل حين تخلوا عنه في النهاية، ليس باليأس بل في مرحلة القبول النهائي.

وقد نشأت الصراعات التي شهدناها فيما يتعلق بالأمل من مصدرين رئيسيين. كان المصدر الأول والأكثر إيلاماً هو نقل اليأس سواء من جانب طاقم المستشفى أو أفراد الأسرة حين يكون المريض لا يزال في حاجة إلى الأمل. وقد أتى المصدر الثاني للكرب من عدم قدرة أفراد الأسرة على قبول المرحلة النهائية من مراحل حياة المريض. لقد تشبثوا بشدة بالأمل حين كان المريض نفسه على استعداد للموت وشعر بعدم قدرة الأسرة على قبول هذه الحقيقة (كما هو موضح في حالي مسز ديليو ومستر أتش).

ماذا يحدث لمريض «متلازمة النهاية الزائفة» - pseudo-terminal syndrome الذي تخلى عنه طبيبه وبعد ذلك - بعد تلقي العلاج المناسب لتحسن حالته مرة أخرى؟ وقد تم «شطب» هؤلاء المرضى ضمناً أو صراحة. ربما يقال لهم إنه «لا يوجد شيء آخر يمكن أن نقوم به من أجلكم» أو ربما يُرسلون إلى البيت في توقع غير معلن لموتهم الوشيك. حين يتم علاج هؤلاء المرضى بجميع أشكال العلاجات المتاحة، سوف يتمكنون من اعتبار تحسن حالتهم «معجزة» أو «عقد جديد للاستمرار في الحياة» أو «بعض الوقت الإضافي الذي لم أطلبه»، اعتماداً على التعامل والاتصالات السابقة.

إن الرسالة ذات الصلة التي ينقلها الدكتور بيل⁽⁴⁶⁾ هي إعطاء كل مريض فرصة للحصول على أكثر العلاجات الممكنة فعالية وعدم اعتبار أن كل مريض يعاني من مرض خطير أنه يعاني من مرض ميؤوس من شفائه، وبالتالي التخلي عن مثل هؤلاء المرضى. وأود أن أضيف أنه لا ينبغي أن «نتخلى» عن أي مريض، سواء كانت حالته ميؤوس من شفائها أو غير ميؤوس منه شفائها. إن الشخص

(46) - انظر البليوجرافيا (المؤلفة).

الذي لم تعد المساعدة الطبية تجدي معه هو الذي يحتاج إلى رعاية بالقدر الذي يحتاج إليه الشخص الذي يمكن أن يتطلع إلى خروج آخر، إن لم يكن يحتاج إليها بقدر أكبر. إذا تخيلنا عن مثل هذا المريض، فقد يتخلى عن نفسه وقد يأتي المزيد من المساعدة الطبية بعد فوات الأوان لأنه يفتقر إلى الاستعداد والروح «للتحقيق التقدم مرة أخرى». والأكثر أهمية من ذلك بكثير أن أقول، «حسب علمي، لقد فعلت كل ما بوسعي لمساعدتك. ومع ذلك، سوف أستمّر في إبقائك مرتاحًا قدر الإمكان». سوف يحافظ مثل هذا المريض على بصيص من الأمل ويستمر في اعتبار طبيبه صديقًا سوف يبقى بجواره حتى النهاية. ولن يشعر بأنه مهجور أو مهمل في اللحظة التي يرى فيها الطبيب أنه تجاوز احتمال الشفاء.

تحسنت حالة غالبية مرضانا بطريقة أو بأخرى. لقد فقد الكثير منهم الأمل في الحديث عن مخاوفهم لأي شخص. وشعر عدد كبير منهم بالعزلة والهجران، وشعر عدد أكبر منهم بأنهم حرموا من فرصة وضعهم في الاعتبار عند اتخاذ قرارات مهمة. وقد خرج ما يقرب من نصف مرضانا من المستشفى للعودة إلى البيت أو إلى دار من دور رعاية المسنين، ليتم حجزهم في المستشفى مرة أخرى في وقت لاحق. وأعربوا جميعًا عن تقديرهم لمشاركتنا لهم في قلقهم بشأن خطورة مرضهم وفي آمالهم. لم يعتبروا مناقشاتهم حول الموت والاحتضار إما سابقة لأوانها أو أنها ممنوعة من منظور «تحسن حالاتهم». تحدث عدد كبير من مرضانا عن السهولة والراحة في عودتهم إلى بيوتهم، بعد علاج مخاوفهم قبل خروجهم. وقد طلب العديد منهم مقابلة أفراد عائلاتهم في وجودنا قبل العودة إلى البيت، من أجل التخلي عن المظهر الزائف والاستمتاع بالأسابيع القليلة المتبقية معًا بشكل كامل.

قد يكون من المفيد أن يتحدث عدد أكبر من الناس عن الموت والاحتضار على أنها جزء لا يتجزأ من الحياة تمامًا مثلها لا يترددون في ذكر متى يتوقع شخص ما مولودًا جديدًا. إذا تم القيام بذلك في كثير من الأحيان، فلن نضطر إلى أن نسأل

أنفسنا ما إذا كان ينبغي علينا أن نطرح هذا الموضوع مع مريض، أو إذا كان علينا أن ننتظر حتى آخر حجز في المستشفى. نظرًا لأننا لسنا معصومين من الخطأ ولا يمكن أبدًا أن نتأكد من الحجز الأخير، فقد يكون الانتظار مجرد تبرير آخر يسمح لنا بتجنب المشكلة.

لقد رأينا عددًا كبيرًا من المرضى الذين يعانون من الاكتئاب ولا يتواصلون بشكل مرضي حتى تحدثنا معهم عن المرحلة النهائية من مرضهم. تحسنت معنوياتهم، وبدأوا في تناول الطعام مرة أخرى، وخرج عدد قليل منهم مرة أخرى، مما أثار دهشة أفراد أسرهم والطاقم الطبي. إنني مقتنعة بأننا نتسبب من خلال تجنب المشكلة في ضرر أكبر من الضرر الذي نتسبب فيه من استخدام الوقت والتوقيت للجلوس والاستماع والمشاركة.

أذكر التوقيت لأن المرضى لا يختلفون عن بقيتنا في أن لدينا لحظات نشعر فيها بالرغبة في الحديث عن الأعباء التي تثقلنا والأوقات التي نرغب فيها في التفكير في أشياء أكثر بهجة، بغض النظر عن كونها واقعية أو غير واقعية. طالما كان المريض يعرف أننا سوف نأخذ وقتًا إضافيًا حين يشعر أنه يرغب في أن يتحدث، حين نكون قادرين على إدراك إشاراتنا، فسوف نشهد أن غالبية المرضى يرغبون في التعبير عن مخاوفهم لإنسان آخر والتفاعل بشعور بالراحة والمزيد من الأمل في مثل هذه الحوارات.

إذا كان هذا الكتاب لا يخدم أي غرض آخر سوى توعية أفراد عائلات المرضى الميؤوس من شفائهم وأطقم المستشفيات بالتواصل الضمني للمرضى المحتضرين، فقد أنجز هذا الكتاب مهمته. وإذا استطعنا، بوصفنا أعضاء في المهنة المساعدة، مساعدة المريض وعائلته على «التناغم» مع احتياجات بعضنا البعض والتوصل إلى قبول واقع لا مفر منه معًا، فيمكننا المساعدة في تجنب الكثير من المعاناة والمعاناة غير الضرورية التي تقع على عاتق المحتضر وبشكل أكبر تلك

التي تقع على عاتق أفراد الأسرة الذين يتركهم خلفه.

تمثل المقابلة التالية مع مستر جي ل مثالاً لمرحلة الغضب وتوضح - أحياناً بطريقة مقننة - ظاهرة الأمل الدائم.

كان مستر جي ل رجلاً زنجياً يبلغ من العمر ثلاثة وخمسين عاماً تم حجزه في المستشفى بسبب الإصابة بالفطار الفطرائي،⁽⁴⁷⁾ وهو اضطراب جلدي خبيث يصفه بالتفصيل في المقابلة التالية. وقد اضطره هذا المرض إلى اللجوء إلى التأمين ضد العجز، وهو مرض يتميز بحالات من الانتكاسات والتحسن.

حين زرته في اليوم السابق لجلسة السيمينار، كان المريض يشعر بالوحدة وفي حالة مزاجية تدفعه إلى الرغبة في الكلام. وقد روى لي بسرعة كبيرة وبطريقة درامية ورائعة جوانب كثيرة لهذا المرض المزعج. وجعل من الصعب عليّ أن أغادر وأوقفني عدة مرات. وعلى عكس ذلك الاجتماع غير المخطط له، أعرب عن المزيد من الانزعاج، بل والغضب في بعض الأحيان، في أثناء الجلسة خلف المرأة أحادية الاتجاه. في اليوم السابق لجلسة السيمينار، بادر بمناقشة الموت والاحتضار، بينما قال خلال الجلسة: «لا أفكر في الموت، أفكر في الحياة».

أذكر هذا لأنه من الأمور ذات الصلة برعايتنا للمرضى الذين يعانون من أمراض ميؤوس من شفائها أن لديهم أياماً أو ساعات أو دقائق يرغبون فيها في التحدث عن مثل هذه الأمور. قد يتطوعون، مثل مستر جي ل في اليوم السابق، بالحديث عن فلسفتهم في الحياة والموت وقد نعتبرهم مرضى مثاليين لمثل هذه الجلسة التعليمية. ونميل إلى تجاهل حقيقة أن المريض نفسه قد يرغب في التحدث فقط عن الجوانب السارة من الحياة في اليوم التالي؛ ويجب علينا أن نحترم رغباته.

(47) - الفطار الفطرائي mycosis fungoides: الفطر الفطرائي الترجمة العربية الأكثر شيوعاً لمرض يعرف أيضاً باسم متلازمة ألبرت بازين أو الورم الحبيبي الفطري، هو الشكل الأكثر شيوعاً من سرطان الغدد الليمفاوية في الخلايا التائية. ويؤثر بشكل عام على الجلد، ولكنه قد يتطور داخلياً بمرور الوقت. وتشمل الأعراض الطفح الجلدي والأورام والأفات الجلدية وحكة الجلد (المترجم).

لم نفعل ذلك في أثناء المقابلة، لأننا حاولنا أن نستعيد بعض المواد المفيدة التي قدمها في اليوم السابق.

يجب أن أقول إن هذا يمثل خطرًا بشكل أساسي حين تكون المقابلة جزءًا من برنامج تعليمي. يجب ألا يتم فرض الأسئلة والأجوبة لصالح الطلاب خلال مثل هذه المقابلة. يجب أن يأتي الشخص دائمًا في المقام الأول ويجب دائمًا احترام رغبات المريض، حتى لو كان ذلك يعني وجود فصل دراسي يضم خمسين طالبًا وعدم وجود مريض لإجراء مقابلة معه.

الدكتورة: يا مستر جي ل، فقط للمقدمة، منذ متى وأنت في المستشفى؟

المريض: هذه هي المرة وأنا موجود هنا منذ 4 أبريل من هذا العام.

الدكتورة: كم عمرك؟

المريض: عمري ثلاثة وخمسون عامًا.

الدكتورة: هل سمعت عما نفعله في هذا السيمينار؟

المريض: سمعت. هل توجهيني بالأسئلة؟

الدكتورة: نعم.

المريض: حسنًا، ما عليك سوى المضي قدمًا، متى كنتِ مستعدة.

الدكتورة: قد أكون فضولية للحصول على صورة أفضل لك لأنني أعرف القليل جدًا عنك.

المريض: فهمت.

الدكتورة: لقد كنت رجلًا سليماً، متزوجًا، يعمل، آه -

المريض: هذا صحيح، لدي ثلاثة أبناء.

الدكتورة: ثلاثة أبناء. متى مرضت؟

المريض: حسنًا، لقد أصبت بالعجز في عام 1963. أعتقد أنني تعرضت أول مرة لهذا المرض في عام 1948 تقريبًا. بدأت الحالة أول مرة بطفح جلدي صغير على يسار صدري وتحت كتفي اليمنى. وفي البداية لم يكن الأمر أكثر مما قد يحصل لأي شخص في مسار حياته. واستخدمت المراهم المعتادة، غسول الكالامين، والفازلين، وأشياء مختلفة يمكن أن يشتريها المرء من الصيدلية. لم يزعجني الأمر كثيرًا. لكن بالتدريج بحلول، قد أقول بحلول عام 1955، انتشرت الأعراض في الجزء السفلي من جسدي، ولكن ليس إلى حد كبير. كان هناك جفاف، وقد استقرت القشور، وكنت أستخدم الكثير من المراهم الدهنية وأشياء من هذا القبيل للحفاظ على ترطيب جسدي وراحتي قدر الإمكان. وكنت لا أزال أواصل العمل. في الواقع، خلال فترات معينة كان لدي وظيفتان لأن ابنتي كانت تذهب إلى الكلية وكنت أريد أن أتأكد من أنها سوف تنهي دراستها. لذلك قد أقول بحلول عام 1957، وصلت إلى نقطة بدأت فيها الذهاب إلى أطباء مختلفين. ذهبت إلى الدكتور إكس X لمدة ثلاثة أشهر تقريبًا ولم يطرأ أي تحسن. كانت الزيارات رخيصة بما يكفي، لكن الوصفات كانت تتراوح بين خمسة عشر دولارًا وثمانية عشر دولارًا في الأسبوع. وحين يقوم المرء بتربية أسرة مكونة من ثلاثة أطفال على راتب عامل، حتى لو كان يعمل في وظيفتين، لا يمكن أن يتعامل مع مثل هذا الموقف. وقد ذهبت إلى العيادة وقاموا بإجراء فحص عرضي لم أقتنع به. ولم أكلف نفسي عناء العودة إليهم. وقد اكتفيت بقضاء الوقت بدون أن أفعل أي شيء، وشعرت، كما أعتقد، ببؤس متزايد طوال الوقت حتى عام 1962، أدخلني الدكتور واي Y إلى مستشفى بي P. وقد قضيت هناك حوالي خمسة أسابيع ولم يحدث شيء حقًا وخرجت من هناك وعدت أخيرًا إلى العيادة الأولى. أخيرًا في مارس من عام 1963 أدخلوني في هذا المستشفى. كنت في حالة سيئة بحلول ذلك

الوقت لدرجة أنني أصبحت عاجزًا.

الدكتورة: كان هذا في عام 63؟

المريض: في عام 63.

الدكتورة: هل لديك أي فكرة عن نوع المرض الذي أصبت به في ذلك الوقت؟

المريض: علمت أنه كان مرض الفطار الفطاري وكان الجميع يعرفون ذلك.

الدكتورة: إذن، منذ متى وأنت تعرف اسم مرضك؟

المريض: حسنًا، لقد كنت متشككًا في الأمر لبعض الوقت، ولكن بعد ذلك تم

تأكيد به فحص عينة مجهرية.

الدكتورة: منذ زمن طويل؟

المريض: منذ وقت ليس ببعيد، فقط بضعة أشهر قبل إجراء التشخيص الفعلي.

لكن المرء يتعرف على إحدى هذه الحالات ويقرأ كل ما يمكن أن يحصل عليه.

ويستمع المرء إلى كل شيء ويتعرف على أسماء الأمراض المختلفة. ومما قرأته، فإن

مرض الفطار الفطاري يتوافق تمامًا مع الصورة وقد تم تأكيد التشخيص في

النهاية، وبحلول ذلك الوقت كنت على وشك الانهيار. وقد بدأت أشعر بتورم

في كاحلي، وكنت في أتصيب عرقًا باستمرار، وكنت في حالة بؤس شديد.

الدكتورة: هل هذا ما تعنيه بعبارة «حينها انهرت تمامًا؟» أنك قد شعرت ببؤس

شديد؟ هل هذا ما تعنيه؟

المريض: بالتأكيد. كنت في حالة بؤس بالضبط - حكة، قشور، أتصيب عرقًا،

ألم في الكاحل، مجرد إنسان بائس بشكل كامل، تمامًا، بكل معنى الكلمة. الآن،

بطبيعة الحال، يشعر المرء في مثل هذه الأوقات ببعض الاستياء. أعتقد أنه يتساءل،

لماذا يحدث هذا لي. ثم يعود إلى رشده ويقول، «حسنًا، أنت لست أفضل من أي

شخص آخر، لماذا لا يكون أنت؟» بهذه الطريقة يمكن للمرء أن يتصالح مع نفسه نوعًا ما لأنه بعد ذلك يبدأ في النظر إلى بشرة كل شخص يراه. ينظر المرء ليعرف إذا كان لديهم أي عيوب، أي علامات تدل على وجود التهاب في الجلد لأن اهتمامه الوحيد بالحياة هو معرفة ما إذا كان لديهم أي عيوب ومن يعاني من شيء مشابه، كما تعلمين. وأعتقد أيضًا أن الناس ينظرون إليه لأن مظهره مختلف كثيرًا عنهم.

الدكتورة: لأن هذا نوع من الأمراض المرئية.

المريض: إنه نوع من الوعكات الصحية المرئية.

الدكتورة: ماذا يعني لك هذا المرض؟ ماذا يعني هذا الفطار الفطراتي بالنسبة لك؟

المريض: إنه يعني بالنسبة إلي أنهم لم يتوصلوا إلى شفاء أي شخص حتى الآن. لقد كان هناك نوبات تحسن في فترات معينة، وكانت هناك نوبات تحسن في فترات غير محددة من الزمن. هذا يعني لي أنه في مكان ما، يوجد شخص ما بصدد إجراء بحث. هناك الكثير من العقول الجيدة تعمل على هذه الحالة. قد يكتشفون علاجًا في أثناء العمل في شيء آخر. وهذا يعني بالنسبة إلي أن أصر على أسناني وأستمر من يوم لآخر وآمل أن أجلس في صباح يوم ما على جانب السرير وأن يكون الطبيب هناك ويقول، "أريد أن أعطيك هذه الحقنة"، وسوف تكون شيئًا مثل اللقاح أو شيئًا من هذا القبيل، وفي غضون أيام قليلة سوف تختفي الأعراض.

الدكتورة: شيء يؤثر!

المريض: سوف أكون قادرًا على العودة إلى العمل. أحب عملي لأنني عملت بجد لأتمتع بقدرة إشرافية.

الدكتورة: ماذا فعلت؟

المريض: في الواقع، كنت أعمل مشرفاً عاماً نشيطاً على العمال في مكتب البريد الرئيسي هنا. وكنت أعمل بجد حتى أنني كنت مسؤولاً عن مشرفي العمال. كان هناك سبعة أو ثمانية من مشرفي العمال تحت إشرافي في كل ليلة. بدلاً من التعامل مع الأعمال المساعدة فقط، كنت أتعامل مع العمليات بشكل أو آخر. كانت لدي آفاق جيدة للتقدم لأنني كنت أعرف عملي وأستمع به. لم أضن بأي وقت كنت أفضيه في العمل. كنت أساعد زوجتي دائماً حين كان الأطفال يكبرون. وكنا نأمل أن يقطعوا شوطاً كبيراً على الطريق وربما نتمتع ببعض الأشياء التي قرأنا عنها وسمعنا عنها.

الدكتورة: مثل ماذا؟

المريض: السفر قليلاً، أعني أننا لم نحصل على إجازة قط. كانت طفلتنا الأولى قد ولدت قبل إتمام الحمل وكانت ضعيفة وقرض لفترة طويلة. كانت قد بلغت 61 يوماً قبل أن تأتي إلى البيت. ما زلت أحتفظ بكيس من الإيصالات من المستشفى في البيت حتى اليوم. كنت أدفع فاتورتها، دولارين أسبوعياً، وفي تلك الأيام كنت أكسب حوالي سبعة عشر دولاراً فقط في الأسبوع. اعتدت أن أنزل من القطار وأسرع بزجاجتين من حليب ثدي زوجتي إلى المستشفى، وألتقط زجاجتين فارغتين، وأعود إلى المحطة، وأذهب إلى عملي في المدينة. ثم أعمل طوال اليوم وأحضر هاتين الزجاجتين الفارغتين إلى البيت في الليل. وكان لديها ما يكفي من الحليب، على ما أعتقد، لجميع الأطفال الذين ولدوا قبل إتمام الحمل وكانوا في الحضانة هناك. وقد قمنا بتزويدهم جيداً وهذا يعني بالنسبة إلي أننا تجاوزنا المرحلة الحرجة بكل شيء. سوف أكون قريباً في شريحة الرواتب حيث لا يكون على المرء أن يقبض على كل مليم. وهذا يعني فقط بالنسبة إلي أننا ربما نتطلع في وقت ما إلى إجازة نخطط لها بدلاً من، حسناً، أننا لا يمكننا الذهاب إلى أي مكان، هذه الطفلة لا بد أن تحتاج إلى بعض التدخل من طبيب الأسنان، أو شيء من هذا القبيل. هذا كل ما يعنيه لي. كان يعني بضع سنوات جيدة من العيش

المريح إلى حد ما.

الدكتورة: بعد حياة طويلة وصعبة من المتاعب.

المريض: حسناً، يعاني معظم الناس من صراع أطول وأصعب مما أعاني. لم اعتبره قط صراعاً مريراً. لقد عملت في ذلك المسبك وقمنا بالأعمال بالقطعة. يمكن أن أعمل بدأب لا نظير له. كان لي زملاء جاءوا إلى منزلي وأخبروا زوجتي أنني أعمل بجهد. حسناً، لقد انتقدتني بشدة وبشكل مفاجئ لهذا السبب، وأود أن أخبرها أنها كانت مسألة غيرة حين يعمل المرء وسط رجال ذوي عضلات، فهم لا يريدون أن يكون لديه عضلات أكثر مما لديهم، وقد فعلت ذلك بالتأكيد، لأنه أينما ذهبْتُ إلى العمل، كنت أعمل. وكلما كان هناك أي تقدم، كنت أقوم به، مهما كان التقدم الذي يجب إحرازه. في الواقع، استدعوني إلى المكتب حيث كنت أعمل وأخبروني أننا حين نختار مشرفاً رائعاً، فسوف يكون أنت. لقد كنت مبتهجاً للحظة ولكن حين خرجت - قالوا متى - يمكن أن يكون ذلك في أي وقت من الآن إلى عام 2000. لذا فقد تم تخفيض راتبي وقد اضطررت إلى العمل في ظل هذه الظروف. لكن لم يكن هناك شيء صعب بالنسبة إلي في تلك الأيام. كنت أمتع بقدر كبير من القوة، كنت أمتع بشبابي، وكنت أعتقد أنني أستطيع أن أفعل أي شيء.

الدكتورة: أخبرني، يا مستر جي، الآن بما أنك لم تعد شاباً الآن، وربما لا تستطيع أن تفعل كل هذه الأشياء بعد الآن، كيف تتعامل مع هذا الأمر؟ من المفترض أنه لا يوجد طبيب يقف هناك ومعه حقنة، علاج طبي.

المريض: هذا صحيح. يتعلم المرء كيف يتعامل هذه الأمور. عليه أولاً أن يدرك أنه ربما لن يتحسن أبداً.

الدكتورة: ما تأثير ذلك عليك؟

المريض: إنه يزعج المرء، فيحاول ألا يفكر في أشياء من هذا القبيل.

الدكتورة: هل فكرت في الأمر من قبل؟

المريض: بالتأكيد، هناك الكثير من الليالي التي لا أنام فيها جيدًا. أفكر في مليون شيء في أثناء الليل. لكن المرء لا يسهب في الحديث عن هذه الأشياء. كنت أعيش حياة طيبة حين كنت طفلًا، وأمي ما زالت على قيد الحياة. وهي تأتي إلى هنا كثيرًا جدًا لرؤيتي. يمكن دائمًا أن أركض إلى الوراء وأستعرض بعض الحوادث التي حدثت. اعتدنا على أخذ سيارة عتيقة والسفر داخل منطقتنا. وقد سافرنا كثيرًا في تلك الأيام حين لم يكن هناك إلا عدد قليل جدًا من الطرق المعبدة وكانت الطرق الأخرى موحلة. قد يصل المرء إلى مكان ما، ويغرس في طريق موحلة حتى غطاء إطار السيارة، وقد يضطر إلى الدفع أو السحب أو شيء من هذا القبيل. ولذا أعتقد أنني عشت طفولة جميلة، كان والداي لطيفين للغاية. لم تكن هناك قسوة أو مزاج سيئ في منزلنا. خلقتُ حياة ممتعة. أفكر فيما يتعلق بهذه الأشياء وأدرك أنني محظوظ جدًا لأنه كان هناك رجل نادر وضع في هذا العالم ولا يملك سوى البؤس. نظرت حولي ووجدت أنني قد حصلت على ما أسميه بضعة أيام إضافية.

الدكتورة: لقد عشت حياة تلبى فيها كل الاحتياجات وهذا في الحقيقة ما تقوله. لكن هل هذا يجعل الاحتضار أسهل؟

المريض: أنا لا أفكر في الموت. أنا أفكر في الحياة. أعتقد، كما تعلمين، أنني كنت أقول للأطفال، إنهم سوف يأتون، سأقول لهم الآن، ابذلوا قصارى جهدكم في ظل كل الظروف، وقلت مرات عديدة إنكم ما زلتم تحسرون. قلت، الآن تذكروا أنكم في هذه الحياة يجب أن تكونوا محظوظين. كان هذا هو التعبير الذي استخدمته. وكنت دائمًا أعتبر نفسي محظوظًا. أنظر إلى الوراء وأفكر في كل الأولاد الذين جاؤوا معي وهم في السجن وفي مختلف السجون وأماكن من هذا القبيل. وأتيحت لي فرصة جيدة مثلهم لكنني لم أستغلها. كنت دائمًا أترجع حين كانوا على وشك البدء في شيء غير صحيح. لقد خضتُ الكثير من المعارك بسبب

ذلك، إنهم كانوا يعتقدون أنني خائف. لكن من الأفضل أن يكون المرء خائفًا من هذه الأشياء وأن يقاتل من أجل ما يؤمن به، بدلًا من أن يبدأ ويقول، حسنًا، سوف أواصل العمل. لأن المرء دائمًا، عاجلاً أم آجلاً، يشارك في شيء يمكن أن يبدأ في حياة لا يمكن أن يعكسها. أوه، يقولون إنه يمكن للمرء أن يفعل المستحيل وكل ذلك ولكن المرء تحصل على نوع من السجل وأول شيء يحدث في منطقتي، ولا يهمني كم عمره، فهم يختارونه ويريدون حتى أن يعرفوا أين كان في هذه الليلة وفي تلك الليلة. كنت محظوظًا بما يكفي للابتعاد عن كل ذلك. وبالتالي حين أنظر إلى كل شيء، يجب أن أقول إنني كنت محظوظًا وأتوقع ذلك مرة أخرى. لا يزال لدي القليل من الحظ المتبقي. أعني، لقد حظيت ببعض الحظ السيء كما قد تسمينه، لذلك عاجلاً أم آجلاً يجب أن يكون هذا الشيء متساوياً وسوف يكون هذا هو اليوم الذي أخرج فيه من هنا ولن يتعرف علي الناس حتى.

الدكتورة: هل هذا ما منعك من اليأس؟

المريض: لا شيء يمنع المرء من اليأس. لا أهتم بمدى تكيف المرء، إنه سوف يصاب باليأس. لكنني يمكن أن أقول إن هذا أبعدني عن نقطة الانهيار. يتعرض المرء لليأس. يصل إلى موضع لا يستطيع النوم فيه وبعد فترة يقاوم هذا الوضع. كلما قاوم المرء بقوة أكبر، ازداد الوضع صعوبة عليه، لأنه يمكن أن يتورط في معركة جسدية. سوف يعرق بغزارة كما لو كان يرهق نفسه جسديًا ولكن الأمر كله عقلي.

الدكتورة: كيف تقاومه؟ هل الدين يساعدك؟ أو أن بعض الناس يساعدونك؟

المريض: أنا لا أصف نفسي بأني رجل متدين بشكل خاص.

الدكتورة: ما الذي يمنحك القوة للقيام بذلك على مدى عشرين عامًا؟ لقد مر عشرين عامًا تقريبًا، أليس كذلك؟

المريض: حسنًا، نعم، أعتقد أن مصادر قوة المرء تأتي من عدد كبير من الزوايا

المختلفة التي يصعب تحديدها. تؤمن أُمِّي إيمانًا عميقًا وراسخًا. وأي جهد أبدله في هذا الصدد أقل من جهدي الكامل، سوف يجعلني أشعر بأنني خذلتُها. لذلك أؤكد على مساعدة والدتي. وتؤمن زوجتي إيمانًا عميقًا وثابتًا، وبالتالي أؤكد أيضًا على مساعدة زوجتي. أخواتي، يبدو دائمًا أن الإناث في الأسرة لديهن دين أكثر عمقًا، وهن، على ما أعتقد، الأكثر إخلاصًا في صلواتهن. بالنسبة لي، الشخص العادي الذي يصلي يتسول شيئًا ما. دائمًا كان لديّ الكثير من الاعتزاز بالنفس يحول دون أن أتسول في الواقع. وأعتقد أنه ربما لهذا السبب لا يمكن وضع كل إحساس كامل فيما أقوله هنا. لا أستطيع التنفيس عن كل مشاعري على هذا النحو، على ما أعتقد.

الدكتورة: ما خلفيتك الدينية، كاثوليكية أم بروتستانتية . . ؟

المريض: أنا كاثوليكي الآن، لقد تحولت إلى الكاثوليكية. كان أحد والديّ معمدانيًا وكان الآخر ميثوديًّا. لقد جعلنا الأمر رائعًا.

الدكتورة: كيف أصبحت كاثوليكيًّا؟

المريض: يبدو أن الكاثوليكية تتناسب مع فكري حول ما يجب أن يكون عليه الدين.

الدكتورة: متى قمت بهذا التغيير؟

المريض: حين كان الأطفال صغارًا. ذهبوا إلى مدارس كاثوليكية. في أوائل الخمسينيات من القرن العشرين، على ما أظن.

الدكتورة: هل كان هذا مرتبطًا بأي شكل من الأشكال بمرضك؟

المريض: لا، لأنه في ذلك الوقت لم يكن الجلد يزعجني كثيرًا وفكرت فقط أنه بمجرد أن تسنح لي الفرصة لأستقر وأذهب إلى الطبيب، سوف يتم توضيح ذلك، هل تعلمين؟

الدكتورة: آه .

المريض: لكن الأمر لم يحدث قط على هذا النحو .

الدكتورة: هل زوجتك كاثوليكية؟

المريض: نعم هي كذلك . تحولت إليها في الوقت الذي تحولت فيه .

الدكتورة: بالأمس حدثتني عن شيء ما . لا أعرف ما إذا كنت ترغب في طرحه مرة أخرى . أعتقد أنه قد يكون مفيداً . حين سألتك كيف ترى هذا كله، أعطيتني نطاقاً كاملاً من الاحتمالات للكيفية التي يمكن أن يصبح عليها الإنسان - إنهاء كل شيء والتفكير في الانتحار، ولماذا هذا غير ممكن بالنسبة لك . لقد ذكرت أيضاً مقارنة قدرية، هل يمكن أن تكرر ذلك مرة أخرى؟

المريض: حسناً، لقد قلت إن هناك طبيباً قال لي ذات يوم: «لا أستطيع، لا أعرف كيف ترى الأمر . سوف أقتل نفسي.»

الدكتورة: هل كان طبيباً من قال لك ذلك؟

المريض: نعم . ثم قلت بعد ذلك، قتل النفس مستبعد لأنني أضعف من أن أقتل نفسي . وهذا يلغي احتمالاً لا ينبغي عليّ أن أفكر فيه . وأخيراً، خلصت ذهني من الأعباء وأنا أتقدم، وبالتالي يقل العبء باستمرار ويقل ما ينبغي أن أفكر فيه . لذا استبعدت فكرة أن أقتل نفسي من خلال عملية استبعاد الموت . ثم توصلت إلى استنتاج مفاده: حسناً أنت هنا الآن . الآن يمكن أن تدير وجهك إلى الحائط أو يمكن أن تبكي . أو يمكن أن تحاول الحصول على القليل من البهجة والمتعة في الحياة، مع مراعاة حالتك . وهناك أشياء معينة تحدث . يمكن أن تشاهد برنامجاً تلفزيونياً جيداً أو أن تستمع إلى محادثة شيقة وبعد بضع دقائق لا تدرك الحكمة والشعور بعدم الارتياح . كل هذه الأشياء الصغيرة التي أسميها مكافآت وأعتقد أنه إذا كان من الممكن أن أحصل على مكافآت كافية معاً في يوم من هذه

الأيام، فسوف يكون كل شيء مكافأة وسوف تمتد إلى ما لا نهاية ويكون كل يوم يومًا جيدًا. وأنا بالتالي لا أقلق كثيرًا. حين تكون حالتني النفسية سيئة، فإنني ألهو بشكل أو بآخر أو أحاول النوم. لأن النوم، على الرغم من كل شيء، أفضل دواء اخترع على الإطلاق. أحيانًا لا أنام حتى، وأستلقي بهدوء هناك. يتعلم المرء كيف يتعامل مع هذه الأشياء، ماذا يمكن أن يفعل أيضًا؟ يقفز ويصرخ ويصيح ويمكن أن يضرب رأسه في الحائط، لكن حين يفعل كل هذا ويظل يشعر بالحكة، فإنه يظل في حالة سيئة.

الدكتورة: يبدو أن الحكة هي أسوأ جزء من مرضك. هل تتألم؟

المريض: حتى الآن كانت الحكة هي الأسوأ، ولكن على طول الجزء السفلي من قدمي، كان الأمر مؤلمًا للغاية لدرجة أن وضع أي وزن عليها بمثابة تعذيب. وبالتالي أقول حتى الآن كانت الحكة والجفاف والقشور أكبر مشكلة أعاني منها. لدي حرق شخصية على هذه القشور. يجب أن يكون ذلك أمرًا مضحكًا. يجد المرء سريره ممتلئًا بالقشور ويقوم بتنظيفه بالفرشاة بهذا الشكل، وعادة ما يبهر على الفور أي نوع من الحطام. تقفز القشور إلى أعلى وإلى أسفل في مكان كما لو كانت لها مغالب مما يجعل المرء يبذل جهدًا محمومًا.

الدكتورة: للتخلص منها؟

المريض: للتخلص منها، لأنها سوف تدفع المرء إلى طريق مسدود. سوف تنهكه وسوف ينظر إليها وسوف تبقى هناك. حتى أنني فكرت في شراء مكنسة كهربائية صغيرة، لأحافظ على نظافتي. يجب أن يكون الحفاظ على نظافة المرء هاجسًا بالنسبة له لأنه بحلول الوقت الذي يستحم فيه ويتخلص من كل هذه الأشياء اللزجة من على جسمه، فإنه لن يشعر بالنظافة على أي حال. وبالتالي فإنه يشعر على الفور بأنه في حاجة إلى حمام آخر. ويمكنه أن يقضي حياته في الذهاب إلى الحمام والخروج منه.

الدكتورة: من هو الأكثر فائدة في هذه المشكلة؟ ما دمت في المستشفى يا مستر جي؟

المريض: من هو الأكثر فائدة؟ أقول إنه لا يمكن للمرء أن يقابل أي شخص هنا، يتوقع الجميع احتياجاتي ويساعدونني. إنهم يفعلون الكثير من الأشياء التي قد لا تخطر حتى على بالي. لاحظت إحدى الفتيات أن أصابعي كانت تؤلني وأنا في أواجه مشكلة في إشعال سيجارة. سمعتها تقول لبقية الفتيات: «حين تجئن إلى هنا، تحققن لتعرفن ما إن كان يرغب في إشعال سيجارة.» لماذا، لا يمكن للمرء أن يتغلب على ذلك.

الدكتور: إنهم يهتمون بك حقًا.

المريض: كما تعلمين، إنه شعور رائع، لكن في كل مكان كنت أشعر بذلك، وطول حياتي كان الناس يحبونني. وأنا ممتن للغاية لذلك. أنا ممتن بكل تواضع. لم أخرج قط عن طريقي، لا أعتقد، لأكون فاعل خير. لكن يمكن أن أعرثر على أي عدد من الأشخاص في هذه المدينة يمكنهم الإشارة إلى أوقات في وظائف مختلفة قدمْتُ لهم المساعدة. لا أعرف حتى السبب، لقد كان مجرد شعور متأصل فيَّ أن أجعل شخصًا ما يهدأ نفسيًا. سوف أبذل أقصى ما في وسعي جهدي لمساعدة هذا الشخص على أن يسيطر على نفسه. ويمكن أن أجد عددًا كبيرًا جدًا من الناس يجربون الآخرين كيف ساعدتهم. ولكن على نفس المنوال، فقد ساعدني كل شخص عرفته. لا أعتقد أن لي عدوًا في العالم. لا أعتقد أنني أعرف شخصًا في العالم يتمنى لي أي نوع من الأذى. كان زميلي في الغرفة من الكلية هنا منذ عامين. تحدثنا عن الأيام التي كنا فيها في المدرسة معًا. تذكرنا غرف النوم في المدينة الجامعية حين يقوم شخص ما في أي ساعة من اليوم بتقديم اقتراح، فلننزل ونقلب غرفة فلان وفلان. وكانوا ينزلون ويطردونه بكل معنى الكلمة من غرفته. ويحدث ضجيج نظيف ورائع، وبعض الخشونة، ولكن الأمر كان بمثابة متعة

رائعة. وكان يخبر ابنه كيف اعتدنا على إبعادهم وتكديسهم مثل خشب الوقود. كنا أقوىاء، وكنا من النوع الشديد. وكنا في الواقع نكدسهم في تلك القاعة، لم يقلبوا غرفتنا قط. وكان معنا زميل في الغرفة وكان في فريق السباق وقد ركض سباق مائة ياردة. قبل أن يدخل خمسة رجال من الباب، كان يستطيع أن يخرج من ذلك الباب وينزل إلى تلك القاعة، وكان طولها حوالي سبعين ياردة. لا أحد يمكن أن يلحق به بمجرد أن يبدأ. لذا حين كان يتأخر كثيرًا في الطريق وكان ينجح في العودة، وكنا نعيد النظام وننظف الغرفة وكل شيء، ونذهب جميعًا إلى السرير.

الدكتورة: هل هذه إحدى المكافآت التي تفكر فيها؟

المريض: أنظر إلى الوراثة وأفكر في الأشياء الحمقاء التي كنا نفعلها. جاء إلينا بعض الشبان ذات ليلة وكانت الغرفة باردة. تساءلنا من يمكنه أن يتحمل أقصى برودة وبطبيعة الحال كل واحد منا يعرف أنه يستطيع أن يتحمل أكثر برودة. ومن ثم قررنا أن نفتح النافذة تمامًا. لم تكن هناك حرارة تأتي أو أي شيء وكانت درجة الحرارة في الخارج سبع عشرة درجة تحت الصفر. أتذكر أنني وضعت على رأسي قبعة من تلك القبعات الصوفية الضيقة وارتديت بيجامتين وروبًا وزوجين من الجوارب. وأعتقد أن كل شخص آخر فعل الشيء نفسه. لكن حين استيقظنا في الصباح، كان كل شيء، كل الزجاج وكل شيء آخر في تلك الغرفة متجمدًا. وأي جدار يلمسه المرء كان من الممكن أن يلتصق به، كان متجمدًا تمامًا. استغرق الأمر منا أربعة أيام لإذابة ما تجمد في غرفة النوم تلك وفي تدفئتها. أعني أن هذا هو نوع الحماقة التي قد يفعلها المرء، كما تعلمين. وأحيانًا ينظر إليّ شخص ما ويرى ابتسامة على وجهي، ويعتقد أن الرجل مجنون، إنه يتصدع في النهاية. لكن هذه ليست إلا حادثة أفكر فيها وقد استمتعت بها. الآن، وقد سألتني أمس عن الشيء الرئيسي الذي يمكن أن يفعله الأطباء والمرضات لمساعدة المريض. إن هذا يعتمد إلى حد كبير على المريض. يعتمد الأمر إلى حد كبير على مدى اعتلال المريض. إذا كان المرء معتلاً حقًا، فإنه لا يريد أن يزعجه أحد على الإطلاق. قد

يرغب المرء فقط في أن يستلقي هناك ولا يريد من أحد أن يقترب منه بشكل أحرق أو يقيس له ضغط الدم أو درجة الحرارة. أعني، يبدو أنه في كل مرة يسترخي فيها المرء يكون على شخص ما أن يفعل شيئًا معه. أعتقد أن الأطباء والمرضات يجب أن يزعجوا المرء بأقل قدر ممكن. لأنه في اللحظة التي يشعر فيها المرء بالتحسن، سوف يرفع رأسه ويهتم ببعض الأمور. وهذا هو الوقت المناسب لهم ليأتوا ويبدأوا تدريجيًا في تشجيع المرء وإقناعه بلطف.

الدكتورة: لكن يا مستر جي، حين يُترك المرضى المعتلين بشدة وحدهم، ألا يكونوا أكثر بؤسًا وأكثر خوفًا؟

المريض: لا أعتقد ذلك. لا يتعلق الأمر بتركهم وشأنهم، ولا أقصد عزل هؤلاء الأشخاص أو أي شيء من هذا القبيل. أعني أن المرء يكون هناك في الغرفة ويكون مستريحًا بشكل جيد ويكون هناك شخص ما ينفخ وسائده، إنه لا يريد أن تكون الوسائد ممتلئة. إن رأسه مستريح بشكل رائع. إنهم جميعًا يقصدون القيام بعمل جيد، لذا على المرء أن يتماشى معهم. ثم يأتي شخص آخر ويقول «هل تريد كوبًا من الماء؟» لماذا حقًا، إذا كان المرء يريد كوبًا من الماء، فإنه يستطيع أن يطلبه، لكنهم سوف يصبون له كوبًا من الماء. إنهم يفعلون ذلك بدافع اللطف المطلق، في محاولة لجعل المرء أكثر راحة. بينما في ظل ظروف معينة، إذا تجاهله الجميع - فقط في الوقت الحالي، فسوف يشعر بتحسن كبير.

الدكتورة: هل تود أن تترك وشأنك الآن أيضًا؟

المريض: لا، ليس كثيرًا جدًا، في الأسبوع الماضي كنت أود....

الدكتورة: أعني الآن، الآن خلال هذه المقابلة. هل هذه المقابلة تعبك أيضًا؟

المريض: أوه، أقول متعبًا، أعني أنه ليس لدي ما أفعله سوى النزول إلى هناك والراحة على أي حال. لكن آه، لا أرى فائدة كبيرة في هذا الأمر لفترة أطول لأن المرء يشعر بعد فترة بأنه يكرر ما يقوله.

الدكتورة: كنت تشعر ببعض القلق بشأن ذلك أمس.

المريض: نعم، حسنًا، كان لدي سبب يدعوني للقلق لأنه قبل أسبوع، لو رأيتني، لما كنت لتفكري في إجراء مقابلة معي لأنني كنت لا أكمل الجملة، كنت أعبر عن نصف الفكرة. لم أكن لأعرف اسمي. لكن آه، لقد قطعت شوطاً طويلاً منذ ذلك الحين.

القيسيس: ما شعورك حيال ما حدث في هذا الأسبوع الأخير؟ هل هذا أمر آخر يتعلق بمكافأتك؟

المريض: حسنًا، أتطلع إلى حدوث ذلك على هذا النحو، إن هذا الأمر يتحرك في دورات، كما تعلم مثل عجلة كبيرة. إنه ينتقل ومع الدواء الجديد الذي جربوه عليّ، أتطلع إلى بعض التخفيف من هذه المشاعر المختلفة. إما أن أتوقع أن أشعر أنني في حالة جيدة أو أشعر بأنني في حالة سيئة في البداية. لقد مررت بالفترة السيئة والآن سوف أحصل على فترة جيدة وسوف أشعر بأنني في حالة جيدة جدًا لأن الأمر يحدث على هذا النحو. حتى لو لم أتناول أي نوع من الأدوية، إذا تركت الأمور تسير فقط.

الدكتورة: إذن أنت تدخل دورتك الجيدة الآن، أليس كذلك؟

المريض: أعتقد ذلك.

الدكتورة: أعتقد أننا سوف نعيدك إلى غرفتك الآن.

المريض: أقدر ذلك.

الدكتورة: شكرًا لك، يا مستر جي، شكرًا على حضورك.

المريض: أقدر ما قمتم به وقد أسعدني.

مستر جي ل، الذي جعله مرضه ومعاناته على مدى عشرين عامًا فيلسوفًا إلى

حدا، يظهر العديد من علامات الغضب المقنَّع. ما يقوله حقًا في هذه المقابلة هو: «لقد كنت جيدًا، لماذا أنا؟» يصف مدى صلابته وقوته في سنوات شبابه، وكيف تحمل البرد والمشقة؛ كيف اعتنى بأبنائه وعائلته، وكيف عمل بجد ولم يسمح للرجال الأشرار بإغرائه. بعد كل هذا النضال، كبر أبنائه وكان يأمل في أن يقضي بضع سنوات جيدة، أن يسافر، أن يأخذ إجازة، وأن يتمتع بثمار عمله. إنه يعلم إلى حد ما أن هذه الآمال تذهب سدى. ويتطلب الأمر كل طاقته الآن ليبقى عاقلًا، ويقاوم الحكمة، والشعور بعدم الراحة، والألم، الذي يصفه بشكل كافٍ.

إنه ينظر إلى الوراء في هذه المعركة، ويستبعد خطوة بخطوة الاعتبارات التي تخطر على باله. إن الانتحار «مستبعد»، والتقاعد الممتع غير وارد أيضًا. يتقلص مجال إمكانياته مع تفاقم المرض. أصبحت توقعاته ومتطلباته أصغر وقد قبل أخيرًا حقيقة أنه يجب أن يعيش من تحسن إلى التحسن التالي. وحين يشعر بالضيق الشديد، يريد أن يترك بمفرده للانسحاب ومحاولة النوم. وحين يشعر بتحسن، سوف يجعل الناس يعرفون أنه على استعداد للتواصل مرة أخرى ويصبح اجتماعيًا أكثر. تعني عبارة «يجب أن تكون محظوظًا» أنه يحافظ على الأمل في وجود تحسن آخر. كما أنه يأمل في العثور على علاج، وبعض الأدوية الجديدة التي يتم تطويرها في الوقت المناسب لتخفيف المعاناة عنه.

لقد حافظ على هذا الأمل حتى اليوم الأخير.

IX

عائلة المريض

عاد الأب من طقوس الجنازة.

وقف ابنه البالغ من العمر سبعة أعوام عند النافذة، وعيناه مفتوحتان تمامًا، وتميمة ذهبية تتدلى من رقبتة، وذهنه ممتلئ بأفكار صعبة للغاية بالنسبة لعمره.

أخذه والده بين ذراعيه وسأله الصبي: أين أمي؟

أجاب أبوه: «في الجنة»، مشيرًا إلى السماء.

رفع الصبي عينيه إلى السماء وحدث في صمت طويل. أرسل عقله الحائر في الليل السؤال، «أين السماء؟»

لم تأت إجابة: وبدت النجوم مثل الدموع الحارقة لعتمة الجهل.

طاغور، من الهارب، الجزء الثاني، 21

التغيرات في المنزل وتأثيراتها على الأسرة

لا يمكن أن يساعد المريض المصاب بمرض ميؤوس من شفائه بطريقة مفيدة حقًا إذا لم يشمل الأمر أفراد أسرته. إنهم يلعبون دورًا مهمًا خلال فترة المرض وسوف تساهم ردود أفعالهم إلى حد كبير في استجابة المريض لمرضه. قد يؤدي المرض الخطير ودخول الزوج إلى المستشفى، على سبيل المثال، إلى إحداث

تغييرات ذات صلة في الأسرة، تغييرات ينبغي على الزوجة أن تعتاد عليها. قد تشعر بالتهديد بسبب فقدان الأمن وانتهاء اعتمادها على زوجها. وسوف يكون عليها القيام بعدد كبير من الأعمال المنزلية التي كان الزوج يقوم بها من قبل وسوف يكون عليها تعديل جدولها الزمني وفقاً للطلبات الجديدة والغريبة والمتزايدة. وقد تضطر فجأة إلى الانخراط في الأمور التجارية والشؤون المالية للأسرة، وهو ما كانت تتجنبه في السابق.

إذا كانت هناك زيارات إلى المستشفى، فقد يكون عليها إجراء الترتيبات اللازمة للانتقال ولجلسات الأطفال في أثناء غيابها. قد تكون هناك تغييرات طفيفة أو دراماتيكية في الأسرة والجو في المنزل، وسوف يتفاعل معها الأطفال أيضاً، مما يزيد من العبء الواقع على كاهل الأم وزيادة مسؤوليتها. وسوف تواجه فجأة بحقيقة أنها - على الأقل مؤقتاً - والدة وحيدة.

مع قلق الزوجة ومخاوفها بشأن زوجها، يأتي العمل الإضافي والمسؤولية أيضاً - في كثير من الأحيان - مع زيادة الشعور بالوحدة والاستياء. وقد لا تكون المساعدة المتوقعة من الأقارب والأصدقاء وشبكة، أو قد تتخذ أشكالا محيرة وغير مقبولة بالنسبة للزوجة. قد تُرفض نصيحة الجيران لأنها قد تضيف العبء بدلاً من أن تخففه. ومن ناحية أخرى، يمكن تقدير الجار المتفهم الذي لا يأتي «لكي يسمع آخر الأخبار» ولكنه يأتي ليخفف عن الأم بعض مهامها أو يقوم بطهو وجبة عرضية أو يصطحب الأطفال إلى مسرحية. وقد تم تقديم مثال على ذلك في المقابلة مع مسز إس S. مكتبة سُر من قرأ

وقد يكون إحساس الزوج بالخسارة أكبر، لأنه قد يكون أقل مرونة أو على الأقل أقل اعتياداً على الاهتمام بنفسه بأمور الأطفال والمدرسة وأنشطة ما بعد المدرسة والوجبات والملابس. قد يظهر هذا الإحساس بالفقد بمجرد أن تصبح الزوجة طريحة الفراش أو غير قادرة على أداء مهامها. قد يكون هناك انعكاس في

الأدوار ويكون قبول الرجل له أكثر صعوبة من قبول المرأة له. بدلاً من أن يُخدَم، قد يُتوقع منه أن يُخدِم. وبدلاً من أن يحصل على قسط من الراحة بعد يوم طويل من العمل، قد يشاهد زوجته تجلس على أريكته تشاهد التلفزيون. بوعي أو بدون وعي، قد يستاء من هذه التغييرات، بغض النظر عن مدى فهمه للأساس المنطقي الكامن وراءها. «لماذا كان عليها أن تسبب لي مشكلة، وقد بدأت للتو هذا المشروع الجديد؟» هذا ما قاله أحد الرجال. وهو رد فعل متكرر ومفهوم، حين ننظر إليه من وجهة نظر اللاوعي. إنه يتفاعل مع زوجته كما يتفاعل الطفل مع هجر الأم. وفي كثير من الأحيان نميل إلى تجاهل القدر الكبير من الطفل الذي لا يزال فينا جميعاً. يمكن مساعدة مثل هؤلاء الأزواج بشكل كبير من خلال منحهم فرصة للتنفيس عن مشاعرهم، على سبيل المثال، من خلال العثور على يد المساعدة لأمسية في الأسبوع يمكن خلالها لعب البولنج ربها، والاستمتاع بنفسه بدون أن يشعر بالذنب وعن طريق بعض التنفيس الذي يمكن بالكاد أن يخفف عنه في منزل فيه شخص مريض جداً.

أعتقد أنه من القسوة توقع الوجود المستمر لأي فرد من أفراد الأسرة. مثلما يكون علينا أن نأخذ الشهيق ونخرج الزفير، ينبغي على الناس «إعادة شحن بطارياتهم» خارج غرفة المريض في بعض الأحيان، وأن يمارسوا حياة طبيعية من وقت لآخر؛ لا يمكن أن نعمل بكفاءة في ظل الإدراك المستمر لوجود المرض. لقد سمعت عدد كبيراً من الأقارب يشكون من أن أفراد الأسرة ذهبوا في رحلات ترفيهية خلال عطلة نهاية الأسبوع أو استمروا في الذهاب إلى المسرح أو السينما. وألقوا باللوم عليهم للاستمتاع بالأشياء بينما كان شخص ما في المنزل مريضاً بمرض ميؤوس من شفائه. وأعتقد أنه من المفيد أكثر للمريض وأفراد عائلته أن يروا أن المرض لا يعطل الأسرة تماماً أو يحرم جميع أفرادها تماماً من أي أنشطة ممتعة؛ وبدلاً من ذلك، قد يسمح المرض بأن بتكيف وتغير تدريجي مع الوضع الذي سوف يكون عليه البيت حين لا يكون المريض موجوداً على قيد الحياة. مثلما

لا يمكن للمريض الميؤوس من شفائه أن يواجه الموت طول الوقت، لا يستطيع أحد أفراد الأسرة ولا ينبغي عليه استبعاد جميع التفاعلات الأخرى من أجل التواجد مع المريض طول الوقت. إنه أيضًا يحتاج إلى أن ينكر الحقائق المحزنة أو إلى أن يتجنبها في بعض الأحيان من أجل مواجهتها بشكل أفضل حين يكون وجوده ضروريًا حقًا.

سوف تتغير احتياجات الأسرة من بداية المرض وتستمر في أشكال عديدة حتى فترة طويلة بعد حدوث الوفاة. ولهذا السبب يجب على أفراد الأسرة التعامل مع طاقاتهم بشكل اقتصادي وعدم بذل جهودهم لدرجة أن ينهاروا حين يكونون في أمس الحاجة إليها. يمكن للمساعد الفاهم أن يساهم كثيرًا في مساعدتهم على الحفاظ على توازن سليم بين خدمة المريض واحترام احتياجاتهم الخاصة.

مشاكل التواصل:

في كثير من الأحيان يتم إخبار الزوجة أو الزوج بخطورة المرض. وفي كثير من الأحيان يُترك له، أو لها، القرار بشأن أن يخبر المريض، أو القرار بمقدار ما يجب أن ينقله إليه أو إلى أفراد آخرين من العائلة. وفي كثير من الأحيان يُترك لهما موعد إبلاغ الأطفال وكيفية إبلاغهم، وربما تكون المهمة الأكثر صعوبة، خاصة إذا كان الأطفال صغارًا.

في أثناء هذه الأيام أو الأسابيع الحاسمة، يعتمد الأمر إلى حد كبير على بنية العائلة المعنية وعلى وحدتها، وعلى قدرة أفرادها على التواصل، وعلى توافر أصدقاء مهمين بالنسبة لأفراد العائلة. يمكن أن يقدم الشخص الخارجي المحايد، الذي يكون هو نفسه غير متورط نفسيًا، مساعدة كبيرة في الاستماع إلى اهتمامات أفراد الأسرة ورغباتهم واحتياجاتهم. يمكنه أو يمكنها تقديم المشورة في الأمور القانونية، والمساعدة في إعداد الوصية الأخيرة، والترتيب لرعاية - مؤقتة أو دائمة - للأطفال الذين تركوا بدون والد. وبصرف النظر عن هذه الأمور العملية،

تحتاج الأسرة في كثير من الأحيان إلى وسيط، كما هو موضح في المقابلة مع مستر أنش - H (في الفصل السادس).

تنتهي مشاكل المريض المحتضر، لكن مشاكل الأسرة تستمر. يمكن تقليل عدد كبير من هذه المشاكل بمناقشتها قبل وفاة أحد أفراد الأسرة. لكن الاتجاه، للأسف، هو إخفاء المشاعر عن المريض، ومحاولة الحفاظ على وجه مبتسم وواجهة من البهجة الخيالية التي لا بد أن تنهار عاجلاً أم آجلاً. لقد أجرينا مقابلة مع زوج مصاب بمرض ميؤوس من شفائه قال، «أعلم أنه لم يعد يتبقى لي إلا فترة قصيرة على قيد الحياة، لكن لا تخبري زوجتي، إنها لا تستطيع أن تتحمل الخبر.» وحين تحدثنا إلى الزوجة الزائرة في لقاء غير رسمي، تطوعت بالنطق بالكلمات نفسها تقريباً. كانت تعرف وكان يعرف، لكن لم يكن لدى أي منهما الشجاعة على أن يطلع الآخر على ما يعرفه - وكان هذا بعد ثلاثين عامًا من الزواج! إن القسيس الشاب هو الذي كان قادرًا على تشجيعهما على أن يطلع كل منهما الآخر على ما يعرفه، بينما بقي في الغرفة بناءً على طلب المريض. وقد شعر كل منهما بالارتياح الشديد لأنهما لم يعودا مضطربين إلى أن يلعبا لعبة مخادعة وشرعا في اتخاذ الترتيبات التي لم يتمكن أي منهما بمفرده من القيام بها. وفي وقت لاحق، تمكنا من أن يبتسما بشأن «لعبتهما الطفولية»، كما أطلقا عليها بنفسيهما، وكانا يتساءلان من يعرف أولاً وإلى متى سوف يستغرق الأمر بدون الحصول على مساعدة من الخارج.

واعتقد أنه يمكن للشخص المحتضر أن يقدم مساعدة كبيرة لأقاربه في مساعدتهم على مواجهة وفاته. ويمكنه القيام بذلك بطرق مختلفة. وإحدى هذه الطرق هي أن يعرب لأفراد الأسرة عن بعض أفكاره ومشاعره لمساعدتهم على أن يفعلوا الشيء نفسه. إذا كان قادرًا على أن يؤثر من خلال أساه وأن يظهر لأفراد عائلته أنه مثال لكيف يمكن للمرء أن يموت برباطة جأش، فسوف يتذكرون قوته ويتحملون حزنهم بقدر أكبر من الكرامة.

ربما يكون الشعور بالذنب هو أكثر ما يرافق الموت إيلاًماً. حين يتم تشخيص مرض ما على أنه مرض قد يكون مميتاً، يسأل أفراد الأسرة أنفسهم غالباً ما إذا كان يجب إلقاء اللوم عليهم. «لو كنت فقط قد أرسلته إلى الطبيب في وقت سابق» أو «كان يجب أن ألاحظ التغيير في وقت سابق وأشجعه على طلب المساعدة»، إنها تصريحات متكرران تدلي بهما زوجات مرضى مصابين بأمراض ميؤوس من شفائها. وغني عن القول أن صديقاً للعائلة أو طبيباً للعائلة أو قسيساً يمكن أن يقدم مساعدة كبيرة لمثل هذه المرأة، من خلال إعفائها من لومها غير الواقعي وطمأنتها بأنها ربما فعلت كل شيء ممكن للحصول على المساعدة. ومع ذلك، لا أشعر أنه يكفي أن أقول: «لا تشعرى بالذنب، لأنك لست مذنبه». ومن خلال الاستماع إلى مثل هؤلاء الزوجات بعناية وانتباه، يمكن في معظم الأحيان أن نستنبط السبب الأكثر واقعية لشعورهن بالذنب. وفي كثير من الأحيان يشعر الأقارب بالذنب بسبب رغبات غاضبة حقيقية تجاه الشخص الميت. ومن منا لم يتمنّ، في حالة غضب، في بعض الأحيان أن يختفي أحد، أو يذهب بعيداً، أو حتى يجرؤ على أن يقول، «يسقط ميتاً»؟ الرجل في مقابلتنا في الفصل الثاني عشر مثال جيد على ذلك. كانت لديه أسباب وجيهة للغضب من زوجته التي هجرته لتعيش بدلاً من ذلك مع شقيقها، الذي كان يعتبره نازياً. تخلت عن مريضنا اليهودي وربت ابنه الوحيد على أنه مسيحي. ماتت بينما كان غائباً وألقى عليها المريض باللوم على ذلك أيضاً. لسوء الحظ، لم تكن هناك فرصة للتعبير عن كل هذا الغضب الذي لم يتم التخلص منه وكان الرجل يشعر بالحزن والذنب لدرجة أنه أصبح هو نفسه مريضاً تماماً.

تظهر نسبة عالية من الرجال الأرامل والنساء الأرامل في العيادات وعند الأطباء الخاصين وهم يعانون من أعراض جسدية نتيجة فشلهم في التغلب على أساهم وعلى شعورهم بالذنب. لو تم مساعدتهم قبل وفاة شريكهم على ردم الهوة بينهم وبين المحتضر، لكان قد تحقق الفوز بنصف المعركة. من المفهوم أن يتردد

الناس في التحدث بحرية عن الموت والاحتضار، خاصة إذا أصبح الموت فجأة شيئاً شخصياً يؤثر علينا، وقد اقترب بطريقة ما من عتبة بابنا. وقد وجد عدد قليل من الأشخاص الذين عانوا من أزمة الموت الوشيك أن التواصل صعب فقط في المرة الأولى لكنه يصبح أكثر بساطة مع الخبرة المكتسبة. وبدلاً من زيادة العزلة والغربة، يجد الزوجان أنها يتواصلان بحواس أكثر عمقاً وذات مغزى وقد يجدان تقارباً وفهماً لا يمكن تحقيقه إلا من خلال المعاناة.

مثال آخر على عدم التواصل بين المحتضر وأفراد الأسرة هو مثال مسز إف F.

كانت مسز إف-F امرأة زنجية تعاني من مرض ميؤوس من شفائه ومن وهن شديد، وكانت تستلقي في سريرها منذ أسابيع بلا حراك. وقد ذكرني النظر إلى جسدها ذي البشرة الداكنة في مفارش السرير البيضاء ذكرني بشكل مروع بجذور شجرة. بسبب مرضها المعوق، كان من الصعب تحديد الخطوط العريضة لجسدها أو ملامحها. وكانت ابنتها، التي كانت تعيش معها طول حياتها، تجلس بلا حراك وبلا صوت بجانب والدتها. وكان طاقم التمريض هو من طلب منا أن نقدم المساعدة، ليس للمريض ولكن للابنة، التي كن قلقات عليها بحق. لقد شاهدن كيف كانت تقضي ساعات أكثر كل أسبوع بجانب سرير والدتها. كانت قد توقفت عن العمل وكانت عملياً تمضي النهار والليل في صمت مع والدتها التي تحتضر. ربما كان من الممكن أن يكون قلق الممرضات بدرجة أقل لو لم يشعرن بالانقسام الغريب بين الوجود المتزايد باستمرار والانعدام التام للتواصل. وكانت المريضة قد أصيبت بسكتة دماغية مؤخراً وكانت غير قادرة على الكلام؛ وكانت أيضاً غير قادرة على تحريك أي طرف من أطرافها، وكان من المفترض أن عقلها لم يعد يعمل. كانت الابنة تجلس هناك في صمت، ولم تكن تنطق بكلمة واحدة للأم، ولم تعطها قط أي إيلاء لفظية أو غير لفظية تعبر عن الرعاية أو المودة باستثناء حضورها الصامت.

دخلنا الغرفة لنطلب من الابنة، التي كانت في أواخر الثلاثينيات من عمرها وعازبة، أن تأتي وتنضم إلينا لإجراء مناقشة موجزة. ما كنا نأمل في تحقيقه هو أن نفهم بشكل ما معنى وجودها المتزايد، وكان يعني أيضًا زيادة الانفصال عن العالم الخارجي. كانت الممرضات قلقات بشأن رد فعلها بعد وفاة والدتها، لكنهن وجدنها تفتقر إلى القدرة على التواصل بقدر ما تفتقر إليها والدتها، وإن كانت الأسباب مختلفة. لا أعرف ما الذي جعلني ألتفت إلى الأم قبل أن أغادر الغرفة مع الابنة. ربما شعرت بأنني أحرمها من زائرتها. ربما كانت مجرد عادة قديمة من عاداتي تتمثل في أن أطلع مرضاي على ما يجري. أخبرتها أنني كنت آخذ ابنتها بعيدًا لأننا كنا قلقين بشأن سلامتها بمجرد أن تكون بمفردها. نظرت المريضة إليّ وفهمتُ شيئًا. الدرس الأول، أنها كانت تدرك تمامًا ما كان يحدث في بيتها، على الرغم من عدم قدرتها الظاهرة على التواصل؛ الدرس الثاني، وهو درس لا يُنسى، أنه لا ينبغي علينا أبدًا أن نصنف أي شخص على أنه حامل حتى لو بدا أنه لا يتفاعل مع عدد كبير من المحفزات.

تحدثنا مطولًا مع الابنة التي تخلت عن وظيفتها ومعارفها القليلة وشقتها تقريبًا لقضاء أكبر وقت ممكن مع والدتها التي تحتضر. لم تكن تفكر فيما قد يحدث لو ماتت أمها. شعرت بأنها مضطرة إلى البقاء في غرفة المستشفى ليلاً ونهارًا تقريبًا، وفي الواقع لم تكن تنام سوى ثلاث ساعات تقريبًا في الليلة خلال الأسبوعين السابقين. بدأت تتساءل عما إذا كانت تتعب نفسها بشدة لتمنع نفسها من التفكير. وكانت تخاف من فكرة مغادرة الغرفة خوفًا من احتمال أن تموت والدتها. لم تتحدث قط مع والدتها عن هذه الأشياء، على الرغم من أن الأم كانت مريضة منذ فترة طويلة وقادرة على التحدث حتى وقت قريب. في نهاية المقابلة، كانت الابنة قادرة على التعبير عن بعض الشعور بالذنب، والتناقض، والاستياء - سواء لأنها عاشت حياة منعزلة أو ربما أكثر لأنها مهملة. شجعناها على التعبير عن مشاعرها في كثير من الأحيان، والعودة إلى وظيفة بدوام جزئي من أجل

الانخراط في بعض العلاقات والمهام خارج غرفة المرض، وأخبرناها بأنها يمكن أن تتصل بنا إذا احتاجت إلى شخص ما للتحدث معه.

بعد عودتي معها إلى غرفة المريضة، أبلغت المريضة مرة أخرى بمناقشتنا. وقد طلبتُ منها موافقتها على ألا تأتي ابنتها إلا لجزء من اليوم لزيارتها. نظرت إلينا في أعيننا تمامًا، وتنهدت، ثم أغمضت عينها مرة أخرى. أعربت ممرضة شهدت هذا اللقاء عن دهشتها من ردود الفعل الكثيرة. وكانت ممتنة لهذه الملاحظة لأن أفراد طاقم التمريض قد ارتبطن تمامًا بالمريضة وشعرن ببعض الانزعاج من آلام الابنة الهادئة وعدم قدرتها على التعبير عن نفسها. عثرت الابنة على وظيفة بدوام جزئي وأطلعت والدتها - مما أسعد طاقم المستشفى - على هذا الخبر. كانت زيارتها بعد ذلك مليئة بقدر أقل من التناقض، ومشاعر أقل بالالتزام والاستياء، وبالتالي أكثر جدوى. كما استأنفت الابنة التواصل مع أشخاص آخرين داخل جدران المستشفى وخارجها وتعرفت على بعض المعارف الجدد قبل موت والدتها، وقد جاء بسلام بعد أيام قليلة.

كان مستر واي- Y رجلاً آخر سوف نظل نتذكره دائمًا، لأنه عبّر لنا عن ألم رجل عجوز وعن يأسه ووحدته بعد فقد زوجته بعد عدة عقود من الزواج السعيد.

كان مستر واي- Y مزارعًا عجوزًا، هزيلًا نوعًا ما، «يحتمل العوامل الجوية» لم تطأ قدمه مدينة كبيرة. لقد حرث أرضه، وولّد عددًا كبيرًا من العجول، وربى أبناءه الذين كانوا يعيشون جميعًا في زوايا مختلفة من الريف. وكان يعيش هو وزوجته بمفردهما طوال السنوات الكثيرة الماضية وكانا، كما قال، «معتادين على بعضهما البعض». لا يمكن لأحدهما أن يتخيل العيش بدون الآخر.

في خريف عام 1967 أصيبت زوجته بمرض خطير ونصح الطبيب الرجل العجوز بطلب المساعدة في المدينة الكبيرة. كافح مستر واي لبعض الوقت، ولكن

حين أصبحت زوجته أضعف وأكثر نحافة، أخذها إلى «المستشفى الكبير»، حيث تم نقلها إلى وحدة العناية المركزة. كل من رأى مثل هذه الوحدة سوف يقدر اختلاف الحياة هناك مقارنة بغرفة للمرضى مرتجلة في منزل ريفي. كل الأسرة يشغلها مرضى في حالة حرجة، من الأطفال حديثي الولادة إلى كبار السن من الرجال الذين يحتضرون. وكل سرير محاط بأحدث المعدات التي شاهدها هذا المزارع على الإطلاق. تتلى الزجاجات من أعمدة على جانب السرير، وآلات الشفط تعمل، وشاشة المراقبة تعمل، وأعضاء طاقم المستشفى مشغولون باستمرار بإبقاء المعدات قيد التشغيل ومراقبة الإشارات المهمة. هناك الكثير من الأعمال الصاخبة، وجو من الاستعجال والقرارات الحاسمة، والناس يأتون ويذهبون، ولا مكان هناك لمزارع عجوز لم ير مدينة كبيرة من قبل.

أصر مستر واي- Y على أن يكون مع زوجته، لكن قيل له بحزم إنه سُمح له برؤيتها لمدة خمس دقائق فقط كل ساعة. وهكذا كان يقف هناك لمدة خمس دقائق كل ساعة، ينظر فقط إلى وجهها الأبيض، محاولاً أن يمسك يدها، ويتمتم ببضع كلمات يائسة - ليُقَال له بحزم وثبات «أرجوك ارحل، لقد انتهى الوقت المسموح لك به.»

رصد مستر واي- Y أحد طلابنا، وقد شعر أنه بدا يائساً بشكل فظيع وهو يمشي ذهاباً وإياباً في الردهة، وأنه روح ضالة في مستشفى كبير. وقد أحضره إلى السيمينار حيث أطلعنا على بعض آلامه، وشعر بالارتياح لوجود شخص ما يتحدث معه. كان قد استأجر غرفة في المنزل الدولي - International House، وهو منزل يمتلئ بشكل أساسي بالطلاب، وقد عاد عدد كبير منهم للتو إلى الفصل الدراسي الجديد. قيل له إنه ينبغي عليه أن يغادر بسرعة ليفسح المجال للطلاب الوافدين. لم يكن المكان بعيداً عن المستشفى، لكن الرجل العجوز قطع المسافة عشرات المرات. لم يكن هناك مكان له، ولم يكن هناك إنسان يتحدث معه، ولم يكن حتى يضمن وجود غرفة متاحة إذا عاشت زوجته أكثر من بضعة

أيام. ثم كان هناك إدراك مزعج بأنه قد يفقدها بالفعل، وأنه قد يضطر إلى أن يعود بدونها.

حين استمعنا إليه، كان قد انتابته حالة من الغضب بشكل متزايد من المستشفى كان غاضبًا من المرضات لأنهن قساة لدرجة أنهن لم يكنَّ يسمحن له إلا بخمس دقائق فقط كل ساعة. وقد شعر بأنهن يزعجنه حتى خلال تلك اللحظات القصيرة جدًا. هل كانت هذه هي الطريقة التي يودع بها زوجته التي عاش معها خمسين عامًا تقريبًا؟ كيف توضح لرجل كبير السن أن وحدة العناية المركزة تدار بهذه الطريقة، وأن هناك قواعد وقوانين إدارية تنظم ساعات الزيارة وأنه لا يمكن تحمل عدد كبير جدًا من الزوار في مثل هذه الوحدة - إن لم يكن من أجل المرضى، فربما من أجل المعدات الحساسة؟ ولم يكن من المفيد بالتأكيد أن تقول له: «حسنًا، لقد أحببت زوجتك وعشت معها في المزرعة لسنوات عديدة، فلماذا لم تتركها تموت هناك؟» ربما كان يجب بأنه هو وزوجته كيان واحد، مثل شجرة وجذورها، ولا يمكن لأحد منهما أن يعيش بدون الآخر. وكان المستشفى الكبير يحمل وعدًا بتمديد حياتها، وكان الرجل العجوز من المزرعة على استعداد للمغامرة في مثل هذا المكان للحصول على لمحة من الأمل قُدِّمَتْ له.

لم يكن هناك الكثير مما يمكن أن نفعله من أجله سوى مساعدته في العثور على أماكن معيشية أكثر أمانًا في حدود إمكانياته المالية، وإبلاغ أبنائه بوحدته والحاجة إلى وجودهم. تحدثنا أيضًا إلى طاقم التمريض. لم ننجح في الحصول على حقوق زيارة أطول ولكننا نجحنا على الأقل في جعله يشعر بمزيد من الترحيب في الفترات القصيرة التي كان يُسَمَح له فيها بالبقاء مع زوجته.

وغني عن القول أن مثل هذه الحوادث تحدث كل يوم في كل مستشفى كبير. وبالتالي يجب اتخاذ الترتيبات بشكل متزايد لتسهيل أماكن الإقامة لأفراد أسر المرضى في وحدات العلاج من هذا النوع. يجب أن تكون هناك غرف مجاورة

بعيثة يمكن للأقارب الجلوس والراحة وتناول الطعام، حيث يمكنهم مشاركة الوحدة وربما تعزية بعضهم البعض خلال فترات الانتظار التي لا تنتهي. يجب أن يكون الأخصائيون الاجتماعيون أو القساوسة متاحين للأقارب، مع إتاحة الوقت الكافي لكل واحد منهم، ويجب أن يكون الأطباء والمرضات زوارًا متكررين في هذه الغرف حتى يكونوا متاحين للأسئلة والتعبير عن المخاوف. والحال الآن، يُترك الأقارب في كثير من الأحيان بمفردهم تمامًا. إنهم يقضون ساعاتهم في الانتظار في الممرات أو الكافيتريا أو حول المستشفى، وهم يمشون بلا هدف ذهابًا وإيابًا. وقد يقومون ببعض المحاولات المضنية لرؤية الطبيب أو التحدث إلى ممرضة، وغالبًا ما يتم إخبارهم بأن الطبيب مشغول في غرفة العمليات أو في مكان آخر. ونظرًا لوجود عدد متزايد من الموظفين المسؤولين عن رعاية كل مريض، فلا أحد يعرف المريض جيدًا ولا يعرف المريض اسم طبيبه. ويحدث كثيرًا أن يتم إرسال الأقارب من شخص إلى آخر وينتهي بهم الأمر في النهاية في مكتب القسيس، ولا يتوقعون إجابات كثيرة فيما يتعلق بالمريض ولكنهم يأملون في العثور على بعض العزاء والفهم لمعاناتهم.

قد يكون بعض الأقارب أكثر فائدة للمريض وطاقم المستشفى لو كانت زيارتهم للمريض بوتيرة أقل ولوقت أقصر. أتذكر أمًا لم تسمح لأي شخص برعاية ابنها البالغ من العمر 22 عامًا وكانت تعامله مثل طفل رضيع. وعلى الرغم من أن الشاب كان قادرًا تمامًا على الاهتمام باحتياجاته الخاصة، إلا أنها كانت تحمّيه، وتصر على أن تنظف له أسنانه بالفرشاة، وكانت حتى تنظفه بعد التبرز. وكان المريض يتوتر ويغضب كلما كانت بالقرب منه. وكانت الممرضات يفزعن منها لها ويكرهنها بشكل متزايد. وقد حاولت الأخصائية الاجتماعية بلا جدوى أن تتحدث مع الأم، لكنها كانت ترفض الاستماع إليها وتتفوه ببعض الملاحظات غير اللطيفة.

ما الذي يجعل الأم شخصية شديدة الاهتمام بهذه الطريقة العدائية؟ حاولنا أن

نفهمها وأن نجد الوسائل والطرق لنقلص من حضورها، وكان حضورها مزعجًا للمريض ولطاقم التمريض ويقلل من شأنهم. بعد مناقشة المشكلة مع طاقم التمريض، أدركنا أننا ربما نكون قد قمنا في الواقع بإسقاط رغباتنا الخاصة على المريض، وأنه - بعد التفكير في الأمر مرة أخرى - كان يساهم في الواقع في سلوك والدته إذا لم يكن يدعوها لممارسة هذا السلوك. كان من المتوقع أن يبقى في المستشفى لبضعة أسابيع من العلاج الإشعاعي؛ وقد يغادر المستشفى للعودة إلى البيت لقضاء بضعة أسابيع، وربما يُعاد حجزه في المستشفى مرة أخرى. هل قدمنا له خدمة بالتدخل في علاقته بوالدته مهما بدت غير صحية بالنسبة لنا؟ ألم نتصرف بشكل أساسي بدافع من غضبنا تجاه هذه الأم المفرطة في الاهتمام بابنها مما جعل الممرضات يشعرن بأنهن «أمهات غير صالحات» وبالتالي قمن بتحفيز فانتازيا الإنقاذ في أعماقنا؟ بعد أن تمكنا من الاعتراف بذلك، كان رد فعلنا أقل استياءً من الأم ولكننا عاملنا الشاب أيضًا على أنه شخص بالغ، وأبلغناه بأن الأمر متروك له لوضع حدود إذا رأى أن سلوك والدته يقلل من شأنه بشكل لا يحتمل.

لا أعرف ما إذا كان لهذا الكلام أي تأثير لأنه غادر المستشفى بعد ذلك بوقت قصير. ومع ذلك، أعتقد أنه مثال جدير بالذكر لأنه يشير إلى ضرورة عدم الانشغال بمشاعر المرء الخاصة بشأن ما هو جيد ومناسب بالنسبة لشخص معين. قد يتعلق الأمر بأن هذا الرجل لا يستطيع أن يتحمل مرضه إلا من خلال النكوص بشكل مؤقت إلى مستوى طفل صغير وأن الأم قد حصلت على بعض العزاء من حقيقة أنها تستطيع إشباع تلك الاحتياجات. لا أعتقد أن هذا كان صحيحًا تمامًا في هذه الحالة، حيث كان من الواضح أن المريض كان يغضب ويستاء حين تحضر والدته، لكنه قام أيضًا بمحاولات قليلة، إن وجدت، لإيقافها، على الرغم من أنه كان قادرًا تمامًا على وضع حدود مع الأعضاء الآخرين من الأسرة والعاملين في المستشفى.

المواجهة مع واقع وجود مرض ميؤوس من شفائه في الأسرة:

يخضع أفراد الأسرة لمراحل مختلفة من التكيف ماثلة لتلك المراحل التي وصفناها في حالة مرضانا. في البداية لا يستطيع عدد كبير منهم أن يصدقوا أن الأمر صحيح. قد ينكرون حقيقة وجود مثل هذا المرض في الأسرة أو "يواصلون التنقل" من طبيب إلى طبيب على أمل لا يتحقق في أن يسمعو أن هذا التشخيص كان تشخيصًا خاطئًا. قد يطلبون المساعدة والطمأنينة (بأن هذا كله غير صحيح) من العرافين والمعالجين بالدين. وقد يرتبون لرحلات باهظة الثمن إلى عيادات شهيرة وأطباء مشهورين ويواجهون الحقيقة تدريجيًا فقط وهي حقيقة قد تغير حياتهم تغييرًا جذريًا. ثم تخضع الأسرة لتغيرات معينة وتعتمد هذه التغيرات بشكل كبير على موقف المريض ووعيه وقدرته على التواصل. إذا كانوا يتمتعون بالقدرة على أن يفصحوا عن اهتماماتهم المشتركة، فيمكنهم الاهتمام بالأمر المهمة مبكرًا وتحت ضغط أقل من الوقت والانفعالات. وإذا حاول كل منهم إخفاء سر عن الآخرين، فسوف يبقى بينهم حاجز اصطناعي مما يجعل الوضع صعبًا أمام أي أسى تمهيدي بالنسبة للمريض أو أفراد أسرته. وسوف تكون النتيجة النهائية أكثر دراماتيكية من النتيجة في حالة أولئك الذين يمكنهم أن يتحدثوا ويكفوا معًا في بعض الأحيان.

مثلما يمر المريض بمرحلة من الغضب، سوف يواجه أفراد الأسرة المباشرة رد الفعل النفسي نفسه. سوف يغضبون بالتناوب من الطبيب الذي فحص المريض في البداية ولم يتوصل إلى التشخيص والطبيب الذي واجههم بالحقيقة المحزنة. قد يظهرون غضبهم على أفراد طاقم المستشفى الذين لا يهتمون قط بما يكفي، بغض النظر عن مدى كفاءة الرعاية التي يقدمونها في الواقع. وهناك قدر كبير من الحسد في رد الفعل من هذا النوع، حيث يشعر أفراد الأسرة غالبًا بأنهم خُدعوا لعدم تمكنهم من التواجد مع المريض والعناية به أو السماح لهم بذلك. ويكون هناك أيضًا الكثير من الشعور بالذنب والرغبة في تعويض الفرص السابقة الضائعة.

وكلما استطعنا مساعدة الأقارب على التعبير عن هذه الانفعالات قبل وفاة شخص محبوب، كان أفراد العائلة أكثر راحة.

حين يمكن التغلب على الغضب والاستياء والشعور بالذنب، يمر أفراد الأسرة بعد ذلك بمرحلة من الأسى التمهيدي، تمامًا كما يحدث مع الشخص المحتضر. وكلما زاد التعبير عن هذا الأسى قبل الموت، أصبح عدم احتمالته أقل بعد ذلك. وكثيرًا ما نسمع الأقارب يقولون بفخر عن أنفسهم إنهم حاولوا دائمًا الحفاظ على وجه مبتسم عند مواجهة المريض، إلى أن يأتي يوم ما لا يكون في قدرتهم بعد ذلك الاحتفاظ بهذه الواجهة الزائفة. وكلما أدركوا بشكل أقل أن التعامل مع الانفعالات الحقيقية من جانب أحد أفراد الأسرة أسهل بكثير من التعامل مع القناع الزائف الذي يمكن للمريض رؤيته على أي حال، وهو ما يعني بالنسبة له تمويًا بدلًا من المشاركة في موقف حزين.

إذا تمكن أفراد العائلة من التعبير عن هذه المشاعر معًا، فسوف يواجهون تدريجيًا حقيقة الانفصال الوشيك ويتقبلونها معًا. ربما يكون أكثر الأوقات المفجعة للعائلة هو المرحلة الأخيرة، حين يفصل المريض ببطء عن عالمه بما في ذلك أفراد عائلته. إنهم لا يفهمون أن الرجل المحتضر الذي وجد السلام والقبول في وفاته لا بد أن يفصل، خطوة بخطوة، عن بيئته، بما في ذلك أحب أحبائه. كيف يمكن أن يكون على استعداد للموت إذا استمر في التمسك بالعلاقات الهادفة التي ينخرط الإنسان في عدد كبير منها؟ حين يطلب المريض أن يزوره عدد قليل من الأصدقاء فقط، ثم أطفاله، وفي النهاية زوجته فقط، يجب أن نفهم أن هذه هي الطريقة التي يتبعها للانفصال التدريجي. وفي كثير من الأحيان يسيء أفراد الأسرة المباشرة تفسير هذا السلوك ويتعاملون معه على أنه رفض، وقد التقينا بالعديد من الأزواج والزوجات الذين تفاعلوا بشكل دراماتيكي مع هذا الانفصال الطبيعي والصحي. وأعتقد أننا يمكن أن نقدم لهم أفضل خدمة إذا ساعدناهم على فهم أن المرضى الذين عملوا بشكل مناسب خلال فترة

احتضارهم هم فقط القادرون على أن ينفصلوا ببطء وسلام بهذه الطريقة. ينبغي أن يكون ذلك مصدر عزاء لهم، وليس مصدر حزن واستياء. خلال هذا الوقت تحتاج الأسرة إلى أكبر قدر من الدعم، وربما يكون المريض أقلهم احتياجًا لمثل هذا الدعم. لا أقصد أن أشير بهذا إلى أنه ينبغي ترك المريض بمفرده. يجب أن نكون متاحين دائمًا، لكن المريض الذي وصل إلى هذه المرحلة من القبول والانفصال التدريجي عادة ما يتطلب القليل فيما يتعلق بالعلاقة مع الآخرين. إذا لم يتم شرح معنى هذا الانفصال للعائلة، يمكن أن تنشأ مشاكل كما هو موضح في حالة مسز دبليو W (الفصل السابع).

ربما يكون الموت الأكثر مأساوية - بالإضافة إلى موت الصغار جدًا - وفاة كبار السن جدًا حين ننظر إليها من وجهة نظر أفراد الأسرة. سواء عاش أبناء الأجيال المختلفة معًا أو عاشوا منفصلين، يكون لأبناء كل جيل الاحتياج والحق في أن يعيشوا حياتهم الخاصة، وأن يتمتعوا بخصوصياتهم الخاصة، وأن يتم تلبية احتياجاتهم الخاصة بما يتناسب مع جيلهم. وقد تجاوز كبار السن فائدتهم فيما يتعلق بنظامنا الاقتصادي واكتسبوا، من ناحية أخرى، الحق في أن يعيشوا حياتهم بكرامة وسلام. وطالما أنهم يتمتعون بصحة جيدة على مستوى الجسم والعقل ويدعمون أنفسهم، فقد يكون كل هذا ممكنًا تمامًا. وقد رأينا عددًا كبيرًا من كبار السن من الرجال والنساء، مع ذلك، وقد أصبحوا معاقين جسديًا أو نفسيًا ويحتاجون إلى مبلغ هائل من المال للحصول على إعالة كريمة على المستوى الذي يرغب أفراد أسرهم في تحقيقه لهم. وعندئذ، تواجه الأسرة في كثير من الأحيان قرارًا صعبًا، ألا وهو تعبئة جميع الأموال المتاحة، بما في ذلك القروض والمدخرات من أجل تقاعدهم، من أجل تحمل هذه الرعاية النهائية. ربما تكون مأساة هؤلاء الناس من كبار السن هي أن مبلغ المال والتضحيات المالية في كثير من الأحيان لا تنطوي على أي تحسين للحالة ولكنها ليست إلا بمثابة صيانة عند أدنى مستوى من الوجود. وفي حالة حدوث مضاعفات طبية، تكون النفقات متعددة وغالبًا ما

يتمنى أفراد الأسرة للمسن موتًا سريعًا وغير مؤلم، ولكنهم نادرًا ما يعبرون عن ذلك علانية. ومن الواضح أن مثل هذه الرغبات تجلب الشعور بالذنب.

أتذكر امرأة عجوزًا حجزت في المستشفى لعدة أسابيع وكانت حالتها تتطلب رعاية تمريضية مكثفة ومكلفة في مستشفى خاص. توقع الجميع أن تموت قريبًا، لكنها ظلت يومًا بعد يوم في حالة مستقرة بدون تغيير. كانت ابنتها ممزقة بين إرسالها إلى دار لرعاية المسنين أو إبقائها في المستشفى، حيث كانت تريد أن تبقى على ما يبدو. وكان صهرها غاضبًا منها لأنها استنفدت مدخرات حياتهم وقد خاص مناقشات لا نهاية لها مع زوجته، التي كانت تشعر بالذنب الشديد بدرجة تحول دون إخراج أمها من المستشفى. وحين زرت المرأة العجوز كانت تبدو خائفة ومرهقة. سألتها ببساطة عما كانت تخاف منه. نظرت إليّ وعبرت أخيرًا عما لم تكن قادرة على إيصاله من قبل، لأنها أدركت بنفسها كم كانت مخاوفها غير واقعية. كانت تخشى أن «تأكلها الديدان وهي حية». بينما كنت ألتقط أنفاسي وأحاول أن أفهم المعنى الحقيقي لهذه العبارة، صرخت ابنتها، «إذا كان هذا هو ما يمنعك من الموت، فيمكن أن نحرقك»، مما يعني بطبيعة الحال أن حرق الجثة سوف يمنعها من أي اتصال مع ديدان الأرض. كان كل غضبها المكبوت يكمن في هذا التصريح. جلست مع المرأة العجوز بمفردي لبعض الوقت. وتحدثنا معًا بهدوء عن أنواع الرهاب التي كانت تعاني منها طول الحياة وخوفها من الموت الذي ظهر في هذا الخوف من الديدان وكأنها قد تكون مدركة لما يحدث بعد وفاتها. شعرت براحة كبيرة لتعبيرها عن ذلك ولم تكن تحتاج سوى أن تفهم غضب ابنتها. لقد شجعتها على التعبير عن بعض هذه المشاعر مع ابنتها، حتى لا تضطر الأخيرة إلى الشعور بأنها سيئة للغاية بشأن انفجار غضبها.

حين التقيت بالابنة خارج الغرفة، أخبرتها عن تفهم والدتها، وفي النهاية اتفقتنا معًا على التحدث عن مخاوفهما، وانتهى بهما الأمر بترتيب الجنازة، بحرق الجثة. بدلًا من الجلوس بصمت في غضب، تواصلوا وواست كل منهما الأخرى. وقد

ماتت الأم في اليوم التالي. لو لم أكن قد رأيت النظرة الهادئة على وجهها في يومها الأخير، فربما كنت أقلق من أن اندلاع هذا الغضب ربما يكون هو الذي قتلها.

وهناك جانب آخر لا يؤخذ في الاعتبار في كثير من الأحيان وهو نوع المرض المميت الذي يعاني منه المريض. هناك توقعات معينة في حالة مرض السرطان، تمامًا كما توجد صور معينة مرتبطة بأمراض القلب. وفي كثير من الأحيان يُنظر إلى السرطان على أنه مرض يستمر لفترة طويلة، ويسبب الألم بينما يمكن لأمراض القلب أن تكتشف فجأة، وتكون غير مؤلمة ولكنها مميتة. وأعتقد أن هناك قدرًا كبيرًا من الاختلاف إذا مات أحد أفراد الأسرة ببطء مع توفر الكثير من الوقت للأسى التمهيدي على كلا الجانبين، مقارنةً بالمكاملة الهاتفية المخيفة، «لقد حدث الأمر، لقد انتهى كل شيء.» إن الحديث مع مريض السرطان عن الموت والاحتضار أسهل من الحديث عنهما مع مريض القلب، الذي يثير فينا القلق من أننا قد نسبب له الخوف ونستفز شريانه التاجي بقوة، أي موته. وبالتالي فإن أقارب مريض السرطان يكونون أكثر قابلية لمناقشة النهاية المتوقعة من عائلة شخص مصاب بمرض من أمراض القلب، حيث تأتي النهاية في أي لحظة وقد يؤدي النقاش إلى هذه النهاية، على الأقل في رأي عدد كبير من أفراد العائلات الذين تحدثنا معهم.

أتذكر والدة شاب في كولورادو⁽⁴⁸⁾ لم تسمح لابنها بأداء أي تمرين، ولا حتى أقل أنواع التمارين الرياضية، على الرغم من النصيحة المخالفة التي نصحه بها أطباؤه. في المحادثات، غالبًا ما تدلي هذه الأم بعبارات مثل «إذا مارس الكثير من التمارين فسوف يسقط مني ميتًا»، كما لو أنها كانت تتوقع عملاً عدائيًا من جانب ابنها يرتكب ضدها. كانت غير مدركة تمامًا لعدوانيتها الخاصة حتى بعد أن

(48) - كولورادو Colorado: ولاية أمريكية تشمل معظم جبال روكي الجنوبية والجزء الشمالي الشرقي من هضبة كولورادو والحافة الغربية من السهول الكبرى. وهي جزء من غرب الولايات المتحدة وجنوبها، ومن الولايات الجبلية (المترجم).

أفصحت لنا عن بعض من استيائها من أنها أنجبت «مثل هذا الابن الضعيف»، وهو أمر كانت تربطه في كثير من الأحيان بزوجها غير الفعال وغير الناجح. واستغرق الأمر عدة شهور من الاستماع إلى هذه الأم بعناية فائقة قبل أن تتمكن من التعبير عن بعض أمنياتها المدمرة تجاه ابنها. لقد بررت ذلك من خلال حقيقة أنه كان سبب حياتها الاجتماعية والمهنية المحدودة، مما جعلها غير فعالة كما كانت تعتبر زوجها غير فعال. وهذه مواقف عائلية معقدة، حيث يصبح فرد مريض من الأسرة أكثر عجزًا عن أداء وظائفه بسبب الصراعات بين الأقارب. وإذا تمكنا من أن نتعلم الرد على أفراد الأسرة هؤلاء بتعاطف وتفهم بدلًا من إصدار الأحكام عليهم وانتقادهم، فإننا نساعد المريض أيضًا على تحمل إعاقته بمزيد من السهولة والكرامة.

يوضح المثال التالي لمستري P الصعوبات التي يمكن أن تحدث للمريض حين يكون على استعداد للانفصال ولكن أفراد الأسرة يكونون غير قادرين على قبول الواقع، مما يساهم في صراعات داخل المريض. ويجب أن يكون هدفنا دائمًا مساعدة المريض وأفراد عائلته على مواجهة الأزمة معًا لتحقيق قبول هذا الواقع النهائي بشكل متزامن.

كان مستري P رجلًا في منتصف الخمسينيات من عمره وكان يبدو أكبر من عمره بحوالي خمسة عشر عامًا. وقد شعر الأطباء أنه لا توجد لديه سوى فرصة ضئيلة للاستجابة للعلاج، ويرجع ذلك جزئيًا إلى إصابته بحالة متقدمة من السرطان بالإضافة إلى حالة من الهزال الشديد، ولكن بشكل أساسي بسبب افتقاره إلى «الروح القتالية». تمت إزالة معدة مستري بسبب إصابته بالسرطان قبل خمس سنوات من حجزه في المستشفى. في البداية تقبل مرضه بشكل جيد وكان مفعمًا بالأمل. وحين أصبح أضعف وأكثر نحافة، عانى من الاكتئاب بشكل متزايد حتى وقت إعادة حجزه في المستشفى، حيث كشفت أشعة إكس على الصدر عن وجود أورام منتشرة في رئتيه. لم يكن قد تم إبلاغ المريض بنتيجة

فحص العينة حين رأيته. أثير سؤال حول إمكانية النصح بالتعرض للإشعاع أو لعملية جراحية بالنسبة لرجل في مثل حالته الضعيفة. جرت مقابلتنا في جلستين. كان الغرض من الزيارة الأولى أن أعرفه بنفسه وأخبره بأنني متواجدة إذا شعر بالرغبة في أن يتحدث عن خطورة مرضه والمشكلات التي قد يسببها ذلك. قاطعتنا مكالمة تليفونية وغادرت الغرفة وطلبت منه التفكير في الأمر. كما أبلغته عن موعد زيارتي القادمة.

حين رأيته في اليوم التالي، مد مستر بي ذراعه ترحيباً وأشار إلى الكرسي في دعوة للجلوس. وعلى الرغم من المقاطعة المتكررة من خلال تغيير زجاجات الحقن وتوزيع الأدوية والقياسات الروتينية للنبض وضغط الدم، جلسنا لأكثر من ساعة. شعر مستر بي بأنه سوف يسمح له «بالبوح بأسراره» كما وصف الأمر. لم يكن هناك دفاع، ولا مراوغة في حساباته. كان رجلاً يبدو أن ساعاته مهمة، ولم يكن لديه وقت ثمين ليضيعه، ويبدو أنه كان حريصاً على أن يعبر عن مخاوفه وأسفه مع شخص يمكن أن يستمع إليه.

في اليوم السابق، قال: «أريد أن أنام، أنام، أنام ولا أستيقظ». واليوم كرر الكلام نفسه لكنه أضاف كلمة «لكن». نظرت إليه بتساؤل وشرع في إخباري بصوت ضعيف أن زوجته قد جاءت لزيارته. كانت مقتنعة بأنه سوف يتحسن. وقد توقعت منه أن يعود إلى البيت ليعتني بالحديقة والأزهار. كما ذكّرته بوعدته بالتقاعد قريباً، ربما للانتقال إلى أريزونا، لقضاء بضع سنوات جيدة أخرى

تحدث بدفء وحنان شديد عن ابنته التي تبلغ من العمر 21 عامًا، وقد جاءت لزيارته في إجازة من الكلية، وصدّمت لرؤيته في هذه الحالة. لقد ذكر كل هذه الأشياء، كما لو كان ملاماً لأنه خيب آمال عائلته، لأنه لم يرق إلى مستوى توقعاتهم.

قلّْتُ له ذلك فأوماً برأسه. تحدث عن كل ما شعر به من ندم. أمضى السنوات

الأولى من زواجه في تجميع المتطلبات المادية لعائلته، محاولاً «جعل بيته بيتاً جيداً»، وبذلك قضى معظم وقته بعيداً عن البيت والعائلة. بعد الإصابة بالسرطان، وفر كل لحظة ليكون معهم، ولكن بحلول ذلك الوقت بدا أن الأوان قد فات. كانت ابنته بعيدة في المدرسة ولديها أصدقاء. وحين كانت صغيرة وتحتاج إليه وتريده، كان مشغولاً جداً في كسب الأموال.

وفي حديثه عن حالته الحالية قال: «النوم هو الراحة الوحيدة. كل لحظة من الاستيقاظ كرب، كرب محض. لا توجد راحة. أفكر بحسد في رجلين رأيتها يُعدمان. وقد جلستُ أمام الرجل الأول مباشرة. لم أشعر بشيء. الآن، على ما أعتقد، كان رجلاً محظوظاً. لقد استحق الموت. لم يكن يشعر بأي كرب، جاء الموت سريعاً وبدون ألم. وأنا هنا مستلقٍ على السرير، أعاني كل ساعة وكل يوم من الألم.»

لم يكن مستر بي P قلقاً بشدة بشأن الألم والانزعاج الجسدي بقدر ما كان يتعذب بسبب الأسف لعدم تمكنه من تلبية توقعات عائلته، لأنه «فاشل». لقد كان يتعذب بسبب حاجته الهائلة إلى «أن يترك وينام، ينام، ينام» والتدفق المستمر للتوقعات من بيئته. «تأتي الممرضات ويقلن إن عليّ أن أكل وإلا أصابني الضعف الشديد، يأتي الأطباء ويحدثونني عن العلاج الجديد الذي بدأوه، ويتوقعون مني أن أكون سعيداً بذلك؛ تأتي زوجتي وتخبرني عن العمل الذي من المفترض أن أقوم به حين أخرج من هنا، وتنظر ابنتي إليّ وتقول 'لا بدّ أن تتحسن' - كيف يمكن لرجل أن يموت بسلام بهذه الطريقة؟»

وابتسم للحظة قصيرة وقال: «سوف أتناول هذا العلاج وأعود إلى البيت مرة أخرى. سوف أعود إلى العمل في اليوم التالي وأكسب المزيد من المال. سوف يدفع التأمين الخاص بي تكاليف تعليم ابنتي على أي حال، لكنها لا تزال في حاجة إلى أب لبعض الوقت. لكنك تعلمين وأنا أعلم، أنني لا يمكن أن أفعل ذلك. ربما

يكون عليهم أن يتعلموا مواجهة الأمر. إن ذلك سوف يجعل الموت أسهل بكثير!»

أظهر مستر بي P وكذلك مسز دبليو W (في الفصل السابع) مدى صعوبة مواجهة المرضى للموت الوشيك والمتوقع حين لا يكون أفراد الأسرة على استعداد «للتخلي» عنهم وحين يمنعونهم ضمناً أو صراحة من أن ينفصلوا بأنفسهم عن الانشغال بما يحدث هنا على الأرض. وقف زوج مسز دبليو بجانب سريرها، مذكراً إياها بزواجهما السعيد الذي لا ينبغي أن ينتهي، وناشد الأطباء أن يفعلوا كل ما في وسعهم لمنعها من الاحتضار. وذكّرت زوجة مستر بي زوجها بالوعد التي لم يتم الوفاء بها والمهام التي لم يتم الوفاء بها، وبالتالي عبرت له عن الاحتياجات نفسها، وتحديداً أن يوجد بالقرب منها لعدة سنوات أخرى قادمة. لا أستطيع أن أقول إن الشريكين كليهما استخدمتا الإنكار. إنها كليهما يعرفان حقيقة حالة الزوجين. لكنهما كليهما، بسبب احتياجاتهما الخاصة، تجنبنا النظر إلى هذا الواقع. وقد كانا يواجهان الأمر عند التحدث مع أشخاص آخرين لكنهما كانا ينفيان ذلك أمام المريضين. وكان المريضان هما اللذان يحتاجان إلى أن يسمعا أنهما كانا أيضاً مدركين لخطورة حالتهما وكانا قادرين على قبول هذا الواقع. وبدون هذه المعرفة، تكون «كل لحظة من الاستيقاظ كرب محض»، على حد تعبير مستر بي. وقد انتهت مقابلتنا بالتعبير عن الأمل في أن يتعلم الأشخاص المهمون في بيئته مواجهة حقيقة موته بدلاً من التعبير عن الأمل في إطالة أمد حياته.

كان هذا الرجل على استعداد لفصل نفسه عن هذا العالم. وكان على استعداد للدخول إلى المرحلة النهائية حين تكون النهاية واعدة أكثر أو لم يتبق من القوة ما يكفي لأن يعيش. قد يجادل المرء فيما إذا كان الجهد الطبي الشامل مناسباً في مثل هذه الظروف. مع ما يكفي من الحقن ونقل الدم، والفيتامينات، والمنشطات، والأدوية المضادة للاكتئاب، بالإضافة إلى العلاج النفسي وعلاج الأعراض، يمكن أن يمنح العديد من هؤلاء المرضى «فرصة» إضافية «للبقاء على قيد الحياة». لقد سمعت

شئام للوقت المكتسب أكثر مما سمعت من كلمات التقدير له، وأكرر اقتناعي بأن للمريض الحق في أن يموت بسلام وكرامة. لا ينبغي استخدامه لتلبية احتياجاتنا حين تتعارض رغباته مع رغباتنا. وأنا أشير إلى المرضى الذين يعانون من مرض جسدي ولكنهم عاقلون وقادرون بما يكفي على اتخاذ القرارات بأنفسهم. يجب احترام رغباتهم وآرائهم، وينبغي الاستماع إليهم والتشاور معهم. وإذا كانت رغبات المريض تتعارض مع معتقداتنا أو قناعاتنا، فيجب علينا التعبير عن هذا التعارض علانية وترك القرارات للمريض فيما يتعلق بالتدخلات الطبية أو العلاجات الإضافية. في العديد من المرضى المصابين بأمراض مميتة، الذين قابلتهم حتى الآن، لم أر أي سلوك غير عقلائي أو طلبات غير مقبولة، وهذا يشمل المرأتين اللتين عانتا من أعراض الذهان، الموصوفتين من قبل، اللتين تابعتا علاجهما، إحداهما على الرغم من أنها تنكر مرضها إنكارًا شبه كامل.

الأسرة بعد حدوث الوفاة:

بمجرد وفاة المريض، أجد أن من القسوة ومن غير اللائق أن نتحدث عن محبة الرب. حين نفقد شخصًا ما، خاصةً حين لا يكون لدينا الوقت الكافي، إن وجد، لإعداد أنفسنا، نشعر بالسخط والغضب واليأس؛ يجب السماح لنا بالتعبير عن هذه المشاعر. وغالبًا ما يترك أفراد الأسرة بمفردهم بمجرد موافقتهم على تشريح الجثة. إنهم يشعرون بالمرارة أو الغضب أو الخدر، وهم يسرون في أروقة المستشفى، غير قادرين في كثير من الأحيان على مواجهة الحقيقة القاسية. قد تكون الأيام القليلة الأولى مليئة بالعمل المزدحم والترتيبات وزيارات الأقارب. ويبدأ الشعور بالخواء والفراغ بعد الجنازة، وبعد مغادرة الأقارب. يشعر أفراد الأسرة في هذا الوقت بالامتنان الشديد لوجود شخص ما للتحدث معه، خاصةً حين يكون شخصًا كان قد اتصل مؤخرًا بالمتوفى ويمكنه أن يطلعهم على بعض اللحظات الجيدة في نهاية حياة المتوفى. مما قد يساعد الأقارب على تحمل الصدمة والحزن الأولي ويهيئهم لقبول الأمر بالتدرج.

ينشغل عدد كبير من الأقارب بالذكريات ويستغرقون في التفكير في الفانتازيا، وغالبًا ما يتحدثون إلى المتوفى كما لو كان لا يزال على قيد الحياة. إنهم لا يعزلون أنفسهم عن الحياة فحسب، بل يجعلون مواجهة حقيقة موت الشخص أكثر صعوبة على أنفسهم. لكن بالنسبة للبعض، تكون هذه هي الطريقة الوحيدة للتعامل مع الخسارة، وقد يكون من القسوة بالفعل الاستهزاء بهم أو مواجهتهم يوميًا بالواقع غير المقبول بالنسبة لهم. وقد يكون من المفيد أكثر فهم هذه الحاجة ومساعدتهم على الانفصال عن حالتهم بإخراجهم من عزلتهم تدريجيًا. وقد رأيت هذا السلوك بشكل رئيسي في الأرملة الشابات اللاتي فقدن أزواجهن في سن مبكرة وكن غير مستعدات إلى حد ما. قد تتم مواجهتهن بشكل متكرر في أيام الحرب حيث تحدث وفاة شاب في مكان آخر، على الرغم من أنني أعتقد أن الحرب تجعل الأقارب دائميًا أكثر وعيًا بإمكانية عدم عودة الشخص. وبالتالي يكونون أكثر استعدادًا لهذه الوفاة من استعدادهم، على سبيل المثال، للموت غير المتوقع لشاب من خلال مرض يتفاقم بسرعة.

يجب ذكر كلمة أخيرة عن الأطفال. غالبًا ما يكونون منسيين. ليس لدرجة أن لا أحد يهتم؛ غالبًا ما يكون العكس صحيحًا. لكن القليل من الناس يشعرون بارتياح عند التحدث إلى طفل عن الموت. إن الأطفال الصغار لديهم مفاهيم مختلفة عن الموت، ولا بد من أخذها في الاعتبار من أجل التحدث معهم وفهم ما يعبرون عنه. حتى سن الثالثة، لا يهتم الطفل إلا بالانفصال، يليه الخوف من التشويه. في هذه السن يبدأ الطفل الصغير في التحرك، للقيام برحلاته الأولى «إلى العالم»، رحلات الرصيف بدراجة بثلاث عجلات. وفي هذه البيئة، قد يرى أول حيوان أليف محبوب تدهسه سيارة أو طائرًا جميلًا تمزقه قطة. وهذا ما يعنيه التشويه عنده، فهي السن التي يهتم فيها بسلامة جسده ويهدده كل ما يمكن أن يقضي عليه.

كما أن الموت، كما هو موضح في الفصل الأول، ليس حقيقة دائمة بالنسبة للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ثلاث سنوات وخمس سنوات. إنه مؤقت مثل

دفن زهرة بصيلة في التربة في الخريف لتظهر مرة أخرى في الربيع التالي.

بعد سن الخامسة، غالبًا ما يُنظر إلى الموت على أنه رجل، بعبع يأتي ليأخذ الناس بعيدًا؛ لا يزال ينسبه إلى تدخل خارجي.

في سن التاسعة إلى العاشرة، يبدأ المفهوم الواقعي في الظهور، أي الموت باعتباره عملية بيولوجية دائمة.

سوف يتفاعل الأطفال بشكل مختلف مع وفاة أحد الوالدين، من الانسحاب الصامت والعزلة إلى الحداد الصاحب الذي يجذب الانتباه وبالتالي استبدال كائن محبوب ومطلوب. ونظرًا لأن الأطفال لا يمكنهم حتى الآن التفريق بين الرغبة والفعل (كما هو موضح في الفصل الأول)، فقد يشعرون بقدر كبير من الندم والذنب. سوف يشعرون بالمسؤولية عن قتل الوالدين، وبالتالي يخشون من العقاب الشنيع في صورة انتقام. ومن ناحية أخرى، قد يتعاملون مع الانفصال بهدوء نسبي وينطقون بعبارات مثل «سوف تعود لقضاء عطلة الربيع» أو يخرجون لها تفاعلاً في السر - من أجل التأكد من أن لديها ما يكفي من الطعام لرحلة مؤقتة. إذا كان البالغون، الذين يشعرون بالضيق بالفعل خلال هذه الفترة، لا يفهمون مثل هؤلاء الأطفال ويوبخونهم أو يصححون لهم، فقد يحتفظ الأطفال بطريقتهم الخاصة في الأسى - التي تكون في كثير من الأحيان سببًا للاضطراب النفسي في وقت لاحق.

ومع ذلك، بالنسبة للمراهق، لا تختلف الأمور كثيرًا عن حالة البالغين. من الطبيعي أن تكون المراهقة في حد ذاتها وقتًا عصيبًا، وغالبًا ما يكون فقدان أحد الوالدين أكبر من أن يتحملة مثل هذا الشاب. ويجب الاستماع إلى هؤلاء المراهقين والسماح لهم بالتعبير عن مشاعرهم، سواء كانت الشعور بالذنب أو الغضب أو الحزن الواضح.

انتهاء الأسى والغضب:

ما أقوله هنا مرة أخرى هو، دع الأقارب يتكلمون، أو يبيكون، أو يصرخون

إذا لزم الأمر. اسمح لهم بالتعبير عن مشاعرهم والتنفيس عنها، لكن كن متاحًا لهم. أمام القريب وقت طويل من الحداد، حين تُحل مشاكل الميت. يحتاج إلى مساعدة ومساعدة من لحظة تأكيد ما يسمى بالتشخيص السيئ حتى أشهر بعد وفاة أحد أفراد الأسرة.

بالمساعدة، بطبيعة الحال، لا أفترض أنها يجب أن تكون استشارة مهنية من أي شكل؛ معظم الناس لا يحتاجون إلى ذلك ولا يستطيعون تحمله. لكنهم يحتاجون إلى إنسان، أو صديق، أو طبيب، أو ممرضة، أو قسيس - فهذا لا يهم كثيرًا. قد تكون الأخصائية الاجتماعية هي الأكثر أهمية، إذا كانت قد ساعدت في الترتيبات الخاصة بدار رعاية المسنين وإذا كان أفراد الأسرة يرغبون في التحدث أكثر عن والدتهم في هذا الإعداد المحدد، والذي قد يكون مصدرًا للشعور بالذنب لعدم وجودها بسبب عدم إبقائها في البيت. وكانت أفراد مثل هذه العائلات يقومون في بعض الأحيان بزيارة أشخاص كبار السن في دار رعاية المسنين نفسها ويستمرون في أداء مهمتهم المتمثلة في رعاية شخص ما، ربما على سبيل الإنكار الجزئي، ربما فقط لفعل الخير تعويضًا لجميع الفرص الضائعة مع الجدة. وبغض النظر عن السبب الأساسي، يجب أن نحاول فهم احتياجاتهم ومساعدة الأقارب في توجيه هذه الاحتياجات بشكل بناء لتقليل الشعور بالذنب أو العار أو الخوف من الانتقام. إن المساعدة الأكثر جدوى التي يمكن أن نقدمها لأي قريب أو طفل أو بالغ هي أن نسمح له بالتعبير عن مشاعره قبل حادثة الوفاة والسماح له بالعمل طبقًا لمشاعره، سواء كانت عقلانية أو غير عقلانية.

إذا تحملنا غضبهم، سواء كان موجهاً إلينا أو تجاه المتوفى أو تجاه الرب، فإننا نساعدهم على اتخاذ خطوة كبيرة نحو القبول بدون أن يشعروا بالذنب. وإذا لمناهم على تجرؤهم على التنفيس عن مثل هذه الأفكار التي لا يمكن تحملها اجتماعيًا، فإننا نستحق اللوم لإطالة أمد حزنهم وخزيهم وشعورهم بالذنب الذي غالبًا ما يؤدي إلى اعتلال الصحة الجسدية والنفسية.

X

بعض المقابلات مع مرضى ميؤوس من شفائهم

الموت، عبدك، على بابي. لقد عبر البحر المجهول وجاء بدعوتك إلى بيتي.

الليل مظلم وقلبي خائف - لكن سوف أحمل المصباح، وأفتح بواباتي وأنحني له ترحيبًا. إنه رسولك ذلك الذي يقف على بابي.

سوف أبجله بيدين مطويتين وبدموع. سوف أبجله واضعًا عند قدميه كنز قلبي.

سوف يعود بمهمته، تاركًا ظلًا مظلمًا في صباحي؛ وفي بيتي المغفر، لن يبقى إلا نفسي البائسة وأنا أقدم قرباني الأخير لك.

طاغور، من جيتنجالي، 86

في الفصول السابقة، حاولنا تحديد أسباب الصعوبات المتزايدة التي يواجهها المرضى في توصيل احتياجاتهم في وقت الإصابة بمرض خطير أو قد يكون مرضًا قاتلاً. وقد لخصنا بعض النتائج التي توصلنا إليها وحاولنا وصف الأساليب المستخدمة لاستنباط وعي المريض ومشاكله ومخاوفه ورغباته. ويبدو من المفيد تضمين المزيد من الأمثلة العشوائية لمثل هذه المقابلات لأنها تعطي صورة أفضل لمجموعة متنوعة من الاستجابات وردود الفعل التي أظهرها كل من المريض والمحاور. ويجب أن نتذكر أن المريض نادرًا ما كان يعرف المحاور؛ التقيا كلاهما لبضع دقائق فقط من أجل الترتيب للمقابلة.

لقد اخترت مقابلة واحدة مع مريضة كانت والدتها تزورها في الوقت نفسه وتطوعت لمقابلتنا من أجل أن نطلعنا على ردود أفعالها. أعتقد أنها توضحان جيدًا كيف يتعامل أفراد الأسرة المختلفون مع مرض ميؤوس من شفائه وكيف يكون لدى العضوين كليهما، في بعض الأحيان، ذكريات مختلفة تمامًا عن الحدث نفسه. ويتبع كل مقابلة ملخص موجز يربط المواد الواردة فيها بالتصريحات الواردة في فصول السابقة. وهذه المقابلات الأصلية سوف نتحدث عن نفسها. لقد تُركت عن قصد بدون تعديل وبدون اختصار، وتوضح لحظات كنا ندرك فيها تواصل المريض بشكل ضمني أو صريح والأوقات التي لم نفاعل فيها باستجابة قوية. والجزء الذي لا يمكن نقله إلى القارئ هو التجربة التي يمر بها المرء خلال مثل هذا الحوار: العدد الكبير من أساليب التواصل غير اللفظية التي تحدث باستمرار بين المريض والطبيب، أو بين الطبيب والقس، أو بين المريض والقس؛ التنهدات، والعيون المبتلة بالدموع، والابتسامات، والإيماءات باليدين، والنظرة الفارغة، ونظرة الذهول، أو الأيدي الممدودة - كل أساليب التواصل ذات الأهمية التي غالبًا ما تتجاوز الكلمات.

وعلى الرغم من أن المقابلات التالية كانت، باستثناءات قليلة، اللقاءات الأولى التي أجريناها مع هؤلاء المرضى، إلا أنها في معظم الحالات لم تكن المقابلات الوحيدة. تم فحص جميع المرضى في كثير من الأحيان كما هو موضح حتى وفاتهم. وقد تمكن عدد كبير من مرضانا من الخروج من المستشفى والعودة إلى البيت مرة أخرى، إما للموت هناك أو لإعادة حجزهم في المستشفى في وقت لاحق. وقد طلبوا أن يتم الاتصال بهم من حين إلى آخر حين يكونون في البيت، أو اتصلوا بأحد المحاورين «للبقاء على اتصال بهم». حدث من حين إلى آخر أن يأتي أحد الأقارب إلى مكتبنا في زيارة غير رسمية إما لكي يلقي نظرة ثاقبة على سلوك المريض ويطلب المساعدة والتفاهم، أو لكي يطلعنا على بعض الذكريات في وقت لاحق بعد وفاة المريض. وقد حاولنا أن نبقي متاحين لهم كما كنا متاحين للمريض

في أثناء العلاج في المستشفى وبعد ذلك.

يمكن دراسة المقابلات التالية فيما يتعلق بالدور الذي لعبه الأقارب في هذه الأوقات الصعبة.

كان زوج مسز إس S قد هجرها، وقد أبلغه طفلاهما الصغيران بشكل غير مباشر بمرضها المميت. وقد كانت جارة وصديقة هما اللتان لعبتا الدور الأكثر أهمية في أثناء مرضها الميؤوس من شفائه على الرغم من أنها توقعت من زوجها الذي انفصل ومن زوجته الثانية أن يقوموا برعاية طفلها بعد وفاتها.

تظهر الفتاة البالغة من العمر سبعة عشر عامًا شجاعة شابة في مواجهة مثل هذه الأزمة. تليها مقابلة مع والدتها؛ وكانتا كلتاها تتحدثان عن نفسيهما.

وقد شعرت مسز سي C بأنها غير قادرة على مواجهة موتها بسبب الالتزامات العائلية العديدة التي كان عليها الوفاء بها. هنا مرة أخرى مثال جيد على أهمية الإرشاد الأسري حين يتعين على المريض أن يعتني بالمرضى أو من يحتاجون إلى عائل أو المسنين.

تستخدم مسز إل L، التي كانت عيون زوجها المعاق بصريًا، هذا الدور لإثبات أنها لا تزال قادرة على العمل، ويستخدم كل من الزوج والزوجة الإنكار الجزئي في وقت أزمتها.

كانت مسز إس S امرأة بروتستانتية تبلغ من العمر ثمانية وأربعين عامًا، وأمًا لطفلين صغيرين تربيها بمفردها. وقد أعربت عن رغبتها في أن تتحدث إلى شخص ما ودعوناها للحضور إلى ندوتنا. كانت مترددة وقلقة إلى حد ما بشأن المجيء، لكنها شعرت براحة كبيرة بعد السيمينار. في الطريق إلى غرفة المقابلة، تحدثت بشكل عرضي عن ولديها، وبدا واضحًا أنها كانا مصدر قلقها الأكبر خلال هذا الحجز في المستشفى.

الدكتورة: يا مسز إس S، نحن لا نعرف شيئاً عنك حقاً إلا منذ دقيقة، كما تعلمين، وقد تحدثنا معك من قبل. كم عمرك؟
المریضة: لئر. الأحد، سوف أبلغ الثامنة والأربعین.

الدكتورة: الأحد القادم؟ سوف يكون عليّ أن أفكر في الأمر. هذه هي المرة الثانية التي تكونين فيها في المستشفى؟ متى أتيت في المرة الأولى؟
المریضة: في أبريل.

الدكتورة: ما السبب الذي أتيت من أجله؟

المریضة: هذا الورم، في صدري.

الدكتورة: أي نوع من الورم؟

المریضة: حسناً، الآن بما أنني لا أستطيع أن أخبرك حقاً. كما ترين، إنني لا أعرف ما يكفي عن هذا المرض حتى يمكن أن أعرف نوعاً من آخر.

الدكتورة: ماذا تعتقدين بشأنه؟ كيف تم إخبارك بما تعاني منه؟

المریضة: حسناً، كما ترين، حين ذهبت إلى المستشفى وأخذوا عينة لفحصها مجهریاً، ثم بعد حوالي يومين جاء طبيب الأسرة وقال إن النتائج عادت وأنه ورم خبيث. ولكنني في الواقع لا أعرف اسم أي نوع.

الدكتورة: لكنهم أخبروك بأنه ورم خبيث.

المریضة: نعم.

الدكتورة: متى كان ذلك؟

المریضة: كان ذلك في، أوه، يجب أن يكون ذلك في الجزء الأخير من شهر مارس.

الدكتورة: من هذا العام؟ حتى هذا العام كنت بصحة جيدة؟

المریضة: لا، لا. كما ترين، أعاني من حالة خاملة من مرض السل، لذا فقد أمضيت شهرًا في المصححة، في وقت أو آخر.

الدكتورة: فهمت. أين في كولورادو؟ أين ذهبت إلى المصححة؟

المریضة: في إلينوي. (49)

الدكتورة: إذن، لقد عانيت كثيرًا من المرض في حياتك.

المریضة: نعم.

الدكتورة: هل أنت معتادة نوعًا ما على الحجز في المستشفيات؟

المریضة: لا، لا أعتقد أنني اعتدت عليه من قبل.

الدكتورة: ومن ثم، كيف بدأ هذا المرض؟ ما الذي أتى بك إلى المستشفى؟ هل

لك أن تخبرينا عن بداية هذا المرض؟

المریضة: كنت قد أصيبت بهذا الورم الصغير. كان الأمر أشبه برأس أسود أو شيء من هذا القبيل، كما تعلمين. هنا مباشرة. وأخذ يكبر باستمرار، وصار مؤلمًا، وآه، لا أعتقد أنني مختلفة عن أي شخص آخر، لم أكن أرغب في الذهاب إلى الطبيب وواصلت تأجيل الزيارة، حتى أدركت أخيرًا أن الأمر يزداد سوءًا وأسوأ من ذلك، وكان علي أن أذهب وأرى طبيبًا ما. حسنًا، وقبل ذلك ببضعة أشهر كان طبيب عائلتي الذي كان طبيبنا لسنوات قد توفي. ولم أكن أعرف إلى من أذهب. بطبيعة الحال، أعني، ليس معي زوج، وقد تزوجت منذ 22 عامًا وقرر زوجي أن هناك امرأة أخرى يريد لها. لذلك كنا أنا والولدان فقط، وشعرت بأنهما في حاجة إليّ. أعتقد أن هذا هو أحد الأسباب التي جعلتني أعتقد أنه إذا كان هناك شيء خطير للغاية، فلماذا، حسنًا، ظللت أقول إن الأمر لا يمكن أن يكون

(49) - إلينوي Illinois: ولاية تقع في وسط غرب الولايات المتحدة (الترجم).

كذلك. لا بد أن أكون في البيت مع الولدين. كان هذا هو السبب الرئيسي وراء تأجيل الزيارة إلى الطبيب. حسنًا، وبعد ذلك، حين ذهبت كان الورم قد كبر جدًا وصار مؤلمًا للغاية ولم أكن أستطيع أن أتحمّله، أو أتحمّل الألم لفترة أطول. وحين ذهبت إلى طبيب الأسرة، لماذا، قال فقط إنه لا يمكن أن يفعل أي شيء هناك في المكتب. يجب أن أذهب إلى المستشفى. وهكذا ذهبت. وأعتقد أنه بعد أربعة أيام أو خمسة أيام تم حجزني في المستشفى – وكنت أعاني أيضًا من ورم في أحد المبيضين.

الدكتورة: في الوقت نفسه؟ تم العثور على هذا الورم؟

المريضة: نعم. وأعتقد أن الطبيب كان ينوي القيام بشيء بشأن هذا الورم أيضًا في أثناء وجودي هناك، ثم حين أخذ العينة من هذا الورم وعاد، كان خبيثًا ومن الطبيعي أنه لن يفعل أي شيء آخر. ولذا قال إنه لا يمكن أن يفعل أي شيء آخر من أجلي هناك، كان علي أن أحسم أمري وأقرر إلى أين أريد أن أذهب.

الدكتورة: تقصدين إلى أي مستشفى؟

المريضة: نعم.

الدكتورة: وبعد ذلك اخترت هذا المستشفى؟

المريضة: نعم.

الدكتورة: كيف اخترت هذا المستشفى؟

المريضة: حسنًا، لنا صديق كان مريضًا هنا في وقت من الأوقات. أعرفه من خلال التأمين الخاص بي، ولم يستطع أن يتحدث بدرجة كافية عن المستشفى والأطباء والمرضات. قال الأطباء متخصصون وسوف تحصلين على رعاية رائعة.

الدكتورة: وهل تحصلين عليها؟

المریضة: نعم.

الدكتورة: قد أكون فضولية كيف تعاملت مع هذا الأمر، حين قيل لك إنك مصابة بورم خبيث. كيف تعاملت مع الأمر بعد التأجيل، تأجيل الاستماع إلى التشخيص الحقيقي. أو قبل أن تسمعي الحقيقة، كما تعلمين، بعيداً عن احتياجاتك إلى أن تكوني في البيت وإلى أن تعتني بطفلك. كيف تعاملت مع هذه الحقيقة حين كان لا بد من أن تقال لك في النهاية؟

المریضة: حين سمعت ذلك لأول مرة، تمزقت تماماً.

الدكتورة: كيف؟

المریضة: نفسياً.

الدكتورة: شعرت بالاكئاب، كنت تبكين؟

المریضة: آه، ها. لطالما اعتقدت أنه لا يمكن أن يحدث لي أي شيء من هذا القبيل. ثم حين أدركت مدى خطورة الأمر، اعتقدت أنه شيء يجب أن أقبله، فإن تمزقي تماماً لن يحل أي شيء، وأعتقد أنه كلما أسرعت في الذهاب إلى شخص يمكن أن يساعدني، كان ذلك أفضل.

الدكتورة: هل أطلعتِ ابنيك على هذه الحالة؟

المریضة: نعم. قلت لهما كليهما. أعني، آه، لا أعرف حقاً مدى فهمهما للأمر. أعني أنهما يعرفان أنه شيء خطير للغاية ولكن لا أعرف قدر ما يفهمان بهذا الشأن. القسيس: ماذا عن بقية أفراد عائلتك. هل أطلعتِ أي أشخاص آخرين على هذا الأمر؟ هل هناك أي أشخاص آخرين؟

المریضة: لدي رفيق، صديق كنت على علاقة به لمدة خمس سنوات تقريباً. إنه شخص لطيف للغاية وكان جيداً جداً معي. وقد كان جيداً مع الولدين، أعني، بما

أنني كان يجب أن أبتعد عن الولدين فقد كان يشرف عليهما، وكنت أرى أن هناك شخصًا ما معها لكي يتناولوا وجباتهما في الليل، أن يكون معها. أعني أنهما ليسا وحدهما تمامًا، كما تعلمين، بمفردهما تمامًا. بالطبع، الصبي الأكبر، ربما يكون مسؤولًا بدرجة كافية لكنه ما زال قاصرًا، كما أشعر، حتى يبلغ الحادية والعشرين.

القسيس: تشعرين براحة أكبر لوجود شخص ما هناك.

المريضة: نعم. كما أن لدي جارة هناك. إن المنزل أشبه بوحدة دوبلكس، وهي تعيش في النصف الآخر من المنزل. وهي تدخل وتخرج كل يوم. وكانت تساعدني في أعمال المنزل في البيت، بين هذين الشهرين اللذين كنت فيها في البيت. لقد اعتنت بي، كما تعلمين، كانت تساعدني في الاستحمام وترى ما إن كانت لديّ وجبة أتناولها. إنها شخصية رائعة جدًا. إنها شخصية متدينة للغاية، كما تعلمين، في معتقدها، وقد فعلت الكثير من أجلي.

الدكتورة: بأي معتقد تؤمن؟

المريضة: لا أعرف ما إن كنت أعرف حقًا الكنيسة التي تذهب إليها.

القسيس: بروتستانتية؟

المريضة: نعم.

القسيس: هل لك عائلة أخرى أم أن هذه...

المريضة: لي أخ يعيش هنا.

القسيس: لكنه ليس قريبًا مثل...

المريضة: لم تكن قريبين جدًا، لا. أشعر أنه في الفترة القصيرة التي عرفتتها فيها، كانت حقًا أقرب شخص لدي. أعني، يمكنني أن أتحدث معها وهي تتحدث معي، مما يجعلني أشعر بأنني أحسن حالًا.

الدكتورة: أووه. أنت محظوظة.

المریضة: إنها رائعة. لم أعرف أي أحد مثلها من قبل. كل يوم تقريبًا أحصل على كارت أو بضعة أسطر في البريد منها. قد يكون الأمر سخيًا، وقد يكون خطيرًا، لكن، أعني، أنا أتطلع إلى مجرد تلقي أي كلمة منها.

الدكتورة: فقط هذه الشخصية وحدها هي التي تهتم بك.

المریضة: نعم.

الدكتورة: منذ متى تركك زوجك؟

المریضة: في سبتمبر من عام 59.

الدكتورة: عام 59. كنت تعانين حينها من مرض السل؟

المریضة: كانت المرة الأولى في عام 1946. وقد فقدت ابنتي الصغيرة. كانت تبلغ من العمر عامين ونصف العام. وفي ذلك الوقت كان زوجي في الخدمة. مرضت بشدة وأخذناها إلى أخصائي في المستشفى. وآه، أصعب شيء هو أنني لم أتمكن من رؤيتها في أثناء وجودها هناك. وقد دخلت في غيبوبة ولم تخرج منها قط. سألوا عما إذا كان من المناسب إجراء تشريح للجثة، وقلت نعم، ربما قد يساعد ذلك شخصًا آخر يومًا ما. لذا أجروا تشريح الجثة، وكانت تعاني مما يسمونه السل الدخني.⁽⁵⁰⁾ كان ذلك في مجرى الدم. وحين ذهب زوجي إلى الخدمة، جاء والدي ليعيش معي. وبعد ذلك أجرينا جميعًا فحوصات طبية وكان والدي يعاني من تجويف كبير في رئة واحدة، ولم أكن أعاني إلا من قدر ضئيل من المتاعب. لذلك ذهبنا أنا وهو إلى المصححة في ذلك الوقت. وقد مكثت هناك لمدة ثلاثة أشهر تقريبًا، وكان الدواء الوحيد الذي كان يقدم إليّ هو الراحة في الفراش والحقن. لم

(50) - السل الدخني miliary TB: السل الدخني هو شكل من أشكال السل يتميز بانتشار واسع في جسم الإنسان. يأتي الاسم من نمط مميز يظهر على صورة أشعة الصدر العديد من البقع الدقيقة الموزعة في جميع أنحاء الرئة مع مظهر مشابه لبذور الدخن - ومن هنا جاء مصطلح السل "الدخني" (المترجم).

أكن في حاجة إلى إجراء أي عملية جراحية. وبعد ذلك، على مر السنين، كنت هناك قبل ولادة كل واحد من الأولاد وبعد الولادة. والآن لم أتواجد هناك بصفتي مريضة منذ أن ولد أصغر ولد في عام 53.

الدكتورة: فتاتك كانت طفلتك الأولى؟

المريضة: نعم.

الدكتورة: والفتاة الوحيدة لديك. يجب أن يكون هذا شيئًا لا بأس به. كيف تعافيت من ذلك؟

المريضة: حسنًا، كان الأمر صعبًا للغاية.

الدكتورة: ما الذي منحك القوة؟

المريضة: ربما تكون الصلاة أكثر من أي شيء آخر. كنت أنا وابنتي، أعني، كانت كل ما أملكه في ذلك الوقت. كانت تبلغ من العمر ثلاثة أشهر حين غادر زوجي. لقد كانت فقط، حسنًا، لقد عشت حقًا من أجلها، كما تعلمين. ولم أكن أعتقد أنني أستطيع أن أقبل ذلك ولكنني قبلته.

الدكتورة: والآن منذ أن تركك زوجك، فإن الولدين هما اللذان تعيشين من أجلهما.

المريضة: نعم.

الدكتورة: لا بد أن هذا يجعل الأمر صعبًا للغاية. والآن هل دينك أو صلاتك هو ما يساعدك على الاعتناء بهما في كل الأوقات التي تعاني فيها من اعتلال المزاج أو تشعرين فيها بالاكئاب بسبب مرضك؟

المريضة: أعتقد أن الصلاة هي الشيء الرئيسي.

الدكتورة: هل تفكرين يومًا فيما سوف يكون عليه الأمر إذا متَّ بسبب هذا

المرض أو تتحدثين مع أي شخص عنه، أم - أنك لا تفكرين في مثل هذه الأشياء؟

المريضة: حسنًا، آه، ليس لدي الكثير، لا. بخلاف صديقتي هذه، سوف نتحدث معي حول مدى خطورة الأمر والأشياء التي لم أتحدث عنها مع أي شخص سواها.

القسيس: هل يأتي كاهنك لرؤيتك أم تذهبي إلى الكنيسة؟

المريضة: حسنًا، كنت أذهب إلى الكنيسة من قبل. كما تعلم، لم أكن على ما يرام منذ شهر، حتى قبل مجيئي إلى هنا. ولم أكن في حالة جيدة تسمح لي بالذهاب إلى الكنيسة. لكن-

القسيس: هل يأتي الكاهن لرؤيتك؟

المريضة: جاء الكاهن لرؤيتي حين كنت في المستشفى هناك في موطني قبل مجيئي إلى هنا. وكان من المقرر أن يأتي لرؤيتي مرة أخرى قبل دخولي، وأعتقد أنني قررت فجأة المجيء إلى هنا، لذلك لم يتمكن من رؤيتي قبل مجيئي. ثم بعد أن مكثت هنا لمدة أسبوعين أو ثلاثة أسابيع، جاء الأب دي D لرؤيتي.

القسيس: في المقام الأول، على الرغم من ذلك، تغذى إيمانك بمواردك الخاصة في البيت. حيث لم يكن لديك منفذ للتحدث مع أي شخص في الكنيسة. المريضة: لا.

القسيس: لكن صديقتك لعبت هذا الدور.

الدكتورة: لقد اتضح من كلامك أن هذه الصديقة كانت صديقة جديدة نسبيًا. هل انتقلتِ للتو إلى هذا الدوبلكس أم أنها هي التي انتقلت إليه للتو؟ المريضة: لقد عرفتها منذ عام ونصف العام تقريبًا.

الدكتورة: هل هذا كل شيء؟ أليس هذا رائعًا. كيف نشأت بينكما الصداقة في مثل هذا الوقت القصير؟

المريضة: حسنًا، لا أعرف. من الصعب حقًا شرح ذلك. أعني أنها قالت إنها طوال حياتها كانت دائمًا تريد أختًا وفي حديثي معها ذكرت الأسباب التي جعلتني أريد دائمًا أختًا أيضًا. لقد قلت إنه لم يكن هناك سوانا نحن الاثنين فقط، أنا وأخي، وقالت، حسنًا، أعتقد أن كل واحدة منا قد وجدت الأخرى وأعتقد أن لك أختًا الآن وكذلك أنا. فقط بمجرد أن تمشي في الغرفة، تجعل المرء يشعر، أوه، يشعر بأنه في حالة جيدة كما لو كان البيت بيته.

الدكتورة: هل كان لديك أخت من قبل؟

المريضة: لا، أنا وأخي فقط.

الدكتورة: كان لديك أخ واحد فقط. أي نوع من الآباء كان أبوك؟

المريضة: حسنًا، حدث الطلاق بين أبي وأمي حين كنا صغارًا جدًا.

الدكتورة: صغيرة إلى أي درجة؟

المريضة: كان عمري عامين ونصف العام وكان أخي في الثالثة والنصف تقريبًا. وقد نشأنا على يد خالة وخال.

الدكتورة: كيف كانا؟

المريضة: لقد كانا رائعين جدًا بالنسبة لنا.

الدكتورة: من هم والداك الحقيقيان؟

المريضة: أمي لا تزال على قيد الحياة. تعيش هنا وقد توفي والدي بعد فترة ليست طويلة من مرضه ودخوله المصحة.

الدكتورة: والدك مات من مرض السل؟

المريضة: نعم.

الدكتورة: فهمت. من كنت تشعرين بأنه أقرب إليك؟

المريضة: حسنًا، أعني، مثل خالتي وخالتي، كانا في الحقيقة أبي وأمي. أعني، كنا معها منذ أن كنا صغارًا. وأعني أنها لم يخبرانا قط بأنها خالة وخال، لكنني أعني أنها كانا بمثابة والدين بالنسبة لنا.

الدكتورة: لا يوجد شيء زائف في هذا الأمر. كانا مخلصين في ذلك.

المريضة: نعم، نعم.

القيسيس: هل ما زال يعيشان؟

المريضة: لا. لقد مات خالي منذ عدة سنوات. خالتي لا تزال على قيد الحياة. تبلغ من العمر خمسة وثمانين عامًا.

القيسيس: هل تعلم بمرضك؟

المريضة: نعم.

القيسيس: هل تتواصلين معها كثيرًا؟

المريضة: حسنًا، نعم أتواصل معها. أعني أنها لا تخرج كثيرًا، فهي ليست على ما يرام. في العام الماضي أصيبت بالتهاب في مفاصل العمود الفقري وظلت في المستشفى لبعض الوقت. لم أكن أعرف ما إذا كان يمكن أن تعيش مع هذا المرض أم لا. وقد عاشت، وهي الآن في حالة جيدة تمامًا. لديها مكانها الصغير، وهي تعيش بمفردها، وتعتني بنفسها، وأعتقد أنه أمر رائع.

الدكتورة: عمرها أربعة وثمانون عامًا؟

المريضة: خمسة وثمانون.

الدكتورة: كيف تكسيين رزقك؟ هل كنت تعملين؟

المريضة: كنت أعمل بدوام جزئي حتى وقت مجيئي إلى هنا.

الدكتورة: في أبريل؟

المريضة: نعم. لكن زوجي يعطينا الكثير من الدعم الأسبوعي.

الدكتورة: فهمت. إذن أنت لا تعتمدين على العمل؟

المريضة: لا أعتد عليه.

الدكتورة: زوجك لا يزال على اتصال بك؟

المريضة: حسنًا، إنه يرى الولدين متى أراد ذلك وقد شعرت دائمًا - شعرت دائمًا أنه كلما أراد أن يراهم أن الأمر متروك له. إنه يعيش في المدينة التي أعيش فيها.

الدكتورة: أووه. هل تزوج مرة أخرى؟

المريضة: نعم، إنه متزوج. تزوج مرة أخرى، ربما بعد عام أو نحو ذلك من مغادرته.

الدكتورة: هل يعلم بمرضك؟

المريضة: نعم.

الدكتورة: ما مقدار معرفته؟

المريضة: آه، لا أعرف حقًا، أعني، لا يعرف سوى ما قاله له الولدان.

الدكتورة: أنت لا تتواصلين معه بالكلام مباشرة.

المريضة: لا.

الدكتورة: فهمت. لم تريه بعد ذلك بشكل شخصي؟

المريضة: لا أتحدث معه. لا أتحدث - لا.

الدكتورة: أي نوع من أجزاء جسمك مصاب الآن بهذا الورم الخبيث؟

المريضة: حسنًا، إن الورم الموجود هنا وهذه البقعة على الكبد. وبعد ذلك كنت أعاني من هذا الورم الكبير في ساقَي الذي أكل معظم العظم ولذلك وضعوا ذلك المسامير في ساقَي.

الدكتورة: كان ذلك في الربيع أم في الصيف؟

المريضة: في يوليو. ومن ثم كنت أعاني من هذا الورم أيضًا على مبيضِي وهو أمر مشكوك فيه - على الرغم من أنك ترين أنهم لم يكتشفوا بعد من أين بدأ الورم.

الدكتورة: نعم. إنهم يعرفون أنه في أماكن مختلفة الآن ولكنهم لا يعرفون من أين جاء الأصل. نعم. ما أسوأ جزء أصيب بمثل هذا الورم الخبيث بالنسبة لك؟ إلى أي مدى يتعارض مع حياتك وأنشطتك الطبيعية؟ لا يمكن أن تمشي، على سبيل المثال، أليس كذلك؟

المريضة: لا يمكن أن أمشي. أمشي فقط بمساعدة عكازين.

الدكتورة: هل يمكن أن تتجولي في المنزل بعكازين؟

المريضة: نعم. ولكن بقدر ما يمكن أن أفعل، تقلص الطبخ وتقلصت الأعمال المنزلية، وحركتي محدودة للغاية.

الدكتورة: ماذا يفعل لك أيضًا؟

المريضة: حسنًا، لا أعرف حقًا.

الدكتورة: ظننت أنك قلت في الطابق العلوي أنك تشعرين بألم شديد.

المريضة: أشعر بألم شديد.

الدكتورة: نعم. هل مازلت تشعرين به؟

المریضة: أووه. أعتقد أنه بعد عدة أشهر من الأفضل أن يتعلم المرء التعايش معه، أعني، حين تسوء الأمور لا يمكن للمرء أن يتحملها ويطلب شيئاً ما. لكنني لم أكن قط ممن يهتمون بتناول أي دواء.

الدكتورة: إن مسز إس S تثير إعجابي بوصفها واحدة يمكن أن تتحمل قدرًا كبيرًا من الألم، قبل أن تقول شيئًا. مثلما انتظرتُ طويلًا وهي ترى الورم ينمو قبل أن تذهب إلى الطبيب.

المریضة: كانت هذه دائمًا أكبر مشكلاتي.

الدكتورة: هل تسببين مشاكل مع المرضات؟ هل تخبريهن حين تحتاجين إلى شيء؟ أي نوع من المرضى أنت، هل تعلمين؟

المریضة: أعتقد أنه من الأفضل أن تطرحي هذه السؤال على المرضات. (مازحة).

القيس: أوه، هذا سهل، لكننا نهم بما تشعرين أنت به.

المریضة: أوه، لا أعرف. أعتقد أنني أستطيع التعايش مع أي شخص.

الدكتورة: آه، ها. إنني أعتقد ذلك. لكن ربما لا تطلين ما يكفي.

المریضة: أنا لا أطلب أكثر مما يجب.

الدكتورة: كيف يتأتى ذلك؟

المریضة: لا أعرف حقًا. أعني، إن الناس مختلفون. كما ترين، كنت دائمًا سعيدة حين أستطيع أن أعنتني بنفسني، وحين أقوم بالأعمال المنزلية الخاصة بي، وأقوم بأشياء من أجل الولدين. هذا هو أكثر ما يزعجني. أشعر أن شخصًا آخر يجب أن يعتني بي الآن. من الصعب عليّ أن أقبل ذلك.

الدكتورة: هل تفاقم المرض هو أسوأ ما في الأمر؟ ألا تكوني قادرة على العطاء

للآخرين؟

المريضة: نعم.

الدكتورة: كيف يمكن أن تعطي للآخرين بدون أن تكوني نشيطة بدنيًا؟

المريضة: حسنًا، يمكن للمرء أن يذكرهم في صلواته.

الدكتورة: أو ماذا تفعلين هنا الآن؟

المريضة: نعم.

الدكتورة: هل تعتقدين أن هذا سوف يساعد مريضًا آخر؟

المريضة: نعم. أعتقد أنه كذلك. أتمنى أن يفعل ذلك.

الدكتورة: كيف تعتقدين أنه يمكن أن يساعده؟ كيف يكون الاحتضار بالنسبة

لك؟ ماذا يعني ذلك بالنسبة لك؟

المريضة: أنا لا أخشى الموت.

الدكتورة: لا تخشيه؟

المريضة: لا أخشاه.

الدكتورة: ليس له دلالات سيئة؟

المريضة: لا أقصد ذلك. من الطبيعي أن الجميع يريد أن يعيش أطول فترة

ممكنة.

الدكتورة: بطبيعة الحال.

المريضة: لكنني لا أخاف من الاحتضار.

الدكتورة: كيف تتصورينه؟

القسيس: هذا ما تساءلتُ عنه، إننا لا نوصل لك أي شيء سوى أن الناس

لديهم مشاكل. هل تفكرين فيما سوف يحدث إذا أدى ذلك إلى الموت؟ هل فكرت في هذا؟ لقد ذكرتِ التحدث إلى صديقتك.

المریضة: نعم. لقد تحدثنا عن ذلك.

القسيس: هل يمكن أن تحدثينا عن بعض مشاعرك حول هذا الأمر؟

المریضة: من الصعب بالنسبة لي، كما تعرف، أن أتحدث

القسيس: من المريح التحدث مع صديقتك عن ذلك أكثر من التحدث مع أي شخص آخر.

المریضة: إلى شخص آخر تعرفه.

القسيس: هل يمكن أن أطرح عليك سؤالاً يرتبط بالأمر، فيما يتعلق بكيفية مرضك، وهذا هو المرض الثاني بالنسبة لك، لقد أصبت بالسل وفقدت ابتك -

كيف أثرت هذه الخبرات على موقفك من الحياة، وعلى افكارك الدينية؟

المریضة: أعتقد أنه جعلني أقرب إلى الرب.

القسيس: بأي طريقة؟ عند الشعور بأنه يمكن أن يساعدك، أو -

المریضة: نعم. أشعر فقط أنني قد وضعت نفسي بين يديه. ويكون الأمر متروكاً له إذا تمكنت من التعافي مرة أخرى - من أن أعيش حياة طبيعية.

القسيس: لقد ذكرت صعوبة الاعتماد على أشخاص آخرين، ومع ذلك يمكنك أن تحصيلي على قدر كبير من المساعدة من صديقتك هذه. هل من الصعب أن تتكلي على الرب؟

المریضة: لا.

القسيس: إنه مثل هذه الصديقة، أليس كذلك؟

المریضة: نعم.

الدكتورة: لكن إذا كنت قد فهمت بشكل صحيح، فإن صديقتك لها نفس احتياجاتك. إنها تحتاج أيضًا إلى أخت، لذا فإن المسألة أخذ وعطاء، وليست مجرد أخذ.

المريضة: كانت تعاني من حزن وصعوبات في حياتها، ربما جعلها ذلك أقرب إليّ.

الدكتورة: هل هي امرأة وحيدة؟

المريضة: إنها تستطيع أن تفهم. إنها امرأة متزوجة، لم تنجب قط أي أطفال، إنها تحب الأطفال، ولم تنجب قط أي أطفال. لكنها تحب أطفال الآخرين جميعًا. لديها هي وزوجها عمل هناك في دار لرعاية الأطفال، لقد كانا والدين في الدار. أوه، هناك دائمًا أطفال حولهما طوال الوقت، وكانا يتعاملان بلطف شديد مع وَلَدَيَّ أيضًا.

الدكتورة: من الذي يعتني بالولدين كليهما إذا كان ينبغي عليك أن تبقي في المستشفى لفترة طويلة، أو إذا كان ينبغي أن تموتي؟

المريضة: حسنًا، آه، أعتقد أنه سوف يكون من الطبيعي أنه إذا حدث لي أي شيء فإن والدهما سوف يعتني بهما. سوف يكون عليه فقط أن -

الدكتورة: ما شعورك حيال ذلك؟

المريضة: أعتقد أن هذا قد يكون أفضل شيء.

الدكتورة: بالنسبة للولدين.

المريضة: لا أعرف ما إذا كان سيكون أفضل شيء بالنسبة للولدين، لكن . . .

الدكتورة: كيف يتعايشان مع زوجته الثانية؟ من ستكون أمهما البديلة؟

المريضة: حسنًا، ليس لهما في الحقيقة أي فائدة بالنسبة لها.

الدكتورة: بأي طريقة؟

المريضة: حسناً، لا أعرف ما إذا كانت سوف تستاء من الولدين، أم لا، لا أعرف. لكنني أعتقد، أن والدهما يجب، في قلبه، الولدين، وأعتقد أنه كان كذلك دائماً. إذا كان الأمر يتعلق بذلك، فأنا لا أعرف ما إذا كان هناك أي شيء لن يفعله لهما.

القيسيس: ما زال أمام ولديك مشوار طويل جداً. الأصغر عمره ثلاثة عشر عاماً؟

المريضة: ثلاثة عشر عاماً. إنه في الصف الثامن هذا العام.

الدكتورة: ثلاثة عشر عاماً وثمانية عشر عاماً، إيه؟

المريضة: تخرج الابن الأكبر في المدرسة الثانوية العام الماضي. كان عمره ثمانية عشر عاماً فقط في سبتمبر. لذلك كان عليه التسجيل في الخدمة العسكرية، الأمر الذي لا يجعله سعيداً جداً، ولا يجعلني سعيدة أنا أيضاً. لا أفكر في ذلك. أحاول ألا أفكر فيه ولكن بعد ذلك أفكر فيه.

الدكتورة: خاصة في أوقات مثل هذه أعتقد أنه من الصعب جداً التفكير فيه. هل كان المستشفى ككل، والأفراد الموجودين في طابقتك متعاونين بكل الطرق الممكنة أو هل لديك أي اقتراحات حول كيفية تحسين الأمور لمرضى مثلك، وأنا متأكدة من وجود الكثير من المشاكل والصراعات ومصادر القلق، وبالطبع يتم الحديث عنها، كما تتحدثين.

المريضة: أوه، أعتقد، أشعر بذلك، أتمنى أن يتمكن أطبائي من أن يشرحوا لي الحالة أكثر. إنني أدرك، إنني ما زلت أشعر أنني في الظلام، بقدر ما أعرف حقاً. حسناً، الآن ربما هناك بعض الأشخاص الذين يريدون معرفة مدى مرضهم وبعض الأشخاص الذين لا يريدون ذلك. حسناً، إذا اعتقدت أنه لم يتبق لي إلا

وقت قصير في الحياة، فأنا أود أن أعرف ذلك.

الدكتورة: هل سألت طبيبك؟

المريضة: لا، إن الأطباء دائمًا في عجلة من أمرهم

الدكتورة: هل يمكنك أن تلفتي انتباهه في المرة القادمة وتسأليه؟

المريضة: أشعر أن وقت الأطباء ثمين. أعني أنني لن

القيسيس: هذا لا يختلف كثيرًا عما قالته عن علاقاتها الأخرى. إنها لا تفرض نفسها على أي شخص وتعتبر أن شغل وقت شخص ما نوع من الفرض ما لم تشعر بالراحة معه.

الدكتورة: ما لم يكن الورم كبيرًا جدًّا، والألم لا يطاق بحيث لا يمكن أن تتحمليه بعد الآن - أليس كذلك؟ من هو الطبيب الذي تودين أن تسمعي منه؟ هل لديك عدة أطباء؟ مع من تشعرين براحة أكبر؟

المريضة: لدي ثقة كبيرة في الدكتور كيو Q، يبدو أنه حين يمشي في الغرفة، إنني أشعر فقط أن أي شيء يقوله لي، حسنًا، يكون كل شيء على ما يرام.

الدكتورة: ربما ينتظر فرصة مناسبة لئسأل؟

المريضة: لقد شعرت دائمًا بهذه المشاعر تجاهه.

الدكتورة: هل تعتقدين أنه من الممكن أن ينتظر فرصة ليطلب منك ذلك؟

المريضة: حسنًا، لا أعرف، لا أعرف - ربما يخبرني بما يعتقد أنه ضروري.

الدكتورة: لكن هذا لا يكفيك.

القيسيس: حسنًا، إنها تصرح بهذا من حيث رغبتها في أن يتم إخبارها بالمزيد. المثال الذي قدمته كان، حسنًا، إذا كان لدي وقت قصير في هذه الحياة، مما أثار في ذهني السؤال حول ما إذا كان هذا أمرًا يثير قلقك؟ هل هذه هي الطريقة التي

تصوغين بها الأمر في ذهنك؟

الدكتورة: ما معنى مدة قصيرة في الحياة، يا مسز إس S؟ إنه أمر نسبي إلى حد بعيد.

المريضة: أوه، لا أعرف. قد أقول ستة أشهر أو سنة.

القيسيس: هل كنت تشعرين بالقوة نفسها إذا كنت قد عرفتِ أنها لم تكن حالة من هذا النوع؟ أعني أن هذا هو الرسم التوضيحي الذي استخدمته.

المريضة: بصرف النظر عن طبيعة ما أعاني منه، يبقى أنني ما زلت أريد أن أعرف. أعني، إن هناك بعض الأشخاص الذين أعتقد أنه يمكن للمرء أن يخبرهم وهناك أشخاص آخرون لا يمكن أن يخبرهم.

الدكتورة: ما الذي قد يتغير؟

المريضة: أوه، لا أعرف. ربما سوف أحاول أن أستمتع في كل يوم أكثر بعض الشيء إذا...

الدكتورة: أنت تعرفين أنه لا يوجد طبيب يمكن أن يخبرك بالوقت. كما تعلمين، إنه لا يعرف - لكن بعض الأطباء بنية حسنة يعطون تقديرًا تقريبياً، وبعض المرضى يصابون بالاكئاب الشديد ولا يستمتعون بيوم واحد بعد ذلك. ماذا تقولين في ذلك؟

المريضة: لن يزعجني ذلك.

الدكتورة: لكنك تفهمين سبب حذر بعض الأطباء.

المريضة: نعم. أنا متأكدة من أن هناك أشخاصًا يذهبون ويقفزون من النافذة أو يتصرفون تصرفاً عنيفاً.

الدكتورة: بعض الناس هكذا، نعم. لكن يبدو أنك فكرت في هذا الأمر لفترة

طويلة، لأنك تعرفين أين تقفين. أعتقد أنه يجب عليك أن تتحدثي مع الطبيب، يجب أن تجربيه. فقط افتحي الباب وانظري إلى أي مدى يمكن أن تصلي.
المریضة: ربما لا یعتقد أنني يجب أن أعرف فقط ما لدي، أعني أن ذلك -
القسیس: قد تكتشفین ذلك.

الدكتورة: عليك دائماً أن تسألني لكي تحصلني على الإجابة.

المریضة: طبيبي الأول الذي عرفته حين جئت إلى هنا، أنت تعلمين أنه في المرة الأولى حين دخلت إلى العيادة لإجراء أول فحص، كنت أتق به كثيراً منذ اليوم الأول الذي رأيته فيه.

القسیس: إنها، على ما أعتقد، ثقة مبررة.

الدكتورة: إنها مهمة جداً.

المریضة: أعني، أعود إلى المنزل، ويكون لدى المرء طيب الأسرة، وأشعر أنني قريبة جداً منه.

الدكتورة: وبعد ذلك فقدته أيضاً.

المریضة: وكان ذلك صعباً جداً لأنه كان رجلاً رائعاً. كان لديه الكثير ليعيش من أجله. كان رائعاً، كان في أواخر الخمسينيات من عمره. وبالطبع، كما تعلمين، حياة الطبيب ليست حياة سهلة. وأعتقد أنه ربما لم يهتم بنفسه كما كان ينبغي له أن يهتم. كان مرضاه يأتون في المرتبة الأولى.

الدكتورة: مثلك! جاء ولدك في المرتبة الأولى.....

المریضة: وقد كانا في المرتبة الأولى دائماً.

الدكتورة: هل كان هذا صعباً للغاية الآن؟ كما تعلمين، أتيت إلى هنا في نوع من الحذر. هنا في هذا المؤتمر.

المریضة: حسنًا، لم أكن أشعر بحماس شديد للمجيء.

الدكتورة: أعرف.

المریضة: ولكن بعد ذلك فكرت، حسنًا، وقد اتخذت قراری على الفور.

القسيس: ما شعورك حیال ذلك الآن؟

المریضة: إنني سعيدة لمجيئي.

الدكتورة: لم يكن الأمر فظيعةً، أليس كذلك؟ أنت تعلمين أنك قلت إنك لست متحدثة جيدة. وأنا أعتقد أنك قد قمتِ بعمل جيد جدًا.

القسيس: نعم، أوافق على ذلك. كنت أتساءل، على الرغم من ذلك، إذا كان لديك أي أسئلة تودين أن تطرحيها علينا - إننا نفهم الإشارة من قبل إلى أن الأطباء لا يتمهلون لفترة كافية تسمح للمريض بأن يطرح سؤالًا. إننا نتمهل بدرجة كافية بحيث يمكن لك إذا كان لديك أي أسئلة أن تطرحيها علينا بشأن الجلسة، أي شيء -

المریضة: أوه، أعني، حين أتيتُ وحين ذكرت ذلك، لم أفهم تمامًا ما الذي سوف يُحلُّ أو ماذا سوف يحدث - ما الفكرة الرئيسية، كما تعلمين.

القسيس: هل أجاب المؤتمر على هذا جزئيًا؟

المریضة: بشكل جزئي، نعم.

الدكتورة: كما ترين، ما نحاول أن نفعله هو أن نتعلم من المريض حقًا، كيف يمكن أن نتحدث إلى غرباء لم نلتق بهم من قبل، ولم نكن نعرفهم أو يعرفوننا على الإطلاق، كيف يمكن أن نتعرف على المريض بشكل جيد إلى حد ما ونتفهم نوع الاحتياجات التي يحتاج إليها. ثم أنطلق في خدمة هذه الحاجة، مثلما تعلمتُ الكثير منك الآن، إنك تعرفين جيدًا ما هو مرضك، وأنت تعلمين أنه خطير،

وأنت تعرفين أنه منتشر في أماكن مختلفة من الجسم. لا أعتقد أن أي شخص يستطيع أن يخبرك إلى متى سوف يستمر هذا الأمر. لقد جربوا نظامًا غذائيًا جديدًا، وهو نظام أعتقد أنهم لم يعطوه لعدد كبير من المرضى، لكن لديهم الكثير من الآمال في ذلك. هذا ما أعرفه، وهو نوع لا يطاق من النظام الغذائي بالنسبة لك. أعتقد أن الجميع يبذلون أقصى ما في وسعهم لتحقيق ذلك، كما تعلمين...

المریضة: إذا كان هذا ما يعتقدون أنه سوف يساعدي، فأنا أريد أن أجربه.

الدكتورة: إنهم يعتقدون ذلك. لهذا السبب يعطونه لك. لكن ما تقولينه، على ما أعتقد، هو أنك ترغبين في أن يتاح لك بعض الوقت للجلوس مع الطبيب والتحدث عنه. حتى لو لم يتمكن من إعطائك جميع الإجابات بكل وضوح وبشكل مناسب؛ أعتقد أن لا أحد يستطيع أن يفعل ذلك. لكن فقط للحديث عنه. من نوع الأشياء التي تفعلينها مع طبيب العائلة، من نوع الأشياء التي نحاول القيام بها هنا.

المریضة: لا أشعر بالتوتر كما كنت أعتقد. أعني أنني أشعر براحة تامة.

القسيس: أعتقد أنك كنت تجلسين بارتياح شديد هنا.

المریضة: حين جئت إلى هنا في البداية كنت متوترة بعض الشيء.

القسيس: لقد أدليت بهذا التعليق.

الدكتورة: أعتقد أننا سوف نعيدك إلى مكانك الآن. وسوف نأتي إليك من حين

إلى آخر. موافقة؟

المریضة: بالتأكيد.

الدكتورة: شكرًا لمجيئك.

باختصار، لدينا هنا مثال نموذجي لمريضة تعرضت لعدد كبير من الخسائر في حياتها، وكانت تحتاج إلى أن تطلع شخصًا ما على مخاوفها، وقد شعرت بالارتياح للتنفيس عن بعض مشاعرها مع شخص يهتم بها.

كانت مسز إس S تبلغ من العمر عامين ونصف العام حين وقع الطلاق بين والديها وقد نشأت في رعاية أقاربها. وقد ماتت ابنتها الوحيدة وعمرها عامان ونصف العام من مرض السل بينما كان زوجها في الخدمة ولم يكن لديها أي شخص آخر قريب منها مثل هذه الفتاة الصغيرة. وبعد فترة وجيزة فقدت والدها في المصحة واضطرت إلى دخول المستشفى بسبب الإصابة بمرض السل. وبعد اثنين وعشرين عامًا من الزواج هجرها زوجها مع ولدين صغيرين من أجل امرأة أخرى. مات طبيب الأسرة الذي كانت تثق فيه ثقة كبيرة وتؤمن به إيمانًا قويًا به حين كانت في أشد الحاجة إليه، أي حين لاحظت وجود ورم يثير الشك ثبت فيما بعد أنه ورم خبيث. قامت بتربية الولدين بمفردها، وأجلت العلاج حتى أصبح الألم لا يطاق وامتد المرض الخبيث إلى أجزاء أخرى من جسمها. في كل بؤسها ووحدتها، وجدت دائمًا بعض الأصدقاء المهمين، ومع ذلك، تمكنت من أن تطلعهم على مخاوفها. وقد كانوا أيضًا بدائل - تمامًا مثلما كانت خالتها وخالها بديلين لوالديها الحقيقيين؛ استبدلت الصديق بالزوج، واستبدلت الجارة بأخت لم تكن لها من قبل. كانت هذه الأخيرة هي العلاقة الأكثر أهمية لأنها أصبحت أمًا بديلة للمريضة وولديها مع تفاهم مرضها. وقد لبّنت هذه الخدمة حاجة خاصة بها وتم إجراؤها بطريقة حساسة وغير متطفلة.

لعبت الأخصائية الاجتماعية دورًا حاسمًا في التدبير اللاحق لأمر هذه المريضة وكذلك طبيبها الذي أبلغ برغبتها في أن تشاركه في المزيد من الأمور الشخصية.

وفيا يلي مقابلة مع فتاة تبلغ من العمر سبعة عشر عامًا تعاني من فقر الدم

اللاتنسيجي،⁽⁵¹⁾ وقد طلبت أن تتم رؤيتها في حضور الطلاب. تمت مقابلة مع والدتها مباشرة بعد ذلك، أعقبها نقاش بين طلاب الطب والطبيب المعالج وطاقم التمريض في جناحها.

الدكتورة: أعتقد أنني يمكن أن أجعل الأمر سهلاً عليك إلى حد ما، حسنًا، وأخبرنا من فضلك إذا شعرت بالتعب الشديد أو شعرت بألم. هل تريد أن تقول لي للمجموعة منذ متى كنت مريضة ومتى بدأ الأمر كله؟

المريضة: حسنًا، لقد داهمني للتو.

الدكتورة: وكيف حدث ذلك؟

المريضة: حسنًا، كنا في تجمع للكنيسة في إكس X، وهي بلدة صغيرة نتعيش منها، وقد ذهبت إلى جميع الاجتماعات. لقد ذهبنا إلى المدرسة لتناول العشاء وحصلت على طبعتي وجلست. أصيبت بنزلة برد حقيقية، وأصيبت بقشعريرة وبدأت في الارتجاف وأصيبت بألم حاد حقيقي في جانبي الأيسر. ومن ثم أخذوني إلى بيت الكاهن ووضعوني في الفراش. استمر الألم في التفاقم وظلل شعوري بالبرد يزداد ويزداد. ومن ثم اتصل هذا الكاهن بطبيب عائلته فجاء وقال إنني أعاني من نوبة التهاب في الزائدة الدودية. أخذوني إلى المستشفى وبدأ أن الألم قد اختفى؛ بدا وكأنه قد اختفى من تلقاء نفسها. لقد أجروا الكثير من الاختبارات ووجدوا أنها لم تكن الزائدة الدودية، لذا أرسلوني إلى البيت مع بقية الأشخاص. كان كل شيء على ما يرام لمدة أسبوعين وعدت إلى المدرسة.

طالب: ما الذي أصابك على ما تعتقدين؟

(51) - فقر الدم اللاتنسيجي aplastic anemia: مرض ناديفشل فيه الجسم في إنتاج خلايا الدم بأعداد كافية. ويتم إنتاج خلايا الدم في نخاع العظام بواسطة الخلايا الجذعية. يسبب فقر الدم اللاتنسيجي نقصًا في جميع أنواع خلايا الدم: خلايا الدم الحمراء وخلايا الدم البيضاء والصفائح الدموية (المترجم).

المريضة: حسنًا، لم أكن أعرف. ذهبت إلى المدرسة لمدة أسبوعين ثم مرضت يومًا ما وسقطت على السلام وشعرت بضعف حقيقي وفقدت الوعي. اتصلوا بطبيب العائلة وجاء إليّ وأخبرني بأنني مصابة بفقر الدم. حجزني في المستشفى وأعطاني ثلاثة أكياس من الدم، كان الكيس نصف لتر. وبعد ذلك بدأت أشعر بهذه الآلام هنا. كانت آلامًا سيئة وظنوا أن الأمر ربما يتعلق بالطحال. كانوا على وشك أن يستأصلوه. أخذوا مجموعة كاملة من أشعة إكس وفعّلوا كل شيء. ظللت أواجه الكثير من المشاكل ولم يعرفوا ماذا يفعلون. تمت استشارة الدكتور واي Y وأُتيْتُ إلى هنا لإجراء فحص طبي ووضعوني في المستشفى لمدة عشرة أيام. وقد أجروا مجموعة كاملة من الاختبارات وذلك حين اكتشفوا أنني مصابة بفقر الدم اللاتنسجي.

طالب: متى كان هذا؟

المريضة: كان ذلك في منتصف شهر مايو.

الدكتورة: ماذا يعني لك هذا؟

المريضة: حسنًا، كنت أريدت أن أتأكد من أنه كان كذلك أيضًا، لأنني كنت أفتقد المدرسة بشدة. الألم يؤذيني إلى حد ما وبعد ذلك، كما تعلمين، يكتشف المرء حقيقة الأمر. وبالتالي مكثت في المستشفى لمدة عشرة أيام وقد أجروا لي جميع أنواع الفحوصات ثم أخبروني بما كان لدي. قالوا إنه ليس فظيعةً. لم يكن لديهم أي فكرة عن سبب ذلك.

الدكتورة: قالوا لك إنه لم يكن فظيعةً؟

المريضة: حسنًا، أخبروا والدي. سألني والداي إن كنت أرغب في معرفة كل شيء، فقلت لهما نعم، أريد أن أعرف كل شيء. وقد قالوا لي.

طالب: كيف تعاملت مع ذلك؟

المريضة: حسنًا، في البداية لم أكن أعرف، ثم أدركت نوعًا ما أن مشيئة الرب أن أمرض لأن الأمر حدث فجأة ولم أكن قد مرضتُ من قبل. واعتقدت أن مشيئة الرب أن أمرض وقد كنت في رعايته وسوف يهتم بي ومن ثم لا داعي للقلق. وواصلت الأمر على هذا المنوال منذ ذلك الحين وأعتقد أن هذا ما أبقاني على قيد الحياة، وأنا أعلم ذلك.

طالب: هل شعرت بالاكئاب نتيجة لذلك؟

المريضة: لا.

طالب: هل تعتقد أن الآخرين قد يشعرون بالاكئاب نتيجة لذلك؟

المريضة: أوه، قد يصاب شخص ما بمرض حقيقي. أشعر أنه، كما تعلم، لا يوجد شيء مطمئن، لكنني أعتقد أن كل شخص يمرض يشعر بهذا الشعور من حين إلى آخر.

طالب: هل تمنين في بعض الأحيان لو لم يكن والدك قد أخبرك بحقيقة الحالة - ربما كنت ترغبين في أن يكون قد أخبرك الأطباء بذلك، أن يأتوا إليك ويخبروك؟

المريضة: لا، أحب أن يخبرني والداي وهو أفضل. أوه، أعتقد أنه كان من الجيد أنها أخبراني، لكن كان من الممكن أن أستمع بذلك إلى حد ما . . . لو كان الطبيب قد أطلعني على الأمر.⁽⁵²⁾

طالب: الأشخاص الذين كانوا يعملون من حولك والأطباء والممرضات، هل تعتقد أنهم تجنبوا ذكر المشكلة؟

المريضة: لم يخبروني بأي شيء، كما تعلم، معظم ما عرفته من والدي. وكان ينبغي على الأطباء والممرضات أن يخبروني.

(52) - إن المريضة هنا تعبر عن تناقضها بشأن إخبار والديها لها بدلًا من أن يخبرها الطبيب (المؤلفة).

طالب: هل تعتقدين أنك غيرت مشاعرك حيال نتيجة هذا المرض منذ أول مرة سمعتِ به؟

المريضة: لا، ما زلت أشعر بالمشاعر نفسها.

طالب: هل فكرت في الأمر طويلاً؟

المريضة: آه، ها.

طالب: وهذا لم يغير مشاعرك؟

المريضة: لا، لقد فكرت في المشكلة كثيراً، لا يمكن أن يعثروا على أوردية لي الآن. لقد أعطوني أشياء أخرى كثيرة من هذا القبيل مع كل هذه المشاكل الأخرى، لكن علينا فقط أن نحافظ على إيماننا الآن.

طالب: هل تعتقدين أن إيمانك قد صار أقوى خلال هذا الوقت؟

المريضة: آه، ها. أعتقد ذلك حقاً.

طالب: هل تعتقدين أن هذه قد تكون إحدى الطرق التي تغيرت بها؟ إن إيمانك هو أهم شيء وبالتالي سوف يجعلك تتغلبين على المشكلة؟

المريضة: حسناً، لا أعرف. يقولون إنني قد لا أتغلب على المشكلة، ولكن إذا أراد أن أكون بصحة جيدة، فيجب أن أتحسن.

طالب: هل تغيرت شخصيتك، هل لاحظت أي تغيرات كل يوم؟

المريضة: نعم، لأنني أتعاش مع المزيد من الناس. عادة ما أفعل ذلك، على الرغم من كل شيء. أتجول وأزور بعض المرضى وأقدم لهم المساعدة. إنني أتعاش مع الرفاق في الغرف الأخرى، وبالتالي أجد شخصاً آخر أتحدث معه. كما تعلم، حين يشعر المرء بالاكئاب، يكون من المفيد له أن يتحدث مع شخص آخر.

الدكتورة: هل تشعرين بالاكئاب في كثير من الأحيان؟ كنتم اثنتين في هذه

الغرفة من قبل، والآن أنت بمفردك تمامًا؟

المريضة: أعتقد أن السبب في ذلك هو أنني كنت منهكة. لم أخرج في الهواء الطلق منذ أسبوع الآن.

الدكتورة: هل تشعرين بالتعب الآن؟ أخبريني حين تشعرين بالتعب الشديد، وحينها سوف ننهي هذه الجلسة.

المريضة: لا على الإطلاق.

طالب: هل لاحظت أي تغيير فيما يتعلق بموقف أفراد عائلتك أو أصدقائك تجاهك؟

المريضة: لقد كنت قريبة جدًا من أفراد عائلتي. كنا نتعايش معًا بشكل جيد، وكنت أنا وأخي قريين دائمًا حين كنا صغارًا. أنت تعلم أنه في الثامنة عشرة من العمر ثمانية وأنا في السابعة عشرة، الفارق أربعة عشر شهرًا فقط. وكنت أنا وأختي قريتين جدًا دائمًا. والآن هما والداي أقرب كثيرًا إليّ. كما تعلم، يمكن أن أتحدث إليهم أكثر وهم، أوه، لا أعرف، إنه مجرد شعور بالمزيد من التقارب.

طالب: هل عمّق المرض علاقتك بوالديك وجعلها أكثر ثراءً؟

المريضة: آه، ها، ومع الأطفال الآخرين أيضًا.

طالب: هل هذا شعور بالدعم لك في أثناء هذا المرض؟

المريضة: نعم، لا أعتقد أنه يمكنني أن أتغلب على هذا المرض الآن بدون أفراد عائلتي وجميع الأصدقاء.

طالب: يريدون مساعدتك بكل الطرق الممكنة. ماذا عنك، هل تساعدنيهم أيضًا بطريقة ما؟

المريضة: حسنًا، أحاول . . . حين يأتون أحاول أن أجعلهم يشعرون بأنهم كما

لو كانوا في بيوتهم وأحاول أن أجعلهم يعودون إلى بيوتهم وهم يشعرون بأنهم في حالة أفضل وأشياء من هذا القبيل.

طالب: هل تشعرين بالاكئاب الشديد حين تكونين بمفردك؟

المريضة: نعم، أشعر بالذعر لأنني أحب الناس وأحب أن أكون مع الناس وأن أكون مع شخص ما . . . لا أعرف، حين أكون وحدي تظهر كل المشاكل. يشعر المرء أحياناً بمزيد من الاكتئاب حين لا يكون هناك شخص ما يتحدث معه.

الطالب: هل هناك أي شيء على وجه الخصوص تشعرين به حين تكونين بمفردك، أي شيء يخيفك من أن تكوني وحيدة؟

المريضة: لا، أشعر فقط أنه لا يوجد أحد هناك وليس هناك أحد أتحدث إليه.

الدكتورة: قبل أن يصيبك المرض، أي نوع من الفتيات كنت؟ هل كنت منفتحة جداً أم كنت ترغيبين في أن تكوني وحيدة؟

المريضة: حسناً، كنت منفتحة جداً. كنت أحب القيام بأشياء رياضية، والذهاب إلى أماكن، والذهاب إلى الألعاب وإلى الكثير من الاجتماعات.

الدكتورة: هل سبق لك أن كنت بمفردك لفترة طويلة قبل أن يصيبك المرض؟
المريضة: لا.

طالب: إذا كان عليك القيام بذلك مرة أخرى، فهل تفضلين أن ينتظر والداك قبل أن يخبراك؟

المريضة: لا، إنني سعيدة لأنني عرفت من البداية. أعني أنني أفضل أن أعرف في البداية تماماً وأعلم أنني لا بد أن أموت ويمكن لهما مواجهتي بالحقيقة.

طالب: ما الذي يجب عليك مواجهته، ماذا يشبه الموت في رأيك؟

المريضة: حسناً، أعتقد أنه أمر رائع لأن المرء يذهب إلى بيته، بيته الآخر،

بالقرب من الرب، وأنا لا أخشى الموت.

الدكتورة: هل لديك صورة مرئية لهذا "البيت الآخر"، تدركين، كما تعلمين، لدينا بعض الفانتازيا حول هذا الموضوع على الرغم من أننا لم نتحدث عنه قط. هل تمانعين في الحديث عن الموضوع؟

المريضة: حسناً، أعتقد نوعاً ما أنه مثل لم الشمل حيث يكون الجميع هناك وهو أمر رائع حقاً وحيث يوجد شخص آخر هناك - خاص، كما تعلمين. شخص من النوع الذي يجعل كل شيء مختلفاً.

الدكتورة: هل هناك أي شيء آخر يمكن أن تقوله عن هذا البيت، كيف يبدو؟ المريضة: أوه، يمكن أن يقول المرء إن لديه شعوراً رائعاً، ولم تعد هناك احتياجات، وأنه لم يعد بمفرده قط.

الدكتورة: هل كل شيء على ما يرام بالضبط؟

المريضة: على ما يرام بالضبط، آه، ها.

الدكتورة: لا حاجة إلى الطعام ليبقى قوياً؟

المريضة: لا، لا أعتقد ذلك. سوف يتمتع المرء بقوة في داخله.

الدكتورة: ولا تكونين في حاجة إلى كل هذه الأشياء الدنيوية؟

المريضة: لا.

الدكتورة: فهمتُ. حسناً، كيف حصلتِ على هذه القوة، كل هذه الشجاعة لمواجهة المرض منذ البداية؟ أنت تعرفين أن عدداً كبيراً من الناس يؤمنون بدين، لكن قلة قليلة منهم في ذلك الوقت سوف يواجهون الأمر كما تواجهينه. هل كنت دائماً على هذا النحو؟

المريضة: آه، ها.

الدكتورة: لم يكن لديك أي شعور عدواني عميق وحققي -

المریضة: لا.

الدكتورة: أو كنت تغضبين من الناس الذين لم يكونوا مرضى؟

المریضة: لا، أعتقد أنني تعايشت مع والديّ لأنها كانا مبشرين لمدة عامين في

إس S.

الدكتورة: فهمتُ.

المریضة: وكانا كلاهما يعملان بشكل رائع في الكنيسة. لقد قاما فقط بتریتنا

جميعًا في بيت مسيحي وقد ساعدني ذلك إلى حد بعيد.

الدكتورة: هل تعتقدين أننا، بوصفنا أطباء، يجب أن نتحدث إلى الأشخاص

الذين يواجهون مرضًا مميًا بشأن مستقبلهم؟ هل يمكن أن نخبرنا بما يمكن أن

تعلمينا إياه إذا كانت مهمتك هي أن تعلمينا ما يجب علينا أن نفعله للآخرين؟

المریضة: حسنًا، سوف يأتي الطبيب وينظر إلى المريض ويقول له "كيف حالك

اليوم" أو شيئًا من هذا القبيل، إنه زيف حقيقي. إنه شيء يجعل المرء يشعر

بالاستياء بسبب المرض لأنهم لا يتحدثون مع المرء أبدًا. أو يأتون ويتعاملون

وكأنهم نوع مختلف من الناس. معظم من أعرفهم يفعلون ذلك. حسنًا، إنهم

ينزلون ويتحدثون معي لبعض الوقت ويسألونني عن شعوري ويزورونني.

يقولون أشياء عن شعري وأنا أبدو أفضل. إنهم يتحدثون إلى المريض فقط وبعد

ذلك سوف يسألونه عن شعوره ويشرع بعضهم في تفسير الأمور بقدر ما

يستطيعون. إن الأمر يمثل نوعًا من الصعوبة بالنسبة لهم لأنني دون السن

القانونية وليس من المفترض أن يخبروني بأي شيء، لأنه من المفترض أن يخبروا

والديّ. أعتقد أنه من المهم جدًا التحدث إلى المريض لأنه إذا كان هناك شعور

بارد بين الأطباء، فإن المرء يخشى نوعًا ما من أن يأتي الطبيب إليه إذا كان له أن

يتصرف ببرود كما لو كان رجل أعمال. حين يأتي ويتصرف بدفء وإنسانية، فإن هذا يعني الكثير.

الدكتورة: هل كان لديك شعور بالانزعاج أو عدم الراحة من المجيء إلى هنا والتحدث إلينا عن هذا الموضوع؟

المريضة: لا، أنا لا أمانع في الحديث عنه.

الطالب: كيف تعاملت الممرضات مع هذه المشكلة؟

المريضة: معظمهن كن رائعات للغاية ويتحدثن كثيرًا وأنا أعرف معظمهن جيدًا.

الدكتورة: هل تشعرين أن الممرضات قادرات على التعامل مع المشكلة بشكل أفضل من الأطباء إلى حد ما؟

المريضة: حسنًا، نعم، لأنهن موجودات أكثر ويفعلن أكثر من الأطباء.

الدكتورة: أووه، قد يكن أقل انزعاجًا.

المريضة: أنا متأكدة من ذلك.

طالب: هل لي أن أسأل، هل مات أي أحد في عائلتك منذ أن كبرت؟

المريضة: نعم، شقيق والدي، عمي مات. ذهبت إلى جنازته.

طالب: ماذا كان شعورك؟

المريضة: حسنًا، لا أعرف. بدا الأمر مرحًا نوعًا ما، كان يبدو شخصًا مختلفًا.

لكن، كما تعرف، كان هذا هو أول شخص رأيته ميتًا.

الدكتورة: كم كان عمرك؟

المريض: قد نقول كان عمري اثني عشر عامًا أو ثلاثة عشر عامًا تقريبًا.

الدكتورة: قلت "لقد بدا أمر مرحًا" وابتسمت.

المريضة: حسنًا، لقد كان يبدو شخصًا مختلفًا، كما تعلمين، يده لم يكن لها أي لون وبدا ساكنًا. ثم ماتت جدي ولكني لم أكن هناك. مات جدي لوالدي، لكنني لم أكن هناك أيضًا، لقد واصلت فقط، كما تعلمين. أوه، ثم ماتت عمتي ولم أستطع الذهاب إلى الجنازة لأنه لم يكن قد مضى وقت طويل وكنت مريضة ولم نذهب.

الدكتورة: إنه يأتي بأشكال وطرق مختلفة، أليس كذلك؟

المريضة: نعم، كان عمي المفضل. لا ينبغي على المرء أن يبكي في الواقع حين يموت شخص ما لأن المرء يعلم أن هذا الشخص ذاهب إلى الجنة وهذا شعور سعيد بالنسبة له، أن يعرف أنه سوف يكون في الجنة.

الدكتورة: هل تحدث أي أحد منهم عن ذلك معك في أي وقت؟

المريضة: توفي للتو صديق مقرب حقيقي، حقيقي، من أصدقائي، منذ أكثر من شهر وذهبت أنا وزوجته إلى جنازته. وكان هذا يعني الكثير بالنسبة إلي لأنه كان رائعًا جدًا وقد فعل الكثير من أجلي حين مرضت. لقد كان يتركني وأنا أشعر بارتياح شيء وكل تلك الأشياء.

الدكتورة: إذن ما تقولينه هو أن نكون أكثر تفهمًا وأن نأخذ بعض الوقت ونتحدث مع المرضى.

وفيا يلي المقابلة مع والدة هذه الفتاة الصغيرة. وقد تحدثنا معها بعد وقت قصير من إجراء المقابلة مع ابنتها.

الدكتورة: يوجد عدد قليل جدًا من الآباء الذين يأتون إلينا للحديث عن أبنائهم الذين يعانون من مرض شديد وأنا أعلم أن ترتيب إجراء هذه المقابلة غير عادي.

الأم: حسناً، لقد طلبتُ أنا ذلك.

الدكتورة: ما تحدثنا عنه مع ابنتك هو عما تشعر به إزاء الموت والطريقة التي تنظر بها إليه. لقد تأثرنا بهدوئها وعدم قلقها طالما أنها لم تكن وحدها.

الأم: هل تحدثت كثيراً اليوم؟

الدكتورة: نعم.

الأم: إنها تعاني من قدر كبير من الألم اليوم وتشعر بأنها في حالة سيئة جداً.

الدكتورة: لقد تحدثت كثيراً، أكثر بكثير جداً مما تحدثت هذا الصباح.

الأم: أوه، وكنت أخشى أن تدخل إلى هنا بدون أن تقول أي شيء.

الدكتورة: إننا لن نبقيك هنا لفترة طويلة، لكنني سأكون ممتنة لو سمحت للأطباء الشباب بطرح بعض الأسئلة عليك.

طالب: حين اكتشفت حالة ابنتك لأول مرة، وعرفت أنها غير قابلة للشفاء، كيف كان رد فعلك على ذلك؟

الأم: جيداً، جيداً جداً.

الطالب: أنت وزوجك؟

الأم: لم يكن زوجي معي في ذلك الوقت وشعرت ببعض المشاعر السيئة إلى حد ما للطريقة التي اكتشفت بها المشكلة. كنا فقط نعلم أنها كانت مريضة، وكان هذا كل شيء، وعندما أتيت لزيارتها في ذلك اليوم، اتصلت لأعرف حالتها. قال الطبيب، «أوه، إنها ليست بخير على الإطلاق. لدي بعض الأخبار السيئة من أجلك.» أراني الطريق إلى إحدى الغرف الصغيرة وقال، بصراحة تامة: «حسناً، إنها تعاني من فقر الدم اللاتنسجي ولن تتحسن، هذا كل شيء.» وقال: «لا يمكن أن نفعل أي شيء، لا نعرف السبب، ولا نعرف العلاج.» فقلت، «حسناً، هل

يمكن أن أطرح عليك سؤالاً؟» فقال: «إذا أردت». قلت، «كم من الوقت أمامها يا دكتور، ربما عام؟» فقال: «أوه، لا، لا على الإطلاق». فقلت: «لهذا، نحن محظوظون». وهذا كل ما قاله ولذا لدي الكثير من الأسئلة الأخرى.

الدكتورة: كان هذا في مايو الماضي؟

الأم: في مايو، يوم 26، آه، ها. وقال: «هناك الكثير من الناس الذين يعانون منه، إنه غير قابل للشفاء وهذا كل ما في الأمر. سوف يكون عليها فقط أن تتقبل الأمر». وخرج. وقد واجهت صعوبة في العثور على طريقي للعودة إلى جناحها وأعتقد أنني تهت في إحدى القاعات، وأنا أحاول العودة، وقد أصابتنى حالة من الذعر. وقفت هناك طول الوقت وفكرت، «يا إلهي، هذا يعني أنها لن تعيش»، وكنت مخطئة تمامًا ولم أكن أعرف كيف أعود إليها. ثم تماسكتُ وعدتُ إليها وتحدثتُ معها. كنت خائفة في البداية من الدخول إليها ومن أن أخبرها بمدى خطورة مرضها لأنني لم أكن أعرف مدى ما أشعر وقد أنخرط في البكاء. ومن ثم تماسكتُ واعتدلتُ قبل أن أذهب لرؤيتها مرة أخرى. لكن الطريقة التي أطلعني الطبيب بها على المشكلة وحقيقة أنني كنت وحدي كانت بمثابة صدمة كبيرة. إذا كان الطبيب قد جعلني أجلس على الأقل ثم أخبرني، أعتقد أنه كان من الممكن أن أتقبل الأمر بشكل أفضل إلى حد ما.

طالب: بالضبط ما الطريقة التي كنت تتمنين لو أنه أطلعك بها على المشكلة؟

الأم: حسنًا، إذا كان قد انتظر - كان زوجي معي في كل مرة أخرى وكانت هذه المرة الأولى التي أكون فيها بمفردي، وإذا اتصل بنا وربما قال: «حسنًا، إنها مصابة بهذا المرض الذي لا يوجد له علاج.» كان يمكن أن يخبرنا بذلك بصراحة، ولكن كان لديه القليل من التعاطف ولا يحتاج إلى أن يبدو قاسيًا جدًا. أعني، كيف قال ذلك، «حسنًا، إنك لست الوحيدة في العالم.»

الدكتورة: كما تعلمين، لقد واجهتُ هذه المشكلة مرات عديدة وهو أمر مؤلم.

هل خطر على ذهنك أن هذا الرجل ربما يواجه بعض الصعوبات في مشاعره تجاه
مثل هذه المواقف؟

الأم: نعم، لقد فكرت في هذا، لكن الأمر مؤلم على أي حال.

الدكتورة: أحيانًا تكون الطريقة الوحيدة التي يستطيع بها أن يوصل مثل هذه
الأخبار طريقة باردة وحيادية.

الأم: أنت على حق أيضًا. لا يمكن للطبيب أن يتأثر بهذه الأشياء وربما لا
ينبغي. لكنني لا أعرف، يجب أن تكون هناك طرق أفضل.

الطالب: هل تغيرت مشاعرك تجاه ابنتك؟

الأم: لا، إنني ممتنة حقًا لكل يوم أمضيته معها، لكنني آمل وأدعو أكثر، وهذا
ليس صحيحًا، كما أعلم. لكن لا، لقد نشأت على فكرة أن الموت يمكن أن يكون
جميلًا ولا داعي للقلق. أعلم أنها سوف تكون شجاعة حين يحدث ذلك. مرة
واحدة فقط رأيتها تنهار وتبكي، حين قالت: «أمي، تبدين قلقة»، وقالت: «لا
تقلقي، أنا لست خائفة». وقالت، «إلهي ينتظرنني، سوف يعتني بي، فلا تخافي».
وقالت: «أنا لست خائفة، هل يزعجك ذلك؟» قلت: «لا، أعتقد أن الجميع
كذلك». وقلت: «لكن فقط حافظي على ما أنت فيه». وقلت: «هل ترغبين في
البكاء؟ انطلقني وابكي، الجميع يفعلون ذلك». قالت: «لا، ليس هناك ما يدعو
للبيكاء». لذا أعني أنها قبلت الأمر وقد قبلناه أيضًا.

الدكتورة: كان ذلك قبل عشرة أشهر، أليس كذلك؟

الأم: نعم.

الدكتورة: منذ وقت قصير جدًا، قيل لك أيضًا «أربع وعشرين ساعة» فقط.

الأم: يوم الخميس الماضي قال الطبيب إننا نكون محظوظين إذا بقيت على قيد
الحياة من 12 ساعة إلى 24 ساعة. أراد أن يعطيها بعض المورفين لتقصير الفترة

وجعلها أقل إيلاّمًا. سألناه عما إذا كان من الممكن أن نفكر في الأمر لمدة دقيقة، فقال، «لا أفهم لماذا لا تفعلين ذلك وتوقفين الألم.» ابتعد. وبالتالي قررنا أنه من الأفضل لها أن تسمح له بأن يمضي قدمًا وأن يقوم بذلك. ومن ثم أخبرنا طبيب الدور أنه يمكن أن يخبره بموافقتنا. لم نره منذ ذلك الحين ولم تحقن على الإطلاق. ثم مرت بأيام جيدة ومرت بأيام سيئة للغاية، لكنها تحصل على المزيد منها ببطء وهي في حاجة إلى كل الأشياء التي قيل لي إنها قد تحدث من مرضى آخرين.

الدكتورة: من أين؟

الأم: حسنًا، والدتي من بي P، وهناك مائتان من هؤلاء المرضى وقد عرفت والدتي الكثير عنهم. قالت إنهم في النهاية يتألمون حتى من اللمس ويشعرون بالألم في كل أجزاء الجسم. ثم تقول، حتى ونحن نرفعهم، تنكسر عظامهم. الآن لم تكن ترغب في تناول الطعام لمدة أسبوع أو نحو ذلك وبدأت تحدث كل هذه الأشياء. حتى الأول من مارس، كما تعلمين، كانت تطارد المرضات ذهابًا وإيابًا في القاعة وتقوم بمساعدتهن وتنقل المياه إلى المرضى الآخرين، وتثير البهجة في نفوسهم.

الدكتورة: وبالتالي كان الشهر الماضي هو الأصعب.

طالب: هل غير هذا علاقتك بأبنائك الآخرين عمومًا؟

الأم: أوه، لا، لقد اعتادوا على أن يتشاجروا طول الوقت وكانت تتشاجر معهم وبعد ذلك اعتادت أن تقول، «أوه، أمل فقط أن يجعل هذا الأمر أسهل.» ما زالوا يتشاجرون قليلًا، لكن لا أعتقد أنهم يتشاجرون أكثر من أي أشخاص آخرين ولم يكره أي منهم الآخر قط، لكنهم (ضحكات خافتة) كانوا رائعين حقًا مع الأطفال.

طالب: كيف يشعرون هم أنفسهم حيال ذلك؟

الأم: أوه، إنهم لا يدللوننا عن قصد. إنهم يعاملوننا كما كانوا يعاملوننا من قبل. وهذا أمر جيد لأنه لا يجعلها تشعر بالأسف على نفسها وقليلًا ما يردون عليها بفظاظة وما إلى ذلك. إذا كان لدى أحدهم أشياء أخرى يقوم بها بشكل جيد، فإنه يقول لها، «لن أحضر لرؤيتك هذا السبت، سوف أنزل إلى المدينة خلال الأسبوع بدلًا من ذلك. أنت تفهميني، أليس كذلك؟» وكانت تقول، «نعم، استمتع بوقتك.» وسوف تتوافق مع الفكرة وفي كل مرة يأتون يعرفون أنها ربما لا تعود إلى البيت، كما تعلمين. لذا فهم يدركون ذلك ونترك كلمة حيث يمكن الوصول إلينا ويتواصل كل منا مع الآخر.

الدكتورة: هل تتحدثين مع أبنائك الآخرين حول هذه النتيجة المحتملة؟

الأم: أوه، نعم.

الدكتورة: هل تتحدثين عنها بشكل واضح وصریح؟

الأم: نعم، إننا نفعل ذلك. لقد كنا عائلة متدينة بشكل ما. نؤدي الفروض كل صباح، نصلي قبل أن يذهبوا إلى المدرسة وأعتقد أن هذا كان عونًا كبيرًا لهم لأنهم بصفتهم عائلة، وخاصة مع المراهقين، لديهم دائمًا مكان يذهبون إليه، وشيء يجب القيام به ولا يمكن على ما يبدو أن نجتمع للجلوس والتحدث حول مشاكل وأشياء من هذا القبيل، لكنهم سوف يستغرقون هذا الوقت كل صباح ويحدثون مشاكل عائلية. نقوم بتسوية الأمور في هذه الدقائق العشر أو الخمس عشرة كل صباح وهذا ما يجمعنا جميعًا معًا. وقد تحدثنا عن ذلك كثيرًا وفي الحقيقة إن ابنتنا قد قامت بإعداد ترتيبات جنازتها بالفعل.

الدكتورة: هل تريدين أن تحكي لنا عن ذلك؟

الأم: نعم، لقد تحدثنا عن ذلك. كانت هناك طفلة صغيرة ولدت في مجتمعنا - في الواقع في كنيستنا، وهي كيفية. أعتقد أنها تبلغ من العمر ستة أشهر تقريبًا، وذات يوم قالت ابنتي في المستشفى القديم، «أمي، أود أن أعطي عيني لها حين

أموت.» وقلت: «حسنًا، سوف نرى ما يمكن أن نفعله حيال ذلك، لا أعرف ما إذا كانوا سوف يأخذونها.» وقلت: «أنت تعلمين أننا يجب أن نتحدث حقًا عن أشياء من هذا القبيل، يجب علينا جميعًا، لأننا لا نعرف أبدًا متى يمكن أن نكون أنا وبابا على الطريق وقد يحدث شيء ما لنا وقد نترككم أيها الأبناء وحدكم.» فقالت: «نعم، يجب أن نتفق على كل هذه الأمور.» وقالت: «دعينا أنا وأنت الآن نسهل الأمر على الآخرين. سوف نقوم بتدوين ما نرغب في القيام به وسوف نسألهم عما يودون القيام به.» لذا سهلت الأمر علي وقالت: «سوف أبدأ ثم تخبريني.» لذلك قمت بتدوين الأشياء التي أخبرتني بها وقد جعلت الأمر أسهل بكثير. لكنها تحاول دائمًا أن تسهل الأمور على الناس.

طالب: هل كان لديك أي شك على الإطلاق قبل أن يقال لك إنه قد يكون مرضًا لا يمكن شفاؤه؟ لقد قلت إن زوجك كان معك في كل المرات الأخرى، في هذه المرة بالذات كنت بمفردك. هل كان هناك سبب معين لعدم وجوده؟

الأم: أحاول أن أذهب إلى المستشفى قدر المستطاع وكان مريضًا. وكان لديه وقت فراغ أكثر من المعتاد. لذلك كان معي معظم الوقت.

طالب: أخبرتنا ابنتك أنه كان مبشرًا في إس S وأنكما نشطان جدًا في عمل الكنيسة. وكان هذا جزءًا من سبب الخلفية الدينية العميقة. ما طبيعة عمله التبشيري؟ لماذا لم يعد يمارسه؟

الأم: حسنًا، لقد كان عضوًا في طائفة المورمون.⁽⁵³⁾ ودائمًا ما كانوا يدفعون جميع أمواله، ويدفعون مقابل جميع مزاياه وكل شيء، وهكذا في بداية زواجنا، ذهبت إلى الكنيسة لمدة عام تقريبًا. ثم بدأ بالذهاب معي ولمدة سبعة عشر عامًا كان يذهب معي ومع الأطفال كل يوم أحد. منذ حوالي أربع سنوات أو خمس

(53) - المورمون Mormon: عضو في كنيسة يسوع المسيح لقديسي الأيام الأخيرة، وهي طائفة تأسست في الولايات المتحدة عام 1830 على يد جوزيف سميث الابن (المترجم).

سنوات، انضم إلى كنيستنا وكان عاملاً نشطاً - وقد ظل فيها طول ذلك الوقت.

طالب: كنت أتساءل بما أن ابنتك تعاني من مرض لا يعرف له سبب أو علاج، هل لم تشعرى قط بنوع من الشعور غير المبرر بالذنب؟

الأم: نعم شعرتُ. لقد بحثنا مرات عديدة في حقيقة أنني لم أعطهم فيتامينات قط. ظل طبيب عائلتي يقول إنهم ليسوا في حاجة إليها وظللت أقول ربما كانوا، كانوا يأخذونها، ثم حاولت أن أعلق الأمر على جميع أنواع الأشياء. تعرضت لحادث في الشرق. يقولون أن هذا يمكن أن يحدث بسبب العظام. يقولون أن أي إصابة في العظام يمكن أن تسبب هذا. لكن الأطباء هنا يقولون، «لا، لن يحدث كان يجب أن يكون في غضون بضعة أشهر قبل ذلك.» لقد عانت من قدر كبير من الألم لكنها تتحمله بشكل جيد. لا، إننا نصلي دائماً «لتكن مشيئتك»⁽⁵⁴⁾ ونشعر أنه إذا أراد أن يأخذها، فسوف يفعل وإذا لم يفعل ذلك فسوف يقوم بمعجزة. لكننا استسلمنا لما يقرب من نصف المعجزة، لكنهم يقولون لا تستسلموا أبداً. نحن نعلم أن الأفضل سوف يكون. وقد سألناها - هذا شيء آخر. طلبوا منا ألا نخبرها أبداً. كان لديها قدر كبير من النضج للقيام بذلك العام الماضي. لقد كانت مع جميع أنواع النساء، امرأة حاولت الانتحار، ونساء تحدثن عن مشاكلهن مع أزواجهن وقد أنجبن أطفالاً. ليس هناك شيء لا تعرفه أو أشخاص لم تتواصل معهم. وكان لديها قدر كبير مما تحمله. الشيء الوحيد الذي لا تحبه هو أن يحاول الناس إخفاء الأشياء عنها. تريد أن تعرف كل شيء. لذلك قلنا لها. تحدثنا عن حالتها مرة أخرى وبعد ذلك حين كانت مريضة للغاية الأسبوع الماضي واعتقدنا أن هذه هي النهاية. كان الطبيب يخبرنا في القاعة عن هذا وقد سألت على الفور: «ماذا قال، هل أموت الآن؟» وقلت، «حسناً، لسنا متأكدين. قال إن حالتك سيئة للغاية». ومن ثم قالت: «حسناً، ماذا يريد أن يعطيني؟» لم أخبرها قط بما يريد أن

(54) - الاقتباس من إنجيل متى 6: 10، والترجمة عن الترجمة العربية للكتاب المقدس، ونص الآية بالكامل: لِيَأْتِ مَلَكُوتُكَ. لِنَكُنْ مَشِيئَتُكَ كَمَا فِي السَّمَاءِ كَذَلِكَ عَلَى الْأَرْضِ (المترجم).

يعطيها، وقلت: «إنه مسكن للألم». فقالت: «هل هو مخدر، لا أريد أي مخدر.» قلت: «سوف يساعد ذلك في تخفيف ألمك.» فقالت: «لا، أفضل المعاناة. لا أريد أن أصبح مدمنة على المخدرات.» قلت: «لن تصبحي مدمنة.» فقالت: «أمي، أنا فقط مندهشة منك.» إنها لم تستسلم قط، فقط إنها فقط تأمل دائماً في أن تتحسن.

الدكتورة: هل تريد إنهاء هذه المقابلة؟ لم يتبق لدينا سوى بضع دقائق. هل تريد أن تخبري المجموعة عن شعورك حيال تعامل طاقم المستشفى معك بوصفك أمًّا لابنة محتضر؟ هل تريد أن تكوني معها بشكل طبيعي بقدر ما تستطيعين. ما مقدار المساعدة التي حصلت عليها؟

الأم: حسناً، لقد كانت الأمور رائعة جداً في المستشفى القديم. كانوا في منتهى الود؛ إنهم أكثر انشغالاً بالمستشفى الجديد والخدمة فيه ليست جيدة بالقدر نفسه. إنهم يجعلونني دائماً أشعر وكأنني في الطريق حين أكون هنا، وخاصة الطبيب المقيم وطبيب الامتياز. أنا فقط في طريقهم. حتى أنني وصلت إلى حيث أختبئ في القاعة وأحاول أن أتسلل من أمام الطبيب. أشعر وكأنني لص يدخل ويخرج لأنهم ينظرون إليّ وكأنهم يقولون: «هل أنت هنا مرة أخرى؟» إنهم يمرون بي فقط، كما تعلمين، ولا يتحدثون معي. أشعر وكأنني أغزو شيئاً ما، وكأنني لا ينبغي أن أكون هنا. لكنني أريد البقاء هنا، والسبب الوحيد لبقائي هو أن ابنتي طلبت مني ذلك ولم تطلب مني ذلك من قبل قط. وأنا أحاول أن أبقى بعيداً عن الطريق. في الحقيقة، لا أقصد أن أكون مغرورة، لكنني أعتقد أنني قدمت مساعدات كثيرة. لكنهم يعانون من نقص شديد في العمالة وأنا أعلم أن أول ليلتين أو ثلاث ليال كانت سيئة للغاية، ولا أعرف ما الذي كانت ستفعله لأن المرضات قد يتجنبنها هي والسيدة الأكبر سنّاً التي توجد في الغرفة نفسها. تعرضت السيدة المسنة لنوبة قلبية ولم تستطع حتى أن تجلس على السرير وكان عليّ أن أساعدها في أن تأخذ وضعا مريحاً في بعض الليالي وكانت ابنتي تتقيأ وتحتاج إلى الغسيل والعناية بها ولم يكن ليفعلن لها ذلك. ويجب على شخص ما أن

يفعل ذلك.

طالب: أين تنامين؟

الأم: في الكرسي هناك. في الليلة الأولى لم يكن عندي وسادة أو بطانية أو أي شيء. أصرت إحدى المرضى الأخريات اللاتي لا ينامن على وسادة على أن آخذ وسادتها وغطيت نفسي بمعطفي ثم في اليوم التالي بدأت أجلب أشياءي. أعتقد أنه لا ينبغي علي أن أقول ذلك، ولكن واحدًا من عمال النظافة (ضحكة مكتومة) كان يحضر لي فنجانًا من القهوة بين الحين والآخر.

الدكتورة: عمل جيد منه.

الأم: أشعر أنني لا يجب أن أقول كل هذا، لكن علي أن أخرج من صدري.

الدكتورة: أعتقد أنه يجب إبراز هذه الأشياء. من المهم التفكير في هذه الأشياء والتحدث عنها، وليس الالتفاف حول الأمور المهمة والقول إن كل شيء على ما يرام.

الأم: لا، كما كنت أقول، إن موقف الأطباء والمرضات يحدث فرقًا كبيرًا مع المرضى والعائلة.

الدكتورة: أمل أن تكوني قد مررتِ على بعض الخبرات الجيدة أيضًا.

الأم: يجب أن أقول. إن هناك فتاة تعمل في الليل وكانوا يأخذون الأشياء واشتكى العديد من المرضى ولم يتم فعل أي شيء حيال ذلك. هي لا تزال في العمل ولذا فإن هؤلاء المرضى الآن يستيقظون في الليل في انتظار قدومها إلى الغرفة لأنهم يخشون من سرقة هذه الأشياء. وحين تأتي، تكون وقحة للغاية، كما تعلمين، ولثيمة للغاية، وهي خادمة. ثم في الليلة التالية دخل إلى بابنا ولد لطيف طويل ملون وقال، "مساء الخير. أنا هنا لأجعل ليلتكم أكثر بهجة"، وكان موقفه كله رائعًا. كان يأتي طوال الليل حين كنت أضغط على الجرس. لقد كان رائعًا.

وفي صباح اليوم التالي كانت المريضان اللتان في الغرفة أفضل بنسبة مائة بالمائة وهذا يجعل اليوم أفضل بكثير.

الدكتورة: شكرًا لك، يا مسز إم M.

الأم: أتمنى ألا أكون قد تحدثت أكثر مما ينبغي.

فيما يلي المقابلة مع مسز سي C، التي شعرت أنها لا تستطيع مواجهة موتها بسبب ضغط الالتزامات العائلية.

الدكتورة: قلتِ إن هناك الكثير من الأشياء التي تدور في رأسك حين تستلقين في السرير بمفردك وتفكرين. ولذا عرضنا أن نجلس معًا لبعض الوقت ونستمع فقط. كان أحد أسئلتك الكبيرة يتعلق بأبنائك. هل هذا صحيح؟

المريضة: نعم، أكثر ما يقلقني هو ابنتي الصغيرة. وعندني ثلاثة أبناء أيضًا.

الدكتورة: ومع ذلك، فإنهم قد كبروا تقريبًا، أليس كذلك؟

المريضة: نعم، لكنني أعلم أن الأبناء يتفاعلون مع الآباء المرضى المعتلين بشدة، خاصة حين تكون الأم هي المريضة. وأنت تعلمين أن هذه الأشياء لها تأثير كبير في مرحلة الطفولة. أتساءل عن التأثير الذي قد يقع عليها حين تكبر هكذا. حين تكبر وتنظر إلى تلك الأشياء.

الدكتورة: أي نوع من الأشياء؟

المريضة: حسنًا، أولاً حقيقة أن والدتها أصبحت غير نشيطة. أصبحت خاملة أكثر بكثير مما كانت عليه من قبل، سواء في الأنشطة المدرسية أو الكنسية. وأنا الآن أكثر خوفًا بشأن التفكير بمن يعتني بأفراد أسرتي. أكثر خوفًا مما كنت عليه وأنا في البيت، حتى حين كنت غير نشيطة في البيت. في كثير من الأحيان لا يكون

الأمر معروفًا بين الأصدقاء ولا يريد أحد يتحدث عنه. لذلك أخبرت الآخرين، اعتقدت أن الناس يجب أن يعرفوا ذلك. ثم أتساءل ما إذا كنت قد فعلت ما ينبغي؟ وأتساءل ما إذا كنت قد فعلت ما ينبغي حين أخبرت فتاتي وهي صغيرة بهذا الشكل، أو هل كان يجب تأجيل الأمر إلى وقت لاحق؟

الدكتورة: كيف أخبرتها؟

المريضة: حسنًا، الأطفال صريحون تمامًا في الأسئلة التي يطرحونها. كنت صريحة تمامًا في الطريقة التي أجبت بها. لكنني فعلت ذلك بالمشاعر. وكان لدي دائمًا شعور بالأمل. شعور بالأمل في أنهم قد يكتشفون شيئًا جديدًا في أي يوم وما زال لدي فرصة. لم أكن خائفة وأشعر أنها لا يجب أن تخاف. إذا تفاقم المرض في أي وقت ودخلت في حالة من اليأس، ولم أعد أستطيع أن أعمل مرة أخرى وقد صرت غير مرتاح للغاية، لم أكن خائفة من أن أواصل باستمرار. أمل أن تتطور وتنضج من خلال العمل في مدرسة الأحد. لو علمتُ فقط أنها يمكن أن تستمر وأنها لم تشعر بأنها مأساة. لم أكن أريد قط أن يتأبها مثل هذا الشعور. إنني لا أشعر بهذا الشعور وبهذه الطريقة تحدثت معها. حاولت مرات عديدة أن أكون مبتهجة معها وتعتقد دائمًا أنهم سوف يعالجونني هنا. وهي في هذه المرة تعتقد مرة أخرى أنهم سوف يعالجونني هنا!

الدكتورة: لا يزال لديك بعض الأمل ولكن بالتأكيد ليس بالقدر نفسه الذي لدى أفراد أسرتك. هل هذا ما تقولينه؟ وقد يكون اختلاف الوعي هو ما يجعل الأمر أكثر صعوبة.

المريضة: لا أحد يعرف إلى متى يمكن أن يستمر هذا الوضع. من المؤكد أنني كنت دائمًا متمسكة بالأمل، لكن هذا هو المستوى الأدنى على الإطلاق. لم يكشف لي الأطباء عن أي شيء. لم يخبروني بما وجدوه في أثناء إجراء العملية. لكن أي شخص قد يعرف بدون أن يخبره أحد. وزني انخفض إلى أدنى مستوياته على

الإطلاق. شهيتي ضعيفة جدًا. يقولون إنني أعاني من عدوى لم يتمكنوا من اكتشافها - حين يكون المرء مصابًا بسرطان الدم، فإن أسوأ شيء يمكن أن يحدث له هو أن يصاب بالعدوى في وجود السرطان.

الدكتورة: لقد كنت مستاءة أمس حين جئت لزيارتك. لقد أجريت لك أشعة أكس على القولون وشعرت كما لو كنت تمنحين شخصًا ما جزءًا من عقلك.

المريضة: صحيح. أنت تعلمين أن الأشياء الكبيرة لا تكون هي ما يهم حين يكون المرء مريضًا جدًا وضعيفًا جدًا. إن الأشياء الصغيرة هي ما يهم. لماذا بحق السماء لا يستطيعون أن يتحدثوا معي؟ لماذا لا يمكن أن يخبروني قبل أن يقوموا بإجراءات معينة؟ لماذا لا يسمحون للمرء بأن يذهب إلى الحمام قبل أن يخرجوه من الغرفة مثل شيء، وليس على أنه شخص؟

الدكتورة: ما الذي كان يزعجك حقًا صباح أمس؟

المريضة: إنه أمر شخصي حقًا، لكن ينبغي عليّ أن أخبرك به. لماذا لا يزودون المرء ببجامة إضافية حين يذهب لإجراء أشعة على القولون؟ حين ينتهي المرء من إجراءاتها، يكون في حالة فوضى مطلقة. وبعد ذلك يكون من المفترض أن يجلس على كرسي وهو لا يرغب بأي شكل في أن يجلس على هذا الكرسي. تعلمين أنه ستكون هناك كتلة من الطباشير الأبيض حين ينهض المرء، وهذا وضع غير مريح. كنت أعتقد، حسنًا، أنهم رائعون جدًا بالنسبة إلي في الطابق العلوي هناك في غرفتي، لكن حين أرسلوني إلى هنا لإجراء أشعة إكس كنت أشعر كما لو كنت رقمًا أو شيئًا ما، كما تعلمين. إنهم يفعلون هذه الأشياء الغريبة للمرء ومن غير المريح للغاية أن يعود وهو في تلك الحالة. لا أعرف كيف يحدث هذا ولكن يبدو أنه يحدث طول الوقت. لا أعتقد أن ذلك يجب أن يحدث. أعتقد أنهم يجب أن يخبروا المرء في وقت مبكر. كنت ضعيفة جدًا ومتعبة جدًا. اعتقدت الممرضة التي أحضرتني إلى هنا أنني أستطيع أن أمشي، فقلت لها: «حسنًا، إذا كنت تعتقدين

أنني أستطيع أن أمشي يمكن أن أحاول.» بحلول الوقت الذي خضعت فيه لجميع صور أشعة إكس وتسقلت على الطاولة وكل شيء، كنت ضعيفة ومتعبة جدًا، ولم أكن متأكدة تمامًا من أنني أستطيع أن أصل إلى غرفتي.

الدكتورة: ولا بد أن هذا الأمر يجعلك تشعرين بالغضب والإحباط.

المريضة: أنا لا أغضب كثيرًا. أفترض أن آخر مرة أتذكر فيها أنني غضبت كانت حين خرج ابني الأكبر وكان زوجي في العمل. لم تكن هناك طريقة لإغلاق المنزل، وبالطبع لم أشعر بالأمان وأنا أنام وباب المنزل مفتوح. لقد كنا بجوار الزاوية. وكان ضوء الشارع في الزاوية، ولم يكن من الممكن أن أنام قبل أن أعرف أن باب المنزل مغلق. وكنت قد تحدثت معه كثيرًا حول هذا الأمر وكان جيدًا جدًا في الاتصال بي وإبلاغي بكل شيء ولكنه لم يفعل ذلك في هذه الليلة.

الدكتورة: ابنك الأكبر طفل صعب، أليس كذلك؟ ذكرت بالأمس بإيجاز أنه كان يعاني من اضطراب نفسي وأنه متخلفًا أيضًا، أليس كذلك؟

المريضة: صحيح. لقد كان محجوزًا في مستشفى حكومي لمدة أربع سنوات.

الدكتورة: وهل عاد إلى البيت الآن؟

المريضة: إنه في البيت.

الدكتورة: هل تشعرين أنه يجب أن يكون هناك المزيد من السيطرة عليه، وأنت قلقة بعض الشيء لأنه لا يملك السيطرة الكافية، مثلما كنت قلقة على المنزل غير المغلق في تلك الليلة؟

المريضة: هذا صحيح، وأشعر أنني المسؤولة - مسؤولة إلى حد بعيد ولا يمكن أن أفعل الكثير الآن.

الدكتورة: ماذا يحدث حين لا تكونين مسؤولة بعد الآن؟

المریضة: حسناً، نأمل أن هذا قد یجعله یفتح عینیه علی نطاق أوسع لأنه لا یستطیع أن یفهم الأمور. إنه طیب جداً فی أعماقه لكنه یحتاج إلى مساعدة. لم یستطع أن یدبر الأمور بمفرده قط.

مکتبة

t.me/soramnqraa

الدکتورة: من یمکن أن یساعده؟

المریضة: حسناً، هناك مشكلة.

الدکتورة: هل یمکنک التکهن، هل لدیك أشخاص فی منزلك قد یساعدونه؟

المریضة: حسناً، بالطبع، طالما أن زوجي علی قید الحیاة یمکنه الاعتناء به. لكن الأمر مصدر قلق لأنه مضطر إلى أن یمکن بعيداً عن البیت لساعات طويلة فی العمل. وهناك الجدان ولكن حتی ذلك الحین أشعر أن هذا غیر مرضٍ تماماً.

الدکتورة: والدا من؟

المریضة: والد زوجي ووالدي.

الدکتورة: هل هما بصحة جيدة؟

المریضة: لا، لیسا بصحة جيدة. والدي مصابة بمرض باركنسون ووالد زوجي یعاني من مرض فی القلب.

الدکتورة: كل هذا بالإضافة إلى مخاوفك بشأن بنتك التي تبلغ من العمر اثني عشر عاماً؟ لدیك ابنك الأكبر وهو مشكلة. ولدیك والديك التي تعاني من مرض باركنسون، والتي من المحتمل أن تبدأ فی الارتعاش حین تحاول مساعدة شخص ما. وبعد ذلك لدیك والد زوجك وهو یعاني من مرض فی القلب وأنت لست علی ما یرام. ینبغي أن یمکن هناك شخص ما فی البیت لیقوم برعاية كل هؤلاء الناس. أعتقد أن هذا هو أكثر ما یزعجك.

المریضة: صحیح. نحاول تكوين صداقات ونأمل أنه قد یتم الاهتمام بالوضع.

ونحن نعيش من يومًا بيوم. يبدو أن كل يوم يعتني بنفسه، ولكن فيما يتعلق بالنظر إلى المستقبل، لا يمكن للمرء إلا أن يتساءل. كما تعلمين، إنني أعاني من هذا المرض قبل أي شيء آخر. والمرء لا تعرف أبدًا ما إذا كان عليه فقط أن يحاول أن يكون حكميًا وأن يتقبل الموقف بهدوء من يوم إلى آخر أو إذا كان عليه أن يقوم بإجراء تغيير جذري.

الدكتورة: تغيير؟

المريضة: نعم، كان هناك وقت قال فيه زوجي، «يجب إجراء تغيير.» لا بد أن يذهب الشخصان المسنان إلى مكان ما. كان ينبغي على أحدهما أن يذهب إلى أختي، وسوف يكون على الآخر أن يذهب إلى دار لرعاية المسنين. على المرء فقط أن يتعلم كيف يكون باردًا، وأن يضع عائلته في مؤسسة. حتى طيبب الأسرة يعتقد أنه يجب أن أضع ابني في مؤسسة. وما زلت لا أستطيع قبول هذه الأشياء. في النهاية ذهبت إليهم وقلت: «لا، قد أشعر بأني في حالة أسوأ إذا غادرتهم، لذا عليكم البقاء. وإذا كان لا بد من ذلك، إذا لم يكن الأمر مناسبًا، فأنتم لن تعودوا مرة أخرى. إذا ذهبتم بعيدًا فسوف يزداد الأمر سوءًا». كنت قد نصحتهم في المقام الأول بأن يأتوا.

الدكتورة: هل قد تشعرين بالذنب إذا ذهبا إلى دار لرعاية المسنين؟

المريضة: حسنًا، قد لا أشعر بالذنب إذا وصل الأمر إلى النقطة التي يشكل فيها خطرًا عليهم صعود السلالم ونزولها، أو... أشعر أن الأمر أصبح خطيرًا على والدتي حول الموقد الآن.

الدكتورة: لقد كنت معتادة إلى حد بعيد على الاهتمام بالآخرين، ولا بد أن من الصعب عليك أن تعتني بنفسك الآن.

المريضة: إنها مشكلة إلى حد ما. لي أم تحاول أن تساعدني، أم تهتم بأبنائها أكثر من أي شيء آخر في العالم. هذا ليس دائمًا أفضل شيء أيضًا، لأنه يجب أن يكون

للمرء اهتمامات أخرى، كما تعلمين. لقد كانت مهمة تمامًا بأفراد أسرتها. هذه هي حياتها، وهي تخطط وتفعل أشياء صغيرة لأختي التي تعيش في البيت المجاور. أنا سعيدة بذلك لأن ابنتي يمكنها أن تذهب إلى هناك. وأنا سعيدة جدًا لأن أختي تعيش في البيت المجاور. لذلك تذهب والدتي إلى هناك وهذا مفيد لها أيضًا لأنه يحدث بعض التغيير بالنسبة لها.

الدكتورة: إن ذلك يسهل الأمر على الجميع. يا مسز سي، هل يمكن أن تحكي لنا المزيد عنك. قلت إنك هذه المرة تشعرين بأنك أضعف، وأنت فقدت معظم وزنك. حين تكونين في السرير، كما تعلمين، مستلقية هناك بمفردك، ما نوع الأشياء التي تفكرين فيها وما أكثر شيء يساعدك؟

المريضة: حسناً، نظرًا لأنني أنتمي إلى عائلة من النوع الذي أتيت منه وتلك العائلة التي أتى منها زوجي، فقد علمنا أنه إذا بدأنا زواجنا، فيجب أن تكون هناك قوة خارجية بجانبنا. كان أحد قادة الكشافة وكانت هناك مشاكل زوجية بين والده وأمه وقد انفصلا في النهاية. وكان هذا هو الزواج الثاني لوالدي، وكان لديه ثلاثة أبناء. تزوج من نادلة صغيرة ولم ينجح ذلك الزواج على الإطلاق. كان الأمر مثيرًا للشفقة حقًا، أن يكون هؤلاء الأطفال الصغار منقسمين، كما تعلمين. لم يأتوا للعيش مع والدتي حين تزوج والدتي. كان والدي شخصًا متقلب المزاج بشدة، ورجلاً متوترًا للغاية وليس لديه ميول جيدة. والآن أتساءل كثيرًا كيف تعاملت مع الأمر. وهكذا حين كنا نعيش في تلك المنطقة، وكنت قد التقيت أنا وزوجي معًا في الكنيسة. وقد تزوجنا. وعرفنا أنه لكي نحافظ على زواجنا لا بد أن نحظى بقوة خارجية. وكان هذا هو شعورنا دائمًا. كنا دائمًا نشيطين في العمل في الكنيسة وبدأت التدريس في مدرسة الأحد حين كان عمري ستة عشر عامًا. لقد احتاجوا إلى مساعدة في الحضانه وقدمت هذه المساعدة واستمتعت بها. قمت بالتدريس حتى أنجبت الولدين الأكبر سنًا. واستمتعت بذلك وفي كثير من الأحيان كنت أؤدي العبادات في كنيسة وأخبرتهم بما تعنيه كنيسة لي. ما

كان يعنيه الرب بالنسبة لي، ومن ثم أعتقد أن المرء لا يرمي كل هذا في البحر حين يحدث شيء ما. يستمر في الإيمان، ويعلم أن كل ما ينبغي أن يحدث سوف يحدث.

الدكتورة: هل هذا شيء يساعدك الآن أيضًا؟

المريضة: نعم. وحين نتحدث أنا وزوجي نعلم أننا نشعر بالمشاعر نفسها. وكما أخبرت القسيس سي C، إننا نعلم أنه لا يمكن أبدًا أن نتعب من أن نكون مع الآخرين ونتحدث عن الموضوع. أخبرته أيضًا أن حبنا قوي الآن بعد تسعة وعشرين عامًا من الزواج كما كان حين تزوجنا. وهو أمر آخر يعني الكثير بالنسبة لي. لقد تمكنا، على الرغم من كل مشاكلنا، من أن نواجهها. إنه رجل رائع، رجل رائع جدًا!

الدكتورة: لقد تعاملت مع مشاكلك بشجاعة وبشكل جيد، ربما أصعب مشكلة هي مشكلة ابنك؟

المريضة: لقد بذلنا كل ما في وسعنا. لا أعتقد أنها مجرد فرصة لأي والد. إن المرء لا يعرف فقط كيفية التعامل مع المشكلة تمامًا. كنت أعتقد أنه عناد في البداية، فقط لا أعرف.

الدكتورة: كم كان عمره حين لاحظت أنه يعاني من مشكلة؟

المريضة: حسنًا، كانت المشكلة واضحة تمامًا. إنه لا يركب دراجة ثلاثية العجلات ولا يفعل كل الأشياء الأخرى التي يقوم بها الأطفال. لكن في الواقع، الأم لا ترغب في قبول هذه الأشياء. سوف تجد تفسيرات أخرى في البداية.

الدكتورة: كم من الوقت استغرق الأمر منك؟

المريضة: حتى الآن، ولكن في الواقع حين دخل المدرسة، في روضة الأطفال، كان يمثل مشكلة بالنسبة للمعلم. غالبًا ما كان يضع شيئًا في فمه لجذب الانتباه. بدأت في تلقي تقارير من المعلم، ثم عرفت بالتأكيد أن لدينا مشكلة معه.

الدكتورة: لقد قبلت الحقائق الكاملة خطوة بخطوة تمامًا كما فعلت مع تشخيص اللوكيميا. أي نوع من الأشخاص في المستشفى يساعدونك أكثر في مشاكلك اليومية؟

المريضة: في كل مرة يقابل فيها المرء ممرضة تعبر عن إيمانها، وهذه مساعدة كبيرة. وكما أقول، حين نزلت إلى غرفة أشعة إكس بالأمس شعرت وكأنني مجرد رقم، كما تعلمين، ولم يكن هناك أي شخص يهتم بي بشكل واضح، خاصة حين نزلت في المرة الثانية. كان الوقت متأخرًا وكانوا متزعجين من إرسال مريض إلى هناك في ذلك الوقت المتأخر. لذلك كانوا متزعجين في كل مكان. كنت أعلم أنها حين أتت بي، كانت ستضع هذا الكرسي المتحرك هناك وتختفي، وكنت أجلس هناك حتى يخرج شخص ما. لكن إحدى الفتيات هناك قالت لها إنها لا ينبغي أن تفعل ذلك، يجب أن تدخل وتجرهم بأنني موجودة وتجعلهم يخرجون. أعتقد أنها كانت مستاءة من تأخرها مع مريضة. كانوا يغلقون الباب، وكان الفنيون في طريقهم إلى منازلهم وكان الوقت متأخرًا. إنها أشياء صغيرة من هذا القبيل، كما تعلمين، إن بهجة الممرضات قد تساعد المرء كثيرًا.

الدكتورة: ما رأيك في الأشخاص الذين ليس لديهم إيمان؟

المريضة: حسنًا، لقد مررت عبر ذلك أيضًا. أواجه ذلك مع بعض المرضى هنا أيضًا. كان هناك رجل نبيل، كان هنا آخر مرة وحين اكتشف ما قلته، قال، «لا أستطيع أن أفهم، لا يوجد شيء عادل في هذا العالم، لماذا يجب أن تعاني من سرطان الدم، لم تدخني قط، لم تشربي خورًا قط، إنك لم تفعلي أي شيء من هذا القبيل»، كما تعلمين. وقال، «أنا رجل عجوز، لقد فعلت الكثير من الأشياء التي لم يكن ينبغي علي أن أفعلها.» لا يحدث أي فرق. لم يتم إبلاغنا بأننا لن نواجه أية مشاكل. كانت هناك مشاكل رهيبة كان على الرب نفسه أن يواجهها، وهو بالتالي من يعلمنا وأنا أحاول أن أتبعه.

الدكتورة: هل فكرت يوماً في الاحتضار؟

المريضة: هل أفكر فيه؟

الدكتورة: نعم.

المريضة: نعم، أفكر فيه. أفكر كثيرًا في الاحتضار. لا أحب فكرة أن يأتي الجميع لرؤيتي لأنني سوف أبدو مروّعة جدًا. لماذا يجب أن يحدث هذا؟ لماذا لا يمكنهم فقط أن يارسوا القليل من طقوس التأيين؟ كما تعلمين، لا تعجبنى فكرة الجنازات، كما تعلمين، ربما هذا غريب. لديّ فقط نفور، من أن يكون جسدي في ذلك التابوت.

الدكتورة: لست متأكدة من أنني أفهم ما تعنيه.

المريضة: لا أحب أن أجعل الناس غير سعداء، مثل أطفالتي، بقاء يومين أو ثلاثة أيام من هذا النوع، كما تعلمين. فكرت في الأمر ولم أفعل شيئًا بشأنه. سألني زوجي ذات يوم حين أتى؛ قال، هل سوف ننظر فعلاً في هذا الأمر، في التبرع بأعيننا أو التبرع بأجسادنا؟ لم ننظر في الأمر في ذلك اليوم، ومازلنا لم ننظر فيه لأنه أحد الأشياء التي يؤجلها المرء، كما تعلمين.

الدكتورة: هل تحدثت مع أي شخص بشأن هذا الموضوع؟ بشأن نوع من الاستعداد لذلك الوقت متى جاء؟

المريضة: حسناً، كما أخبرت القسيس سي، أعتقد أن هناك الكثير من الناس في حاجة إلى الاعتماد على شخص ما والتحدث إلى القسيس ويريدون أن يحصلوا على جميع الإجابات منه.

الدكتورة: وهل يعطيهم الإجابات؟

المريضة: أعتقد أن المرء إذا فهم المسيحية، بحلول الوقت الذي يصل فيه إلى مثل عمري، ينبغي أن يكون ناضجاً بما يكفي ليعرف أنه يستطيع أن يبحث بنفسه

ويحصل على هذه الإجابات لأنه سوف يقضي ساعات طويلة جدًا بمفرده. ويكون المرء بمفرده في حالة مرض، لأن الناس لا يمكنهم البقاء معه طول الوقت. لا يمكن أن يكون القسيس معي، ولا يمكن أن يكون الزوج معي، ولا يمكن أن يكون معي أشخاص. إن زوجي شخص من النوع الذي قد يكون معي بقدر ما يستطيع.

الدكتورة: من المفيد إذن أن يكون هناك أشخاص معك؟

المریضة: أوه، نعم، خاصة أشخاص محددون.

الدكتورة: من هم هؤلاء الأشخاص المحددون؟ لقد ذكرت القسيس، وذكّرت زوجك.

المریضة: نعم. أنا أستمتع بقدم القسيس لزيارتي، من كنيستي. وكانت هناك صديقة أخرى لي في نفس عمري وهي مسيحية طيبة جدًا. وقد فقدت نور عينيها. كانت في المستشفى لعدة أشهر مستلقية على ظهرها. وقد قبلت الأمر بشكل جيد. إنها شخصية من النوع الذي يفعل باستمرار شيئًا ما لشخص آخر. إذا كانوا مرضى فهي تزورهم، أو تجمع الملابس للفقراء أو تفعل شيئًا من هذا القبيل. لقد كتبت لي رسالة لطيفة في ذلك اليوم واقتبست من المزمور التاسع والثلاثين بعد المائة وقد استمتعت حقًا باستلام الرسالة. قالت: «أردت أن تعرفي أنك واحدة من أقرب أصدقائي.» لذا فإن المرء يبحث عن شخص من هذا النوع وهو ما يجعله سعيدًا. إن الأشياء الصغيرة هي التي تجعل المرء سعيدًا. بشكل عام، أعتقد أنهم يتسمون بالود للغاية هنا الآن. أعتقد أنني متعبة إلى حد ما، على الرغم من ذلك، بشأن سماع الناس وهم يعانون في الغرف. أسمع هذا وأعتقد، أوه، لماذا لا يمكنهم فعل شيء لهذا الشخص، كما تعلمين. لقد كانت المعاناة تستمر لفترة طويلة وأسمعهم يصرخون وأخشى أنهم قد يكونون وحدهم. ليس للمرء الحق في أن يذهب إلى غرفتهم وأن يتحدث معهم، يسمعهم فقط، كما تعلمين. تزعجني

أشياء من هذا النوع. في المرة الأولى التي كنت فيها هنا لم أستطع النوم جيدًا وفكرت في الأمر. اعتقدت، حسنًا، أن هذا لا يمكن أن يستمر. ينبغي على المرء أن ينام فقط. وبالتالي نمت جيدًا. لكنني سمعت صراخ مريضين في تلك الليلة. إنه شيء أتمنى ألا أسمعه أبدًا. كانت ابنة عمي مصابة بالسرطان منذ وقت ليس ببعيد وكانت أكبر مني سنًا. وكانت شخصية رائعة للغاية. وكانت تعاني من الإصابة بالشلل منذ ولادتها لكنها تعاملت مع الأمر بشكل جميل. قضت في المستشفى شهرًا كثيرًا جدًا، لم تصرخ قط. آخر مرة زرتها كانت قبل أسبوع من وفاتها. كانت مصدر إلهام حقيقي لي. لقد كانت كذلك حقًا لأنها كانت تهتم بي من أجل أن أقوم بالرحلة لرؤيتها أكثر مما تهتم بنفسها.

الدكتورة: هذه المرأة من النوع الذي تودين أن تكوني منه، أليس كذلك؟

المريضة: حسنًا، لقد ساعدتني. آمل أن أتمكن من فعل ذلك.

الدكتورة: أنا متأكدة من أنك تستطيعين ذلك. لقد كنت تفعلين ذلك هنا اليوم.

المريضة: لدي شيء آخر يثير قلقي - لا أحد يعرف أبدًا متى يصاب بحالة من اللاوعي مثل هذه الحالة كيف يمكن أن يكون رد فعله. في بعض الأحيان يتفاعل الناس بشكل مختلف. أعتقد أنه من المهم أن يثق المرء بطيبه بعد ذلك، حتى يتمكن من البقاء معه. الطبيب إي E مشغول جدًا لذا لا يتحدث المرء معه كثيرًا. ما لم يسأله، لن يتحدث عن الكثير من المشاكل العائلية أو أي شيء، على الرغم من أنني شعرت دائمًا بمدى تأثير هذه الأشياء على صحتي. وأنت تعلمين جيدًا أن المشكلات يمكن أن يكون لها تأثير كبير على الصحة الجسدية للمرء.

القيسيس: هذا ما أشرت إليه في ذلك اليوم من أنك قد تساءلت عما إذا كانت ضغوط عائلتك وجميع المشاكل هناك قد أثرت على صحتك أيضًا.

المريضة: نعم، لأنه أمر صحيح، كان ابننا في حالة سيئة للغاية في فترة عيد الميلاد، وفي الواقع أعاده والده إلى مستشفى الدولة. تطوع للذهاب. قال، «سوف

أحزم أمتعتي حين نعود إلى البيت من الكنيسة.» ثم نزل إلى هناك وغير رأيه وعاد إلى البيت. قال والده إنه أخبره أنه يريد أن يعود إلى البيت، فأخذه إلى البيت. عادة حين يعود هذا الصبي إلى البيت، فإن هذا الصبي سوف لا يكف عن الحركة ذهابًا وإيابًا. إنه لا يستطيع الجلوس حتى إنه لا يهدأ أحيانًا.

الدكتورة: كم عمره؟

المريضة: إنه في الثانية والعشرين. لا بأس إذا كان يمكن للمرء أن يتعامل معه ويفعل شيئًا حيال ذلك، لكن حين لا يستطيع المرء أن يرد على أسئلته أو يقدم له مساعدة، فإن مجرد التحدث إليه يكون شيئًا رائعًا. منذ وقت ليس ببعيد حاولت أن أشرح ما حدث حين ولد وبدا أنه يفهم. قلت: «لديك مرض مثل مرضي وأنت تمر بأقسى الأوقات أحيانًا. أعلم أنك تقضي وقتًا عصيبًا بشكل رهيب وأعلم مدى صعوبة ذلك بالنسبة لك. في الحقيقة، أعطي لك الكثير من الفضل للخروج من هذه الأوقات العصبية والاستقرار مرة أخرى»، كما تعلمين، وهو ما يحدث باستمرار. أعتقد أنه حاول بجهد أكبر أيضًا، لكن المرء حقًا أمام حالة عقلية لا يعرف أبدًا ما يجب أن يفعله حيالها.

القيسيس: لقد كان هذا الأمر يمثل توترًا بالنسبة لك. لا بد أنه يتعبك، إنني متأكد من ذلك.

المريضة: هذا صحيح. وأنا متأكدة من أنها كانت أكبر مشكلاتي.

الدكتورة: لدى الزوجة الأولى لوالدك أطفال صغار وكانوا موزعين إلى حد ما والآن تطرحين السؤال نفسه أنت نفسك. ماذا سوف يحدث لهم؟

المريضة: أكبر صراع لدي هو كيف يمكن أن أبقى عليهم معًا، وكيف يمكن أن أتجنب إرسلهم إلى جميع أنواع المؤسسات! حسنًا، من الطبيعي أن أشعر أن الأمر سوف يتحقق. إذا أصبح الشخص طريح الفراش حقًا، تكون لديه مشكلة مختلفة تمامًا. قد أصبح طريح الفراش مرة أخرى وأقول لزوجي إن هذا سوف يتحقق

وحده مع مرور السنين لكن هذا لم يحدث. أصيب والد زوجي بنوبة قلبية خطيرة للغاية وفي الواقع لم نعتقد أنه سوف يتحسن بالقدر الذي تحسن به. لقد كان تحسناً مذهلاً. لكنه سعيد وأنا أتساءل في بعض الأحيان عما إذا كان من الممكن أن يكون أكثر سعادة في حالة وجود رجال آخرين من كبار السن في مثل عمره.

الدكتورة: إذن هل يمكن أن ترسله إلى دار لرعاية المسنين؟

المريضة: نعم، لن يكون الأمر صعباً كما يعتقد. لكنه فخور جداً بوجوده مع ابنه وزوجته. نشأ في المدينة وظل في المدينة طول حياته.

القيس: كم عمره؟

المريضة: عمره واحد وثمانون عاماً.

الدكتورة: عمره واحد وثمانون وأمك في السادسة والسبعين؟ يا مسز سي، أعتقد أنه سوف يكون علينا الانتهاء لأنني وعدت ألا نجعل المقابلة تمتد لأكثر من خمس وأربعين دقيقة. بالأمس قلت إن أحداً لم يتحدث معك عن كيفية تأثير مشاكل بيتك عليك وعلى أفكارك حول الاحتضار. هل تعتقد أن هذا شيء يجب على الأطباء أو الممرضات أو أي شخص آخر في المستشفى القيام به إذا كان المريض يرغب في ذلك؟

المريضة: إنه أمر مفيد، مفيد للغاية.

الدكتورة: من يجب أن يفعل ذلك؟

المريضة: حسناً، إذا كان المرء محظوظاً بما يكفي للالتقاء بمثل هذا النوع من الأطباء، وهناك عدد قليل منهم، كما تعلمين، يصعدون ويهتمون بهذا الجانب من حياتك. معظمهم مهتمون تماماً بالجزء الطبي للمريض. الطبيب إم M متفهم جداً. لقد جاء لرؤيتي مرتين الآن منذ وجودي هنا وأنا أقدر ذلك.

الدكتورة: لماذا تعتقد أن هناك مثل هذه الممانعة؟

المريضة: حسنًا، إن الشيء يحدث نفسه في العالم الخارجي اليوم. كيف لا يكون هناك المزيد من الأشخاص الذين يقومون بمزيد من الأشياء التي يجب القيام بها؟

الدكتورة: أعتقد أننا يجب أن ننتهي، أليس كذلك؟ هل لديك أي أسئلة تودين أن تطرحيها علينا، يا مسز إس؟ سوف نراك مرة أخرى على أي حال.

المريضة: لا، أمل فقط أن أتحدث أمام المزيد والمزيد من الناس وأن أتحدث معهم عن هذه الأمور التي يحتاج فيها المرء إلى مساعدة. ابني ليس الوحيد. هناك الكثير من الأشخاص في العالم ويحاول المرء فقط أن يكون هناك شخص يهتم بالقضية بالقدر الكافي حتى يتمكنوا من فعل شيء من أجله.

إن مسز سي C تشبه مسز إس S، إنها امرأة في منتصف العمر يقرب الموت منها في خضم حياة مليئة بالمسؤوليات، وتهتم بعدد من الأشخاص الذين يحتاجون إلى من يعتمدون عليه. هناك والد زوجها الذي يبلغ من العمر واحدًا وثمانين عامًا وقد أصيب مؤخرًا بنوبة قلبية، وأمها المصابة بمرض باركنسون وتبلغ من العمر ستة وسبعين عامًا، وفتاة تبلغ من العمر اثني عشر عامًا ولا تزال في حاجة إلى والدتها وقد تكبر «بسرعة كبيرة» كما تخشى المريضة، وابن يبلغ من العمر اثنين وعشرين عامًا لا يعمل ويدخل إلى المستشفيات الحكومية ويخرج منها، وتخاف عليه وتهتم به. وقد ترك والدها ثلاثة أطفال صغار من زواج سابق وتخشى المريضة من أن تضطر أيضًا إلى أن تترك الآن كل هؤلاء الأشخاص الذين يحتاجون إلى من يعتمدون عليه وهم في أمس الحاجة إليها.

من المفهوم أن مثل هذه الأعباء العائلية تجعل من الصعب للغاية الموت بسلام حتى تتم مناقشة هذه الأمور وإيجاد بعض الحلول لها. إذا لم يكن لدى مثل هذا المريضة فرصة تعبر فيها لأشخاص آخرين على مخاوفها، فإنها تغضب وتكتئب. ربما يكون غضبها أكثر وضوحًا في استيائها من موظف المستشفى الذي يشعر أنها

يمكنها أن تمشي إلى غرفة أشعة إكس، والذي لا يأخذ احتياجاتها في الاعتبار، والذي يهتم بنهاية يوم العمل أكثر من المعالجة الفعالة لمريضة ضعيفة ومرهقة تحب أن تؤدي وظائفها لأطول فترة ممكنة - ولكن ليس أبعد من ذلك - وتحب الحفاظ على كرامتها على الرغم من الظروف غير السارة.

إنها تصف ربما بأفضل شكل الحاجة إلى الإدراك وفهم الناس وتأثيرهم على المعاناة؛ إنها تضرب مثالاً حين تسمح للناس المسنين بالبقاء في بيتها وأداء وظائفهم بأفضل ما يمكنهم، بدلاً من إرسالهم إلى دار رعاية المسنين. كما يُسمح لابنها، الذي لا يكاد وجوده يُحتمل ولكنه يرغب في البقاء في البيت بدلاً من العودة إلى مستشفى الدولة، بأن يبقى في البيت وبأن يشارك بقدر ما يمكن أن يشارك. في كل هذا الكفاح لرعاية الجميع بأفضل ما تستطيع، تنقل أيضًا رغبتها في السماح لها بأن تبقى في البيت والعمل قدر الإمكان؛ حتى لو كان ذلك يعني أن تكون طريحة الفراش، فيجب تحمل وجودها هناك. وربما تحقق تصرّيحها الأخير، رغبتها في الوقوف أمام المزيد والمزيد من الناس والتحدث معهم عن احتياجات المرضى، ولو بشكل جزئي في هذا السيمينار.

كانت مسز سي C مريضة أرادت أن تشارك وقد قبلت المساعدة بامتنان على عكس مسز إل L، التي قبلت الدعوة لكنها لم تتمكن من أن تطلعنا على مخاوفها حتى وقت لاحق، قبل وفاتها بوقت قصير حين طلبت منا أن نأتي ونزورها.

واصلت مسز سي القيام بأكثر عدد ممكن من الأشياء حتى تم حل مسألة ابنها المضطرب نفسياً. وقد ساعدها في ذلك تفهم زوجها ودينها وأعطائها القوة لتحمل أسابيع المعاناة. وقد كشفت لزوجها عن رغبتها الأخيرة، وهي ألا تُرى في هيئة «قبيحة» في التابوت، الذي كان يفهم أن مسز سي كانت دائماً تهتم كثيراً بالآخرين. وأعتقد أن هذا الخوف من الظهور بهيئة قبيحة تم التعبير عنه أيضاً في مخاوفها تجاه المرضى الذين تسمعهم يصرخون بصوت عالٍ، «ربما يفقدون

كرامتهم» وحين تخشى أن تفقد وعيها وتقول: «لا أحد يعرف أبداً متى يصاب بحالة فقدان الوعي . . . كيف يكون رد فعله . . . ومن المهم أن يثق المرء بطيبه بعد ذلك، حتى يتمكن من البقاء معه . . . الطيب إي E مشغول للغاية، لذلك لا يتحدث المرء معه كثيراً.»

هذا ليس مصدر قلق كبير من أجل الآخرين بقدر ما كان خوفها من أنها قد تفقد السيطرة، ومن أن تصبح ناقمة حين تصبح مشاكل الأسرة ساحقة للغاية وقوتها واهية جداً.

في زيارة لاحقة، أقرت برغبتها في «أن تصرخ أحياناً» . . . «من فضلك تولى زمام الأمور، لا يمكنني القلق على الجميع بعد الآن.» شعرت بارتياح كبير حين تدخل القسيس والأخصائي الاجتماعي ونظر الطبيب النفسي في إمكانية توفير مكان لابنها. ولم تشعر مسز سي بالسلام إلا بعد أن تم الاهتمام بكل هذه الأمور وتوقفت عن القلق بشأن رؤيتها في التابوت أو عدم رؤيتها. وقد تغيرت تلك الصورة من «تبدو فظيعة للغاية» إلى صورة سلام وراحة وكرامة تزامنت مع قبولها النهائي وانفصالها بشكل تدريجي.

المقابلة التالية مع مسز إل L وهي مقابلة واضحة لا تحتاج إلى تفسير. تم تضمينها في هذا الكتاب لأنها تمثل مرضى من النوع الذي يمكن أن يجبطنا أكثر من غيره، لأن المريضة تتقلب في استعدادها لقبول المساعدة ورفضها لأي حاجة للمساعدة. ومن المهم ألا نفرض خدماتنا على مثل هؤلاء المرضى بل أن نبقى متاحين لهم حين يحتاجون إلينا.

الدكتورة: يا مسز إل L، منذ متى وأنت في المستشفى؟

المريضة: جئت إلى المستشفى في السادس من أغسطس.

الدكتورة: هذه ليست المرة الأولى، أليس كذلك؟

المريضة: لا، لا. أعتقد أنني كنت هنا ما يقرب من عشرين مرة أو أكثر.

الدكتورة: متى كانت المرة الأولى؟

المريضة: حسناً، كانت المرة الأولى في عام 1933 حين أنجبت طفلي الأول. لكن المرة الأولى التي دخلت فيها هذا المستشفى كانت في عام 1955.

الدكتورة: ماذا كانت الحالة حينها؟

المريضة: هذا حين أجريت عملية لاستئصال الغدة الكظرية.

الدكتورة: لماذا تم استئصال الغدة الكظرية؟

المريضة: لأنني كنت أعاني من ورم خبيث في قاعدة العمود الفقري.

الدكتورة: في عام 1955؟

المريضة: نعم.

الدكتورة: إذن أنت تعانين من هذا الورم الخبيث منذ أحد عشر عامًا حتى

الآن؟

المريضة: لا، إنني أعاني منه منذ أكثر من أحد عشر عامًا. لقد خضعت لعملية جراحية لاستئصال ثدي في عام 1951. وعملية لاستئصال الثدي الثاني في عام 1954، وتم استئصال الغدة الكظرية والمبيضين هنا في عام 55.

الدكتورة: كم عمرك الآن؟

المريضة: أبلغ من العمر أربعة وخمسين، وفي طريقي إلى خمسة وخمسين.

الدكتورة: أربعة وخمسون. وأنت مريضة تقريباً، على حد علمك، منذ عام

1951.

المريضة: هذا صحيح.

الدكتورة: هل لك أن تخبرينا كيف بدأ كل شيء؟

المريضة: حسنًا، لقد كنت أقوم بلم شمل الأسرة بشكل ما في عام 51، وكان لدي جميع أقارب زوجي من خارج المدينة. وصعدت إلى الطابق العلوي للتنظيف والاستحمام ولاحظت وجود كتلة في أعلى صدري. اتصلت بشقيقة زوجي وسألتهما عما إذا كانت تعتقد أن هناك أي شيء يدعو للقلق. وقد قالت نعم، اتصلي بالطبيب وحددي موعدًا، وهو ما فعلته. كان هذا يوم الجمعة وذهبت إلى مكتب الطبيب يوم الثلاثاء التالي ويوم الأربعاء ذهبت إلى المستشفى لإجراء أشعة إكس. وقالوا لي إنه ورم خبيث. وبحلول اليوم الأول من الأسبوع التالي أجريت لي عملية جراحية لاستئصال ثدي.

الدكتورة: كيف تعاملت مع كل ذلك؟ كم كان عمرك تقريبًا؟

المريضة: كان عمري حوالي الثلاثين - حسنًا، قريبًا من الأربعين عامًا. لا أعرف، اعتقد الجميع أنني قد أنهار. لم يتمكنوا من فهم سبب هدوئي الشديد حيال ذلك. في الحقيقة لقد سخرت من الحقيقة. وقد خبطتني أخت زوجي عدة مرات على يدي وفي سبب تمرير ملاحظة مفادها أنه قد يكون وربما خبيثًا حين وجدت الورم. تعاملت مع الأمر باستخفاف. وتعامل ابني الأكبر مع الأمر بأسوأ شكل.

الطبيب: كم عمره؟

المريض: كان يبلغ من العمر سبعة عشر عامًا، ليس سبعة عشر عامًا بالضبط، كان أمامه بضعة أشهر حتى يتم السابعة عشرة. وبقي في البيت حتى بعد إجراء العملية الجراحية. ثم ذهب إلى الخدمة لأنه كان يخشى أن أمرض أو أصير طريحة الفراش تمامًا أو أن يحدث لي شيء آخر، فذهب إلى الخدمة. لكن بخلاف ذلك، لم يزعجني الأمر - والأمر الوحيد الذي أزعجني هو العلاجات الإشعاعية التي

تلقيتها بعد ذلك.

الدكتورة: كم كان عمر أبنائك الآخرين؟ يبدو أنه كان هناك المزيد.

المريضة: نعم، لدي ولد آخر يبلغ من العمر ثمانية وعشرين عامًا.

الدكتورة: الآن؟

المريضة: الآن. كان في مدرسة لدراسة النحو في ذلك الوقت.

الدكتورة: لديك ولدان؟

المريضة: ولدان.

الدكتورة: كان ابنك خائفًا حقًا من أن تموت.

المريضة: أعتقد ذلك.

الدكتورة: وقد ذهب.

المريضة: وقد ذهب.

الدكتورة: كيف تعامل مع الأمر بعد ذلك؟

المريضة: حسنًا، لديه ما أزعجته بسببه - «رهاب المستشفى» لأنه لا يستطيع القدوم إلى المستشفى ورؤيتي وأنا مستلقية على السرير. المرة الوحيدة التي جاء فيها كانت حين كانوا ينقلون لي الدم. طلب منه والده من حين إلى آخر إما إحضار شيء ما إلى البيت أو إحضار شيء لي يكون أثقل من أن يستطيع أن يحمله.

الدكتورة: كيف قيل لك إنك مصابة بالورم الخبيث؟

المريضة: بصراحة شديدة.

الدكتورة: هل هذا جيد أم سيء؟

المريضة: لم يزعجني ذلك. لا أعرف كيف يمكن أن يتعامل أي شخص آخر

مع الأمر، لكنني قد أعرف عاجلاً، وهذه هي الطريقة التي تعاملت بها. قيل لي قبل أن يعرف الجميع. أعتقد أن المرء يصبح أكثر عرضة لحقيقة أن الجميع يمنحونه قدرًا كبيرًا من الاهتمام، وسوف يكتشف أن هناك شيئًا ما خطأ، وهذا ما أشعر به حيال ذلك.

الدكتورة: سوف يجعلك هذا شكافة على أي حال.

المریضة: أعتقد ذلك.

الدكتورة: ثم كان عام 1951 والآن عام 1966 وكنت في المستشفى، الدخول إلى المستشفى والخروج منها، حوالي عشرين مرة.

المریضة: ينبغي عليّ أن أقول ذلك.

الدكتورة: ماذا تعتقدين أنك تستطيعين أن تعلمينا إياه؟

المریضة: (تضحك). لا أعرف، لا يزال لديّ الكثير لأتعلمه.

الدكتورة: ماذا عن حالتك الجسدية الآن؟ أرى أن لديك دعامة. هل تعانين من مشاكل في العمود الفقري؟

المریضة: هذا هو عمودي الفقري. خضعت لعملية التحام في العمود الفقري⁽⁵⁵⁾ في يونيو الماضي، قبل عام في اليوم الخامس عشر من يونيو الماضي، وقيل لي إنه ينبغي عليّ أن أرتدي الدعامة باستمرار وأنا الآن أعاني من مشكلة صغيرة في ساقِي اليمنى. ولكن بمساعدة الأطباء البارعين هنا في هذا المستشفى، لماذا، سوف يتغلبون على هذه المشكلة من أجلي أيضًا.

وكنت أعاني من تنميل فيها. كنت قد عجزتُ عن استخدامها إلى حد ما وكنت

(55) - التحام في العمود الفقري spinal fusion: عملية جراحية لدمج فقرتين أو أكثر في العمود الفقري بشكل دائم، مما يلغي الحركة بينهما، يمكن أن تجرى هذه العملية بشكل مستقل، وقد تجرى معها عملية لتثبيت الفقرات (الترجم).

أعاني من إحساس بالوخز في الساقين، مثل الإبر والدبابيس. بالأمس اختفى هذا كله للتو. الآن أستطيع أن أحرك ساقِي بحرية وأشعر بأنها قد عادت إلى وضعها الطبيعي مرة أخرى.

الدكتورة: هل عانيت من أي تكرار للأورام الخبيثة؟

المريضة: لا، لم أعانِ من تكرارها. قيل لي إنه لا يوجد ما يدعو للقلق، إن الورم حامل في هذا الوقت.

الدكتورة: والآن منذ متى وهو حامل؟

المريضة: حسنًا، أظن أنه قد يكون حاملًا منذ استئصال الغدة الكظرية؛ بطبيعة الحال، لا أعرف الكثير. إذا أخبرني الأطباء بأخبار جيدة، فلن أفعل أي شيء آخر.

الدكتورة: ترغبين في أن تسمعي ذلك.

المريضة: في كل مرة أخرج فيها من الباب أقول لزوجي، هذه آخر مرة أعود فيها إلى هنا، لن أعود بعد الآن. حين خرجت من هنا في اليوم السابع من شهر مايو الماضي، قالها لي، لذا لن أضطر إلى أن أقولها. لكن الأمر لم يدم طويلًا. لقد عدت إلى هنا في اليوم السادس من شهر أغسطس.

الدكتورة: لديك وجه مبتسم ولكن في أعماقك هناك الكثير من الأسى والحزن.

المريضة: حسنًا، أعتقد أن المرء يكون بهذا الشكل في بعض الأحيان.

الدكتورة: كيف تتعاملين مع الأمر، إذا كنت تعانين من ورم خبيث، وقد دخلت إلى المستشفى عشرين مرة، لاستئصال ثديك، واستئصال الغدة الكظرية.

المريضة: وعملية التحام في العمود الفقري -

الدكتورة: عمليات التحام في العمود الفقري، كيف تعاملت مع هذا كله؟ من

أين تستمدين نقاط قوتك وما هي مخاوفك؟

المريضة: لا أعرف، أعتقد فقط أنني أستمدّها من الإيمان بالرب، والأطباء يساعدونني.

الدكتورة: أيهما يأتي أولاً؟

المريضة: الرب.

القسيس: لقد تحدثنا عن ذلك من قبل، ومع ذلك، وعلى الرغم من أنك تؤمنين هذا الإيمان الذي يمنحك القوة، فإن هناك أوقاتاً تشعرين فيها بالحزن.

المريضة: أوه، نعم.

القسيس: إنه شيء من الصعب تجنبه، الاكتئاب، في بعض الأحيان.

المريضة: نعم. أعتقد أنني أشعر بالاكتئاب أكثر حين أكون بمفردي لأي فترة من الوقت. أفكر في الماضي وأعتقد أنه لا فائدة من التفكير في ذلك. إن هذا كله ورائي. يجب أن أفكر أكثر في المستقبل. حين أتيت أول مرة، وعرفت أنني سوف أخضع لعملية جراحية من أجل إزالة السرطان، تساءلتُ لماذا، وكان لدي هذان الولدان في البيت، وقد صليت من أجل أن يتم إنقاذي لفترة كافية فقط لتربية هذين الولدين.

الدكتورة: إنهما ولدان كبيران الآن، أليس كذلك؟ لذلك كان ذلك جيداً. (المريضة تبكي).

المريضة: هذا كل ما أحتاج إليه، معذرة، إنني في حاجة إلى أن أصرخ صرخة قوية.

الدكتورة: هذا جيد. أتساءل لماذا قلت لتجنب الاكتئاب. لماذا يجب تجنبه؟

القسيس: حسنًا، لقد استخدمتُ كلمة غير مناسبة. وقد تحدثتُ أنا ومسز إل L كثيرًا عن كيفية التعامل مع الاكتئاب. لا ينبغي تجنب ذلك حقًا. يجب مواجهته

والتغلب عليه.

المريضة: لا يسعني إلا البكاء في بعض الأحيان. آسفة...

الدكتورة: لا، لا، أنا أشجع ذلك.

المريضة: أوه، لقد فعلت...

الدكتورة: نعم، أعتقد أن تجنبه يجعله أكثر شدة، أليس كذلك؟

المريضة: حسنًا، لا، لا أتجنبه. أعتقد أن المرء يشعر بأنه في حالة أسوأ بعد أن يترك نفسه على سجيتها، هذا هو رأيي في الأمر. لأن أي شخص موجود على هذا النحو الذي كنت عليه باستمرار، لماذا، أعتقد أنه يجب أن يكون ممتنًا لما كان عليه في الماضي. وهناك عدد كبير جدًا من الأشخاص الآخرين الذين لم تتح لهم فرصة أن يكون لهم مثل هذا الماضي.

الدكتورة: هل تشيرين إلى الوقت الإضافي؟

المريضة: الوقت الإضافي من أجل شيء واحد. لقد شاهدت تلك الخبرة في عائلتي خلال الأشهر القليلة الماضية. وأشعر أنني كنت محظوظة جدًا لأن هذه الأشياء لم تحدث لي.

القيسيس: هل تقصدين تجربة شقيق زوجك؟

المريضة: نعم.

القيسيس: لقد مات هنا.

المريضة: نعم، في الخامس من مايو.

الدكتورة: ماذا كانت تلك الخبرة؟

المريضة: حسنًا، لم يكن مريضًا لفترة طويلة، ولم تتح له الفرصة للبقاء أي وقت بقدر الوقت الذي يتاح لي. لا أستطيع أن أقول إنه كان رجلًا عجوزًا. كان يعاني

من مرض لو أنه كان قد اعتنى به منذ البداية - أعتقد أنه كان نتيجة إهمال تام من جانبه، لكن مع ذلك لم يستمر المرض وقتًا طويلًا.

الدكتورة: كم كان عمره؟

المریضة: كان في الثالثة والستين.

الدكتورة: ماذا كان لديه؟

المریضة: كان مصابًا بالسرطان.

الدكتورة: حسنًا، ألم ينتبه له أم ماذا؟

المریضة: لقد كان مريضًا منذ حوالي ستة أشهر، وقد أخبره الجميع أنه يجب عليه أن يذهب إلى الطبيب، أن يذهب إلى مكان ما ليحصل فيه على الرعاية. كان يهمل نفسه حتى أنه لم يعد يستطيع الاهتمام بنفسه بعد ذلك. ثم قرر المجيء إلى هنا وطلب المساعدة. كان هو وزوجته منزعجين للغاية لأن الأطباء لم يتمكنوا من إنقاذ حياته مثلما أنقذوا حياتي. كما قلت، انتظر حتى لم يعد قادرًا على تحمله.

الدكتورة: هل الوقت الإضافي هو نوع من الأوقات الخاصة؟ مختلف عن الأوقات الأخرى؟

المریضة: لا، لا أستطيع أن أقول إنه وقت مختلف. لا أستطيع أن أقول ذلك لأنني أشعر أن حياتي طبيعية مثل حياتك وحياة القسيس. لا أشعر أنني أركض في الوقت الضائع ولا أشعر أنه يجب علي أن أكسب المزيد من الوقت المتبقي. أعتقد أن وقتي مثل وقتكما تمامًا.

الدكتورة: يشعر بعض الناس بأنهم يعيشون بشكل مكثف.

المریضة: لا.

الدكتورة: كما تعلمين، لكن هذا ليس صحيحًا بالنسبة للجميع، ألا تشاركينهم

في هذا؟

المريضة: لا، لا، أعرف أنني لا أشاركهم في هذا. وأنا أعلم أن لدينا جميعًا وقتًا نرحل فيه وليس هذا الوقت وفتي، هذا كل ما في الأمر.

الدكتورة: هل حاولت بأي شكل من الأشكال أو حتى فكرت في أن هذا هو الوقت المناسب للاستعداد للموت؟

المريضة: لا، إنني أواصل الحياة من يوم إلى آخر كما كنت أفعل من قبل.

الدكتورة: أوه. أنت لا تفكرين أبدًا في الأمر من حيث كيفية حدوثه هذا وما يعنيه؟

المريضة: لا، لم أفكر في ذلك من قبل.

الدكتورة: هل تعتقدين أن على الناس أن يفكروا في ذلك؟ بما أننا جميعًا يجب أن نموت يومًا ما.

المريضة: حسنًا، لم يخطر ببالي مطلقًا التفكير في إعداد نفسي للموت. أعتقد أنه إذا حان الوقت، فإن هناك شيئًا في داخل المرء سوف يخبره به. لا أشعر أنني مستعدة بعد. أعتقد أن أمامي وقتًا طويلاً.

الدكتورة: نعم، لا أحد يعرف.

المريضة: لا، لكنني أعني أنني فقط قد قمت بتربية هذين الصبيين. وسوف أساعد في رعاية أولئك الأحفاد أيضًا.

الدكتورة: هل لديك أحفاد؟

المريضة: سبعة أحفاد.

الدكتورة: إذن أنت تنتظرين إلى أن يكبروا.

المريضة: الآن أنتظر إلى أن يكبروا وأرى أبناء أحفادي.

الدكتورة: حين تكونين في المستشفى، ما نوع الأشياء التي تساعدك بأفضل شكل؟

المريضة: أوه، أود أن أكون مع الأطباء مائة بالمائة إذا استطعت.

القيس: أعتقد أنني أعرف إجابة واحدة على ذلك أيضًا، وهي أن لديك دائمًا صورة عن المستقبل، عن الهدف الذي تريد تحقيقه. تستمرين في القول إن كل ما تريدينه هو أن تكوني قادرة على العودة إلى البيت وأن تتحركي.

المريضة: هذا صحيح. أريد أن أمشي مرة أخرى. وأنا متأكدة من أنني سوف أكون في حالة جيدة كما كنت منذ سنوات عديدة. إنه تصميم.

الدكتورة: ما الذي تعتقدين أنه قد ساعدك ولم تتركه؟ أنت لم تستسلمي؟

المريضة: أشعر أن الشخص الوحيد الذي تركته في البيت الآن هو زوجي وهو طفل أكبر من جميع الأطفال مجتمعين. إنه مصاب بداء السكري وقد أثر على عينيه وهو لا يرى جيدًا. إننا نعيش على معاش العجز.

الدكتورة: ما مدى ما يمكن أن يفعله؟

المريضة: حسنًا، لا يستطيع فعل الكثير. نظره ضعيف. لا يستطيع رؤية إشارات المرور في الشارع. وفي المرة الأخيرة التي كنت فيها في المستشفى، كان يتحدث إلى مسز إس S، وقد جلست على جانب السرير وسألته عما إذا كان من الممكن أن يراها. فقال إنه يستطيع أن يراها لكن صورتها كانت مشوشة وبالتالي أدركت أن نظره ضعيف. يمكنه أن يرى العناوين الرئيسية في الجريدة ولكن لقراءة عناوين الصف الثاني يجب عليه أن يستخدم عدسة مكبرة لكي يراها، ومن بعيد لا يمكن أن يرى.

الدكتورة: في البيت من يعتني بمن؟

المريضة: حسنًا، لقد وعدني حين خرجت من المستشفى في أكتوبر الماضي أنني

إذا كنت عينيه، فسوف يكون قدميَّ وهذه خطتنا.

الدكتورة: هذا لطيف جدًا. كيف تحقق ذلك؟

المريضة: حسنًا، لقد تحقق الأمر بشكل جيد. هو يتسبب في فوضى على الطاولة عن طريق الخطأ، ثم أفعل ذلك عن قصد حتى يعتقد أنه لم يفعل ذلك بسبب ضعف نظره إذا حدث شيء ما، يجب أن يتعثر أو شيء من هذا القبيل، لماذا، أقول له إنني أفعل ذلك طول الوقت ولدي عينان جيدتان حتى لا يشعر بأنه في حالة سيئة بسبب ذلك.

القيسيس: يشعر بأنه في حالة سيئة في بعض الأحيان؟

المريضة: أوه، نعم، يزعجه الأمر في بعض الأحيان.

الدكتورة: هل تقدم بطلب - أو فكر في الاستعانة بكلب أو تقدم للحصول على بعض التدريب، بعض التدريب على التنقل وأشياء من هذا القبيل؟

المريضة: لدينا ربة منزل من جيش الخلاص.⁽⁵⁶⁾ وكان العامل خارج المنزل. أخبرته أنها سوف ترى ما إذا كان هناك شيء يمكن أن يحصلوا عليه من أجله، بقدر ما يمكن أن يساعده.

الدكتورة: يمكن لمنازة المكفوفين⁽⁵⁷⁾ تقييم احتياجاته، حيث يقدمون تدريبًا على التنقل وعصا إذا لزم الأمر.

المريضة: حسنًا، سوف يكون ذلك جيدًا.

الدكتورة: يبدو أن كل واحد منكما في البيت يتناغم مع الآخر ويفعل كل واحد

(56) - جيش الخلاص Salvation Army: جماعة مسيحية بروتستانتية دولية مستقلة عن الكنائس تقوم بأعمال خيرية لمساعدة الفقراء والمحتاجين (المترجم).

(57) - منارة المكفوفين Lighthouse for the Blind: منارة المكفوفين وضعاف النظر، منظمة غير ربحية لمساعدة المكفوفين وضعاف البصر مقرها سان فرانسيسكو، وهي الأقدم والأكبر من نوعها في شمال كاليفورنيا (المترجم)

منكما ما لا يستطيع الآخر أن يفعله. وبالتالي لا بد أن يكون لديك الكثير من القلق بشأن كيفية مجيئه حين تكونين في المستشفى.

المریضة: هذا صحيح.

الدكتورة: كيف تسير معه الأمور؟

المریضة: حسنًا، يأخذه أبنائي لتناول وجبة العشاء. ثلاث مرات في الأسبوع لدينا ربة منزل تأتي وتقوم بأعمال التنظيف والكي. إنه قادر على الغسيل. أنا لا أحبته في أي شيء يقوم به. لقد لاحظت أنه أخطأ كثيرًا في أمور كثيرة، لكنني أخبرته أنه يبدو جيدًا، ليوصل القيام بما يقوم به، وأتركه يشعر بالمسؤولية.

الدكتورة: تستمرين بشكل ما في إخباره بأشياء تجعله يشعر بالرضا.

المریضة: أحاول.

الدكتورة: هل تفعلين ذلك مع نفسك أيضًا؟

المریضة: إنني لا أحاول أن أشكو من شعوري. حين يسألني عن شعوري، أقول له دائمًا إنني أشعر بشعور رائع، حتى وصلتُ إلى النقطة التي أخبرته فيها أنه يجب علي الدخول إلى المستشفى وأنهم طلبوا مني الذهاب إلى المستشفى. حسنًا، هذا فيما يتعلق بأول مرة عرف فيها بالأمر.

الدكتورة: لماذا، هل طلب منك القيام بذلك من قبل؟

المریضة: لا، لقد فعلت ذلك بنفسني لأن لي صديقة جعلت نفسها تؤمن بأنها مريضة حقًا. وكانت تجلس على كرسي متحرك. منذ ذلك الحين قررت أن الأمر ينبغي أن يكون سيئًا جدًا قبل أن أذمر. أعتقد أنه كان درسًا تعلمته من خلالها. لقد ذهبتُ إلى الأطباء في جميع أنحاء المدينة لجعلهم يتفقون معها على أنها كانت تعاني من التصلب المتعدد.⁽⁵⁸⁾ لم يجد الأطباء أي مرض لديها. اليوم هي على

(58) - التصلب المتعدد multiple sclerosis: انظر هامش سابق للمترجم.

كرسي متحرك ولا تستطيع أن تمشي. لا أعرف ما إذا كانت قد أصيبت به أم لا، لكنها كانت على هذا الحال منذ حوالي سبعة عشر عامًا.

الدكتورة: لكن هذا نوع آخر من التطرف.

المريضة: نعم، لكنني أعني الطريقة التي تشكو بها باستمرار - ثم كانت أظافر أخت زوجي تؤذيها وكان يزعجها أن تزيل شعر ساقها وكل شيء آخر، ولا يمكنني أن أتحمّل هذه الشكوى المستمرة من الاثنتين وقد قررت أنه يجب أن يكون الأمر سيئًا جدًا قبل أن أشتكي.

الدكتورة: من كان مثل هذا في عائلتك؟ هل كان والداك مقاتلين بهذا الشكل؟

المريضة: توفيت والدي في عام 49، وقد عرفت مرتين فقط أنها مريضة حقًا. كانت آخر مرة حين أصيبت باللويميا، وتوفيت. لا أتذكر والدي كثيرًا، لكنني أعرف فقط، ما أتذكره، أنه كان مريضًا بالأنفلونزا في أثناء وباء الأنفلونزا عام 1918 حين وافته المنية. وبالتالي لا أستطيع أن أقول الكثير عن والدي.

الدكتورة: الشكوى إذن تكون مساوية للوفاة لأنها كليهما لم يشتكيا إلا قبل وفاتهما.

المريضة: هذا صحيح، هذا صحيح!

الدكتورة: ولكن، كما تعلمين، هناك الكثير من الأشخاص الذين يعبرون عن الآلام وأوجاعهم ولا يموتون.

المريضة: أعرف ذلك. لدي زوجة أخي، القسيس يعرفها أيضًا.

القسيس: جانب آخر من مكوث مسز إل L في المستشفى هو أن مرضى آخرين يجلسونها في كثير من الأحيان. وبعد ذلك تجد نفسها تمثل نوعًا من العزاء للآخرين.

المريضة: أوه، لا أعرف...

القيس: وأتساءل أحيانًا، ألا تتمنين أن يكون هناك شخص يمكن أن نتحدثي إليه، يمكن أن يريحك، بدلًا من الاعتماد على نفسك دائمًا؟

المريضة: لا أشعر أنني في حاجة إلى الراحة، يا قسيس. وأنا متأكدة من أنني لا أريد الشفقة على أي شيء لأنني لا أشعر أنني يجب أن يشفق أحد عليّ. أشعر كما لو أنه لا يوجد شيء سيء بدرجة تستحق الشكوى. الشيء الوحيد الذي أشتكي منه هو أطبائي المساكين.

الدكتورة: هل تشعرين بالأسف تجاههم؟ لا يجب أن تشفقي عليهم أيضًا لأنهم لا يريدون الشفقة، أليس كذلك؟

المريضة: أعلم أنهم لا يريدون الشفقة ولكنني أعتقد، حين يخرجون من الغرف ويسمعون آلام الجميع وأوجاعهم، أراهن أنهم يرغبون حقًا في الابتعاد إلى مكان ما. والمرضات أيضًا.

الدكتورة: في بعض الأحيان يرغبون في ذلك.

المريضة: حسنًا، لا ألومهم إذا كانوا يرغبون في ذلك.

الدكتورة: أنت تقولين إنك تتعاونين معهم. هل سبق لك أن حجبت المعلومات عنهم لأنك تكرهين أن تكوني عبأ عليهم؟

المريضة: لا، لا. أعتقد أنني سوف أخبرهم بما هو موجود بالفعل وهذه هي الطريقة الوحيدة التي يجب عليهم العمل بها. كيف يمكنهم علاج أي شخص إذا لم يخبرهم بما يعاني منه؟

الدكتورة: هل لديك أي إحساس بعدم الراحة الجسدية؟

المريضة: أشعر أنني في حالة رائعة، لكنني أتمنى بالتأكيد أن أفعل ما أريد القيام

الدكتورة: ما الذي تودين أن تفعلينه؟

المريضة: أود أن أنهض وأمشي وأذهب مباشرة إلى البيت وأمشي على طول الطريق.

الدكتورة: وماذا بعد ذلك؟

المريضة: حسنًا، لا أعرف ما يمكن أن أفعله حين أصل إلى هناك، ربما أذهب إلى الفراش. (ضحك) لكنني أشعر أنني في حالة جيدة. لا أعاني من أي آلام أو أوجاع في هذه اللحظة على الإطلاق.

الدكتورة: وذلك منذ يوم أمس؟

المريضة: حسنًا، كنت أعاني من هذا الإحساس بالوخز في ساقني حتى يوم أمس ولم يعد موجودًا. لم يكن الأمر سيئًا بدرجة كبيرة، لكنني كنت قلقة على حد ما في البيت لأنني لم أكن أستطيع أن أمشي في الأسبوعين الماضيين كما كنت أمشي من قبل. أعلم أنني كنت أضغط على نفسي وربما، إذا كنت قد اعترفت بذلك في البداية وطلبت المساعدة والاعتناء بها، ما كانت الحالة قد وصلت إلى هذه المرحلة التي كانت فيها. لكنني أعتقد دائمًا أن اليوم التالي سوف يكون أفضل.

الدكتورة: ومن ثم تتظنين قليلًا وتأملين أن تختفي الحالة.

المريضة: أنتظر وأنتظر حتى أرى أنها لا تتحسن. ثم أتصل.

الدكتورة: وأنت مجبرة على مواجهتها.

المريضة: إنني مجبرة على مواجهة الحقائق.

الدكتورة: كيف يكون الأمر حين تكونين في نهاية أيامك؟ هل سوف تتعاملين

مع الأمر بالطريقة نفسها؟

المريضة: سوف أنتظر حتى يأتي ذلك اليوم. أتمنى ذلك. من رعاية والدتي قبل دخولها إلى المستشفى، أقول إنها تعاملت مع الأمر حين أتى.

الدكتورة: هل كانت تعلم؟

المريضة: لم تكن تعلم أنها مصابة بسرطان الدم.

الدكتورة: لم تكن تعلم؟

المريضة: قال لي الأطباء أنه لا يجب أن أخبرها.

الدكتورة: ما رأيك في ذلك؟ هل لديك أي مشاعر حيال ذلك؟

المريضة: حسنًا، كنت أشعر بمشاعر سيئة لأنها لم تكن تعرف لأنها كانت تخبر الطبيب بما كانت تعاني منه. وقد كانت، على ما أعتقد، تصعب الأمور على الأطباء من خلال عدم معرفتها. لأنها كانت تخبر الطبيب بأنها تعاني من مشكلة في المرارة وأنها كانت تطب نفسها من مشكلة في المرارة وتتناول أدوية قد لا تكون مفيدة لأي شخص في حالتها.

الدكتورة: لماذا تعتقدين أنهم لم يخبروها؟

المريضة: حسنًا، لا أعرف، ليس لدي أي فكرة. سألت الطبيب وحينها أخبرني بما قد يحدث إذا علمت وقال لي لا إنه لا ينبغي لها أن تعرف.

الدكتورة: كم كان عمرك في ذلك الوقت؟

المريضة: حسنًا، لقد كنتُ متزوجة في ذلك الوقت. كان عمري حوالي سبعة وثلاثين عامًا.

الدكتورة: لكنك فعلت ما طلبه منك الطبيب.

المريضة: فعلت ما طلبه مني الطبيب.

الدكتورة: لقد ماتت بدون أن تعرف ذلك حقًا أو بدون الحديث عنه.

المریضة: هذا صحیح.

الدكتورة: من الصعب جدًا معرفة كيف تعاملت مع الأمر.

المریضة: هذا صحیح.

الدكتورة: ما الأسهل في رأيك بالنسبة للمريض؟

المریضة: أوه، أعتقد أن هذا أمر فردي جدًا. بقدر ما يخصني، إنني سعيدة لأنني أعرف ما أنا مصابة به.

الدكتورة: أوه. وبالنسبة لوالدك...

المریضة: وبالنسبة لوالدي، كان يعرف ما يعاني منه. كان مصابا بالأنفلونزا. لقد رأيت مرضى مختلفين لا يعرفون ما يعانون منه. القسيس يعرف آخر مریضة. كانت تعرف ما لديها لكنها لم تكن تعلم أنها على وشك أن تموت. كانت تلك هي مسز جي J. وكانت تخوض معركة كبيرة، كانت عازمة على أن تعود إلى البيت مع زوجها. أخفت عائلتها الأمر عنها، كم كانت حالتها سيئة حقًا، ولم تشك في أي شيء طوال الوقت. ربما كان ذلك بالنسبة لها طريقة أفضل للرحيل. لا أدري، لا أعرف. أعتقد أنه أمر يرتبط بالفرد. أعتقد أن الأطباء يعرفون أفضل طريقة للتعامل مع شيء من هذا القبيل. أعتقد أنه يمكنهم الحكم على الشخص بشكل أفضل من حيث الكيفية التي يتعاملون بها معه.

الدكتورة: ثم يفعلون ذلك على المستوى الفردي؟

المریضة: أعتقد ذلك.

الدكتورة: ولا يمكن التعميم. لا، إننا نتفق على أننا لا نستطيع أن فعل ذلك. هذا ما نحاول القيام به هنا، النظر إلى كل فرد ومحاولة معرفة كيف يمكن لنا أن نساعد هذا النوع من الأفراد. وأعتقد أنك من هذا النوع من المقاتلين الذين سوف يفعلون ما يمكن أن تفعله حتى اليوم الأخير.

المریضة: سوف أفعل ذلك.

الدكتورة: وبعد ذلك حين يكون عليك مواجهة الأمر، سوف تواجهينه. لقد ساهم إيمانك كثيرًا في قدرتك على الابتسام من خلال هذا.

المریضة: أتمنى ذلك.

الدكتورة: إلى أي دين تنتمين؟

المریضة: حسنًا، اللوثرية.⁽⁵⁹⁾

الدكتورة: ما هو أكثر ما يساعدك في إيمانك؟

المریضة: لا أعرف. لا أستطيع تحديد ذلك. لقد وجدت الكثير من الراحة في التحدث إلى القسيس. وقد اتصلت به حتى على التلفون لأتحدث معه.

الدكتورة: حين تشعرين بالحزن الشديد وتشعرين بالوحدة ولا يوجد أحد، ما نوع الأشياء التي تفعليها؟

المریضة: حسنًا، لا أعرف. أعتقد أن أي شيء يتبادر إلى ذهني يكون عليّ أن أقوم به.

الدكتورة: على سبيل المثال؟

المریضة: حسنًا، لقد قمت بتشغيل لعبة لوحة⁽⁶⁰⁾ خلال الأشهر القليلة الماضية على التلفزيون وأبعدت عقلي عن التفكير في حالتي. هذا هو الشيء الوحيد. وكنت أتفرج على شيء آخر أو اتصل بزوجة ابني للتحدث معها ومع الصغار.

الدكتورة: على التلفون؟

(59) - اللوثرية Lutheran: فرع من أكبر فروع البروتستانتية التي تنسب إلى تعاليم مارتن لوثر (1483 - 1546)، المجدد الألماني ابن القرن التاسع عشر، الذي بدأ بجهوده لتجديد اللاهوت ومؤسس المذهب البروتستانتى (المترجم).

(60) - لعبة لوحة panel show: برنامج ألعاب إذاعي أو تلفزيوني تشارك فيه لجنة من المشاهير، في فرق، يكون لكلا الفريقين قائد (المترجم).

المریضة: على التلیفون وتبقى مشغولة.

الدکتورة: هل تفعلین أشياء؟

المریضة: فقط حتى أفعل شيئاً ما لكي أبعد ذهني عن التفكير في حالتي. وأدعو القسيس فقط لبعض الدعم المعنوي من حين إلى آخر. وأنا لا أتحدث عن حالتي مع أي شخص. عادة ما تعتقد زوجة ابني حين أتصل بها بأني قد أكون متعكرة المزاج أو تعيسة. سوف تنادي أحد الصغار أو تحكي لي عن شيء ما فعلوه وينتهي الأمر في ذلك الوقت.

الدکتورة: إنني معجبة بشجاعتك لمجيتك إلى هنا لهذه المقابلة. هل تعرفين لماذا؟

المریضة: لا.

الدکتورة: لدينا مريض كل أسبوع، ونقوم بذلك كل أسبوع، لكنك، كما اكتشفت الآن، لا تريدين حقاً أن تتحدثي عن حالتك، وكنت تعرفين أننا سوف نتحدث عنها. ومع ذلك كنت على استعداد كافٍ للمجيء.

المریضة: حسناً، إذا كان من الممكن أن أقدم مساعدة لشخص آخر بطريقة ما، فأنا على استعداد للقيام بذلك. كما أقول، فيما يتعلق بحالتي الجسدية أو الصحية، لماذا، أشعر بصحة جيدة مثلك أنت ومثل رجل الدين هنا. وأنا لستُ مريضة.

الدکتورة: أعتقد أنه لأمر رائع أن مسز إل L تطوعت للحضور إلى هنا. بنية أن تقدم خدمة ما بطريقة ما، أو أن تساعدنا.

المریضة: أتمنى ذلك. إذا كان من الممكن أن أقدم مساعدة لشخص آخر، فسوف أكون سعيدة للقيام بذلك، على الرغم من أنني غير قادرة على الخروج والقيام بشيء ما. حسناً – سوف أبقى هنا لفترة طويلة. وربما أجري المزيد من المقابلات. (ضحك.)

قبلت مسز إل L دعوتنا لكي تطلعنا على بعض مخاوفها ولكنها أظهرت تبايناً غريباً بين مواجهة مرضها وإنكاره. فقط بعد هذه المقابلة تمكنا من أن نفهم بعض

هذه الازدواجية. لقد عرضت أن تحضر إلى السيمينار ليس لأنها كانت تريد أن تتحدث عن المرض أو الموت ولكن لكي تقدم خدمة ما بينما تكون مقيدة وغير قادرة على العمل خارج سريرها. قالت ذات مرة: «إنني حية طالما كنت أعمل». إنها تواسي المرضى الآخرين لكنها تشعر بالاستياء حقاً لأنها لا تستطيع أن تتكئ على كتف شخص ما. تستدعي القسيس من أجل اعتراف سري خاص، بشكل سري تقريباً، لكنها تعترف لفترة وجيزة فقط في أثناء المقابلة ببعض مشاعر الاكتئاب العرضية والحاجة إلى محادثة. وقد أنهت المقابلة بقولها: «أنا بصحة جيدة مثلك أنت والقسيس»، مما يعني: «لقد رفعت الحجاب، والآن أعطي وجهي مرة أخرى.»

اتضح في هذه المقابلة أن الشكوى تعادل الاحتضار. لم يشتك والداها قط ولم يعترفا بمرضها إلا قبل وفاتها. يجب أن تعمل مسز إل L وأن تظل مشغولة إذا أرادت أن تعيش. يجب أن تكون عيني زوجها المعاق بصرياً وتساعدته على إنكار فقدانه التدريجي لبصره. حين يتعرض لحادث بسبب ضعف بصره، تقوم بتقليد حادث مألوف للتأكيد على أن هذا لا علاقة له بمرضه. حين تكون مكتئبة، يكون عليها أن تتحدث إلى شخص ما ولكن لا يجب أن تشتكي: «الأشخاص الذين يشتكون على كرسي متحرك لمدة سبعة عشر عامًا!»

من المفهوم أنه من الصعب للغاية تحمل المرض المتفاقم مع كل آثاره بالنسبة للمريض الذي يشعر بقوة أن الشكوى يتبعها بالضرورة أن يعاني من عجز دائم أو يموت.

تم تقديم المساعدة لهذه المريضة من قبل أقاربها الذين سمحوا لها بالاتصال والتحدث عن «أشياء أخرى»، ومن خلال وجود تليفزيون في غرفتها لإلهائها، وبعد ذلك ببعض الفنون والحرف اليدوية التي تمكنت من القيام بها من أجل منحها الشعور بأنها «لا تزال تعمل». حين يتم التأكيد على الجوانب التعليمية لمثل هذه المقابلات، يمكن لمريضة مثل مسز إل L أن تفصح عن شكاوى كثيرة بدون أن تشعر بأنها سوف تُوصَف بالشاكية.

XI

ردود الفعل على السيمينار عن الموت والاحتضار

بسلام ذهبي توجت عاصفة الليلة الماضية هذا الصباح.

طاغور، من طيور شاردة، 293

ردود فعل طاقم المستشفى:

كان رد فعل طاقم المستشفى، كما وصف من قبل، يتمثل في مقاومة كبيرة، وعداء صريح في بعض الأحيان، تجاه السيمينار الذي نعقده. في البداية، كان من المستحيل تقريبًا الحصول على إذن من أفراد طاقم المستشفى لإجراء مقابلة مع أحد مرضاهم. كان التعامل مع الأطباء المقيمين أكثر صعوبة من التعامل مع أطباء الامتياز، وكان أطباء الامتياز أكثر مقاومة من الأطباء غير المقيمين أو طلاب الطب. كان يبدو أنه كلما زاد تدريب الطبيب، قل استعداداه للمشاركة في هذا النوع من العمل. وقد درس مؤلفون آخرون موقف الطبيب تجاه الموت والمريض الذي يحتضر. ولم نكن قد درسنا الأسباب الفردية لهذه المقاومة لكننا لاحظناها في مرات كثيرة.

وقد لاحظنا أيضًا التغيير في الموقف بمجرد إقامة السيمينار وكان الطبيب

المعالج يتبنى رأي زملائه أو بعض المرضى الذين حضروا إلى الفصل. وقد ساهم الطلاب وقساوسة المستشفى بالتساوي في زيادة إمام طاقم المستشفى بعملنا، وربما كانت الممرضات أكثر المساعدين فائدة.

قد لا يكون من قبيل المصادفة أن إحدى الطبيبات المشهورات بالرعاية الكاملة للمريض المحتضر، سيسلي ساندرز،⁽⁶¹⁾ بدأت عملها ممرضة وهي الآن طبيبة تعالج المرضى الميؤوس من شفائهم في مستشفى مصمم خصيصًا لرعايتهم. وقد أكدت أن غالبية المرضى يعرفون بموتهم الوشيك سواء تم إخبارهم بذلك أو لم يتم. وهي تشعر براحة تامة في مناقشة هذا الأمر معهم، ولأنها لا تحتاج إلى الإنكار، فمن غير المرجح أن تواجه إنكارًا شديدًا من مرضاها. وإذا كانوا لا يرغبون في الحديث عن ذلك، فهي بالتأكيد تحترم تحفظهم. وهي تؤكد على أهمية الطبيب الذي يمكن أن يجلس ويستمع. وتؤكد على أن معظم مرضاها يتهزون الفرصة لإخبارها (في كثير من الأحيان أكثر من العكس!) بأنهم يعرفون ما كان يحدث، والاستياء والخوف من عدم وجودهم تقريبًا في النهاية. وتقول: «إن الأكثر أهمية من ذلك، كان ضرورة أن تتاح الفرصة للعاملين الذين اختاروا القيام بمثل هذا العمل للتفكير بعمق في ذلك والعتور على رضاهم في مجال مختلف عن الأهداف والأنشطة المعتادة في المستشفيات. إذا كانوا هم أنفسهم يؤمنون بهذا العمل ويستمتعون به حقًا، فإنهم سوف يساعدون المريض من خلال موقفهم أكثر مما يمكن لأي كلمات أن تساعدهم.»

تأثر هنتون⁽⁶²⁾ أيضًا بالبصيرة والوعي اللذين أظهرهما المرضى الميؤوس من شفائهم والشجاعة التي أظهروها في مواجهة وفاتهم، والتي كانت تأتي دائمًا بهدوء. أعطي هذين المثالين لأنني أعتقد أنهما يعكسان الكثير عن مواقف هذين المؤلفين كما يقولان حول ردود أفعال مرضاهما.

(61) - سيسلي ساندرز Cicely Saunders: انظر هامش سابق للمترجم (المترجم).

(62) - جون مارك هنتون John Hinton: انظر هامش سابق للمترجم (المترجم)

من بين طاقمنا وجدنا مجموعتين فرعيتين من الأطباء الذين استطاعوا الاستماع والتحدث بهدوء عن السرطان أو الموت الوشيك أو تشخيص مرض مميت عادة. كانوا من صغار السن جدًا في مهنة الطب وقد عانوا إما من وفاة شخص قريب منهم وعملوا على تجاوز هذه الخسارة، أو من الذين حضروا السيمينار على مدى عدة أشهر؛ والمجموعة الأخرى وهي الأصغر كانت من الأطباء الأكبر سنًا، الذين - نفترض هذا فقط - نشأوا منذ جيل مضى في بيئة كانت تستخدم آليات دفاعية بشكل أقل وتعبيرات ملطفة بشكل أقل، وتواجه الموت بشكل أكبر على أنه حقيقة، ومن الأطباء المتدربين على رعاية المرضى الميؤوس من شفائهم. لقد تم تدريبهم في المدرسة القديمة ذات النزعة الإنسانية وهم الآن ناجحون بوصفهم أطباء في عالم الطب الأكثر علمية. إنهم الأطباء الذين يخبرون مرضاهم بخطورة مرضهم بدون أن يسلبوهم كل أمل. وقد كان هؤلاء الأطباء متعاونين وداعمين لكل من مرضاهم والسيمينار الذي نعقده. وقد كان اتصالنا بهم أقل، ليس فقط لأنهم استثناءات ولكن أيضًا لأن مرضاهم كانوا مرتاحين ونادرًا ما يحتاجون إلى تحويلهم إلى طبيب نفسي.

ما يقرب من تسعة من بين كل عشرة أطباء تفاعلوا بشعور بعدم الارتياح أو الانزعاج أو العداء العلني أو الخفي عند الاتصال بهم للحصول على إذن للتحدث إلى أحد مرضاهم. في حين أن بعضهم استخدم سوء الحالة الجسدية أو النفسية للمريض سببًا للماطلة، وقد نفى البعض الآخر بشكل قاطع وجود أي مرضى يعانون من أمراض ميؤوس من شفائهم تحت رعايتهم. وقد عبر البعض عن الغضب حين طلب مرضاهم التحدث إلينا، وكان ذلك يعكس عدم قدرتهم على التعايش معهم. بينما رفض عدد قليل فقط رفضًا قاطعًا، واعتبرت الغالبية العظمى ذلك بمثابة خدمة خاصة لنا حين سمحوا أخيرًا بإجراء مقابلة. وقد تغير الأمر ببطء فقط إلى الموقف الذي يأتون فيه ليطلبوا منا رؤية أحد مرضاهم.

مسز بي P هي مثال على الاضطرابات التي يمكن أن يسببها مثل هذا السيمينار

بين الأطباء. كانت منزوعة للغاية بشأن أمور كثيرة تتعلق بحجزها في المستشفى. وقد شعرت أنها في حاجة ماسة إلى التعبير عن مخاوفها وحاولت بشدة أن تعرف من هو طبيها. تصادف أنها دخلت المستشفى في نهاية شهر يونيو حين كان هناك تغيير كبير في طاقم المستشفى ولم تعرف «أفراد الطاقم المعالج لها» إلا بصعوبة حين غادروا ليحل محلهم أفراد مجموعة أخرى من الأطباء الشباب. وقد لاحظ أحد الوافدين الجدد، وقد سبق له أن حضر السيمينار، فزعها، لكنه لم يتمكن من قضاء أي وقت معها لأنه كان منشغلاً في محاولة التعرف على المشرفين الجدد، وعنبره الجديد وواجباته. حين اقتربتُ منه لطلب مقابلة مسز بي P، وافق بسرعة. وبعد ساعات قليلة من السيمينار، حاصرني مشرفه الجديد، وهو طبيب مقيم، في عمر مزدحم ووبخني بغضب وبصوت عالٍ لرؤيتي هذه السيدة، مضيّقاً أن «هذه هي المريضة الرابعة على التوالي الذي أخذتها من عنبري.» لم يكن يشعر بأي حرج من طرح شكواه أمام الزوار والمرضى. لم يضايقه أيضاً التحدث مع أحد كبار أعضاء هيئة التدريس بعدم احترام. ومن الواضح أنه كان غاضباً من التضمين وحقيقة أن أعضاء آخرين في فريقه أعطوا الإذن بسرعة بدون أن يرجعوا إليه أولاً.

لم يتساءل لماذا يواجه الكثير من مرضاه صعوبات في التعامل مع مرضهم، ولماذا تجنب فريقه سؤاله، ولماذا كان من المستحيل على مرضاه طرح مثل هذه المخاوف. أخبر الطبيب نفسه متدريه في وقت لاحق أنه لم يُسمح لهم منذ ذلك الحين بالتحدث إلى أي من مرضاهم حول خطورة مرضهم ولم يُسمح لهم بالتحدث إلينا. وفي الاجتماع نفسه، أشار إلى الاحترام والإعجاب الذي كان يكنه للندوة ولعملنا مع المرضى الميؤوس من شفائهم - لكنه هو نفسه لم يرغب في المشاركة فيها، وشمل ذلك مرضاه، ومعظمهم يعانون من مرض ميؤوس من شفائه.

اتصل طبيب آخر لحظة دخولي إلى مكنتي بعد مقابلة مؤثرة بشكل خاص. كان لدي نصف دسة زائرين من الكهنة والمشرفين والمرضى في مكنتي حين صرخ

بصوت عالٍ عبر التليفون وقال شيئاً مؤثراً بهذه الفظاعة، «كيف واتتك الجراحة للتحديث إلى مسز كيه K حول الاحتضار وهي لا تعرف حتى بمدى خطورة مرضها وأنها قد تعود إلى البيت مرة أخرى؟» حين عدت إلى صوابي في النهاية، شرحت له محتوى المقابلة، أي أن هذه المرأة طلبت التحديث إلى شخص لم يكن يشارك في علاجها بشكل مباشر. أرادت أن تخبر شخصاً ما في المستشفى بأنها تعرف أن أيامها معدودة. لم تكن قادرة بعد على الاعتراف بهذا بمعناه الكامل. طلبت منا أن نطمئنها أن طبيبها الخاص (الذي كان معي على التليفون!) سوف يعطيها بطريقة ما إشارة حين تكون نهايتها قريبة وأنه لن يلعب معها لعبة الاختباء إلا بعد فوات الأوان. وكانت لديها ثقة كبيرة به وكانت غير مرتاحة للغاية لأنها لم تكن قادرة على أن تنقل إليه إدراكها لخطورة حالتها.

حين سمع هذا الطبيب ما كنا نفعله بالفعل (وقد كان يتناقض تمامًا مع افتراضاته!)، تفوق فضوله على غضبه ووافق في النهاية على الاستماع إلى شريط المقابلة مع مسز كيه K، والذي كان في الواقع نداءً من مريضة من مرضاه له.

لم يكن من الممكن أن يحصل رجال الدين الزائرون على تجربة تعليمية أفضل من المقاطعة الفعلية لهذا الطبيب الغاضب، الذي أظهر لهم التأثير المنحرف الذي يمكن أن يثيره مثل هذا السيمينار.

في وقت مبكر من عملي مع المرضى المحتضرين، لاحظت أن طاقم المستشفى لديه حاجة ماسة إلى إنكار وجود مرضى بأمراض ميؤوس من شفائها في جناحهم. في مستشفى آخر، قضيت ساعات في البحث عن مريض يمكن مقابله، فقط ليتم إخباري أنه لا يوجد أحد من مرضاي مريض بمرض مميت وقادر على التحديث. وفي أثناء سيري في العنبر، رأيت رجلًا عجوزًا يقرأ مقالاً بعنوان "الجنود القدامى لا يموتون أبدًا". بدا مريضًا بشكل خطير وسألته عما إذا كانت "قراءة ذلك" النوع من المقالات لا يخيفه. فنظر إلي بغضب واشمئزاز،

وقال لي إنني لا بد أن أكون واحدة من أولئك الأطباء الذين لا يمكنهم تقديم الرعاية للمريض إلا إذا كان يتمتع بصحة جيدة، ولكن حين يتعلق الأمر بالموت، فإننا جميعًا نخجل منهم. كان هذا هو الرجل المنشود! أخبرته عن السيمينار الذي أعقده حول الموت والاحتضار⁽⁶³⁾ ورغبتني في مقابلة شخص ما أمام الطلاب من أجل تعليمهم عدم الخجل من هؤلاء المرضى. وافق بسعادة على الحضور، وأجرى معنا مقابلة من أكثر المقابلات التي لا تُنسى على الإطلاق من بين المقابلات التي حضرتها.

بشكل عام، كان الأطباء الأكثر ترددًا في الانضمام إلينا في هذا العمل، عن طريق التحويل في البداية ثم من خلال حضور السيمينار. وأولئك الذين فعلوا أي منهما ساهموا بقدر كبير، وبمجرد انضمامهم، استمروا في ذلك عادة مع زيادة المشاركة. قد يتطلب الأمر شجاعة وتواضعًا للجلوس في سيمينار لا يحضره فقط المرضات والطلاب والأخصائيون الاجتماعيون الذين يعملون معهم عادةً، بل يتعرضون فيها أيضًا لإمكانية سماع رأي صريح حول الدور الذي يلعبونه في واقع مرضاهم أو في خيالهم. إن أولئك الذين يخشون أن يسمعوا كيف يراهم الآخرون سوف يترددون بطبيعة الحال في حضور مثل هذا اللقاء - بصرف النظر عن حقيقة أننا نتحدث عن موضوع عادة ما يكون من المحرمات ولا نتحدث عنه مع المرضى والموظفين علنًا. إن أولئك الذين كانوا يحضرون مثل هذا السيمينار كانوا يندهشون دائمًا من مقدار ما يمكن أن يتعلموه من المريض ومن آراء الآخرين وملاحظاتهم، وأصبحوا يقدرونها على أنها خبرة تعليمية غير عادية أعطتهم نظرة ثاقبة بالإضافة إلى التشجيع على متابعة عملهم.

إنها الخطوة الأولى وهي أصعب خطوة مع الأطباء. بمجرد أن فتحوا الباب، واستمعوا إلى ما كنا نفعله بالفعل (بدلاً من التكهن بما قد نفعله)، أو بمجرد أن

(63) - كنت أقدم مثل هذا السيمينار باعتباره مقدمة للطلب النفسي قبل أن أبدأ العمل الحالي الذي أصفه في هذا الكتاب (المؤلفة).

يكونوا قد حضروا سيمينارًا بالفعل، كانوا غالبًا على يقين من الاستمرار. وقد أجرينا أكثر من مائتي مقابلة على مدى ثلاث سنوات تقريبًا. وخلال كل هذا الوقت كان لدينا أطباء من الخارج، من أوروبا، ومن الشرق والساحل الغربي للولايات المتحدة يحضرون السيمينار وهم في طريقهم عبر شيكاغو، لكن كان لدينا عضوان فقط من أعضاء هيئة التدريس من جامعتنا يشرفونا بوجودهما. وأعتقد أن التحدث عن الموت والاحتضار يكون أسهل حين يتعلق الأمر بمريض يخص شخصًا آخر ويمكن في هذه الحالة أن ننظر إلى الأمر كما لو كنا نشاهد مسرحية بدلًا من أن نكون مشاركين فعليين في الدراما.

وكان أفراد طاقم التمريض أكثر انقسامًا في ردودهن. وقد قابلتنا في الأصل بغضب مماثل وبملاحظات غير لائقة في كثير من الأحيان. وقد أشارت بعض منهن إلينا بأننا أشخاص جشعون وأوضحن لنا أن وجودنا كان غير مبرر في جناحهن. وكانت هناك أخريات، مع ذلك، استقبلتنا بارتياح وترقب. وكانت دوافعهن متعددة. كنَّ غاضبات من بعض الأطباء بسبب الطريقة والأسلوب اللذين نقلوا بهما خطورة المرض إلى مرضاهم؛ كنَّ غاضبات من الأطباء بسبب تجنب المشكلة أو تركهن تمامًا في الخارج خلال الجولات. كنَّ غاضبات بسبب العدد الكبير من الاختبارات غير الضرورية التي يطلبها الأطباء بدلًا عن قضاء الوقت مع المرضى. وقد شعرن بعجزهن في مواجهة الموت وحين أصبحن على دراية بالمشاعر الماثلة لدى الأطباء، كانت النتيجة أنهن غضبن بشكل مبالغ فيه. وألقين باللوم على الأطباء بسبب عدم قدرتهم على الاعتراف بأنه لا يوجد شيء آخر يمكن القيام به لمريض معين ولطلب الاختبارات فقط لإثبات أن شخصًا ما كان يفعل شيئًا من أجل المريض. وقد ارتبكن بسبب الإزعاج وقلة التنظيم فيما يتعلق بأفراد أسر هؤلاء المرضى وكن بطبيعة الحال أقل قدرة بكثير على تجنبهم من الأطباء. وقد شعرن بأن تعاطفهن مع المرضى وتعرضهن لهم كان أكبر، ولكن كانت أيضًا إحباطاتهن وشعورهن بالقصور أكبر.

وقد شعر عدد كبير من المرضيات بنقص كبير في التدريب في هذا المجال ولم يكن لديهن سوى قدر ضئيل من التعليمات بشأن دورهن في مواجهة مثل هذه الأزمات. وقد اعترفن بصراعاتهن الداخلية بشكل أكثر سهولة من الأطباء، وقمن بجهد أكبر في كثير من الأحيان بما يتجاوز التوقعات لحضور جزء على الأقل من السيمينار بينما كانت إحدى زميلاتهن تهتم بالجناح. تغيرت مواقفهن بسرعة أكبر بكثير من السرعة التي تغيرت بها مواقف الأطباء، وانفتحن على المناقشات بدون تردد بمجرد أن أدركن أن الصراحة والأمانة كانتا أكثر قيمة من الكلمات الطيبة المتوقعة اجتماعياً حول موقفهن تجاه المرضى أو أفراد الأسرة أو أعضاء الفريق المعالج. وحين تمكن أحد الأطباء من القول إن المريضة كادت تبكي، سارعت المرضيات إلى الاعتراف بتجنبهن دخول غرفة المرأة لتجنب رؤية صورة أطفالها الصغار على المنضدة التي توجد بجانب السرير.

كانت المرضيات قادرات بسرعة على التعبير عن حقيقة مخاوفهن، وصراعاتهن الداخلية، وآليات المواجهة التي يستخدمونها عند استخدام تصرّجاتهن لفهم موقف معين ينطوي على صراع داخلي بدلاً من إصدار حكم عليهن. وقد كن أحراراً في دعم الطبيب الذي كان يتمتع بالشجاعة التي تجعله يسمع رأي مريضه عن نفسه وسرعان ما تعلمن الإشارة إلى الوقت الذي يتحول فيه الطبيب إلى موقف دفاعي، وكذلك النظر إلى مواقفهن الدفاعية.

كان هناك جناح واحد في المستشفى حيث يبدو أن المرضى الميؤوس من شفائهم ظلوا بمفردهم معظم الوقت. وقد رتبت مشرفة التمريض لقاءً مع طاقم التمريض من أجل فهم المشاكل الخاصة. التقينا جميعاً في غرفة اجتماعات صغيرة وسُئلت كل ممرضة عن رأيها في دور المرضيات تجاه مريض مصاب بمرض ميؤوس من شفائه. كسرت ممرضة أكبر سنّاً جبل الجليد وأعربت عن استيائها من «إضاعة الوقت الذي يُقضى مع هؤلاء المرضى». وأشارت إلى حقيقة النقص في طاقم التمريض و«العبث المطلق في إضاعة الوقت الثمين على أناس لم يعد من

الممكن مساعدتهم بعد الآن.»

ثم أضافت ممرضة أصغر سنًا أنها كانت تشعر دائمًا بأنها في حالة سيئة حين «يموت هؤلاء الأشخاص وهم في رعايتي ووجودي»، وكانت ممرضة أخرى تشعر بغضب شديد حين «كانوا يموتون وهم في رعايتي بينما كان أفراد الأسرة الآخرون حاضرين» أو «لقد نفضت الوسادة للتو.» وقد شعرت ممرضة واحدة فقط من بين اثنتي عشرة ممرضة أن المرضى المحتضرين يحتاجون أيضًا إلى رعاية، وبينما لم يكن هناك الكثير مما يمكن للمرضات أن يفعلنه، يمكنهن على الأقل جعل المرضى يشعرون بالراحة الجسدية. وكان الاجتماع كله تعبيرًا شجاعًا عن كراهيتهن لهذا النوع من العمل المزوج بشعور من الغضب، وكأن هؤلاء المرضى ارتكبوا عملاً ينم عن الغضب الموجه لهن بموتهم في وجودهن.

وقد توصلت المرضات أنفسهن إلى فهم أسباب مشاعرهن، وربما الآن يمكن أن يتفاعلن مع مرضاهن الميؤوس من شفائهم باعتبارهم بشرًا يعانون ويحتاجون إلى رعاية تمريضية جيدة أكثر من رفاقهم في الغرف ممن هم أكثر صحة.

وقد تغير موقفهن تدريجيًا. لقد تولى عدد كبير منهن الدور الذي اعتدنا القيام به في السيمينار. يشعر عدد كبير منهن براحة تامة الآن حين يطرح المريض عليهن سؤالًا يتعلق بمستقبله. إنهن أقل خوفًا بكثير من قضاء الوقت مع مريض مصاب بمرض ميؤوس من شفائه ولا يترددن في المجيء والجلوس معنا لكي نخبرننا ببعض المشاكل التي يواجهنها مع شخص يعاني من اضطراب شديد جدًا وتمثل العلاقة معه صعوبة شديدة. وفي بعض الأحيان يجلبن الأقارب إلينا أو إلى مكتب القسيس، وينظمن اجتماعات للممرضات لمناقشة مختلف جوانب الرعاية الكاملة للمرضى. لقد كن طلابًا ومعلمات بالنسبة لنا وساهمن مساهمة كبيرة في السيمينار. ويجب منح معظم الفضل لطاقم الإداريين والمشرفين الذين دعموا السيمينار منذ البداية والذين اتخذوا الترتيبات اللازمة لتغطية العمل في مختلف الأدوار بينما تم

منح الآخرين الوقت لحضور المقابلة والمناقشة.

وقد ساهم الأخصائيون الاجتماعيون والمعالجون المهنيون والمعالجون بالاستنشاق،⁽⁶⁴⁾ على الرغم من قلة عددهم، بشكل متساوٍ وجعلوا هذه ورشة عمل متعددة التخصصات حقًا. وقد قام المتطوعون بزيارة مرضانا في وقت لاحق وقاموا بالقراءة لمن هم معاقون للغاية ولا يمكنهم فتح كتاب. وساعد المعالجون المهنيون لدينا العديد من مرضانا من خلال القليل من مشاريع الفنون والحرف اليدوية باعتبارها وسيلة لإثبات قدرتهم على العمل على مستوى معين. من بين جميع الموظفين المشاركين في هذا المشروع، بدا أن الأخصائيين الاجتماعيين هم الأقل خوفًا في التعامل مع الأزمة. قد تكون الأخصائية الاجتماعية مشغولة للغاية في رعاية الأحياء بحيث لا تضطر حقًا إلى التعامل مع شخص يحتضر. إنها تهتم عادة برعاية الأطفال، والجوانب المالية للرعاية، ودار رعاية ربا، وأخيرًا وليس آخرًا، نزاعات الأقارب، بحيث يكون الموت أقل تهديدًا بالنسبة لها من أولئك الأعضاء في المهن المساعدة التي تتعامل مباشرة مع المرضى الميؤوس من شفائهم والذين تنتهي رعايتهم عند وفاة المريض.

ولن يكتمل كتاب عن دراسة متعددة التخصصات لرعاية المرضى الميؤوس من شفائهم بدون كلمة عن دور قسيس المستشفى. إنه الشخص الذي يتم استدعاؤه غالبًا حين يكون المريض في أزمة، أو وهو يحتضر، أو حين تجد عائلته صعوبة في قبول الأخبار، أو حين يرغب الفريق المعالج في جعله يلعب دور الوسيط. وخلال السنة الأولى قمت بهذا العمل بدون مساعدة رجال الدين. وقد أدى وجودهم إلى تغيير السيمينار إلى حد كبير. كانت السنة الأولى صعبة للغاية

(64) - والمعالجون المهنيون occupational therapists: الذين يمارسون العلاج الوظيفي وهو أحد المهن الطبية المساعدة التي تقوم على أساس تقييم مهارات الحياة اليومية للأشخاص الذين يعانون من مشاكل جسدية أو عصبية أو إدراكية وبعد ذلك علاجها. وذلك من خلال تطوير قدراتهم. استعدادها كما كانت من قبل، أو الحفاظ عليها من التراجع والتدهور. المعالجون بالاستنشاق inhalation therapist: المتخصصون في العلاج باستنشاق الغازات وخاصة الأكسجين في أمراض الجهاز التنفسي (المترجم).

لأسباب كثيرة. لم يكن عملي ولا أنا معروفين، وبالتالي قوبلت بقدر كبير من المقاومة والتردد المفهومين بصرف النظر عن الصعوبات الكامنة في هذا المشروع. لم يكن لدي أي موارد ولم أكن أعرف طاقم المستشفى معرفة جيدة بما يكفي لمعرفة من يجب الاتصال به ومن يجب تجنبه. وقد تطلب الأمر مئات الأميال من المشي عبر المستشفى ومن خلال التجربة والخطأ لاكتشاف الطريق الصعب إلى من يمكن التعامل معه ومن لم يكن كذلك. ولو لم تكن هناك استجابة جيدة للغاية من المرضى، فربما كنت قد استسلمت منذ فترة طويلة.

في نهاية بحث لا جدوى منه، انتهى بي المطاف في مكتب القسيس ذات ليلة، مرهقة ومحبطة بحثًا عن مساعدة. ثم أخبرني قسيس المستشفى بمشاكله الخاصة مع هؤلاء المرضى، وإحباطاته الخاصة، وحاجته إلى بعض المساعدة، وقمنا بتوحيد الجهود منذ ذلك الحين. وكانت لديه قائمة بالمرضى ذوي الحالات الحرجة وكان لديه اتصال سابق بعدد كبير من المرضى المصابين بأمراض خطيرة؛ وهكذا انتهى البحث وأصبح الأمر يتعلق باختيار الأكثر احتياجًا.

من بين جميع قساوسة المستشفى والكهنة والحاخامات والقساوسة الذين حضروا السيمينار، رأيت القليل ممن تجنبوا القضية أو أظهروا قدرًا من العداء أو أزاحوا الغضب كما رأيت بين أعضاء آخرين في المهن المساعدة. لكن ما أدهشني هو عدد رجال الدين الذين شعروا براحة تامة عند استخدام كتاب صلاة أو فصل من الكتاب المقدس باعتباره وسيلة الاتصال الوحيدة بينهم وبين المرضى، وبالتالي تجنب الاستماع إلى احتياجاتهم والتعرض للأسئلة التي قد لا يستطيعون الرد عليها أو لا يرغبون في الرد عليها.

وكان عدد كبير منهم قدر زاروا عددًا لا يحصى من المرضى المعتلين بشدة، لكنهم بدأوا لأول مرة، في السيمينار، التعامل حقًا مع مسألة الموت والاحتضار. كانوا مشغولين جدًا بإجراءات الجنازة وبدورهم في أثناء الجنازة وبعدها، لكنهم

واجهوا صعوبات كبيرة في التعامل مع الشخص المحتضر نفسه.

وفي أحيان كثيرة استخدموا أوامر الطبيب «بالأ يتحدثوا عن الأمر» أو الوجود الدائم لأحد أفراد الأسرة ذريعة لعدم التواصل حقًا مع المرضى المصابين بمرض ميؤوس من شفائه. وفي سياق لقاءات متكررة بدأوا في فهم إحصامهم عن مواجهة الصراعات الداخلية وبالتالي استخدامهم للكتاب المقدس أو الأقارب أو أوامر الطبيب ذريعةً أو تبريرًا لعدم الانخراط في الموضوع.

ربما كان التغيير الأكثر تأثيرًا وتوجيهًا في المواقف قدمه أحد طلاب علم اللاهوت لدينا الذي كان يحضر الفصول الدراسية بانتظام ويبدو أنه انخرط بشدة في هذا العمل. بعد ظهر أحد الأيام، جاء إلى مكتبي وطلب مقابلي على انفراد. لقد مر بأسبوع من العذاب بكل معنى الكلمة والمواجهة مع احتمال موته. كان يعاني من تضخم في الغدد الليمفاوية وطلب منه أخذ عينة لفحصها مجهريًا من أجل تقييم احتمالية الإصابة بورم خبيث. وقد حضر السيمينار التالي وأطلع المجموعة على مراحل الصدمة والفرع وعدم التصديق التي مر بها - أيام الغضب والاكتئاب والأمل، بالتناوب مع القلق والخوف بشكل مطلق. وقارن بوضوح محاولاته للتعامل مع الأزمة بالكرامة والفخر اللذين رأهما في مرضانا. وصف ارتياحه لتفهم زوجته للأمر وأطلعنا على ردود أفعال أطفاله الصغار الذين سمعوا بعض نقاشاتها. وقد كان قادرًا على التحدث عنها بمعنى حقيقي للغاية وجعلنا ندرك الفرق بين أن يكون المرء مراقبًا وأن يكون المريض نفسه.

لن يستخدم هذا الرجل كلمات جوفاء على الإطلاق حين يلتقي بمريض مصاب بمرض ميؤوس من شفائه. لم يتغير موقفه بسبب السيمينار ولكن لأنه كان عليه هو نفسه مواجهة احتمال وفاته في وقت تعلم فيه للتو كيفية التعامل مع الموت الوشيك لمن هم تحت رعايته.

لقد تعلمنا من فريق العمل أن مقاومة مثل هذه المسئولية هائلة، وأن العداء

والغضب المزاحين يصعب قبولهما في بعض الأحيان، ولكن يمكن تغيير هذه المواقف. بمجرد أن فهم أفراد المجموعة أسباب دفاعاتهم وتعلموا مواجهة النزاعات وتحليلها، تمكنوا من المساهمة ليس فقط في رفاهية المريض ولكن أيضًا في نمو المشاركين الآخرين وفهمهم. حين تكون العقبة والخوف كبيرين، تكون الحاجة كبيرة بالقدر نفسه. قد يكون هذا هو السبب في أن ثمار عملنا لها مذاق أفضل بكثير الآن لأن العمل احتاج إلى وقت طويل في تمهيد التربة الصعبة وحفرها والاهتمام الشديد بزراعة الأرض.

ردود فعل الطلاب:

دخل معظم طلابنا إلى الدورة الدراسية بدون أن يعرفوا ما يمكن توقعه بالضبط أو لأنهم سمعوا من الآخرين جوانب معينة كانت تروق لهم. وقد شعر معظمهم أنه ينبغي عليهم أن يواجهوا «مرضى حقيقيين» قبل أن يتحملوا مسؤولية رعايتهم. وكانوا يعلمون أن المقابلات سوف تجرى خلف مرآة ذات اتجاه واحد وأنها خدمت عددًا كبيرًا من الطلاب باعتبارها عملية «تعوُّد على» الجلوس ومواجهة مريض حقيقي قبل أن يضطروا إلى ذلك.

وقد قام عدد كبير من الطلاب (وهذا ما علمناه في وقت لاحق في أثناء المناقشة) بالتسجيل بسبب بعض النزاعات التي لم يتم حلها في حياتهم الخاصة فيما يتعلق بوفاة شخصية محبوبة أو لأنهم يحملون مشاعر متناقضة، وجاء عدد قليل منهم لأنهم كانوا يريدون أن يتعلموا تقنيات إجراء المقابلات. وقال معظمهم إنهم جاؤوا من أجل معرفة المزيد عن المشاكل المعقدة التي تتعلق بالموت؛ وكان عدد ضئيل منهم فقط يعني ذلك حقًا. وقد جاء عدد كبير من الطلاب إلى المقابلة الأولى واثقين من أنفسهم تمامًا، فقط ليغادروا الغرفة قبل نهاية المقابلة. واضطر عدد كبير من الطلاب إلى القيام بعدة محاولات قبل أن يتمكنوا من الجلوس في أثناء المقابلة والمناقشة، وبعد ذلك فقد انتابهم حالة من حالات الذهول حين

طلب أحد المرضى إجراء الجلسة في غرفة الجمهور بدلاً من إجرائها خلف المرآة.

استغرق الأمر ثلاث جلسات أو أكثر قبل أن يشعروا بالارتياح لمناقشة ردود أفعالهم ومشاعرهم أمام المجموعة، وناقش عدد كبير منهم ردود أفعالهم بعد فترة طويلة من انتهاء اليوم. وكان هناك طالب واحد يلتقط باستمرار بعض التفاصيل الصغيرة للمقابلة، متحدياً جداً بين المجموعة حتى تساءل المشاركون الآخرون عما إذا كانت تلك أيضاً هي طريقته في تجنب المشكلة الحقيقية، أي الوفاة الوشيكة للمريض. استطاع آخرون التحدث فقط عن المشاكل الطبية والتقنية ومعالجتها وأصبحوا غير مرتاحين تماماً حين ذكر الأخصائي الاجتماعي معاناة الزوج الشاب والأطفال الصغار. وحين تحدثت ممرضة وتساءلت عن الأساس المنطقي لبعض الإجراءات والاختبارات، سرعان ما تماهى طلاب الطب مع الطبيب الذي أمرهم، ودافعوا عنه. كان طالب طب آخر هو الذي تساءل بعد ذلك عما إذا كان يمكن أن يتفاعل بالطريقة نفسها إذا كان المريض هو والده وكان هو الشخص الذي يمكنه إعطاء الأوامر. وفجأة بدأ طلاب التخصصات المختلفة يدركون حجم المشكلات التي يواجهها بعض الأطباء، وبدأوا ليس فقط في تقدير دور المريض بشكل أفضل ولكن أيضاً تفهم تضارب مختلف أعضاء الفريق المعالج ومسؤوليتهم. وسرعان ما بدأت خبرة الاحترام والتقدير المتزايدة لدور كل منهم، مما مكن أفراد المجموعة حقاً من طرح مشاكلهم على مستوى متعدد التخصصات.

ومن الشعور الأصلي باليأس، أو العجز، أو الخوف المطلق، طور هؤلاء الطلاب إحساساً بإتقان المجموعة التعامل مع المشكلات من خلال الوعي التدريجي والمتزايد لدورهم في هذه الدراما النفسية. وقد اضطر كل واحد منهم إلى التعامل مع الأسئلة ذات الصلة. وكان على كل منهم أن يشارك وإلا أشار شخص آخر في المجموعة إلى أنه يتجنب المشكلة. وهكذا حاول كل شخص بطريقته الخاصة مواجهة موقفه الخاص تجاه الموت وجعل نفسه والمجموعة على

دراية به. ونظرًا لأن كل فرد في المجموعة مر بالعملية المؤلمة والمرضية نفسها، وقد أصبح الأمر أسهل بالنسبة للأفراد، تمامًا كما هو الحال في العلاج الجماعي، حيث قد يساعد حل مشكلة المرء شخصًا آخر في أن يواجه صراعاته الخاصة ويتعلم كيفية التعامل معها بشكل أفضل. وقد مكّن الانفتاح والصدق والقبول من الشعور بما جلبه كل عضو إلى هذه المجموعة.

ردود فعل المرضى:

على النقيض تمامًا من طاقم المستشفى، استجاب المرضى استجابة رائعة وإيجابية للغاية لزيارتنا. أقل من 2 في المائة من المرضى الذين طلبنا منهم الحضور رفضوا رفضًا قاطعًا حضور السيمينار، ولم تتحدث قط مريضة واحدة فقط من بين أكثر من مائتين عن خطورة مرضها، أو المشاكل الناتجة عن مرضها العضلي، أو مخاوفها تجاه الاحتضار. ويتم وصف هذا النوع من المرضى بمزيد من التفصيل (الفصل الثالث، عن الإنكار).

وقد رحب جميع المرضى الآخرين بإمكانية التحدث مع شخص يهتم بهم. واختبرنا معظمهم في البداية بطريقة أو بأخرى، ليؤكدوا لأنفسهم أننا في الواقع على استعداد للتحدث عن الساعات الأخيرة أو الرعاية النهائية. وقد رحب غالبية المرضى باختراق دفاعاتهم، وشعروا بالارتياح حين لم يضطروا إلى ممارسة لعبة القيام بإجراء محادثة سطحية بينما هم في أعماقهم منزعجين من مخاوف حقيقية أو غير واقعية. وكان رد فعل عدد كبير منهم على الاجتماع الأول كما لو أننا فتحنا بوابة السد: لقد صبوا كل مشاعرهم المعبأة في زجاجات واستجابوا بارتياح كبير بعد هذا الاجتماع.

وقد أجّل بعض المرضى المواجهة لبعض الوقت فقط ليطلبوا منا في اليوم التالي أو الأسبوع التالي الحضور والجلوس معهم. ومن المفيد لأولئك الذين يحاولون القيام بهذا النوع من العمل أن يتذكروا أن «الرفض» من قبل مثل هذا المريض لا

يعني «لا، لا أريد التحدث عن هذا الأمر»، إنه لا يعني سوى «لست على استعداد الآن لأن افتتح على الآخرين أو أطلعهم على بعض مخاوفي». إذا لم تتوقف الزيارات بعد هذا الرفض، وتجددت، فسوف يقوم المريض بإعطاء إشارة حين يكون على استعداد للحديث في الموضوع. طالما أن المرضى يعرفون أن هناك شخصًا ما متاحًا حين يكونون مستعدين، فسوف يتصلون في الوقت المناسب. وقد أعرب عدد كبير من هؤلاء المرضى في وقت لاحق عن تقديرهم لصبرنا وأطلعونها على مراحل النضال التي مروا بها في أعماقهم قبل أن يتمكنوا من وصفها بالكلمات.

وسوف يكون هناك عدد كبير من المرضى الذين لا يستخدمون كلمة الموت أو كلمة الاحتضار، لكنهم يتحدثون عن الموضوع طول الوقت بطرق مقنّعة. يمكن للمعالج بالإدراك⁽⁶⁵⁾ أن يجيب على أسئلتهم أو مخاوفهم بدون استخدام الكلمات التي تم تجنبها ويظل يقدم مساعدة كبيرة لمثل هؤلاء المرضى. تم إعطاء أمثلة عديدة في أوصاف مسز أيه A ومسز كيه K (في الفصلين الثاني والثالث).

وإذا سألنا أنفسنا عما هو مفيد جدًا أو له مغزى لدرجة أن هذه النسبة العالية من المرضى الميؤوس من شفائهم يرغبون في مشاركة هذه الخبرة معنا، فعلينا أن ننظر إلى الإجابات التي يدلون بها حين نسألهم عن أسباب قبولهم. إن عددًا كبيرًا من المرضى يشعرون باليأس التام، وعدم الجدوى، وعدم القدرة على إيجاد أي معنى لوجودهم في هذه المرحلة. إنهم ينتظرون جولات الأطباء، ربما من أجل التقاط صورة بأشعة إكس، ومنتظرون الممرضة التي تجلب لهم الدواء، وتبدو الأيام والليالي رتيبة وبلا نهاية. وبعد ذلك يأتي، في هذه الرتبة التي لا تتوقف، الزائر الذي يحرك المياه الراكدة، وهو فضولي بصفته إنسانًا، ويتساءل عن ردود

(65) - للمعالج بالإدراك: perceptive therapist: المعالج الذي يعمل على إعادة التأهيل الإدراكي والمعرفي لدى المريض بعلاج الإعاقات وأوجه القصور الوظيفي التي تنتج عن نقص الإدراك أو المعرفة. يشير الإدراك إلى العمليات الذهنية التي تتعلق بالفهم وإصدار الأحكام والذاكرة والتفكير. يعتبر الإدراك جزءًا من العملية المعرفية، ويتميز بالاعتراف والتفسير الواعيين للمحفزات الحسية للمعرفة أو الدافع للعمل (المترجم).

أفعالهم، ونقاط قوتهم، وآمالهم وإحباطاتهم. يأتي شخص ما ويسحب كرسيًا ويجلس. يأتي شخص ما ويستمتع لهم بالفعل ولا يكون في عجلة من أمره. وهذا الشخص لا يتحدث بألفاظ ملطفة، ولكن بشكل ملموس، بلغة بسيطة ومباشرة، عن الأشياء ذاتها التي تحتل مكان الصدارة في أذهانهم - يتم دفعها إلى أسفل في بعض الأحيان ولكنها تظهر مرة أخرى دائمًا. يأتي شخص ما ويكسر الرتبة والوحدة والانتظار المؤلم بلا هدف.

هناك جانب آخر ربما يكون أكثر أهمية وهو الإحساس بأن التواصل معهم قد يكون مهمًا، وقد يكون ذا مغزى على الأقل بالنسبة للآخرين. ويكون هناك شعور بأنهم يقدمون خدمة في وقت يشعر فيه هؤلاء المرضى أنهم لم يعد لهم فائدة على وجه الأرض لأي شخص بعد الآن. كما قال أكثر من مريض: «أريد أن أكون مفيدًا لشخص ما. ربما عن طريق التبرع بعيني أو كليتي، ولكن هذا يبدو أفضل بكثير، لأنني أستطيع القيام بذلك وأنا على قيد الحياة.»

وقد استخدم بعض المرضى السيمينار لاختبار قوتهم بطرق غريبة. استخدمه بعضهم ليعظوننا، ليحدثونا عن إيمانهم بالرب وعن استعدادهم لقبول مشيئة الرب بينما كان الخوف مكتوبًا على وجوههم. ويفخر الآخرون الذين لديهم إيمان حقيقي مكّنهم من قبول نهاية حياتهم بالتعبير عنها مع مجموعة من الشباب على أمل أن يتعلموا منه ولو إلى حد ما. وقد طلبت مغنية الأوبرا التي كانت لدينا وكانت تعاني من ورم خبيث في وجهها الحضور إلى فصلنا بوصفه عرضًا أخيرًا، طلبًا أخيرًا للغناء لنا قبل أن تعود إلى جناحها حيث كانوا يستعدون لخلع أسنانها قبل العلاج الإشعاعي.

ما أحاول قوله هو أن الاستجابة كانت إيجابية بالإجماع، وكانت الدوافع والأسباب مختلفة. قد يكون عدد قليل من المرضى يرغبون في الانسحاب ولكنهم كانوا قلقين من أن هذا الرفض قد يؤثر على رعايتهم في المستقبل. وقد استخدمته

نسبة أعلى بكثير للتفيس عن غضبهم وغيظهم من المستشفى أو العاملين فيها أو من أفراد الأسرة أو العالم بشكل عام بسبب عزلتهم.

العيش في الوقت المستعار، الانتظار بدون جدوى حتى يقوم الأطباء بجولاتهم، والترث من ساعات الزيارة إلى ساعات الزيارة، والنظر من النافذة، على أمل العثور على ممرضة لديها بعض الوقت الإضافي للردشة . . . هذه هي الطريقة التي يمضي بها عدد كبير من المرضى المصابين بأمراض ميؤوس من شفائها أوقاتهم. هل من المدهش إذن أن تثير هذه المريضة فضول زائر غريب يريد أن يتحدث معها عن مشاعرها ورد فعلها على هذه الحالة الراهنة؟ من يريد أن يجلس ويشاركها في بعض المخاوف والتخيلات والتمنيات التي تفكر بها خلال تلك الساعات التي تكون فيها بمفردها؟ ربما يمثل هذا وحده، أي ما يقدمه هذا السيمينار لهؤلاء المرضى، قدرًا ضئيلاً من الاهتمام، قدرًا ضئيلاً من «العلاج المهني»، كسرًا في رتابة الأشياء، وإضفاء بعض اللون على بياض جدار المستشفى. وفجأة يرتدي الجميع ملابسهم، ويضعون على كرسي متحرك، ويسألون عما إذا كان من الممكن تسجيل ردودهم على شريط تسجيل، ويعلمون أن مجموعة من الأشخاص المهتمين يراقبونهم. قد يكون هذا الاهتمام هو الذي يساعد فقط ويجلب ولو قدرًا ضئيلاً من أشعة الشمس ومن المعنى وربما من الأمل في حياة المريض المصاب بمرض ميؤوس من شفائه.

وربما يكون أفضل مقياس لقبول المرضى وتقديرهم لهذا النوع من العمل هو حقيقة أنهم رحبوا بنا جميعًا خلال الفترة المتبقية لهم من حجزهم في المستشفى، الفترة التي استمر خلالها الحوار. وقد حافظ معظم المرضى الذين خرجوا من المستشفى على الاتصال بنا في مبادرة خاصة منهم عن طريق المكالمات التليفونية في أوقات الأزمات أو الأحداث المهمة. فقد اتصلت بي مسز دبليو W لتحدث معي عن مشاعر الارتياح التي يشعر بها أطباؤها وقد اتصل بها الدكتور كيه K والدكتور بي P في المنزل للاطمئنان على سلامتها. وربما تكون رغبتها في أن تطلعنا

على الأخبار السارة مؤثرًا على التقارب والحميمية في مثل هذه العلاقة غير الرسمية، ولكنها كانت علاقة ذات مغزى. قالت: «لو كنت على فراش الموت ورأيت أي واحد منها، أكون متأكدة أنني سوف أموت وأنا أبتسم!» ويوضح هذا الكلام كيف يمكن أن تصبح مثل هذه العلاقات ذات مغزى ويوضح كيف يمكن أن تصبح التعبيرات البسيطة عن الرعاية أهم شكل من أشكال التواصل.

وقد وصف مستر إي E الدكتور بي B بعبارات مماثلة، حين قال: «كنت يائسًا للغاية بشأن نقص الرعاية البشرية، وكنت على استعداد لتسجيل الخروج. وكان أطباء الامتياز يأتون طول اليوم ويحقنونني في عروقي. لم يهتموا بما إذا كان السرير والبيجاما في حالة من الفوضى أم لا. وذات يوم جاء الدكتور بي B وقبل أن أعرف ذلك، أخرج إبرة. ولم أشعر بذلك حتى، لقد فعل ذلك بحنان. ثم وضع ضادة - لم يحدث هذا من قبل - وأخبرني بأي طريقة أريد خلعها، حتى لا تؤذي!» قال مستر إي E (وهو أب لثلاثة أطفال صغار، وكان يعاني من سرطان الدم الحاد) إن هذا كان أكثر شيء له معنى حدث معه في أثناء محتته.

ويستجيب المرضى في كثير من الأحيان بتقدير مبالغ فيه تقريبًا للشخص الذي يهتم بهم ويمنحهم من وقته ولو لحظات قصيرة. إنهم محرومون من مثل هذه اللطف في عالم يزدحم بالأجهزة والأرقام وليس من المستغرب إذن أن تؤدي لمسة إنسانية صغيرة إلى مثل هذه الاستجابة الهائلة.

في زمن عدم اليقين، والقنبلة الهيدروجينية، والاندفاع الكبير والجماهير، قد تصبح الهدية الشخصية الصغيرة ذات مغزى مرة أخرى. الهدية على الجانبين كليهما: من المريض في شكل مساعدة وإلهام وتشجيع قد يقدمه للآخرين الذين يعانون من المحنة نفسها؛ ومنا في شكل رعايتنا، ومنح وقتنا، ورغبتنا في مشاركة الآخرين فيما تعلمناه منهم في نهاية حياتهم.

ربما يكون السبب الأخير للاستجابة الرائعة من المرضى هو حاجة الشخص

الذي يحتضر إلى أن يترك شيئاً وراءه، وإلى أن يقدم هدية صغيرة، وربما يخلق وهماً بالخلود. ونحن نعتز بتقديرنا لهم لأنهم تحدثوا معنا عن أفكارهم حول هذا الموضوع المحظور، وكنا نخبرهم بأن دورهم هو تعليمنا، ومساعدة أولئك الذين يتابعونهم بعد ذلك، وبالتالي خلق فكرة بشأن أن شيئاً ما سوف يعيش ربما بعد وفاتهم، فكرة، سيمينار حيث تستمر اقتراحاتهم وتخيلاتهم وأفكارهم في الحياة، لتتم مناقشتها، وتصبح خالدة بطريقة ما.

لقد قام المريض المحتضر بتأسيس تواصل وهو يحاول أن يفصل عن العلاقات الإنسانية من أجل مواجهة الانفصال الأخير بأقل عدد ممكن من الروابط، لكنه لم يكن قادرًا على القيام بذلك بدون مساعدة من شخص خارجي يشاركه بعض هذه الصراعات.

إننا نتحدث عن الموت - موضوع القمع الاجتماعي - بطريقة صريحة وغير معقدة، وبالتالي نفتح الباب أمام مجموعة متنوعة من المناقشات، ونسمح بوجود الإنكار الكامل إذا كان هذا يبدو ضروريًا أو نتحدث بانفتاح عن مخاوف المريض واهتماماته إذا كان ذلك ما يختاره المريض. وربما تكون حقيقة أننا لا نستخدم الإنكار، وأننا على استعداد لاستخدام كلمتي الموت والاحتضار، هي أكثر طرق التواصل التي يرحب بها عدد كبير من مرضانا.

إذا حاولنا تلخيص ما علمنا إياه هؤلاء المرضى بإيجاز، فإن الحقيقة البارزة، في رأيي، هي أنهم جميعًا يدركون خطورة مرضهم سواء تم إخبارهم بذلك أو لم يتم. إنهم لا يعبرون عن هذه المعرفة دائمًا مع طبيهم أو مع أقرب أقربائهم. والسبب في ذلك هو أن التفكير في مثل هذا الواقع مؤلم، وأي رسالة ضمنية أو صريحة لعدم الحديث عنه عادة ما يدركها المريض ويقبلها - في الوقت الحالي - بسرور. ومع ذلك، فقد حان وقت كان فيه جميع مرضانا في حاجة إلى الإفصاح عن بعض مخاوفهم، ورفع القناع، ومواجهة الواقع، والاهتمام بالأمور الحيوية طالما كان لا

يزال هناك متسع من الوقت. وقد رحبوا باختراق في دفاعاتهم، وأعربوا عن تقديرهم لاستعدادنا للتحدث معهم حول موتهم الوشيك والمهام التي لم تكتمل. لقد كانوا يرغبون في الإفصاح عن بعض مشاعرهم مع شخص متفهم، وخاصة مشاعر الغضب والغیظ والحسد والشعور بالذنب والعزلة. وأشاروا بوضوح إلى أنهم استخدموا الإنكار حين توقع الطيب أو أحد أفراد الأسرة الإنكار بسبب اعتمادهم عليهم وحاجتهم إلى الحفاظ على استمرار العلاقة.

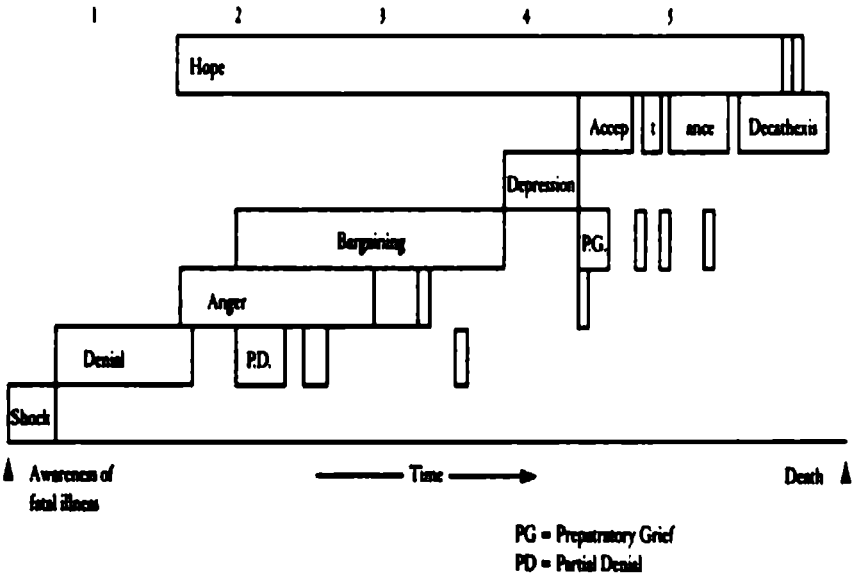
لم يبالي المرضى كثيرًا حين لم يواجههم طاقم المستشفى بالحقائق بشكل مباشر، لكنهم استاءوا من معاملتهم مثل الأطفال وعدم وضعهم في الاعتبار عند اتخاذ قرارات مهمة تخصهم. لقد شعروا جميعًا بتغيير في الموقف والسلوك عند تشخيص الإصابة بورم خبيث وأصبحوا على وعي بخطورة حالتهم نتيجة تغير سلوك الأشخاص المحيطين بهم. بتعبير آخر، إن أولئك الذين لم يتم إخبارهم صراحةً يعرفون الحقيقة على أي حال من الرسائل الضمنية التي يبعث بها الأقارب أو طاقم المستشفى أو من تغير سلوكهم معهم. وقد قدر أولئك الذين أُبلغوا صراحةً الفرصة بالإجماع تقريبًا باستثناء أولئك الذين تم إبلاغهم إما بطريقة وقحة في المرات وبدون تحضير أو متابعة، أو بطريقة لم تترك لهم أي أمل.

وقد استجاب جميع مرضانا للأخبار السيئة بطرق متماثلة تقريبًا، وهي استجابة ليست نموذجًا لأخبار المرض القاتل فحسب، بل يبدو أيضًا أنها رد فعل بشري استجابة لأي ضغط هائل وغير متوقع: أي بالصدمة وعدم التصديق. وقد استخدم معظم مرضانا الإنكار وهو ما استمر من بضع ثوانٍ إلى عدة أشهر، كما تكشف بعض أمثلة المقابلات المتضمنة في الكتاب. وهذا الإنكار لم يكن إنكارًا تامًا على الإطلاق. وبعد الإنكار كان يسود الغضب والغیظ. وهو ما تم التعبير عنه بعدة طرق على أنه حسد لأولئك الذين كانوا قادرين على العيش والعمل. وتم تبرير هذا الغضب وفرضه جزئيًا بأنه ناجم عن ردود أفعال طاقم المستشفى وأفراد العائلة، وفي بعض الأحيان كان الغضب غير عقلاني تقريبًا وتكرارًا

لتجارب سابقة، كما يوضح مثال الأخت آي I. حين كانت البيئة قادرة على تحمل هذا الغضب بدون أخذ الأمر على محمل شخصي، تمت مساعدة المريضة بشكل كبير في الوصول إلى مرحلة من المساومة المؤقتة يليها الاكتئاب، وهو نقطة انطلاق نحو القبول النهائي. ويوضح الرسم البياني كيف أن هذه المراحل لا تحمل محل بعضها البعض ولكن يمكن أن توجد بجانب بعضها البعض وتتداخل في بعض الأحيان. وقد وصل إلى القبول النهائي عدد كبير من المرضى بدون أي مساعدة خارجية؛ واحتاج مرضى آخرون إلى المساعدة في العمل خلال هذه المراحل المختلفة من أجل أن يموتوا بسلام وكرامة.

وبغض النظر عن مرحلة المرض أو آليات التأقلم المستخدمة، فقد حافظ جميع مرضانا على نوع من الأمل حتى اللحظة الأخيرة. وأولئك المرضى الذين تم إخبارهم بتشخيص حالاتهم المميتة بدون تقديم أي فرصة، بدون إحساس بالأمل، كان رد فعلهم هو الأسوأ ولم يتصالحوا تمامًا مع الشخص الذي قدم لهم الأخبار بهذه الطريقة القاسية. وبالنسبة لمرضانا، فقد حافظوا جميعًا على بعض الأمل، ومن الرائع بالنسبة لنا أن نتذكر ذلك! قد يأتي الأمل في شكل اكتشاف جديد، نتيجة جديدة في معمل أبحاث، دواء أو مصلى جديد، قد يأتي على هيئة معجزة من الرب أو من خلال اكتشاف أن صورة أشعة إكس أو شريحة فحص العينة المرضية مجهرياً تخص مريض آخر. وقد يأتي الأمل في شكل تحسن يحدث بشكل طبيعي، كما يصفه مستر جي J ببلاغة (في الفصل التاسع)، ولكن هذا الأمل هو الذي يجب الحفاظ عليه دائماً سواء كنا نتفق مع الشكل أو لا نتفق.

—“Stages” of Dying—



مراحل الاحتضار⁽⁶⁶⁾

وعلى الرغم من أن مرضانا قدروا بشكل كبير التعبير عن مخاوفهم معنا وتحدثوا بحرية عن الموت والاحتضار، إلا أنهم أيضًا قدموا إشارات محددة حين كان ينبغي تغيير الموضوع، وحين كان ينبغي أن يتحولوا إلى الحديث عن أشياء أكثر بهجة مرة أخرى. وقد أقرروا جميعًا أن التنفيس عن مشاعرهم أمر رائع؛ وكان عليهم أيضًا أن يختاروا الوقت المناسب والمدة المناسبة لذلك.

تسمح لنا الصراعات الداخلية السابقة وآليات الدفاع المستخدمة من قبل بالتنبؤ إلى حد ما بآليات الدفاع التي سوف يستخدمها المريض على نطاق واسع في وقت هذه الأزمة. ويبدو أن الأشخاص البسطاء الأقل تعليمًا وثقافة وروابط

(66). الأمل Hope، القبول Acceptance، الفصل التدريجي Decathesis، المساومة Bargaining، الاكتئاب Depression، الأسى التمهيدي PG، الغضب Anger، الإنكار Denial، الإنكار الجزئي PD، الصدمة Shock، إدراك وجود مرض قاتل Awareness of fatal illness، الزمن Time، الموت Death.

اجتماعية والتزامات مهنية يواجهون صعوبة إلى حد ما في مواجهة هذه الأزمة النهائية أقل من الصعوبة التي يواجهها أهل الثراء الذين يفقدون قدرًا أكبر بكثير فيما يتعلق بالكفايات المادية والراحة وعدد العلاقات مع الآخرين. ويبدو لي أن الأشخاص الذين مروا بحياة مليئة بالمعاناة والعمل الشاق وبذلوا الكثير من الجهد، الذين ربوا أطفالهم وكانوا سعداء بعملهم، أظهروا سهولة أكبر في قبول الموت بسلام وكرامة مقارنة بأولئك الذين كانوا يتحكمون في بيئتهم بشكل طموح، ويراكمون السلع المادية، ويتمتعون بعدد كبير من العلاقات الاجتماعية ولكنهم لا يتمتعون إلا بعدد قليل من العلاقات الشخصية ذات المغزى التي قد تنح لهم في نهاية الحياة. وقد وصف هذا الوضع بمثال أكثر تفصيلاً في الفصل الرابع عن مرحلة الغضب.

وقد بدا لي أن المرضى المتدينين يختلفون قليلاً عن أولئك الذين ليس لديهم لا يؤمنون بدين. قد يكون من الصعب تحديد الاختلاف، لأننا لم نحدد بوضوح ما نعنيه بشخص متدين. ومع ذلك، يمكن أن نقول هنا إننا وجدنا عددًا قليلاً جدًا من الأشخاص المتدينين حقًا ممن يتمتعون بإيمان حقيقي. وهذا العدد القليل من الأشخاص قد ساعدهم إيمانهم ومن الأفضل مقارنة بهمؤلاء المرضى القلائل الذين كانوا ملحدين حقيقيين. وكان غالبية المرضى في الوسط، وكانوا يؤمنون بشكل من أشكال المعتقد الديني ولكن ليس بما يكفي لتخليصهم من الصراع والخوف.

حين وصل مرضانا إلى مرحلة القبول والانفصال التدريجي في النهاية، كان التدخل من الخارج يعتبر أكبر لغط وقد أدى إلى الحيلولة بين العديد من المرضى والموت بسلام وكرامة. إنها إشارة على الموت الوشيك وقد سمحت لنا بالتنبؤ بالموت القريب في العديد من المرضى حيث لم يكن هناك سوى القليل من الدلائل أو لا يوجد أي مؤشر على ذلك من وجهة نظر طبية. إن المريض يستجيب لنظام من نظم الإشارة الداخلية يخبره بموته الوشيك. ونحن قادرون على التقاط هذه

الإشارات بدون أن نعرف حقيقة الإشارات النفسية الفسيولوجية التي يدركها المريض. وحين يُسأل المريض، يكون قادرًا على الاعتراف بوعيه وغالبًا ما ينقله إلينا من خلال مطالبتنا بأن نجلس الآن، لأنه يعلم أن في الغد سوف يكون قد فات الأوان. ويجب أن نكون مدركين تمامًا مثل هذا الإصرار من جانب مرضانا، فقد نفوت فرصة فريدة للاستماع إليهم بينما لا يزال هناك متسع من الوقت.

أصبح السيمينار الذي نعقده، السيمينار متعدد التخصصات حول دراسة المرضى الميؤوس من شفائهم، منهجًا تعليميًا مقبولًا ومعروفًا، يحضره أسبوعيًا ما يصل إلى خمسين شخصًا من مختلف الخلفيات والتخصصات وبدوافع مختلفة. وربما يكون أحد الفصول القليلة التي يلتقي فيها العاملون في المستشفى بشكل غير رسمي ويناقشون مجمل احتياجات المريض والرعاية من زوايا مختلفة. وعلى الرغم من العدد المتزايد من الطلاب الحاضرين، فإن السيمينار يشبه في كثير من الأحيان جلسة من جلسات العلاج الجماعي، حيث يتحدث المشاركون بحرية عن ردود أفعالهم وأوهامهم فيما يتعلق بالمريض، وبالتالي يعرفون بعض ما يتعلق بدوافعهم وسلوكهم.

ويحصل طلاب الطب واللاهوت على شهادة أكاديمية لهذه الدورة وقد كتبوا أبحاثًا مفيدة حول هذا الموضوع. باختصار، أصبح السيمينار جزءًا من المناهج الدراسية لعدد كبير من الطلاب الذين يواجهون المرضى المصابين بأمراض مستعصية في وقت مبكر من حياتهم المهنية حتى يكونوا جاهزين لرعايتهم بشكل ينطوي على قدر أقل من الآليات الدفاعية حين تقع المسؤولية على عاتقهم. وقد زار الممارسون العامون الأكبر سنًا والمتخصصون السيمينار وساهموا من خلال خبرتهم العملية خارج نطاق المستشفى. وقد أضاف المرضات والأخصائيون الاجتماعيون والإداريون والمعالجون المهنيون إلى الحوار متعدد التخصصات، وعلم أصحاب كل تخصص أصحاب التخصصات الأخرى شيئًا عن أدوارهم المهنية وكفاحهم. وقد نشأ قدر أكبر من التفاهم والتقدير المتبادلين، ليس فقط من

خلال تبادل المسؤوليات المشتركة ولكن ربما بشكل أساسي من خلال قبولنا المتبادل للتعبير الصريح عن ردود أفعالنا ومخاوفنا وأوهامنا. وإذا استطاع الطبيب أن يعترف بأنه شعر بقشعريرة في أثناء الاستماع إلى مريض معين، يمكن لمرضته أن تشعر براحة أكبر في التعبير عن مشاعرها العميقة حول الموقف.

وربما تكون إحدى المرضى قد عبرت عن الجو المتغير بشكل أكثر بلاغة. لقد اتصلت بنا خلال حجزها في المستشفى في مرة سابقة لتعرب عن استيائها وغضبها من الوحدة والعزلة التي عانت منها في جناح معين. وقد حدث لها تحسن غير متوقع واستدعتنا مرة أخرى حين تم حجزها في المستشفى مرة أخرى. كان لديها غرفة في الجناح السابق وتمنت أن تأتي إلى السيمينار مرة أخرى لتطلعنا على دهشتها من أن الجو كان مختلفًا تمامًا. قالت: «تخيلي! يحدث الآن أن تأتي ممرضة إلى غرفتي وتقضي في الواقع بعض الوقت وتقول: 'أشعر وكأنك تتحدثين؟'» ليس لدينا دليل على أن السيمينار والارتياح الأكبر للممرضات هما اللذان أحدثا هذا التغيير، لكننا أيضًا لاحظنا التغييرات في هذا الجناح المحدد حيث كان لدينا عدد متزايد من الإحالات من الأطباء والممرضات والمرضى الآخرين المصابين بأمراض ميؤوس من شفائها.

ربما يكون التغيير الأكبر هو حقيقة أن طاقم المستشفى طلب منا استشارات لأنفسهم، وهي علامة على زيادة الوعي بصراعاتهم الخاصة التي قد تعوق معالجة المريض بشكل أفضل. كما تلقينا مؤخرًا طلبات من مرضى مصابين بأمراض ميؤوس من شفائها ومن أفراد عائلاتهم خارج المستشفى للعثور على بعض المهام لهم في إطار السيمينار من أجل إعطاء معنى لحياتهم ولأشخاص آخرين في ظروف مماثلة.

ربما بدلاً من جمعيات التجميد يجب أن ننشئ جمعيات للتعامل مع مسائل الموت والاحتضار، لتشجيع الحوار حول هذا الموضوع ومساعدة الناس على أن يعيشوا

بخوف أقل حتى يموتوا.

كتب أحد الطلاب في ورقة بحثية أن الجانب الأكثر إثارة للدهشة في هذا السيمينار هو أننا نتحدث قليلاً عن الموت نفسه. هل كان مونتين⁽⁶⁷⁾ هو الذي قال إن الموت ليس إلا لحظة ينتهي فيها الاحتضار؟ لقد تعلمنا أن الموت في حد ذاته ليس مشكلة بالنسبة للمريض، ولكن الموت مخيف بسبب الشعور المصاحب باليأس والعجز والعزلة. إن أولئك الذين حضروا السيمينار وفكروا في هذه الأشياء، وعبروا عن مشاعرهم بحرية، وشعروا أنه يمكن فعل شيء ما، لا يواجهون مرضاهم بقلق أقل فحسب، بل يشعرون أيضًا براحة أكبر بشأن احتمال موتهم هم أنفسهم.

(67) - ميشيل دي مونتين Montaigne (1533 - 1592): أحد أكثر الكتاب الفرنسيين تأثيرًا في عصر النهضة الفرنسي؛ وقد أسست مقالاته شكلًا أدبيًا جديدًا (الترجم).

XII

علاج المرضى الميؤوس من شفائهم

يتمى الموت إلى الحياة كما تتمى إليها الولادة.

والمشي مع رفع القدم مثل المشي والقدم تزحف على الأرض.

طاغور، من طيور شاردة، 267

مما سبق يتضح أن المريض المصاب بمرض ميؤوس من شفائه له احتياجات خاصة للغاية يمكن تلبيتها إذا أخذنا الوقت الكافي للجلوس معه والاستماع إليه والتعرف على هذه الاحتياجات. وربما يكون أهم تواصل هو حقيقة أننا قد أخبرناه بأننا مستعدون وراغبون في أن نشاركه بعض مخاوفه. ويتطلب العمل مع المريض الذي يحتضر نوعاً من النضج لا يأتي إلا من الخبرة. علينا أن نلقي نظرة فاحصة على موقفنا تجاه الموت والاحتضار قبل أن نتمكن من أن نجلس بهدوء وبدون قلق بجانب مريض مصاب بمرض ميؤوس من شفائه.

مقابلة فتح الباب هي لقاء بين شخصين يمكن أن يتواصلا بدون خوف وقلق. سوف يحاول المعالج - سواء كان طبيباً أو قسيساً، أو أي شخص يقوم بهذا الدور - أن يخبر المريض بكلماته أو أفعاله أنه لن يهرب إذا ذكرت كلمة السرطان أو كلمة الاحتضار. وسوف يقوم المريض بعد ذلك بالتقاط هذه الإشارة وفتحها، أو

قد يخبر القائم بإجراء المقابلة أنه يقدر الرسالة على الرغم من أن الوقت ليس مناسبًا. سوف يخبر المريض هذا الشخص حين يكون مستعدًا للتعبير عن مخاوفه، وسوف يطمئنه المعالج بأنه سوف يعود في الوقت المناسب. لم يجز عدد كبير من مرضانا أكثر من مجرد مقابلة لفتح الباب. كانوا، في بعض الأحيان، متمسكين بالحياة بسبب بعض الأعمال غير المنجزة؛ كانوا يعتقدون بأخت تعاني من قصور ذهني ولا يجدون من يتولى المسؤولية في حالة وفاتهم، أو أنهم لم يتمكنوا بعد من اتخاذ الترتيبات اللازمة لرعاية بعض الأطفال وكانوا في حاجة إلى التعبير عن هذا القلق مع شخص ما. كان مرضى آخرون يشعرون بأنهم مثقلون بالذنوب بسبب بعض "الخطايا" الحقيقية أو المتخيلة وقد شعروا بالارتياح الشديد حين عرضنا عليهم فرصة التعبير عن مشاعرهم، خاصة في وجود قسيس. وقد شعر جميع هؤلاء المرضى بتحسن بعد "الاعترافات" أو الترتيبات لرعاية الآخرين وعادة ما كانوا يموتون بعد فترة وجيزة من الاهتمام بالأعمال غير المكتملة.

ونادرًا ما يمنع خوف غير واقعي مريضًا من الاحتضار، كما تجلى سابقًا في المرأة التي كانت "خائفة جدًا من أن تموت" لأنها لم تستطع تصور "أن تلتهمها الديدان حية" (الفصل التاسع). كان لديها خوف رهابي من الديدان وفي الوقت نفسه كانت تدرك تمامًا سخافة ذلك. لأنه كان خوفًا سخيًا للغاية، كما وصفته هي نفسها، لم تكن قادرة على التعبير عنه مع أحد من أفراد عائلتها التي أنفقت كل مدخراتها على إقامتها في المستشفى. وبعد مقابلة واحدة، تمكنت هذه السيدة العجوز من أن تطلعنا على مخاوفها وساعدتها ابتها في ترتيبات حرق الجثة. وقد ماتت هذه المريضة أيضًا بعد وقت قصير من السماح لها بالتنفيس عن مخاوفها.

إننا دائمًا نندش من الكيفية التي يمكن بها جلسة واحدة أن تخفف عن المريض عبئًا هائلًا وتساءل لماذا يصعب على طاقم المستشفى وأفراد العائلة معرفة احتياجات المرضى، نظرًا لأن هذه المعرفة لا تتطلب في معظم الأحيان أكثر من طرح سؤال صريح.

على الرغم من أن مستر إي E لم يكن يعاني من مرض ميؤوس من شفائه، إلا أننا سوف نستخدم حالته باعتبارها مثالاً نموذجياً لمقابلة فتح الباب. إنها وثيقة الصلة بالموضوع لأن مستر إي E قدم نفسه على أنه رجل يحتضر نتيجة لصراعات داخلية لم يتم حلها وقد ترسبت نتيجة وفاة شخصية مثيرة للجدل.

تم حجز مستر إي E، وهو يهودي يبلغ من العمر ثلاثة وثمانين عامًا، للحصول على الخدمة الطبية في مستشفى خاص بسبب فقدان الوزن الشديد وفقدان الشهية والإمساك. وقد اشتكى من آلام في البطن لا تطاق وبدا هزيلًا ومتعبًا. كان مزاجه العام مكتئبًا وقد بكى بسهولة. كان الفحص الطبي الشامل سلبيًا، وقد طلب الطبيب المقيم في النهاية رأي طبيب نفسي.

تمت مقابله في مقابلة تشخيصية علاجية في وجود عدد من الطلاب في الغرفة نفسها. لم يكن يمانع في وجود المجموعة وشعر بارتياح للحديث عن مشاكله الشخصية. وقد روى كيف كان على ما يرام حتى أربعة أشهر قبل دخول المستشفى حين صار فجأة «رجلاً عجوزًا ومريضًا ووحيدًا». وكشف المزيد من الاستجواب أنه قبل أسابيع قليلة من ظهور جميع الشكاوى الجسدية، فقد زوجة ابنه وقبل أسبوعين من بداية آلامه، توفيت زوجته المنفصلة عنه فجأة بينما كان في إجازة خارج المدينة.

كان غاضبًا من أقاربه لأنهم لم يأتوا لرؤيته حين توقع مجيئهم. واشتكى من خدمة التمريض وكان غير راض بشكل عام عن الرعاية التي يتلقاها من أي شخص. وكان متأكدًا من أن أقاربه قد يأتون على الفور إذا كان يستطيع أن يعدهم "بألفي دولار حين أموت"، وتحدث بإسهاب عن مشروع السكن الذي كان يعيش فيه مع كبار السن الآخرين ورحلة الإجازة التي تمت دعوتهم جميعًا للقيام بها. وسرعان ما اتضح أن غضبه كان بسبب فقره، وأن كونه فقيرًا يعني أنه كان عليه أن يقوم بالرحلة حين كان مخططًا لها لمكان إقامته، أي أنه لم يكن له خيار

في الأمر. وعند إجراء المزيد من الاستجواب، اتضح أنه ألقى باللوم على نفسه لتغييره حين تم حجز زوجته في المستشفى وحاول إزاحة شعوره بالذنب على الأشخاص الذين نظموا الإجازة.

حين سألتنا عما إذا كان يشعر بأن زوجته قد هجرته وأنه لم يكن قادرًا على الاعتراف بغضبه منها، تدفقت مشاعر مريرة أعرب لنا فيها عن عدم قدرته على فهم سبب هجرها له لصالح أخ (وصفه بالنازي)، وكيف ربت ابنهما الوحيد على أنه غير يهودي، وأخيرًا كيف تركته بمفرده الآن حين كان في أمس الحاجة إليها! ونظرًا لأنه كان يشعر بالذنب الشديد والحجل من إحساسه السلبي تجاه المتوفاة، فقد أزاح مشاعره على الأقارب وطاقم التمريض. وكان مقتنعًا بأنه يجب أن يعاقب على كل تلك الأفكار السيئة وأنه كان عليه أن يتحمل قدرًا كبيرًا من الألم والمعاناة للتخفيف من شعوره بالذنب.

قلنا له ببساطة إنه يمكن أن يعبر لنا عن مشاعره المختلطة، وأنها كانت مشاعر إنسانية للغاية وأن الجميع لديهم مثل هذه المشاعر. كما قلنا له صراحة إننا كنا نتساءل عما إذا كان لا يستطيع أن يعترف ببعض الغضب تجاه زوجته السابقة والتعبير عن هذا الغضب في زيارات موجزة أخرى معنا. أجاب على هذا بقول إنه "إذا لم يتلاش هذا الألم فسوف أضطر إلى القفز من النافذة." كانت إجابتنا "قد يكون ألمك بمثابة تعبير عن كل تلك المشاعر المكبوتة من الغضب والإحباط. فأخرجها من أعماقك بدون أن تحجل ومن المحتمل أن تختفي آلامك". من الواضح أنه رجع إلى غرفته بمشاعر مختلطة لكنه طلب أن نزوره مرة أخرى.

وقد انبهر الطبيب المقيم الذي رافقه إلى غرفته بوضعية الانحناء التي أخذها ودون ملاحظة بهذا الشأن. عزز ما قلناه في المقابلة وطمأنه بأن ردود أفعاله كانت طبيعية جدًا، وبعد ذلك استقام وعاد إلى غرفته في وضع أكثر انتصابًا.

وقد كشفت زيارة قمن بها له في اليوم التالي أنه لم يمكث في غرفته تقريبًا. كان

يقضي معظم يومه في التواصل الاجتماعي، والذهاب إلى الكافيتريا، والاستمتاع بطعامه. اختفى إمساكه وألمه. بعد حركتين كثيفتين من الأمعاء مساءً المقابلة، شعر بأنه «أفضل من أي وقت مضى» ووضع خططاً للخروج من المستشفى واستئناف بعض أنشطته السابقة.

في يوم الخروج من المستشفى، ابتسم وضحك عن بعض الأيام الجيدة التي قضاها مع زوجته. كما تحدث عن التغيير في الموقف تجاه أفراد طاقم المستشفى «الذين جعلتهم يقضون وقتاً عصيباً» وأقاربه، وخاصة ابنه الذي اتصل به ليطلع على الأمر بشكل أفضل قليلاً، «لأننا كلينا قد نشعر بالوحدة لبعض الوقت.»

لقد طمأنأه إلى استعدادنا لمساعدته إذا كان عاني من المزيد من المشاكل الجسدية أو النفسية، وأجاب مبتسماً أنه تعلم درساً جيداً وقد يواجه احتضاره بهدوء أكبر.

يوضح مثال مستر إي E كيف يمكن أن تكون هذه المقابلات مفيدة للأشخاص الذين ليسوا مرضى في الواقع، ولكن - بسبب تقدمهم في السن أو بسبب عدم قدرتهم على التعامل مع وفاة شخصية مثيرة للجدل - يعانون كثيراً ويعتبرون آلامهم الجسدية أو النفسية وسيلة للتخفيف من الشعور بالذنب نتيجة الرغبات العدائية المكبوتة تجاه الموتى. لم يكن هذا الرجل العجوز خائفاً من الموت بقدر ما كان قلقاً بشأن الاحتضار قبل أن يدفع ثمن رغباته المدمرة تجاه شخص مات بدون أن يمنحه فرصة "للتعويض عن ذلك". لقد عانى من آلام مبرحة باعتبارها وسيلة لتقليل مخاوفه من الانتقام وأزاح الكثير من العداة والغضب على طاقم التمريض والأقارب بدون أن يدرك أسباب استيائه. ومن المثير للدهشة كيف يمكن لمقابلة بسيطة أن تكشف الكثير من هذه البيانات وبعض عبارات التفسير، وكذلك التأكيد على أن مشاعر الحب والكراهية هذه إنسانية ومفهومة ولا تتطلب من المرء أن يدفع ثمناً باهظاً، يمكن أن تخفف الكثير من هذه الأعراض الجسدية.

وبالنسبة لأولئك المرضى الذين لا يعانون من مشكلة بسيطة ووحيدة تتطلب الحل، فإن العلاج قصير المدى مفيد، وهو لا يتطلب بالضرورة مساعدة طبيب نفسي، ولكنه يتطلب شخصًا متفهمًا لديه بعض الوقت ليجلس ويستمع. وأنا هنا أفكر في مرضى مثل الأخت آي I، التي تمت زيارتها في مناسبات عديدة وقد تلقت علاجها من زملائها المرضى بقدر ما تلقته منا. إنهم المرضى المحظوظون بما يكفي لإتاحة الوقت للعمل من خلال بعض صراعاتهم الداخلية في أثناء مرضهم ويمكنهم الوصول إلى فهم أعمق وربما تقدير الأشياء التي لا يزال ينبغي عليهم الاستمتاع بها. وهذه الجلسات العلاجية، مثل جلسات العلاج النفسي القصيرة مع المزيد من المرضى الميؤوس من شفائهم، تكون غير منتظمة من حيث مدتها ومعدل تكرارها. يتم ترتيبها بشكل فردي حسب الحالة الجسدية للمريض وقدرته واستعداده للتحدث في وقت معين؛ وفي كثير من الأحيان تتضمن زيارات مدتها بضع دقائق فقط للتأكد من وجودنا حتى في الأوقات التي لا يرغب فيها المرضى في الحديث. وتستمر هذه الجلسات بشكل متكرر أكثر حين يكون المريض في حالة أقل راحة وأكثر ألمًا، ثم تتخذ شكل الصحبة الصامتة بدلًا من التواصل اللفظي.

وقد تساءلنا في كثير من الأحيان عما إذا كان العلاج الجماعي مع مجموعة مختارة من المرضى الميؤوس من شفائهم مطلوبًا، لأنهم غالبًا ما يتشاركون في الشعور نفسه بالوحدة والعزلة. إن أولئك الذين يعملون في أجنحة المرضى الميؤوس من شفائهم يدركون تمامًا التفاعلات التي تحدث بين المرضى والعديد من العبارات المفيدة التي يتم نقلها من مريض معتل بشدة إلى مريض آخر. نحن دائمًا ندهش من مقدار خبراتنا في الندوة التي يتم توصيلها من مريض يحتضر إلى آخر؛ حتى أننا نتلقى «تحويل» من مريض بشأن مريض آخر. وقد لاحظنا جلوس مرضى ممن تمت مقابلتهم في السيمينار معًا في بهو المستشفى، وكانوا يستمرون في جلساتهم غير الرسمية مثل أعضاء جمعية من جمعيات الأخوة. حتى الآن، تركنا للمرضى

مقدار ما يختارون مشاركته مع الآخرين، لكننا نبحث حاليًا في دوافعهم لعقد اجتماع أكثر رسمية، حيث يبدو أن مجموعة صغيرة على الأقل من مرضانا ترغب في ذلك. من بينهم المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة والذين يحتاجون إلى حجزهم مرات كثيرة في المستشفى. وقد تعارفوا فيما بينهم منذ فترة طويلة ولا يتشاركون فقط في المرض نفسه ولكن لديهم أيضًا الذكريات نفسها عن دخول المستشفى في الماضي. وقد تأثرنا تأثرًا شديدًا برد فعلهم الذي يكاد يكون مبهجًا حين يموت أحد «رفاقهم»، وهذا مجرد تأكيد على اقتناعهم اللاواعي بأن «هذا سيحدث لك ولكن ليس لي». قد يكون هذا أيضًا عاملًا مساهمًا في سبب حصول العديد من المرضى وأفراد أسرهم، مثل مسز جي G (الفصل السابع)، على قدر من المتعة في زيارة مرضى آخرين ربما تكون حالاتهم أكثر خطورة. وقد استخدمت الأخت آي I هذه الزيارات على أنها تعبير عن العداء، أي لاستنباط احتياجات المرضى ولتثبت لأفراد طاقم التمريض أنهم غير فاعلات (الفصل الرابع). ومن خلال مساعدتهم بوصفها ممرضة، لم تتمكن من إنكار عدم قدرتها على العمل مؤقتًا فحسب، بل يمكنها أيضًا التعبير عن غضبها تجاه أولئك الذين كانوا بصحة جيدة وغير قادرين على خدمة المرضى بشكل أكثر فعالية. إن وجود مثل هؤلاء المرضى في مجموعة العلاج الجماعي سوف يساعدهم على فهم سلوكهم وفي الوقت نفسه يساعد أفراد طاقم التمريض من خلال جعلهن أكثر تقبلًا لاحتياجاتهن.

كانت مسز إف F امرأة أخرى يجب تذكرها حين بدأت العلاج الجماعي غير الرسمي بينها وبين بعض المرضى الصغار المعتلين بشدة، وقد حجزوا جميعًا في المستشفى بسبب الإصابة باللويميا الدم أو مرض هودجكن، الذي كانت تعاني منه لأكثر من عشرين عامًا. خلال السنوات القليلة الماضية، كانت تحجز في المستشفى في المتوسط ست مرات في العام، مما أدى في النهاية إلى تقبلها تمامًا لمرضها. في أحد الأيام، حجزت في المستشفى فتاة تبلغ من العمر تسعة عشر عامًا،

اسمها آن Ann، وكانت خائفة من مرضها ونتائجه وغير قادرة على التعبير عن هذا الخوف مع أي شخص. رفض والداها الحديث عن ذلك، وأصبحت مسز إف F بعد ذلك مستشارة غير رسمية لها. تحدثت معها عن أبنائها وزوجها والمنزل الذي اعتنت به لسنوات كثيرة جدًا على الرغم من العديد من مرات الحجز الكثيرة جدًا في المستشفى، ومكنت آن Ann في النهاية من التعبير عن مخاوفها وطرح الأسئلة المتعلقة بها. وحين خرجت آن من المستشفى، أرسلت مريضة شابة أخرى إلى مسز إف F، وهكذا بدأت تحدث سلسلة من التحويل، مشابه تمامًا للعلاج الجماعي الذي يحل فيه مريض محل آخر. نادرًا ما كانت المجموعة تتكون من أكثر من شخصين أو ثلاثة أشخاص وقد بقوا معًا طالما كانوا أفرادًا في المستشفى.

الصمت الذي يتجاوز الكلمات:

هناك وقت في حياة المريض فيه يتوقف الألم، وفيه ينزلق العقل إلى حالة بلا أحلام، وفيه تصبح الحاجة إلى الطعام ضئيلة ويختفي الوعي بالبيئة في الظلام. هذا هو الوقت الذي يمشي فيه الأقارب ذهابًا وإيابًا في ممرات المستشفى، ويعذبهم الانتظار، ولا يعرفون ما إذا كان ينبغي عليهم أن يغادروا المستشفى لرعاية الأحياء أو البقاء بالقرب من المريض حتى لحظة الموت. هذا هو الوقت الذي يكون قد فات فيه أوان الكلمات، ولكن مع ذلك الوقت الذي يصرخ فيه الأقارب بأعلى صوت طلبًا للمساعدة - بكلمات أو بدون كلمات. وقد فات أوان التدخلات الطبية (وهي قاسية جدًا، على الرغم من حسن النية، عند حدوثها)، ولكن من المبكر أيضًا الانفصال النهائي عن الشخص الذي يحتضر. إنه أصعب وقت بالنسبة لأقرب الأقارب حيث يرغب إما في الانسحاب، لينهي المسألة؛ أو يتشبث بيأس بشيء ما في طريقه للضياع إلى الأبد. حان وقت علاج الصمت مع المريض وتوافره بالنسبة للأقارب.

يمكن للطبيب، أو الممرضة، أو الأخصائي الاجتماعي، أو القسيس أن يقدموا مساعدة كبيرة في هذه اللحظات الأخيرة إذا تمكنوا من فهم صراعات العائلة في هذا الوقت والمساعدة في اختيار الشخص الذي يشعر براحة أكبر في البقاء مع المريض المحتضر. يصبح هذا الشخص فعلياً معالج المريض. يمكن مساعدة أولئك الذين يشعرون بعدم الارتياح الشديد من خلال التخفيف من شعورهم بالذنب والتأكيد على أن شخصاً ما سوف يبقى مع المحتضر حتى وفاته. ويمكنهم بعد ذلك العودة إلى البيت وهم يعلمون أن المريض لم يمت بمفرده، ومع ذلك لا يشعرون بالخجل أو الذنب لتجنبهم هذه اللحظة التي يصعب على كثير من الناس مواجهتها.

إن أولئك الذين لديهم القوة والحب للجلوس مع مريض محتضر في صمت يتجاوز الكلمات سوف يعرفون أن هذه اللحظة ليست مخيفة ولا مؤلمة، لكنها لحظة توقف سلمي لعمل الجسد. إن مشاهدة موت إنسان موتاً سلمياً يذكرنا بنجم يسقط؛ ضوء من مليون ضوء في سماء شاسعة يضئ لحظة وجيزة ليختفي في الليل اللامتناهي إلى الأبد. إن كون المرء معالجاً لمريض محتضر يجعلنا ندرك خصوصية كل فرد في هذا البحر الشاسع من الإنسانية. يجعلنا ندرك محدوديتنا وعمرنا المحدود. قلة منا يعيشون بعد السبعين، ومع ذلك، في ذلك الوقت القصير، يصنع معظمنا ويعيشون سيرة ذاتية فريدة وينسجون أنفسهم في نسيج التاريخ البشري.

مكتبة

t.me/soramnqraa

تتلاًلأالمياه في الإناء؛ وفي البحر المياه قائمة.

للحقيقة الصغيرة كلمات واضحة؛ وللحقيقة العظيمة صمت عظيم.

طاغور، من طيور شاردة، 176

البليوجرافيا

- Abrams, R.D., and Finesinger, J.E. "Guilt Reactions in Patients with Cancer," *Cancer*, Vol. VI (1953), pp. 474-482.
- Aldrich, C. Knight. "The Dying Patient's Grief," *Journal of the American Medical Association*, Vol. 184, No. 5 (May 4, 1963), pp. 329-331.
- Alexander, G.H. "An Unexplained Death Coexistent with Death Wishes," *Psychosomatic Medicine*, Vol. V (1943), p. 188.
- Alexander, Irving E., and Alderstein, Arthur M. "Affective Responses to the Concept of Death in a Population of Children and Early Adolescents," in *Death and Identity*, ed. Robert Fulton. New York, John Wiley & Sons, Inc., 1965.
- Allport, Gordon. *The Individual and His Religion*. New York, The Macmillan Company, 1950.
- Anderson, George Christian. "Death and Responsibility: Does Religion Help?" *Psychiatric Opinion*, Vol. III, No. 5 (October, 1966), pp. 40-42.
- Anthony, Sylvia. *The Child's Discovery of Death*. New York, Harcourt, Brace & Co., 1940.
- Aponte, Gonzal E., M.D. "The Enigma of 'Bangungut,' " *Annals of Internal Medicine*, Vol. 52, No. 6 (June, 1960), pp. 1258-1263.
- Aring, Charles D., M.D. "A Letter from the Clinical Clerk," *Omega*, Vol. I, No. 4 (December, 1966), pp. 33-34.
- Aronson, G.J. "Treatment of the Dying Person," in *The Meaning of Death*, ed. Herman Feifel. New York, McGraw-Hill Book Co., 1959. "Aspects of Death and Dying." Report, *Journal of the American Medical Woman's Association*, Vol. 19, No. 4 (June, 1964).
- Ayd, Frank J., Jr. "The Hopeless Case," *Journal of the American Medical Association*, Vol. 181, No. 13 (September 29, 1962), pp. 1099-1102.
- Bach, Susan R, von. "Spontanes Malen Schwerkranker Patienten," *Acta Psychosomatica* (Basle) (1966).
- Bakan, David. *The Duality of Human Existence*. Chicago, Rand, McNally & Co., 1966.
- ———. *Disease, Pain and Sacrifice*. Chicago, The University of Chicago Press, 1968.

- Barber, T.X. "Death by Suggestion, A Critical Note," *Psychosomatic Medicine*, Vol. XXIII (1961), pp. 153–155.
- Beach, Kenneth, M.D., and Strehlin, John S., Jr., M.D. "Enlisting Relatives in Cancer Management," *Medical World News* (March 10, 1967), pp. 112–113.
- Beecher, Henry K., M.D. "Nonspecific Forces Surrounding Disease and the Treatment of Disease," *Journal of the American Medical Association*, Vol. 179, No. 6 (1962), pp. 437–440.
- Beigner, Jerome S. "Anxiety as an Aid in the Prognostication of Impending Death," *American Medical Association Archives of Neurology and Psychiatry*, Vol. LXXVII (1957), pp. 171–177.
- Bell, Bertrand M., M.D. "Pseudo-Terminal Patients Make Comeback," *Medical World News* (August 12, 1966), pp. 108–109.
- Bell, Thomas. *In the Midst of Life*. New York, Atheneum Publishers, 1961.
- Bettelheim, Bruno. *The Empty Fortress*. New York, Free Press, 1967.
- Binswanger, Ludwig. *Grundformen und Erkenntnis des Menschlichen Daseins*. 2d Ausgabe. Zurich, Max Niehaus, 1953.
- Bluestone, Harvey, M.D., and McGahee, Carl L., M.D. "Reaction to Extreme Stress: Death by Execution," *American Journal of Psychiatry*, Vol. 119, No. 5 (1962), pp. 393–396.
- Bowers, Margaretta K. *Counseling the Dying*. New York, Thomas Nelson & Sons, 1964.
- Brodsky, Bernard, M.D. "Liebestod Fantasies in a Patient Faced with a Fatal Illness," *International Journal of Psychoanalysis*, Vol. 40, No. 1 (January–February, 1959), pp. 13–16.
- ——. "The Self-Representation, Anality, and the Fear of Dying," *Journal of the American Psychoanalytic Association*, Vol. VII, No. 1 (January, 1959), pp. 95–108.
- Brody, Matthew, M.D. "Compassion for Life and Death," *Medical Opinion and Review*, Vol. 3, No. 1 (January, 1967), pp. 108–113.
- Cannon, Walter B. "Voodoo Death," *American Anthropology*, Vol. XLIV (1942), p. 169.
- Cappon, Daniel. "Attitudes Of and Towards the Dying," *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 87 (1962), pp. 693–700.
- Casberg, Melvin A., M.D. "Toward Human Values in Medical Practice," *Medical Opinion and Review*, Vol. III, No. 5 (May, 1967), pp. 22–25.
- Chadwick, Mary. "Notes Upon Fear of Death," *International Journal of Psychoanalysis*, Vol. 10 (1929), pp. 321–334.
- Chernus, Jack, M.D. "Let Them Die with Dignity," *Riss*, Vol. 7, No. 6 (June, 1964), pp. 73–86.
- Choron, Jacques. *Death and Western Thought*. New York, Collier Books, 1963.
- ——. *Modern Man and Mortality*. New York, The Macmillan

- Company, 1964.
- Cohen, Sidney, M.D. "LSD and the Anguish of Dying," *Harper's Magazine* (September, 1965), pp. 69-78.
 - Comfort, Alex, M.D., D.Sc. "On Gerontophobia," *Medical Opinion and Review*, Vol. III, No. 9 (September, 1967), pp. 30-37. Conference on the Care of Patients with Fatal Illness, The New York Academy of Sciences, February 15-17, 1967.
 - Cooper, Philip. "The Fabric We Weave," *Medical Opinion and Review*, Vol. III, No. 1 (January, 1967), p. 36.
 - Cutler, Donald R., Ph.D. "Death and Responsibility: A Minister's View," *Psychiatric Opinion*, Vol. III, No. 4 (August, 1966), pp. 8-12.
 - Deutsch, Felix. "Euthanasia: A Clinical Study," *The Psychoanalytic Quarterly*, Vol. V (1936), pp. 347-368.
 - ———. ed. *The Psychosomatic Concepts in Psychoanalysis*. New York, International Universities Press, 1953.
 - Deutsch, Helene. *The Psychology of Women*, 2 vols. New York, Grune & Stratton, 1944-1945.
 - Dobzhansky, Theodosius. "An Essay on Religion, Death, and Evolutionary Adaptation," *Zygon—Journal of Religion and Science*, Vol. I, No. 4 (December, 1966), pp. 317-331.
 - Draper, Edgar. *Psychiatry and Pastoral Care*. Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall, Inc., 1965.
 - Easson, Eric C., M.D. "Cancer and the Problem of Pessimism," *Ca—A Cancer Journal for Clinicians*, American Cancer Society, Inc., Vol. 17, No. 1 (January-February, 1967), pp. 7-14.
 - Eaton, Joseph W., Ph.D. "The Art of Aging and Dying," *The Gerontologist*, Vol. IV, No. 2 (1964), pp. 94-100.
 - Eissler, K.R. *The Psychiatrist and the Dying Patient*. New York, International Universities Press, 1955.
 - Evans, Audrey E., M.D. "If a Child Must Die . . .", *New England Journal of Medicine*, Vol. 278 (January, 1968), pp. 138-142.
 - Farberow, Norman L., ed. *Taboo Topics*. New York, Atherton Press, 1963.
 - Feifel, Herman. "Attitudes Toward Death in Some Normal and Mentally Ill Populations," in *The Meaning of Death*, ed. Herman Feifel. New York, McGraw-Hill Book Co., 1959, pp. 114-130.
 - ———. "Is Death's Sting Sharper for the Doctor?," *Medical World News* (October 6, 1967), p. 77.
 - Feifel, Herman, Ph.D. and Heller, Joseph, M.D. "Normality, Illness, and Death." Paper, Third World Congress of Psychiatry, Montreal, Canada, June, 1961, pp. 1-6.
 - Feinstein, Alvan R. *Clinical Judgment*. Baltimore, Williams & Wilkins Co., 1967.
 - Fenichel, Otto. *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. New York, W.W. Norton & Co., 1945.
 - Finesinger, Jacob E., Shands, Harley C., and Abrams, Ruth D. "Managing the Emotional Problems of the Cancer Patient,"

- Clinical Problems in Cancer Research*, Sloan-Kettering Institute for Cancer Research (1952), pp. 106–121.
- Fischer, Roland, Ph.D. "The Unity of Life and Time," *Omega*, Vol. II, No. 1 (March, 1967), pp. 4–10.
 - Fletcher, Joseph. *Morals and Medicine*. Boston, Beacon Press, 1960.
 - Foster, Zelda P.L. "How Social Work Can Influence Hospital Management of Fatal Illness," *Social Work* (Journal of the National Association of Social Workers), Vol. 10, No. 4 (October, 1965), pp. 30–35.
 - Freud, Sigmund. *Beyond the Pleasure Principle*. New York, Liveright Publishing Corp., 1950.
 - ———. *Civilization and Its Discontents*. (1930). *The Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Standard Edition, ed. James Strachey. London, Hogarth Press, 1961, Vol. XXI, pp. 59–145.
 - ———. *Inhibitions, Symptoms, and Anxiety*. (1926). *The Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Standard Edition, ed. James Strachey. London, Hogarth Press, 1961, Vol. XX, pp. 77–175.
 - ———. *On Transience*. (1916). *The Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Standard Edition, ed. James Strachey. London, Hogarth Press, 1961, Vol. XIV, pp. 303–308.
 - ———. *Thoughts for the Times on War and Death*. (1915). *The Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, ed. James Strachey. London, Hogarth Press, 1961, Vol. XIV, pp. 273–302.
 - Fromm, Erich. *Escape From Freedom*. New York, Henry Holt & Co., 1941.
 - ———. *Man For Himself*. New York, Henry Holt & Co., 1947.
 - Fulton, Robert, ed. *Death and Identity*. New York, John Wiley & Sons, Inc., 1966.
 - Gaines, Renford G. *Death, Denial, and Religious Commitment*. D. Min. thesis, Meadville Theological School (Chicago), 1968.
 - Garner, Fradley. "Doctors' Need to Care More for the Dying," *American Journal of Mental Hygiene*.
 - Garner, H.H., M.D. *Psychosomatic Management of the Patient with Malignancy*. Springfield, Ill., Charles C. Thomas.
 - Gartley, W., and Bernasconi, M. "The Concept of Death in Children," *Journal of Genetic Psychology*, Vol. 110 (March, 1967), pp. 71–85.
 - Ginsberg, R. "Should the Elderly Cancer Patient Be Told?," *Geriatrics*, Vol. IV (1949), pp. 101–107.
 - Ginsparg, Sylvia, Moriarty, Alice, and Murphy, Lois B. "Young Teenagers' Responses to the Assassination of President Kennedy: Relation to Previous Life Experiences," in *Children and the Death of a President*, ed. Martha Wolfenstein and Gilbert Kliman. Garden City, N.Y., Doubleday & Company, Inc., Anchor Books, 1966.
 - Glaser, Barney G. "The Physician and the Dying Patient," *Medical Opinion and Review* (December, 1965), pp. 108–114.

- Glaser, Barney G., and Strauss, Anselm L. *Awareness of Dying*. Chicago, Aldine Publishing Co., 1965.
- Green, M., and Solnit, A.J. "Psychologic Considerations in the Management of Deaths on Pediatric Hospital Services," Part 1, "The Doctor and the Child's Family," *Pediatrics*, Vol. XXIV (1959), pp. 106-112.
- ———. "The Pediatric Management of the Dying Child," Part 2, "The Child's Reaction (vica) Fear of Dying," in *Modern Perspectives in Child Development*. New York, International Universities Press, Inc., pp. 217-228.
- Grollman, Rabbi Earl A., D.D. "Death and Responsibility," *Psychiatric Opinion*, Vol. III, No. 6 (December, 1966), pp. 36-38.
- Hackett, T.P., and Weisman, A.D. "Predilection to Death: Death and Dying as a Psychiatric Problem," *Psychosomatic Medicine*, Vol. 23 (May-June, 1961), pp. 232-256.
- ———. "The Treatment of the Dying." Unpublished paper, Department of Psychiatry, Harvard University Medical School, 1962.
- Hamovich, Maurice B. "Parental Reactions to the Death of a Child." Unpublished paper, University of Southern California, September 19, 1962.
- Haroutunia, Joseph. "Life and Death Among Fellowman," in *The Modern Vision of Death*, ed. Nathan A. Scott, Jr. Richmond, Va., John Knox Press, 1967.
- Hicks, William, M.D., and Daniels, Robert S., M.D. "The Dying Patient, His Physician and the Psychiatric Consultant," *Psychosomatics*, Vol. IX (January-February, 1968), p. 47-52.
- Hinton, J.M. "Facing Death," *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 10 (1966), pp. 22-28.
- ———. *Dying*. Baltimore, Penguin Books, 1967.
- Hofling, Charles K., M.D. "Terminal Decisions," *Medical Opinion and Review*, Vol. II, No. 1 (October, 1966), pp. 40-49.
- Howland, Elihu S., M.D. "Psychiatric Aspects of Preparation for Death." Paper read at meeting of the Wisconsin State Medical Society, Milwaukee, Wisconsin, May, 1963.
- Irwin, Robert, and Weston, Donald L., M.D. "Preschool Child's Response to Death of Infant Sibling," *American Journal of Diseases of Children*, Vol. 106, No 6 (December, 1963), pp. 564-567.
- Jackson, Edgar Newman. *Understanding Grief: Its Roots, Dynamics and Treatment*. New York, Abingdon Press, 1957.
- Jonas, Hans. *The Phenomenon of Life*. New York, Harper & Row, Inc., 1966.
- Jones, Ernest. "Dying Together," in *Essays in Applied Psychoanalysis*, Vol. I, London, Hogarth Press, 1951.
- ———. "The Psychology of Religion," in *Essays in Applied Psychoanalysis*, Vol. II. London, Hogarth Press, 1951.
- Kalish, Richard A., Ph.D. "Death and Responsibility: A Social Psychological View," *Psychiatric Opinion*, Vol. 3, No. 4

- (August, 1966), pp. 14–19.
- Kast, Eric, M.D. "LSD and the Dying Patient," *Chicago Medical School Quarterly*, Vol. 26, summer (1966), pp. 80–87.
 - Kastenbaum, Robert, Ph.D. "Death and Responsibility: Introduction" and "A Critical Review," *Psychiatric Opinion*, Vol. 3, No. 4 (August, 1966), pp. 5–6, 35–41.
 - Katz, Alfred H., D.S.W. "Who Shall Survive?," *Medical Opinion a Review*, Vol. III, No. 3 (March, 1967), pp. 52–61.
 - Klein, Melanie. "A Contribution to the Theory of Anxiety and Guilt," *International Journal of Psychoanalysis*, Vol. 29, No. 114 (1948), pp. 114–123.
 - Knudson, Alfred G., Jr., M.D., Ph.D., and Natterson, Joseph M., M.D. "Observations Concerning Fear of Death in Fatally Ill Children and Their Mothers," *Psychosomatic Medicine*, Vol. XXII, No. 6 (November–December, 1960), pp. 456–465.
 - ——. "Practice of Pediatrics—Participation of Parents in the Hospital Care of Fatally Ill Children," *Pediatrics*, Vol. 26, No. 3, Part 1 (September, 1960), pp. 482–490.
 - Kramer, Charles H., and Dunlop, Hope E., R.N., "The Dying Patient," *Geriatric Nursing* (September–October, 1966).
 - LeShan, L., and LeShan, E. "Psychotherapy in the Patient with a Limited Life Span," *Psychiatry*, Vol. 24 (November, 1961), p. 4.
 - Lieberman, Morton A., Ph.D. "Psychological Correlates of Impending Death: Some Preliminary Observations," *Journal of Gerontology*, Vol. 20, No. 2 (April, 1965), pp. 181–190.
 - "Life in Death." Editorial, *New England Journal of Medicine*, Vol. 256, No. 16 (April 18, 1957), pp. 760–761.
 - Lifton, Robert J. *Challenges of Humanistic Psychology*, 2 vols, ed. James F.T. Bugental. New York, McGraw-Hill Book Co., 1967.
 - Malino, Jerome R. "Coping with Death in Western Religious Civilization," *Zygon—Journal of Religion and Science*, Vol. I, No. 4 (December, 1966), pp. 354–365.
 - "Management of the Patient with Cancerphobia and Cancer," *Psychosomatics*, Vol. V, No. 3 (1964), pp. 147–152.
 - Mathis, James L., M.D. "A Sophisticated Version of Voodoo Death," *Psychosomatic Medicine*, Vol. 26, No. 2 (1964), pp. 104–107.
 - McGann, Leona M. "The Cancer Patient's Needs: How Can We Meet Them?," *Journal of Rehabilitation*, Vol. XXX, No. 6 (November–December, 1964), p. 19.
 - Meerloo, Joost, A.M. "Psychological Implications of Malignant Growth: A Survey of Hypothesis," *British Journal of Medical Psychology*, Vol. XXVII (1954), pp. 210–215.
 - ——. "Tragic Paradox of the Nuclear Death Wish," Abbott Pharmaceutical Co., pp. 29–32.
 - Menninger, Karl. *Man Against Himself*. New York, Harcourt, Brace & Co., 1938.

- Moellendorf, Fritz. "Ideas of Children About Death," *Bulletin of the Menninger Clinic*, Vol. III, No. 148 (1939).
- Morgenthau, Hans. "Death in the Nuclear Age," in *The Modern Vision of Death*, ed. Nathan A. Scott, Jr. Richmond, Va., John Knox Press, 1967.
- Moritz, Alan R., M.D. "Sudden Deaths," *New England Journal of Medicine*, Vol. 223, No. 20 (November 14, 1940), pp. 798-801.
- Mueller, Ludwig. *Ueber die Seelenverfassung der Sterbenden*. Berlin, Springer-Verlag, 1931.
- Nagy, Maria H. *The Meaning of Death*. New York, McGraw-Hill Book Co., 1965.
- Natanson, Maurice, Ph.D. "Death and Mundanity," *Omega*, Vol. I, No. 3 (September, 1966), pp. 20-22.
- Negovskii, V.A. "The Last Frontier," in *Resuscitation and Artificial Hypothermia*, trans. from Russian by Basil Haigh, *Hospital Focus* (December, 1962).
- Norton, Janice, M.D. "Treatment of the Dying Patient," *The Psychoanalytic Study of the Child*, Vol. XVIII (1963), pp. 541-560.
- O'Connell, Walter, Ph.D. "The Humor of the Gallows," *Omega*, Vol. I, No. 4 (December, 1966), pp. 31-33.
- Ostrow, Mortimer, M.D. "The Death Instincts: A Contribution to the Study of Instincts," *International Journal of Psychoanalysis*, Vol. XXXIX, Part 1 (1958), pp. 5-16.
- Parkes, C. Murray, M.D. "Grief as an Illness," *New Society*, Vol. IX (April 9, 1964).
- ———. "Effects of Bereavement on Physical and Mental Health: A Study of the Medical Records of Widows," *British Medical Journal*, Vol. II (August 1, 1964), pp. 274-279.
- Patton, Kenneth. "Science, Religion and Death," *Zygon—Journal of Religion and Science*, Vol. 1, No. 4 (December, 1966), pp. 332-346.
- Peabody, Francis Weld, M.D. "The Care of the Patient," *Journal of the American Medical Association* (1927).
- Pfister, Oskar. "Schockenden und Schockphantasien bei Hoehster Lebensgefahr," *Internationale Zeitung fuer Psychoanalyse*, Vol. 16 (1930), p. 430.
- Piaget, Jean. *The Language and Thought of the Child*, 3rd edition. London, Routledge & Kegan Paul, 1959.
- "Prognosis in Psychiatric Disorders of the Elderly: An Attempt to Define Indicators of Early Death and Early Recovery," *Journal of Mental Science*, Vol. 102 (1956), pp. 129-140.
- "Progress Against Cancer, 1966," in *Care of the Leukemia Patient*. Washington, D.C., National Advisory Council, U.S. Department of Health, Education, and Welfare, 1966, p. 33.
- Rheingold, Joseph C. *The Fear of Being a Woman*. New York, Grune & Stratton, 1964.
- ———. *The Mother, Anxiety, and Death: The Catastrophic Death Complex*. Boston, Little, Brown & Co., 1967.

- Richmond, Julius B., and Waisman, Harry A. "Psychological Aspects of Management of Children with Malignant Diseases," *American Journal of Diseases of Children*, Vol. 89, No. 1 (January, 1955), pp. 42-47.
- Richter, Curt P., Ph.D. "On the Phenomenon of Sudden Death in Animals and Man," *Psychosomatic Medicine*, Vol. XIX, No. 103 (1957), pp. 191-198.
- Rosenblum, J., Ph.D. *How to Explain Death to a Child*. International Order of the Golden Rule, 1963.
- Ross, Elisabeth K., M.D. "The Dying Patient as Teacher: An Experiment and An Experience," *Chicago Theological Seminary Register*, Vol. LVII, No. 3 (December, 1966).
- ——. "Psychotherapy with the Least Expected," *Rehabilitation Literature*, Vol. 29, No. 3 (March, 1968), pp. 73-76.
- Rothenberg, Albert, M.D. "Psychological Problems in Terminally Cancer Management," *Cancer*, Vol. XIV (1961), pp. 1063-1073.
- Rydberg, Wayne D. "The Role of Religious Belief in the Suicidal Crisis." Unpublished B.D. dissertation, Chicago Theological Seminary, June, 1966.
- Sandford, B. "Some Notes on a Dying Patient," *International Journal of Psychiatry*, Vol. 38 (1957).
- Saul, Leon J., M.D. "Reactions of a Man to Natural Death," *Psychoanalytic Quarterly*, Vol. 28 (1959), pp. 383-386.
- Saunders, Cicely, M.D., O.B.E. *Care of the Dying*. London, Macmillan & Co., Ltd., 1959.
- ——. "Death and Responsibility: A Medical Director's View," *Psychiatric Opinion*, Vol. III, No. 4 (August, 1966), pp. 28-34.
- ——. "The Management of Terminal Illness," *Hospital Medicine*, Part I, (December, 1966), pp. 225-228; Part II, January 1967, pp. 317-320; Part III, February 1967, pp. 433-436.
- ——. "The Need for Institutional Care for the Patient with Advanced Cancer," in *Anniversary Volume*. Madras, Cancer Institute, 1964, pp. 1-8.
- ——. "A Patient," *Nursing Times* (March 31, 1961).
- ——. "The Treatment of Intractable Pain in Terminal Cancer," *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, Vol. 56, No. 3 (March, 1963), pp. 191-197.
- ——. "Watch With Me," *Nursing Times* (November 25, 1965).
- Scherzer, Carl J. *Ministering to the Dying*. Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall, Inc., 1963.
- Shands, Harley C. "Psychological Mechanisms in Cancer Patients," *Cancer*, Vol. IV (1951), pp. 1159-1170.
- Shepherd, J. Barrie. "Ministering to the Dying Patient," *The Pulpit* (July-August, 1966), pp. 9-12.

مكتبة
t.me/soramnqraa

اليزابيث كوبلر روس

الموت والاحتضار

أكثر من خمسين عامًا تمر على صدور الطبعة الأولى من هذا الكتاب، فقد انبثق عن السيمينار الشهير متعدد التخصصات الذي كانت تعقده الدكتورة إليزابيث كبلر روس عن الموت والحياة والمرحلة الانتقالية بينهما، وهو عملٌ يضم واحدة من أهم الدراسات النفسية في ستينيات القرن العشرين. في هذا الكتاب الاستثنائي، تستكشف المؤلفة في البداية المراحل الخمس الشهيرة للأسى: الإنكار والغضب والمساومة والاكْتئاب والقبول. ومن خلال مقابلات ومحادثات مع المرضى تمنح المؤلفة القراء فهمًا أفضل لكيفية تأثير الموت الوشيك على المريض، والمهنيين الذين يخدمون ذلك المريض، وأفراد عائلة المريض. ومؤلفة الكتاب هي الطبيبة النفسية الأمريكية السويسرية إليزابيث كبلر روس (1926 - 2004)، وبالإضافة إلى تأليف هذا الكتاب الرائد، عن الموت والاحتضار وهو من الكتب التي حققت أعلى المبيعات على مستوى العالم، ألّفت إليزابيث أربعة وعشرين كتابًا ترجمت إلى ست وثلاثين لغة. ويتضمن إرثها المهني الأعظم تعليم ممارسة الرعاية الإنسانية للمحتضرين وأهمية التعبير عن الحب غير المشروط. ويستمر عملها بجهود مئات المنظمات حول العالم، بما في ذلك مؤسسة إليزابيث كبلر روس. وهذا الكتاب فيه الكثير مما يحتاج إلى تعلمه حتى اليوم عدد كبير من الأطباء والمرضى والأخصائيين الاجتماعيين وكل العاملين في مجال الصحة، إضافة بالطبع إلى الجمهور العام، فالموت والاحتضار خبرة بشرية يومية.

ISBN : 978-603-91551-7-1

