

طريق المعرفة



لويس - فانسان توماس

# الموت



ترجمة

مروان بطش

م

kindle



مكتبة الحبر الإلكتروني

@bookkn



@d110d

طريق المعرفة

لويس . فانسان توماس

## الموت

ترجمة

مروان بطش



© جميع الحقوق محفوظة  
الطبعة الأولى  
1433 هـ - 2012 م

Ouvrage publié avec le concours du Centre national du livre  
نُشر هذا المؤلف بدعم من المركز الوطني للكتاب

مجد المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع  
بيروت . الحمرا . شارع اميل اده . بناية سلام . ص.ب. 6311/113  
تلفون 791123 (01) . تليفاكس 791124 (01) بيروت . لبنان  
بريد الكتروني majdpub@terra.net.lb  
majd\_pub@hotmail.com  
www.editionmajd.com

هذا الكتاب ترجمة :

**La mort**

Par

**Louis-Vincent-Thomas**

© Presses Universitaires de France

## مدخل

إلى أولئك الأشخاص الذين لم يتوانوا، منذ قرابة الثلاثين سنة، عن إعلامي بتجربتهم ومعرفتهم بما يتعلق بالموت والاحتضار وما وراء الموت. إن هذا الكتاب مُهدى إليهم...

وكذلك إلى جيزيل التي فارقتني منذ مدة قريبة وكانت علمتني أمور الحياة...

في فرنسا، يموت 65 شخصاً كل ساعة، ويضاف إلى حصيلة المتوفين حوالي 560 جثة كل سنة. هذا ما يُقال لنا لكننا لا نرى ذلك. إن كلاً منا يعلم أنه سيموت في يوم ما، ولكن لا أحد يؤمن بذلك حقاً. ومع ذلك، لا شيء أكثر بدهاءة وشمولاً وحتمية من الموت: إن كلّ من يخضع لقانون الزمن محكوم عليه بالهلاك والزوال، وكلّ حيّ يبصر النور موعود حتماً بمغادرة هذه الحياة في مستقبل غير محدد وعلى الأرجح مبرمج. إن التفكير بالموت يعني مواجهة أولى حقائق الأمور.

ولكم هي مفارقة غريبة (وسنطّلع على كثير منها) أن الموت، وبقدر ما تزداد معرفتنا به، بقدر ما يطرح علينا أسئلة تصعب الإجابة عنها.

إن الصفحات التالية تعكس هذه التساؤلات (1).

## القسم الأول: الموت

سواء كان يجسد بصورة «الحصاد الكبير» أم لا، أو يذكر بصيغة المؤنث «المنية» أو المذكر «الردى، الأجل»، يعدّ الموت معطًى حقيقياً ومحسوساً، لكنه متغيّر الشكل ومهيمن على عديد من المجالات.

وفي واقع الأمر، إن مفهوم الموت يظهر محددًا بالتضافر (أي إنه ذو دوافع مختلفة متضافرة). وهو يطرح نفسه بعبارات جدّ متنافرة إلى حد يدفعنا إلى التساؤل عند ذكره عمّا إذا كنا نتحدث عن الشيء ذاته. لا شك في أن الموت لا يفتقر إلى صفات مشتركة. فلئن كان على صعيد الواقع المُدرَك والمُعاش والمتخيّل متعزراً تقديره، كما سنرى فيما بعد، إلّا أن سيرورة الموت ذات الاتجاه الواحد بينة ولا تخدع أحداً: حالات انحطاط في الطاقة، تغيّرات جذرية في الجسم: «في كل يوم يمرّ، كتب جان كوكتو يقول، أراقب الموت في المرآة وهو يقوم بعمله». إن الأحياء يشيخون ويحتضرون وينطفئون، والجثث تتحلل ثم تتحول إلى معدن قبل أن تصير «غباراً» بحسب قول الإنجيل. إلّا أن الموت لا يستهدف الإنسان والأحياء فقط، بل كلّ ما يندرج في الزمن: فالمجتمعات تتفتت، والأنظمة الثقافية والإثنيات تنهار، والأشياء تتآكل وتتحول إلى بقايا وأنقاض، في حين تندثر النجوم بطريقتين اثنتين: فهي تتحول إلى نجوم قزمية بيضاء أو إلى نجوم عملاقة «سوبر نوبا» (1) وتنفجر.

وهكذا وصلنا إلى الحديث، بحسب منظور إنساني تخصيصاً، عن الموت المادي أو السقوط في المتجانس والقصور الحراري الذي يمس الجسم - الآلة (2)؛ وعن الموت البيولوجي الذي ينتهي إلى جثة تتعرض إلى مرحلة تحوّل طويلة (برودة، صلابة أو صمل رمّي، كمّادات جيفية، ظهور نمش، فساد، مرحلة التعدن الأخيرة)؛ وعن الموت النفسي، أي موت «المجنون» سجين انطوائه؛ وأخيراً عن الموت الاجتماعي الذي يتجلّى في الاعتقال أو الحجز الطبي النفسي، والإحالة إلى التقاعد، وهجران الإنسان في الملجأ أو مأوى المحتضرين. كما يمكن أن نضيف إلى حالات الموت هذه الموت الروحي، أي موت الروح التي هي في حالة الخطيئة المميّنة بحسب المعتقد المسيحي الشعبي. أو أن الإنسان، إذا ما أردنا القول من منظور المُعاش الإنساني، يموت من عته الشيخوخة وشعوره حيّ. أو يموت في غيبوبة طويلة وشعوره حاضر. إن الإنسان يموت بعد حياة مفعمة وقوية في الشيخوخة، وبعد حياة بلا زيادة في غيبوبة طويلة الأمد حين يموت الدماغ. كما يموت وسط

المجتمع منفياً أو بسبب العقوبة القصوى. كما يستطيع المرء أن يموت لذاته أو ينتهي به الأمر إلى الانتحار.

إن لصور الموت هذه ملامح مشتركة، ونرى فيها دائماً موضوع الفصل والإبعاد. وهكذا يتم استبعاد الأموات والحزاني جسدياً واجتماعياً من عالم الأحياء. فالخاطئ غير النادم يُبعد من الكنيسة، والمختل يؤسر رمزياً على مستوى اللغة (كأن يوصف بأنه مصاب بالفصام على سبيل المثال) ويودع في مستشفى للمعالجة النفسية، والفرد غير المنتج يُهمل، والمجرم والجاني يعدان من العناصر «الهامشية» ويُعمد إلى تحييدهما أو الحكم عليهما بالسجن. إن عملية الإبعاد هذه تفترض وجود عامل منفذ طوعي أو غير طوعي: مثل الوسط الطبيعي الذي يهدد المبادلات الحيوية، المرض الذي يدمر التوازن العضوي، الرجل الذي يقتل أو ينتحر، المجتمع الذي يُبعد وينفي. كما تتطلب هذه العملية ضحية: الجثة البيولوجية التي تتعفن في القبر، والروح الملعونة أو الإنسان العائد الذي يتسكع من دون نهاية، والمبعد الذي يعدّ بحق جثة اجتماعية.

## الفصل الأول: الموت الجماعي

قبل أن نعرض لمسألة الموت البيولوجي وانعكاساته البيولوجية والنفسية والاجتماعية المتعددة، أي أساس هذا الكتاب، يبدو لنا ضرورياً التحدث عن حالات الموت الجماعية. إن أشكال الموت الجماعية عديدة، وسوف نترك جانباً الأوبئة العامة والكوارث الطبيعية أو تلك التي يسببها الإنسان بشكل غير مباشر أو عن عمد (قتل الأرض) لكي نتحدث فقط عن الحرب وعن موت المجتمعات أو الثقافات. وفي كلتا الحالتين لا يموت الإنسان، بل يُقتل أو يترك نفسه يموت.

### I - الحرب

لعلّ أحد الأسباب الأكثر مأسوية لموت الإنسان هو الحرب التي تشعب في آن واحد الغرائز العدوانية - الإنسان هو الكائن الوحيد الذي ينقن صناعة الأسلحة من أجل القتل - والتي تلعب دوراً ديموغرافياً منظماً: فقد ذُكر في موضوعها أنها قاتلة أطفال مؤجلة. كما أنها تماثل، بكل ما تحدث من دمار، الهدر والتضحية، وهي «عقدة موت»، كما وصفها ج. باتاي، أو أيضاً «تعبير عن الاتفاق بين الموت والحياة». لقد أودت الحرب العالمية الأولى (1914 - 1918) بحياة 8538315 جندياً. وخلفت الحرب العالمية الثانية (1940-1945) وراءها أكثر من 16 مليون قتيل ومفقود بين العسكريين فقط (وبالتحديد 16687000 منهم 5318000 في دول المحور و11369000 لدى الحلفاء) وكان عدد الضحايا المدنيين مرتفعاً جداً (عمليات قصف، أعمال انتقامية متنوعة، معسكرات الاعتقال) ما يرفع العدد الإجمالي للضحايا إلى 24290000 نسمة. وأخيراً تسببت الحرب الكورية بمقتل 810000 مدني وعسكري وحرب فيتنام 1050000 عسكري و510000 مدني في حين أدت حرب الجزائر إلى مقتل 1400000 شخص.

ويبدو أن لتطور الطابع المميت للحروب الأهلية أو بين الأمم على مرّ الأيام مغزاه ودلالته. فقد سقط على التوالي وبين الأعوام (1820-1859) 800 ألف قتيل خلال 92 حرباً، أي ما نسبته 1% من سكان العالم، وبين الأعوام (1860 - 1899) 4.6 مليون قتيل خلال 106 حروب، أي ما نسبته 0.4%، وبين 1900-1949، 42 مليون قتيل في 117 حرباً، بنسبة 2.1%. وكان سقط بين الأعوام 1950 و1999 - وهنا ندخل عصر الصواريخ - 406 ملايين قتيل خلال 120 حرباً، أي ما نسبته 10.1% لو استمرت وتيرة هذه الحروب على حالها، ولكان من الممكن أن يُقتل أخيراً في فترة (2000-2050) 4050 مليوناً في 120 حرباً، أي ما نسبته 40.5% من سكان المعمورة.

وقد يعطي الانفجار السكاني والمجاعات وتلوث البيئة والهوة القائمة بين البلدان الغنية والفقيرة وخطر الكارثة الذرية وسباق التسلح الذي بلغت خطورته اليوم بلدان العالم الثالث برغم محاسن «الانفراج» الدولي صورة شبه واقعية لهذه التوقعات المشؤومة، وبخاصة إذا ما أخذنا بالحسبان احتمال وقوع حادث مأسوي مثل انفجار قنبلة ذرية عن طريق الخطأ (ولقد وضع الخيال العلمي عدة سيناريوهات حول ذلك)، أو قيام رئيس دولة مصاب بالذهان الهذيان بالضغط على الزر الأحمر... وهكذا ومنذ بداية القرن العشرين، قتل 90 شخصاً من كل ألف شخص في الحرب أو بسبب ذبولها، مقابل 15 شخصاً خلال القرن الماضي. هذا ويقدر عدد الأرواح التي أزهقت خلال الصراعات المختلفة بثلاثة مليارات ونصف المليار منذ ولادة البشرية!

وجدير بنا أن نذكر أن الحرب هي مؤسسة اجتماعية مميّة للغاية، تديرها هيئات اجتماعية مميزة تسعى إلى تحقيق غاية متعددة الأشكال قد يكون وجهها الأساسي تدمير الإرث الديموغرافي: رفع مفاجئ في عدد الوفيات، خفض نسبة المواليد، استبعاد مستقطب لرجال في أوج نشاطهم، ممّا يعدل في هرم الأعمال لصالح الأشخاص المسنين والنساء. بيد أن الحرب الجوية - وحتى الذرية - وتعبئة النساء في الصراعات الحديثة تخفف من هذا الطابع الأخير، ونحن نعلم اليوم أن المنتصر في الحرب يتكبد خسائر أكثر من المهزوم (إذ بلغت خسائر الاتحاد السوفياتي بالأرواح 7.5 مليون نسمة وألمانيا 3 ملايين). لذا يمكن القول إن الحرب تدمر الدول، ولا تساوي الحياة البشرية في نظرها سوى ثمن بخس.

## II - موت الثقافات والإثنيات

منذ عهد مونتسكيو، الذي درس أسباب عظمة وأقول الإمبراطورية الرومانية، وحتى الاختصاصيين بعلم الحرب في أيامنا هذه، فكّر المؤرخون والديموغرافيون (العلماء بإحصائيات الشعوب) وعلماء الإثنيات كثيراً في أسباب موت المجتمعات أو الحضارات. إن ثمة مجموعة معقدة من الأسباب الداخلية (طبيعة مجتمع على شفا الزوال) والأسباب الخارجية (أشكال التماس مع مجتمع آخر أو ثقافة أخرى جد مدمرة) تفسر حالة الانحطاط التي تظهر لدى بعض المجتمعات المعاصرة. في الحقيقة إن الجماعات تتفكك في كثير من الأحيان، كما يؤكد علماء الإثنيات، لافتقارها إلى أهداف أو وظيفة أصلية، أو لعدم اعتبارها من قبل أعضائها كوسائل مقبولة توصلهم إلى تحقيق غاياتهم أو لأنها لا تثير سوى تماهٍ عاطفي غير كافٍ. وفي الحقيقة أن للمجتمعات الصغيرة ديموغرافياً والمنقسمة والمتنازعة فيما بينها وغير القادرة على التطور أو الانفتاح على الآخر ولا تقدر بأي شكل من الأشكال قيمتها الاجتماعية والثقافية، أو أنها تشعر بحسرة بعدم ثباتها

وحتى بفراغها خوفاً من الهلاك بسبب الإدمان على الكحول والسل ومرض الزهري، وغالباً لكونها مسيرة من قبل الأجنيبي، أقول إن لهذه المجتمعات فرصاً واحتمالات قوية - اللهم إن لم تحدث لها معجزة - في الانطفاء والزوال في القريب العاجل. ويمكننا أن نؤكد بلا وجل أن أهالي جزر فيجي وأرض النار وسريلانكا، وأهالي جزر بيسكو وسخالين والكوريل وهنود جنوب كاليفورنيا والبرازيل وبعض سكان بولينزيا مهددون قريباً بالزوال من على وجه الخريطة كما حدث بالأمس لسكان تاسمانيا. وتظل الأسباب الداخلية لذلك، في معظم الأحيان، مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بسيرورات التدمير الإرادية أو غير الإرادية خارجية المنشأ، ذلك أن أهالي جزر بيسكو وسخالين والكوريل، وبعد أن أمضوا فترة تبادل واقتباس مع اليابانيين (مع أو من دون تمايز تكنولوجي) ثم فترة تعايش تقني اقتصادي على أساس التكاملية يبدون من الآن فصاعداً في أوج مرحلة التعايش الاستعماري. إن الذين صمدوا في هذه المرحلة هم أمام خيارين: إما العيش في الحرمان والفقر أو أن يصبحوا يابانيين. ومما لا شك فيه أن الظروف المناخية الصعبة (في سرتاو وصحراء كالاهاري وأرض النار...) يمكن أن تسرع في عملية الإلغاء أو الإبادة، ولكن علينا ألا ننسى أن هذه الشعوب توصلت مع ذلك إلى مرحلة تكيف (أو موافقة) بيئية وإلى انسجام حقيقي. ويمكن القول تحديداً إن هذا التماس العنيف مع المجموعة المسيطرة هو الذي أخلّ بالتوازن المزدوج معها، مما زاد في أخطار الموت، أو على الأقل أخطار التداعي. إن ثمة تقانات عديدة لتدمير المجتمعات والثقافات: القتل أو التمثل، الضغط أو الإقامة في أماكن خاصة بالسكان المحليين، الاستخدام أو الإلغاء وأحياناً التعقيم. لقد كان هنود غابات البرازيل يعدّون بالملايين، إلا أن عددهم اليوم لا يتجاوز مئة ألف. وفي واقع الأمر إن هذا البلد الواسع شهد طوال العشرين سنة الماضية عملية قتل إثنية حقيقية بالتواطؤ مع «مكتب حماية الهنود». لقد اطلعنا ونكاد لا نصدق على سياسة الإبادة التي مورست على سبيل المثال بحق قبيلة «سينتاس لارغاس» التي تعيش بالقرب من منابع نهر آريوانيا، وبموجبها تم قصف مركز القرية في يوم الكاروب (Quarup) وهو عيد الأحياء والأموات الكبير تجرى فيه عروض مستمدة من الأساطير، واستخدم قتلة مأجورون كان رئيسهم معتوهاً سادياً ومهووساً جنسياً. ولم تكن الطريقة الأخرى في التدمير أقل فعالية حتى وإن اتبعت من منظور نبيل: وهي سياسة حشر، أو كما تسمى أحياناً «تحويل» هنود كاليفورنيا الجنوبية التي كانت تهدف، بحسب البعثات التبشيرية، إلى إنقاذ الأرواح وتعليم الرعية أصول الزراعة وتربية المواشي والفنون وقيم الحضارة اليهودية المسيحية الصحيحة. وكانت أولى نتائج هذه السياسات تعميم الأمراض البوائية المستوردة (الحصبة، الجدري، الحمى التيفية) في حين أدى وجود المياه الملوثة إلى نشر الزحار والإسهال. ولعل الأخطر من ذلك كان اضطراب السكان الهنود، بموجب هذه السياسة، إلى التخلي عن أجدادهم وألهتهم ومعتقداتهم وقيمهم وتقاليدهم كافة، كما كان يُعمد، بحجة حماية الآداب

والأخلاق، إلى فصل النساء عن الرجال، وعزلهن أحياناً في الليل في سراديب ملوثة. وقد يكمن الضرر الأكبر الذي يعاني منه حالياً أقوام «البورورو» الذين رُحّلوا إلى محمية تيريزا كريستينا (جنوب ماتو غروسو) هو ضيق المكان وندرة الطيور والأسماك (كان الريف والنهر قد تعرضا مسبقاً وبشكل غير شرعي للنهب من قبل شركات تجارية) وإصرار الحكومة على تحويلهم إلى مربين للماشية (علماء أن صيادي الطيور والأسماك والمزارعين المهرة منذ قديم الزمان لا يفقهون شيئاً في مجال تربية الحيوان) وكذلك قيام البعثات التبشيرية بمنعهم من الرقص والغناء والتدخين واستحالة ممارسة الطقوس الدينية في الأماكن التي يتواجدون فيها.

ويحق لنا أن نتساءل ما إذا كان ثمة موت أشد شناعة من الموت الذي يتلخص بحرمان شعب من ثقافته وجذوره وقيمه وبالتالي عدم الاعتراف له بهويته.

## الفصل الثاني: الموت البيولوجي الفردي

يتلخص الموت البيولوجي، أو زوال الفرد الحي وانخفاض توتره الطاقوي والفعال إلى درجة الصفر، في التوقف الكامل والنهائي، أي غير القابل للعكس، لوظائفه الحيوية (1)، وبخاصة على مستوى مثلث الدماغ - القلب - الرئة. ويتبع فقدان التماسك الوظيفي الإلغاء التدريجي للوحدات النسيجية والخلوية. إذاً يمارس الموت فعله على صعيد الخلية والأعضاء والجسم وضمن نطاق الإنسان في وحدته ونوعيته. وهو ينطوي بالتالي على عودة العناصر المؤلفة ذات الأساس المشترك للمحيط الحيوي الذي يعدّ ينبوع الدائم للحياة المتجددة. لماذا نموت وما سبب موتنا وكيف نموت؟ أسئلة أساسية تصعب على الدوام الإجابة عنها.

### 1- مقارنة صعبة

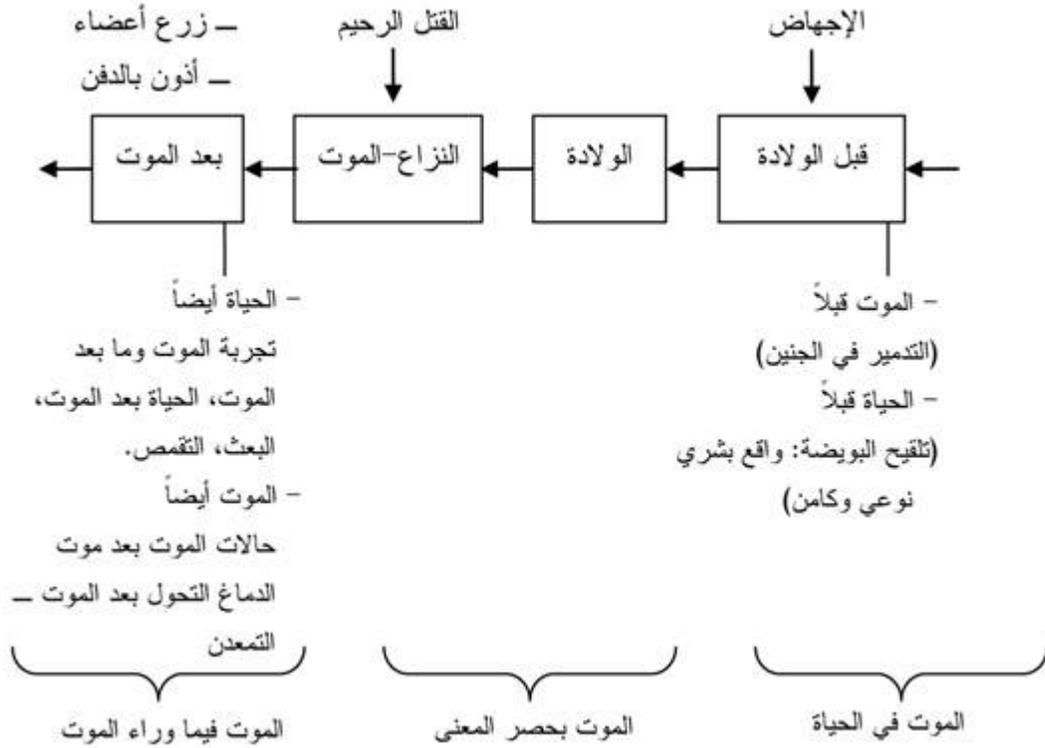
**1- الموت كمعنى مفارق.** - لو لم تكن ثمة ضرورة أو حالة مستعجلة لتحديد الوقت المناسب لأخذ أعضاء من الجسم البشري أو لدفن جثمانه أو حرقه، لما وجد على الأرجح تعريف قانوني للموت. في الحقيقة إن الموت ليس الشيء أو شبه الشيء الذي لا يفلح أي إجراء أو مسعى علمي في الإحاطة به سواء على صعيد المعايير أو التعريف. والحال أنه بقدر ما تتقدم معرفتنا علمياً بالموت، بقدر ما تقل قدرتنا على تحديد زمن وكيفية حدوثه. بيد أن على هذا الشيء تتركز كل المخاوف وتُستنفر كل الطاقات لردّه على أعقابهِ وتضليله وإلغائه أو استرداده.

إن الموت يوميّ وطبيعيّ ومحتمل وعام، ولكن جزئياً فقط. نقول إنه يوميّ لكنه يبدو بعيداً دائماً، وبخاصة عندما يكون الإنسان شاباً. فالآخرون هم الذين يموتون، حتى وإن كنتُ، أنا، مهدداً في كل لحظة: «إن الأمر لا يحتاج سوى لخرقة دم في شريان أو لتشنج في عضلة القلب حتى يحدث الموت فوراً» (ف. جانكليفيتش، الموت). إنه طبيعي، لكنه يبدو كاعتداء: فهو يُرى أو يُتصور كحادث تعسفي وعنيف يأخذنا على حين غرة: إن الموت «غير إنساني ولا عقلائي وأخرق حين لا يكون مدجناً»، وليس ثمة موت صالح سوى الموت «المهزوم والخاضع للقانون» (ج. بودريار، التبادل الرمزي والموت). - إنه يظل غير قابل للتحديد، فمقابل اليقين بوجوده، هناك الشك في حدوثه. وهو، إذ يتعذر توقعه، وزائد على بقية الأشياء، يأتي صدفة وعلى نحو طارئ: «أنتم لن تعرفوا لا اليوم ولا الساعة ولا المكان الذي سيأتي إليه» قال الإنجيلي. وها هي إنجازات الإحصائيات والتقنيات الطبية وانتشار المعارف البيولوجية وتلك الخاصة بالجوائح تقول إن الموت

يحدد نفسه علمياً، سواء أكان المقصود الموت الطبيعي أو الحادث المميت أو الانتحار. - إن الموت عام، إذ إن كل من يعيش، وكل ما هو موجود موعود بالهلاك أو الزوال، مبتدلاً نوعاً ما الموت. إلا أن الموت أيضاً فريد، إذ حين تأتي الساعة لن يأخذ أحد مكاني ولن أموت على طريقة آخر غيري: «إن كل واحد منا هو أول من يموت» (يوجين إيونيسكو). - باختصار، يظل الموت بعيداً عن كل نوع: «إنه غير قابل للتصنيف، وهو الحدث الذي لا مثيل له بامتياز، فهو فريد في نوعه، أشبه بمسح وحيد، لا دخل له مع بقية الأحداث الأخرى التي تندرج جميعها في الزمن» (ف. جانكليفيتش، الموت).

**2- امتداد الموت في الزمن.** - لا شيء أكثر مشقة من أن نحدّد في الزمن نقطة التحول من الحياة إلى الموت. وفي واقع الأمر إنه لا توجد حقاً لحظة محددة للوفاة سوى بالنسبة للطبيب الذي ينبغي عليه حتماً إعطاء شهادة تسمح بحرق الجثة أو دفنها أو بالنسبة للطبيب الشرعي الذي تترتب عليه معرفة الوقت الحقيقي الذي فارق فيه الإنسان الحياة. ويصح القول إن المرء يموت دائماً تدريجياً، ليس فقط في النزاع ولكن أيضاً، وضمن حدّ ما، في الموت المفاجئ، وبدرجات وأجزاء في آن واحد: إن الموت هو سيرورة وليس حالة. كما ينبغي الاعتراف بأن الحياة إذا كانت، بحسب عبارة «بيشا» الموقفة - والتي هي أفضل من مجرد تحصيل حاصل - هي مجموعة الوظائف التي تقاوم الموت، فهي أيضاً الزمن الذي نقضيه لكي نموت. وهكذا يمكن أن نميز، إلى جانب الموت بحصر المعنى mors ipsa الذي يضع رسمياً حداً للحياة ويفضي إلى الجثة، الموت في الحياة الذي يتعايش مع السيرورات الحيوية منذ تشكل البويضة وحتى المراحل الأولى من النزاع والموت فيما وراء الموت، حين يكف هذا الأخير عن كونه نهاية ليصبح أملاً (خيالياً) بل ولأن التحول بعد الموت Thanatomorphose يستمر بعد الوفاة (معطى مادي).

## الحقل الزمني لسيرورة الحياة والموت



- الموت في الحياة: نحن لا نعلم فقط أن من الممكن الموت قبل الولادة: «إسقاطات» طبيعية، إجهاضات مفتعلة يشرعها القانون حالياً إذا مورست قبل الأسبوع الثاني عشر الذي يلي الحمل، بل نعلم أيضاً أن سيرورة الموت تكون قد بدأت وحتى تمت برمجتها منذ مرحلة المضغة والجنين. ذلك أن هذين الأخيرين يتركان خلال الوقت بعد الآثار البدائية أو علامات المراحل السابقة للنمو: أي ما يساوي سيرورة موت جزئي. لقد أبرز علماء البيولوجيا الأمريكيون موت الخلايا الضروري في مرحلة التشكل «الطبيعي» للأعضاء: فإذا ما تم حقن جنين حيواني بمادة تمنع هذا التدمير فإن هذا يؤدي إلى تشكّل مسوخ تشريحية. - من جهة أخرى، يستمر التدهور المميت ويزداد خلال الحياة، مع وتائر مختلفة بحسب الأفراد والأماكن أيضاً. إذا فقدنا في كل يوم مليارات الخلايا، فإن الكثير منها يتجدد بسهولة: مثل الخلايا ذات الأصل الدموي، الفيبروبلاست، الظهارات التي تغلف الطرق الهضمية. إلا أن بعض الخلايا تتجدد بصعوبة مثل خلايا النسيج الكبدية، وأن خلايا أخرى لا تتجدد مطلقاً مثل الخلايا العصبية وبخاصة النيرونات (الخلايا العصبية).

والحال أننا لا نفقد فقط وابتداءً من سن العشرين 100 ألف خلية عصبية كل يوم في حين أنها تتراكم لدى الخلايا التي تظل فضالات (ليوفوسين)، بل إن قدرة هذه الخلايا العصبية على تشكيل نقاط اشتباك عصبي Synapses تميل إلى النقصان. وبين الستين والخامسة والستين من العمر، تزداد آثار الانحلال الخليوي والوظيفي في كثير من الأحيان من دون علمنا. ولنذكر على سبيل المثال ترقق الكتلة الضامرة أو الكتلة الأيضية النشطة: خلايا الدماغ العصبية، خلايا الكلية Néphrones، الخلايا العظمية Ostéoclastes. فمن وزن وسطي يبلغ 59 كغ في الخامسة والعشرين من العمر، تهبط هذه الكتلة من الخلايا المذكورة آنفاً إلى 48 كغ بين الخامسة والخمسين والسبعين، وهي تنقص بين العشرين والسبعين من العمر بنسبة 40% في العضلات وبنسبة 37% في الطحال، و9% في الكليتين و8% في الدماغ. ونذكر من بين العلامات الأخرى نقصان صبيب الدورة الدموية، أي حجم الدم الذي يدور في أعضاء جسمنا كافة (من 40% بين الثلاثين والثمانين من العمر)؛ ضعف القدرات على التكيف مع تغيرات وتأثر الحياة اليومية وضغوطها؛ وجود تبدلات في الكولاجين وفي مناعة الغدد الصماء، وكذلك الأمر في الخلايا الشحمية وعضلة القلب واستقلاب الجلوكوز. كما تظهر علامات التعب، في حين تطول فترة استرجاع القوى بشكل ملموس. ويهبط الاستهلاك الحروري في وضعية الراحة لدى الراشد وخلال 24 ساعة الذي يكون 1600 إلى 1280 حريرة بين الثمانين والتسعين من العمر. كما أن جريحاً في الستين من عمره تلتئم جروحه في مدة تقل خمس مرات عن التئام جروح طفل في العاشرة. وثمة علامات أكثر خطورة تظهر مع تقدم السن منها فقدان خلايا قشرة الدماغ وتراكم الفضالات (لييوفوسين) داخل هيولى الخلية Cytoplasme؛ نقص الحمض النووي الريبسي (ARN) العصبي المرتبط بهرم الحمض النووي الريبسي منقوص الأوكسجين (ADN) الريباسي الذي يشقّه. وسنشهد بعدئذ سلسلة من حالات العجز النفسي، وبخاصة فقدان الحدة الحواسية والذاكرة؛ نقص القدرة على الفهم والحكم والتفكير المجرد؛ صعوبات في النطق والممارسة والإدراك الحسي؛ لا مبالاة عاطفية؛ نشاط مشوش وعقيم مصحوب أحياناً باضطرابات محرّكة؛ استحالة التكيف مع أوضاع ومواقف جديدة. وتشكل العلاقة بالزمن مشكلة أيضاً، فالمسنّ بخاصة لا يستطيع العمل إلا على مدى قصير. إنه يتجاهل الأحداث الراهنة ويلزمه هوس بماضٍ سعيد تارة، الأمر الذي يجعله حزينا، أو بماضٍ حافل بالفشل تارة أخرى، ما يزيد طابعه النهائي من مرارته. ولما كان المسنّ من دون وظيفة وبالتالي غير مستقل، فهو يشعر بفراغ وجوده الحاضر وتظل توارقه الانحطاطات القادمة التي ستزيد من تبعيته للآخرين. ويشعر بعضهم وعلى نحو عنيف بالخوف من موت يقترب منهم بسرعة. ويمكن القول أيضاً إن شدة الشبق الجنسي (الليبيدو) الذي يفترض أنه مستمر مع الزمن دعا سيجموند فرويد إلى التأكيد أن الإنسان المسن غير قابل للتهذيب أو التأديب. وتتسم هذه الأعراض في مختلف أشكال جنون الشيخوخة،

وبخاصة خلال مرض «الزهايمر» الذي يعتبر في الولايات المتحدة «المسبب الرابع للموت» بقوة وخطورة شديدتين(2). بيد أن سؤالاً مزوجاً يطرح نفسه: إلى أي حد يمكننا ويترتب علينا المضي في الإطباب المنهجي للشيخوخة، وهو موضوع رائج في يومنا هذا؟ وهل ينبغي أن نعزو السبب في هذه السيرورة ذات الاتجاه الواحد إلى المحيط البيولوجي الاجتماعي أو إلى الوسط البيولوجي الداخلي؟ إن مناخاً غير صحي وتغذية سيئة مثل الإفراط في تناول الشحوم أو البروتينات، ونقص الفيتامينات والإسراف في تناول الكحول، وكذلك العمل الشاق جداً وعدم الحفاظ على الصحة العامة، وثمة شيء نميل إلى تجاهله وإهماله وهو غياب وسط اجتماعي مدرك وعطوف يحرض النشاط الذهني بوساطة التواصل والتبادل، أقول إن هذه الأمور كلها تؤدي إلى شيخوخة مبكرة وقاسية. كذلك يجب أن نأخذ بالحسبان العوامل المتأتية من داخل الجسم. إذ نسجل في آن واحد: تطور وظائفنا المناعية ومجموع الأخطاء المجمعّة في برنامج الجزيئات الرئيسية، وبخاصة في إيصال معلومات الحمض النووي منقوص الأوكسجين (ADN) إلى جزيئات الحياة (ARN) (النظرية العرضية، الموت الكمي): فقد لاحظنا في واقع الأمر حالات شاذة خطيرة للحمض النووي منقوص الأوكسجين (ADN) والحمض النووي الريبسي (ARN) الخليويين وتبدلات صبغوية خلال مرحلة الشيخوخة. وقد يكون المبرمج الوراثي إذاً هو المسؤول عن الدخول التدريجي في مرحلة الشيخوخة والذي يماثل نوعاً من «عملية حذف مبرمجة لما كان مبرمجاً» بحسب تعبير إي. موران (الإنسان والموت). إن الشيخوخة تقتل في آن واحد عن طريق تلف وتوقف عمل أعضاء الجسم الرئيسية الهامة، وكذلك عن طريق الهشاشة المتزايدة: إن كسر عنق الفخذ، والتهاباً رئوياً متفاقماً، بل وتغييراً إجبارياً للمسكن ووفاة شخص عزيز وحتى حيوان رقيق هي أسباب كافية تؤدي إلى موت الإنسان الطاعن في السن. ويقال في كثير من الأحيان إن هذا الإنسان يفتقر إلى «شهية الحياة»، فيستسلم للموت وحتى أنه يسرّع في دنو أجله. فإذا كانت نسبة الانتحار في فرنسا ولدى الرجال والنساء بلغت في العام 1982 10% بين 100 ألف شخص في سن العشرين، فقد وصلت إلى 33% لدى الأشخاص الذين بلغت أعمارهم 60 سنة، و 42% لدى من بلغت أعمارهم 70 سنة. والأسوأ من ذلك أيضاً أن الشيخوخة هي مرحلة من مراحل الموت. موت اجتماعي واجتماعي اقتصادي لأولئك الذين فقدوا من امتيازاتهم وقدرتهم الإنتاجية أو لأولئك المحرومين الذين هُجروا في المآوي وملاجئ الموت. ثم إن هناك الموت البسيكولوجي للمعتوهين العجائز شبه الخاملين. إن الشيخوخة هي بالضبط الموت الآن.

- الموت بالمعنى الحصري أو نهاية الحياة: باستثناء الموت المفاجئ والعنيف، تأتي لحظة يدخل فيها المريض أو الجريح شديداً الخطورة في مرحلة النزاع، وقد يستمر هذا النزاع بضع دقائق أو عدة أيام. ويترافق مع تفاقم علامات المرض أو الآفة الرضية في كثير من الأحيان اضطراب

وصعوبة في التنفس (تنفس شخيرى) وتأوهات. وغالباً ما يصبح هذا الأمر غير محتمل بالنسبة للأشخاص المحيطين بالمحتضر والذين يتصورون أن أسوأ الأمور ستحدث له. ويتخلل الاحتضار اضطرابات قلبية (تسرّع جيبى ثم بطيى) ونقص في الغليكوجين الكبدى وانحلال مبكر للبنكرياس وارتفاع نسبة الدم في حمض اللبن، وفقدان الشحوم في الطبقة الحزمية الكظرية وبالطبع هبوط أحياناً في القدرة على الانتباه والإدراك.

أما **الموت بحصر المعنى**، فهو يمتد في الزمن ويشمل أربع مراحل: فهناك الموت الظاهرى أو النسبى، وهو نوع من الإغماء لفترة من الزمن يرافقه فقدان في الحس وزوال التوتر العضلى وتوقف في التنفس وضعف في نشاط القلب والدورة الدموية. ويمكن للفرد بعد ذلك أن يعود إلى الحياة ويستعيد وعيه إما عفويّاً أو بشكل إرادى ومسيطر عليه كما يفعل ممارسو رياضة «اليوغا» الذين يعرفون كيف يتحكمون بوتيرتهم القلبية، أو عن طريق تقنيات الإنعاش. ويميز الأطباء في كثير من الأحيان بين وجهين للموت الظاهرى في فترة ما بعد الولادة: الشكل الأزرق أو الاختناقى حيث لا يصرخ الطفل ويظل بلا حراك ورخواً ويتحول لونه إلى الأزرق أو البنفسجى، بيد أن تدخلاً سريعاً من قبل الطبيب يمكن أن يجلب له الشفاء. ثم هناك الشكل الأبيض أو الإغمائى وهو أكثر ندرة لكنه أكثر خطورة: وهنا يشحب لون المولود الجديد ويصير كلون الشمع وملطخ ببقع داكنة، وتضعف ضربات قلبه وتصبح غير منتظمة، كما تضعف لديه ردات الفعل ويغدو جسمه رخواً بشكل كامل. ويترك الشفاء وراءه آثاراً عديدة في حال حدوثه. ثم هناك الموت السريرى أو غياب الأهلية للحياة المتكاملة، حيث تزول الأنشطة القلبية والتنفسية ومختلف ردود الفعل والوعى والحياة الترابطية. بيد أن ردود فعل الأنسجة الإنجاعية تظل موجودة بحسب بعض الشروط وتظل العودة إلى الحياة ممكنة ما لم تتجاوز فترة توقف تروية الدماغ المصيرية 5 إلى 8 دقائق (Anoxie أو نقص أوكسجين الأنسجة). وأخيراً، يمكن تعريف الموت المطلق، وهو حاصل حالات الموت الوظيفى والعضوى الجزئى، غير القابل للانعكاس، في هذا الوضع الحالى للعلم وبموجب اتفاق الهيئات الدولية، بموت الدماغ، حيث إن الحياة النباتية لا يمكن أن تستمر من دون مساعدة: وهذا ما يحدث بخصوص الغيبوبة التي تجاوزت حدودها أو الموت في الحياة. وهنا ينبغي ألا نخلط بين الغيبوبة الطويلة أو الموت في الإحساس، أو بالأحرى في الحياة الترابطية. - وسيبلغ الموت أخيراً ذروته، وليس بالضرورة نهايته، في الموت الكلى حين لن يكون هناك خلايا حية. - بموجب شروط ظهور الوفاة وبالارتباط مع الفترات الزمنية يتبلور تمييز جديد للموت. فيقال إن الموت بطيء إذا ما استلزم كثيراً من الوقت، بسبب مرض طويل الأمد وحين لا تنتهي الغيبوبة، ما يدفع الطبيب إلى ممارسة كل الوسائل العلاجية: فنحن لا نزال نتذكر بعض الأمثلة أو الحالات التاريخية الشهيرة والمحزنة بهذا الصدد، ومنها وفاة فرانكو وسالازار وتيتو وبومدين وربما بومبيدو. وبالمقابل يحدث

الموت الفجائي (ويُقال أيضاً الفجائي والسريع) من دون أن نتوقع ذلك، ويدهمنا على حين غرة. مبدئياً، «لا يشعر الشخص بأنه يموت» أو يحتضر. لكننا نعلم أيضاً أن الدماغ قادر هنا وفي بضع ثوانٍ أو أقل أن يرى شريطاً من الصور تمر من أمامه. بيد أننا نجهل كل شيء عن تجربة الموت في مثل هذا الاحتمال. فعلى الرغم من أن بعضهم يرون في هذه التجربة نموذجاً للموت الهادئ الذي يخلو من الشعور والألم، إلا أن الموت الفجائي يظهر مؤلماً جداً للأحياء، وبخاصة موت الطفل الرضيع المفاجئ والذي لا تفسير له، هذا الموت المفجع ذو السبب المجهول والذي يولد شعوراً بالذنب عند الأهل، وبخاصة عند أمه. وقد يكون الموت الفجائي عنيفاً حين ينجم عن اعتداء خارجي مميت، في أثناء الكوارث وحوادث العمل أو المرور، أو جراء جرائم قتل وعمليات إعدام، أو حين ينجم عن اعتداء ذاتي إثر انتحار اندفاعي كأن يقذف الشخص بنفسه من النافذة. كما يمكن للموت أن يكون طبيعياً (إذا ما استخدمنا الكلمة المعتادة، لكنها جدّ خرقاء لأنها مبهمّة) في حال حصول جلطة وحوادث وعائية دماغية وحالات نزف هضمية والتهابات حادة نزفية في البنكرياس، وتشمعات كبدية متفسخة والتهابات قصبية رئوية وانسدادات رئوية. وتتدخل العوامل البسيكولوجية أيضاً، وبخاصة إذا كان الأساس البدني يساعد على ذلك، لدى الأفراد المصابين بتصلب الشرايين على سبيل المثال: لنذكر أولاً من بين هذه العوامل الانفعالات العنيفة وحالات الكبت الشديدة التي تتجلى في أنواع الرياضة المسماة بالرياضة العسكرية. ويساعد التشريح في معظم الأحيان في الكشف عن الأسباب التي تفسّر الموت الفجائي الذي يشتمل أيضاً على عدة خصائص: إذ دلت الإحصائيات على أنه يصيب الرجل أكثر مما يصيب المرأة، وهو يحصل في كل الأعمار ولكن مع استثناءين اثنين: لدى الطفل الرضيع (2000 حالة سنوياً في فرنسا) من شهره الثاني إلى الرابع، ونادراً بعد الشهر التاسع، ولدى كبار السن (من 60 إلى 65 عاماً بالنسبة للرجل، ومن 60 إلى 75 عاماً بالنسبة للمرأة). وهو يفاجئ الإنسان في كل مكان، في المؤسسات العامة ومكان العمل ووسائل النقل وليس فقط في المنزل أو في المستشفى والمأوى. ولا بد هنا من أن نشير بشكل خاص إلى الموت المشبوه الذي يطرح مشكلة طبية قانونية: إنه الوفاة بعنف أو الموت الفجائي الذي لا يتبين لنا فوراً سببه، وهنا ينبغي تأجيل منح إذن بالدفن إلى أن تتم تبرئة المعتدي المحتمل أو إيجاد سبب «طبيعي» له.

- **الموت بعد الموت:** يستمر الإنسان في الموت بعد أن يطلق الزفرة الأخيرة. ويتحدث ج. روفيه (الجنس والموت) عن بعض الفترات الشديدة التي تتخلل سيرورة الفناء البطيئة هذه. فالخلايا العصبية لا تعيش سوى بضع دقائق بعد أن تفقد الأنسجة الأوكسجين، ثم تتبعها خلايا الكبد والكليتين والغدد، في حين يصمد الظهر Epithélium يومين أو ثلاثة أيام. و«تحتفظ بعض الأعضاء، وإن كانت متضررة وغير وظيفية بشكلها التشريحي، قبل أن تتحول إلى سائل منتن يملأ

لوقت ما الجمجمة والقفص الصدري والبطن». ويختفي الكبد في بداية الأسبوع الثالث، والقلب والرحم بين الشهر الخامس والسادس، مع بعض الفروقات الواسعة أحياناً بحسب درجات الرطوبة والحرارة السائدة في المكان. وبشكل عام وبعد مرور 12 إلى 15 شهراً يظهر الهيكل العظمي وهو لا يزال محتفظاً ببقايا أنسجة وأربطة عظم وأوتار وأوردة دموية مليئة بالطفيليات(3). بيد أنه ينبغي انقضاء أربع إلى خمس سنوات، بشكل وسطي، حتى تتفكك العظام عن بعضها وتتفتت. ويتطلب زوالها عن طريق التنزكل (نزع الكالسيوم) والانحلال في مياه الأمطار، وبخاصة إذا كانت الأمطار غنية بأوكسيد الكربون CO، بين بضع سنوات وعدة قرون بحسب طبيعة الأرض والتربة. أما الأسنان فهي آخر ما يزول وهي قادرة على البقاء آلاف السنين(4). وهكذا تعود العناصر التي تكوّن جسم الإنسان إلى الطبيعة لكي تساعد في إعادة تشكيل أحياء أخرى بشكل لا متناهٍ تقريباً حتى نهاية الأزمان بحسب القوانين الثابتة لدورات الأوكسجين والكربون والآزوت والفسفور. حتى أن بعض المفكرين يعتقدون أن الغبار الذي يبقى بعد مرحلة تمعدن بقايا الجثة له عملياً حياة أبدية وأنه مؤلف من جزيئات عنصرية تسمى «أيونات» eons وتحتفظ بشيء ما من برنامجنا الوراثي، وهذا موضوع لم يتوان الخيال العلمي عن استغلاله، وبخاصة ج. ب أندريفون في كتابه «صحراء العالم». أوليس من المذهل أن يتم مؤخراً وعلى بكتيريات إعادة تنشيط جزء من الحمض النووي منزوع الأوكسجين لمومياء يعود تاريخها إلى الألف الثالث ق.م؟

وعلى الرغم من أننا سنعود إلى الحديث في وقت لاحق عن هذه المعطيات، علينا ألا ننسى أن بعض الشهادات التي جمعناها من عدة أماكن من العالم بخصوص أولئك الذين عاشوا تجربة الحياة عند حدود الموت (NDE)(5) تجعلنا نعتقد أن الحياة تستمر بعد الوفاة، على نحو بطيء بالنسبة لعدد من الناس، ونشط بالنسبة لعدد آخر: إذ يجري كل شيء، بحسب الصورة التي عرضها إي. كويلير روس، كما لو أن جسمنا المادي لم يكن سوى نغمة (عذراء من الفراش)، غلاف، وأن الموت أيقظ فينا ما هو غير قابل للفناء وخالد ويمكن أن تكون الفراشة رمزه. إن هذه المعتقدات تثبت إلى أي مدى كان فرويد محقاً في أن يقول إن اللاوعي يعتقد نفسه خالداً. من جهة أخرى، تستغل هذه المعتقدات كل أشكال المعرفة لتجد مبررات لها، مثل الفيزياء الكوانتية، نظرية الحقول والهولوجرامات Hologrammes، الأنفورماتيك وعلوم الاتصالات.. أما بالنسبة للمختص بالمواتة Thanatologie (دراسة الجوانب الحياتية والاجتماعية من الموت)، فلا بد له من الاعتراف بأن الموت إذا استمر بعد الحياة، فإن الحياة تستمر بعد الموت وعلى نحوٍ تصويري أكثر منه حقيقي.

**3- لاجذرية التمييز بين الحياة والموت-** إذا كان الموت يشبه في كثير من الأحيان بالولادة سواء على صعيد الطقس الجنائزي أو على صعيد المعتقدات (وبخاصة التجسد)، فذلك يعود

على الأرجح إلى صعوبة تعريف الحدود بين الحياة والموت. وهنا تبرز أمانا ثلاث حالات من الصور هي: 1- الموت ليس سوى لحظة من الدورة الحيوية. 2- الحياة والموت متكاملان مثل وجهي عملة. 3- توجد بين الحياة والموت عدة حالات وسيطة حيث تكون الفيروسات البروتينية حية وغير حية في آن واحد، كما يمكن أن نصف بعض خصائص البلورات بأنها حية. ولكي نبرز النقطة الثالثة وبشكل غير مباشر النقطة الثانية، يجدر بنا أن نقدم ثلاثة أمثلة مستمدة من تاريخ الديانات وعلم الأخلاق الإحيائي والطب.

- **نغز الجثث غير القابلة للفساد:** لقد عرف الغرب المسيحي جثثاً ظلت لمدة طويلة سليمة وغير قابلة للفساد. نتذكر ما حدث لتيريز دافيل المتوفاة في العام 1582 والتي دُفنت من دون تحنيط في حفرة عميقة مليئة بالأحجار والكلس والتربة الرطبة. لقد تم فحص جثتها في تسع مناسبات متتالية (المرّة الأخيرة في تشرين الأول من العام 1760، أي بعد مرور 178 عاماً على وفاتها)، ووُجد أنها في حالة حفظ استثنائية. كان لحم الجثة محتفظاً بمرونته ويعود إلى وضعه الأصلي كلما ضغطنا عليه بإصبعنا، وكان الدم الأحمر يسيل حين كنا نأخذ ذخيرة من رفاتها. ومما يثير العجب أكثر أن جسدها كانت تفوح منه روائح البنفسج والسوسن والزنبق في حين كانت الثياب مهترئة ومتسخة كلياً. إن هذه «الجثة الرهيفة» التي تماثل جثث القديسين تضيف معنى واقعياً على عبارة «الموت برائحة القداسة». ولا تكتفي بعض الجثث بمقاومة الفساد، بل إنها تستمر في نضح الدم، إما لفترات دورية أو بشكل دائم. وأشهر مثال على ذلك حالة الراهب الماروني شربل الذي توفي في العام 1890. فبعد مرور سنة على وفاته، كان جسده الراقد في مياه طينية سليماً ومحفوظاً بشكل كامل، وكان «طرياً ونضراً ومرناً». وعندما أزيل عنه العفن، ظهر وجهه ويده كوجه ويديّ رجل يغط في سبات عميق.. وسال دم قانٍ ممزوج بالماء من خاصرته. أما جثته فلم تكن تحمل أي أثر للفساد كما لو أنها دُفنت للتو.

- **الانبعاث وظاهرة الحياة الكامنة:** يعني الانبعاث Anabiose جملة ظواهر العودة إلى الحياة وليس القيامة، إذ إنه لا ينطوي على موت بل على حياة بطيئة وكاملة أو معلقة فقط، ويلى الزوال الظاهري لكل استقلاب. وأشهر مثال على ذلك حالة الدابات Tardigrades وهي نوع من الحيوانات سوداء اللون، تعيش بين الطحالب فوق الأسقف، ولا تتميز بشيء فريد للوهلة الأولى، إلا بموقعها غير المؤكد في التصنيف فهي تعد بين الحشرات والعقارب لكنها ليست من أي صنف منها. وبالمقابل فإن لها، من وجهة نظر فيزيولوجية خاصة مهمة: فهي تتحول في زمن قصير، إذا ما تركت تجف في جو خالٍ من الرطوبة، إلى قشرة صغيرة مائلة إلى اللون الأسود حيث المجهر نفسه لا يرى فيها أي تركيب خلوي. ويمكن الحفاظ عليها في هذه الحالة خلال سنة أو أكثر، وإذا

ما وضعت بعدئذٍ على قطعة ورق رطبة، فإن هذه الدابة Tardigrade لا تلبث أن تمتص الماء في بضع دقائق ثم تهرب. أما إذا تُركت في أنبوب محكم الإغلاق مملوء بغاز هامد أو في الفراغ ثم وضعت بالقرب من الماء، فإنها تنتفخ من جديد وتعود إلى حياتها الطبيعية. ولقد أجريت تجارب ماثلة على الدولابيات (صنف حيوانات من أشباه الديدان) وتبين لنا أيضاً المقاومة المدهشة التي تبديها غيرات البكتريا أمام الموت. ويمكن اختبار الحياة الكامنة لدى الحيوانات الأعلى مرتبة مثل الإنسان: ونقصد بذلك الاكتتان الشتوي الاصطناعي Hibernation artificielle الذي تلجأ إليه الجراحا الطبية. فبحسب منظور مستقبلي هناك تساؤل حول ما إذا كان ممكناً الحفاظ على الجسم الحي في كبسولة مبردة مملوءة بالآزوت السائل خلال فترة غير محددة وبمناى من تأثيرات الزمن والشيخوخة، ثم نعد إلى إنعاشه من جديد في وقت محدد مسبقاً بموجب عقد. في الوقت الحاضر، هناك في الولايات المتحدة 50 جثة مجمدة (196 درجة مئوية تحت الصفر) تنتظر اليوم الذي سيعاد فيه بعثها إلى الحياة والعمل على شفائها من الأمراض التي توفيت بسببها، وحتى إعادة الشباب إليها..

- حالات الغيبوبة: من موت الشعور إلى موت الجسد: تتجلى الغيبوبة (أو النوم العميق(6) بحسب الكلمة اليونانية coma) بتلف الشعور الذي يحدد ثانوياً تدهور القوة المحركة والحساسيات وردود الفعل التنشيطية والقوة العضلية. وينجم تلف الشعور هذا عن سببين أساسيين: «انهيار غير نوعي ولكن واسع جداً لوظائف نصفي كرة الدماغ، أو تلف عصبي محدد على مستوى الدماغ (الجذع الدماغي) الذي يلعب دوراً هاماً في تنظيم مستوى التيقظ» (م. مولدرز، الشعور والنوم والغيبوبة، في «حالات الغيبوبة»). إذاً قد تكون الأمراض المسؤولة عن حالات الغيبوبة مرتبطة بإصابات تحت توترية أو فوق توترية أو باضطرابات أيضية مثل الأنوكسيا أو فقر الدم الموضعي الدماغي المنتشر وفقر أو فرط الغلوكوز في الدم، وفقر أو فرط إمداد العظام بالكالسيوم، وفقر أو فرط الوحدات الحرارية، وخلل التوازن بين الحمض والأساس وتبولن الدم Urémie والقصور الكبدي والتهاب السحايا والالتهابات الرئوية الحادة. - إن ضعف التيقظ أو التنبه، المقدر في المدى العميق، يعرّف كلاسكياً أربع مراحل من الغيبوبة: المرحلة «1» أو الغيبوبة اليقظة مع إظلام واضطراب محتمل. إن التحريض المضر يسمح بالحصول على ردود موافقة وردة فعل دماغية سريعة ومنظمة. المرحلة «2» حيث الشعور الغريزي وحده يستمر. وهنا يثير التحريض المؤلم ردة فعل دماغية بطيئة وغير منسقة، بيد أن الوظائف الإثباتية لا يطرأ عليها أي خلل. المرحلة «3» التي تماثل الغيبوبة العميقة؛ وفي هذه المرة، يكون تلف الشعور كاملاً في حين تظهر اضطرابات إنباتية هامة. وأخيراً المرحلة «4» وهي حالة الموت الظاهري coma carus، حيث يرافق زوال الشعور توقف الوظائف الإنباتية ولكن مع عودة ظهور الآلية النخاعية. وهنا نلجأ، من أجل تقرير

هذا المستوى، إلى تحديد مختلف الدلائل النوعية: قابلية الإدراك التي تستكشف اليقظة القشرية، قابلية رد الفعل اللانوعية وقابلية رد الفعل على الألم اللتان تقيمان اليقظة السلوكية تحت القشرية (المهاد البصري، الجزء الأعلى من الدماغ) وقابلية رد الفعل الإنبائية التي لا تتفصل عن وظائف القسم الأسفل من الدماغ (منطقة البصلة السيسائية)، أي الأنشطة التنفسية والوعائية المحركة والقلبية والبؤبؤية.

إلا أن ما هو أساسي، بالنسبة لكلامنا، يرجع الغيبوبة إلى كل ما يفصل الأحياء الموتى عن الأموات الأحياء.. إن الأحياء الموتى يدخلون في غيبوبة تستمر من 20 إلى 30 يوماً على أدنى حد، ولعدة سنوات مع فرص ضئيلة في الخروج منها. فيبقون على قيد الحياة من دون مساعدة الآلة ولكن ليس من دون عناية وسط إنساني حريص. وثمة أمثلة مشهورة على هؤلاء نذكر منها حالة عالم الفيزياء السوفياتي «ليف لاندو»، الحائز على جائزة نوبل في العام 1962 والذي عاودته الغيبوبة ثلاث مرات، وحالة إي. كي كينلان الذي غدا أحدوثه الناس في الولايات المتحدة. وحري بنا هنا أن نشير إلى الحالة الأشهر في فرنسا، وهي حالة بي. بالي من بلدة «لون-لو-سونيه». فعلى أثر حادث وقع له في التاسعة عشرة من عمره، ظل بالي أكثر من 30 عاماً، بعد إصابة خطيرة في نقطة التقاء الدماغ المتوسط بالدماغ الوسيط، في حالة غيبوبة من المرحلة «3» مع تلف كامل في الشعور واضطرابات إنبائية متعددة، ومن دون أي قابلية للإدراك، ومن دون أن يبدي أي رد فعل أمام الخطر أو تندر عنه أية إشارة أو إيماءة. وظلت قابليته النوعية لرد الفعل ملغاة، من دون اتجاه أو يقظة. لقد كانت حالته تلك تتطلب المساعدة في عملية التنفس والهضم والتبول والنظافة. ولسوف يحاط منذ تعرضه للحادث وحتى وفاته برعاية والدته التي ساعدته عملياً في الليل والنهار، بيد أن مرضة واحدة اهتمت بتثبيت أنبوبة خزع الرغامى والميل الإنفي المعدي. وقد توفي بالي في العام 1984.

أما الموتى الأحياء فهم أولئك الذين دخلوا في غيبوبة كاملة، تلك التي يُضاف في خلالها إلى زوال الشعور واليقظة التام تلفُ وظائف الحياة الإنبائية، وليس اضطرابها. إنها غير قابلة للعكس ولا عودة منها. وهي تماثل موت الدماغ والجزع الدماغى ونصفي الدماغ. وأخيراً لا يعيش المصابون بهذا النوع من الغيبوبة إلا بمساعدة مجموعة من الأجهزة الطبية المعقدة. وقد ذكر ج. هامبورغر في كتابه «القوة والهشاشة» حالة فتاة في السابعة عشرة من عمرها تعاني من غيبوبة كاملة. كان يتم المحافظة على عملية التنفس وأكسجة الجسم بوساطة قناع للتنفس الاصطناعي (منفاس)، وعلى الدورة الدموية بوساطة العقاقير. فلئن كان قلبها ينبض بشكل طبيعي، إلا أنه انعدم لديها كل نشاط عصبي، وظلّ تسجيل الإشارات الكهربائية التي كان يبثها الدماغ صامتاً. وأظهر

تشريح الجثة أن الدماغ والجهاز العصبي كانا «متحللين ومتميعين» وإن كان لبعض أعضاء الجسم الأخرى «مظهر شبه سليم يستمر عادة بعد الموت».

## II- تعريف الموت، مقاييسه وعلائمه

### 1- التعريف والمقاييس

- **تعريف الموت:** يخضع تعريف الموت لنوعين من الاهتمامات: الاهتمام المشروع بالإحاطة بالجسم الميت، والضرورة العملية المدعومة بأحكام قانونية معترف بها على الصعيد الدولي (وعلى سبيل المثال مجلس أوروبا) تتيح في آن واحد الشروع بأخذ أعضاء ومن ثم إجراء مراسم الدفن وأخيراً تنفيذ الميراث الموصى به. إن ضرورة الحدث تجبر المشتري والطبيب على الاكتفاء باتخاذ موقف اتقائي، وإن كان واقعياً، ولكن أعلى مما يرنو إليه علم دقيق. بيد أن هذا التعريف لا يفلح دوماً في الإفلات من الآراء الإيديولوجية. فتعريف الفيلسوف بيدو غير مفهوم إلا إذا أُرجع إلى جملة نظامه الفكري كما يشهد على ذلك المثالين التاليين: يقول سيميون، وهو تلميذ الفيلسوف كانط: «إن الموت هو انتقال الزمن والشعور إلى العمل». إذاً إن الولادة والموت هما نمطان من أنماط التفكير، لا شكلان من أشكال الوجود. أما فورباخ فهو يفاجئنا بتعريفه «أن الموت هو موت الموت». ويؤكد التعريف الطبي الموحى من الديانة المسيحية على ثنوية الروح والجسد وعلى التمييز بين الإنسان والحيوان: وهكذا يرى الدكتور بون أن الموت البشري يكمن في انفصال الروح عن الجسد، في حين أن موت الحيوانات يشير إلى التوقف النهائي للوظائف البيولوجية الأساسية. أما الموسوعة السوفياتية، فهي لا تخرج عن روح الماركسية، وقد جاء فيها «أن الموت يتطابق مع توقف نشاط الجسم الحيوي، وبالتالي مع دمار الفرد كمنظومة حية مستقلة (وحرافياً وحيدة). وبمعنى أشمل إن الموت هو التوقف النهائي للمادة الحية والذي يترافق مع انحلال الزلال. وهو لا يمكن فهمه إلا على أساس التفسير المادي لجوهر الجسم الحيوي».

- **مقاييس الموت:** لا يفتأ تعريف الموت يلازم المقاييس التي نثبت بوساطتها الموت حتى وإن كان هذا النمط من العمل لا يدل بشيء على جوهر الظاهرة. إن الموت، بالمختصر، غير موجود؛ بل المحتضر والجثة وحدهما، وبالتعميم كل ما يقتل أو يُقتل.

ولقد شهدنا، على مرّ الزمن، في الوسط الاستشفائي على الأقل، عدداً وفيراً من العلامات المثيرة ذات المقاييس أو المعايير التقنية بالغة التعقيد: إن الموت ليس مرضاً فحسب، بل غدا ذا طابع علمي إلى أقصى حد. كان كافياً بالأمس التحقق من توقف النبض والقلب، والتأكد من توقف التنفس بوساطة زغب أو مرآة يوضعان أمام فم المتوفى، ومن غياب قابلية التأثر وردّ الفعل أمام

المحفزات ذات النوع الحواسي، ومن فقدان الشعور وتمدد حدقتي العينين الثابت وانحطاط القوى والاستجابة اللاإرادية. أما اليوم، فإن هذه الدلالات لا يؤخذ بها فقط بحسب طرائق مناسبة ومعقدة وصارمة، بل ويضاف إليها - إذ إن البراهين على الموت لا بد وأن تكون تراكمية - اليقين من أن الخط البياني الدماغي يشير إلى الصفر. وهذا يقصي الخط المنبسط مع نشاط ضعيف القيمة في موجة التواترات السريعة، والخط الخفيف بنتيجة تدهور النشاطات الفيزيولوجية مع تواترات بطيئة خفيفة الاستدارة. نعم خط بياني دماغي يشير إلى الصفر، على أن يكون مستمراً (من ثماني ساعات إلى عدة أيام بحسب بعض الأطباء) وغير منقطع، وشريطة ألا يكون الشخص المتوفى قد تناول عقاراً مهدئاً ذا جرعة مخدرة أو علاجية، وألا يكون قد دخل في حالة حرارة متدنية عرضية أو محرّضة (من إلى . درجة مئوية). إلا أن هذا الإمعان في العلمية، وتغيّر عجيب، أدى إلى تعاريف رسمية للموت غير علمية، ومثيرة للدهشة. «أؤكد، كتب ل. شوارتزبرغ يقول بذكاء، أن التعريف الجديد للموت الذي تم اعتماده، ليس طبياً ولا بيولوجياً ولا علمياً، إنه تعريف ميتافيزيقي. إنهم يعرفون موت كائن بشري بدءاً من اللحظة التي يموت فيها شعوره. ويُعلنون أنه ميت ليس لأن أعضائه توقفت عن الحياة، بل لأنه مات بشرياً. لقد حدّد فارق بين الجنس البشري وبقية الأجناس الحية كلها. وهذا الفارق أو الاختلاف يسمى الشعور». وهذا يستدعي نتيجتين: وضع حدود للمثابرة العلاجية في حالة الغيبوبة الكاملة، وضرورة احترام المريض، وحتى ذاك الذي بلغت حالته حداً من التدهور لا رجعة منه، طالما يبدر منه وميض من شعور، ولو للحظات سريعة.

إلا أن كل ما سبق لم يحسم الأمر (7)، ومن المجدي، كما فكر بعضهم، أن نمضي بعيداً أكثر في البحث عن مقاييس ديناميكية أو استقلابية تسهم في التأكيد على عدم معكوسية الوظائف الدماغية. إذ لما كان الدماغ يفتقر إلى طاقة احتياطية من الدم فإن حياته تعتمد كلياً على دورته الدموية التي تم تقدير أهميتها بالنسبة لأعضاء أخرى (أبحاث أ. بيس وج. جيرو). إن هذه الدورة هي انعكاس للنشاط الاستقلابي الذي يوصل الدم أساساته التي تُستخدم مباشرة (أوكسجين، غلوكوز...) بوساطة آليات منظمة ذاتياً وضرورية لتأمين تجانس الاتزان Homéostasie. وعلى هذا النحو توجد علاقات وثيقة بين عدم كفاية دوران الدم في الدماغ (فقر الدم الموضوعي) وعمل الدماغ: فبعد ثلاث أو أربع دقائق من عوز الأوكسجين Hypoxie، يمكن أن تظهر إصابات دماغية خطيرة، ثم تحدث الأنوكسيا وفقدان الوظائف الدماغية الكامل واللامعكوس، في حين تواصل الأعضاء الأخرى الحياة بشكل عادي لكونها تتمتع بطاقة احتياطية حتى وإن كانت مؤلفة من خلايا غير قابلة للتجدد (عضلات). وهكذا يعنى الطب البيولوجي المعاصر بتوقف دوران الدم الوعائي في السويقات الوداجية والفقارية الأربع، ودراسة الصبيب الدموي الدماغي بواسطة الزينون 133، وبالقياس المستمر لضغط حقن الدماغ بتقدير الفارق بين الضغط الشرياني النظامي والتوتر

داخل الجمجمة والمتخذ في منطقة فوق الجافية، وبالفارق الشرياني الوريدي الدماغي بالأوكسجين.. كما يُلجأ أيضاً إلى تحليل أصداء النبض على مستوى نصفي كرة الدماغ بوساطة السبر بالأصوات الفوقية، وإلى قياس التبدل الأوكسجيني اليحموري في الشرايين والأوردة على مستوى الدماغ. كما يُلجأ في بعض الحالات إلى تصوير الدماغ بجهاز السكانر... إن كل شيء يجري كما لو أن تراكم تقنيات البحث لا يسهم إلا في تعميق جانب الغموض في هذا الموضوع: إذا كان الموت موجوداً ويعرف كيف يكشف عن وجوده، فما زالت الطريق بعيدة، من الناحية العلمية، لمعرفة ماهيته.

**2- بعض الدلالات التطورية.** - إن الأكثر سهولة هو معاينة المظاهر الأولى لحالة الموت والتبدلات التي تطرأ على الجثة. وتتعلق هذه الدلالات المختلفة قبل كل شيء ببرودة الجسم والتيبس الجثي والاجتفاف وعدد من الدلائل العيونية (ما يتعلق بحالة العيون)، وأخيراً ظهور الكدمات. - تتحدد برودة الجسم التي تبدأ أحياناً عند الاحتضار بعد ساعتين أو ثلاث ساعات من الوفاة. وهي تظهر في الوجه ونهايات الأطراف، ثم تستمر في الانخفاض برغم وزن الجسم والحماية التي توفرها الثياب وحرارة الجو، بمعدل درجة مئوية واحدة كل ساعة، في المناخات المعتدلة على الأقل، إلا أن هذه السيورة تتباطأ تدريجياً. فحرارة الجسد تظل ثابتة طوال عشرين ساعة تقريباً في منطقة الكبد (التجويف الشرسوفي) وبخاصة لدى الأشخاص البدينين، في مستوى العجان وفي التجايف الإبطينية. وبعد مضي 15 إلى 30 ساعة، تصبح حرارة الجثة متوازنة مع المحيط. وتتسارع وتيرة البرودة لدى الأطفال والشيوخ والأفراد الذين قضوا نتيجة حادث أو حادثة غرق واختناق، لكنها تتباطأ في جثث المرضى المزمنين والبدينين أو إثر أمراض حمية مميتة. حتى أنه يُلاحظ ارتفاع في الحرارة بعد الموت في حالات الوفاة بأمراض القزاز والكوليرا وضربات الشمس والحمى الطفحية والنزف الدماغي. - التيبس الجثي هو إحدى الدلالات الأكيدة للوفاة، لاسيما وأن أية إصابة أو أي تظاهر بالمرض أو الوفاة لا يمكن أن يقدده بشكل كامل. فهو يختلف عن التيبس الناجم عن التجمد أو عن تضخم البروتينات العضلية، كما يختلف عن «التشنج الجثي» الذي يظهر على الجثة بعد أن فاجأها موت عنيف ومباغت فاتخذت وضعية جامدة وظهرت على الوجه علائم الرعب أو الفرح. ويأتي التيبس الجثي أو الرمي بعد حالة من الرخاوة الأصلية، وينجم عن «تشابك» الأكتين Actine مع الميوزين Myosine (بروتينات عضلية) اللذين يتخثران بعد أن تحل حموضة الأنسجة محل قلوبتها. وتنبس الجثة بحسب وتيرة متفاوتة في الشدة: قوية جداً وسريعة (بضع دقائق) إن كان ثمة تسمم بمادة الستريكنين أو حالة قزاز أو انصعاق أو جروح في الجذع الدماغي، وخفيفة في حال إنهاك شديد جداً أو بعد نزف كبير، وبطيء لدى الأطفال والعجائز. وحالة التيبس التي تحدث وسطياً بعد الساعة الثالثة أو الرابعة من الوفاة تصبح عامة وشاملة في خلال 12 ساعة وعلى نحو أسرع في الصيف منه في الشتاء. ويصيب التيبس أولاً الوجه، وبخاصة العضلات الماضغة، ثم

يبلغ العنق فالجزع وبقية الأطراف. وبعد مرور فترة تتراوح بين 24 و 72 ساعة، ومدة أطول في جو بارد وأقصر في جو حار، يزول التيبس وفق التسلسل المعاكس لظهوره حين يظهر التفسخ. ولكن، ومن الغرابة بمكان أن حالة التيبس تكف عن التطور والانتشار إذا ما انقطعت بعد 13 ساعة من ظهورها. ويضفي التيبس على الجثة الخصائص التي نعرفها عنه: فكأن منطبقان، عضلات ماضغة متصلبة ومتيبسة، انحناء نصف كامل في الأطراف العليا، انبساط الأطراف السفلى، انحناء مفرط للرأس باتجاه الجذع، انقباض في حدقة العين حلّ محلّ التمدد، اقشعرار، تقلص شرطي ورحمي مع طرح المحتوى. - يفسر الاجتفاف هبوط وزن الجثة: أي بمعدل كيلو غرام واحد في اليوم، تبعاً للحرارة والحالة المرطابية (يستثنى من ذلك الغرقى). وتتحول السحجات السطحية التي تحدث قبل الموت (الخدوش، والجروح) إلى صفائح رقيقة، ويظهر شريط بنيّ مائل للاحمرار على الشفتين. بيد أن الاجتفاف وما يسببه من تيبس يتمثل أيضاً بعلامات عيونية (حتى وإن كانت العين لا تفرغ إلا بعد عدة أشهر من الوفاة). ويتعكر لون القرنية ويغشاها حجاب مخاطي (غياب الدموع، طبقة من الغبار والخلايا المنقشرة). وتصبح حدقة العين بيضوية الشكل، ويتضح نقص التوتر العضلي في المقلتين. إن هذه العلامات المتعددة تثير شعوراً قوياً بالصدمة، فلتقادي نظرة المتوفى بالضبط يعمد الناس إلى إغلاق عينيه - مما يؤكد أكثر فكرة «رقاد الموت» - وفي بعض الأحيان إلى وضع نظارتين على وجهه، كما شاهدنا ذلك في أفريقيا، إلا أنهم يعمدون أيضاً إلى وضع مرايا صغيرة الحجم أو قطع زجاج أو حجارة لماعة في محاجر الجمجمة الفارغة لإعطاء المتوفى نظرة ما (كما جرت العادة في بعض بلدان أفريقيا وإندونيسيا). - تظهر الكدمات بدءاً من الساعة الخامسة التي تلي الوفاة. وهنا يخضع الدم الذي يكف عن الدوران لقوانين الجاذبية وتركد مختلف سوائل الجسم في الأجزاء الأكثر انحداراً من الجسم وذات الصلة بوضعية هذه الجثة، ويستثنى من هذه الأجزاء مناطق الضغط (تجاويف المؤخرة وعظم الكتف) أو الربط (الأحزمة، الحملات...).

والمقصود من هذه الكدمات بقع مستديرة الشكل تتجمع على شكل لطخات أو نقاط (نمش) ذات لون زهري مائل إلى الزرقة، أو أحمر فاتح أو أزرق داكن أو مائل إلى السواد. وتثير هذه اللطخات اللونية كثيراً اهتمام الطبيب الشرعي إذ إنها تدله على سبب الوفاة: فالبقع الفاتحة تظهر إثر نزيف شديد، والقرمزية إثر اختناق بثنائي أكسيد الكربون أو تسمم بمادة السيانور، والبقع الزهرية تنجم عن الموت غرقاً، والزرقاء الأروازية تظهر إثر حالات التسمم بمادة اليحمور المؤكسد، والبقع الغامقة تظهر بعد حالات الاختناق بغير أكسيد الكربون، والبقع الصفراء المائلة إلى الأخضر لدى الأشخاص الذين قضوا نتيجة أمراض كبدية.. وتظهر الكدمات بعد 3 إلى 6 ساعات من الوفاة وتبلغ ذروتها بعد مرور 12 إلى 15 ساعة بعد الوفاة، وتبقى ثابتة من دون أي تغيير حتى وإن تم التلاعب بالجثة، ومن هنا جاءت تسميتها بالبقع الموضعية. وتختلف اللطخات أو بقع النمش

(Pétéchies) عن القرت (Ecchymose): فإذا حزننا الجلد لا يرتشح الدم من النسيج وهذا لا نراه في المواضع التي يوجد فيها قرت. - ثمة دلالات أخرى على الوفاة تظهر فقط لدى التحليل البيولوجي الطبي: ضعف السكر في الدم، قساوة العضلة القلبية، ازدياد معايرة حمض اللبن والأحماض الأمينية والأزوت، طول زمن ال Quick (سرعة تخثر الدم) وحتى عدم قابلية الدم للتخثر بين ساعة وثمانية ساعات من الوفاة...

### III- أسباب الموت ومعناه

ثمة أسئلة رئيسية ثلاثة يمكن طرحها: مما يموت الإنسان؟ ولماذا يموت؟ وكيف نرى الموت؟

1- **مما يموت الإنسان؟** إن أسباب الموت التي تتغير بحسب الأمكنة والعصور والأعمار والأجناس، وحتى الفئات الاجتماعية المهنية، ترجع إلى منظومتين لا يمكن التشكيك في بيانها، من دون أن يسمح ذلك بتحديد آلية التقائهما المحتوم.

- تؤمن الأسباب الداخلية المنشأ Enodogènes الموت العلمي الوراثي أو الطبيعي، أي اللحظة العادية لقدرة البيولوجي، حيث يجري كل شيء، وهذه على الأقل إحدى الفرضيات الأساسية التي تتبلور حالياً، كما لو أن كل واحد منا يجد في مهده خريطة الطريق الخاصة به والتي تحدد له كمية معينة من الزمن ليعيشها(8). وسيكون التطور السابق للولادة والولادة والنمو والبلوغ وردود الفعل المناعية والشيخوخة محكومة، كما يقول لنا ج. هامبورغر في بحثه (هل يوجد ثمة نظام داخلي قاتل يسبب الموت الطبيعي؟) بوساطة «عوامل كيميائية داخلية المنشأ ومسؤولة بقوة» مثل الهورمونات واللمفوكين Lymphokines والمونوكين Monokines، ويضيف أن النظام كله «مهدهد بالانهيار فيما لو ترك طارئ الموت الفردي لخطر التبدلات الخلية التدريجية التي تدل على تلف سلبي ومتغير في الأنسجة. لماذا لا نتخيل أنه يوجد في داخلنا، وعلى غرار كل أحداث حياتنا الأخرى، عوامل مكلفة على نحو نشط بإطلاق ما نسميه الموت الطبيعي وتمهيداته، أي التقدم في السن والشيخوخة».

- تثير الأسباب خارجية المنشأ والتي تأتي قبل الأوان أو متأخرة، وتعدّ مصدر موت عرضي، حدثاً مضافاً وبالتالي مخللاً بالنسبة للبرنامج العلمي الوراثي، مما يستتبع موقفين جديدين: الموت قبل الأوان وينجم عن أمراض مرتبطة باعتداءات خارجية (ثقافية أو متعلقة بالحضارة)، وحوادث انتحار وقتل ووضع حدّ للحياة بدافع الرحمة، وحوادث وكوارث مثل المجاعات. أما الموت الذي يأتي بعد أوانه فقد تم إحباطه مؤقتاً بواسطة التدخل الاجتماعي أو الطبي، وذلك عن طريق

الصحة العامة والوقاية والأدوية والعمليات الجراحية والمعالجة الطبية المكثفة وإعادة الإنعاش. بيد أن ثمة مصادفة بين مجموعتي الأسباب التي تؤدي إلى الموت. إن الجسم الذي ينبغي له أن يموت يصنع من تلقاء نفسه سيرورة دماره الذاتي الفيزيولوجية والنفسية في آن واحد، وهنا يستسلم الفرد للموت ويفقد التوازن ويكف عن الكفاح من أجل البقاء. إلا أنه يستغل أيضاً الحادثة أو الفرصة المرضية التي تسنح له، إذ يكفي زكام بسيط ليؤدي بجسم العجوز الضعيف إلى التهلكة. إن هذه الجدلية الداخلية/ الخارجية غير غائبة عن الفعل الانتحاري: إن الاعتداء الذاتي المميت هو رد فعل حيال وسط عدواني يعدّ غير مقبول واعتداء على هذا الوسط، وكأن لسان حال المنتحر يقول: «الموت لي والندامة لك».

**2- لماذا يموت الإنسان؟ -** في الوضع الحالي لمعارفنا، وحتى إذا ما أملنا أن يقوم العلم بوضع حدّ له ذات يوم، يظهر الموت كقانون محتوم لا مفر منه، وضرورة ملازمة للجنس البشري وللطبيعة والحياة.

**- الموت وتعقيد الكائن الحي:** على مستوى أول، يعد الموت فدية التعقيد التنظيمي للكائن الحي (الموت الجهازية Systémique) إذ يظل الكائن وحيد الخلية، ما لم يقض ضحية وسط محيط (ضغط وصدمة، إشعاعات، درجات حرارة مميتة...)، غير قابل للموت في ذاته، وقادر على التناسل إلى ما لا نهاية عن طريق التعضية Scissiparité: وهنا يتم الانشطار أو الانقسام على نحو غير مباشر Mitose (تضعيف الحمض النووي منزوع الأوكسجين ADN) ويعطي دائماً النموذج نفسه. إلى حد يمكن القول إن الجرثومة المزروعة في المختبر ليست سوى ذات الذرة والوحيدة التي تدوم منذ غابر الأزمان. إن الكائن المركب، وبسبب تعقيده (الحفاظ الصعب على التماسك بين منظومات الخلايا والأعضاء الخاصة) يعرف الموت وكذلك التجدد أيضاً، أي الحياة، مهما كان ضعيفاً في التناسل بحسب قوانين الجنسية Sexualité وحين تشيخ الجماعة أو يتبدل الوسط المحيط «لا يجد السكان أمامهم، كما يقول ج. روفيه في كتاب (الجنس والموت)، سوى ثلاثة احتمالات: إما الزوال، وإما البحث عن ملجأ آخر ملائم لتراثهم الثابت، وإما اللجوء إلى التكاثر المنسول (الناج بالجماع) الذي يسمح لهم بإنتاج تركيبات وراثية جديدة يقوم الانتقاء الطبيعي باختيار الأفضل من بينها. إن الجنسية تسمح بحدوث إحياء حقيقي. وهي، من الناحية الوراثية، الرد الوحيد على الموت» (9). إن التعاقب السريع للأجيال، بين الأنواع ذات السلوكيات الفطرية، مؤاتٍ جداً إذ إنه يثير طفرات إحيائية، وهذا ما يحدث لدى الحشرات. وبالمقابل، يدين الأحياء الذين يفتقرون إلى الآليات الفطرية كثيراً إلى المعارف المكتسبة خلال الزمن وبخاصة إلى المهارات الفردية. بيد أنه يأتي يوم يتوجب على الصغار الحلول محل الكبار المحكوم عليهم

بالزوال، وذلك لسببين قاسيين وإن كانا محتومين: أولهما تجنب الزيادة في العدد والتلوث الديموغرافي (القنبلة «السكانية»)، وثانيهما تأمين الإبداعية، رمز الحياة الأول. إن مجتمعاً يقوم فقط على العجائز المحافظين والسقيمين هو مجتمع مملّ وعقيم وبالتالي مميت. إن مفارقة الحضارة الحالية تكمن في حقيقة أنها تزيد من عدد الطاعنين في السن الذين ينقلون ثقافة الأمس في حين أن المعرفة والقيم الثقافية لم تعرف قط تطوراً بمثل هذه السرعة.

- **الموت والوفرة والقلة:** يؤدي الموت وظيفة أخرى: عليه إلزامياً حل معضلة أساسية، ألا وهي المواجهة المأسوية بين الوفرة والقلة. الوفرة أولاً والتي هي بجوهرها نتاج الحياة. إن عملية الفذف تحرر 300 مليون حوئن منوي، وثمة 700 ألف بيوضة محتملة تتكوّن مسبقاً منذ الولادة في مبيض فتاة صغيرة تتلقح منها 400 بيوضة بواقع بيوضة واحدة كل 28 يوماً خلال الثلاثين سنة من الحياة الجنسية القادمة: كل ذلك من أجل قيام كل أسرة بإنجاب طفلين أو ثلاثة أطفال في الحد المتوسط، ولعلّ بضع سنوات تكفي لزوج من سمك الموره لجعل كل المحيطات أهلة بالسمك في حال انقراض كل بيوضها ونموّ البلاعيط كافة... ثم القلة: قلة الزمن التي تمنعنا من تحقيق مشاريعنا. إن الموت يباغتنا أينما وجدنا ويلاحقنا إلى الأبد من دون اعتراض منا. والأنكى من ذلك أنه يأتي باكراً جداً، وعلى الأقل في ذروة حيويتنا ورؤوسنا مملوءة بالمشاريع. - وقلة المجال أو المكان حين نشهد انتشار الأحياء وتكاثرهم: إن علم الأخلاق يثبت جيداً أن كثافة مفرطة في السكان في مكان محدود تولد العدوانية التي هي مصدر التوازن الديموغرافي عن طريق الهروب أو الموت. ثم قلة المواد بشكل خاص: وقد أكد ذلك الدكتور م. ماروا (أصل ظهور الحياة والموت، في: الموت، نهاية أو بداية) إذ قال: إن باستطاعة جرثومة واحدة، في ظروف مواتية، وفي ثمانية أيام فقط، أن تؤلف بحسب سلسلة هندسية كتلة من المادة الحية تفوق كتلة الأرض. والحال «إن جرثومة واحدة لا تصنع أرضاً كل ثمانية أيام» إذ ينبغي عليها أن تصطدم «بحدودها الخاصة». ويمكننا أن نتساءل أيضاً حول حقيقة معرفة ما إذا كانت المادة ستغدو في النهاية غير كافية «لبناء جيلتنا Protoplasme والحفاظ عليها». ولهذا السبب «تعيش الحياة من الحياة وبالتالي من الموت». وهذا صحيح ليس فقط فيما يتعلق بأكلة الجراثيم والعواشب واللواحم التي تقضي على العنصر المتدخل لإعادة بناء مادتها النوعية، بل وفيما يخصّ كل الذرات والجزيئات التي تتشكّل اليوم كائناً حياً. وقد سبق لها أن تورطت في أجسام أخرى تعدّ بالمليارات وستتجدد هذه السيرورة نفسها في المستقبل اللامتناهي نظرياً. وهذا يتضمن أيضاً خضوع الفرد للنوع: وهذا نراه جيداً في الانتحار الجماعي لحيوان «اللاموس» (من فصيلة الفأريات) حين يتجاوز عدده العتبة الديموغرافية المبرمجة بيولوجياً. وهذه الحالة تنطبق جداً على النوع الذي يمكن أن يفنى «من أجل هدف الحياة الغامض»، والتطور شاهد على ذلك. وفي هذا المنظور «يجد الموت مكاناً له في اقتصاد الحياة،

ويصبح خادماً للحياة وذلك بتوفير فرص جديدة لها من أجل تجارب جديدة وصيغ جديدة للجِبلة». فإن لم تمت البذرة - كما جاء في الإنجيل - فلن يعود هناك مكان لمغامرات الحياة الخالقة، ولن يعود ثمة مجال للشباب وللتحولات الممكنة. إن الحياة، في مواجهتها لمأساة القلة وحدودها المميزة، سوف تساعد الفشل المطلق، الموت، في تحقيق غاياته الخاصة. بيد أن الفشل لا يمكن تجاوزه «ما لم يتابع النوع مسيرته على طريق مغطاة بجثث الناس» على حد تعبير أحد علماء الأحياء.

### 3- كيف يواجه المرء الموت

- ردّ الموت: إن ما يفيد النوع أو الحياة قد لا يناسب الفرد الواعي. فالإنسان يحاول ردّ الموت أو دفعه عنه في الحضارة الغربية المعاصرة التي تتبالغ كثيراً في نزعتها الفردانية. وعندئذ يجري الحديث عن المحرم Tabou وحتى عن النفي أو الإنكار، كما أشار إلى ذلك الخبيران بعلم الإنسان (إ. موران، ل. ف. توماس) والمؤرخان (ف. آرييس، م. فوفيل). إن ردّ فكرة الموت ذو طابع نفسي لا سيما أن الصلات بين الخوف من الموت والشعور بالذنب أكيدة جداً. هناك الشعور بالذنب المرتبط بالرغبة الواعية (بقدر ما) في موت الأب والأم، والأشقاء والأخوات الذين يستطيعون جيداً شرح الموت الذي يُخفى عن الأولاد، وإبعاد المحتضرين عن الأنظار، ورفض إظهار الحزن لموت الناس أو القبول به لدى الآخرين. كذلك يتجلى هذا الردّ أو الكبت على الصعيد الاجتماعي، إذ نشهد في أيامنا هذه، كما سنرى لاحقاً، عملية حقيقية لتجريد السلوكيات الجنائزية من رمزياتها وطقوسها وحرّفياتها. إذ إن الإنسان المعاصر، المنغمس جداً في المنظومة التقنية العلمية وفي المجتمع الذي ينزع إلى تكديس الثروات يتصرف كما لو أنه بمنأى عن الموت وأن سلامته مضمونة من قبل المؤسسات التكنولوجية (الشرطية والصحية وغيرها). وبشكل عام، تتدرج عملية إخفاء أو تجنب الموت على نحو ماكر تقريباً في مجمل السلوكيات الاجتماعية. إن الخطابات حول الموت، على سبيل المثال، تكشف عن الخدع التي تبدد الخوف وتجعل الموت على مسافة بعيدة منا: فاللغة الدارجة تعج بالعبارات الاصطلاحية والهزلية أو التلميحات المتكلفة. أما اللغة العلمية فتحوله إلى شيء، إلى حقيقة بيولوجية يمكن السيطرة عليها. بيد أن وسائل الإعلام بخاصة تنشر عن الموت خطاباً مسهباً يجعل منه أمراً مبتذلاً وعادياً ويخفي بعده الأساسي: كحالات الموت المغفلة أو المجهولة والبعيدة، ذات الأهمية الإحصائية أو الحكائية، صور الموت المشاهدة التي يلغي تكرارها الأثر العاطفي ويميزها الإخراج السينمائي بشكل جذري عن المأساة المعاشة. إن ثمة تردداً إذاً، بخصوص الموت، في قول الذي لا يُقال، والتغييرات الدقيقة في المعنى تخفي أو تحرف مدلوله. فالرجل الغربي في يومنا هذا يعيش حالة الموت كشيء فاحش وفاضح مع المرآة في أن على النجاح الكبير الذي يحققه العلم والتقنية اللذان سيتمكنان ذات يوم من وضع حدّ نهائي له. إذ

إن الموت سيكشف عن الانتماء من الآن فصاعداً إلى العالم الطبيعي، وسيكون بمثابة اعتداء آت من الخارج، وسيتمكن طب أفضل مما هو عليه الآن وقادر على إلغاء الشيخوخة والمرض، وكذلك مجتمع أفضل من مجتمعنا ويستطيع منع الحروب والجريمة من درئه نهائياً. أولاً يُقال عفويًا عن شخص مات للتو من الذي قتله؟ وما سبب موته؟ لقد صار المرض والشيخوخة والموت منذ الآن أشبه بحالات خلل وظيفي وأعطال سيتمكن الطبيب وتقني الأجسام الآلية من إصلاحها. باختصار، يمارس رجل الغرب العصري على الدوام استراتيجية الحذف: فهو ينظر إلى الحياة والموت ككلمتين متناقضتين في حين ينبغي اعتبارهما متكاملتين. وأضحى الحي المحتضر في نظره منبوذاً ومنحرفاً إزاء مؤسسة منظمة هدفها تأمين أولية الحياة. وأخيراً صار الحي المتوفى عرضة للتصفية السريعة عن طريق الطقوس والشعائر وللطرد من الذاكرة. كذلك يمارس الرجل الغربي العصري استراتيجية الحجب، أي السكوت عن الموت وتمويه الجثة أو إخفاءها، وجعل الموت أمراً عادياً ومتكرراً.

- إعادة الاعتبار إلى الموت: مع ذلك، ومنذ نحو عشر سنوات، برز تيار معاكس، إذ أخذ العلماء ينظرون إلى الموت كمعطى طبيعي وشامل وضروري. فقالوا إن «السعي إلى التغلب على الموت نهائياً هو عمل مضاد للبيولوجيا في آخر المطاف، فمن وجهة نظر بسيكولوجية يستطيع الإنسان بالطبع أن يأمل ذلك. فهل يتمكن ذات يوم من التوصل إلى هذه الغاية؟ باعتقادي أن هذا أمر محال» (ج. دوسية، هل يمكن ذات يوم التغلب على الموت؟ من كتاب «الموت، نهاية...»). ولسوف نرى أنه أضحى من المهم أكثر فأكثر مساعدة المحتضر وتجديد الطقس. والأفضل من ذلك أيضاً أن المحتضر قد يصبح أستاذاً في الفكر ومعلماً وتلميذاً (أ. كوبلر - روس)، وقد تعادل الوفاة النشوة (ك. رينغ) ويضحو الموت «الحليف الأشد إخلاصاً للحياة» (ج. ل. سيمونز). وهكذا يُعاد الاعتبار للموت بعد أن أعيد اكتشافه. وأمام العلم والتقنية ذات القدرة الفائقة، ينتقض اللاعقلاني ويجد له عديداً من الحلفاء ويحاول تعزيز مواقعه. لربما بالغ الرقاص هذه المرة وذهب بعيداً جداً في الاتجاه الآخر! ولربما بالغنا أكثر أيضاً في عملية إضفاء الطابع الطبي على الموت!

**4- الإيدز، أو وقائع الموت المعلن.** - هل أضحى الإرهاب والانهيال المالي والفيروس الإلكتروني والإيدز أمراض حضارتنا التي نعيشها؟ فبدخوله المباغت على الساحة العالمية وبسبب نمط انتشاره ونوع السكان الذين أصيبوا به (مثليون ومدمنون على المخدرات وسكان البلدان الفقيرة) جعلنا الإيدز بخاصة ندرك فجأة أننا لا بدّ معرضون للموت وهذا برغم أو بسبب النجاحات التي حققها العلم والتقنية والإدارة.

هل يمكن للإيدز أن يكون فارس سفر الرؤيا الجديد؟ أو ليس هو على علاقة مباشرة بـ «السوائل» الأكثر تساوياً في حديها، حاملة الحياة والموت على حد سواء والنقية والدنسة في آن

واحد، أي الدم والمنّي، وحتى الإفرازات المهبلية والحليب؟ أولاً يذكرنا بسلوكيات مشؤومة وغير أخلاقية اجتماعياً مثل الشذوذ الجنسي واللواطية والجنس الجامح مع تبادل الشركاء بشكل متكرر والإدمان على المخدرات؟ لماذا تجمع الخطابات على التحدث عنه بعبارات الشعور بالذنب دائماً؟ هل يعود ذلك إلى تقليد يهودي مسيحي مبتذل ولكن على نحوٍ مثابر؟ أو أنه من قبيل مازوخية سادية (تلاذذ بتعذيب الذات والآخرين) لا تنتهي؟ أو تفسير مستتر قليل التكلفة؟ أوليس أمراً له دلالاته أن أفضل كتاب أُلّف عن الإيدز يسقط في هذه العادات القديمة الغبية والخطيرة؟ إذ يمكننا أن نقرأ في كتاب ميركو د. جيرميك - الذي يستند إلى نص ورد في قصة «حرب العوالم» (1988) للكاتب ه. ج. ويلز أن الإنسان لم يستمر على قيد الحياة إلا بعد أن تكبد الملايين والملايين من القتل ثمناً لملكيته الوراثية للكرة الأرضية: «علينا ألا نعتقد أن الإنسان قد وفى وإلى الأبد ما عليه من ضريبة الدم هذه. إن مستحقات جسيمة لا تزال تنتظرنا كثمن للأفعال التي تخلّ بالتوازنات الدينامية بين الإنسان ومحيطه الطبيعي ومجمل الكائنات الحية»(10).

وتبرز **العنصرية** في أبشع صورها أيضاً في وصف مرض الإيدز(11). ألا يُقال إنه مرض يصيب الزوج (الأفارقة والبرتوريكيين والهايتيين)؟ ألا يُشاع أيضاً أنه ينتشر بوساطة القروء التي يمارس معها الزوج علاقات جنسية شاذة ومقرزة؟(12). أما المرض نفسه فهو يصيب الإنسان على نحو خفي ومنتكّم. إذ يمكن أن يكون المرء حاملاً لفيروس الإيدز Séropositif من دون أن يعلم حتى وإن ادعت التحليلات أنه غير ذلك: ومن هنا تبرز الحاجة الملحة إلى تكرارها كل ثلاثة أشهر على الأقل(13). إن الفيروس المسؤول عن المرض له عدة وجوه جرى تحديدها وتصنيفها، ويمكن أن تطرأ عليه تغييرات غير متوقعة مما يجعله في نظر بعض العلماء فيروساً ذا نوايا خبيثة بقدر ما هي قاسية. وينطوي تطور المرض على نذر خطيرة ومخيفة، مما يثير لدى المريض شعوراً بالاستسلام والقدرية. إن طريقة «ديلفي» Delphi لحالات سريان المرض من نوع HIV تلمح إلى أن البشرية ستشهد ظهور 5 ملايين إصابة في العام 2000، أي ما يزيد عن ثلاثة إلى أربعة أضعاف ما كان عليه الحال في العام 1989. ولسوف تحصل نصف هذه الإصابات أو أكثر في كل الأحوال وبفعالية توازي فاعلية الوقاية، إذ إنها تتعلق بأشخاص أصيبوا بالمرض قبل العام 1989(14). والأسوأ من ذلك أيضاً أن خطأ من المستشفى أو حقنة ملوثة كافيان لوقوع المحذور، مما يثير في بعض الأحيان حالات دعر لا مبرر لها لدى أطباء الأسنان والفنانين السينمائيين وعُمال التنظيفات...

إضافة إلى ذلك، لا يجعل اعتراف المرء بأنه مصاب بالإيدز حياته سهلة: إذ سرعان ما يضحو صنو المصاب بالطاعون في أيام العصر الوسيط. ماذا يمكن أن يُقال عن هذه المرأة، هذه

الأم المثالية، التي تحجم عن احتضان ولدها المصاب بهذا المرض؟ ما رأيكم في المصاعب العجيبة التي واجهتها إ. كوبلر- روس حين أرادت أن تقيم فوق أرضها مركزاً لاستقبال ومعالجة الأطفال المصابين بالفيروس؟ لقد أجبرتها ردود الفعل العنيفة التي لقيتها من الناس على التخلي عن مشروعها(15). وهكذا يؤدي مرض الإيدز إلى الموت الاجتماعي، وهو شكل جديد من التمييز والفصل كما يظهر ذلك في بعض المؤسسات.

وبالمقابل، بدأت أفعال صحية تظهر إلى النور. إذ لا تزال «الوكالة الوطنية لمكافحة الإيدز» تتلقى كل يوم 140 مكالمات هاتفية (مدة كل منها من عشر إلى خمس عشرة دقيقة وسطياً)، وهذا ينطبق أيضاً على جمعيات أخرى. وتعرض مراكز للعناية الملطفة خدماتها لمرافقة المرضى بالإيدز في مرحلتهم النهائية حيث يمكن أن يجدوا الهدوء والعطف قبل رحيلهم. ويمكن ابتكار أمور جديدة في هذا المجال حيث لا تزال بعد في طور المراحل الأولى من البحث.

علاوة على ذلك، ألم يقيم المثليون في الولايات المتحدة بتعبئة مئات الآلاف من الأشخاص واجتياح الساحات والطرق رافعين لافتات ترمز إلى أولئك المرضى الذين قضوا (وتوسعاً إلى أولئك الذين يخشون من اللحاق بهم في هاوية الموت المرعبة)، منددين بعنف بمجتمع يرفض الاعتراف بهم ككائنات بشرية لها حقوقها الكاملة؟(16).

## القسم الثاني: عملية الموت

لئن ظل الموت حقيقة مجردة يصعب تحديدها، فإن عملية الموت هي على الأصح سيرورة يعيشها الفاعل، أو المحتضر، على نحوٍ فريدٍ ووعيٍ متناقص. وقد يكون هذا المحتضر نشطاً في هذه الحالة إلى حدٍ يقدم فيه على الموت بوساطة الانتحار وأشكاله المنسوبة إليه أو المستترة (التشويه الذاتي، الخلفة أو فقدان الشهوة إلى الطعام، تعاطي المخدرات بإفراط، حوادث شبه إرادية)، أو أن يكون في معظم الأحيان سلبياً حين يتوفى. ولكن من هو المحتضر؟ وما هي أشكال عملية الموت؟ وكيف يموت المرء حالياً في الغرب؟ هل الموت الهادئ، المثالي والمسيطر عليه ممكن؟ تلكم هي الأسئلة التي يتوجب علينا محاولة الإجابة عنها.

## الفصل الأول: المحتضر وتجربته

### 1 - من هو المحتضر؟

**1- تنوع المحتضرين -** يمكننا القول إننا جميعاً محتضرون. لقد سبق لنا أن قلنا، ومن قبلنا السيد هيديجر، إن الذي وُلد لتوّه بات جاهزاً للموت. ويمكننا على نحو أكثر تحديداً أن نصف المحتضرين بأنهم الأفراد الذين بلغوا أرذل العمر والمرضى الذين يستحيل شفاؤهم، والمنتهون، أي أولئك الذين يشارفون على الموت ولا أمل لهم في البقاء، وهذه هي الصيغ المستخدمة عادة في وصفهم.

إن تنوع أحوال المحتضرين أمر لا ريب فيه إذا ما أخذنا بالحسبان مدة النزاع والمكان الذي يموت فيه المرء وعمر المتوفى وسبب الوفاة وشكلها، ووجود الآخرين أو غيابهم.. ولقد استفاض الأدب في وصف حالات الموت العنيفة والمؤلمة أو الهادئة والساكنة والتي تخلو من الألم. ويمكن القول في النهاية إنه يتعذر وجود حالتين متشابهتين للموت.

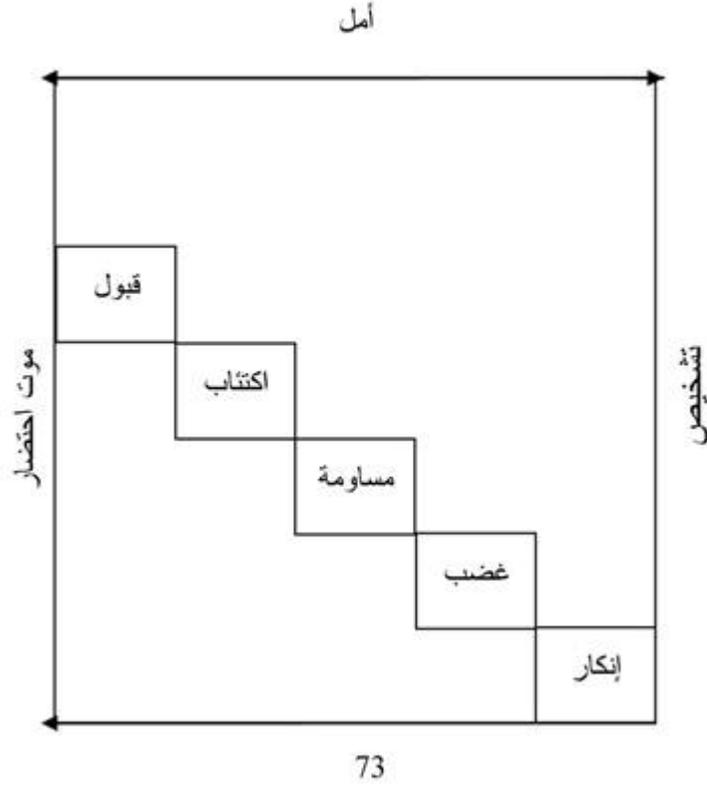
**2- عملية الموت: علاقة بين المحتضر والحيّ.** - إن عملية الموت تهم أيضاً الحيّ، ولأسباب عدة: إن الذي يموت، أو ربما الذي يموت بدلاً عني أو بسببي، يحمل إلى قبره جزءاً مني إذا كان عزيزاً على قلبي. كما أن بإمكانه أن يثري شخصيتي بفعل الحكمة أو التأثير اللذين أبداهما وهو يلفظ أنفاسه الأخيرة: إذ يوجد في الحقيقة أموات يغيرون شخصية الأحياء الباقين (ل. ف. توماس: الموت والقوة). بيد أن المحتضر هو بخاصة ذلك الذي لا يستطيع الحيّ فعل شيء لمنعه من الموت، إذ إنه يدخل إلى منطقة يستحيل التدخل فيها ولا شأن لنا بها، ويقف عقبة أمام اندفاعنا إلى العمل. وهكذا يجد المحتضر نفسه مُقصى مرتين: «إنه، بسبب عجزه عن فعل أي شيء، لم يعد موجوداً بالنسبة لنفسه، وكذلك الأمر بالنسبة للآخرين، لأنه يواجههم بعجزهم عن التصرف» (ر. ميناحيم، لا شيء يمكن فعله، من كتاب «مقاربة» باريس CDR رقم 46 عام 1985). إذاً، لم يعد ثمة شيء يمكن فعله لذلك الذي لن يكون بعد الآن، حتى وإن تم بذل كل شيء في الوسط الاستشفائي لتأمين مكان له، بدلاً من دور، لكي يحظى بمراقبة دائمة من الجهاز الطبي. ومع ذلك، وإذا ما فقد المحتضر القدرة على العمل، فإنه يبقى لفترة من الوقت في عداد الأحياء، ولذا ينبغي متابعة حالته النفسية مع تجنب الوقوع في فخ «Vivantoprisme». وإذ لم يعد المحتضر كائنًا حياً له حقوقه الكاملة، لكنه يسير بين الحياة والموت، إلا أنه يمتلك تجربة خاصة لا نعرفها بعد جيداً،

لكنها تردّنا، جزئياً، إلى مصير الليبيدو والعلاقات بين الأشياء. هذا وقد بدأت الشهادات تتزايد وتتنوع بما فيه الكفاية لكي يتاح لنا الكشف عن بعض العلاقات النموذجية.

**3- عملية الموت والحس الداخلي.** - يُقال إن ثمة دلائل كثيرة تدفع إلى الظن بأن شخصاً ما سيموت. لقد تحدث بعضهم عن «رائحة قوية وعذيبية» يصعدها المحتضر وناجمة عن انحلال بعض الأنسجة، وهي تشبه الرائحة الحاصلة بضرب ظاهر اليد بقوة براحة اليد الأخرى المبللة باللغاب. ولقد استطاعت المجتمعات دائماً تحديد العلامات الدالة على الموت، وبخاصة عبر أحداث غريبة أو مصادفات عارضة. إن ما يثير اهتمامنا أكثر هو بالأحرى الإحساس المسبق الذي يعترى المريض (1) بدنوّ الموت. إن عبارة موت مشهدي mort scénarique تعرّف على سبيل المثال فكرة البرمجة القرابية (المتعلقة بالقرابة) التي تجلب للمحتضر فرضية الأمل بالحياة: مدة الحياة العُصابية. فالمريض يعتقد أنه سيموت في العمر الذي توفي فيه والده أو والدته أو أحد أقربائه، وهو لا يبلغ هذا «الحد» من العمر من دون خوف أو قلق. ألم يُذكر أن بعض الأشخاص يتوفون حين «يغدون مستعدين» لذلك وأن سُداد نسيج القلب العضلي Infarctus du myocarde يمكن أن يحدث بـ «فعل إرادي»؟ - إننا أمام وضع يذكرنا بالإحساس المسبق الذي يعترى أولئك الذين لديهم القدرة على التنبؤ بالموعد الدقيق لوفاتهم. لا شك في أن المحتضر يشعر ببعض الدلائل مثل التعب الشخصي، والأكثر من ذلك بتصرفات المحيطين به، مثل العيون المحمّرة والأحاديث الخافتة والزيارات المتباعدة والمختصرة وقياس النبض أو التوتر لمرات متتالية وعلى نحو غير معهود، وبخاصة نقله إلى غرفة منعزلة.. إن كل الأمور تجري عندئذٍ كما لو أن المحتضر يستجمع قواه حتى الساعة التي حدّدها لنفسه عن وعي، ثم فجأة يغادر الحياة. ونذكر هنا رئيس الوزراء «تاليران» الذي اختار، وهو في الرابعة والثمانين من عمره، ساعة معينة للتوقيع على استقالته لتقديمها للكنيسة الكاثوليكية، كعدول عن الاستمرار في الحياة، وقد توفّي ولمّا يجف الحبر بعد على كتاب الاستقالة.

## II - تجربة المحتضر المأسوية

إننا مدينون للباحثة إ. كوبلر - روس (لحظات الحياة الأخيرة) وللمصاعب الكبيرة التي تجشمتها في أثناء الأحاديث التي أجرتها في شيكاغو مع 200 مريض كانوا يعلمون أنهم مشرفون على الموت، أسواء قيل لهم ذلك أم لا. فقد توصلت من خلال تلك المقابلات إلى تحديد سلسلة من مراحل التجربة المأسوية التي يمرّ بها المحتضر والتي تتكوّن منها عملية الوفاة.



بعد الصدمة التي تحدثها أزمة الإحساس بالنهاية المحتومة وما يعقبها من ذهول واضطراب، تحلّ سلسلة من آليات الدفاع مثل الإنكار والغضب والمساومة والاكتئاب. ويواجه الفرد حالة التأكد من الموت القادم برفض مطلق، كمثل تلك المريضة التي تؤكد بأنها تشعر بـ «صحة رائعة» بعد أن أدخلت إلى المستشفى لإصابتها بالتهاب كبد مميت: فقد تخلت عن كل منطق سليم وراحت ترفض مواجهة الأطباء والممرضين وتمتنع عن تناول الأدوية وتمعن في تناول الطعام في وقت تتطلب حالتها الالتزام بحمية مطلقة. أو ذلك المريض الآخر الذي يذهب من طبيب لآخر في محاولة لنفي الحكم القاسي. إلا أن هذا الإنكار أو الرفض ليس بشكل عام سوى نوع من الدفاع المؤقت أو شيء يشبه الانقلاب المفاجئ لأننا الواعية لتخفيف وقع الصدمة واستجماع النفس قبل مواجهة الواقع. ولكونه هدفاً لظلم كبير اختاره لكي يموت قريباً (لماذا أنا وليس جول العجوز؟) يعترى المريض شعور بالإحباط والغضب والعدوانية حيال كلّ الذين يحيطون به. وكثيرة هي الأمثلة حول شكاوى المريض ولومه الشديد بحق الأطباء والممرضين والعائلة والله، وحتى بحق نفسه. إن هذه المرحلة من معرفة المريض بحالته والتي تتخللها فترات من الاكتئاب والانهيار العصبي تسهم جزئياً في تبديد الخوف وتفضي به بشكل عام إلى حالة من الهدوء والسكينة النسبية. وعندئذ تأتي ما تسميها كويلر - روس بمرحلة المساومة التي تنبئ بظهور عنصر اللامعقول عند الأفراد الذين ليس لديهم

البته أحياناً أي استعداد لمواجهة حالتهم بوساطة تربيتهم وثقافتهم. والمقصود بهذه المرحلة نوع ما من تحالف المحتضر مع اللامرئي لدفع الاستحقاق المحتوم إلى أجل آخر وكأن لسان حاله يقول: تأجيل قصير جداً ومن ثم أموت بهدوء جداً من دون احتجاج. «أريد أن أغني على المسرح مرة أخرى فقط» قالتها متوسلةً مغنيةً مقبلة على الموت (ولاستحالة ذلك أدت أغنية أمام مجموعة من الممرضين الذين تأثروا من المشهد). وقد يكون الأمر بمثابة نذر موجه لله حتى وإن لم يسبق للمحتضر أن دخل إلى كنيسة أو معبد منذ سنوات عديدة، أو ببساطة وعد قطعه على نفسه مع الأمل بتغيير طبيعة الأمور مقابل مقايضة رمزية. ولكن نادراً ما يحترم المحتضر العقد، إذ ليس مستحيلاً ألا يعترف بالنهاية المحتومة بعد أن يكون حصل على العلاوة التي كان ينشدها. وهذا كان حال المريضة بالسرطان والمنهكة التي أعلنت عن استعدادها لفعل أي شيء شريطة أن تتمكن من حضور عرس ولدها. وبالفعل، تبرجت هذه السيدة ونشطت وحضرت حفل الزواج. وحين عادت إلى المستشفى وقد نال الإعياء منها، قالت للطبيب المعالج: «لا تنسى أن لدي ابناً آخر». وتكشف بعد المحادثات مع المرضى حالات نكوص أكثر وضوحاً: كأن يحاول بعض المرضى الاستعلام عن حالهم بوساطة ورق اللعب (الشدة) أو التاروت (وهو ورق للعب أكثر طولاً)، وقراءة الأبراج، أو، وعلى نحو أكثر سذاجة، إجراء بعض التكهينات من خلال أزهار السجاد أو بلاط الأرضية. في هذه المرحلة تفرض غريزة الحياة معركة ضارية، إذ ليس من النادر أن يسلم «اليأس» الروح فجأة في درك الانهيار العصبي أو خلال معارك الاحتضار. ولكن في أحسن الأحوال يسير المحتضر باتجاه القبول بالمصير فيستقبل الموت بهدوء وسكينة. والحال أن سيرورة القبول تخضع هي أيضاً إلى منطق الحياة، إذ إننا نعلم على سبيل المثال أن «تحسناً» مثيراً يطرأ أحياناً على حالة المحتضر قبل وقت قليل من دنو أجله: وهنا يريد النهوض من فراشه ويطلب الطعام ويأكل بشهية، ثم يتحرك أو يضحك بصخب، فيصاب الحضور بالدهشة ويظنون أنه شفي بمعجزة، بيد أن ذلك لا يعدو كونه الانتقال الأخرى قبل النهاية. وتتجلى سورة الليبيدو هذه أيضاً بحركة مزدوجة، يمكن لواحدة منها أن تقود الأخرى، وقد وصفها جيداً محلل نفسي يدعى السيد «دو موزان» في كتاب له بعنوان (من الفن إلى الموت): إنها في آن واحد رغبة ترابطية ونشاط شبقي يعيدان إدخال المريض مرة أخرى إلى مجال الفعل. ويشعر المحيطون به بذلك جيداً ويتهربون في معظم الأحيان من تأثير يحيي ذلك الاستيهام القديم خوفاً من الوقوع في براثن الموت: إنهم يريدون تجاهل هذه الغرائز وإلغاءها وبالتالي يرفضون إشباعها(2). بيد أن السيد دو موزان يعترف من دون لبس بأهمية تحويل المؤثرات إلى موضوع هام وأساسي خلال الاحتضار. ويروي بهذا الخصوص واقعة تدعونا إلى التفكير والتساؤل: وقعت امرأة شابة كدتها انتقالات سرطان خبيث في مرحلته الأخيرة في حب طبيها الجراح الذي كان هو نفسه أعلمها بخطورة مرضها العضال. وقد ارتضى هذا الطبيب أن يبادلها العناق مما أثار

فزع الممرضين إثر انتشار الخبر. ولعله بالغ في تصرفه «إلا أنه كان يراوده شعور مبهم بوجود شيء أساسي ما». لقد أدرك أن الرابط الذي لا يفصم والذي يجمع بين إيروس (الشهوة) وتاناتوس (الموت) واضح وجلي في تجربة الاحتضار. إن الفكرة الأساسية التي تظهر هنا هي أننا نشهد أحياناً قبل الموت نشاطاً للأنا في «خدمة اندماجية غرائزية تضخم بالمقابل الكائن الحي وذلك بتوسيع نرجسيته دونما حدّ». وهنا يرفض المحتضر الوحدة ويشكل مع موضوعه، أي مع الذي يشرف عليه ويعتني به، ثنائيه الأخير. إن صرخة الرجل وهو ينادي أمه قبل أن يلفظ أنفاسه «سواءً أكانت نداء استغاثة أو إعلاناً بالتلاقي من جديد ليست سوى مثال بين لترادف الأم والموت الذي يصبح جلياً عندما يتم تجاوز بعض حدود النضال من أجل الحياة». في وقت لاحق، يدخل هذا المحتضر في حالة اللاوعي والغيوبة Decathexis وتتعدم لديه أية إمكانية في التواصل مع الآخرين، قبل توقف عمل الجسم بهدوء. وبهذا الصدد تقول كوبلر - روس: «إن هذه اللحظة ليست مرعبة أو مؤلمة»، وهذا ما يفسر علائم السكينة والهدوء التي ترسم على وجوه بعض المتوفين. - إن وصف هذه المراحل يمثل عملاً ريادياً يعيد الأمل إلى بعض الحالات الميئوس منها وإلى فريق المعالجين إذ إن الحالات الانفعالية الموصوفة ترجع إلى سيرورة ديناميكية ولا تشكل، كما كان يُخشى منه في معظم الأحيان، حالة دائمة. إلا أن من المؤكد أن يستمر المحتضر في إبداء بعض الاعتراض. وقد منهجت السيدة كوبلر - روس قليلاً الصورة الشاملة لعملية الموت، فهي تنسى وجود فروق فيها بحسب الأعمار والجنس وأسباب الموت والوسط الذي يحدث فيه، وتهمل حقيقة أن مراحل الوفاة يمكن أن تسابق بعضها وأن بعض التقلبات الممكنة دائماً تفرض معاودة سيرورة الاحتضار برمتها، وأن بالإمكان تجنب الأطفال أو بعض الشيوخ الذين يذعنون سريعاً للموت بعض المراحل، وبخاص مراحل الدفاع، وأن الصدمة تتفاوت في حدتها، وأن الاكتئاب يدوم بشكل عام وقتاً أطول من الرفض، وأن الوحدة تنتصر في النهاية، حتى لدى المحتضر الذي يحيط به أقرباؤه: إذ تأتي لحظة يجد فيها المحتضر نفسه وحيداً أمام «جدار صلب وعارٍ» يقيمه له الموت.

وتماثل تجربة الناس المحيطين نوعاً ما تجربة المحتضر: إذا يصاب بعضهم بالصدمة وينتابهم الغضب والرفض والاكتئاب والانهيار، ثم ينتهي بهم الأمر إلى القبول بالأمر الواقع. وينبغي أن نضيف إلى ذلك الهدوء والسلوى حين يرحل المحتضر، وبخاصة بعد عذاب. أما الفريق المعالج، وهو في معظم الأحيان متألم أكثر مما هو ظافر، فهو يدافع عن نفسه بانفعال ويتذرع بالروتين أو التخطيط، أو الفعالية العلاجية أو التبرير الذاتي، أو حتى بالهروب.

### III - التجربة الاستيهامية(3): الحالة القريبة من الموت

بحسب الدكتور ر. مودي (الحياة بعد الحياة، أضواء جديدة على الحياة بعد الحياة)، يتذكر المريض الذي بلغ الحدود القصوى للحياة وعاد منها تسلسل المراحل التي عاشها وهو على عتبة الموت، وهو يفعل ذلك بحماسة وشغف. لنذكر منها المراحل الأكثر نموذجية: شعور بضيق جسدي حين أثبت الطبيب وفاته، سماع أصوات غريبة وبالأحرى مزعجة، إحساس بالانتقال بسرعة واجتياز نفق مظلم طويل... وكان الشخص كلما ترك جسده وحصل على جسد آخر جديد ذي خصائص فريدة يشهد الجهود التي يبذلها الفريق الطبي في سبيل إنعاشه. ثم يلتقي أقارب له سبق لهم أن قضوا نحبهم وجاءوا لاستقباله. وفجأة، يرى الشخص، كما يكتب الدكتور ر. مودي «كائنًا روحانيًا من نوع مجهول، ذا حنان شديد يجيش بالحب - كائنًا من نور. ثم يدفعه هذا الكائن، ومن دون أن يوجه إليه سؤالاً شفويًا، إلى إجراء حصيلة حياته الماضية. ويقوم هذا الكائن بمساعدته في مهمته هذه ويزوده برؤية بانورامية فورية عن كافة الأحداث التي أثرت في مصيره». وعندئذٍ يشاهد المحتضر الحدود الرمزية التي تفصل بين الحياة الدنيوية والموت والتي لم يستطع اجتيازها لأن ساعته لم تكن قد حانت بعد. في هذه اللحظة، أخذ المحتضر يقاوم، إذ أضحي بعد ذلك «مفتونًا» بسبيل من أحداث ما بعد الحياة ولا يرغب في العودة. فقد غمرته مشاعر جياشة من الفرح والحب والسلام. وعلى الرغم من كل ذلك، وجد نفسه ثانية متحدًا مع جسده المادي، فقد ولد من جديد وعاد إلى الحياة». ولكم عانى هذا الشخص من سرد تجربته هذه لأقربائه والمحيطين به الذين استمعوا إليه بشك وفضول.

- إن الأمر البين بخصوص هذه التجارب هو في آن واحد، وبغض النظر عن الأماكن والأزمنة والأفراد: 1- تشابه الأجوبة التي جمعت سواء في أوروبا، أو في الولايات المتحدة أو في الهند. 2- تحوّل المحتضر بعد أن استفاق من غيبوبته. وفي الحقيقة أن «هذه التجربة كان لها أثر عميق على حياته وهزّت بخاصة أفكاره التي كوّنوها حتى ذلك الحين بخصوص الموت وعلاقاته مع الحياة...»، وأن أكثر ما يدهش المتخصصين بأحوال الموت أيضاً هو ذلك التشابه المثير بين هذه الشهادات الصادرة أحياناً عن أشخاص بسيطين جداً والمضمون الرمزي لبعض الأعمال الفكرية القديمة، مثل «كتاب أموات المصريين القدماء» و«كتاب الأموات في التيبب أو باردو تودول» (4). وإننا لنجد تجارب مماثلة في ظروف أخرى: بخصوص الممارسات الصوفية وحالات التأمل العميق، على حدود اليقظة والنوم، في أوقات الشدة والكرب، خلال التجارب الكاشفة للنفس Psychédélique، في أثناء تناول بعض المحركات العقاقيرية النفسية (LSD) Psychotropes، أو الديبروبيلترينامين: أعمال س. غروف في الولايات المتحدة).

- ينبغي أخذ هذه الرؤى على محمل الجد إذ إنها تتوافق على الأرجح مع آليات الدفاع الخفية ضد الموت. وهكذا يقترح ب. ديوفاران (ظواهر الوعي عند اقتراب الموت) تفسيراً ذا صلة بعلم النفس الحركي يتعلق بالموضوعات الأساسية التي أوردتها ر. مودي مثل النفق المظلم، الضوء والكائن النوراني، العرض البانورامي لصور الحياة، رؤية الأقارب المتوفين، الخروج من الجسد، من دون إغفال تكرار هذه الحالات المعاشة. ففي مواجهة خطر الموت الحتمي وهجمة الخوف «يقوم اللاوعي بفصل الجسد عن الوعي الذاتي، مما يعطي المريض شعوراً بالانفصال عن الجسم. كذلك يمدد اللاوعي الزمن ويجعل الجوار يبدو بعيداً. وهكذا يحدث هروب مكاني زمني حقيقي. وبهذه السيرة، يتم طرد حقيقة الموت خارج الوعي. ويتلقى المحتضر رسالة حياة وهو على حدود الموت. إن رؤية الكائن النوراني تمثل نموذجاً مثالياً للحياة يرمز في آن واحد إلى صور أبوية وأمومية لكنه يمثل أيضاً رحم الوعي ومصدر الرغبة». أما الأحاسيس الذهولية المرتبطة بهذه الرؤية فهي تعيدنا إلى إحساس المرحلة الجنينية الواسع. ومن هنا كان الإحساس بالرجوع إلى العالم الأصلي والذي تعززه أيضاً الصور التخيلية التي تتجسد فيها ذكريات الطفولة البعيدة. «ففي اللحظة التي يشعر فيها المحتضر بأنه يفارق الحياة، تتراءى أمامه صور هذه الحياة بكاملها كما لو أنها تشير إلى أنها لن تفارقه». إن التكافؤ العاطفي لهذه الانطباعات الغريبة أحياناً يصدر عن متغيرات فردية يحللها الكاتب بدقة: الاستعداد أو القابلية للعودة، تشكل موضوع داخلي جيد، الوصول إلى الصفاء. إن كون العامل المثير لهذه الرؤى هو الإيمان بحتمية الموت يطرح السؤال التالي: بأي مقدار من الوضوح والمضاء يميز المحتضرون ساعتهم الأخيرة؟ على كل حال، إن ما يثير الدهشة هو بالتحديد السهولة التي يخوض بها الإنسان التجربة الزهدية، وحتى الإنسان الذي ليس لديه أي قلق روحي خاص. وثمة تفسيرات للحالات القريبة من الموت لا تزال ممكنة - ينبغي ألا ننسى الدور المرجح في ذلك للعوامل البيولوجية: إن عوز الأوكسجين، واضطرابات نقل الأوكسجين إلى المستوى الأنزيمي والاضطرابات التنفسية تسهم في تحريض حالات الوعي المضطربة. ويمكن أن يكون الاحتضار أيضاً على علاقة مع تفرغات عصبية (نورونية) من النوع الصرعي في الفص الصدغي. وأخيراً يحرض عقار LSD اصطناعياً تجربة من النوع الاحتضاري. وامتداداً لأعمال ك. ه. بريبرام، يمثل ك. رينغ وعي ما بعد الموت بآلية هولوغرافية أو مجال للاهتزازات ذات التردد العالي ينعدم فيه الزمان والمكان. إن مرحلة الحركة السريعة في النفق تمثل الانتقال من عالم الواقع اليومي ثلاثي الأبعاد إلى كون من النوع الهولوغرافي. وفي هذا المستوى تفسر الترددات الاهتزازية العالية كظواهر معروفة في التجربة العادية: ضوء غير عادي، موسيقى رائعة، ألوان براقعة... وإذ لم يعد المكان والزمان موجودين كما في السابق، فإن كل شيء يُعاش على نحو متزامن، ومن هنا جاءت الرؤية البانورامية. أخيراً ولما كان وعيه قد تعدى الحاضر، أدرك الشخص الذي يُعاد إنعاشه

أن ساعته لم تحن بعد وأن عليه أن يعود إلى عالم حياته العادية.. إن هذا كله مثير للاهتمام لكنه لا يكفي للإقناع.

باختصار، تجري سيرورات الدفاع ضد الموت على مستويين اثنين: مستوى الآليات البيولوجية النفسية غير الواعية التي تتركب بمدة قصيرة جداً صوراً من الحياة في أثناء الاحتضار، ومستوى التبريرات العقلانية الذي يبتدع، انطلاقاً من هذه الصور، عالماً آخر بعد الموت تعبّر عنه رمزياً مجموعة من المعتقدات.

## الفصل الثاني: عملية الموت في وقتنا الحاضر

تتسم عملية الموت في وقتنا الحاضر بعدة صفات يمكننا أن ندركها في آن واحد عبر الإحصائيات واستناداً إلى ملاحظات وشهادات مثل اللقاءات والروايات الخيالية.

### 1- المعطيات الإحصائية

توضح الإحصائيات بأن المرء يموت دائماً من شيء ما، خارج منزله، وحين يطعن في السن، وكلّ على نحو مختلف عن غيره.

**1- ممّا يموت الإنسان؟ - يموت الإنسان العصري، وبخاصة إذا كان غربياً، من الأورام وأمراض السرطان قبل كل شيء، ومن اضطرابات في الجهاز التنفسي، وإثر حوادث أو عمليات انتحار. وقد يتوفى غداً من الإيدز. أما الربات الثلاث (الغزالات اللواتي ينسجن خيوط الحياة البشرية، بحسب الميتولوجيا اليونانية)، فهن يقظات على الدوام في عالمنا هذا الذي يشهد الحروب والمجاعات والأوبئة، حتى وإن بدت هذه الأخيرة وقد انحسرت، وعلى الأقل فيما يتعلق بالأمراض التقليدية. فإذا كانت الأمراض القلبية الوعائية في فرنسا مسؤولة عن 37% من الوفيات وحوادث الانتحار عن 2%، فإن الفارق في السنوات الضائعة ليس بالقدر نفسه وهو على التوالي 15% و7%، مما يوضحه جيداً الجدول التالي الوارد في كتاب ف. دافيدسون وه. فيليب «الانتحار ومحاولات الانتحار اليوم». كما تؤكد المعطيات الإحصائية الحديثة (من العام 1987 وحتى العام 1989) الاتجاهات نفسها ولا تقدم مطلقاً أي تغييرات لها دلالتها.**

توزع سنوات الحياة الضائعة بين السنة الأولى من العمر وسنّ السبعين بحسب أسباب الوفاة الأكثر أهمية عددياً

أسباب الوفاة	الجنس المذكر	الجنس المؤنث	معاً
أورام	24.4	31.3	26.5
أمراض قلبية وعائية	15.7	13.7	15.1
حوادث مرور	13.2	9.3	12.0
انتحار	7.5	6.2	7.1

2- الموت خارج المنزل - بالأمس، كان الإنسان يموت في منزله، محاطاً بأهله وأقربائه، إلا أن الأمر اختلف في يومنا هذا، في البلدان المتمدنة والصناعية، كما هو الحال في فرنسا.

الأعوام	أماكن مختلفة	المنزل	المستشفى	مؤسسات للراحة والعلاج، ملاجئ طرق وأماكن عامة	أماكن أخرى غير معروفة
العدد %	العدد %	العدد %	العدد %	العدد %	العدد %
1979	100 541805	34.8 188604	48.4 262118	15.3 82761	1.5 8322
1980	100 547107	32.8 179609	49.6 271261	16.1 87840	1.5 8397
1981	100 554823	31.2 173270	50.5 280062	16.7 92817	1.6 8674
1982	100 543104	30.6 166270	50.6 274549	17.2 93543	1.6 8742

إن هذا الجدول الصادر عن المؤسسة الوطنية للصحة والأبحاث الطبية (INSERM) واضح ويتحدث من تلقاء نفسه. فهو يدل من جهة على أن عدد وفيات الفرنسيين في منازلهم في تناقص مستمر (63.2% في العام 1964، 30.6% في العام 1982) وذلك لأسباب متعددة: صغر حجم المساكن حيث يتعذر استقبال الأقارب كبار السن، الانتقال إلى الوقت وبخاصة إذا كانت المرأة تعمل، تقلص عدد أفراد العائلة، والأكثر من ذلك - وهو سبب محتمل - الخوف الذي يولده الاحتضار الذي أضحى غير محتمل لدى معاصرنا. وبالمقابل، لا يفتأ الموت يزداد في المؤسسات المتخصصة، سواء أكان المقصود منها الملاجئ أو المشافي بشكل خاص، حيث بلغت نسبة الوفيات في العام 1982 50.6% مقابل 33.5% في العام 1964.. وهنا أيضاً تظهر أسباب ذلك بوضوح وهي تقنية الصحة Technicisation de la santé، واستفادة أكبر عدد من المرضى من المعالجة الصحية المتطورة وإطباب الموت (إضفاء الطابع الطبي عليه). بيد أن الموت الذي يراه بعضهم بشعاً وقذراً وغير مناسب لا يمكن أن يمر من دون أن يُخفى في العزلة، ولا يكشف أو يعلن

أمام الجمهور كما كان الحال في السابق. وهكذا لا تفتأ تجربة الموت ومعطياته الموضوعية تتداخل فيما بينها.

**3- الموت في أرذل العمر -** في فرنسا، مسّ تراجع الوفيات بشكل خاص طبقتين ديموغرافيتين؛ طبقة الأطفال الذين تقل أعمارهم عن عام واحد: إذ قلّ عدد الوفيات بينهم بمعدل 4500 وفاة خلال العام 1982 بفضل العناية الطبية بحالات الحمل والولادة ومراقبة الوليد. ثم طبقة الأشخاص الذين تجاوزوا سنّ الخمسين، فقد تمّ تفادي 90 ألف حالة وفاة بينهم في العام نفسه، أي إنقاذ 20% من الأرواح في الفترة ما بين 1970 و1982، وهذا يرجع أيضاً إلى النجاحات الأكيدة التي تم تحقيقها في مجال الطب. إن إطالة الأمل في الحياة، وبخاصة في البلدان الصناعية التي تُنظّم فيها الولادات، أدت إلى زيادة عدد المسنين (1) حتى أن هؤلاء بلغوا أرذل العمر وصار عددهم أكثر بين السكان. وهكذا انتقل عدد المسنين الفرنسيين الذين بلغوا الستين من عمرهم من عشرة ملايين شخص في العام 1982 إلى 12 مليوناً في العام 2000، ولسوف تتسارع الزيادة ابتداءً من العام 2007 لتصل إلى 15 مليوناً في العام 2020، وذلك مع وصول جيل مواليد العام 1946 إلى هذا العمر. إن نسبة المسنين الذين بلغوا الستين من العمر وأكثر بين السكان ستنتقل من 18% في العام إلى نسبة تتراوح بين 19.6% و20.8% في العام 1990، بحسب زيادة المواليد، ومن 23% إلى 27.8% في العام 2020. كما سينتقل عدد المسنين ممن بلغت أعمارهم 85 عاماً أو أكثر من 700 ألف شخص في العام 1985 إلى أكثر من مليون في العام 2000 وإلى 1.4 مليون في العام 2020. وبين عامي 1965 و1980 تضاعف عدد التسعونيين 2.04 مرة وعدد أولئك الذين بلغوا الخامسة والتسعين من عمرهم 3 مرات، كما تضاعف عدد الذين بلغوا المائة عام 3.7 مرة. وهكذا يتبين أن جماعات المسنين الطاعنين في السن هم الذي استفادوا من المكاسب الديموغرافية الأكثر جوهرية. - إن لهذه الظاهرة انعكاسات شتى: فعلى الصعيد الاقتصادي، يكلف المسنون غير المنتجين والضعفاء المستهلكون المجتمع غالباً، وبخاصة إذا كان من الواجب توفير عناية صحية طويلة الأمد لهم (2) وعلى الصعيد الاجتماعي الثقافي، وفي عهد تتغير فيه القيم بسرعة، يظهر المسنون عجزاً في تتبع التجديدات والاكتشافات العلمية فيشكلون عائقاً حقيقياً أمام التغيير سيّما وأن خاصية الإبداع لديهم تضحو شبه معدومة. وعلى الصعيد النفسي، يخلق التعايش مع ثلاثة إلى أربعة أجيال والذي لم يكن وارداً بالأمس أزماً أو على الأقل حالات من سوء الفهم غير قابلة للحل ويتعذر تجنبها. وأخيراً يضحو موت العجوز، وهو الموت الذي يجعله التكرار عادياً ويحدث في معظم الأحيان في جو من العزلة واللامبالاة، وكثيراً ما يُنظر إليه كاعتاق (أو كخلاص تلطيفاً) وندراً ما يُعدّ تنويجاً لحياة ما، أقول يضحو هذا الموت نهاية وخاتمة لا معنى لها.

4- حالات متزايدة من عدم المساواة - لا يستفيد كل الناس وعلى نحوٍ متساوٍ من نجاحات الطب الحيوي. كما أن حالات عدم المساواة أمام عملية الموت لا تزال قائمة وحتى أنها تتجابه فيما بينها. إن إطالة معدل الحياة تتوّج بشكل لا مفر منه من فرص الموت في أعمار مختلفة، في حين أن فرص الموت هذه انحصرت بين اليوم الأول وسن الثامنة والثلاثين في فرنسا في نهاية القرن الثامن عشر. وتصيب حالات عدم المساواة في الموت عدة قطاعات (3) - الأجناس: تموت النساء في سن متأخرة عن الرجال بفارق 4 سنوات في اليابان، و6 إلى 8 سنوات في فرنسا، 10 سنوات في روسيا، ويستثنى من ذلك الهند فقط حيث عدد حوادث الحمل والولادة مرتفع جداً.

- البلدان: إن معدل الحياة الذي يبلغ 76.3 سنة في اليابان، و75.5 سنة في السويد والنرويج، و74.2 سنة في فرنسا، و74 سنة في كندا و73.2 سنة في الولايات المتحدة، هذا المعدل يهبط إلى 68 سنة في الاتحاد السوفييتي، وهو يتراوح بين 41 و45 سنة في أفريقيا السوداء ويثبت على 40.8 سنة في التشاد وأفغانستان - أخيراً، وفي داخل البلد نفسه تبرز فروقات كبيرة في الموت على مستوى الطبقات الاجتماعية وأنماط الحياة أكثر مما تبرز على مستوى الطبقات حصراً.

#### معدل الوفيات بين الرجال بحسب الفئة الاجتماعية المهنية

(1975-1980)

الفئة الاجتماعية المهنية	احتمال الوفاة بين الـ35 والـ60 من العمر (%)	معدل الحياة في الـ35 من العمر (بالسنوات)
أساتذة	6.9	43.2
مهندسون	7.9	42.3
كوادر إدارية عليا	9.6	41.4
مدرسون	10.1	41.1
صناعيون وتجار كبار	11.4	40.2
رؤساء عمال	11.6	39.1

40.3	11.8	تقنيون
40.3	12.0	مزارعون مستثمرون
40.2	12.3	حرفيون
39.6	12.4	كوادر إدارية متوسطة
36.9	14.4	جيش، شرطة
38.8	15.5	تجار صغار
38.4	16.0	مستخدمون لدى تجار
38.5	16.3	مستخدمو مكاتب
37.5	17.2	عمال مؤهلون
37.0	18.7	عمال متخصصون
36.0	19.1	موظفون
37.5	20.2	أجراء زراعيون
34.3	25.4	عمال يدويون
38.8	15.1	مجموع العاملين
	47.0	غير عاملين
37.2	17.2	المجموع

#### المصدر: INSEE

ويظهر الفارق أقل وضوحاً على مستوى النساء، إلا أنه موجود. فالزوجة التي لا مهنة لها معرضة للموت بقدر متساوٍ مع زوجها، وامرأة العامل اليدوي معرضة للموت بين الخامسة والثلاثين والسنتين من عمرها، أي بنسبة مرتين أكثر من زوجة موظف عالٍ.

إن أسباب هذه التباينات معقدة وذات وزن مختلف: - فالبرنامج العلمي الوراثي يتدخل على الأرجح على صعيد الجنس و«العرق» من دون أن نتمكن من تقديره، - ومستوى الحياة، سواء في البلد أو المناطق أو على صعيد الطبقات الاجتماعية، أمر مؤكد ولا شك فيه: فالبلدان الأغنى والأكثر تقدماً في المجال التقني تكاد تخلو من هذه التباينات أكثر من غيرها من البلدان الأخرى، والأرقام التي أوردناها سابقاً تثبت ذلك - بيد أنه تجدر الإشارة بشكل خاص إلى السياسة الصحية، فهذه تفسر النتائج الأفضل التي توصلت إليها البلدان الإسكندنافية والولايات المتحدة أو كندا بالنسبة للاتحاد السوفياتي الذي خسر ثلاث سنوات في خلال العقد الأخير. في حين أن كوبا (73.4) والصين (69.8) تجاوزتا بفارق كبير هاييتي (52.7) والهند (51.5) لكونهما متساويتين على المستوى الاقتصادي وبسبب انتهاجهما سياسة صحية أفضل. ويعود تفوق المدن الكبيرة وبعض المناطق في المجال الصحي إلى وجود مستشفيات مجهزة جيداً للعناية بالمرضى. وأخيراً هناك نمط الحياة: فإذا كان الرئيس - المدير العام الأغنى اجتماعياً يموت قبل المدرس، فذلك يعود إلى الضغوط التي يتعرض إليها وإلى النظام الصحي والغذائي الأقل جودة الذي يتبعه (كثرة مآدب الأعمال). كما أن الفارق الموجود بين الجنسين المؤنث والمذكر قد تقلص منذ أن عكفت النساء على العيش والشراب والتدخين مثل الرجال.

## II - وضع يسبب مشكلة

يرفض مجتمعنا الموت مع أن المجتمع ليس بمنأى عنه. ولئن كان الموت المخفي هو الموت في مكان آخر، ويجري التكتم عنه، وهو خارج عن الطبيعة والذات، فإن المتوفى بدوره يخضع لمبدأ النقل والإجلاء نفسه: ذلك أنه مخلّ بالحياة ومُبعد، وهو فائض على المجتمع وأكثر مما ينبغي.

**1- لعبة استعفاء مزدوجة -** تغيّرت المواقف قبالة المحتضرين إلى حدّ كبير خلال السنوات العشرين الماضية. - لقد شهدنا أولاً ما يمكن أن نسميه إنهاءً للتكيف الاجتماعي مع الموت والذي يميّز بعملية انفكاك واستعفاء من الواجبات أمام المحتضرين والمتوفين وحتى الأحياء أيضاً. وتكمن نتيجة هذا الموقف في تبدّل الأدوار. إن ملازمة المحتضر وعملية تنظيف الميت والسهر على جثمانه وتقبّل التعازي لمدة طويلة هي أمور لم يعد الأقرباء يريدون القيام بها في يومنا هذا، وهم مستعدون لدفع ثمن أتعاب من يحلّ مكانهم لإنجازها. - ثم أن ثمة تخصصاً واحترافية وحتى عملية بيروقراطية في الموت، يتجلى شكلها النهائي في عملية التحقق الرسمية من حدوث الوفاة، وهي كلها في أيدي دولة ذات سيادة، وقد وصفتها الكتابات المستقبلية كنهاية محتومة نسير

نحوها قديماً. في الحالة الحاضرة، يظل الموت من شأن اختصاصيين محترفين، ومن هنا برزت مهنة جديدة وبخاصة مهنة الاختصاصيين بالجوانب الاجتماعية من الموت والذين يساعدون الناس على «الموت من دون ضجة» في الولايات المتحدة، متسترين بذلك على ضعف العائلة وتقصيرها. وهكذا أصبح الموت في نظر المجتمع مسألة إدارة يتوخى منها الفعالية. ومن البديهي أن عمليتي نزع التكيف الاجتماعي مع الموت والتخصص في جوانبه تظلان متكاملتين من دون أن تبتغيا المنافسة. ولما كان ثمة تخلياً من جانب العائلة والأقرباء عن واجباتهم بخصوص موتاهم، فقد أنشئت لهذه الغاية مكاتب خدمية كان لا بد لها من أن تأخذ بالحسبان ضرورات المردودية والربح. ويمكننا القول أيضاً إن وجود مثل هذه المؤسسات يدفع بالأشخاص الذين يتواجهون مع الموت والموتى إلى اللجوء إليها وعدم انتظار تدخل هذه المؤسسات من تلقاء نفسها.

**2- مواراة المحتضرين عن الأنظار** - تمثل مواراة المحتضر على النحو الأكمل السيرورة المزدوجة لنزع التكيف الاجتماعي والتخصص، وهي تكتسي شكلين. - وحدة المحتضر: تستمد الثقافات التقليدية، كما يقول إ. إيليتش (Nemesis médicale, Paris, Seuil 1975) «وظيفتها الصحية بالضبط من قدرتها على دعم كل إنسان يواجه الألم والمرض والموت وذلك بإعطاء هذه الأمور معنى لها وبتنظيم عملية التكفل بها بنفسه أو من قبل المحيطين به». إلا أن مثل هذا الأمر غير موجود في الغرب. ففي نظر مجتمع من النوع التجاري كمجتمعنا، يعد المحتضر رجلاً دخليلاً وعبئاً، ويعمل أفراد هذا المجتمع على إفهامه ذلك على نحو غير مباشر. ولم يعد موته يعتبر حدثاً اجتماعياً وعماماً، وسيُحتضر المنازع من الآن فصاعداً في منزله أو في المشفى، وسيموت وحيداً، في الخفاء، ومن دون أن يُعد لذلك، وحتى من دون علم الآخرين الذين يجهلون حالته. فيُعمد إلى إخفائه من دون شاهد على ذلك، ويجري كل شيء وكأن موته لم يكن موجوداً. والأنكى من ذلك أن المجتمع سيكون ممتناً له لمفارقته الحياة على نحو متكتم وسري بحسب «الأسلوب المقبول في مواجهة الموت». فإذا ما تأوه أو اشتكى بصوت عالٍ، كان ذلك مأخذاً عليه، وإذا ما أغمض عينيه واستدار بجسمه نحو الحائط، فسيُلام بجفاء بسبب «رفضه اللاجتماعي في التواصل» و«تخليه المذنب عن النضال من أجل الحياة». إن الموت المثالي هو بالتحديد «موت ذلك الذي يتظاهر بأنه لن يموت» (ف. آرييس: دراسة حول تاريخ الموت في الغرب، من العهد الوسيط وحتى يومنا هذا - باريس، دار النشر سوي 1975). من جهة أخرى، يجد المحتضر نفسه ممنوعاً عن الكلام، فيعامل كقاصر أو كشخص غير عاقل. فيُنكر عليه حق معرفة أنه مشرف على الموت، وسيقوم المحيطون به - إن كان ثمة من يحيط به - بإخفاء الحقيقة عنه حتى النهاية، والتصرف بها. وكما يقول أيضاً ف. آرييس، «يجري كل شيء وكأن أحداً لا يعرف أن شخصاً سيموت، لا العائلة الأقرب إليه ولا الطبيب... ولا حتى الكاهن الذي تذرع بحيلة للمجيء دونما عناء». وهكذا لا يعود

المحتضر يلقي أذناً صاغية كشخص عاقل بعد أن جرى تحويله إلى شيء، إلى جملة عضوية من العلامات والأعراض، إلى شخص منتهٍ بالمعنى الحرفي للكلمة (بلا أي وظيفة)، بل ينظر إليه كموضوع سريري، كفرد معزول حين يكون ذلك ممكناً، كمثال سيء، فيعامل كصبي غير مسؤول، لا معنى لكلامه ولا سيادة.. ولا يعود للمحتضرين كيان وبالتالي كرامة. ويضحون بحكم المخفيين». من أجل إخفاء أو مواراة المحتضر عن الأنظار، يكفي أن ننسى ذلك الذي يشرف على الموت. غير أن بالإمكان القيام بما هو أفضل من ذلك.

- **الموت في مؤسسة:** يولد الإنسان العصري في المستشفى، ويتوفى فيها، وبخاصة في الولايات المتحدة. لقد سبق وذكرنا أن 80% من الوفيات تحدث في مؤسسة عامة أو خاصة في المدن الكبرى من العالم الغربي. هناك يؤخذ المريض من وسط عائلته التي لم تعد ترغب به في معظم الأحيان، وتتسلمه مؤسسة «تتكفل به لا كفرد، بل كحالة مرضية، كشيء معزول يحوِّله أو يستبعده التقنيون الذين نذروا أنفسهم للدفاع عن الصحة، مثلهم في ذلك مثل آخرين يعملون على الحفاظ على النظام أو النظافة» (م. دو سيرتو، الكتابة والمتعذر تسميته في كتاب عقبات Traverses). إن الموت في المستشفى هو النذير بالانفصال. فما أن تحين ساعة المحتضر الذي أثار المتاعب وعكر أمن المستشفى حتى يتعرض إلى عملية إبعاد مزدوجة ومؤلمة، ففي واقع الأمر إن الإبعاد الترابطي يؤكد الإبعاد المكاني: ففي حين تقل شيئاً فشيئاً زيارات الطبيب للمحتضر الذي يحاط سريره أحياناً بجواز واقية أو يوضع في صالة خاصة بالمرضى المشرفين على الموت، وفي أكثر الأحيان يحل المشرف أو الممرضة أو القائمة على خدمة الصالة محل الطبيب، تطول أكثر فأكثر المدة التي تفصل بين قيام المحتضر بالضغط على زر الجرس لاستدعاء المعالج ولحظة وصول هذا الأخير أمام سرير المحتضر. وتتحول وحدة المحتضر إلى هجران مأسوي في حالة أولئك الذين أطلق عليهم اسم «الأموات الذين حلّ أجلهم» من متسولين ومتسكعين وسكيرين ومومسات يتهدهم خطر موت أكيد ولكن تم إهمالهم من أجل الاهتمام بحالات أكثر جدارة. إن الموت في المستشفى هو أيضاً من تبعات المثابرة العلاجية المفرطة إذ يحدث أن يعالج المحتضر من دون أي جدوى، فيُنْهَك بالعقاقير ويحقن ويُعطى جرعة مفرطة من الدواء ويعمد إلى إطالة حياته فيضحو كنبته وأحياناً يتعرض إلى عمليات بتر شنيعة (ونحن لا نزال نذكر ما حدث لفرانكو وتيتو).. وهنا يصبح الموت المخفي أو الموارى موتاً مختلساً. فنقدر ما يكون ضرورياً اجتهاد الطبيب في إنقاذ المحتضر، بقدر ما يكون ضرباً من الإجراء وعملاً عبثياً إذافة ذلك الذي لم يحظ بميته طبيعية في حياته عذابات لا جدوى منها. إن الفرد الغارق في غيبوبة مستديمة والذي فقد ردود فعله الحيوية (العظمية الوترية، الجلدية الأخصوية، الحرقية) وخسر وظائفه النبوتية الرئيسية الثلاث (توقف التنفس، هبوط في جهاز دوران الدم، عدم انتظام في حرارة الجسم)، فلم يعد جسمه

سوى تجمّع من الأعضاء لا تنظمها وتساعدنا على العمل سوى طرائق معينة في الإسعاف، ولا ينبئ في النهاية بأي أهلية للحياة الترابطية والإدراك، هذا الفرد ربما لم يعد كائناً بشرياً كاملاً وعلى الأقل في نظر بعض الناس. إلا أنه لا يزال يحتفظ بحقه في أن يحترمه الناس وحتى في أن يحبّه. كما ليس ثمة أمر أكثر مدعاة للسخرية وأكثر عبثية من الرغبة في إطالة حياته بكلفة كبيرة ومن دون أي طائل أو ربح في ذلك. مما لا شك فيه أنه ليس سهلاً دائماً التمييز بين «الصلابة المعقولة» و«العناد الذي لا حد له» إلا أن المسألة التي تطرحها المثابرة في العلاج تظهر جيداً التحدي الذي يواجهه به الطب العصري المجتمع الحالي. إن الموت في المستشفى هو في النهاية الموت المبرمج، أي الموت الذي تنظمه وتخطط له مؤسسة جعلت منه هدفها الخاص الذي ينبغي ألا يعكر المصلحة العامة. فهو مقبول شريطة ألا يخلّ بالنظام وبالإجراءات المحددة مسبقاً. وهكذا تتحقق عملية الموت أو الوفاة بمنطقية وبرود وطبقاً لتوقعات المستشفى. إن الطرائق التي تتبعها هذه المؤسسة البيروقراطية معروفة وغير غامضة: فعلى سبيل المثال، يتصرف الجهاز المعالج في معظم الأحيان كما لو أن المريض ينبغي أن يعيش، وأن العلاج، فيما لو بدت الحالة ميئوساً منها، بمثابة عملية إخراج أكثر مما هو انعكاس لواقع المرض وحقيقته. وحين لا يعود شيء يجدي حقاً، يصبح المريض الشاغل غير المناسب للسريير. وإذ تتقطع الصلة التي كانت تربطه بالطبيب المعالج، يتراجع هذا الأخير فجأة ويعدل عن جدول الزمني: «بعد رفض الاعتراف بإمكانية الوفاة وإدراج الموت في مستقبل المريض المتوقع، أصبح هذا الأخير يعامل بحكم الميت. إذ بعد أن أخذت الفترة التي تفصل بين بداية المرض المميت ونهايته تطول بفضل تقنيات الطب الحديث، غدت الأمور تجري كما لو أن ثمة رفضاً لمدة «عملية الموت» وبالتالي لمضمونها الخاص، وذلك بنكرانها أولاً، ومن ثم بتحويلها إلى عملية فورية أو فجائية» (ك. هيرزليش، عمل الموت، من مجلة «ملفات 1» كانون 2/ شباط 1976). وبذلك يستطيع الطبيب أن يعلق معالجته ويوقفها (القتل الرحيم السلبي) وحتى أن يحقن المريض بالمادة القاتلة (القتل الرحيم الإيجابي). وتتم هذه العملية بشكل سري وعلى نحو أكثر مما كنّا نظن في بعض المنشآت الاستشفائية: وقد كُشف عن ذلك بشجاعة في مقال لقي انتقاداً ولم يجر نفيه (ب. فيرسبيرين، على منحدر القتل الرحيم، دراسات، كانون الثاني 1984).

إن الموت في المؤسسات الاستشفائية لا يسهّل عمل المعالجين الذين يعيشون في وضع تتناوب فيه مشاهد الموت ونفيه. فإما ينبغي عليهم معالجة المريض وبالتالي البقاء على تماس معه والامتناع عن إقامة أي علاقة منه، إذ قد تكون مميتة في هذه الحالة التي موضوعها الموت، وإما أن يعمدوا إلى مساعدته على الموت، وهذه مهمة لم يجر إعدادهم لها على أيّ من المستويات.

## الفصل الثالث: هل ثمة موت مثالي؟ أو موت مسيطر عليه؟

### 1- ردود الفعل إزاء وضع النكران

المجتمعات كافة، بدءاً من الأكثر قدماً إلى الأكثر تقدماً من الناحية التقنية، أعطت مثلاً أعلى للموت الهنيء أو الهادئ: فقد وصف لنا تاريخ الديانات والانتروبولوجيا (الإناسة) هذه الأمثلة بدقة وصرامة ولكن بشغف أيضاً. بيد أن وضع المحتضر الذي أتينا على وصفه يطرح مشكلة، إذ إنه يثير نوعين من ردود الفعل.

**1- إعادة الاعتبار إلى المحتضر.** - يسعى الرد الأول الذي برز من خلال أعمال ر. مودي وإ. كوبلر - روس لأن يرى في شخص المحتضر عكس كائن طفولي شبيه بطفل أو عجوز، حتى أنه يصبح شخصاً مفكراً حقيقياً ومعلماً، فهو يعيش في حالة احتضاره تجربة فريدة، ويمثل فيما يخص أولئك الذين يقتربون من المرحلة العليا من الجوقات السماوية ومدن النور والكريستال موضوع اتحاد في وضوح مبهر وحب كلي وغير مشروط وسلام لا يوصف وعودة إلى منابع الحياة والمعرفة والذاكرة. وكثيرة هي الصور والرؤى التي تذكرنا حتماً بالكتابات الروحانية الرائعة وتجربة الأسرار المقدسة المسارية. إن كل هذه الموضوعات دعت في الولايات المتحدة إلى إجراء دراسات معمقة في إطار الجمعية الدولية لدراسات الموت القريب.

**2- المطالبة بحق الموت بكرامة.** - يتناول ردّ الفعل الثاني عملية الموت ذاتها ويكون أكثر زخماً. إن ما كان طبيعياً بالأمس بشأن عملية الموت أصبح اليوم مطلباً: أي قيام المحتضر باتخاذ موقف ورأي في وجه السيطرة الطبية، وحتى باختيار كيفية خوض معركته الأخيرة وإلى أي مدى. وهكذا تعالت في أنحاء العالم كافة مطالب صاغتها بقوة وإيمان راسخ في معظم الأحيان 30 جمعية تضم 500 ألف عضو نصفهم من الولايات المتحدة، مثل جمعية EXIT في بريطانيا أو «جمعية حق الموت بكرامة» في فرنسا (17 ألف منتم في العام 1987). وكان الهدف المقصود من هذه الجمعيات هو حق الإنسان بالتصرف بحرية بحياته وبالتالي بموته. مما يتطلب بالضرورة وبوقت واحد إصلاح القانون الجزائري (السماح بالقتل الرحيم) وقانون واجبات الطبيب، ورفض المثابرة والاسترسال في المعالجة الطبية، وضرورة إعلام المريض ومصارحته بحالته الصحية. وقد تعهد كل عضو في هذه الجمعيات وبتصريح يحمل توقيعه بما يلي: «أطالب بإلحاح باللجوء إلى الأدوية

كافة من أجل تهدئة آلامي، حتى في حال كانت الأدوية الفعالة الوحيدة المتبقية تهدد باختصار حياتي، وأن يُقترح عليّ، كملاذ أخير، القتل الرحيم».

## II - مسألة القتل الطبي الرحيم الشائكة

بالمعنى العصري للكلمة، يرتبط القتل الرحيم (1) بالبادرة أو بإغفال البادرة التي تؤدي بشكل متعمد إلى وفاة المريض الذي يتألم بشكل غير محتمل أو يعيش حالة تدهور صحي لا يطاق. وبخاصة في حالة دخوله مرحلة النزاع أو الاحتضار (2). إن هذه الطريقة في العمل تثير عدداً من المسائل التي لا يسعنا تعدادها. من هو الذي يقرر وضع حدّ للحياة ومن سيفعل هذا التصرف القاتل؟ هل ثمة معايير صارمة لعدم الشفاء ولعملية الموت المحتممة؟ هل ينبغي انتظار الدواء العجائبي غير المؤكد قبل التصرف؟ بالإضافة إلى ذلك، أي معنى يجب منحه للألم ولتقبله والبحث عنه (الألمية أو مذهب الألم لدى المسيحيين بشكل خاص) أو لرفضه بشكل مطلق؟ وبشكل خاص ما هو معنى الحياة؟ هل هي الخير المطلق؟ هل هي جديرة بأن نعيشها؟ ومن يملكها؟ هل هو الله أم المجتمع؟ أم الشخص الذي هي وديعة لديه؟ هل ثمة عتبة أو بداية وأين تنتهي الكرامة الإنسانية والتمن الذي نعلقه على الوجود؟ ألا تدفع السلطة التي يمنحها العلم الإنسان إلى المبالغة في هيمنته على الحياة والموت؟ أو ليس هو واهم بدرجة حرته ذلك الفرد الذي يطالب بوضع حدّ لحالته؟ أولاً يفعل، بوعي منه أم لا، سوى ترجمة موقف جواره المعادي وحتى موقف المجتمع بكامله الذي لم يعد يؤمن بقيمة حياته؟ حين يتوسل المريض بأن «نخلصه من عذابه» فهذا يمكن أن يعني بأن نضع حدّاً لوجوده، وأن نريحه من آلامه وأن نبدي له شيئاً من الاهتمام إن لم يكن قدراً من الحب، طالما أن من المؤكد أن المطالبة لا تعني بالضرورة الرغبة أو على الأقل الإرادة، وقد قال ذلك بوضوح ب. فيرسبيرين في كتابه «في مواجهة المحتضر»: «إن منح الموت للمريض الذي يطالب به لا يعني بالضرورة منحه حرته. إنّ علينا في أغلب الأحيان أن نلبي طلبه فوراً، أن نستجيب بعمل مميت لما يعد نداءً في كثير من الحالات». أخيراً، استطعنا أن نلاحظ أنه حيث توجد إمكانية للجم العذاب (أو الألم) والتكفل بالمحتضر، تقل أكثر فأكثر طلبات القتل الرحيم من المرضى وأهليهم على حد سواء.. كما أن القتل الرحيم الذي يطالب به المعالجون والأطباء سيضحو نادراً كلما سنحت لهؤلاء المعالجين إمكانية التحدث عن مصاعبهم والتعبير عن قلقهم وألمهم وحتى عن أمنيتهم بالموت المحتمل في مواجهة بعض المرضى.

## III - وحدات العناية الملطفة والموت الهادئ

ثمة اتجاهان لا يزالان نشطين اليوم ولكن ينبغي الإعراض عنهما ورفضهما: وهما المثابرة العلاجية الجامحة، القاسية والساخرة وغير المجدية، التي تطيل الحياة بأي ثمن وبكل الأثمان، والرغبة التي لا تقاوم في السعي إلى القتل الرحيم الذي يخضع بسهولة لليأس ولدافع الموت. ونحن، عن جهلٍ أو حكم مسبق، نحاول تجاهل الدور الأساسي الموكل إلى وحدات العناية الملطفة أو مراكز مساعدة المحتضرين: ومن أشهر هذه الوحدات قاطبة ملجأ القديس كريستوفر القائم في الضاحية الجنوبية من لندن والذي أنشئ في العام 1967. إن هذه «الملاجئ» تمتاز عن غيرها بسمات ثلاث رئيسية: 1- السيطرة على الألم والعذاب. 2- العناية بالمحتضر على المستوى البيولوجي والاجتماعي والنفسي. 3- تطبيع عملية الموت بهدف نزع الصبغة الدرامية عنها.

**1- السيطرة على الألم - الغاية من ذلك، أو بالأحرى أهون الشرور، يتلخص في أن يعيش المحتضر اللحظات الأخيرة من حياته في أفضل الظروف المقبولة من الراحة وشفاء الذهن والكرامة. إن ما يهم قبل كل شيء هو تجنب المريض العذاب، فلئن كان صحيحاً أن الألم يسمو بالإنسان حيناً إلا أنه يحط من حالته في كثير من الأحيان ويصيبه بالاكنتاب ويعطيه انطباعاً سيئاً عن نفسه، كما وأن أقرباء المريض والمحيطين به لا يحتملونه أو يقبلون به مطلقاً. فإذا كان المريض يعاني من سرطان في حالة متقدمة، ومتقبلاً لوضعه ومتعاوناً مع المعالجين، وهادئاً نسبياً بفضل مركبات دوائية مناسبة أساسها المورفين وحتى الهيرويين تعطى له كل أربع ساعات على جرعات أو على شكل مضغوطات مديدة المفعول (إذ لا تُعطى الحقن للمريض إلا في المرحلة الأخيرة من النزاع)، فإنه يتوصل، وبفرصة نجاح شبه كاملة، إلى كبح ألمه والحد من دوامه وعدم الخوف من عودته، من دون أن يؤدي ذلك إلى نعاس أو يؤثر، وهذا أمر أساسي، في قدرة تواصل المريض مع الآخرين أو يثير شعوراً بالنقص مرتبطاً بحالة التسمم. وهكذا يُعطى المريض مجموعة من المسكنات تبدأ من المركبات غير الأفيونية (الأسبرين، الباراسيتامول) إلى مركبات الأفيون المخدر الضعيفة (الكوديين، ثنائي هيدروالكوديين) إلى مركبات الأفيون القوية (المورفين والديامورفين). كذلك يجب استغلال كل شيء لتأمين الراحة القصوى للمريض، وهنا ينبغي تحقيق ثلاثة أهداف هامة وأساسية: 1- إزالة القلق والأرق بواسطة مضادات القلق المشتقة من البنزوديازيبين (Seresta, Temesta, Tranxène, Mogadon, Valium) أو بعض الكاربامات (Procalmadiol, Equanil)، وفي بعض الحالات الشديدة بواسطة مضادات الاكنتاب ذات التأثير المسكن والمزيل للقلق (Laroxyl, Elavil). 2- تخفيف أو إزالة الإفرازات البلعومية والقصبية، وهذه أحد العوارض الأكثر إيلاماً وإثارة للقلق، وذلك بإدخال أنبوب إلى قسبة الرئة Tubage endotrachéal واستخدام الأتروبين والسكوبولامين وحتى الكورتيكويد الذي يخفف من الإفراز القسبي المفرد. 3- مكافحة الإمساك والتجفاف وحالات الغثيان والإقياء وعسر التنفس والسعال**

والبول والحكة الشديدة بفعالية... وبهذا الخصوص ينبغي أن نوجه اللوم للقسم الأعظم من الأطباء الفرنسيين الذين لا يشغلهم سوى المرض الذي يجهدون لقهروه. فهم ينسون الفائدة الأساسية التي تتلخص بالانتقال من مرحلة العلاج (الشفاء) إلى مرحلة العناية الملطفة (تأمين راحة المريض)، أو الجمع بينهما. وإن أسباب هذا الموقف متعددة، مثل الخوف من الطابع الملح للطلب والوجه الارتدادي لتبليته، الوجه الشخصي للألم والذي يصعب تقويمه، واقع المزدوجة المتضادة (الألم/المتعة) لدى بعض الأشخاص غير المرضى، العدوانية التي يبديها المريض إزاء العجز الذي يشعر به المعالج، وأحياناً وجود تواطؤ بين الطبيب والمريض للإبقاء على بعض الألم... (راجع مؤلف م. بيرجيه وج.- بيليه «لماذا يترك بعض الأطباء مرضاهم يتألمون؟» في مقاربات، 44 عام 1984، باريس CDR).

وهكذا ومن أجل محاربة الألم والعذاب بالضبط، أدخل الفريق الطبي المعالج في مراكز العناية الملطفة، كما في مركز القديس كريستوفر، البعد العقلاني في المعالجة.

**2- مرافقة المحتضرين -** تظل العلاقة بين المعالج والمُعالَج واحدة من أصعب العلاقات بينهما على الإطلاق، وبخاصة في المستشفى عندما يحين أجل المريض. فالطبيب لا يقبل بوفاة مريضه القريبة التي تعلن عن فشل علاجه وتجعل المريض يفكر بنهايته المحتومة. ولهذا، وبعد مرحلة مزدوجة من الفعالية Activisme على صعيد البحث (زيادة الاختبارات السريرية والتحليل المخبرية) وصعيد المعالجة (زيادة الجرعات الدوائية)، يكف الطبيب عن زيارة المحتضر. ويقدر ما يظل المحيطون به خائفين من الموت ولا يعبرون عن خوفهم هذا، لا يمكن لطلبه وشكواه أن يلقيا استجابة منهم. والحال أن المحتضر لا يخشى الألم بقدر ما يخشى هذه الوحدة وهذا الهجران السائدين كثيراً في المؤسسات (دور العجزة، المستشفيات، الملاجئ) حيث يموت اليوم. وعلى العكس من ذلك، يعطيه الإحساس بالرعاية وبالحضور العطوف السلوى التي طالما تسمح بتخفيض جرعة الأدوية المضادة للقلق. وهكذا، وكما يشير م. دو موزان (في فن الموت) ينتظر المحتضر «ألاً يتصل الآخرون من هذه العلاقة وهذا الالتزام المتبادل الذي يقترحه على نحو شبه سري وأحياناً من دون علم منه. وفي الوقت الذي تكون فيه الأواصر التي تربطه بالآخرين على وشك الانفصام المحتم، فإنه يجد نفسه وبشكل مفارق مثاراً بحركة قوية وعاطفية من نواح عدة. من هنا، يستثمر المحتضر علاقاته العاطفية إذ إن هذه ضرورية لجهد الأخير من أجل أن يتمثل كل ما لم يستطع أن يكونه حتى الآن في حياته الغريزية، كما لو أنه يحاول أن يخرج إلى الحياة قبل أن يموت». إن مرافقة المحتضر تعني أن نقطع معه أطول مسافة ممكنة حتى يحين أجله، أن نسير إلى جانبه بحسب وتيرته الخاصة وفي الاتجاه الذي اختاره، أن نعرف كيف نصمت ونستمع إليه،

وكذلك أن نمسك بيده ونحقق رغباته وآماله: إن لذلك الكائن من الأهمية والحقيقة الإنسانية والفاعلية أكثر مما لهذه الأفعال الضرورية مع ذلك. إننا ندرك تماماً أن هذا الوضع ليس سهلاً، إذ إنه يتطلب جاهزية كبيرة وإحساساً عميقاً بالآخر ومعرفة جادة بسيكولوجية المحتضر. إن من الضروري التصرف على نحو يتيح للمريض أن يعيش لحظاته الأخيرة بشكل طبيعي: كأن يشعر بحنان الأم والطمأنينة، وأن توفر له الرعاية الجسدية ومن ضمنها الرعاية الجمالية والسماح له بممارسة النشاطات اليدوية والألعاب والالتقاء بالأشخاص الأعزاء على نحو دائم، ولكن من دون الوقوع، كما سبق وقلنا، في فخ المشاكلة Vivantomorphisme. إذ إن ثمة تجربة خاصة بالمريض المشرف على الموت لم يستطع علم النفس سوى استشفافها. وهذا ما يثير سؤالاً صعباً: هل ينبغي تشجيع المريض على الترك، والتنازل ومساعدته على تقبل خسائره الغيرية، أو على العكس من ذلك، إثارة انفعالاته؟ لربما كان مناسباً هنا التوفيق بين الوضعيتين، وهنا لا يسعنا قول المزيد حول ذلك.

ولكن من يستطيع التكفل بذلك؟ هل ينبغي للطبيب أن يضطلع بمهمة مساعدة المحتضر؟ إنه لا يجد قط الوقت لذلك، ويبدو أنه غير معدّ جيداً لذلك نظراً إلى حالته الراهنة لدراساته. هل يقوم بهذه المهمة المحلل النفسي؟ إن هذا الأخير بالتأكيد هو الأكثر قدرة على فهم فوارق الاضطراب العاطفي، إلا أنه غير مقبول تماماً من جانب المرضى والعالم الطبي. هل تتكفل إذاً العائلة بذلك؟ قد يمكن ذلك نزولاً عند رغبة المريض، شريطة أن يتم ذلك في المنزل أو أن تفتح لها المستشفى أبوابها. ولكن هل تكفي الإرادة الطبية من دون التدريب والمعرفة في هذا المجال؟ هل ينبغي، كما هو الحال في الولايات المتحدة، الاستعانة بمحترفين معدّين على أفضل وجه للقيام بهذه المهمة؟ ولكن إلى ما يؤول عندئذ طلب المحتضر الاندماجي؟ في الحقيقة يجب الاستعانة بالفريق المعالج بأكمله كما هو معمول به في مراكز الرعاية الملطفة البريطانية، حيث يخصص مكان لطبيب الأمراض النفسية وللمحلل النفسي، في حين يظل أفراد العائلة قريبين جداً وحاضرين أمام المريض. كذلك، جرى الاستعانة بمتطوعين يعملون من دون أجر وذوي كرم وإرادة حسنة لا تشوبهما شائبة، حتى وإن كانوا يلاقون في بعض الأحيان صعوبات في الاندماج في المؤسسة.

لقد بُذلت جهود محمودة في الولايات المتحدة وكندا، بخاصة من أجل تأمين أفضل تأهيل ممكن لكل أولئك الذين يتقاضون رواتب أو لا، ويشعرون أنهم معنيون بمرافقة المحتضرين، وكذلك بمساعدة العائلات خلال عملية الموت (العمل المأتمني الاستباقي) وفي المرحلة التي تليها (العمل المأتمني). وعلى المعالج، وبأسلوبه الخاص أن يضطلع أيضاً بدوره في الحداد ويتجاهل رغبته الخاصة، إذ ينبغي عليه التخلي عن مشروعه العلاجي من أجل المحتضر وأقربائه والمحزونين.

**3- مواجهة الموت -** إن السمة النوعية الأخيرة لمراكز الرعاية الملطفة، وبخاصة سمة مركز القديس كريستوفر، هي المساعدة على مواجهة الموت. فما أن يدخل المريض في مرحلة النزح الأخير حتى يصار إلى إعلام رفاقه بالأمر، وعندئذٍ يستطيع كل واحد منهم إفراغ قلقه وطرح الأسئلة. وما لم تعارض العائلة الأمر بصراحة، فإنه لا يجري عزل المحتضر في غرفة أخرى. إذ لما كانت عملية الموت حدثاً طبيعياً، فما الذي يدعو إلى إخفائها أو تمويهها؟ وسيرى المحيطون والأقرباء أن المحتضر ليس وحيداً قط وأنه يموت بهدوء وسلام. وأولئك الذين يحضرون ذلك لن يكون لديهم ما يخشونه حين يأتي دورهم. وسينقل المتوفى من غرفته ووجهه مكشوف، كما سيعمد الناس إلى التحدث عنه في الأيام التي تلي ذلك، إذ إن موته سيخصّ من الآن فصاعداً المجتمع كله، وسيشعر جميعهم بأنهم معنيون به، ومن الجيد أن يكون الأمر على هذا النحو.

**4- مواجهة المحتضر بالحقيقة -** إن مسألة مواجهة المريض بالحقيقة لا تخلو من صعوبات، لا سيما إذا كان هذا المريض على شفا الموت. وهي تفترض أمرين اثنين: من جهة أن تكون هذه الحقيقة معروفة من قبل الطبيب وبنقطة شبه مطلقة، ومن جهة أخرى أن يكون المريض قادراً على تقبلها واستخدامها على أفضل وجه، أي على سبيل المثال أن يسوي شؤونه ويعدّ نفسه للحظة الأخيرة بكل هدوء وسكينة - ولربما كان الموضوع هنا، من الناحية العملية، يتعلق بمعلومات أكثر ممّا يتعلق بالحقيقة، معلومات لا مجال لإخفائها بشكل منهجي أو نقدها بعنف. إن القاعدة الأولى تتطلب أن تلبّي رغبة المريض، وهي رغبة قابلة للتغيّر مثل وضع المريض البيولوجي والنفسي. وكما أنه توجد ثمة حقائق إحصائية، إلا أنه توجد شكوك فردية أيضاً. وعلى كل حال، يحتاج المريض وعائلته إلى مزيد من المعلومات، إذ إن من المهم أن يأخذوا بالحسبان خلاصة ما يمكن وما يُراد سماعه. فالمطلوب هو قول الحقيقة وليس إطلاق الأكاذيب، إذ إن هذا من شأنه أن يحط من مكانة الطبيب لدى المريض الذي يعرف أحياناً أكثر مما يريد محدثه أن يسمعه إياه، وأن يعيق التوصل المشترك، عند الاقتضاء، إلى معرفة المحتمّ. إن حسن الكلام مع المحتضر يعني في نهاية الأمر السماح له بالكلام. كما أن الحقيقة وحدها، والتي تأتي في سياق الحوار، ستكون موضع قبول وترحاب، كما هو الحال في مركز القديس كريستوفر للعناية الملطفة.

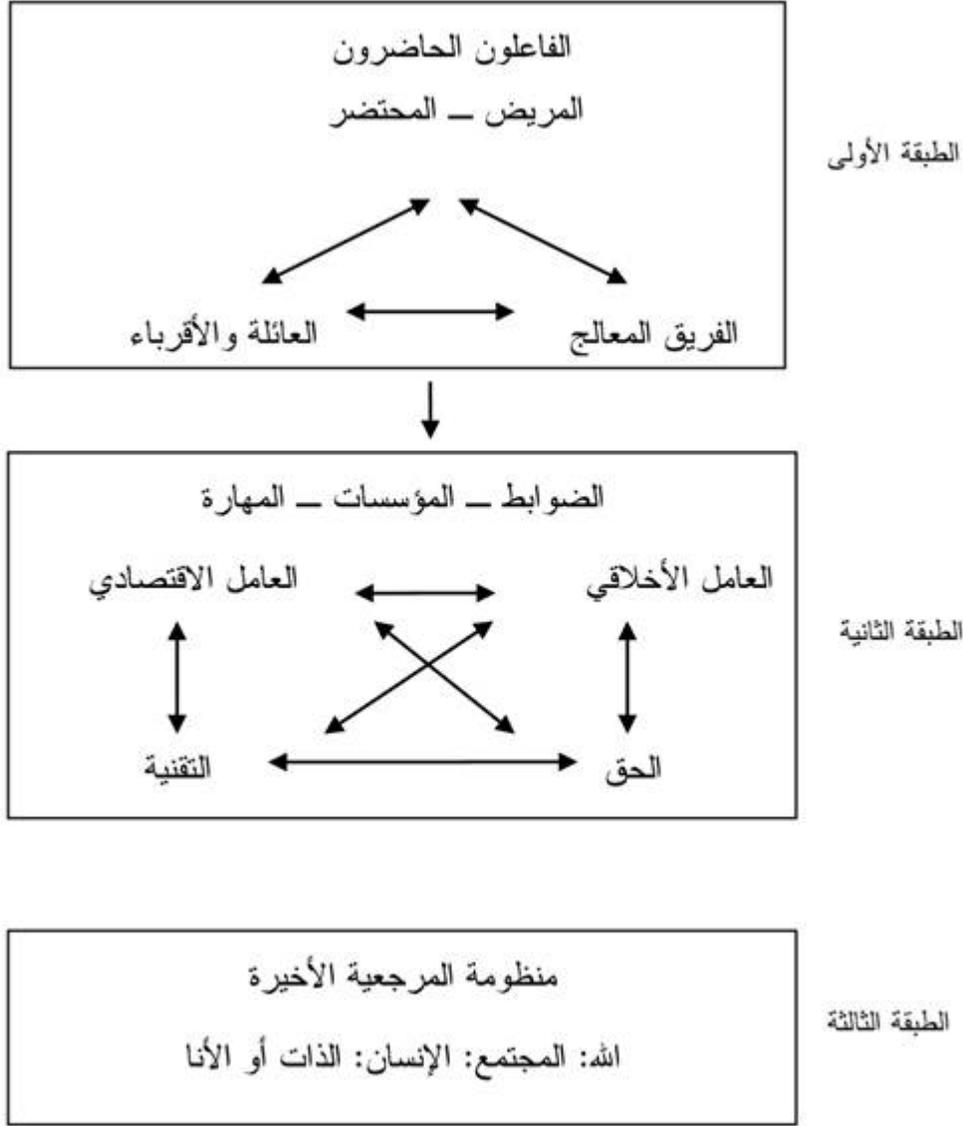
#### IV- الدفاع من أجل موت هادئ

**1- عودة محتومة إلى القتل الرحيم -** ينبغي ألا نخشى من العودة إلى القتل الرحيم، فهو لا يتعارض، بخلاف ما يشاع في كثير من الأحيان، وعن سوء نية، مع ممارسة العناية الملطفة. إذ إنه يغدو، كقرار أخير، وحين نفرغ من كل محاولة ويصبح كل شيء غير قابل للمعالجة وغير

محتمل على الصعيد الإنساني من قبل المريض والمحيطين به، لحظة مأسوية عميقة لمساعدة المحتضر، ومخرجاً أخيراً لنجدته. وهو بذلك يثبت شرعيته، ولكن بشروط عدة:

1) ينبغي ألا يكون فقط وقبل كل شيء من عمل الفريق المعالج الذي قد يتمتع وحده بسلطة القرار (الوقت، الطريقة) والتنفيذ، وبالأحرى إذا كان الطبيب يتصرف ضد مشيئة المريض. وحتى إذا كانت كل مبادرة من هذا النوع هي مبادرة جماعية، فإن وجهة نظر المريض أو أولئك المخولين بالتحدث باسمه إن كان في حالة غيبوبة هي الراجحة قطعاً. 2) يجب ألا يحصل القتل الرحيم على نحو مبكر جداً، إذ إنه قد يؤدي، مثل عملية الفصل، إلى إبطال العمل البيكولوجي الأساسي الذي يفعله أنياً كل محتضر قبل أن يدخل في الغيبوبة، والذي يمثل اللحظة الأساسية لفعل الموت: وكان المحللون النفسيون أول الذين أدركوا ذلك جيداً. وبهذا الخصوص، فإن التمييز بين القتل الرحيم المبكر والقتل الرحيم المتأخر يبدو لنا جد أساسى لا سيما وأن تطبيق التقنيات المضادة للألم وممارسة المرافقة لهما تأثير ملطف على طلب القتل الرحيم. 3) أخيراً، ينبغي أن يتجاوز النضال ضد الموت قوى المريض الذي تفرغ الحياة من معناها في نظره، أو حين يفشل في التوصل إلى إيجاد معنى إنساني للوقت الذي يفصله عن الوفاة ولا يجد بحق أي شيء ليفعله. وعندئذٍ يصبح القتل الرحيم مخرجاً مرعباً، لكنه إجباري أحياناً، باسم كرامة الإنسان والدفاع عن الحياة. ولقد استطاع ل. شفارتزبيرغ أن يقول ذلك بوضوح وشجاعة في كتابه «صلاة من أجل الحياة».

2- فلسفة الموت بهدوء - يوضح الجدول التالي صورة أو مخطط الموت «المثالي»:



**الطبقة الأولى:** ينبغي على الفاعلين والمريض المحتضر وأعضاء الفريق المعالج وعائلة المريض، من دون إغفال وضعهم أو دورهم، الإبقاء على الحوار فيما بينهم أطول مدة ممكنة. وإذ يقفون جميعهم على قدم المساواة المحضة، ومن دون أن يحرّموا الطبيب من الوزن الذي اكتسبه من معرفته ومهارته، يلتقي العاملون في مركز القديس كريستوفر مع الكائنات والأجساد، من الخادمة وحتى الطباخ، في حين يكون أقرباء المريض، ومن ضمنهم الأطفال، حاضرين في أي وقت من النهار أو الليل. إن نظام الأبوية وغطرسة التراتب الاجتماعي ليسا موضع رهان هنا، إذ ينبغي الاعتماد على التواصل وإقامة العلاقات.

**الطبقة الثانية:** يواجه الفاعلون هنا أربع محددات مترابطة فيما بينها ترابطاً جدلياً، وكل مُحدِّدة Déterminant تقوم على المحددات الثلاث الأخرى وتجد فيها حدودها الخاصة - أولها العامل الأخلاقي الذي يرفع من شأن الإنسان في حقيقة علاقاته من أجل حياة متميزة وكريمة، فهو يجمع بين الحرية والمسؤولية: «لعل القصدية الرئيسية للأخلاق هي العلاقة الخلاقة التي نستطيع بها مع الآخرين أن نخلق أنفسنا برغم اختلافنا في الإنسانية بكل مصادر الانفعال الجسدي النفسي والذكاء وإرادة الارتقاء المتبادلة خاصتنا» (ك. لوفيفر، سيد الحياة، الولادة، الموت، الأخلاق). إن اللجنة الأخلاقية الموجودة في فرنسا يجب أن تشجع على القيام بدور أساسي لاسيما وأنها أكثر تنوعاً في تشكيلها. - العامل الاقتصادي الذي يجب ألا نغفله إذ يجب أن يأخذ بالحسبان نفقات العناية الصحية الباهظة. ففي فرنسا، كلف المحتضرون المجتمع 11.182 مليار في العام 1983 ثمناً للعناية الصحية في المنزل والمستشفى أيضاً. إن الكلفة المتوسطة للمدة التي يظل فيها المتوفى في المستشفى تعادل 147% من الثمن المتوسطي للإقامة العادية. إن التشخيصات المعقدة وبعض المداخلات الجراحية وعمليات الإنعاش والمعالجات الطبية المكثفة من أجل الحصول على نتائج غير مؤكدة يمكن أن تكون أكثر اعتدالاً، لكن ذلك لا يبرر، بعيداً من هنا، القتل الاقتصادي الرحيم - ثم إن هناك التقانة التي تثير الدهشة وتدفع إلى الأحلام. فإذا كان صحيحاً، ولقد أثبتنا ذلك بما فيه الكفاية، أن الموت يُعالج على غرار الشيخوخة، فإن العامل التقني يلعب دوراً رئيسياً على مستويات التدخل كافة: التقصي والوقاية، العمليات والإنعاش، أجهزة التبديل. إن لهذه التقانة وجهين: الوجه الجراحي الذي ينجح ويجتث المرض ويحيي الجسم ويخفف الأضرار، ثم العذر الذي يعفي من أخذ الآخر، كإنسان، بالحسبان، ويساعد في تحييد المؤثرات ويسمح للطبيب بتبرير نفسه، كأن يقول «لقد فعلت كل ما تسمح لي قدرتي بفعله». تقانة مزدوجة تثير القلق وتشيع الاطمئنان في آن واحد، إلا أن لها حدودها برغم قوتها. وحتى مساعدة المحتضرين في مراكز العناية الملطفة تقع هي أيضاً في فخ الطريقة التقنية، وبخاصة حين لا تأبه هذه الأخيرة بالرمز الذي ينبغي لها أن تحييه، كما يحدث في الولايات المتحدة، إذا ما غدت هذه المساعدة احترافية أو حين تصبح خادمة الغرفة عاملة اجتماعية تبحث عن مجالات عمل جديدة. وتظل طريقة العمل في بعدها العقدي والوضعي والمعياري عاجزة إن لم نعرف كيف نجيب مسبقاً عن سبب هذا العمل وهل هو كافٍ - وهناك أخيراً الحق المكتوب وغير المكتوب (3)، حق الطبيب الذي يطالب بخاصة بممارسة مهنته بحرية طبقاً لقواعد الأدبيات الطبية التي تستحق بعض التعديلات، وحق العائلة التي يجب الإصغاء إليها والإجابة عن استفساراتها بسرعة وإشاعة الاطمئنان والراحة بين أفرادها، وأخيراً حق المريض الذي يفرض نفسه في أبعاد عدة: حقه في المعرفة ما لم تؤد هذه لليأس ولازدياد المرض، وحقه في الحرية ونوعية البقاء وفي احترام قراراته، والأصعب من ذلك أيضاً الاعتراف حالياً بحقه في الموت

الهادئ برغم ما يواجهه من ضغوط إيديولوجية، إذ إن ما هو جديد في الأمر أن الموت ليس معطى طبيعياً شاملاً وضرورياً فقط، ولا حتى جزاء (عقوبة أو مكافأة: أوليس الشهيد هو مختار الله؟) أو سلاحاً في يد السلطة، بل إنه يغدو عند الاقتضاء حقاً للشخص في التصرف بحياته(4). إلا أن هذا حق لا يمكننا فرضه أو منعه وهو بمأمن من التشريع. فإذا كان من المهم من الناحية القانونية أن يفلت القتل الرحيم الذي يتم اللجوء إليه في بعض الظروف الاستثنائية من العقاب، فإن من الواجب أيضاً أن نخشى من تقنين Codification دقيق ومزعج مفرطين لا يتوافق مع النوعية غير القابلة للتبسيط لكل حالة، ما يجعله مباحاً أو مقيداً جداً: وهكذا تغدو المثابرة في التشريع خطرة بقدر خطورة المثابرة العلاجية أو ما يرافق القتل الرحيم من مثابرة واحتداد، إذ بقدر ما يشعر الإنسان الداخلي بأنه معني، بقدر ما يفلت من القانون العام والنظري. ولذا كان مفيداً أن يصرح ل. شفارتزبرغ بخصوص جدل أخلاقي أكثر مما هو جدل تشريعي بأن القوانين غير المدونة هي «الوحيدة المقبولة، وأن أنتيغونا(5) الصغيرة تحتل منذ قرون مكانة خاصة في قلب كل منا». (صلاة من أجل الحياة).

**الطبقة الثالثة:** يبقى المستوى الأخير والحاضر دائماً، إن لم يكن بشكل ضمني، والذي يبرر ويوثق ويشرعن الأمور، وهو يشكل على أفضل وجه مجال الفلسفة الخاصة بالموتة Thanatophilosophie. ونحن لا يسعنا أن نقول المزيد حول ذلك في إطار دراستنا هذه.

## القسم الثالث: ما بعد الموت

إذا ما وضعنا جانباً سيرورة التحلل والتمعدن الطويلة التي تنتظر الجثة، نرى أن مرحلة ما بعد الموت ترتبط بتقليدين رئيسيين: الممارسات الطقسية والمعتقدات المطمئنة (1).

## الفصل الأول: طقوس الأحياء وتجربتهم

تجعل الطقوس تصرفات الجسم كافة مقولبة تقريباً وأحياناً ذات طابع قانوني ومؤسستي وتقوم بالضرورة على مجموعة معقدة من الرموز والمعتقدات. وتهدف هذه الطقوس الجنائزية - التي تعد تصرفات ذات سيناريوهات متعددة تظهر إلى العلن التأثيرات والعواطف الأكثر عمقاً، ويفترض منها أن تقود المتوفى إلى مصيره ما بعد الموت - إلى مساعدة الأحياء قبل كل شيء في تجاوز شعور الخوف من الموت والتغلب عليه (ل. ف. توماس، طقوس الموت من أجل سلام الأحياء).

### 1- معنى ووظائف طقوس الموت

من واجبنا، بعد تكريم الجثمان، أن نبعده حتماً عن الأحياء وذلك لأسباب يسهل فهمها وفي مقدمتها متطلبات الصحة العامة والحشمة، وهذا ما يبرر عادات الدفن والحرق، وفي أحيان نادرة الإغراق أو الأكل Manducation، اللهم إن لم يجر حفظها بتقوى (التطيب والتحنيط). وتتطلب هذه العمليات المادية دعماً رمزياً يضيف عليها معنى خاصاً ويجعل من غياب الشخص وموته أمراً محتملاً: العودة إلى الأرض والماء والمغارة الأمومية، تأثير النار المطهرة، المشاركة الأدمية مع مبدأ المتوفى الحيوي، المومياء التي تنتظر أن يسكنها ثانية «با» و«كا» الفرعون المتوفى، عبادة الأسلاف الحاضرين دوماً... هذا هو الهدف الأساسي للطقس (ل. ف. توماس، الجثة) بيد أنه ينبغي المضي بعيداً في التحليل.

**1- من يستفيد من الطقس؟- تخضع الطقوس الجنائزية لثوابت عامة برغم تباينها في الزمان والمكان. إن غايتها مزدوجة، فلها في حقيقة الأمر، وعلى مستوى الخطاب الواضح، ما يبررها لما تقدمه للميت من الناحية الرمزية: إذ تنسب إليه، من خلال سلسلة من الأفعال المأسوية والمستمرة تقريباً، والتي تفصل بينها أحياناً فترات طويلة، مكاناً وأدواراً تتفق مع استمرارية الحياة. ولكن على مستوى الخطاب المستتر، وحتى إذا ظلت الجثة على الدوام محوراً للممارسات الطقسية، لا يأخذ الطقس في حسابه سوى مخاطب واحد ألا وهو الإنسان الحي، سواء كان فرداً أو مجتمعاً. لأن وظيفة الطقوس الأساسية وربما غير المعلنة هي الشفاء والوقاية، وهي وظيفة تكتسي من جهة أخرى وجوهاً متعددة: إزالة الشعور بالذنب، إشاعة الاطمئنان والراحة وتجديد الحيوية. من الناحية الاجتماعية، يلبي الطقس الجنائزي حاجات اللاشعور، مطيلاً على سعيد العمل، أي عبر الأجسام، الآليات الدفاعية التي يوجدها الخيال من أجل التآلف مع الخوف من الموت. إن هذه الآليات جد دقيقة إلى حدّ يصعب في معظم الأحيان إدراك الرغبات الأصلية والحقيقية من خلال خفايا الرمز.**

يقول الناس ويعتقدون أنهم يخدمون فقيدهم ويبجلونه، بيد أن الالتباس ثابت فيما يتعلق بالمتوفى - الحي. إن النوايا الإيثارية ومظاهر التكريم والاهتمام التي يحاط بها المتوفى تخفي نوعاً من المحاشاة يكشف عن خوف من الموت وهم بالاحتماء منه. وهكذا يمكن طواعية تفسير التصرفات التقليدية التي تشير إلى هجمة الموت بالرغبة في تكريم المتوفى وذلك بوضع الجوار كله في حالة حداد: فالستائر والأغطية وبسط الرحمة والشموع وما إلى ذلك ليست سوى جزء من المراسم التي تشير إلى الاحترام والخشوع. إلا أنها تعدّ أيضاً وسيلة تحول دون انتشار الموت وحصره في مكان محدد على هامش الحياة. كما أن الانفراد مع الميت وسط الصمت، وقد أوقفت الساعات الجدارية عمداً، يعني أن نظهر له التفاتات تجعل الأحياء بمنأى من عدوانيته المحتملة. إن هذه الأخيرة ليست سوى إسقاط لشعورنا بالذنب بحقه، لأننا بقينا على قيد الحياة بعد رحيله أو لأننا تمنينا موته ذات يوم. وكان يُقال إن من الواجب حجب المرايا وتغطية الأسطح اللامعة خوفاً من أن ترى روح الميت على صفحتها صورتها الجميلة فتتأخر وتتعرض رحلتها فيما وراء الموت للخطر، وكذلك ترتيب ربطات وشلل الخيوط كي لا تشتبك معها الروح. أولم يكن الناس، في حقيقة الأمر، يخشون من أن تعتمد هذه الروح إلى ملازمة الأحياء بضراوة لتقضى مضاجعهم؟ وكان لواجب إنذار المجتمع كله بالوفاة ما يبرره لما للحدث الذي أصاب شخصاً عزيزاً من خطورة وهيبة. بيد أن هذا الإنذار كان أيضاً دعوة لاستنفار كل الأحياء لمواجهة هجمة الموت، وهكذا كان قرع الأجراس يرمي إلى جمع الجيران الذين يبدون من التضامن ما يعزز وحدة الجماعة.

وكانت الوليمة الجنائزية التي يشارك فيها المتوفى رمزياً تجمع الأقارب والأصدقاء في عمل تشاركي يدل على أن المؤكلة هي في الحقيقة مواتية للتعبير عن الغرائز الحيوية، وكان الهدف من تقديم الطعام والمشروبات بوفرة التعبير عن انتقام الحياة من الموت. ومن جهة أخرى كانت المآكل اللذيذة والمشروبات الوفيرة تلعب دوراً أكيداً في التنفيس أو التطهير النفسي.

**2- مثال الغسل الجنائزي -** إن غسل المتوفى لا يلبي فقط متطلبات النظافة واللياقة، بل إنه يرجع، في عالم الخيال، إلى إزالة قذارة الموت. لقد أخذت الطقوس الدينية بعين الاعتبار رمز التطهير هذا مما جعلها تضيف على عملية غسل الميت أهمية مقدسة: إذ إن هذا الغسل الجنائزي يكيّف مصير روح المتوفى. ففي حقيقة الأمر إن الإيمان بالبقاء الذي يميّز الموقف الديني يقول إن الموت ليس سوى عبور. وهذا العبور، مثل الولادة أو المسارة، لا يمكن أن يتحقق من دون تنظيف الشخص المتوفى فتقوم «النساء بتعرية الجثة وغسلها بالماء الفاتر لكي تمثل أمام خالقها وهي نظيفة». ذلك هو التفسير الذي كان شائعاً في المناطق الريفية في مطلع هذا القرن. وفي الطقس المسيحي، كان يُضاف إلى هذا الغسل الذي يذكرنا بالعماد المسح بالزيت الذي كان يعدّ الميت،

بحسب طقس المسحة الأخيرة، للبعث والقيامة. وباختصار، يكن القول إن الجانب الإيجابي لغسل الميت وما ينجم عنه من طقوس موجّه بالتأكيد لمصلحة المتوفى ومصيره ما بعد الموت. والأفضل أنه يجب الإشارة إلى أن لهذه العادة في كل الثقافات تقريباً طابعاً أمومياً، فهي تعهد بشكل عام للنساء، وأحياناً للمولدات (القابلات)، وتتم بحركات لطيفة تبرز اهتمام هؤلاء النسوة ونيتهم في إشاعة الاطمئنان.

بيد أن هذا السلوك لا يخلو من ازدواجية. فهو بمثابة استراتيجية دفاعية ضمنية. إذ يؤدي هذا الطقس، تحت ذريعة مصلحة الميت، وظيفته الأساسية التي تقضي بالحفاظ على توازن الأحياء الفردي والاجتماعي. أولاً، إن الغسل المطهر يلغي خطر العدوى من الموت، وهو اعتقاد مقرون بشكل حتمي باستيهام الناس عموماً بخصوص نجاسة الجثة. إن هذا الاستيهام (هلوسة أو تخيل خادع) مُثبت في جميع الحضارات، وما غسيل الميت في أماكن عديدة من العالم سوى قاعدة ضرورية لا للجثة فقط بل ولكل من اقترب منها ولمسها، وكذلك لكل الأشياء التي تخص المتوفى. ويمكننا أن نعدد كثيراً من الأمثلة حول هذه العادات والطقوس التي تثبت نية الناس في الاحتماء من الموت ومن محيطه. فبالإضافة إلى عادة غسل الجثة، يعمد الطقس الديني المسيحي إلى رش النعش بالماء المباركة طوال الجنازة. وكانت الممارسات الشعبية ذات الطابع السحري كثيرة في أريافنا: فقد كان الماء الذي غُسلت به الجثة والمشحون بالشر يصرف، كما كان يُقال، في ثقب تم حفره في الحديقة، وذلك في مقاطعة بريتاني. وقد جرت العادة أيضاً في بعض المناطق، وبعد العودة من المدفن، أن تغسل جميع الألبسة والأماكن على نحو واسع («إذ يجب إطلاق الماء على الميت» كما كان يُقال في منطقة بيرينغو). إن غسل الميت يعدّ إذاً طقساً ضرورياً جداً: فهو يعقد علاقة أخيرة مع الجثة التي لا تزال تعد شخصاً مع تهيئتها في آن واحد وعلى نحو رمزي لبعثها من جديد. إلا أنه يمثل أيضاً، من أجل الإنسان الحي، طريقة للتخفيف مؤقتاً عن حزنه على فقدان الميت وتطمينه بخصوص صورة موته الخاص.

**3- الطقس والتخلص من عقدة الذنب - في الحقيقة إن المقصود ليس فقط عملية غسل المتوفى، بل مجموعة الطقوس الجنائزية التي تعبر عن احترام المتوفى والحب الذي نكّته له، مثل الدفن اللائق والمقبرة الجميلة، والزيارات المتكررة إلى المدفن وقصائد المديح، وجداد يتم التقيد به على نحو كامل، والعناية بالذخائر، والصلوات من أجل الأرواح في المطهر.. كل ذلك له دلالاته الخاصة جداً في المجتمعات القديمة: فعلى حسن سير الطقوس الجنائزية التي لا يقاس مداها وتعقيدها مع مجريات الدفن الحديثة، يتعلق مصير الميت ومصير مجتمع الأحياء. إن التضحيات الجسيمة والنواهي التي جرت مراعاتها تعيد إلى القوى الحيوية توازنها وتؤمن وصول المتوفى إلى**

وضع السلف الوصي(1). إلا أن كل تخلف عن فعل ذلك قد يجعله في وضع سيئ في نظر الجماعة فتعود روحه التائهة لتعذب الأحياء. إن من العبث الإصرار على ما يرمي إليه مثل هذا الخطاب من أجل التخلص من الشعور بالذنب. فهذا المفهوم البدائي قد يوضح تصرفاتنا الحديثة بالنظر إليه على ضوء علم النفس والتحليل النفسي: أولسنا بشكل عام مستعدين «لفعل ما يترتب علينا» من أجل أمواتنا وحتى لدفنهم مهما بهظ الثمن «حتى لا نُلام على شيء»؟ أي لكي نتحرر من الخوف الذي يمكن أن يثيروه في نفوسنا بسبب وجودهم المستحکم في ضميرنا؟ لما كان الخوف من الميت والخوف من الموت لا ينفصلان عن القلق والشعور بالذنب، فإن الاهتمام الذي نخص به الميت، والتكاليف التي تترتب بعد موته، تجلب لنا الهدوء والراحة. كما لو أن من واجب المرء، من أجل أن يدفع ثمن هذا الشعور الحقيقي أو الوهمي بالذنب، أن يتحرر من عدوانية المتوفى ببذل شيء من شخصه أو كيانه. ومن هنا يعد التأمه (إيجاد صلة واقعية ورمزية بين المريض والطبيب تشبه الصلة بين الأم ورضيعها) وكل الاهتمامات التي ترافق معالجة الميت مطمئنة للغاية. ومن المفترض أن تزيل مظاهر العزاء هذه العدوانية التي تنسب إليه. وعلى العموم فإن الحاجة إلى التكفير والدفن بالمعنى المزدوج للكلمة تُعاش على شكل مجموعة من الالتزامات الطقوسية وغير الطقوسية التي ينبغي النهوض بها لكي يؤدي المرء ما عليه تجاه الميت ليظل على سلام معه.

**4- مسألة الحداد** - يظل الحداد أهم الأوقات العصبية في المرحلة التي تعقب الموت، وهو يعدّ في آن واحد طقساً اجتماعياً وتجربة مأسوية خلال موت الآخر.

**- غموض العبارات:** تغطي كلمة الحداد عدة معانٍ. فالمقصود من عبارة محدّد حالة أو وضع امرئ فقد لتوّه شخصاً عزيزاً. أما عبارة عاش الحداد فتعني مجمل الحالات الوجدانية والانفعالية التي يعانيتها المحدّد. وهذا ما يسميه المحللون النفسيون «عمل الحداد» الذي يتخلص فيه الفرد تدريجياً من الكآبة التي تتقل عليه ويستعيد طعم الحياة. وأخيراً تشير عبارة لبس ثياب الحداد إلى مجمل علامات الحزن الخارجية التي يفرضها المجتمع ويعترف بها. وثمة عبارات إنكليزية مقابلة تشير إلى هذه الأشكال الثلاثة من الحداد. وهكذا يكشف الحداد عن بعد اجتماعي وبسيكولوجي مزدوج.

**- الحداد الاجتماعي:** تهدف وظيفة الحداد الاجتماعي الأساسية إلى وضع قواعد للحزن ولدلائله وذلك لفرضه على الحيّ، مع احتمال قيام هذا الأخير بالتظاهر به، وتنظيمه وتحديد أجل له في آن واحد. باختصار، إنه ينظم طقوس المؤثرات ويجسدها على المستوى الاجتماعي، ويعرّف نوعين من الظواهر.

- **الحداد العام:** وبخاصة في أثناء وفاة شخصية بارزة، يترافق مع طقوس هامة مثل إيقاف العمل وتعليق الأنشطة اليومية (إغلاق المطاعم ودور السينما). ثم إن عبارة الحداد الاجتماعي ترتبط أيضاً بمجمل الأوضاع والتصرفات التي يفرضها المجتمع على كل أولئك الذين لهم شأن، بسبب أصولهم أو انتماءاتهم أو وضعهم، بالشخص المتوفى، مهما كانت العلاقة العاطفية التي تربطهم به. إن هذا الحداد الذي يتغير بحسب الأماكن والعصور، والذي هو أشد صرامة على النساء منهن على الرجال (إذ إن كونهن يهبن الحياة، يجعلهن أقرب إلى الموت) يلبي دائماً نوايا عدة: 1- الإشارة إلى المحدّ (وظيفة دعائية) ومساعدته على التكفير، إذ إنه مذنب وذنس في نطاق علاقاته بالميت، وتسهيل حالة حداده من خلال الصمت والتأمل. 2- مرافقة المتوفى ومساعدته في مواجهة مصيره بعد الموت. 3- الحفاظ على المجتمع من كل عدوى من جانب الحيّ الذنس. إن المقصود هنا التكفل الجماعي بعلاقة المتوفى مع الحيّ طبقاً لخيال الفئة المعنية: الطقوس، المحظورات، أفعال التوبة، وهذه كلها واجبات حيال الموتى وعقوبات يفرضها الأحياء على أنفسهم من أجل تملقهم. إن هذا التصميم الوظيفي الفائق يبرر الطابع الإجباري البحت لهذه الممارسات. - في الغرب وبحسب التقاليد، يمتد الحداد الاجتماعي في الزمن. إذ يبدأ الحداد مباشرة بعد الوفاة: فيقوم المحدّ بارتداء ملابس مميزة ويغلق الباب على نفسه ويتقيد بمحظورات قاسية. وتتطابق فترة الحداد الكبير مع الشعور الحاد بالخسارة والتقيد الصارم بالقواعد. ثم تأتي فترة الحداد الصغير التي تترافق مع طمأنة الأقارب وتهدئتهم للمحزون الذي يشهد تخفيفاً تدريجياً في الممنوعات وألبسة الحداد. وفي المجتمعات التقليدية، وبخاصة في البلدان الأفريقية، يتجلى رفع الحداد من خلال طقوس العودة إلى الحياة الطبيعية، والمطبقة بخاصة على النساء الأرامل، وهي طقوس جد بارزة وظاهرة للعيان، إذ يجري وداع المتوفى بإقامة وليمة أحياناً ومشاركته بها فوق قبره، وإجراء حمام تطهيري يمثل الخروج من حالة التواطؤ مع الراحل، وارتداء ملابس جديدة والعودة إلى الحياة الطبيعية وإمكانية الزواج من جديد.

- **الحداد البسيكولوجي:** يمثل الحداد البسيكولوجي التجربة الشاقة والمؤلمة الناجمة عن كل ما يسيء إلى وثوبنا الحيوي.

- **خسارة الذات** أولاً مع الشيخوخة: فقدان المرء لشعره وقدراته البدنية والتناسلية وذاكرته وإدراكه وهذا ما ينبغي أن يحزن له ويقيم الحداد عليه. - والأكثر من ذلك أيضاً فقدان الكائن المحبوب الذي يخلق في نفوسنا ضياعاً عميقاً وجرحاً يماثل في معظم الأحيان عملية بتر جزء من ذاتنا. وهنا يتطلب الحداد الحب والمشاركة الوجدانية Aimance. وقد يفرض المجتمع عليّ عند موت شخص من الأقرباء مواقف وطقوساً معينة، إلا أنه لا يستطيع أن يجبرني على الحزن على

فقدانه إذا كان غير مبالٍ بي، أو على الابتهاج لذلك إذا كان ذلك الشخص يكرهني جداً. باختصار، إن الحداد هنا يعبر عن سلسلة من العلاقات والمواقف التي تلي فقدان شخص ما، وبتعبير تجريدي أكثر، فقدان شخص قريب. ومما لا شك فيه أن تجربة الحداد تختلف بحسب نوع العلاقة التي تربطنا بالمتوفى، سواء كانت نرجسية إذا كان الفقيد يلبي قبل كل شيء حاجتنا، أو عدوانية من شأنها أن تثير لدينا، لقاء ذلك، شعوراً ثقیلاً ودائماً بالذنب لاسيما إذا كانت تلك العلاقة العدوانية غير واعية، أو وجدانية تخلق فينا أكثر المؤثرات إيلاماً... إن المفهوم الذي نكوّنه عن الموت والمعتقدات الدينية (أو عدم وجودها) وعمر المتوفى وطبيعة الموت المفاجئ تعدل أشكال الحداد التعبيرية وتلونها العاطفي.

ويخضع الحداد البسيكولوجي، هو أيضاً، لمتطلبات الوقت - إذ يبدأ، كحداد استباقي، خلال فترة الاحتضار بالتزامن مع «عملية الموت» التي تعدّ، على طريقتها، عملية حداد يعيشها المحتضر. - بعد الوفاة، يمرّ الحداد بحصر المعنى، وفي مجراه الطبيعي، بثلاث مراحل رئيسية: المرحلة الأولى تتطابق مع المباشرة الصعبة تقريباً بالحداد بعد الإعلان عن الوفاة، والثانية هي التجربة الأليمة المرتبطة بحقيقة أننا لا نتخلى بسهولة عن وضع شقي سبق وعشناه، وبخاصة إذا كان المتوفى عزيزاً جداً علينا. والمرحلة الأخيرة تضع حدّاً للحداد وتكرّس العودة إلى الحياة الطبيعية. ولكن دعونا نؤكد على الفترات الثلاث التالية: - الصدمة. يتلخص رد الفعل الأولي بحالة صدمة نفسية وبدنية، وبترافق الاضطراب الجسدي (فقدان الشهية والنوم، شعور بالتعب، ضيق في القفص الصدري...) مع ألم شديد. بيد أن فرط نشاط غير منظم يساعد الفرد أيضاً على الهروب من حزنه. وتكشف هذه اللحظة عن تجارب عدة. أولاًها النكران ورفض تصديق وقوع الحدث، كأن يقول المرء «لا يعقل أن يكون قد مات»، وعندئذ يحاول هذا المرء استعادة الشيء المفقود، عن طريق الحلم وأحلام اليقظة والذكريات والمحادثة. ثم أن موت الآخر كجرح نرجسي أمر معترف به، وهو تجربة تحمل في طياتها نكوصاً يتخلله صراخ وبكاء، كما تثير غضباً موجهاً أصلاً ضد المتوفى (وبخاصة إذا كان مات انتحاراً)، ثم يرتد هذا الغضب ضد الموجودين وكل أولئك الذين يساعدون المحزون على تحمل ألمه. - يأتي بعد ذلك الانهيار العصبي. إن هذه الفترة الثانية تتطوي على حالة انهيار ترافقها جملة من الأعراض مثل الأرق والخلفة (فقدان الشهوة للطعام)، الإعراض عن العالم الخارجي، عدم القدرة على الحب، كبت نفسي. فيركز المحزون تفكيره وعلى نحو مؤلم على الموت، ولهذا السبب ينطوي على نفسه، لاسيما وأن العالم الذي يخلو من المعنى يبدو له فارغاً. وكما يشير إلى ذلك بشكل واضح م. هانوس (أشكال الحداد البسيكولوجية، أطروحة في الطب، باريس 1969)، تتجسد هذه المرحلة من الحداد بثلاث سيرورات أساسية. - الشعور بالعداء من العالم الخارجي الكئيب والمشنت التركيز الذي يمنع التجديد الذي يعبر عن ازدواجية

العلاقات الغيرية: لعلنا رغبتنا عن وعي تقريباً موت الآخر، أو أهملناه، أو ليس من المخجل بخاصة أن نحيا بعده؟ ولكن قد يكون ثمة شعور بالذنب بالنسبة للجوار المشتت التفكير المهجور الذي فقد واقعه وتماسكه ومعناه العاطفي. وأخيراً الاستبطان (التعبير بنشاط نفسي): طالما أننا لا نستطيع أن نتحمل مباشرة حقيقة وفاة الكائن الذي نحبه، نعدم إلى إبقائه حياً داخل أنفسنا. إن هذه الأوقات الثلاثة (تشتت التركيز النفسي، الشعور بالذنب، التماثل أو الاندماج) التي تلخص فترة الاكتئاب يعيشها الحزين في عالم وهمي وغير واقعي حافل تقريباً.

- ينتهي الحداد مع إعادة التكيّف، فيبدل المحدّ منزله أو يعيد ترتيبه، ويوافق على الخروج للقاء الأصدقاء. وتتلاشى حالة الاكتئاب: «إن الأنا، وبعد أن تنتهي فترة الحداد، كما يقول فرويد، تجد نفسها حرّة ومن دون أية إعاقة» (حداد وحزن، في نفسانيات نظرية، دار النشر غاليمار، 1952). وهنا يُعتبر المتوفى كشخص غائب (انتصار مبدأ الأمر الواقع على مبدأ الرغبة)، ويغدو منذ تلك اللحظة جزءاً من ذكريات المحدّ ولا يمنعه من العودة إلى ممارسة أموره الحياتية والانفتاح على العالم وعلى الآخرين.

إلا أن حالات الحداد كافة لا تجري على نحو طبيعي، إن بعضاً منها يشوبها التعقيد، وأخرى تغدو مرضية. - إن حالات الحداد التي توصف بالمعقدة كثيرة وبخاصة لدى الأطفال وهم في مرحلة كمون المرض أو لدى الشيوخ. وهذه الحالات من الحداد تقسّي سيرورات الاستيطان والشعور بالذنب أو تشتت التركيز النفسي وتسبب عوارض جسدية (الصداع، فرط التدرق، الوهن، الأرق، الربو، التهاب المستقيم النزفي...) وتعرقل الحداد لفترة من الزمن. - أما حالات الحداد المرضية، فهي تخلّ بقوة بمجرى الحياة العقلية وتشوّه بشكل خطير شخصية الإنسان. وهي تثبت على نحو مفرد ومستمر في بعض فترات التجربة. - النكران مع حالات الحداد الهذيانية والخبيلية والفصامية والذهانية: في هذه الحالات، يظل المتوفى حياً بالنسبة للباقيين على قيد الحياة، وهذه طريقة نظهر فيها خوفنا الخاص من الموت. - أو الاكتئاب الذي يميز حالات الحداد السوداوية: هنا يُعاش الفراق على نحو نرجسي كخسارة لجزء من الذات. أو حالات الحداد الممسوسة حيث يعدّ الألم غير مجدٍ إذ «إن الموت لا أهمية له هنا» فالمتوفى لم تكن له أية قيمة في حياته. - ثم الشعور بالذنب الذي يؤدي إلى حالات الحداد الاستحوادية: هنا يشعر الحيّ بالرعب وبأنه غير جدير، ويغدو عدوانياً بحق نفسه والآخرين: وهذه طريقة مزدوجة للتعبير عن عدائه للميت (ازدواجية). وأخيراً التماثل الذي تعبّر حالات الحداد الهستيرية عن شكله الأكثر مأسوية: إذ يشغل المتوفى كل فكر الحيّ، فيتماثل المحدّ مع الراحل ويعيش مرحلة مرضه وموته ويظن نفسه أنه هو الميت. وهذا يعد أيضاً طريقة لحل الصراع مع ذاته المُسقط على الميت، ومحاولة من جانبه لتهدئة

الشعور بالذنب بتدمير سلطة أخلاقية تعترض الحياة. فتغيب كلياً ردود الفعل، وتظهر ردود فعل مفرطة (كوابيس، حالات رهاب من الأشياء والأماكن المرتبطة بالميت، حالة رعب من احتمال حدوث وفيات أخرى، منها موت المحدث) ردود فعل متأخرة تغدو هي أيضاً أعراضاً ذات دلالات لحالات حداد غير طبيعية ترافقها في معظم الأحيان اضطرابات مرضية بدنية يمكن أن تؤدي - كما يدعي بعضهم على الأقل - إلى حالات تخثر في الأوردة التاجية، وإلى سرطان الدم (لوكيميا) وسرطان الرحم، أو إلى اضطرابات في النظام المناعي فقط. ويقول هـ. واشبرجر (المظاهر الجسدية لحالات الحداد المعقدة، (Rev. Méd. Psychosom 1980,22) إن هذه الاضطرابات التي تطيل إلى الأبد «اللحظة المصيرية للانتقال من الحياة إلى الموت» يمكن أن تؤخر أو حتى تجنب المحدث الألم الذي يعتصره ونتائجه النفسية المرضية.

## II - مستقبل الطقوس

تواجه الطقوس الجنائزية، وبخاصة في العالم الغربي، هجمة الحداثة، وبالمقابل تخفف بعض المبتكرات المتعددة من زوالها التدريجي.

**1- التطور العام -** زوال أو اختصار بعض الممارسات، الخوف من التعبير عن المشاعر والعواطف نحو الميت لصالح الحي، الدور الهام للتقنية والحس بإدارة الأمور، كل ذلك يضيف على الطقس الجنائزي المعاصر أسلوباً جديداً خاصاً، ألا وهو أسلوب نكران الموت.

**- إختصار الطقوس الجنائزية، زوالها وخصختها -** غيرت حياة المدينة، بضرورتها الزمنية والمكانية ومتطلبات الربح والمردودية وضرورة تقليص عدد الأسرة، طقوس الأمس الجنائزية بشكل ملموس. وقد جرى اختصار وتبسيط بعض هذه الطقوس في الولايات المتحدة بخاصة، حيث يكتفي الناس، بعد التخلص بسرعة من الجثة (التي تأخذها السلطات المختصة بعد تحرير شهادة الوفاة، لتحرق ثم يُنثر رمادها) بسهرة تُتلى فيها الصلوات على راحة نفس الفقيد ويحضرها بعض المقربين الحميمين. وأضحت بعض الطقوس الأخرى قديمة مُهملة مثل السهرات والاجتماعات الطويلة حول المحتضر والجثمان، أو جرى منعها بشكل صريح مثل المواكب الجنائزية في وسط المدن، وحتى أنها اعتبرت مكلفة وغير لائقة ومن دون جدوى مثل المأدبات المأتمية. أما بالنسبة لطقوس الدفن، فهي لم تعد تجمع حولها اليوم، باستثناء ما يخص دفن المتوفين من ذوي الشهرة والصيت، سوى جمهور متواضع، وبخاصة إذا كان العجوز قد توفي في الملجأ. إن العوائق المرتبطة بضيق الأمكنة والوقت غير المتوفر لنا (والذي لم يعد يكرس سوى للعمل والراحة والاستجمام) أو الإمكانيات المالية لم تعد تكفي لتبرير هذا التغيير أو التحول. إذ إن هذا التحول يخضع لحاجة أكثر عمقاً: ذلك أن المرحوم الذي كان يحتل بالأمس مركز الطقوس الجنائزية، قد

غاب شخصه في أيامنا هذه لصالح الباقين على قيد الحياة والذين ينبغي حمايتهم من الألم والضيق النفسي وذلك بتنظيم جملة العواطف الاجتماعية. وهذا ما يفسر السبب في نزوع التعازي التي ترافقها المعانقات والبكاء إلى الزوال: إذ يُكتفى اليوم وبدلاً عن ذلك بكتابة كلمة أو التوقيع في سجل موضوع لهذه الغاية في الكنيسة أو المقبرة. إن المثال الأكثر نموذجية بحسب هذا المنظور يظل بالتحديد مثال الحداد. فليست العلامات الاجتماعية (ألبسة الحداد) التي كانت تشير إلى المحدّ لم تعد موجودة فحسب (وكذلك دعوة محلات الصباغة التي كانت تعلن بالأمس عن استعداد هذه المحلات لصباغة الثياب بالأسود خلال 24 ساعة) بل ينبغي على المحدّ أيضاً أن يكفي الآخرين شرّ عدوى آلامه وأن يتألم لوحده بصمت. إن رفض المرء للحداد كان يسقطه بالأمس من حقوقه المدنية فوراً، أما إعلانه عنه في يومنا هذا فيجعله في صف ذوي المرتبات الدنيا والمرضى المعديين والملاجماعيين، وهذا ما يدعو فوراً إلى استدعاء الطبيب النفسي للنظر في حاله!

- **التحول إلى التقنية والاحترافية** - تحت تأثير التقانات المزدهرة وأولوية الربح والمردودية، طغت الاحترافية على الطقوس. لقد سبق وذكرنا أن طقوس الاحتضار كانت معرضة لأن يحتكرها اختصاصيون بالموتاة *Thanatologie*، وبخاصة في الولايات المتحدة. كما أن معالجة الجثث بالحنوط *Thanatopraxie* وتحريق الأموات *Crémation* (أو الترميد) جدّدا المناخ الجنائزي في العالم الغربي الحالي.

- **إن معالجة الجثث بالحنوط** هو حرفة مجموعة من الأفراد المدربين الذين يعرفون أصول بهرجة الجثة وحقتها وترميمها عند الضرورة (في حال تشوه الجثة بسبب إصابتها بجروح أو نتيجة لأمراض الوجه) وحتى إعطائها مظهر شخص خلد إلى النوم مطمئناً وذلك بتمسيدها بالمساحيق وتدليكها، وتجميلها بوساطة بعض الخدع. إن هذه التقنية توفر فائدة مزدوجة. فهي توقف لفترة من الزمن (من أسبوع إلى عدة أشهر) تلف الجثة وظهور العلامات الخارجية له، وهذا ما لا يستطيع أهل الميت احتمالها في معظم الأوقات، مما يسمح للاختصاصيين بالتحنيط بإتمام عملهم من دون تعريض الجثة للخطر، وبالتالي نقلها وعرضها في صالات العزاء، مما يسهل الأمر على أولئك الذين يسهرون على جنّان الراحل، فيحتفظون عنه بذكرى مشرفة تتناسب مع الاحترام الذي يكونه له. إن هذا العمل التقني، وإن كان يبادل عملية التطهير بعلم الصحة، ينتهي هنا إلى نوع من التقديس للجثث الجثة. وعندئذ يكتسي هذا الجنّان طابعاً أكثر وضوحاً و«أكثر حيوية» وأكثر وقاراً. أو يمكن القول بشكل أدق إن الجانب الجذاب للمقدس قد جرى إهماله لصالح الناس الحاضرين: وهكذا لم تعد الجثة التي جرى تحضيرها على هذا النحو تثير الخوف أو الهلع أو الرفض.

- وثمة معلومة حالية، إذ نشهد في الغرب اندفاعاً بيّنة لتحريق الجثة، لكن ذلك يلقى مقاومة وممانعات عدة: مثل ضرورة المثل أمام الله بجسم كامل (لدى المسلمين واليهود)، شعور غامض بالذنب له علاقة بتلف الجثة المتسارع (بين ساعة وساعة ونصف من الزمن) وتضاؤل حجمها (بين كغ واحد وكيلوغرامين من الرماد)، الصور العنيفة التي لا تزال ماثلة في الأذهان عن أفران الحرق النازية، التماثل مع حرق النفايات والقاذورات، ولكن بالإضافة إلى ذلك خسارة صنّاع الرخام، وريبة ضباط الشرطة بسبب استحالة إثبات سبب الوفاة (إذ لا يعود بالإمكان إخراج الجثة من الأرض للحصول على الدليل المطلوب)، وخوف علماء البيئية من زوال التناضح بين الجثة والتربة بعد الدفن، أي التعدن المعقّم من أجل الحياة. وبالمقابل تخضع هذه الممارسة إلى نوعين من الحجج الوجيهة جداً. هناك أولاً أسباب إيجابية، منها التوفير في المكان (ليست ثمة مقارنة بين حجرة المرمدة والمدفن)، ولاسيما في حال نثر الرماد، تكلفة أقل، وبخاصة إذا كان منزل المتوفى قريباً من فرن الحرق ولم يتم شراء تابوت فاخر، وبالطبع الضمانة بحصول كل شيء بحسب القواعد الصحية ولصالح الصحة العامة. ثم إن هناك أسباباً عاطفية: هل ثمة ما هو أفضح من تخيل الكائن العزيز وهو يتعفن داخل القبر؟

- إن هاتين الطريقتين العصريتين (التحنيط وتحريق الأموات) تشكلان تقدماً بقدر علميتهما وفاعليتهما على أساس مشترك وهو رفض رؤية الجثة وهي تتلف أو تتفسخ، ولكن مع فارق كبير: إن التحنيط يحفظ الجثة ويجملها ولكن لزمن محدود، في حين أن الحرق يدمرها وإلى الأبد. إن ما تقتدر إليه هاتان التقنيتان، في الحالة الراهنة للأشياء على الأقل، هو غنى الرمز العاطفي، وهذا ما يضيف عليهما عجزاً نسبياً. إن تحريق الجثة، وبخاصة في الغرب، لا يتعدى الفعل التقني: إدخال الجثة إلى الفرن، صوت الفرن، جمع الرماد، تفتيت العظام التي قاومت الاحتراق وكذلك تسليم صندوق الرماد لأهل المتوفى وما يرافق ذلك من فظاظة. ويبقى ابتكار الطقوس بحصر المعنى تبعاً للعلاقة المحتملة مع رمز النار التي هي حرارة ونور وتطهير ومعرفة..

### - تغيّر الأماكن، الإخفاء، الاختصار

- لقد تغيّرت الأماكن أيضاً، فلم يعد الناس يسهرون حول أمواتهم في منازلهم، ولم تعد المواكب الجنائزية تخترق شوارعنا المزدهمة. وبالمقابل، ظهرت أماكن جديدة، وبخاصة المجمعات الجنائزية التي تشمل كل الفراغات أو الأماكن الخاصة بالطقوس الجنائزية. إذ نجد فيها الآن صالة استقبال، و«مصلّى» متعدد العقائد، ومجنزلاً حيث الجثامين تُعالج وتحفظ في غرف باردة وتعرض في صالات خاصة، ومكان لتحريق الأموات، ومقبرة كلاسيكية، وكذلك مرمدة وحقل ذكريات لنشر

الرماد فوقه، وأخيراً مخازن لبيع النعوش والسلع الجنائزية الأخرى، ومحلاً لبيع الزهور وأحياناً مطعماً ومشرباً. وقد يحصل أحياناً ألا نجد مكاناً لنثر الرماد في الطبيعة. وأخيراً لم يعد احتمال إقامة مقبرة فضائية مجرد أسطورة في الولايات المتحدة الأمريكية(2). - لا يسعنا عند التحدث عن الأمكنة إلا أن نذكر اتجاهين حاليين آخرين: ألا وهما الإخفاء الذي سبق أن جئنا على ذكره، والاختصار أو التبسيط. الإخفاء بحيث تعطي الجثة المعروضة في المجنز انطباعاً بأننا أمام شخص ينام بسلام على غرار الأحياء، وكذلك إخفاء المقابر الحراجية والمقابر الحدائقية أو الطبيعية والمقابر البرجية المعممة التي تسللت إلى مدننا. وأخيراً الإخفاء الذي يمارسه المحذون الذين أقلعوا عن ارتداء الألبسة التي تعلن عن جداهم. أما بالنسبة للاختصار، فقد مسّ الجثة التي تحولت إلى حفنة من الرماد وإلى كتابة منمنمة على المرمدة وإلى شاهدة لم تعد تحمل أحياناً سوى تاريخين واسم، أو مجرد كلمة واحدة: الأب، الأم... وكثيرة هي الإشارات أو العلامات التي تخضع، بشكل إرادي أو لا، إلى مبدأ واحد وهو إجلاء الموت الحقيقي. إذ إن الرجل العصري لم يعد يحتمل الموت إلا بشكل صور تظهر في وسائل الإعلام، والأنكى من ذلك أنه أصبح شراً في تتبع أخباره عبرها.

2- عودة المكبوت - إذا كان صحيحاً القول إن الطقس يؤدي وظيفة علاجية ضرورية لتوازن الأحياء فكرياً، فإن تعليق نشاطه يمكن أن يكون ضاراً ومجحفاً. ولذا نشهد في يومنا هذا حاجة إلى تجديده على الأقل، إن لم نقل إلى ترميمه.

موضوعات متعددة تلخص إما مواقف الكنيسة الرسمية الواردة في «إقامة الجنازات» (ديكلي - مام، 1982) وإما مبادرات بعض رجال الدين وحتى بعض العلمانيين.

- التكفل بالباقيين على قيد الحياة: «سوف يجتهد الكهنة بمشاركة الأقباء الذين هزهم حدث الموت الآمهم، فيقومون بمساعدتهم تدريجياً لمواجهة محنهم من خلال الإيمان» مع الحرص على عدم جرح أولئك الذين لا يؤمنون. إن هذا الاتجاه الذي لا يزال معزراً في الديانة البروتستانتية لا يضع بالتالي الاهتمام بمستقبل الراحل الروحي على رأس الاهتمامات الطقسية. - الشخصية: في أثناء التحضير لإقامة الجنازات «سوف يكون الكهنة منتبهين لشخص كل متوفٍ وظروف موته». والمقصود هنا اقتراح موضوع وساطة أو صلاة لها علاقة بعمل أو شخصية الميت لكي يثبتوا أن كل حياة أو وجود هو مصدر تأمل وتوّد، وهذا يشهد على دوام الكائن. إن هذا التحليل ينطوي على احترام معتقدات المتوفى وعائلته: ولهذا نرى أن بعض الجنازات في الكنيسة لا تأتي على ذكر الله ولا حتى على ذكر الحياة الأبدية، في حين يستطيع غير المؤمنين من الحضور التكلم.. - المشاركة: لم يعد الحاضرون «مشاهدين» سلبيين: «يرجع جزء من المسؤولية إلى أهل وأقارب المتوفى المرتبطين به شكل مباشر. وسيكون ثمة حرص، وفي كل مرة يُتاح فيها ذلك، على

مشاركتهم في اختيار العناصر الخاصة بالجنائز»، حتى أنه سيكون بإمكانهم التدخل في أثناء القداس، وبذلك يستطيع العلمانيون المشاركون في الجنائز ذكر العلاقة التي تربطهم بالمتوفى من خلال هذه الذكرى أو تلك. - عرض رموز الولادة الجديدة - إنه سرّ يسوع الفصحي الذي تحييه الكنيسة بمناسبة جنازات أبنائها «الذين أصبحوا بالمعمودية إخوة يسوع الذي مات وبعث حياً». وهذا يحث على ذكر رمز الولادة الجديدة المرتبط برمز المعمودية والذي يتجلى بالنور والحرارة (الشمعة) اللذين هما ينبوع الحياة والمعرفة، وبالماء (الرش) الذي يطهر، وبالبخور (دخان ورائحته في آن واحد) الذي يذكّر بصعود الروح إلى باربيها، كما أن الصلوات والتراتيل تعبّر على طريقتها عن هذه الولادة الجديدة. - ويظل ممكناً إيجاد حركات معبرة غير دينية: كأن يقوم رجل ما بوضع خمسين بتلة ورد على جثمان زوجته المتوفاة التي كانت تحتفظ بورع كل سنة وطوال نصف قرن من الزمن بالوردة التي كان زوجها يهديها لها بمناسبة عيد زواجهما. أو أن يصنع رجل قالب حلوى ويأكله مع أصدقائه من دون أن ينسى أن يضع حصة زوجته المتوفاة منه في التابوت، أو أن يعمد واحد من زملائنا الكهنة، وخلال إعطاء المرضى الأسرار الأخيرة، إلى استخدام مرهم طري وذو رائحة خاص بالعناية، وليس الزيت المقدس الذي كرسه الأسقف، وذلك كطريقة لإظهار الاتحاد القائم بين علاج الجسد وعلاج الروح. - وتسير الخدمات الخاصة بالموت (إذ لم يعد يقال إدارة شؤون الجنائز) في الاتجاه نفسه أيضاً كما تشير إلى ذلك الدلائل التالية: ازدياد عدد المجازر مع كادها المؤنس جداً ومضيفاتها الأنبيات وموسيقاها الخاصة، مما يجعل الجو العام متبايناً مع ديكور المشرحة الكئيب، إلغاء اللون الأسود واستبداله باللون البنفسجي في السيارات المقفلة التي حلت محل عربات الموتى، واختيار اللون الرمادي لملايس المشرف على الجنائز وحمالي النعوش؛ دور المستشار القريب أحياناً من دور الكاهن والطبيب النفسي، والذي يكون مسؤولاً عن الخدمات الجنائزية وبخاصة في الولايات المتحدة، إذ يرفض هذا المستشار أن يكون تاجر موت ويعتبر وظيفته إنسانية بحتة، وأخيراً الجهود الحميدة التي تبذل بخاصة في فرنسا لشخصنة وإغناء الطقوس وإضفاء رموز جديدة عليها (وقد شكلت لجان خاصة بهذا الخصوص).

وسواء أكان المقصود الكنيسة أم الخدمات الخاصة بالموت، لم يعد الانزياح عن المركز (اللامركزية) لصالح الأحياء الباقين يحث على عملية نزع الطقوس، وأصبح بالأحرى مناسبة لتنظيم طقوس جديدة أكثر إنسانية ولكن أقل روحانية، وهذا ما ستؤكد لنا مساعدة المحدّ.

- مساعدة المحدّ - إن عزلة المحدّ الذي يفنقر إلى مساعدة الآخرين ضارة لتوازنه النفسي. فإذا لم يعد ممكناً العودة إلى ممارسات لا تتوافق كثيراً مع العالم الحالي وكذلك مع تحرير المرأة التي كانت تخضع في الماضي لحالات حداد رهيبية، فإنه ينبغي من أجل حماية التوازن العقلي

لمعاصرنا تصوّر حلول بديلة. إن رفض الانفعال الأليم وتجربة الحداد ينطويان في الحقيقة على خطر «فقدان أرواح» و«تحنيط مرضي للذكريات»، ولهذا السبب تنمو في يومنا هذا حركة تستمد إلهامها بالتأكيد من عملية تطبيب الحداد المعاصر: وهي مساعدة المحدين لكي يتمكنوا في آن واحد من إنجاز وإنجاح عملية الحداد. إن إدارة العزاء في مأوى سانت كريستوفر (لندن) وبفضل طبيب نفسي استشاري ومجموعة من المرشدين الاجتماعيين والمتطوعين المدربين على هذه المعالجة، تتكفل في آن واحد بتجربة المحتضر وتجربة الأقرباء الأحياء وتتابع حالتهم بعد انقضاء الجنازة. فهؤلاء الحزانى لا يتلقون فقط النصح والإرشاد المناسب على الصعيدين المالي والمادي، بل ويستفيدون من مساعدة نفسية كونهم لا يلقون من جوارهم أذنًا صاغية أو توجيهًا مناسباً. إن المقصود من ذلك، كما يشير ر. شيرير و ج. بيو (الحداد، مجلة الطبيب، المجلد 36، الشهر التاسع 1986) دفع المحدّ إلى «التعبير عن حزنه وعن كافة العواطف والمشاعر الناجمة عن الفراغ الذي خلفه المتوفى» وتشجيعه على «كتابة كل الأحاسيس الحالية والقديمة حيال الشخص المتوفى (حنان، غضب، ضغينة، حالات كبت وحرمان)»، والإسهام في «إيجاد نوع من العلاقة الداخلية القابلة للاستمرار مع الفقيد (عملية استبطان) والمساعدة، إن كان ثمة مجال لذلك، في «التعبير عن معاشيات حالات وفاة أخرى حدثت في الماضي» وفي «بناء الأنا، وفي كل الأحوال، إعادة بنائها على نحو موسع بعد فقدان شخص لنجعل منها سيرورة نمو شخصي»، وفي بعض الحالات الموافقة على قطع أو إنهاء الحداد وتسهيل عودة المحدّ إلى ممارسة نشاطه الاجتماعي. ومن المناسب هنا أن نذكر أن بعض العائلات تبتكر اليوم وعلى أثر الفراغ الناجم عن غياب الطقوس الخاصة بانتهاء مرحلة الحداد لقاءات عفوية خلال بعض أعياد ميلاد الفقيد، وفيها يدور الحديث حول مآثر المرحوم ويشاهد الحضور صورته ويستمعون إلى اسطواناته المفضلة وينشدون الأغاني الأثرية لديه، ثم يعود الأصدقاء والأهل المدعوون، بعد أن تناولوا الطعام والشراب إلى منازلهم وقد اطمأنت قلوبهم. وفي واقع الأمر إن الطقس يؤدي دوره المهدئ بفاعلية في خلال أسبوع وعدة أشهر وليس في وقت الجنازة. - إن الحداد هو فترة من الحياة لا بد لكل منا أن يعيشها. ونحن نعلم أنها تنمي شخصية الإنسان وقدراته الخلاقة، ولكن لا شيء أسوأ من فترة حداد فاشلة وناقصة التعبير، وبالتالي فإن من الأهمية بمكان أن يعيشها المرء على أفضل وجه ممكن من أجل راحة المحدين جميعهم. وهكذا تضحو مساعدة الحزين، مثلها مثل مساعدة المحتضر، الشغل الشاغل للفريق المعالج والمحيط العائلي..

## الفصل الثاني: علم الآخرة

### 1 - مذاهب الأمل

لم يكفّ الفكر الإنساني يوماً، وعلى مرّ العصور، عن تصوّر أو وضع مذاهب للإيمان تعينه على تحمّل الموت عن طريق التوجه إلى موطن الخيال. فالمسألة ليست في معرفة الأسس التي تقوم عليها هذه المذاهب بقدر ما هي في فهم الأسباب التي تدفع بالإنسان إلى تبنيها: «إن إيماناً قوياً فقط بخلود الإنسان يسمح له بالخلاص من القلق من شعوره بالذنب المرتبط بالرغبة بموت أفرادٍ من عائلته، وكذلك من الخلاص من انتقامهم منه، ومن القلق من العقاب جراء ذنبه» (ن. إلياس، وحدة المحتضرين، باريس، ش. بورجوا 1987).

لندع جانباً أولئك الذين يعتقدون أن الموت يجلب معه دمار الذات (إلى أي مدى سيصلون بهذا النفي؟) ولننظر على نحوٍ بياني نوعاً ما بوجود أربعة نماذج أساسية: 1- الآخرة القريبة في عالم شبه مماثل لعالم الأحياء مع إمكانات دائمة للقاءات (أحلام، استحواذ، وبخاصة تقمص) وهذا يظهر في الشمانية (عبادة الطبيعة والقوى الخفية) السائدة في آسيا الوسطى وسيبيريا وأمريكا الشمالية، وبخاصة في أفريقيا السوداء. 2- الآخرة من دون عودة في عالم مختلف وبعيد ذي أراضٍ واسعة ذات سلطة مركزية تدعى بلاد ما بين الرافدين القديمة ومصر الفرعونية. 3- موضوع قيامة الجسد الذي أحلّ موضوع الزمن الخطي والجمعي محل الزمن الدوري، وهو معتقد بلغ أوجّه مع الزرادشتية والمزدكية وديانات أهل الكتاب (اليهودية والمسيحية والإسلامية). 4- أخيراً، وفي الحالة الهندية، لم تعد الآخرة تظهر على شكل مكان أو عالم آخر يدخل إليه الإنسان من دون عودة، بل هي تقع بالأحرى في الزمان وتتجلى بسلسلة من الفترات الزمنية التي تفصل بين حالات التقمص المتتالية لروح واحدة. وإن أكثر ما يوضح هذه النقطة نصوص «فيدا» أو «أوبانيشاد» الهندوسية والإيمان بتناسخ الأرواح.

تتمفصل هذه النماذج الأربعة، كما أثبت ذلك جيداً م. هولان في كتابه «وجه الزمن المخفي» حول أربعة مناهج منطقية أساسية. المعضلة الأولى تدفعنا إلى التمييز بين القريب والبعيد: هل الآخرة عالم قريب مماثل لعالمنا أم على العكس من ذلك عالم بعيد ونوع من المنطق الدقيق عن الوصف؟ المعضلة الثانية تعنى بأشكال سكان مملكة الأموات: هل لهم جسد؟ أم إنهم على العكس من ذلك مجرد أرواح؟ المعضلة الثالثة يصعب جداً الإحاطة بها، فهي تضع مقابل

فكرة البداية المطلقة والوحيدة (الحمل أو الولادة) - إذ إن المصير الأخرى محسوم نهائياً في لحظة الموت - موضوع الولادات (والوفيات) المتكررة الشرقي: إن الوجود الحالي ناجم عن وجود سابق ليس بالضرورة إنسانياً ويقود إلى وجود لاحق قد لا يكون أبداً الشكل السابق نفسه. المعضلة الرابعة هي معضلة أخلاقية أو دينية: هل يمكن رفع الظلم في العالم الآخر أم لا؟ إن مجموعات الردود المتناقضة والمتوفرة مع الزمن مشروعة كلها، لكنها غير كافية أيضاً كما يقول السيد هولان، فكل وضع وعكسه يلبيان أمنيات عميقة. ولما كانت هذه الأوضاع وعكسها صحيحة بقدر ما، فهي تتطوي على نحو ما على قدر من الخطأ. فمن الإنصاف بمكان التفكير على سبيل المثال بأن العالم الآخر ينبغي أن يكون نتيجة لحياتنا، كما أن من المناسب الاعتقاد بأن الله العلي القدير لا يمكن له أن يخضع إلى أخلاق ومحاسبة موحدة الشكل جداً أو وحدة المركز.

## II - استمرار الحياة... التجدد

يشهد العصر الذي يعيشه العالم الغربي تحولاً تاماً من جهة علم الآخرة، كما أنه يثير أكثر من سؤال غامض.

**1- أشكال التخلف أو البقاء.** - قليلون هم أولئك الذين يرضون بعملية تصور العدم التام، إذ يظل هناك دائماً بعض الأمل باستمرار الذات التي تسكن معاصرنا، حتى لدى أولئك الذين يدعون الانتماء إلى المادية.

**- حياة لا نهاية لها:** كُنْز هم أولئك الذين لديهم يقين بأن العلوم الحيوية الطبية ستتوصل يوماً ما إلى إيقاف مسيرة الشيخوخة وإلغاء الموت الذي يعدونه مرضاً: لقد ظهرت إلى الوجود في الولايات المتحدة «لجنة لإلغاء الموت»، وتم في فرنسا تأسيس «جمعية الخلود» في العام 1976، وهدفها تشجيع البحوث التي تتيح لكل إنسان حياة دائمة إلى ما لا نهاية. ويُقال، ضمن هذا المنظور، إن علماء بيولوجيين أمريكيين قد نجحوا في تصحيح الخلل في عمل الخلايا Galactosémiques وذلك بـ «تلويثها» بفيروسات حاملة لجينات صحيحة. ويُعتقد في واقع الأمر أن أخطاء الحمض النووي AND مرتبطة بتفاعلات كيميائية طفيلية مع مجمعات ذرات حرة مؤكسدة. وهكذا حين نغذي فئراناً بمضادات أكسدة عضوية، نستطيع بشكل جوهري إطالة مدة حياتها (بعد 20 شهراً، ظلت 75% من الفئران التي خضعت للاختبار على قيد الحياة مقابل 9% من الفئران الأخرى). كذلك تكاثرت خلايا بشرية بمقدار 120 ضعفاً بفضل الفيتامين E الذي يعد مضاداً للأكسدة طبيعياً في حين لم يتجاوز تكاثرها 50 ضعفاً في حالتها الطبيعية. ولذلك فإن من الممكن إعادة حقن الإنسان المتقدم في السن بخلايا سليمة أُخذت منه حين كان شاباً وتم حفظ شيفرتها الوراثية. وهكذا وبفضل هذا البرنامج الصحي يمكن لهذا الإنسان مواصلة العيش إلى ما لا

نهاية ومن دون الحاجة إلى التكاثر. و بانتظار أن يتحقق هذا الأمر، يعتمد بعض الباحثين إلى استخدام الحرارة المنخفضة Cryogénie لحفظ الإنسان المتوفى حديثاً. إذ بعد معالجة معينة في الدقائق الأولى التي تلي وفاة الشخص وتبريده تدريجياً، يُغمر هذا الأخير في كبسولة من الآزوت السائل التي تحفظ جسمه على نحو كامل في درجة حرارة منخفضة جداً، وبناءً على ذلك يأمل الأطباء بأن يتمكنوا ذات يوم من إعادة الأشخاص المتوفين إلى قيد الحياة (وقد نجحوا في ذلك مع بعض الثدييات الصغيرة التي حُفظت لمدة بضعة أيام بدرجة حرارة 30 تحت الصفر) وشفائهم من المرض الذي كان أودى بحياتهم، وإزالة آثار البرد المكثف (196° تحت الصفر) مع احتمال تجديد شبابهم ودمجهم من جديد في النسيج الاجتماعي. ومما لا شك فيه حالياً أن هذه الطريقة لا توفر أي ضمانات فيما يخص إعادة إحياء بعض الأشخاص الذين خضعوا لحالات تبريد طويلة (طوال سنوات وعقود عديدة أو ربما أكثر)، كما لا تزال مجهولة الطريقة التي سيستقبل بها الأهل والأقارب أولئك الذين استعادوا الحياة بعد غياب طويل. وأخيراً تطرح عملية الإحياء والتجديد هذه كثيراً من المشاكل، إذ سوف تكون مكلفة للغاية ولا يقدر عليها، في حال سمح القانون بها، سوى قلة من الأغنياء والميسورين.

- الآثار: يكتفي بعض الناس بالبقاء في هذه الحياة من خلال أبنائهم الذين يحملون وراثياً جزءاً من ذاتهم، ومن خلال تلاميذهم الذين يستمرون في نشر أفكارهم، أو عن طريق إنجازاتهم المادية (المعماريون) والاجتماعية (أصحاب المشاريع) والفكرية (الكتاب، وبخاصة أصحاب المذكرات التاريخية أو الأدبية). إن من يترك وراءه ذكريات لا يموت كلياً. وعلى هذا النحو خلد الإسرائيليون ذكرى ضحايا المحرقة اليهودية حين أقاموا بالقرب من موقع «يودفاشيم» وعلى تلة الذكرى صالة الأسماء حيث جمعوا معلومات شبه كاملة عن ثلاثة ملايين ضحية من ضحايا النازية لتبقى حيّة في ذاكرة شعبها. كما أقيم في مدينة «سالت ليك سيتي» بولاية يوتاه الأمريكية، بناءً تذكاريًا لطائفة «المورمون» يحتوي على عشرات الملايين من البطاقات الخاصة بالمتوفين المورمون، منظمةً ومصنّفةً بحسب الطرق الأكثر حداثة. إن عملية الترسخ في الذاكرة Mémorisation تماثل حياة أخرى حيث يتم بعث الأموات رمزياً وتعميدهم بعد الوفاة لِيُتاح لهم الخلاص والسعادة الأبدية.

- أخيراً يمكن للمعلومات المحفوظة أن تكون على شكل جزيئات عنصرية يطلق عليها ج.-  
ب. شارون اسم إيونات Eons في كتابه «أيها الموت، هذه هي هزيمتك» (دار النشر ألبان ميشيل 1979). إن الفضاء - الزمن الإيوني يخزن كافة معلوماتنا وينظمها ويبرمج وجودنا، وهكذا «تملك روحنا، كما يقول شارون، عناصر روحانية تستمد جذورها من مليارات السنين الموعلة في

الماضي»، وبعد ما نسميه بموتنا الجسدي «تدوم روحنا مع أيوناتنا، وحتى حين يتحول جسدنا إلى غبار، إلى الأبد».

- **البعث والتحوّل:** تكشف العديد من عمليات تقصي الآراء أن الإيمان بالله مستمر ويعاني من عجزٍ خفيف، إلا أن الإيمان بالعالم الآخر يشهد بالمقابل هبوطاً حاداً: إذ لم يعد أحد يقبل بفكرة المطهر والجحيم المرتبطين بالخطيئة والعقاب المرفوضين. كما لم يعد أحد يؤمن بوجود الجنة والقيامة. وبالمقابل، استعاد التقمص شعبيته على نحو مدهش، وبخاصة في الولايات المتحدة. وهو يقوم على فكرة أن وجوداً أو حياة واحدة تمثل تجربة جد محدودة لا تكفي لتعريف المصير الأبدي.

ثمة ثلاث مجموعات على الأقل من الحجج المثيرة، إن لم نقل من الإثباتات، يمكن ذكرها إذاً لصالح التقمص. أولاً الرؤى والذكريات (انطباعات غريبة من نوع «سبق أن رأيت ذلك») التي نستعيدها بخاصة خلال رحلة خارج الجسم أو خلال الأحلام، أو تحت تأثير التنويم المغناطيسي عن طريق وسيط، أو التخاطر، أو عفوياً. المجموعة الثانية تتعلق بسمات التشابه الجسدي أو الفكري مع الشخص السابق إن كان سلفاً أو جِداً بعيداً، وهكذا فإن بعض العلامات التي تظهر على الجسم عند الولادة قد تتطابق مع جروح كانت أودت بحياة الشخص خلال تقمص سابق. كما أن طبيعة بعض حالات الرهاب أو الهوس يمكن أن يكون لها علاقة مع حيوات عاشها هذا الشخص في أوقات سابقة: إذ إن الذي تقمص ثانية بعد أن كان تعرض لحادثة غرق أو طريق يشعر على سبيل المثال بهلع مفاجئ من رؤية الماء أو النار. وأخيراً كيف يسعنا تفسير التطورات المختلفة التي يعيشها توأمان منبثقان من خلية واحدة إن لم تكن تجارب حياة متجسّدة سابقاً؟ إن إقامة الأنا في العالم الآخر يمكن أن تتراوح بين العام الواحد وعدة قرون، وهي تتطابق مع الزمن الضروري لكي يستخلص الشخص الدروس من مجموع التجارب المتراكمة خلال حياته الأخيرة. وهذا يتوقف أيضاً، بالنسبة لكل شخص، على تعطشه الكبير أو الضئيل للتقمص وفرصة إيجاد المناسبة الملائمة له في هذه العائلة أو تلك. وانطلاقاً من ذلك، لا تشغل الحياة الأرضية سوى لحظة قصيرة من مصيرنا، كما أن من الممكن أحياناً أن نقيم علاقة مع ذلك الشخص الذي تركنا ولم يعد بعد. لذا ينبغي ألا نخشى الموت الذي لا يعدو كونه فترة أو محطة بين حياتين، لاسيما وأن الحيوانات المتتالية تضحو مناسبة لتحسين وضعنا. وبالمقابل يمكننا أحياناً عند استعادة أحداث حيواتنا السابقة أن نتخلص من وساوسنا وأن نتوصل من هنا إلى ممارسة المعالجة التقمصية Réincarnothérapie. ولما كان التقمص محسوساً أكثر ومجسداً على نحو مباشر في عالمنا هذا، وكان ضالماً أكثر فأكثر في مصيرنا ومرتبباً بشكل وثيق مع السحر الذي يثيره النموذج الأخروي الشرقي بين معاصرنا، فقد يكون على طريق الحلول محل البعث والقيامة.

2- الغوص في ما فوق المعقول. - في مجال علم الآخرة، نجد أن الحدث الغالب والسائد على نحو مفاجئ على الأقل، إن لم يكن الفريد من نوعه، هو بحق الغوص الذي يقوم به معاصروننا في عالم ما فوق المعقول Le sur-rationnel. - أبحاث في الاتجاهات كافة. - من أجل أن يحقق لنفسه بقاءً على قياسه، لا يتورع الإنسان المعاصر عن استخدام كل الوسائل، فلا يخشى لا الملمغ L'amalgame (الزئبق الممزوج بمعادن أخرى) ولا حتى التلفيقية Syncretisme (التأليف أو التوفيق بين المذاهب المتعارضة). فيجد بسهولة مذاهب كنا حسبنا ضائعة مثل الأرواحية(1) والتبصوفية(2) (حول هذه النقطة يعد كتاب ج. ل. سيمونز «الموت من أجل الولادة من جديد» مرجعاً هاماً) وبخاصة المعتقدات الواردة من أماكن بعيدة مثل الصوفية الشرقية، والزن(3) والتاو(4) وحتى الشمانية... ويستند إلى أنظمة علمية تبدأ من علم التحكم Cybernétique والفيزياء الكمية (الكوانتية) ونظرية المجسمات الوهمية التطبيقية Hologrammes appliqués إلى فيزيولوجية الجهاز العصبي والبيكولوجيا عبر الشخصية Psychologie transpersonnelle(5) والبارابسيكولوجيا Parapsychologie. وهو في طريقه هذا لا يهمل بعض التقنيات مثل «اليوغانيدرا» أو حلم اليقظة، ومقاومة الألم Sophrologie والارتداد المنوم Régression hypnotique والـ Lying أو وضعية الاستسلام الكامل التي تلغي العقد وأعمال المنع والسيطرة والتدقيق، مما يسمح باسترجاع الحيوانات السابقة أو ظروف الولادة من جديد. إن كل هذه المساعي شيقة للغاية لكنها تصيب الشخص بالدوار. وهي تثبت على الأقل أمرين: أولاً الحاجة إلى الإيمان بوجود حياة بعد الموت، أي الحياة الحقيقية، ثم كون هذه الحياة غير معترف بها من قبل الدين بل بوساطة «العلم» والتقانة اللذين أصبحا في نظر أولئك الذين يعتقدون أن الله قد مات مرجعاً أخيراً لهم.

- دلائل الحياة بعد الموت: إنه على وجه الخصوص الاستجداد بعلم الطبيعة وحالات الشعور المتقدمة هو الذي سمح للكثيرين من المعاصرين بالتأكد من أن الحياة الحقة تبدأ مع الموت. - العلم الروحاني وعلم الطبيعة: يعد التقاء العلم الروحاني بعلم الطبيعة ظاهرة طريفة وتلاقياً فلسفياً لم تعودنا عليه العلمية والوضعية. وفي واقع الأمر إن كاتباً مثل ف. كابرأ يؤكد في مؤلفه «طاوية علم الطبيعة» التشابه القائم بين علم الطبيعة الحديث والمفهوم الميتافيزيقي للطاوية، وهذا يثبت بدوره مطامح أولئك الذين يفضلون النموذج الروحاني الشرقي وينضم إلى اكتشافات البيكولوجيا عبر الشخصية، وثمة فكرتان أساسيتان تميزان هذا الوضع: 1- الواقع الذي يتعدى المظاهر الذاتية يظل واحداً بعمق ويبقى الربط الكمي للكون المعطى الأساسي، في حين تكون الأجزاء العاملة على نحو مستقل نسبياً الأشكال الغريبة داخل هذه المجموعة. يقول ف. كابرأ: «إن الوحدة الأساسية للكون ليست فقط الخاصة المركزية في التجربة الروحانية بل هي أحد المبيئات الأكثر أهمية لعلم

الطبيعة الحديث». 2- من أجل إدراك هذا الواقع، يستحيل الاكتفاء بالطرائق والاستراتيجيات المعتادة. فمن خلال التجربة الموضوعية وعمليات العقل المنطقية، يغدو الحدس فوق العقلاني الأداة المثلى للمعرفة. فمثلما يتعذر شرح بنية الذرة بلغتنا اليومية، لا يمكننا أيضاً التكلم عن الخالق والحياة الآخرة إلا بلغة جديدة وملائمة، وهذا ما يفعله بالضبط إ. بريغوجين وإ. ستينجرز حين يتحدثان عن «تحول العلم» و«التحالف الجديد» الذي يعقده هذا التحول بين الإنسان والكون (التحالف الجديد، تحول العلم، دار النشر غاليمار 1979). إن علم الطبيعة يحكم لصالح العلم الروحاني، لا للعلم الروحاني الذي يمارسه الإنسان المسيحي الغربي، بل لذلك الذي يمارسه الرجل الشرقي الذي تُسمى وحدة العالم أو مبدؤه في نظره الطاوية والبرهمانية والحقيقة أو المعرفة.

- من تجارب الحياة خارج الجسم إلى تجارب الحياة على حدود الموت: لقد أضحي الالتجاء إلى تجربة الاحتضار الشغل الشاغل لأولئك الذين يؤمنون بالحياة بعد الموت. ونحن مدينون بشكل خاص للباحث د. لوريمر (لغز الحياة الآخرة) لإعطائنا أفضل حصيلة حول هذه المسألة. إذا ما وضعنا جانباً «الرؤى» التي وصفها مرضى في مراحل حياتهم الأخيرة، فإن ثمة ثلاثة أنواع من التجارب المعاشة التي تكشف عن صحة الحياة الآخرة: 1- تجارب الحياة خارج الجسم حيث يشعر الفرد بعد أن غادر غلافه الجسدي بأنه يتحرك وفق إرادته. 2- التجارب المعاشة على حدود الموت حيث يشعر المريض بفرح وسلام وخفة وخلص من الألم بعد انعتاق ذاته من جسمه. 3- أخيراً أحداث تجربة الموت التي جرى سردها عن طريق وسيط والتي تؤكد التجربة المعاشة على حدود الموت مع فارق وحيد وهو انعدام العودة إلى الحياة. هنا تركز الذات الواعية «على مستوى واقع وإدراك آخر أكثر واقعية على الأرجح من العالم المادي الذي خلفه وراءه». - إن هذه الظواهر تقدم لنا معطيات غنية جداً حول ذاتنا الخاصة، ولكن لا ينبغي أن نضمّنها أكثر مما نستطيع أن نوضح لنا في حدود الموضوعية. أولاً إن مجموع الأفراد الذين عرفوا تجربة النزاع لم يعيشوا هذه الظواهر (6) التي تحدث بخصوصية أيضاً خارج مرحلة الموت، ولا سيما في حالة الهلوسة التي ترافق عملية التحذير وحالات الوعي المنقذة وحين يكون ثمة اضطراب في النشاط الكهربائي للدماغ، مما يخفض على سبيل المثال درجة تمييز الصور الناشئة من الإثارة الميكانيكية للشبكة Phosphènes، وخلال «أحلام اليقظة» أو التجارب التي تُجرى مع المخدر وبخاصة مادة LSD؛ وأخيراً مع عملية الإخضاع العقلي ولاسيما النفسي الحركي التي تمارس في أثناء الطقوس المُسارية..

كما كشفت تحقيقات متعددة عن أن الذين كانوا أكثر قرباً من غيرهم من لحظة الموت المصيرية لم يكن لديهم شيء أكثر يتحدثون عنه. وأخيراً، وبرغم أوجه التشابه بين التجارب المعاشة

على حدود الموت، تظل الصور التي رآها المحتضرون آنئذٍ على صلة وثيقة مع مخزون التصورات والرموز والأفكار المترسبة التي خزنها الشخص، وعلى علاقة مع إطاره الاجتماعي الثقافي. فبفعل إيمان محض إذا نُعمد إلى الانتقال من تجارب الحياة خارج الجسم وعلى حدود الموت إلى واقع العالم الآخر، وذلك على الأقل في الحالة الراهنة لمعرفتنا. إن الدرس الذي ينبغي استخلاصه من كل ما سبق يمكن أن يكون الفرضية المجدية التي اقترحها م. هولان في «وجه الزمن المخفي». فقد لا يكون العالم الآخر سوى «تشويه وتعديل ونقل خيالي لتجربة حقيقية هي تجربة اللاموت». فلو تعدى الإنسان حدود فرديته وذاته الزمنية و«أناه» الصغيرة الثرثرة، أفلا يجد الحاضر الساكن الذي هو الأبدية؟ عندئذٍ «لن تكون الآخرة هناك بل ههنا، ولن تعود تمثل المستقبل بل الحاضر». إن قصص الذين تعرضوا لحوادث أو لحالات غيبوبة واعتبروا في عداد الأموات، والتجارب التي عاشها المحتضرون خلال خروجهم من جسدهم يمكن أن توفر أدلة وبراهين لهذا التفسير. ويؤكد الفكر العلمي التقني معنى فرديتنا ويقويه ويتجاهل بالمقابل التجربة الروحانية: «إنه، وعلى العكس من ذلك، فكر الانفعال السحري وفكر القلق وفقدان التكيّف وانحلال الأنا الوحشي هو الذي يهبنا فرصة مختلصة لعيش التجربة الروحانية». أوليس، من ناحية ما، الأمثلة التي يعطينا إياها، كل على طريقته، الفكر البوذي والتصوف الإسلامي ومسيحية الأستاذ إيكهارت (7)، وباختصار المذاهب الروحانية الكبرى؟ إن الفعل الأساسي في العيش، بالنسبة لهذه المذاهب، يكمن في الموت من أجل «الانتقال إلى العالم الآخر»، شريطة أن ندرك أن الضفة الأخرى «غير موجودة في مكان آخر، بل هنا والآن وبلا بارقة أمل ولا رغبة». ذلك هو وجه الزمن المخفي الذي لا يدركه العقل بل يعاش ككمال. هذا ما علمنا إياه الأمير أندريه الذي أصيب بطلق ناري في معركة أوسترليتز التي ظهرت فجأة ك «رؤيا ذهولية لهذا السلام الذي يفوق الإدراك» (تولستوي، الحرب والسلام).

\*\*\*

## الخاتمة

يظل علم المِوَاة أو عملية تجميع كافة معارفنا حول الموت، وبخاصة في تنوع مشاريعه، علماً تصعب الإحاطة به، لاسيما وأن موضوعه ذو أوجه عدة ويتناول مجالات متنوعة من التحليل. إن الموت الذي له ثوابت يمكن إدراكها على مستوى طبيعته وأشكال حدوثه والمعتقدات والممارسات التي تتعلق بمرحلة ما بعد الموت يشكل اليوم جملة من التجديدات التي تميّز الحضارة الحديثة لكنها تتفاعل ضدها أيضاً. ولا بد أن نذكر بشكل خاص أكثر مكانة العلم والتقانة عند دراسته وسبل معالجته، وجدلية الموت الداخلي النمو (الموت المبرمج) والخارجي المنشأ (الموت المعتدي) المعقدة جداً، والنقاشات الحامية في معظم الأحيان بخصوص الحق في الموت بهدوء وكرامة، والحاجة إلى إعادة التفكير بالطقوس وإيجاد رموز جديدة لها؛ والمكانة المعطاة لظواهر الوعي المعاشة وحالاته المتقدمة وتدخلها في تأسيس علم آخر جديد... كذلك يهدف علم المِوَاة إلى غايات عملية وبخاصة: الضرورة الملحة لإزالة الأوهام المتعلقة بالموت وتعليم الناس كيفية التعايش معه، مما يترتب علينا باكراً واجب تثقيف الأبناء بهذا الاتجاه؛ ضرورة النضال من أجل أن يتمكن جميع الناس، مهما اختلفت أعراقهم وأصولهم، من العيش بكرامة والموت بجدارة؛ إدانة كافة المشاريع والأعمال المميّنة التي يسببها المجتمع الحديث...

إن الموت قبيح وساحر في آن واحد، وبالتالي لا يسعنا أن نظل غير مبالين تجاهه. فهو قبيح لأنه يفرقنا وإلى الأبد عن أولئك الذين نحبهم، ولأن التهديد به يظل الأداة المفضلة في يد السلطات كافة، ولأنه يحيل أجسامنا في نهاية الأمر إلى عفن وفساد. وهو ساحر لأنه يحدد الأحياء (1) ويلهم مجمل أفكارنا وأعمالنا الفنية في حين تشكل دراسته أسهل وسيلة لفهم روح عصرنا وموارد مخيلتنا غير المنتظرة.

وأخيراً لا نخطئ في القول قطعاً إنه إذا كنا نحب الحياة ونكره الموت فذلك لأننا لا نحب الحياة حقاً.

## المراجع

المؤلفات التي تتناول مسألة الموت كثيرة ولا يسعنا هنا إلا أن نورد عدداً محدوداً منها:

### مراجع رئيسية

- Arfel (G.), Problèmes électro-encéphalographiques de la mort, Paris, Masson, 1970.
- Ariès (Ph.), L'homme devant la mort, Paris, Seuil, 1977.
- Images de l'homme devant la mort, Paris, Seuil, 1983.
- Bès (A.) et Géraud (J.), Circulation cérébrale: du physiologique au pathologique, Rueil-Malmaison, Sandoz, 1974.
- Beth (B.), L'accompagnement du mourant en milieu hospitalier, Paris, Doin, 1985.
- Capra (F.), Le Tao de la physique, Paris, Tchou, 1979.
- Ceccaldi (P.-F.) et Durignon (M.), Médecine légale à usage judiciaire, Paris Cujas, 1979.
- Cerutti (F.-R.), L'euthanasie: approche médicale et juridique, Toulouse, Privat, 1987.
- Davidson (F.) et Philippe (A.), Suicide et tentatives de suicide aujourd'hui, Paris, Doin, 1986.
- Dewavrin (P.), Les phénomènes de conscience à l'approche de la mort, thèse de médecine, Paris V, s.d.
- Hamburger (J.), La puissance et la fragilité, Paris, Flammarion, 1972.
- Existe-t-il un système tueur endogène assurant la mort dite naturelle?, in: Médecine/Sciences, 85/1.
- Hulin (M.), La face cachée du temps, Paris, Fayard, 1985.
- Jankélévitch (W.), La mort, Paris, Flammarion, 1977.
- Kastenbaum (R.), La vie après la mort, Paris, Garancière, 1986.
- Kubler-Ross (E.), Les derniers instants de la vie, Genève, Labor et Fides, 1975.

- La Mort, dernière étape de la croissance, Montréal, Ed. Québec-Amérique, 1977.
- La mort et l'enfant, Genève, Ed. Du Tricorne, 1981.
- Lamboy (B.), La mort réconciliée, La Varenne-Saint-Hilaire, Sereyrat, 1989.
- Laplanche (J.), Vie et mort en psychanalyse, Paris, Flammarion, 1970.
- Lefèvre (Ch.), Maître de la Vie: naissance, mort, éthique, Paris, Le Centurion, 1987.
- Lorimer (D.), L'énigme de la survie, Paris, R. Laffont, 1984.
- Menahem (R.), La mort apprivoisée, Paris, Ed. Universitaires, 1973.
- Moody (R.), La Vie après la vie, Paris, R. Laffont, 1977.
- Lumières nouvelles sur la Vie après la vie, Paris, R. Laffont, 1978.
- Morin (E.), L'homme et la mort, Paris, Seuil, 1977.
- M'Uzan (M. de), De l'art à la mort, Paris, Gallimard, 1977.
- Ring (K.), Sur la frontière de la vie, Paris, R. Laffont, 1982.
- Roche (L.), Do (J.-P.) et Daligaud (L.), Médecine légale clinique, Paris, Masson, 1985.
- Ruffié (J.), Le sexe et la mort, Paris, O. Jacob/Seuil, 1986.
- Sabom (M.), Recollection of Death, a medical investigation, New York, Harper and Row, 1982.
- Saunders (C.) et Baines (M.), La vie aidant la mort, Paris, Medsi, 1986.
- Sebag-Lanoé (R.), Mourir accompagné, Paris, Desclée de Brouwer, 1986.
- Siemons (J.-L.), Mourir pour renaître, Paris, A. Michel, 1982.
- Schwartzberg (L.), Requiem pour la vie, Paris, Le Pré-au-Clercs, 1985.
- Thomas (L.-V.), Cinq essais sur la mort africaine, Dakar, Fac. de lettres, 1968.
- Anthropologie de la Mort, Paris, Payot, 1975.
- Mort et Pouvoir, Paris, Payot, 1978.
- Civilisation et Divagations, Paris, Payot, 1979.
- Le cadavre, Bruxelles, Complexe, 1980.

- La mort africaine, Paris, Payot, 1982.
- Fantômes au quotidien, Paris, Libr. Des Méridiens, 1984.
- Rites de mort pour la paix des vivants, Paris, Fayard, 1985.
- La mort aujourd'hui, Paris, Ed. Du Titre, 1988.
- La mort en question (traces de mort, mort des traces), Paris, Ed. L'Harmattan (NEA), décembre 1991, 534 p.
- Mélanges thématiques, Paris, Ed. L'Harmattan (NEA), septembre 1993, 259 p.
- Urbain (J.-D.), La société de conservation, Paris, Payot, 1975.
- L'archipel des morts, Paris, Plon, 1989.
- Verspieren (P.), Face à celui qui meurt, Paris, Desclée de Brouwer, 1984.
- Vovelle (M.), La mort et l'Occident, de 1300 à nos jours, Paris, Gallimard, 1983.
- Ziegler (J.), Les vivants et la mort. Essai de sociologie, Paris, Seuil, 1975.

#### مراجع جماعية

- Mort et présence, Bruxelles, Lumen Vitae, 1971.
- Les hommes et la mort. Rituels funéraires à travers le monde, Paris, Le Sycomore, 1976.
- La mort, un terme ou un commercement, Paris, Fayard, 1982.
- Vers Dieu en fête. Célébration de la mort, Paris, Desclée de Brouwer, 1982.
- En face de la mort, Toulouse, Privat, 1983.
- Survivre. La religion et la mort, Bellarmin-Laval (Québec), 1985.
- Partir. L'accompagnement des mourants, Paris, Cerf, 1986.
- Le coma. Société de Réanimation de Langue française, Paris, Expansion scientifique française, 1986.
- De l'éthique à la bio-éthique, Québec, G. Morin, Chicoutimi, 1986.
- La pulsion de mort, Paris, PUF, 1986.

## مرجع نشر بعد وفاة مؤلفه

- Prétentaine, n° 6/7. Anthropologie de l'ailleurs. Présence de L. V. Thomas, Montpellier, IRSA, 1997, 310 p.

## مجلات وإصدارات خاصة

- Bulletin de la Société de Thanatologie, Paris, depuis 1966, trimestriel.
- Traverses: «Lieux et objets de la mort», 1, 1975, Paris.
- Concilium: «Suicide et droit à la mort», 199, 1985, Paris, Beauchesne.
- Actions et Recherches sociales: «Mourir aujourd'hui», n° 3, 1985, Paris, Eres, I.
- Autrement: «La mort à vivre», n° 87, févr. 1987, Paris.

## إصدارات بعض المؤسسات والمعاهد الفرنسية:

- l'INSERM, notamment Statistiques des causes médicales de décès, 1979, publié en 1985;
- l'INSEE, spécialement dans le cadre de ses «Collections»: La mortalité des adultes, num. de sept. 1984; et la revue Economie et Statistiques, n° 198 de 1987;
- l'INED, particulièrement le n° 4-5 (1985) de la revue Population.

---

(1) القسم الأكبر من الكتب والمؤلفات الواردة في النص جاء ذكره في إطار المراجع التي استعان بها لويس . فانسان توماس.

(\*) توفي لويس - فانسان توماس على نحو مفاجئ في 22 كانون الثاني من العام 1994، تاركاً وراءه عدداً كبيراً من المخطوطات، بعضها قيد النشر وبعضها الآخر غير مكتمل. وثمة جمعية دولية متخصصة بالأنثروبولوجيا تحاول نشرها.

(1) «تصل النجوم الصغيرة والنجوم المتوسطة إلى قمة فرع النجوم العملاقة اللاعرضي، ولا تتوصل إلى إشعال الكربون، فتقذف بغلافها وتتحول إلى نجوم قزمية بيضاء. أما النجوم ذات الست إلى سبع كتل شمسية، فهي لا تطلق احتراق النيون وتتفجر بسبب اجتذاب الإلكترونات. في حين أن النجوم الضخمة التي لديها في أثناء تشكلها أقل من 60 كتلة شمسية فتنتج حديداً يتفكك ويؤدي إلى انفجار النجمة. أما النجوم الأكثر ضخامة فتواجه عدم استقرار بعد احتراق الهيليوم وتتفجر بسبب تشكل أزواج» (ك. دوم «حياة النجوم» موناكو، دار النشر Le Rocher، 1986).

(2) إذا كان الإنسان حيواناً فهو أيضاً حقيقة فيزيائية ونظام طاقيّ وجسم، آلة. والحال أن الموت «موجود في الكون الفيزيائي الذي يرصده العلم على شكل مجانسة، وفي طريقتنا البيولوجية على شكل استهلاك ومورد محدود من الطاقة والتغاير، ما يجعل النظام الحيوي يسقط في النظام الفيزيائي» (س. لويسكو «الحلم والرياضيات والموت» ش. بوجوا 1971).

(1) عندما يتوقف القلب، يكف الدماغ عن العمل بسبب نقص الأوكسجين. ومن دون عمل الجذع الدماغي ينقطع التنفس، وهذا يؤدي أيضاً إلى توقف نشاط الدماغ. وحين يعجز هذا الأخير بسبب إصابات أولية (ارتجاج دماغي، نزيف في المخ) أو نقص ثانوي في الأوكسجين Hypoxie يتوقف التنفس على نحوٍ شبه فوري. وعند الضرورة، تحرّض التهوية الاصطناعية ضربات القلب وتوصل الأوكسجين إلى أعضاء الجسم الأخرى؛ إلا أن هذا لا يمنع من استمرار الانحلال الذاتي للدماغ على نحوٍ يتعذر درءه.

(2) في فرنسا، ومن أصل 7515000 شخص تجاوزوا الخامسة والستين من العمر في العام 1982، بلغت نسبة المصابين بالخرف الشيخوخي 4% لدى الكبار التي تقل أعمارهم عن 75 عاماً و15% لدى الذين تجاوزوا الخامسة والثمانين. ويبلغ عدد المصابين بمرض الزهايمر مليوني شخص في الولايات المتحدة.

(3) من أجل مزيد من المعلومات، راجع كتابنا «الجنّة».

(4) من أجل مزيد من المعلومات، راجع كتابنا «الجنّة».

(5) تتعلق تجربة الحياة عند حدود الموت Near Death experience بأشخاص تعرضوا لحالة عوز الأوكسجين (نقص كمية الأوكسجين في الدم) حاولوا خلالها مواجهة أشكال القلق والحصص النفسي، وخیل إليهم أنهم ماتوا، كما يؤكد بعضهم.

(6) مع فارقين اثنين وهما أن الإنسان يستيقظ من النوم بسهولة وأن المخ يستهلك في خلاله كمية من الأوكسجين أكبر بكثير مما يستهلك في حالة الغيبوبة.

(7) «إذا حدث ذات يوم وانتقلت المعطيات المثبتة الآن تقريباً لجهة الكائنات الدنيا إلى الإنسان، وإذا كانت المواد المسماة مواد منبهة للكريات البيضاء stimulines قادرة على تحويل خلايا غير متميزة إلى خلايا دماغية، وإذا ما استوطنت هذه الخلايا الجديدة من جديد دماغاً مهجوراً، عندئذٍ ينشط هذا الدماغ ووظائفه، وتعود الحياة إليه. وهنا ينبغي على الأكاديميات واللجان والخبراء والمشرعين والوزراء اقتراح تعريف جديد للموت» (ج. برنارد «عظمة وإجراءات الطب»، باريس، دار النشر «بوشيه . شاتيل» 1977).

(8) وهذا يمكن أن يفسّر التفاوت في طول أعمار الكائنات الحية: من 24 إلى 48 ساعة بالنسبة للذباب، من 90 إلى 110 سنوات بالنسبة للإنسان، وعدة قرون بالنسبة لبعض السلاحف والسكوا (جنس أشجار حرجية)، في حين لا يدفع شيء إلى الاعتقاد بوجود فروق كبيرة بحسب الأنواع فيما يتعلق بمدّة الزراعات الخلية في بيئة مصطنعة (ج. هامبورغر).

(9) ويحدد الكاتب نفسه فكرته هذه على نحو أوسع قائلاً: «إذا كان الانتقاء فرض بشكل شبه شامل ابتداءً من مستوى ما من التنظيم، فذلك لأن هذه الظاهرة تنطوي على فائدة برغم المظاهر. إن التكاثر الجنسي لا يفتأ يخلق أنواعاً جديدة ذات أصل وراثي فريد، إلا أن هذه الأنواع لا تستطيع نشر توافيقها (وبخاصة الأفضل إعداداً)، إلا إذا أخلت لها الأنواع القديمة مكانها. ولا بد أن تخلي الجديدة مكانها يوماً ما لأنواع قادمة».

(10) م. د. جيرميك «تاريخ الإيدز» باريس، دار النشر «بايو» 1989.

(11) ر. ساباتييه «الإيدز، الوباء العنصري» باريس، دار النشر هارماتان 1989.

(12) إذا كان الفيروس HIV2 على الأرجح من أصل قروي، فإن ذلك غير مثبت بشأن الفيروس HIV1. ينبغي التأكيد على حقيقة أن فيروسي الإيدز البشريين لا يمكن أن يتحدد أحدهما من الآخر، لكنهما ظهرا على نحو متوازيين.

إن بروز فيروسات فتاكة وهجمة الوباء يعود سببهما بشكل أساسي إلى التقلبات الاجتماعية التي يشهدها عصرنا (ميركو د. جيرميك، أساطير الأصول، في كتاب «الإيدز»، ملف ليبراسيون 3 رقم 689).

(13) أظهرت دراسة حول 133 مثلياً أمريكياً (صحيفة «لوكونتيديان دو ميدسان» إصدار الأول من حزيران 1989، أن 23% منهم يعانون من مرض كامن على الرغم من أنهم غير ناقلين للفيروس، حيث تم عزل فيروس HIV1 من العينات الدموية. وقد ظلت الغالبية العظمى من هؤلاء المثليين غير ناقلية للفيروس حتى 36 شهراً من تاريخ إثبات إيجابية الزرع الحموي. وقد غدت أقلية ضئيلة منهم ناقلة للفيروس في مدة تتراوح بين 11 و17 شهراً. وهذه الحالة يمكن تسميتها بالإيدز الصامتة.

(14) بحسب إحصائيات منظمة الصحة العالمية هناك 172143 حالة إيدز عبر العالم.. وهذا يعد دلالة غير دقيقة إذ إن عدداً كبيراً من الدول تخفي حقيقة إحصائياتها أو لا تجري أي إحصاء حول ذلك. لنذكر أيضاً بعض الأرقام: الولايات المتحدة: 100 ألف حالة إيدز. البرازيل 7 آلاف حالة. كندا: 3 آلاف. المكسيك: 2300 حالة. هايتي: 2000 حالة. وتأتي فرنسا في مقدمة البلدان الأوروبية بـ 6409 حالات، ثم إيطاليا: 4158 حالة. ألمانيا الاتحادية: 3497 حالة. إسبانيا: 2781 حالة وأخيراً بريطانيا: 2372 حالة.

(15) إ. كويلر. روس «الإيدز، تحدٍ للمجتمع» باريس Inter – Editions 1988.

(16) من أجل إبقائهم في ذاكرة المجتمع أو لكي لا يطويهم النسيان، قامت بعض الجمعيات، وبخاصة في مدينة سان فرانسيسكو، بصنع لوحة ضخمة من القماش حملت صور ضحايا مرض الإيدز وأسماءهم، وقد كُتبت تحتها عبارات مؤثرة وشاعرية. وفي تشرين الأول من العام 1989، عُرض أمام البيت الأبيض بواشنطن ما يقرب من 10 آلاف لوحة من هذا النوع، وهذا مثال جيد للتذكير بضحايا الإيدز اقتدت به فرنسا.

(1) الكلام هنا يصدد الموت الوشيك الوقوع.

(2) هذا هو حال هذا القس الذي يتحدث ببرود عن الخلود أمام امرأة شابة مصابة بالسرطان. وقد قطعت هذه المريضة عليه حديثه لتقول له إنها تحبه، مما دفعه إلى الهروب منها وهو مذهول. وقد أوردت جانيس مورتون هذا المثال الذي استعان به أيضاً المحلل النفسي دو موزان.

(3) تقوم على تصور تخيلي خادع من حلم أو هلوسة.

(4) ينبغي أن نتذكر هنا أسطورة معبّرة كان حدثنا عنها أفلاطون في «الكتاب العاشر للجمهورية»، إنها قصة جندي جال في بلاد الأموات وعاد منها، وتحدث عن حالات الانفصال عن الجسد، وعن كائنات غريبة ورؤى بانورامية...

(1) على الصعيد العالمي، سيصل عدد المسنين الذين تجاوزوا الستين عاماً 590 مليوناً في العام 2000 مقابل 346 مليوناً في العام 1975، وسوف يصل هذا العدد إلى 1121 مليوناً في العام 2025.

(2) تبلغ الكلفة الدنيا للرعاية الصحية في اليوم 215 فرنكاً، ويتقاضى المشرف على المريض في المنزل 9000 فرنك شهرياً (في النهار) و9612 فرنكاً (في الليل).

(3) حالات عدم المساواة موجودة أيضاً بين المدن حيث يعيش المرء حياة أطول (وبخاصة في المدن الكبيرة) والأرياف، أو بين المناطق. فمناطق الشمال و«بادوكاليه» في فرنسا تعد مناطق فقيرة بالنسبة لمنطقة باريس.

(1) يعني القتل الرحيم EUTHANASIE بحسب علم الاشتقاق الموت الهادئ الطبيعي. وقد أضفي عليه الطابع الطبي وأضحى ينطوي على التدخل الإرادي من جانب الإنسان. أما بالنسبة للقتل الاقتصادي الرحيم والقتل النسالي الرحيم، فهما يعدان من الجرائم ويستوجبان العقاب.

(2) يميز القانون الجزائري في فرنسا بين القتل الرحيم الفعال (البادرة القاتلة) والسلبى (رفض أو تعليق المعالجة). إن محكمة الجنايات تبرر القتل الرحيم الفعال، في حين تعتبر محكمة الجرح القتل الرحيم السلبى مجرد جنحة تعمد مقترفها عدم مساعدة شخص في

خطر (الفقرتان الأولى والثانية من المادة 63 من القانون الجزائري). إلا أن هذا التمييز لا يصمد عند تحديد نوع القتل الرحيم: إذ ما جدوى فتح أو إغلاق الصنوبر إذا كان الموت آتياً لا محالة، بشكل مباشر أو غير مباشر، في أعقاب هذه المبادرة.

(3) إن للموت حقوقه: أي أن نعترف بحق المتوفين في التخلّف (التعشير بعد الموت، الحفظ قبل الحياة الجديدة)، وكذلك بحق الأحياء في القتل (الإجهاض، الدفاع الشرعي عن النفس، الحرب) أو في الانتحار، من دون أن نغفل حقوق الأموات على الأحياء (احترام رغباتهم الأخيرة، وذكرهم وقبورهم).

(4) يسهم الموت في إعطاء معنى للحياة: أي حين نكون مستعدين للتضحية بحياتنا من أجل قضية عادلة (لشهادة قيمة على الدوام) أو حين ننشد الموت بأنفسنا هرباً من القذارة واحتراماً للحياة (بيد أن الانتحار والقتل الرحيم أمران مدانان دائماً).

(5) وهي في الميثولوجيا اليونانية ابنة أوديب وجوكاستا، وقد عمدت إلى دفن أخيها برغم أوامر الملك كريون، فحكم عليها بالموت. وهي مشهورة بدفاعها عن القوانين غير المدونة والخاصة بالواجب الأخلاقي والعائلي والديني (المترجم).

(1) ينبغي أن نذكر هنا كافة الإجراءات الإدارية: إخطار البلدية بالوفاة، شهادة إخراج الجثة من المستشفى والسماح بنقلها، الحصول على إذن بالدفن أو بالحرق أو حتى بالاحتفاظ بالجثة (التحنيط)، صكوك موثقة من أجل شراء قطعة أرض للقبر أو لحصر الإرث.

(1) وعلى العكس من ذلك، يعدّ رفض إقامة الجنازة دائماً كعلامة جحود وخيانة، وهذا أسوأ العقوبات التي يمكن أن نخص بها «الأموات الأشرار».

(2) إن شركة هيوستون للخدمات الفضائية مخوّلة رسمياً بإطلاق صاروخ إلى الفضاء وعلى ارتفاع 3000 كم يحتوي على 1330 كبسولة من الرماد البشري. وهكذا يجد المتوفى نفسه ولقاء 39 ألف فرنك، في الفضاء الخارجي ليبدأ بالدوران حول الأرض طوال 63 مليون سنة!

(1) الأرواحية Spiritisme نظرية تقول إن الأرواح حاضرة مع أنها غير منظورة ويمكنها الاتصال بالأحياء بفضل الوسيط. (م).

(2) التيوصوفية Théosophie نظرية إشراقية دينية موضوعها الاتحاد مع الله. (م).

(3) الزن: التأمل للوصول إلى الجمال وهو مذهب تميزت به فرقة بوذية أسهمت في تطوير الفنون اليابانية. (م).

(4) التاو أو الطاوية: فلسفة دينية مبنية على تعاليم لاوتسو الصيني (م).

(5) نهج يرمي إلى الجمع بين الروحانية الأصلية والعلم (م).

(6) نورد هنا مثلاً من بين كثير من الأمثلة الأخرى: من أصل 102 من المرضى الذين عاشوا تجربة الاحتضار وعادوا إلى الحياة والذين حاورهم ك. كينغ، شعر 60% منهم بسلام لا يوصف، وعاش 37% منهم حالة الخروج من الجسم، وشاهد 26% منهم صوراً بانورامية، وتذكر 23% منهم تجربة الدخول إلى النفق المظلم، وظل 16% منهم تحت سحر النور الأسر، بينما التقى 8% منهم فقط بأهلهم (على حدود الموت).

(7) إيكهارت فون هوشايم (1260-1327) روحاني ولاهوتي وفيلسوف دومينيكاني.

(1) لقد ورد جاء في كتاب كوبلر - روس «الموت هو شمس جديدة» (دار النشر لو روشيه 1988) أن الموت هو بعث وحياء.