المحاضرة 2: المرونة النفسية والأزمات

إن الأزمات التي تحدث بعد الكوارث الطبيعية هي قضايا حقيقية وخطيرة يمكن أن تسبب اكتئابا شديدا. والأزمة هي حالة يتحول فيها مسار سلس بصورة مفاجئة إلى حالة من الانهيار ذات عواقب سلبية وخطيرة. فالكوارث الطبيعية تحدث أزمات، والأزمات تحدث صدمات. وتعد المرونة النفسية (Resilience) الطريقة الأكثر فعالية للتعامل مع الكوارث الطبيعية والصدمات التي تليها، ويمكن النظر إلى المرونة على أنها القدرة على التكيف مع الظروف السلبية الناجمة عن العوامل الخارجية التي تحدث الأزمة في إطار إدارة الكوارث، وتكتسب ظاهرة المرونة أهمية لكل من الفرد والمجتمع في المجتمعات التي تتعرض لكوارث طبيعية كبرى، مثل الزلازل. غير أن هذا التعريف للمرونة النفسية يشير إلى مقاربة تترك الفرد بمفرده في مواجهة الكارثة والأزمة والصدمة، من خلال إلقاء مسؤولية كبيرة على عاتق الفرد.

ومع ذلك، ينبغي ألا يترك الأفراد الذين تعرضوا للكوارث الطبيعية بمفردهم، بل ينبغي تعبئة جميع الإمكانات المتاحة لمساعدتهم. فالتعرض السلبي للجروح التي تحدثها الكوارث الطبيعية يؤدي إلى إنهاك كل من الفرد والمجتمع.

في مجال علم النفس، جرى التأكيد على المرونة النفسية في الدراسات التي تناولت الأفراد والأطفال المعرضين لخطر الإصابة بالاضطرابات النفسية المرضية بعد الحرب العالمية الثانية. وبعد هذه الدراسات، ظهر اتجاه نحو النظر إلى المرونة النفسية باعتبارها سمة فردية، أو عملية، أو نتيجة.

وتعرف المرونة النفسية بأنها القدرة على التعامل مع الصعوبات النفسية، وتحمل القيود المفروضة على الحياة، وعدم فقدان الرغبة في الحياة في مواجهة أحداث الحياة السلبية مثل الصدمة والموت والفقدان، وعدم فقدان التوازن النفسي رغم جميع الظروف السلبية، وعدم فقدان القدرة على التكيف بغض النظر عن الظروف.

ومن المتوقع عموما من علم النفس أن يشفي هذه الجروح بالعصا السحرية التي يفترض تقريبا أنه يمتلكها، غير أن العلم لم يجد مثل هذه الطريقة حتى الآن، ومن المناسب النظر فيما

يستطيع علم النفس القيام به ضمن حدوده لجعل المرونة النفسية قابلة للتحقق، ولا سيما في مرحلة ما بعد الأزمة.

تؤدي الأزمة إلى الصدمة، وتؤدي الصدمة إلى الفقدان، والقلق، والخوف، وعمليات الحداد، والقلق والخوف انفعالات شائعة يشعر بها البشر، ويعد التعامل مع القلق والخوف حجر الزاوية في النفس البشرية، والحزن الذي يعقب الفقدان عملية تحتاج إلى أن يتم تناولها وتحليلها وتنظيمها، ويبدأ الفقدان والحزن الذي يعقب الفقدان بوصفهما عملية لتجاوز الذات، يتعين على الفرد إدارتها بمفرده. لكنه لا ينتهي دائما، ولا يمكن التعامل معه. في أعقاب الكوارث، قد يستغرق الأمر وقتا طويلا حتى تحل الأزمة، وتخفض آثار الصدمة، ويستعاد التوازن النفسي، ويصبح العالم الخارجي متوافقا مع القواعد، وتصبح البيئة المعتادة والبيئة الاجتماعية عادية ومشروعة. ولا شك أن البنى المعرفية والظروف البيئية التي تدعم تكون السلوك الاجتماعي هي عناصر لا غنى عنها للروحانية. ومع ذلك، قد تتطلب استعادة خسائر الروحانية الفردية جهدا أكبر.

يمكن النظر إلى الإسعاف النفسي الأولي (PFA) بوصفه شكلا من أشكال التدخل النفسي في الأزمات، صمم لتعزيز القدرة على الصمود، وقد ظهرت تقنيات التدخل في الأزمات خلال الحرب العالمية الأولى نتيجة مباشرة لفشل التدخلات العلاجية النفسية التقليدية في تعزيز القدرة على الصمود لدى الجنود الموجودين في الخطوط الأمامية، وقد جرى تطبيق تقنيات للتدخل في الأزمات صممت من أجل استقرار استجابات الضغط النفسي، والتخفيف من الضيق الحاد، وتعزيز التوجه نحو المستقبل، وتبين أنها كانت أكثر فاعلية من التدخلات التقليدية الأكثر شيوعا في ذلك الوقت.

وكان أول ذكر جدير بالملاحظة للإسعاف النفسي الأولي (PFA)، بحد ذاته، بوصفه وسيلة لتعزيز الصمود الإنساني، في سياق منهج دراسي طور عام 1944 لصالح البحرية التجارية للولايات المتحدة خلال الحرب العالمية الثانية، وقد قدمت الورقة في الاجتماع المئوي للجمعية

الأمريكية للطب النفسي في فيلادلفيا، في الفترة من 15 إلى 18 مايو 1944، ونشرت ورقة البحرية التجارية لاحقًا في American Journal of Psychiatry.

وقد أشار المؤلفون إلى أن: «دورتنا المقترحة في الإسعاف النفسي الأولي والوقاية ... تهدف إلى المساعدة في الوقاية من تطور حالات سوء التكيف والأعراض العصابية، والمساعدة في التعامل مع توترات الأشخاص ومشكلاتهم الشخصية» (ص. 631). وقد وضع المنهج انطلاقا من الاعتراف بأن الضيق النفسي على متن السفن كان عامل خطر مهما لسوء الأداء ولتطور الإصابات النفسية في البحر، ولا سيما خلال زمن الحرب. وبعد هذا العمل الرائد، توسعت الجذور النظرية للإسعاف النفسي الأولي عندما أكد Thorne (1952) أن هناك إمكانية للتخفيف من الآثار النفسية السلبية المزمنة من خلال التعرف السريع على الضيق النفسي الحاد الراهن والتدخل المناسب بشأنه. وفي عام 1954، نشرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي دراسة أحادية الموضوع تدافع عن مبادئ الإسعاف النفسي الأولي وممارسته وتصفهما بوصفهما وسيلة لتعزيز القدرة على الصمود في أعقاب الشدائد (American Psychiatric Association, 1954).

وقد جادلت الطبيبة النفسية الأسترالية Beverly Raphael (1986) بأنه في أعقاب الكارثة يمكن لما يصل إلى 25% من السكان المتضررين أن يستفيدوا من الإسعاف النفسي الأولي، غير أن الأوصاف التكتيكية للإسعاف النفسي الأولي كانت تفتقر إلى التفصيل. وقد قدم Everly وFlynn (2006) في البداية تصورا لمنهج يتعلق بالتطبيق التكتيكي للإسعاف النفسي الأولي، إلا أن التوصيات كانت مستنيرة بالأدلة بدلا من أن تكون قائمة على الأدلة. وربما انعكاسا للاعتراف بأن الإرشاد التقليدي في أعقاب الكوارث والإرهاب والمحن ذات الصلة كان غير كاف، وهي فكرة أكدها Boscarino وAdams وFigley (2005, 2011)، فقد أوصى كل من الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر (2003)، ومنظمة الصحة العالمية (2003)، واللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات التابعة للأمم المتحدة (2007) بشكل من أشكال الإسعاف النفسي الأولي. وتأكيدا على الأهمية الاستراتيجية لهذه التوصيات، تجدر الإشارة إلى أنها قدمت في غياب دعم قائم على الأدلة.

وفي عام 2000، أنشأ كل من مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها (CDC) ورابطة مدارس الصحة العامة (ASPH) مراكز التأهب للصحة العامة (CPHP) لتثقيف وتدريب القوى العاملة في مجال الصحة العامة على الاستعداد والاستجابة للكوارث التي قد تهدد الصحة العامة ورفاهية الولايات المتحدة. وفي عام 2004، وجهت CDC وASPH أعضاء شبكة CPHP إلى إنشاء مجموعة نموذجية للتأهب للصحة النفسية والنفسي–الاجتماعي التابعة لـ CPHP، من أجل معالجة الجوانب المتعلقة بالصحة النفسية للإرهاب والكوارث واسعة النطاق. وكانت إحدى التوصيات التي قدمتها مجموعة CPHP النموذجية للتأهب للصحة النفسية والنفسي–الاجتماعي لمزيد من التطوير هي إنشاء قائمة بالكفاءات الأساسية في مجال الصحة النفسية أثناء الكوارث. وتمثلت إحدى نتائج هذه المبادرة في وثيقة توافقية تتضمن مجموعة من التوصيات المتعلقة بالكفاءات الأساسية في مجال الصحة النفسية أثناء الكوارث. ويمكن استنتاج توصيات مماثلة من Hobfoll et al. (2007). وقد أكدت مبادرة ممولة من CDC التوصيات السابقة، وأعادت صياغة هذه التوصيات في إطار استرشادي جديد. وكان من النتائج الطبيعية المترتبة على هذه الكفاءات الموصى بها تطوير نموذج تكتيكي للإسعاف النفسي الأولي والتحقق من صحته. وتحت إشراف مركز جونز هوبكنز للتأهب للصحة العامة، تم إنشاء نموذج RAPID للإسعاف النفسي الأولي في جامعة جونز هوبكنز باستخدام توصيات توافقية لبناء المحتوى، في حين تم التحقق من صحة النموذج ومشتقاته من خلال التحقق من صحة المحتوى والتطبيق السريري. وقد أجري استقصاء لاحق لقابلية التطبيق في العالم الواقعي من خلال إجراء مسح شمل المشاركين السابقين في تدريب RAPID-PFA. تبين أن RAPID-PFA قادر على إحداث تأثير في العالم الواقعي، وقد أجري المسح باستخدام عناوين البريد الإلكتروني المتاحة للأشخاص الذين سجلوا في RAPID-PFA خلال الفترة من أكتوبر 2010 إلى أبريل 2013، وقد تم تلقي آخر استجابة في 29 أبريل 2013. وتشير النتائج إلى أن 76% و77% من المشاركين وافقوا بشدة على أنهم مستعدون لتقديم الإسعاف النفسي الأولي في الكوارث/حالات الطوارئ. علاوة على ذلك، وافق 82% بشدة على أن تدريب الإسعاف النفسي الأولي جعلهم مستمعين أفضل.