

## ابعاد روان‌شناختی بحران کرونا و شیوه‌های آموزشی کاهش آن

فرید احمدراد<sup>۱</sup>

تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۳/۱۵

تاریخ وصول: ۹۹/۰۲/۱۵

### چکیده

بحران ویروس کرونا به واسطه شیوع گسترده آن در تمام جهان شناخته شده است؛ در واقع میزان خسارت جانی و روانی این ویروس توجه جهانیان را به خود جلب کرده است. عموماً افرادی که بحران را تجربه کرده‌اند بعضی از علائم روان‌شناختی به وضوح در آنان دیده می‌شود؛ که در صورت عدم درمان در بلندمدت این علائم تأثیر جبران‌ناپذیری بر سلامت روانی افراد و جامعه می‌گذارد. در این مطالعه سعی بر شناسایی ابعاد روان‌شناختی تحت تأثیر بحران ویروس کرونا بوده و راه کارهای مقابله و درمان را نیز بررسی می‌کند.

**واژگان کلیدی:** ویروس کرونا، ابعاد روان‌شناختی، شیوه‌های آموزشی

### مقدمه

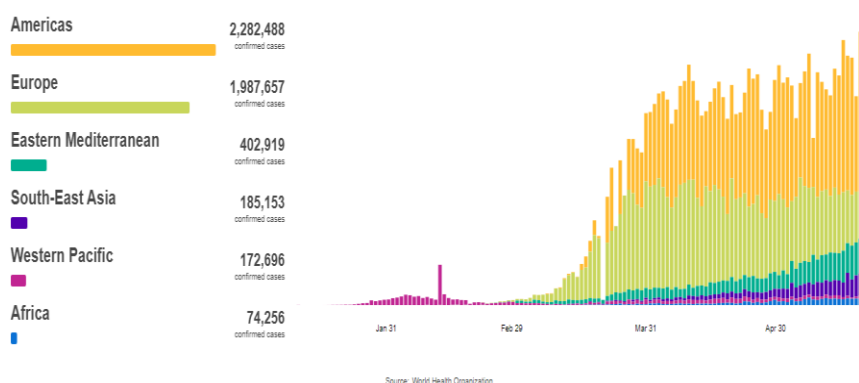
آسیب‌های اجتماعی در هر جامعه‌ای تهدیدکننده نظام اجتماعی تلقی می‌شود. بنیان هر جامعه به هم‌نویایی صحیح اعضایش با ارزش‌ها و هنجارهای آن متکی است. اگر اعضای جامعه از هنجارهای اجتماعی تخطی نمایند، جامعه نمی‌تواند به آسانی کارکردهای خود را انجام دهد، بنابراین دچار بی‌سازمانی و بی‌نظمی می‌شود (صادقیه، اعظمی، امانی و صدیق، ۲۰۰۴). یکی از عواملی که به عنوان تخطی از هنجار محسوب می‌شود، مسئله چگونگی پذیرش بحران‌ها است. بحران به حالت و شرایطی گفته می‌شود که باعث نابسامانی در اهداف و روال زندگی شود (براک<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲) از این منظر بحران نمایانگر شدت و اوج استرس است در واقع تراکم استرس در گذشت زمان خود، بحران‌زا است. در حال حاضر بحرانی که در تمامی کشورها

---

۱. کارشناسی ارشد سنجش و اندازه‌گیری، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران ایران (نویسنده مسئول)

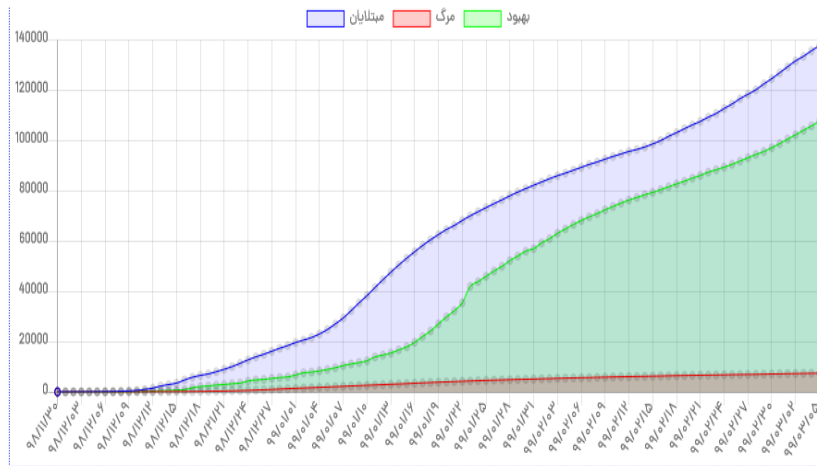
f.ahmadrad@gmail.com

به وضوح مشاهده می‌شود، بحران مقابله با کووید ۱۹ است. همه‌گیری ویروس کرونا استرس قابل ملاحظه‌ای را به جامعه تزریق کرده است. بر اساس آخرین آمار جهانی پایگاه اطلاعاتی ووردمتر<sup>۱</sup> همه‌گیری بیماری کووید ۱۹ همچنان در بیشتر کشورهای جهان ادامه دارد و طبق تازه‌ترین آمارها شیوع این ویروس در بازه زمانی ۵ ماه پنج میلیون و ۵۰۰ هزار و ۶۹۴ نفر در جهان به این بیماری مبتلا شده و ۳۴۶ هزار و ۷۲۶ نفر نیز جان خود را ازدست‌داده‌اند این داده‌ها به تفکیک قاره‌ها به گزارش سازمان جهانی بهداشت در شکل ۱ آمده است.



شکل ۱. همه‌گیری بیماری کووید ۱۹

همچنین تاکنون حدود دو میلیون و ۳۰۲ هزار و ۹۱ نفر از مبتلایان به این بیماری بهبود پیدا کرده‌اند. کشور ایران نیز از این قاعده مستثنا نبوده و با توجه به شکل ۲ شیوع این ویروس در بازه زمانی ۳ ماه بیش از ۱۳۱ هزار نفر مبتلا و ۷۳۰۰ نفر در اثر ابتلا به ویروس کرونا جان خود را ازدست‌داده‌اند. از آنجا که هنوز راه کار قطعی جهت مقابله با این ویروس کشف نشده پیش‌بینی می‌شود که در چند ماه آینده شیوع کووید ۱۹ در کل جهان چند برابر شده و بالطبع پیامدهای اجتماعی ناشی از آن نیز جدی‌تر خواهد شد.



شکل ۲. مرگ و میر ناشی از بیماری کووید ۱۹

با توجه به سرایت بالای این بیماری و شیوع پیدا کردن آن در بیشتر کشورها و اعلام وضعیت اضطراری توسط سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup> و خامت و فاجعه‌آمیز بودن این وضعیت برای آحاد جامعه نمایان گشته و منجر به آسیب‌های جامعه‌شناختی و روان‌شناختی قابل-ملاحظه‌ای در کل جهان شده است. این چنین بحران‌ها عواقب روان‌شناختی آسیب‌زایی در جامعه از خود به جایی می‌گذارند؛ به عبارت دیگر تمامی کسانی که در معرض بحران آسیب‌زا قرار می‌گیرند به درجاتی از آن متأثر می‌شوند (پارکر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). تأثیرات ناشی از بحران در برخی از افراد به سرعت حل و فصل شده و سازگاری مجدد به دست می‌آورند اما به طور معمول حداقل یک سوم آنان دچار واکنش‌های نابهنجار می‌شوند (فورم<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴). در خصوص افرادی که دچار بحران شده‌اند، یعنی بسیار ملموس مرگ را مشاهده کرده‌اند، مانند شرایط کنونی همه‌گیری ویروس کرونا که درصد بالایی از افراد جامعه از دست‌دادن جان هم‌نوع‌های خود را دیده‌اند و با توجه به سرعت سرایت ویروس حتی خود را در چند قدمی مرگ می‌بینند؛ مطالعات روان‌شناختی نشان دادند عموماً افرادی که بحران را تجربه کرده‌اند همه یا بعضی از علائم زیر در آن‌ها به وجود خواهد آمد. علائم فشار روانی و فیزیولوژیکی (ترس، هراس، تنش و غیره)، کرختی روان‌شناختی (تجربه حالت از هم

1. World Health Organization
2. Parker
3. Fromm

گسستگی و پریشانی، احساس بی‌کفایتی و درماندگی)، اضطراب، اختلال در تفکر (انزوای طلبی، اشتغال ذهنی، انکار واقعیات، اجتناب از تفکر یا تکلم درباره بحران، حقیقت‌گریزی، بی‌توجهی و بی‌قیدی نسبت به امورات شخصی و زندگی، پناه بردن به رؤیا و تخیل) و افسردگی (اختلال خواب، اختلال خوردن، افکار مربوط به خودکشی، وقوع مجدد آسیب، گریه‌های غیرارادی) (المس<sup>۱</sup>، ۱۹۷۵؛ پارکر، ۲۰۱۳؛ فورم، ۲۰۱۴).

تاکنون فقط درصد کمی از افراد مبتلابه ویروس کرونا به خدمات مشاوره‌ای معتبر دسترسی پیدا کرده‌اند. از آنجا که قدرت سرایت این ویروس در نوع خودش بی‌نظیر بوده و در مدت‌زمان کمی شیوع آن در بیشتر کشورها مشاهده شد، مشاوره برای کنترل چنین وضعیتی ضروری هست. در طول عمر ویروس کرونا، احتمالاً طیف وسیعی از نیازها و مشکلات جسمانی، اجتماعی و روان‌شناختی تجربه می‌شوند این مشکلات ضرورتاً ثابت نمی‌ماند و به‌طور فزاینده‌ای جدی‌تر و کنترل آن‌ها مشکل‌تر می‌شوند. تغییر ماهیت این نیازها، انواع فشارهای روان‌شناختی و هیجانی را به افراد مبتلا و به اطرافیان نزدیک آن‌ها تحمیل می‌کند. مشاوره می‌تواند به این‌گونه افراد، خانواده‌ها و به‌نوبه خود به جوامع کمک نماید تا با این مشکلات مقابله کنند. همچنین حمایت موردنیاز برای تغییر در رفتار پرخطر و حفظ تغییرات ایجادشده را فراهم می‌کند. اطلاع و آگاهی به تنهایی برای افزایش سازگاری افراد در برابر تغییر کافی نیست بلکه اقدامات عملی مانند مشاوره نیز لازم است. در طی فرآیند مشاوره، مراجع می‌تواند به راه‌کارهای جدید و احتمالاً متفاوت دست یابد و به ارتباطات اجتماعی آبرومند سالم دسترسی پیدا کرده و همچنین تغییرات رفتاری ناشی از مشاوره می‌تواند مانع ابتلا فرد به ویروس یا انتقال آن به دیگران شود.

## روش

این مطالعه شامل تحقیقات انجام شده در فاصله زمانی سال‌های ۱۹۸۶ تا ۲۰۱۹ است. به‌منظور یافتن مطالعات و منابع مرتبط با اختلالات روان‌شناختی ناشی از بحران و راه‌کارهای مقابله با آن از پایگاه‌های اطلاعاتی موجود شامل موتورهای جستجوگر مگیران<sup>۲</sup>، گوگل اسکولار<sup>۳</sup>،

- 
1. Elms
  2. Magiran
  3. GoogleScholar

اسکوپوس<sup>۱</sup>، نورومگز<sup>۲</sup>، ساینس دایرکت<sup>۳</sup>، اس آی دی<sup>۴</sup>، ایران مداکس<sup>۵</sup>، مدلاین<sup>۶</sup> و پابمد<sup>۷</sup> استفاده شد. همچنین از کلیدواژه روان‌شناسی بحران<sup>۸</sup>، شایعه<sup>۹</sup>، اختلال وسواس فکری-عملی<sup>۱۰</sup>، اختلال ساختگی<sup>۱۱</sup>، اختلال سوگ<sup>۱۲</sup>، اختلال نشانه جسمانی<sup>۱۳</sup>، اختلال سازگاری<sup>۱۴</sup>، استرس<sup>۱۵</sup>، استرس حاد<sup>۱۶</sup>، اختلال اضطراب فراگیر<sup>۱۷</sup> و مشاوره در بحران<sup>۱۸</sup> جهت جستجوی منابع استفاده شد. کلیدواژه‌های مدنظر که به صورت مستقل یا در ترکیب باهم به کار رفتند. استراتژی مطالعه مروری حاضر، بر اساس بررسی مقالات مرتبط با عنوان مطالعه است که معیارهای ورود را نیز داشته باشند. در این مطالعه تنها از مقالاتی که به زبان انگلیسی نوشته شده باشند و در نشریات معتبر علمی به چاپ رسیده باشند، استفاده شده است.

**شایعه:** شایعه و اطلاعات ضدونقیض زیادی درباره ویروس کرونا در جامعه خصوصاً در فضای مجازی به اشتراک گذاشته می‌شود، بیشتر این شایعات در مورد نحوه انتشار ویروس، چگونه در امان ماندن، چگونه مبتلا شدن و چگونگی درمان این ویروس است؛ که نه تنها منجر به مهار آن نمی‌شود بلکه باعث مغشوش کردن ذهن آحاد جامعه شده و زمینه بروز بسیاری از اختلالات روانی را ایجاد می‌کند. شایعه<sup>۱۹</sup> در برابر دیگر آسیب‌های اجتماعی از قدرت تخریب بیشتری برخوردار است. بدینی افراد به یکدیگر، بی‌اعتمادی مردم به مسئولان، رکود اقتصادی، احساس ناامنی، یأس و ناامیدی، زمینه‌سازی برای دخالت

1. Scopus
2. noormags
3. Sciencedirect
4. SID
5. IranMedex
6. Medline
7. Pubmed
8. Crisis Psychology
9. Rumor
10. Obsessive-compulsive disorder
11. Factitious Disorders
12. Grief Disorder
13. Somatic Symptom Disorder
14. Adjustment disorder
15. stress
16. Acute stress
17. Generalized Anxiety Disorder
18. Crisis counseling
19. Rumor

بیگانگان، تحریم اقتصادی، سیاسی، نظامی و غیره، تنها بخشی از آسیب‌هایی است که شایعه بر پیکر اجتماع فرود می‌آورد. به عبارتی شایعه پراکنی یک مسئله اجتماعی و روانی با ابعادی گسترده است که در وضعیت بحرانی حالتی به مراتب حادث‌تر به خود می‌گیرد. در واقع در هر برهه از زمان که اجتماع با مشکل و فشار روبرو شود گزارش‌های نادرست حالتی زهرآگین پیدا می‌کنند (نون و دلبریج<sup>۱</sup>، ۱۹۹۳). شایعه‌گفتمان‌هایی است غیررسمی و نامعتبر که در چند مرحله در چارچوب نظام ارتباطی ساخته می‌شود و در هر مرحله اطلاعات دست‌به‌دست می‌شود به همین دلیل بیشتر اوقات تحریفاتی در آن‌ها صورت می‌گیرد (بوکنر<sup>۲</sup>، ۱۹۶۵). بنا به نظر برخی از صاحب‌نظران (آلپورت و پستمن، ۱۹۴۷) شایعه در بین افرادی شکل می‌گیرد که هیچ شواهد معتبری برای حمایت از ادعایشان ندارند، در واقع شایعه محصول دو عامل است: ۱) علاقه جامعه به موضوع یا اهمیت داشتن آن (برای گوینده یا شنونده) ۲) میزان ابهام موضوع (احتمال وجود یک یا چند تعبیر از یک موضوع) و نقد اطلاع‌رسانی صحیح در جامعه (آلپورت و پستمن، ۱۹۴۷؛ ترجمه دبستانی، ۱۳۷۲).

زمانی که میزان قابل توجهی از اقشار مختلف جامعه در زندگی فردی و حیات اجتماعی خود به دلایل گوناگون از جمله فشارهای روانی، اجتماعی و ناامنی سیاسی - اقتصادی همواره به‌طور جدی نگران و مضطرب باشند، زمینه شیوع و انتشار شایعات فراهم می‌شود (باکنر<sup>۳</sup>، ۱۹۶۵). در حقیقت شایعه با ناامنی و اضطراب به گونه‌ای همراه است که هر قدر عدم امنیت روانی و اضطراب در میان مردم فزونی یابد، به همان میزان شایعات بیشتر منتشر می‌شود. لذا وضعیت کنونی درگیری افراد جامعه با بحران ناشی از ویروس کرونا زمینه زیادی را برای پرورش شایعه‌ها فراهم می‌کند. شایعات در رابطه با حادثه یا حقیقتی نگران‌کننده ساخته می‌شود، بعضی از شایعات به‌مرور زمان شکل گرفته و در اثر دست‌به‌دست شدن‌ها و به موضوعات خاص تبدیل می‌گردند (مارک، وادینگتن و فلچر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵). در جریان تبادل نظر مکرر، افراد گروه سعی می‌کنند که پاسخ معما را با کنار یکدیگر قرار دادن قطعه‌هایی از اطلاعات کشف کنند. هر چه مقدار اطلاعات کمتر باشد، نقش ذهن ناخودآگاه گروه در تفسیر واقعه بیشتر می‌شود و هر چه مقدار اطلاعات بیشتر می‌شود، تفسیر آنان به حقیقت

- 
1. Noon & Delbridge
  2. Buckner
  3. Buckner
  4. Mark, Waddington. & Fletcher

نزدیک‌تر می‌گردد (چو، تاین و یان<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵). افرادی که خواسته یا ناخواسته در رابطه با ویروس کرونا شایعه‌سازی می‌کنند و یا اینکه از روی عدم آگاهی شایعات را ترویج می‌دهند منجر به تزیق بدبینی به جامعه، افزایش نگرانی و اضطراب در مردم، ایجاد فضای ناسالم اجتماعی، گسترش بی‌اعتمادی، ناامنی و هراس می‌شود.

استرس: می‌توان استنباط کرد که هرگونه تهدیدی برای بدن علاوه بر تأثیرات خاص آن، پاسخ فراگیر به استرس فعال می‌کند. استرس پاسخ نامشخص بدن به هرگونه فشاری است که بر آن وارد شود. استرس در مرحله مقدماتی که هشدار نامیده می‌شود، با افزایش فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک مشخص می‌شود که بدن را برای فعالیت اضطرابی کوتاه مدت آماده می‌کند. در طول مرحله دوم، یعنی مرحله مقاومت، پاسخ سمپاتیک کاهش می‌یابد و قشر غده فوق کلیوی کورتیزول و هورمون‌های دیگری را ترشح می‌کند که بدن را قادر می‌سازد هوشیاری طولانی را حفظ کند و با عفونت‌ها مبارزه نماید و زخم‌ها را التیام بخشد. بعد از استرس شدید و طولانی مدت بدن وارد مرحله سوم، فرسودگی می‌شود. در این مرحله، فرد خسته، نافع و آسیب‌پذیر است، زیرا سیستم عصبی و سیستم ایمنی دیگر برای تحمل کردن پاسخ‌های تشدید شده خودشان انرژی ندارند (سپولسکی<sup>۲</sup>، ۱۹۹۲).

استرس، تجربه آسیب‌رسانی است که می‌تواند سبب بروز بیماری‌های جسمی و روانی شود (سابو و هنریچی<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴). بیماری‌های مرتبط با استرس و مشکلات روان‌پزشکی در جوامع صنعتی نوین شایع هستند که علت آن‌ها احتمالاً تغییرات در نوع استرس‌هایی است که با آن‌ها روبرو هستیم. به قول رابرت سپولسکی (۱۹۹۸)، اجداد ما مدت‌ها پیش با چالش‌های مرگ و زندگی زیادی روبرو بودند، اما بحران‌های امروزی، مانند پیشرفت کردن در شغل، پرداخت اقساط وام و بحران‌های ناشی از خطای انسانی طولانی‌تر هستند. پاسخ بدن به استرس می‌تواند در کوتاه‌مدت مفید است اما پاسخ به استرس در طولانی‌مدت بدن را تحلیل می‌برد (کالات<sup>۴</sup>، ۲۰۱۶؛ گروئر و داویس<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶).

1. Chou, Tian & Yin
2. Sapolsky
3. Szabo & Hennerici
4. Kalat
5. Groer & Davis

شماری از پژوهشگران کورتیزول را «هورمون استرس» می‌نامند و از ارزیابی سطح کورتیزول به‌عنوان شاخصی برای میزان استرس اخیر فرد استفاده می‌کنند (برمر<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۳). کورتیزول به بدن کمک می‌کند انرژی خود را برای مقابله کردن با موقعیت‌های دشوار بسیج کند، ولی این تأثیر به مقدار آن بستگی دارد. برای مثال، سطح متوسط کورتیزول توجه و تشکیل حافظه را بهبود می‌بخشد و سطح بالاتر یا پایین‌تر، آن‌ها را مختل می‌کند (هولبرت و مویس<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶). افزایش موقتی کورتیزول، فعالیت سیستم ایمنی را افزایش داده و به آن کمک می‌کند که با بیماری‌ها مبارزه کند، ولی افزایش طولانی مدت سطح کورتیزول فعالیت ایمنی را مختل می‌کند. به عبارتی دیگر افزایش طولانی مدت کورتیزول، انرژی را به سمت بالا بردن قند خون و سوخت‌وساز هدایت می‌کند بنابراین انرژی لازم برای ساختن پروتئین‌ها، از جمله پروتئین‌های سیستم ایمنی را کاهش می‌دهد (کالات، ۲۰۱۵). با توجه به اینکه تهدید سلامت جانی کووید ۱۹ بلندمدت است چراکه از ابتدای شیوع این ویروس در ایران (اسفند ۱۳۹۸) سه ماه گذشته و هنوز راه‌حل قطعی جهت مهار آن کشف نشده است؛ در نتیجه فشارهای روانی استرس، وارد مرحله سوم یعنی فرسودگی شده است و با توجه به اینکه تنها سلاح بدن جهت مقابله با کووید ۱۹ سیستمی ایمنی آن است و اگر فرد طولانی مدت با استرس ناشی از این ویروس مواجه شود سیستم ایمنی بدن آسیب‌پذیر می‌شود و احتمال از دست دادن افرادی که به این ویروس مبتلا هستند چند برابر می‌شود.

**اختلال سازگاری:** یکی دیگر از اختلالات روان‌شناختی مرتبط با استرس ناشی از شیوع ویروس کرونا که تخریب قابل‌ملاحظه در کارکردهای اجتماعی، شغلی یا سایر حوزه‌های مهم کارکردی به بار می‌آورد اختلال سازگاری<sup>۳</sup> است. مرکر، ایشل و کلنر<sup>۴</sup> (۲۰۰۷) برای مفهوم‌سازی اختلال سازگاری، سندرم پاسخ استرس را پیشنهاد داده‌اند. این اختلال زمانی روی می‌دهد که فرد نمی‌تواند با یک رویداد استرس‌زا یا تروماتیک یا چند رویداد استرس‌زای هم‌زمان سازگار شود (کیسی<sup>۵</sup>، ۲۰۰۹). در واقع رویدادهای استرس‌زای

- 
1. Bremer
  2. Hulbert & Moisa
  3. adjustment disorder
  4. Maercker, Einsle & Köllner
  5. Casey



زندگی مانند تهدید جانی، جراحت و استرس زیاد فیزیکی و روانی همانند وضعیت کنونی مقابله با ویروس کرونا می‌تواند منجر به این اختلال بشود.

پایکل، پروسف و اوهلن هوث<sup>۱</sup> (۱۹۷۱) عوامل استرس‌زایی که منجر به ظهور اختلال سازگاری می‌شوند را به دودسته خوشایند - ناخوشایند<sup>۲</sup> (مانند پیشرفت شغلی، بیماری) و آغاز-پایان<sup>۳</sup> (مانند ازدواج، مرگ عزیزان) تقسیم کرد. ملاک تشخیصی این اختلال ایجاد علائم هیجانی یا رفتاری در پاسخ به عامل (عوامل) مشخص استرس که ظرف مدت سه ماه از بروز این عامل (عوامل) رخ داده باشد (گلازمر، رومپل، برولر، هینز و مایر کر<sup>۴</sup>، ۲۰۱۵). ویراست یازدهم طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها<sup>۵</sup> ملاک‌ها فیزیکی و ذهنی همراه با اختلال سازگاری که معمولاً هنگام یا بلافاصله پس از رویداد استرس‌زا بروز می‌یابند را بیان کرده است، این ملاک‌ها شامل: مانند بی‌خوابی، تنش عضلانی، خستگی روانی (مثل گریه کردن)، افکار خودکشی، از دست دادن عزت‌نفس (گلازمر، رومپل، برولر، هینز و مایر کر، ۲۰۱۵) اشتغال با محرک تنش‌زا شامل افکار عودکننده و تنش‌زا یا نشخوار درباره حادثه استرس‌زا و شکست در انطباق (لوونی و گاندرسن<sup>۶</sup>، ۱۹۷۸).

اغلب بزرگ‌سالان، علائم اختلال سازگاری را به صورت واکنش هیجانی تجربه می‌کنند درحالی‌که در کودکان و نوجوانان این علائم به صورت واکنش فیزیکی و پرخاشگری نمود پیدا می‌کنند (پایکل، پروسف و اوهلن هوث، ۱۹۷۱). اگرچه شیوع یک اختلال می‌تواند تحت تأثیر عملکرد گروه مطالعه و شیوه ارزیابی مورد استفاده قرار داشته باشد، ولی طبق تحقیقات منتشر شده در ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۷</sup>، اختلال سازگاری با آماری نزدیک به ۵۰ درصد در مراکز مشاوره و بیمارستان روانی، از شایع‌ترین تشخیص‌ها است. در واقع اختلال سازگاری هفتمین طبقه تشخیصی رایج در مراقبت‌های روان‌پزشکی محسوب می‌شود (رید، کوریا، اسپارزا، ساکسنا و ماژ<sup>۸</sup>، ۲۰۱۱).

1. Paykel, Prusoff & Uhlenhuth
2. pleasant-unpleasant
3. onset-end
4. Glaesmer, Romppel, Brähler, Hinz & Maercker
5. international classification of diseases-11
6. Looney & Gunderson
7. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
8. Reed, Correia, Esparza, Saxena & Maj

**اختلال استرس حاد:** استرس حاد در نتیجه یک رویداد تروماتیک به وجود می‌آید که در آن فرد به‌عنوان قربانی یا شاهد ترس، استرس یا درد بسیار شدید ناراحت کننده یا غیره منتظره‌ای را تجربه می‌کند (دیل و گولدبرگ، ۲۰۰۴). امروزه به‌واسطه اینکه ۷۱۰۰ نفر در ایران به دلیل ابتلا به کووید ۱۹ جان خود را ازدست داده و ۱۳۱ هزار نفر به این ویروس مبتلا شده‌اند؛ بیشتر افراد جامعه شاهد مرگ و فاجعه ناشی از این ویروس بوده‌اند. در واقع می‌توان گفت زمینه ابتلا به اختلال استرس حاد فراهم شده است. این اختلال شامل علائمی چون یادآوری مکرر رویدادهای ناراحت کننده مربوط به سانحه، اجتناب مداوم از یادآوری سانحه و فرد به‌طور خودبه‌خود با دیدن یا شنیدن محرک‌های مختلف به یاد خاطراتی از رویداد تروماتیک می‌افتد (استوارت و لاریا، ۲۰۰۵). علائم استرس حاد ظرف یک ماه بهبود می‌یابند و اگر بیشتر از این مدت به طول بینجامد، اختلال جدیدی به نام استرس پس از سانحه (استرس پس از آسیب) تظاهر می‌کند. این اختلال از نظر علائم مشابه استرس حاد است. تفاوت این دو اختلال، در زمان بروز است به‌طوری که استرس حاد از استرس پس از سانحه زودتر شروع می‌شود (رویز، ۲۰۰۰؛ میرزایی، خدایی و محمد، ۲۰۰۷).

شروع واکنش استرس حاد با عملیات فیزیولوژیک خاصی در سیستم عصبی سمپاتیک همراه است که شروع آن‌ها در آدرنالین و نور آدرنالین دو هورمون غده‌های آدرنال باعث می‌شود این دو هورمون با سرعت بخشیدن به تپش قلب و تنفس و با تنگ کردن رگ‌ها باعث تسهیل واکنش‌های فیزیکی می‌شوند. فراوانی این هورمون‌ها باعث تسهیل رفتارهای خودجوش و ناخودآگاهانه می‌شود که فرد را به جنگ یا گریز وادار می‌سازد (یاربیگی، پناهی، صحرائی، جانستون و صاحبکار، ۲۰۱۷). چنانچه تداوم استرس بیش از توان فرد باشد و فرصت ریکاوری و بازگشت به شرایط آرامش وجود نداشته باشد، این تغییرات به سمت افزایش بروز خطرات قلبی-عروقی و متابولیکی، اختلال در حافظه، قدرت تحلیل و کاهش توجه پیش می‌رود (لوپین، ماهو، فیکو و شرامک، ۲۰۰۷).

- 
1. Diehl & Goldberg
  2. Stuart & Laraia
  3. Ruiz
  4. Mirzaei, Khodaei & Mohammad
  5. Yaribeygi, Panahi, Sahraei, Johnston & Sahebkar
  6. Lupien, Maheu, Tu, Fiocco & Schramek

**اختلال وسواس فکری-عملی:** رفتارهای تکراری (دست شستن، واریسی کردن، منظم کردن) و اعمال ذهنی مثل دعا خواندن، شمارش و عبارات‌های تکراری الگوی رفتاری شایعی است که امروزه به واسطه کووید ۱۹ در میان آحاد افراد جامعه دیده می‌شود این گونه رفتارها به ظاهر آسیب‌رسان نبوده چرا که جهت پیشگیری از ابتلا به کووید ۱۹ انجام می‌شود، اما اگر الگوی رفتاری یا الگوی تفکری فرد بایستی طبق مقرراتی از قبل تعیین شده و با قاطعیت اجرا شوند و فرد وادار به انجام شدن آن باشد جنبه مرضی پیدا کرده و فرد به اختلال وسواس فکری-عملی تشخیص داده می‌شود. برحسب راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، برای تشخیص اختلال وسواس فکری - عملی، فرد باید افکار و یا اعمال وسواسی داشته باشد. برای اینکه فکر، تصویر ذهنی یا تکانه‌ای به‌عنوان فکر وسواسی توصیف شود، می‌بایست مقاوم، مزاحم، نامناسب و ناراحت‌کننده باشد؛ این افکار مجزا از نگرانی‌های مربوط به مسائل روزمره باشد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). هدف وسواس عملی پنهان یا آشکار، تسکین پریشانی است که به ظاهر از وقوع برخی پیامدهای ترسناک پیش‌بینی شده جلوگیری می‌کند. به‌طور کلی افکار وسواسی باعث اضطراب می‌شوند، درحالی‌که عمل وسواسی مربوط به آن، برای کاهش اضطراب انجام می‌شود؛ لازم به ذکر است که عمل وسواسی برای کسب لذت انجام نمی‌شود و همیشه منجر به کاهش اضطراب نمی‌شود (پیاستنتینی و لانگلی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴؛ انعامی علمداری، ۱۳۹۰).

شایع‌ترین و شناخته‌شده‌ترین شکل بالینی اعمال مربوط به اختلال وسواس فکری-عملی، وسواس آلودگی است. با توجه به وضعیت کنونی و تشویق مداوم ارگان‌های بهداشتی در کل جهان نسبت به رعایت بهداشت و شستشوی مکرر جهت جلوگیری از ابتلا به کووید ۱۹ زمینه را برای ابتلا افراد به وسواس آلودگی فراهم می‌آورد. منبع آلودگی در این نوع وسواس غالباً چیزی است که اجتناب از آن غیرممکن است. بیماران مبتلا به وسواس آلودگی معمولاً معتقدند که آلودگی با یک تماس جزئی از یک شیء به شیء دیگر و از فردی به فردی دیگر منتقل می‌شود (پنزل<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰). از این رو این افراد جهت مقابله به کووید ۱۹ زندگی اجتماعی بسیار منزوی را انتخاب کرده و در اثر شستشوی بیش از حد بدن با شوینده‌ها دچار بیماری‌های پوستی و حتی در اثر سم مواد ضدعفونی‌کننده دچار مسمومیت تنفسی می‌شوند.

- 
1. Piacentini & Langley
  2. Penzel

دومین گروه عمده اختلال وسواس فکری-عملی را علائم واری واری تشخیص می‌دهند. این بیماران گرفتار مراسم و تشریفات وسواس واری هستند و نگرانی‌های مداومی درباره وقوع یک حادثه ناخوشایند دارند؛ که به دلیل غفلت یا کوتاهی این افراد در واری کامل امور رخ می‌دهد (پاوت و دینر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹). الگوی شایع افراد وسواسی، افکار مزاحم بدون اعمال وسواسی است. وسواس‌های فکری افکار، تکانه‌ها، تصاویر ذهنی و یا آمیزه‌ای از آن‌هاست که ناخواسته و مزاحم تلقی شده و در مقابل آن‌ها مقاومت می‌شود (دهقانی، ۱۳۹۴). یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های افکار وسواسی، ماهیت مزاحم<sup>۲</sup> آن‌هاست (پارکینسون و راجمن<sup>۳</sup>، ۱۹۸۱). به این معنا که افکار، تصورات، یا تکانه‌های مداوم به شیوه‌ای ناخواسته وارد هوشیاری می‌شوند و برخلاف میل فرد رخ می‌دهند. وقوع افکار وسواسی، با تسخیر منابع توجه، مانع از فعالیت‌های جاری فرد می‌شود (پارکینسون و راجمن، ۱۹۸۱). مقاومت ذهنی<sup>۴</sup> یکی دیگر از نشانه‌های افکار وسواسی است. فرد احساس می‌کند مجبور است با فکر وسواسی مقابله کند تا از طریق راهبردهای مختلف کنترل مانند اطمینان طلبی، اجتناب، دلیل تراشی، حواس - پرتی، آیین‌های وسواسی و خنثی‌سازی، جلوی تسلط هشیارانه آن را بگیرد (کلارک، ۲۰۰۴). لذا با توجه به واگیر بودن کووید ۱۹ و انتقال این ویروس از یک فرد ناقل به خانواده که نهایتاً می‌تواند منجر به از دست دادن یکی از اعضا شود؛ به همین دلیل فرد نگران است که مبادا به واسطه غفلت وی به نزدیکان آسیب وارد شود این فکر وسواسی به صورت مزاحم و ناخواسته ذهن افراد را درگیر می‌کند.

**اختلال اضطراب فراگیر:** بر اساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (انجمن روان‌شناسی آمریکا<sup>۵</sup>، ۲۰۱۳). اختلال اضطراب فراگیر<sup>۶</sup> به واسطه نگرانی و اضطراب بیش‌ازحد فرد درباره رویدادهای آینده و دشواری در کنترل نگرانی و همچنین شکایت‌های روان‌شناختی و جسمانی مختلف از جمله تنش عضلانی، بی‌قراری خستگی، مشکلات تمرکز، تحریک‌پذیری و مشکلات خواب مشخص می‌شود. نگرانی این افراد تا زمانی ادامه می‌یابد که تشخیص دهند قادر به مقابله مؤثر با خطر پیش‌بینی شده هستند (ولز و

1. Pavot & Diener
2. Intrusive quality
3. Parkinson & Rachman
4. Subjective resistance
5. American Psychiatric Association
6. Generalized Anxiety Disorder

همکاران، ۲۰۱۲؛ ولز و کاتر، ۱۹۹۹). مدل فراشناختی اختلال اضطراب فراگیر بر این اصل استوار است که باورهای فراشناختی، ارزیابی‌های فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر جزو عوامل اصلی ایجاد و تداوم این اختلال هستند (ولز و کاتر، ۱۹۹۹). اختلال اضطراب فراگیر بهنگام فعال شدن باورهای منفی در مورد نگرانی ایجاد می‌شود. باورهای منفی شامل این باورها هستند که نگرانی کنترل‌ناپذیر است و برای جسم، روان یا کارکردهای روانی اجتماعی آسیب‌زا یا خطرناک‌اند. به عبارت دیگر، افراد می‌ترسند که نگرانی به از دست دادن کنترل ذهن، دیوانه شدن یا آسیب به بدن آن‌ها منجر شود (ولز و همکاران، ۲۰۱۲؛ ولز و کاتر، ۱۹۹۹).

شیوع یک‌ساله آن در جمعیت ۱۸-۵۶ سال ایران ۵/۲ درصد گزارش شده است (شریفی و همکاران، ۲۰۱۵). عوامل خطر ساز متعددی در ایجاد اختلال اضطراب فراگیر دخیل‌اند. عامل‌های (۱) زیست‌شناختی، (۲) شناختی، (۳) رفتاری، (۴) هیجانی، (۵) بین فردی (۶) عصب-زیست‌شناختی در ایجاد این اختلال دخیل‌اند. این عوامل نمودهای متعددی دارند مانند بازداری رفتاری، عاطفه منفی، اجتناب از آسیب، رویدادهای منفی زندگی، شرایط پراسترس مثل فقر، اسکان نامناسب، پیش‌داوری، تبعیض، سابقه مشکلات روانی والدین، بدرفتاری، فقدان یا جدایی طی دوران کودکی، رضایت کم از زندگی، الگوبرداری و مهارت‌های بین فردی ضعیف، از جمله عوامل خطر ساز این اختلال محسوب می‌شوند که در ابتلا به اختلال اضطراب فراگیر سهم داشته باشد (انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۱۳؛ بهار، دی مارکو، هکلر، مالمان و استیلز، ۲۰۰۹). اختلال اضطراب فراگیر سیر طبیعی آن مزمن و نوسان دار است (نیومن، لرا، اریکسون، پرزورسکی و کاستونگوی، ۲۰۱۳)؛ و در صورت درمان نشدن احتمال ابتلا به اختلال‌های ثانویه بعدی از جمله اختلال افسردگی عمده بالا است (ون دره‌ایدن، موریس و وان در مولن، ۲۰۱۲). در اختلال اضطراب فراگیر سطح اضطراب و رنج بالا می‌رود و قدرت تفکر پایین می‌آید، آنگاه فرد کوچک‌ترین مشکل را به شدیدترین

- 
1. Wells & Carter
  2. American Psychiatric Association
  3. Behar, DiMarco, Hekler, Mohlman & Staples
  4. Newman, Llera, Erickson, Przeworski & Castonguay
  5. Van der Heiden, Muris & van der Molen

حالتی ممکن است روی دهد تفسیر می‌کند و آن را فاجعه‌آمیز می‌پندارد (انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۱۳).

همان‌گونه که ملاحظه شد در شکل‌گیری اختلال اضطراب فراگیر باورهای منفی نقش کلیدی در ایجاد و تداوم اختلال اضطراب فراگیر بازی می‌کنند (ولز، ۲۰۰۷؛ ولز و همکاران، ۲۰۱۲). با توجه به غیرقابل مهار بودن ویروس کرونا اثر آن بر افراد را می‌توان باور منفی دانست که در نهایت به ابتلای فرد به اختلال اضطراب فراگیر ختم می‌شود، در واقع جامعه جهانی و علمی دشواری مهار ویروس کرونا و تبعات جبران‌ناپذیر آن بر سلامتی را پذیرفته‌اند و انتشار نامناسب این یافته علمی گاه تأثیر فاجعه‌آمیزی بر پیکر جامعه به بار می‌آورد در واقع زمینه ابتلا افراد به اختلال اضطراب فراگیر را فراهم می‌آورد؛ چراکه این افراد کوچک‌ترین مشکل را به شدیدترین حالتی که ممکن است روی دهد، تفسیر می‌کند حال آنکه رسانه‌ها و جامعه علمی شیوع ویروس کرونا را فاجعه می‌دانند تأثیر اشاعه این یافته‌ها بر افراد جامعه بسیار واضح است و گاه منجر به خوددرمانی و یا اینکه هجوم این افراد به مراکز بهداشت که علاوه بر مختل کردن فرایند درمان، احتمال ابتلا به ویروس در این مراکز نیز بسیار بالاست.

**اختلال نشانه جسمانی:** امروزه دلیل بخش عمده مراجعات به مراکز درمانی شکایت از نشانه‌های جسمانی کووید ۱۹ است که پایه و اساس فیزیک ندارد و به نظر می‌رسد برخی از این مشکلات فیزیکی، ریشه در استرس‌ها و فشارهای روزمره زندگی افراد دارد. دردهای جسمانی این افراد عارضه پزشکی ندارند و مربوط به یک اختلال روانی به نام اختلال نشانه جسمانی<sup>۲</sup> است. این افراد بعضی سمپتوم‌های جسمی را گزارش می‌دهند که نشان‌دهنده بیماری‌های فیزیکی یا نورولوژیک هستند، اما معاینات کامل و آزمایش‌های مختلف هیچ نوع بیماری فیزیکی کشف نمی‌کنند (مارگالیت، هار، برل و وین، ۲۰۱۴). خصوصیات اصلی اختلالات نشانه جسمانی حضور سمپتوم‌های است که ظاهراً حاکی از وجود جراحت یا بیماری است اما هیچ عارضه پزشکی باعث به وجود آمدن آن نیست (گریتس<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۵).

- 
1. Wells
  2. Somatic Symptom Disorder
  3. Margalit, Har, Brill & Vatine
  4. Gerrits

اکثر افراد مبتلا به اختلال نشانه جسمانی باور دارند که مشکلاتشان واقعاً جسمی است و وقتی به آن‌ها گفته می‌شود که هیچ نشانه‌ای دال بر وجود مشکل پزشکی وجود ندارد، باور نمی‌کنند علاوه بر آن، کسانی که سمپتوم‌هایی شبیه سمپتوم‌های اختلالات نورولوژیک، مثل نابینایی جزئی یا کلی، یا فقدان حسی دارند (مثلاً درد را احساس نمی‌کنند)، واقعاً فکر می‌کنند که به نوعی معلولیت دچار شده‌اند، هرچند با دارو یا هیپنوتیزم می‌توان به آن‌ها نشان داد که اشتباه می‌کنند (آلفون، استبرگ و هجرن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸). افراد مبتلا به اختلال نشانه جسمانی معمولاً نشانه‌های جسمانی متعددی دارند که با ناراحتی قابل ملاحظه‌ای در زندگی روزانه همراه می‌شوند، هرچند گاهی فقط یک نشانه شدید، عمدتاً درد، وجود دارد. نشانه ممکن است مشخص (مثل درد موضعی) یا نسبتاً نامشخص باشند (مثل خستگی) (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) در فرایند شکل‌گیری این اختلال فرض بر این است که اختلال جسمی تحت تأثیر عوامل زیستی، روان‌شناختی - رفتاری و اجتماعی قرار دارد (لویسون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷).

افراد مبتلا به اختلال نشانه جسمانی معمولاً درباره سلامت خود به شدت نگران هستند، می‌گویند که از سمپتوم‌های سوماتیک رنج می‌برند و معمولاً باور دارند که به یک بیماری مبتلا شد ولی پزشکان عمداً نمی‌خواهند آن‌ها را مبتلا به این بیماری اعلام کنند. بسیاری از این افراد بی‌دلیل مورد عمل جراحی قرار می‌گیرند با بدون هیچ‌گونه ضرورتی در مراحل معاینات مختلف را طی می‌کنند (آلفون، استبرگ و هجرن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸؛ مک‌کال<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). در اختلال نشانه جسمانی با اسپسیفایر درد غالب، فرد می‌گوید که درد شدیدی احساس می‌کند، اما این درد چند ویژگی دارد: ۱) به نظر می‌رسد که اساس فیزیولوژیک یا نورولوژیک ندارد؛ ۲) به نظر می‌رسد بسیار شدیدتر از دردی است که از یک عارضه فیزیکی خاص انتظار می‌رود؛ و ۳) مدت‌ها بعد از برطرف شدن یک آسیب فیزیکی ادامه می‌یابد. مثل اختلال تبدیلی افراد از عوارض فیزیکی مختلف و متعدد شکایت دارند، به پزشکان مختلف مراجعه می‌کنند و ممکن است به سوء مصرف مواد یا داروها روی بیاورند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

- 
1. Alfvén, Östberg & Hjern
  2. Levenson
  3. McCall-Hosenfeld

**اختلال سوگ:** سوگ پدیده‌ای طبیعی است و صرفاً در زمانی که در قالبی مناسب طی نشود و فرایند سوگواری با اختلال مواجه شود، زمینه بروز نشانه‌های نابهنجار را فراهم کرده و نیاز به درمان پیدا می‌کند (لاکسو و پائونن - ایلمونن، ۲۰۰۲). سوگ احساس و واکنشی است و زمانی اتفاق می‌افتد که نوعی تعارض ماهیتی و کارکردی بین انتظارات فرد و واقعیت‌های وقوع یافته وجود داشته باشد، تفاوتی که منجر به تجربه فقدان در فرد شده و سلامتی و نشاط روان‌شناختی وی را مختل می‌کند (سیدوای و مادرل<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰). واکنش‌های احساسی سوگ شامل غم، ناامیدی و درماندگی به انواع فقدان است که عملکرد فرد را در ابعاد مختلف زندگی تا حدی مختل می‌کند (مادرل<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶؛ آیتکن<sup>۴</sup>، ۲۰۱۵).

جنبه‌ی نگران‌کننده‌ی سوگ تأثیری است که بر بازماندگان به‌ویژه خانواده فرد متوفی دارد، تأثیرات مخربی که بر تمامی ابعاد رفتاری، احساسی، شناختی، تحصیلی، شغلی و ارتباطی بازماندگان گذاشته و عملکرد طبیعی این ابعاد را متناسب با شدت تخریبی که داشته مختل می‌کند (شریفی، فاتحی زاده و احمدی، ۱۳۹۲). بسیاری از بازماندگان فرد متوفی فقدان مذکور برایشان قابل تحمل نیست و به دلیل وابستگی عاطفی که به فرد متوفی داشته‌اند با نشانه‌های نابهنجاری نظیر افسردگی، اضطراب، نگرانی و استرس، مختل شدن کارکرد جسمانی، ناامیدی و مختل شدن عملکرد سیستم ایمنی مواجه می‌شوند و حتی گرایششان به خودکشی تا حد زیادی افزایش می‌یابد (تومیتا و کیتامورا<sup>۵</sup>، ۲۰۰۲)، پیشنهادی‌های تجربی در این زمینه به‌خوبی نشان داده‌اند که خانواده‌های افراد متوفی به‌ویژه خانواده‌هایی که راهبردهای مقابله‌ای منطقی و واقع‌بینانه‌ای ندارند و درکشان از فرایند سوگ نامناسب است معمولاً پس از تجربه سوگ به اختلالات و نشانه‌های ناهنجاری نظیر ناامیدی و پوچ تلقی کردن فرایند زندگی، واکنش‌های وحشت‌زدگی، سرزنش خویش، خشم و پرخاشگری افراطی، آشفتگی ذهنی و درهم‌ریختگی، انزوا و گوشه‌گیری و کناره‌گیری از فعالیت‌های اجتماعی و مختل شدن فرایند رشد شخصی دچار می‌گردند (هوگان، وردن و اسکمیت<sup>۶</sup>، ۲۰۰۴).

1. Laakso & Pahunonen-Ilmonen
2. Sidaway & Maddrell
3. Maddrell
4. Aitken
5. Tomita & Kitamura
6. Hogan, Worden & Schmidt



در سوگ طبیعی فرد در قالبی کاملاً بهنجار فقدان را تجربه کرده و فرایند سوگ را طی می‌کند. بدین معنی که پس آنکه مراحل انکار، شوک، عصبانیت و ناراحتی خویش را بروز داد، واقعیت فقدان را می‌پذیرد و خویشتن را برای سازگاری و رشد مجدد توانمند می‌سازد (نیمیر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴). در این نوع از سوگ نیز احساسات مخربی نظیر احساس گناه، ناامیدی، عصبانیت، پوچی و افسردگی بروز می‌کند ولی به‌عنوان واکنش‌های طبیعی در نظر گرفته می‌شوند، البته بدین شرط که فرد پاسخی منطقی بدان‌ها بدهد و بدون توقف، ایستایی و انکار با ابراز کامل آن‌ها خویشتن وجودی خود را از آن‌ها رهایی بخشد (آلدریچ و کالیوایلیل<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶).

سوگ مرضی به سوگی گفته می‌شود که طی کردن فرایند و مراحل سوگواری را از حالت طبیعی خارج کرده و ابعاد مختلف آن نظیر شدت بروز، زمان بروز و نحوه بروز آن را با اختلال مواجه می‌کند که تحت تأثیر عوامل مختلفی نظیر فقدان یا جدایی در دوران کودکی، مرگ‌های ناگهانی یا خشونت‌آمیز و از دست دادن فرزند بروز می‌کند (روبرتس، توماس و مورگان، ۲۰۱۶؛ لیچتنبرگ<sup>۳</sup>، ۲۰۱۷). از دیگر خللهایی که سوگ و فقدان یکی از عزیزان در افراد ایجاد می‌کند، مختل شدن کارکرد طبیعی سیستم شناختی افراد و بروز کژکاری در آن است (سامانیان، ۱۳۹۵).

با توجه به تعداد افرادی که در اثر ابتلا به ویروس کرونا جان خود را از دست داده‌اند بسیاری از خانواده‌ها داغدار و سوگوار هستند؛ همان‌گونه که ملاحظه شد سوگ پدیده‌ای بسیار پیچیده است که از شدت تخریب بسیار زیادی برخوردار است و تجربه‌ی آن منجر به بروز طیفی از واکنش‌های وجودی و کارکردی زندگی می‌شود. پیشینه‌های نظری و تجربی حاکی از این واقعیت است که سوگ صرفاً با نشانه‌های احساسی و یا رفتاری توأم نیست بلکه با مجموعه‌ای از نشانه‌های شناختی همراه است. از جمله نشانه‌های شناختی بنابر پژوهش‌های زندکریمی (۱۳۹۵)؛ گلدارد (۲۰۰۳)؛ ترجمه‌ی حسینیان، (۱۳۹۴) می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: ناباوری و انکار شناختی که طی آن فرد به این عقیده شناختی و نگرشی می‌رسد که فوت فرد موردنظر دروغی بیش نیست و او هنوز در قید حیات است.

- 
1. Neimeyer
  2. Aldrich & Kallivayalil
  3. Lichtenberg

### بحث و نتیجه‌گیری

شیوع گسترده ویروس کرونا تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر تمام ابعاد جامعه داشته و بلاخص بر سلامت جسمی و ذهنی افراد تأثیر بسزایی داشته است. با توجه به احتمال سرایت کووید ۱۹ در تماس‌های اجتماعی معمولی و حتی زمانی که افراد بدون علائم آشکار جسمی امکان ناقل بودنشان نیز وجود دارد؛ بنابراین عاقلانه است انتظار داشته باشیم که پیامدهای اجتماعی کووید ۱۹ مانند تشخیص بیماری قلب یا دیابت، روشن و واضح نباشد. در واقع پیامدهای اجتماعی مربوط به کووید ۱۹ آنقدر وسعت پیدا کرده که نه تنها بر افرادی که مبتلابه ویروس، بلکه بر افرادی که از آن‌ها مراقبت می‌کنند یا با آن‌ها تماس دارند نیز اثر گذاشته است. یکی از عواملی که تأثیر مخرب این ویروس را چند برابر می‌کند شایعه‌ها و اخبار کذبی هستند که در جامعه رسوخ کرده و خسارت این بحران را در ابعاد بزرگ‌تری گسترانده است.

راهکارهای مختلفی جهت مقابله با شایعه‌پراکنی وجود دارد یکی عواملی که تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر کنترل شایعه دارد رسانه‌های ملی است. رسانه ملی با عملکرد مطلوب در کاهش و کنترل شایعات نقش بسزایی دارد. تلویزیون در ایران به علت فراگیر و همه‌پسند بودن، دارای ظرفیت بالایی در اطلاع‌رسانی مطلوب و مؤثر و در نهایت کاهش شایعات است. در عصر ارتباطات و اطلاعات و با گسترش فناوری‌های نوین و رسانه‌های اجتماعی مجازی، اعتماد به رسانه ملی، فاکتور و مؤلفه بسیار مهمی در پذیرش و تمایل مخاطبان در استفاده از تلویزیون است. سرعت انتقال اخبار و اطلاعات در رسانه‌های اجتماعی مجازی و پیام‌رسان‌های موبایلی باعث شده که شایع‌ها بسیار سریع در بطن جامعه پخش شوند. لذا رویکردی که رسانه‌های ملی باید از آن تبعیت کنند بی‌طرفی و نداشتن سوگیری و جهت‌گیری در انتقال اطلاعات و اخبار است که یکی از شاخص‌های مهم جهت زمینه‌سازی اعتماد به رسانه ملی است و در نهایت اعتماد موردنیاز مخاطبان را جهت دریافت اخبار و اطلاعات از رسانه ملی کسب می‌کند. همچنین استفاده از منابع و مراجع مؤثق و قابل اعتماد می‌تواند از مسموم شدن ذهنیت افراد جامعه نسبت به اخبار کذبی که بحران موجود را وخیم‌تر می‌کند جلوگیری نماید.

از سوی دیگر مطالعات روان‌شناختی در خصوص افرادی که دچار بحران شده‌اند، یعنی شاهد قربانی شدن اطرافیان و یا اینکه خود با حادثه‌های فاجعه‌آمیزی مواجه شده‌اند مانند شرایط کنونی همه‌گیری ویروس کرونا که درصد بالایی از افراد جامعه از دست دادن جان هم‌نوع‌های خود را دیده‌اند و با توجه به سرعت سرایت ویروس حتی خود را در چند قدمی مرگ می‌بینند. لذا افراد جامعه بحران روان‌شناختی بسیار گسترده‌ای را تجربه خواهند کرد. از جمله علائم روان‌شناختی که افراد بحران‌زده به آن دچار می‌شوند می‌توان به علائم فشار روانی و فیزیولوژیکی (ترس، هراس، تنش و غیره)، کرختی روان‌شناختی (تجربه حالت از هم گسستگی و پریشانی، احساس بی‌کفایتی و درماندگی)، اضطراب، اختلال در تفکر (انزوایی، اشتغال ذهنی و سواس گونه، انکار واقعیات، اجتناب از تفکر یا تکلم درباره بحران، حقیقت‌گریزی، بی‌توجهی و بی‌قیدی نسبت به امورات شخصی و زندگی، پناه بردن به رؤیا و تخیل) و افسردگی (اختلال خواب، اختلال خوردن، افکار مربوط به خودکشی، گریه‌های غیرارادی) اشاره کرد (المس<sup>۱</sup>، ۱۹۷۵؛ پارکر، ۲۰۱۳؛ فورم، ۲۰۱۴).

بحران ناشی از ویروس کرونا انواع فشارهای روان‌شناختی و هیجانی را به افراد مبتلا و به اطرافیان نزدیک آن‌ها تحمیل می‌کند. مشاوره می‌تواند به این‌گونه افراد، خانواده‌هایشان و به‌نوبه خود به جوامعی که در آن زندگی می‌کنند کمک نماید تا با این مشکلات مقابله کنند. همچنین حمایت موردنیاز برای تغییر در رفتار پرخطر و حفظ تغییرات ایجادشده را فراهم می‌کند. مشاوره به افراد مبتلا کمک می‌کند که با مشکلاتشان به‌صورت فعال و منطقی برخورد نمایند. آنان می‌توانند با یادگیری فرایندهای حل مسئله و تصمیم‌گیری توسط خودشان، بر زندگی خود کنترل داشته باشند.

مشاوره در ویروس کرونا دو هدف عمده دارد (۱) ارائه حمایت روان‌شناختی به کسانی که زندگی‌شان به‌وسیله این ویروس تحت تأثیر قرار گرفته است. (۲) پیشگیری از سرایت ویروس کرونا و انتقال آن به افراد دیگر. جهت دستیابی به این اهداف بایستی مراجع نسبت به اطلاعاتی در مورد ویروس کرونا نظیر، معنی انتقال و پیشگیری آگاه شود. با مشاوره به فرد مبتلا و خانواده آن‌ها می‌توان واکنش‌های هیجانی مربوط به این ویروس مثل اضطراب، خشم، غم، عصبانیت و ترس را کنترل کرد و در مورد فعالیت‌ها و برنامه‌هایی که با نیازها و شرایط مراجع سازگار بوده گفت‌وگو شود. همچنین در فرایند مشاوره بایستی فرد به تغییر

رفتار لازم برای کنترل و پیشگیری از انتقال ویروس تشویق شود. حمایت روان‌شناختی که از طریق مشاوره ارائه می‌شود سبب افزایش احساس مسئولیت فردی مورد نیاز برای پذیرش اطلاعات جدید و تغییر سبک زندگی می‌گردد. مشاوره به افراد کمک می‌کند تا ماهیت مشکلاتی را که با آن مواجه هستند مشخص نمایند و به‌طور واقع‌بینانه‌ای در مورد روش‌های کاهش فشار حاصل از این مشکلات بر خود، دوستان و خانواده تصمیم‌گیری کنند. فرد ممکن است در مورد مشاوره و آنچه شامل آن می‌گردد، هیچ‌گونه اطلاعاتی نداشته باشید. گفتگو با اشخاص بیگانه در مورد مسائل شخصی گاه ممکن است هراس‌انگیز، تهدیدکننده و یا برخلاف عرف و فرهنگ باشد؛ بنابراین مشاور باید با بررسی میزان دانسته‌های مراجع در مورد مشاوره و انتظارات وی از آن، کار خود را آغاز نماید. ارائه مشاوره به افرادی که در معرض خطر ویروس کرونا هستند طبق طبقه‌بندی زیر پیشنهاد می‌شود.

- ۱) مشاوره قبل و بعد از آزمایش ویروس کرونا به افرادی که به‌صورت داوطلبانه یا غیر داوطلبانه در مراکز اقامتی (کمپ‌های نگهداری، مراکز سم‌زدایی و درمانی) شرکت داشته‌اند.
- ۲) تدوین نظام مداخله رفتاری جهت پیشگیری از انتقال ویروس افراد شناسایی شده (مشاوره به افراد شناسایی شده، مشاوره به خانواده‌های افراد شناسایی شده).
- ۳) آماده‌سازی روان‌شناختی افراد شناسایی شده جهت افزایش کارایی درمان و پذیرفتن فرایند درمانی (آموزش و مشاوره قبل از درمان).
- ۴) توانمندسازی متخصصان بهداشت روان مراکز اقامتی (ترغیب افراد شناسایی شده جهت پیگیری درمان و مشاوره، ارجاع افراد شناسایی شده به مراکز مناسب، اطلاع دادن به افراد شناسایی شده نسبت به خدمات اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی ویژه ویروس کرونا و پیگیری وضعیت و روند مشاوره و درمان افراد شناسایی شده).
- ۵) مشاوره به افراد شناسایی شده جهت کاهش رفتارهای پرخطر، کنترل اضطراب و افسردگی، کنترل بر زندگی و برخورد فعالانه بر مشکلات.
- ۶) مشاوره به خانواده‌های افراد شناسایی شده جهت توانمندسازی خانواده‌ها در مدیریت مسئله و عدم واکنش هیجانی خانواده به افراد شناسایی شده، تشویق به تغییر رفتار افراد شناسایی شده که منجر به کنترل و پیشگیری شود.

۷) مشاوره به متخصصین درگیر در درمان و نگهداری از بیماران و برنامه‌ریزی منظم جهت حفظ سلامت روان آن‌ها (برنامه‌های استراحتی، مشاوره‌های پیگیرانه، دیدار با خانواده و غیره)

مشاوره قبل و بعد از آزمایش: هدف مشاوره در این مرحله ای است تا افراد را آماده سازد که با استرس و یا بحران بهتر مقابله کنند، معنای درست حل مسئله را دریابند و بر اساس اطلاعات صحیح و مناسب تصمیم بگیرند. اهداف مشاوره قبل از آزمایش عبارت‌اند از: ۱) اطمینان از این که هر تصمیم در مورد آزمایش بر اساس آگاهی کامل از مفاهیم فردی، پزشکی، قانونی و اجتماعی مربوط به نتیجه مثبت آزمایش. ۲) ایجاد آمادگی برای کسانی که با بحران‌های ناشی از نتیجه مثبت روبرو می‌شوند. ۳) آماده کردن افراد، خواه کسانی که می‌خواهند آزمایش شوند، خواه آنانی که نمی‌خواهند، چه نتیجه مثبت باشد و چه منفی، برای دریافت اطلاعاتی که از سرایت این ویروس پیشگیری کند؛ به این ترتیب آنان می‌توانند هم خطر ابتلا به ویروس کرونا و هم خطر انتقال به دیگران را کاهش دهند. اهداف مشاوره بعد از آزمایش شامل ۱) ارزیابی اطلاعات مراجع از نتیجه آزمایش، ۲) کمک به مقابله با واکنش‌های روان‌شناختی، ۳) مشخص کردن احتمال تداوم رفتار مخاطره‌آمیز و نیاز به مراقبت پیگیرانه از قبیل خدمات روان‌پزشکی.

**مشاوره بعد از یک نتیجه منفی:** در مواقعی که نتیجه منفی است، درک مراجع از چگونگی پیشگیری ویروس در آینده باید ارزیابی شود. گفتگوی دقیق در مورد معنای نتیجه منفی از دید مراجع، بسیار حائز اهمیت است که آیا این نتیجه پیش‌بینی شده بود یا خیر. احتمالاً، خبر مبتلا نبودن، احساس آسودگی یا سرخوشی در مراجع ایجاد می‌کند؛ اما بر نکات زیر باید تأکید شود: بعد از مواجهه احتمالی کووید ۱۹ یک دوره کمون دوهفته‌ای وجود دارد. در طول این دوره، نتیجه آزمایش منفی را نمی‌توان معتبر دانست. به این معنی که در اکثر موارد حداقل دو هفته باید از زمان مواجهه با کووید ۱۹ گذشته باشد و تنها بعد از آن، نتیجه منفی می‌تواند به این معنی باشد که ویروس وجود ندارد؛ و فقط با اجتناب رفتارهای مخاطره‌انگیز می‌توان از مواجهه بعدی با کووید ۱۹ جلوگیری نمود. مشاور باید به‌طور کامل و به شیوه قابل‌فهم روابط اجتماعی سالم را برای مراجع توضیح دهد و امکان انتخاب‌های مناسب را برای او فراهم کند.

مشاوره بعد از یک نتیجه مثبت: جهت ارائه فیدبک (پس‌خوراند) به فرد باید بجای گزارش از طریق تلفن یا نامه، به صورت ملاقات حضوری مشخص شود. کمیت و کیفیت اطلاعات غیر کلامی به دست آمده از مصاحبه چهره به چهره مهم است. اطلاعات مهم باید از مشاهده زبان تن، ظاهر و واکنش‌های مراجع به دست آید. وقتی نتیجه آزمایش مطرح می‌شود امکان بروز طیف وسیعی از واکنش‌های روان‌شناختی وجود دارد. مشاوران باید به پاسخ‌های احتمالی مراجع آگاه باشند. واکنش فوری به صورت تعجب، گریه و شیون و به دنبال آن، کاهش کلی از ناراحتی روان‌شناختی و اضطراب ممکن است مشاهده شود. افراد ممکن است با ابراز بی‌اعتقادی، خشم، ترس، گناه یا اتهام به خود واکنش نشان دهند. اغلب افسردگی بالینی در بین کسانی که آزمایش کووید ۱۹ دارند، دیده می‌شود و در بعضی موارد ممکن است افسردگی به افکار یا اقدام به خودکشی منجر شود. وقتی نتیجه مثبت باشد، باید به مراجع توصیه‌هایی داده شود که چگونه از ابتلا دیگران جلوگیری کند.

### منابع

- احمدی، ناصر. (۱۳۹۰). بررسی رابطه بین تصویر ذهنی از خدا و خودشکوفایی با اضطراب مرگ در دانشجویان دانشگاه تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.
- آلپورت، گردن و لئو پستمن. (۱۳۷۲). روان‌شناسی شایعه، ترجمه ساعد دبستانی، تهران: سروش.
- انعامی علمداری، حمیده. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر علائم اختلال وسواس فکری عملی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تبریز. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.
- دهقانی، فرحناز. (۱۳۹۴). بررسی مقایسه‌ای بازشناسی هیجان‌های اساسی، جهت‌گیری هدف، تعلل ورزی و خود انتقادی در افراد دارای اختلال افسردگی، وسواس فکری- عملی و افراد عادی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه خلیج فارس، دانشکده ادبیات و علوم انسانی.
- زند کریمی، انسیه. (۱۳۹۵). اثربخشی روایت درمانی گروهی بر پذیرش سوگ داغ‌دیدگان شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی تهران.

- سلمانیان، سحر. (۱۳۹۵). بررسی کیفی مؤلفه‌های شک و قطعیت بدنی در زنان معلول *سانحه‌ای*. پایان‌نامه کارشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران.
- شریفی، مرضیه؛ احمدی، سیداحمد؛ فاتحی زاده، مریم. (۱۳۹۲). تأثیر سوگ درمانی شناختی - رفتاری با رویکرد اسلامی بر سلامت عمومی خانواده‌های داغ‌دیده. فصلنامه مطالعات اسلام و روان‌شناسی. *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، ۷(۱۲)، ۱۱۲-۱۳۴.
- صادقیه اهری، سعید؛ اعظمی، احد؛ براک، منوچهر؛ امانی، فیروز؛ صدیق، انوشیروان. (۱۳۸۳). علل موثر بر بازگشت به اعتیاد در بیماران مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد خود معرف وابسته به بهزیستی تهران، ۱۳۷۹. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل*، ۴(۲) ۳۶-۴۱.
- گلدارد، دیوید. (۲۰۰۳). مفاهیم بنیادی و مباحث تخصصی در مشاوره آموزش و کاربرد مهارت‌های خود در مشاوره، ترجمه‌ی سیمین حسینیان، ۱۳۹۴، تهران: انتشارات کمال تربیت.
- مقیم، سید محمد؛ غفاری، رحمان. (۱۳۹۵). پابندی مدیران به اخلاق و مدیریت شایعه در سازمان‌های دولتی ایران. *مدیریت فرهنگ سازمانی*. ۱۴(۱۰)، ۵۲-۶۳.
- Aitken, S. (2015). Quelling imperious urges: deep emotional mappings and the ethno-poetics of space. *DJ Bodenhamer, J., Corrigan & TM Harris (Eds.), Deep Maps and Spatial Narratives*, 102-133.
- Aldrich, H., & Kallivayalil, D. (2016). Traumatic grief after homicide: Intersections of individual and community loss. *Illness, Crisis & Loss*, 24(1), 15-33.
- Alfven, G., Östberg, V., & Hjern, A. (2008). Stressor, perceived stress and recurrent pain in Swedish schoolchildren. *Journal of psychosomatic research*, 65(4), 381-387.
- American Psychiatric Association. (2013). *American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (p. 81). Arlington: American Psychiatric Association.
- Behar, E., DiMarco, I. D., Hekler, E. B., Mohlman, J., & Staples, A. M. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): Conceptual review and treatment implications. *Journal of anxiety disorders*, 23(8), 1011-1023.
- Berzoff, J. (2011). The transformative nature of grief and bereavement. *Clinical Social Work Journal*, 39(3), 262-269.
- Brigulla, M., Hoffmann, T., Krisp, A., Völker, A., Bremer, E., & Völker, U. (2003). Chill induction of the SigB-dependent general stress response in *Bacillus subtilis* and its contribution to low-temperature adaptation. *Journal of bacteriology*, 185(15), 4305-4314.

- Brock, S. E. (2002). Identifying individuals at risk for psychological trauma. *Best practices in school crisis prevention and intervention*, 367, 383.
- Buckner, H. T. (1965). A theory of rumor transmission. *Public Opinion Quarterly*, 29(1), 54-70.
- Casey, P. (2009). Adjustment disorder. *CNS drugs*, 23(11), 927-938.
- Chou, H. I., Tian, G. Y., & Yin, X. (2015). Takeover rumors: Returns and pricing of rumored targets. *International Review of Financial Analysis*, 41, 13-27.
- Clark, D. A. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. Guilford Press.
- Diehl T, Goldberg K. (2004). *Psychiatric nursing*. Philadelphia: Lippincott; pp: 110-1.
- Elms, A. C. (1975). The crisis of confidence in social psychology. *American psychologist*, 30(10), 967.
- Fromm, E. (2014). *The crisis of psychoanalysis: Essays on Freud, Marx and social psychology*. Open Road Media Press.
- Gerrits, M. M., van Marwijk, H. W., van Oppen, P., van der Horst, H., & Penninx, B. W. (2015). Longitudinal association between pain, and depression and anxiety over four years. *Journal of psychosomatic research*, 78(1), 64-70.
- Glaesmer, H., Romppel, M., Brähler, E., Hinz, A., & Maercker, A. (2015). Adjustment disorder as proposed for ICD-11: Dimensionality and symptom differentiation. *Psychiatry research*, 229(3), 940-948.
- Groer, M. W., & Davis, M. W. (2006). Cytokines, infections, stress, and dysphoric moods in breastfeeders and formula feeders. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35(5), 599-607.
- Hogan, N. S., Worden, J. W., & Schmidt, L. A. (2004). An empirical study of the proposed complicated grief disorder criteria. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 48(3), 263-277.
- Hulbert, L. E., & Moisés, S. J. (2016). Stress, immunity, and the management of calves. *Journal of dairy science*, 99(4), 3199-3216.
- Kalat, J. W. (2015). *Biological psychology*. Nelson Education.
- Laakso, H., & Paunonen-Ilmonen, M. (2002). Maternal grief. *Primary Health Care Research & Development*, 3(2), 115-123.
- Levenson, J. L. (2007). *Essentials of psychosomatic medicine*. American Psychiatric Publishing, Inc...
- Lichtenberg, P. A. (2017). Grief and healing in young and middle age: A widower's journey. *The Gerontologist*, 57(1), 96-102.
- Looney, J. G., & Gunderson, E. E. (1978). Transient situational disturbances: Course and outcome. *The American journal of psychiatry*.
- Lupien, S. J., Maheu, F., Tu, M., Fiocco, A., & Schramek, T. E. (2007). The effects of stress and stress hormones on human cognition: Implications for the field of brain and cognition. *Brain and cognition*, 65(3), 209-237.
- Maddrell, A. (2016). Mapping grief. A conceptual framework for understanding the spatial dimensions of bereavement, mourning and remembrance. *Social & Cultural Geography*, 17(2), 166-188.



- Maddrell, A., & Sidaway, J. D. (2016). *Introduction: bringing a spatial lens to death, dying, mourning and remembrance*. In *Deathscapes* (pp. 19-34). Routledge.
- Maercker, A., Einsle, F., & Köllner, V. (2007). Adjustment disorders as stress response syndromes: a new diagnostic concept and its exploration in a medical sample. *Psychopathology, 40*(3), 135-146.
- Margalit, D., Har, L. B., Brill, S., & Vatine, J. J. (2014). Complex regional pain syndrome, alexithymia, and psychological distress. *Journal of Psychosomatic Research, 77*(4), 273-277.
- Waddington, K., & Fletcher, C. (2005). Gossip and emotion in nursing and health-care organizations. *Journal of Health, Organisation and Management, 19*(4-5), 378-394.
- McCall-Hosenfeld, J. S., Winter, M., Heeren, T., & Liebschutz, J. M. (2014). The association of interpersonal trauma with somatic symptom severity in a primary care population with chronic pain: Exploring the role of gender and the mental health sequelae of trauma. *Journal of psychosomatic research, 77*(3), 196-204.
- Mirzaei, J. F., Khodaei, M. R., & MOHAMMAD, K. P. (2007). Effect of sexual violence in appearance of post traumatic stress disorder (PTSD).
- Neimeyer, R. A. (2004). Research on grief and bereavement: Evolution and revolution. *Death Studies, 28*(6), 489-490.
- Nekovee, M., Moreno, Y., Bianconi, G., & Marsili, M. (2007). Theory of rumour spreading in complex social networks. *Physica A: Statistical Mechanics and its Applications, 374*(1), 457-470.
- Newman, M. G., Llera, S. J., Erickson, T. M., Przeworski, A., & Castonguay, L. G. (2013). Worry and generalized anxiety disorder: a review and theoretical synthesis of evidence on nature, etiology, mechanisms, and treatment. *Annual review of clinical psychology, 9*, 275-297.
- Noon, M., & Delbridge, R. (1993). News from behind my hand: Gossip in organizations. *Organization studies, 14*(1), 23-36.
- Parker, I. (2013). *The Crisis in Modern Social Psychology (Psychology Revivals): and how to end it*. Routledge.
- Parkinson, L., & Rachman, S. (1981). Part III—Intrusive thoughts: The effects of an uncontrived stress. *Advances in Behaviour Research and Therapy, 3*(3), 111-118.
- Pavot, W., & Diener, E. (2009). *Review of the satisfaction with life scale*. In *Assessing well-being* (pp. 101-117). Springer, Dordrecht.
- Paykel, E. S., Prusoff, B. A., & Uhlenhuth, E. H. (1971). Scaling of life events. *Archives of general psychiatry, 25*(4), 340-347.
- Penzel, F. (2000). *Obsessive-compulsive disorders: A complete guide to getting well and staying well*. Oxford University Press, USA.
- Piacentini, J., & Langley, A. K. (2004). Cognitive-behavioral therapy for children who have obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology, 60*(11), 1181-1194.
- Purdon, C. (2001). Appraisal of obsessional thought recurrences: Impact on anxiety and mood state. *Behavior Therapy, 32*(1), 47-64.

- Reed, G. M., Correia, J. M., Esparza, P., Saxena, S., & Maj, M. (2011). The WPA-WHO global survey of psychiatrists' attitudes towards mental disorders classification. *World Psychiatry, 10*(2), 118-131.
- Roberts, J. E., Thomas, A. J., & Morgan, J. P. (2016). Grief, bereavement, and positive psychology. *Journal of Counseling and Psychology, 1*(1), 3.
- Ruiz, P. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, pp. 938-950). B. J. Sadock, & V. A. Sadock (Eds.). Philadelphia, PA: lippincott Williams & wilkins.
- Sapolsky, R. M. (1992). *Stress, the aging brain, and the mechanisms of neuron death*. the MIT Press.
- Sarno JE. (2009). *The Divided Mind*. 1st ed. New York: HarperCollins e-books.
- Sharifi, V., Amin-Esmaeili, M., Hajebi, A., Motevalian, A., Radgoodarzi, R., Hefazi, M., & Rahimi-Movaghar, A. (2015). Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: the Iranian Mental Health Survey, 2011. *Archives of Iranian medicine, 18*(2), 0-0.
- Stuart G, Laraia M. (2005). *Psychiatric nursing*. St louis: Mosby; pp: 271-3.
- Szabo, K., & Hennerici, M. G. (Eds.). (2014). *The hippocampus in clinical neuroscience*. Karger Medical and Scientific Publishers.
- Tomita, T., & Kitamura, T. (2002). Clinical and research measures of grief: A reconsideration. *Comprehensive Psychiatry, 43*(2), 95-102.
- van der Heiden, C., Muris, P., & van der Molen, H. T. (2012). Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour research and therapy, 50*(2), 100-109.
- Wells, A. (2007). Cognition about cognition: Metacognitive therapy and change in generalized anxiety disorder and social phobia. *Cognitive and Behavioral Practice, 14*(1), 18-25.
- Wells, A., & Carter, K. (1999). Preliminary tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 37*(6), 585-594.
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., & Brewin, C. R. (2012). Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: A platform trial. *Behaviour research and therapy, 50*(6), 367-373.
- Yaribeygi, H., Panahi, Y., Sahraei, H., Johnston, T. P., & Sahebkar, A. (2017). The impact of stress on body function: A review. *EXCLI journal, 16*, 1057.