

اثربخشی طرح‌واره درمانی بر تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و علائم روان‌شناختی

همسران جانباز اعصاب و روان شهر تهران

فاطمه یزدانی، محمد مهدی جهانگیری*

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرح‌واره درمانی بر تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و علائم روان‌شناختی همسران جانباز اعصاب و روان بود.

روش: در این پژوهش از طرح درون گروهی تک آزمودنی A-B با خط پایه و با مداخله درمانی به همراه دوره پیگیری استفاده شد. جامعه آماری شامل کلیه همسران جانباز اعصاب و روان بنیاد شهید و امور ایثارگران شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بودند که به تعداد ۵ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. پس از موقعیت خط پایه بیست جلسه طرح‌واره درمانی انفرادی به مشارکت کنندگان ارائه گردید. در تحلیل داده‌های پژوهش، از تحلیل دیداری و درصد بهبودی استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد طی تحلیل دیداری نمودار داده‌ها طرح‌واره درمانی بر تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و علائم روان‌شناختی همسران جانباز بنیاد شهید و امور ایثارگران موثر بوده است. به عبارت دیگر شاخص‌های درصد بهبودی و اندازه اثر مربوط به حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و علائم روان‌شناختی بیانگر کاهش متوسط در شرکت‌کنندگان بود. **نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های پژوهش، ضروری به نظر می‌رسد که در مداخلات بالینی همسران و خانواده‌های جانباز اعصاب و روان، برنامه ریزی لازم برای مداخله در سطوح شناختی و هیجانی صورت گیرد و بدلیل تاثیر طرح‌واره درمانی بر کاهش علائم روان‌شناختی می‌توان به عنوان یک رویکرد موثر سود جست.

واژگان کلیدی: طرح‌واره درمانی، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، علائم روان‌شناختی، همسران جانباز

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد محلات، محلات، ایران.

^۲ استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد محلات، محلات، ایران (نویسنده مسئول) m_jahangiri@iaumahallat.ac.ir

مقدمه

بروز جنگ جزء جدایی‌ناپذیر زندگی آدمی است و هر جنگی صدمات بسیاری بر مشارکت‌کنندگان در آن وارد مینماید (مک مستر، ۲۰۰۸). جنگ، اثرات وسیع و عمیقی بر سلامت روانی و بهزیستی سربازان، جانبازان و قربانیان و خانواده‌های آنان دارد (هانون، ۲۰۱۹). طبق آمار سازمان بنیاد جانبازان بیش از ۴۰۰۰۰۰ نفر جانباز (نخاعی، شیمیایی، روانی و قطع عضو) در کشور در قید حیات هستند (حسنی طباطبایی و شاکر دولاق، ۱۳۸۷). اختلالات مربوط به بهداشت روانی در بین جانبازان بالا است، به گونه‌ای که حدود ۵۶ درصد از سربازان بازگشته از جنگ عراق و افغانستان دارای ۲ یا چند اختلال روانی بوده‌اند (مویس و بونانو، ۲۰۱۸). در این میان از جمله متغیرهایی که در جانبازان جنگ تحمیلی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، بهداشت روان می‌باشد. از نظر سازمان بهداشت جهانی، بهداشت روان حالتی از رفاه است که در آن فرد توانایی‌هایش را باز می‌شناسد و قادر است با استرس‌های معمول زندگی تطابق حاصل کرده، از نظر شغلی مفید و سازنده بوده و به عنوان عضوی از جامعه با دیگران همکاری و مشارکت داشته باشد (دکل، لوینشتاین، سیگل، فریدکین، ۲۰۱۶).

بر اساس تحقیقات، حدود ۱۰ درصد از جانبازان جنگ تحمیلی از بهداشت روانی بهتر برخوردار بوده‌اند، در حالی که میانگین نمره بهداشت روانی ۹۰ درصد دیگر در پرسشنامه سلامت عمومی ۴۸/۹۲ بوده است که نشانگر سلامت روان مختل آنان است (نریمانی، اریا پوران، ابوالقاسمی، احدی، ۱۳۹۲). همچنین نشان داده شده است که در جانبازان جنگ شیوع اختلالات افسردگی، اضطراب، علائم جسمانی و فشار روانی بالاتر است. بنابراین جانبازان نسبت به عموم افراد جامعه دچار مشکلات روانی و رفتاری بیشتر و حادثه‌تری هستند، تحقیقات نشان می‌دهد که تقریباً از هر چهار سربازی که از جنگ بازمی‌گردند یک نفر دچار مشکلات شدید روانی است (لاندا، ۲۰۱۹). در کشور ما وجود هشت سال جنگ و استرس‌های ناشی از آن موجب گردیده، اختلالات روانی به‌عنوان مشکلی شایع در رزمندگان، جانبازان و خانواده‌های آنان مطرح گردد (نادری، صدیقی، روشنایی، احمدپناه و همکاران، ۱۳۹۵).

جیمز، استروم و لسکلا^۱ (۲۰۱۴)، در پژوهشی نشان داد که گرایش به رفتارهای پرخطر، تکانشگری و خشونت بین فردی در جانبازان جنگ که از اختلال استرس پس از سانحه رنج می‌برند در مقایسه با جانبازان فاقد این اختلال بالاتر است (جیمز، استروم و لسکلا، ۲۰۱۴). پرایکا^۲ و همکاران (۲۰۱۴)، نیز در پژوهش خود نشان دادند که ارتباط طولانی‌مدت جانبازان با مواد شیمیایی حاصل از جنگ علاوه بر مشکلات جسمی به گسترش اختلالات شناختی-هیجانی منجر شده به صورتی که مشکلات جنگ مانند اختلال تنش پس از سانحه در ابعاد مختلف زندگی جانبازان از جمله سلامت روان، روابط اجتماعی و سازگاری آنان اثر گذاشته است (پرایکا^۳ و همکاران، ۲۰۱۴). نتایج پژوهش نادری و همکاران (۱۳۹۵) نیز نشان داد که سطح کیفیت زندگی جانبازان شهر همدان پایین است و حتی حداکثر کیفیت زندگی که مربوط به بهداشت روانی است نیز در سطح پایین قرار دارد (نادری و همکاران، ۱۳۹۵).

اعضای خانواده جانبازان جنگ نیز، اغلب قربانیان پنهان جنگ شناخته می‌شوند. مشکلات جسمی و روانی جنگ بر سلامت روان جانبازان، عملکرد خانواده و بویژه زندگی همسران جانبازان تأثیر غیرمستقیم و نامطلوبی دارد.

1 - James, Strom & Leskela

2 - Peraica

3 - Peraica

پژوهش‌ها نشان می‌دهد ارتباط طولانی‌مدت با جانبازان مخصوصاً در اعضای خانواده و همسران ممکن است به گسترش اختلالات شناختی-هیجانی منجر شود به صورتی که مشکلات جنگ مانند اختلال تنش پس از سانحه در ابعاد مختلف زندگی همسر از جمله سلامت روان، روابط اجتماعی، تاب‌آوری و ویژگی‌های شخصیتی تأثیرگذار شود (جانسون، ۲۰۱۸). زنان در نقش همسر جانبازان مقدار زیادی درد و رنج، عصبانیت، ترس، افسردگی، اختلال در عملکرد جسمی، دشمنی و پرخاشگری را در خود تجربه می‌کنند. در این میان یکی از مشکلاتی که بهداشت روانی این همسران را به شدت تهدید می‌کند، اختلالات روان‌شناختی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه آنان است. بدیهی است که نرخ ابتلا به اختلالات روان‌شناختی و باورهای مخرب و آسیب‌زا در جمعیت‌هایی که بیشتر در معرض وقایع آسیب‌زا مانند گروه‌های در معرض وقایع جنگی و همسران آنان، شیوع بیشتری دارد (دوورنون، ۲۰۰۶).

واضح است که مشکلات روان‌شناختی در کشور ما جزء مسائل عمده بهداشت روانی به‌خصوص در رابطه با همسران جانبازان جنگ تحمیلی می‌باشد. مشکلات روان‌شناختی همچون استرس، اضطراب و افسردگی و نیز طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، جزو عوامل خطر ساز و ناشی از وجود یک فرد معلول در خانواده است. یکی دیگر از مواردی که نیاز است در بین خانواده‌های جانبازان و آسیب دیدگان جنگی مورد بررسی جدی قرار گیرد، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه آن‌هاست. طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه الگوها یا درون‌مایه‌های عمیق و فراگیری هستند که در سیر زندگی تداوم دارند و به شدت ناکارآمدند (مک کلوی، ۲۰۱۹). و می‌توانند استرس، نگرش ناکارآمد، سبک تبیینی بدبینانه، ناامیدی و درماندگی را در موقعیت‌ها و رویدادهای مختلف زندگی فعال کنند و منجر به اشکال مختلفی از آشفتگی‌های روان‌شناختی شوند (زینالو یوزر، ۲۰۲۰). ریشه‌های تحولی طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه در تجارب ناگوار دوران کودکی نهفته است. طرح‌واره‌ها مطابق با ۵ نیاز تحولی کودک به پنج حوزه بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگر جهت‌مندی، گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و درصد بازداری تقسیم شده‌اند که هر کدام شامل چند طرح‌واره است (یانگ، کلاوسکو، ویچار، ۲۰۱۵).

طراحی و به‌کارگیری مداخلات روان‌شناختی اثربخش و سودمند برای بهبود شرایط روان خانواده‌های آسیب‌دیده جنگی، به‌ویژه همسران جانبازان همواره از مسائل حائز اهمیت در حوزه سلامت روان بوده است. به همین سبب، پژوهش‌های زیادی، روش‌های مختلف درمان دارویی و غیر دارویی را با هدف کاهش علائم آن انجام داده‌اند که نتایج مختلف و متفاوتی نیز به دست آوردند. از این‌رو، جستجوی روش‌های بهبود نشانه‌های افراد درگیر با اختلالات روان‌پزشکی نزد درمانگران و پژوهشگران، شامل رویکردهای مختلفی است. در این رابطه یکی از روش‌های درمانی، طرح‌واره درمانی است. طرح‌واره درمانی بر تغییر و تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه تأکید می‌کند. طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، قدیمی‌ترین و عمیق‌ترین مؤلفه‌های شناختی، باورها و احساسات غیرشرطی درباره خودمان هستند و از تعامل خلق و خوی فطری کودک با تجارب ناکارآمد او با والدین، خواهرها، برادرها و همسالان در طی سال‌های اولیه زندگی به وجود می‌آید (یانگ، کلاوسکو، ویچار، ۲۰۰۶). طرح‌واره درمانی بر ریشه‌های تحولی مشکل‌های روان‌شناختی در دوران کودکی و نوجوانی، استفاده از تکنیک‌ها برانگیزاننده و ارائه مفهوم سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار تأکید دارد. این عمل از میزان موفقیت بالایی در درمان اختلالاتی مانند اضطراب، افسردگی و بهبود سلامت روان برخوردار است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که طرح‌واره درمانی بر افزایش سلامت

روانی مؤثر است. برای مثال جاوا و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که آموزش طرح‌واره درمانی باعث بهبود اختلالات شخصیت و افزایش سلامت روانی می‌شود (شخم‌گرا، ۲۰۱۶). هاواک و پروینچر^۱ (۲۰۱۲) نیز معتقد است طرح‌واره درمانی می‌تواند به‌طور موفقیت‌آمیزی در درمان مبتلایان به اختلال اضطرابی و فراتر از آن اختلالات شخصیت مفید واقع شود (اسلیبکی، کوتانیوا، ویسکوسیلوا، پراسکو، ۲۰۱۵). همچنین قادری، کلاتری و مهربانی (۱۳۹۵) در تحقیقی با عنوان تأثیر اثربخشی طرح‌واره درمانی بر تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و کاهش علائم اختلال اضطراب به این نتیجه رسیدند که طرح‌واره درمانی موجب کاهش معنادار طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در افراد گروه آزمایش شده است و همچنین طرح‌واره درمانی علائم اضطراب اجتماعی را به‌صورت معناداری کاهش داده است (قادری، کلاتری و مهربانی، ۱۳۹۵). با توجه به آنچه ذکر شد از این‌رو سؤال اصلی پژوهش این است که آیا طرح‌واره درمانی بر تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و علائم روان‌شناختی همسران جانباز مؤثر است؟

روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر، درون‌گروهی از نوع تک‌آزمودنی AB با استفاده از خط پایه است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه همسران جانبازان اعصاب و روان بنیاد شهید و امور ایثارگران شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بودند. روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر، نمونه‌گیری هدفمند بود که طی آن پژوهشگر با مطالعه پرونده‌های جانبازان اعصاب و روان پس از تماس تلفنی با خانواده ایشان از همسران آنان دعوت به عمل آمد و از بین همسران جانباز پرسشنامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و علائم روان‌شناختی بین آنان توزیع و تعداد ۵ آزمودنی بر اساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: ۱. کسب نمره حداقل ۱/۵ در مقیاس SCL-90. ۲. در محدوده سنی بین ۴۵ تا ۶۵ سال. ۳. حداقل دارای تحصیلات متوسطه. ۴. داشتن رضایت آگاهانه. ۵. متاهل بودن. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل: ۱. غیبت بیش از ۳ جلسه. ۲. ابتلا به بیماری‌های جسمانی مزمن مطابق فرم‌های خودگزارش دهی. سپس مشارکت کنندگان تحت ۲۰ جلسه طرح‌واره درمانی ۶۰-۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند. رویکرد طرح‌واره درمانی به تفکیک جلسات به صورت ذیل اجرا شد: جلسات (۱-۲): ایجاد یک رابطه متقابل و برخورداراز تشریح مساعی، آموزش رویکرد طرح‌واره درمانی، اخذ رضایت‌نامه آگاهانه، آرایه‌آزمون‌های پژوهش جلسات (۳-۵): سنجش مشکلات بیمار، ارزیابی سبک‌های مقابله‌ای، ضابطه‌بندی مشکل مراجع براساس رویکرد طرح‌واره محور و تکمیل فرم مفهوم‌پردازی. جلسات (۶-۱۱): استفاده از تکنیک‌های شناختی در جهت تردید و بی‌اعتبارسازی طرح‌واره‌های غالب مراجع. جلسات (۱۲-۱۵): استفاده از تکنیک‌های تجربی در جهت آشنایی مراجع با ریشه‌های تحولی طرح‌واره‌ها و درک راهکارهای ناسازگارانه ارضای نیازهای هیجانی. جلسات (۱۶-۲۰): تشویق و ترغیب مراجع در جهت رها کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و تمرین رفتارهای مقابله‌ای سازگارانه برای ارضا و تشریح نیازهای هیجانی اساسی، و واداشتن بیمار به آماده ساختن فهرستی از مهارت‌های آموخته شده در درمان و پیشگیری از عود. لازم به ذکر است کد مصوبه کمیته اخلاق IR.IAU.ARAK.REC.1398.021 بود.

¹ - Hawke & Provencher

ابزارهای اندازه‌گیری شامل موارد زیر بودند:

پرسشنامه فرم کوتاه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه یانگ (۲۰۰۳): این پرسشنامه متشکل از ۷۵ گویه است و ۱۵ طرح‌واره ناسازگار اولیه را می‌سنجد. هر گویه بر روی یک مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (کاملاً غلط، تقریباً غلط، کمی درست، تقریباً درست، کاملاً درست) نمره‌گذاری می‌شود. تمامی ۱۵ طرح‌واره ناسازگار اولیه شامل ۵ گویه است. اگر فرد در دو تا یا بیشتر از دو گویه نمره ۵ یا ۶ بگیرد مبتلا به آن طرح‌واره است و آن طرح‌واره در رفتار فرد تأثیر دارد. این پرسشنامه در ایران توسط فتی، موتابی، محمدخانی، بوالهروی و همکاران (۱۳۸۵) هنجاریابی شده است. در تحقیق آن‌ها میزان همسانی درونی برای ۱۵ طرح‌واره بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۳ گزارش نموده‌اند. در بررسی دیگر اعتبار باز آزمایی با فاصله ۱۵ روز برای ۱۵ طرح‌واره بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۴ بدست آمد. ضرایب روایی همگرا و واگرای طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با سیاهه افسردگی، مقیاس عاطفه مثبت و منفی، پرسشنامه اعتمادبه‌نفس و چکلیست بازنگری شده علائم ۹۰ (SCL-90) به ترتیب ۰/۳۷، ۰/۳۹، -، ۰/۳۶ و ۰/۳۸ گزارش شده است (حشمتی، ۲۰۱۶).

چکلیست بازنگری شده ۹۰ سؤالی (SCL-90-R): این پرسشنامه شامل ۹۰ سؤال برای ارزیابی علائم روانی است و فرم اولیه این پرسشنامه در سال ۱۹۷۳ ارائه شد (دروگاتیس و همکاران، ۱۹۷۶). این آزمون در سال ۱۳۵۹ در ایران هنجاریابی شد. ۹۰ سؤال این پرسشنامه ۹ بعد شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوییدی و روان‌پریشی را می‌سنجد. این آزمون یک شاخص کلی آسیب (GSI) دارد که از محاسبه نمره کل سؤالات تقسیم بر ۹۰ به دست می‌آید و دامنه بین ۰ تا ۴ را در برمی‌گیرد. نمره کل بالاتر از ۲ نشانه آسیب روانی و نمره کل کمتر از ۲ نشانه عدم آسیب روانی است. پایایی آزمون در تحقیقات مختلف بالا بوده است (دیاریان، ۱۳۷۹) و برای ارزیابی میزان آسیب روانی به کرات در جمعیت‌های مختلف ایرانی مورد استفاده قرار گرفته است (بیانی، کوچکی و کوچکی، ۱۳۸۷). سنجش پایایی ابعاد ۹ گانه این آزمون از دو روش محاسبه پایایی به روش آزمون مجدد صورت گرفته است. برای محاسبه ثبات درونی آزمون که بر روی ۲۱۹ نفر در ایلات متحده در جهت سنجش ثبات و یکنواختی سؤالات انجام گردید از ضرایب آلفا و کودر ریچارد سون ۲۰ استفاده شد. نتایج تمام ضرایب به دست آمده برای ۹ بعد کاملاً رضایت‌بخش بوده است. بیشترین همبستگی مربوط به بعد افسردگی با ۰/۹ و کمترین آن‌ها روان‌پریشی با ۰/۷۷ بوده است (دروگاتیس، ریکلز و راک، ۱۹۷۶). پایایی تست مجدد که ثبات آزمون را در طول زمان می‌سنجد بر روی ۹۴ نفر بیمار روانی نامتجانس و پس از یک هفته ارزیابی اولیه صورت گرفت. اکثر ضرایب دارای همبستگی بالا بین ۰/۷۸ تا ۰/۹ بوده‌اند. فتحی آشتیانی (۱۳۸۸) با روش تنصیف پایایی آزمون را برای ابعاد مختلف بین ۰/۶۴ تا ۰/۸۹ و با روش آلفای کرونباخ بین ۰/۵۷ تا ۰/۸۵ گزارش کرده است. در تحلیل داده‌های پژوهش، از تحلیل دیداری و درصد بهبودی استفاده شد.

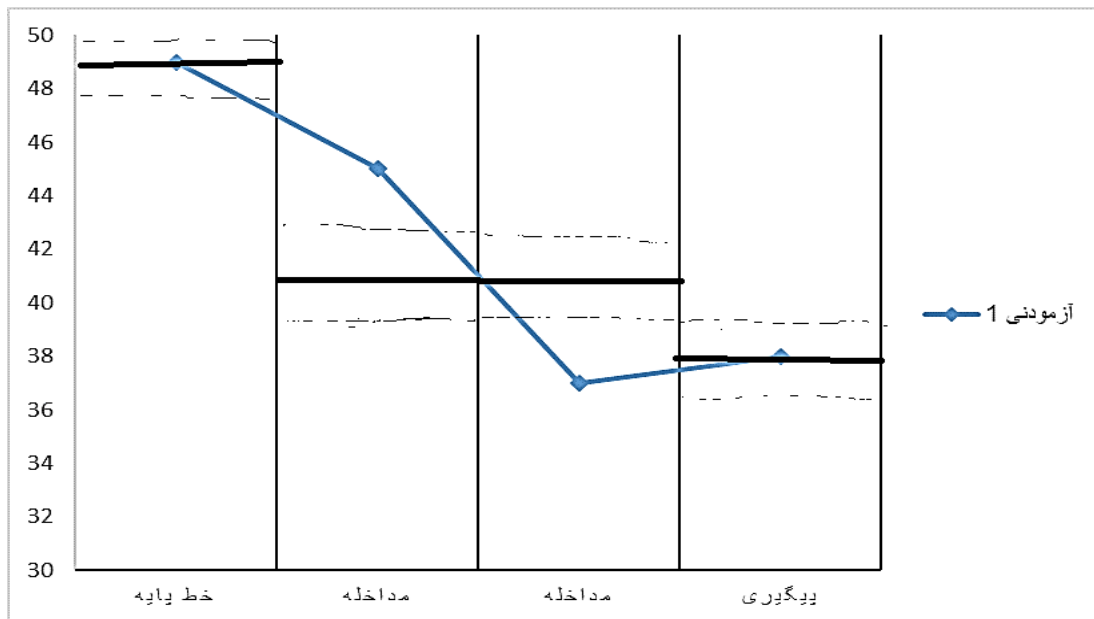
یافته‌ها

در تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از پژوهش مبتنی بر روش پژوهش‌های تک آزمودنی، از تحلیل دیداری و آماری به همراه درصد بهبودی و PND استفاده شد.

جدول ۱. اطلاعات توصیفی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به تفکیک مرحله سنجش برای پنج آزمودنی

متغیر	آزمودنی‌ها	خط پایه	جلسه دهم	جلسه بیستم	پیگیری	درصد بهبودی	تغییر مطلق	سطح PND
رهاش‌دگی-بی	آزمودنی اول	۵۰	۴۸	۴۴	۴۵	۱۱.۱۱	۱۶.۲۰	۳.۰۱
	آزمودنی سوم	۵۱	۴۹	۴۵	۴۶	۱۰.۸۷	۲۴.۳۹	۵.۳۷
بی‌اعتمادی	آزمودنی پنجم	۵۳	۴۷	۴۵	۴۶	۱۵.۲۲	۲۹.۶۷	۴.۶۵
	آزمودنی اول	۵۲	۴۸	۴۱	۴۰	۳۰.۰۰	۲۵.۲۵	۵.۴۳
منفی‌گرایی	آزمودنی پنجم	۵۰	۴۵	۴۰	۴۱	۲۱.۹۵	۲۳.۵۳	۵.۰۹
	آزمودنی اول	۴۹	۴۵	۳۸	۳۷	۳۲.۴۳	۳۲.۴۳	۵.۵۵
تنبیه	آزمودنی اول	۵۲	۴۹	۴۱	۳۹	۳۳.۳۳	۳۳.۳۳	۵.۵۹
	آزمودنی دوم	۴۸	۴۶	۳۹	۳۷	۲۹.۷۳	۲۹.۷۳	۴.۷۳
نقص و شرم	آزمودنی دوم	۵۱	۴۶	۴۰	۳۹	۳۰.۷۷	۳۰.۷۷	۴.۹۵
	آزمودنی دوم	۵۴	۵۰	۴۶	۴۴	۲۲.۷۳	۲۲.۷۳	۵.۸۹
شکست	آزمودنی دوم	۴۶	۴۴	۳۵	۳۵	۳۱.۴۳	۳۱.۴۳	۵.۲۱
	آزمودنی سوم	۵۳	۴۷	۳۸	۴۹	۸.۱۶	۸.۱۶	۲.۰۲
استحقاق	آزمودنی سوم	۴۷	۴۶	۴۰	۴۰	۱۷.۵۰	۲۲.۷۳	۵.۸۹
	آزمودنی	۵۵	۴۹	۴۳	۴۳	۲۷.۹۱	۱۶.۲۰	۳.۰۱
محرومت هیجانی	آزمودنی پنجم	۴۸	۴۲	۳۴	۳۵	۳۷.۱۴	۲۴.۳۹	۵.۳۷

بر اساس داده‌های جدول ۱ به نظر می‌رسد که در حیطه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، برای پنج آزمودنی، پس از درمان، کاهش اتفاق افتاده است. همچنین به نظر می‌رسد درصد بهبودی آزمودنی سوم در طرح‌واره‌های کمتر از سایر آزمودنی‌ها بوده است. همچنین نتایج نشان می‌دهد بیشترین تغییر سطح مطلق و اندازه اثر مربوط به متغیر استحقاق، شکست و بی‌اعتمادی بوده است. در مجموع آزمودنی‌ها میزان بهبودی اندکی پایین‌تر از متوسط داشته‌اند. برای تحلیل دیداری نمودار داده‌ها، پس از رسم نمودار برای هر آزمودنی، در مرحله اول با استفاده از میانه داده‌های موقعیت خط پایه و مداخله، خط میانه داده‌ها کشیده شد؛ یک محفظه ثبات روی x موازی با محور خط میانه قرار گرفت. محفظه ثبات یعنی دو خط موازی که یکی پایین و دیگری بالای خط میانه رسم شود. فاصله و دامنه میان دو خط، میزان بیرون افتادگی یا تغییرپذیری سری داده‌ها ۲۰ درصدی، را نشان می‌دهد. با استفاده از معیار ۸۰ اگر ۸۰ درصد نقطه‌ها زیر یا درون ۲۰ درصد مقدار میانه (محفظه ثبات) قرار گیرند، داده‌ها ثبات دارند.



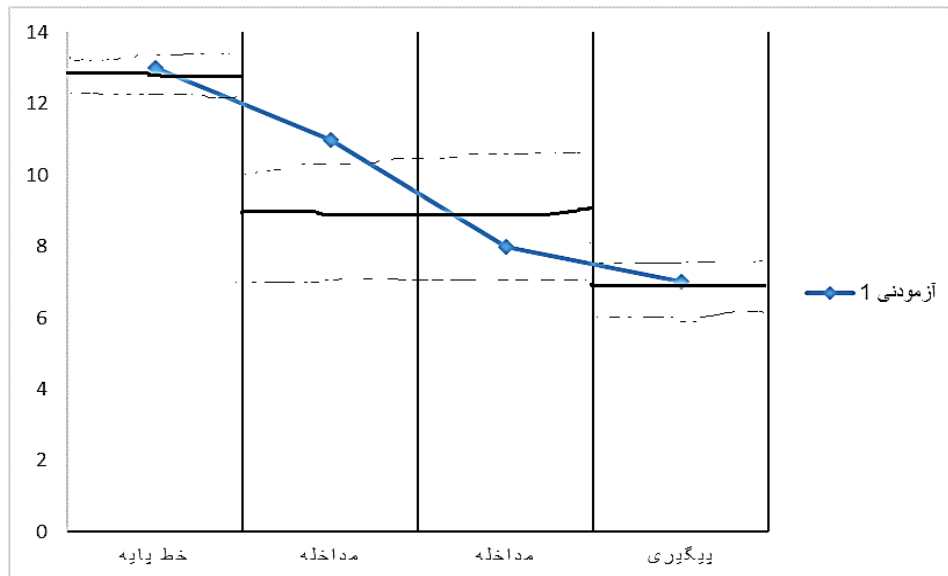
شکل ۱. طرح چند خط پایه برای آزمودنی‌ها در طی جلسات درمانی

جدول ۲. اطلاعات توصیفی علائم روان‌شناختی به تفکیک مرحله سنجش برای پنج آزمودنی

متغیر	آزمودنی‌ها	خط پایه	جلسه دهم	جلسه بیستم	پیگیری	درصد بهبودی	تغییر	PND
							روند	
جسمانی سازی	آزمودنی اول	۱۳	۱۱	۸	۷	۴۶.۱۵	۳۲.۲۶	۲.۳۹
	آزمودنی دوم	۱۲	۱۰	۹	۸	۳۳.۳۳		
	آزمودنی سوم	۱۴	۱۳	۱۱	۱۲	۱۴.۲۹		
	آزمودنی چهارم	۱۱	۸	۷	۷	۳۶.۳۶		
	آزمودنی پنجم	۱۲	۱۰	۶	۸	۳۳.۳۳		
وسواس - اجبار	آزمودنی اول	۵	۴	۲	۳	۴۰.۰۰	۴۱.۱۸	۲.۲۱
	آزمودنی دوم	۷	۶	۴	۴	۴۲.۸۶		
	آزمودنی سوم	۸	۷	۶	۶	۲۵.۰۰		
	آزمودنی چهارم	۶	۴	۲	۳	۵۰.۰۰		
	آزمودنی پنجم	۸	۷	۴	۴	۵۰.۰۰		
حساسیت بین فردی	آزمودنی اول	۹	۶	۴	۴	۵۵.۵۶	۴۵.۲۴	۳.۷۱
	آزمودنی دوم	۸	۷	۵	۴	۵۰.۰۰		
	آزمودنی سوم	۸	۷	۶	۶	۲۵.۰۰		
	آزمودنی چهارم	۷	۵	۳	۴	۴۲.۸۶		
	آزمودنی پنجم	۱۰	۹	۶	۵	۵۰.۰۰		
افسردگی	آزمودنی اول	۴	۳	۱	۱	۷۵.۰۰	۵۴.۱۷	۱.۹۹

		۶۰.۰۰۰	۲	۲	۴	۵	آزمودنی دوم	
		۶۰.۰۰۰	۲	۲	۴	۵	آزمودنی سوم	
		۱۶.۶۷	۵	۴	۵	۶	آزمودنی چهارم	
		۷۵.۰۰	۱	۱	۳	۴	آزمودنی پنجم	
		۵۰.۰۰۰	۴	۳	۵	۸	آزمودنی اول	اضطراب
		۴۴.۴۴	۵	۵	۷	۹	آزمودنی دوم	
۴.۲۲	۴۲.۵۰	۲۸.۵۷	۵	۵	۶	۷	آزمودنی سوم	
		۴۲.۸۶	۴	۴	۵	۷	آزمودنی چهارم	
		۴۴.۴۴	۵	۴	۷	۹	آزمودنی پنجم	
		۵۰.۰۰۰	۲	۲	۳	۴	آزمودنی اول	خصوصیت
		۶۶.۶۷	۱	۰	۱	۳	آزمودنی دوم	
۳.۶۵	۵۸.۸۲	۳۳.۳۳	۲	۲	۳	۳	آزمودنی سوم	
		۷۵.۰۰	۱	۲	۳	۴	آزمودنی چهارم	
		۶۶.۶۷	۱	۰	۲	۳	آزمودنی پنجم	
		۴۴.۴۴	۵	۴	۶	۹	آزمودنی اول	هراس
		۴۰.۰۰	۶	۶	۸	۱۰	آزمودنی دوم	
۳.۳۶	۴۱.۸۶	۳۳.۳۳	۶	۶	۸	۹	آزمودنی سوم	
		۵۰.۰۰۰	۴	۵	۶	۸	آزمودنی چهارم	
		۴۲.۸۶	۴	۴	۶	۷	آزمودنی پنجم	
		۷۵.۰۰	۱	۱	۳	۴	آزمودنی اول	اندیشه پردازی
		۷۵.۰۰	۱	۱	۳	۴	آزمودنی دوم	پارانوئید
۴.۱۱	۶۵.۰۰	۲۵.۰۰	۳	۲	۳	۴	آزمودنی سوم	
		۷۵.۰۰	۱	۱	۳	۴	آزمودنی چهارم	
		۷۵.۰۰	۱	۱	۳	۴	آزمودنی پنجم	
		۴۴.۴۴	۵	۵	۸	۹	آزمودنی اول	روان گسسته گرایی
		۳۶.۳۶	۷	۷	۱۰	۱۱	آزمودنی دوم	
۲.۵۱	۴۰.۴۳	۲۰.۰۰	۸	۸	۹	۱۰	آزمودنی سوم	
		۵۵.۵۶	۴	۶	۸	۹	آزمودنی چهارم	
		۵۰.۰۰۰	۴	۴	۷	۸	آزمودنی پنجم	

بر اساس داده‌های جدول ۲ به نظر می‌رسد که در علائم روان‌شناختی، برای پنج آزمودنی، پس از درمان، کاهش اتفاق افتاده است. همچنین به نظر می‌رسد درصد بهبودی آزمودنی اول در بیشتر علائم، بیشتر از سایر آزمودنی‌ها بوده است. همچنین نتایج نشان می‌دهد بیشترین درصد بهبودی و اندازه‌ی اثر مربوط به متغیر اضطراب بوده است. داده‌ها نشان می‌دهد در متغیر جسمانی سازی در مجموع آزمودنی‌ها میزان بهبودی اندکی بالاتر از متوسط داشته‌اند. در نمودار زیر این تغییرات برای پنج آزمودنی مشاهده می‌شود.



شکل ۲. طرح چند خط پایه برای آزمودنی‌ها در طی جلسات درمانی

محفظه ثبات یعنی دو خط موازی که یکی پایین و دیگری بالای خط میانه رسم شود. فاصله و دامنه میان دو خط، میزان بیرون افتادگی یا تغییرپذیری سری داده‌ها ۲۰ درصدی، را نشان می‌دهد. با استفاده از معیار ۸۰ اگر ۸۰ درصد نقطه‌ها زیر یا درون ۲۰ درصد مقدار میانه (محفظه ثبات) قرار گیرند، داده‌ها ثبات دارند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرح‌واره درمانی بر تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و علائم روان‌شناختی همسران جانباز اعصاب و روان بود. تحلیل داده‌ها نشان داد که طرح‌واره درمانی در تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در همسران جانبازان تأثیر داشت. اندازه اثر آموزش‌های به‌عمل‌آمده بیانگر کاهش متوسط و بالاتر از متوسط در شرکت‌کنندگان بود. نتایج پژوهش با یافته‌های موسوی اصل و موسوی سادات (۱۳۹۳)، کاملی، قنبری، هاشم‌آبادی، محمدیان (۱۳۹۰)، همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که طرح‌واره‌ها، مفروضه‌ها یا قوانین زیربنایی هستند که افکار و رفتارهای فرد را کنترل می‌کنند و در طول سال‌های زندگی فرد تحول یافته‌اند. محتوای طرح‌واره‌ها کلیه جنبه‌های زندگی فرد اعم از آگاهانه و یا ناآگاهانه را در برمی‌گیرد. طرح‌واره‌ها، معنی و ساختاری را که فرد با آن به دنیا می‌آید، ایجاد می‌کنند. درعین حال، تحول طرح‌واره‌ها تحت تأثیر فرهنگ، خانواده، مذهب و عوامل مربوط به جنسیت، سن یا شخصیت فرد قرار دارد.

طرح‌واره‌ها موجب سوگیری در تفسیرهای افراد از رویدادها می‌شوند و این سوگیری‌ها در آسیب‌شناسی روانی میان فردی به صورت سو تفاهم‌ها، نگرش‌های تحریف‌شده، گمانه‌زنی‌های نادرست، هدف و چشم‌داشت‌های غیرواقع بینانه مشخص می‌شوند. از طرفی دیگر وجود جانبازی باعث ایجاد فشارهای روانی و اجتماعی بسیار بزرگی برای خود شخص بیمار، خانواده، بخصوص همسران آن‌ها و متخصصین و مراقبین بهداشت این افراد می‌شود. این فشارهای روانی و اجتماعی برای فرد مبتلا شده و همسرانشان به صورت واکنش‌هایی نظیر: ناباوری، انکار، خشم، ناآرامی، اضطراب و دلهره، ترس و افسردگی، افکار خودکشی، ضعف جسمانی، انزوای اجتماعی و خود بیماری‌انگاری، رفتارهای متوقعانه، ناامیدی، عزت‌نفس پایین و نقص‌های شناختی (بواسطه درگیر شدن سیستم اعصاب مرکزی با عفونت‌های ناشی از بیماری) بروز می‌نماید. براساس دیدگاه یانگ (۲۰۰۳) هدف طرح‌واره درمانی کمک به ارضای هیجانات ارضاء نشده است. زمانی که در طی فرآیند درمان این نیازهای هیجانی تا حدودی ارضاء می‌شود، زمینه را برای بهبود طرح‌واره‌ها مهیا می‌سازد چرا که طرح‌واره‌های ناسازگار اساساً به خاطر عدم ارضاء نیازهای هیجانی ایجاد می‌گردد. فردی که دارای طرح‌واره استحقاق بزرگ‌منشی هست، معتقد است نسبت به دیگران یک سر و گردن بالاتر است، حقوق ویژه‌ای برای خودش قائل است و تعهدی نسبت به رعایت اصول روابط متقابل که راهنمای تعاملات اجتماعی بهنجار هستند، ندارد. افرادی که این طرح‌واره را دارند بیش‌ازحد پرتوقع یا سلطه‌گرند و در روابط اجتماعی با مشکلات دیگران همدلی نمی‌کنند. وقتی همسران جانبازان و ایثارگران تحت برنامه طرح‌واره درمانی قرار می‌گیرند، احساس همدلی در آن‌ها بیشتر می‌شود. افرادی که دارای طرح‌واره خویش‌داری و خود انضباطی ناکافی هستند مشکلات مستمر در خویش‌داری مناسب و تحمل نکردن ناکامی‌ها در راه دستیابی به اهداف شخصی یا ناتوانی در جلوگیری از بیان هیجان‌ها و تکانه‌ها. در شکل‌های خفیف‌تر این طرح‌واره، بیماران بر اجتناب از ناراحتی به شدت تأکید می‌کنند: به‌عنوان مثال سعی می‌کنند در روابط بین فردی، تعارضی ایجاد نکنند و از پذیرفتن مسئولیت‌های بیشتر طفره می‌روند (یانگ، کلاوسکو، ویچار، ۲۰۱۵). پژوهش حاضر با محدودیت‌های چون سایر پژوهش‌ها همراه بود. علیرغم باسواد بودن بیش از ۹۰٪ از شرکت‌کنندگان پژوهش، در بیش از نیمی از موارد خود پژوهشگر سوالات را یکی یکی خوانده و پرسشنامه‌ها تکمیل شد. همچنین با توجه به شرایط دشوار این مطالعه به لحاظ نحوه برقراری ارتباط با جانباز و خانواده اش و موانع بسیار زیاد اداری و غیره، برای جمع‌آوری اطلاعات با مشکلات و محدودیت‌های فراوانی روبرو بودیم.

همچنین نتایج نشان داد که طرح‌واره درمانی بر علائم روان‌شناختی همسران جانباز مؤثر است و شاخص‌های درصد بهبودی و اندازه اثر مربوط به علائم روان‌شناختی بیانگر کاهش متوسط و بالاتر از متوسط در شرکت‌کنندگان بود. نتایج پژوهش با یافته‌های ویلز و بارسکوا (۲۰۰۷)، هافارت، ورسلند و سکستون (۲۰۰۲)، موريسن (۲۰۱۱) و جو و جکسون (۲۰۰۴)، همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که طرح‌واره را به‌عنوان مؤلفه‌ای ساختاری و سازمانی شناختی که از طریق آن انسان‌ها می‌توانند تجاربشان را تعیین، تفسیر، طبقه‌بندی و ارزشیابی کنند، در نظر می‌گیرند. این سازمان ساختاریافته اغلب سازگاران است تا جایی که پردازش اطلاعات را تسهیل می‌کند و به منابع شناختی کنترل‌شده کمتری نیاز دارد. باین‌وجود، بازنمایی‌های درونی درست سازمان‌یافته اطلاعات، گاهی اوقات توأم با هزینه است، چراکه اطلاعات ممکن است به صورت انتخابی وارد، رمزگردانی و بازیابی شوند و تحت تأثیر بازیابی درونی فرد قرار گیرند. در طرح‌واره درمانی فرد می‌آموزد که هرکدام روی خود تمرکز کنند و درواقع تمامی

تکنیک‌های درمانگر روی فرد متمرکز بوده و فرد از خودش شروع می‌کند. همچنین با مشخص شدن ریشه‌های تحولی هر طرح‌واره فرد متوجه می‌شوند که علت رفتارهای کنونی‌شان افکار و نگرش‌هایی است که قبلاً در آن‌ها ایجاد شده و می‌توان با آموزش و راهکارهای خاص آن‌ها را تغییر داد. علائم روان‌شناختی در برخی همسران جانبازان نسبت به افراد دیگر بیشتر می‌باشد، چون به خاطر محدودیت‌های همسر، دارای فشارهای روانی و اجتماعی زیادی هستند. وقتی این افراد تحت آموزش طرح‌واره درمانی قرار می‌گیرند و نسبت به علت رفتارهایشان آگاهی پیدا می‌کنند، سعی می‌کنند افکار و نگرش‌هایشان را بهبود ببخشند. این افراد احساس می‌کنند که افراد مهم زندگی‌شان نمی‌توانند حمایت عاطفی و تشویق لازم را به آن‌ها بدهند، زیرا این افراد از لحاظ هیجانی، بی‌ثبات و اعتماد ناپذیرند و بر این باورند که هر لحظه ممکن است افراد مهم زندگی‌شان بمیرند، یا این‌که آن‌ها را رها کنند (یانگ، کلاوسکو، ویچار، ۲۰۰۶). می‌توان گفت وقتی همسران جانبازان و ایثارگران تحت برنامه آموزشی طرح‌واره درمانی قرار می‌گیرند حمایت‌های عاطفی نزدیکانشان را باور می‌کنند و حالت بی‌اعتمادی آن‌ها کمتر می‌شود و منجر به بهبود علائم روان‌شناختی به‌ویژه اضطراب و افسردگی در این افراد می‌شود. از محدودیت‌های مطالعه حاضر، محدود بودن پژوهش‌های انجام‌شده در خانواده‌های جانبازان بود. همچنین جامعه آماری پژوهش را همسران جانبازان شهر تهران بود که امکان تعمیم نتایج به سایر شهرها و دیگر گروه‌های جانبازان را نداشت. همچنین در این پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات، به‌جز پرسشنامه، امکان استفاده از ابزار دیگری از جمله مصاحبه وجود نداشت. بنابراین با توجه به مشکلات مراقبت از این گروه خاص از جامعه، آموزش به مراقبان که معمولاً همسران آنان هستند، می‌تواند تأثیر بسزایی در حفظ و برقراری سلامت جسمی، روانی و سازگاری خانوادگی داشته باشد که ارتقای وضعیت روان‌شناختی آن‌ها موجب افزایش کیفیت زندگی و بهداشت روان جانبازان و همسرانشان خواهد شد. با توجه به نتایج این مطالعه مبنی بر پایین بودن بهداشت روان، افزایش آگاهی و شناخت مراقبان به طرق مختلف می‌تواند تأثیر بسزا و عمیقی بر نحوه مراقبت این مراقبان از جانبازان داشته باشد که بهبود بهداشت روان همسران و جانبازان را در پی خواهد داشت. این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد، بدون حمایت مالی و ارتباط با منافع شخصی نویسندگان تهیه گردیده است. از همکاری همسران جانبازان اعصاب و روان بنیاد شهید و امور ایثارگران شهر تهران که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند، بی‌نهایت سپاسگزاریم.

- Bayani AA, Kouchaki AM, Kouchaki. GM. (2008). Determining Mental Health Status of Teachers in Golestan Province Using Mental Syndrome Checklist. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*; 9(2):39-44.
- Dekel R, Levinstein Y, Siegel A, Fridkin S, Svetlitzky V. (2016). Secondary traumatization of partners of war veterans: The role of boundary ambiguity. *Journal of Family Psychology*;30(1):63.
- Derogatis LR, Rickels K, Rock AF. (1976). The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *The British Journal of Psychiatry*;128(3):280-9.
- Diarian MM. (2000). Comparison of Psychosocial Status of Failing and Not Failed Students of Isfahan University. Isfahan: University of Isfahan.
- Dohrenwend BP, Turner JB, Turse NA, Adams BG, et all. (2006). The psychological risks of Vietnam for US veterans: a revisit with new data and methods. *Science*;313(5789):979-82.
- Fathi Ashtiani A, Dastani M. (2009). *Psychological Tests: Personality Assessment and Mental Health*. Tehran: Besat.
- Fati L, Mootabi F, Mohammad Khani Sh, Bolhari J, Kazemzadeh Atoofi M. (2006). First Edition, Tehran; Danjeh Publishing.
- Ghaderi F, Kalantari M, Mehrabi HA. (2016). The Effectiveness of Group Therapeutic Schema on Modulating Early Maladaptive Schemas and Reducing Symptoms of Social Anxiety Disorder. *Journal of Clinical Psychology Studies*;6(24):2-26.
- Hannon GM. (2019). Post-traumatic stress and American veterans: a historical and war literature analysis leading to art as potential therapy: Rutgers University-Camden Graduate School.
- Hasani Tabatabayi L, Shaker Dolagh A. (2008). Comparison of Social Support and Stress among People with Spinal Cord Injury and Normal People in Orumiyeh. *Journal of Forensic Medicine*;36(11):130-41.
- Hawke L, Provencher M. (2011). Schema Theory and Schema Therapy in Mood and Anxiety Disorders: A Review. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 25. 257-276. 10.1891/0889-8391.25.4.257.
- Heshmati R. Predicting of chronic pain based on early maladaptive schema. *Anesthesiology and Pain*. 2016;7(3):49-60.
- Hoffart A, Versland S, Sexton H. (2002). Self-understanding, empathy, guided discovery, and schema belief in schema-focused cognitive therapy of personality problems: A process–outcome study. *Cognitive Therapy and Research*;26(2):199-219.
- James LM, Strom TQ, Leskela J. (2014). Risk-taking behaviors and impulsivity among veterans with and without PTSD and mild TBI. *Military medicine*;179(4):357-63.
- Johnson T. (2018). Meta-analysis of Veterans with Posttraumatic Stress Disorder and the Association with Criminal Behavior.
- Jovev M, Jackson HJ. (2004). Early maladaptive schemas in personality disordered individuals. *Journal of personality disorders*;18(5):467-78.
- Kameli Z, Ghanbari Hashemabadi B, Mohammadian H. (2011). Evaluation of the Effectiveness of Cognitive Group Therapy Focused on Early Maladaptive Schemas in Adolescent Girls with Bad Guardian and Without Guardian. *Clinical Psychology & Counseling Research*;1(1):83-98.

- Lande RG. (2019). Treatment-Resistant Depression Among US Military Veterans. *Veteran Psychiatry in the US: Springer*; 2:93-112.
- McKelvy JL. (2019). *Cardiovascular Health in the Mothers and Wives Caring for Veterans with Traumatic Brain Injury or Post Traumatic Stress Disorder: University of California, Los Angeles.*
- McMaster HR. (2008). Learning from contemporary conflicts to prepare for future war. *Orbis*;52(4):564-84.
- Mobbs MC, Bonanno GA. (2018). Beyond war and PTSD: The crucial role of transition stress in the lives of military veterans. *Clinical psychology review*; 59:137-44.
- Morrison N. (2011). Schema Focused therapy for complex long standing problem: A single case study. *Behavioral and cognitive psychotherapy*.28(3):269-283.
- Mousavi Asl A, Mousavi Sadat Z. (2014). The Effectiveness of Therapeutic Schema on Reducing the Severity of Early Maladaptive Schema Activity in Male Veterans with Posttraumatic Stress Disorder. *Armaghane Danesh, Journal of Yasuj University of Medical Sciences*;19(1):89-99.
- Naderi A, Sedighi S, Roshanayi G, Ahmadpanah M, Ret all. (2016). Quality of Life of Spouses of Veterans of Hamadan City. *Journal of War and Public House*;12(32):157-63.
- Narimani M, Ariapooran S, Abolghasemi A, Ahadi B. (2011). The comparison of the effectiveness of mindfulness and emotion regulation training on mental health in chemical weapon victims.
- Peraica T, Vidović A, Petrović ZK, Kozarić-Kovačić D. (2014). Quality of life of Croatian veterans' wives and veterans with posttraumatic stress disorder. *Health and quality of life outcomes*;12(1):136.
- Shokhmgara Z. (2016). The Effectiveness of Therapeutic Schema on Reducing Mental Health Problems Caused by Extramarital Affairs in Couples. *Nasime Tandorosti Quarterly Journal*;5(1):34-9.
- Slepecky M, Kotianova A, Vyskocilova J, Prasko J. (2015). Integration of Schema Therapy and Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Personality Disorders. *European Psychiatry*; 30:143.
- Wilz G, Barskova T. (2007). Evaluation of a cognitive behavioral group intervention program for spouses of stroke patients. *Behaviour research and therapy*;45(10):2508-17.
- Young J, Clausco J, Wischar M. (2015). *Therapeutic Schema*. Tehran: Arjmand Publication.
- Young JE, Clausco J, Weishaar ME. *Schema therapy: A practitioner's guide: Guilford press*; 2006.
- Young J, Klosko J, Vischer Marjorie. (2007). *Schema therapy: A practical guide for clinical specialists (first edition)*, translated by Hassan Hamidpour and Zahra Andouz. Tehran, Arjmand Publications. (Published in original language 2003).
- Zeynel Z, Uzer T. (2020). Adverse childhood experiences lead to trans-generational transmission of early maladaptive schemas. *Child abuse & neglect*; 99:104235.

The Effectiveness of Schema Therapy on Reducing Early Maladaptive Schemes and Psychological Symptoms of neuropsychiatry Veterans Wives in Tehran city

Fatemeh Yazdani¹, Mohammad mehdi Jahangiri^{2*}

Abstract

Purpose: The situation of the psychiatric veterans is much worse than that of the other veterans, and their families are struggling with many problems. The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of schema therapy on Reducing Early Maladaptive Schemes and Psychological Symptoms of neuropsychiatry Veterans Wives.

Methodology: In this study, a single-subject A-B interpersonal design with baseline and intervention with follow-up period was used. The statistical population consisted of all the spouses of veterans of the Martyrs and Martyrs Foundation of Tehran in 1398 who were selected by purposive sampling. After the baseline position, twenty sessions of individual schema therapy were presented to the participants. Visual analysis and percentage of improvement were used for data analysis.

Findings: The results showed that the effect of schema therapy on the modification of early maladaptive schemas and the psychological symptoms of the wives of the martyrs and martyrs foundation veterans. In other words, the percentages of remission and effect size related to early maladaptive schema domains and psychological symptoms showed a moderate to a higher than average decrease in participants.

Conclusion: According to the findings of the study, it seems necessary to plan for intervention in cognitive and emotional levels in clinical interventions of spouses and families of veterans with psychiatric disorders and because of the effect of schema therapy on reducing psychological symptoms, Benefit as an effective approach.

Keywords: Schema Therapy, Early Maladaptive Schemas, Psychological Symptom, Veterans Wives

¹ M.A Psychology, Department of Psychology, Mahallat Branch, Islamic Azad University, Mahallat, Iran.
m_jahangiri@iaumahallat.ac.ir

² Assistant Professor, Department of Psychology, Mahallat Branch, Islamic Azad University, Mahallat, Iran