

Comparing the Effectiveness of Health-Based Schema Therapy and Solution-Oriented Therapy on Reducing Aggression in Couples Applying for Divorce

ARTICLE INFO

Article Type
Research Article

Authors

Mohammadreza Langari¹
Abdollah Mafakheri^{2*}
Abolfazl Bakhshpour³

How to cite this article

Langari M, Mafakheri A, Bakhshpour A, Comparing the Effectiveness of Health-Based Schema Therapy and Solution-Oriented Therapy on Reducing Aggression in Couples Applying for Divorce, *Journal of Quran and Medicine*. 2023; 7(4): 171-180.

1. PhD Student, Department of Psychology, Bojnord Branch, Islamic Azad University, Bojnord, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran. (Corresponding Author).
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Bojnord Branch, Islamic Azad University, Bojnord, Iran.

* Correspondence:

Address:
Phone:
Email: amafakheri@pnu.ac.ir

ABSTRACT

Considering the increase in the rate of divorce, identifying its factors including aggression and helping to improve couples' relationships to reduce divorce; This research was conducted with the aim of comparing the effectiveness of schema therapy and solution-oriented therapy on reducing the aggression of couples applying for divorce. In this research, a semi-experimental design with pre-test, post-test and follow-up was used. The statistical population included all divorce applicants in Bojnord city in 1400 who had applied to the court of justice of this city. The statistical sample consisted of 48 people who were selected through available sampling and after conducting a psychological interview, and then randomly in 3 schema therapy groups (8 couples) who participated in the protocol of ten 90-minute sessions of Yang (2003). The solution-oriented treatment group (8 couples) attended the protocol of seven 90-minute sessions by Zimmerman et al. (1997) and the control group (8 couples) were replaced. The tool for data collection was Bass and Perry's (1992) aggression questionnaire. Data were analyzed by repeated measure analysis in SPSS. The results of the research showed that there is a significant difference between the average pre-test and post-test scores of the experimental and control groups ($P < 0.01$). That is, both treatment methods had a significant effect in reducing couples' aggression. Also, the comparison of treatment groups indicated that there was no significant difference in reducing aggression between schema therapy and solution-oriented therapy ($P < 0.05$). It means that both groups have the same effect in reducing aggression. Also, in the follow-up period, compared to pre-test and post-test, the effect of reducing aggression was significant. Based on the obtained results, it can be said that schema therapy and solution-oriented therapy can reduce the aggression of couples and improve the relationship of couples seeking divorce.

Keywords: Schema therapy, Solution orientation, Aggression.

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر سلامت و

درمان راه حل محور بر کاهش پرخاشگری زوجین

متقاضی طلاق

محمدرضا لنگری^۱

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.

عبدالله مفاخری^{۲*}

استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. (نویسنده مسئول).

ابوالفضل بخشی پور^۳

استادیار، گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.

چکیده

با توجه به افزایش میزان طلاق شناسایی عوامل آن از جمله پرخاشگری و کمک به بهبود روابط زوجین برای کاهش طلاق؛ این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان راه حل مدار بر کاهش پرخاشگری زوجین متقاضی طلاق انجام شد. در این پژوهش از طرح نیمه آزمایشی با پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری استفاده شد. جامعه آماری شامل کلیه افراد متقاضی طلاق شهر بجنورد در سال ۱۴۰۰ بود که به دادگستری این شهر مراجعه کرده بودند. نمونه آماری شامل ۴۸ نفر بودند که به صورت نمونه گیری در دسترس و پس از انجام مصاحبه روانشناختی انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی در ۳ گروه طرحواره درمانی (۸ زوج) که در پروتکل ده جلسه ۹۰ دقیقه ای یانگ (۲۰۰۳) شرکت کردند، گروه درمان راه حل محور (۸ زوج) در پروتکل هفت جلسه ۹۰ دقیقه ای زیمرمن و همکاران (۱۹۹۷) حضوردا شدند و گروه کنترل (۸ زوج)، جایگزین شدند. ابزار جمع آوری داده ها، پرسشنامه پرخاشگری باس و پری (۱۹۹۲) بود. داده ها با تحلیل اندازه گیری مکرر در SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج تحقیق نشان داد که بین میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.01$). یعنی هردو روش درمانی در کاهش پرخاشگری زوجین تاثیر معناداری داشتند. همچنین مقایسه گروه های درمانی حاکی از آن بود که بین طرحواره درمانی و درمان راه حل محور تفاوت معناداری در کاهش پرخاشگری مشاهده نشد ($P > 0.05$). یعنی هردو گروه به یکسان در کاهش پرخاشگری اثر داشته اند. همچنین در دوره پیگیری هم در مقایسه به پیش آزمون و پس آزمون اثر کاهش پرخاشگری معنادار بود. براساس نتایج به دست آمده میتوان گفت طرحواره درمانی و درمان راه حل محور می توانند باعث کاهش پرخاشگری زوجین و بهبود روابط زوجین متقاضیان طلاق شوند.

واژگان کلیدی: طرحواره درمانی، راه حل مدار، پرخاشگری

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۷/۱۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۱/۰۲

*نویسنده مسئول: amafakheri@pnu.ac.ir

مقدمه

پرخاشگری به عنوان رفتاری با هدف صدمه زدن یا آسیب رساندن به فرد دیگر تعریف شده است (۱). خشم یکی از مهمترین احساس ها در زندگی انسان است. این احساس در ارتباطات بین فردی به وجود می آید و زمانی تجربه می شود که نقش ها، خواسته ها و نیازهای افراد برآورده نمی شوند و یا زمانی که افراد موقعیت ها را ناعادلانه و تهدیدی برای خود درمی یابند، تجربه می شوند (۲). خصومت یک صفت شخصیتی پایدار است که شامل مولفه های عاطفی (خشم)، نگرشی (بدبینی و بی اعتمادی به دیگران) و رفتاری (پرخاشگری آشکار و سرکوب شده) می باشد (۳). عدم مهار رفتار پرخاشگرانه علاوه بر اینکه می تواند باعث ایجاد مشکلات بین فردی، جرم، بزه و تجاوز به حقوق دیگران شود (۴).

خشونت و پرخاشگری که از عوامل نارضایتی زناشویی است زمینه خانوادگی دارد و ناتوانی در کنترل خشم از نسلی به نسل دیگر منتقل می شود. در این خصوص، پژوهش های جانکینز (۲۰۰) و دادز، اتکینسون، ترنر و همکاران (۱۹۹۹) نشان می دهد که مشاهده هر نوع پرخاشگری در دوران کودکی و در خانواده اصلی عامل پیش بینی کننده رفتارهای پرخاشگری در بزرگسالی است، شوهرانی که در خانه نسبت به همسر و فرزندان خود با خشونت رفتار میکردند، گزارش دادند که به طور قابل ملاحظه ای شاهد سوء استفاده توسط والدین، جنگ و گریز والدین با هم و انضباط شدید و محیط سرد و نامهربان خانواده بوده اند.

هدف مشاوران خانواده و ازدواج تدوین الگوهایی برای بررسی عوامل مؤثر بر کیفیت زناشویی و ایجاد سازگاری و تفاهم در زوجین است که هم کارکرد پیشگیرانه برای حفظ اساس خانواده دارد و هم در درمان مشکلات ارتباطی مفید است (۵). تحقیقات نشان میدهد که خشونت و پرخاشگری (۶) و سبک دلبستگی (۷) از عواملی است که بر کیفیت تعاملات زوجین تأثیر می گذارد. به نظر می رسد که از بین عوامل مؤثر بر روابط زناشویی، عامل خشونت و پرخاشگری بیشتر نیاز به بررسی دارد. با توجه به اینکه پرخاشگری هم به صورت واکنش آشکار همراه با درگیری فیزیکی یا لفظی بروز میکند (۸) و هم به صورت پنهان با مخفی کردن علائم ظاهری، در درون افراد شکل می گیرد (۹) بررسی هر دو جنبه آن ضروری به نظر می رسد.

تحقیقات نشان میدهد رفتار پرخاشگرانه پنهان در روابط زناشویی، زمینه ای برای رشد و گسترش رفتارهای اجتماعی سازش نایافته و درک پایین از موقعیت های بین فردی و در نتیجه کمتر پذیرفته شدن

می تواند فرصتی را برای کاهش پرخاشگری بهبود روابط زوج ها را فراهم آورد. تحقیقات نشان داده اند که یکی دیگر از روش های موثر در بهبود روابط زوجین درمان راه حل محور می باشد. درمان راه حل مدار در اوایل دهه ۱۹۹۷ توسط استیو دیشازر پدید آمد. رویکرد راه حل مدار با فرضیات خوبی آغاز میشود: افراد توانمند و سالم هستند، آنها این قدرت را دارند که برای ارتقای زندگی خود راه حل ها شایسته ای را ایجاد و براساس آن با شادمانی زندگی کنند. در این رویکرد افراد برای تغییر مقاومت نمی کنند. آنها واقعاً خواهان تغییرند و کافی است به سادگی تمرکزشان را از وخامت اوضاع به سوی کارهایی که هم اکنون موجب بقای این وخامت می شود تغییر دهیم، کشف و به کارگیری منابع بالقوه مراجعان آماج نهایی مشاوره راه حل مدار است (۱۹). بنابر این هر مراجع مسیر خود را در جهت راه حلی که بر اساس تعریف هدف، راهبرد ها، منابع قوت و منابع مختص خودش است، پیدا می کند (۲۰). درمان راه حل محور بر یادگیری این که چه چیزی برای هر فرد موثر است، باعث شده این رویکرد گزینه ای جذاب برای افرادی باشد که به گونه ای در کشمکش برقراری یک رابطه کارآمد با درمانگر هستند (۲۱).

زیمرمن، جکوبسن، مکینتری و واتسون (۱۹۹۴) مطرح کردند زوج هایی که در مشاوره راه حل مدار شرکت کردند در خرده مقیاس های همدلی در ارتباط بهبود پیدا می کنند (۲۲). در مشاوره راه حل محور اعتقاد بر آن است که مشکلات ممکن است به دلیل بعضی رفتارهای نگهدارنده مشکل، در دنیای بین فردی مراجع ادامه پیدا کنند. اگر رفتار نگه دارنده تغییر کند، رفتار تغییر خواهد کرد، درمانگر راه حل محور به مراجعان برای یافتن راهی متفاوت برای نگاه کردن به مشکلاتشان کمک می کند و می تواند گام مهمی در فرآیند تغییر باشد. لی (۲۰۰۱) عنوان می کند خانواده هایی که در مشاوره راه حل مدار شرکت کردند، در مقیاس هایی مانند فرصت برای گفت و گو، بهبود روابط خانوادگی، بهبود راه حل های زوجی - والدینی پیشرفت نشان داده اند (۲۳). نتایج پژوهش نلسون (۲۰۱۰) نشان داد مشاوره راه حل مدار بر کاهش تعارضات زوجی مؤثر است. پژوهش نظری (۱۳۸۷) نشان داد که مشاوره راه حل مدار در ابعاد رضایت زناشویی (شامل پرخاشگری زمان با هم بودن، توافق درباره مسائل مالی و رضایت جنسی) مؤثر است (۲۴). در نتایج پژوهش داوودی (۱۳۸۸) آمده که مشاوره راه حل مدار بر کاهش تعارضات زناشویی و کاهش گرایش به طلاق مؤثر است. با توجه به یافته های فوق، پژوهش حاضر بر آن است تا میزان اثربخشی طرح واره درمانی و درمان راه حل محور به را بر کاهش پرخاشگری افراد متاهل متقاضی طلاق مورد آزمون قرار دهد (۲۵).

مواد و روش ها

نزد همسر است (۱۰). پرخاشگری ارتباطی به معنی تلاش برای آسیب رساندن به همسر از طریق اعمال نفوذ هدفمند و صدمه زدن به رابطه است. پرخاشگری پنهان شامل کناره گیری عاطفی به این شکل است که فرد از ابراز محبت یا صمیمیت جنسی خودداری کند (۱۱) و به خراب کردن وجهه اجتماعی همسر از طریق بدگویی، شایعه پراکنی، در میان گذاشتن اطلاعات خصوصی وی با دیگران یا فراهم کردن امکان دخالت دیگران در جریان بحث ها و مشاجرات اقدام می کند (۱۲). معمولاً زنان عواطف خود را در ارتباطات غیرکلامی بهتر نشان می دهند و راحتتر غم، شادی و نفرت خود را بیان می کنند و بیشتر در موضع شکایت کردن هستند لیکن، مردان به لحاظ عاطفی خوددارترند و بیشتر کناره گیری عاطفی دارند (۱۳). به عنوان نمونه، در پژوهشی نشان داده است که مردان با دلبستگی اجتنابی توجه منفی بیشتری به زنانشان در خصوص بیان احساساتشان نشان می دهند که این توجه منفی به نوعی می تواند، زمینه ساز بروز پرخاشگری در روابط زناشویی باشد (۱۴).

طرحواره درمانی به عنوان درمان روان شناختی با تاکید فراوان بر تجارب دوران کودکی و آسیب شناختی شخصیتی مورد بحث قرار گرفته است (۱۵). بر اساس مطالعات صورت گرفته بدیهی به نظر میرسد که بین تجربیات اولیه دوران کودکی و ایجاد طرحواره های ناسازگار اولیه رابطه وجود دارد. طرح واره درمانی، درمانی است ابتکاری و تلفیقی که توسط یانگ و کلوکو و ویشار (۲۰۰۳) پایه گذاری شده و هدف اصلی آن تغییر و بهبود طرحواره های ناسازگار اولیه و در صورت امکان ایجاد یک طرحواره سالم است به باور یانگ طرحواره ها ی غیر انطباقی اولیه، ساختارهای شناختی عمیقی شامل باورهایی درباره خود، دیگران و محیط هستند که از ارضاء نشدن نیازهای اولیه به ویژه نیازهای هیجانی در دوران کودکی سرچشمه می گیرند. طرحواره های ناسازگار اولیه، الگوها یا درون مایه های عمیق و فراگیری هستند که از خاطرات، هیجانها، احساس های بدنی و شناخت واره ها تشکیل شده اند و با جنبه های مخرب تجارب دوران کودکی افراد گره خورده اند و به شیوه ای سازمان یافته در سراسر زندگی در قالب الگوهایی تکرار می شوند (۱۶).

مطالعات مختلف اثربخشی طرحواره درمانی را بر پرخاشگری و سلامت روان مورد بررسی قرار داده اند. یافته ها در پژوهش حسن زاده چایچانی (۱۳۹۴) نشان داد که طرح واره درمانی گروهی بر افزایش شادکامی و بهزیستی روانشناختی مؤثر بوده است (۱۷). در پژوهشی تاثیر طرح واره درمانی را بر پرخاشگری افراد مبتلا به اختلال شخصیت را مورد بررسی قرار دادند و رابطه معناداری را گزارش نمودند (۱۸). با توجه به اهمیت کاهش پرخاشگری در خانواده به نظر می رسد طرحواره درمانی با تاکید بر تغییر سبک های مقابله ای ناسازگار و طرحواره های ناسازگار شکل گرفته در دوران کودکی و تبیین نحوه اثرگذاری آنها در پردازش و رویارویی با رویدادهای زندگی

در اختیار آنان که به همکاری برای انجام دادن پژوهش تمایل داشتند قرار گرفت و با آنها قرارداد درمانی منعقد گردید. ابزار سنجش شامل پرسشنامه پرخاشگری (آرنولد اچ-باس و مارک پری (AQ)؛ یک ابزار خودگزارشی است که توسط باس و پری (۱۹۹۲) ساخته شد. این پرسشنامه شامل ۲۹ گویه است و چهار خرده مقیاس پرخاشگری فیزیکی (۹ سوال)، پرخاشگری کلامی (۵ سوال)، خشم (۷ سوال) و خصومت (۸ سوال) را اندازه گیری میکند. نمره گذاری پاسخ ها در این پرسشنامه بر اساس طیف پنج درجه ای لیکرت از کاملاً موافقم (نمره ۵) تا کاملاً مخالفم (نمره ۱) تنظیم شده اند. اعتبار این پرسشنامه با استفاده از سه روش آلفای کرونباخ، بازآزمایی و دونیمه سازی به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۷۸، ۰/۷۳ و روایی همگرایی آن با محاسبه ضریب همبستگی خرده مقیاس های این پرسشنامه با یکدیگر و با کل پرسشنامه ۰/۶۷ می باشد (۲۶). پروتکل طرحواره درمانی؛ برنامه آموزشی طرحواره درمانی بر اساس پروتکل یانگ و همکاران (۲۰۰۳) تدوین و به صورت گروهی به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای، هفته ای دو جلسه تشکیل شد که خلاصه جلسات در جدول یک ارائه شده است.

پژوهش حاضر کاربردی و با طرح نیمه تجربی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود و با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی و درمان راه حل محور بر پرخاشگری انجام گرفت. جامعه آماری پژوهش راکلیه افراد متقاضی طلاق در دادگستری شهر بجنورد در سال ۱۴۰۰ را شامل می شود. پس از انتخاب آزمودنی ها، و گمارش تصادفی به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل، و اجرای پیش آزمون، برای هر یک از دو گروه آزمایش، متغیر درمانی (۱۰ جلسه طرحواره درمانی و ۷ جلسه درمانی راه حل محور) اعمال گردید و پس از پایان دوره، پس آزمون، و بعد از دو ماه پیگیری انجام شد. با توجه به ماهیت جامعه مورد پژوهش، برای انتخاب نمونه این پژوهش از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شد. بدین ترتیب که، تعداد ۴۸ نفر (۲۴ زوج) انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (طرحواره درمانی و درمان راه حل محور) و کنترل (هر کدام شامل ۸ زوج) قرار گرفتند. ملاک های ورود پژوهش عبارت اند از دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، گذشتن حداقل یکسال از مدت ازدواج، نداشتن اختلالات روانی و سوء مصرف مواد و ملاک خروج از پژوهش نیز ارائه اطلاعات ناقص و نامعتبر، غیبت بیش از دو جلسه آزمودنی در جلسات بود. پرسشنامه پرخاشگری باس و پری برای پاسخگویی

جدول ۱. خلاصه جلسات طرحواره درمانی

جلسات	هدف	فرایند حوزه فعالیت
اول	آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، اهمیت وهدف طرحواره درمانی بیان و مشکلات مراجعان در قالب رویکرد طرحواره درمانی صورتبندی میشود.	ایجاد انگیزه برای درمان مروری بر ساختار جلسات، قوانین ومقررات مربوط به گروه درمانی مرور اهداف و منطق کلی درمان، شناخت مشکل فعلی مراجع، سنجش مراجعان برای طرحواره درمانی با تمرکز بر تاریخچه شخصی
دوم	شواهد عینی تأییدکننده یا رد کننده طرحواره ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته	تعریف طرحواره درمانی، طرحواره های ناسازگار اولیه، ویژگی های طرحواره های ناسازگار اولیه، ریشه های تحولی طرحواره ها
سوم	تکنیکهای شناختی مثل آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرحواره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبکهای مقابله ای	معرفی حوزه طرحواره های ناسازگار اولیه، توضیح در مورد عملکردها طرحواره و شناسایی و نام گذاری آنها، تشخیص سبک های مقابله ای و خلق و خوی بیمار
چهارم	شناسایی طرحوارههای ناکارآمد اولیه	شناسایی حوزه ها، فرآیندها، رفتارها و سبک های طرحواره ای، مفهوم سازی مشکل بیمار طبق رویکرد طرحواره،
پنجم	ارزیابی چرخه افکار و رفتار مراجع و آموزش در خصوص تحریفهای شناختی	بررسی افکار، پیشایندها و پس آیندها، شناسایی افکار تحریف شده، شناسایی اجبارها، اجتنابها و باورهای بنیادین
ششم	اسناد دهی شواهد	اسناد دادن شواهد تأکیدکننده طرحواره ها به تجارب دوران کودکی وشبوه های فرزندپروری ناکارآمد، گفتگو بین طرحواره ها و جنبه سالم
هفتم	ارائه منطق تکنیک ها	تقویت مفهوم بزرگسال سالم در ذهن مراجع، شناسایی نیازهای هیجانی ارضا نشده و جنگ علیه طرحواره ها. ایجاد فرصتی جهت شناسایی احساسات خود نسبت به والدین و نیازهای برآورد نشده
هشتم	اصلاح توسط تکنیک های شناختی	استفاده از تکنیک های شناختی، بررسی شواهد متناقض با طرحواره ها، تکنیک موضع - ضد موضع، تهیه کارتهای آموزشی مصور که با طرحواره ها متناقض است و تحلیل سود و زیان طرحوارهها

استفاده از تکنیکهای هیجانی، گفتگوهای خیالی، تصویرسازی وقایع آسیب زا، نوشتن نامه به والدین و تصویرسازی ذهنی به منظور الگوشکنی رفتاری و کارگروهی

نهم اصلاح توسط تکنیک های هیجانی

استفاده از تکنیکهای رفتاری، حذف رفتارهای تداوم بخش طرحواره، اجتناب ها و افزایش رفتارهای مقابله ای سالم، تغییر رفتار، انگیزه آفرینی، بازنگری مزایا و معایب ادامه رفتار و تمرین رفتارهای سالم

اصلاح توسط تکنیک های رفتاری و آماده کردن افراد برای ختم جلسات

دهم

ساختار جلسات مشاوره راه حل محور برای زوجین برگرفته از مدل زوج درمانی زیمرمن، پرست و وتزل (۱۹۹۷) می باشد که در هفت جلسه نمود دقیقه ای اجرا شده است.

جدول ۲. خلاصه جلسات مشاوره راه حل محور

جلسات	هدف	تکلیف
اول	اجرای پیش آزمون، آشنایی گروه باهم و با درمانگر گروه، بیان قواعد گروه و تعیین چهارچوبها و بیان اصول کلی زوج درمانی کوتاه مدت راه حل مدار.	شرکت کنندگان موظف شدند برای جلسه بعد هدف های مورد نظر خود را از شرکت در جلسات نوشته و به گروه بیاورند. این اهداف باید متمرکز به تغییراتی باشد که در گروه ایجاد خواهند شد.
دوم	کمک به شرکت کنندگان تا بتوانند هدفهای خود را به صورتی مثبت، معین، ملموس و قابل اندازه گیری تدوین کنند.	از شرکت کنندگان درخواست شد برای جلسه بعد انتظارات و هدف های دیگری را که از همسر، خود و زندگیشان دارند به صورتی مثبت، دقیق، ملموس و قابل اندازه گیری نوشته و به جلسه آینده بیاورند
سوم	کمک به شرکت کنندگان تا دریابند که از یک واقعه تعابیر متفاوتی در خانواده وجود دارد و بتوانند تلقی خود از مشکلات پیش آمده را به شکل مفیدتر تغییر دهند. کمک به آنها تا به قابلیت ها و منابع خود پی برده و بتوانند یکدیگر را تحسین کنند.	از اعضای گروه درخواست شد که در طول هفته جاری به هیچ وجه از همسر خود ایراد نگیرند و در عوض هر و کار فعالیت مثبتی که از همسرشان می بینند را مورد تحسین و قدردانی قرار دهند و گزارش آن را به جلسه بیاورند.
چهارم	کمک به شرکت کنندگان تا استثنائات مثبت در زندگی با همسر خود را تشخیص داده و بر این اساس در آنها امید ایجاد شده و بتوانند حوزه مشکلات خود را کاهش دهند	از شرکت کنندگان درخواست شد که به سؤالات مطرح شده بیشتر فکر کنند و لحظات استثنائی مثبت در زندگیشان را تشخیص داده و به جلسه بعد بیاورند.
پنجم	بر هم زدن الگوهای رفتاری مختلفی که شرکت کنندگان طراحی کرده اند با استفاده از پرسش	از شرکت کنندگان درخواست شد درباره سؤال مطرح شده در منزل فکر کنند و پاسخها را برای جلسه بعد بیاورند.
ششم	کمک به اعضا برای اینکه راه های دیگری برای تفکر، احساس و رفتار به جای آنچه الان انجام می دهند را پیدا کرده و احساسات جدیدی را تجربه کنند.	از شرکت کنندگان درخواست شد که هر روز در ساعتی مشخص سکه ای را به هوا پرتاب کرده و شخص برنده ۱۰ دقیقه از همسرش شکایت کند و وقتی ۱۰ دقیقه تمام شد شخص دیگر ۱۰ دقیقه شکایت کند و سپس به راه حل ها فکر کنند.
هفتم	جمع بندی و نتیجه گیری و تعیین اینکه آیا اعضا به اهداف خود دست یافته اند؟ اجرای پس آزمون	

میانگین، انحراف معیار، و سایر نمرات توصیفی شرکت کنندگان در پرخاشگری نشان داده شده است.

یافته ها

پس از پایان جلسات درمانی و پیگیری دو ماهه نمرات پیش آزمون و پس از آزمون و پیگیری در سه گروه با هم مقایسه شد و در جدول

جدول ۳. میانگین، انحراف معیار مربوط به متغیر پرخاشگری در سه گروه

متغیرها	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
پرخاشگری	راه حل محور	۵/۵۷	۲۷/۳۲	۴/۸۴	۲۷/۱۳	۵/۳۳
	طرحواره	۴/۴۳	۲۸/۴۶	۵/۴۳	۲۷/۱۸	۴/۷۹
بدنی	گواه	۵/۳۳	۳۳/۴۶	۵/۲	۳۳/۸۶	۵/۱۸
	راه حل محور	۳/۰۴	۱۷/۴۶	۲/۹۲	۱۷/۶۲	۳/۲۴
پرخاشگری کلامی	طرحواره	۴/۲۱	۱۶/۳۷	۴/۳۲	۱۶/۳۴	۳/۳۳
	گواه	۲/۰۲	۲۰/۳۳	۲/۱۹	۲۰/۴۶	۲/۱۳
خشم	راه حل محور	۳/۳۴	۲۴/۳۸	۲/۸۸	۲۵/۲۵	۲/۵۳
	طرحواره	۴/۶۷	۲۳/۵۸	۳/۴۲	۲۴/۳۱	۴/۱۳
خصومت	گواه	۲/۴۱	۲۹/۹۳	۲/۷۱	۲۹/۸۶	۲/۴۶
	راه حل محور	۵/۴۱	۲۴/۷۳	۴/۶۵	۲۵/۳۴	۵/۳۵
کل پرخاشگری	طرحواره	۴/۱۲	۲۵/۳۴	۴/۵۵	۲۵/۳۷	۴/۷۷
	گواه	۳/۶۸	۳۰/۴	۳/۹	۳۰/۶	۳/۵۸
کل پرخاشگری	راه حل محور	۹/۷۵	۹۴/۴۲	۱۱/۲۱	۹۵/۱۳	۱۳/۵۴
	طرحواره	۷/۴۶	۹۰/۷۱	۷/۶۶	۹۰/۸۲	۸/۳۷
	گواه	۷/۷۹	۱۱۴/۱۳	۷/۶۱	۱۱۴/۸	۸/۰۳

بررسی همگنی واریانس متغیرها، از آزمون لوین و برای بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد.

در پژوهش حاضر به منظور آزمون فرضیه ها و تعیین معنی داری تفاوت بین نمره های گروه های آزمایش و گواه در متغیر وابسته پرخاشگری (و مولفه های آن) از روش تجزیه و تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد. به این منظور قبل از تحلیل داده ها برای

جدول ۴: آزمون لوین برای اطمینان از همگنی واریانس ها

متغیر وابسته	F	df1	df2	سطح معنی داری
پرخاشگری بدنی	۱/۴۴	۱	۲۲	۰/۲۴
پرخاشگری کلامی	۱/۳۵	۱	۲۲	۰/۸۲
خشم	۱/۶۹	۱	۲۲	۰/۱۹
خصومت	۱/۴۳	۱	۲۲	۰/۲۱
کل پرخاشگری	۳/۲۷	۱	۲۲	۰/۰۸

مطابق جدول ۴، آزمون لوین در هیچ یک از زیر مقیاس ها معنادار نشده است که نشان دهنده همگنی واریانس ها است.

جدول ۵: نتایج کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرها

پس آزمون ها	Z کولموگروف اسمیرنوف	سطح معنی داری
پرخاشگری بدنی	۰/۱۰	۰/۲
پرخاشگری کلامی	۰/۰۷	۰/۲

۰/۲	۰/۰۶	خشم
۰/۲	۰/۱۰	خصوصیت
۰/۲	۰/۰۹	کل پرخاشگری

قابل اجرا است. در جدول ۶ نتایج به دست آمده از مقایسه پس آزمون نمرات در دو گروه آزمایش و گواه، پس از شرکت در جلسات طرحواره درمانی و روش راه حل محور ارائه شده است.

و همان گونه که در جدول ۵ مشاهده می شود سطح معنی داری آزمون کولموگروف - اسمیرونوف از مقدار ۰/۰۵ بیشتر است، لذا پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرها رعایت شده است. بنابراین با توجه به یافته های جدول ۴ و ۵ آزمون تحلیل اندازه گیری مکرر

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل اندازه گیری مکرر با هدف مقایسه میزان تاثیر دو روش درمانی بر پرخاشگری

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معنی داری	اندازه اثر
گروه های درمانی	۲۲۳/۱۸	۲	۲۲۳/۱۸	۷/۹۶	۰/۰۹۰	۰/۲۲۸
خطا	۲۱/۸۷	۲	۱۴/۱۲			

موثر بوده اند. و هر دو درمان به میزان مشابهی بر پرخاشگری تاثیر گذار هستند. ($p < ۰/۰۹۰$).

نتایج آزمون نشان داد دو روش طرحواره درمانی و درمان راه حل محور بر پرخاشگری زوجین در مراحل پس آزمون و پیگیری

جدول ۷. مقایسه ی نتایج پرخاشگری در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه های آموزشی

گروه	مقایسه	اختلاف میانگین ها	خطای استاندارد	مقدار P
درمان طرحواره	پیش آزمون با پس آزمون	۱۲/۹۳	۲/۱۵	۰/۰۰۱
	پیش آزمون یا پیگیری	۹/۶۶	۲/۷۹	۰/۰۰۱
	پس آزمون با پیگیری	-۳/۲۶	۱/۲۲	۰/۱۱۹
راه حل محور	پیش آزمون با پس آزمون	۱۱/۸۰	۲/۵۴	۰/۰۰۱
	پیش آزمون یا پیگیری	۸/۹۳	۳/۰۵	۰/۰۰۱
	پس آزمون با پیگیری	-۲/۸۶	۱/۵۰	۰/۰۹۶
کنترل	پیش آزمون با پس آزمون	۰/۶۰	۱/۱۲	۰/۰۵۷
	پیش آزمون یا پیگیری	۰/۲۳	۱/۳۴	۰/۳۵۳
	پس آزمون با پیگیری	-۰/۲۶	۱/۰۳	۰/۳۳۴

ماندگاری تاثیر مداخله طرحواره درمانی و راه حل محور بر پرخاشگری است ($p > ۰/۰۵$). لازم به ذکر است بین میانگین پرخاشگری در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه کنترل تفاوتی مشاهده نشد که به معنای تفاوت تاثیر مداخله طرحواره درمانی و راه حل محور و گروه کنترل بر پرخاشگری است ($p > ۰/۰۵$).

یافته ها نشان داد میانگین پرخاشگری در گروه طرحواره درمانی و راه حل محور در پس آزمون به طور معنی داری متفاوت از پیش آزمون است و همچنین در مرحله پیگیری به طور معنی داری متفاوت از پیش آزمون است که نشان از تاثیر مداخله طرحواره درمانی و راه حل محور دارد ($p < ۰/۰۵$), بین میانگین پرخاشگری زوجین در پس آزمون و پیگیری تفاوتی مشاهده نشد که به معنای

جدول شماره ۸. آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه میانگین پرخاشگری در گروه ها

متغیر	گروه	پس آزمون		پیگیری	
		زیر مجموعه ۵٪	زیر مجموعه ۵٪	زیر مجموعه ۵٪	زیر مجموعه ۵٪
پرخاشگری	طرحواره	۱	۲	۱	۲
		۴۰/۰۰	۴۳/۲۶		

در جدول فوق در صورتی میانگین گروه‌ها در یک ستون قرار گیرد بدان معناست که تفاوت معناداری بین آن دو گروه وجود ندارد. بر همین اساس در نمرات پس آزمون و پیگیری بین درمان طرحواره درمانی و راه حل محور بر پرخاشگری اختلاف معناداری وجود نداشته است.

نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر، مقایسه طرحواره درمانی و درمان راه حل محور بر کاهش پرخاشگری زوجین متقاضی طلاق بود. نتایج تحلیل پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی و درمان راه حل محور بر متغیر وابسته (پرخاشگری) اثر داشته است. به عبارت دیگر بین گروه‌های آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای پرخاشگری تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0.01$). این یافته با یافته‌های رنر و همکاران (۲۰۰۵) و خداینده لو و همکاران (۱۳۹۶) مطابقت دارد (۱۵، ۲۷).

اما در مقایسه دو تایی دو روش آزمایشی با آزمون تعقیبی توکی تفاوت معناداری بین اثر بخشی دو روش طرحواره درمانی و راه حل محور بر متغیرهای وابسته در مراحل پس آزمون و پیگیری مشاهده نشد. بنابراین فرضیه اصلی پژوهش مورد تایید واقع نشده است و تفاوتی معنادار در اثر بخشی دو روش آزمایشی در پرخاشگری زوجین دیده نمی‌شود. شاید بتوان علت این امر را به میزان شباهت این دو روش در استفاده از تغییرات شناختی دانست. همچنین می‌توان گفت افراد آزمودنی توانسته‌اند به مداخلات پاسخی یکسان بدهند و به همین دلیل نتایج اثر بخشی هر دو روش برای آنها به یک میزان سودمند بوده است.

در تبیین این یافته‌ها باید بیان نمود با توجه به این که در طرحواره درمانی، مشکلات عمیق بیماران، به صورت دقیق‌تر تعریف می‌شود و ردپای طرحواره‌ها با تأکید بر روابط بین فردی دنبال می‌شود و بیماران به ریشه‌های رفتارهای مقابلهای ناکارآمد خود پی می‌برند، انگیزه زیادی برای رها شدن از مشکلات خود پیدا می‌کنند (۱۶). طرحواره‌های استحقاق، خویش‌داری ناکافی، ایثار، پذیرش جویی و اطاعت از جمله طرحواره‌های اصلی شناسایی شده‌اند و در طی جلسات درمانی و همچنین تمایل فرد برای رها شدن از مشکلاتش، انگیزه زیادی را به فرد داده و در نتیجه فرد وسوسه کمتری را گزارش خواهد نمود. همچنین طرحواره درمانی به زوجین کمک می‌کند تا به منظور مقابله با برانگیزاننده‌های درونی بر راهبردهای سالمتری غیر از پرخاشگری روی آورند.

همچنین در مورد اثربخشی طرحواره درمانی بر پرخاشگری زوجین می‌توان گفت از منظر طرحواره درمانی یانگ، هر فردی طرحواره‌هایی را در خلال دوران کودکی خود شکل می‌دهد. طرحواره یک

ساختار شناختی سازمان یافته است که در دوران کودکی شکل می‌گیرد و در رفتارها، احساس و افکار ویژه‌ای نمود می‌یابد (۲۸). اگر درمانگر، ذهنیت طرحواره‌ای را به زوجین نشان خواهد داد. اگر درمانگر ذهنیت‌ها را به شیوه‌ای شخصی به آزمودنی‌ها ارائه کند، بیشتر زوجین خوب آنها را درک می‌کنند. نکته مهم این است که ما در عمل طوری از ذهنیت‌ها گفتگو می‌کنیم که انگار یک شخصیت هستند. این کار از نظر درمانی سودمند است، چون به زوجین کمک می‌کند تا از ذهنیت‌ها فاصل گرفته و آن‌ها را ببینند. رویکرد کلی درمانگر به درمان دنبال کردن لحظه به لحظه ذهنیت‌ها در طول جلسه است. و به همین منظور از راهبردهای مناسب هر یک از ذهنیت‌ها استفاده می‌کند. درمانگر در نقش یک والد خوب عمل می‌کند. هدف این است که با مدل‌سازی از درمانگر، ذهنیت بزرگسال بیمار رشد کند و توانبخشی شود، زیرا این ذهنیت از کودک رها شده مراقبت می‌کند، والد تنبیه‌گر را مغلوب کرده و به کودک برآشفته شیوه‌های سالم و مناسب بیان هیجان و نیاز را آموزش می‌دهد. کودک رها شده بخشی از وجود بیمار است که طبق فرض نظریه طرحواره درمانی در خاستگاه خانواده اصلی مورد سوء استفاده، ترک و رها شدن، بی‌بهرگی هیجانی، فرمانبرداری و گوشمالی سخت و بی‌رحمانه قرار گرفته است (۲۹).

همچنین در درمان راه حل محور به جای تمرکز بر علل ایجاد مشکل، بر شناسایی راه حل‌ها تأکید می‌شود. در درمان پرخاشگری با رویکرد راه حل محور به مراجع کمک می‌شود تا استثنایا و لحظاتی که فرد پرخاشگر نیست را شناسایی و تقویت کند؛ بدین ترتیب فرد متوجه می‌شود که پرخاشگری یک اتفاق دائمی و همیشگی نیست و فرد از توانایی و منابع لازم جهت برخورد مناسب با پرخاشگری و تبعات آن برخوردار است و همین امر باعث تغییرات شناختی بزرگی در فرد می‌شود که می‌تواند محرکی باشد برای ایجاد تغییرات بیشتر و موثرتر و به دنبال آن روابط زوجین نیز ارتقا پیدا می‌کند. توماس و روت از درمان راه حل محور به منظور ارزیابی در تغییر روابط زوجین استفاده کردند و نمرات پرسش‌نامه‌ی وضعیت زوجین به عنوان پیش‌آزمون- پس‌آزمون کاهش احتمال طلاق زوجین را نشان داد.

از آن جایی که زوجین خواهان طلاق، ناسازگاری بیشتری را در زندگی زناشویی خود گزارش می‌دهند مسلماً با افزایش سازگاری زناشویی، احتمال کاهش گرایش به طلاق وجود دارد. مهارت‌های بحث و مذاکره، زمینه‌ای را فراهم می‌کند تا زوج‌ها بتوانند به سازگاری بهتری دست یابند و ناهمسانی در رفتار و عملکرد ایشان کاهش یابد. هم-چنین مهارت‌های تغییر خود در کمک به تغییر همسر، زن و شوهر را به سمت نوعی تشابه و تفاهم مشترک سوق می‌دهد (۳۰). نتایج بدست آمده از اثربخشی رویکرد راه حل محور

موثر هستند و تفاوت معنی داری بین آنها وجود ندارد. در هر دو روش، زوجین یاد میگیرند که هیجانهای خشم و پرخاشگری خود را تنظیم کنند و با شناخت نیازهای زیربنایی خود و همسرشان و از طریق ایفای نقش حدودمرزدار، به بهبود رابطه خود با خویشان و همسرشان دست یابند. استفاده از روش نمونه گیری در دسترس مهمترین محدودیت این پژوهش بود، لذا توصیه میشود تحقیقات مشابه با تحقیق فعلی با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی در جهت مقایسه این دو مداخله درمانی و تعمیم نتایج صورت بگیرد. پژوهش در شهر بجنورد انجام شده که تعمیم نتایج به سایر شهرها با توجه به زمینه فرهنگی و اجتماعی متفاوت با محدودیت مواجه است. در آخر استفاده از پروتکل های این مطالعه، در مراکز مشاوره خانواده و ازدواج، کارگاه های آموزشی با موضوع ذهنیت های طرحواره ای و مداخلات راه حل محور برای پیشگیری، درمان و غنی سازی رابطه زن و شوهری برای زوجین پیشنهاد می گردد.

در این تحقیق با نتایج تحقیق (نیپ و همکاران، ۲۰۲۱) و (استرنبرگ، ۲۰۱۷) و (دشتی زاده و همکاران، ۱۳۹۴) همخوانی دارد. لی (۱۹۹۷) بیان کرد این رویکرد برای زوجین جهت تغییر روش های اتخاذ شده در زندگی زناشویی شان کاربرد دارد. در این پژوهش نشان داده شد که رویکرد راه حل محور بر کاهش پرخاشگری زوجین مستعد طلاق موثر است. در تبیین اثربخشی زوج درمانی کوتاه مدت راه حل محور بر بهبود تحمل پریشانی زوجین می توان گفت: درمان راه حل محور به درمان امیدواری شهرت دارد، چرا که از غرق شدن مراجعان در مشکلات جلوگیری می کند، بر توانایی های مراجعان تمرکز می کند و سعی دارد از طریق شناسایی منابع و توانمندی های درونی، مراجعان آینده بهتری برای آنان رقم بزند. درمان راه حل محور با ایجاد رابطه حسنه با مراجعان، همدلی و از طریق استفاده از سوالات درمان بخش مانند سوال استثنا بر کاهش میزان پرخاشگری کلی زوجین اثر مثبت می گذارد. به طور خلاصه، این پژوهش نشان داد که هر دو روش طرحواره و درمان راه حل مدار بر کاهش پرخاشگری زوجین دارای تعارض

References

1. Oostermeijer M, Nieuwenhuijzen PM, van de Venc A Popma L.M.C. Jansen. Social information processing problems related to reactive and proactive aggression of adolescents in residential treatment. *Personality and individual differences*. 2016, 90(2016): 54-60.
2. Coskun, Arslan. an investigation of anger and anger expression in terms of coping with stress and interpersonal problem-solving. *Theory and practice*. 2010, 10(1): 25-43.
3. Brydon LS, Philip C, Bhattacharyya, Mimi R, Whitehead, Daisy L, McEwan JZ, lan SA. Hostility and physiological responses to laboratory stress in acute coronary syndrome patients. *Psychosomatic Research*. 2010, 68(2): 109-116.
4. García-Sancho JM, Salguero Fernández-Berrocal. Angry rumination as a mediator of the relationship between ability emotional intelligence and various types of aggression. *Personality and Individual Differences*. 2016, 89: 143-147.
5. Heirat A, Fatehizadeh M, Ahmadi S A, Etamadi A, Bahrami F. The role of couple's lifestyle in predicting marital compatibility; *Women and society*. 2013, period: 5, number: 2 (series 18).
6. Renshaw, Keith. D., Blais, Rebecca. K. and Smith, Timothy W. Components of negative affectivity and marital satisfaction: The importance of actor and partner anger. *Journal of Research in Personality*. 2010, 44 (3): 328-334.
7. Zaree, H., Ghobari Bonab, B., Shams Natanzy, A., Sadeghkhan, A. Investigation the Relationship between Attachment Styles and Forgiveness with Marital Satisfaction in Couples. *Family Counseling and Psychotherapy*, 2013; 3(1): 22-44. (In Persian)
8. Semenyina S W, Vasey P L. Victimization Due to Bullying and Physical Aggression. In *Samoan Men and Women. Personality and Individual Differences*. 2015, 87, 85-89.
9. Benjamin A J. Aggression. In H. S. Friedman, *Encyclopedia of Mental Health* (pp.33-39). New York: Academic Press. 2016.
10. Parade S H, Leerkes E M. Marital Aggression Predicts Infant Orienting Toward Mother At Six Months. *Infant Behavior and Development*, 2011, 34(2), 235-238.
11. Clifford, C. E. Attachment and Covert Relational Aggression in Marriagewith Shame as a Potential Moderating Variable: A Two Wave Panel Study. 2013.
12. Carroll J S, Nelson D A, Yorgason J B, Harper J M, Ashton R H, Jensen A C. Relational aggression in marriage. *Aggressive Behavior*, 2010, 36(5), 315-329.

13. Frankel L A, Umemura T, Jacobvitz D, Hazen N. Marital conflict and parental responses to infant negative emotions: relations with toddler emotional regulation. *Infant Behavior and Development*, 2015, 40, 73-83.
14. Monteoliva A. Differences between men and women with a dismissing attachment style regarding their attitudes and behavior in romantic relationships. *International Journal of Psychology*, 2012, 47(5), 335-345.
15. Renner F A, Arnoud P, Frenk L, Jill H, Marcus J H. Schema therapy for chronic depression: Results of a multiple single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2016, 51(2016): 66-73.
16. Young J E, Klosko J S, Weishaar M E. *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York, Y: Guilford. Press. 17, 2003.
17. Hassanzadeh Chajjani. The effectiveness of schema therapy on well-being, happiness and life expectancy in a group of cancer patients. Master thesis of Isfahan, Najaf Abad, 2014.
18. Greenberg L S. *Emotion Focused Therapy. Coaching Clients to Work Through Their Feeling*. Washington, DC: American Psychological Association, 2015.
19. De Shazer S. *Words were originally magic*. New York: W.W. Norton; 1997: 12-8.
20. Trepper T S, Mc Collum E E, De Jong P, Korman H, Gingerich W, Franklin C. *Solution focused therapy treatment manual for working with individuals*. Research committee of the solution focused brief therapy association, 2010.
21. Bliss E V, Bray D. The smallest solution focused particles: Towards a minimalist definition of when therapy is solution focused. *Journal of Systemic Therapies*, 2009, 28(2), 62-74.
22. Zimmerman T, Jacobsen R B, Macintyre M, Watson C. Solution – focused parenting groups: An empirical study. *Journal of Systemic Therapies*, 1996, 15(4), 12-25.
23. Lee MY. A study of solution-focused brief family therapy: Outcomes and issue. *Am J Fam Ther* 1997; 25: 1-70.
24. Nazari A M, Bayrami M. Investigating the effect of solution-oriented counseling on marital satisfaction in the dimensions of aggression, time spent together, agreement on financial issues and sexual satisfaction in both working couples. *New Psychological Research (Tabriz University Psychology)*, 2008, 3(9), 117-93. (In Persian)
25. Davoodi Z, Etemadi O, Bahrami F, Shahsiah M. The effect of brief solution-focused couple therapy approach on couples' marital adjustment in men and women prone to divorce in 2010-2011 in Isfahan. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 2012; 14(55): 9-190. (In Persian)
26. Sanai B. *family and marriage measurement scales*. Tehran: Ba'ath, 2008.
27. Khodabandelow S, Najafi M, Rahimian Boogar I. The Effectiveness of Schema Mode Therapy on the Self-Esteem in Narcissistic Personality Disorder: A Single-Subject Research. *Clinical Psychology Studies*, 2018; 8(30): 65-101. (In Persian)
28. Arntz A, Klokman J, Sieswerda S. An experimental test of the schema mode model of borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 2005, 36: 226–239.
29. Dickhaut V, Arntz A. Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: a pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 2014, 45(2): pp.242-251.
30. Mudd J. *Solution- focused therapy and communication skills training; an integrated approach to Couple therapy*. MS. Dissertation. Virginia University: College of Polytechnic Institute, 2000: 26.