

زندانیان نفرت

بنیان‌های فکری استبداد و خشونت

نویسنده:

آرون تی بک

مترجم:

شیوا جمشیدی

سرشناسه	: بک، آرون تی. ۱۹۲۱- م
عنوان و نام پدیدآور	: Beck, Aaron T.
مشخصات نشر	: زندانیان نفرت: بنیان‌های فکری استبداد و خشونت / نویسنده آرون تی بک؛ مترجم شیوا جمشیدی. تهران: انتشارات اسبار، ۱۳۹۸.
مشخصات ظاهری	: ۴۱۶ص، ۲۱/۱۴س.م.
شابک	: ۹۷۸-۶۲۲-۹۹۵۲۷-۳-۳
وضعیت فهرست نویسی	: فیبا
یادداشت	: عنوان اصلی: Prisoners of hate: the cognitive basis of anger, hostility, and violence, 1999.
یادداشت	: واژه‌نامه.
یادداشت	: کتابنامه.
موضوع	: مبانی شناختی خشم، دشمنی و خشونت
موضوع	: خشونت — جنبه‌های روان‌شناسی
موضوع	: نفرت
موضوع	: Hate
موضوع	: Violence—Psychological aspects
موضوع	: خشم
موضوع	: Anger
موضوع	: دشمنی (روان‌شناسی)
موضوع	: Hostility (Psychology)
موضوع	: شناخت‌درمانی
موضوع	: Cognitive therapy
شناسه افزوده	: جمشیدی، شیوا، ۱۳۵۹- مترجم
رده‌بندی کنگره	: RC ۵۶۹/۵/۸ ۱۳۹۸
رده‌بندی دیویی	: ۶۱۶/۸۵۸۲
شماره کتابشناسی ملی	: ۵۶۷۵-۰۳۸



نشر اسبار

نام کتاب: زندانیان نفرت

نویسنده: آرون تی بک

ترجمه: شیوا جمشیدی

ناشر: اسبار

چاپ دوم: پاییز ۱۳۹۸

تیراژ: ۵۰۰ نسخه

قیمت: ۶۵،۰۰۰ تومان

چاپ و صحافی: پردیس دانش

ناظر چاپ: کریم افروزمنش

طراح جلد: امیر جلالی

صفحه آرا: زهرا علی‌زاده

آدرس: خیابان سهروردی شمالی، بعد از خیابان بهشتی، کوچه کوشش، پلاک ۳۰، واحد ۹

فهرست مطالب

مقدمه	۵
بخش اول ریشه‌های نفرت	۱۳
فصل اول: زندانی نفرت	۱۵
فصل دوم: چشم («من») طوفان	۴۵
فصل سوم: از آسیب تا نفرت	۶۶
فصل چهارم: بگذار حساب کنم به چه روش‌هایی به من بد کرده‌ای	۸۵
فصل پنجم: تفکر بدوی	۱۰۵
فصل ششم: فرمول خشم	۱۲۵
فصل هفتم: دشمنان صمیمی	۱۴۷
بخش دوم خشونت	۱۶۹
فصل هشتم: خشونت فردی	۱۷۱
فصل نهم: توهم‌های جمعی	۱۹۵
فصل دهم: آزار و اذیت و نسل‌کشی	۲۳۱
فصل یازدهم: تصاویر و ادراکات غلط در جنگ	۲۶۷
بخش سوم از تاریکی به روشنایی	۳۰۵
فصل دوازدهم: نیمه روشن‌تر ماهیت انسان	۳۰۷
فصل سیزدهم: شناخت‌درمانی برای افراد و گروه‌ها	۳۳۶
فصل چهاردهم: چشم‌اندازها و دورنماها	۳۶۱
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی	۳۸۵
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی	۳۸۷
کتاب‌نامه	۳۸۹

مقدمه

رویکرد من نسبت به مشکلات بین فردی و اجتماعی، به فعالیتم در حوزه روان‌درمانی در سال‌های دور بازمی‌گردد. در آن سال‌ها که تقریباً چهار دهه از آن می‌گذرد، مجموعه مشاهداتی داشتم که درک من را از مشکلات روان‌پزشکی بیماران و شیوه درمانم کاملاً تغییر داد. هنگام اجرای روان‌تحلیلگری کلاسیک روی بیماران، تقریباً به شکل اتفاقی دریافتم آنها افکار خاصی را که حین تداعی آزاد تجربه می‌کنند گزارش نمی‌دهند. هر چند از قبل به آنها گفته شده بود هر چیزی که در حین درمان از ذهن‌شان می‌گذرد را افشاء کنند و من هم فرض را بر همین گذاشته بودم، دریافتم مراجعان افکار بسیار مهم و خاصی دارند که در حاشیه‌های هشپاری‌شان قرار دارد. بیماران به‌ندرت از این افکار پیش‌هشپار آگاه بودند و مسلماً روی آنها تمرکز نداشتند. بعد از مشاهدات مکرر، حدس زدم که تجربه یک هیجان یا تکانه برای انجام یک کار، عموماً پس از چنین افکاری رخ می‌دهد.

وقتی به یکی از بیمارانم یاد دادم روی این افکار تمرکز کند، دریافتم این افکار در مقایسه با تفسیرهای روان‌تحلیلی انتزاعی‌تری که ارائه می‌دادم، به شیوه قابل‌فهم‌تری به توضیح تجربه‌های هیجانی کمک می‌کنند. برای مثال، یکی از مراجعانم که زن جوانی بود، درست قبل از فوران اضطراب در حین یکی از جلسات درمانی، توانست این فکر را گزارش کند که «آیا من همسرم را کسل می‌کنم؟» یکی دیگر از بیماران، قبل از احساس غمگینی، چنین افکاری را گزارش می‌داد: «درمان نمی‌تواند هیچ کمکی به حال من بکند. حال من هر روز بدتر خواهد شد.» در هر مورد، یک پیوند منطقی و معقول بین فکر و احساس وجود داشت. برای مشخص کردن این افکار خودآیند کوتاه، از یک تکنیک ساده استفاده کردم: وقتی بیماری غمگین یا مضطرب به نظر می‌رسید یا چنین احساساتی را گزارش می‌داد، می‌پرسیدم «همین الان چه

چیزی از ذهنتم می‌گذرد؟» بیماران به سرعت یاد می‌گرفتند توجه‌شان را روی این افکار متمرکز کنند و واضح بود که این افکار مسئول بروز آن احساسات هستند.

تمرکز روی این افکار، انبوهی از اطلاعات را فراهم کرد که به‌عنوان یک پایگاه داده برای توضیح هیجانات بیماران و همچنین سایر پدیده‌های روان‌شناختی عمل می‌کرد. برای مثال، دریافتم که بیماران رفتار خودشان و همچنین رفتار دیگران را دائماً پایش می‌کنند؛ فرمان‌هایی مبنی بر انجام یا عدم انجام فعالیت‌ها برای خودشان صادر می‌کنند؛ زمانی که پایین‌تر از سطح انتظارات‌شان عمل می‌کنند، افکار خودانتقادگر را تجربه می‌کنند و وقتی موفق می‌شوند، به خودشان تبریک می‌گویند.

مضمون افکار آنها کمک می‌کرد الگوهای روان‌شناختی خاصی که هیجانات ویژه‌ای را پدید می‌آورند مشخص شوند. برای مثال، افکار یا شناخت‌هایی که بیمار را بی‌ارزش می‌کردند، سبب بروز احساس غمگینی می‌شدند. این افکار شامل چنین مواردی بود: شکست خوردن، طرد شدن یا از دست دادن یک چیز با ارزش. افکار پیشرفت و بهبودخویشتن منجر به احساس شغف می‌شدند. افکار خطر یا تهدید، اضطراب را پدید می‌آوردند. آنچه با موضوع این کتاب مرتبط است مشاهده‌ای بود که نشان می‌داد افکار مربوط به بی‌انصافی دیدن از جانب دیگری، خشم و گرایش به تلافی کردن ایجاد می‌کنند. یک توالی سریع از افکاری همچون «باید تسویه‌حساب کنم» و «زدن او اشکالی ندارد» می‌توانست حتی به خشونت فیزیکی منجر شود.

یکی از ویژگی‌های جالب چنین افکاری، ماهیت گذرای آنها بود. پی بردن به اینکه حتی یک فکر حاشیه‌ای نسبتاً موجز می‌تواند هیجانی عمیق ایجاد کند مرا شگفت‌زده می‌کرد. به‌علاوه، این شناخت‌ها غیرارادی بودند، بدین معنا که بیمار نه می‌توانست آنها را به جریان بیندازد و نه می‌توانست جلوی‌شان را بگیرد. با اینکه این شناخت‌ها اغلب سازگارانه^۱ بودند و از یک فقدان، پیشرفت، خطر یا تجاوز واقعی حکایت داشتند، با موقعیتی که آنها را برانگیخته بود تناسبی نداشتند. برای مثال، یک فرد مستعد خشم به یک بی‌حرمتی یا مشکل جزئی حساسیت افراطی نشان می‌داد و می‌خواست مقصر را به‌شدت تنبیه کند.

همچنین در کمال تعجب دریافتم که این بیماران یک الگوی منظم از خطاهای فکری (تحریفات شناختی) را نشان می‌دهند. آنها درباره اهمیت یک رویداد منفی به‌شدت بزرگ‌نمایی می‌کردند و درباره فراوانی چنین رویدادهایی اغراق می‌کردند: «دستیارم همیشه گند می‌زند» یا

۱. بیشتر شناخت‌ها، در ابتدای شکل‌گیری به‌ویژه در دوره کودکی اغلب سازگارانه هستند. -

«من هیچ وقت کاری را درست انجام نمی‌دهم.» آنها چیزی را که به‌وضوح یک مشکل اتفاقی یا موقعیتی بود، به نیات بد یا ضعف شخصیتی فرد مقابل نسبت می‌دادند(۱).

این بیماران مشخصاً تفسیر یا سوءتفسیر اغراق‌شده خودشان را همان‌طور که بود می‌پذیرفتند؛ به عبارت دیگر، این تعبیر از نظر آنها معتبر و مؤثق بودند. اما وقتی یاد می‌گرفتند توجه‌شان را بر این تفسیرها متمرکز کنند، آنها را ارزیابی کنند و زیر سؤال ببرند، عموماً می‌فهمیدند که این تفسیرها نامناسب یا اشتباه هستند. بیماران می‌توانستند به دیدگاهی در خصوص این عکس‌العمل‌ها دست پیدا کنند و، در اغلب موارد، آنها را تصحیح کنند. برای مثال، یکی از بیمارانم مادری بود که به راحتی تحریک می‌شد. او ابتدا متوجه شد به خاطر موارد بسیار جزئی نقض قوانین توسط فرزندانش عصبانی می‌شود. وقتی او توانست افکار انتقادی‌اش («اینها بچه‌های بدی هستند») را شناسایی کند و سپس با این اندیشه که بچه‌هایش «درست مثل بچه‌های طبیعی رفتار می‌کنند» به آنها پاسخ دهد، دریافت که خشمش به اندازه سابق طول نمی‌کشد. با اصلاح مکرر این افکار تنبیهی انتقادی، فراوانی آنها نیز کاهش یافت.

با این همه، یک سؤال مرا گیج می‌کرد: چرا در درمان تحلیلی، بیماران این افکار را به صورت خودانگیخته گزارش نمی‌دادند، به خصوص با توجه به این نکته که آنها وظیفه‌شناسانه هرآنچه به ذهن‌شان می‌آمد را، صرف‌نظر از میزان ناراحت‌کننده بودن آن بیان می‌کردند؟ آیا آنها در زندگی روزمره‌شان از این افکار آگاه نبودند؟ من به این نتیجه رسیدم که این نوع افکار با افکاری که مردم عموماً برای دیگران گزارش می‌کنند فرق دارند. این نوع افکار بخشی از یک نظام گفت‌وگوی درونی بودند و جهت‌گیری‌شان به سمت خودِ شخص بود؛ یعنی نوعی نظام شبکه‌ای که برای مشاهده مستمر خودشان، تفسیر رفتار خودشان و دیگران و انتظار رخداد بعدی تنظیم شده بود. برای مثال، در یک بیمار میانسال که درگیر گفت‌وگوی خشمگینانه‌ای با برادر بزرگترش شده بود، توالی افکار خودآیند دیده می‌شد و او به‌رغم درگیر شدن در آن تبادل پُرهیجان می‌توانست آن را گزارش کند: «دارم خیلی بلند حرف می‌زنم ... برادرم به من گوش نمی‌کند. دارم آبروی خودم را می‌برم ... خیلی جسارت به خرج داده که دارد حرف‌های من را نادیده می‌گیرد ... آیا باید او را سرزنش کنم؟ احتمالاً کاری خواهد کرد که مثل احمق‌ها به نظر برسم. او هرگز به حرفم گوش نمی‌کند.» در آن جلسه، بیمارم داشت مرتباً خشمگین‌تر

می‌شد ولی وقتی بعداً روی این گفت‌وگو تأمل کرد، متوجه شد خشمش به خاطر این جروبحث نبوده، بلکه از تفسیر اصلی خودش ناشی می‌شد که «برادرم به من احترام نمی‌گذارد.» یکی دیگر از بیمارانم زنی بود که این فکر کوتاه را گزارش می‌داد: «شوهرم دیر کرده چون ترجیح می‌دهد با دوستانش تفریح کند» و به دنبال آن، احساس بدی پیدا می‌کرد. مضمون گفت‌وگوی این زن با خودش به این صورت بود: او خطاب به شوهرش می‌گفت «تو هیچ‌وقت به موقع به خانه نمی‌آیی. وقتی این قدر بی‌مسئولیت هستی، من چطور می‌توانم برای خانواده شام تهیه کنم؟» در واقع، شوهر این زن بعد از کار با دوستانش بیرون می‌رفت و چیزی می‌نوشید تا پس از یک روز کاری سخت، کمی استراحت کند. سرزنش کردن شوهر، احساس طردشدن این زن را از شوهرش و از خودش پنهان می‌کرد.

این نظام گفت‌وگوی درونی، انتظارات و مطالباتی که افراد از خودشان و دیگران دارند را نیز شامل می‌شود، چیزی که «استبداد بایدها» نام گرفته است (۲). شناسایی این دستورها و ممنوعیت‌ها مهم است زیرا انتظارات انعطاف‌ناپذیر یا تلاش‌های جبری برای نظم‌بخشیدن به رفتار دیگران، بی‌تردید به سرخوردگی و ناکامی منجر می‌شود.

یک مشاهده دیگر نیز توجه من را به خود جلب کرد: در برابر موقعیت‌های خاص، هر بیمار مجموعه پاسخ‌های منحصربه‌فرد خودش را داشت و همواره به محرک‌هایی خاص به شیوه‌ای افراطی واکنش نشان می‌داد در حالی که در برابر سایر محرک‌ها چنین نبود. من می‌توانستم پیش‌بینی کنم که یک بیمار خاص، در پاسخ به یک موقعیت مشخص، چه تفسیرها یا سوءتفسیرهایی خواهد داشت. این واکنش‌های افراطی، در پاسخ خودکار آن بیمار به موقعیت‌های خاص آشکار می‌شدند. یک بیمار مشخصاً موقعیت‌های خاصی را تحریف می‌کرد، بیش از حد تعمیم می‌داد یا درباره‌شان اغراق می‌کرد و این موقعیت‌های خاص از بیماری به بیمار دیگر فرق داشتند.

مجموعه مشخصی از شرایط، الگوهای خاصی از باورها را فعال می‌کرد و این باورها، فکر خودآیند را تولید می‌کردند. این قواعد یا باورها، آسیب‌پذیری خاصی را ایجاد می‌کردند: هنگامی که این باورها توسط موقعیت‌های مرتبط فعال می‌شدند، تفسیر خودکار بیمار از آن موقعیت را شکل می‌دادند. این باورها بسیار خاص بودند: برای مثال، «اگر دیگران حرفم را قطع کنند به این معناست که به من احترام نمی‌گذارند» یا «اگر همسرم کاری را که من

می‌خواهم انجام ندهد، به این معناست که اهمیتی برایم قائل نیست.» این باورها به یک موقعیت معنا می‌دادند و سپس این معنا در قالب افکار خودآیند بیان می‌شد.

پیشتر به نمونه‌ی مادری خشمگین اشاره کردم که چنین باوری داشت: «اگر بچه‌ها درست رفتار نکنند، یعنی بچه‌های بدی هستند.» این آسیب از معنای عمیق‌تری می‌آمد که حاصل چنین باوری بود: «اگر بچه‌هایم بد رفتاری کنند، یعنی من مادر بدی بوده‌ام.» این باور بیش تعمیم داده شده به یک تفسیر بیش تعمیم داده شده منجر می‌شد. این مادر از طریق سرزنش فرزندانش، توجه خود را از درد ناشی از این تصاویر منفی درباره‌ی خودش منحرف می‌کرد. هر بیمار مجموعه حساسیت‌های خاص خودش را داشت.

وقتی انسان به انجام یک کار تکراری روزمره مانند رانندگی مشغول می‌شود نیز نوع مشابهی از فکر و عمل خودآیند رخ می‌دهد. برای مثال، وقتی من در خیابانی مشغول رانندگی هستم، سرعتم را کم می‌کنم تا عابر پیاده از عرض خیابان عبور کند و از کنار یک چاله رد می‌شوم و از ماشین جلویی که سرعت پایینی دارد سبقت می‌گیرم. همه‌ی این کارها را در حالی انجام می‌دهم که مشغول گفت‌وگو با دوستی هستم. اگر توجهم را به افکار خودآیندم درباره‌ی رانندگی متمرکز کنم، نسبت به وجود یک توالی بسیار سریع هشیار می‌شوم: «مواظب آن چاله باش ... از کنارش رد شو ... آن راننده خیلی کند است ... آیا فضای کافی هست که سبقت بگیرم؟» این افکار، از گفت‌وگوی من با دوستم کاملاً مجزا هستند اما رفتار من در پشت فرمان را کنترل می‌کنند.

یک درمان جدید

من با تمرکز بر ارتباط‌های موجود میان افکار (شناخت‌های) مشکل‌آفرین بیماران با احساسات و رفتار آنها، یک درمان شناختی برای اختلالات روان‌پزشکی تدوین کردم. از طریق به‌کارگیری این نظریه دریافتم که کمک به بیماران برای اصلاح شناخت‌هایشان، منجر به بهبودی می‌شود. در نتیجه، از اصطلاح «شناخت‌درمانی» برای نامیدن رویکرد درمانی‌ام استفاده کردم. شناخت‌درمانی به چندین شیوه به مشکلات بیماران می‌پردازد. در ابتدا، تلاش می‌کردم به بیماران کمک کنم به‌صورت عینی به بررسی افکار و باورهایشان بپردازند. برای نیل به این هدف ترغیب‌شان می‌کردم تفسیرهایشان را زیر سؤال ببرند. آیا نتیجه‌گیری تو مبتنی بر حقایق است؟ آیا توضیح‌های جایگزین هم وجود دارد؟ چه مدرکی برای نتیجه‌گیری‌ات وجود دارد؟

به همین شیوه، قواعد و باورهای زیربنایی را نیز ارزیابی می‌کردیم. آیا آنها آن قدر انعطاف‌ناپذیر یا مبالغه‌آمیز بودند که به‌شکلی نامتناسب و افراطی مورد استفاده قرار می‌گرفتند؟ این راهکارهای درمانی به بیماران کمک می‌کردند از واکنش افراطی نسبت به موقعیت‌ها دوری کنند. تقریباً در همان زمانی که مشغول تدوین نظریه و شیوه درمانی‌ام بودم، به نوشته‌های آلبرت ایس برخوردم. آثار او که چند سال جلوتر از کتاب‌های من به چاپ رسیده بودند نیز بر اساس مشاهداتی مشابه نوشته شده بودند. نوشته‌های ایس کمک کردند به ایده‌های جدیدی در خصوص این نظریه برسم. تعدادی از راهکارهایی که بیشتر توضیح دادم برگرفته از آثار ایس هستند (۳).

من همچنین مشاهده کردم که این یافته‌ها، به افرادی که دچار اختلالات روان‌پزشکی شایع و معمول همچون افسردگی و اضطراب هستند محدود نمی‌شود. در مواردی همچون مشکلات زناشویی، انواع اعتیاد و رفتار ضداجتماعی نیز انواع مشابهی از باورهای نادرست بر احساسات و رفتارهای افراد تأثیر می‌گذاشت (۴). درمانگران دیگری که در این حوزه‌ها تخصص داشتند، به تدوین و کاربرد نظریه و درمان شناختی در حوزه تخصصی خودشان پرداختند. آثار بسیار زیادی در حوزه شناخت‌درمانی برای اشکال مختلف رفتار ضداجتماعی همچون بدرفتاری با همسر، کودک‌آزاری، حملات تبهکارانه و مزاحمت‌های جنسی تدوین شده است. مشاهدات ما نشان‌دهنده وجود یک عامل مشترک در تمام این رفتارهای زیان‌بار بوده است: قربانی به‌عنوان دشمن ادراک می‌شود و مهاجم خودش را به‌عنوان یک قربانی بی‌گناه می‌بیند.

چون باور دارم وقتی افراد دست به خشونت فردی یا گروهی می‌زنند فرایندهای ذهنی مشابهی را تجربه می‌کنند، آثار موجود درباره مصیبت‌های اجتماعی همچون تبعیض، شکنجه، کشتار جمعی و جنگ را مورد بررسی دقیق قرار دادم. هر چند درخصوص علل جامعه‌شناختی، اقتصادی و تاریخی چنین رویدادهایی تفاوت‌های چشمگیری وجود دارد، عامل مشترک اصلی در همه آنها یکسان است: مهاجمان دارای سوگیری مثبت نسبت به خودشان و سوگیری منفی نسبت به طرف مقابل هستند که اغلب دشمن پنداشته می‌شود. مشاهده مشابهت‌های موجود میان تصویر یک زن از شوهری که با او متارکه کرده با تصویر یک نژادپرست از یک گروه اقلیت نژادی یا مذهبی با تصویر یک سرباز از تک‌تیرانداز دشمن که از پشت سنگری به او شلیک می‌کند مرا شگفت‌زده کرد. این افراد اغلب از کلماتی همچون هیولا، بدذات یا حرامزاده برای نامیدن دیگری خطرناک استفاده می‌کنند. مادامی که این افراد در قبضه این الگوهای افراطی تفکر باشند، احساس نفرت آنها باعث تحریف ارزیابی‌هایشان از دشمنان فرضی می‌شود.

هدف من از نگارش این کتاب، شفاف‌سازی دربارهٔ مشکلات روان‌شناختی نوعی است که به خشم، نفرت و خشونت منجر می‌شوند. همچنین تلاش کرده‌ام نشان بدهم این مشکلات چگونه در تعارضات بین دوستان، اعضای خانواده، گروه‌ها و ملت‌ها آشکار می‌شوند. کسب بینش دقیق دربارهٔ عوامل شناختی (تفسیرها، باورها، تصویرها) می‌تواند به چاره‌جویی برای مشکلات فردی، بین فردی و اجتماعی در جوامع امروزی کمک شایان توجهی کند.

در نگارش چنین کتابی، طبیعتاً سئوالات خاصی مطرح می‌شوند. این رویکرد چه چیز جدید و مفیدی دارد؟ چه شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد این رویکرد معتبر است و صرفاً یک اظهار نظر شخصی نیست؟ وقتی برای اولین بار در سال ۱۹۶۴، نظریه و درمان شناختی برای افسردگی را مطرح کردم و سپس در سال ۱۹۷۶ آن را بسط دادم نیز باید دربارهٔ سئوالات مشابهی تأمل می‌کردم. از آن زمان تا کنون، من و همکارانم تقریباً هزار مقاله را مرور کرده‌ایم که به ارزیابی جنبه‌های خاص این نظریه پرداخته‌اند. این مقالات عمدتاً در حمایت از بنیان تجربی و اعتبار نظریه و درمان شناختی بوده‌اند (۵). بخش قابل توجهی از فرضیاتی که اعتبارشان در این پژوهش‌ها تأیید شده، مبنای مفاهیم ارائه شده در این کتاب را نیز تشکیل می‌دهند.

علاوه بر محتوای بالینی، بخش‌های زیادی از این کتاب بر اساس مجموعه دانش موجود در خصوص جنبه‌های شناختی خشم، دشمنی و خشونت استوار است که در آثار تحریر شده در حوزه‌های روان‌شناسی بالینی، اجتماعی، رشد و شناختی وجود دارد. بسیاری از فرمول‌بندی‌های ارائه‌شده دربارهٔ مسائل گسترده‌تر همچون خشونت گروهی، کشتار جمعی و جنگ، تا حدی مبتنی بر آثار موجود در حوزه‌های علوم سیاسی، تاریخ، جامعه‌شناسی و جرم‌شناسی می‌باشد. این کتاب به‌گونه‌ای طراحی شده که مفاهیم مرتبط با هم به‌صورت متوالی معرفی شوند، هر چند همهٔ آنها بخش‌هایی از یک چارچوب مشترک را تشکیل می‌دهند. در ابتدا، دشمنی و خشم در زندگی روزمره توضیح داده شده است، موضوعی که خوانندگان می‌توانند به تجربیات خودشان ربط دهند. سپس به موضوعاتی پرداخته شده که از لحاظ اجتماعی بسیار حائز اهمیت هستند: بدرفتاری در خانواده، جرم، پیش‌داوری، کشتار جمعی و جنگ. هر چند این پدیده‌ها از تجربیات شخصی اکثر خوانندگان این کتاب بسیار دور هستند، مبنای روان‌شناختی همهٔ آنها مشابه است. در فصل آخر نیز دربارهٔ کاربرد این بینش در حل مشکلات شخصی و اجتماعی پیشنهاداتی ارائه شده است.

یادداشت‌ها

۱. گرایش به قضاوت رفتار دیگر افراد به شیوه‌ای که گویی رفتار آنها صرفاً توسط ویژگی‌های درونی‌شان تعیین می‌شود نه توسط عوامل موقعیتی، خطای اسناد بنیادین نامیده می‌شود.

F. Heider, *The Psychology of Interpersonal Relations* (New York: Wiley, 1958).

همچنین فصل ۵، یادداشت ۷ را ببینید.

2. K. Horney, *Neurosis and Human Growth: The Struggle Toward Self-realization* (New York: Norton, 1950).
3. A. Ellis, *Reason and Emotion in Psychotherapy* (1962; reprint, New York: Carol Publishing Group, 1994).
4. A. T. Beck, *Love Is Never Enough* (New York: HarperCollins, 1988); A. T. Beck and G. Emery, with R. L. Greenberg, *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective* (New York: Basic Books, 1985); A. T. Beck, A. Freeman, and Associates, *Cognitive Therapy of Personality Disorders* (New York: Guilford, 1990); A. T. Beck, F. W. Wright, C. F. Newman, and B. Liese, *Cognitive Therapy of Substance Abuse* (New York: Guilford, 1993).
5. D. A. Clark and A. T. Beck, with B. Alford, *The Scientific Foundations of Cognitive Therapy of Depression* (New York: John Wiley & Sons, 1999); K. Dobson, "A Meta-analysis of Efficacy of Cognitive Therapy for Depression," *Journal of Counseling and Clinical Psychology* 57, no. 3, (1989): 414-19.