

زندانیان نفرت

بنیان‌های فکری استبداد و خشونت

نویسنده

آرون تی بی

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.
مشخصات ظاهری	: تهران: انتشارات اسپار، ۱۳۹۸.
شابک	: ۴۵۰ ص، ۲۱/۱۴ س.م.
وضعیت فهرست نویسی	: ۹۷۸۶۲۲۰۹۹۵۲۷۳۰۳۰۳
یادداشت	: فیفا
یادداشت	: عنوان اصلی: Prisoners of hate: the cognitive basis of anger, hostility, and violence, 1999.
یادداشت	: واژه‌نامه.
یادداشت	: کتابنامه.
موضوع	: میانی شناختی خشم، دشمنی و خشونت
موضوع	: خشونت - جنبه‌های روان‌شناسی
موضوع	: نفرت
موضوع	: Hate
موضوع	: Violence—Psychological aspects
موضوع	: خشم
موضوع	: Al ger
موضوع	: معنی (روانشناسی)
موضوع	: Hostility (Psychology)
موضوع	: ساخت‌درمانی
موضوع	: Cognitive therapy
شناسه افزوده	: جمشیدی، شیوا، ۱۳۵۹، مترجم
رده‌بندی کنگره	: ۱۳۹۸ ب۸
رده‌بندی دیویی	: ۶۱۶/۸۵۸۲
شماره کتابشناسی ملی	: ۵۶۷۵۰۳۸



نشر اسپار

نام کتاب: زندانیان نفرت

نویسنده: آرون تی بک

ترجمه: شیوا جمشیدی

ناشر: اسپار

چاپ اول: تابستان ۱۳۹۸

تیراژ: ۵۰۰ نسخه

قیمت: ۶۵۰۰۰ 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	۱۵
فصل اول: زندانی نفرت	۱۷
فصل دوم: چشم («من») طوفان	۴۹
فصل سوم: از آسیب تا نفرت	۷۱
فصل چهارم: بگذار حساب کنم به چه روش‌هایی به من بد کرده‌ای	۹۲
فصل پنجم: فکر بدوی	۱۱۴
فصل ششم: فردا من خشم	۱۳۶
فصل هفتم: دشمنان صد من	۱۵۹
بخش دوم خشونت	۱۸۱
فصل هشتم: خشونت فردی	۱۸۳
فصل نهم: توهم‌های جمعی	۲۰۸
فصل دهم: آزار و اذیت و نسل‌کشی	۲۴۶
فصل یازدهم: تصاویر و ادراکات غلط در جنگ	۲۸۵
بخش سوم از تاریکی به روشنایی	۳۲۵
فصل دوازدهم: نیمه روشن‌تر ماهیت انسان	۳۲۷
فصل سیزدهم: شناخت درمانی برای افراد و گروه‌ها	۳۵۸
فصل چهاردهم: چشم‌اندازها و دورنماها	۳۸۵
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی	۴۱۳
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی	۴۱۷
کتاب‌نامه	۴۲۱

رویکرد من نسبت به مشکلات بین فردی و اجتماعی، به فعالیت در حوزه روان‌درمانی در سال‌های درازبازمی‌گردد. در آن سال‌ها که تقریباً چهار دهه از آن می‌گذرد، مجموعه مشاهداتی داشتم که من را از مشکلات روان‌پزشکی بیماران و شیوه درمان کاملاً تغییر داد. هنگام اجرای روان‌تحلیلی کلاسیک روی بیماران، تقریباً به شکل اتفاقی دریافتم آنها افکار خاصی را که بین تداعی آزاد تجربه می‌کنند گزارش نمی‌دهند. هر چند از قبل به آنها گفته شده بود که هر چیزی که در حین درمان از ذهن‌شان می‌گذرد را افشاء کنند و من هم فرض را بر همین گذاشتم. دریافتم مراجعان افکار بسیار مهم و خاصی دارند که در حاشیه هشیاری‌شان قرار دارد. بیماران به ندرت از این افکار پیش‌هشیار 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 بیمارانش یاد دادم روی این افکار تمرکز کند، دریافتم این افکار در مقایسه با تفسیرهای روان‌تحلیلی انتزاعی‌تری که ارائه می‌داد، به شیوه قابل‌فهم‌تری به توضیح تجربه هیجانی کمک می‌کنند. برای مثال، یکی از مراجعین 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 ذهنت 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 پادشاه بر 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 می‌کرد، اغلب به احساس غمگینی می‌شدند. این افکار شامل چنین مواردی بود: شکست خوردن، فرد شدن یا از دست دادن یک چیز با ارزش. افکار پیشرفت و بهبود خویش منجر به احساس ضعف 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 سریع حساب کنم» و «زدن او اشکالی ندارد» می‌توانست حتی به خشونت فیزیکی منجر شود.

یکی از ویژگی‌های جالب چنین افکاری، ماهیت تدریجی آنها بود. پی بردن به اینکه حتی یک فکر حاشیه‌ای نسبتاً موزج می‌تواند هیجانی سیو ایجاد کند مرا شگفت زده می‌کرد. به‌علاوه، این شناخت‌ها غیرارادی بودند، بدین معنا که بیمار نه می‌توانست آنها را به جریان بیندازد و نه می‌توانست جلوییشان را بگیرد. با اینک این شناخت‌ها اغلب سازگاران^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 به شدت تنبیه کند.

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

همچنین در کمال تعجب دریافتیم که این بیماران یک الگوی منظم از خطاهای فکری (تحریفات شناختی) را نشان می‌دهند. آنها درباره اهمیت یک رویداد منفی به شدت بزرگ‌نمایی می‌کردند و درباره فراوانی چنین رویدادهایی اغراق می‌کردند: «دستیارم همیشه گند می‌زند» یا «من هیچ وقت کاری را درست انجام نمی‌دهم». آنها چیزی را که به وضوح 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؛ عبارت دیگر، این تعبیر از نظر آنها معتبر و مؤثق بودند. اما وقتی یاد می‌گرفتند وجه‌شان را بر این تفسیرها متمرکز کنند، آنها را ارزیابی کنند و زیر سؤال ببرند، عموماً نمی‌توانستند. این تفسیرها نامناسب یا اشتباه هستند. بیماران می‌توانستند به دیدگاهی در 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 مسائل 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 بچه‌هاش «رفت مثل بچه‌های طبیعی رفتار می‌کنند» به آنها پاسخ دهد، دریافت که خشمش به اندازه ساعت طول نمی‌کشد. با اصلاح مکرر این افکار تنبیهی انتقادی، فراوانی آنها نیز کاهش یافت.

با این همه، یک سؤال مرا گیج می‌کرد: چرا در میان تحلیل، بیماران این افکار را به صورت خودانگیخته گزارش نمی‌دادند، به خصوص آن‌هایی که به این نکته که آنها وظیفه‌شناسانه هرآنچه به ذهن‌شان می‌آمد را، صرف‌نظر از میزان دارا بودن آن بیان می‌کردند؟ آیا آنها در زندگی روزمره‌شان از این افکار آگاه نبودند؟ می‌توان به این نتیجه رسید 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، بیمار داشت مرتباً خشمگین‌تر می‌شد ولی وقتی بعداً روی این گفت‌وگو تأمل کرد، متوجه شد خشمش به خاطر این جروب‌بحث نبوده، بلکه از تفسیر اصلی خودش ناشی می‌شد که «برادرم به من احترام نمی‌گذارد».

یکی دیگر از بیمارانش زنی بود که این فکر کوتاه را گزارش می‌داد: «شوهرم دیر کرده این ترجیح می‌دهد با دوستانش تفریح کند» و به دنبال آن، احساس بدی پیدا می‌کرد. مضمون گفت‌وگو این زن با خودش به این صورت بود: او خطاب به شوهرش می‌گفت «تو هیچ‌وقت به من به خانه نمی‌آیی. وقتی این قدر بی‌مسئولیت هستی، من چطور می‌توانم برای خانواده‌ام سرمایه‌گذاری کنم؟» در واقع، شوهر این زن بعد از کار با دوستانش بیرون می‌رفت و چیزی نمی‌شد تا پس از یک روز کاری سخت، کمی استراحت کند. سرزنش کردن شوهر، احساس ناشدنی این زن را از شوهرش و از خودش پنهان می‌کرد. این نظام گفت‌وگوی دروغ، 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، معطوف‌ناپذیری 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 منحصر به فرد 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 نمونه 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 بیش‌تر تعمیم داده شد؛ به یک تفسیر بیش‌تر تعمیم داده شده منجر می‌شد. این مادر از طریق سرزنش فرزندانش، توجه خود را از درد ناشی از این تصاویر منفی دربارهٔ 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، سرعت را کم می‌کنم تا عابر پیاده از عرض خیابان عبور کند و از کنار یک چاله رد می‌شوم و از ماشین جایی که سرعت پایینی دارد سبقت می‌گیرم. همهٔ این کارها را در حالی انجام می‌دهم که مشغول گشت‌و‌گو با دوستی هستم. اگر توجهم را به افکار خودآیندم دربارهٔ رانندگی متمرکز کنم، نسبت به 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 گشت‌و‌گو 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 «شناخت درمانی» برای نامیدن رویکرد درمانی‌ام استفاده کردم. شناخت درمانی به چندین شیوه به مشکلات بیماران می‌پردازد. در ابتدا، تلاش می‌کردم به بیماران کمک کنم به صورت 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 موانعی برای نتیجه‌گیری‌ات وجود دارد؟ به همین شیوه، قواعد و باورهای زیربنایی را زیر ازایی می‌کردیم. آیا آنها آن قدر انعطاف‌ناپذیر یا مبالغه‌آمیز بودند که به شکلی نامتناسب و افراطی مورد استفاده قرار می‌گرفتند؟

این راهکارهای درمانی به بیماران کمک می‌کردند از واکنش افراطی نسبت به موقعیت‌های زندگی تقریباً در همان زمانی که مشغول تدوین نظریه و شیوه درمانی‌ام بودم، به نوشته‌ای آلبرت ایلیس برخورددم. آثار او که چند سال جلوتر از کتاب‌های من به چاپ رسیده بودند نیز بر اساس مشاهداتی مشابه نوشته شده بودند. نوشته‌های ایلیس کمک کردند به ایده‌های دیدنی در خصوص این نظریه برسیم. تعدادی از راهکارهایی که پیشتر توضیح دادم برگرفته از آثار ایلیس 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 ضد اجتماعی نیز انواع مشابهی از باورهای نادرست بر احساسات و رفتارهای افراد تأثیر می‌گذارد (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 شناخت درمانی برای اشکال مختلف رفتار ضد اجتماعی همچون بدرفتاری با همسر، کودک‌آزاری، حملات به کارانه و مزاحمت‌های جنسی تدوین شده است. مشاهدات ما نشان‌دهنده وجود یک عامل مشترک در تمام این رفتارهای زیان‌بار بوده است: قربانی به عنوان دشمن ادراک می‌شود و مهاجم خودش را به عنوان 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 می‌کند. نادامی 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 درباره مشکلات روان‌شناختی نوعی است که به خشم، نفرت و خشونت منجر می‌شوند. همچنین تلاش کرده‌ام نشان بدهم این مشکلات چگونه در تعامل میان بین‌دوستان، اعضای خانواده، گروه‌ها و ملت‌ها آشکار می‌شوند. کسب بینش دقیق درباره عوامل شناختی (تفسیرها، باورها، تصویرها) می‌تواند به چاره‌جویی برای مشکلات فردی، بین‌فردی و اجتماعی در جوامع امروزی کمک شایان توجهی کند.

در نگارش چنین کتابی، طبیعتاً سؤالات 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 درباره سؤالات 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 (۱). 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 می‌رانند 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. در چندین پدیده‌ها از تجربیات شخصی اکثر خوانندگان این کتاب بسیار دور هستند، به‌نام روان‌شناختی همهٔ آنها مشابه است. در فصل آخر نیز دربارهٔ کاربرد این بینش در حل مشکلات شخصی و اجتماعی پیشنهاداتی ارائه شده است.