

التدبير العلاجي للغضب

عينات برنامج

عندما نعتزم البناء نحصص قطعة الأرض ثم نرسم المخطط

وليم شكسبير

قدمنا في هذا الكتاب نموذجاً وصفيّاً توضيحياً لحوادث الغضب لكي نوفّر أساساً مشتركاً للمعرفة بين الممارسين والزيّائين. وهذا يتيح فهماً مشتركاً لمضامين الغضب بما في ذلك من تكاليف ترافق تجارب الغضب. إن نموذج حادث الغضب يشكل الأساس الذي يبنى عليه برنامج العلاج. والعلاج نفسه يتشكل من أربعة مراحل متميزة. الإعداد والتغيير والقبول وتوقّي الانتكاس. وقد وُصفت بالتفصيل استراتيجيات ومدخلات متنوعة لكل مرحلة من مراحل العلاج. ومع أن الفصول كُتبت وكأنها تتعلق بالزيّائين الراشدين، إلا أن هذه الاستراتيجيات ذاتها يمكن أن تُكيّف لتناسب الأطفال والمراهقين. وننصح للممارسين الذين يتركز عملهم على الزيّائين اليافعين أن يعملوا وفق طريقة فندلر وزملائه.

(Feindler, 1995, Feindler and Ecton 1986)

مع الاعتراف بأن نموذجاً واحداً لن يكون على الأغلب مناسباً لجميع الزيّائين لم نضع مقدماً طريقة العلاج جلسة فجلسة. واعتمد هذا القرار بناء على التقويم الذي تلقيناه حين كنا نعرض برنامجنا لإنقاص الغضب في حلقات التمرين الدراسية المتنوعة وفي اللقاءات المهنية. لقد غدا واضحاً أن الممارسين يعملون في أمكنة علاج متنوعة جداً مع أهداف ومصادر تتفاوت كل التفاوت ويبدو أن الاستراتيجيات تلائم بعض الأوساط ولا تلائم غيرها. بالإضافة إلى ذلك ثمة تنوع حسب ثقافة الممارس وتدريبه. ولذا قد يكون الممارسون أكثر ارتياحاً في بعض التقنيات منهم في بعضها الآخر.

قُدِّم برنامجنا كإطار يستطيع أن يختار الممارسون منه الاستراتيجيات الأكثر ملاءمة لزيائهم، ولمكان العلاج ولتفضيلاتهم الفردية. ونحن أيضاً نشجع الممارسين على أن يختاروا المداخلات التي تتوجه إلى المراحل الأربع من العلاج، وإلى مسألة استراتيجية خاصة تطبق على حالة معينة، أما تحديد الوقت الذي يُستغرق في كل مجال فيترك للحكم المهني. وباستعمال هذا الكتاب الدليل نشجع على تطوير برامج فردية لإدارة الغضب وعلاجه لدى كل زبون على حدة.

بالطبع إن انتقاء الاستراتيجيات والمداخلات لكل حالة يتطلب عناية بالغة. وهكذا نحن نعرض الآن اقتراحات لجعل هذا البرنامج ملائماً لعلاج أوضاع أو بيئات عديدة متنوعة. لقد تم توفير مختصرات لعلاج عينة لأغراض إيضاحية بالاعتماد على تجاربنا الشخصية. وقد سعينا في هذا القسم إلى بيان بعض المسائل الشائعة لدى الممارسين حين يطورون برامج لزيائهم الغاضبين.

تطبيقات العلاج الجماعي:

وُضعت المعلومات المعروضة في هذا الكتاب مبدئياً للممارسين الذين يعملون مع زبائن أفراد على شكل ممارس لزبون. ومع ذلك فقد جرى علاج جماعي كثير لاسيما في المؤسسات، مثل السجون والمستشفيات والمدارس، وهكذا كان السؤال المطروح الشائع: «أنا أدير جماعة مصابة بالغضب وأريد أن أضع برنامجاً ناجحاً من أجل ذلك. ما هي الأمور التي يجب أن أقوم بها؟».

يمكن تكييف التقنيات الموصوفة هنا بشكل يلائم الجماعة. ويتم اتباع نموذج العلاج الأساسي وهو الإعداد، استراتيجيات التغيير، القبول، توقي الانتكاس. ويكون مضمون البرنامج الفلسفة ذاتها، وهو أن يعزز الدافع بالمشاركة في أساس المعرفة (بين الممارس والزبائن)، وأن يحدث التغيير بدعم التمرين. فمثلاً يمكن أن يكون إعداد أعضاء الجماعة من أجل تغيير ناشط لردود فعل الغضب لديهم موضع التركيز في اللقاءات الثلاثة أو الأربعة الأولى. ويكن أن تتضمن مواضيع



المناقشة لدى الجماعة تعريف الغضب وفهم مضامين حوادث الغضب ورصد النفس (مع سجل حادث الغضب واستمارات السيطرة على النفس واستبانة عن تجارب الحياة)، وبناء معرفة بالنتائج التي ترافق ردود فعل الغضب. وفي الواقع غالباً ما يكون أعضاء الجماعة مساعدين في تزويد تقويم فيما بينهم حول العواقب الممكنة لحوادث الغضب. وفي ملاحظتنا نحن عن العلاج الجماعي وجدنا أن أكبر خطأ يرتكبه الممارسون هو تحريك الجماعة بسرعة أكثر مما يجب نحو المداخلات الناشطة دون إنفاق وقت كاف لتطوير الدافع والزخم الحافز لدى الزبائن إلى التغيير.

يمكن اختيار العديد من (استراتيجيات التغيير) أيضاً للتركيز عليها في لقاءات الجماعة. وبالطبع إن الممارسين حكماء في تقدير ضغوط الوقت وعدد المداخلات التي يمكن أن تناقش بشكل معقول ويجري التمرين عليها وتراجع في أثناء حياة الجماعة معاً. ولذلك نحن ننصح اختيار واحد أو اثنين من المداخلات في مرحلة العلاج هذه وفق طول مدة بقاء الجماعة. وقد وجدنا أن نموذج حل المشكلة المعروض في الفصل ١١ يصلح تماماً للشكل الجماعي. فيستطيع أعضاء الجماعة بشكل فردي أن يتعرفوا الأوضاع المستمرة التي ترافق الغضب ويجرون خطوات حل المشكلة ريثما يتلقون التقويم من الآخرين. وتدبير الثوران الجسمي وإنقاصه المذكور في (الفصل ٩) يمكن أيضاً تطبيقه في الشكل الجماعي للعلاج ولكن من المرجح أن يكون مع الراشدين أكثر نجاحاً منه مع الأطفال والمراهقين. أما فيما يخص (التعرض) فقد كان لدينا زبائن عرضوا مشاهد وأشرطة تسجيل تعرضهم الخاص بمفردهم في سياق جماعي وشاركوا أعضاء الجماعة الآخرين بذلك من أجل التقويم. وتكرار التمرين يُترك للزبون ليقوم به في المنزل ونوقشت ردود فعل التمرين على التعرض في لقاءات لاحقة للجماعة (Grodnitzky and Taftrat 2000) إننا لم نحاول بعد أن نجسد في الواقع الحي (التعرض للتعليقات اللاذعة) في جماعة يتبادل فيها المشاركون تلك التعليقات.

ينبغي أن يأخذ الممارسون حذرهم من المخاطر الممكنة حين يجيب أعضاء المجموعة بغضب كل منهم على الآخر فيخلقون بذلك جواً يزيد احتمال وقوع المشادات الكلامية والشجار. يحتاج الأمر إلى البحث بانتباه حين تطبيق طرق منهجية في الواقع الحي أثناء العلاج الجماعي الخاص لزيائن يتصفون باضطرابات الغضب.

استراتيجيات القبول: يمكن أيضاً اعتمادها في جلسات الجماعة. وليس من الضروري أيضاً أن تشملهم جميعهم. ويستطيع الممارس أن يختار المناسب منها حسب تركيب الجماعة. ولا ريب أن موضوع الصفح، ضروري من أجل مناقشة تشخذ الفكر، إذ لا بد أن بعض أعضاء المجموعة قد جربوا منافع الصفح وبوسعهم أن يشاركوا الآخرين في تجاربهم الخاصة، هؤلاء الآخرين الذين ربما مازالوا يفكرون في الثأر والانتقام.

توقي الانتكاس: يوصى به أيضاً في الجلستين الأخيرتين. يستطيع أعضاء المجموعة أن يتبينوا الأوضاع ذات المخاطر العالية ويساعد واحد منهم الآخر على تطوير خطط للتعامل مع هذه الأوضاع. وأيضاً أية ترتيبات من أجل جلسات لاحقة داعمة أو للعناية (بالذين شُفوا من مرضهم) توضع في نصابها.

هنا تنوع هام في المصطلحات التي تتعلق بتشكيل الجماعة. فبعض الجماعات لديها نقاط بداية ونهاية لجميع المشاركين وتدعى (جماعات مغلقة)، على حين بعض الجماعات الأخرى تستعمل القبول المترادف أي يمكن استقبال الأعضاء في الجماعة في أي وقت (جماعات منفتحة). ولما كان البرنامج الحالي يتحرك في أربع مراحل متميزة في العلاج فقد يكون هناك إشكال في جعل أعضاء المجموعة تعمل على تلك المراحل المختلفة في الوقت نفسه. لذا نحن نفضل الشكل المغلق. ومع ذلك ما إن يتعلم المشاركون بعض المهارات الأساسية وينهون العلاج الذي يغطي المجالات الأربعة



حتى تبدأ عناية بالناقهين مفتوحة لتأمين دعم متواصل ولتغطية مداخلات إضافية لم تعرض في الوقت السابق. إن بناء علاج لإنقاص الغضب لدى جماعة على نحو يرضي حاجات الزبائن والوكالة هو الخطوة الأولى.

يلخص فيما يلي برنامج عينة مؤلف من ١٢ جلسة من أجل علاج جماعي. وفي هذا المثال تستغرق كل جلسة للجماعة ساعة ونصف وتضم الجماعة عشرة مشاركين. ومن الواضح إذا قصرت مدة الجلسة أو كان عدد المشاركين أكبر يحتاج الأمر إلى التغيير ليغطي مواد أقل.

الجلسة ١ (الإعداد):

عرّف مع الأعضاء المشاركين الغضب والعدوان والتهجم. وأشركهم بأمثلة من واقع الحياة على كل منها. ركز على نتائج الغضب في السلوك الحركي وفي إدراك حلول مشاكل الحياة (مثلاً The yerkes – Dodson Law). استعمل ميزان حرارة الغضب (الفصل ١) لمساعدة أعضاء الجماعة على تطوير مفردات مشتركة في تجارب أشكال الشدة المتنوعة.

الجلسة ٢ (الإعداد):

اعرض نموذج حادث الغضب. اسأل أعضاء الجماعة أن يتعرفوا حادث غضب جديد وأن يكملوا (سجل حادث الغضب) أثناء لقاء الجماعة. يلقى الضوء على نتائج غضب كل عضو من أعضاء الجماعة أثناء المناقشة ويطلب إتمام ملء (استبانة تجارب الحياة) و (سجل حادث الغضب) كوظيفة بيتية.

الجلسة ٣ (الإعداد):

راجع (سجلات حادث الغضب) المكتوبة مع الإلحاح على الخسائر المرافقة للغضب. اختر خسائر إضافية للغضب من أعضاء المجموعة ومن الممارس. يطلب إلى الزبائن مرة ثانية إتمام ملء (سجل حادث الغضب) كوظيفة بيتية.



الجلسة ٤ (التغيير):

راجع «سجلات حادث الغضب» مع الإلحاح على الأعراض الجسمية التي يعانيتها الزبون الغاضب. ناقش دور النشاط الجسمي في الغضب على أنه تسويغ لاسترخاء متدرج للعضلة (PMR). علم الزبائن مهارات PMR وأعطهم كوظيفة بيتية أشرطة مسجلة ترشدهم إلى استعمال PMR (سجلت هذه الأشرطة في وقت سابق باستعمال النص المختصر في الفصل ٩).

الجلسة ٥ (التغيير):

يقدم الزبائن تقريراً عن تجاربهم في موضوع استرخاء العضلة المتدرج. بعد ذلك أرشد جماعة أخرى إلى مهارة PMR. اعرض تسويغاً للدعوة إلى تعرض متخيل (تصور) على أعضاء الجماعة. زودهم بأدلة مرشدة من أجل تصور مشهد تخيلي واطلب منهم وظيفة بيتية وهي كتابة مخطط لمشاهد غضب.

الجلسة ٦ (التغيير):

يقرأ الزبائن مشاهد غضبهم ويتلقون تقويماً من الممارس ومن بقية أعضاء الجماعة. يتم تجسيد اقتراحات ضمن المشاهد. ويسأل الزبائن بشكل إفرادي أن يتمرّنوا على تكرار مشاهد غضبهم في خيالهم. ثم يشاركون بقية أعضاء الجماعة في تجاربهم وتكون وظيفتهم البيتية أن يكرروا تخيل مشاهد غضبهم ويطبّقوا مهارات PMR (أي استرخاء العضلة المتدرج).

الجلسة ٧ (التغيير):

تركز الجماعة على مناقشة تتعلق بالتمرن على التعرض مع PMR (استرخاء العضلة المتدرج). حينئذ يعرض نموذج (حل المشكلة) ويبرهن عليه بتطبيق النموذج على أوضاع غضب مستمرة. ومن أجل الوظيفة البيتية تسأل الزبائن أن يكتبوا خطوات حل المشكلة كما تتعلق بوضع غضب شخصي مستمر.



الجلسة ٨ (التغيير):

راجع الوظيفة البيئية (حل المشكلة) وناقشها. وبالنسبة للزبائن الذين لم ينجزوا الوظيفة في البيت تستكمل أثناء الجلسة مع الجماعة. يعطى سجل حادث الغضب ووظيفة بيتية مرة ثانية.

الجلسة ٩ (القبول):

راجع سجلات حادث الغضب مع الإلحاح على قسم التفكير. أما دور الأخطاء المعرفية والتفسيرات المغلوطة فتناقش من حيث علاقتها بحوادث غضب خاصة. راجع التقنيات لتعزيز تقييم دقيق واقعي. وتعطى وظيفة بيتية (استمارة تحويل الأفكار الآلية المتصلة بالغضب) (الفصل ١٣).

الجلسة ١٠ (القبول):

تراجع الاستمارات المتعلقة بالأفكار الآلية. اسأل الأعضاء أن يعرضوا أفكارهم الفردية على الجماعة ودع الآخرين يساعدون في توليد طرق تفكير بديلة ولكنها أكثر واقعية حول الأوضاع المعروضة. سل الأعضاء أن يتموا استمارة تحليل الغضب حسب REBT (علاج السلوك العقلي الانفعالي) (الفصل ١٤) كوظيفة بيتية.

الجلسة ١١ (القبول):

راجع استمارات تحليل الغضب حسب REBT (علاج السلوك العقلي الانفعالي). اجعل كل عضو في الجماعة يناقش الأفكار المعقولة حول كل مشير، مع التركيز على تعزيز سبب معقولة الأفكار.

الجلسة ١٢ (توقي الانتكاس):

يتعرف الزبائن التعامل بتأثير من الأوضاع المعروضة والتي يحتمل أن تكون محرضة. تراجع خطط توقي الانتكاس وقدام الممارس وأعضاء المجموعة التقييم. وتلقى نظرة عامة على المهارات التي تعلمتها الجماعة وتجهز خططاً للعناية بالناقضين.



أمكنة العدالة الجنائية: (السجون، بدائل مراكز الاحتجاز، الحجز تحت المراقبة وإطلاق السراح المشروط).

تنتشر برامج إنقاص الغضب في أمكنة العدالة الجنائية المتنوعة. والأغلب الشائع أن يوجه العلاج بشكل جماعي، لذا فإن الاقتراحات التي قدمناها سابقاً عن العلاج الجماعي مناسبة أيضاً لهذه الأمكنة. ومع ذلك من الواضح أن ثمة اهتماماً في تلك المؤسسات الإصلاحية بالحفاظ على الأمان وإنقاص السلوكيات التهجمية بين النزلاء. وهكذا غالباً ما ينظر إلى إنقاص الغضب على أنه هدف ثمين للقائمين على السجن لأن مساعدة النزلاء على ضبط غضبهم هو بمثابة إنقاص اعتداء النزلاء بعضهم على بعض وإنقاص تهجماتهم الخطيرة على الموظفين.

يبقى همٌّ واحد عند الممارسين في العدالة الجنائية وهو أن التقنيات الناجعة لنصح المرضى الخارجيين وتقنيات العلاج قد لا تكون سهلة التنفيذ في المؤسسات الإصلاحية وفي الوكالات.

والسؤال الشائع هو: «هل يمكن أن تستعمل هذه المداخلات مع الأناس المذنبين؟»

تضع بيئات العدالة الجنائية حقاً عدداً من العقبات أمام علاج مثير. فمثلاً قد تكون النسبة الأكبر من الزبائن في أمكنة العدالة الجنائية مجبرة على العلاج، أو قد يختار الزبائن المشاركة لأن إطلاق السراح يبدو أكثر احتمالاً للنزلاء الذين أتموا البرامج أو قد يختار النزلاء البرنامج مفضلين على شكل آخر من العقوبة. وهكذا يبدو الزبائن في أمكنة العدالة الجنائية وكأنهم أقل اهتماماً شخصياً بإنقاص الغضب. ومع ذلك يمكن تكييف العديد من الاستراتيجيات المعروضة بشكل يناسب وظيفة الوكالات المسؤولة عن العدالة الجنائية كما يناسب الزبائن المذنبين.

قد يكون مفيداً التخمين قبل القبول في برامج العلاج لتحديد إن كان الزبون يمتلك أو لا يمتلك الدافع المناسب للتغيير، ونحن ننصح أن تبذل مساع لغريلة الزبائن المذنبين الذين ليس لديهم دافع إلى أبعد حد، أو على الأقل أو يفصلوا ضمن جماعات خاصة فيكون لدينا زبائن مذنبون يمتلكون دافعاً للتغيير وآخرون ليس لديهم ذلك الدافع.



وتخمين آخر مهم جداً وحاسم لتعرف الزبائن المذنبين الذين يتصفون بسمات بارزة تناهض المجتمع، وكذلك المرضى النفسيين من أولئك الزبائن. فهم جميعاً من غير المرجح أن يستجيبوا إيجابياً لعلاج من أي نوع. وبالإضافة إلى ذلك لما كانت معالجة الغضب في نظام العدالة الجنائية تُقاد عادة بشكل جماعي، فإن الزبائن من المرضى النفسيين قد يتدخلون ويشتتون النزلاء الآخرين الساعين بصدق إلى تغيير ردود فعل غضبهم. وهكذا فإن الزبائن الذين تكون علاماتهم عالية في القياسات النفسية لسلوك المضاد للمجتمع (مثل MMPI و MCMI) يحسن أن يبعدوا تماماً.

وثمة تخمين آخر ملائم أيضاً لتعرف الزبائن المذنبين المصابين بمرض نفسي بالإضافة إلى الغضب. فالأفراد المصابون باضطرابات نفسية مديدة أو باضطرابات مزاج خطر و / أو بتعاطي المخدرات قد لا يكونون مرشحين صالحين لعلاج الغضب لديهم وهم يتطلبون مداخلات إضافية تتجه إلى هذه المشاكل الخاصة لديهم.

حتى لو أنجز تخمين جيد وغريبة فإن الزبائن في أمكنة العدالة الجنائية يظل لديهم ميل كبير لعدم الثقة بالممارسين (كأن يرون ممارسي الصحة العقلية جزءاً من نظام إصلاحيتهم ويرون الحماية السرية أقل تشدداً وصرامة)، وهكذا من المهم بشكل خاص قضاء وقت في الإعداد لمرحلة العلاج. لقد شاهدنا العديد من علاج الجماعات في السجون ووجدنا أن الممارسين أحياناً يفترضون أن الزبائن المذنبين يرغبون في أن يلتزموا مباشرة باستراتيجيات التغيير. وحين تعرض مداخلات نشيطة عند اللقاء الأول أو الثاني للجماعة تبدو نسبة كبيرة من المشاركين غير راغبة في المشاركة بالمعلومات. ويظهر غالباً أن أي امرئ لا يزعج نفسه ويسأل السؤال الأساسي إن كان المشاركون يحسبون أن لديهم مشكلة غضب أو ليس لديهم. والتركيز في اللقاءات القليلة الأولى على كيفية نظر الزبائن المذنبين إلى تجارب غضبهم الفردية الخاصة والتتقيب في حوادث غضبهم يخلق أساساً قوياً للتحرك باتجاه استراتيجيات التغيير.



وللمرة الثانية ننصح أن يتوضع التركيز على استراتيجية واحدة من أجل التغيير أو استراتيجيتين فقط. وغالباً ما يركز الممارسون في أمكنة العدالة الجنائية على محاولة استكمال برنامج العلاج المعين ولا تكون المواد قد هضمت لدى الزبائن المذنبين، أو أنهم لم يتمرنوا عليها بشكل مناسب. وكما كان هذا البرنامج الراهن يلحُّ على إنشاء مهارات جديدة كذلك يحتاج الزبائن إلى وقت كي يجربوا الطرق الجديدة ويكرروها.

أما فيما يخص استراتيجيات القبول والصفح فيمكن مناقشتها في جلسة أو جلستين وهذا أمر مهم لأن المذنبين غالباً يخفون الضغائن وهذا ينذر بتكيف ضئيل بعد إطلاق سراحهم. ويمكن إدخال تطوير مهارات معرفية جديدة في جلسة واحدة أو جلستين. وهذا يعتمد مرة ثانية على الزبائن وغالباً ما يكون التمرين المستمر ضرورياً لإحداث تغييرات دائمة في نماذج التفكير.

ورغم أن الممارسين الذين يعملون في أماكن الاحتجاز للمراقبة وفي إطلاق السراح المشروط، لا يميلون إلى تنفيذ برنامج كامل لإدارة الغضب وعلاجه على الزبائن المذنبين، إلا أنهم مع ذلك قد يساعدون الزبائن على استحداث دراية لديهم بالتأثير السلبي لحوادث غضبهم. لذلك كانت استراتيجيات الإعداد هي أكثر ما يمكن تطبيقه على دور بعض الموظفين في أمكنة الاحتجاز وإطلاق السراح المشروط. وفضلاً عن ذلك لما كان الممارسون في هذه الأمكنة يرجعون الزبائن بكثرة إلى خارج البرامج، فهم يحتاجون غالباً أن يفهموا صفات العلاج الناجح لكي يعرفوا أية برامج يرسلون إليها الزبائن/ المذنبين وأية برامج ينبغي عليهم تجنبها. وفي حين أن برامج العلاج ليس من الضروري أن تتقيد تماماً بالمداخلات المعروضة في هذا الكتاب فثمة برامج ناجعة سوف تستعمل استراتيجيات مشابهة.

(Bowman- Edmondson and Cohen- Conger 1996.

Di Giuseppe and Tafrate, in Press, Tafrate 1995)



وهكذا ننصح أن ينفق موظفو هذه الأمكنة (الاحتجاز وإطلاق السراح المشروط) وقتاً لتفهم مضامين برامج العلاج التي سيرجعون الزبائن إليها.

إن برنامج العينة فيما يلي يلخص عشر جلسات لعلاج الجماعة يمكن أدائها في الإصلاحيات. وعلى خلاف المثال السابق مدة لقاء الجماعة هي ساعة واحدة ويوجد في الجلسة عشرون زبوناً مذنباً. وفوق ذلك ينظر بعين الاعتبار إلى واقع أن الزبائن المذنبين ليس لديهم حرية الوصول إلى الأشرطة المسجلة وهم أقل استعمالاً للاستمارات ولا تفرض عليهم الوظائف البيتية. وكما أشرنا من قبل تمت غريبة أعضاء الجماعة كي لا يكونوا مرضى نفسيين أو متعاطين للمخدرات أو قليلي الدافع أو لديهم سمات مضادة للمجتمع.

الجلسة ١ (الإعداد):

عرف الغضب والعدوان واجعل أعضاء الجماعة يتشاركون في أمثلة حقيقية من حياة كل منهم. استعمل ميزان حرارة الغضب لتطوير مفردات مشتركة بين أعضاء الجماعة والممارسين.

الجلسة ٢ (الإعداد):

ناقش نموذج حادث الغضب. اسأل أعضاء الجماعة أن يتعرفوا حادث غضب حديث لديهم وأن يتمموا سجل حادث الغضب أثناء لقاء الجماعة. سلط الضوء على النتائج السلبية لغضب أعضاء الجماعة. فرق بين العواقب القصيرة الأمد والعواقب الطويلة الأمد. ومع ذلك توقع أنه مع حجم الجماعة ومع قيود الوقت لن يكون إلا قلة من أعضاء الجماعة قادرين على المشاركة في حوادثهم الشخصية.

الجلسة ٣ (الإعداد):

اسأل أعضاء الجماعة الآخرين الذين لم يشركوا تجارب غضبهم في اللقاء الأخير أن يفعلوا ذلك واربطهم ذهنياً بنموذج حادث الغضب. ولقى الضوء ثانية على نتائج حوادث الغضب السلبية في تلك النقطة.

**الجلسة ٤ (التغيير):**

اعرض استراتيجيات التجنب والهرب (سيستجيب على الأغلب الزبائن وربما موظفو الإصلاحية - إلى هذا التصور المختلف «للهرب» ويهربون من بعض الأمكنة). اربط الاستعمالات المناسبة للتجنب والهرب بتجارب الغضب في الحياة الواقعية لأعضاء الجماعة. اسأل أعضاء الجماعة أن يجربوا التجنب والهرب (من الغضب) بين الجلسات وأن يتعرفوا مثلاً استعملت فيه هذه الاستراتيجية. وأعلن أن ذلك سوف يناقش في اللقاء التالي.

الجلسة ٥ (التغيير):

تناقش الآن أمثلة التجنب والهرب - اذكر عوائق التجنب والهرب على أنها استراتيجيات المدى الطويل للتعامل مع الغضب. وهكذا يعرض تسويغ عقلي لتطوير مهارات جديدة.

الجلسة ٦ (التغيير):

اعرض نموذج حل المشكلة. وشرح استعماله بتطبيق النموذج على أوضاع الغضب المستمرة لعدة زبائن. أتمم استمارة حل المشكلة (الفصل ١١). اسأل الزبائن أن يحاولوا تطبيق خطوات حل المشكلة على وضع غضب مستمر قبل الجلسة التالية.

الجلسة ٧ (التغيير):

ناقش مرة ثانية استراتيجيات حل المشكلة والمهارات بوصفها متعلقة بالأوضاع التي يعاني منها الزبائن.

الجلسة ٨ (القبول):

عرف وقدم مفهوم الصفح. دع الزبائن يشاركوا بالأمثلة ويذكروا متى استعملوا الصفح. ناقش العوائق التي تحول دون الصفح .



الجلسة ٩ (توقى الانتكاس):

سل الزبائن المذنبين أن يتعرفوا ويناقشوا أوضاعهم الفردية ذات المخاطر العالية. واسأل أعضاء الجماعة أن يشاركوا في أفكار للتعامل بشكل ناجح مع الأوضاع المعروضة التي يمكن أن تكون محرضة سل كل زيون بمفرده أن يضع خطة لكل وضع عنده فيه مخاطر عالية .

الجلسة ١٠ (توقى الانتكاس):

تراجع خطط الزبائن لمنع الارتداد. ويقدم تقويم من أعضاء المجموعة. وتلقى نظرة شاملة على المهارات التي تم تعليمها في الجماعة.

متعاطو المخدرات:

يبدو أن هناك تشابكاً ملحوظاً بين الغضب وتعاطي المخدرات (Taftrate, Kassi-nove and Dundin 2002, Deffenbacher 1993)

وهكذا فإن الممارسين الذين يعملون مع زبائن يتعاطون المخدرات يدركون على الأغلب أن العديد من هؤلاء الزبائن لديهم صعوبة في تدبير انفعالاتهم ومن بينها الغضب. وعكس ذلك فإن زبائن الغضب سيكون لهم غالباً تاريخ هام في الإدمان أو نماذج مستمرة في تعاطي المخدرات وهذه إشكالية. ولوجود هذا التشابك يسأل الممارسون بكثرة «كيف أستطيع أن أدمج إدارة الغضب وعلاجه مع معالجة تعاطي المخدرات؟».

في أول الأمر يتم تخمين تاريخ تعاطي المخدرات عند زبائن الغضب أو ينصح تخمين وجود غضب ذي اختلال وظيفي بين متعاطي المخدرات والزبائن الذين يصدق عنهم معيار اقتران الموضوعين قد يخضعون لبرنامج من أجل إزالة السم من أجسامهم كشرط لازم لعلاج الغضب. نحن لا ننصح تطبيق برنامج إدارة الغضب وعلاجه على الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بكثرة لأن تعاطي هذه المواد يغلب



أن يتدخل في ربود الأفعال الانفعالية وفي قابلية تعلم استجابات جديدة. يمكن أن يفهم تعاطي المخدرات على أنه استراتيجية لتجنب مشاعر مزعجة وأفكار مؤلمة وأوضاع صعبة. ولما كان البرنامج الحالي يلح على تعلم استجابات جديدة حين مواجهة تحديات الحياة فإن تعاطي المخدرات سوف يضعف هذه العملية. وفي معظم الحالات ننصح بالتعامل مع مشكلة تعاطي المخدرات أولاً.

بالطبع هناك خيار آخر وهو أن نجعل تدبير علاج تعاطي المخدرات وعلاج الغضب متزامنين. فبالنسبة لكثير من الزبائن قد تظهر مشاكل انفعالية لديهم حين ينقص تعاطيهم المخدرات وهكذا حين يأخذون كلا العلاجين في الوقت نفسه قد يكون ذلك مثمراً. ومع ذلك وجدنا أنه من أجل أسباب عملية تتعلق بالنجوع يقود الممارسون جلسة أو جلستين حول موضوع إدارة الغضب وعلاجه ويضمّنون فيه برنامج علاج تعاطي المخدرات. ولسوء الحظ لا تخصص هذه الطريقة وقتاً كافياً لتطوير مهارات إدارة الغضب وعلاجه على أكمل وجه. وهكذا يكون الالتزام ببرنامجي علاج كاملين (الغضب وتعاطي المخدرات) ضرورياً على الأغلب.

ندرج فيما يلي باختصار برنامجاً من ١٢ جلسة. قد يصادف أن هذا الزبون مدمناً على الكحول أيضاً. ولما كان مؤهياً بدرجة عالية يُصرف وقت أقل على مرحلة الإعداد وتُعطى استراتيجيات تغيير أكثر.

وأيضاً بسبب اعتماد شكل العلاج الفردي يستعمل التعرض للتعليقات اللاذعة. ويشار إلى مشكلة تعاطي المخدرات. ومع ذلك وكما ذكرنا آنفاً يفهم الغضب وتعاطي المخدرات على أنهما مشكلتان (اثنتان) كل واحدة تقتضي خطة مركّزة. وهذا يُسَلِّم علاج الغضب كرزمة ملامى ولا يسعى أن يغطي مشكلة تعاطي المخدرات بأي عمق.

الجلسة ١ (الإعداد):

استعمل ميزان حرارة الغضب لتطوير مفردات مشتركة. اعرض وناقش نموذج حادث الغضب. ثم توجه إلى العلاقة المحتملة بين الغضب ونماذج تعاطي المخدرات. اسأل الزبون أن يكمل (سجل حادث الغضب) كوظيفة بيتية.



الجلسة ٢ (الإعداد):

راجع (سجل حادث الغضب). ألق الضوء على تكاليف الغضب السلبية واذكر خاصة أن الغضب قد يكون مثيراً لتعاطي المخدرات. اسأل الزبون ثانية أن يكمل (حادث سجل الغضب) كوظيفة بيتية.

الجلسة ٣ (التغيير):

راجع (سجل حادث الغضب) مع إحاح على الأعراض الجسمية المعاناة منه. ناقش دور النشاط الجسمي في الغضب واستعمل ذلك تسويغاً من أجل استرخاء العضلة المتدرج علم الزبون مهارة PMR (استرخاء العضلة المتدرج) واصنع تسجيلاً يستعمله للتمرين بين الجلسات.

الجلسة ٤ (التغيير):

راجع تمرين PMR . اعرض استراتيجيات التجنب والهرب اربط الاستعمال المناسب للتجنب والهرب بكل من مثيرات الغضب والأوضاع التي يرجح فيها إدمان الكحول.

الجلسة ٥ (التغيير):

راجع تمرين PMR واستعمال استراتيجيات التجنب والهرب. ناقش عوائق التجنب والهرب. اعرض تسويغاً لاستعمال التعرض. اسأل الزبون أن يضع قائمة بأكثر الجمل شيوعاً (تعليقات لاذعة). التي تثير الغضب واطلب إليه أن يحضر تلك القائمة في اللقاء التالي.

الجلسة ٦ (التغيير):

راجع التسويغ لاستعمال التعرض. يصنف الممارس والزبون بالترتيب التعليقات اللاذعة من الأعلى إلى الأدنى حسب درجة الغضب التي تحدثها. وأيضاً تعرف نبذة الصوت ولغة الجسم للشخص الذي يقولها عادة. يمرن الممارس الزبون على عدة تعليقات لاذعة على الأقل مثيرة للغضب إلى أن يحدث غضب أقل لدى الزبون.

**الجلسة ٧ (التغيير):**

مرن الزبون على سماع عدد أكبر من التعليقات اللاذعة إلى أن يشعر بحد أدنى من الغضب أو لا يشعر بالغضب إطلاقاً.

الجلسة ٨ (التغيير):

استمر في العمل على التعليقات اللاذعة وليكن إطلاقها في هذه الجلسة بلغة جسم ونبرة صوت محرضتين ومبالغاً فيهما. واسأل الزبون للمرة الثانية أن يكمل سجل حادث الغضب كوظيفة بيتية.

الجلسة ٩ (القبول):

راجع (سجل حادث الغضب) مع الإلحاح على دور التفكير المتطلب غير المرن. اسأل الزبون أن يكمل (استمارة REBT لتحليل الغضب) كوظيفة بيتية.

الجلسة ١٠ (القبول):

راجع استمارة REBT لتحليل الغضب (التي أتمها الزبون). ناقش المعتقدات البديلة الأقل تطلباً واكتبها على بطاقات للزبون ليتمرن عليها.

الجلسة ١١ (توقي الانتكاس):

سل الزبون أن يتعرف أوضاع الغضب ذات المخاطر العالية. اعرض وناقش بعض الطرق للتعامل بشكل ناجح مع الأوضاع المعروضة. وسل الزبون أن يطور خطة شكلية مكتوبة لكل وضع فيه مخاطر عالية وذلك كوظيفة بيتية.

الجلسة ١٢ (توقي الانتكاس):

راجع خطة الزبون في توقي الانتكاس. زوده بنظرة مختصرة إلى مهارات إدارة الغضب وعلاجه التي يغطيها العلاج. برمج لجلسات تعزيز متعددة.



ملاحظات ختامية:

مع أن الغضب هو انفعال شائع يبدو واضحاً أن الغضب الحاد المتواتر الدائم يسهم إلى حد بعيد في الضياع والألم الإنساني. والغضب بلا ريب مشكلة سريرية تحتاج إلى المعالجة.

وفي حكمنا أن العلاج الجيد يعتمد على أساس مشترك من المعرفة حول الغضب واستفحال حوادث الغضب. ومن ثم يمكن وضع برنامج لإدارة الغضب وعلاجه متكيف بشكل يناسب الأفراد. ينبغي في بادئ الأمر إعداد الزبون معرفياً لبرنامج التدخل، ثم يُعلّم مهارات التغيير والقبول ثم يعد لتخفيض الارتداد إلى الحد الأدنى. تعرض بعض هذه الاستراتيجيات أو كلها تبعاً للزبون وللمكان ولأفضليات الممارس. وقد ركّزت عروضنا خلال هذا الكتاب على المرضى الخارجيين الراشدين الذين يكون لديهم غالباً أعراض واحدة (الغضب مثلاً) والذين يأتون إلى العلاج بمحض إرادتهم.

وفي هذا الفصل، لكي نلح على المرونة عرضنا بعض البرامج المحتملة من أجل الزبائن الذين يأتون إلى العلاج جماعات، وأيضاً من أجل زبائن نظام العدالة الجنائية أو من الذين يتصفون بالغضب ويتعاطون المخدرات. وكما ذكر في مستهل البحث قررنا ألا نكتب كتاباً عن المعالجة جلسة فجلسة من أجل جميع الحالات. بل نحن بالأحرى وثقنا أن الممارسين سوف يستمرون في القراءة وفي حضور الورشات وفي كسب الإشراف وفي تطوير مهاراتهم الشخصية لاطلاق أحكام متينة حول أي تقنيات تطبق على كل حالة.

وأثناء التعليم والتمرين اكتشفنا أن الغضب هو مشكلة انفعالية يقف الممارسون أمامها مضطربين. ونتيجة لذلك لايشعرون بالراحة أبداً أمام اضطراب الغضب وحوادثه. وغالباً مايتجنبون العمل على هذه المشكلات مع زبائنهم. ونأمل أن يكون البرنامج الذي عرضناه في هذا الكتاب الدليل قد قدم تقنيات خاصة يستطيع الممارس أن يستعملها مع زبائنه ومرضاه والنزلاء المذنبين والمستهلكين والطلاب



وأعضاء جماعة العلاج وملتقى البرنامج الآخرين.

إذا كانت قراءة هذا الكتاب الدليل قد ساعدت على تطوير معرفة ومهارة لمساعدة الآخرين على إنقاص غضبهم ولقضاء حياة أكثر سعادة وإنتاجاً، نكون قد حققنا مهمتنا. وإذا تعلم بعض الممارسين من القراء أن ينقصوا غضبهم الخاص فذلك كما يقال في المثل بمثابة «تزيين قالب الحلوى».



References

- Abelson, R.P. (1987). Conviction. *American Psychologist*, 43, 276-275.
- Abramowitz, J.S. (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 44-52.
- Agras, W.S., Rossiter, E.M., Arnow, B., Schneider, J.A., Telch, C.F., Raeburn, S.D., Bruce, B., Perl, M., & Koran, L.M. (1992). Pharmacologic and cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa: A controlled comparison. *American Journal of Psychiatry*, 149, 82-87.
- Alberti, R.E. & Emmons, M.L. (2001). *Your perfect right: Assertiveness and equality in your life and relationships* (eighth edition). Atascadero, CA: Impact Publishers.
- Alexander, C.N., Rainforth, M.V., & Gelderloos, P. (1991). Transcendental meditation, self-actualization, and psychological health: A conceptual overview and statistical meta-analysis. *Journal of Social Behavior & Personality*, 6, 189-248.
- Arnett, J.J., Offer, D. & Fine., M.A. (1997). Reckless driving in adolescence: "State" and "trait" factors. *Accident analysis and prevention*, 29, 57-63.
- Attenborough, R. (1990). *The Words of Gandhi*. New York: Newmarket Press.
- Aune, K.S. & Aune, R.K. (1996). Cultural differences in the self-reported experience and expression of emotions in relationships. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 27, 67-81.
- Averill, J.R. (1982). *Anger and aggression: An essay on emotion*. New York: Springer-Verlag.
- Averill, J.R. (1983). Studies on anger and aggression: Implications for theories of emotion. *American Psychologist*, 38, 1145-1160.
- Averill, J.R. (1987). *The classification of emotions*. Unpublished manuscript, University of Massachusetts.
- Averill, J., Chon, K.K., & Hahn, D.W. (1994). Emotions, Creativity, and Health: Some Confluences Between East and West. Presented at the meeting of the National Congress of Applied Psychology. Madrid, Spain.



Anger Management

- Barefoot, J.C., Dahlstrom, W.G., & Williams, R.B. (1983). Hostility, CHD incidence, and total mortality: A 25-yr follow-up study of 255 physicians. *Psychosomatic Medicine*, 45, 59-63.
- Barefoot, J.C., Dodge, K.A., Peterson, B.L., Dahlstrom, W.G., et al. (1989). The Cook-Medley Hostility scale: Item content and ability to predict survival. *Psychosomatic Medicine*, 51, 46-57.
- Barefoot, J.C., Siegler, I.C., Nowlin, J.B., Peterson, B.L., et al. (1987). Suspiciousness, health, and mortality: A follow-up study of 500 older adults. *Psychosomatic Medicine*, 49, 450-457.
- Barefoot, J., Larsen, S., von der Lieth, L., & Schroll, M. (1995). Hostility, incidence of acute myocardial infarction, and mortality in a sample of older Danish men and women. *American Journal of Epidemiology*, 142, 477-480.
- Beck, A.T. (1964). Thinking and depression: Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-571.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A.T. (1999). *Prisoners of hate: The cognitive basis of anger, hostility, and violence*. New York: HarperCollins.
- Beck, A.T., Freeman, A., & associates (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F., & Liese, B.S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: The Guilford Press.
- Beck, J.S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: The Guilford Press.
- Beckfield, D. (1998). *Master your panic and take back your life* (second edition). Atascadero, CA: Impact Publishers.
- Benson, H. (1975/2000). *The relaxation response*. NY: William Morrow.
- Beutler, L.E., Engle, D., Oro'-Beutler, M.E., Daldrup, R., et al. (1986). Inability to express intense affect: A common link between depression and pain? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 752-759.
- Biehl, M., Matsumoto, D., Ekman, P., & Hearn, V. (1997). Matsumoto and Ekman's Japanese and Caucasian Facial Expressions of Emotion (JACFEE): Reliability data and cross-national differences. *Journal of Nonverbal Behavior*, 21, 3-21.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.



References

Bruene-Butler, L., Hampson, J., Elias, M., & Clabby, J. (1997). The Improving Social Awareness-Social Problem Solving Project. In Albee, G.W. and Gullotta, T.P. (eds.). *Primary prevention works*. (pp. 239-267). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.

Buntaine, R.L., & Costenbader, V.K. (1997). Self-reported differences in the experience and expression of anger between girls and boys. *Sex Roles*, 36, 625-637.

Bushman, B.J., Baumeister, R.F., & Phillips, C.M. (2001). Do people aggress to improve their mood? Catharsis beliefs, affect regulation opportunity, and aggressive responding. *Journal of Personality & Social Psychology*, 81, 17-32.

Bushman, B.J., Baumeister, R.F., & Stack, A.D. (1999). Catharsis, aggression, and persuasive influence: Self-fulfilling or self-defeating prophecies? *Journal of Personality & Social Psychology*, 76, 367-376.

Butler, G., Fennell, M., Robson, P., & Geldeer, M. (1991). A comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 167-175.

Butow, P.N., Hiller, J.E., Price, M.A., Thackway, S.V. Krickler, A. & Tennant, C.C. (2000). Epidemiological evidence for a relationship between life events, coping style, and personality factors in the development of breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 169-181.

Cannon, W.B. (1963). *Bodily change in pain, hunger, fear, and rage*. Harper Torchbooks.

Chon, K.K. (2000). Toward an improved understanding of anger: A control theory approach. *Korean Journal of Health Psychology*, 5, 146-170.

Clark, D.M. (1996). Panic disorder: From Theory to Therapy. In P.M. Salkovskis (ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 318-344). New York: Guilford Press.

Clum, G.A., Clum, G.A., & Surls, R. (1993). A meta-analysis of treatments for panic disorder. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 61, 317-326.

Coué, É. (1922). *How to practice suggestion and autosuggestion*. Kila, MT: Kessinger Publishing.

Darwin, C. (1872/1965). *The expressions of the emotions in man and animals*. Chicago and London: University of Chicago Press.

Davidson, I., Golub, A. & Kassinove, H. (2000, August). *Effects of Social Context on Experience and Expression of Anger*. Poster presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Washington, DC.

Deffenbacher, J.L. (1993). General anger: Characteristics and clinical implications. *Psicologia Conductual*, 1, 49-67.

Deffenbacher, J.L. (1994). Anger reduction: Issues, assessment, and intervention strategies. In A.W. Siegman & T.W. Smith (eds.), *Anger, hostility, and the heart* (pp. 239-269). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.



Anger Management

- Deffenbacher, J.L., & Stark, R.S. (1992). Relaxation and cognitive-relaxation treatments of general anger. *Journal of Counseling Psychology, 39*, 158-167.
- Deffenbacher, J.L., Oetting, E.R., Huff, M.E., & Thwaites, G.A. (1995). Fifteen-month follow-up of social skills and cognitive-relaxation approaches to general anger reduction. *Journal of Counseling Psychology, 42*, 400-405.
- Deffenbacher, J.L., Oetting, E.R., Huff, M.E., Cornell, G.R., et al. (1996). Evaluation of two cognitive-behavioral approaches to general anger reduction. *Cognitive Therapy & Research, 20*, 551-573.
- Deffenbacher, J.L. (1993). General anger: Characteristics and clinical implications. *Psicologia Conductual, 1*, 49-67.
- Deffenbacher, J.L., Dahlen, E.R., Lynch, R.S., Morris, C.D., & Gowensmith, W.N. (2000). Application of Beck's cognitive therapy to general anger reduction. *Cognitive Therapy and Research, 24*, 689-697.
- Deffenbacher, J.L., Huff, M.E., Lynch, R.S., Oetting, E.R., & Salvatore, N.F. (2000). Characteristics and treatment of high anger drivers. *Journal of Consulting Psychology, 47*, 3-17.
- Deffenbacher, J.L., Story, D.A., Brandon, A.D., Hogg, J.A., & Hazaleus, S.L. (1988). Cognitive and cognitive-relaxation treatments of anger. *Cognitive Therapy and Research, 12*, 167-184.
- DeRubeis, R.J., Gelfand, L.A., Tang, T.Z., & Simons, A.D. (1999). Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: Meta-analysis of four randomized comparisons. *American Journal of Psychiatry, 156*, 1997-1013.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin, 95*, 542-575.
- DiGiuseppe, R. & Tafrate, R. (in press). Anger treatment for adults: a meta-analytic review. *Clinical Psychology: Science and Practice*.
- Dua, J.K., & Swinden, M.L. (1992). Effectiveness of negative-thought-reduction, meditation, and placebo training treatment in reducing anger. *Scandinavian Journal of Psychology, 33*, 135-146.
- D'Zurilla, T.J., & Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology, Vol. 78*, 107-126.
- Easterbrook, J.A. (1959). The effect of emotion on cue utilization and the organization of behavior. *Psychological Review, 66*, 183-201.
- Ebbesen, E.B., Duncan, B., & Konecni, V.J. (1975). Effects of content of verbal aggression on future verbal aggression: A field experiment. *Journal of Experimental Social Psychology, 11*, 192-204.
- Ekman, P. (1992). Are there basic emotions? *Psychological Review, 99*, 550-553.
- Eliaz, I. (2001). *Self-reported anger episodes in American, Russian, Israeli, and Indian college students*. Doctoral dissertation. Hofstra University, NY.



References

- Horvath, A.O., & Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*, 139-149.
- Iribarren, C., Sidney, S., Bild, D.E., Liu, K., Markovitz, J.H., Roseman, J.M., & Matthews, K. (2000). Association of hostility with coronary artery calcification in young adults: The CARDIA study. *JAMA: Journal of the American Medical Association, 283*, 2546-2551.
- Ivey, A.E. (1999). *Intentional interviewing and counseling*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Izard, C.E. (1992). Basic emotions, relations among emotions, and emotion-cognition relations. *Psychological Review, 99*, 561-565.
- Jacobson, E. (1925/1987). Progressive relaxation. *American Journal of Psychology, 100*, 522-537.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Jacobson, E. (1977). The origins and development of progressive relaxation. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry, 8*, 119-123.
- James, W. (1984). What is an emotion? In C. Calhoun & R.C. Solomon (eds.), *What is an emotion? Classic readings in philosophical psychology* (pp. 127-141). New York: Oxford University Press.
- Johnston, M., & Voegele, C. (1993). Benefits of psychological preparation for surgery: A meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine, 15*, 245-256.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living*. NY: Dell Publishing.
- Kassinove, H. & DiGiuseppe, R. (1975). Rational role reversal. *Rational Living, 10*, 44-45.
- Kassinove, H. & Fuller, J.R. (November 2000). *The experience, expression and treatment of clinically angry men*. Paper given as part of a symposium on Anger: Implications in community and clinical populations, at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New Orleans, LA.
- Kassinove, H. & Fuller, J.R. (August, 1999). *Anger disorders: frequent, ignored, and possibly/absolutely universal*. Paper presented as part of a symposium on Cultural Universals in Psychopathology, at the annual meeting of the American Psychological Association, Boston, MA.
- Kassinove, H. & Sukhodolsky, D.G. (1995). Anger disorders: Basic science and practice issues. In H. Kassinove (ed.). *Anger disorders: Assessment, diagnosis, and treatment* (pp. 1-26). Washington, DC.: Taylor & Francis.
- Kassinove, H. (ed.). (1995). *Anger disorders: Definition, diagnosis, and treatment*. Washington, D.C. Taylor and Francis.



References

- Ellis, A.E. & MacLaren, C. (1998). *Rational emotive behavior therapy: A therapist's guide*. Atascadero, CA: Impact Publishers.
- Ellis, A.E. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Ellis, A.E. (1973). *Humanistic psychotherapy*. NY: McGraw-Hill Paperbacks.
- Ellis, A.E. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy: Revised and updated*. New York: Carol Publishing.
- Ellis, A.E., & Dryden, W. (1987). *The practice of rational-emotive therapy*. New York: Springer.
- Ellis, A.E., & Harper, R. (1975). *A new guide to rational living*. North Hollywood, CA: Wilshire Books.
- Ellis, A.E., & Tafrate, R. (1997). *How to control your anger before it controls you*. Secaucus, NJ: Carol Publishing Group.
- Enright, R.D. (2001). *Forgiveness is a choice*. Washington, D.C.: APA Books.
- Eppley, K.R., Abrams, A.I., & Shear, J. (1989). Differential effects of relaxation techniques on trait anxiety: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 957-974.
- Evans, D.R., Hearn, M.T., & Saklofske, D. (1973). Anger, arousal, and systematic desensitization. *Psychological Reports*, 32, 625-626.
- Everson, S.A., Kaplan, G.A., Goldberg, D.E., Lakka, T.A., & Sivenius, J.S. (1999). Anger expression and incident stroke. Prospective evidence from the Kuopio Ischemic Heart Study. *Stroke*, 30, 523-528.
- Ewart, C.K. (1990). A social problem-solving approach to behavior change in coronary heart disease. In Shumaker, S. A. and Schron, E. B. (eds.). *The handbook of health behavior change*. (pp. 153-190). New York, NY, US: Springer Publishing Co, Inc.
- Eysenck, H.J. (1994). Cancer, personality and stress. Prediction and prevention. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 16, 167-215.
- Feindler, E.L. (1995). Ideal treatment package for children and adolescents with anger disorders. In H. Kassinove (ed.), *Anger disorders: Definition, diagnosis, and treatment*. Washington, DC: Taylor and Francis.
- Feindler, E.L., & Ecton, R. (1986). *Adolescent anger control: Cognitive behavioral techniques*. New York: Pergamon.
- Frankl, Viktor E. (1963). *Man's search for meaning. An introduction to logotherapy*. Boston, MA: Beacon Press.
- Freeman, A. & Dolan, M. (2001). Revisiting Prochaska and DiClementes's Stages of Change Theory: An expansion and specification to aid in treatment planning and outcome evaluation. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8, 224-234.



Anger Management

Freud, S. (1958). On the beginning of treatment: Further recommendations on the technique of psychoanalysis. In J. Starchey (ed. & trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 122-144). London: Hogarth Press. (Original work published 1913.)

Freud, S. (1958). The dynamics of transference. In J. Starchey (ed. & trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 99-108). London: Hogarth Press. (Original work published 1912.)

Gaskin, M.E., Greene, A.F., Robinson, M.E., & Geisser, M.E. (1992). Negative affect and the experience of pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 707-713.

Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy*, 27, 143-153.

Geen, R.G. & Quanty, M.B. (1977). The catharsis of aggression: An evaluation of a hypothesis. In L. Berkowitz (ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 10, pp. 1 - 37). New York: Academic Press.

Gorman, W. (2001). Refugee survivors of torture: trauma and treatment. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32, 443-451.

Greenberg, L.S. & Webster, M.C. (1982). Resolving decisional conflict by Gestalt two-chair dialogue: Relating process to outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 29, 468-477.

Greenberger, D., & Padesky, C.A. (1995). *Mind over mood: Change the way you feel by changing the way you think*. New York: Guilford Press.

Grodnitzky, G.R., & Tafra, R. (2000). Imaginal exposure for anger reduction in adult outpatients: A pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 31, 259-279.

Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York: Wiley.

Henderson, C. (1986). *God and science*. John Knox Press.

Herman, J.L. (1992). *Trauma and recovery*. NY: Basic Books.

Hermann, C., Kim, M., & Blanchard, E. B. (1995). Behavioral and prophylactic pharmacological intervention studies of pediatric migraine: An exploratory meta-analysis. *Pain*, 60, 239-255.

Hill, W. (1985). *Learning: A survey of psychological interpretations*. (4th. ed.). New York: Harper and Row.

Hiller, J.E. (1989). Breast cancer: A psychogenic disease? *Women & Health*, 15, 5-18.

Holahan, C.J. & Moos, R.H. (1990). Life stressors, resistance factors, and improved psychological functioning: An extension of the stress resistance paradigm. *Journal of Personality & Social Psychology*, 58, 909-917.



References

- Horvath, A.O., & Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Iribarren, C., Sidney, S., Bild, D.E., Liu, K., Markovitz, J.H., Roseman, J.M., & Matthews, K. (2000). Association of hostility with coronary artery calcification in young adults: The CARDIA study. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 283, 2546-2551.
- Ivey, A.E. (1999). *Intentional interviewing and counseling*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Izard, C.E. (1992). Basic emotions, relations among emotions, and emotion-cognition relations. *Psychological Review*, 99, 561-565.
- Jacobson, E. (1925/1987). Progressive relaxation. *American Journal of Psychology*, 100, 522-537.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Jacobson, E. (1977). The origins and development of progressive relaxation. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 8, 119-123.
- James, W. (1984). What is an emotion? In C. Calhoun & R.C. Solomon (eds.), *What is an emotion? Classic readings in philosophical psychology* (pp. 127-141). New York: Oxford University Press.
- Johnston, M., & Voegelé, C. (1993). Benefits of psychological preparation for surgery: A meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 15, 245-256.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living*. NY: Dell Publishing.
- Kassinove, H. & DiGiuseppe, R. (1975). Rational role reversal. *Rational Living*, 10, 44-45.
- Kassinove, H. & Fuller, J.R. (November 2000). *The experience, expression and treatment of clinically angry men*. Paper given as part of a symposium on Anger: Implications in community and clinical populations, at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New Orleans, LA.
- Kassinove, H. & Fuller, J.R. (August, 1999). *Anger disorders: frequent, ignored, and possibly/absolutely universal*. Paper presented as part of a symposium on Cultural Universals in Psychopathology, at the annual meeting of the American Psychological Association, Boston, MA.
- Kassinove, H. & Sukhodolsky, D.G. (1995). Anger disorders: Basic science and practice issues. In H. Kassinove (ed.). *Anger disorders: Assessment, diagnosis, and treatment* (pp. 1-26). Washington, DC.: Taylor & Francis.
- Kassinove, H. (ed.). (1995). *Anger disorders: Definition, diagnosis, and treatment*. Washington, D.C. Taylor and Francis.



Anger Management

- Kassinove, H., Roth, D., Owens, & Fuller, J.R. (2002). Effects of trait anger and anger expression style on competitive attack responses in a wartime prisoner's dilemma game. *Aggressive Behavior*, 28, 117-125.
- Kassinove, H., Sukhodolsky, D.G., Tsytsarev, S.V. & Solovyova, S. (1997). Self-reported constructions of anger episodes in Russia and America. *Journal of Social Behavior and Personality*, 12, 301-324.
- Kelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.
- Keltner, D., Capps, L. Kring, A.M., Young R.C. & Heerey, E.A. Just teasing: A conceptual analysis and empirical review. *Psychological Bulletin*, 127, 229-248.
- Kiekolt-Glaser, J. Malarkey, W., Chee, M. Newton, T. Cacioppo, J., Mao, H. & Glaser, R. (1993). Negative behavior during marital conflict is associated with immunological down-regulation. *Psychosomatic Medicine*, 55, 395-409.
- Komahashi, T., Ganesan, S., Ohmori, K., & Nakano, T. (1997). Expression of depressed mood: A comparative study among Japanese and Canadian aged people. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 852-857.
- Kowalski, R.M. (2001). Aversive interpersonal behaviors: on being annoying, thoughtless, and mean. (pp. 3-78). In R.M.Kowalski (ed.). *Behaving badly*. Washington, DC: APA Books.
- Kune, G.A., Kune, S., Watson, L.F., & Bahnson, C.B. (1991). Personality as a risk factor in large bowel cancer: Data from the Melbourne Colorectal Cancer Study. *Psychological Medicine*, 21, 29-41.
- Lambert, M.J. & Bergin, A.E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 143-189). New York: Wiley.
- Leahy, R.L., & Holland, S.T. (2000). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. New York: Guilford Press.
- Levi, P. (1959). *Survival in Auschwitz*. NY: McMillan.
- Lewin, K. (1948). *Resolving social conflicts*. New York: Harper and Brothers.
- Lewin, K. (1935). *A dynamic theory of personality*. New York: McGraw-Hill. Pp. 180-193.
- Linden, W., & Chambers, L. (1994). Clinical effectiveness of non-drug treatment for hypertension: A meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 16, 35-45.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. In J.L. Cleghorn (ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92-116). New York: Brunner/Mazel.)
- Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (ed.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.



References

- Marlatt, G.A. & Parks, G.A. (1982). Self-management of addictive disorders. (p. 443-488). In *Self-management and behavior change*. In P. Karoly and F.H. Kanfer, (eds.). New York: Pergamon Press.
- Martin, D.J., Garske, J.P., & Davis, M.K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 68*, 438-450.
- Martin, R. (1997). "Girls don't talk about garages!": Perceptions of conversation in same- and cross-sex friendships. *Personal Relationships, 4*, 115-130.
- Matsumoto, D., Kudoh, T., Scherer, K., & Wallbott, H. (1988). Antecedents of and reactions to emotions in the United States and Japan. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 19*, 267-286.
- Miller, L. (1999). Workplace violence: prevention, response and recovery. *Psychotherapy, 36*, 160-170.
- Miller, S. & Rollnick, W.R. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press.
- Mittleman, M.A., Maclure, M., Sherwood, J. Mulry, R., Toffler, G., Jacobs, S., Friedman, R., Benson, H., and Muller, J. (1995). Triggering of acute myocardial infarctions onset by episodes of anger. *Circulation, 92*, 1720-1725 .
- Morris, D. (1998). *Forgiving the dead man walking*. New York: Harper Collins.
- Nezu, A. & D'Zurilla, T.J. (1989). Social problem solving and negative affective conditions. In Kendall, P.C. and Watson, D. (eds.). *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features*. (pp. 285-315). San Diego, CA, US: Academic Press, Inc.
- Nisbett, R.E. (1993). Violence and U.S. regional culture. *American Psychologist, 48*, 441-449.
- Nisbitt, R.E. & Wilson, T.D. (1977). Telling more than we can know: Verbal reports on mental processes. *Psychological Review, 84*, 231-259.
- O'Donnell, C.R., & Worell, L. (1973). Motor and cognitive relaxation in the desensitization of anger. *Behaviour Research and Therapy, 11*, 473-481.
- Parks, G.A. & Marlatt, G.A. (1999). Relapse prevention therapy for substance-abusing offenders: A cognitive-behavioral approach in what works: Strategic solutions (pp.161- 233). In E. Latessa Lanham (ed.). *The International Community Corrections Association examines substance abuse*: American Correctional Association.
- Parks, G.A., & Marlatt, G.A. (2000) Relapse prevention therapy: A cognitive-behavioral approach. *The National Psychologist, 9*.
- Perls, F.S. (1969). *Gestalt therapy verbatim*. New York: Bantam Books/Real People Press.



Anger Management

- Pinto, D. (2000). Driving anger, articulated cognitive distortions, cognitive deficiencies, and aggression. Doctoral dissertation. Hofstra University.
- Plutchik, R. (1980). A general psychoevolutionary theory of emotion. In R. Plutchik & H. Kellerman (eds.), *Emotion: Theory, research, and experience, Volume 1: Theories of emotion* (pp. 3-31). New York: Academic Press.
- Plutchik, R. (1994). *The psychology and biology of emotion*. NY: Harper Collins.
- Plutchik, R. (2000). *Emotions in the practice of psychotherapy*. Washington, D.C.: APA Books.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy. Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 20*, 161-173.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 390-395.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist, 47*, 1102-1114.
- Riebel, L. (1985). Usurpation: Strategy and metaphor. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 22*, 595-604.
- Rimm, D.C., DeGroot, J.C., Boord, P., Heiman, J., & Dillow, P.V. (1971). Systematic desensitization of an anger response. *Behaviour Research and Therapy, 9*, 273-280.
- Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21*, 95-103.
- Rollnick, S., & Miller, W.R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural & Cognitive Psychotherapy, 23*, 325-334.
- Rosenberg, E.L., Ekman, P., Jiang, W., Babyak, M., Coleman, E., Hanson, M., O'Connor, C., Waugh, R., & Blumenthal, J.A. (2001). Linkages between facial expressions of anger and transient myocardial ischemia in men with coronary artery disease. *Emotion, 1*, 107-115.
- Russell, J. & Fehr, B. (1994). Fuzzy concepts in a fuzzy hierarchy. Varieties of anger. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*, 186-205.
- Safran, J.D. & Muran, J.C. (eds.) (1995). The therapeutic alliance [Special issue]. In *Session: Psychotherapy in Practice, 1*.
- Salter, A. (1949). *Conditioned reflex therapy*. NY: Creative Age.
- Scherer, K.R. (1997a). The role of culture in emotion-antecedent appraisal. *Journal of Personality & Social Psychology, 73*, 902-922.



References

- Scherer, K.R. (1997b). Profiles of emotion-antecedent appraisal: Testing theoretical predictions across cultures. *Cognition & Emotion, 11*, 113-150.
- Schopen, A., & Freeman, B. (1992). Meditation: The forgotten Western tradition. *Counseling & Values, 36*, 123-134.
- Schwartz, G.E., Weinberger, D.A., & Singer, J.A. (1981). Cardiovascular differentiation of happiness, sadness, anger, and fear following imagery and exercise. *Psychosomatic Medicine, 43*, 343-364.
- Shaver, P., Schwartz, J., Kirson, D., & O'Conner, C. (1987). Emotion knowledge. Further exploration of a prototype approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 1061-1086.
- Skinner, B. (1953). *Science and human behavior*. New York: MacMillan.
- Skinner, B. (1968). *The technology of teaching*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Skinner, B.F. (1974). *About behaviorism*. New York: Knopf.
- Smith, M.L., Glass, G.V. & Miller, T.I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Specia, M., Carlson, L.E., Goodey, E., & Angen, M. (2000). A randomized, wait-list controlled clinical trial: The effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine, 62*, 613-622.
- Spielberger, C.D. (1988). *Professional manual for the State-Trait Anger Expression Inventory*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Spielberger, C.D. (1999). *Manual for the State Trait Anger Expression Inventory - 2*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Stiles, W.B., Shapiro, D. & Elliot, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist, 41*, 165-180.
- Stosny, S. (1995). *Treating attachment abuse. A compassionate approach*. New York: Springer.
- Suinn, R.M. (2001). The terrible twos – anger and anxiety. *American Psychologist, 56*, 27-36.
- Sukhodolsky, D.G., Golub, A. & Cromwell, E.N. (2001). Development and validation of the anger rumination scale. *Personality and Individual Differences, 31*, 689-700.
- Tafra, R., & Kassonov, H. (1998). Anger control in men: Barb exposure with rational, irrational, and irrelevant self-statements. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 12*, 187-211.
- Tafra, R., Kassonov, H., & Dundin, L. (in press). Anger episodes in high and low trait anger community adults. *Journal of Clinical Psychology*.



Anger Management

- Terry, P.C., & Slade, A. (1995). Discriminant effectiveness of psychological state measures in predicting performance outcome in karate competition. *Perceptual & Motor Skills, 81*, 275-286.
- Tystsarev S.V. and Grodnitsky, G. (1995). Anger and criminality. In H. Kassimov (ed.). *Anger disorders: Assessment, diagnosis, and treatment* (pp. 91-108). Washington, D.C.: Taylor & Francis.
- Underwood, G., Chapman, P., Wright, S., & Crundall, D. (1999). Transportation Research. *Traffic Psychology and Behavior, 2*, 55-68.
- Wade, J.B., Price, D.D., Schwartz, S.M, et al. (1990). An emotional component analysis of chronic pain. *Pain, 40*, 303 -310.
- Walen, S., & DiGiuseppe, R., & Dryden, W. (1992). *A practitioner's guide to rational emotive therapy (2nd. ed)*. New York: Oxford University Press.
- Wessler, R. (1992). Constructivism and rational-emotive therapy: A critique. *Psychotherapy, 29*, 620-625.
- Williams, J.E., Paton, C.C., Siegler, I.C., Eigenbrod, M.L., Nieto, F.J., & Tyroler, H.A. (2000). Anger proneness predicts coronary heart disease risk. Prospective analysis from the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study. *Circulation, 2034 -2039*.
- Wolfe, B.E. & Goldfried, M.R. (1988). Research on psychotherapy integration: Recommendations and conclusions from an NIMH workshop. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 448-451.
- Wolpe, J. & Lazarus, A. (1966). *The practice of behavior therapy*. Pergamon Press, New York, NY.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Wolpe, J. (1990). *The practice of behavior therapy*. (4th ed.) NY: Pergamon.
- Xu, Z, Li, X., Han, B., & Liu, J. (1995). Effects of psychological factors on the development of stomach cancer. *Acta Psychologica Sinica, 27*, 263-267.
- Yerkes, R.M., & Dodson, J.D. (1908). The relation of strength of stimulus to rapidity of habit formation. *Journal of Comparative Neurology of Psychology, 18*, 459-482.