

تجزیه و تحلیل موردی
در آسیب‌های روانی
یادگیری برای دیدن فراتر از علائم
ویرایش دوم

تألیف

راندال ای. آزبورن
جون استرلاین لافیوز
دیوید وی. پرکینز

ترجمه

دکتر سمانه کیا
دکتر جواد سید جعفری مجرد
دکتر غلامرضا ثناگوی محرر
دکتر الهام ده یادگاری

ویراستار علمی

دکتر جواد سید جعفری مجرد

ویراستار ادبی

مریم ادیبی



این کتاب تقدیم می‌شود به:

دایان آزبورن تنها به این خاطر که انسانی فوق‌العاده است و جوزف آزبورن، چون مایه

شادی واقعی زندگی پدرش است. همچنین، تمامی خانواده استرلاین لافیوز،

به خصوص رابرت که

این چنین خوب به همه ما آموخت و کریستین و جیسون، با عشق و سپاس.

فهرست

تجزیه و تحلیل موردی در آسیب‌های روانی	۷
پیش‌گفتار	۱۱
قدردانی	۱۵
مقدمه	۱۷
فصل ۱: دیدگاه‌های عمده و فرضیه‌های هر یک در مورد رفتار انسان	۲۳
فصل ۲: مصاحبه‌های فرمول‌بندی موردی اهمیت تفکر انتقادی در فرایند بالینی	۳۱
فصل ۳: طبقه‌بندی و تشخیص	۳۸
فصل ۴: مورد ریکی جی: اسکیزوفرنی	۴۹
فصل ۵: مورد باربارا ام: اختلال افسردگی اساسی	۷۹
فصل ۶: مورد سالی دلبیو: اختلال دوقطبی	۹۷
فصل ۷: مورد کارل وی: اختلال شخصیت مرزی	۱۱۴
فصل ۸: مورد مارگارت اچ: اختلال وسواس فکری-عملی	۱۲۹
فصل ۹: مورد جاکوب تی: اختلال طیف اوتیسم	۱۴۷
فصل ۱۰: مورد سارا اُ: پرخوری عصبی	۱۶۳
فصل ۱۱: مورد لاتیشا کیو: اختلال وحشت‌زدگی	۱۷۷
فصل ۱۲: مورد ریچارد بی: اختلال مصرف الکل	۱۹۵
فصل ۱۳: مورد پائولا اچ: اختلال استرس پس از آسیب	۲۱۶
فصل ۱۴: مورد بریجید سی: اختلال هویت تجزیه‌ای	۲۳۱
فصل ۱۵: پیاده‌روی در سفر	۲۴۷
منابع	۲۵۳
واژه‌نامه توصیفی	۲۵۷
درباره نویسندگان	۲۶۴

تجزیه و تحلیل موردی در آسیب‌های روانی

تجزیه و تحلیل موردی در آسیب‌های روانی (ویراست دوم)، از مطالعه موردی برای بررسی سبب‌شناسی، زیست‌شناسی و عوامل پویای اختلال‌های روان‌پزشکی در DSM-5 استفاده می‌کند. خوانندگان حین مطالعه تاریخچه شخصی هر مورد، پیش و پس از پیشرفت پرونده، در مورد طبقه‌بندی‌های جدید و درمان اختلال‌ها خواهند آموخت. هر پرونده با بخشی در مورد اختلال موردنظر از دیدگاه زیست‌شناختی پایان می‌یابد. این ویراست به‌روز شده، در جهت درک بیماری‌های روانی، بین پیشرفت‌های روان‌شناسی ناهنجاری و عصب‌شناسی پیوند برقرار می‌کند.

راندال ای. آذربورن، PHD، استاد تمام روان‌شناسی در دانشگاه ایالتی تگزاس.

جون استرلاین لافیوز، PHD، استاد تمام زیست‌شناسی در دانشگاه ایندیانا ایست در ریچموند و دستیار تحقیقاتی دانشکده پزشکی دانشگاه ایندیانا در ایندیاناپولیس.

دیوید وی. پرکینز، PHD، استاد تمام روان‌شناسی در دانشگاه ایالتی بال.

پیش گفتار

ممکن است به سرعت تعجب کنید که چرا کتابی درباره پرونده‌های مربوط به روان‌شناسی ناهنجاری مورد نیاز است. این سؤال خوبی است که در حقیقت، در هنگام آماده‌سازی مطالب کتاب، راهنمای ما بود. مفید بودن کتابچه‌های حاوی پرونده‌های درمانی در چنین دوره‌هایی، به توانایی دانشجویان برای آموختن از آن‌ها بستگی دارد؛ بنابراین در درجه اول، قصدمان این بود تا کتابی ارائه دهیم که از آن‌چیزی که در طول دوره آموخته‌اید، پشتیبانی کرده و آن را تقویت کند. به علاوه، ما علاقه‌مند بودیم مدلی فراهم کنیم که رابطه بین اختلالی، که شخص از آن رنج می‌برد و رفتار او را نشان دهد. با آنکه همیشه این وسوسه وجود دارد که تصور کنید رفتارهای ناهنجار مشکل اصلی هستند، به زودی خواهید دید که رفتارها تنها نمودی کم‌رنگ از مشکلی بزرگ‌تر هستند.

به منظور کمک به شما در درک بهتر ماهیت پیچیده رفتار ناهنجار، به شما پرونده‌هایی همراه با جزئیات نشان خواهیم داد که نمایان‌گر اختلال‌های اصلی هستند و ممکن است در دوره روان‌شناسی ناهنجار، در موردشان بحث کنید. هر پرونده با توضیح درباره اطلاعات مربوط به تاریخچه بیمار و پیشرفت فرآیند تشخیص آغاز شده، با شرح پیرامون درمان شخص ادامه یافته و با بحث پیرامون پیش‌بینی چشم‌انداز بلندمدت بیماری شخص، بر اساس پاسخ‌گویی او به طبقه درمانی، پایان می‌یابد. ما در خلال این پرونده‌ها، طیفی از تکنیک‌های درمانی کاربردی را به شما نشان خواهیم داد.

بسیاری از روش‌های درمان بیماری‌های روانی را می‌توان به صورت «روان‌درمانی» (psychoterapeutic) یا «جسمانی» (somatic)، طبقه‌بندی کرد. ریشه کلمه *somatic* به معنای «تن» است، در نتیجه، درمان‌های جسمانی بر مغز، به عنوان یک پدیده مستقل زیستی متمرکز می‌کند. چنین درمان‌هایی شامل دارو، درمان با شوک الکتریکی و دیگر روش‌های تحریک مغز (مثل تحریک عصب واگ) است. درمان‌هایی که زیرمجموعه «روان‌درمانی» قرار می‌گیرند، همگی به نوعی برای تغییر افکار یا رفتار فرد طراحی شده‌اند. چنین رویکردهایی اغلب شامل روان‌درمانی و رفتاردرمانی هستند. روان‌درمانی بیشتر به صورت فردی، گروهی و خانوادگی طبقه‌بندی می‌شود و رفتاردرمانی اغلب شامل آرمیدگی، آموزش از راه مواجهه، یا ترکیب فرآیندهای شناختی و رفتاری، است.

قصدمان این بود تا کتابی ارائه دهیم تا دیدی گسترده‌تر در مورد چالش‌های روان‌شناسی ناهنجاری ارائه دهد. به جای آنکه توجه خود را بر جنبه‌های تخصصی فرآیند درمانی، مثل تشخیص اولیه یا

درمان، متمرکز کنیم، ترجیح دادیم تمام فرآیند را به شما نشان دهیم. همان‌طور که با خواندن پروندهٔ ریکی جی خواهید آموخت، ممکن است مداخلهٔ درمانی هنگامی آغاز شود که فرد «به آخر خط رسیده است». در مواقع دیگر، ممکن است مداخله زودتر آغاز شود، زیرا برآورد اولیه صورت گرفته است. با توجه به اینکه همه با دلایل یکسان یا در مقطع یکسانی از پیشرفت بیماری یا اختلال، درمان خود را آغاز نمی‌کنند، سؤالی که در هنگام خواندن پرونده‌ها با آن مواجه خواهید شد این است که «آیا زمان مداخلهٔ درمانی به نوعی با موفقیت درمان ارتباط دارد؟»

دانشجویان اغلب کنجکاوند تا در مورد نویسندگان کتاب‌هایی که مطالعه می‌کنند، بیشتر بدانند. به منظور ارائهٔ اطلاعات زمینه‌ای بیشتر در مورد نقطه نظرهای این متن، اجازه دهید کمی برایتان شرح دهیم که با خود، چه در این پروژه آورده‌ایم. این معرفی‌های مختصر به شما کمک خواهد کرد تا ماهیت این کتاب را درک کرده و دریابید هدف مورد نظرمان برای شما که خوانندگان متن هستید، چه بوده است.

دکتر آذربون، به تدریس روان‌شناسی، اشتغال دارد و بر رابطهٔ بین فرآیندهای روانی، زیستی و رفتاری تأکید می‌کند. در نتیجهٔ علاقه‌اش به روابط بین تغییرهای فیزیکی و نتیجهٔ این تغییرها بر حالت‌های روانی، انتخاب‌های رفتاری یا هردو را با خود به این متن وارد می‌کند. او به شدت عقیده دارد که باید به دانشجویان آموخت که فراتر از رفتارها را دیده و در مورد علت و معلول، پرسش‌های انتقادی مطرح کنند. به طور معمول رفتارهای عادی که سبب می‌شود کسی برچسب «ناهنجار» را دریافت کند، تنها نموده‌های رفتاری یک مشکل بزرگ‌تر هستند: «اگر کارمان فقط درمان رفتار باشد، کاری بیش از باندپیچی یک انگشت شکسته انجام نداده‌ایم».

دکتر استرلین لافیوز، یک فیزیولوژیست درمانگر است که علاقهٔ زیادی به بیماری‌های روانی شدید دارد. تحصیلات پزشکی او سبب می‌شود درک مفصلی از ساختارها و عملکردهای مغز انسان داشته باشد. به علاوه، درک او از بیوشیمی مغز، در فهم اینکه چگونه و چرا داروهای خاص تحریک‌کنندهٔ روان، آن تأثیرات را بر بیماری‌های روانی بر جا می‌گذارند، کمک می‌کند. حمایت دکتر لافیوز از افراد مبتلا به بیماری‌های روانی و خانواده‌های آن‌ها، که امری شناخته شده است، به موضوعی که اغلب از تجربیات بیشتر افراد جدا می‌شود، جنبهٔ انسانی می‌دهد.

دکتر پرکینز به مدت ۳۰ سال به تدریس روان‌شناسی نابهنجاری به دانشجویان مقطع کارشناسی و ۲۰ سال به تدریس دورهٔ روان‌درمانی برای دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد پرداخته است. او همچنین تجربه‌های درمانی و تشخیصی خود را با خود به این پروژه می‌آورد. در نتیجهٔ دست‌آورد وی، ما یک مدل ارزیابی در متن این کتاب گنجانده‌ایم. این مدل، چارچوبی برای تفکر دربارهٔ فرآیندهای بالینی فراهم می‌کند. به علاوه، مدلی از سؤال‌هایی را برای تحلیل انتقادی مطرح می‌کند که به نکات

اصلی پیشرفت در هر یک از پرونده‌ها تبدیل می‌شود. برای مثال، دکتر پرکینز به جای آنکه تنها جنبهٔ ظاهری رفتارها را بپذیرد، از خوانندگان درخواست می‌کند تا سؤالاتی از این دست مطرح کنند: «من شاهد کدام علائم رفتاری هستم؟» «این رفتارها به لحاظ سببی و علی چگونه توضیح داده می‌شوند؟» «دیگر علائم کمتر آشکار (مثل علائم عاطفی و شناختی) کدامند؟» و «من باید چه چیز در مورد شروع و پیشرفت این نشانه‌ها بدانم؟»

همان‌طور که از این توضیح مختصر متوجه می‌شوید، ما ترکیب منحصر به فردی از تخصص و علائق را به این پروژه وارد کرده‌ایم. باور ما بر این است که این همکاری تصویری کامل‌تری از ماهیت اختلال‌ها و بیماری‌های روانی به شما نشان خواهد داد. به علاوه، ما امکان آن را فراهم کرده‌ایم تا نگاهی به توضیح‌های احتمالی جایگزین در مورد هر اختلال داشته باشید. سپس شواهد موجود را به نحوی انتقادی مورد تحلیل قرار داده و پس از رسیدن به یک تشخیص، توضیح می‌دهیم که چگونه و چرا آن تشخیص خاص انجام گرفته است، سپس یک طبقهٔ درمانی بالقوه را شرح داده و در مورد مکانیسم‌های ارزیابی، که برای سنجش موفقیت نسبی برنامهٔ درمانی به کار گرفته خواهد شد، به بحث می‌پردازیم.

ما در بسیاری از پرونده‌ها سؤالاتی برای پرورش تفکر انتقادی مطرح کرده و شما را تشویق می‌کنیم که به آن‌ها پاسخ دهید. هدف از طرح این سؤال‌ها، آن است که به شما کمک کنیم به رویکردی تحلیلی در مورد رفتارهای نابهنجار و درک آن‌ها و نیز فهم رشتهٔ روان‌شناسی نابهنجاری دست یابید. برایتان آرزوی موفقیت در کاربرد این کتاب داریم و از هرگونه بازخورد شما استقبال می‌کنیم. لطفاً ما را از نظرات خود آگاه کنید.

قدردانی

رانداال آذربورن، از دانشگاه ایالتی تگزاس به دلیل حمایتشان از وی در زمان نوشتن این کتاب، تشکر می‌کند. به‌علاوه، از افرادی که با به اشتراک‌گذاری داستان خود سبب شدند پرونده‌های این کتاب واقعی و دقیق باشد، قدردانی می‌کند. با آنکه این افراد ترجیح می‌دهند ناشناس باقی بمانند، ما به آن‌ها مدیونیم و تعهد و جرأتشان را ارج می‌نهم. ایشان همچنین از دایان آذربورن، برای راهنمایی و ارائه بازخوردهایش در زمان پیشروی این کتاب و نیز دیگر نویسندگان، دیوید و جون، به خاطر رفتار حرفه‌ای آن‌ها و لذت نگارش این کتاب، تشکر می‌کند.

جون استرلاین لافیوز از مری مولن، مری کامر و سورویا آلن که مشاوران بخش‌های خاصی از این کتاب بودند، تشکر می‌کند. او همچنین از کنسرسیوم پژوهش خدمات سلامت روانی ایندیانا برای تأمین مالی بخشی از این پروژه و راه‌اندازی انجمنی چندتخصصی برای درک رویکردهای مؤثر ارائه خدمات، قدردانی می‌کند و نیز؛ از گروه آموزشی سلامت روانی ایندیانا و پروژه مشارکتی دانشگاه ایندیانا، مخصوصاً مدیران آن جانت کارسون، مدیر بخش سلامت روانی و تد پتی، مشاور روان‌درمانی بخش، که بر اهمیت وجود تیم‌های درمانی چندتخصصی شامل ذی‌نفعان تأکید نمود، نهایت تشکر را دارد. وی همچنین از دوستان خود در «اتحادیه ملی بیماران روانی» (NAMI) و «مشتري کليدي»، برای حمایت و تشویقشان تشکر می‌کند. همچنین، از مارگارت ترانر و بروس فان دوسن سپاسگزار است که به او، معنای صحیح بهبودی را نشان دادند.

دیوید وی پرکینز از کنسرسیوم پژوهش خدمات سلامت روانی ایندیانا به علت پشتیبانی مالی و حمایت از او در درک بهتر زمینه اجتماعی اختلال‌های روانی، سپاسگزار است؛ همچنین، از اعضای اتحادیه ملی بیماران روانی ایندیانا برای این که تجربه‌های خانوادگی و خصوصی خود در رابطه با بیماری روانی را با وی در میان گذاشتند. او همچنین از دبورا دلبیو. بالوگ، دایانا ام. گری و کورتیس جی. جونز برای کمک در زمینه برخی پرونده‌های شرح داده شده در این کتاب، قدردانی می‌کند.

مقدمه

راهنما

اگر یک جمله راهنمای ماهیت و ساختار این کتاب باشد، آن جمله این است: «آنچه می‌بینید، لزوماً برابر با واقعیت نیست.» راحت است که فرض کنیم آنچه می‌بینیم مساوی با حقیقت است؛ مثلاً اگر ببینیم مردی در خیابان به سگی لگد می‌زند، با توجه به اینکه ممکن است مجبور باشیم کنار این مرد راه برویم، خیلی آسان و به احتمال زیاد حتی «مطمئن‌تر» است که نتیجه‌گیری سریع دست یافته‌ایم؟ ما تمامی تصمیم خود را در مورد اینکه او چه نوع انسانی است، تنها بر یک مورد شاهد رفتاری از او بنا کرده‌ایم. با آنکه مطمئناً آنچه افراد انجام می‌دهند (شیوه عمل آن‌ها)، می‌تواند نشان دهد چه نوع فردی هستند، اما شواهدی دیگری نیز در دسترس ما قرار دارد که می‌توانیم به کمک آن‌ها، دقت تصورات خود را تأیید یا رد کنیم.

شکل‌گیری تصورات - راهی به سوی جانبداری و بازگشت از آن

دانیل گیلبرت و همکارانش (گیلبرت، پلهم و کرول، ۱۹۸۸) اشاره کرده‌اند که منابع شناختی لازم برای شکل‌گیری برداشت‌ها و تصورات ما نسبت به دیگران، محدود است. ما نمی‌توانیم بیش از آنچه در دسترس داریم، از این منابع استفاده کنیم (مثل مقدار زمانی که برای در نظر گرفتن اینکه یک فرد به‌خصوص، چگونه انسانی است، در اختیار داریم). هم‌زمان با اینکه با صرف منابع ذهنی خود، به تصوراتی در مورد دیگران می‌رسیم، منابع ذهنی خود را برای انجام دیگر تکالیف شناختی، مثل به یاد آوردن اینکه باید در فروشگاه چه چیزی برداریم، مصرف می‌کنیم. در نتیجه، ممکن است همیشه برای اندیشیدن درست به اینکه چه نوع انسانی را مشاهده می‌کنیم یا با چه کسی تماس داریم، منابع ذهنی در دسترس نداشته باشیم.

علاوه بر آن، گیلبرت و همکاران (۱۹۸۸)، بیان می‌دارند که رسیدن به یک برداشت درست نیازمند یک فرآیند دو مرحله‌ای است. هرچقدر که کسی این دو مرحله را کمتر تکمیل کند، برداشت او جانبدارانه‌تر خواهد بود. دو مرحله لازم برای رسیدن به یک برداشت درست، عبارتند از: استنباط گرایشی و تصحیح موقعیتی.

در هنگام انجام استنباط گرایشی، کسی که رفتار فرد دیگر را مشاهده می‌کند، فرض خواهد کرد که رفتار آن شخص نشان می‌دهد، چه نوع فردی است. در مورد مردی که به سگ لگد می‌زند، مشاهده-کننده (فردی که رویداد را می‌بیند و سعی می‌کند تا به برداشتی از آن برسد)، در مورد ارزش ظاهری رفتار قضاوت خواهد کرد. به عبارت دیگر، اگر کسی به یک سگ لگد بزند، فردی بسیار پرخاشگر است.

مرحله دوم در فرآیند شکل‌گیری تصورات، نیازمند تلاش بیشتری نسبت به مرحله اول است (در نتیجه، منابع شناختی بیشتری از ما صرف خواهد کرد). بسیار راحت است که فرض کنیم رفتار هر کسی، تعریف‌کننده‌اش است. هرچند، ارزیابی موقعیتی که رفتار در آن رخ داده است و قضاوت در مورد اینکه آیا موقعیت هیچ‌گونه تأثیری بر رفتار داشته است، عملی کاملاً متفاوت است. طبق نظر گیلبرت و همکاران (۱۹۸۸)، بسیاری از برداشتها تنها بر اساس گرایش شکل می‌گیرند. مشاهده‌کنندگان اغلب مشغول هستند یا به اندازه کافی انگیزه ندارند که درگیر فرآیند تصحیح موقعیتی که نیازمند تلاش بیشتری است، شوند. در مثال سگ، لازمه تصحیح موقعیتی این است که مشاهده‌کننده موقعیت را ارزیابی کرده و برداشت خود را نسبت به آن مرد، به درستی تعدیل کند.

احتمالاً می‌توانستیم از افرادی که شاهد این رویداد بودند پرسیم که این رفتار نشان‌دهنده چیست. شاید برخی از این افراد در مورد آنچه رخ داد، اطلاعات بیشتری نسبت به ما داشته باشند. امکان دارد یکی از شاهدان علتی را که منجر به لگد زدن به سگ شده است، مشاهده کرده باشد. آیا اگر برای مثال بفهمید که پسر ۵ ساله آن مرد از ترس پشت او پنهان شده و سگ تلاش کرده بچه را گاز بگیرد، نظر خود را در مورد آن مرد عوض می‌کنید؟ احتمالاً. در این حالت، فرآیند تصحیح موقعیتی سبب می‌شود تا ما برداشت خود را نسبت به مرد عوض کنیم. تصور شما چه تغییری خواهد کرد، اگر دیگر افراد حاضر در صحنه به شما بگویند که نامزد مرد سرش داد کشیده بود و پس از آن، مرد از روی خشم به سگ هجوم آورده و به دنده‌های حیوان لگد زده است، چه؟ شاید شما مطمئن‌تر شوید که این مرد، بسیار پرخاشگر است. آنچه ما سعی در گفتنش داریم این است که وقتی رفتاری از کسی سر می‌زند، ما برای درک اینکه چرا آن رفتار رخ داده است، نیاز داریم چیزی بیش از آنکه آن رفتار چه بوده است، بدانیم.

تصورهای جانب‌دارانه پس از شکل‌گیری، به شدت در مقابل تغییر مقاوم هستند. اگر معلمی از معلم دیگر شنیده باشد که دانش‌آموزی جدید دارای «مشکل رفتاری» است، به سختی خواهد توانست در برابر به‌کارگیری آن برداشت نادرست در تعامل با آن دانش‌آموز، مقاومت کند. اما کنار گذاشتن جانب‌داری امکان‌پذیر است. به عقیده گیلبرت و آزیورن (۱۹۸۹)، افراد می‌توانند برداشتهای جانب‌دارانه خود را تصحیح کنند، اما تنها در مجموعه شرایطی خاص می‌توانند این کار را انجام دهند.

به ویژه، فردی که به تصور نادرستی رسیده است، باید از هر دوی این موارد برخوردار باشد: الف) دسترسی به منابع شناختی برای بازنگری در آن تصور و ب) انگیزه برای صرف انرژی ذهنی مورد نیاز برای تغییر آن تصور (آزبورن و گیلبرت، ۱۹۹۲).

یک متخصص بالینی که می‌خواهد به برداشت درستی در مورد یک بیمار برسد، باید تلاش خود را بر این موارد متمرکز کند. ممکن است این امر نیازمند آن باشد تا پیش از مطالعه اطلاعات پرونده، با آن فرد صحبت کند. در این شیوه ممکن است متخصص بالینی بدون اینکه اجازه دهد اطلاعات قبلی سبب بروز جانب‌داری یا جهت‌گیری خاصی در فرآیند شوند، به برداشتی جدید دست یابد. اگر متخصص بالینی در ابتدا تاریخچه پرونده را مطالعه کند و پزشک سابق اشاره کرده باشد که بیمار احتمالاً از اسکیزوفرنی رنج می‌برد، آیا آن نتیجه‌گیری قبلی می‌تواند در توانایی کنونی متخصص بالینی برای مشاهده علمی و مصاحبه با بیمار دخالت کند؟ بله. عقاید افراد، چه متخصص باشند چه عامی، تأثیر مستقیم بر فرضیه‌های آن‌ها دارند. گاهی این مفروضات - و نتایجی که بر اساس آن‌ها به دست می‌آید - معتبر و درست هستند، هرچند در بسیاری از موارد این‌گونه نیست.

درمان علائم در مقابل جست‌وجوی علت

روانه‌هزاران فرد مبتلا به یک بیماری به پزشک مراجعه می‌کنند. فرض کنیم شما مبتلا به عفونتی باکتریایی هستید که سبب شده زخم عمیق روی انگشت شما، دردناک باشد. ممکن است دکتر برای برطرف کردن درد، مسکن تجویز کند. با آنکه این دارو ممکن است شما را به طور موقت از درد ناشی از عفونت رها کند، آیا مشکل را «درمان» خواهد کرد؟ خیر. اگر دکتر بخواهد شما را درمان کند، آن درمان به شکل آنتی‌بیوتیکی خواهد بود که بتواند عامل عفونی را «از بین ببرد».

همین مقایسه، در خصوص درک رابطه بین نشانه‌های یک اختلال و ماهیت علت نهفته آن، صادق است. برای روشن شدن این نکته، مثالی ارائه می‌کنیم. اگر شما ببینید فردی که روی نیمکت نشسته و منتظر اتوبوس شهری است، مدام دست خود را در کنار گوشش تکان می‌دهد، ممکن است فکر کنید این رفتار عجیب است. اگر شما در دام این طرز تفکر بیفتید، مرتکب اولین اشتباهی شده‌اید که سبب می‌شود درک صحیح روان‌شناسی نابهنجاری برایتان دشوار باشد. طبق یک قاعده کلی در روان‌شناسی نابهنجاری، علائمی که مشاهده می‌کنیم (در این مورد، تکان دادن دست)، تنها بازتابی از یک مشکل نهفته هستند.

اگر ما برای اینکه چرا مرد دست خود را در کنار گوشش تکان می‌دهد به دنبال یک توضیح علی نباشیم، نمی‌توانیم کمکی را که او نیاز دارد، به درستی برایش فراهم کنیم. ممکن است تصمیم بگیریم تا با کمک یک تکنیک تغییر رفتار، این رفتار را در وی متوقف کنیم. اما آیا این کار مرد را «درمان»

خواهد کرد؟ مسلماً خیر. اگر کشف کنیم که مرد مبتلا به اسکیزوفرنی پارانویید است و صداهایی می‌شنود که از او می‌خواهند کارهای بدی انجام دهد، دیگر تکان دادن دست در کنار گوش، چندان عجیب به نظر نمی‌رسد. در واقع، با توجه به اینکه او صداهایی می‌شنود، این رفتارش ممکن است کاملاً معنی‌دار باشد. زیرا از آنجا که او نسبت به منبع این صداها آگاهی ندارد، چه بسا با این کار تلاش می‌کند این صداها را دور کند.

مؤلفه‌های اختلال‌ها

برای اینکه به شما در برقراری رابطه بین نشانه‌های عاطفی، رفتاری و شناختی هر اختلال کمک کرده باشیم، اطلاعاتی از پرونده‌ها ارائه می‌دهیم که بر هر سه مورد تمرکز می‌کند. پس از ارائه اطلاعات پرونده، هر فصل با سؤالات مهمی که بر تشخیص تأثیر خواهد گذاشت، ادامه می‌یابد. سپس به گزینه‌های درمانی بالقوه پرداخته و با ذکر نقاط قوت و ضعف هر یک، اطلاعاتی در مورد پیشرفت یا عقب‌گرد پرونده ارائه می‌دهیم. در نهایت با بهره‌گیری از پیش‌بینی‌های معمول در مورد پرونده‌های مشابه (احتمال موفقیت در بلندمدت وجود دارد)، نتیجه‌گیری انجام می‌گیرد.

پرونده‌ها با مسائل اصلی که روان‌شناسان بالینی با آن روبه‌رو می‌شوند، آمیخته‌اند. روان‌شناسان بالینی اغلب در تشخیص اختلالات گوناگون که بسیار به هم شبیه هستند، با دشواری‌هایی مواجه می‌شوند. اینکه چگونه روان‌شناسان این مسائل را تعیین تکلیف می‌کنند، در متن‌ها قید شده است تا به کمک آن، بتوانید اهمیت مرحله حیاتی تفکر را که لازمه تشخیص دقیق است، فرا بگیرید. بخشی از این دشواری به علت ساختار ظریف مغزی است. بعضی از اختلال‌های مورد بحث، ساختارها یا انتقال‌دهنده‌های عصبی مشابه یا هردو را تحت تأثیر قرار می‌دهند. در نتیجه، ممکن است تنها تفاوت‌های جزئی مشخص کند کدام اختلال رخ داده است.

ما همچنین، رابطه بین تشخیص و درمان را در متن وارد می‌کنیم. پس از بررسی تشخیص‌های بالقوه، که ممکن است متخصص بالینی در رابطه با نشانه‌های شایع در هر پرونده مدنظر قرار دهد، برنامه‌های درمانی بالقوه مورد بحث قرار می‌گیرد. این بحث در مورد تشخیص و درمان حائز اهمیت است، زیرا نشان‌دهنده فرآیند بسیار مهم تحلیلی است که متخصص باید آن را به کار گیرد. تصمیم‌های درمانی، پیچیده بوده و بسیاری از مفاهیم مهم باید در تحول، حفظ، ارزیابی و تغییر یک برنامه درمانی لحاظ گردند.

شما به صورت فعال در پیشرفت پرونده‌ها درگیر خواهید شد. بیشتر فصل‌ها، شامل بخشی به نام «تفکر انتقادی و پرسش» است که شما را در فرآیند تحلیل، شرکت می‌دهد. سؤال‌های ناشی از تفکر نیز به عنوان سکوی پرش به بخش بعدی فصل، عمل می‌کند، زیرا شما تشویق شده‌اید در مورد

پرسش‌ها و مسائل حل نشده بیندیشید و این مسائل، در بخش بعدی فصل به نکات اصلی تبدیل می‌شوند. به شما فرصت داده خواهد شد تا پیش از رونمایی از تشخیص مربوطه، از اطلاعات تشخیصی استفاده کرده و تشخیص خود را پیشنهاد دهید. در هنگام بحث در مورد راهبردهای درمانی نیز همین امر رخ می‌دهد؛ بخشی که به دنبال تشخیص می‌آید، انتخاب‌های متخصص بالینی و علت آن‌ها را مورد بحث قرار می‌دهد. تأکید، بیشتر بر روی فرآیند تحلیل انتقادی است و به ویژگی‌های واقعی درمانی، کمتر توجه نشان داده می‌شود.

بسیار مهم است که شما شیوه‌های ما را در کاربرد واژگان در این کتاب درک کنید. گاه ممکن است به نظر برسد که ما از بیان قطعی پرهیز می‌کنیم. ممکن است توجه کنید که اغلب از عباراتی مثل «ممکن است ناشی از ... باشد»، «ممکن است نشان‌دهنده ... باشد»، یا «در حالت نرمال با ... مرتبط است»، استفاده می‌کنیم. این عبارت‌های محتاطانه تلاش برای پرهیز از بیان قطعی نیست؛ ماهیت بیماری روانی و پیشرفت به نسبت سریع دانش در مورد این بیماری‌ها، ما را ملزم می‌کند تا در خصوص انتخاب واژگان، محتاطانه عمل کنیم. ما تلاش کرده‌ایم برایتان دقیق‌ترین، کامل‌ترین و درعین‌حال گسترده‌ترین مجموعه ممکن از بیماری‌ها را ارائه دهیم. به همین دلیل، بسیاری از پرونده‌ها شامل بحث در مورد چندین علت بالقوه و چندین مسیر درمانی است، که ممکن است در نظر گرفته شود.

سخنی درباره «سندروم دانشجوی پزشکی»

ما از این آگاهییم که برخی دانشجویان، با به پایان رساندن دوره‌های روان‌شناسی نابهنجاری، تصور می‌کنند قادر به تشخیص اختلال‌ها هستند. همچنین، بعضی دانشجویان، این دوره‌ها را با این تصور به پایان می‌رسانند که هر فردی که می‌شناسند، احتمالاً مبتلا به اختلال‌های اساسی است. ما سعی می‌کنیم تا با پرورش تفکر انتقادی و مدل بازتابی که پیش از این توصیف نمودیم، از شکل‌گیری چنین تصوراتی جلوگیری کنیم. متخصص بالینی مدلی از وظیفه مشکل ارزیابی دقیق، چالش برنامه‌ریزی راهبردهای درمانی امکان‌پذیر، و دشواری‌های ارزیابی موفقیت نسبی یک درمان یا درمان‌های مورد استفاده را ارائه می‌دهد. معتقدیم این امر به شما کمک خواهد کرد تا به درکی از پیچیدگی فرآیند بالینی و اینکه چگونه هر پاسخ به پرسش‌های بیشتری می‌انجامد، دست یابید.

نکته‌ای در مورد متخصصان بالینی

مایلم درک کنید که به عقیده ما، متخصصان بالینی در کاربرد فرآیند تحلیل انتقادی که به آن اشاره کردیم، بسیار ماهرند. این افراد متخصص، آموزش دیده‌اند که به فراتر از نشانه‌ها نگرسته و به دنبال

علل نهفته باشند. تأکید بر اهمیت این فرآیند، به این معنی نیست که متخصصان بالینی آن را انجام نمی‌دهند. بلکه، ما بر این فرآیند به عنوان یک ابزار یادگیری تأکید می‌کنیم. هرچه تفاوت بین علائم و علل نهفته بیشتر به تصویر کشیده شود، این رابطه بیشتر تقویت خواهد شد. در نتیجه، امیدواریم تا شما با تمرین بیشتر، در تفکیک رفتارها و دیگر علائم و بیماری پیچیده نهفته که سبب پدید آمدن آن‌ها شده، به توفیق بیشتری دست یابید.

بیماری روانی از دیدگاه زیستی

زیست‌شناسی، مطالعه زیستن است. در نتیجه، یک زیست‌شناس به موضوع‌های مورد علاقه خود، از آن زاویه می‌نگرد. ممکن است نگاه یک شاعر به دشتی پر از گل احساسی باشد که آن صحنه در وی برمی‌انگیزد، اما یک زیست‌شناس به همان صحنه نگریسته و الگوهای گرده‌افشانی را در نظر می‌آورد. به مثالی دیگر در حیطه علمی اشاره می‌کنیم: شیمی‌دان ممکن است استخوان را به عنوان مخزن کلسیم و نمک فسفات ببیند، اما زیست‌شناس به همان استخوان، به عنوان یک بافت زنده که دارای شبکه عصبی و خون‌رسانی است، بنگرد و کسی که در عرصه پزشکی شاغل است، به منظور دستیابی به تشخیص و درمان مناسب، علاقه زیادی نسبت به مدرن‌ترین تکنولوژی‌های تصویربرداری از قسمت شکسته استخوان، از خود نشان دهد.

هنگامی که یک زیست‌شناس رفتارها را مشاهده می‌کند، با در نظر گرفتن اینکه چگونه بدن در سطح اجزای پایه‌ای تشکیل‌دهنده آن (سلول‌ها) عمل می‌کند، کار خود را آغاز می‌کند. سلول‌ها در بافت‌ها در کنار یکدیگر کار می‌کنند. بافت عصبی ویژگی‌هایی دارد که با کمک آن می‌تواند برای تحریک ماهیچه‌های متصل به آن استخوان، سیگنال‌های الکتریکی بفرستد. در نتیجه، عصب به ماهیچه پیام می‌دهد که یک استخوان را به صورت صحیح حرکت دهد تا رفتاری از آن منتج گردد. این رفتار می‌تواند یک پاسخ سریع، پیش‌بینی‌شونده و خودکار به یک محرک باشد. چنین پاسخی، عکس‌العمل نامیده می‌شود. همچنین، حرکت ممکن است اختیاری و برنامه‌ریزی شده باشد. هر دوی این موارد، رفتارهایی هستند که زیست‌شناسان در حوزه‌های تخصصی گوناگون مطالعه می‌کنند.

درک رفتارها بسیار پیچیده بوده و نیازمند آن است که علاوه بر عوامل زیست‌شناسی، دیگر اطلاعات را نیز در نظر بگیریم. بنابراین، پای دیگر رشته‌ها نیز به میان آمده و از پایه زیستی رفتار فراتر می‌رویم؛ پرسش‌هایی چون «یک شخص چگونه یاد می‌گیرد که رفتار درست یا غلط نشان دهد»، «چگونه فرد رفتارهای مطلوب را در خود و دیگران برمی‌انگیزد» یا «چگونه دیگران را دلسرد می‌کند»، وارد قلمرو آموزش و روان‌شناسی می‌شوند.

هنگامی که رفتارها به نشانه‌های اختلال‌هایی که جامعه آن را بیماری می‌شناسد، تبدیل می‌شوند،

متخصصان سلامت از جمله روان‌شناسان بالینی، پرستاران، پزشکان و مددکاران اجتماعی، به تشخیص، مداخله، درمان، حمایت و توانبخشی می‌پردازند. رفتارهایی که به نشانه‌های بیماری تبدیل می‌شود، شامل واکنش به احساسات و پاسخ به درد، تب، فلجی و بیهوشی است. درمان ممکن است مداخله‌هایی از قبیل دارو، جراحی، تغییر سبک زندگی و انجام ورزش‌های خاص را شامل باشد. معمولاً داروهای استفاده شده بر عملکرد انتقال‌دهنده‌های عصبی تأثیر می‌گذارند. برای درک بهتر این مکانیزم‌ها، به اختصار توضیح خواهیم داد که انتقال‌دهنده عصبی چیست و چگونه عمل می‌کند.

غشاهای تحریک‌پذیر (عصب و ماهیچه) می‌توانند از یک تکانه عصبی یا پتانسیل عمل پشتیبانی کنند. این تکانه، مثل یک موج الکتریکی است که از غشای پلاسمایی عبور می‌کند. تکانه هنگامی ایجاد می‌شود که یک یون سدیم که به طور معمول بیرون از سلول است از راه کانال‌های سدیم به درون سلول وارد شود. غشا در حالت استراحت (پیش از تکانه)، نسبت به بیرون از آن، دارای بار منفی است. هنگامی که یون سدیم وارد می‌شود، قطبی شدن برعکس می‌شود. این فرآیند، *ناقطبی شدن* نامیده می‌شود. در نتیجه، یک تکانه یا ضربان ایجاد شده و در غشای پلاسمایی عصبی (نورولما) منتشر شده و در نهایت، پایان می‌یابد. در پایان، تکانه با فاصله یا سیناپسی بین خود و ماهیچه درانتظار با عصب دوم، روبه‌رو می‌شود. مسأله این است که چگونه تکانه از شکاف یا سیناپس عبور کند. راه حل آن است که یک پیام شیمیایی در قالب انتقال‌دهنده‌ای که از این شکاف یا سیناپس عبور کرده و به دریافت‌کننده در غشای سیناپسی می‌پیوندد، ارسال شود. دریافت‌کننده، تعیین می‌کند که چگونه پیام انتقال‌دهنده را توسط سلول گیرنده «ترجمه» کند.

با آنکه رفتار به نشانه بیماری یا اختلال تبدیل شده است، هنوز در حیطه توجه یک زیست‌شناس قرار دارد. یک حوزه تخصصی در زیست‌شناسی *پاتوبیولوژی* یا *پاتوفیزیولوژی* نامیده می‌شود، و زیست‌شناسان، یا «دانشمندان زیست»، نه تنها زیست‌شناسی پایه‌ای رفتار را آموزش می‌دهند، بلکه به ما می‌گویند در هنگام بروز علائم بیماری (یا پاتولوژیک) چه اتفاقی رخ می‌دهد.

بسیاری از بیماری‌های روانی را زیست‌شناسان مورد مطالعه قرار داده‌اند. این زیست‌شناسان نشان داده‌اند که چگونه بروز علائم اختلال یا بیماری، در نتیجه تغییر ساختارها و عملکردهای پایه‌ای بدن رخ می‌دهد. رفتار افرادی که به بیماری‌هایی همچون اسکیزوفرنی، اختلال دوقطبی، افسردگی بالینی، اختلال وسواس فکری-عملی، اختلالات اضطرابی و وحشت‌زدگی، و اختلال‌های شخصیت مبتلا هستند، با شواهدی مرتبط شده است که نشان‌دهنده احتمال قوی تغییرات زیستی است. اغلب، این تغییرات در سیستم عصبی-هورمونی افراد بیمار یافت می‌شوند.

از آنجا که تا پیش از پیدایش تکنولوژی‌های مدرن تصویربرداری، مثل پرتونگاری با نشر پوزیترون (PET) و تصویربرداری تشدید مغناطیسی (MRI)، مطالعه مغز به دلیل فقدان تکنولوژی با محدودیت

مواجه بود، زیست‌شناسان در تحلیل پایه‌های مغزی رفتار، به ویژه رفتارهایی که نشان‌دهنده بیماری روانی است، از دیگر رشته‌ها عقب افتادند. آزمون روان‌شناختی برای تشخیص و مداخله‌های روان‌کاوی، پیش از آنکه زیست‌شناسی فرصت مشارکت مؤثر در درک بیماری‌های روانی را داشته باشد، به خوبی پیشرفت کرده بود.

برخی مطالعات جالب توجه، بین دانسته‌های زیست‌شناسی و دیدگاه‌های رشته‌های دیگر؛ که رفتار افرادی را بررسی کرده‌اند که از آن دسته اختلال‌های عصبی-زیستی، که «بیماری روانی» می‌نامیم، رنج می‌برند؛ ارتباط برقرار کرده‌اند. برای مثال، گزارشی در مجله پزشکی نیوانگلند از پژوهشی که در سال ۱۹۹۲ انجام شده بود، نشان می‌داد که در گروه کوچکی از مردان مبتلا به اسکیزوفرنی، رابطه چشم‌گیری بین نمره آن‌ها در آزمون «شاخص اختلال فکری» و کاهش حجم جریان خون در بخشی از مغز که «شکنج گیجگاهی خلفی فوقانی» نامیده می‌شود، دیده شده است (شتون و همکاران، ۱۹۹۲). تحقیقات جدیدتر نشان داد که دمای مغز ممکن است نقش بیشتری در جریان خون داشته باشد. ثابت شده است که دمای مغز با نشانه‌های اسکیزوفرنی مرتبط است، اما نه با اختلال دوقطبی. در نتیجه، اختلال در تنظیم حرارت مغز ممکن است نقش مهمی در اسکیزوفرنی داشته باشد (اتا و همکاران، ۲۰۱۴). در نتیجه، زیست‌شناسان و روان‌شناسان به ارتباط ممکن بین این دیدگاه‌ها دست یافته‌اند.

دیدگاه‌های عمده و فرضیه‌های هر یک در مورد رفتار انسان

یکی از جنبه‌های مهم در درک هر علم (روانشناسی نیز یک علم است)، آگاهی نسبت به این است که دانشمند از چه «داده‌هایی» استفاده می‌کند. روان‌شناسان در تلاشند تا رفتار و فرآیندهای انسانی را در شرایط گاه پیچیده، درک کنند. هنگامی که نتوان تمامی این شرایط را هم‌زمان در نظر گرفت، دانشمند توجه و آگاهی خود را بر زیرمجموعه‌ای از این شرایط، معطوف می‌کند.

در نتیجه، این تمرکز و آگاهی، نوع داده‌هایی را که دانشمند برای آزمون، درک و توضیح رفتار انسانی و فرآیندهای روانی به کار می‌گیرد، تعیین می‌کند. برای مثال، اگر تصمیم بگیریم رفتار یک شخص در درک یک موقعیت، مهم‌تر از فرآیندهای فکری قبل از انجام آن رفتار است، پس در تلاش برای درک شخص مشاهده‌شونده، از رفتار وی به عنوان داده استفاده می‌کنیم.

بیشتر رویکردهای روان‌درمانی، رابطه نزدیکی با دیدگاه‌های روان‌شناختی دارند. مسلماً به نگاهی به آن جمله، که قطعی نبود، توجه کردید. همیشه مطابق نقشه و برنامه پیش نمی‌رود. دیدگاه‌ها اغلب به گونه‌ای ارائه می‌شوند که گویی در بسته‌بندی‌های تمیز و زیبا قرار دارند و مرزهای بین آن‌ها نیز به روشنی تثبیت شده است. در تاریخ روان‌شناسی مدت زمانی طولانی، اغلب وضعیتی مشابه، برقرار بود. اگر فردی از دیدگاه‌های روان‌پویشی برخوردار بود، بنابراین از رویکردهای روان‌پویشی در درمان بهره می‌گرفت. به همین صورت، اگر کسی عقیده داشت که رفتارهای نابهنجار فراگرفته می‌شوند، رویکردی رفتاری را در درمان به کار می‌برد. اما این روش خطی، آزموده شده و در بیشتر موارد، شکست خورد (مثال در بارلو و دوراند، ۱۹۹۹).

در تاریخچه درمان بیماری‌های روانی، دیدگاه‌های درمانی تحت تأثیر تکنولوژی‌های زمان خود، با محدودیت مواجه شده‌اند. روشن است که تکنولوژی، فروید را محدود کرده بود. بسیاری از دانشجویان، نمی‌دانند که فروید یک پزشک آموزش دیده بود، و واقعاً عقیده داشت برای اختلال‌های روانی رایج در آن زمان، باید به دنبال توضیح پزشکی گشت. اما تکنولوژی، توانایی او را در شناسایی

علل، محدود کرد. البته فروید به جای آنکه تحت‌تأثیر نبود تکنولوژی، منحرف شود، به جست‌وجوی مسیری متفاوت برای توضیح پرداخت.

نیازی به ذکر نیست که زمان تغییر کرده است. تکنولوژی اسکن مغز، شیوه‌های رنگ‌آمیزی بافت عصبی، و ساخت الکترودهای میکروسکوپی که می‌تواند فعالیت الکتریکی هر نورون را اندازه بگیرد، چهره آسیب‌شناسی روانی (روان‌شناسی نابهنجاری) را تغییر داده است. متخصصان بالینی کمی هستند که برای ارزیابی و درمان بیماری‌های روانی، از یک دیدگاه استفاده می‌کنند. بیشتر آن‌ها در واقع از توصیه بارلو و دوراند (۱۹۹۹) پیروی و «رویکردی یکپارچه» را به کار می‌گیرند. در نهایت، بهترین رویکرد، رویکردی است که رفتار نابهنجار را نتیجه چندین عامل در نظر بگیرد، و درمان مؤثر، نیازمند آن است که با هر یک از این عوامل روبه‌رو شده و به آن‌ها پردازیم.

ممکن است در بیماری‌های جدی مثل اسکیزوفرنی، نیاز باشد بیش از یک دیدگاه به کار گرفته شود. برای مثال، اسکیزوفرنی با بروز مشکلاتی در فرآیندهای فکری، هیجان‌ها، فرآیندهای حسی و ادراکی و حتی حرکت همراه است. واضح است که هیچ رویکرد واحدی نمی‌تواند تمام این علائم را درمان کند. بنابراین، پیش از آنکه بررسی عمیق پرونده‌ها را آغاز کنیم، این دیدگاه‌ها را برای شما به اختصار معرفی می‌کنیم و ارتباط آن‌ها با راهبردهای درمانی را به همراه مقدار معینی از جزئیات شرح می‌دهیم که بتوانید آن‌ها را در هنگام به کارگیری از سوی مراقبت‌کنندگان در پرونده‌های این کتاب، تشخیص دهید.

سناریو- به عنوان مثال، رویدادی را در فرهنگ آمریکایی بررسی می‌کنیم که چندان غیر معمول نیست (و در نتیجه، احتمالاً برچسب «نابهنجار» را دریافت نخواهد کرد). موقعیت زیر را در نظر بگیرید:

تازه وارد میدان مسابقه شده‌اید تا بازی هاکی را تماشا کنید، چون شنیده‌اید که یکی از بازیکنان زن است. بازیکنان روی یخ اسکی می‌کنند و مسابقه شروع می‌شود. چند لحظه بعد، دو بازیکن به هم برخورد می‌کنند و یکی از آن‌ها دیگری را به دیوار می‌کوبد. بلافاصله پس از آن، عده زیادی از تماشاگران فریاد می‌زنند: «بکشش! بکشش!» سپس، بازیکنی که به دیوار کوبیده شده بود، دیگر بازیکن اسکیت را دنبال می‌کند و چند بار محکم به سر او ضربه می‌زند تا بی‌هوش شود. جمعیت بلافاصله ابراز شادی می‌کنند و بازیکنی که تلافی کرده، دستان خود را همراه با چوب هاکی، به نشانه پیروزی بالا می‌برد.

پرسش: یک روان‌شناس چگونه می‌تواند این موقعیت پیچیده را تفسیر کند؟ آن‌قدر جزئیات گوناگونی برای تمرکز وجود دارد که به سختی می‌توان نقطه شروع را تشخیص داد. سناریو را می‌توان از زاویه‌های گوناگون تفسیر کرد و از اینجاست که روان‌شناس کار خود را آغاز می‌کند.

زاویه دیدی که روان‌شناس اتخاذ می‌کند، او را برای تعیین اینکه چرا رویدادها به آن صورت اتفاق افتادند، متمرکز می‌کند. برای درک فرض‌های یک روان‌شناس در مورد یک موقعیت و جهتی که پاسخ‌ها را در آن می‌جوید، دانستن دیدگاه‌های متفاوت مفید است.

دیدگاه‌هایی که پاسخ‌های احتمالی ارائه می‌دهند

هفت دیدگاه اصلی وجود دارد که ممکن است یک روان‌شناس برای توضیح رفتار و فرآیندهای روانی از آن‌ها بهره ببرد: زیست‌شناختی، روان‌پویشی، انسان‌گرایی، رفتارگرایی، شناختی، اجتماعی-فرهنگی و تکاملی.

بهرتر است نگاهی سریع به هر یک از این دیدگاه‌ها داشته باشیم و ببینیم کدام جنبه‌های سناریویی که توضیح داده شد، مورد توجه و علاقه روان‌شناسی است که بر اساس هر کدام از این دیدگاه‌ها کار می‌کند.

زیست‌شناختی

دیدگاه زیست‌شناختی بر عوامل زیستی که ممکن است نقشی در آن موقعیت داشته باشند، تمرکز می‌کند. این دیدگاه ممکن است هیجان‌های بازیکنان و تماشاچیان را مدنظر قرار دهد. هیجان‌هایی که تجربه می‌شوند، چگونه بر عوامل فیزیولوژیکی مثل ضربان قلب، فشار خون و تنفس، تأثیر می‌گذارند؟ اگر ما جنبه‌های زیست‌شناختی یک فرد را تغییر دهیم (برای مثال ضربان قلب او را پایین بیاوریم)، آیا این امر منجر به تغییر در افکار آن فرد خواهد شد؟

روان‌پویشی

دیدگاه روان‌پویشی عمدتاً با نظریه‌ها و شیوه‌های روان‌کاوی که زیگموند فروید ارائه داد و به وسیله پیروانش گسترش داده شد، ارتباط دارد. در این دیدگاه، تمرکز بر شخصیت و انگیزه‌های (اغلب ناخودآگاه) افراد کلیدی سناریو، قرار دارد. طبق نظریه فروید، انسان‌ها تحت تأثیر دو نوع غریزه فعالیت می‌کنند؛ غریزه‌هایی در رابطه با زندگی (که او آن‌ها را «اروس» Eros نامید) به فرد انگیزه می‌دهد که تولیدمثل کرده و از دیگران مراقبت کند. غریزه مرگ (که او «تاناتوس» Thanatos نامید) به افراد برای ضربه زدن و حتی کشتن، انگیزه می‌دهد. این رویکرد، همچنین فرض می‌کند که افراد می‌توانند بخشی از این انرژی پرخاشگرانه غریزی را از راه مشارکت یا مشاهده فعالیت خشن و پرخاشگرانه، «تخلیه» کنند. چگونه انگیزه‌ها و ویژگی‌های شخصی بر سطح رفتار پرخاشگرانه تأثیر می‌گذارد؟ این بازیکنان تحت تأثیر کدام انگیزه‌ها و ویژگی‌های شخصیتی، حاکی را به عنوان حرفه انتخاب کرده بودند؟ تماشاچسانی که برای تماشای این رویداد پول پرداخت کرده بودند، چگونه، چگونه؟

انسان‌گرایی

دیدگاه انسان‌گرایانه، واکنشی است که در برابر بدبینی نظری روان‌پویشی فروید، گسترش یافت. برعکس فروید، که عقیده داشت خواسته‌های پرخاشگرانه و جنسی، محرک‌های اصلی انسان‌ها هستند، آن‌ها که بر اساس دیدگاه انسان‌گرایانه فعالیت می‌کنند، عقیده دارند انسان دارای ظرفیت منحصربه‌فرد برای خودشکوفایی است و آن پتانسیل را محقق می‌کند، مگر در صورتی که موانع بسیاری در مسیرش مداخله کنند. ممکن است روان‌شناسانی که بر اساس این دیدگاه کار می‌کنند، بخواهند بدانند هر فرد به دنبال ارضای کدام ظرفیت منحصربه‌فرد است و یا چه چیز سبب می‌شود هرکس احساس «منحصربه‌فرد بودن» داشته باشد. زندگی در میان تعداد بی‌شمار و متنوع انسان‌ها، سبب می‌شود که همه ما نیاز داشته باشیم تا بیندیشیم «منحصربه‌فرد هستیم». به علاوه، این دیدگاه ممکن است بخواهد از اینکه چه نیازهایی از افراد مورد نظر برطرف شده است، اطلاع یابد. مثلاً ارضای فیزیولوژیکی، یک نیاز است. شاید بازیکنان در مسابقه شرکت می‌کنند تا با چکی که در ازای آن دریافت می‌کنند، بتوانند غذا تهیه کرده و زنده بمانند. نیاز دیگر، سلطه است. طبق این دیدگاه، انسان‌ها نیاز قوی به تسلط بر محیط‌شان دارند. در نتیجه، عموم انسان‌ها تلاش می‌کنند تا در آنچه انجام می‌دهند تا حد ممکن خوب عمل کنند.

رفتارگرایی

دیدگاه رفتارگرایانه فرض می‌کند که ما برای درک اینکه چرا افراد این رفتارها را از خود نشان می‌دهند، نیاز نداریم انگیزه‌های ناخودآگاه یا حتی محرک‌های زیستی را بسنجیم. طبق این دیدگاه، اگر مردم به انجام رفتاری دست می‌زنند، دلیلش این است که یاد گرفته‌اند به آن شکل، فکر و رفتار کنند. تقویت مثبت و تنبیه، برای شکل‌دهی به شیوه رفتار افراد استفاده می‌شود. فردی که بر اساس این دیدگاه کار می‌کند، بر رویدادهایی که اتفاق می‌افتد، تمرکز کرده و سعی می‌کند پیش‌بینی کند افراد چگونه تحت تأثیر قرار گرفته و به شیوه‌ای خاص رفتار می‌کنند. این رویکرد، به تعریف پیامدهای رفتار علاقه‌مند است (مثلاً آیا فرد برای آن رفتار، تقویت یا تنبیه شده بود؟). بنابراین، در نتیجه دانستن پیامدهای یک رفتار می‌توانیم پیش‌بینی کنیم که آیا فرد آن رفتار را در آینده انجام خواهد داد یا خیر.

شناختی

دیدگاه شناختی بر افکار اشخاص مورد نظر تمرکز می‌کند. آن بازیکن چه فکری می‌کرد که بازیکن دیگر را به دیوار «کوبید؟» بازیکن دیگر در مورد این عمل چه فکری کرد که انتقام گرفت؟ وقتی تماشاچیان شعار می‌دادند «بکشش! بکشش!»، فکر می‌کردند چه اتفاقی رخ خواهد داد؟ این دیدگاه، به روشنی بر رابطه بین افکار انسان‌ها و رفتارهای ناشی از آن، تأکید می‌کند.