

رفتار درمانی دیالکتیکی برای کودکان و نوجوانان

فهرست مطالب

۷.....	درباره نویسنده.....
۹.....	پیشگفتار.....
۱۱.....	فصل اول: مقدمه.....
۲۳.....	فصل دوم: پرداختن به رفتارهای خودآسیب رسان.....
۶۳.....	فصل سوم: آسیب پذیری عاطفی.....
۹۹.....	فصل چهارم: عدم تأیید خود.....
۱۲۱.....	فصل پنجم: بحران‌های پیاپی و منفعل بودن فعال.....
۱۲۹.....	فصل ششم: سوگواری بازدارنده شده.....
۱۶۵.....	فصل هفتم: توانمندی ظاهری.....
۲۱۱.....	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی.....
۲۱۳.....	واژه‌نامه فارسی به انگلیسی.....
۲۱۵.....	منابع.....

کانی کالاهان رئیس دپارتمان روان‌شناسی مشاوره و آموزشی دانشگاه کنتاکی جنوبی است. او از سال ۱۹۸۶ به‌عنوان مشاور بالینی حرفه‌ای و خانواده‌درمانگر و زوج‌درمانگر صاحب صلاحیت در بسیاری از موقعیت‌های حرفه‌ای مشغول به کار بوده است. دکتر کالاهان در طول بیش از دو دهه به تحقیق بر اساس مداخلات درمانی بر روی مراجعان، به‌عنوان ناظر و با مشارکت همکاران در موقعیت‌های درمانی و برنامه‌های آموزشی مختلف پرداخته است و به‌عنوان مربی بسیار باتجربه، ناظر بالینی و درمانگر در کشورش شناخته‌شده است.

دکتر کالاهان با چندین درمانگر و سازمان برای یکپارچه‌سازی پژوهش‌های مبتنی بر مداخلات درمانی در موقعیت‌های بالینی و الگوهای برنامه‌ریزی شده کار کرده است. او تجربهٔ بیش از سی سال کار در موقعیت‌های درمانی سلامت روان در تمام سطوح مراقبت را دارد. دکتر کالاهان نظارت بالینی و مشاورهٔ دانشگاهی به درمانگران سلامت روان، مدرسه و درمانگرانی که در حوزهٔ اعتیاد و تشخیص‌های همایند فعالیت می‌کنند، ارائه می‌کند. او همچنین با نظام‌های مراقبتی و درمانگران برای پیاده‌سازی و حفظ درمان‌های مبتنی بر شواهد در انواع اختلالات روانی همکاری می‌کند. او به‌طور مرتب در نشریات تخصصی و کتاب‌ها مطالب خود را چاپ می‌کند.

رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) توسط مارشا لینهان در دهه ۸۰ میلادی به عنوان مداخله‌ای روان‌شناختی برای درمان افرادی دارای سابقه تلاش برای خودکشی، حساس به انتقاد و دارای نابسامانی هیجانی ابداع شد. DBT متشکل از قواعد و تمرین‌های رفتاردرمانی به همراه فلسفه و راهبردهای درمانی طراحی شده برای ایجاد تعادل بین پذیرش و تغییر در فرایند درمان است. عناصر اصلی DBT بنا به گفته لینهان و همکاران عبارت‌اند از:

۱. یک نظریه زیستی اجتماعی در مورد اختلال است که بر تعاملات بین وضعیت زیستی و یادگیری تأکید می‌کند. ۲. دارای یک چارچوب تحولی از مراحل درمان است. ۳. دارای اولویت‌بندی سلسله مراتبی اهداف درمان در هر مرحله است. ۴. ترسیم اهداف درمان و شیوه‌های درمانی برای تحقق آن اهداف. ۵. مجموعه‌ای از راهبردهای پذیرش، راهبردهای تغییر و راهبردهای دیالکتیکی (رابین، اشمیتز و لینهان، ۲۰۰۴، ص ۳۱-۳۲)

اما به تدریج در تحقیقات بعدی مشخص شد که راهبردهای DBT علاوه بر مراجعینی که از اختلال شخصیت مرزی رنج می‌برند برای دیگر اختلالات همچون: اختلالات خوردن، افسردگی مقاوم به درمان و بسیاری از اختلالات دیگر که دارای مشکلات اقدام به خودکشی یا خودزنی، مشکلات تنظیم هیجان و مشکلات بین فردی هستند، کاربرد دارد. (لینهان، ۲۰۱۵)

نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که شروع اختلال شخصیت مرزی در دوره نوجوانی است اما هنوز نمی‌توان به‌طور قطع ادعا نمود که ابتدای این اختلال به دوران کودکی برمی‌گردد یا خیر هرچند عواملی همچون خلق و خوی غیرعادی، عوامل استرس‌زای روانی و وضعیت نامساعد اجتماعی می‌توانند پیش‌بینی‌کننده‌های خوبی برای شروع آن در کودکی و نوجوانی باشند. همچنین مطابق پژوهش‌ها بین سختی‌های

دوران کودکی با نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی رابطه مستقیم وجود دارد همچنین دل‌بستگی نالایمن، خصومت والدین در دوران کودکی و محیط بی‌اعتبارساز پیش‌بینی‌کننده نشانه‌های این اختلال در بزرگسالی می‌باشند. (شارپ، تاکت، ۲۰۱۴)

در سال ۲۰۰۸ کانی کالاهان با استفاده از رفتاردرمانی دیالکتیک کتابی به نام رفتاردرمانی دیالکتیک برای کودکان و نوجوانان تدوین کرد که این کتاب ترجمه‌ای از آن است. تمرکز کتاب حاضر بر مشکلات دوران کودکی و نوجوانی است و در هر فصل برای هرکدام از این مشکلات روش‌های سنجش و مداخله برای درمانگران ارائه شده‌اند.

تلاش ما بر ارائه ترجمه‌ای روان بوده است هرچند به احتمال زیاد نقص‌هایی در ترجمه وجود دارد و از شما می‌خواهیم برای ارتقاء ترجمه‌های بعدی ما را از نظرات خود مطلع کنید. امیدواریم این کتاب در پیشبرد سنجش و درمان روان‌شناختی سودمند باشد.

منابع

- Linehan M.M. (2015). DBT Skills Training Manual
Robins C., Schmidt H., Linehan M.M. (2004) Dialectical Behavior Therapy: Synthesizing Radical Acceptance with Skillful Means
Sharp C., Tackett J.L. (2014). Handbook of Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents

رفتاردرمانی دیالکتیکی^۱ (DBT) توسط مارشا لینهان (۱۹۹۳ الف) برای درمان افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی ابداع شده است. کتاب وی درمان شناختی رفتاری اختلال شخصیت مرزی نام داشت. لینهان ابتدا با بیمارانی که تمایل به خودکشی در آنها به صورت مزمن وجود داشت و همچنین زنانی که مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تشخیص داده می شدند، کار می کرد. این بیماران چالش های فراوانی را به وجود می آوردند، زیرا بسیاری از آنها نیازمند درمان مشکلات متعدد و پیچیده مربوط به محور ۱ بودند (گلدفراید و دیویسون، ۱۹۷۶). لینهان ابتدا رفتاردرمانی بالینی را در مورد بیمارانش به کار می گرفت، اما ماهیت مشکلات بیمارانش او را تشویق کرد تا رفتاردرمانی را با استفاده از دیگر راهبردهای درمانی، متعادل و تکمیل کند. پژوهش های دقیق لینهان راجع به اثربخشی رویکرد درمانی اش او را به سوی تدوین دستورالعمل های درمانی رهنمون شد (لینهان، ۱۹۹۳ الف، ۱۹۹۳ ب). این دستورالعمل ها، راهبردهای درمانی را به صورت پروتکل ها، درمان های ساختاریافته و تصمیم گیری های بالینی، سازمان دهی می کنند تا درمانگران بتوانند برای پاسخ به نیازهای متفاوت مراجعان به نحو انعطاف پذیری واکنش نشان دهند. رفتاردرمانی دیالکتیکی لینهان، رویکردی جامع برای درمان اختلال شخصیت مرزی است و ممکن است بتواند در مورد دیگر مشکلات بالینی نیز به کار گرفته شود.

مراجعان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به طور معمول بزرگسالانی با علائم متعدد هستند که آنها را از کارکرد مناسب در زندگی بازمی دارد. بسیاری از این علائم به

دلایل متعدد در دوران کودکی آغاز شده‌اند و به‌صورت مشکلاتی جدی به اوج خود رسیده و در دوران بزرگسالی این افراد، نمایان می‌شوند. فرض ما این است که از آنجاکه این مشکلات در دوران کودکی آغاز شده‌اند، زمان مناسب برای شروع درمان از همان دوران یعنی هنگامی است که مشکلات در حال گسترش‌اند.

این شیوه درمانی به‌منظور درمان مشکلات محور یک از پروتکل‌های رفتاردرمانی بهره می‌جوید که توسط شواهد تجربی مورد تأیید قرار گرفته‌اند. این پروتکل‌ها شامل مداخله‌هایی مشترک در تمام شیوه‌های رفتاردرمانی هستند (به‌طور مثال درمان شناختی رفتاری، بازسازی شناختی، رویارویی و جلوگیری از پاسخ، آموزش مهارت‌ها شامل کنترل محرک، تقویت، آسیب‌پذیری متقابل درمانگر و تکنیک تعامل گستاخانه). این شیوه درمانی همچنین شامل مداخله‌هایی است که منحصر به خودش هستند، مانند هدف قرار دادن: اولیه (مثلاً مربوط به خودکشی، رفتارهای مخل درمان) و ثانویه (سوگ‌بازاری شده)، توجه‌آگاهی به‌عنوان مجموعه‌ای از مهارت‌ها، تمرکز دیالکتیکی، تنظیم هیجان و مهارت‌های کنش متضاد، مهارت‌های تحمل آشفتگی یا ناراحتی، میزان بالایی از خود‌افشایی درمانگر، تحلیل زنجیره‌وار ریز تحلیلی، راهبردهای تعهد، درک و تأیید به‌عنوان مجموعه مهارت‌های آشکار درمانگر و مشاوره تلفنی.

رفتاردرمانی دیالکتیکی به این صورت است که درمانگران به شکل فردی با مراجعان کار می‌کنند و البته هم‌زمان با استفاده از آموزش مهارت‌های گروهی به آنها کمک می‌کنند تا مهارت‌های جدیدی را یاد بگیرند برای حصول اطمینان از اینکه مراجعان، مهارت‌های آموخته‌شده در گروه را به کار می‌بندند، درمانگران این روش با مشاوره تلفنی، مراجعان خود را هدایت می‌کنند. برای پابندی به اصول رفتاردرمانی دیالکتیکی، روان‌درمانگر فردی خود عضوی از گروه درمان می‌شود. مراجعان به‌طور معمول بازه زمانی حدود یک سال را تحت درمان می‌گذرانند.

DBT در ارتباط با آموزش مهارت‌های گروهی از شکل خاصی پیروی می‌کند. در DBT پذیرفته می‌شود که افراد مبتلابه اختلال شخصیت مرزی به خاطر آن‌که از مهارت‌هایی که بتواند به آنها کمک کند به شیوه‌ای مثبت با مشکلات زندگی دست‌وپنجه نرم کنند برخوردار نیستند، اغلب با بحران‌ها و مشکلاتی در زندگی خود

مواجه می‌شوند. به این دلیل، DBT شامل آموزش دامنه گسترده‌ای از مهارت‌ها است که به صورت ۲۳ مجموعه از مهارت‌های مختلف آموزش داده می‌شوند. ساختار آموزش متشکل از یک دوره ۱ ساله با ۲ تا ۲/۵ ساعت کلاس در هفته است، به صورتی که در هر کلاس حدود ۸ بیمار و ۲ تسهیل‌گر حضور دارند. این تسهیل‌گران در گروه‌های آموزش مهارت‌ها کار می‌کنند و همچنین ممکن است به‌عنوان درمانگرانی فردی برای اعضای گروه حضور یابند.

این مسئله واقعیتی جالب‌توجه را پیش روی درمانگرانی قرار می‌دهد که با کودکان و نوجوانان کار می‌کنند. روان‌درمانی فردی ممکن است عمدتاً بر مداخله‌های شناختی تکیه کند، درحالی‌که آموزش مهارت‌ها متشکل از ۲۳ مجموعه مهارت است. اغلب درمانگران در شرایطی نیستند که بتوانند آموزش ۲۳ مهارت را محقق کنند و بیماران را به مدت حداقل ۱ سال در فرایند درمان حفظ نمایند. گاهی اوقات، والدین، نوجوانان خود را تنها در زمان بحران برای درمان می‌آورند و پس‌ازآنکه بحران فروکش کرد، آوردن فرزند نوجوان خود به محل درمان را متوقف می‌کنند.

گاهی اوقات تعداد جلسات ممکن است با به‌کارگیری پروتکل‌های مراقبتی مدیریت‌شده، محدود شود.

ممکن است نیاز باشد درمانگر مشکلات مراجع خود را ارزیابی کرده و آن دسته از راهبردهای درمانی را به کار گیرد که به افراد نوجوانی که با محدودیت در درمان (به‌ویژه از حیث تعداد جلسات) مواجه هستند، یاری رساند. حتی باوجوداین محدودیت‌ها فراهم نمودن ابزارهای لازم برای کمک به نوجوانان به‌منظور مقابله با زندگی با استفاده از DBT انجام‌پذیر است. باینکه درمان با استفاده از مدل کامل DBT لپنهان بسیار اثربخش‌تر است، اما درمانگران ممکن است مجبور شوند از مداخله‌هایی استفاده کنند که برای نوجوانان کارساز است.

در به‌کارگیری DBT، درمانگران درمان را در قالب مراحل و اهداف مشخص سازمان‌دهی می‌کنند (لپنهان، ۱۹۹۶) و به‌جز در موارد استثنائی، ترتیبی که باید به مسائل مختلف پرداخته شود را به‌طور بسیار جدی رعایت می‌کنند. ساماندهی درمان به‌صورت مراحل و اهداف مشخص، باعث می‌شود DBT درمانی نباشد که هر هفته

صرفاً به بحران موجود پردازد. علاوه بر این، DBT از یک توالی منطقی برخوردار است که:

- ابتدا به رفتارهایی از مراجع می‌پردازد که ممکن است باعث مرگ او شود.
- سپس به رفتارهایی از مراجع می‌پردازد که ممکن است به خاتمه زودهنگام درمان در او منجر شود.
- سپس به رفتارهایی می‌پردازد که ممکن است بر کیفیت زندگی فرد تأثیر منفی بگذارند.
- و درنهایت، به نیاز به آموختن مهارت‌های جایگزین می‌پردازد.

فصل دوم به مسائل خاص کار کردن به روی رفتارهای خود آسیب‌رسان می‌پردازد. برای پرداختن به رفتارهایی که ممکن است به خاتمه زودهنگام درمان منجر شوند، مارشا لینهان (۱۹۹۵) یک نمونه ویدئویی بسیار خوب راجع به چگونگی رسیدگی به این مسئله را ارائه می‌کند. نام این لوح فشرده ویدئویی *درمان اختلال شخصیت مرزی: رویکرد دیالکتیکی* است. لینهان در این فیلم مراجع خود را از این موضوع مطلع ساخت که قصد دارد هرگونه رفتاری که ممکن است در درمان اختلال ایجاد کند را بررسی کند. او به‌طور صریح به مراجع خود گفت «اگر تو کاری انجام دهی که در فرایند درمان اختلال ایجاد کند، من این مسئله را به تو گوشزد خواهم کرد و اگر من کاری انجام دهم که در درمان اختلال ایجاد کند، تو آن را با من در میان بگذار.» متخصص بالینی پس‌از آن به مشکلات احتمالی می‌پردازد.

باقی فصل‌ها به مداخله‌هایی می‌پردازند که به افراد نوجوان کمک می‌کنند رفتارهایی که باعث تخریب کیفیت زندگی‌شان می‌شوند و مهارت‌های جایگزین موردنیاز را بشناسند. این راهنمای درمانی به دنبال رسیدگی به رفتارهایی است که ممکن است منجر به مرگ بیمار شوند یا بر کیفیت زندگی فرد تأثیر منفی بگذارند و نیز به دنبال ارائه مهارت‌های جایگزین به‌صورت مداخله‌هایی است که به مراجعان کمک می‌کند تنظیم هیجان بهتری داشته باشند، به‌طور خلاصه، این راهنمای درمانی به

دنبال آن است که مداخله‌هایی به درمانگران ارائه دهد تا مراجعان بتوانند نقص در توانمندی‌های رفتاری موردنیاز برای ایجاد تغییر در زندگی خود را رفع کنند.

رفتارهای خود آسیب‌رسان: خودکشی و خودزنی^۱

یکی از نخستین فرایندهایی که درمانگر باید دنبال کند، این است که مباحثه و گفتگویی بسیار صریح با مراجع درباره ژست خودکشی، اقدام به خودکشی یا رفتارهای خود آسیب‌رسان داشته باشد. سپس متخصص بالینی باید به ارزیابی رفتارهایی بپردازد که کیفیت زندگی کودک یا نوجوان را تخریب کرده‌اند. با اینکه رفتارهای بسیاری ممکن است کیفیت زندگی را تضعیف کنند، اما یکی از آسیب‌زننده‌ترین آن‌ها، ایجاد جرح و آسیب بدنی به خود است. دیگر می‌توان به رفتارهای مربوط به خودکشی از جمله افکار خودکشی و ژست‌های خودکشی، اشاره کرد.

خودزنی عبارت است از رفتار خود تخریبگر عمدی برای آسیب‌رساندن به بافت‌های بدن. این رفتار در ۲۴ تا ۴۰ درصد از مراجعان روان‌پزشکی و ۷۵۰ نفر از هر ۱۰۰ هزار نفر از کل جمعیت به چشم می‌خورد. این رفتار فرایند روان‌شناختی یکسانی با افکار خودکشی ندارد. در خودزنی، زخم‌هایی که فرد به خود وارد می‌کند، مکرر، سطحی و متعدد هستند. این رفتار در یک بازه زمانی کوتاه‌مدت رخ می‌دهد و به‌طور معمول با آگاهی کامل از پیامدهای آن انجام می‌شود. ایجاد جرح و آسیب به خود در واقع مجموعه پیچیده‌ای از رفتارها است که بدون قصد خودکشی به صورت تخریب یا تغییر عمدی بافت‌های بدن صورت می‌پذیرد. این رفتار عمدی بوده، زندگی فرد را تهدید نمی‌کند و شامل آسیب جسمی یا تغییر شکل بافت‌های سطحی بدن است، به صورتی که به لحاظ اجتماعی غیرقابل قبول باشد.

افرادی که این رفتار را از خود بروز می‌دهند، اغلب دارای سابقه مورد کم‌توجهی یا بی‌توجهی قرار گرفتن هستند و یا در دوران کودکی مورد سوءاستفاده جنسی و جسمی قرار گرفته‌اند. این رفتار هنگامی به کار گرفته می‌شود که حالت عاطفی

1. Self-mutilating

ایجادشده برای فرد بسیار شدید باشد؛ در این شرایط اغلب کرحتی و خشم وجود دارد. نوجوانانی که این رفتار را از خود بروز می‌دهند، اغلب غرق در احساسات هستند و حتی اگر عضوی از یک گروه باشند، احساس تنهایی می‌کنند. این رفتار هم در دختران و هم در پسران وجود دارد و گاهی ممکن است در گروه دوستان آموخته شود. همچنین ممکن است سابقه مورد سوءاستفاده قرار گرفتن وجود داشته باشد یا نداشته باشد. در نوجوانان، شیوه‌ها و الگوهای رایج آسیب به خود شامل موارد زیر است:

- بریدن پوست
- سایش (مثلاً استفاده از پاک‌کن یا سیمان برای ایجاد خراش)
- کندن پوست
- کندن زخم‌ها یا جای زخم جراحی

افراد هنگامی دست به این کار می‌زنند که خشمگین باشند یا احساس تنهایی کنند یا بترسند که رها شوند.

این رفتار متفاوت از رفتارهای مربوط به خودکشی است. رفتارهای شبه خودکشی^۱ آن دسته از اقدام‌ها و اعمالی هستند که به صورت عمدی و برای آسیب و جرح به خود صورت می‌پذیرند، مانند بریدن مچ دست یا مصرف میزان کشنده‌ای از داروها. افکار مربوط به خودکشی^۲ به افکار فرد راجع به خودکشی مربوط هستند. این بدان معناست که فرد به خودکشی فکر می‌کند، اما قصد یا برنامه‌ای برای انجام آن ندارد. این مورد چندان هم غیرمعمول نیست.

حدود ۳ تا ۴ درصد از نوجوانان از دو هفته قبل، افکار خودکشی را در سر پرورانده‌اند.

باین حال، این افکار تنها در صورتی می‌توانند جدی تلقی شوند که فرد پیش‌تر اقدام به خودکشی کرده باشد، افسرده، یا بدبین باشد. مراجعانی که هنوز افسرده هستند

1. Parasuicidal Behaviors
2. Suicidal ideation

و پیش‌تر اقدام به خودکشی کرده‌اند، احتمال بسیار زیادی دارد که به‌طور جدی به خودکشی فکر کنند.

خودکشی موفق^۱ عملی ارادی نسبت به خود و تهدیدکننده زندگی فرد است که به مرگ منتهی می‌شود. **درجه مرگبار بودن^۲**، به معنای میزان جدی بودن تهدید خودکشی - میزانی که احتمال دارد تهدید موردنظر به مرگ منجر شود- است. مرکز ملی آمار سلامت آمریکا، خودکشی را یازدهمین عامل مرگ‌ومیر در ایالات متحده معرفی می‌کند. در ایالات متحده هر ۱۶/۶ دقیقه یک نفر جان خود را به دنبال خودکشی از دست می‌دهد. در میان نوجوانان و حتی افرادی با سن کمتر، ریسک بالایی در ارتباط با خودکشی وجود دارد، به صورتی که خودکشی در میان این گروه سنی سومین عامل مرگ است.

در کار با نوجوانان، سه ویژگی وجود دارد که متخصصان بالینی باید به آنها توجه کنند: خودمحمور بودن نوجوان، تماشاچیان خیالی و افسانه شخصی. در ارتباط با خودمحموری نوجوانان، روان‌درمانگران باید متوجه این موضوع باشند که بسیاری از نوجوانان تمایل دارند دنیا را تنها آن‌گونه که در مورد خودشان مصداق دارد، تعریف کنند. آنها مشغول فرایند تفکر خود می‌شوند. آنها دنیا را فقط از این منظر موردتوجه قرار می‌دهند که: چه تأثیری بر روی من دارد یا چگونه بر من تأثیرگذار است؟ در ارتباط با تماشاچیان خیالی، نوجوانان ممکن است به‌طور کلی مشغول و متوجه خودآگاهی و تفکر خود راجع به تغییرات جسمی و جنسی‌شان شوند. آنها اغلب مخاطب یا مخاطبانی خیالی خلق می‌کنند و معتقدند که به‌طور مرتب تحت نظارت و مشاهده دیگران هستند. آنها واکنش دیگران را به‌گونه‌ای پیش‌بینی می‌کنند که گویی دیگران به آنها همان‌گونه که خودشان، خودشان را می‌بینند، نگاه می‌کنند. آنها فکر می‌کنند دیگران هم به‌اندازه خودشان به جزئیات ظاهر و رفتارشان توجه می‌کنند.

در ارتباط با افسانه شخصی، نوجوانان نمی‌توانند دغدغه‌های خود و دیگران را از یکدیگر جدا کنند. آنها احساسات خود را بسیار متفاوت از دیگران در نظر می‌گیرند و

1. Completed suicide
2. Level of lethality

خود را متفاوت از هر فرد دیگری می‌بینند؛ بنابراین، آنها خود را بسیار خاص و منحصربه‌فرد در نظر می‌گیرند- فردی منحصربه‌فرد که هیچ‌کس نمی‌تواند آنها را به میزان کافی درک کند. این موضوع باعث می‌شود احساس کنند آنها از تمام رویدادهای بدی که ممکن است اتفاق بیفتد، مصون و ایمن هستند، یا اینکه اصلاً هیچ‌چیز بدی برای آنها اتفاق نخواهد افتاد.

درک این ویژگی‌ها بسیار بااهمیت است. درمانگران نباید این ویژگی‌ها را نادیده بگیرند یا مورد بی‌توجهی قرار دهند. افراد بزرگ‌سال می‌دانند که دیگران آن‌قدر مشغول خودشان هستند که نمی‌توانند به افراد دیگر با دقت چندانی نگاه کنند. افراد بزرگ‌سال می‌دانند که رویدادهای بد قطعاً اتفاق می‌افتند و اینکه افراد می‌توانند یاد بگیرند که چگونه می‌توان با مشکلات و رویدادها مقابله کرد. درمانگران به‌خوبی درک می‌کنند که ما همیشه چیزهایی که می‌خواهیم را در زندگی‌مان به دست نمی‌آوریم و همیشه باید برای بهتر کردن زندگی سخت تلاش کرد. همچنین اینکه، زندگی فقط برای ما یا درباره ما نیست؛ اما نوجوانان این واقعیت‌ها را به‌خوبی درک نمی‌کنند. هنگامی که درمانگران و متخصصان بالینی به دیگران گوش می‌کنند، باید بتوانند به‌خوبی به دنیای پدیدار شناختی آنها وارد شوند.

اقدام به خودکشی به این معناست که فرد موردنظر واقعاً تلاش کرده است به خود آسیب زند. این آسیب‌ها می‌توانند از نظر جسمی و روان‌شناختی جدی یا غیر جدی باشند. حدود ۴۰ درصد از نوجوانان پیش از آنکه چیزی را عملاً امتحان کنند، حداقل حدود یک ساعت به آن فکر کرده‌اند. رایج‌ترین دلیل این افکار تکانشی خودکشی، وجود مشکلات در روابط است. برخی از واقعیت‌هایی که باید دراین ارتباط به خاطر داشت عبارت‌اند از: اقدام به خودکشی در دختران سه برابر اقدام در پسران است. زنان با استفاده از مصرف قرص یا سم این کار را انجام می‌دهند. مردان از ابزارهای متفاوتی چون سلاح گرم یا به دار آویختن خود استفاده می‌کنند. به ازای هر ۴/۱ مرد یک زن خودکشی موفق دارد و جان خود را از دست می‌دهد.

رفتارهای مربوط به خودکشی اغلب پیامد یک افسردگی درمان‌نشده هستند. ریسک خودکشی با مصرف الکل یا مواد افزایش می‌یابد. سه عامل بالا‌برنده ریسک خودکشی

موفق عبارت‌اند از: انزوای اجتماعی، ناامیدی و ناتوانی در حل مسئله. نوجوان‌هایی که افسردگی روان‌پیشانه دارند، با ریسک بالاتری برای خودکشی موفق مواجه هستند. این واقعیت ریشه در علل زیر دارد:

- افسردگی
- گوشه‌گیری اجتماعی
- احساس گناه
- افکار پارانویایی
- توهم
- ناامیدی
- احساس بی‌ارزش بودن

ارزیابی و درمان آسیب به خود به‌طور خلاصه در فصل دوم مورد بحث قرار گرفته است.

الگوهای رفتاری لینهان (۱۹۹۹) در اختلال شخصیت مرزی^۱

در ارتباط با الگوهای رفتاری لینهان، شناسایی و پرداختن به حوزه‌های دچار مشکل در زندگی نوجوانان نیز با اهمیت است. مارشا لینهان نشان داد که شش حوزه رایج در ارتباط با مشکلاتی که نوجوان‌ها با آنها مواجه هستند، وجود دارد:

۱. آسیب‌پذیری هیجانی (عاطفی)
۲. بی‌اعتبار سازی خود (عدم درک خود)
۳. بحران‌های بی‌پایان و بی‌امان
۴. منفعل بودن فعال

1. Borderline personality disorder

۵. سوگ بازداری شده

۶. توانمندی ظاهری

آسیب‌پذیری عاطفی الگویی از مشکلات گسترده و فراگیر در تنظیم هیجانات منفی است و شامل موارد زیر است:

- حساسیت زیاد نسبت به محرک‌های عاطفی منفی
- شدت هیجانی و عاطفی بالا و
- بازگشت کند به خط پایه عاطفی و همچنین آگاهی و تجربه آسیب‌پذیری عاطفی و هیجانی

این پدیده ممکن است با تمایل به سرزنش محیط اجتماعی برای انتظارات و خواسته‌های غیرواقع‌گرایانه همراه باشد.

بی‌اعتبارسازی خود عبارت است از تمایل به بی‌اعتبار سازی یا عدم تشخیص واکنش‌های هیجانی، افکار، باورها، یا رفتارهای خود. مراجع خود بی‌اعتبار ساز، استانداردها و انتظارات بسیار بالا و غیرواقع‌گرایانه‌ای برای خود در نظر می‌گیرد. این پدیده می‌تواند با احساس شرم شدید، تنفر از خود و خشم نسبت به خود همراه باشد. این مشکل اغلب از محیطی بی‌اعتبار ساز نشأت می‌گیرد.

یک محیط بی‌اعتبار ساز محیطی است که در آن، ارتباط برقرار کردن از طریق تجارب شخصی واکنش‌ها و پاسخ‌های اشتباه، نامناسب و بسیار شدیدی را در بردارد. به عبارت دیگر، به بیان تجارب شخصی اعتباری داده نمی‌شود؛ در عوض، یا مورد تنبیه قرار می‌گیرد یا اینکه کم‌اهمیت تلقی می‌شود. تجربه عواطف و هیجانات دردناک و عواملی که منجر به آشفتگی عاطفی فرد می‌شوند ممکن است مورد بی‌توجهی قرار گیرند. تفسیر فرد از رفتار خودش یعنی، نیت و انگیزه‌های مربوط به آن، نادیده گرفته می‌شود (لینهان، ۱۹۹۳، ص ۴۹).