**افکار خودآیند منفی**

به باور اليس وقتي حادثه ي فعال كننده اي براي فرد رخ مي دهد، او براساس تمايلا ت ذاتي خود ممكن است دو برداشت متفاوت و متضاد از آن حادثه داشته باشد: يكي افكار، و باورهاي منطقي و عقلاني و ديگري افكار، باورها و برداشتهاي غير عقلاني و غيرمنطقي. در حالتي كه فرد تابع افكار و باورهاي منطقي باشد، به پيامدهاي منطقي دست خواهد يافت و شخصيت سالمي خواهد داشت. در حالتي كه فرد تابع و دستخوش افكار و باورهاي غيرمنطقي و غيرعقلاني باشد، با پيامدهاي غير منطقي مواجه خواهد شد و در اين حالت او فردي است مضطرب و غيرعادي كه شخصيت ناسالمي دارد. در واقع، وقتي كه حادثه ي نامطبوعي رخ مي دهد و فرد احساس اضطراب و تشويش ميكند، درنظام باورهايش، خود را به دو چيز كاملاً متفاوت و متضاد متقاعد ميسازد و يكي از آنها را در پيش ميگيرد كه مسلماً همان افكارغيرعقلاني اش است. بی توجهی به چنین افکار و باورهایی تبعات زیان بار فراوانی می تواند داشته باشد. اول اینکه این نوع باورها با پیامدهای بهداشت روانی و عمومی نظیر اضطراب، افسردگی، شکایت جسمانی و باورهای غیرمنطقی رابطه داشته باشد. بی توجهی تحقیقاتی به آن نیز موجب هزینه ها و خسارت های زیادی در سطح جامعه می گردد(گل پرور و همکاران،1386).

افکار خودآیند[[1]](#footnote-1) ، تصاویر یا شناخت هایی است که به عنوان نتیجه ای از طرحواره ی شناختی یا باور بنیادینی که در موقعیت خاصی فعال می شود، توسط فرد گزارش می شود(بک[[2]](#footnote-2)،1967). این تصاویر و افکار، منعکس کننده ی معنایی است که فرد به موقعیتی خاص می دهد. وبا پاسخ هیجانی و رفتاری به آن موقعیت ارتباط تنگانگ دارد، علاوه بر این، افکار خودآیند، نقش مهمی درفرآیند درمانی دارد و به عنوان گذرگاهی ترجیحی برای دسترسی به سیستم شناختی استفاده می شود، به درک باورهای بنیادین که اساس چند اختلال روان شناسی است کمک می کند(بک،1976). افزایش تفکر منفی به ویژه در ارتباط با خود وآینده یکی از نشانه های افسردگی است و با بهبود فرد، تفکر منفی کمتر بروز می کند. بسیاری از شناخت درمانگران بر این باورند که واکنش های هیجانی و رفتاری به وسیله فرآیندهای شناختی ایجاد می شوند. از این رو افکار، باورها و سایر فرآیندهای شناختی تعیین کننده ی اصلی خلق و هیجان می باشند(هاگا [[3]](#footnote-3)و همکاران،1991، تیزدیل[[4]](#footnote-4)،1997). افکار خودآیند منفی کیفیتی ذهنی است که بر توانایی شخص در برخورد با تجربه های زندگی اثر گذاشته، هماهنگی را بی جهت مخدوش می سازد و واکنش های بی تناسب و دردناک تولید می کند(بک،1979). افکار منفی، بخشی اززندگی و جزئی از آن شده است، به همین علت افکار منفی را افکار اتوماتیک نیز نامیده اند، زیرا بدون اراده فرد، خود به خود و بدون اینکه خواسته شوند در ذهن فرد جاری می شود و فرد کمترین شک به حقانیت و وجود خارجی دانستنشان ندارد. همچنین افکار منفی باعث می شود که فرد همه چیز رامنفی ببیند و احساس حقارت داشته باشد.با آنکه افکار منفی به تنهایی اغلب اشتباه و غیر منطقی هستند، به گونه ای فریبکارانه واقع بینانه به نظر می رسند، به طوری که فرد گمان می کند وضع به همان بدی است که به نظر میرسد. بسیاری از افراد فکر می کنند که روحیه ی بد آنها ناشی از عوامل خارج از کنترل آنهاست. بعضی ها روحیه ی بد خود را به هورمون و یا خواص ژنتیکی خود نسبت می دهند و به اعتقاد پاره ای دیگر، اتفاقات به ظاهر فراموش شده ی دوران کودکی در ضمیر ناخودآگاه آنها همچنان موجود است و از این رو روحیه شان خراب باقی مانده است. در نظر جمعی دیگر، احساس بد اگر ناشی از بیماری یا دلسردی مربوط به زمانهای اخیر باشد واقع بینایه است.پاره ای نیز روحیه ی بد خود را به وضع بد جهان، اوضاع بد اقتصادی، آب وهوای بد، مالیات ها ، شلوغی ترافیک و امکان بروز جنگ اتمی نسبت می دهند. البته در مورد هر یک از اینها حقایقی وجود دارد(هاتون[[5]](#footnote-5) وهمکاران، ترجمه قاسم زاده،1376). بدون شک حوادث محیطی، موقعیت شیمیایی بدن و تضادها و اختلافات مربوط به گذشته روی افراد تا ثیر می گذارند، اما این نظریه پردازیها مبتنی بر این باور است که احساساست افراد به دور از کنترل آنهاست. اگر فرد بخواهد احساس بهتری داشته باشد باید بداند و درک کند که به جای حوادث بیرونی، افکار و طرز تلقی های فرد است که احساسات فرد را به وجود می آورد. اگر فرد بخواهد از روحیه ی بد نجات یابد باید قبل از هر چیز بداند هر احساس منفی ناشی از اندیشه منفی به خصوصی است. در بسیاری از مواقع، افکار منفی، سالم و به جا هستند.تشخیص افکار منفی سالم از ناسالم و اینکه فرد چگونه با موقعیتهای به راستی منفی برخورد واقع بینانه داشته باشد، به همان اندازه ی رهایی از افکار و احساسات مخدوش اهمیت دارد(هاتون وهمکاران؛ترجمه قاسم زاده،1376).

افکار خودآیند منفی یا افکار اتوماتیک منفی از ویژگی بارز تفکر افراد افسرده به شمار می روند. این افکار را به دلیل اینکه به سرعت از ذهن می گذرند و قابلیت چالش با آنها در همان لحظه وجود ندارد اتوماتیک نامیده اند و به دلیل اینکه تاثیر منفی بر خلق انسان دارند، منفی نامیده اند. این نوع افکار در افراد عادی هم یافت می شود و معمولا چند نوع از آن در یک فرد یافت می شود. برای تغییر این افکار باید در قدم اول آنها را بشناسیم(لطافتی بریس،1389). در اینجا چند مورد از این افکار معرفی می شود:(نیلین،2002).

 **1. تفکر همه یا هیچ**: شما مسائل را یا کاملا خوب می بینید و یا کاملا بد. برای مثال اگر یک اشتباه جزئی بکنید به نظرتان آن کار کلا به درد نخور است. نمونه دیگر این نوع فکر میتواند این باشد که باید نمره بیست بگیرم وگرنه 19 به هیچ دردی نمی خورد. در اینجا نوعی افراط و تفریط دیده می شود. این نوع فکر بیشتر میان شخصیت های وسواسی و کمال گرا مشاهده می شود.

 **2. دیدن یک چیز بد به معنای بد بودن همه چیز است:** شما یک اتفاق منفی را یک شکست بدون پایان می پندارید. برای مثال من در مدرسه خوب نبودم، بنابراین در کلاس دانشگاه هم خوب عمل نخواهم کرد.

**3.فیلتر ذهنی:** یک جزء منفی را بر می گزینید و منحصرا به آن توجه می کنید، بنابراین همه چیز را به معنای منفی ان می بینید. برای مثال تمرکز به اینکه دیابت دارید و توجه نکذردن به یک روز زیبا و یا حرفهای خوبی که مردم به شما گفته اند.

**4.  به حساب نیاوردن مثبت ها:** مثلا وقتی فکر کنید همه از شما متنفرند، اعتقاد پیدا می کنید که کسی که با شما خوب است حتما سوءنیتیدارد.

**5. نتیجهگیریشتابزده:** شما در هر اتفاقی قسمت منفی آن را می بینید: اگر به من سلام نکرد، یعنی من بی اهمیتم!

 **6. ذهنخوانی:** محتوای ذهن دیگران را حدس میزنید و با توجه به آن به آنها واکنش نشان میدهید. در اغلب موارد این حدسها نادرست هستند.

**7.** **پیشگویی منفی:** پیش بینی می کنید که اتفاقات بدی برای شما خواهد افتاد. اعتقاد دارید که فاجعه و چیزهای بد همین حالا قرار است اتفاق بیفتند.

**8. مبالغه کردن**: اشتباهاتتان را بیشتر از آنچیزی که هستند می بینید در حالیکه جنبه های خوب را کمتر برآورد می کنید. مثلا من اشتباه بزرگی کردم و دوستم هرگز مرا نخواهد بخشید!(نیلین،2002).

**9. جدی گرفتن شدید احساسات:** فکر می کنید احساسات شما عین واقعیت هستند

**10. بایدها:** مثلا من باید شخص خوبی باشم، باید همه مرا دوست داشته باشند.

**11. برچسب زدن:** من بازنده هستم! من شخص کسل کننده ای هستم!

**12.** **سرزنش کردن خود:** برای چیزهایی که کنترل انها به دست خودتان نبوده، خودتان را سرزنش می کنید. اگر فرزندتان شیطنت می کند به خود می گویید من بلد نبودم چطور تربیتش کنم(نیلین،2002).

* 1. **سلسله مراتب تفکر**

معمولا در شناخت درمانی ،سه سطح شناخت مورد ارزیابی قرار می گیرد: (فرهودیان،2002).

**2-19-1-** **افکار خود آیند** : اینافکارزمانیکهشخصدریکچهارچوبذهنیمنفیقراردارد،سریعابهطورخودکاروغیرارادیبه ذهن می آیند.افکار خود ایند می توانند توسط وقایع  بیرونی (دیررسیدنبهیکجلسه : آنهادرموردمنبدفکرخواهندکرد .نظرمراموردتوجهقرارنخواهندداد.مناحتراممراازدستخواهمداد )،یاوقایعدرونی (تپشقلب :مندارمدچاریکحملهقلبیمیشوم،بهزودیخواهم مرد ،وای خدای من!)،برانگیخته شوند .از طریق پرسیدن " اکنون در ذهن شما چه می گذرد " می توان به افکار خود آیند فرد دسترسی پیدا کرد.

**2-19-2-** **فرض ها / قوانین زیر بنایی** :مجموعه ای از استاندارد ها هستند که قوانین ما را ایجاد می کنند.

فرض مثبت : اگر سخت کار کنم در زندگی موفق خواهم بود ، فرضمنفی : اگرمندریکزمینهضعیفعملکنم،فردیشکستخوردهخواهمبود.

فرض های زیر بنایی اغلب با ساختار "اگر ..... پس " یا " اگرنه ..... پس " شناختهمیشوند (اگرمنمورداحترامدیگرانواقع نشوم،هرگزنمیتوانمبهخودماحترامبگذارم ).

تا زمانی که مفاد این قوانین ،استانداردها و فرضیه های مثبت ،برآورده می شوند ، افراد با ثبات و سازنده باقی می مانند و به این ترتیب از فعال کردن باورهای مرکزی منفی خود  درآخرکاراجتنابمیکنند.فرضهایزیربناییمربوطبهیکموقعیتخاصنمیشوند.

**2-19-3-** **باورهای مرکزی ( طرحواره ها)** : اینهاباورهایزیربناییمادرموردخودمان،دیگرانوجهانپیرامونمانهستندکهبهماکمکمیکنندتاتجربیاتزندگیمانرادرککنیم . معمولاباورهایمرکزیازطریقتجربیاتیادگیریاولیهفردشکلمیگیرندوتبدیلبهوسیلهایبرای شکل گیری دیدگاه های ما می شوند.

بک[[6]](#footnote-6)(1995) پیشنهاد می کند که باورهای مرکزی می توانند به دو طیف گسترده ی درماندگی (من ضعیف هستم ) و منفور بودن (من ناخواستنی هستم) تقسیم شوند(فرهودیان،2002).

**2-20- روش های فراخوانی افکار خودآیند(اتوماتیک) منفی**

**1.سوالات مستقیم:**پرسش مستقیم به صورت« در ذهن شما چه می گذشت؟» و نه پرسش هایی مثل: « در آن موقع به چه فکر میکردید؟»، به طور آشکار، ساده ترین شیوه برای نتوجه ساختن بیمار به جریان پردازش اطلاعات به طور غیر هوشیارانه درونی و فراخوانی افکار خودآیند منفی است(لطافتی بریس،1389).

**2.پرسش گری سقراطی:**اگر سوالات مستقیم برای آشکار کردن افکار منفی و کلیدی مفید نباشد، از سوالات استقرایی که گاهی اوقات «اکتشاف هدایت شده» نیز نامیده می شود، استفاده می گردد. درمانگر باید به دقت عمل کند وسوالات عمل کند و سوالات مناسبی را مطرح سازد بدون این که بیمار را به طرف پاسخ راهنمایی کرده باشد.

**3.بحث و گفت و گو درباره ی تجربه ی هیجانی اخیر:** موقعیتی را که با اضطراب یا افسردگی او بوده است و آن را به خوبی به خاطر دارد، یادآوری میکند. بیمار واقعه را توصیف می نماید و درمانگر افکاری را که با شروع و دوام آن مرتبط اند شناسایی می کند. این کار از طریق پرسش سوالاتی نظیر آن چه در زیر آمده است امکان پذیر است.

* در آن موقع چه چیزی به ذهنتان آمد؟
* فکر خاصی به ذهنتان رسید؟

- وقتی شدیدا مضطرب شدید، بدترین چیزی که فکر می کردید ممکن است اتفاق بیافتد، چه بود؟(لطافتی بریس،1389).

**4.افزایش شدید تنش جسمی:**به بیماران میتوان آموزش داد از طریق تمرین آرام سازی، از تشدید تنش جسمی یا شروع حمله ی ناشی از وحشت زدگی، مطلع گردند، بیمار میتواند از این افزایش تنش همانند تغییر حالات روانی، به عنوان نشانه هایی برای توجه و وارسی افکار غیر ارادی خود استفاده کند درمانگر با مشاهده ی افزایش تنش در جسله ی درمان میتواند به افکار اتو ماتیک بیمار پی برد.

**5.تصویر سازی ذهنی یا تخیل:** چنان چه سوالت استقرایی در جهت شناسایی افکار غیر ارادی سودمند نباشد، استفاده از تصویر سازی ذهنی برای باز آفرینی یک موقعیت میتواند مفید باشد. بیمار باید یک موقعیت را تا جایی که می تواند، به وطر صریح در ذهن خود، باز آفرینی کند و پس از چند دقیقه، درمانگر در مورد افکار همراه با یان تجسم ذهنی سوال نماید(لطافتی بریس،1389).

**6. تغییر خلق در جلسه:**در جلسه درمان، معمولا خلق منبع مفیدی برای افکار منفی است. وقتی در جلسه، تغییری در خلق منبع مفیدی برای افکار منفی است. وقتی در جلسه، تغییری در خلق بیمار به وجود آمد، درمانگر این تغییر را به بیمار خاطر نشان میکند سپس از او می پرسد:

- چه فکری به ذهنت رسید؟

- یا راجع به چه موضوعی یا مطلبی فکر می کردی؟

**7. ایفای نقش[[7]](#footnote-7):** برای باز آفرینی یک موقعیت به طور زنده، به منظور دسترسی به افکار منفی مربوط به آن، ایفای نقش از تجسم ذهنی مناسب تر است. از این روش می توان در موقعیت روابط مشکوک با دیگران نیز استفاده کرد. در این حالت، درمانگر نقش کسی ررا که مراجع مشکلات را با او تجربه کرده است، باز ی می کند.

**8. محقق کردن معنای[[8]](#footnote-8) یک رویداد:** بیماران اغلب چنان در مورد رویداد ها صحبت می کنند که گویی این رویدادها سبب بروز ناراحتی و احساس های نا خوشایند در آن ها شده است. درمانگر با مشخص ساختن معناهای شخصی، افکار مربوط به موقعیت را فراخوانی می کند. مثلا وقتی که کار فرما، با توجه به روش اهانت آمیز صحبت می کند برای تو چه معنی دارد؟(لطافتی بریس،1389).

**9. ثبت افکار روزانه(DTR[[9]](#footnote-9)):** کار کردن با این جدول به مراجع اجازه میدهد تا انواع افکار خود را باز بینی کند.

**10. پیشنهاد معکوس(متضاد)[[10]](#footnote-10):** تکنیکی که برای آشکار سازی افکار مربوط به عزت نفس پایین کمک می کند، عبارت است از مطرح کردن پیشنهاد مخالف و متضاد اعتقاد یا فکری که بیمار در مورد حادثه ها یا پدیده های مشخص دارد(لطافتی بریس،1389).

**2-21-مراحل تشخیص افکار خودآیند( اتو ماتیک) منفی**

به طور کلی برای تشخیص افکار اتو ماتیک منفی، لازم است سه مرحله ی زیر را طی کنیم: (لطافتی بریس،1389).

1.تشخیص هیجان های ناخوشایند.

2. تشخیص موقعیتی که این هیجان ها در آن اتفاق می افتد.

3. تشخیص افکار اتو ماتیک مربوط به آن هیجان(لطافتی بریس،1389).

**2-22-تحقیقات انجام شده در داخل**

1. محمدي زاده و احمدآبادي(1387)در بررسي خود به منظور مطالعه هم وقوعي رفتار هاي پرخطر در بين نوجوانان دبيرستا ن هاي شهر تهران 807 دانش آموز را با مقياس خطرپذيري نوجوانان مورد بررسي قرار دادند . نتايج بررسي نشان داد اولا بين تمامي رفتارهاي پرخطر (رانندگي خطرناك، الكل، سيگار، موادمخدر، خشونت و خطرپذيري جنسي) رابطه مثبت و معني داري وجود دارد، ثانياً، الكل، مواد مخدر و داروهاي روان گردان ورفتارها ي پرخطرجنسي به همراه جنسيت پسر و درآمد پايين خانواده، بي ش ترين واريانس خطرپذيري را در نوجوانان تبین می کند.
2. محمدی ترک آباد (1387) پژوهشی با عنوان بررسي مقايسه رابطه بين باورهاي غيرمنطقي و هوش هيجاني در نوجوانان پسر معارض با قانون و عادي شهر يزد، انجام داد. روش تحقيق به دليل عدم دستكاري متغيرها از نوع علي مقايسه‌اي است. براي اين پژوهش تعداد 70 نفر از نوجوانان پسر معارض با قانون مستقر در كانون اصلاح و تربيت شهر يزد با شيوه نمونه‌گيري هدفمند و معادل با جامعه آماري انتخاب گرديدند و برای گروه مقایسه تعداد 70 نفر از دانش آموزان مقطع دبيرستان كه از لحاظ سن با نوجوانان معارض با قانون همتاسازي شدند به طور هدفمند و به شيوه نمونه‌گيري خوشه‌اي چند مرحله‌اي انتخاب گرديدند. نتايج اين پژوهش نشان مي‌دهد، بين نمرات باورهاي غيرمنطقي و هوش هيجاني نوجوانان معارض با قانون رابطه معناداري وجود ندارد. ولي همين رابطه در گروه عادي معنادار است. بين باورهاي غيرمنطقي در نوجوانان معارض با قانون و عادي تفاوت وجود دارد همچنين بين نوجوانان معارض با قانون و عادي در 4 خرده مقياس باورهاي غيرمنطقي ( انتظارات بيش از حد از خود، واكنش همراه با ناكامي، بي‌مسئوليتي هيجاني و وابستگي) تفاوت معنادار بود. بين نمرات باورهاي غيرمنطقي با افکار منفی ورفتار پرخطر نوجوانان معارض با قانون رابطه معناداري وجود دارد. بین نوجوانان معارض با قانون و عادی از نظر ويژگي‌هاي دموگرافيك تفاوت معنادار بود یعنی نوجوانان معارض با قانون از نظر تحصیلات ، شغل و تحصیلات والدین در سطح پایین تری هستند.
3. در پژوهش سلیمانی نیا(1384) نشان داد که شایع ترین رفتارهای پر خطر در میان نوجوانان ، مصرف الکل و پس از آن به ترتیب مصرف سیگار ، رفتار جنسی ناایمن، خشونت، مصرف مواد و اقدام به خودکشی بود. تفاوت میان پسران و دختران در معقوله های مصرف مواد، سیگار و الکل معنادار بود.
4. قاسمی(1373) رابطه بین تفکر غیر منطقی با افسردگی را در بین دانش آموزان مقطع متوسطه شهر تهران مورد بررسی قرار داد و نتیجه گرفت که بین طرز تفکر و افسردگی ارتباط وجود دارد.گروهی که دارای تفکر غیر منطقی بودند ،میانگین نمره افسردگی آنها به طور معنی داری از میانگین نمره افسردگی گروهی که دارای طرز تفکر منطقی بودند بیشتر بود.که این درنهایت با افزایش رفتارهای پرخطر در این دانش آموزان ارتباط معنا داری دارد.

**2-23- تحقیقات انجام شده در خارج**

1. در مطالعه طولی که توسط هاردن وکوئین و تاکر (2012) با نمونه ای به حجم 7675 کودک و نوجوان در سن 10-11 و 16-17 انجام شد نشان داد که هیجان خواهی با افزایش گرایش به بزهکاری همراه است ، وپژوهش درباب تغییر شخصیت نشان می دهد که سطح متوسط هیجان خواهی در دوران کودکی در بزرگسالی افزایش می یابد . علاوه براین تجزیه و تحلیل ژنتیکی رفتاری که بر روی 2562 جفت خواهر وبرادرانجام شد نشان دادکه بیش از 80٪ تفاوت های فردی در تغییر هر دو سطح اولیه از هیجان خواهی و تغییر در هیجان خواهی در دوران بلوغ تحت تاثیر عوامل ژنتیکی است . در نهایت، این افزایش ژنتیکی در هیجان خواهی مهم ترین پیش بینی کننده افزایش بزهکاری بودند، در حالی که مسیرهای زیست محیطی بین هیجان خواهی و بزهکاری از نظر آماری معنی دار نبود.
2. استینبرگ (2008) بیان کرد که گذر از دوران کودکی و نوجوانی به عنوان یک پیامد، از تغییر در زمان بلوغ اجتماعی و سیستم احساسی مغز که منجر به افزایش پاداش جویی، به خصوص در حضور همسالان، توسط بازسازی نمایشی از سیستم دوپامینرژیک مغز انجام می شود، ریسک پذیری را افزایش می دهد.در مرحله بین نوجوانی و بزرگسالی به دلیل تغییرات در سیستم کنترل شناختی مغز - تغییر که بهبود ظرفیت افراد برای خود تنظیمی است، ریسک پذیری کاهش می یابد. این تغییرات در سراسر نوجوانی و جوانی رخ می دهد و در تغییرات ساختاری و عملکردی در قشر جلوی مغز و ارتباط آن به مناطق دیگر مغز دیده می شود.
3. بروک و همکاران(2002)به منظور بررسی ارتباط رفتارهای پر خطر با مشکلات روانی در 2224 دانش آموز در آمریکا ، نشان دادند که بین میزان افسردگی واسترس و افکار خودآیند منفی با رفتار پرخطر رابطه معنا دار وجود دارد. احساسات و افکار ناشی از این دو مشکل با افزایش سطح مصرف دخانیات ، افزایش خشونت ، رابطه جنسی ناایمن و رژیم غذایی ناسالم مرتبط است.
4. یافته های توصیفی اسپرینگر و دیگران(2006) پیرامون رفتارهای پرخطر جوانان دبیرستانی نواحی شهری و روستایی السالوادر نشان میدهد رفتارهای پرخطری که بالاترین سطح گستردگی را دارند عبارتند از :درگیری فیزیکی1/32درصد، تهدید یا مضروب شدن9/19 درصد، احساس ناامیدی وافکار خودآیند منفی و سرخوردگی 2/32درصد، کشیدن سیگار 6/13 درصد، عدم استفاده از کاندوم درآخرین آمیزش جنسی 1/69درصد، دانش آموزان شهری و پسر به طور معنا داری رفتارهای پرخطر بیشتری را گزارش داده بودند. دانش آموزان دختر نیز به طور معنا داری، سطح گسترده تری از احساس نا امیدی و افکارخودایند منفی و سرخوردگی 6/35درصد، فکرخودکشی 9/17 درصد و در رابطه جنسی، آمیزش جنسی اجباری 6/20 درصد، را گزارش داده بودند.
5. کامپوآریاس ودیگران(2008)با هدف تعیین میزان گسترش الگوی رفتارهای پرخطر و عوامل مرتبط با آن در میان دانش آموزان13 تا19 ساله، مطالعه ای پیمایشی انجام داده اند. تحلیل کلی یافته ها نشان داد که 2/12 درصدپاسخگویان حداقل یک الگوی رفتار پرخطر (از قبیل سیگار، سابقه مصرف مواد مخدرتاکنون، آمیزش جنسی قبل از 13 سالگی، مصرف الکل و رژیم نامناسب غذایی) داشتند و متغیرهایی از قیبل علایم افسردگی قابل ملاحظه،باورهای غیر منطقی، مرد بودن و نگرش ضعیف نسبت به مسیحیت با الگوی رفتاری پرخطر مرتبط بود.
6. مطالعه طولی سیقوسدتیرو دیگران2008در اسلند، پیرامون گسترش مصرف مواد در میان نوجوانان، بین دومقطع 1995و 2006 نشان داد که شیوع سیگار کشی روزانه، مصرف الکل و مواد مخدر غیر قانونی، در سال 1998 به اوج خود رسیده بود. در این سال شیوع سیگار کشی روزانه تقریبا 23درصد، مست شدن طی 30 روز گذشته( قبل از تحقیق) 42درصد و مصرف یک یا چند بار حشیش در طول زندگی 17درصد گزارش شده است. در سال 2006، سیگار کشی روزانه به 12 درصد، مصرف الکل طی 30 روز گذشته 25درصد و مصرف حشیش تاکنون به 9درصد تقلیل یافت. تحلیل یافته های کلی حکایت از تقلیل قابل ملاحظه مصرف مواد از سال 1995 تا 2006 دارد. محققان علت این کاهش چشم گیر رادر نتیجه همکاری اجتماعات محلی می دانند در جایی که پژوهشگران، سیاست گذاران و مدیریان اجرایی که با جوانان کار می کننند فعالیت شان را با هم ترکیب کرده اند. بررسی تحقیقات نشان داد که مطالعات رفتارهای پرخطر به طور مقطعی انجام شده و تحولات این رفتارها را طی زمان پوشش نمیدهد. یکی از عمده ترین نقطه ضعف های پژوهش های داخلی به همین مسئله یعنی عدم پایش منظم چنین رفتارهایی بر می گردد. کشورهایی همچون ایسلند و ایالات متحده به طور سالیانه به پایش رفتارهای پرخطر در گروه های سنی نوجوانان می پردازند. مزیت چنین پیمایش های منظمی، پیشگیری و مداخله برای مدیریت چنین رفتارهای پرخطر را نشان می دهد. محققان این پیش رفت را نتیجه همهنگی اجتماعات محلی با برنامه ریزان، پژوهشگران و مدیران اجرایی می دانند.
7. ایتون و دیگران (2006)؛ نظام پایش رفتارهای پرخطر جوانان پروژه جامعی است که سالانه در امریکا اجرا می شود. در این پروژه، شش مقوله رفتار پرخطر در میان جوانان سنجیده می شود. این رفتارها عبارتند از: رفتارهایی که منجر به آسیب ها یا انحراف غیر عمدی می شود، مصرف توتون، الکل، و دیگر مواد، رفتارهای جنسی که منجر به حاملگی های ناخواسته یا انتقال بیماری می شود، رژیم غذایی غیر بهداشتی و عدم فعالیت فیزیکی. در این جا بخشی از گزارش پروژه نظام پایش رفتارهای پرخطر که مربوط به سال های 2004 تا 2006 می شود ارایه می گردد. در ایالات محده امریکا 71درصد همه مرگ و میرهای افراد 10 تا 24 ساله ناشی از چهار عامل است: تصادف با موتور، دیگر آسیب های غیر عمدی، قتل و خودکشی. نتایج گزارش سال 2005 نشان داد که طی 30 روز قبل از پیمایش، دانش آموزان دبیرستانی زیادی مرتکب رفتارهایی شدند که احتمال افزایش مرگ آنها از چهار علت بوده: 9/9 درصد ماشین یا وسیله نقلیه دیگری رادر حالت مستی رانده بودند. 5/18 درصد آنها اسلحه حمل کرده بودند، 3/43درصد الکل مصرف کردهو 2/20 درصد نیز ماری جوانا مصرف کرده بودند. علاوه براین در طول 12 ماه قبل از پیمایش، 9/35 درصد دانش آموزان دبیرستانی درگیری فیزیکی داشتند و 4/8 درصد آن ها تلاش کرده بودند تا خودکشی کنند. بیماری های حاد و مسائل اجتماعی در بین جوانان از حاملگی های ناخواسته و بیماری های واگیر داری از قبیل ایدز ناشی می شد. در سال2005، 8/46درصد دانش آموزان دبیرستانی سابقه ارتباط جنسی داشتند. 1/2 درصد نیز مواد غیر قانونی تزریق کرده بودند. بخش دیگری از یافته های پروژه نظام پیمایش رفتارهای پر خطر نشان میدهد. که 23درصد دانش آموزان دبیرستانی صی 30 روز قبل از پیمایش سیگار کشیده بودند.

**منابع فارسی:**

احمدي امین، ابراهيمي منصور(1391). بررسي عوامل اجتماعي مرتبط با نگرش دختران به رفتارهاي بزهکارانه: مطالعه موردي شهر گرگان پويندگان حق 9:26-50.

باریکانی، آمنه(1387). رفتار های پرخطر در نوجوانان مدارس راهنمایی و دبیرستان های شهر تهران.مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. 14(2)، ص­ص، 192-198

باوی، ساسان (1388). اعتیاد: انواع مواد، سبب شناسی، پیشگیری، درمان. اهواز: نشر دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.

مددی،عباس ونوغانی،فاطمه (1384). اعتیادوسوءمصرفموادمخدر . تهران: جامعهنگر.

برژره،ژان (1986).اعتیاد و شخصیت . ترجمه توفان گرگانی (1368). تهران: سازمان انتشارات و آموزش انقلاب اسلامی.

خدایاری فرد، محمد(1383). مسائل نوجوانان وجوانان.تهران: انتشارات انجمن اولیا ومربیان.

بدار،لوکودزیل،ژوزهولامارش،لوک؛ندارد. روان‌شناسیاجتماعی،حمزهگنجی،تهران،( 1389)،ساوالان،چاپهفتم.

بنسون،هربرتواستوارت،ايلين.ندارد.حالخوش. ترجمهقراچه‌داغی،مهدی. (1392). تهران: نشرشباهنگ

بروس،كوئن؛ندارد.مبانیجامعه‌شناسی،غلام عباستوسلیورضافاضل،(1388).تهران،سمت،چاپبیستودوم.

بوستانی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد، شماره اول، سال نهم ، صص1-31.

تقی پور،منوچهر( 1377). باورهای غیر منطقی وآشفتگی های روانی، بهداشت جهان3،(12).

تقیپور،منوچهر،(1378).

(1384). رفاهاجتماعی، 5. 19. 9-29.

روشبلاو،آنماریوبورفیون،اُدیل؛ندارد.روان‌شناسیاجتماعی،سیدمحمددادگران،(1371)،تهران،مروارید،چاپدوم.

ریچارد، شارف،ندارد.نظریه های روان درمانی و روانشناسی، ترجمه مهرداد فیروز بخت،( 1392).تهران، نشر رسا.

زاده محمدي،علی واحمدآبادي،زهره. (1387).

رمضانی،حبیب اله(1383).اعتیاد، علل، گرایش، پیشگیری و راه های درمان.پایان نامه کارشناسی ارشد علوم تربیتی. دانشگاه اهواز، ص­ص44-59.

[رشيدي، فرنگيس](http://fa.journals.sid.ir/SearchPaper.aspx?writer=107004)،[احقر، قدسي](http://fa.journals.sid.ir/SearchPaper.aspx?writer=55689)،[شفيع آبادي، عبداله](http://fa.journals.sid.ir/SearchPaper.aspx?writer=14613)(1389).نقش باورهاي غيرمنطقي بر سلامت روان دانش آموزان دختر دوره متوسطه شهر تهران،[نوآوري هاي مديريت آموزشي (انديشه هاي تازه در علوم تربيتي)،](http://fa.journals.sid.ir/JournalList.aspx?ID=3971)دوره 5، شماره2(مسلسل18)،صص49-65.

سکاران، اوما،(1391).روش های تحقیق در مدیریت، محمدصائبی و محمود شیرازی، مرکز آموزش مدیریت دولتی، چاپ یازدهم، تهران.

سنجری،احمدرضا،( 1388.

[سليماني نيا، ليلا](http://fa.journals.sid.ir/SearchPaper.aspx?writer=8220)؛[جزايري عليرضا](http://fa.journals.sid.ir/SearchPaper.aspx?writer=8137)؛[محمدخاني پروانه](http://fa.journals.sid.ir/SearchPaper.aspx?writer=8185)(1384). نقش سلامت روان در ظهور رفتارهاي پر خطر نوجوانان، مسایل کودکان و نوجوانان ایران،[دوره 5، شماره 19 ،صص75-90.](http://fa.journals.sid.ir/JournalListPaper.aspx?ID=10913)

شفيع آبادي، عبدالله و غلامرضا ناصري. (1380).***نظريه هاي مشاوره و روان درماني***. تهران: مركز نشر دانشگاهي.

صفاری نیا، مجید؛ علمی مهر، مرجان؛ حشتمی، حسن؛ علی مهر، فرشید،( 1391). مقایسه حمایت اجتماعی و باورهای غیر منطقی در حوادث کار شرکت توزیع برق خراسان شمال، فصلنامه روانشناسی صنعتی/سازمانی، سال سوم، شماره 12،صص 43-52.

عبدی زرین، سهراب؛ آقا یوسفی، علیرضا؛ عبدی زرین، محبوبه؛ محمدی، الهام؛ جوادی، رحم خدا، (1387). نقش ساختار شخصیت و احساس هویت در سلامت روانی و کارایی مطلوب در کارمندان شهرداری شهر قم، فصلنامه پژوهشی دانشکده بهداشت یزد، سال هفتم ، شماره سوم و چهارم ،صص 31-40.

فلاح زاده، علی و همكاران (1380). پيشگيری از اعتياد. اهواز. انتشارات مشترک بهزيستی و نهضت سواد آموزی. استان خوزستان

کریمی،یوسف؛(1389).روان‌شناسیاجتماعی،تهران،انتشاراتدانشگاهپیامنور،‌چاپدوازدهم.

كریستنسن،یانوواگنر،هاگوهالیدی،سباستین؛ندارد.روان‌شناسیعمومی،ابولقاسمبشیریودیگران،(1385).قم،موسسهآموزشیوپژوهشیامامخمینی،چاپاول،ص504.

کریمی، محمد؛ نیکنامی، شهرام؛حیدرنیا، علی (1383). تاثیر برنامه آموزش بهداشت بر رفتارها يپیشگیري کننده از ایدز در زندان، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، 8(30)، ص­ص 37 ـ 29

گرمارودي،غلامرضا؛مكارم،جليل؛علوي،سيدهشهره؛عباسي،زينب،(1388).

گلپرور، محسن. آتش پور ، سید حمید. آقایی ، اصغر(1381).روان شناسی اعتیاد. اصفهان: نشر دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.

گل‌پرور، محسن، منوچهر كامكار و سارا جوادي.(1386).«رابطه باورهاي دنياي عادلانه براي خود و ديگران با سلامت عمومي، رضايت از زندگي، عاطفه مثبت و منفي و افكار خودكار، *دانش و پژوهش در روانشناسي كاربردي*، 31.

لارنس پروین، الیور جان،(1392).[شخصیت: نظریه و پژوهش](http://www.adinehbook.com/gp/product/9647006705/ref%3Dsr_2_1000_1/831-8664658-1790628)، ترجمه محمدجعفر جوادی و پروین کدیور، نشر آییژ،چاپ چهارم، تهران.

[لطافتی بریس،رامین.(1389). تشخیص افکار اتوماتیک منفی، مشاوره، دوره ی 5، شماره 6، صص26- 29.](http://www.noormags.ir/view/fa/creator/15275/%D9%81%D8%B1%D8%AD_%D9%84%D8%B7%D9%81%DB%8C_%DA%A9%D8%A7%D8%B4%D8%A7%D9%86%DB%8C)

[لطافتی بریس،رامین؛(1389). مداخلات شناختی و شیوه های درمان و زیر سوال بردن: افکار اتوماتیک منفی،مجله رشد مشاور مدرسه، شماره 20، صص20 تا 23.](http://www.noormags.ir/view/fa/creator/15275/%D9%81%D8%B1%D8%AD_%D9%84%D8%B7%D9%81%DB%8C_%DA%A9%D8%A7%D8%B4%D8%A7%D9%86%DB%8C)

[لطفی کاشانی،فرح](http://www.noormags.ir/view/fa/creator/15275/%D9%81%D8%B1%D8%AD_%D9%84%D8%B7%D9%81%DB%8C_%DA%A9%D8%A7%D8%B4%D8%A7%D9%86%DB%8C)؛( 1387).[تاثیر مشاوره ی گروهی مبتنی بر رویکرد رفتاری - شناختی در کاهش نگرش هایناکارآمد](http://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/488761/%D8%AA%D8%A7%D8%AB%DB%8C%D8%B1-%D9%85%D8%B4%D8%A7%D9%88%D8%B1%D9%87-%DB%8C-%DA%AF%D8%B1%D9%88%D9%87%DB%8C-%D9%85%D8%A8%D8%AA%D9%86%DB%8C-%D8%A8%D8%B1-%D8%B1%D9%88%DB%8C%DA%A9%D8%B1%D8%AF-%D8%B1%D9%81%D8%AA%D8%A7%D8%B1%DB%8C---%D8%B4%D9%86%D8%A7%D8%AE%D8%AA%DB%8C-%D8%AF%D8%B1-%DA%A9%D8%A7%D9%87%D8%B4-%D9%86%DA%AF%D8%B1%D8%B4-%D9%87%D8%A7%DB%8C-%D9%86%D8%A7%DA%A9%D8%A7%D8%B1%D8%A2%D9%85%D8%AF)*،* مجله اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی، شماره 8،صص 67-78.

محمدي ترک آباد ، فاطمه،(1387).بررسي مقايسه رابطه بين باورهاي غير منطقي و هوش هيجاني در نوجوانان پسر بزهکار و عادي شهر يزد, دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.پایان نامه کارشناسی ارشد .

ملکشاهی، فریده؛ مومن نسب، مرضیه(1386). تاثیر برنامه آموزش پیشگیري از رفتارهاي پرخطر بر آگاهی و نگرش مربیان بهداشت مدارس ابتدایی خرم آباد. فصلنامه علمي پژوهشي دانشگاه علوم پزشكي لرستان (یافته). 9(2). ص­ص 47-54.

هاتون، كرك و سالكووس كلارك، **رفتاردرماني شناختي**(جلد اول)،ترجمه حبيب الله قاسم زاده (1380) .انتشارات ارجمند تهران.

**منابع انگلیسی:**

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifyingtheory of behavioral change. Psychological Review, 84, 191–215.

Beck, A.T, Rush, A.J., Shaw , B.F., & Emery , G.( 1979) .Cognitive therapy of depression. Newyork : Guilford

Bergman, M. M ,& Scott, J.(2001). Young Adolescents , Well –Being and health – risk Behaviors: Gender and Socioeconomic Diffrences. Journal of Adolescence, 24.

Bogg T, Roberts BW.(2004). Conscientiousness and health-related behaviors: A meta-analysis of the leading behavioral contributors to mortality. Journal of Psychological Bulletin 130:887-19.

Brooks, T. L. Harris, S. K. Thrall, J. S. Woods, E.R. (2002),Association ofAdolescent Risk Behaviors with Mental Health Symptoms in HighSchool Students, Journal of 31 (3):240-246

Bruce D., dart M (1975). Contemporary lssues inadolesccentdevelopment. Harper & row publishers, inc.

Bullock S, Room R. (2004)Alcohol consumption by adolescents and young adults. WHO book,

Campo-Arias,A,.Cogollo,Z,&C,E.(2008). Risk behavior for health in young students: P revalence and associated factors. ,Salud Uninorte. Barranaquilla,24(2),226-234.

Cherpite CJ, Borges G, Giesbrecht N,Hungerford D, Peden M, Poznyak V, et al. (2009).Alcohol And Injuries: Emergency DepartmentStudies in an International Perspective.Switzerland: WHO Press.

Curran, EM. (2007), the relationship between social capital andsubstance use by high school students, Journal of alcohol & drugeducation, 7(2) 59-73.

Dahlen ER, Martin RC, Ragan K, Kuhlman MM.(2005 )Driving anger, sensation seeking, impulsiveness, and boredom proneness in the prediction of unsafe driving. Journal of accident Analysis and Prevention;37:341-48.

Eaton,D.K.et al.(2006)."Youth risk behavior surveillance United,,Morbidity and Mortality,55(5):1-108.

Farhoudian A. (2002). Individual differences inattitude structure.*New Find Cogn Sci*, 4: 64.

Gullone E, Moore S.(2000). Adolescent risk-taking and the five-factor modelof personality. Journalof Adolescents ,23:393-407.

Harden Paige, Patrick D. Quinn, Elliot M. Tucker-Drob Article .(2012). Genetically influenced change in sensation seeking drives the rise of delinquent behavior during adolescence. January,Volume 15, Issue 1 , Pages i–ii, 1–164.

Hassan.f ,.Eldefrawi,M.H,(1996).Smoking among students of Suez Canal University Egyptian. Jurnal of PsychiatryT19,49-60.

Jessor, R. (1992), Risk behavior in adolescence: A psychosocial frameworkfor understanding and action, Developmental Review, 12, 374-390.

Juan-Pablo,g. & Stefan,M.(2004).Sexual risk behavior among adolescence: The role of socioeconomic and demographic household characteristics. Mexico: Global Forum for Health Research Forum

Kimberly K., Nicholas A., Hazel BA., Mariann Z., Wambodt MD.(2005) bPredictors of body dissatisfaction in boysand girls with asthma. Journals of Pediatric Pcychology 30(6), 522-531.

Lindberg L. D., Boggess, S., & Williams, S. (2000). Mult iplethreats: The co-occurrence of teen healt h ri sk-behavi ors.

Lindberg, LD. Boggest, S. Williams, S. (2000), Multiple Threat: The Co-occurrence of Teen Health Risk Behaviors,The Urban Institute.

Maher F.( 2004). Risky behaviors in leisure’s youth:procedures and patterns. Journal of Youth Studies; 6:118-43.[Persian].

Malekshahi F, Moumannasab M.(2007).The effects of high risk behaviors prevention educational program on the knowledge end attitude of schoolhealth trainers in Khorram-Abad. *Journal* ofLorestan University of Medical Sciences ,9(2):47-54.[Persian].

Mandic,I.v;Perunicic,B.Lukic,I.Rakovic,S.Marjanovic,D.LecicToseveski.(2010).Irrationalbeliefs of patients with major depressive disorder European Psychiatry, 25,1, 281.

Markey CN, Markey PM,Tinsley BJ.(2003).Personality, puberty, and preadolescent girls’ risky behaviors: Examining the predictive value of the Five-Factor Model of personality. Journal of Research Personality 37:405-19.

Marquez, M. P., & Galban, N. (2004). Getting hotter, going wilder? Changes in sexual isktakingbehavior among Filipino youth. Paper presented at the 7th InternationalConference on Philippine Studies, Leiden, The Netherlands. 16-19 .

Mullen J.( 2004). Investigating factors that influenceindividual safety behavior at work.Journal ofSafety Research. 35(3):275-85

Niilin- Yii. (2002).The application of Cognitive- bihavioral therapy to counselingchines.American journal of hotherapy. New York. 56, Iss.1; g 46, 13.

Olds, R,Thombs, D.(2001).The relationship of adolescent perception of peer norms and parent involvement to eigarette and school use. Journal of School Health; 71: 223-28.

Parsa, M.(1993).Psychology of human learning theories.Tehran: Besat.P.65.[Persian]

Reininger, BM. Evans, AE. Griffin, SF. Sanderson, M. Vincent, ML. Valois, RF. Parra-Medina, D.(2005), Predicting Adolescent Risk Behaviors Basedon an Ecological Framework and Assets, American Journal of HealthBehaviors, 29(2):150-61

Rolison, M. R & Scherman, A, (2002).Factors influencing adolescents' decisions to engage inrisk-taking behavior, Journal of Adolescence, 37(147), 585-597.

Sheppard, B. H., Hartwick, J., & Warshaw, P.R. (1998), the theory ofreasoned action: A meta-analysis of past and future research, Journalof consumer Research, (15): 325-343.

Sigfusdottir.I.D.,Kristjansson,A.L.,Thorlindsson,T.,&Allegrante.J.P. (2008) ,Trends in prevalence of substance use among Icelandic adolescents". 1995-2006". Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy,3:12. (<http://www.Substanceabusepolicy.com/content/3/1/12>).

Springer,A.E.,Selwyn,B.J.,&Helder,S.H.(2006)."A descriptive studyof youth risk behavior in urban and and ruralsecondary scool students in El Salvador."BMC International Health and Human Rights, 6:3(<http://www.biomedcentral.com/1472-698x//3>).

Wright, D.R. Fitzpatrick, K.M. (2004), Psychosocial correlates of substanceuse behaviors among African American youth Adolescence

Zarei E. (2010) Relationship between parent childrearing practices and high risky behavior on basisof Cloninger's scale.*Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*; 18(3):220-24.[Persian].

Zuckerman, M., Eysenck, S. & Eysenck, H.I, (1978). Sensation-seeking in England andAmerica: Crosscultural, age, and sex comparisons. Journal of Consulting and ClinicalPsychology, 46, 139-149.

1. .Automatic thoughts [↑](#footnote-ref-1)
2. .Beck [↑](#footnote-ref-2)
3. . Haga [↑](#footnote-ref-3)
4. . Teasdale [↑](#footnote-ref-4)
5. .Houghton [↑](#footnote-ref-5)
6. . Beck, A.T [↑](#footnote-ref-6)
7. . Role Play [↑](#footnote-ref-7)
8. . Mining [↑](#footnote-ref-8)
9. . Dysfunctional Thought Record [↑](#footnote-ref-9)
10. . Suggesting the opposite [↑](#footnote-ref-10)