

## اختلالات عاطفی رفتاری همبود با اختلال افسردگی کودکان

نسربین انصاری<sup>۱</sup>، دکترمجید یوسفی لویه<sup>۲</sup>، دکتر علی دلاور<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری رشته روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه آزاد واحد تهران مرکز، ایران
۲. استادیار و عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد واحد تهران مرکز، ایران
۳. استاد و عضو هیئت علمی دانشگاه علامه طباطبایی تهران، ایران

مجله پیشرفت های نوین در علوم رفتاری، دوره اول، شماره سوم، دی ماه ۱۳۹۵، صفحات ۳۷-۲۲

### چکیده

هدف بررسی اختلال های رفتاری - عاطفی همبود با اختلال افسردگی کودکان و روش پژوهش، زمینه یابی بوده است. بدین منظور، پرسشنامه- ASEBA (آخنباخ) بر اساس نمونه گیری تصادفی بر روی ۵۷۰ نفر از دانش آموزان شهرستان ایلام اجرا گردید که از بین آنها ۱۹ نفر علائم افسردگی را نشان دادند. در ادامه برای شناسایی اختلال های عاطفی- رفتاری این آزمودنی ها از پرسشنامه ی CSI\_4 (فرم والد) استفاده شد. برای بررسی تفاوت همبودی بین دو گروه افسرده و عادی، پرسشنامه ی CSI\_4 (فرم والد بر روی ۳۸ نفر از دانش آموزان عادی اجرا و نتایج آنها بررسی شد. تحلیل آماری (خی دو) نشان داد که افسردگی کودکان با اختلال های لجبازی و نافرمانی ( $P < 0/01$ )، سلوک ( $P < 0/05$ )، اضطراب فراگیر ( $P < 0/01$ )، اضطراب جدایی ( $P < 0/01$ ) و وسواس اجباری ( $P < 0/01$ ) همبودی دارد.

**واژه های کلیدی:** اختلال های رفتاری - عاطفی ( اختلالات لجبازی - نافرمانی، سلوک، اضطراب فراگیر، اضطراب جدایی و وسواس اجباری)، اختلال افسردگی کودکان و همبودی.

## مقدمه

افسردگی که اغلب بر اثر سهل انگاری، ضعف یا نقص شخصیتی تلقی می شود یک بیماری جدی است که می تواند زندگی شخص افسرده، خانواده و دوستان وی را مختل کند و باعث بروز مشکلات جسمانی و هیجانی شود. اما این اختلال فقط مختص بزرگسالی نیست. افسردگی از شایعترین اختلال هایی است که در کودکی شناخته شده است و کودکانی که در معرض خطر ابتلا به افسردگی قرار دارند، چه درباره مشکلات شخص خود و چه درباره مشکلات جهان بدترین سناریوی ممکن را به ذهن می آفرینند. آنها به واسطه مسائل خارج از کنترل خودشان را افسرده می کنند. افسردگی کودکی ممکن است به عوامل شیمیایی، روان شناختی یا ترکیبی از هر دو مربوط باشد. برخی از کودکان افسرده، نشانه های کلاسیک افسردگی شامل غمگینی، اضطراب، بیقراری و مشکلات در خوردن و خوابیدن را نشان می دهند. در حالی که برخی دیگر از کودکان افسرده مشکلات و دردهای جسمانی را نشان می دهند که به درمانهای متداول پاسخ نمی دهند. هر چند که تشخیص افسردگی به مصاحبه و نوع ابزارهای سنجش نیز بستگی دارد. افسردگی یکی از اختلال هایی است که به میزان زیادی با اختلالهای دیگر همراه یا همبود می شود. مراد از همبودی آن است که اختلال های ویژه ای همزمان با هم در یک فرد روی می دهد. مفهوم همبودی در دانش روانپزشکی بسیار مهم است. به زبانی دیگر یک فرد افسرده معمولاً به اختلال های روانی دیگری هم مبتلا خواهد شد. یک کودک که پیش از آن یک بیماری روانی مزمن داشته است مبتلا به افسردگی می شود و بالعکس. بخشی از افسردگی هنگام ابتلا به یک یا چند اختلال دیگر روی می دهد بنابراین کودک، در عمل نشانه های دو یا سه اختلال روانی را در یک برهه از زمان نشان می دهد. حدود ۴۰ تا ۷۰ درصد از کودکان مبتلا به افسردگی شدید، اختلالات رفتاری-عاطفی همبود دارند. اختلالهای رفتاری-عاطفی گوناگونی با اختلال افسردگی کودکی همبود می شود. با توجه به آمار رو به افزایش افسردگی کودکی از یک سو و اهمیت افسردگی کودکی در سلامت روانی بزرگسالی از سوی دیگر، کوشش بر آن است که در این پژوهش به بررسی اختلال های همبود با افسردگی کودکی پرداخته شود. هدف از پژوهش دردست، شناسایی و تعیین میزان اختلالهای رفتاری و عاطفی همبود با اختلال افسردگی کودکی است. اختلال های مختلفی با اختلال افسردگی کودکی همبود می شود. این اختلال ها شامل اختلال های سلوک، نافرمانی-لجبازی، اضطراب جدایی، اضطراب فراگیر، بیش فعالی و نقص توجه، وسواس اجباری و گاهی هم اختلال های شخصیت، اسکیزوفرنی و اختلال خوردن می باشد. با توجه به نقش عوامل محیطی در بروز اختلال های روانی کودکی از جمله افسردگی، شناسایی اختلال های همبود با افسردگی در بخشی از جامعه ایران می تواند ضمن آشکارسازی وضع موجود، توجه متخصصان و دست اندر کاران ذیربط را به سطح سلامت و بهزیستی روان شناختی کودکان و آینده سازان این جامعه معطوف نماید.

## فرضیه های پژوهش

در پژوهش حاضر پنج فرضیه مورد آزمون قرار گرفته است که شامل موارد زیر است:

- ❖ بین افسردگی کودکی و اختلال لجبازی و نافرمانی همبودی وجود دارد.
- ❖ بین افسردگی کودکی و اختلال سلوک همبودی وجود دارد.
- ❖ بین افسردگی کودکی و اختلال اضطراب فراگیر همبودی وجود دارد.
- ❖ بین افسردگی کودکی و اختلال اضطراب جدایی همبودی وجود دارد.
- ❖ بین افسردگی کودکی و اختلال وسواس اجباری همبودی وجود دارد.

## روش پژوهش

جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه دانش آموزان دختر و پسر پایه های اول تا پنجم ابتدایی شهرستان ایلام را تشکیل می دهد.

جدول ۱: اطلاعات کلی آزمودنی ها

جنسیت	پایه تحصیلی						تعداد	فراوانی آزمودنی ها	
	پسر	دختر	پنجم	چهارم	سوم	دوم			اول
	۱۱	۸	۴	۴	۴	۳	۴	۱۹	دانش آموزان افسرده
	۲۲	۱۶	۸	۸	۷	۷	۸	۳۸	دانش آموزان عادی

اطلاعات مربوط به تعداد کل آزمودنی ها، پایه تحصیلی و جنسیت را در دانش آموزان افسرده و عادی در جدول بالا ارائه شده است. آزمودنیهای این پژوهش ۵۷۰ نفر از دانش آموزان دختر و پسر پایه اول تا پنجم ابتدایی شهرستان ایلام می باشند که به روش تصادفی چند مرحله ای انتخاب و در پژوهش شرکت داده شدند. به این ترتیب که با هماهنگی چند مدرسه ابتدایی دخترانه و پسرانه نخست سیاهه رفتاری کودک برای سنین ۶ تا ۱۸ سال آخنباخ (ASEBA)<sup>۱</sup> بر روی دانش آموزان دختر و پسر پایه اول تا پنجم اجرا شد و دانش آموزان افسرده گزینش شدند و سپس پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) برای بررسی اختلال های رفتاری\_ عاطفی همبود با اختلال افسردگی در این کودکان اجرا شد و اختلال های همبود در آنها سنجیده شد. در ادامه برای مقایسه میزان این همبودی در کودکان افسرده و عادی ۳۸ نفر از دانش آموزان عادی به صورت تصادفی انتخاب شده و

<sup>۱</sup> Achenbach system of empirically based assessment

پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) بر روی آن‌ها اجرا شد و نتایج میزان همبودی اختلال‌های روانشناختی هر دو گروه با هم مقایسه گردید.

### ابزارهای اندازه‌گیری

در پژوهش در دست، از دو آزمون به عنوان ابزارهای اندازه‌گیری استفاده شده است که شامل آزمون آخنباخ (ASEBA) و پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) می‌باشند. از سیاهه رفتاری کودک آزمون آخنباخ (ASEBA) برای گزینش کودکان افسرده و از پرسشنامه علائم مرضی کودکان به منظور بررسی اختلال‌های رفتاری - عاطفی همبود در این گروه از کودکان استفاده شد.

### روش گردآوری داده‌ها

برای گردآوری داده‌ها از فرم CBCL آزمون ASEBA (آخنباخ) و فرم والد پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) استفاده شد. فرم CBCL آزمون ASEBA (آخنباخ) به منظور شناسایی آزمودنی‌های افسرده، بر روی ۵۷۰ نفر از دانش‌آموزان پایه‌های اول تا پنجم شهرستان ایلام اجرا شد، در ادامه برای شناسایی اختلال‌های رفتاری - عاطفی همبود با افسردگی در این دانش‌آموزان از فرم والد CBCL آزمون ASEBA (آخنباخ) استفاده گردید. آزمودنی‌ها به صورت تصادفی از سه مدرسه پسرانه شهید قیصر بیگی، شهید احمد خمینی، شهید نارنجی و یک مدرسه دخترانه عصمت انتخاب شدند. پس از اجرای فرم CBCL آزمون ASEBA (آخنباخ)، ۱۹ نفر از کودکان افسرده شناسایی شدند. سپس پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) بر این گروه از کودکان اجرا و اختلال‌های رفتاری - عاطفی همبود با افسردگی شان بررسی شد. در ادامه همین پرسشنامه بر ۳۸ نفر از کودکان عادی نیز اجرا شد و اختلال‌های رفتاری - عاطفی این کودکان هم مورد بررسی قرار گرفت و نتایج میزان اختلال‌ها در دو گروه مورد مقایسه شد. برای تحلیل داده‌ها از فنون آماری توصیفی و آزمون‌های دو<sup>۲</sup> استفاده شد.

### توصیف داده‌ها

داده‌های پژوهش حاضر به صورت زیر است:

۱. عملکرد آزمودنی‌های افسرده و عادی به تفکیک پایه تحصیلی در خرده‌مقیاس افسردگی فرم CBCL پرسشنامه‌ی ASEBA (آخنباخ).

<sup>2</sup> Chi-square test

۲. عملکرد آزمودنی های افسرده و عادی به تفکیک جنسیت در خرده مقیاس افسردگی فرم CBCL پرسشنامه ی ASEBA (آخبناخ).

۳. عملکرد آزمودنی های افسرده در پرسشنامه ی علائم مرضی کودکان CSI\_4 (فرم والد).

۴. عملکرد آزمودنی های عادی در پرسشنامه ی علائم مرضی کودکان CSI\_4 (فرم والد).

۱- عملکرد آزمودنی های افسرده و عادی به تفکیک پایه تحصیلی در خرده مقیاس افسردگی فرم CBCL آزمون آخبناخ (ASEBA).

جدول ۲: توزیع فراوانی آزمودنی ها به تفکیک پایه تحصیلی

دانش آموزان عادی			دانش آموزان افسرده		
درصد فراوانی	فراوانی	پایه تحصیلی	درصد فراوانی	فراوانی	پایه تحصیلی
۲۱/۱	۸	اول	۲۱/۱	۴	اول
۱۸/۴	۷	دوم	۱۵/۸	۳	دوم
۱۸/۴	۷	سوم	۲۱/۱	۴	سوم
۲۱/۱	۸	چهارم	۲۱/۱	۴	چهارم
۲۱/۱	۸	پنجم	۲۱/۱	۴	پنجم
۱۰۰	۳۸	مجموع	۱۰۰	۱۹	مجموع

جدول ۲: توزیع فراوانی آزمودنی ها به تفکیک پایه تحصیلی را نشان می دهد.

با توجه به داده های به دست آمده (نمره خام، رتبه درصدی و نمره T) در فرم CBCL آزمون آخبناخ (ASEBA) دانش آموزان افسرده شناسایی شده و در مرحله بعد از آزمون CSI\_4 به منظور برآورد اختلال های عاطفی رفتاری همبود با افسردگی کودکی استفاده شد.

پس از اجرای آزمون فوق، مشخص گردید که ۵۱ نفر از آزمودنی ها به اختلال افسردگی مبتلا نیستند. از بین این گروه از آزمودنی ها، ۳۸ نفر به صورت تصادفی انتخاب و به منظور بررسی میزان همبودی در هر دو گروه آزمون  $CSI_4$  (فرم والد) بر روی آن ها اجرا شد که نتایج آن در ذیل ارائه می گردد.

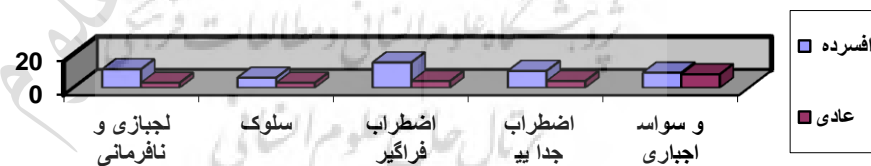
### ۳- عملکرد آزمودنی ها در پرسشنامه $CSI_4$ (فرم والد)

جدول ۳: توزیع فراوانی آزمودنی ها بر اساس ابتلا به هر یک از اختلال های رفتاری - عاطفی

اختلال عاطفی رفتاری آزمودنی ها	اختلال لجبازی و نافرمانی	اختلال سلوک	اختلال اضطراب فراگیر	اختلال اضطراب جدایی	اختلال وسواس اجباری
دانش آموزان افسرده	۱۱	۶	۱۵	۱۰	۹
دانش آموزان عادی	۳	۳	۴	۴	۸

جدول ۳: نشان می دهد که اختلال اضطراب فراگیر بالاترین فراوانی و اختلال سلوک پایین ترین فراوانی اختلال های رفتاری - عاطفی را در بین دانش آموزان افسرده دارد. در بین دانش آموزان عادی بالاترین فراوانی اختلال های رفتاری - عاطفی مربوط به اختلال وسواس اجباری و پایین ترین فراوانی مربوط به اختلال لجبازی و نافرمانی و اختلال سلوک می باشد.

شکل ۱: نمودار توزیع فراوانی نمره ی آزمودنی ها بر اساس ابتلا به اختلال های رفتاری - عاطفی



### 4 - عملکرد آزمودنی های افسرده در پرسشنامه $CSI_4$ (فرم والد) بر اساس نوع اختلال در زیر آمده است:

۱. نمرات اختلال لجبازی و نافرمانی آزمودنی ها در پرسشنامه  $CSI_4$  (فرم والد) نشان می دهد که ۱۱ نفر از آزمودنی ها مطابق با نمره برش ( $\geq 4$ ) دارای این اختلال بودند.

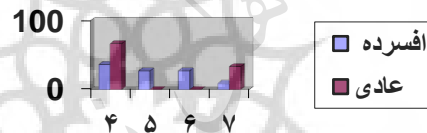
۲. نمرات آزمودنی ها در خرده مقیاس اختلال سلوک پرسشنامه CSI\_4 ( فرم والد) نشان می دهد که ۶ نفر از آزمودنی ها مطابق با نمره برش ( $\geq 3$ ) دارای اختلال مذکور بودند.

۳. نمرات اضطراب فراگیر آزمودنی ها در پرسشنامه CSI\_4 ( فرم والد) نشان می دهد که ۱۵ نفر از آزمودنی ها مطابق با نمره برش ( $\geq 3$ ) دارای این اختلال بودند.

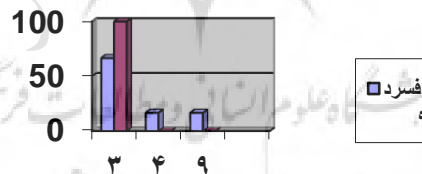
۴. نمرات اضطراب جدایی آزمودنی ها در پرسشنامه CSI\_4 ( فرم والد) نشان می دهد که ۱۰ نفر از آزمودنی ها مطابق با نمره برش ( $\geq 3$ ) دارای این اختلال بودند.

۵. نمرات به دست آمده از دانش آموزان در ارتباط با اختلال وسواس اجباری در پرسشنامه CSI\_4 ( فرم والد) نشان می دهد که ۹ نفر از آزمودنی ها به این اختلال مبتلا بودند.

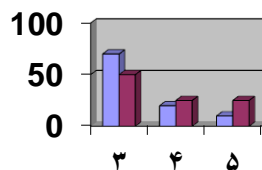
شکل ۲: نمودار توزیع فراوانی نمره‌ی آزمودنی ها بر اساس ابتلا به اختلال لجبازی \_ نافرمانی



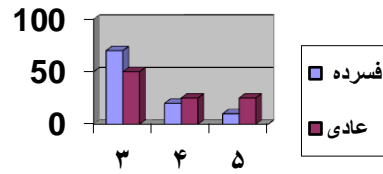
شکل ۳: نمودار توزیع فراوانی نمره‌ی آزمودنی ها بر اساس ابتلا به اختلال سلوک



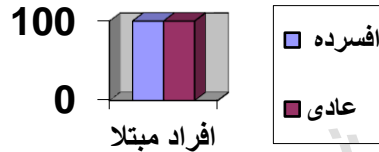
شکل ۴: توزیع فراوانی نمره‌ی آزمودنی ها بر اساس ابتلا به اختلال اضطراب فراگیر



شکل ۵: نمودار توزیع فراوانی نمره‌ی آزمودنی ها بر اساس ابتلا به اختلال اضطراب جدایی



شکل ۶: نمودار توزیع فراوانی نمره‌ی آزمودنی‌ها بر اساس ابتلا به اختلال و سواس اجباری



بخش دوم: تحلیل استنباطی داده‌ها

فرضیه اول: بین افسردگی کودکی و اختلال لجبازی\_ نافرمانی همبودی وجود دارد.

جدول ۳: میزان ابتلا به اختلال لجبازی\_ نافرمانی و افسردگی در آزمودنی‌ها

کل	لجبازی و نافرمانی		افسرده	عادی
	دارد	ندارد		
۳۸	۳	۳۵	ندارد	
۱۹	۱۱	۸	دارد	
۵۷	۱۴	۴۳	کل	

جدول فوق نمایانگر میزان ابتلای کلی هر دو گروه نمونه به اختلال لجبازی\_ نافرمانی می‌باشد.

جدول ۴: تحلیل خی دو مربوط به افسردگی و لجبازی\_ نافرمانی

سطح معنی داری	درجه آزادی	میزان $\chi^2$	$\chi^2$ پیرسون
۰/۰۰	۱	۱۷/۰۹	



با توجه به جدول فوق و میزان  $\chi^2$  دو (17/09) می توان گفت که تفاوت معناداری بین  $\chi^2$  دو مشاهده شده و  $\chi^2$  دو متناظر (در سطح  $\alpha=0/01$ ) وجود دارد و می توان گفت که بین اختلال لجبازی و نافرمانی و اختلال افسردگی کودکی همبودی وجود دارد.

فرضیه دوم: بین افسردگی کودکی و اختلال سلوک همبودی وجود دارد.

جدول ۵: میزان ابتلا به اختلال سلوک و افسردگی در آزمودنی ها

کل	اختلال سلوک		افسردگی
	دارد	ندارد	
۳۸	۳	۳۵	ندارد
۱۹	۶	۱۳	دارد
۵۷	۹	۴۸	کل

جدول فوق نمایانگر میزان ابتلای کلی هر دو گروه نمونه به اختلال سلوک می باشد.

جدول ۶: تحلیل  $\chi^2$  دو مربوط به افسردگی و اختلال سلوک

سطح معنی داری	درجه آزادی	میزان $\chi^2$	$\chi^2$ پیرسون
0/021	۱	5/34	

با توجه به جدول فوق و میزان  $\chi^2$  دو (5/34) می توان گفت که تفاوت معناداری بین  $\chi^2$  دو مشاهده شده و  $\chi^2$  دو متناظر (در سطح  $\alpha=0/05$ ) وجود دارد و می توان گفت که بین اختلال سلوک و اختلال افسردگی کودکی همبودی وجود دارد.

فرضیه سوم: بین افسردگی کودکی و اختلال اضطراب فراگیر همبودی وجود دارد.

جدول ۷: میزان ابتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افسردگی در آزمودنی ها

کل	اضطراب فراگیر		افسردگی
	دارد	ندارد	
۳۸	۴	۳۴	ندارد
۱۹	۱۵	۴	دارد
۵۷	۱۹	۳۸	کل

در جدول بالا می توان میزان ابتلای کلی هر دو گروه نمونه به اضطراب فراگیر و افسردگی را مشاهده نمود.

جدول ۸: تحلیل خی دو مربوط به افسردگی و اضطراب فراگیر

سطح معنی داری	درجه آزادی	میزان $\chi^2$	$\chi^2$ پیرسون
۰/۰۰	۱	۲۶/۶۸	

با توجه به جدول فوق و میزان خی دو ( $\chi^2=26/68$ ) می توان ادعا نمود که تفاوت معناداری بین خی دو مشاهده شده و خی دو متناظر (در سطح  $\alpha=0/01$ ) وجود دارد و می توان گفت که بین اختلال افسردگی و اختلال اضطراب فراگیر همبودی وجود دارد.

فرضیه چهارم: بین افسردگی کودکی و اختلال اضطراب جدایی همبودی وجود دارد.

جدول ۹: میزان ابتلا به اختلال اضطراب جدایی و افسردگی در آزمودنی ها

کل	اختلال اضطراب جدایی		افسردگی
	دارد	ندارد	
۳۸	۴	۳۴	ندارد
۱۹	۱۰	۹	دارد
۵۷	۱۴	۴۳	کل

میزان ابتلای کلی هر دو گروه نمونه به اختلال اضطراب جدایی را می توان در جدول بالا مشاهده نمود.

جدول ۱۰: تحلیل خی دو مربوط به افسردگی و اختلال اضطراب جدایی

سطح معنی داری	درجه آزادی	میزان $\chi^2$	
۰/۰۰	۱	۱۲/۱۲	$\chi^2$ پیرسون

با توجه به جدول فوق و میزان خی دوی به دست آمده ( $\chi^2=12/12$ ) می توان گفت که تفاوت معناداری بین خی دو مشاهده شده و خی دو متناظر (در سطح  $\alpha=0/05$ ) وجود دارد و می توان گفت که بین اختلال اضطراب جدایی و اختلال افسردگی کودکی همبودی وجود دارد.

فرضیه پنجم: بین اختلال افسردگی کودکی و اختلال وسواس اجباری همبودی وجود دارد.

جدول ۱۱: میزان ابتلا به اختلال وسواس اجباری و افسردگی در آزمودنی ها

کل	لجبازی و نافرمانی		افسردگی
	دارد	ندارد	
۳۸	۸	۳۰	ندارد
۱۹	۱۰	۹	دارد
۵۷	۱۸	۳۹	کل

سطح معنی داری	درجه آزادی	میزان $\chi^2$	
۰/۰۴	۱	۴/۱۹	$\chi^2$ پیرسون

جدول فوق نمایانگر میزان ابتلای کلی هر دو گروه نمونه به اختلال وسواس اجباری می باشد.

## جدول ۱۲: تحلیل خی دو مربوط به افسردگی و اختلال وسواس اجباری

با توجه به جدول فوق و میزان خی دو ( $X^2=4/19$ ) می توان گفت که تفاوت معناداری بین خی دو مشاهده شده و خی دو متناظر (در سطح  $\alpha=0/05$ ) وجود دارد و می توان ادعا نمود که بین اختلال وسواس اجباری و اختلال افسردگی کودکی همبودی وجود دارد.

## بحث و نتیجه گیری

همانگونه که در مباحث پیشین شرح داده شد، افسردگی یک اختلال روانی است که تنها مختص بزرگسالی نیست، بلکه به عنوان یکی از شایع ترین اختلال های کودکی شناخته شده است. کودکانی که در معرض ابتلا به افسردگی قرار دارند همزمان اختلال های روانی دیگری را هم تجربه می کنند، که می توان به اختلال های رفتاری - عاطفی مختلف اشاره نمود. پژوهش های بسیاری همبودی افسردگی کودکی را با اختلال های رفتاری - عاطفی هم چون سلوک، اضطراب فراگیر، اضطراب جدایی و ... تایید کردند. در این پژوهش نیز به منظور بررسی این همبودی در داخل کشور پرسشنامه ASEBA (آخنباخ) بر روی نمونه ی ۵۷۰ نفری دانش آموزان پایه ی اول تا پنجم ابتدایی اجرا شد و نتایج نشان داد که در این نمونه ۱۹ نفر کودک افسرده وجود دارد. در ادامه به منظور بررسی اختلال های رفتاری - عاطفی همبود با افسردگی پرسشنامه (CSI\_4) نیز اجرا شد. با تحلیل داده ها مشخص گردید که بین اختلال افسردگی کودکی و اختلالات رفتاری - عاطفی (از جمله اختلالات لجبازی - نافرمانی، سلوک، اضطراب فراگیر، اضطراب جدایی و وسواس اجباری) همبودی وجود دارد.

## فرضیه اول: بین اختلال افسردگی کودکی و اختلال لجبازی و نافرمانی همبودی وجود دارد.

با توجه به جدول ۱۲-۴، و میزان خی دو ( $X^2=17/09$ ) می توان گفت که تفاوت معناداری بین خی دو مشاهده شده و خی دو متناظر (در سطح  $\alpha=0/01$ ) وجود دارد و می توان گفت که بین اختلال لجبازی و نافرمانی و اختلال افسردگی کودکی همبودی وجود دارد. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش های کارلسون و دیکسون (۲۰۱۳)، کوکس و موکرجی (۲۰۰۷)، ری (۲۰۱۳)، آنگولد و کاستلو (۲۰۰۵) و اترلی و ماریلین (۲۰۱۲) هم سو بوده است. یافته های این پژوهشگران نشان می دهد که افسردگی و اختلال لجبازی - نافرمانی غالباً در دوران کودکی اتفاق می افتند و همبودی بین این دو اختلال بیشتر از آن چیزی است که انتظارش را داریم.



است. این پژوهشگران در مطالعات خود دریافتند که این دو اختلال به چند صورت با هم همبود می‌شوند. انجمن پزشکی آمریکا (۲۰۰۲) نیز این همبودی را تایید کرده و بیان می‌دارد که بعضی نشانه‌های این دو بیماری مانند احساس گناه شدید، عزت نفس پایین و ... با هم مشترک است. ملاحظه می‌شود که به ترتیب بیشترین همبودی‌ها با افسردگی به اختلال‌های اضطراب فراگیر، لجبازی - نافرمانی، اضطراب جدایی، وسواس اجباری و سلوک مربوط است.

## منابع

- اتکینسون، ریتا ل، اتکینسون، ریچارد س، هیلگارد، ارنست ر. (۱۳۸۲). زمینه‌ی روانشناسی، جلد دوم، مترجمان: براهنی، محمد، شاملو، سعید، کریمی، یوسف، هاشمیان، کیانوش. تهران: انتشارات رشد.
- آخنباخ، توماس، رسکورلا، لسلی، کتابچه‌ی راهنمای فرمهای سن مدرسه نظام سنجش مبتنی بر تجربه‌ی آخنباخ (ASEBA). (۱۳۸۴). مترجم: مینایی، اصغر. تهران: انتشارات پژوهشکده کودکان استثنایی.
- افروز، غلامعلی، (۱۳۹۰). مقدمه‌ای بر روانشناسی و آموزش و پرورش کودکان استثنایی، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- اریک جی، ماش، راسل ای، بارکلی، (۱۳۸۳). روانشناسی مرضی کودک، مترجمان: توزنده جانی، حسین، توکلی زاده، جهانشیر، کمال پور، نسرین. مشهد: انتشارات دانشکده‌ی علوم پزشکی و خدمات پزشکی درمانی گناباد.
- داگلاس، یو (۱۳۹۰). اصلاح رفتار کودکان، مترجم: جمالیفر، سیاوش. تهران: انتشارات ویرایش.
- ساراسون، جی، ساراسون، آر. (۱۳۸۳). روانشناسی مرضی، نجاریان، بهمن و همکاران. تهران: انتشارات رشد.
- سلیگمن، م. (۱۳۸۳). کودک خوش بین، مترجم: داور پناه، تهران: انتشارات رشد.
- کاپلان، سادوک. (۱۳۸۹). خلاصه روانپزشکی، جلد دوم. تهران: انتشارات شهر آب.
- ویکس، ریتا و نلسون، ایزرائل، (۱۳۷۳). اختلالات رفتاری کودکان، مترجم: منشی طوسی، تقی، تهران: انتشارات آستان قدس رضوی.
- سی کندال، فیلیپ. (۱۳۹۰). روانشناسی مرضی کودک، مترجمان: نجاریان، بهمن، داوودی، ایران، تهران: انتشارات رشد.
- Angold and Ej Costello. ( )-Depressive comorbidity in children and adolescents: Empirical, theoretical, and methodological issues. Developmental epidemiology program, duke university Medical center. copyright by American psychiatric association
- Anthony E.j childhood depressive (pp 23, 271). Boston: little, Brown.
- Atherley, Marilyn. (2012). Behaviour in children.
- Atherley, Marilyn . . Emotional and behavioral disorders in children. wow essays all right reserved disghn by dream net studio.
- Barbara L. (2007). Depression, anxiety and stress among adolescent school boys. the journal of the royal society for the promotion of health.
- Barbara L. Niles. Deamna L. Mari, Jennirer F.lamber and Erika J. Wodf. (2004). depression in primary car: comorbid disorders and related problems. journal of clinical psychology in medical settings.

- - Barry M, prizant, lisa R. Grace M, Burke, Laurens J. Hummel, suzane, R. communication disorder and emotional and behavioral disorder in children and adolescent .( ). Journal of speech and hearing disorder.
- Bemporad j. R, and Wilson A. ( ). A developmental approach to depression in childhood and adolescent. journal of the American academy of psycho analysis. (325-352).
- Birmaher B, Abelaez C, Brent D.( ). course and outcome of child and adolescent major depressive disorder. The journal of American academy of psychiatry. (43-50)
- Birmaher, B. Rayan n. williason, D. Brent D. Karfaman J, dahi R, Devei j, & Nelson B .( ). childhood and adolescent depression a review of the past of 10 years part 1. Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry. (35, 1427, 143).
- Brent D, Archelaez C, Birmaher B .( ). Course and outcome of child and adolescent major depressive disorder. Department of psychology, university of Pittsburgh school of medical.
- Carlson GA. ( ). The challenge of diagnosing depression in childhood and adolescence. Child and adolescent psychiatry, SUNY stony book, New York.
- Carlson , C.L. Pelham W, Milich R, and Dixon .( ). Single and comorbidity effects of methylenidan and behavior therapy on the classroom performance of children with attention deficit hyperactivity disorder. Journal of Abnormal child psychology. (27-28).
- Garber, J. Kriss, MR. Koch, M. and Lindholm, L. ( ). Recurrent depression in adolescents: a follow up study journal of the American academy of child and adolescent psychiatry. (27, 49-54)
- Kashani, J. H. Holcomb, W.R and Orvashel, H. (1986). Depresson and depressive symptoms in preschool children from the genral population. American journal of psychiatry (143, 1138-1143).
- Kovacs, M. (2007). Affective disorder in children and adolescents. Journal of American psychologist (44, 209-215)
- Lefkowitz, M. M and Botron, N. ( ). Childhood depression: A critique of the concept psychological bulleting. (85, 716-726)
- Meller WH, Borchardel CM. ( ). Co morbidity of major depression and
- Mitchell, S. Mc Cauley, E. Burke, D. M. and Moss, S. J. ( ). Phenomenology of depression in children and adolescents. American academy of child and adolescence psychiatry, (12-20, 27).
- Oquendo, M. Brent, DA. Birmaher, B. Greenhill, L. Kolkod. Stanley, B. Zelany, J. Burke, Ak. Firinciogullari, S. Elli, Sp. Mann J. (2005). Posttraumatic stress disorder co morbidal with major depression: factors mediating the association with suicidal behaviors. The journal of the psychiatry (560-566).
- Philip Hazell. (2002). Depression in children. University of New Castle, Australia child and youth mental health service.
- Rey, Jm .( ). Co morbidity between distructive disorders and depression in referred adolescents. University of Sydney, New South Wales.
- Shahani, Shalini, (2005). Emotional and behavioral disorders in children and adolescents.

## Abstract

In order to study the emotional and behavioral Disorders which is comorbid with childhood depression disordering, The ASEBA (Achenbach) application based on random sampling was used on 570 students who lived in Ilam. As the result 19 people of them showed the symptoms of depression. To know more and Cognitive the study of emotional and behavioral disorders the CSI\_4 (parent form) was used. To study on Comorbidity differentiation between two depressed and normal groups the CSI\_4 application was done and used at 38 people of common students and the results were studied. Statistical analysis by chi-square tests showed that childhood depression is comorbid with oppositional disorder and disobedience ( $p < 0.01$ ), Conduct disorder ( $P < 0.05$ ), general anxiety disorder ( $p < 0.01$ ), separation anxiety ( $P < 0.01$ ) and Compulsive disorder ( $p < 0.01$ ).

**Key words:** Emotional and behavioral disorders (oppositional and disobedience, Conduct disorder, general anxiety disorder, separation anxiety, Compulsive disorder), childhood depression disorders and comorbidity.