MEJDS. 2016; 6:95-104
Published online 2017 March 7. Research Article

Evaluation of the Clinical Features (Mood, Anxiety, Hypochondria, Hysteria, Psychopathic Deviance, Paranoia, Schizophrenia) Of Emotionally Abused Female Student's Parents in Tehran

* Sajedeh Shirazi [1], Janet Hashemiazar [2], Shahla Pezeshk[2]

Authors:
1. MA in Psychology and Education of Exceptional Children, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran;
2. PhD of psychology, Assistance professor in psychology and Education of exceptional children, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.
*__Corresponding Author's Address:__ Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Dehkadeh Olympic, Tehran, Iran.
*__Tel:__ +98 (21) 22194438
*__Email:__ sajedeh_shirazi@yahoo.com

Recived: 2014 Aug 14 **Accepted**: 2014 Oct 20

Abstract

Objective: This study aimed to determine the clinical characteristics of emotionally abused female student's parents in Tehran.

Materials & Methods: This study was descriptive and the study sample consisted of 56 parents of emotionally and not emotionally abused female students at first grade of high school, who were selected by convenient sampling from the parents of all high school female students at first grade in Tehran during the academic year 2013-2014. To collect the data, Norouzi's emotional abuse questionnaire (2012) and Minnesota multi-faceted personality inventory (MMPI-2) were employed. To analyze the data, descriptive statistics were used.

Results: The results showed that there is a difference between clinical features (mood, anxiety, hypochondriasis, hysteria, psychopathic deviance, paranoid, and schizophrenic) in emotionally abused female student's parents and emotionally non-abusive female student's parents. Forty eight percent of emotionally abused female student's parents in depression scale and 48% of them in paranoia scale showed clinical symptoms.

Conclusion: The mean scores of non-abusive parents in all clinical scales were less than the average score of emotionally abusive parents. Regarding this difference and with regard to the role of these features in emotional abuse, designing interventions related to emotionally abused children to reduce its negative consequences and parental interventions to avoid continued emotional abuse are recommended.

Keywords: Clinical features, emotionally abusive parents, emotionally abused girls

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1395.6.0.1.2]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۵؛ (۶): ۱۰۴-۹۵
انتشار برخط اسفند ۱۳۹۵ مقاله پژوهشی اصیل

بررسی ویژگی‌های بالینی (خلقی، اضطرابی، هیپوکندریا، هیستری، انحراف روانی اجتماعی، پارانوئید، اسکیزوفرنی) والدین دختران دانش‌آموز آزاردیدهٔ هیجانی در شهر تهران

*ساجده شیرازی[۱]، ژانت هاشمی‌آذر[۲]، شهلا پزشک[۲]

نویسندگان:
۱. کارشناس‌ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران؛
۲. دکتری تخصصی روان‌شناسی، استایار گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.
***نویسندهٔ مسئول:** تهران،دهکدهٔ المپیک،دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی.
***تلفن:** ۲۲۱۹۴۴۳۸-۰۲۱
***رایانامه:** sajedeh_shirazi@yahoo. com

دریافت مقاله : ۲۳ مردادماه ۱۳۹۳ **پذیرش مقاله:** ۲۸ مهرماه ۱۳۹۳

چکیده
هدف: این پژوهش به‌منظور تعیین ویژگی‌های بالینی والدین کودکان آزاردیدهٔ هیجانی انجام شد.
روش‌بررسی: پژوهش حاضر از نوع توصیفی بوده و نمونهٔ این پژوهش شامل ۵۶نفر از والدین دانش‌آموزان دختر با و بدون آزاردیدگی هیجانی در مقطع متوسطهٔ اول بود. این افراد به‌صورت در دسترس از میان تمامی والدین دانش‌آموزان دختر در مقطع متوسطهٔ اول (راهنمایی سابق) از شهر تهران در سال تحصیلی ۹۳-۹۲ انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامهٔ آزار هیجانی نوروزی (۱۳۹۱) و آزمون شخصیت چندوجهی مینه‌سوتا (MMPI-2) بود. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از آمارتوصیفی استفاده شد.
یافته‌ها: نتایج نشان داد که ویژگی‌های بالینی (خلقی، اضطرابی، هیپوکندریا، هیستری، سایکوپات، پارانوئید، اسکیزوفرنی) در والدین آزارگر هیجانی با والدین غیرآزارگر هیجانی تفاوت دارد. ۴۸درصد از والدین آزارگر هیجانی در مقیاس افسردگی و ۴۸درصد از آن‌ها در مقیاس پارانویا، نشانه‌هایی در حد بالینی داشتند.
نتیجه‌گیری: میانگین نمرات والدین غیرآزارگر در تمام مقیاس‌های بالینی کمتر از میانگین نمرات والدین آزارگر هیجانی بود. باتوجه به یافته‌های این پژوهش مبنی‌بر تفاوت ویژگی‌های بالینی در والدین آزارگر هیجانی با والدین غیرآزارگر هیجانی و نقش این ویژگی‌ها در وقوع آزار هیجانی، می‌توان با تدوین مداخلات مربوط به کودکان آزاردیدهٔ هیجانی، پیامدهای منفی آن را کاهش داد و همچنین با مداخلات مربوط به والدین، از ادامهٔ آزار هیجانی توسط آن‌ها جلوگیری کرد.
کلیدواژه‌ها: ویژگی‌های بالینی، والدین آزارگر هیجانی، دختران آزاردیدهٔ هیجانی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵ ، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار-غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1395.6.0.1.2]

۱ مقدمه

آزار هیجانی از دههٔ ۱۹۸۰ به‌عنوان شکل جداگانه‌ای از کودک‌آزاری به رسمیت شناخته شد و بیشتر بررسی گردید (۱). اگرچه زمان زیادی از آغاز تحقیقات در زمینهٔ کودک‌آزاری هیجانی نمی‌گذرد؛ اما بدرفتاری با کودکان، پدیدهٔ جدیدی محسوب نمی‌شود. سالیان زیادی است که آثار این‌گونه بدرفتاری‌ها پیامدهای زیادی را متوجه کودکان و جامعه کرده است.

آزار هیجانی و غفلت، نوعی الگوی معیوب تعاملات مادر و کودک بدون لزوم وجود آسیب جسمانی است (۲). در دستورالعمل انجمن متخصصان حوزهٔ کودک‌آزاری آمریکا، آزار هیجانی به این صورت تعریف شده است: «الگوی مکرر رفتار مراقبین یا رویدادهای شدیدی که بر اثر آن حس بی‌ارزشی، معیوب‌بودن، دوست‌داشتنی‌نبودن، ناخواسته‌بودن، در معرض‌خطربودن یا ارزشمندبودن به شرط برآورده‌کردن نیازهای دیگران به کودک القا می‌شود» (انجمن متخصصان حوزهٔ کودک‌آزاری آمریکا[1]، ۱۹۹۵ به‌نقل از منبع شماره ۳). این تعریف استاندارد نتیجهٔ پژوهش‌های گستردهٔ تجربی است و به‌میزان زیادی در میان محققان و روان‌شناسان بالینی پذیرفته شده است (۴). هارت[2] و همکاران (۱۹۹۶ به نقل از منبع شمارهٔ ۵) انواع آزار هیجانی را به شش گروه اصلی تقسیم کردند که هر کدام شامل زیرمجموعه‌های مختلفی می‌شود: طرد، تهدید و ترساندن، محروم‌کردن کودک از ارتباط با دیگران، بهره‌کشی از کودک، نادیده‌گرفتن نیازهای عاطفی و هیجانی کودک، ارضانکردن نیازهای عاطفی و هیجانی کودک.

برخلاف انواع دیگر کودک‌آزاری، آزار هیجانی نشانه‌های قابل رؤیت ندارد که به‌راحتی به گزارش‌دهی و محکومیت عاملان آن منجر شود. شیوع واقعی آزار هیجانی نامعلوم است و تخمین‌های موجود به منبع گزارش و روش تحقیق و تعاریف به‌صورت آزار همراه با غفلت یا به‌صورت جداگانه وابسته است. بااین‌وجود شیوع آزار هیجانی و غفلت به‌صورت کلی حدود ۱۰ درصد تخمین زده می‌شود (۶،۷). این میزان در میان کودکانی که در معرض سایر اشکال کودک‌آزاری نیز قرار گرفته‌اند، بسیار بیشتر است.

اصطلاح آزار هیجانی به مؤلفه‌های زیربنایی آسیب‌زایی اشاره دارد که انواع کودک‌آزاری‌ها و غفلت را به هم مربوط می‌کند؛ بنابراین باتوجه به اهمیت آن نباید آن را موضوعی تکمیلی برای اشکال دیگر آزارها در نظر گرفت؛ بلکه بایستی این موضوع را به عنوان محور و مرکز سایر آزارها در نظر داشت (۳،۸). آزار هیجانی اغلب در شرایطی رخ می‌دهد که سایر اشکال کودک‌آزاری و غفلت نیز گزارش شده است. درک ابعاد آزار هیجانی زمانی‌که آزار جنسی یا جسمی نیز وجود دارد و اطمینان از اینکه کودک، کدام بُعد کودک‌آزاری را با شدت بیشتری احساس می‌کند، دشوار است (۱۱-۹).

تأکید ما بر آزار هیجانی به این دلیل است که درواقع آزار هیجانی مؤلفهٔ مرکزی در تمام اشکال کودک‌آزاری محسوب می‌شود. به زبان دیگر آزار هیجانی در همهٔ انواع کودک‌آزاری وجود دارد. به‌عنوان مثال بزرگسال با آزار جسمانی کودک به او می‌فهماند که ارزش محافظت‌شدن ندارد. آزار جنسی و آزار جسمی را بدون توجه جدی به آزار هیجانی نمی‌توان به‌خوبی درک کرد یا ازآن‌ها پیشگیری نمود؛ درحالی‌که محققان حوزهٔ محافظت از کودکان و سرویس‌های خدماتی به کودکان بدان بی‌توجهند. پس درک پیامدهای آزار هیجانی درحالتی‌که به‌صورت تنها اتفاق می‌افتد یا هم‌زمان با سایر اشکال آزار، دارای اهمیت است؛ این درک به فهم بهتر انواع آزار و پیامدهایی که کودکان تجربه می‌کنند و فراهم‌نمودن برنامه‌های درمانی برای کودکان آزاردیده کمک زیادی خواهد کرد (۳،۹،۱۲).

تحقیقات بر پیامدهای آسیب‌زای آزار هیجانی بر کودکان تأکید دارند. ماهیت کودک‌آزاری هیجانی، شناسایی و گزارش آن را مشکل می‌کند. بااین‌وجود بعضی از محققان و متخصصان حوزهٔ رفاه کودکان، آزار هیجانی را به‌اندازهٔ آزار جسمانی و غفلت برای کودک زیان آور می‌دانند (۱۵-۱۳). آزار هیجانی حتی با شدت کم، می‌تواند برای رشد و بهزیستی کودک کاملاً آسیب‌زا باشد (۱۴). حتی هنگامی‌که آزار هیجانی را به‌طور هم‌زمان با سایر اشکال خشونت شاهد هستیم، آزار هیجانی آثار خود را دارد (۱۶). علاوه‌براین آزار هیجانی در بعضی حوزه‌ها ممکن است آسیب‌زاتر از سایر آشکال آزار باشد (۱۷-۱۵، ۱۰)؛ مثلاً در مقایسه با سایر اشکال آزار و غفلت، آزار هیجانی و غفلت هیجانی پیش‌بینی‌کنندهٔ بهتری برای نشانه‌های اختلالات درونی‌شده مانند اختلال دلبستگی، ضربهٔ روانی، افسردگی، اضطراب، اختلال خوردن و مشکلات اعتمادبه‌نفس هستند (۱۶-۲۲). آزار هیجانی با مشکلات رفتاری شامل رفتارهای مقابله‌ای، پرخاشگری، رفتارهای ضداجتماعی و سوءمصرف مواد رابطه دارد. مشکل در تنظیم عواطف و روابط فردی در اثر رشد دلبستگی ناایمن و آشفته به وجود می‌آید. از دیگر پیامدهای آزار هیجانی نشانه‌های بدنی شامل الگوهای رشد نامنظم و بی‌اختیاری مدفوع و دردهای غیرارگانیک هستند (۲۳).

اگرچه بسیاری از مشکلات کودکان آزاردیده، وقتی از محیط آزارگرانه دور می‌شوند کاهش می‌یابد اما نشانه‌های اختلال در عملکرد تعداد زیادی از کودکان، تا سالیان سال بعد از اتمام آزار ادامه خواهد داشت. همان‌طور که در پژوهش‌ها اشاره شده است آزار هیجانی اثرات بلندمدتی را به دنبال دارد. آثار مخرب آزار هیجانی بر شخصیت و مکانیسم‌های دفاعی باعث آسیب روانی آشکار در بزرگسالی می‌شود. مثلاً آزار هیجانی با ویژگی‌های اختلال شخصیت وسواسی و اجتنابی در بزرگسالی ارتباط دارد. همچنین بزرگسالان با سابقهٔ آزاردیدگی هیجانی دوران کودکی، اغلب مشکلاتی در روابط با همسالان و همکاران دارند و در فرزندپروری بی‌کفایت هستند و در نتیجه، چرخهٔ خطر ادامه پیدا می‌کند (۸،۲۴،۲۵).

والدین در بدرفتاری با کودکان بازیگران اصلی هستند. والدین و مراقبانی که به‌واسطهٔ تسلط و قدرتی که بر کودک دارند دائماً کودک را انتقاد، توبیخ، تهدید، تمسخر و تحقیر کرده، او را کوچک می‌کنند،

[1].APSAC (*American Professional Society on the Abuse of Children)*
[2].Hart

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1395.6.0.1.2]

باعث شرمنده‌شدن، ترس و اضطراب او می‌شوند، از اوانتظارات غیر واقعی دارند و به‌ندرت از رفتار و عملکرد کودک راضی هستند؛ آزارگران هیجانی‌اند. به‌همین‌ترتیب کسانی که خود را به‌وسیلهٔ نادیده‌گرفتن نشانه‌های پریشانی کودک و نادیده‌گرفتن تقاضاهایشان برای کمک یا توجه یا آسایش، اطمینان خاطر، تشویق، تحریک و پذیرش از کودکشان دور می‌کنند، آزارگران هیجانی هستند (۱،۲۶). وضعیت زمانی بدتر می‌شود که یکی از والدین (اغلب مادر) از رفتار آزارگرانهٔ والد دیگر آگاه است و برای جلوگیری از آزار مداوم کاری انجام نمی‌دهد، بدتر از آن این است که او حتی به رفتار خشونت‌آمیز والد دیگر کمک هم می‌کند (۲۷).

به‌هرحال در اکثر موارد غیرمرگ‌بار، آسیب مستقیم جسمانی در مقایسه با تأثیرات بلندمدت خشونت بر رشد عصبی، شناختی و هیجانی و سلامت کلی کودک عوارض کمتری دارد (۶). نوروزی در پژوهشی بر روی کودکان آزاردیدهٔ هیجانی نشان داد که دانش‌آموزان آزاردیدهٔ هیجانی در ارزیابی عصب روان‌شناختی، نشانه‌هایی حاکی از آسیب مغزی را نشان می‌دهند (۲۸).

تحقیقات نشان داده‌اند که والدین آزارگر هیجانی، ویژگی‌هایی مانند ضعف در مهارت‌های تربیت کودک، افسردگی و خشم، تمایلات خودکشی، عزت‌نفس کم، مهارت‌های اجتماعی ضعیف، شیوه‌های فرزندپروری مستبدانه، همدلی‌نداشتن، استرس اجتماعی، خشونت خانگی و اختلال عملکرد خانواده را دارند. تعدادی از مطالعات نشان داده‌اند که اختلال خلقی مادر یا استفاده از مواد مخدر والدین به‌شدت با آزار هیجانی ارتباط دارد؛ همچنین والدین جوان‌تر در موقعیت‌های چالش‌برانگیز در رابطهٔ والد و کودک میزان بیشتری از آزار هیجانی را نشان می‌دهند (۱۴،۲۹).

با اینکه به مفهوم آزار هیجانی ازسوی نظریه‌پردازان و محققان توجه شده است، اما تقریباً تنها به موضوعاتی چون تعریف و طبقه‌بندی و پیامدها پرداخته شده است؛ همچنین به موضوعاتی چون ویژگی‌های والدین آزارگر هیجانی و مداخلات مربوط به آن‌ها کمتر توجه شده است (۱). باتوجه به این نکته، هدف این پژوهش تعیین ویژگی‌های بالینی در والدین کودکان آزاردیدهٔ هیجانی است.

۲ روش بررسی

این پژوهش از نوع توصیفی است. جامعه شامل تمامی والدین نوجوانان آزاردیدهٔ هیجانی بودند که در سال تحصیلی ۹۲-۹۳ در تهران مشغول به تحصیل بودند. در این پژوهش نمونه شامل ۵۶ پدر (یا مادر) دانش‌آموزان در مقطع متوسطهٔ اول می‌شد که شامل ۳۱ پدر یا مادر دانش‌آموز دختر آزاردیدهٔ هیجانی و ۵۲ پدر یا مادر دانش‌آموز دختر عادی بود. باتوجه به این که این پژوهش مقایسه‌ای نبود، هدف از بررسی این دو گروه نمونه توسط پژوهشگر، اطمینان از این بود که الگوی به‌دست‌آمده در میان والدین نوجوانان آزاردیده، همان الگوی کل والدین نبوده و این دو گروه نتایج متفاوتی را نشان می‌دهند. نمونه به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد.

جهت گردآوری داده‌ها ابتدا به سازمان آموزش‌وپرورش استان تهران مراجعه شد و مجوز اولیه برای مراجعه به آموزش‌وپرورش مناطق ۱ و ۱۳ اخذ گردید. سپس با مراجعه به آموزش‌وپرورش این مناطق، مجوز ورود به دو مدرسهٔ متوسطهٔ اول دخترانه برای اجرای آزمون دریافت شد. در ابتدا پرسشنامهٔ آزار هیجانی برای ۳۳۰ دانش‌آموز جهت شناسایی دانش‌آموزان با و بدون ملاک آزار هیجانی اجرا شد و طبق ملاک آزمون، دانش‌آموزانی با و بدون آزاردیدگی هیجانی شناسایی شدند. سپس برای والدین همهٔ دانش‌آموزان کارگاهی آموزشی با عنوان آشنایی با دوران نوجوانی گذاشته شد که حدود ۱۳۰ نفر از آن‌ها در آن شرکت کردند. در آخر کارگاه از مادران و پدران شرکت‌کننده در کارگاه خواسته شد در صورت تمایل آزمون شخصیت مینه‌سوتا (MMPI-2) با ۵۶۷ سؤال را پر کنند. از بین افراد ۱۱۰ نفر از آن‌ها اظهار تمایل کرده و آزمون را دریافت کردند. در انتها پس از پیگیری‌های متعدد محقق، ۵۶ نفر از والدین پاسخنامه‌های آزمون شخصیت مینه‌سوتای خود را تحویل دادند، سپس پاسخنامهٔ مادران و پدران تحلیل گردید. والدین نوجوانان آزاردیده ۳۱ نفر شامل ۲۸ مادر و ۳ پدر و والدین نوجوانان عادی ۲۵ نفر شامل ۲۰ مادر و ۵ پدر بودند.

ابزار پژوهش شامل پرسشنامهٔ آزار هیجانی نوروزی (۱۳۹۱) و آزمون شخصیت چندوجهی مینه‌سوتا (MMPI-2) بود.

پرسشنامهٔ آزاردیدگی هیجانی شامل ۱۱۷ پرسش است که به‌وسیلهٔ آن دانش‌آموزان آزاردیدهٔ هیجانی شناسایی می‌شوند. سؤالات این پرسشنامه نظرات افراد را دربارهٔ اینکه تا چه حد موضوع اشاره شده در سؤال را تجربه می‌کنند، می‌سنجد. لذا دانش‌آموزان یکی از گزینه‌های هرگز، به‌ندرت، گاهی اوقات، خیلی زیاد و همیشه را انتخاب می‌کنند. دانش‌آموزان با نمرات خام بالاتر از ۶۵ واجد ملاک‌های آزاردیدگی هیجانی قرار می‌گیرند. روایی صوری و محتوایی این پرسشنامه توسط اساتید مربوطه در دانشکدهٔ روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبایی تأیید شده است. پایایی این پرسشنامه با استفاده از آزمون کرونباخ، ۰/۹۶ بوده است (۲۸).

پرسشنامهٔ چندوجهی شخصیتی مینه‌سوتا (MMPI-2)، پرسشنامه‌ای استانداردشده است که دامنهٔ وسیعی از ویژگی‌های خودتوصیفی را فراخوانی و نمره‌گذاری می‌کند تا یک شاخص کمی از سازگاری هیجانی فرد و نگرش او به آزمون حاصل شود. از زمان تدوین اولیهٔ آن توسط هته‌وی و مک‌کینلی در ۱۹۴۰ تاکنون، یکی از پرسشنامه‌های شخصیتی پراستفادهٔ بالینی بوده و در بیش از ۱۰۰۰۰ منبع تحقیقی منتشر شده، استفاده گردیده است؛ بنابراین MMPI علاوه‌براین که از نظر بالینی سودمند است، مقدار زیادی از ادبیات تحقیقی ایجاد کرده است. پرسشنامهٔ MMPI-2 شامل ۵۶۷ سؤال است که آزمودنی با بله یا خیر به آن‌ها پاسخ می‌دهد. این پرسشنامه شامل ده مقیاس اصلی بالینی/شخصیتی و سه مقیاس روایی است. برخی مقیاس‌های دیگر (محتوایی و تکمیلی و خرده‌مقیاس‌های هریس-لینگوز و ...) نیز وجود دارند که برای تفسیر بهتر معنای مقیاس‌های بالینی و فراهم‌کردن اطلاعات اضافی استفاده می‌شوند. مقیاس‌های بالینی شامل خودبیمارانگاری، افسردگی، هیستری، انحراف روانی

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1395.6.0.1.2]

اجتماعی، مردانگی‌زنانگی، پارانویا، خستگی روانی، اسکیزوفرنی، شیدایی خفیف، درون‌گرایی اجتماعی هستند. MMPI از نخستین آزمون‌هایی است که به‌گونه‌ای تدوین شده است تا از روی پاسخ‌های آزمودنی ناروابودن نتایج کلی آزمون کشف شود. مطالعات فراتحلیلی دربارهٔ مقیاس‌های مختلف روایی عموماً نشان می‌دهند که این مقیاس‌ها می‌توانند تحریف پاسخ‌ها توسط آزمودنی را کشف کنند. مؤثرترین راهبرد، استفاده از مقیاس F است که براساس آن می‌توان گزارش اغراق‌آمیز بیماری را کشف کرد. مقیاس L و K نیز برای کشف عدم گزارش بیماری مفید هستند. پژوهش‌های انجام‌شده دربارهٔ اعتبار MMPI نشان می‌دهند که از سطوح متوسط ثبات کوتاه‌مدت و همسانی درونی برخوردار است. می‌توان این آزمون را در میان افراد بالای ۱۶ سال که توانایی خواندن تا کلاس سوم راهنمایی دارند، اجرا کرد (۳۰).

۳ یافته‌ها

میانگین نمرات والدین کودکان با آزاردیدگی هیجانی در مقیاس‌های بالینی و روایی که در جدول ۱ آمده است، نشان می‌دهد که میانگین سطح افسردگی (D) والدین (بالاتر از حد بهنجار) در حد آسیب روانی است. همچنین نمرات مقیاس‌های زنانگی‌مردانگی (MF) و پارانویید (PA) در مرز بالینی قرار دارد. علاوه‌براین پایین‌ترین میانگین به مقیاس خستگی روانی (PT) اختصاص پیدا کرده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود میانگین مقیاس افسردگی (D) در والدین کودکان آزاردیدهٔ هیجانی ۶۵/۳۵ است. همچنین همان‌طور که جدول ۱ بیانگر است، میانگین نمرات والدین کودکان بدون آزاردیدگی، در هیچ‌یک از مقیاس‌های بالینی در حد آسیب روانی نیست. بالاترین نمره را مقیاس زنانگی‌مردانگی به خود اختصاص داده است که این مقیاس و بعد از آن مقیاس افسردگی (D) با میانگین ۵۵/۷۲ قرار دارد. مقیاس پارانویا (PA) با میانگین ۵۲/۱۲ بعد از این دو مقیاس قرار گرفته است. با مشاهدهٔ جدول ۱ می‌توان دریافت که میانگین نمرات والدین کودکان با آزاردیدگی هیجانی در تمام مقیاس‌های بالینی به جز زنانگی‌مردانگی از والدین کودکان بدون آزاردیدگی بیشتر است.

جدول ۱. میانگین نمرات T والدین کودکان با و بدون آزاردیدگی هیجانی در مقیاس‌هاس بالینی و روایی آزمون MMPI-2

		میانگین مقیاس‌های والدین کودکان با آزاردیدگی هیجانی	میانگین مقیاس‌های والدین کودکان بدون آزاردیدگی هیجانی
دروغ‌پردازی	L	۴۸/۲۹	۵۲/۹۲
نابسامدی	F	۶۵/۲۲	۶۱/۳۲
مقیاس اصلاح	K	۵۹/۴۵	۴۹/۴
خودبیمارپنداری	HS	۴۴/۰۳	۳۸/۸۴
افسردگی	D	۶۵/۳۵	۵۵/۷۲
هیستری	HY	۵۶/۰۹	۴۹/۵۲
انحراف روانی‌اجتماعی	PD	۴۵/۷۰	۳۹/۲
مردانگی‌زنانگی	MF	۶۳/۳۸	۶۳/۶
پارانویا	PA	۶۳/۸۳	۵۲/۱۲
خستگی روانی	PT	۳۸/۹	۳۴/۸
اسکیزوفرنی	SC	۴۱/۸۰	۳۵/۷۲
شیدایی خفیف	MA	۴۵/۷۰	۴۳/۱۲
درون‌گرایی اجتماعی	SI	۵۱/۱۶	۴۷/۰۸

در جدول شماره ۲ دیده می‌شود که والدین کودکان آزاردیدهٔ هیجانی بیشترین تعداد افراد آسیب‌دیدهٔ روانی را در دو مقیاس افسردگی (D) و مقیاس پارانویا (PA) داشته‌اند و در مقیاس‌های شیدایی خفیف (MA) و درون‌گرایی اجتماعی (SI) کمترین درصد را داشتند.

جدول ۲. فراوانی و درصد آسیب روانی در میان والدین کودکان با و بدون آزاردیدگی هیجانی

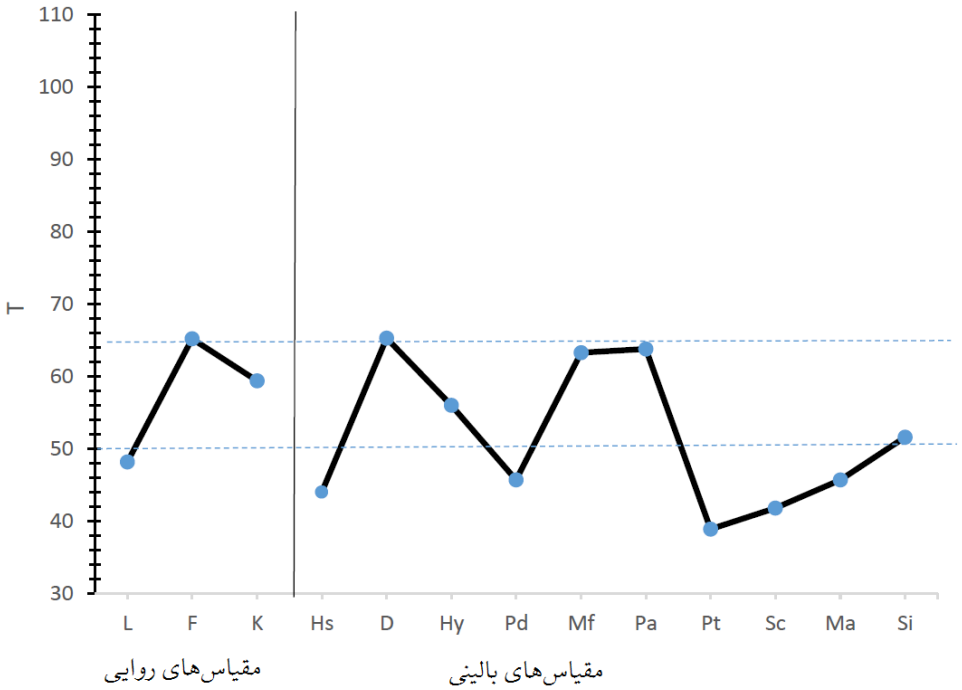
		SI	MA	SC	PT	PA	MF	PD	HY	D	HS
والدین کودکان با آزاردیدگی هیجانی	فراوانی آسیب روانی	۱	۱	۳	۲	۱۵	۱۴	۳	۹	۱۵	۰
	درصد آسیب روانی	۳	۳	۹	۶	۴۸	۴۵	۹	۲۹	۴۸	۰
والدین کودکان بدون آزاردیدگی هیجانی	فراوانی آسیب روانی	۰	۲	۲	۲	۳	۱۲	۰	۱	۵	۱
	درصد آسیب روانی	۰	۸	۸	۸	۱۲	۴۸	۰	۴	۲۰	۴

از مقایسهٔ نمودار ۱و ۲ با نمودار ۳ و ۴ می توان میانگین نمرات پدران و مادران کودکان با آزاردیدگی هیجانی را با پدران و مادران

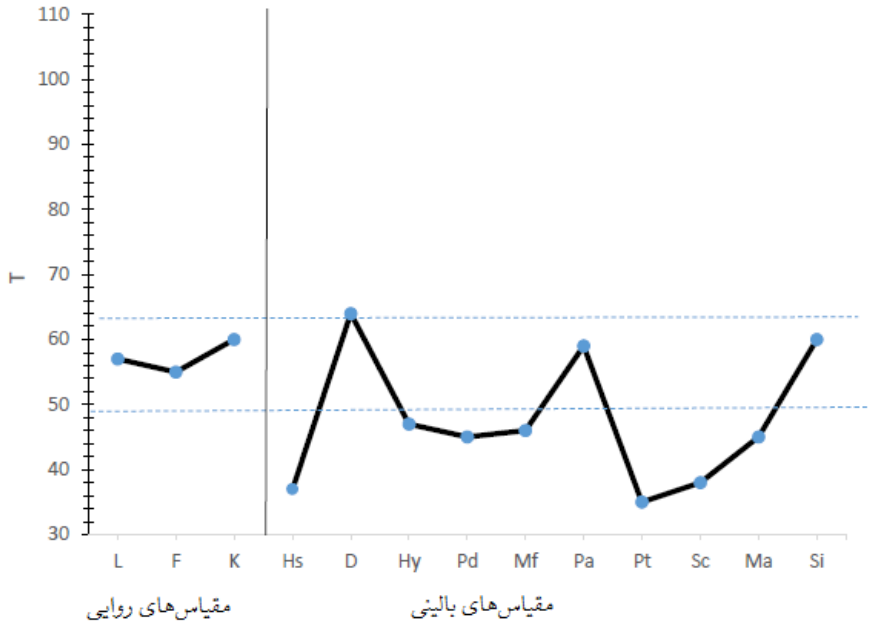
[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1395.6.0.1.2]

کودکان بدون آزاردیدگی هیجانی مقایسه کرد. بیشتربودن نسبی نمرات پدران و مادران کودکان با آزاردیدگی هیجانی به‌خوبی مشاهده می‌شود. همان‌طور که مشاهده می‌شود با وجود پایین‌تربودن نمرات در والدین کودکان بدون آزاردیدگی هیجانی در تمام مقیاس‌ها، در این گروه نیز بیشترین نمره به افسردگی اختصاص داشت؛ اما در حد بالینی نبود. باید توجه داشت با وجود بالاتربودن مقیاس زنانگی‌مردانگی (MF)، چون این مقیاس و مقیاس درون‌گرایی اجتماعی (SI) جزو مقیاس‌های بالینی محسوب نمی‌شوند، آن‌ها را در نظر نمی‌گیریم.



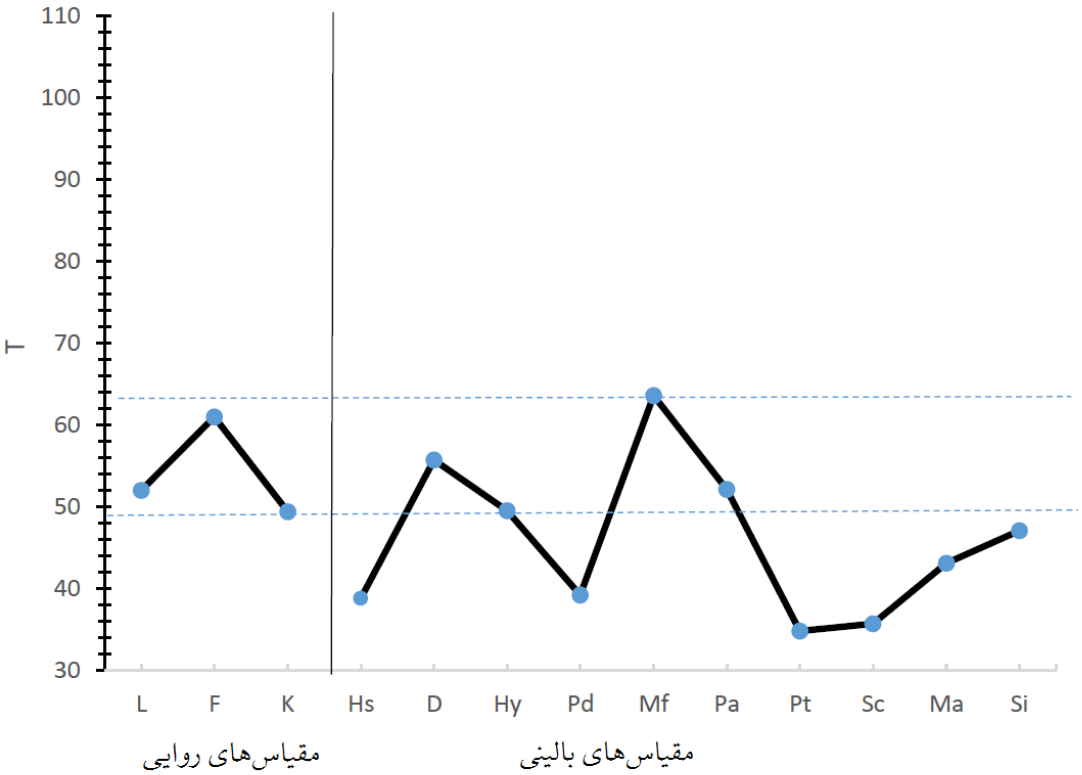
نمودار۱. نیمرخ میانگین مقیاس‌های بالینی و روایی مادران کودکان با آزاردیدگی هیجانی MMPI2



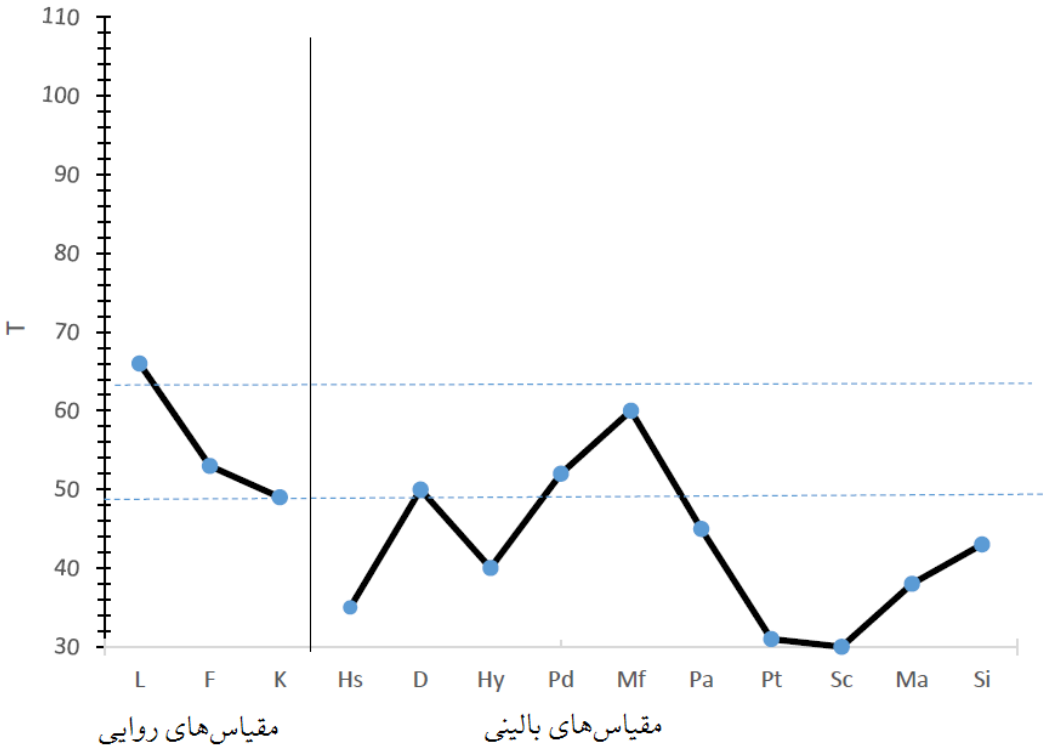
نمودار۲. نیمرخ میانگین مقیاس‌های بالینی و روایی پدران کودکان با آزاردیدگی هیجانی MMPI2

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1395.6.0.1.2]



نمودار۳. نیمرخ میانگین مقیاس‌های بالینی و روایی مادران کودکان بدون آزاردیدگی هیجانی MMPI2



نمودار۴. نیمرخ میانگین مقیاس‌های بالینی و روایی پدران کودکان بدون آزاردیدگی هیجانی MMPI2

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1395.6.0.1.2]

۴ بحث

نتایج حاصل از آزمون شخصیت چندوجهی مینه‌سوتا روی والدین آزارگر هیجانی نشان می‌دهد که در مقیاس‌های بالینی، میانگین نمرهٔ T مقیاس افسردگی با بیشترین میزان ۶۵/۳۵ و بعد از آن پارانویا با میانگین۶۳/۸۳ بودند. به‌ترتیب میانگین نمرات بقیهٔ مقیاس‌ها به‌صورت: مقیاس مردانگی‌زنانگی ۶۳/۳، هیستری ۵۶/۰۹، مقیاس درون‌گرایی اجتماعی ۵۱/۱۶ و انحراف روانی‌اجتماعی و شیدایی خفیف به میزان ۴۵/۷، مقیاس خودبیمارپنداری ۴۴/۰۳ و مقیاس‌های اسکیزوفرنی و خستگی روانی با میانگین‌های ۴۱/۸ و ۳۸/۹ کم‌ترین میزان را داشتند.

همان‌طور که ملاحظه شد والدین آزارگر هیجانی، در مقیاس بالینی افسردگی، بیشترین میانگین را داشتند؛ این عدد در محدودهٔ بالینی قرار گرفته و همان‌طور که در جدول شماره ۲ مشاهده شد، ۴۸ درصد از والدین آزارگر در مقیاس افسردگی از آسیب روانی رنج می‌برند. بالابودن این مقیاس می‌تواند نشان دهندهٔ ناامیدی و درماندگی فرد در هنگام برخورد با مشکلاتش باشد. این ویژگی‌ها می‌تواند بیانگر این باشد که فرد در مقابل مشکلات رایج مبالغه می‌کند؛ این شخص ممکن است با خصوصیاتی مانند غیرمعاشرتی، کناره‌گیر، ترسو، بازداری‌شده و درعین‌حال تحریک‌پذیر و کم‌طاقت توصیف شود. توانایی این افراد در برخورد مؤثر با مشکلات میان‌فردی کم است (۳۰).

یافته‌ها، با مطالعاتی که دریافتند نشانه‌های افسردگی اثر مستقیم و منفی بر والدگری مؤثر دارد، هم‌راستاست. افسردگی بیشترین تعداد مطالعات را در زمینهٔ ابعاد روان‌شناختی والدین به خود اختصاص داده است. تمرکز بر افسردگی قابل درک است چرا که با مشکلات والدین و پیامدهای منفی برای کودک ارتباط دارد. بیشتر یافته‌ها میزان بالای افسردگی در مادران را نشان می‌دهد (۳۳-۳۱). همچنین راسل در پژوهشی به بررسی پیش‌بینی‌کننده‌های پتانسیل کودک‌آزاری به‌وسیلهٔ آزمون MMPI-RF-2 پرداخت؛ یافته‌های این مطالعه نشان داد که افسردگی و سایر اختلالات هیجانی مادر، پیش‌بینی‌کنندهٔ قوی برای پتانسیل کودک‌آزاری محسوب می‌شود. افسردگی می‌تواند به‌عنوان «پرچم قرمز» هنگام ارزیابی پتانسیل کودک‌آزاری استفاده شود. علاوه‌براین، همین مطالعه نشان داد که اختلالات درونی مانند افسردگی ممکن است پیش‌بینی‌کنندهٔ بهتری برای پتانسیل کودک‌آزاری درمقایسه با اختلالات برون‌نمود (مانند استفاده از مواد مخدر) باشد (۳۴). کاپلان و همکاران در تحقیقی با مقایسهٔ اختلالات روانی در پدران و مادران نوجوانان آزاردیدهٔ جسمانی و پدران و مادران نوجوانان آزارندیده، نشان دادند که پدران و مادران نوجوانان آزاردیده نرخ بالاتری از اختلالات محور I و اختلالات هم‌بود را نشان می‌دهند؛ همچنین مادران ایشان افسردگی بیشتری داشتند (۳۵).

۴۸ درصد از والدین آزارگر هیجانی، نمراتی در حد بالینی در مقیاس پارانویا کسب کردند که نشان‌دهندهٔ آسیب روانی این افراد در این مقیاس است. میانگین مقیاس پارانویا والدین آزارگر اگرچه به حد بالینی نرسیده؛ اما بسیار به آن نزدیک بوده و در مرز بالینی قرار دارد. این مقیاس، میزان حساسیت بین فردی، حق به جانب بودن و بدگمانی را در شخص می‌سنجد. این میزان برافراشتگی در والدین آزارگر می‌تواند بیانگر مستعدبودن ایشان برای نگرانی، تحریک‌پذیری، وابستگی و نداشتن اعتمادبه‌نفس باشد (۳۰). این یافته، با یافته‌های رودریگز و همکاران (۲۹)، کیروس و همکاران (۱۴) و ویه (۳۶) مبنی‌بر کم‌بودن اعتماد به‌نفس والدین آزارگر هم‌خوانی داشت. همچنین این افراد صفات مجادله‌گری، خصومت بالقوه و حساسیت بیش از اندازه در روابط بین فردی را نشان می‌دهند. وجود سوءظن در والدین آزارگر هیجانی می‌تواند با محدودکردن روابط کودک با دیگران و اجازه‌ندادن به کودک برای حضور در فعالیت‌های اجتماعی مربوط باشد. تفسیر بیان‌شده در میان افراد غیربیمار وجود دارد. بیماران روان‌پزشکی با برافراشتگی مشابه به‌گونه‌ای متفاوت، به‌عنوان افرادی با حساسیت‌های افراطی، تا اندازه‌ای پارانویید، بدگمان و دارای این احساس که حمایت کافی از محیط خود دریافت نمی‌کنند، توصیف می‌شوند. نتایج پژوهش با تحقیق استرندی و همکاران که با استفاده از آزمون MMPI بر روی والدین آزارگر جسمی به بررسی ویژگی‌های آن‌ها پرداختند، هماهنگی دارد؛ در این پژوهش مقیاس‌هاس انحراف روانی‌اجتماعی و پارانویا بیشترین میزان را داشت درحالی‌که همهٔ مقیاس‌ها در محدودهٔ نرمال بودند (۳۶).

۲۹ درصد از والدین آزارگر در مقیاس هیستری نمراتی در حد بالینی داشتند. میانگین نمرهٔ مقیاس هیستری این والدین می‌تواند نشان‌دهندهٔ خوش‌بینی آن‌ها بوده و سطح سازگاری خوبی را بیان کند. همچنین اگر فرد نمرهٔ بیشتری کسب کند، نشان‌دهندهٔ نیاز وی به محبت و حمایت است؛ به‌علاوه در روابط بین فردی امکان دارد از جمله افرادی باشند که به‌صورت غیرمستقیم پیام‌هایشان را ارسال می‌کنند. والدین آزارگر در مقیاس درون‌گرایی اجتماعی نمرهٔ متوسطی به دست آوردند که می‌تواند نشانهٔ ویژگی‌هایی چون وابسته‌بودن، محافظه‌کاری محتاط و بی‌ابتکار، جدی‌بودن و بیش‌ازحد خویشتن‌دار بودن این افراد باشد. همچنین این مقیاس در تفسیر سایر مقیاس‌ها کمک‌کننده است و در این جا با برافراشتگی مقیاس‌های افسردگی و زنانگی‌مردانگی همراه است که می‌تواند مقدار کمی از بازداری را در فرد بیان کند.

نمرات این افراد در مقیاس انحراف روانی‌اجتماعی و شیدایی خفیف مشابه سایر پژوهش‌ها و در حد نرمال بوده و می‌تواند نشان‌دهندهٔ جرأت‌ورزی و سطح مطلوبی از رغبت و انرژی باشد. همچنین میانگین نمرات والدین آزارگر در مقیاس خودبیمارپنداری می‌تواند بر وجدان و وظیفه‌شناسی آن‌ها دلالت کند؛ باتوجه به شکایات نوجوانان آزاردیده از آزادی عمل ندادن والدین به آن‌ها، این ویژگی در والدین می‌تواند باعث دخالت بیش‌ازحد آن‌ها در امور شخصی نوجوان شده و موجب آزار وی گردد و همچنین از استقلال فردی او جلوگیری کند.

والدین آزارگر هیجانی نمرات پایینی را در مقیاس‌های اسکیزوفرنی و خستگی روانی داشتند. کم‌بودن مقیاس اسکیزوفرنی می‌تواند نشانهٔ کم‌بودن خلاقیت فرد بوده که در روابط بین فردی با دیگران نیز اثر

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1395.6.0.1.2]

می‌گذارد. همچنین کم‌بودن میانگین مقیاس خستگی روانی که کمترین میزان را به خود اختصاص داده است می‌تواند گویای شخصیت بدون نگرانی این افراد باشد؛ اما دلیل بر سرحال‌بودن آنان نیز نیست. به‌علاوه، این افراد دارای ویژگی نظم و سازمان‌دهی هستند که خود می‌تواند با ویژگی بی‌نظمی نوجوانان در این سن، سبب درگیری بین والدین و نوجوان شود. نمرات پایین در مقیاس خستگی روانی باتوجه به اینکه نمرات بالا در این مقیاس می‌تواند دال بر اضطراب باشد با تحقیقاتی که نشان داده‌اند که والدین آزارگر اضطراب زیادی دارند، هم‌خوانی ندارد؛ این‌ها شامل تحقیقات کاپلان و همکاران که دریافتند والدین کودکان آزاردیدهٔ جسمانی به میزان بالاتری از اختلال اضطراب فراگیر رنج می‌برند یا اسماعیلی دوکی[1] و همکاران که نشان دادند بین کودک‌آزاری و اضطراب صفت مادران رابطه وجود دارد؛ است (۳۵،۳۷). در انتها تدوین مداخلات مربوط به کودکان آزاردیدهٔ هیجانی برای کاهش پیامدهای منفی آن و مداخلات مربوط به والدین برای جلوگیری از ادامهٔ آزار هیجانی پیشنهاد می‌شود. به‌طورکلی برای تحقیقات آتی موضوعاتی مثل بررسی ویژگی‌های والدین آزارگر در زمینهٔ آزارهای جسمی وجنسی و غفلت، بررسی اختلالات شخصیت والدین کودکان آزاردیده، بررسی سبک‌های پرورش‌یافتن والدین برای کودکان آزاردیدهٔ هیجانی پیشنهاد می‌شود.

۵ نتیجه‌گیری

این پژوهش تفاوت ویژگی‌های بالینی در والدین آزارگر هیجانی با والدین غیرآزارگر هیجانی و نقش این ویژگی‌ها در وقوع آزار هیجانی را نشان داد. براساس نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای والدین و معلمان، با هدف افزایش آگاهی آن‌ها در زمینهٔ آزار هیجانی و نشانه‌های آن و راه‌های پیشگیری از آن پیشنهاد می‌شود.

[1].Esmaili-Douki

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1395.6.0.1.2]

References

1. Iwaniec D, Herbert M. Multidimensional approach to helping emotionally abused and neglected children and abusive parents. Child Soc. 1999;13(5):365–379.
2. Glaser D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): A conceptual framework. Child Abuse Negl. 2002;26(6):697–714.
3. Leeson FJ, Nixon RD. The role of children's appraisals on adjustment following psychological maltreatment: A pilot study. J Abnorm Child Psychol. 2011;39(5):759–771.
4. Melmed LR. Cognitive Style as a Mediator between Parental Psychological Maltreatment and Depression in Adolescent Boys. Columbia University; 2012.
5. Howe D. Child abuse and neglect: Attachment, development and intervention. UK: Palgrave Macmillan; 2005,pp: 165-167.
6. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. PLoS Med. 2012;9(11):e1001349.
7. Tonmyr L, Draca J, Crain J, MacMillan HL. Measurement of emotional/psychological child maltreatment: A review. Child Abuse Negl. 2011;35(10):767–782.
8. de la Vega A, de la Osa N, Ezpeleta L, Granero R, Domenech JM. Differential effects of psychological maltreatment on children of mothers exposed to intimate partner violence. Child Abuse Negl. 2011;35(7):524–531.
9. Iwaniec D, Larkin E, Higgins S. Research review: Risk and resilience in cases of emotional abuse. Child Fam Soc Work. 2006;11(1):73–82.
10. Chamberland C, Fallon B, Black T, Trocmé N. Emotional maltreatment in Canada: Prevalence, reporting and child welfare responses (CIS2). Child Abuse Negl. 2011;35(10):841–854.
11. Marshall NA. A clinician's guide to recognizing and reporting parental psychological maltreatment of children. Prof Psychol Res Pract. 2012;43(2):73.
12. Hart SN, Glaser D. Psychological maltreatment–Maltreatment of the mind: A catalyst for advancing child protection toward proactive primary prevention and promotion of personal well-being. Child Abuse Negl. 2011;35(10):758–766.
13. Sirrine J. Invisible Abuse: Utah's Response to Emotional Child Abuse. Utah State University; 2010.
14. Kairys SW, Johnson CF, Abuse C on C. The psychological maltreatment of children—Technical report. Pediatrics. 2002;109(4):68–68.
15. Iffland B, Sansen LM, Catani C, Neuner F. Emotional but not physical maltreatment is independently related to psychopathology in subjects with various degrees of social anxiety: a web-based internet survey. BMC Psychiatry. 2012;12(1):49-57.
16. Riggs SA. Childhood emotional abuse and the attachment system across the life cycle: What theory and research tell us. J Aggress Maltreatment Trauma. 2010;19(1):5–51.
17. Pohle C. Trajectories of internalizing problems among maltreated girls and boys: Differences by maltreatment type and developmental timing.[Thesis]. University of Southern California; 2012.
18. Fonzo GA. Early Life Stress and the Anxious Brain: Neural Structure and Function Underlying the Relationship between Childhood Emotional Maltreatment and Anxiety in Adulthood. [Thesis]. San Diego State University; 2013.
19. Hund AR, Espelage DL. Childhood emotional abuse and disordered eating among undergraduate females: Mediating influence of alexithymia and distress. Child Abuse Negl. 2006;30(4):393–407.
20. Gibb BE, Abela JR. Emotional abuse, verbal victimization, and the development of children's negative inferential styles and depressive symptoms. Cogn Ther Res. 2008;32(2):161–176.
21. Cohen RA, Hitsman BL, Paul RH, McCaffery J, Stroud L, Sweet L, et al. Early life stress and adult emotional experience: an international perspective. Int J Psychiatry Med. 2006;36(1):35–52.
22. Conroy E, Degenhardt L, Mattick RP, Nelson EC. Child maltreatment as a risk factor for opioid dependence: Comparison of family characteristics and type and severity of child maltreatment with a matched control group. Child Abuse Negl. 2009;33(6):343–352.
23. Glaser D. How to deal with emotional abuse and neglect—Further development of a conceptual framework (FRAMEA). Child Abuse Negl. 2011;35(10):866–875.
24. Hurst T. Adult Personality and Childhood Experiences of Maltreatment.[Thesis in Psychology]. New School University; 2011.
25. Finzi-Dottan R, Karu T. From emotional abuse in childhood to psychopathology in adulthood: A path mediated by immature defense mechanisms and self-esteem. J Nerv Ment Dis. 2006;194(8):616–621.
26. Iwaniec D. Evaluating parent training for emotionally abusive and neglectful parents: Comparing individual versus individual and group intervention. Res Soc Work Pract. 1997;7(3):329–349.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1395.6.0.1.2]

27. Voicu C, Baciu C, Roth M, Antal I, Mezei E, others. Abusive parents from rural and urban areas. Rev Asistenta Sociala. 2012;(2):81–89.
28. Norozi charghaleh P. A comparative study of neuropsychological functioning emotional abused girl students with normal girl students. [MA Thesis in Psychology and education of exceptional children]. College of psychology and educational sciences allameh tabatabayi University; 2012. [Persian]
29. Rodriguez CM, Richardson MJ. Stress and anger as contextual factors and preexisting cognitive schemas: Predicting parental child maltreatment risk. Child Maltreat. 2007;12(4):325–337.
30. Groth marnat G. (handbook of psychological assessment). Pasha sharifi H, Nikkho MR. (Persian translators). Third edition. Tehranr: roshd;2003.
31. Mennen FE, Trickett PK. Parenting attitudes, family environments, depression, and anxiety in caregivers of maltreated children. Fam Relat. 2011;60(3):259–271.
32. Trickett PK, Kuczynski L. Children's misbehaviors and parental discipline strategies in abusive and nonabusive families. Dev Psychol. 1986;22(1):115–23.
33. Rinehart DJ, Becker M, Buckley PR, Dailey K, Reichardt CS, Graeber C, et al. The relationship between mothers' child abuse potential and current mental health symptoms. J Behav Health Serv Res. 2005;32(2):155–166.
34. (Russell VJ. Predicting child abuse potential from the MMPI-2-RF higher order scales and the ASEBA within a sample of care givers referred for evaluation.[MA Thesis in Psychology]. Western Carolina University; 2012.
35. Kaplan SJ, Sunday SR, Labruna V, Pelcovitz D, Salzinger S. Psychiatric disorders of parents of physically abused adolescents. J Fam Violence. 2009;24(5):273–281.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1395.6.0.1.2]