

الميولات الاكتئابية لدى أم الطفل المتوحد بتطبيق اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه للشخصية MMPI-2

وسيلة أيت أوفلة^{1,*} عقيلة صحراوي²

^{1,2} جامعة الجزائر 02 أبو القاسم سعد الله (الجزائر)، مخبر علم النفس العيادي والقياسي

Depressive tendencies in autistic child mother By applying the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2)

Wassila Ait Oufella^{1,*} Akila Sahraoui²
aitoufellowassila@hotmail.com akilasahraoui@hotmail.com

1,2 Abu Elkacem Saadallah University (Algeria), clinical and metric psychology Lab

تاريخ الاستلام: 2020/02/16؛ تاريخ القبول: 2020/04/18؛ تاريخ النشر: 2023/08/31

Abstract: This article was made to study the possibility of appearance depressive tendencies in 25 mothers of autistic children in five specialized centers located in the center of Algiers, This group was intentionally chosen, adopting to the descriptive method using the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI - 2) in addition to a questionnaire to determine the characteristics of Study group.

Among the results obtained, the majority of mothers of autistic children who participated in the study are characterized by depressive traits with high degrees of 66 and more. They have a higher possibility of developing a depressive disorder according to the (IR) index, and we also found that, the more severe the symptoms of autism in a child, the more depressed the mother will be. Other strong associations have also emerged between the degree of autism and the emergence of other psychopathological traits.

Key words autism disorder, depressive tendencies, mothers of autistic child.

ملخص: جاء هذا المقال لدراسة احتمال ظهور الميولات الاكتئابية لدى 25 أم لطفل متوحد على مستوى خمسة مراكز متخصصة في العاصمة، تم اختيار هذه المجموعة بصفة قصدية معتمدين على المنهج الوصفي باستعمال اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه للشخصية (MMPI-2) مدعم باستمارة من أجل تحديد خصائص مجموعة الدراسة.

من النتائج المتحصل عليها أن غالبية أمهات أطفال التوحد اللاتي شاركن في الدراسة يتميزن بسمات اكتئابية بدرجات مرتفعة تقدر بـ 66 درجة فأكثر ولديهن احتمال أكثر في تطور اضطراب الاكتئاب استنادا لمؤشر الاستيعاب (IR)، كما توصلنا إلى أنه كلما ارتفعت درجة التوحد لدى الطفل كلما كانت الأم مكتئبة. كما برزت وجود علاقات ارتباطية قوية أخرى بين درجة التوحد وظهور سمات سيكوباتولوجية أخرى.

الكلمات المفتاحية: اضطراب التوحد، الميولات الاكتئابية، أمهات أطفال التوحد.

*corresponding author

1. مقدمة

يعتبر التوحد من الاضطرابات الأكثر انتشارا في العالم الراجع إلى التحديد الأفضل لمعايير التشخيص التي توسعت مع مرور الوقت، لأن وعي الوالدين والأسرة بوجود هذا الاضطراب يدفعهم لطلب استشارات طبية مبكرة، حيث تتفق معظم الدراسات على "أن أحد معايير تشخيص التوحد هو ظهور الأعراض قبل سن 36 شهرا" (صحراوي عقيلة، 2018، ص 142).

فولادة طفل باضطراب صعب كالتوحد يولد الشعور بالضغط لدى الآباء لأن هذا الحدث سيغير من تنظيم حياتهم سواء على المستوى الفردي أو النفسي أو الاجتماعي، حيث أشار Crinic et al (1993) أنه لا يوجد مكان يتأثر بوجود طفل معاق أكثر من الأسرة، كما تذهب بعض الدراسات إلى أن آباء أطفال التوحد يظهرون ضغطا أكثر من آباء الأطفال العاديين أو آباء أطفال تناذر داون، الذي يعود للتبعية، الانطواء الاجتماعي، اضطرابات السلوك لدى الطفل المتوحد، يرى في نفس السياق كل من بوبي وبوشي (Bobet et Boucher 2005) أنه غالبا ما يدركون هؤلاء الآباء أحداث الحياة كأحداث ضاغطة. (in Cappe, E, 2009, p 210)

لا تقتصر في الواقع هذه الضغوطات على الأم أو الأب بل تمس كل أفراد عائلة الطفل المصاب بالتوحد ولكن تركيزنا في هذه الدراسة وقع على حالة الأم لكونها أكثر عرضة للتأثر المباشر باضطراب الطفل باعتبارها المسؤولة الأولى في رعاية وتربية وتعليم أطفالها، كما ستتغير أهدافها في الحياة ليصبح كل اهتمامها منظم حول الطفل ومستقبله، وجاءت دراسة Allouard et Blanchon (1998) لتوضح أكثر هذه الفكرة بحيث توصلت إلى أن 75% من الأمهات يتخلون عن حياتهن المهنية بسبب الصعوبات اليومية المرتبطة باضطراب التوحد لدى طفلهن و49% تقضي وقت أقل للترفيه و25% تعاني من أمراض جسمية (داء السكري، hernies discale) و37.5% تعاني من اضطرابات نفسية (الاكتئاب واضطرابات القلق)، كما أوضحت معظم الأمهات أنهن من يقمن بتسيير الحياة اليومية وتربية أولادهن حيث أن 20% فقط من هؤلاء الأمهات تصرحن بأن المهام العائلية موزعة بالتساوي بينهن وأزواجهن. (Blanchon Y.C & Allouard G. 1998, p 46)

تمر الأم بالعديد من المراحل، فيبدأ الإحساس بالشك والقلق أو اللامبالاة قبل التأكد من إصابة طفلها بالتوحد، ثم تعيش لحظة التأكد من الإصابة (لحظة التشخيص) كحدث أليم بما يحمله من مشاعر الحزن والغضب والإحباط وتأييب الضمير، وتليها مرحلة ما بعد التأكد أي كل ما تعيشه الأم من منغصات ومتاعب مرتبطة بمعظمها بسلوك المشكل (le comportement problématique) لدى الطفل المتوحد بالإضافة إلى التفكير المستمر حول مستقبله ومصيره خاصة فيما يخص المسار الدراسي، يبدو إذن أن تربية طفل متوحد له تأثير على الحياة الشخصية للأم نظرا لشدة الضغوطات ونقص التكفل الفعال والمرافقة والشعور بالعبء المرتبط بالاضطراب.

في مواجهة أم الطفل المتوحد للواقع المرير يبدو أن الاكتئاب هو الاضطراب النفسي الحتمي الذي يصادف حياتها اليومية، فقد تعاني من نظرة الآخرين النقدية الموجهة لطفها المتوحد خاصة من طرف العائلة الممتدة أو الجيران وعدم تفهمهم لخصائص التوحد تحديدا تلك التي تتعلق باضطرابات السلوك والتي قد تقابل عدم تفهم المجتمع مفسرا إياها نتيجة سوء تربية الأم باعتبارها "غير كفؤة" وهذا ما يعزز بدوره انعزالها وانغلاقها على نفسها رافضة دعوات الآخرين وعدم ممارسة حياتها اليومية بشكل طبيعي، فتصبح علاقاتها الاجتماعية ضيقة مما سيغير من صورتها الاجتماعية. حيث "لوحظ لدى أمهات أطفال التوحد صعوبات في التفاعل الاجتماعي" (Goussé, V, 2010, p 418).

كما أن "شعور الأم بالعبء والحمل المرتبط برعاية طفلها من حصص تدريبية وأخذ مواعيد مع المختصين قد يسبب في الإرهاق وتعكر المزاج أو حتى الاكتئاب" (Sénéchal. C et Pigeon. C, 2009, p 246)

وتأسيسا على ما جئنا به سابقا ونظرا لأهمية موضوع السمات الاكتئابية لدى أمهات أطفال التوحد تم إختيار هذا الموضوع للتعلم فيه ودراسته ضمن خلفية معرفية سلوكية.

وبالتالي جاءت تساؤلات الدراسة كما يلي:

1. هل هناك احتمال ظهور سمات اكتئابية لدى أمهات أطفال التوحد؟ وهل لدرجة التوحد لدى طفلها علاقة في ذلك؟
2. ما هي السمات السيكوباتولوجية السائدة لدى أمهات أطفال التوحد؟
الفرضيات.

1. يوجد احتمال ظهور السمات الاكتئابية لدى أمهات أطفال التوحد حيث تتحصلن على مقياس الاكتئاب (d) وعلى مقياس المحتوى للاكتئاب (DEP) على 66 درجة فأكثر، كما تتحصلن على مستوى مؤشر الاستيعاب الداخلي (Ratio d'internalisation) على أقل من واحد ($IR < 1$)، كما لدرجة التوحد لدى الطفل علاقة ارتباطية في ظهور السمات الاكتئابية لدى الأم الذي سنتحقق منه باستعمال معامل بيرسون.

2. السمات السيكوباتولوجية السائدة لدى أمهات أطفال التوحد هي سمات ذات طابع عصبي أو ذهاني من خلال اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه للشخصية MMPI-2.

1.1. أهمية وأهداف الدراسة .

لقي موضوع اضطراب التوحد لدى الأطفال اهتماما كبيرا من قبل العديد من المختصين ممارسين كانوا أو باحثين، ويعتبر أكثر تعقيدا وخطورة عن باقي الإعاقات الحسية، الحركية أو العقلية، إذ يؤدي وجود طفل مصاب بالتوحد إلى إحداث تغييرات جذرية على مستوى العائلة (العلاقات الاجتماعية، العائلية، الصداقة، المسار المهني، الترفيه)، والأصعب من ذلك هو أن الأم غالبا ما تقوم برعاية أبنائها وحمايتهم، إلا أنها تصبح غير قادرة على تحمل العبء الذي على عاتقها. لقد أخذ هذا النوع من الأزمات حجما يئبى بالخطر نظرا لما يحدثه من آثار، إذ يمكن اعتباره كواب في المجتمع الجزائري مما يؤثر على الصحة العمومية، هذا ما يجعل أهمية الدراسة إذ تهدف إلى محاولة التنبؤ بوجود ميولات اكتئابية حسب السمات الظاهرة لدى أم الطفل المتوحد من أجل إمكانية التكفل بها ومساعدتها من طرف المختصين والأطباء. كل هذه الأمور تعتبر بمثابة إجراءات وقائية تحمي الأم من الوقوع في الاكتئاب أو أي اضطراب نفسي آخر.

كما تهدف دراستنا إلى المساهمة في تحسيس المختصين النفسانيين والأرطوفونيين والأطباء العقليين وأطباء الأطفال على ضرورة العناية بالأم ومساندتها بداية من لحظة تشخيص طفلها بالتوحد إلى غاية التكفل به. ومن خلال ذلك تسعا الباحثان إلى تحقيق الأهداف التالية:

- دراسة الميولات الاكتئابية لدى أمهات أطفال التوحد مما يتيح للأطباء والمختصين برعايتهم والتكفل بهم والأخذ بعين الاعتبار مخاوفهم.

- دراسة العلاقة الموجودة بين درجة التوحد لدى الطفل واحتمال ظهور السمات الاكتئابية لدى الأم أو سمات سيكوباتولوجية أخرى محتملة.

2.1. تعريف مفاهيم الدراسة. أ. اضطراب التوحد. مصطلح (Autisme) مشتق من الكلمة اليونانية (Autism) التي تعني "نفسه" (Soi même) ويعرف اضطراب التوحد أنه انطواء مرضي للفرد في عالمه الداخلي مع رفض الاتصال بالعالم الخارجي.

(Grand dictionnaire de psychologie, 1999, p 428)

لكن يُعرّف حسب DSM IV –TR على أنه اضطراب عصبي لا يكتسب وإنما يولد به الطفل إذ يصعب تشخيصه في المراحل الأولى من حياته بحيث "يتم الكشف عنه بعد سنتين" (DSM IV –TR, 1980, P 85).

تتجلى أعراض التوحد حسب DSMV في (ثلاثية الأعراض) مشاكل على مستوى التواصل، سلوكيات إجترارية، صعوبات في التفاعل الاجتماعي، بالإضافة إلى وجود مشاكل مصاحبة كاضطرابات في الأكل، اضطرابات في النوم، العدوانية، الإفراط في الحركة أو الكسل... إلخ. (DSM5,2013, p50)

أما إجرائيا: فالمقصود بالتوحد ذلك الاضطراب الذي يتم الكشف عنه قبل سن 03 سنوات والذي يتميز بالإنطواء الاجتماعي، السلوكيات النمطية والتكرارية، ضعف أو انعدام الكلام. وفي الدراسة الحالية نقصد بالطفل المتوحد كل طفل تم تشخيصه من طرف الطبيب العقلي للأطفال والذي يتابع حصص تدريبية مستمرة في المراكز المتخصصة للتكفل بالأطفال المتوحدين.

ب. **الميوالات الاكتئابية.** هي سمات ذات طابع مرضي والمتوافقة مع اضطراب الاكتئاب كوجود أفكار ومشاعر اكتئابية، عدم الرضا، التشاؤم، اليأس، فقدان الطاقة، عدم الثقة في النفس، عدم تقدير الذات، أفكار انتحارية... إلخ. (Manuel MMPI-2, 1996, P54)

أما إجرائيا: هي الدرجة التي تتحصل عليها أم الطفل المتوحد والتي تفوق 65 درجة على المقياس الاكلينيكي للاكتئاب (d) ومقياس المحتوى (DEP) التي نجدها في اختبار منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية (MMPI2) من إعداد عالم النفس ستارك هاثاواي (S.Hathway) والطبيب النفسي شانلي ماكنلي (J.C.Makinley)، وترجمة عبد الله محمود سليمان.

كما نعتد في تحديد الأم الأكثر عرضة لتطوير الاكتئاب على مؤشر الاستيعاب الداخلي (Ratio d'internalisation) الذي يرمز إليه بالرمز "IR" الذي يحسب من خلال المعادلة التالية $(1+2+7+0)/(3+4+6+9)$ ، حيث أن كل رقم يناسب كل مقياس من المقاييس الاكلينيكية الأساسية، فإذا كان $IR < 1$ تعد الأم ذات استيعاب داخلي وأكثر عرضة لتطوير الاكتئاب لكن أكثرها تجاوبا مع العلاج النفسي.

ج. **أمهات الأطفال التوحدين.** نقصد به مجموع النساء اللواتي أجرين عليهن الدراسة وهن 25 أم لطفل مصاب بالتوحد واللاتي التقينا بهن في مراكز التكفل المختلفة بالعاصمة.

3.1. **محددات الدراسة.** يساعد واضح حدود الدراسة في تركيزه على تحقيق أهداف الدراسة وتجنب التعميم الزائد، أو تعميم النتائج إلى أبعد من حدودها المكانية والزمانية والمجتمعية. ويفضل أن يوضح الباحث تبريرات هذه الحدود. (إبراهيم أبو زيد، 2010، ص14)

أ. **المحددات الزمانية.** يقصد بالمحددات الزمانية الفترة الزمانية التي سيتم فيها متابعة الظاهرة المدروسة، حيث دامت الدراسة الحالية من شهر جانفي 2019 إلى غاية شهر سبتمبر 2019.

ب. **المحددات المكانية.** تمت الدراسة الحالية في عدة أماكن، حيث كان الغرض من ذلك جمع أكبر عدد من أفراد الدراسة الحالية المتمثلة في أمهات أطفال التوحد. تمثلت هذه المراكز فيما يلي:

– المركز الخاص للتكفل بأطفال التوحد "بن عكنون".

– المركز الطبي البيداغوجي لأطفال ذوي صعوبات ذهنية "الحراش".

– دار الشباب "سيدي موسى".

– روضة نجوم المستقبل وكذلك المدرسة الابتدائية "السلام" (قسم خاص) ببراقي.

2. الطريقة و الأدوات

2.1. **المنهج.** جرت معالجة هذه الدراسة بالاعتماد على منهج مناسب وطبيعة الدراسة ألا وهو "المنهج الوصفي" للحصول على استنتاجات علمية موضوعية، ومن أهم ما يميز البحث الوصفي عنايته برصد الحقائق المتعلقة بالظاهرة موضوع الدراسة

رصدًا واقعيًا دقيقًا، وتعود أهمية هذا المنهج إلى أن الوصف يمثل ركنا أساسيا في البحث العلمي وذلك بجمع المعلومات والبيانات وتحليلها وتفسيرها، للإجابة عن الأسئلة التي يطرحها الباحث واقتراح حلول لها. (بوحفص عبد الكريم، 2011، ص 235)

كما أن المنهج الوصفي" يقوم بدراسة الظروف أو الظواهر أو المواقف أو العلاقات كما هي في الواقع دون أي تدخل من الباحث، ثم يقوم بعمل الوصف الدقيق والتحليل الشامل، والتأويل للبيانات الوصفية من أجل التنبؤ بها" (منسي محمد عبد الحليم، 2000، ص 200).

2.2. مجموعة الدراسة.

أ. كيفية اختيار مجموعة الدراسة. تم اختيار مجموعة الدراسة بطريقة قصدية، حيث انتقينا 25 أم لطفل متوحد، تم توزيعهن كما يلي:

- 8 أمهات لأطفال متوحدين بمركز حي الطفولة "بن عكنون" للتكفل بأطفال التوحد.
 - 8 أمهات لأطفال متوحدين بالمركز الطبي البيداغوجي للأطفال ذوي صعوبات ذهنية "الحراش".
 - 5 أمهات لأطفال متوحدين المدمجين بقسم خاص بمدرسة ابتدائية "براقي".
 - 3 أمهات لأطفال متوحدين بروضه "براقي".
 - أم لطفل متوحد بدار الشباب "سيدي موسى".
- فبعد الانتهاء من تطبيق اختبار (MMPI-2) بالطريقة الفردية والجماعية، شرعنا في دراسة صلاحية بروتوكولات الاختبار بحيث توصلنا إلى إلغاء 5 بروتوكولات غير صالحة للتفسير ويرجع ذلك:
- لارتفاع درجتي المقياس $VRIN > 13$ و $F > 91$ التي تشير إلى إعطاء إجابات عشوائية، نقص التركيز والارتباك.
 - درجة $TRIN > 13$ تشير إلى إعطاء إجابات من النوع "صحيح" بغض النظر عن محتوى البنود.
 - $TRIN < 5$ تشير إلى إعطاء إجابات من النوع "خاطئ" بغض النظر عن محتوى البنود.
 - $VRIN < 13$ يعني أن الشخص قد أعطى إجابات دون تفكير. مما يؤدي ذلك لعدم صلاحية البروتوكول وعدم إمكانية تفسيره، لذلك أصبح العدد الكلي لمجموعة الدراسة هو 20 أم لطفل متوحد.
- ب. خصائص مجموعة الدراسة.
- سنورد فيما يلي الجداول التي توضح خصائص مجموعة الدراسة الحالية بعد تفرغ الاستمارات التي تضم سن الأم المستوى الدراسي، سن الطفل المتوحد، جنسه، درجة التوحد.

- سن الأم. يوضح الجدول التالي توزيع أفراد مجموعة الدراسة حسب السن

جدول (1): توزيع أفراد مجموعة الدراسة حسب السن.

النسبة المئوية %	التكرار	السن
45%	9	32 سنة – 37 سنة
55%	11	38 سنة – 43 سنة
100%	20	المجموع

يوضح الجدول السابق أن الأمهات محل الدراسة تتراوح أعمارهن بين 32 سنة كحد أدنى و 43 سنة كحد أقصى، حيث أن غالبية الأمهات يتمركزن في الفئة العمرية بين (38 – 43 سنة) بنسبة 55%، تليها الفئة (32 – 37 سنة) بنسبة 45%.

- المستوى الدراسي للأمم. يوضح الجدول التالي توزيع أفراد مجموعة الدراسة حسب المستوى الدراسي
جدول (2): توزيع أفراد مجموعة الدراسة حسب المستوى الدراسي.

النسبة المئوية %	التكرار	المستوى التعليمي
20%	4	المستوى المتوسط
55%	11	المستوى الثانوي
25%	5	المستوى الجامعي
100%	20	المجموع

يبين الجدول رقم (2) أن أفراد مجموعة الدراسة تضم كل من الأمهات ذوات المستوى الثانوي والتي تشكل أعلى نسبة وهي 55% أما أدنى نسبة فقد تحصل عليها المستويين المتوسط والجامعي بنسب 20% و25% وبالتالي نستنتج أن أغلبية أمهات أطفال التوحد لهن مستوى دراسي ثانوي.

- سن الطفل. يوضح الجدول التالي الفئة العمرية لأطفال التوحد

جدول (3): توزيع الأطفال المتوحدين حسب السن.

النسبة المئوية %	التكرار	الفئات
35%	7	4 سنوات – 6 سنوات
65%	13	7 سنوات – 10 سنوات
100%	20	المجموع

يتضح من خلال الجدول رقم (3) أن سن الأطفال المتوحدين يتراوح بين 4 سنوات و10 سنوات، حيث أن غالبية الأطفال يتراوح أعمارهم بين 7 سنوات و10 سنوات بنسبة 65% أما الأطفال البالغين من العمر 4 سنوات – 6 سنوات فقد شكلوا أقل نسبة تقدر بـ 35%.

- جنس الطفل المتوحد. يوضح الجدول التالي جنس الأطفال المتوحدين

جدول (4): توزيع الأطفال المتوحدين حسب الجنس.

النسبة المئوية %	التكرار	الجنس
75%	15	ذكر
25%	5	أنثى
100%	20	المجموع

يتضح من خلال الجدول (4) أن أغلبية الأطفال المتوحدين من الجنس الذكري فقد شكلوا أعلى نسبة تقدر بـ 75% أما الإناث فقد شكلن أقل نسبة والمقدرة بـ 25%.

- درجة التوحد: يوضح الجدول التالي توزيع درجات التوحد لدى الأطفال.

جدول (5): توزيع الأطفال حسب درجة التوحد.

النسبة المئوية %	التكرار	درجة التوحد
25%	5	توحد خفيف
60%	12	توحد متوسط
15%	3	توحد حاد
100%	20	المجموع

يتبين من خلال الجدول رقم (5) أن الأطفال لديهم اضطراب التوحد بدرجات مختلفة حسب تشخيص الطبيب العقلي للأطفال، حيث أن أغلبهم ذوي توحد متوسط بنسبة 60%. أما المتوحدين بدرجة خفيفة أو حادة فقد شكلوا أقل نسبة على التوالي 25%، 15%.

3.2. أداة جمع البيانات.

للقيام بجمع البيانات الخاصة بمتغيرات الدراسة استعملنا اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه للشخصية (MMPI-2) من إعداد عالم النفس س. هاثاواي وطبيب الأعصاب ش. ماكنلي J.C.Makinley et S.Hathway (1942) وترجمة عبد الله محمود سليمان (1996) مدعم باستمارة والتي سنعرضها فيما يلي:

أ. اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه للشخصية (MMPI-2). يستعمل اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه للشخصية (MMPI-2) للقيام بتقييم دقيق حول سمات الشخصية في جوانبها السوية والباثولوجية (اضطرابات الشخصية، اضطرابات نفسية). إذ يعد سهل التطبيق سواء بشكل فردي أو جماعي، كما يشترط أن يتمتع المبحوث بمستوى متوسط من الفهم والقراءة مع إظهار درجة كافية من التعاون. يسمح هذا الاختبار بالحصول على درجات خامة وصفحات نفسية (بروفيلات) وذلك بالاعتماد على معايير (فرنسية)، أما تفسير هذه الدرجات فيستدعي مراجعة الدراسات التي جاءت حول المقاييس التي يقيسها اختبار (MMPI-2). (Manuel MMPI-2, 1996, P1)

استعملنا في هذه الدراسة النسخة العربية لاختبار (MMPI-2) المترجمة من طرف عبد الله محمود سليمان (1996) والتي تمت الموافقة على استخدامها من طرف جامعة مينيسوتا، بحيث يحتوي هذا الاختبار على 567 عبارة تقريرية (يتم الإجابة عليها بـ ص أو خ) متناولة في مضمونها العديد من مجالات حياة الشخص (العائلة، المهنة، العلاقات البين شخصية، التبعية لبعض المواد، اضطرابات الأكل... إلخ)، موزعة في شكل مقاييس وهي مقاييس الصدق (لا أعرف؟، الكذب L، الخطأ F، التصحيح K)، أضيفت إليها مؤشرات صدق أخرى: (TRIN) الذي يسمح بتقييم ميول الشخص لإعطاء نوع واحد من الإجابات (ص أو خ)، (VRIN) يسمح بتقييم الاتجاه العام لإهمال الشخص لمحتوى البنود عند الإجابة، Fb يسمح بتحديد الأشخاص الذين قد أجابوا على الاختبار بطريقة غير صالحة.

أما المقاييس الإكلينيكية الأساسية التي يحتويها الاختبار فتتمثل في: (1) مقياس توهم المرض (Hs)، (2) مقياس الاكتئاب (D)، (3) مقياس الهستيريا (Hy)، (4) مقياس الانحراف السيكوباتي (Dp)، (5) مقياس الذكورة والأنوثة (MF)، (6) مقياس البارانويا (Pa)، (7) مقياس البسيكاستينيا (Pt)، (8) مقياس الفصام (Sc)، (9) مقياس الهوس (Ma)، (0) مقياس الانطواء الاجتماعي (Si).

كما أضيفت في النسخة الثانية لاختبار مينيسوتا متعدد الأوجه للشخصية مؤشرات تصنيفية أخرى: مؤشر الصدق (F-K) يعطي معلومات حول محاولة الشخص في التلاعب بإجاباته من أجل تقديم نفسه في صورة غير مرغوبة وإبراز مشاكله، بحيث تفسر الدرجة الخامة التي تفوق (+15) على ميول الشخص للمبالغة في مشاكله النفسية، أما مؤشر Goldberg فيستخدم للحصول على صيغة تنبؤية من أجل التمييز بين الملمح العصبي والملمح الذهاني للشخص، فإذا حصلنا على درجة تفوق 45 فيقتراح وضع تشخيص ذهاني، أما المؤشر الأخير فيتعلق بحساب المتوسط الحسابي للدرجات التائية لمقاييس الاختبار على النحو التالي:

(M= Hs+D+Hy+Pd+Pa+Pt+Sc+Ma/8)، فهذه الصيغة تسمح بإعطاء تقييم عام لسوء التكيف فإذا كان المتوسط الحسابي (M>65) تعني إمكانية وجود مشاكل نفسية مهمة نسبياً لدى المبحوث.

ب. الاستمارة. صممت الباحثتان استمارة تتكون من جزئين، الجزء الأول خصص للمعلومات العامة المتعلقة بأم الطفل المتوحد ويتكون بدوره من خمسة أسئلة (السن، المهنة، المستوى التعليمي، الحالة العائلية، عدد الأطفال)، أما الجزء الثاني فجاء حول المعلومات التي تخص الطفل المتوحد، كما يحتوي على أربعة أسئلة (الجنس، السن الحالي، السن عند وضع التشخيص، شدة الاضطراب). كان الهدف من استخدام هذه الاستمارة من أجل استخلاص خصائص أفراد مجموعة الدراسة وكذا دراسة العلاقة الموجودة بين درجة التوحد لدى الطفل واحتمال ظهور السمات السيكوباتولوجية لدى الأم.

4.2. الأساليب الإحصائية. لتحقيق أهداف الدراسة وتحليل البيانات التي تم جمعها، اعتمدنا على عدة أساليب للمعالجة الإحصائية وذلك باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS) نسخة رقم (22). وهذا بعد ترميز البيانات وإدخالها في الحاسوب فتم حساب التكرارات والنسب المئوية ومعامل بيرسون.

3. النتائج و مناقشتهما.

1.3. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى. لقد نصت الفرضية الأولى من فرضيات الدراسة على أنه يوجد احتمال ظهور ميولات اكتئابية لدى أمهات أطفال التوحد حيث تتحصلن على مقياس الاكتئاب (d) وعلى مقياس المحتوى للاكتئاب (DEP) على 66 درجة أو أكثر، كما تتحصلن على مستوى مؤشر الاستيعاب الداخلي (Ratio d'internalisation) على أقل من واحد ($IR < 1$)، كما لدرجة التوحد لدى الطفل علاقة ارتباطية في ظهور السمات الإكتئابية لدى الأم الذي سنتحقق منه باستعمال معامل بيرسون.

أولاً: التحقق من ظهور السمات الاكتئابية لدى أمهات أطفال التوحد حسب ما توصلنا إليه من نتائج على مستوى المقاييس (d) و (DEP) وبالاستناد على مؤشر الاستيعاب الداخلي ($IR < 1$)

أ. عرض النتائج حسب المقياس الكلينيكي للاكتئاب (d). يحتوي المقياس الكلينيكي للاكتئاب على 57 بند، هاته البنود تعكس مشاعر الإحباط، التشاؤم واليأس التي تميز الحالة العيادية الاكتئابية.

جدول (6): مستويات الاكتئاب لدى أم الطفل المتوحد حسب اختبار ميندسوتا متعدد الأوجه للشخصية

النسب المئوية	التكرار	مقياس الاكتئاب (d)
30%	6	65 درجة أو أقل
70%	14	66 درجة أو أكثر
100%	20	المجموع

يتبين من خلال الجدول رقم (6) أن أغلبية أمهات أطفال التوحد قد تحصلن على مقياس الاكتئاب على 66 درجة أو أكثر بأكبر نسبة تقدر بـ 70% ما يعني أنهن يتصفن بميولات اكتئابية.

ب. عرض النتائج حسب مقياس المحتوى للاكتئاب (DEP):

جدول (7): درجة الاكتئاب حسب مقياس المحتوى (DEP)

النسب المئوية	التكرار	DEP
50%	10	65 درجة أو أقل
50%	10	66 درجة فأكثر
100%	20	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول رقم (7) أن 50% من أمهات أطفال التوحد تحصلن على 66 درجة فأكثر على مستوى مقياس المحتوى (DEP)، والدرجات العالية على مستوى هذا المقياس يميز الأمهات اللاتي يتصفن بأفكار اكتئابية، كما يشعرن بعدم اليقين بشأن المستقبل وغير مهتمات بحياتهن، تعيسات يتميزن بسهولة البكاء
قد يعتقدن أنهن مدانات أو أنهن ارتكبن خطايا لا تغتفر. (Manuel MMPI-2, 1996, P54)
وللتأكد أكثر من النتائج السابقة، قمنا بحساب مؤشر الاستيعاب (IR) الذي ينبئ بوجود احتمال كبير في تطوير الاكتئاب لدى أمهات أطفال التوحد، في حالة ما إذا كان $IR < 1$

جدول (8): احتمال ظهور ميولات اكتئابية حسب مؤشر (IR)

مؤشر IR	التكرار	النسب المئوية
$IR < 1$	20	100%
$IR > 1$	0	0%

فبالفعل يظهر لنا الجدول رقم (8) أن جميع أمهات أطفال التوحد اللاتي شاركن في هاته الدراسة لديهن احتمال كبير في تطوير اضطراب الاكتئاب.

- ثانيا: التحقق من وجود علاقة ارتباطية بين درجة التوحد لدى الطفل وظهور السمات الإكتئابية لدى الأم.

جدول (9): نتائج حساب معامل الارتباط بيرسون بين درجات التوحد ومقياس الاكتئاب للـ MMPI-2

مستوى الدلالة	معامل ارتباط بيرسون	درجة التوحد المقاييس الإكلينيكية
0.05		
دال (توجد علاقة ارتباطية)	0.60	الإكتئاب (D)

من خلال الجدول رقم (9) نجد أن هناك علاقة ارتباطية قوية بين درجة التوحد وظهور السمات الإكتئابية لدى الأم بحيث قدر معامل ارتباط بيرسون بـ 0.60 وهو يدل على وجود ارتباط. فكلما ارتفعت درجة التوحد لدى الطفل كلما نحتمل تطور سمات اكتئابية لدى الأم. تتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة Benson (2006) حيث أظهرت أن أمهات أطفال التوحد لديهن أعراض إكتئابية مقارنة بمتوسط المجتمع، فكلما زادت شدة أعراض التوحد لدى الطفل كلما كان له وقع هام على الحياة اليومية وكذا الصحة النفسية للأمهات. أما حسب Hahaut et al (2002) فإن أغلب المشاكل النفسية التي ظهرت لدى أمهات أطفال التوحد قد تمثلت في الاكتئاب والضغط بنسبة 37.5%. يضاف إليها نقص أوقات الترفيه الذي شكل نسبة 60% ونقص الاهتمام في إنشاء علاقات اجتماعية الذي شكل نسبة 55%. كما تضيف دراسة Pelchat, Lefebvre et al (2005) أن أمهات أطفال التوحد تعشن مراحل إكتئابية مصحوبة باضطرابات عاطفية. (in Cappe. E et al, 2009, pp 210-220)

بالإضافة إلى ذلك فإن أمهات أطفال التوحد يعانين من الاكتئاب أكثر من الآباء، حيث أن تكيفهم مع الإضطراب يعتمد على الدعم الاجتماعي الذي يقدمه الزوج، العائلة، الأصدقاء، الجيران وكذا الخدمات الاجتماعية المتوفرة لهاته الفئة من الأطفال. ومن جهة أخرى وجد كل من Hasting, Kovshoff, Ward, Degli, Brown et Remington (2005) أن أمهات الأطفال المتوحدين في مرحلة ما قبل الدراسة يعانين من أعراض إكتئابية فكلما اعتقدن أن درجة التوحد لدى أطفالهن شديدة كلما كن مكتئبات. (Hasting et al, 2005, pp 377 – 391)

2.3. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية.

لقد نصت الفرضية الثانية من فرضيات الدراسة على أن السمات السيكوباتولوجية السائدة لدى أمهات أطفال التوحد هي سمات ذات طابع عصابي أو ذهاني.

جدول (10): الدرجات المعيارية للمقاييس الإكلينيكية لاختبار منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية (MMPI-2)

النسبة المئوية%	التكرار	المقاييس الإكلينيكية
54%	18	الفصام (Sc)
42%	14	الاكتئاب (D)
42%	14	الانحراف السيكوباتي (Dp)
42%	14	الهوس (Ma)
39%	13	السيكاثينيا (Pt)
36%	12	توهم المرض (Hs)
27%	9	الهستيريا (Hy)
24%	8	البارانويا (Pa)
18%	6	الذكورة والأنوثة (MF)
12%	4	الانطواء الاجتماعي (Si)

وما تجدر الإشارة إليه إلى أنه تم الاعتماد في تحليل السمات السيكوباتولوجية ذات الطابع العصابي أو الذهاني حسب اختبار منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية (MMPI-2) على الدرجة التي تقع في حدود 66 وما فوقها التي تمكننا من التعرف على الانحراف المرضي والتي تتحصل عليها الأمهات في كل مقياس من المقاييس الإكلينيكية الأساسية.

فمن خلال الجدول رقم (10) يتبين أن المقياس رقم (2) المتمثل في الاكتئاب (D) قد تحصل على أعلى نسبة (42%) فيما يخص النوع العصابي وهذا ما يؤكد أن أمهات أطفال التوحد يلجأن للانعزال والانطواء على أنفسهن، يائسات ومحبطات، يشعرن بالعجز وعدم القدرة أمام الصعوبات (التعامل مع المنغصات اليومية المتعلقة بخصائص التوحد لدى أطفالهن) الراجع لعدم الثقة في النفس.

يلمها المقياس رقم (1) المتمثل في توهم المرض (Hs) بنسبة (36%) وهو ما يؤكد لجوء أمهات أطفال التوحد إلى جسدهن للتعبير على معانتهن وهو ما يوضح تضخيم وإبراز مشاكلهن الجسمية وتمركزهن حول الذات، حيث أظهرت نتائج دراسة Blanchon et Allouard (1998) أن 55% من الأمهات لديهن مشاكل جسدية، كما توصلت دراسة Hahaut et al (2002) إلى أن 25% من أمهات أطفال التوحد لديهن مشاكل صحية مهمة (داء السكري، Hernie discale). (p213).

أما المقياس رقم (3) المتمثل في الهستيريا (Hy) فقد تحصل على أدنى نسبة (27%) على مستوى المثلث العصابي وهو ما يدل على استعمال الأمهات لميكانيزم الإنكار والانشطار ونقص الاستبصار بالذات بالإضافة إلى وجود أزمات من الغضب الطفولية. إلى جانب هذه المقاييس الثلاث لاختبار منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية (MMPI-2)، فلقد برزت بعض المقاييس الأخرى ذات الطابع الذهاني حيث سجل المقياس رقم (8) المتمثل في الفصام (Sc) أعلى نسبة (54%) وهذا ما يفسر وجود تواصل سيئ مع الواقع وصعوبات في التركيز وأفكار غريبة والشعور بالشك نحو الذات.

كما ظهر المقياس رقم (6) المتمثل في البارانويا (Pa) بنسبة 24% التي تعكس عدائية الأمهات وتفسيرهن للوضعيات بشكل سيئ وشكوكهن اللامنطقية وهو ما يدل على نقص في النضج مع إزاحة الانتقادات.

كما برزا كلا من المقياسين رقم (4) و (9) المتمثلان في الانحراف السيكوباتي (Pt) والهوس (Ma) بنسبة 42% وهي نسبة معتبرة مما يوضح أن للأمهات علاقات سطحية إلى جانب العدائية والتمرد على الآخرين من عائلاتهم ومختصين ومشاكل زوجية ومهنية متكررة مع عدم الإحساس بالذنب وهو ما يبرز إستجابتهن الانفعالية السطحية.

فيما يخص المقياس رقم (7) البسيكاثينيا (Pt) الذي يسمى حالياً باضطراب الوسواس القهري فقد تحصل على نسبة 39%، مما يدل على أن الأمهات لديهن مخاوف مبالغ فيها، كما يشعرن بأنهن مسؤولات ويتهمن أنفسهن بأشياء لا تنسب إليهن، كما يقمن ببذل مجهود حتى يسيطرن على أفكارهن القهرية.

لكن أدنى نسبة مئوية فقد تحصل عليها كلا من المقياسين (5) و (0) المتمثلان في الذكورة والأنوثة (MF) والإنطواء الاجتماعي (Si) بنسب 12% و 18%.

في الأخير ما يمكن استنتاجه من نتائج اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه للشخصية (MMPI-2) هو أن المقاييس الإكلينيكية ذات الطابع العصبي والذهاني رقم (1)، (2)، (4)، (7)، (8) و (9) قد احتلت الصدارة من حيث نسبها المثوية.

4. خلاصة.

- من خلال النتائج التي تم التوصل إليها في الدراسة الحالية، نستنتج أنه كلما زادت شدة أعراض التوحد لدى الطفل كلما كان هناك احتمال ظهور السمات السيكوباتولوجية لدى الأمهات بطابعها العصبي أو الذهاني على حد سواء مما ينبئ بخطر الإصابة باضطرابات نفسية، فمن أجل المحافظة على الصحة النفسية للأم توصي الباحثتان على:
- ضرورة مرافقة ومساعدة أم الطفل المتوحد طوال فترة التكفل بطفلها المتوحد من طرف الفرق متعددة التخصصات فلا يقتصر مهامها في تطبيق الحصص التدريبية بل يتعدى ذلك ليشمل مساعدة كل أفراد العائلة من أب وأم وإخوة والعمل على تقبل الاضطراب وتعزيز الدعم النفسي الاجتماعي.
 - عدم إهمال المراكز المتخصصة لأهمية دور الأمهات في عملية تعليم أطفالهن المتوحدين وحثهن على المشاركة في البرامج المتخصصة فهذا يؤدي إلى ارتفاع ثقتهم بالنفس.
 - خلق "جماعات الكلام" داخل مراكز التكفل لأطفال التوحد التي مفادها السماح للأمهات بالتعبير عن تجاربهن ومشاركتهن مع غيرها من الأمهات مما يعطهن الأمل ويؤدي بهن لاستغلال مصادرهن الشخصية.
 - أهمية تطوير التدخلات العلاجية وتكييفها حسب ما يتلاءم وحاجيات الأطفال المتوحدين وكذا تكوين المختصين في المجال حول كيفية التكفل بهذه الفئة.
 - التشخيص والتكفل المبكر للطفل المتوحد للتخفيف من معاناة الأم.
 - ضرورة تعميم الأقسام المدمجة الخاصة بالأطفال المتوحدين في المدارس حتى يتمكنوا من التحصيل والتطور.

قائمة المراجع:

أولا. باللغة العربية.

- إبراهيم، عبد الرزاق (2010). *مهارات البحث التربوي*. ط1. دمشق. دار الفكر.
- بوحفص، عبد الكريم (2011). *أسس ومناهج البحث في علم النفس*. ط1. الجزائر. ديوان الوطني للمطبوعات الجامعية.
- صحراوي، عقيلة. (2018). أهمية التشخيص المبكر للتوحد: حوصلة للمعطيات الراهنة على ضوء أدب الموضوع. *دراسات نفسية وتربوية*، عدد 13، ص 139 – 158.
- عبد الحلیم، المنسي (2000). *مناهج البحث العلمي في المجالات التربوية والنفسية*. الاسكندرية. دار المعارف الجامعية.

ثانيا. باللغة الأجنبية:

- Bloche. H et al (1999), *Le grand dictionnaire de psychologie*. Larousse. Paris.
- Blanchon, Y.C., Allouard, G. (1998). Evaluation objectif de la dimension handicapante de l'autisme de l'enfant et de l'adolescent : *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, pp 437 – 445.
- Cappe, E., Bobert, R & Jean, L. (2009). Psychiatrie sociale et problèmes d'assistance qualité de vie et processus d'adaptation des familles d'un enfant ayant un trouble autistique ou un syndrome d'Asperger. *La psychiatrie de l'enfant*, 1(52), 201 – 246. Repéré à https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=PSYE_521_0201&download=1
- Dilip Jeste. V, Jeffrey Lieberman. A, Fassler. D, Peel. R et al. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (fifth edition)*. American psychiatric publishing Washington, Dc, London England.
- Goussé, V. (2010). Handicap grave et résilience. *Revue Bulletin de psychologie* 510(6), 417 – 421. Tiré de cerist sndl, www.carin.info DOI 10.3917/bupsy.510.0417
- Guelfi, J.D., Benoit, S., Lamy, J., Bisserbe, M. et al. (2003). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-4- TR)*, version international avec les codes CIM-10, Paris: Masson
- Hasting, R.P ; Kovshoff, H ; Brown, T; Ward, N. J; Degli, E; Remington, B. (2005). Coping strategies in mothers and fathers of preschool and school age children with autism, 9(4). 377 – 391. Repéré à https://www.researchgate.net/publication/7607855_Coping_strategies_in_mothers_and_fathers_of_preschool_and_school-age_children_with_autism
- Hathaaway, S.R et Mackinley, J.C. (1989). *Inventaire multiphasique de personnalité de Minnesota-2 : Manuel pour l'administration et la cotation (version française)*. Edition du centre de psychologie appliquée, S.A.
- Sénéchal, C et Catherine, P.R. (2009). L'impact de l'autisme sur la vie des parents. *Santé mentale au Québec*, V34(1), 245 -260. Repéré à <https://www.erudit.org/fr/revues/smq/2009-v34-n1-smq2905/029772ar.pdf>