الأطفال المتأخرون عقليا ومشكل الإدماج المدرسي

أ.د الغالي أحرشاو
د أحمد الزاهير
شعبة علم النفس، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، ظهر المهراز، فاس، المغرب

لم يخل أي مجتمع في الماضي ولا يخلو أي مجتمع في الوقت الحاضر من أفراد يتميزون بنقص هام في قدراتهم العقلية، وإن كانوا يشكلون نسبة ضئيلة من سكانه. واللغة العادية غنية بالألفاظ التي تدل على الفرد الذي يعاني من هذا النقص. فالمعتوه والأبله والواهن والغبي، كلها تسميات ونعوث نصدرها في حق كل واحد نحكم على ذكائه بالضعف والقصور.

وقد تبنى علم النفس مفهوم التأخر العقلي للتعبير عن هذه الظاهرة، باعتبار أن ضعف الذكاء هو بالقياس مرتبة متأخرة جدا بالنسبة لمستوى المجموع العام للأفراد وتأخر في النمو بالنسبة للمستوى الذي يجب أن يكون عليه الفرد في سن معين. فالأنجلوسكسونيون يستعملون Mental retardationوالفرنسيون يستعملون Arrieration Mentale كإطار تندرج ضمنه كل القصورات والنواقص التي تطبع القدرات العقلية ونموها، لكن مع التمييز بين ثلاث درجات للتأخر العقلي هي: العميق والمتوسط والخفيف. وإن أهمية هذا التمييز لا تكمن فقط في التحديد الدقيق للتأخر العقلي بل أيضا في أبعاده التطبيقية المتمثلة في التربية والعلاج.

ويعتبر التمدرس من العوامل الأساسية التي أدت إلى إبراز هذه الظاهرة وتعريفها. فرغم أن التأخر العقلي يشكل ظاهرة مرضية من اختصاص الطب العقلي، فإن المدرسة كمرجع تربوي وثقافي هي التي تعطيه دلالته الحقيقية .فالمتأخر العقلي يظهر أولا وأخيرا كفرد غير قابل للتربية والإدماج الاجتماعي.

إن الهدف الرئيسي من مقاربة هذه الظاهرة كمفهوم على المستوى النظري وكمشكل سوسيوتربوي على المستوى الميداني، يتجلى من جهة في رفع كل الملابسات والصعوبات التي تحيط بهذه الظاهرة وتعوق التعرف والتعريف بحجمها وأبعادها. ويتمثل من جهة أخرى في الخروج باستنتاجات وخلاصات هامة حول واقع الأطفال الذين يعانون من هذا المشكل بالمدار الحضري لفاس.

ولبلوغ هذا الهدف سنركز في هذا البحث على نقطتين أساسيتين:

الأولى تخص الملابسات العامة لهذه الظاهرة، إن على مستوى التحديد والتشخيص أو على مستوى المعطيات والمشاكل.

و الثانية تهم مشكل التأخر العقلي والإدماج المدرسي، إن على مستوى التمدرس أو على مستوى العلاج التربوي.

1- ظاهرة التأخر العقلي وملابساتها العامة

ما المقصود بالتأخر العقلي عامة وبالمتأخر العقلي خاصة ? ليس من السهل تقديم إجابة نهائية ومقنعة عن هذا السؤال وذلك لاعتبارين اثنين:

الأول: قوامه صعوبة الوصول إلى القول بتحديد متجانس وموحد لهذه الظاهرة. فحتى وإن كان النقص العام في القدرة العقلية يمثل العنصر الذي يوحدها، فإن اختلاف معايير تعريفها وتنوع أسبابها ومحدداتها وتعدد

أصنافها ودرجاتها وتباين مظاهرها وخصائصها، كلها وقائع ومؤشرات تدل على أنه لا يوجد هناك تأخر عقلي ككيان إكلينيكي بالمفرد.

الثاني: مفاده أن هذا المفهوم الذي خضع على امتداد القرنين الأخيرين، وبصفة خاصة خلال العقود الثلاثة الأخيرة، لعدد من التعديلات والتحليلات سيبقى مع ذلك مثار اللبس والغموض، حيث سيستخدم بألفاظ وصيغ متعددة من قبيل: العتاهة العقلية، الغباوة، البلاهة، التخلف العقلي، النقص العقلي، القصور العقلي، الاختلال العقلي.... الخ.

و قصد تقديم بعض الوقائع والمعطيات اللازمة للإجابة على السؤال السابق، سنركز في هذا النطاق على نقطتين فرعيتين:

الأولى تتعلق بمستوى التحديد والتشخيص والثانية ترتبط بمستوى المعطيات والمشاكل.

1-1: على مستوى التحديد والتشخيص

تستدعي عملية تحديد مفهوم التأخر العقلي وتشخيص بعض مضامينه الاعتماد على الأبعاد الثلاثة التالية:

أ- التعريف والدلالة:

لا جدال في أن مفهوم التأخر العقلي قد عرف بعض الأوصاف والتحديدات على امتداد القرون. فإلى جانب الإقرارات الطبية بالتشوهات البيوسيكولوجية فإن الافتقار إلى القدرة على التمدرس العادي هو الذي كان يشكل نقطة الانطلاق في معانيه كالنواقص والقصورات التي يعبر عنها هذا المفهوم. إلا أنه وابتداء من أوائل هذا القرن وإلى حدود الخمسينات منه، فإن هذا المفهوم سيخضع لتطورات هامة وبالتالي فإن تعريفه سيرتكز في مختلف التحديدات التي أنيطت به على معيارين مستقلين:

الأول يتجلى في المستوى العقلي، حيث إن أصحابه وبفعل تسليمهم بالعلاقة العضوية بين التأخر العقلي ومعامل الذكاء، سيتخذون من اختبارات الذكاء الأدوات الملائمة لتحديد معايير التأخر العقلي(*). ويعني هذا أن فحص مختلف التعريفات التي أعطيت لهذا المفهوم وبالاعتماد على هذا المعيار يمكن أن ينتهي بإقرار أنه أمام التباين الذي يظهره المتأخرون عقليا على مستوى الأسباب والاشتغال والتشخيص، فإن الضعف العقلي يمثل على ما يبدو العنصر الوحيد الذي يشترك فيه هؤلاء الأفراد. فمنذ 1905و هي السنة التي تميزت بإعداد كل من بينيه BINET وسيمون SIMONلسلسة من الاختبارات المتعلقة بالتمييز بين المتمدرسين، والعلاقة جد عضوية بين التأخر العقلي ومعامل الذكاء، حيث تم التأكيد على أن الحد الأقصى لهذا التأخر يتحدد عند الدرجة 70. وإن هذا الحد الذي سيثير نقاشات مستفيضة منذ ذلك الحين، يبقى مع ذلك قابلا للتبرير والبرهنة، إذ وكما سيؤكد على ذلك زازو ZAZZO فإن هذا الرقم لم يتم تحديده بمرسوم، بل إنه يشكل ترجمة لبعض المستلزمات الدراسية والاجتماعية([1]).

فالتعليم الذي أصبح إجباريا هو الذي دفع ببنيه إلى اعتماد بعض المؤشرات البيداغوجية في الحكم على ذكاء الأطفال وبالتالي التوصل إلى الرقم (70) الذي يمثل قسمة السن العقلي (10-11) سنة على السن النهائي (15سنة).

---

* يمثل هذا الاتجاه كل من Zazzo – Simon – Binet

1 Zazzo, R. Les débilités mentales, Paris, Armond Colin, 1969, p.15

الثاني يتمثل في التكيف الاجتماعي، حيث إن أصحابه وبفعل تركيزهم على مفهوم الكفاءة الاجتماعية يرون أن التأخر العقلي، الذي هو عبارة عن اضطرابات أكثر أو أقل أهمية في التكيف الاجتماعي، تترجمه أساسا عدم كفاءة الأفراد المتأخرين عقليا وعدم قدرتهم على العيش بكيفية مستقلة في سن الرشد([**]).

لكن هذا المفهوم وعلى أساس الاكتشافات الجديدة عن التغيرات التكوينية ثم الدور الهام للعوامل الاجتماعية في إعادة تربية المتأخرين عقليا، سيخضع لتحديدات جديدة أكثر تعبيرا عن مضامينه وأبعاده، وعلى رأسها هذا التعريف الذي اقترحته الجمعية الأمريكية للقصور العقلي (A ; A; M ; D) "يشير التأخر العقلي إلى الاشتغال العقلي العام الذي يقل بشكل دال عن المتوسط وتصاحب وجوده قصورات في السلوك التكيفي ويتمظهر خلال الفترة النمائية "([2]). والواقع أن هذا التعريف هو الذي أضحى، ومنذ أواخر السبعينات من هذا القرن، يحظى بالتداول الواسع وذلك لأسباب عديدة وفي مقدمتها([3]).

-التركيز في تحديد التأخر العقلي على مجموع الادعاءات المطابقة لسن المتأخر.وهذا المنظور النمائي سيؤكد على أهمية السلوكات الحسية الحركية خلال الطفولة الأولى وعلى الادعاءات المدرسية خلال سن التمدرس وعلى الاستقلال السوسيو-مهني خلال سن الرشد.

[**] يمثل هذا الاتجاه وبشكل خاص Doll.

[2] Lambert, J.L., Introduction à l'arriération mentale, Bruxelles, Mardaga, 1978, p.15.

[3] Lambert, J.L., Ibid, p.19.

-التأكيد وفي الآن نفسه على معيار المستوى العقلي ومعيار التكيف الاجتماعي.

-التركيز على الوصف الحالي للفرد مع الرفض الواضح لفكرة الإمكانيات العقلية الثابتة.

-إن هذا التعريف وإن كان يتفادى التفريق بين التأخر العقلي والأمراض العقلية الأخرى كالفصام مثلا، فإنه يختلف عن التصورات التقليدية التي كانت سائدة إلى حدود الخمسينات والتي كانت تعتبر التأخر العقلي حالة مرضية تكمن أسبابها في اضطرابات نورولوجية يستحيل معها العلاج والتربية.

ب- التصنيف والأسباب

يزخر مسار البحث في ظاهرة التأخر العقلي بلائحة واسعة من التصنيفات المتعددة المضامين والمتنوعة الأشكال. فأمام تباين الأفراد المتأخرين عقليا كان من الضروري أن تقترح تصنيفات كثيرة إلى الحد الذي أصبح معه بإمكان كل مجتمع أو على الأحرى بإمكان كل تخصص علمي له ارتباط بميدان التأخر العقلي أن يتوفر على نظامه الخاص للتصنيف. وهي التصنيفات التي نجدها تتراوح على العموم بين تلك التي تركز على درجات التأخر العقلي ومستوياته (التأخر الخفيف- التأخر المتوسط - التأخر العميق) وتلك التي تبنى على أسباب التأخر العقلي ومحدداته (داخلية وذاتية - خارجية وموضوعية - وراثية ومرضية - سيكوعاطفية وسوسيوثقافية).

وقبل تقديم بعض الإيضاحات عن هذه التصنيفات وعن أهميتها في الحديث عن التأخر العقلي، نرى ضرورة التأكيد على أن المحددات التي تم

اتخاذها حتى الآن كأسباب رئيسية لهذا التأخر تتوزع تبعا لثلاثة مستويات أساسية([4]).

هناك أولا الأسباب التي تتجلى في التغيرات التكوينية العادية والتي لا علاقة لها بالوراثة.

وهناك ثانيا الأسباب التي تتمثل في التغيرات الوراثية والأمراض التكوينية والتشوهات الكروموزومية، فضلا عن العوامل المرضية التي يمكن معرفتها.

وهناك أخيرا الأسباب السيكو عاطفية والسوسيوثقافية التي تعود في العمق إلى مصدر سيكولوجي أو اجتماعي وذلك بفعل إما بعض القصورات والأخطاء التربوية وإما الانتماء إلى مجموعة هامشية يطغى فيها الإهمال والمعاملة السيئة على التحفيز الثقافي والرعاية الأسروية.

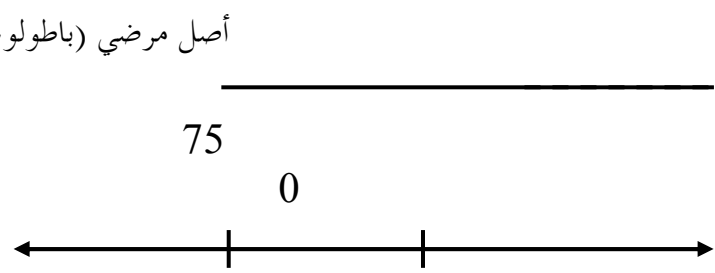
إذن، بفعل تركيزها على درجات التأخر العقلي ومستوياته وعلى أسبابه ومحدداته، فالملاحظ أن مختلف هذه التصنيفات قابلة لأن تندرج ضمن الخطاطة التي يقترحها كل من Clarke وKlarke (1975) والتي تنبني على نظام ثلاثي المداخل على النحو الآتي([5]).

تغير تكويني عادي

عوامل سوسيو ثقافية

[4] Lafon, R. Vocabulairre de psychologie, Paris, PUF, 1969, p.415.

[5] Lambert, J.L., Op.Cit. p.20-21.



تبعا لهذه الخطاطة، يمكن القول إن قسما من هذا التأخر الذي تتراوح معاملات ذكاء عناصره بين (50 و75) تحكمه من جهة أولى أسباب التغير التكويني العادي ومن جهة ثانية أسباب سوسيو ثقافية. وأما القسم الآخر والذي تقل معاملات ذكاء عناصره عن 50 فتعود أسبابه إلى أصول مرضية خالصة. والواقع أن هذا المدى المتمثل في الأرقام التقليدية لمعاملات الذكاء الواقعة بين (0 و75) قد شكل الإطار الملائم لاقتراح تصنيفات متنوعة، قوامها تحديد درجة التأخر العقلي وتعيين مستوياته. وإذا كان أكثرها قدما هو الذي يرتب المتأخرين عقليا في: البلهاء (م.ذ من 0 إلى 20) والأغبياء (م.ذ من 20 إلى 50) والمعتوهين (م.ذ من 50 إلى 75)(*) فإن ما يجب التنبيه إليه هو أن هذه الألفاظ لم تعد تحظى بأي موقع في القاموس اللغوي للتأخر العقلي.

فعلى أساس توصيات المنظمة العالمية للصحة (O.M.S.) سنة 1968 وقانون الجمعية الأمريكية للقصور العقلي (A.A.M.D) أصبح تصنيف المتأخرين عقليا يتحدد في أربع درجات:

التأخر العقلي الخفيف (م.ذ من ± 50-55 إلى ± 70-75)

(*) نعني بالرموز (م.ذ): معامل الذكاء.

التأخر العقلي المعتدل (م.ذ من ± 35 إلى ± 50-55)

التأخر العقلي الصارم (م.ذ من ± 20-25 إلى ± 35)

التأخر العقلي العميق (م.ذ من ± 0-10 إلى ± 20-25)

لكن السؤال الهام الذي يطرح على هامش هذه التصنيفات هو: هل يجب فعلا تصنيف المتأخرين عقليا ؟ وبأي معنى؟

إذا كان تصنيف هؤلاء يستجيب لمجموعة من المتطلبات والدواعي الإدارية والعلمية على حد سواء، حيث يفتح أبواب التشريع والميزانيات والخدمات ويهيئ مجال البحث في الطفولة المتأخرة عقليا، فإن الإشكال المطروح يتجلى في الآثار التي قد يحدثها وسم شخص معين بالمتأخر العقلي .

على ضوء النقاشات الساخنة التي افردتها بعض الفعاليات العلمية لهذا الموضوع في السنوات الأخيرة(**)، نعتقد أن التصنيف حسب درجة التأخر يمكن قبوله بالنسبة للأفراد ذوي التأخر العميق والصارم، إذ أن هؤلاء يستوجبون مساعدة اجتماعية وتربوية خاصة، أما فيما يرجع إلى الأفراد ذوي التأخر العقلي الخفيف والمعتدل والمتمثل بشكل خاص في صعوبة تعلم بعض المواد الدراسية، فإنهم لا يستحقون تسمية " المتأخرين عقليا " ولا العزل في مؤسسات خاصة، إذ المفروض هو العمل على توجيههم نحو تعليم مدرسي يوافق متطلباتهم ورغباتهم.

ج- الخصائص والمظاهر

** نقصد بشكل خاص الأفكار التي تضمنها التقرير الذي أنجزه فريق من الخبراء العاملين في جامعة Vandabilt بالولايات المتحدة الأمريكية حول مشكل الإعاقة بما في ذلك الإعاقة العقلية.

فضلا عن الخصائص التقليدية المعروفة للتأخر العقلي مثل :الاضطرابات الحسية والحركية و الإدراكية واللغوية والعاطفية ثم عدم المهارة وعدم الانتباه والنكوص والعدوانية وعدم التوافق الدراسي، هناك مجموعة من المظاهر الأساسية التي يمكن اختصارها في المواصفات الثلاث التالية: الأولى تتحدد في الاتساق الزمني في النمو l'hétérochronie حيث أصبح من المؤكد أن المتأخر العقلي وبالمقارنة مع الطفل العادي ينمو ويتطور بسرعات مختلفة تبعا لمختلف قطاعات النمو السيكوبيولوجي([6]). ويعني هذا أنه من المظاهر الأساسية للتأخر العقلي، الإيقاع النمائي البطيء المطبوع بالتوقفات المتقطعة أحيانا والنهائية أحيانا أخرى عند مستويات تكوينية معينة، إذ تم التوصل إلى أن المتأخرين والعاديين لا يختلفون سوى عن طريق سرعة نموهم المعرفي، وبالتالي فإن ما يميز تكون البينات المعرفية عند المتأخرين هي مظاهر البطء والتوقفات وعدم الاكتمال.

الثانية تتجلى في اللزوجة أو الميوعة التكوينية la viscosité génétiqueالتي ترتكز عند المتأخر العقلي على التوازن المختل، حيث إن هذا الأخير الذي وبوصوله إلى الأشكال الأولية للتنظيم الإجرائي، يمكنه أن يبقى لسنوات عديدة كما لو أن الاهتمام والفضول والحيوية التي تؤدي بالفرد العادي إلى طرح المشاكل الجديدة وإيجاد الحلول وبالتالي المرور إلى مستويات عليا، تنعدم عنده. فهذا التوازن المختل يوضح بطبيعة الحال الفوارق الهامة في السن والتذبذبات المستمرة بين المراحل السابقة واللاحقة .ومعنى هذا أنه إذا كان الارتقاء عند الفرد العادي يتميز بالسرعة، حيث

[6] Zazzo, R., La notion d'hétérochronie, in M.Mirabail, La débilité mentale de l'enfant, Toulouse, Privat, 1979,p.166-168.

هناك انتقال مباشر من مستوى معين إلى مستوى أعلى، فإن العكس هو الذي نجده عند المتأخر العقلي، إذ أن الارتقاء وبفعل استمرار اختلال التوازن لفترة طويلة يبقى مفعما ببصمات المراحل والمستويات السابقة حتى أثناء بلوغ صاحبه مستوى أعلى([7]).

لكن مع ذلك فالمؤكد أن هذا الارتقاء يحتفظ بنوع من الليونة النمائية Plasticité développementaleالتي تسمح بالاعتماد على برامج التعلم الإجرائي والمساعدة المعرفية قصد تحقيق النمو المعرفي الملائم([8]).

أما المواصفة الثالثة فتتمثل في الجمود العقلي l'inértie oligophrénique الذي يتجلى في تأخر نمو عمليات التجريد والتعميم وفي المساهمة الناقصة للغة في تعيين السمات اللازمة لتعميم الموضوعات .فالأطفال المتأخرون الذين يعانون من هذا الاضطراب يفشلون على العموم في إنجاز العمليات العقلية اللازمة وفي تشغيل أدواتهم المعرفية إن على مستوى التقاط المعلومات أو على مستوى معالجتها. إن الجمود العقلي الذي يتحدد أساسا في هذا التشويش العميق على عمليات التجريد والتعميم يبقى هو المظهر المسيطر على الاشتغال المعرفي لعدد من المتأخرين عقليا([9]).

2.1: على مستوى المعطيات والمشاكل:

[7] Inhelder, B., « La viscosité génétique », in M.Mirabail, Op.Cit., p.195-197.

[8] Paour, J.L. « Retard mental et aide cognitive », in J.P. Caverni, Psychologie cognitive, Grenoble, PUG, 1988, p.194.

[9] Lauria, A.R. et coll. « L'enfant retardé mental », in, M.Mirabail, Op.Cit. p.207-209.

الواقع أن عملية تحديد حجم ظاهرة التأخر العقلي في أي مجتمع، تعتبر من الإجراءات الأساسية وذلك لاعتبارين اثنين: فمن جهة أولى إن أي مشروع تنموي أو أي تخطيط من لدن الأجهزة المسؤولة على هذه الظاهرة يستوجب سلسلة من المعطيات الرقمية. ومن جهة ثانية إن مثل هذه المعطيات هي التي تسمح بتقويم المجهودات التي يقوم بها المجتمع في سبيل الحد أو التخفيف من آثار ومشاكل هذه الظاهرة.

و رغم صعوبة تحديد أو على الأحرى الاتفاق حول نسبة محددة للتأخر العقلي، فالثابت أن الإجماع شبه حاصل حول اعتبار نسبة (3 %) من المجموع العام للسكان كقيمة دالة على الأفراد المتأخرين عقليا. وهي النسبة التي تتوزع إلى نسب فرعية تبعا لدرجات التأخر على النحو التالي:

-التأخر العقلي الخفيف 2,5%

-التأخر العقلي المعتدل والصارم 0,4%

-التأخر العقلي العميق 0,1%

على ضوء هذا التحديد يمكن التساؤل حول الحجم الحقيقي لظاهر التأخر العقلي بالمدار الحضري لفاس وعن إجراءات تعيينها وأساليب تشخيصها ووسائل علاجها. وكإجابة على ذلك يمكن التأكيد أنه من الصعب جدا الوصول إلى معرفة الحجم الفعلي لهذه الظاهرة في بلد كالمغرب، أوفي مدينة كفاس، وذلك بفعل الغياب التام للدراسات الإحصائية اللازمة والبحوث الميدانية الدقيقة عن حالات التأخر العقلي في الأسر والمدارس والتجمعات السكانية المختلفة.

فرغم كل المحاولات التي قمنا بها على مستوى مدينة فاس قصد معاينة هذه الظاهرة في أهميتها وأبعادها الحقيقية إلا أن مختلف الصعوبات والعوائق

التي واجهتنا حالت دون تحقيق هذه الغاية. ولهذا لم نتمكن من الخروج من كل هذه المحاولات سوى ببعض الملاحظات الأساسية التي نرى فيها المعالم القابلة للتعبير عن واقع الأطفال المتأخرين عقليا بفاس، وهي الملاحظات التي يمكن التعبير عن بعض مضامينها بالاعتماد على الأبعاد الثلاثة التالية:

1-2-1: من حيث التشخيص:

يبدو أنه في مجمله غير دقيق إلى الحد الذي يسمح بمعاينة حجم التأخر العقلي ودرجته وإمكانية علاجه. فالأسلوب المعتمد في المستشفيات وفي العيادات الخاصة وفي بعض المؤسسات يقتصر في الغالب على المعاينة والمقابلة مع الأسرة لتشخيص التأخر، الأمر الذي يصعب معه تصنيف درجته ما دام أن الاختبارات الإكلينيكية لا تطبق. ولهذا فإن الأمر لا يتجاوز حدود الوصف للحالة والتحديد الكامل للائحة الأدوية ثم الرجوع بها إلى الأسرة.

و يمكن التمييز في هذا الإطار بين أربع نسب للتأخر العقلي:

– هناك أولا نسبة ضئيلة من الأفراد ذوي التأخر العقلي البسيط المصاحب في الغالب باضطرابات مرضية واضحة مثل: الاضطرابات السلوكية والتشوهات الجسدية والنوبات الصرعية، يتم الكشف عنهم قصد تشخيص حالاتهم بعد عرضهم من لدن أسرهم على الطبيب (طبيب الأطفال – الطبيب العقلي – الأخصائي النفسي) وفي مرحلة مبكرة (مرض Down و Folling على سبيل المثال).

– هناك ثانيا نسبة ضئيلة أخرى من المتأخرين العقليين المتواجدين في بعض الدور الخيرية التي ألحقوا بها إما عن طريق السلطات المحلية وإما عن طريق أسرهم التي لم تتمكن من رعايتهم والتكفل بهم. ورغم عرض هؤلاء

من حين لآخر على بعض الأطباء قصد الكشف عنهم فإنهم يعيشون بطريقة مهمشة.

– هناك ثالثا، نسبة هامة من المتأخرين العقليين الذين يتم الكشف عنهم من لدن بعض الأطباء بعد أن أحيلوا عليهم من طرف إدارات بعض المؤسسات التعليمية التي أخذت بملاحظات معلميهم وخاصة على مستوى عسر الفهم والتذكر واضطرابات اللغة والتعبير فضلا عن تأخرهم الدراسي

– وهناك أخيرا نسبة كبيرة جدا، هي التي تبقى بدون كشف أو تشخيص، نتيجة الإهمال واللامبالاة أحيانا والتستر والكتمان أحيانا والجهل وعدم الوعي أحيانا أخرى.

2.2.1: من حيث العلاج

يمكن التمييز هنا بين ثلاث وسائل للعلاج:

- لا توجد سوى مؤسسة واحدة حتى الآن، وهي مؤسسة الأمير مولاي عبد الله الخيرية. طاقتها الاستيعابية تتحدد حاليا في: 64 عنصر تتراوح أعمارهم بين (4 و20 سنة)، بالإضافة إلى (20) عنصر يوجدون في لائحة الانتظار. وإذا كان أغلب هؤلاء يعانون من تأخر عقلي خفيف، على حد اعتقاد المشرفين على المؤسسة بما في ذلك الخبير التربوي الذي يستعينون به، فإن المؤكد هو أن هذا الحكم يدعو إلى الشك خاصة وأن هؤلاء المشرفين يفتقرون إلى التكوين المتخصص. وتتمثل الجهات التي تحيل هؤلاء الأطفال على المؤسسة في أطباء الأطفال وأطباء الأمراض العقلية.

-هناك مستشفى ابن الحسن للأمراض العقلية الذي تزوره على مدار كل سنة مجموعة من الحالات ذات التأخر العقلي المصاحب باضطرابات متنوعة إما بتوجيه من المؤسسات المدرسية وإما بمبادرة من أسرها. وقد بلغ

المجموع العام للحالات التي زارت المستشفى وأعيدت إلى عائلتها ومعها وصفات دوائية إلى: 280حالة خلال سنة 1994.

- وأخيرا هناك أطباء الأطفال والأخصائيون النفسيون الذين تتردد عليهم بعض حالات التأخر العقلي إما للحصول على وصفات دوائية ثم الرجوع إلى العائلة وإما لإحالتها، خاصة من لدن الأخصائي النفسي، على بعض القطاعات المهنية (الصناعة التقليدية) قصد إدماجها.

3.2.1: من حيث المواقف:

يمكن التمييز هنا بين مواقف الآباء والمعلمين ومواقف المجتمع:

فبخصوص مواقف الآباء والمعلمين فهي تتراوح بين النظر إلى المتأخر العقلي كفرد عادي أو كشخص غير مرغوب فيه بالنسبة للآباء وبين اعتباره كعنصر غير قابل للتربية بالنسبة للمعلمين.

أما بخصوص موقف المجتمع فإنه وإن كان يتميز ببعض الجهود في مجال خدمة الطفولة المتأخرة عقليا ورعايتها، إلا أنه يبقى مع ذلك في اتجاهه العام مطبوعا بالإهمال واللامبالاة والصمت والتهميش. وحتى بالنسبة لهذه الجهود فإن الطابع الغالب عليها هو تقديم الخدمات ضمن إطار يغلب عليه طابع الشفقة والإحسان عوض الانطلاق من مبدأ اعتبارها حقا من حقوق الطفل وواجبا من واجبات المجتمع.

على أساس هذه الملاحظات يتضح إذن أن ظاهرة التأخر العقلي ما تزال عندنا عرضة للإهمال الواضح، الأمر الذي يستحيل معه تحديد حجمها وأبعادها بالدقة المطلوبة. فحتى بالنسبة للأجهزة والإدارات المسؤولة على هذه الشريحة من المجتمع (وزارة الصحة، وزارة الشبيبة والرياضة، المندوبية السامية للمعوقين) نجدها لا تتوفر سوى على التقارير الشهرية التي تصلها

من بعض المستشفيات والمتضمنة لأعداد المتأخرين عقليا الذين يزورون هذه الأخيرة، هذا مع العلم أن عددا كبيرا من أمثال هؤلاء لا يعرضون في العادة على الطبيب قصد التشخيص ولا يزورون المستشفيات. وإن ما يدعم صواب هذا الطرح هو أن هذه الأجهزة والإدارات نفسها لا تزال تعتمد حتى الآن على نسبة (3 %) للمنظمة العالمية للصحة قصد تحديد حجم هذه الظاهرة ولو بصفة تقريبية.

وللبرهنة على وجاهة هذه الملاحظات ومصداقيتها بالنسبة لواقع الطفولة المتأخرة عقليا بفاس، نرى ضرورة الإشارة إلى بعض التقديرات الأولية المبنية إما على بعض مؤشرات المنظمة العالمية للصحة وإما على بعض النسب التي توصلنا إليها بعد جهد جهيد لأن الأمر ما يزال عندنا، أعني أمر هذه الظاهرة، يستدعي التستر والكتمان والإهمال.

إذا أخذنا المغرب ككل، حيث يصل تعداد سكانه حسب الإحصاء الأخير إلى حوالي 27 مليون نسمة، وإذا اعتبرنا أن نسبة المتأخرين عقليا بفئاتهم المختلفة هي (3%)، أمكننا على الأقل الوصول إلى التقديرات الأولية التالية( )*:

-فبخصوص العدد التقديري للمتأخرين العقليين على الصعيد الوطني يصل إلى 810000 عنصر.

و إذا طبقنا النسب الفرعية على هذا العدد تصبح درجات التأخر العقلي موزعة على الصعيد الوطني تبعا للأعداد التالية:

-التأخر العقلي الخفيف 675000

-التأخر العقلي المتوسط 108000

* النسبة المذكورة مستقاة من إحصائيات المنظمة العالمية للصحة لسنة 1980.

-التأخر العقلي العميق 27000

-أما بخصوص العدد التقديري للأطفال المتأخرين عقليا بفاس، والمتراوحة أعمارهم بين (أقل من سنة و14 سنة)، فيتحدد في 7869 عنصر( )[**]. إذا طبقنا النسب الفرعية على هذا العدد تصبح درجات التأخر العقلي موزعة تبعا للأعداد التالية:

-التأخر العقلي الخفيف 6558،

-التأخر العقلي المتوسط 1049

-التأخر العقلي العميق 262

ورغم كل التحفظات الممكنة بخصوص هذه المعطيات التقديرية المبنية على بعض النسب النظرية، فإننا نعتبرها مع ذلك بمثابة المؤشرات الوحيدة المتوفرة لدينا حتى الآن في مجال التعبير إلى حد ما عن واقع ظاهرة التأخر العقلي بالمدار الحضري لفاس.

2- ظاهرة التأخر العقلي والإدماج المدرسي

إن أهم خلاصة يمكن الخروج بها من التطرق إلى ظاهرة التأخر العقلي وملابساتها العامة، هي أن هذه الظاهرة لا تشكل الموضوع الموحد والمتجانس. فتعدد أسبابها وأشكالها وتنوع درجاتها و مظاهرها، كلها معطيات ووقائع تؤكد على أنه لا يوجد تأخر عقلي ككيان إكلينيكي بالمفرد. فحتى وإن كان النقص العام في القدرة العقلية يشكل العنصر الذي يوحد مضامين هذه الظاهرة، فالملاحظ أنه ضمن هذا القاسم المشترك نفسه

[**] حسب التقديرات الإحصائية لسنة 1992، فإن عدد الأطفال المتراوحة أعمارهم بين (0 و14 سنة) بمدينة فاس يصل إلى: 329.262 طفل. ويشكل هذا العدد المجموع الذي اعتمدناه في استخراج نسبة الأطفال المتأخرين عقليا بفاس.

تندرج حالات عديدة ومتنوعة تستلزم إمكانيات ووسائل للتكيف وسلوكات تربوية مختلفة.

وفي غياب الإحصائيات الرسمية، فإن عدد الأطفال المتأخرين عقليا، وكما سبقت الإشارة إلى ذلك يتحدد بالمدار الحضاري لفاس في 7869 عنصر. والواقع أن هذا العدد الهام من المتأخرين الذين يتميزون بنواقص في قدراتهم العقلية وكفاءاتهم الاجتماعية عادة ما يواجهون بأساليب المنع من متابعة الدراسة بدعوى عدم قابليتهم للتربية والتحصيل ثم الرفض من مباشرة التطبيب والعلاج داخل المستشفيات " مستشفى ابن الحسن كمثال " بدعوى أنهم ليسوا مرضى بما فيه الكفاية.

والحقيقة أن هذه التبريرات وإن كانت تبرئ في أعين الكثيرين مسؤولية المدرسة والمستشفى في التخلي عن هؤلاء الأطفال، فإنها لا تعمل إلا على تكريس إعاقتهم وتعميقها وتهميش وضعيتهم وتأزيمها، بحيث لا يجدون أمامهم سوى خيار واحد، إذا ما توفر وهو اللجوء إلى بعض المؤسسات الخيرية و الخاصة.

في ظل هذه الظروف التي لا تبعث إلا على الرفض والتهميش والإهمال واللامبالاة والفشل الذريع نتساءل ما هي الإمكانيات والوسائل المتوفرة لمعالجة هؤلاء الأطفال وإدماجهم؟ وما هي الوظيفة التي يمكن للمدرسة أن تقوم بها في هذا النطاق ? سنحاول الإجابة على هذين السؤالين من خلال التركيز على النقطتين الفرعيتين التاليتين:

2-1: التأخر العقلي والتمدرس:

لا شك أن التأخر العقلي يرتبط ارتباطا عضويا بالتمدرس لا من حيث التعريف والتحديد ولا من حيث العلاج والتربية. فأي نقص في

القدرات العقلية بسبب تأخر في النمو يؤدي بالمتأخر العقلي كما تبين ذلك اختبارات الذكاء إلى الفشل الدراسي المتكرر. وهكذا فقد وجدت بعض الأنظمة التعليمية الغربية، منذ أوائل هذا القرن مع BINET في فرنسا وTERMAN وWECHSLER في الولايات المتحدة الأمريكية، في مقاييس الذكاء الأدوات المنهجية الملائمة للكشف عن الأطفال غير العاديين وتشخيص حالات المتأخرين العقليين وخاصة تلك التي يكون تأخر عناصرها خفيفا غير مصاحب بأية أعراض جسمية أو سلوكية مثيرة. وقد تولد عن هذه الممارسة مفهوم العتاهة العقلية La débilité mentale كتأخر عقلي خفيف تتراوح معاملات ذكاء عناصره بين (50 و70) وأصبح الأطفال المعتوهين يشكلون فئة خاصة من المتمدرسين الذين يوجهون إلى المدارس المستقلة أو التكميلية، على اعتبار أن عجزهم على الاستفادة من الطرق والمناهج التربوية العادية، يستدعي إخضاعهم إلى تعليم خاص في برامجه وطرقه وأطره يراعي بالضرورة تأخرهم العقلي ومواصفاته .أما الأشكال الأخرى من التأخر العقلي والتي تكون على درجة كبيرة من الحدة و"المرض"، فعادة ما يتم الكشف عنها بصورة مبكرة ويتم علاجها في مؤسسات خاصة يلعب فيها الجانب الطبي الدور الرئيسي لكن مع الاحتفاظ بالتربية كوسيلة ضرورية وكهدف استراتيجي( )*.

وإذا كان مفهوم الذكاء وطرق قياسه قد أثار وما يزال يثير جدلا كبيرا في الأوساط العلمية المعنية، فإن ما يجب التنبيه إليه هو أن التأخر العقلي لا ينحصر بالضرورة في العجز عن حل المشاكل الفكرية التي تطرح على ذكاء الطفل بل إنه يتمثل كذلك في العجز عن التكيف

* نقصد بشكل خاص الأشكال المتمثلة في التأخر العقلي المتوسط والتأخر العقلي العميق.

الاجتماعي.فالمتأخر العقلي وبالإضافة إلى ضعف ذكائه يفتقد إلى الاستقلال الذاتي الذي يمكنه من مواجهة مشاكل الحياة اليومية، حيث يكون في أمس الحاجة إلى مساعدة الآخرين ورعايتهم. وهذه مسألة يوضحها R ZAZZO. (1964) بتأكيده على أن النقص العقلي الذي يميز العتاهة العقلية عادة ما يكون محددا ومحكوما بمتطلبات المجتمع التي نجدها تختلف من مجتمع لآخر ومن سن لآخر.

والمدرسة كمؤسسة تربوية وثقافية يوكل إليها المجتمع مسؤولية تحديد هذه المتطلبات والعمل على تحقيقها. فهي التي تعطي للتأخر العقلي دلالته الحقيقية وذلك من خلال التأكيد على عجز الأفراد الذين يعانون من هذا التأخر عن الاستجابة لمتطلباتها والتكيف معها. ويشكل الفشل الدراسي المظهر الأساسي الذي يعبر عن هذا العجز.

فمن المعروف أن المتأخر العقلي لا يستطيع مسايرة البرامج التعليمية بالصورة التي نجدها عند الأطفال العاديين، إذ غالبا ما يقع في الفشل الدراسي الذريع رغم مجهودات معلميه وأسرته. إلا أنه إذا كان الفشل الدراسي يشكل أحد المظاهر الأساسية للتأخر العقلي فإن هذا لا يعني إمكانية اختزاله في هذا الأخير، حيث صار من المؤكد أن الفشل الدراسي تحكمه أسباب أخرى غير التأخر العقلي. فإذا كان هذا الأخير يعني الفشل الدراسي فالعكس غير صحيح حسب ما تدل عليه نتائج عدد من الدراسات، إذ اتضح من المعطيات الإحصائية لهذه الدراسات أن نسبة (2.5%) من التلاميذ ذوي التأخر الخفيف لا تفسر إلا نسبة ضئيلة من النسبة العامة للفشل الدراسي والتي تصل إلى (25 %) خلال خمس سنوات الأولى من الابتدائي، وتبقى نسبة كبيرة من هذا الفشل مرتبطة

بعوامل أخرى غير الذكاء. وهذا ما يعني أن ظاهرة الفشل الدراسي هي ظاهرة ضخمة تمس عددا كبيرا من الأطفال يتجاوز بكثير عدد الأطفال المتأخرين عقليا، وبالتالي تظهر أهمية التشخيص والكشف عن هذه الفئة الأخيرة قصد تمييزهم عن الأطفال الآخرين الذين يوجدون في حالة فشل، كحالة الديسلكسيك التي تشكل اضطرابا خاصا بالقراءة أو حالة اضطراب وجداني أو حالة بعض المشاكل الأسروية التي تؤدي كلها إلى الفشل الدراسي دون أن يكون هناك نقص في الذكاء.

إن كل الدراسات التي أجريت في المغرب حول الفشل الدراسي قد تناولته بصورة عامة من خلال التركيز على بعض المتغيرات، كالمستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي للأسرة والانتماء الجغرافي (بادية / مدينة) وبعض المتغيرات التربوية، في حين هناك غياب تام للدراسات التي تهتم بالتأخر العقلي في علاقته بالتمدرس. والحقيقة أنه وبالموازاة مع هذا الاتجاه السوسيوتربوي فنحن في حاجة إلى دراسات تحليلية متعمقة عن سيكولوجية الأطفال الموجودين في حالة فشل دراسي. نقول هذا لأن مصير هؤلاء الأطفال، وفي ظل الشروط المدرسية والأسرية والمجتمعية التي تطبع واقعهم كما عايناه في فاس، لا يمكنه أن يكون إلا الفشل الذريع والتهميش الاجتماعي. إنهم يشكلون فئة خاصة من الأطفال الذين وبفعل وضعيتهم الصعبة يحتاجون رعاية خاصة ومساعدة فعلية قصد تحقيق إدماجهم في المجتمع.

2-2: التأخر العقلي والعلاج التربوي:

في غياب أقراص كيماوية للذكاء، ما هي الإمكانيات والوسائل المتوفرة لعلاج التأخر العقلي؟ وهل يمكن الحديث عن علاج وكأن الأمر

كاضطراب نورولوجي-وراثي يستحيل معه تحسين حالة الفرد الذي يشكو منه قد ولى منذ زمن بعيد. فتقدم الدراسات العلمية المتنوعة الاختصاصات يتعلق بمرض فعلي؟ إن التصور الذي كان ينظر إلى التأخر العقلي ما فتئت تبرهن يوما بعد يوم على ضرورة تعويض هذه النظرة الطبية المتشائمة بنظرة أكثر واقعية وأكثر تفاؤلا. فالممارسات الحالية التي تسعى إلى معالجة ظاهرة التأخر العقلي نجدها تتميز من جهة بالكثرة والتنوع ومن جهة أخرى بقلة الفعالية والمردودية. وهي تتلخص في ثلاثة اتجاهات متكاملة:

الأول اتجاه علاجي Thérapeutique ، يمثله أطباء الأطفال وأطباء العقل وعلماء النفس الذين تتحدد تدخلاتهم في جملة من الوصفات الدوائية أو التقنيات التحليلنفسية لبعض الاضطرابات الخاصة بالتأخر العقلي .

الثاني عبارة عن إ عادة التربية Rééducation ، ويمثله كل من الأخصائي في تقويم النطق L'orthophoniste والأخصائي النفسي-الحركي، واللذان يهتمان على التوالي بالجوانب اللغوية والحركية وبالضبط بصعوبات النطق والكلام بالنسبة للأول وباضطرابات الجانب الحسي الحركي بالنسبة للثاني.

الثالث تربوي صرف L'éducation ، يمثله المربون المتخصصون الذين يعملون على تعليم المتأخرين عقليا أهم السلوكات الأداتية كالنظافة والأكل واللعب والتعبير واستخدام بعض الأدوات...

لكن ما يجب التأكيد عليه في هذا النطاق هو أن كل هذه الممارسات والمجهودات، وإن كانت تخفف إلى حد ما من معاناة المتأخرين عقليا وترفع بشكل عام من مستوى تكيفهم، فإنها لا تمس الجانب الجوهري للتأخر

العقلي والمتمثل في القدرات العقلية. وعلى العموم فإن هذا النوع من العلاج يخص بالدرجة الأولى التأخر العقلي الصارم والعميق، أما التأخر العقلي الخفيف فبالإضافة إلى هذا الأسلوب العلاجي، والذي غالبا ما يكون جزئيا وثانويا، فإن التركيز يتم فيه على التمدرس المبني على نظام تعليمي خاص من حيث مناهجه وبرامجه وأطره. بمعنى النظام التعليمي الذي وبمراعاته للقدرات العقلية للمتأخرين يسمح لهم بتحقيق تطورات هامة على مستوى اكتساب بعض المعارف (القراءة والكتابة والحساب) وبعض الأنشطة الموازية. وتعتبر المبادئ التربوية لفريني C.Freinet من الأسس التي يقوم عليها هذا التعليم وفي مقدمتها: الانطلاق من رغبات الطفل وحاجاته واحترام إيقاعه وحريته في العمل ثم العمل الجماعي... وبفضل هذا النظام التعليمي ومدارسه التكميلية وبيداغوجيته الخاصة أصبح بإمكان نسبة هامة من المعتوهين أن يتداركوا نقصهم العقلي وفشلهم الدراسي، حيث يدمجون من جديد في الأقسام العادية، أما النسبة المتبقية فإن عناصرها ورغم التقدم الذي يحققونه في تعلم القراءة والكتابة، يوجهون إلى التعليم المهني قصد إدماجهم اجتماعيا.

إذن، إذا كانت الخلاصة الأساسية التي يمكن الخروج بها مما تقدم هي أن هذه الأساليب للعلاج التربوي لا ترقى إلى مستوى محو آثار التأخر العقلي، فإن السؤال الجوهري الذي يطرح نفسه في هذا الإطار: هل المتأخر العقلي غير قابل للتربية؟ أم أن التربية في أسلوبها الحالي هي التي تبدو عاجزة عن الرفع من مستوى ذكاء المتأخر العقلي؟ الواقع أن هذا السؤال يحيل بشقيه إلى مسألة أساسية وهي مدى قابلية الذكاء للتربية، وبالتالي مدى

إمكانية النجاح في الرفع من مستوى الذكاء الذي يشكل وبدون منازع المنفذ الرئيسي نحو محو آثار التأخر العقلي.

ونظرا إلى أن التربية الحديثة، كعلم تطبيقي وكممارسة فعلية، أضحت تنظر إلى الذكاء كقدرة عقلية قابلة للنمو والتطور بفضل برامج ومناهج وتقنيات ملائمة، فإن العلاج التربوي بمفهومه المعاصر أصبح يمثل الإمكانية الحاسمة لمعالجة التأخر العقلي، خاصة وأن العلاج الطبي بمختلف أشكاله وصيغه لم يعد يتجاوز حدود الأسلوب المصاحب أو المساعد .وتعتبر التربية المعرفية أو العلاج المعرفي La remédiation cognitive أحد الاتجاهات العلمية الواعدة في الوقت الحالي لكونها أضحت من جهة تشكل الميدان التطبيقي لمعالجة التأخر العقلي ومن جهة أخرى البديل الفعلي لكل المحاولات التربوية السابقة، وفي مقدمتها:

-التربية التعويضية التي طبقت خلال السبعينات في الولايات المتحدة الأمريكية وعلى نطاق واسع من أجل محاربة الفشل الدراسي بالرفع من مستوى ذكاء الأطفال وخاصة أطفال الأوساط السوسيوثقافية الضعيفة والتي فشلت إلى حد كبير في بلوغ النتائج الهامة التي كانت تتوخاها.

-النموذج السلوكي للتربية الذي وبتركيزه المبالغ فيه على عامل الإشراط والتعزيز ظل بعيدا عن الأنشطة العقلية التي كان يعتبرها خارج إطار اهتمامه.

-وأخيرا هناك حركة قياس الذكاء والقدرات المختلفة التي عرفت نشاطا وانتشارا كبيرين في الماضي القريب رغم أنها أبانت في نهاية المطاف على عقمها وأدت إلى طرح مشاكل أكثر مما ساهمت في حلها.

و قد لخص لوثري J .Lautrey المبادئ الأساسية التي تبنى عليها هذه التربية المعرفية في المصادرات الثلاث التالية([10]):

-توجد إجراءات معرفية عامة يمكن للفرد أن يستخدمها لتدبير اشتغاله المعرفي الخاص.

-ترجع الفوارق الفردية في الذكاء وفي التأخرات العقلية بشكل خاص إلى فوارق في سجل الإجراءات المعرفية العامة التي يتوفر عليها الفرد.

-يمكن لأي فرد في أي سن أن يتعلم هذه الإجراءات المعرفية العامة.

تبعا لهذا التحديد، يمكن القول إنه إذا كانت الفروق الفردية في الذكاء وفي التأخرات العقلية تعود بالأساس إلى فوارق في سجل الإجراءات المعرفية العامة التي يتوفر عليها الفرد ويستخدمها لتدبير اشتغاله المعرفي الخاص، فإن هذه الإجراءات يمكن لكل فرد وفي أي عمر أن يتعلمها، بمعنى أنه يمكن عن طريق برامج للتدريب تعلم كيف يجب التفكير بفاعلية وبالتالي أن يصبح الفرد أكثر ذكاء.

الحقيقة أن هذه الصيغة العامة للتربية المعرفية، لا يقصد بها الأفراد العاديين فقط بل هي موجهة أصلا إلى الأفراد الذين يوجدون في حالة فشل أو الذين يعانون بعض الصعوبات في التعلم وفي حل المشكلات. فهي وبفعل انبنائها على التصور المعرفي قد أعطت دفعة كبيرة لدراسة ظاهرة التأخر العقلي وفهمها وساعدت على التحديد الدقيق للمشكل الذي يميز الاشتغال المعرفي عند المتأخرين ويعوق نموهم وتعلمهم. وأكثر من هذا، لقد أدت هذه التربية إلى تبيان قابلية العمليات المعرفية عامة والذكاء خاصة للتربية حتى في

[10] Lantrey, J., Chartier, D., Peut on apprendre à connaitre et à contrôler son propre fonctionnement cognitif, L'orientation professionnelle, 1994, p.28.

مجال التأخر العقلي. وتوجد وقائع ومعطيات كثيرة تعبر عن مصداقية هذا الطرح، نكتفي هنا بإجمال أهمها في النقطتين التاليتن:

-إذا كان كل من المتأخرين والعاديين يتوفرون عند نفس المستوى النمائي على أدوات معرفية متساوية، فالملاحظ أن المتأخرين عقليا يظهرون في وضعيات حل المشكلات أقل نجاحا من العاديين.

-رغم أن المتأخرين عقليا يتميزون بإيقاع نمائي متذبذب، تتخلله توقفات متقطعة أحيانا ونهائية أحيانا أخرى عند مستويات تكوينية معينة، إلا أن برامج التعلمات الإجرائية تبين أن نموهم يحتفظ مع ذلك ببعض الليونة والمرونة.

وللربط والتوحيد بين هاتين النقطتين ذهب باور L.Paour إلى اقتراح نموذجه عن العجز المزمن في الاشتغال المعرفي عند المتأخرين، حيث يرى أن هؤلاء يتميزون أولا وقبل كل شيء بتنافر معرفي كبير بين مستوى نمو الكفاءات المعرفية والطرق التلقائية لاستخدامها.

فكيفما كان مستوى نموهم العقلي، فإنهم يعجزون عن توظيف أدواتهم المعرفية بطريقة فعالة. ويعتبر هذا العجز المزمن في الاشتغال المعرفي أحد العوامل الأساسية في حصول التأخر أو التوقف في النمو، وفي فشل الفرد في عمليات حل المشكلات والتقاط المعلومات ومراقبة المعالجة([11]).

و الواقع أن هذا النموذج الذي ما يزال في حاجة إلى التطوير والتدقيق، يجيب على أهم الأسئلة التي يطرحها مفهوم التأخر العقلي وأساليب علاجه. فهو يوضح من جهة أولى قابلية الذكاء للتربية ويؤسس

[11] Paour, L., Retard mental et aide cognitive, in Psychologie cognitive: Modèles et méthodes, Grenoble, PUG, 1988, p.194-198.

من جهة ثانية الطرق والتقنيات والبرامج الملائمة لتحقيق هذه التربية وذلك من خلال التحديد الدقيق لطبيعة العجز ومشكل الاشتغال عند المتأخرين عقليا. ومن ضمن الطرق الفعالة والأكثر استعمالا في هذا الصدد، هناك :برنامج الإغناء الأداتي (P.E.I.) لفرنشتان R .Fuernstein وبرنامج التدبير العقلي لدولاجرندري de la granderie لتحسين الاشتغال المعرفي عند المتأخرين عقليا، كما توجد برامج كثيرة للتعلم الإجرائي والتي تغني الارتقاء وتنتقل به إلى مستويات عليا في النمو، والاستعمال السيكوبيداغوجي للحاسوب لتعليم المتأخرين عقليا أساليب ضبط ومراقبة اشتغالهم المعرفي والوعي بنشاطهم العقلي.

لكن ما يجب التنبيه إليه، هو أن هذه البرامج والتطبيقات لا يمكنها بأي حال من الأحوال أن تعوض المناهج التعليمية العادية، بل إنها تدعمها وتعززها باستمرار، ويعني هذا أن تعميم طرق العلاج المعرفي وتطويرها، وبالخصوص عمليات التقويم التي يمكن أن تبرز نتائجها وفعاليتها، تبقى من الشروط الضرورية لنجاح أي مشروع تربوي في مجال معالجة ظاهرة التأخر العقلي وفق تطبيقات وممارسات مضبوطة.