الفصل الثالث
سيكولوجية وتشخيص المعاقين عقلياً

الفصل الثالث
سيكولوجية وتشخيص المعاقين عقلياً

سيكولوجية المعاقين عقلياً :

لكى نتبين من المهارات الاجتماعية للمعاقين عقلياً يجب أولاً أن نكشف الستار عن الخصائص العامة لهم والتى تتضح فى الآتى: -

١- نقص الانتباه :

قد أشارت الدراسات إلى أن المعاقين عقلياً لديهم نقص أو مشاكل فى القدرة على الانتباه، تختلف حسب تفاوت درجة الذكاء ، فلديهم مشكلات فى صعوبة تركيز الانتباه ، كما أنهم أسهل فى تشتيت انتباههم وفى قدرتهم على الانتباه مقارنة مع العاديين .

٢ - صعوبة نقل آثار التعلم :

من مشكلات الأطفال المعاقين عقلياً صعوبة نقل آثار التعلم من موقف لآخر مقارنة مع العاديين ، وترتبط هذه الصعوبة بصورة أساسية بدرجة الإعاقة وبطبيعة الموقف التعليمى نفسه .

٣- عدم القدرة على التركيز :

وتعتبر من أكثر المشكلات لدى المعاقين عقلياً ، وتتأثر درجة التذكر بدرجة الإعاقة من جهة ، وبالطريقة التى تتم فيها عملية التعلم من جهة أخرى

٤- المشكلات اللغوية :

وتعتبر من أبرز مظاهر الإعاقة العقلية ، فمستوى النمو اللغوى لديهم أقل بكثير من العاديين ، ومعظم مشكلاتهم اللغوية مرتبطة باللغة التعبيرية ، وتشكيل الأصوات ، والأخطاء النطقية ، ومظاهر السرعة فى النطق والكلام

على حين ذكرت زينب شقير بعض خصائص المعاقين عقلياً على النحو التالى:

١- تأخر فى النمو العام .
٢- أجسام معتلة وتجد صعوبة لمقاومة الأمراض .
٣- أكثر قابلية لتقليد الكبار من الأطفال العاديين .
٤- زيادة نسب عيوب وأمراض الكلام .
٥- صعوبة التكيف مع المواقف الاجتماعية .
٦- صعوبة الرد على من يعتدى عليه .
٧- عدم تناسب سلوكه وردود أفعاله لمستوى سنه وقدراته .
٨- ضعف القدرة على التفكير المحدد واستخدام الرموز ، الأمر الذى يترتب عليه ضعف استخدام اللغة أو فهم معانى الكلمات .
٩- عدم القدرة على تركيز الانتباه لوقت طويل وقصور فهمه للرموز المعنوية وصعوبة تعلم التمييز بين المثيرات من حيث الشكل واللون والوضع
١٠- يعانى من مرحلة استقبال المعلومات فى سلم تسلسل عمليات أو مراحل التعلم والتذكر.

وكذلك تعد اضطرابات التواصل من السمات البارزة والمميزة لخصائص المعاقين عقلياً ومن هذا المنطلق يتضح الآتي : -

- لا يستجيب المعاقون عقلياً للمثيرات أو التعليمات اللفظية بسهولة . حيث لا ينتبهون جيداً للمثيرات الجديدة . ويكون رد فعلهم للمثيرات أحياناً لا يتناسب مع المنبه أو لا يمكن تمييزه .
- يظهرون انتباه مشتت للمثيرات الجديدة بينما يستغرق الطفل العادى فى المهمة ولا يعطى أهمية للمثيرات غير موضوع التنبيه المقصود .
- ضعف القدرة اللغوية لديهم مما يقلل من القدرة على التعبير عن احتياجاتهم أو تقدير الآخرين أو التفاعل معهم بصورة سوية بكل صور التعامل الرمزية والصوتية .
- الاندفاعية وعدم التروى .

- الحركة الزائدة غير الموجهة أو الهادفة .

ومن الإستعراض السابق للخصائص العامة للمعاقين عقلياً نستطيع معرفة المدى المطلوب من المهارات الإجتماعية والكفاءة الإجتماعية لدى المعاقين عقلياً ويجب التفريق بين المهارات الاجتماعية ومفهوم الكفاءة الاجتماعية ، فالأولى Social Skills هي السلوكيات المحددة التي يظهرها الشخص في مواقف بعينها أما الكفاءة الاجتماعية Social Competence فهي تقييم الآخرين للمهارات الاجتماعية نفسها ومدى تقبلهم لها.

ويجب الانتباه هنا إلى نوعين من الاضطرابات الاجتماعية ، الأول هو الافتقار إلى المهارات الاجتماعية وهذا يعني الحاجة لاكتسابها ، والثاني هو عدم الرغبة في الاستجابات الاجتماعية وهذا يعني الحاجة لاستثارة الدافعية حتى تتم الاستجابة الاجتماعية المطلوبة والمساعدة على تعميم هذه المهارات الكامنة إلى مواقف أخرى مناسبة . وتقف خلف هذه الاضطرابات الاجتماعية الانفعالية أسباب عدة وهي :

١) افتقار الآخرين المحيطين بهؤلاء الأطفال إلى المعلومات الصحيحة عن الإعاقة والأشخاص المعوقين .
٢) الاستجابات غير التكيفية التي يظهرها الأطفال ذوو الحاجات الخاصة أنفسهم وتخالف توقعات الآخرين .
٣) تردد الأطفال المعاقين وخوفهم من المشاركة والتفاعل بسبب خبرات الفشل السابقة (الإحباط) .
٤) وجود خصائص جسمية مميزة لبعض هؤلاء الأطفال، ما يؤدي إلى ردود فعل غير إيجابية لدى الآخرين .
٥) ميل بعض أولياء الأمور إلى الحماية الزائدة لأبنائهم ، ما يترتب عليه من حد للمشاركة في الأنشطة الاجتماعية المختلفة (عدم إتاحة الفرصة لهم لاكتساب خبرات).

كما تشتمل المهارات الاجتماعية على التالي :

- السلوكيات البين شخصية (السلوكيات الشخصية بين الأفراد) مثل تقبل السلطة ، مهارات التخاطب ، سلوكيات التعاون ، وسلوكيات اللعب .
- السلوكيات المتعلقة بالذات : مثل التعبير عن المشاعر، السلوك الأخلاقي، الموقف الايجابي إزاء الذات ، السلوكيات المتعلقة بالواجبات مثل المواظبة ، انجاز المهام ، إتباع التعليمات ، العمل المستقل ، ولقد أصبح من المسلم به أن نقص المهارات الاجتماعية يمثل إشكالية عند الأطفال المعاقين عقلياً حيث وجد أن ضعف التأقلم يوجد بمعدلات مرتفعة بين المعاقين عقلياً فمعظم مشكلات هذه الفئة ذات صبغة اجتماعية .

أما بخصوص المهارات الاجتماعية للمعاقين عقلياً فإن كثير ما تفرض الإعاقات قيودا خاصة على الأطفال قد يكون لها أثر كبير على تطور مهاراتهم الاجتماعية والانفعالية. وهي كذلك تقود إلى ردود فعل واستجابات لدى الآخرين قد يصعب التمييز بين تأثيراتها وتأثيرات الإعاقة على النمو فهي قد تمنع الطفل من التمتع بالقدرات الاجتماعية والانفعالية التي يستطيع الأطفال العاديون من نفس العمر الزمنى إظهارها وتلك تؤدي إلى عزل الطفل فهو قد يتعرض للإزعاج والسخرية مما قد يقود في كثير من الأحيان إلى شعور الطفل بالعجز وتدني مستوى مفهوم الذات من جهة والميل إلى الانسحاب الاجتماعي أو العدوانية من جهة آخري إضافة إلى ذلك فالإعاقة قد تحول دون قدرة الطفل على التعبير عن حاجاته ورغباته ومشاعره وذلك قد يكون له تأثير سلبي على علاقة الراشدين به بمن فيهم الوالدين .

وبالنسبة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة فمن الواضح أن اضطراب النمو الاجتماعي يشكل أحد أهم الخصائص لهذه الفئة من الأطفال فهم يسيئون التصرف في المواقف الاجتماعية ويشعرون بعدم الكفاية الشخصية ، ولا يستطيعون إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين وقد يميلون إلى أظهار الاستجابات

غير الاجتماعية والعدوانية والتخريبية وما إلى ذلك . وينبغي على البرامج التربوية أن تولي اهتماماً كبيراً بتطوير المهارات الاجتماعية والانفعالية للأطفال المعوقين لأربع أسباب رئيسية وهي :

١) أن مظاهر العجز في السلوك الاجتماعي تظهر لدى جميع فئات الإعاقة بأشكال مختلفة وبنسب متفاوتة .

٢) أن العجز في المهارات الاجتماعية يزداد شدة دون تدخل علاجي فعال

٣) إن عدم تمتع الطفل بالمهارات الاجتماعية يؤثر سلباً على النمو المعرفي واللغوي وغير ذلك من المهارات الضرورية .

٤) أن اضطراب النمو الاجتماعي في مرحلة الطفولة يعمل بمثابة مؤشر غير مطمئن للنمو المستقبلي فهو غالباً ما يعني احتمالات حدوث مشكلات تكيفيه في المراحل العمرية اللاحقة .

وهنا نجد علاقة واضحة بين المهارات الاجتماعية للمعاقين والسلوك التكيفي لديهم، حيث أن السلوك التكيفي يشتمل على المهارات الوظيفية الاستقلالية والنمو البدني ونمو اللغة والكفاءة الأكاديمية ، فالسلوك التكيفي يشمل ثلاث مجالات :

١- الأفعال الاستقلالية: وتشير إلى قدرة الفرد على القيام بمهارات يتوقعها المجتمع منه في عمر معين مثل : استخدام التواليت ، التغذية ، ارتداء الملابس ... الخ .

٢- المسئولية الشخصية : التي تعكس القدرة على تحمل المسئولية الفردية لسلوكه ، كما تعكس القدرة على الاختيار واتخاذ القرار .

٣- المسئولية الاجتماعية: التي تشير إلى مستويات المجاراة الاجتماعية (المسايرة) لدى الفرد ، التوافق الاجتماعي ، النضج العاطفي ، والاستقلالية الاقتصادية (جزئية أو كلية).

وهناك العديد من تعريفات السلوك التكيفي منها إكساب التلاميذ المعاقين عقلياً المهارات الاجتماعية المناسبة لزيادة فرص تقبلهم الاجتماعي من قبل الآخرين سواء كانوا أقراناً أو معلمين ، ومما لا شك أن الاتجاهات نحو الأفراد تتأثر بشكل كبير بمستوى الكفاية الاجتماعية لأولئك الأفراد ، حيث أن المعاقين عقلياً يعانون من عجز بدرجات متفاوتة في تحقيق الكفاية الاجتماعية وأن نقص أو فقدان المهارات الاجتماعية لدى المعاق عقلياً يؤدي إلى أثار خطيرة ، فقد تؤدي محدودية ذخيرة المهارات الاجتماعية لدى هؤلاء التلاميذ إلى عدم تقبل الآخرين لهم وخصوصاً من قبل أقرانهم مما يضعف فرص التوافق في البيئة الاجتماعية ، كما يقيد عجز المهارات الاجتماعية لدى هؤلاء التلاميذ مدى تفاعلهم مع الآخرين مما يجعلهم أكثر عرضة للعزلة الاجتماعية وهذا بدوره يبطئ من معدل نموهم الأكاديمي والنفسي .

تشخيص الإعاقة العقلية :

تعتبر عملية تشخيص الإعاقة العقلية عملية معقدة تنطوى على التركيز على الخصائص الطبية والعقلية والاجتماعية والتربوية وأخذها بعين الاعتبار، فمع بداية القرن التاسع عشر بدأ تشخيص حالات الإعاقة العقلية من وجهة نظر طبية، ولكن بعد عام ١٩٠٥ ومع ظهور مقاييس الذكاء على يد بينيه Binet ، وكسلر Weschsler أصبح التركيز على القدرات العقلية و قياسها ، وقد تمثل هذا الاتجاه في استخدام مصطلح نسبة الذكاء (IQ) كدلالة على استخدام المقاييس السيكومترية Psychometric Tests في تشخيص حالات الإعاقة العقلية ، وبقى الحال على ذلك حتى أواخر الخمسينات من هذا القرن ، حين بدأ متخصصون في الإعاقة العقلية والتربية الخاصة وعلم النفس بتوجيه انتقادات إلى مقاييس الذكاء على اعتبار أنهاغير كافية لتشخيص حالات الإعاقة العقلية ، إذ أن حصول الفرد على درجة منخفضة على مقاييس الذكاء لا يعنى بالضرورة أنه معاق عقلياً ، إذا أظهر الفرد قدرة على التكيف الاجتماعى ، وقدرة على الإستجابة للمتطلبات

الاجتماعية بنجاح ، ونتيجة لذلك ظهر بعد جديد في تشخيص حالات الإعاقة العقلية ألا وهو بعد السلوك التوافقى أو التكيفي ، ودخل هذا البعد في عملية تعريف الإعاقة العقلية ، كما ظهرت المقاييس الخاصة بذلك ، ومنها مقياس الجمعية الأمريكية للتخلف العقلى والمسمى بمقياس السلوك التكيفي ، وفي السبعينات من هذا القرن ظهرت مقاييس أخرى هى المقاييس التحصيلية Academic Achievement Tests والتى تهدف إلى قياس وتشخيص الجوانب الاكاديمية والتحصيلية لدى المعاقين عقلياً .

ان موضوع قياس وتشخيص الإعاقة العقلية من الموضوعات التي تنطوي على عدة جوانب منها (طبية ، سيكومترية ، اجتماعية ، تربوية) ففي بداية القرن التاسع عشر كانت تشخص من وجهة النظر الطبية وذلك بالتركيز على أسباب الإعاقة المؤدية الى تلف خلايا الدماغ ، ولكن بعد ظهور مقاييس الذكاء اصبح التركيز على قياس القدرات العقلية واستخدم مصطلح نسبة الذكاء دلالة على استخدام مقاييس السيكومترية ، وفي أواسط الخمسينات ظهر اتجاه جديد في قياس وتشخيص الإعاقة العقلية تمثل في الاتجاه الاجتماعي ، وظهر هذا الاتجاه نتيجة للانتقادات التي وجهت الى المقاييس السيكومترية ، والتي خلاصتها ان مقاييس الذكاء وحدها غير كافية في تشخيص حالات الإعاقة العقلية اذ ان حصول الفرد على درجة منخفضة على مقياس الذكاء لايعني بالضرورة ان الفرد معاق عقليا وخاصة اذا اظر الفرد القدرة على التكيف الاجتماعي والاستجابة بنجاح للمتطلبات الاجتماعية ، ولذا ظهر هذا البعد الجديد في تشخيص حالات الاعاقة العقلية ألا وهو البعد الاجتماعي والذي يعبر عنه عادة ببعد السلوك التكيفي وظهرت مقاييس تقيس هذا البعد ومن اشهرها مقياس الجمعية الامريكية للتخلف العقلي للسلوك التكيفي ومقياس كيين وليفين للكفاية الاجتماعية .

كما ظهر في السبعينيات وفي هذا القرن الاتجاه التربوي التحصيلي في قياس وتشخيص حالات الإعاقة العقلية ، والذي يعتبر اتجاها مكملا لعملية قياس وتشخيص حالات الإعاقة العقلية ، ويهدف هذا الاتجاه الى قياس وتشخيص الجوانب التحصيلية للمعاقين عقليا ، ومن المقاييس التحصيلية مقاييس المهارات اللغوية ، ومقاييس القراءة والكتابة ، والمقياس التحصيلي العام والذي اعده جاستاك ، والمقياس التحصيلي الفردي الذي اعده دن وزملائه ويعبر عن الاتجاه الجديد في قياس وتشخيص حالات الإعاقة العقلية بالاتجاه التكاملي حيث يجمع هذا الاتجاه بين الاتجاه الطبي و والاتجاه السيكومتري ، والاتجاه الاجتماعي ، والاتجاه التربوي حيث تتطلب عملية قياس وتشخيص حالات الإعاقة العقلية وفق الاتجاه التكاملي تكوين فريق مشترك من كل من طبيب الأطفال والأخصائي في علم النفس ، والأخصائي في التربية الخاصة ، وتكون مهمته إعداد تقرير مشترك عن حالة الطفل المحول لأغراض التشخيص ، ومن ثم لأغراض الإحالة الى المكان المناسب فيما بعد.

إن تشخيص الإعاقة العقلية ليس بالأمر السهل ، ويجب الحرص وتوخى الدقة لأن الخطأ في تشخيص حالة الطفل بأنه معاق عقلياً يعتبر أمراً يغير مستقبل حياته ، ويعتبر الإتجاة التكاملى في تشخيص الإعاقة العقلية من الإتجاهات المقبولة حديثاً في أوساط التربية الخاصة ، اذ يجمع ذلك الإتجاه بين التشخيص الطبى ، والسيكومترى ، الاجتماعى، التحصيلى .

فتشخيص المعوق عقليا تختلف باختلاف سلوكيات الأطفال باختلاف درجة إعاقتهم البسيطة، أو المتوسطة، أو الشديدة ، لذا يتطلب الأمر جهوداً وطاقات لملاحظة الأعراض الداخلية والخارجية ودراسة نشأتها وتطورها ، ويتضمن التشخيص وصفاً دقيقاً لحالة الشخص، وتحديداً لمستوى تخلفه ونوعه.

كما وتعتبر عملية التشخيص والتقييم للمعوقين عقلياً من أهم الموضوعات في هذا المجال لما يترتب عليها من نتائج . إذ أن التقييم (التشخيص) يهتم بثلاث نواحي أساسية وهي :

١- تحديد ما إذا كان الطفل معوقاً عقلياً أم لا .

٢- تصنيف الطفل المعوق عقلياً ضمن فئات الإعاقة العقلية .

٣- تحديد إمكانات الطفل المعوق ونقاط القوة والضعف لديه حتي يمكن تنمية قدراته.

المعايير الأساسية في تشخيص الإعاقة العقلية:

عرفنا فيما سبق التخلف العقلي على أنه حالة تتميز بمستوى عقلي وظيفي دون المتوسط (يقل عن متوسط الذكاء بانحرافين معياريين أو أقل من ٧٠)، ويصاحب هذه الحالة خلل واضح في السلوك التكيفي للفرد، ويبدأ أثناء فترة النمو (منذ الميلاد وحتى سن ١٨ سنة). ومن خلال هذا التعريف للإعاقة العقلية يتبين لنا أنه توجد ثلاثة معايير أساسية لتشخيص الإعاقة العقلية وهي:

أولاً: مستوى عقلي وظيفي دون المتوسط أقل من ٧٠:

ويقاس المستوى العقلي بواسطة اختبارات القدرة العقلية (اختبارات الذكاء المقننة) والذي يقل عن متوسط الذكاء بمقدار انحرافين معياريين أقل من ٧٠، إذا قيس الأداء علي اختبار من اختبارات القدرة العقلية العامة، مثل اختبار ستانفورد – بينيه، واختبار وكسلر لذكاء الأطفال، اختبار جود أنف هاريس، واختبار مكارثي للقدرة العقلية للأطفال.

ثانياً: قصور في السلوك التكيفي:

يعرف السلوك التكيفى على أنه كفاءة الفرد في تلبية احتياجاته المادية والاجتماعية للبيئة التي يعيش فيها.

- أما معايير السلوك التكيفي فهي:

١- النضج : ويعني معدل نمو المهارات في سن الطفولة المبكرة مثل الجلوس والحبو والمشي والكلام والقدرة علي التحكم في الإخراج ... الخ ، ويمكن قياس ذلك وغيره من مظاهر النمو الحسي والحركي خلال السنتين الأوليتين من حياة الطفل وعليه فإن التأخر في اكتساب مثل هذه المهارات يعتبر مؤشر علي وجود حالة تخلف عقلي في سنوات ما قبل المدرسة .

٢- القدرة علي التعلم : وهي قدرة الطفل علي اكتساب المعلومات كوظيفة من وظائف الخبرة التي يتعرض لها الطفل في حياته، والصعوبات في التعلم تظهر بوضوح في المواقف الأكاديمية في المدرسة ويعتبر القصور في القدرة على التعلم مؤشرا أيضا للاستدلال على حالات التخلف خلال سنوات المدرسة .

٣ـ التكيف الاجتماعي : ويعني قدرة الطفل على تكوين علاقات شخصية أو اجتماعية مع غيره في حدود المعايير الاجتماعية المرغوبة معتمدا بذلك على نفسه ودون مساعدة أحد.

ثالثاً: أن يظهر خلال مراحل النمو (منذ الميلاد وحتى سن ١٨ سنة) :

أي أن يظهر التخلف العقلي أثناء فترة النمو، وقد تم اختيار سن (١٨) سنة كحد نهائي لظهور التخلف العقلي، لأن النمو العقلي للفرد ينمو عن هذا السن (١٨ سنة)، مما يساعدنا على تمييز حالات التخلف العقلي عن الحالات الأخرى مثل الجنون (المرض العقلي).

الفريق متعدد التخصصات:

إن تشخيص حالة التخلف العقلي يترتب عليها مستقبل الطفل وعلاقته مع أسرته لذا فإن عملية التشخيص لا يقوم بها شخص واحد بل أن هناك فريقاً من الأخصائيين بحيث يتم جمع المعلومات عن النواحي الجسمية والنفسية والثقافية والاجتماعية وغالباً ما يكون الفريق مكوناً من :

١) الطبيب : ويقوم بفحص حالة الطفل الجسمية وما يتصل بالجهاز العصبي والحواس ، وكذلك فيما يتعلق بجوانب الصحة العامة وذلك لتقديم ما يلزم

من علاج ، وتحديد الأمور التي يعانيها وأسبابها وتطورها ، والعلاجات التي يحتاج إليها .

٢) الأخصائي الاجتماعي : ويقوم بتقديم تقرير عن البيئة التي يعيش فيها الطفل والخبرات التي مر بها وتاريخ الحالة والأمراض التي أصيب بها أو أصيبت بها الأم أثناء الحمل ، ومدى التكيف الشخصي مع الأسرة ومع الجيران ومع المدرسة .

٣) الأخصائي النفسي : ويقدم تقريراً عن مستوى قدرات الطفل ومهارته وحالته النفسية والانفعالية ، وذلك بإجراء الاختبارات النفسية والمقابلات الإكلينيكية لجمع المعلومات عن التاريخ التطوري . وجمع الملاحظات التي تفيد في تشخيص مستوى النمو الذهني وسمات الشخصية ، والمهارات الحركية والخبرات التحصيلية .

٤) أخصائي التربية الخاصة : ويكون عمله في محاولة وضع مخطط لنوع الخدمات التربوية التي يحتاجها الطفل (الخطة التربوية الفردية) وذلك في حدود ما حصل عليه من معلومات من الطيب والأخصائي الاجتماعي والأخصائي النفسي .

٥) أخصائي التأهيل المهني : ويكون عمله في مراحل متقدمة وخاصة بعد أن يصبح الطفل في الرابعة عشرة من عمره وهي السن التي يتسنى فيها عملية التأهيل.

وعلى أخصائي التشخيص أن يقوم بتجميع المعلومات عن السلوك التكيفي للطالب عن طريق الاجتماع مع العديد من الأشخاص والتباحث معهم حيث أنه من غير المحتمل أن يعرف شخص واحد كيف يتصرف الطالب في جميع الحالات والمواقف.

خطوات التعرف علي الطالب المتخلف عقليا :

يقوم فريق التقييم متعدد التخصصات بالخطوات التالية لتشخيص حالة التخلف العقلي:

١- إجراء تقويم تربوي شامل.
٢- الحصول على التاريخ التطوري من الوالدين وأولياء الأمور.
٣- الحصول علي النتائج من الفحوص الجسمية المتضمنة النواحي البصرية والسمعية والحركية والعصبية.
٤- الاتساق في انخفاض نتائج الطفل في اختبارات القدرات العقلية من جهة ومقياس السلوك التكيفى من جهة أخرى بدرجة واحدة.
٥- تقرير فيما إذا كان التخلف قد لوحظ أثناء فترة النمو.
٦- تقرير فيما إذا كان الأداء التربوي والنمو الطبيعي متأثراً بشكل عكسي.
٧- مراجعة التعريفات والإجراءات القانونية التي تخص التقويم التربوي للمعوقين عقليا والتحقق من مدى تطبيق الإجراءات المطلوبة في تقييم.
٨- مراجعة جميع المعلومات التي تستخدم لمعرفة فيما إذا كان الطالب معوقاً عقلياً أم لا.

الاتجاه التكاملي في قياس وتشخيص الإعاقة العقلية :

يجب أن تتم عملية التشخيص ضمن برنامج متكامل يعد من قبل فريق من المتخصصين، بحيث يشمل جوانب النمو الجسمية والحسية والحركية والعقلية والانفعالية والاجتماعية حتى يظهر جوانب القصور والضعف بدقة، مما يساعد علي تقديم الخدمات العلاجية والتأهيلية المتكاملة اللازمة ، للارتقاء بالطفل وتنميته في جميع نواحي النمو في نفس الوقت بحيث لا يتم الاهتمام بناحية أو أكثر دون النواحي الأخرى .

فالتشخيص التكاملي يشمل الجوانب التالية:

١- التشخيص الطبي :

ويتم بواسطة طبيب الأطفال للتعرف علي الحالة الطبية والعضوية والفسيولوجية. ومن الإجراءات الكشفية التي يقوم بها الطبيب لتشخيص الإعاقة العقلية؛ حالات اضطرابات التمثيل الغذائي (الفينيل كيتونيوريا) التي تكون من الأسباب الرئيسة للإعاقة العقلية، وهذه الاختبارات هي كما يلي:

- اختبار حامض الفيريك (Ferric Chloride Test) حيث تخلط بعض من نقاط حامض الفيريك مع بول الطفل فإذا تغير لون البول إلى اللون الأخضر؛ فهذا يعني وجود اضطراب في التمثيل الغذائي (PKU) للطفل.
- اختبار شريط كلوريد الحديد(Ferric Chloride Reagent Strip Test): وفي هذا الاختبار يوضع شريط كلوريد الحديد في بول الطفل أو على منشفة الطفل، ثم يقارن لون الشريط مع لوحة الألوان التي تبين وجود الحالة من عدمها.
- اختبار جثري، أو ما يسمى باختبار نسبة وجود الفينلين بالدم، وفي هذا الاختبار تؤخذ عينة من دم كعب الطفل فإذا تبين أن مستوى الفنيلين في الدم هو ٢٠ ملجرام لكل ١٠٠ ملم من الدم؛ فهذا يعني وجود اضطراب التمثيل الغذائي(PKU) للطفل.
- كذلك توجد بعض القياسات التي يجريها الطبيب مثل قياس محيط الرأس للحالات المحولة إليه للتشخيص الطبي إذ يقارن الطبيب بين محيط الرأس العادي لدى الطفل المولود حديثاً والذي يتراوح ما بين ٣٢ – ٣٦ سم، وبين محيط الرأس لدى الحالات المحولة إليه وخاصة في حالات صغر وكبر حجم الدماغ، وحالات استسقاء الدماغ، وحالات متلازمة داون.

٢- التشخيص السيكومتري :

ويتم بواسطة أخصائي القياس النفسي والقدرة العقلية وذلك باستخدام المقاييس الخاصة بالذكاء مثل مقياس وكسلر أو مقياس ستانفورد – بينيه أو مقاييس أخرى للقدرة العقلية . ويعتبر التشخيص السيكومتري من الاتجاهات التقليدية في تشخيص الإعاقة العقلية، والتي جاءت بعد التشخيص الطبي، وظهر أول مقياس لألفرد بينيه مع بدايات عام ١٩٠٤ في فرنسا، ثم ظهور مقياس ستانفورد بينيه للذكاء في عام ١٩٠٥ وظهور مقياس وكسلر للذكاء عام ١٩٣٩، وكذلك ظهور مقياس جودانف هاريس للرسم عام ١٩٦٣، ثم ظهور مقاييس الذكاء المصورة مثل مقياس المفردات اللغوية المصورة عام ١٩٧٠، وظهور مقياس مكارثي للقدرة العقلية للأطفال عام ١٩٧٢.

وقد استخدمت هذه المقياس لتحديد نسبة ذكاء الطفل المعاق عقلياً ومن ثم تحديد موقعة على منحنى التوزيع الطبيعي من أجل تصنيفه في الفئة المناسبة من فئات الإعاقة العقلية.

٣- التشخيص الاجتماعي :

للتعرف علي المعوقات الاجتماعية والتكيفية لدى المعوق عقلياً وذلك باستخدام مقاييس خاصة مثل مقياس السلوك التكيفي ومقياس النضج الاجتماعي .

ويعتبر مفهوم السلوك التكيفي Adaptive Behavior من المصطلحات الحديثة نسبيا التي دخلت في ميدان التربية الخاصة في أواسط الخمسينات من القرن الماضي ، علما أن هذا المفهوم قد ظهر في العلوم الاجتماعية للدلالة على مدى قدرة الفرد على التكيف مع العوامل والمتغيرات الاجتماعية . كما ظهر هذا المفهوم في العلوم النفسية للدلالة على مدى قدرة الفرد على التكيف بالمعنى النفسي والصحة النفسية .

أما في ميدان التربية الخاصة فقد اعتبر السلوك التكيفي متغيرا أساسيا في تعريف الإعاقة العقلية حيث اعتبر فشل الفرد في التكيف الاجتماعي والاستجابة للمتطلبات الاجتماعية مظهرا من مظاهر الإعاقة العقلية والتي قد ترجع إلى قصور في القدرة العقلية للفرد . وقد أدى ظهور هذا المفهم إلى تغير جوهري في التعريف الحديث للإعاقة العقلية الذي أصبح لا ينظر إلى القدرات العقلية التي يتمتع بها الفرد كمعيار وحيد ، وإنما إلى قدرة الفرد أيضا على الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه مقارنة مع نظرائه من نفس الفئة العمرية .

ويتضمن مفهوم السلوك التكيفي عدد من المظاهر أهمها النضج الاجتماعي والتآزر البصري الحركي ، القدرة على التعلم المتمثلة في تعلم المهارات الأكاديمية اللازمة حسب المرحلة العمرية والنمائية ، المهارات الاجتماعية المتمثلة في تعلم مهارات الحياة اليومية ، والمهارات اللغوية ومهارات معرفة الأرقام والوقت والتعامل بالنقود وتحمل المسؤلية والتنشئة الاجتماعية . وتعتبر الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي AAMR من الجهات العلمية التي أدخلت هذا المفهوم في مجال الإعاقة العقلية .

واعتبر العلماء مفهوم السلوك التكيفي متغيرا أساسيا في اعتبار الفرد معاقا عقليا ام لا ، وذلك من خلال قدرته على الاعتماد على ذاته وخاصة في مهارات الحياة اليومية وقدرته في الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية ، وتم تاكيد ذللك المفهوم مع تنامي الانتقادات التي وجهت الى مقاييس الذكاء التقليدية التي لا تفسر كيف يتصرف الفرد في المجتمع او كيف يستجيب للمتطلبات الاجتماعية ، فالقدرة العقلية العالية لا تعني قدرة عالية على التكيف الاجتماعي والعكس صحيح .

وجاء في تعريف لهيبر على ان التخلف العقلي هو حالة تتميز بمستوى وظيفي دون المتوسط يبدأ أثناء فترة النمو ويصاحب هذه الحالة قصور في السلوك

التكيفي للفرد . ويوضح الصطلحات المستخدمة في هذا التعريف على النحو التالي :

- مستوى وظيفي عقلي عام : ويقاس هذا المستوى بواسطة اختبارات القدرة العقلية (اختبارات الذكاء المقننة) دون المتوسط ، يعبر عن مستوى أداء يقل عن مستوى اداء العاديين بمقدار انحرافين معياريين اذا قيس الاداء على اختبار من اختبارات القدرة العامة اثناء فترة النمو ، وقد اقترح هايبر ان تكون سن (١٦-١٨) سنة كمرحلة لنهايات فترة النمو العقلي مما يساعد على تمييز حالات التخلف العقلي عن الحالات الأخرى مثل الجنون . ويعرف هيبر السلوك التكيفي على انه كفاءة الفرد للاحتياجات المادية والاجتماعية لبيئته .
- اما معايير السلوك التكيفي فهي :

١. النضج : ويعني معدل نمو المهارات في سن الطفولة المبكرة مثل الجلوس والحبو والمشي والكلام والقدرة على التحكم في التحكم بالإخراج ....الخ ، ويمكن قياس ذلك وغيره من مظاهر النمو الحركي خلال السنتين الأوليتين من حياة الطفل وعليه فان التأخر في اكتساب مثل هذه المهارات يعتبر مؤشر على وجود حالة تخلف عقلي في سنوات ما قبل المدرسة .
٢. القدرة على التعلم : وهي قدرة الطفل على اكتساب المعلومات كوظيفة من وظائف الخبرة التي يتعرض لها الطفل في حياته والصعوبات في التعلم تظهر بوضوح ف المواقف الأكاديمية في المدرسة ، يعتبر القصور في القدرة على التعلم مؤشرا للاستدلال على حالات تخلف خلال سنوات المدرسة .
٣. التكيف الاجتماعي : ويعني قدرة الطفل على تكوين علاقات شخصية او اجتماعية مع غيره في حدود المعايير الاجتماعية المرعية معتمدا بذلك على نفسه وبدون مساعدة احد ، وبناء على هذه القدرة الاستدلالية على وجود

حالات التخلف العقلي في مرحلة الرشد ، بالإضافة الى ذلك يمكن الاستدلال على وجود حالات التخلف العقلي من خلال وجود المظاهر التالية :

- بالنسبة للأطفال في سنوات الطفولة المبكرة :

١) ظهور عادات وتصورات لا تتناسب مع عمر الطفل الزمني .

٢) تخلف في الانتباه وعدم وجود ميل للاستطلاع مع ميل للتبلد .

٣) تأخر في المشي والكلام .

- مرحلة الطفولة المتأخرة :

١) عدم المقدرة على التجاوب مع التوجيهات التي تقدم للطفل .

٢) وضوح اتجاه الطفل لممارسة عادات وطباع من هم اصغر منه سنا ومصاحبتهم .

- بالنسبة للبالغين :

١) تخلف مستوى التحصيل العملي لما دون المتوسط .

٢)عدم الشعور بالمسؤلية .

٣)عدم القدرة على التمييز بين المواقف .

ولقد تبين لنا من خلال محاولة تحديد وتعريف حالة التخلف العقلي بان هناك تعاريف تركز على عنصر الذكاء وبعضها يركز على عوامل البيئة والتكيف معها ، ومنها من ركز على النوحي الجسمية ، لذا فان السؤال الذي يطرح نفسه ، من الذي يقوم بعملية التشخيص ؟ ان تشخيص حالة التخلف العقلي يترتب عليها مستقبل الطفل وعلاقته مع أسرته ، لذا ان عملية التشخيص لا يقوم بها شخص واحد بل ان هناك فريق من الأخصائيين بحيث يتم جمع المعلومات من النواحي الجسمية والنفسية والثقافية والاجتماعية وغالبا ما يكون الفريق مكونا من :

- الطبيب : ويقوم بفحص حالة الطفل النفسية وما يتصل بالجهاز العصبي والحواس ، وكذلك في ما يتعلق بجوانب الصحة العامة وذلك بتقديم ما يلزم

من علاج ، وتحديد الأمراض التي يعنيها وأسبابها وتطورها ، والعلاجات التي يحتاج اليها .

- الأخصائي الاجتماعي : ويقوم بتقديم تقرير عن البيئة التي يعيش فيها الطفل والخبرات الثقافية التي يمر بها وتاريخ الحالة والأمراض التي أصيب بها او أصيبت الأم بها أثناء الحمل ، مدى التكيف الشخصي مع الأسرة والجيران والمدرسة .
- الأخصائي النفسي : يقدم تقريرا عن مستوى قدراته ومهاراته وحالته الانفعالية ، وذلك بإجراء الاختبارات النفسية والمقابلات الإكلينيكية وجمع المعلومات عن التاريخ التطوري . وجمع الملاحظات التي تفيد في تشخيص مستوى النمو الذهني وسمات الشخصية ، والمهارات الحركية والخبرات التفصيلية .
- الأخصائي في التربية الخاصة : ويكون عمله في محاولة وضع مخطط لنوع الخدمات التربوية التي يحتاجها الطفل وذلك في حدود ما حصل عليه من معلومات من الطبيب والأخصائي الاجتماعي والأخصائي النفسي .
- الأخصائي في التاهيل المهني : ويكون عمله في مراحل متقدمة وخاصة بعد ان يصبح الطفل في الرابعة عشر من عمره وهي السن التي يتسنى فيه عملية التاهيل وعلى أخصائي التشخيص ان يقوم بتجميع المعلومات عن السلوك التكيفي للطالب عن طريق الاجتماع مع العديد من الأشخاص والتباحث معهم حيث انه من غير المحتمل ان يعرف شخص واحد كيف يتصرف الطالب في جميع الحالات والمواقف.

٤- التشخيص التربوي :

ويتم بواسطة أخصائي التربية الخاصة حيث يستخدم مقياس المهارات اللغوية والتحصيلية : العددية – القراء والكتابة – للتعرف على القدرة على التعلم لدى المعوق عقليا.

فالتشخيص في مجال الإعاقة، سواء كان تربويا أو طبيا، هو الخطوة الأولى في العلاج والتأهيل وهو الخطوة الأولى في التعامل بشكل صحيح مع الإعاقة أو الصعوبة أو الاضطراب الذي يعاني منه الطفل وينظر إليه على انه عملية ثلاثية الأطراف تتضمن الطفل والفاحص وأدوات أو وسائل الفحص والتشخيص .Diagnostic Tools

التشخيص الطبي والتشخيص التربوي والاختلاف بينهما يختلف التشخيص الطبي عن التشخيص التربوي في مجال الإعاقة بعدد الأمور من أهمها: من يقوم بالتشخيص الطبي هو الطبيب أو مجموعة من الأطباء من تخصصات طبية متنوعة (من حقل علمي واحد وهو الطب).

بينما التشخيص التربوي يقوم به عدة مختصين من حقول علمية مختلفة مثل المختص بالتربية الخاصة والمختص بالعلاج الطبيعي والوظيفي وأخصائي اضطرابات اللغة والكلام والمختص بالسمعيات والأخصائي النفسي والاجتماعي.

تم التشخيص الطبي للإعاقة بناء على تقييم وملاحظة العلامات Symptoms وبناء على اختبارات تشخصيه طبية خاصة ومقاييس طبية معينة ومن الممكن أن يعتمد الطبيب على دليل تشخيصي معين في تشخيص الإعاقة أو الاضطراب الذي يعاني منه الطفل فعلى سبيل المثال يعد الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية (Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorder (DSM والذي تصدره الجمعية الأميركية للطب النفسي من أكثر الأدوات التشخيصية التي تستخدم في تشخيص اضطراب التوحد وغيره من الاضطرابات .

وفي المقابل يتم التشخيص التربوي اعتمادا على التقييم التربوي واعتماداً على ملاحظة جوانب وقدرات ومهارات معينة عند الطفل. فعلى سبيل المثال يحدد المختص باللغة والكلام مهارات الطفل اللغوية والكلامية وقدرته على التواصل ونوع التواصل الذي يقوم به ويستخدم في هذا الإطار اختبارات لغوية خاصة، والمختص بالعلاج الطبيعي يحدد ويشخص الجانب الحركي عند الطفل .

ويعتمد على الملاحظة والمقاييس الخاصة بالتطور الحركي وسائل أخرى في التشخيص بينما يقوم الأخصائي النفسي بتحديد قدرات الطفل العقلية والإدراكية ويستخدم في سبيل ذلك اختبارات الذكاء ومقاييس السلوك التكيفي والمقاييس النمائية، وهناك أدوات خاصة بالأخصائي الاجتماعي أهمها المقابلة الشخصية، وبذلك نرى التنوع في المقاييس وأدوات التشخيص في مجال التشخيص التربوي للإعاقة .

فالتشخيص التربوي هدفه الأول تحديد مدى حاجة الطفل لخدمات التربية الخاصة ونوع ومقدار هذه الخدمات والفترة الزمنية التي يجب أن تقدم بها هذه الخدمات وقد يكون هناك أهداف أخرى للتشخيص التربوي مثل الفرز والإحالة. بينما التشخيص الطبي يتم بهدف تحديد نوع ومسمى Label الاضطراب الذي يعاني منه الطفل ويتم كذلك بهدف تحديد نوع الخدمات الطبية المختلفة التي يحتاجها الطفل المعاق مثل الأدوية أو التدخل الجراحي .

في التشخيص الطبي هناك كم كبير جدا من مسميات الاضطرابات المختلفة أو الإعاقات التي يعاني منها الطفل، فعلى سبيل المثال عند تشخيص المتلازمات الوراثية قد يجد الطبيب نفسه أمام أكثر من ثلاثة آلاف متلازمة وراثية وكل متلازمة لها صفات وسمات جسدية أو عقلية أو سلوكية خاصة بها، بينما في التشخيص التربوي هناك عدد محدد من المسميات التي يمكن إدراج فئات الإعاقة المختلفة، ونأخذ مثالا من أحدى الولايات المتحدة الأميركية حيث أن هناك ثلاثة عشر من فئات الإعاقة والتي يمكن إدراج الطفل المعاق ضمنها وهذه الفئات هي : التوحد ـ فقدان السمع والبصر ـ الاضطرابات الانفعالية ـ الإعاقة السمعية والصمم ـ الإعاقة العقلية ـ الإعاقات المتعددة ـ الإعاقات الجسدية ـ الإعاقات اللغوية والكلامية ـ إصابات الدماغ ـ الإعاقة البصرية ـ التأخر النمائي ـ واضطرابات أخرى .

وفي كثير من أنظمة التربية الخاصة في البلدان العربية هناك سبعة أو ثمانية فئات يتم إدراج فئات الإعاقة المختلفة إليها وهي: الإعاقة العقلية ـ الإعاقة السمعية ـ الإعاقة البصرية ـ إعاقات اللغة والتواصل ـ الإعاقة الحركية والجسدية ـ متعدد الإعاقة ـ الإعاقات الانفعالية .

ولكي يتضح الفرق بين التشخيص الطبي والتربوي للإعاقة نأخذ بعض الأمثلة :

مسمى "متلازمة اسبرغر "Asperger Syndrome أو التشخيص بهذه المتلازمة هو من التشخيصات الطبية بينما يكون التشخيص التربوي لهذه المتلازمة هو اضطراب التوحد ، والتشخيص الطبي بوجود متلازمة "باتو "Patau Syndrome يقابله في التشخيص التربوي أعاقة عقلية .

فمن النادر جدا أن نجد اختلاف أو تعارض بين التشخيص الطبي والتربوي للإعاقة وذلك في حالة ما تم إتباع إجراءات التشخيص بدقة وبشكل كامل ، إلا انه يحدث بأن يكون هناك تشخيص طبي لنوع محدد من الصعوبات أو الاضطرابات ولا يوجد تشخيص تربوي لهذه الحالة بمعنى صعوبة إدراجه ضمن فئة من الفئات سابقة الذكر . في هذه الحالة ينصب الاهتمام في المجال التربوي على تحديد مدى تأثير الصعوبات أو الاضطرابات التي يعاني منها الطفل وقدرته على التعلم.

٥- التشخيص الفارقي:

والذي نفرق من خلاله بين الإعاقة العقلية والإعاقات الأخرى مثل التوحد ، واضطراب الكلام، وغيرها. لذا يجب البدء بالتشخيص في الوقت المبكر، وهذا يتطلب من الوالدين سرعة عرض الطفل على المختصين بمجرد ملاحظة أي أعراض غير عادية على الطفل ، ويقود التشخيص المبكر إلى التدخل المبكر. وهذا يقودنا إلى التطرق لمفهوم التدخل المبكر.

فإن تحديد عدد الأشخاص المعاقين عقلياً في مجتمع ما ليس بالأمر السهل ويعود ذلك إلى جملة من العوامل منها:-

- اختلاف المعايير المتبعة في تحديد الإعاقة العقلية والاختلاف في تحديد نسبة الذكاء للمعاقين عقلياً ويقصد بذلك ماهو المعيار او المعاييرالمستخدمة في تعريف الإعاقة العقلية؟ فهل هو نسبة الذكاء أو القصور في السلوك التكيفي الاجتماعي أو العمر ألنمائي ولتوضيح ذلك يؤثر معيار نسبة الذكاء في رفع أو خفض نسبة الإعاقة العقلية مثال تعريف هيبر معامل الذكاء هو ٨٥ ونسبة انتشاء الإعاقة العقلية هي (١٥.٨٦٪) إما تعريف جرو سمان فمعامل الذكاء هو (٧٠) ونسبة انتشار الإعاقة العقلية هي (٢.٢٧٪) أو حوالي ٣٪ من سكان المجتمع مما أدى إلى انخفاض نسبة المعاقين عقلياً في المجتمع.
- معيار السلوك المستخدم في تعريف الإعاقة العقلية ويقصد بذلك إن الفرد المعوق عقلياً هو الفرد الذي تقل نسبة ذكاءه عن (٧٠) وفي الوقت نفسه يعاني من خلل واضح على مقياس السلوك التكيفي في مجالات المسؤولية الاجتماعية والكفاءة الذاتيه بالنسبة للتوقعات من مجموعات العمر والثقافة والإطار الاجتماعي الذي ينتمي إليها الطفل وإشكال التطور في السلوك التكيفي تختلف بالنسبة لمجموعات العمر المختلفة.
- معيار العمر المستخدمة في تعريف الإعاقة العقلية (الاختلاف في المجموعات العمرية هل هو ١٦ أم ١٨ سنه).
- العوامل الصحية والثقافية والاجتماعية وتعمل هذه العوامل المرتبطة بالوعي الصحي والثقافي والمستوى الاجتماعي على زيادة أو خفض نسبة الإعاقة العقلية في المجتمع وتجمع الدراسات في هذا الموضوع وقلة نسبة الإعاقة العقلية في المجتمع وتجمع الدراسات في هذا الموضوع إلى العلاقة العكسية بين زيادة الوعي الصحي والثقافي والاجتماعي وقلة نسبة المعوقين عقلياً بالمجتمع

والعكس صحيح ولذا فليس من المستغرب إن تزداد نسبة المعوقين عقلياً في الدول النامية مقارنة بالدول المتقدمة.

ولذا يمكن اعتبار قضية تشخيص الإعاقة العقلية قضية متعددة الجوانب والأبعاد ومنها الطبية والعقلية والاجتماعية والتربوية لأنها تتعلق بماضى الفرد وحاضره ومستقبله ، وتنطوى على تقييم شامل لأوجه النمو الخاصة بالفرد بمختلف جوانبها ، فالتشخيص التكاملى لابد أن يشمل المهارات التكيفية والعقلية والحالة النفسية والانفعالي ، والحالة الجسمية والطبية ، والحالة الاجتماعية والاقتصادية .

وتتكون عملية تشخيص وتحديد الإعاقة العقلية حسب الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية AAMR من ثلاث خطوات : -

١) الخطوة الأولى من خطوات التشخيص هي أن يقوم شخص مؤهل بعمل اختبار أو أكثر من اختبارات الذكاء القياسية ، وكذلك يتم اختبار مهارات التأقلم باستخدام أحد الاختبارات القياسية.

٢) الخطوة الثاني تشمل القيام بوصف مواطن القوة والضعف في الشخص من ناحية الأمور الأربعة التالية :

١- مهارات الذكاء ، ومهارات التأقلم .

٢- الاعتبارات النفسية والعاطفية .

٣- الاعتبارات البدنية و الصحية والمتعلقة بأسباب الإعاقة .

٤- الاعتبارات المتعلقة بالبيئة المحيطة .

ويمكن تحديد نقاط القوة والضعف من خلال الاختبارات الرسمية ، والملاحظة ، ومقابلة أفراد الأسرة أو الأشخاص المهمين في حياة الطفل (المدرسين مثلاً) ، ومقابلة الطفل والتحدث إليه ، مشاركته في أنشطته اليومية ، أو من خلال المزج بين هذه الطرق جميعاً .

٣) أما الخطوة الثالثة فتتطلب وجود فريق عمل من عدة تخصصات لتحديد ماهية الدعم المطلوب في المجالات الأربع المذكورة أعلاه . حيث يتم تحديد كل دعم مطلوب ودرجة هذا الدعم إما بصورة متقطعة ، أو محدودة ، أو طويلة ، أو بصورة دائمة ومنتشرة .

فالدعم المنقطع هو عبارة عن الدعم المطلوب من أجل أن يجد الشخص المعاق عمل جديد في حالة فقدان عمله السابق . وقد تكون هناك حاجة إلى الدعم المنقطع من فترة إلى أخرى، وعلى مدى فترات مختلفة من حياة الشخص ، ولكن ليس على أساس يومي مستمر .

أما الدعم المحدود فقد يكون لفترة زمنية معينة مثل أن يكون أثناء الانتقال من الدراسة إلى العمل أو أثناء التدريب استعداداً للعمل . ويكون هذا الدعم مرتبطاً بفترة زمنية محددة وكافية لتوفير الدعم المناسب للشخص .

أما الدعم طويل المدى في ناحية من نواحي الحياة فهو عبارة عن مساعدة يحتاجها الشخص بشكل يومي وغير مرتبطة بوقت محدد . وقد يشمل ذلك مساعدته في المنزل أو العمل . وعادة لا يكون والدعم المنقطع ، أو المحدود ، أو طويل المدى في كل نواحي الحياة اليومية للشخص ذي الإعاقة العقلية .

أما الدعم المنتشر فعبارة عن دعم دائم وفي مجالات متعددة وبيئات مختلفة، وقد يشمل اجراءات متعلقة بتسيير الحياة اليومية لهذا الشخص .

ومن المبادئ الهامة التي يجب على الإخصائي النفسي مراعاتها عند إرشاد المعاقين عقليا ما يلي:

- يتعين على الإخصائي أن يفهم الخصائص المرتبطة بالإعاقة العقلية ، وأن تكون لديه معرفة بمستوى الطفل من حيث توظيف قدراته وإمكاناته.
- استخدام العبارات المحسوسة والكلمات والجمل المبسطة يعتبر ملائما تماما لكل طلاب فئات الإعاقة وخاصة مع الأطفال ذوي التخلف العقلي.

- إن روح الدعابة لدى الإخصائي النفسي ستمكنه إلى حد كبير من أن يتعايش بنجاح مع الأسئلة أو الملاحظات الشخصية أو غير الملائمة، أو التعليقات التي قد توجه له فجأة أثناء جلسات الإرشاد النفسي.
- التكرار والتوضيح، بالإضافة إلى استخدام الوسائل المعينة المحسوسة مثل الأفلام وشرائح الإيضاح التعليمية، والنماذج قد تساعد الطفل المتخلف عقليا في فهم المفاهيم ذات المعاني المجردة على نحو خاص.
- يتعين على الإخصائي النفسي الالتزام بحدود سلوكية زمنية ثابتة من خلال وقت محدد داخل بناء أو تنظيم واضح المعالم.

أنواع الاختبارات التي تستخدم في مجال الإعاقة الذهنية:

١) اختبارات الذكاء العام:

الذكاء هو العامل العام في مجال القدرات العقلية، ويمثل أقصى الأداء وفي ضوء نتائج تطبيق اختبارات الذكاء يمكن تحديد مستوى الإعاقة الذهنية. وتقيس هذه الاختبارات بأشكالها العامة اللفظية وغير اللفظية ومنها الفردية والجماعية ذكاء الفرد والذكاء مفهوم مجرد اختلف في تعريفه وتحديده علماء النفس والتربية ولكن من مفاهيمه هو "قابلية الفرد على حل المعضلات الفكرية" أو "قابليته على التكيف تجاه المواقف الجديدة" أو" قابليته على التفكير التجريدي والاستفادة من التجارب". والذكاء صفة موروثة في الكروموسات والجينات، ولكنه لا يقتصر على جين واحد بل يتمثل في معاملات ووحدات صغيرة متعددة. ولهذا السبب فان توزيع الذكاء في المجتمع يتخذ شكل المنحنى الطبيعي.

أي أن الأشخاص متوسطي الذكاء يمثلون نسبة الغالبية من أفراد المجتمع بينما تقل النسبة في الصعود إلى الذكاء الممتاز ويقابلها النسبة دون المتوسط لتمثل الإعاقة الذهنية. ويركز الذكاء على "القابلية الذهنية" وهو قابل للفحص والقياس بالوسائل النفسية التي ابتكرها علماء مشهورون و وضعوا لها أسسا

ومناهج دقيقة سميت"اختبارات الذكاء"Intelligence Tests" ، ومنها اختبار ساتنفورد بينة واختبار وكسلر. ويمكن اعتبار اختبارات الذكاء أدق ما توصل إليه علم النفس الحديث لتحديد قابلية الإنسان الذهنية، ولو أنها لا تعد بالمقاييس النموذجية التي لا تخلو من عدم الدقة في القياس لاسيما اللفظية منها لتأثرها بالمستوى التعليمي لمن يطبق عليه الاختبار.

- **اختبار ستانفورد – بينة :**

وهو من الاختبارات التي تستخدم في مجال الإعاقة الذهنية، والذي كانت بداياته في عام ١٩٠٥ حين أوكل وزير المعارف مهمة إيجاد اختبار لتصنيف الأطفال في المرحلة الابتدائية وعزل الأطفال المتأخرين في صفوف خاصة وبعدها أجريت عدة تطويرات على هذا الاختبار من خلال مراجعته من قبل جامعة ستانفورد الأمريكية. ويتضمن هذا الاختبار عددا من المقاييس الفرعية ويتضمن كل مقياس مجموعة من الأسئلة المتدرجة في الصعوبة تخص معرفة الكلمات وفهم الإشارات المكتوبة وتسمية الأشياء ومعرفة أجزاء الجسم، وللأعمار المتقدمة هناك أسئلة في الذاكرة العددية واللفظية والأشكال الهندسية. وتستخرج نسبة الذكاء من المعادلة آلاتية:

العمر العقلي: نسبة الذكاء = (IQ) ــ × ١٠٠

العمر الزمني: من ٢سنة ٥ سنوات

من ٥ سنوات إلى ١٤ سنة أعمار الراشدين من ١٤ سنة فما فوق بأربعة مستويات

- **اختبار وكسلر:**

ظهر هذا الاختبار في الثلاثينيات من القرن الماضي لقياس الذكاء العام من سن خمس سنوات حتى ١٥ سنة، وجرت عليه تعديلات وهو يعرف باختبار وكسلر- بلفيو للذكاء نسبة إلى مستشفى بلفيو ويشمل هذا الاختبار ثلاثة أجزاء هي:

- من عمر٣ وحتى ٥ سنوات للأطفال

- من عمر ٦ سنوات وحتى ١٨سنة
- ١٨ سنة فما فوق للراشدين وينقسم هذا الاختبار إلى:

١. مقياس لفظي (Verbal Scale) يشتمل على ٦ اختبارات لفظية (معلومات عامة، المتشابهات اللفظية، الفهم، المفردات اللغوية، القدرة العددية، تكرار الأرقام)
٢. مقياس أدائي (Performance Scale) ويشتمل على ٦ اختبارات عملية (إكمال الصور، ترتيب الصور، تجميع الأشياء، تصميم المكعبات، الترميز، المتاهات).
٣. لكل اختبار مجموعة أسئلة تتراوح بين ٨- ١٢ سؤالا.
٤. يكون التصنيف بناء على توزيع الدرجات حيث أن من يحصل على ٧٠ درجة يعتبر صاحب إعاقة ذهنية
٥. بصفة عامة يمكن استخدام القسم الأدائي في مجال الإعاقة الذهنية.

٢) مقاييس ارتقاء الأطفال في المرحلة المبكرة:

- **قوائم جيزل الارتقائية :**

وهي قوائم لمراحل الارتقاء في المرحلة العمرية المبكرة، وضعها جيزل ومساعدوه بعد دراسة طولية تتبعيه لمجموعة ١٠٧ من الأطفال بدأت سنة ١٩٢٧ واستمرت لعشرين سنة، وهي تتعلق بأربعة مجالات سلوكية ولا تعد اختبارا مقننا لافتقارها المصداقية والثبات.

- **اختبار كاتل لذكاء الأطفال:**

مم هذا الاختبار كامتداد للمرحلة العمرية المبكرة التي لا يغطيها اختبار ستانفورد بينة، وفقراته مقتبسة من قوائم جيزل واختبار ستانفورد بينة ويحسب العمر العقلي ونسبة الذكاء لأعمار السنة الأولى والثانية.

- **مقاييس بيلي للارتقاء الحركي العقلي للأطفال:**

وهي اختبارات مطورة من اختبارات كاليفورنيا للارتقاء الحركي للأطفال سنة ١٩٣٥ واعدت فقراته اعتمادا على قوائم جيزل والبعض الآخر من اختبارات الأطفال الأخرى. ويتضمن الاختبار ثلاثة أجزاء رئيسية لاختبار المستوى الارتقائي للطفل بين عمر شهرين وسنتين ونصف هي الاختبار العقلي والاختبار الحركي وسجل الطفل السلوكي. ويتضمن الاختبار العقلي فقرات تقيس الإدراك والذاكرة والتعلم وحل المشكلات أما السجل السلوكي فهو مخصص لقياس جوانب الارتقاء في الشخصية مثل السلوك الاجتماعي والانفعالي ومدى الانتباه والمثابرة.

٣) مقاييس مُعدة لاختبار الأشخاص المعاقين ذهنيا بناءا على حقائق الارتقاء السوية:

- **مقاييس فاينلاند للنضج الاجتماعي :**

وضعه دول (Doll) لتقدير القدرة الاجتماعية. يتكون من ١١٧ فقرة مرتبة من حيث متوسط صعوبتها ويقيس المقياس ثمانية مجالات (الاعتماد على النفس في الطعام والملبس والتوجه والعمل والاتصال والحركة والتطبيع). ويقيس الاختبار الارتقاء منذ الميلاد وحتى سن ٢٥ سنة، ويحسب العمر الاجتماعي ونسبة الارتقاء الاجتماعية. ومن الاستخدامات الهامة لهذا التمييز بين الإعاقة الذهنية المصحوبة بكفاءة اجتماعية والإعاقة الذهنية بدون إمكانية اجتماعية.

- مقياس السلوك التوافقي:

مقياس وضعته لجنة من الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي وهو مخصص للأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، إلا أنه يصلح للاستخدام بالنسبة للأطفال غير المتوافقين انفعاليا وغيرهم من المعوقين. ويقصد بالسلوك التوافقي في هذا المقياس تحديد كفاءة الفرد في مواجهة المتطلبات الطبيعية والاجتماعية للبيئة ويتضمن

جزأين الأول مقياس ارتقائي للسلوك بينما الثاني يتضمن قياس للسلوك التوافقي للشخصية واضطراباتها.

٤) الاختبارات المتحررة ثقافيا :

وهذا النوع من الاختبارات يمكن من خلاله قياس الشخص الذي لدية إعاقة ذهنية بمعزل عن القدرة اللفظية، أي أنها اختبارات غير لفظية تعتمد على الرسوم والأشكال التي لا ترتبط بأية ثقافة. ومن هذه الاختبارات:

- اختبار رسم الرجل (لكود انف وهرس) هذا الاختبار مصمم لقياس الذكاء. وفيه يطلب من الشخص الذي لدية إعاقة ذهنية أن يرسم رجلا والى البنت أن ترسم امرأة. والافتراض النظري يعتمد على علاقة رسم الشخص بتفاصيله الكاملة مع درجات ذكاء الفرد بغض النظر عن معرفة الشخص ومهارته في الرسم.
- اختبارات المصفوفات المتتابعة لرافن : يتكون الاختبار من ثلاث مجموعات من الرسوم تحتوي كل مجموعة على ١٢ سؤالا على شكل مصفوفة لرسوم وأشكال ناقصة يطلب تكملتها من بدائل مصورة أسفل كل سؤال. وفي ضوء الإجابات تحدد درجة الذكاء. ويستعمل هذا الاختبار للكشف عن الأطفال الذين لديهم إعاقات ذهنية.

واجبات الأخصائي النفسي في تقديم الاختبار في مجال الإعاقة الذهنية:

١. التدريب على كيفية تطبيق الاختبار:هناك اختبارات يسهل تطبيقها فلا تحتاج إلى تدريب خاص للأخصائي النفسي. أما القسم الآخر فيحتاج إلى تدريب وممارسة قد تمتد عدة شهور. وفي الغالب تحتاج الاختبارات الفردية إلى تدريب أطول قد يصل في بعض الجامعات إلى منح شهادة تدريبية في تطبيق تلك الاختبارات. كما أن بعض الجهات تشترط عند طبع الاختبار وتوزيعه أن تتوفر فيمن يشتري الاختبارات ويقتنيها مؤهلات عالية كشهادة الدكتوراة في علم النفس أو الطب النفسي أو لديه مؤهل عالي، على عكس ما هو

معمول به في بلادنا العربية حيث نرى أن الاختبارات تباع دون رقيب. لذا يتطلب من الأخصائي النفسي أن يتأكد من أن الاختبار الذي يريد تطبيقه يتصف بالموضوعية لكي لا يكون الاختبار أداة غير دقيقة في تشخيص الظواهر النفسية. كما يجب عليه أن يتأكد أن الاختبار الذي يستخدمه اختبار دقيق وتتوافر فيه الخصائص السايكومترية (الصدق والثبات).

٢. **المحافظة على العلاقة بين الأخصائي النفسي والمعاقين أثناء التطبيق**:

إن الأخصائي النفسي يتعامل مع شريحة لها خصوصيتها، وهذه الخصوصية ناتجة من الحالة التي عليها لذا يتطلب منه التحمل، والصبر. فمثلا، الاختبارات الشفوية عند تطبيقها على المعاقين ذهنيا ولديهم عيوب النطق يواجه الأخصائي النفسي تردد هذه الشريحة في الإجابة على هذا النوع وكذلك الحال عند تطبيق الاختبارات الكتابية على أشخاص لديهم إعاقة ذهنية قد يلاحظ بطء الاستجابة.. وتبقى مسؤولية الأخصائي النفسي في اختيار الاختبار وكيفية إقامة علاقة إنسانية مع المعاق تتسم بالاطمئنان والثقة والقبول المتبادل. وليس هناك قاعدة ذهبية محددة لنوع العلاقة بين الطرفين، إلا أنه بصفة عامة إذا استطاع الأخصائي جعل الأفراد يألفونه فإنه يكون قادرا على جعل الآخرين أكثر ثقة واطمئناناً، ويكون قادرا على غيجاد وسائل تساعده على إنشاء تلك العلاقة بشكل سليم. وهناك مؤشرات ينبغي إن يستدل عليها الأخصائي النفسي من بينها عدم تجاوب من يطبق عليه الأخصائي النفسي الاختبار أثناء إلقاء التعليمات أو قلة دافعيته أثناء الأداء أو عدم الاستمرار في الإجابة. وقد يظهر ذلك في تعبيرات الوجه، وهذا يدل على أن الوقت يمضي دون فائدة، وأن عليه لمن يطبق عليه الاختبار ويؤكد له في صمت اهتمامه بكل ما يقول من خلال الإيماءات، والتي تمثل تفاعلا غير لفظي معه.

٣. اختيار الاختبار الملائم للمعاق:

من الممارسات الخاطئة أن يعطي الأخصائي النفسي للمعاق اختبارا مصمماً للأشخاص الاعتياديين دون معرفة مدى إمكانية تطبيقه على المعاق ذهنياً. لذلك ينبغي قراءة تعليمات الاختبار والتعرف على إمكانية تطبيقه على المعاق ذهنيا، لأن بعض الاختبارات التي تم إعدادها للأشخاص الاعتياديين إلى أن إمكانية تكفيها لذوي الإعاقة الذهنية يرتبط بدرجة العوق الذهني وقدرة المعاق ذهنيا على القراءة أو الكتابة. وفي حالة عدم قدرته على القراءة والكتابة، يستعاض عن الأسئلة المكتوبة بالإشارات أو التمثيل أو اختبارات غير لفظية مناسبة.

إن مهمة الأخصائي النفسي تشبه إلى حد ما مهمة الطبيب حينما يقوم بقياس درجة الحرارة للمريض أو قياس الضغط، حيث أن أي خطأ في عملية القياس ينعكس سلبيا على النتائج. ومن المعلوم في القياس النفسي أن حصول المفحوص على درجة غير دقيقة تعد أسوأ من ترك المعاق بدون قياس لما يعانيه. وتبقى مسؤولية الأخصائي النفسي في اختيار الاختبار الملائم في الوقت المناسب. إلا أن بعض الاختبارات أعدت في بيئات أجنبية خاصة اللفظية منها، وهنا ينبغي التعامل مع تلك الاختبارات بشيء من الحذر. كما ينبغي عدم أخذ الاختبارات الأجنبية اللفظية كما هي، بل لابد من استخراج معايير عربية تنسجم مع تقاليد المجتمع العربي، بل أكثر من ذلك، إذ لابد من التعامل مع خصوصية كل دولة من الدول العربية في نوع المفردات السائدة. أما الاختبارات الأدائية، فالقسم الأكبر منها تعد متحررة ثقافيا، أي يمكن تطبيقها في البلدان العربية بحذر أقل.

٤. طريقة تقديم الاختبار:

- ظروف تطبيق الاختبار:

إن تطبيق الاختبار لابد إن يتم في ظروف مناسبة من خلال تحديد مكان وزمان التطبيق. ومن هذه الظروف التهوية والإضاءة، أما ما يخص ظروف المعاق فينبغي مراعاتها من الناحية الجسمية والنفسية ولابد إعطائها قدراً من الاهتمام،

لأن التطبيق في ظروف غير طبيعية سينعكس سلبا على موقف الاختبار. ولكن هذا للشرط غير مطلق بل في بعض الحالات نحتاج إلى تطبيق الاختبار في ظروف غير طبيعية مثل السلوك وعلاقته بالانفعال. وفي هذه الحالة نحتاج إلى موقف انفعالي مصطنع لا يعرفه المعاق لكي نكشف كيف هي ردود أفعاله.

- التطبيق الجماعي:

إن اغلب الاختبارات التي يطبقها الأخصائي النفسي هي تطبيقات فردية ولكن في بعض الحالات يتم فيها التطبيق الجماعي. فمثلاً يمكن إن نطبق الاختبار جماعياً على مجموعة من المعاقين ذهنياً يستطيعون القراءة والكتابة. وهنا على الأخصائي النفسي أن يقوم بضبط المجموعة وإدارتها بطريقة تمكنه من أداء التطبيق بالشكل الصحيح. كما يتطلب منه الوضوح والبساطة في عرض التعليمات وان يلتزم بالهدوء والتأني في ذلك العرض لتجنب سوء الفهم في تتلك التعليمات؟ ومن الممكن أن يلجا إلى إعطاء أمثلة وإشارات بهدف وصول التعليمات. أما إذا كانت تعليمات الاختبار لا تسمح بذلك، فهنا يكتفي بتوزيع الاختبار والطلب منهم قراءة تعليمات الاختبار والإجابة عليها.

- التطبيق الفردي:

إن من مهام الأخصائي النفسي العامل في مجال الإعاقة الذهنية تطبيق الاختبارات بغية دراسة حالة الشخص الذي لدية الإعاقة الذهنية الانفعالية والمعرفية والحركية، ويقوم بالتطبيق الفردي دائما في الاختبارات الإسقاطية مثل اختبار رورشاخ لبقع الحبر، فينبغي إعطاء المعاق التعليمات كما وردت في الاختبار دون زيادة ونقصان مع مراعاة حالته عند التطبيق.

- استثارة دوافع المعاق لإبداء موافقته على التطبيق:

إن ظروف المعاق ذهنياً حتماً تختلف عن الأشخاص الاعتياديين إذ أحياناً لا يرغب المعاق إن يُطبق الاختبار عليه. في هذه الحالة لابد للأخصائي النفسي قبل بدء التطبيق أن يشرح له أهمية إجراء الاختبار بهدف تقديم أفضل الخدمات

النفسية له وبأسلوب مقنع مع أخباره أن نتائج الاختبار لا يطلع عليها شخص غير الأخصائي النفسي. وينبغي الانتباه خاصةً في الاختبارات النفسية إلى أنه أحياناً تكون استجابة المعاق غير واقعية، فإما أن يعطي صورة مثالية عن نفسه أو بالعكس يعطي صورة غير واضحة. وتعالج هذه المشكلة بان يُكرر في الاختبار عدد من الفقرات بغية الكشف عن المرغوبية الاجتماعية أو الكشف عن دقة المستجيب بأنه يجيب عن الاختبار بدقة لان اغلب الاختبارات اللفظية تعتمد على التقرير الذاتي. وقد اقترح قسم من علماء النفس استخدام نوع من المكافآت لرفع مستوى الأداء في الاختبارات المعرفية وبالتحديد في اختبارات الذكاء والقدرات وهذه المكافآت قد تكون على شكل جوائز وهدايا، وكذلك استخدام التشجيع اللفظي مثل ممتاز، أحسنت وغيرها. ونتوقع من الناحية النظرية أن تجعل هذه الأمور المعاق يبدي استجابة أفضل للاختبار.

تصحيح الاختبار وتحديد الدرجة وفق المعايير:

ينبغي من الأخصائي النفسي الاطلاع على كيفية التصحيح واستخدام المفتاح الخاص بالاختبار المرفق غالبا مع الاختبار، ووضع الدرجات وفق ما ورد في الاختبار. بعض الاختبارات مزودة بمعايير، أي انه جرى تطبيقها على عينات كبيرة، بمعنى أنه تم إجراء عملية التقنيين له مثل مقياس السلوك التكيفي للرابطة الأمريكية للتخلف العقلي الذي طبُق على (٤٠٠٠) فرد معاق ذهنياً. ولاستخراج المعايير يجرى تحويل الدرجات الخام إلى درجات معيارية أو درجات تائية أو رتب مئينية وذلك لتوزيع الدرجات على المنحنى الاعتدالي. ويجوز تزويد المعاق بنتائج الاختبار في حدود عدم الإضرار بحالته النفسية ولكن مع أخذ الحذر في تفسير النتائج.

وبالرغم من مظاهر الآثار السلبية التي تتركها الاختبارات أحيانا فإن الواقع يشير إلى انه لا غنى عن الاختبارات كأدوات قياس في تقويم الحالة النفسية والمعرفية للفرد للمعاق ذهنيا .

إن الاهتمام بتطوير الاختبارات ذات الخصائص الجيدة التي تتجاوز الآثار النفسية والاجتماعية يتطلب بذل جهود كبيرة من المختصين في تجاوز هذه السلبيات والتأكيد على أخلاقيات القياس النفسي في تطبيق الاختبارات، هي مسؤولية مشتركة للمختصين والمهتمين والمستخدمين لتك الاختبارات.

إرشادات في عملية التشخيص :

١. أن يسبق التشخيص جمع معلومات كافية عن الطفل من مصادر مختلفة .
٢. الاهتمام بتغطية جميع المجالات والجوانب المتعلقة بالطفل المعوق عقليا وتحديد نقاط الضعف والقوة .
٣. اختيار المكان المناسب للتشخيص .
٤. اختيار الوقت المناسب للتشخيص ، ويفضل في ساعات الصباح بعد الفطور .
٥. ان تكون الانشطة المتضمنة في الاختبارات والمقاييس المستخدمة في التشخيص مسلية وجذابة للطفل حتى يقبل على الاستجابة بقدراته الحقيقية ، وحتى لا ينفر منها او يملها ، وتحجب استجابته نتيجة لنفوره من النشاط أو مله منه وليس لعدم القدرة على الاستجابة .
٦. يراعى عند اختيار الأنشطة المستخدمة في عملية التشخيص ان تكون متنوعة ومتعددة مع الاهتمام بعنصر الصبر عند التنفيذ .
٧. ينبغي ان تكن الاسئلة الموجهة للطفل واضحة ومباشرة ، بحيث لا يتحمل السؤال اكثر من معنى واحد وتحتاج الإجابة عليه إصدار تعميمات أو وضع فرضيات .
٨. يجب ان تكون الاسئلة في مستوى قدرات الطفل وامكانياته او ان تبدا بالاسئلة السهلة والبسيطة وثم تتدرج الى الأصعب وهكذا .
٩. يجب ان تكون الابعاد المراد قياسها محددة بدقة .

١٠. يراعى عند رصد اجابات الطفل أن لا نلجا لتغيير معناها او الاشارة الى ما وراء هذه الاستجابات ، بل نسجل كما هي دون تأويل.

الخطأ في التشخيص :

تتبع دول (Doll , 1941) مجموعة من الاطفال شخصهم ادمز متخلفين عقليا ، فوجد ان اربعة منهم تحسنوا ، وحصلوا على نسبة ذكاء اعلى من ٩٠٪ ، وتتبع سكيلز ودي طفلين متخلفين عقليا كانت نسبة ذكائهما في سنتين حوالي ٤٦ و ٣٥ وفي سن العاشرة ٩٤ و ٩٣ على التوالي ، وهنا اثار علماء التخلف العقلي تساؤلات عن سبب هذه الحالات واجابوا عليها اجابات مختلفة ، فسرت اسباب التحسن في تفسيرين رئيسيين كالتالي :

١. فسر دول تحسن ذكاء هؤلاء الأطفال سمي بخطأ التشخيص الاول : فالاطفال كانو من البداية متوسطي الذكاء واخطأ الباحثون في قياس ذكائهم في المرة الاولى ، ونجحوا في قياسه المرة الثانية ، لان التخلف العقلي الحقيقي من وجهة نظر دول غي قابل للشفاء ، وقد تاثر دول في تفسيره هذا بمبدا كريبلين و المعروف بمبدا العلة والمعلول في الاضطرابات السلوكية ، والذي جعل كريبلين ودول يقرران عدم قابلية التخلف العقلي للشفاء ، لانه ناتج عن اضطراب عصبي فسيولوجي غير قابل للعلاج ، وعلى هذا اذا شخصت حالة طفل متخلف عقليا ، ثم تحسنت حالته بعد ذك واصبح غير متخلف عقليا ، فهذا دليل واضح على خطأ التشخيص الأول العقلي ، وقد اطلق دول على هذه الحالة "التخلف العقلي الكاذب" لتمييزها عن التخلف العقلي الحقيقي .

٢. رفض فيتمر وكلارك تفسير دول السابق ، فاشار فيتمر الى ان التخلف العقلي قابل للشفاء ، لانه يرجع الى اسباب تشبه الذهان و قابل للعلاج . اما كلارك فقد اتفق مع دول حول مفهوم " التخلف العقلي الكاذب " ولكنه اعتبره نوعا من التخلف العقلي الحقيقي ، يرجع الى عوامل بيئية قابلة للعلاج

، وبالتالي فهو قابل للشفاء بتغير ظروفه البيئية السيئة ، وقد لقي تفسير كلارك قبولا كبيرا عند العاملين في رعاية المتخلفين عقليا ، فلم تعد القابلية للشفاء محكا للتخلف العقلي بعد التقدم الذي احرزه العلماء في تحديد كثير من العوامل التي تعوق النمو الذهني واكتشاف طرق علاجها والوقاية منها.