المشكلات النفسية للمعاقين بصرياً

إعداد :
عبداللطيف محمد عبدالرحمن الجعفري

المكتبة الالكترونية
أطفال الخليج ذوي الاحتياجات الخاصة
www.gulfkids.com

المشكلات النفسية للمعاقين بصرياً

عبداللطيف محمد عبدالرحمن الجعفري

إن مجرد الشعور بالاختلاف عن العاديين يسبب للفرد قلق نفسي ، لذا لا يمكن الفصل عادة بين نواحي القصور الجسمي والشعور النفسي ، فالارتباط بينهما وثيق . وهناك بعض البيانات التي تدل على إن ارتفاع نسبة المصابين بالعصاب بين المعاقين بصريا أكثر من النسبة المعتادة، وكلما كانت الإصابة أكبر كانت المظاهر النفسية أسوأ (مختار حمزة ، 1979، ص 132) . لان عجز المعاق بصرياً يفرض عليه عالما محدودا وحين يرغب في الخروج من عالمه الضيق والاندماج في عالم المبصرين وحتى يستطيع ذلك فهو يحتاج إلى الاستقلال والتحرر ولكنه حينما يقوم بذلك يصطدم بآثار عجزه التي تدفعه مرة أخرى إلى عالمه المحدود وحينئذ يتعرض لاضطرابات نفسية حادة نتيجة لشعوره بعجزه عن الحركة بحرية وعلى السيطرة على بيئته كما يسيطر عليها المبصر (مصطفى فهمي، 1965، ص 16) .

فحركة المعاق بصرياً تبدو مضطربة بطيئة وتخلو من عنصر أساسي هو عنصر الثقة ، فهو يتلمس طريقه تلمسا يتجلى فيه الخوف من أن يصطدم بشيء أو يتعثر أو يقع . وخوفه هذا المستمر يجعله أميل إلى عدم الخوض في مغامرات استطلاعيه قد تعرضه لألوان من الأذى . ولذلك يكبت المعاق بصرياً دافعا إنسانيا أصيلا هو حب المعرفة واستجلاء أسرار ما حوله ، وإذا استجاب المعاق بصرياً مره لدافع حب الاستطلاع فانه قد يتعرض لتجربه قاسية تجعله يكبت هذا الدافع فيما بعد إذا ما قام صراع بينه وبين الدافع إلى الأمن (سيد خيرالله ولطفي بركات احمد ، 1967، ص 44) .

ولقد أشار وارين 1977 إلى أن العديد من الدراسات التي بحثت في العلاقة بين الإعاقة البصرية والأمراض العصابية تشير إلى أن هذه الأمراض تنتشر بين المعاقين بصرياً بدرجة أكبر من انتشارها بين المبصرين ، كذلك فقد أضاف وارين بأن هذه الأمراض تنتشر بين الإناث من المعاقين بصرياً بدرجة أكبر من انتشارها بين الذكور (كمال سالم سيسالم ، 1997، ص72) . وبالنسبة للتوافق الانفعالي بينت دراسات أن لدى المعاقين بصرياً سوء توافق انفعالي أكثر من المبصرين وإنهم أكثر عرضة للمشكلات الانفعالية من المبصرين . وتشير دراسات إلى أن المعوقين بصرياً الملتحقين بمؤسسات خاصة يواجهون مشكلات انفعالية أكثر من تلك التي يواجهها الملتحقون بالمدارس العادية وأن الذين لديهم إعاقة بصرية جزئية لديهم مشكلات انفعالية أكثر من المكفوفين كلياً (منى صبحي الحديدي ، 1998، ص86) .

ولقد أكد كروس 1978 ذلك عندما أشار إلى أن العديد من الدراسات قد أكدت أن بعض المعاقين بصرياً يعانون من القلق والاكتئاب والتوتر ، وأن هذه المشاكل ناتجة عن القصور في البرامج الترويحية . مما سبق يتضح لنا أن القلق يعتبر من أبرز الخصائص العصابية للمعاقين بصرياً . ولقد فرق فرابيج بين نوعين من القلق ، (قلق الانفصال) وهو قلق المعاق بصرياً من انقطاع العلاقة بينه وبين الأفراد الذي يعتمد عليهم في تدبير شؤون حياته وفي إمداده بالمعلومات البصرية ، ومن هؤلاء الأفراد ، الوالدين والأخوة والأصدقاء . أما النوع الثاني من القلق فهو (قلق الفقدان الكلي للبصر) وهذا النوع خاص بضعاف البصر من المعاقين بصرياً الذين يخشون فقدان البقية الباقية من بصرهم ويصبحوا مكفوفين كلياً (كمال سالم سيسالم ، 1997، ص73) .

كما أورد كل من لونيفيلد 1974 ، ووارين 1977 تلخيصاً لنتائج الدراسات التي أجريت حول موضوع **الانطواء والانبساط** لدى المعاقين بصرياً يشتمل على النقاط الأربعة الآتية :

1- إن الإناث من المعاقين بصرياً أكثر ميلاً للانطواء من الذكور .
2- إن ضعاف البصر من المعاقين بصرياً أكثر ميلاً للانطواء من المكفوفين كلياً .
3- إن ذوي الإعاقة الطارئة أو المكتسبة أكثر ميلاً للانطواء من ذوي الإعاقة البصرية الولادية .
4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الكفيف كلياً والمبصر على مقياس الانطواء والانبساط .

ويمكن التعليق على النقاط الأربعة السابقة بالقول بأن فقدان البصر بالنسبة للأنثى يحد من إمكانية قيامها بدورها الطبيعي في الحياة المتمثل في العناية بشئون المنزل وتربية الأبناء ، ويقلل من فرصة زواجها واستقرارها ، مما يؤدي إلى ميلها للانطواء والعزلة . كما أشارت العديد من الدراسات إلى أن الشخص الكفيف كلياً يكون أفضل توافقاً وأكثر انبساطاً من الشخص الذي لديه بقايا بصر حيث إن ضعيف البصر لم يستقر بعد مع العمى الكلي ، وإن إحساسه بأن العمى الكلي يهدده قد يجعله في توتر وقلق وانطواء . وإن الشخص الذ يفقد بصره خلال حياته (إعاقة طارئة) يميل إلى المعاناة من الانطواء ومن الصعوبات في التوافق والتكيف والتفاعل مع الآخرين بشكل أكثر من الشخص الذي ولد معاقاً بصرياً (كمال سالم سيسالم ، 1997، ص75) .
كذلك عندما يجد المعاق بصرياً أن هنالك تناقضا كبيراً بين المعاملة التي يلقاها في البيت وتتسم غالبا بالاستجابة لكل مطالبه وبالعفو عنه إذا أخطأ (لأنه كفيف) ، وبين المعاملة التي يلقاها من الأفراد في البيئة الخارجية ، وهي معامله ـ في بعض الأحيان ـ قد تتسم بالقسوة . هذه المواقف المتناقضة تجعل المعاق بصرياً أميل إلى العزلة والانطواء، وتنازعه نتيجة ذلك أنواع من الصراع ، فهو في صراع بين الدافع إلى الاستقلال والدافع إلى الأمن، إذ انه في محاولاته ليكون شخصية مستقلة يخشى في الوقت نفسه أن يتعرض أمنه للخطر ، وينتهي الصراع بين الدافعين إما إلى تغلب الدافع إلى الاستقلال فينمو باتجاه الشخصية القسرية التي تطغى عليها المواقف العدوانية ، أو يتغلب الدافع إلى الأمن فينمو باتجاه الشخصية الانسحابية (لطفي بركات احمد ، 1978، ص 285) .

وتنتاب المعاق بصرياً نتيجة هذه الصراعات ونتيجة المواقف التي يقررها أنواع من القلق: فهو يخشى أن يرفض ممن حوله بسبب عجزه ويخشى أن يستهجن الناس سلوكه ويستنكرون أفعاله ، وهو في خشية دائمة من أن يفقد حب الأشخاص الذين يعتمد أمنه على وجودهم واستمرار حبهم له . ويخشى كذلك أن تقع له حوادث لا يمكنه أن يتفاداها لأنه معاق بصرياً (سيد خيرالله ولطفي بركات احمد ، 1967، ص 47) .
ويلجأ المعاق بصرياً لأنواع من الحيل الدفاعية لمواجهة أنواع الصراع والمخاوف أهمها التبرير ، فهو إذ يخطئ ، يبرر أخطاءه بأنه معاق بصرياً عاجز . رغم إن عجزه قد لا يكون له دخل كبير فيما أرتكب من أخطاء ، وهو يلجأ لهذا الأسلوب حينما ينفر من قبول التفسير الصحيح عما فعل (لطفي بركات احمد ، 1978، ص 286) .

كما يلجأ المعاق بصرياً للكبت كوسيلة دفاعية توفر له ما يطمح إليه من شعور بالأمن وتوفير الرعاية له وتجنبه الاستهجان والاستنكار فيضغط على بعض رغباته، ويمتنع عن تنفيذ بعض النزوات ، ويضحي ببعض اللذات من أجل الحصول على تقبل الناس له والفوز بالشعور بالأمن وتجنب الاستهجان والاستنكار (لطفي بركات احمد ، 1978، ص 286) .

وقد يلجأ للاعتزال كوسيلة هروبية من بيئة قد يخيل إليه إنها عدوانية أو إنها على الأقل لا تحبه بالقدر الذي يرضي نفسه . كما يلجأ إلى التعويض كاستجابة لشعوره بالعجز أو النقص فيكرس وقته وجهوده مثلا لينجح في ميدان معين يتفوق فيه على أقرانه ، ويستلزم منه التفوق بذل أكبر مجهود فيضغط على نفسه مكرها على أن يتحمل من المشاق ما قد يتجاوز طاقتها ، فتكون احتمالات انهيارها نتيجة ذلك وسقوطها وأصابته بالإرهاق العصبي احتمالات كبيرة . وهو بلجوئه إلى هذه الحيل يكون مدفوعا بشعوره بأنه أقل كفاءه من المبصر (سيد خيرالله ولطفي بركات احمد ، 1967، ص 48) .

والمعاق بصرياً مثل العادي عليه أن يواجه المشكلات التي يواجهها كل فرد في المجتمع مثل مشكلات النمو ، وخصوصاً مراحل المراهقة واكتمال النمو ، كذلك مشكلات التوافق الاجتماعي . وقد وجد فاين في دراسة أجراها عام 1968م ، نسبة مرتفعة من الاضطرابات الانفعالية لدى المعاقين بصرياً ، ومتعلقة باضطرابات الشخصية خلال مراحل النمو . ومن الظواهر غير العادية في الشخصية التي تلاحظ كثيراً عند بعض المعاقين بصرياً كثرة التخيل ، وأحلام اليقظة (ماهر محمود الهواري ، 1401هـ، ص 80) .

فأحلام اليقظة يمكن اعتبارها ظاهرة عادية حيث إنها موجودة عند جميع الأفراد تقريباً ، وقد يكون لها فائدة أحياناً ، حيث تعمل على التنفيس عن بعض الرغبات ، كما قد تؤدي إلى حث الدوافع عند الإنسان لتحقيق ما يتمناه ، إلا أن كثرتها قد تؤدي إلى السلبية، وبالتدريج قد تؤدي أيضاً إلى خروج الإنسان عن عالم الواقع إلى عالم الخيال الذي يبنيه على هواه ، ويحقق فيه كل رغباته (ماهر محمود الهواري ، 1401هـ، ص 80) .

والواقع أن المعاق بصرياً كالشخص العادي قد يشعر بالإحباط فيلجأ إلى أحلام اليقظة في محاولة تعويضية لإشباع نزعاته المختلفة . ويلاحظ أن أحلام اليقظة كأحلام النوم عند المعاق بصرياً ، عبارة عن صور صوتية ، وليست بصرية خصوصاً عند المولود أعمى . وفي أحلام اليقظة يحقق ما عجز عن إدراكه، أو فهمه ، أو إشباعه في العالم الخارجي . ونظراً للظروف المحيطة التي تحيط بالمعاق بصرياً فإن لجوئه إلى مثل هذه الإشباعات البديلة قد يكون أكثر منه لدى العاديين . وقد يصاحب هذه التخيلات كلام كثير مع نفسه يناقش فيه سلوكه وسلوك الآخرين . وكثرة أحلام اليقظة وزيادتها عن الحد المعقول قد تؤدي إلى تعود المعاق بصرياً الحياة في عالم من نسيج الخيال يشبع فيه رغباته ، ويحقق آماله، وينتصر على أعدائه ، ويحصل فيه على ما لم يحصل عليه في عالم الواقع . وقد يؤدي هذا بالتدريج إلى انفصاله عن عالم الواقع إذا ساعدت ظروف أخرى على ذلك (ماهر محمود الهواري، 1401هـ، ص80) .

إضافة إلى ذلك توجد أدلة من خلال ما أسفرت عنه نتائج بعض البحوث السابقة عن وجود علاقة بين أثر الإعاقة البصرية على الخصائص النفسية للمعاق بصريا .
فقد قامت موهل بدراسة أنواع المخاوف والقلق والأحلام عند الأطفال المعاقين بصرياً عن طريق إجراء مقابلات فرديه معهم ووصلت من دراستها إلى أن المعاقين بصرياً يعانون جمودا في سلوكهم مرده إلى عوامل انفعاليه أكثر منها عضويه ، كما وجدت أن غالبية هؤلاء الأطفال يخلقون لأنفسهم أنواع متباينة من الأوهام كما انهم يعانون شعورا بالنقص نتيجة لعجزهم الذي يصاحب بحيل لا شعورية (سيد خيرالله ولطفي بركات احمد ، 1967، ص 19) .
كما أجرى كتسفورُث Cutsforth 1951 بحثا على 84 معاقاً بصرياً ومعاقة بصرياً تراوحت أعمارهم بين 7-25 سنه ، وذلك بغرض التعرف على الأوهام التي يعايشونها بسبب فقد البصر، ووصل من دراساته إلى تقسيم أوهام المعاقين بصرياً إلى ثلاثة أقسام هي : (سيد خيرالله ولطفي بركات احمد، 1967، ص23) .

1 - أوهام يحاول خلالها المعاق بصرياً أن يحرر نفسه من اتجاهات المجتمع نحوه وذلك بتحطيم مصدر مضايقاته .
2 - أوهام يقوم فيها المعاق بصرياً بدور البطل الذي يدمر ما يحيط به.
3 - أوهام يتخذ المعاق بصرياً من خلالها موقفا انسحابيا هروبيا .

وتهدف الدراسة التي قام بها ماتسون وآخرون Matson 1986 إلى الكشف عن طبيعة القلق لدى الأطفال والشباب المعاقين بصريا ، لتحقيق هذا الهدف ، تم تطبيق مقياس القلق على عينه مكونه من 29 أنثى و 46 ذكرا من الأطفال والشباب المعاقين بصريا وتمتد أعمارهم من 9 إلى 22 سنه ، وعلى عينه أخرى مكونه من 40 أنثى و60 ذكرا من الأطفال والشباب المبصرين والذين تمتد أعمارهم من 9 إلى 22 سنه . و انتهت النتائج إلى أن عينة المعاقين بصريا أكثر قلقا من عينة العاديين ، كما تبين أن الإناث المعاقات بصريا أكثر قلقا من بقية المجموعات الأخرى (رشاد علي عبدالعزيز ، 1994، ص25) .

كما أجرى رشاد علي عبدالعزيز موسى بحثا عن الأعصبة النفسية للمعاق بصريا في ظل الفروض التالية : (رشاد علي عبدالعزيز ، 1994، ص 19) .
1 - وجود أثر دال إحصائيا لمتغير الإعاقة في الأعصبة النفسية .
2 - وجود أثر دال إحصائيا لمتغير الجنس في الأعصبة النفسية .
3 - وجود أثر دال إحصائيا لتفاعل متغيري الإعاقة و الجنس في الأعصبة النفسية.

ولاختبار صحة الفروض ، تم تعريب استبانه مستشفى ميدل سكس وتقنينها على عينات مبصره ومعاقة بصريا من الجنسين . وتكونت عينة البحث من أربع مجموعات حيث تكونت الأولى من 30 كفيفا ، المتوسط الحسابي لأعمارهم = 16.57 سنه ، والثانية من 30 كفيفة والمتوسط الحسابي لأعمارهن = 17.02 سنه ، والثالثة من 30 مبصرا والمتوسط الحسابي لأعمارهم = 16.41 سنه ، والرابعة من 30 مبصره والمتوسط الحسابي لأعمارهن = 16.89 سنه . وقد بينت النتائج على أن :
1 - المعاقين بصريا أكثر قلقا ، وشعورا بالرهاب ، و الوسواس القهري والأعراض السيكوسوماتية ، و الهستيريا ، و الاكتئاب ، من المبصرين .
2 - الإناث المعاقات بصريا أكثر قلقا ، وشعورا بالرهاب ، والوسواس القهري ، والأعراض السيكوسوماتية ، و الهستيريا ، والاكتئاب ، من الذكور المعاقين بصريا .

كذلك حظيت تأثيرات الإعاقة البصرية على مفهوم الذات باهتمام بحثي كبير . فمفهوم الذات قد يتأثر سواء كانت الإعاقة البصرية كلية أو جزئية . فالذات هي جوهر الشخصية ، ومفهوم الذات هو حجر الزاوية فيها ، وهو محدد هام للسلوك . وقد يسيطر عامل سلبي على مفهوم الذات لدى الفرد كما في حالة الإعاقة البصرية ، فيعمم الفرد القصور على الشخصية ككل وينعكس ذلك على سلوكه فيظهر متردداً ضعيف الثقة في نفسه . وغالباً ما ينشأ المعاق بصرياً في منزل مليء بالعطف والمساعدة فيزداد أمنه وثقته بنفسه حتى إذا ما اكتشف مؤخراً قصوره عن أقرانه فإنه يعقد الصورة الأولى ، ويضعف مفهوم الذات لديه حيث لا يوجد ما يدعم ثقته بنفسه . وهذا ما يحدث أيضاً عندما يوضع الشخص المعاق بصرياً في فصل من فصول العاديين فيشعر بقصوره عن أقرانه ، فيعمم ذلك في شكل قصور عام شامل في إدراكه الذاتي ، وقد يصعب تعديله فيما بعد (فاروق سيد عبدالسلام ، 1401هـ، ص 28 ، بتصرف) .

إن من العوامل الرئيسية المسئولة عن كيفية إدراكنا لأنفسنا وتقييمنا لذواتنا هو العامل المرتبط بتفاعلاتنا مع الآخرين . وتبعا لذلك ، فالأسرة هي الوسط لفحص القدرات ومعرفة القيود ، فطريقة استجابة الأفراد وتعايشهم مع الضغوط والإعاقة تعكس استجابة أسرهم لهم . والأسرة قد تؤثر إيجاباً أو سلباً على العملية التأهيلية . فقد لا تسمح الأسرة للطفل المعاق بصرياً أن يعمل بأدوات معينة خوفا من أن يؤذي نفسه ، فالحماية الزائدة قد تسهم في إضعاف مفهوم الذات لدى العديد من الأشخاص المعوقين بصرياً (جمال الخطيب وآخرون ، 1992، ص 38 ، بتصرف) . ويرتبط تأثير الإعاقة البصرية على مفهوم الذات أيضاً بشخصية الفرد قبل حدوث الإعاقة ، حيث أن الشخص الذي كان يتمتع بصحة جيدة ويقوم بوظائفه كاملاً يواجه الآن نمطاً حياتياً مختلفاً . وإلى أن يتطور الاستبصار وتطفو الاحباطات على السطح ، فإن عواطف الشخص المعاق بصرياً قد تجعل من الإعاقة شعور مؤلم بالنسبة له (جمال الخطيب وآخرون، 1992، ص 42 ، بتصرف) .

ووجد لوكوف Lukoff وآخرون أنه عندما يقترن المعاقين بصرياً مع المبصرين فإنهم يلتزمون بصورة أكبر بمستويات المبصرين وليس بمستويات زملائهم من المعاقين بصرياً. وعلى عكس ذلك ، عندما يقترن المعاقين بصرياً بأشخاص معاقين بصرياً آخرين ، فإنهم يميلون إلى الاستجابة بشكل كامل لمستويات زملائهم . ويكون للأشخاص المهمين في حياة المعاقين بصرياً أثر كبير في الطريقة التي يشعرون بها تجاه ذواتهم .وكذلك يشعرون عادة أن الإعاقة تحجب عن الآخرين تمييز ما يتمتعون به من قدرات إيجابية ، وأن الإعاقة البصرية تنعكس على جميع العلاقات التي يرغبون المشاركة فيها (فتحي السيد عبدالرحيم ، 1982 ص311) .

ولقد أكدت النتائج التي توصل إليها ميجان Meighan 1971 وذلك في دراسته لمفهوم الذات عند مجموعة من المعاقين بصرياً المراهقين حيث أظهرت ضعفاً في شخصية هؤلاء المراهقين ، إضافة إلى اتجاهات سلبية نحو العمل ، وانتشار القلق والاكتئاب .

ويتضح من هذه الدراسات أن هناك انخفاضاً في مفهوم الذات لدى المعاق بصرياً مقارنة بالمبصرين ، وهذا معناه عدم ثقة المعاق بصرياً في قدراته الذاتية واعتماده على الآخرين بشكل كبير إضافة إلى نقص في الخبرات الناجحة التي يمر بها ، حيث إن الخبرات الناجحة تعتبر ضرورية لنمو مفهوم الذات بشكل مناسب (كمال سالم سيسالم، 1997، ص71-72).

أما بالنسبة للسلوك العدواني فلقد أشارت العديد من الدراسات إلى ندرة أداء المعاقين بصرياً للسلوك العدواني الجسمي . بينما السلوك العدواني اللفظي يصدر عن المعاقين بصرياً بدرجة أكبر من المبصرين ، وفيما يتعلق بالسلوك العدواني الموجه نحو الذات فهو عند المعاقين بصرياً بدرجة أكبر من المبصرين لأن هذا السلوك ينتج عن الشعور بالإحباط أو الفشل الذي يرجعونه إلى عوامل داخلية وليس إلى عوامل خارجية مما يدفع المعاقين بصرياً إلى توجيه اللوم لذواتهم وإيذاء أو إيلام أنفسهم في بعض الأحيان ، وهذا عكس المبصرين الذين يرجعون أساب فشلهم معظم الأحيان إلى عوامل خارجية وإلى أشخاص آخرين وبالتالي فإنهم يوجهون سلوكهم العدواني نحو الآخرين (كمال سالم سيسالم ، 1997، ص80) .

كذلك إن استجابة مشاعر الغضب قد تنجم عن مواقف محبطه تهدد فيها مشاعر الكفاية والأمن ، أو مواقف يدرك فيها المعاق بصرياً ذاته بوصفه لا يرقى إلى مستوى التوقعات . والأشخاص المبصرين الذين لا يشعرون بالراحة عند تفاعلهم مع المعوقين بصرياً غالباً ما يتجنبونهم أو ينظرون إليهم كعاجزين وإعتماديين وغير قادرين على العناية بأنفسهم . وعلاوة على الضغط الجسمي فإن ردود الفعل هذه من قبل الآخرين قد تولد مشاعر العداء والعنف لدى الشخص

المعوق بصرياً ، وغالباً ما لا يعبر الأشخاص المعاقون بصرياً عن تلك المشاعر لأن الإحساس بضرورة الصبر والقوة والمعاناة طويلة المدى كثيراً ما تكون جزءاً من مفهوم الشخص لذاته . والأساليب النفسية مثل النكران أو الانسحاب أو الإسقاط قد لا تمكن المعوقين بصرياً حتى من وعي مثل هذه المشاعر ، كذلك فإن القيود الشديدة على الحركة قد تحول دون التعبير عن الغضب بوسائل جسمية (جمال الخطيب وآخرون ، 1992، ص 43 ، بتصرف) .

ويتم التعبير عن الإحباط والغضب لدى المعوقين بصرياً أحياناً عبر السخرية والتهكم . وفقاً لذلك فقد لا يُشَجِعْ الأشخاص المعوقين بصرياً الأشخاص الآخرين ظاهرياً على تكوين الصداقة معهم وذلك يناقض تماما مع ما يودون عمله . وقد يكون لديهم مستوى شديد من القلق فيصفون أنفسهم بأوصاف سلبية ، مثل طريقتهم في التنقل أو تناول الطعام . إن على المرشد أن يتعامل مباشرة لا مع التهكم والسخرية وإنما مع الإحباطات المسؤولة عن هذه الاتجاهات (جمال الخطيب وآخرون ، 1992، ص 44 ، بتصرف) .

ومن الصعوبات التي يواجهها مرشدو المعاقين بصرياً الإعتمادية (الافتقار إلى المشاركة والافتقار إلى الدافعية من قبلهم) . فالمعاق بصرياً بطبيعة عاهته يعتمد على غيرة في بعض الأحوال ، ويعتبر هذا عادياً . ولكن إذا كان الاعتماد على الغير تاما وفي كل الأحوال فإن هذا يجعل منه شخصية اتكالية إلى حد كبير، وقد تأخذ هذه الاتكالية في التزايد ـ كوسيلة هروبية ـ حتى تشمل كل نواحي الحياة تقريباً (ماهر محمود الهواري ، 1401هـ، ص 80) . فالطفل المعاق بصرياً في حاجة ماسة إلى الشعور بالاستقلال . لأن الاستقلال والاعتماد على النفس ، ولو أحياناً، يؤدي إلى تقدير الذات . إنه يشعر دائماً أن هناك من يعتني به ، هناك من يطعمه، هناك من يقوده ويحركه من مكان لآخر . ولكنه في محاولته تلك لبناء ذاته المستقلة يشعر أيضاً بالملل والتمرد لتبعيته للآخرين (ماهر محمود الهواري، 1401هـ، ص 78) . ولذلك فإن تربية الطفل المعاق بصرياً يجب أن تشمل أيضاً إعطاؤه الحرية والفرصة للاعتماد على النفس ، بتدريبه على الحركة في الحدود الآمنة ، وقضاء بعض حوائجه مهما لاقى في ذلك من صعوبات كالاغتسال وترتيب سريره وارتداء ملابسه وإطعام نفسه . ثم إعطاؤه الفرصة للحركة داخل المنزل وخارجه ، وهكذا تتاح له الفرصة لنمو الشخصية المستقلة المعتمدة على نفسها (ماهر محمود الهواري ، 1401هـ، ص 80) .

كذلك يخطئ بعض الوالدين ويتبعون أسلوب الحماية الزائدة لأولادهم المعاقين بصرياً . وكثيراً ما يرفض هؤلاء الأولاد هذه الحماية الزائدة ، ويشعرون بأنهم ليسوا عجزة إلى هذا الحد الذي سيتصوره ذويهم ، ويناضلون للتخلص من ذلك ولتحقيق الاستقلال .

وفي الواقع يوجد نوعان من الآباء الذين يحمون أولادهم حماية زائدة كمحاولة لإخفاء شعورهم بالذنب فمنهم :

1. آباء يتقبلون أبناءهم .
2. آباء يرفضون أبناءهم .

ومعروف أن الحماية الزائدة اتجاه سلبي وخاطئ تربوياً حيث إن المبالغة في أي شيء غير مرغوب فيها ، وهذا الاتجاه خليط من التشدد والحنان والعطف الذي يكون المعاق بصرياً محوره (فاروق سيد عبدالسلام ، 1401 هـ ، ص28، بتصرف) . والطفل المعاق بصرياً بحاجة إلى الاعتماد على النفس ، والاستقلال ، وتعلم عمل الأشياء المناسبة له بنفسه . والحماية الزائدة ليست عطفاً عليه ، ولكنها خدمة سيئة وغير مطلوبة ، وهي تضيف عبئاً جديداً على مشكلات الطفل المعاق بصريا . والحماية الزائدة تتضمن في الواقع عدم تقبل الطفل المعاق بصرياً كفرد له

حقوقه الذاتية قادر على أداء الوظائف المناسبة لقدراته . وعلى المدى الطويل فإنها تهدد شعوره بالأمن ، وتثير فيه الخوف من فقد الحماية (ماهر محمود الهواري ، 1401هـ، ص 82) .

دور المرشد في المشكلات النفسية :

1) ينبغي أن يتعرف المرشد على تأثير الإعاقة البصرية على شخصية المعاق وسلوكه وما لديه من استعدادات عقلية ، ومستوى ذكاءه ، ومدى قدرته على الاستفادة من البرامج الموجودة .

2) على المرشد أن يحاول تغيير نظرة المعوق عن نفسه . وأن يعمل على تنمية النواحي الإيجابية في المعوق بصرياً لكي يتقبل النواحي السلبية دون تأثير في مفهومه عن ذاته ، وفي عملية توافق مع مزيج من الحب والتقدير، وبذلك تمحو النواحي الإيجابية أثر النواحي السلبية (فاروق سيد عبدالسلام ، 1401هـ، ص27، بتصرف) .

3) إن أساليب الرعاية الطبية والتعليمية والاجتماعية التي تأخذ طريقها في وقت مبكر من حياة الطفل المعوق بصرياً بما في ذلك خدمات الإرشاد النفسي للوالدين تعمل على تحسين اتجاهات احترام الذات وتقديرها لدى الأطفال المعوقين بصرياً (فتحي السيد عبدالرحيم ، 1982، ص311) .

4) ويجب على المرشد في حالة الإعاقة البصرية المكتسبة أن يتعرف على شخصية الفرد قبل حدوث الإصابة . وقد لا يعي المرشد مفهوم الذات لدى الشخص قبل الإصابة ما لم يقم هو أو أسرته أو المؤسسة التي أحالته بتقديم معلومات مفيدة حول ذلك . فإذا كان مفهوم الذات لدى الشخص ضعيفاً في الماضي ، أو كان لديه مشاعر بعدم الكفاية . فالإعاقة قد تزيد تلك المشاعر إضافة إلى الدراسة الفردية والمعلومات التي يتم الحصول عليها من التقارير الذاتية . فباستطاعة المرشد استخدام طريقة مككلفي وفردلاند Mckelvie and Friedland لتعريف مفهوم الذات لدى الشخص . ويساعد هذا الأسلوب أيضاً على إيضاح أهداف ومخاوف وحاجات وإدراكات الشخص . وبهذا الأسلوب يمكن للمرشد أن يوظف خبرات الطفولة المبكرة لجمع المعلومات الأساسية الأمر الذي يسمح بالتركيز على مفهوم الذات طويل المدى . وتذكر الخبرات الماضية لا يقدم المعلومات فقط ولكنه يولد المشاعر أيضاً . وكما يقول مككلفي وفردلاند Mckelvie and Frieddland (إن الفروق في المنطق الشخصي تؤثر على المشاعر في موقف ما ، فلا تحاول أن تتخمن كيف شعر المسترشد) . إن الهدف من تذكر الخبرات السابقة ليس إبلاغ المرشد بخبرات الطفولة بقدر ما هو فهم الظروف الراهنة للمعاق بصرياً (المسترشد). فالتفسيرات يجب أن تكون ذات علاقة بالحاضر والمعاق بصرياً يجب أن يصادق على افتراضات المرشد. وهذه الطريقة مفيدة من أجل التعرف على شخصية ومفهوم الذات للمعاق بصرياً قبل حدوث الإعاقة ولمعرفة التغيرات التي تطرأ عليها بسبب الإعاقة (جمال الخطيب وآخرون، 1992، ص40، بتصرف) . والعملية الإرشادية عموما تركز على مقاومة الفرد المعاق بصرياً للتعامل مع إعاقته كجزء من الذات ، وهذا أمر ملحوظ بوجه خاص في حالات الإعاقات الناجمة عن الإصابة المتأخرة .

5) وباستطاعة المناحي الإرشادية المعرفية مثل نظرية العلاج العقلاني العاطفي لالبرت إليس التعامل مع الغضب الذي ينجم عن الإحباط ويصبح دور المرشد مساعدة الشخص المعوق بصرياً على تغيير أفكاره واتجاهاته ومعتقداته غير العقلانية. والأسلوب الرئيسي الذي يستخدمه المرشد العقلاني العاطفي هو مساعدة الشخص

المعوق على تحقيق التحليل الذاتي العقلاني. وبالإضافة إلى المساعدة على الحد من الاتجاهات غير العقلانية يستطيع المرشد أيضاً مساعدة المعاق بصرياً في عملية التعبير السلوكي عن المشاعر . فالعلاج التعبيري الحديث يسهل عملية التنفيس عن الغضب من خلال أساليب مثل الصراخ أو السيكودراما المستخدمة لتصريف الغضب يمكن لها أن تؤدي إلى تزايد القدرة على الإحساس بالغضب وبالتالي مساعدة الشخص على اكتشاف طرق اجتماعية مقبولة لتوجيه الغضب . والغضب الذي لا منفذ للتعبير عنه قد يجلس على كرسي ويشجع المعاق بصرياً على أجراء حوار بين ذاته الغاضبة وذاته التي تعاني معاناة طويلة الأمد ، وعندما يتواصل المعاق بصرياً مع الغضب يمكن توظيف عدة أساليب لإخراجه ، فمثلا يستطيع المرشد أن ينصح المعاق بصرياً بأن يتصل هاتفياً بالشخص الذي أثار الغضب لديه والخط مغلق (جمال الخطيب وآخرون، 1992، ص 45، بتصرف) .

6) إن الاستجابات غير السوية من الآباء تتطلب وقتاً لفهم الموقف على حقيقته ، وللتصرف بطريقة سوية ، والتخلص من المشاعر غير المناسبة . والإرشاد النفسي في هذا الوقت يكون أكثر فائدة ، لذلك من المهم توفير خدمات الإرشاد النفسي وجعلها ميسورة لأسر المعاقين بصرياً . إنه من الجلي أن تأخير أو تعويق عملية الإرشاد قد تؤدي إلى تكوين أنماط لا سوية في شخصية الطفل تتكون كنتيجة لسلوك الوالدين مما يؤدي إلى تأصيلها ، وبالتالي قد تساعد على الانحراف ولكن إذا نما الطفل مستقلاً معتمداً على نفسه فإنه لا يخشى التغيرات ، أو المواقف الجديدة التي لم يكتشفها بعد ، كما أنه يستطيع الاعتماد على إمكانياته المحدودة ، ويستطيع تعلم اكتشاف المواقف الجديدة ، والتعامل معها . إن الحماية الزائدة قد تكون عقبة في نمو الطفل، وتؤثر في شخصيته من حيث العلاقات الاجتماعية والشعور بالأمن. إن أهم أنواع العطف الذي يمكن أن توفره الأسرة للطفل المعاق بصرياً ، وأصعبها أيضاً هو أن تتجنب الحماية الزائدة بأي طريق ، وتعليمه كيف يمكن أن يعتمد على نفسه ليصبح مستقلاً . والطفل المعاق بصرياً إذا كان عليه أن ينمو بطريقة سوية ، ويكون له شخصية مستقلة ويعيش حياة كاملة مثل إخوته المبصرين ، فإن ذلك يكون فقط لأنه منذ الطفولة الأولى قد بذلت جهود خاصة داخل الأسرة لتشجيعه وتنمية قدراته التي يمتلكها إلى أقصى حد . وهو مثل الأطفال المعاقين الآخرين يحتاج إلى إجراءات خاصة لحمايته ، ومثل هذه الإجراءات يجب ألا يسمح لها بأن تلغي حريته الشخصية في أن يتحرك ويلعب ، حتى إذا كان الأمر يستدعي بعض المخاطرة وبدون ذلك فإنه يستحيل عليه أن يحيا حياة عادية في عالم المبصرين (ماهر محمود الهواري ، 1401هـ، ص 82) .

7) أن المعاقين بصرياً الذين يتعرضون للحماية الزائدة يظهرون درجة من البقاء في مستويات بدائية من التعايش . ولهذا السبب يجب أن تكون عملية الإرشاد عملية تعاونية تتضمن أشخاصاً عديدين في بيئة المعاق بصرياً . ويجب طلب مساعدة الأطباء ، والمعلمين المهنيين ، والقائمين على التدبير المنزلي وغيرهم لتحقيق الاستقلالية . إن العنصر المشترك في شمولية البرامج هو تطوير النضج العاطفي الذي من شأنه مساعدة المعاقين بصرياً على مواجهة المجتمع ومتطلباته العديدة (جمال الخطيب وآخرون ، 1992، ص47، بتصرف) .