

علاقة استراتيجيات التنظيم الانفعالي بالسمنة في ضوء علم النفس الصحة

The relationship between Emotional Regulation strategies and Obesity from the point of view of health psychology

بوبكر إبتسام¹، أجرد محمد²

¹ مخبر علم النفس الصحة والوقاية ونوعية الحياة، جامعة الجزائر 2- أبو

قاسم سعد الله (الجزائر)، ibtissem.boubekeur@gmail.com.

² مخبر علم النفس الصحة والوقاية ونوعية الحياة، جامعة الجزائر 2- أبو

قاسم سعد الله (الجزائر)، mohamed.adjrad@univ-alger2.dz.

تاريخ الاستلام: 2022/09/14 تاريخ القبول: 2022/09/19 تاريخ النشر: 2022/10/08

ملخص: يعتبر البحث الحالي من البحوث النظرية والتي قمنا فيها بتسليط الضوء على أحد أهم المصطلحات الحديثة في علم النفس وعلم النفس الصحة، ألا وهو التنظيم الانفعال واستراتيجيته (استراتيجية إعادة التقييم المعرفي واستراتيجية القمع)، وربطه بأحد أهم الأمراض المزمنة المنتشرة في الآونة الأخيرة في مختلف دول العالم لاسيما الجزائر، والمهددة بصحة وحتى حياة الفرد، ألا وهو مرض السمنة. وتهدف هذه المقاربة النظرية إلى الكشف عن علاقة التنظيم الانفعالي بالسمنة، حيث كشفت العديد من الدراسات إلى وجود علاقة وطيدة بين الانفعالات و السمنة، وكذا استراتيجيات التنظيم الانفعالي بهذا المرض الوخيم. ويسعى علم النفس الصحة إلى دراسة مثل هذه العلاقة لغرض تنبؤي، وقائي ولتحسين نوعية حياة الفرد المصاب بالسمنة. كلمات مفتاحية: استراتيجيات التنظيم الانفعالي، السمنة، علم النفس الصحة.

Abstract: The current research is a theoretical research in which we shed light on one of the most important modern terms in

psychology and health psychology, which is emotional regulation and its strategies (cognitive reassessment strategy and repression strategy), and linking it to one of the most important chronic diseases spread recently in various countries of the world Especially Algeria, which threatens the health and even the life of the individual, which is obesity.

This theoretical approach aims to reveal the relationship of emotional regulation with obesity, as many studies have revealed a strong relationship between agitation and obesity, as well as emotional regulation strategies with this severe disease. Health psychology seeks to study such a relationship for the prognostic and preventive purpose of improving the quality of life of the obese individual.

Keywords: Emotional Regulation, Obesity, Health Psychology.

*المؤلف المرسل: إيتسام يوبكر

1. مقدمة: تعتبر الانفعالات المحرك الأساسي لسلوك الإنسان، ولقد بينت العديد من الدراسات حول هذا الموضوع أنه كلما حقق الفرد نوعا من الاتزان الانفعالي ساهم في الحفاظ على الصحة العامة النفسية والبدنية باتخاذ السلوكيات الصحية السليمة. عكس ذلك، فإن خوض الفرد في معارك مع انفعالاته وعدم التحكم فيها تفقده هذا الاتزان والذي يفقده بدوره صحته النفسية كظهور اضطرابات انفعالية، كما يمكنها أن تفقده صحته الجسدية بظهور أمراض نذكر منها السمنة .

ولاشك أن السمنة هو مرض العصر كما يعتبر من المشكلات الصحية الخطيرة التي تواجه الإنسان في عصرنا الحالي لما تخلفه من مضاعفات كالسرطان، أمراض القلب ، أمراض التنفس وغيرها التي قد تؤدي بصاحبها إلى الموت.

استراتيجيات التنظيم الانفعالي لدى المصابين بالسمنة في ضوء علم النفس الصحة

وهدفت هذه الدراسة النظرية إلى تبيان العلاقة بين الانفعالات عامة والتنظيم الانفعالي بوجه خاص بظهور مرض السمنة، ومساهمتها كعامل إمراضي على تدهور المرض أو كعامل وقائي لتفادي الوقوع في المضاعفات الوخيمة أو حتى المميتة لمرض السمنة. وتلخصت تساؤلات الدراسة النظرية الآتية فيما يلي:

- ما المقصود بالتنظيم الانفعالي واستراتيجياته؟ و ما هي أهم النظريات المفسرة له؟

- ما المقصود بالسمنة؟ ما هي العوامل المؤثرة في ظهورها؟ وكيف يمكن علاجها في ظل علم النفس الصحة؟

- ما علاقة التنظيم الانفعالي بظهور السمنة ؟

كما سيتم تناول هذا الموضوع من منظور علم النفس الصحة، والذي يعتبر من بين المجالات الحديثة في علم النفس، وهو أحد فروع علم النفس التطبيقية المعاصرة الذي عرف تطوراً هائلاً خلال فترة وجيزة. بحيث أصبح علمًا له موضوعاته المحددة ومناهجه الخاصة وأهدافه الواضحة. ويعرفه Matarazzo (1984) على أنه: "ذلك الفرع من فروع علم النفس الذي يدرس العوامل النفسية والسلوكية التي لها صلة مباشرة بالصحة والمرض بما في ذلك دراسة أساليب تشخيص وعلاج المشكلات الصحية وطرق الوقاية منها" (يخلف، 2001، ص. 29).

و عليه فإن مجال علم النفس الصحة يتماشى مع غرض الدراسة الحالية المتمثل في تبيان العلاقة بين التنظيم الانفعالي ومرض السمنة لفهم أكثر في التفاعل القائم بين العامل الانفعالي وظهور مرض السمنة، وبذلك تفادي الوقوع في المرض أو تفادي مضاعفاته.

2. علم النفس الصحة: قبل التطرق للتنظيم الانفعالي ومرض السمنة وتبيان العلاقة بينهما وجب علينا لقاء الضوء على علم النفس الصحة بإيجاز .

1.2 المحة تاريخية عن نشأة وتطور المفهوم: في أواخر السبعينات بدأت فكرة جمع مختلف المجالات والمناهج العلمية (الطب، البيولوجيا، علم الأوبئة، علم الاجتماع وعلم النفس) لغرض تفسير الصحة والمرض. وفي 1979 تم تأسيس الجمعية الأمريكية لعلم النفس الصحة التابعة للجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA). ثم جاء الطبيب العقلي الأمريكي (Engel 1981) بفكرة النموذج البيو نفسي اجتماعي وهو أول نموذج تفاعلي في علم النفس الصحة، حيث فسر الصحة والمرض كنتيجة لتفاعل العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية فيما بينها، وأن هناك عوامل تساهم في تدهور الحالة الصحة أو ما يعرف بالعوامل الإراضية وهي السوابق المتعلقة بالفرد من شخصيته و محيطه، والتي تعمل على توليد سلوكيات خطر غير صحية ولا تكيفية فتؤدي إلى ظهور المرض (كالسمنة). أو عكس ذلك فإن تمتع الفرد بصحة جيدة هو نتاج لتفاعل عوامل تساهم في الحفاظ على صحته أو ما يسمى في علم النفس الصحة بالعوامل الانقاذية الوقائية. ومن بين هذه العوامل نجد شخصية الفرد ومعتقداته ومدى تحكمه في سلوكياته وجعلها لصالحه وإبداء سلوكيات صحية كعدم التدخين مثلا وممارسة النشاط البدني لتفادي الوقوع في زيادة الوزن والسمنة .

إضافة للنموذج البيو-نفسى - اجتماعي bio-psycho-social (BPS)

جاءت نماذج أخرى فسرت الصحة والمرض والتي من بينها نجد النموذج التعاقدى لكل من (Lazarus et Folkman 1984) والذي اعتبر المرض هو حدث ضاغط يواجهه الفرد ويحاول التكيف معه في بيئته وما توفره له من موارد، وإن طريقته في التكيف مع هذا الحدث الضاغط يكون بإحدى الطريقتين التاليتين: إما عن طريق مواجهة المرض ومحاولة حل المشكل أو ما يعرف باستراتيجية التعامل المركزة حول حل المشكل، ومن بين سلوكيات المواجهة مثلا الذهاب إلى الطبيب أو مثلا اتباع حمية غذائية وممارسة الرياضة في حالة السمنة، أو بطريقة

أخرى تخص الجانب الانفعالي للفرد أو ما سماه **Lazarus et Folkman** استراتيجية التعامل المركزة حول الانفعال، وهنا الفرد يقوم بسلوكات هدفها تقليص الشحنة الانفعالية التي يولدها الحدث الضاغط، كاتخاذ سلوك التجنب ومثال على ذلك تفادي الفرد الذهاب إلى الطبيب .

ومن بين النماذج الحديثة المفسرة للصحة والمرض نجد كذلك نموذج المعتقدات الذي اقترحه (1974) **Rosenstock** وهو أول نموذج في مجال تفسير السلوك المرتبط بالصحة. و يقوم هذا النموذج على فكرة أن الالتزام بممارسة السلوك الوقائي يرتبط بمقدار ما يمكن أن يجنيه الفرد من فوائد يتوقع أن تعود بإيجاب على صحته. ولهذا فإن عملية الدخول في نشاطات سلوكية صحية معينة تمر أولاً بتحديد سلبيات و إيجابيات هذه النشاطات لتقدر من خلالها احتمالات الوقوع في مشكلات صحية. فيختار الفرد بعدها إما تنفيذ تلك النشاطات وإما التخلي عنها (الزروق، 2014، ص. 18).

أما النموذج النفسي العصبي المناعي-النفسي (PNI) **psycho-neuro-immunology** والتي تعود جذوره إلى النموذج السيكوسوماتي، أحد النماذج الكلاسيكية الأحادية المنحى في تفسير الصحة والمرض (تعني وجود علاقة خطية بين المتغيرات بمعنى متغير "س" يعطينا نتيجة "ع" في هذه الحالة النتيجة تكون الإصابة بالمرض) والذي يؤمن بفكرة الوحدة النفسية الجسدية .

و يشكل النموذج المناعي العصبي النفسي مجالاً بحثياً واعداداً متعدد التخصصات يهتم بدراسة العلاقات بين الجهاز العصبي والغدد الصماء والجهاز المناعي. ومن بين الأهداف التي يسعى لها هذا النموذج دراسة العمليات البيولوجية التي تربط الضغط النفسي بالمناعة (Fillion, 1994, p.405) .

و من بين النماذج الأكثر حداثة والمقترحة في علم النفس الصحة نجد

النموذج التعاقدى المتعدد العوامل المقترح من طرف **Bruchon-Schwetzer**

(2014) في كتابها "علم النفس الصحة" في طبعته الثانية، و جاء النموذج التعاقدي المتعدد العوامل نتيجة لمختلف القراءات حول الضغط واستراتيجية التعامل من 1970 إلى 2002، إضافة إلى مئات المنشورات الحديثة. ولقد دفع هذا النموذج القيام بدراسات حول مرضى السرطان (الرئة والثدي)، مرضى الآلام (آلام الظهر والتهابات المفاصل)، المرضى المصابين في الحبل الشوكي، مرضى القصور الكلوي، مرضى داء السكري و الأمراض المعدية (الايديز و التهاب الكبد) وكذلك لدى عينة من الأفراد الذين يعيشون ضغط مزمن (طلبة، أساتذة، عمال الصحة، بطالين، أطباء، أطباء أسنان، عمال الجيش...الخ). ولقد سعي هذا النموذج بالتعاقدي لأنه يضم أهم المفاهيم التي جاء بها النموذج التعاقدي (الضغط، التحكم، الدعم، استراتيجية التعامل)، كما أنه يضم النماذج الاجتماعية المعرفية (المحددات الاجتماعية كالبينة والبلد، المحددات الوسيطة كالمستوى التعليمي والدخل، السوابق الفردية كالضغوطات السابقة والحالية، المتغيرات السوسيو ديموغرافية كالجنس)، بالخصوص التصورات حول الصحة والمرض والتي تم إبراز آثارها على السلوكات الصحية. وإن هذا النموذج تكاملي لأنه يضم مكونات ذات طبيعة مختلفة (نفسية، اجتماعية، اقتصادية، طبية، بيولوجية...الخ)، كما أنه نموذج متعدد العوامل لأنه يضم عوامل ذات وظائف مختلفة (المنبئات، التفاعل، المحكات) (Bruchon- Schweitzer, 2014, pp. 532-533).

- 2.2. أهداف علم النفس الصحة: رغم تعدد وجهات النظر في نماذج علم النفس الصحة إلا أن أهدافها متشابهة. ويمكن حصرها في النقاط التالية:
- فهم الصحة والمرض والكشف عن العلاقات التفاعلية المحددة لها.
 - تحسين نوعية الحياة الخاصة بالفرد والارتقاء بالصحة.
 - التنبؤ بسلوكات الفرد وبذلك مأل المرض.

استراتيجيات التنظيم الانفعالي لدى المصابين بالسمنة في ضوء علم النفس الصحة

- وضع برامج توعوية للوقاية من الأمراض والحفاظ على الصحة.

- وضع برامج علاجية خاصة لكل حالة..

3. السمنة: سيتم التطرق إلى مرض السمنة مروراً بمفهومه، العوامل المؤدية لظهوره، تشخيصه، مضاعفاته وعلاجه في ظل علم النفس الصحة.

1.3 مفهوم السمنة: تعرف المنظمة العالمية للصحة organisation mondiale de la santé (OMS) السمنة على أنها: "تراكم غير طبيعي أو مفرط لدهون الجسم والتي يمكنها إحداث ضرر على الصحة". كما اعترفت المنظمة العالمية للصحة OMS في 1997 أن السمنة مرض مزمن، لما تخلفه السمنة من نتائج على الرفاهية الجسدية والنفسية. (Basdevant,2003,p.20)

استناداً للنماذج التفاعلية الحديثة لعلم النفس الصحة يمكن تعريف السمنة على أنها مرض متعدد العوامل يمس الجانب الجسدي للفرد زيادة الوزن وما قد ينجم عنه من مشاكل صحية (اضطرابات في التنفس مثلاً)، كما أنه يمس الجانب النفسي فزيادة الوزن يولد انخفاضاً في تقدير الذات ومشاكل في الصورة الجسدية، إضافة إلى أن مرض السمنة يؤدي إلى الميل للعزلة وتهميش المجتمع، وبذلك فإن السمنة تمس الجانب الاجتماعي إضافة إلى الجانب النفسي والجسدي.

2.3 العوامل المسببة لظهور السمنة: يمكن حوصلة أهم العوامل المؤدية للسمنة فيما يلي:

- العوامل الوراثية (البيولوجية): كشف الباحثون عن احتمال كون الأفراد يعانون من السمنة بسبب جيناتهم الوراثية بدلاً من سلوكهم، وعلى سبيل المثال ذكر (Garn et al. 1981) أنه إذا كان أحد الزوجين يعاني من السمنة فإن احتمال أن يكون لديهما طفل يعاني من السمنة المفرطة هو 40%، أما إذا كان كلا الزوجين يعانيان من السمنة فإن النسبة ترتفع لتصل إلى 70%. وعلى

النقيض، تأتي فرصة انجاب زوجين يعانيان النحافة طفلاً يعاني من السمنة المفرطة محدودة حوالي 8%. ولأن كلا من الآباء وأبنائهم يتشاركون المعيشة (شويخ، 2012، ص.20).

- العوامل البيئية: إن تحديد دور الوراثة في السمنة أمراً مهماً لأنه يساعد على تحديد الأفراد الذين يفترض أن تتبع معهم إجراءات تدخل ملائمة لتنظيم أوزانهم. ولكن تاريخ العائلة الذي يشير إلى وجود السمنة لا يتضمن بالضرورة أن هذه العائلة لديها جينات للسمنة. فعلى سبيل المثال، بينت إحدى الدراسات أن 44% من كلاب الأفراد الذين يتصفون بالسمنة، كانت أيضاً تتصف بالسمنة، في مقابل 25% فقط من الكلاب التي يمتلكها أشخاص أوزانهم ضمن المعدل الطبيعي (Mason.E,1970). فهناك عوامل عديدة في داخل البيت يمكن أن تساهم في تقرير تطور السمنة التي تنتقل عبر أفراد العائلة مثل نمط الأغذية التي يتم استهلاكها، وحجم الوجبات وأنماط النشاط الذي يُمارَس (Klesges, Eck, Hanson, Haddock & Klesges,1990). وقد يؤثر حجم الأسرة على قدرة الوالدين على إدارة أمور أبنائهم بفعالية، فالآباء الذين لديهم عدد أقل من الأبناء يكونون أكثر قدرة على تنظيم الأمور التي تساعد أطفالهم على تخفيف أوزانهم. كما يقل حدوث السمنة بين الأطفال الذين يشاركون بانتظام في البرامج الرياضية أو النشاطات الجسدية، إذا كانوا يستمتعون بها، وإذا كانت أسرهم تؤيد ممارسة هذه النشاطات البدنية (تايلور، 2008، ص ص.203-205).

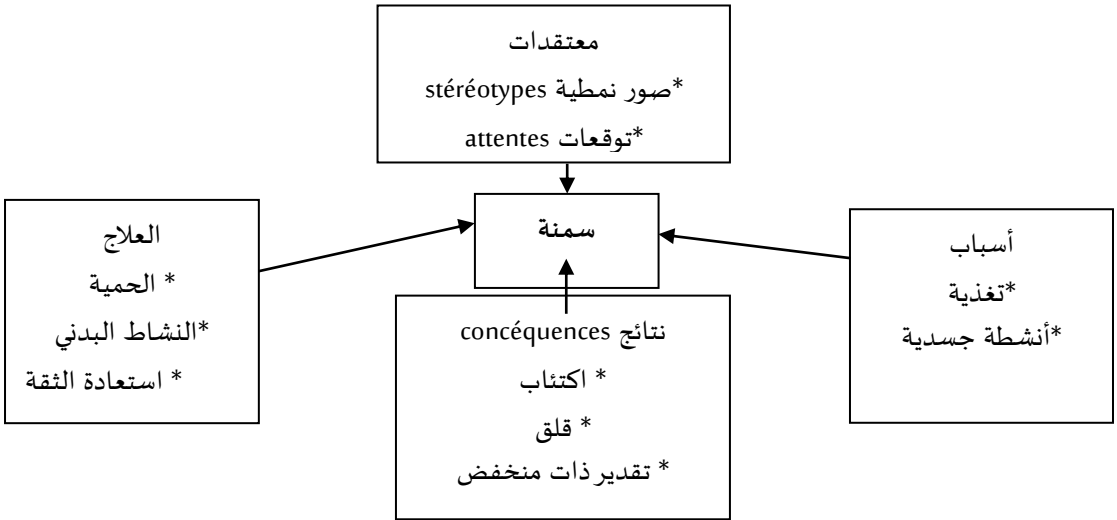
ولقد وجد العلماء أن هناك علاقة وطيدة بين البدانة والعادات الاجتماعية لدى بعض المجتمعات، ففي المجتمعات الغربية تكثر البدانة لدى الناس المنحدرين من طبقة اجتماعية متوسطة، لكن هذه العلاقة في مجتمعات العالم الثالث تختلف فالبدانة شائعة لدى الطبقات الميسورة (الحوري، 2011، ص.51).

استراتيجيات التنظيم الانفعالي لدى المصابين بالسمنة في ضوء علم النفس الصحة

من جهة أخرى، أكدت بعض الدراسات التي تهتم بمشاريع و تخطيطات استخدام الأراضي بأن هناك علاقة ارتباطية سالبة بين توفر مساحات المشي فيها ومساحات خضراء مع مؤشر كتلة الجسم، وأن البيئة المبنية يمكن أن تؤثر على وزن الأفراد (Drewnowski & al., 2020). خلافا على ذلك فإن تقليل إمكانيات ممارسة الرياضة البدنية، على سبيل المثال، من خلال وجود السلالم المتحركة بدلاً من السلالم العادية يشجع الأفراد على قلة النشاط البدني. (Mas & Chambaron, 2021, p.12).

ومنه نلتبس مدى أهمية العوامل البيئية في ظهور السمنة.

- العوامل النفسية: يلعب الجانب النفسي دورا هاما في ظهور السمنة وفي مدى أهمية المعتقدات والسلوكيات، في طريقة الأفراد على مواجهة المشاكل، في طريقة تسيير مشكلة السمنة ونتائجها على الرفاهية الجسدية والنفسية. ويمكن توضيح ذلك في المخطط التالي:



الشكل 1: العلاقة بين العوامل النفسية وتطور السمنة

المصدر: (Odgen, 2018, p. 444).

إن معظم الدراسات التي أقيمت حول المعتقدات للشخص البدني تؤكد أن لديه معتقدات خاطئة، وإن تلك المعتقدات تولد أفكار أوتوماتيكية تنجم عنها سلوكيات لا تكيفية غير صحية تعمل إضافة إلى عوامل أخرى متعلقة بالفرد والبيئة التي ينتهي إليها على تعجيل ظهور السمنة أو على تفاقم المرض. ومن بين هذه الدراسات نذكر دراسة لكل من **Cirillo M.G. et al. (2002)** بجنوب إيطاليا بعنوان "المعارف والمعتقدات المتعلقة بالتغذية عند المرضى المصابين بزيادة الوزن والسمنة" حيث جمعت (303) فرد (240 انثى و 63 ذكر) لتتبع برنامج تربية علاجية للمرضى بالسمنة المقترح من طرف مستشفى **Foggia**، وزع عليهم استبيان يحوي (50) سؤال (صحيح- خطأ) متعلق بمعارفهم ومعتقداتهم حول السمنة، التغذية والنشاط البدني. 67% من المشاركين كانوا يعانون من السمنة و32% من زيادة الوزن (خاصة الرجال). كما أنه كان لأغليبيتهم مستوى اقتصادي متوسط ومستوى تعليمي غير عال. وأظهرت نتائج الدراسة وجود خلل في المعتقدات والمعارف المتعلقة بالتغذية لدى العينة. هذا يؤكد إلى أن للمعتقدات دور كبير في ظهور مرض السمنة أو تفاقمه.

إضافة إلى الدراسة السابقة نجد دراسة أكثر حداثة قامت بها **Lavade M (2016)** بجامعة نانسي بفرنسا، تحت عنوان "معارف ومعتقدات المصابين بالسمنة حول مرضهم"، ضمت الدراسة 197 فرد بدين والتي هدفت إلى الكشف عن المعارف والمعتقدات المتعلقة بمرض السمنة عند المرضى البدينين، ومن بين نتائج الدراسة فإنه كلما كان للمرضى البدينين مستوى اجتماعي اقتصادي جيد (النشاطات العامة، المستوى التعليمي، الدخل) كان للمرضى مستوى جيد من المعارف والمعتقدات. أي أنه هناك علاقة تفاعلية بين العوامل الاجتماعية الاقتصادية (كالمستوى التعليمي والدخل) مع العوامل النفسية للفرد (المعارف والمعتقدات). هذا ما تسعى إليه النماذج الحديثة في علم النفس الصحة وضرورة

استراتيجيات التنظيم الانفعالي لدى المصابين بالسمنة في ضوء علم النفس الصحة

دراسة العلاقات التفاعلية لفهم المرض (كالسمنة) واقتراح العلاج الأكثر فعالية حسب الحالة.

إن التعريفات المتعلقة بالسمنة أكدت إلى أن هذا المرض معقد كونه لا يتعلق بعامل واحد في ظهوره، بل وأكدت الدراسات على أن ظهور مرض السمنة يعود إلى وجود عدة عوامل مختلفة من بينها العوامل النفسية. وبينت (**Ogden** 2018) العلاقة بين تلك العوامل النفسية في نشأة وتطور السمنة، إذ لا يمكننا حصر السمنة على أنه نتاج لسوء والافراط في التغذية وقلة النشاط البدني فحسب، بل وجب علينا أخذ المعتقدات الخاصة بالفرد البدني بعين الاعتبار، فهي على علاقة مباشرة بمختلف سلوكيات الفرد المصاب بالسمنة. وإن السمنة عبارة عن جملة من المعتقدات الخاطئة يتبناها الفرد البدني تنجم عنها سلوكيات خاطئة هي الأخرى كالافراط في تناول السكريات نتيجة الاحساس بانفعالات سلبية لسد ثغرة الشعور السيء الذي تولده تلك الانفعالات السلبية كالغضب أو القلق، وتصبح هذه السلوكيات على المدى الطويل عادات سيئة تزيد من تدهور الحالة الصحية للفرد البدني. كما أن ما تخلفه السمنة على الفرد البدني من الناحية النفسية كانخفاض تقدير الذات، قلق واكتئاب يحرض المرض على تفاقمه.

إن العلاج الفعال للسمنة يعمل كقوة معاكسة ضد تطور المرض وجل العوامل التي تزيد من مضاعفاته، وكلما كان العلاج فعالاً أصبح يعمل كمكبح ضد تطور مرض السمنة. ويبقى العلاج الأمثل للسمنة علاجاً متعدد العوامل ومتعدد التخصصات حسب خصائص المرض المتعددة والمعقدة. على عكس ذلك فإن التكفل السيء للمرض يؤدي إلى ظهور مضاعفات قد ينجم عنه هلاك الفرد البدني.

3.3 تشخيص السمنة: لقد تم وضع العديد من المؤشرات التي يمكنها قياس الوزن الملائم ومعرفة ما إذا كان الفرد يعاني من السمنة، نجد من بينها طريقة

Lorenz، طريقة **Broca** ، طريقة **Creff** ، طريقة **Quételet** لمؤشر كتلة الوزن (IMC)، وهي الطريقة الأكثر اعتمادا لتشخيص السمنة، لذلك سنتطرق فقط إليها من دون الطرق الأخرى.

- طريقة: **Quetelet** وهو المؤشر الأكثر استعمالا عالميا والذي يتمثل بمؤشر كتلة الجسم “IMC” **Indice de masse corporelle** يسمى أيضا بالانجليزية **“BMI” Body Masse Index**، ويمكن حسابه وفقا للمعادلة التالية:

$$IMC = \frac{\text{الوزن (كغ)}}{(\text{الطول})^2 (\text{م}^2)}$$

و بالنسبة للسمنة فتكون عندما تفوق قيمة مؤشر كتلة الوزن ثلاثون (30) **(Basdekis, 1999, p. 93)**.

4.3 مضاعفات السمنة: تزيد السمنة من قابلية الشخص واستعداده للإصابة ببعض المشكلات الصحية والأمراض الخطرة المزمنة التي قد تؤدي في النهاية إلى الموت. ويمكن تلخيص أخطار و مضاعفات السمنة فيما يأتي:

- قصر متوسط العمر المتوقع: أشارت معظم الدراسات إلى أن الشخص غير البدين يعيش حياة أطول (بمشيئة الله وقدره) من الشخص البدين. فمثلا يعيش 90% من الأشخاص ذوي الأوزان الطبيعية أكثر من 60 سنة، في حين يتجاوز 60% من الأشخاص البدينين هذه السن (عويضة، 2015، ص. 481).

- الإصابة بأمراض أخرى: تعتبر السمنة عامل خطر للإصابة بأمراض شتى أهمها ارتفاع ضغط الدم الشراييني وزيادة احتمال الإصابة بأمراض الشرايين والقلب وحدوث الذبحة الصدرية، داء السكري، السرطان، آلام المفاصل وبعض أمراض الجلد بسبب مشكل العرق لدى البدين الذي يجعله بيئة مناسبة لتكاثر الفطريات. كما يعاني الكثير من المصابين بالسمنة بضيق التنفس بسبب تراكم الدهون على مستوى الحلق الذي يؤدي إلى اضطراب في عملية دخول الهواء بالتالي نقص الأكسجين للجسم فينجم عنه ضيق وسرعة في التنفس عند القيام

استراتيجيات التنظيم الانفعالي لدى المصابين بالسمنة في ضوء علم النفس الصحة

بأقل مجهود. كما يمكن أن يتسبب في توقف النفس لفترة قصيرة أثناء النوم أو ما يسمى بمتلازمة انقطاع التنفس أثناء النوم l'apnée du sommeil .

- احتمال ظهور بعض الاضطرابات النفسية: يقول الدكتور Barhiolett من جمعية مساعدة البدناء الأوروبية أن "أصحاب الأوزان الثقيلة أناس يائسون لا يعرفون أين يتجهون" وتشير دراسات أخرى إلى أن ضخام الأجسام يعانون من مركب نقص أكثر مما يعانيه المكفوفون أو من بترت أطرافهم ويضيف آخرون أن الالمهم حقيقية ويذهبون إلى الأطباء يشكون من الارهاق والأرق وصعوبة التنفس وآلام بمؤخرة الصدر والذبحة الصدرية (الحوري، 2011، ص. 43). كما أوضحت الدراسات العيادية علاقة ثنائية الاتجاه بين السمنة والاكتئاب. أي أن السمنة تزيد من ظهور الاكتئاب وكذلك الاكتئاب يزيد من ظهور السمنة. وإن شخص مصاب بالسمنة يأكل خمس مرات أكثر خلال نوبة اكتئابه مقارنة مع شخص بوزن عادي. وأوضحت العديد من الدراسات العلاقة بين السمنة واضطرابات المزاج. عند المرأة بين السمنة ونوبة الاكتئاب العظمى، الأفكار الانتحارية ومحاولة الانتحار، ترتبط بشكل إيجابي (Athar, 2016, pp. 50-51) .

5.3 علاج السمنة : لاشك أن هناك العديد من العلاجات البيولوجية الطبية البحتة المقترحة لعلاج السمنة كالعلاج باستعمال الحميات الغذائية، العقاقير المثبطة للأكل، الصيام أو اللجوء إلى الجراحة. غير أننا سنحاول فقط التركيز على العلاج النفسي في مجال علم النفس الصحة.

إن التكفل بالمريض بالسمنة يجب أن يكون بالضرورة متعدد التدخلات ومنسق من طرف العديد من المتدخلين (أطباء، أخصائيين نفسانيين، ممرضين، أطباء التغذية، معالج بدني...الخ). يمثل هذا التكفل نموذج لطب سيكوسوماتي والذي يجمع الجسد بالنفس، ويحاول فهم المريض بالتناول البيو-نفسى-اجتماعي (Appart & al ., 2007, p.9) .

ومن هنا يمكننا أن نقول أن تدخل الأخصائي النفسي في الصحة لعلاج السمنة يكون بأخذه بعين الاعتبار لمختلف جوانب حياة الفرد بما في ذلك الجانب البيولوجي، النفسي، الانفعالي والاجتماعي. وإن نجاح العملية العلاجية يتعلق بمدى حصر هذه العوامل، فهمها وإبراز نقاط القوة والضعف لدى الفرد البدين، لتصبح نقاط قوته المحرك الأساسي لنجاح التربية العلاجية، أما نقاط ضعفه فيسعى الاخصائي النفساني في الصحة إلى تعديلها مع الفرد المصاب بالسمنة وتعليمه مهارات التحكم فيها بالاستعانة ببعض التقنيات السلوكية المعرفية كمراقبة الذات، إضافة إلى تلقينه مهارات التحكم في انفعالاته وتسييرها وعدم اللجوء إلى سلوك الأكل بعد أي ضغط انفعالي يعيشه الفرد البدين. وذلك لتفادي أن تعيق هذه الثغرات أو نقاط ضعف الفرد المصاب بالسمنة مساره نحو الشفاء. كما يجب على الاخصائي النفساني في الصحة التنبؤ بانتكاسات المريض ووضع استراتيجيات مناسبة لتخطيها. ويجدر الاشارة إلى أن التربية العلاجية الفعالة التي يقترحها الاخصائي النفساني في الصحة لا تقتصر على عمله فقط بل عليه أن يضم مختصين آخرين كمختص في التغذية ومختص في اللياقة البدنية وطبيب عام.

4. التنظيم الانفعالي: سيتم تناول مصطلح التنظيم الانفعالي مرورا بمفهومه، أهم نظرياته واستراتيجيته.

1.4 مفهوم التنظيم الانفعالي: يعد التنظيم الانفعالي من المفاهيم الحديثة في علم النفس، ويقوم على فكرة أن الناس يفضلون الانفعالات السارة على غير السارة وينظمونها وفقا لذلك (Gross & Thompson, 2006, p.6)، وهو مصطلح جاء به (Gross) وهو يشير إلى العملية التي يستخدمها الأفراد ليعدلوا نوع وشدة ومدة التعبير الانفعالي. وقد أعطى (Gross, 2015) تعريفا لاستراتيجيات التنظيم الانفعالي على أنها: " سلوكيات وأفكار محددة تستخدم

استراتيجيات التنظيم الانفعالي لدى المصابين بالسمنة في ضوء علم النفس الصحة

لتغيير إما موقف مزعج أو كيف يشعر المرء حيال ذلك. يمكن أن تشمل هذه الاستراتيجيات التي تهدف إلى اختيار أو تعديل الموقف ، إعادة توجيه الانتباه أو تغيير الأفكار أو تغيير ردود الأفعال ."

وعليه يمكن أن نقول أن التنظيم الانفعالي مفهوم يشير إلى مختلف العمليات العقلية الفيزيولوجية الانفعالية والسلوكية والتي تبدأ باستجابة الفرد لموقف بعد تقييمه على أنه يستدعي التعبير عليه انفعالياً، مما يؤدي إلى تنشيط الجهاز الفيزيولوجي وبذلك التعبير عن تلك الانفعالات بإحدى الطريقتين (استراتيجيتين) إما بإعادة التقييم المعرفي أو بقمع الانفعالات وعدم التعبير عنها. وإن التنظيم الجيد للانفعال يُخَلِّص الفرد من تلك الشحنة الانفعالية التي يولدها الموقف مهما كانت سالبة أم موجبة وبذلك الحفاظ على توازنه الانفعالي وعليه الحفاظ على اتزان العضوية. وعكس ذلك فإن التنظيم السيء للانفعالات أي الاستجابة الخاطئة في موقف ما يؤدي إلى عدم تحقيق التوازن الانفعالي وبذلك حدوث خلل في عمل العضوية مما يتسبب في تدهور الحالة الصحية للعضوية وظهور مختلف الأمراض من بينها الأمراض المزمنة (كالسمنة).

2.4 النظريات المفسرة للتنظيم الانفعالي: تعتبر نظرية (Goleman(1995

حول الذكاء الانفعالي حجر الزاوية في نشأة مصطلح التنظيم الانفعالي، لكن يجدر الإشارة أن نظرية التحليل النفسي هي أول من تناولت موضوع تنظيم مشاعر القلق السلبية ، فرغم شتى الانتقادات التي تلقتها المدرسة الفرويدية تبقى أولى المدارس التي تطرقت للعديد من المفاهيم في علم النفس عامة والتي من بينها مفهوم التنظيم الانفعالي . ليأتي بعدها (Gross (1998 بنظريته حول التنظيم الانفعالي واستراتيجياته المتمثلة في إعادة التقييم المعرفي والقمع الانفعالي ، وهذه الاستراتيجيات المقترحة من طرف Gross انبثقت من استراتيجية التعامل

المتركزة حول الانفعال الذي اقترحها كل من **Lazarus & Folkman** (1960) في نظريتهما حول استراتيجيات التعامل .

ثم جاء كل من **Philippot (2007)** و **Koole (2009)** وانتقدا النموذج الذي جاء به **Gross** إذ انتقد الأول الطابع الخطي لسياق التنظيم الانفعالي المقترح من طرف **Gross** ، واقترح بدوره نموذج متعدد والذي يضم نظريات الانفعالات في مختلف مجالات علم النفس (المجال الاجتماعي، المعرفي). أما **Koole** فتنص نظريته أن تنظيم الانفعال قد لا يكون ظاهرة بسيطة ولكنها عملية تتضمن عدة أنظمة مرتبطة وهي الإدراك والانتباه والذاكرة واتخاذ القرار والوعي كما أكد كثيرا على أهمية انعكاس الوعي على الخبرة الانفعالية في عملية تنظيم الانفعال.

إضافة إلى هتين النظريتين، اقترح كل من **Berking & Whitley (2014)** نموذج "استراتيجيات المواجهة التكيفية مع الانفعالات"، والذي سلب الضوء على أهمية العمليات المعرفية والوعي في ترجمة الوضعية الانفعالية ثم الاستجابة لها والتفاعل مع البيئة.

في الأخير يمكن القول أنه بغض النظر عن الانتقادات والاختلافات بين النظريات المفسرة للتنظيم الانفعالي، اتفقت على أن مفهوم التنظيم الانفعالي لا يسعى فقط إلى تقليل الانفعالات السلبية بل يسعى إلى تقليل وزيادة الانفعالات السلبية والإيجابية أو الحفاظ عليهما.

3.4 استراتيجيات التنظيم الانفعالي: لقد أسفرت نتائج **Gross (2007،2008)** حول الراشدين إلى وجود استراتيجيتين لتنظيم الانفعال والمتمثلتين في استراتيجية إعادة التقييم المعرفي (والتي تنتهي إلى عملية التغيير المعرفي « processus de changement cognitif » و استراتيجية القمع وهي استراتيجية تعديل الاستجابة الانفعالية (**Brun,2015, p.167**))

استراتيجيات التنظيم الانفعالي لدى المصابين بالسمنة في ضوء علم النفس الصحة

- إعادة التقييم المعرفي **réévaluation cognitive** : تعتبر استراتيجية إعادة التقييم الانفعالي شكل من أشكال التغيير المعرفي والذي يعني التغيير في الطريقة التي يقيم بها الفرد الوضعية بهدف تغيير تأثيره الانفعالي، وذلك إما من خلال تغيير الطريقة التي يفكر فيها الفرد حول تلك الوضعية أو من خلال تغيير طريقة تفكير الفرد حول قدراته لتسيير تلك الوضعية ومطالبتها، كأن يقارن الفرد نفسه مع أفراد أقل حفا وبالتالي يغير طريقة تفكيره وبذلك تؤدي تلك العملية إلى خفض الانفعالات السلبية (Gross & Thompson, 2007, p.13).
- القمع **Suppression excessive** : هي الاستراتيجية التي تأتي في وقت لاحق من عملية توليد الانفعال، وتحول من دون إظهار العلامات الخارجية للمشاعر الداخلية (Gross, 2002, p.281).

5. علاقة التنظيم الانفعالي بالسمنة:

في الآونة الأخيرة ركزت البحوث على أهمية دراسة العلاقة الثنائية (تنظيم انفعالي- سمنة). من بين هذه الدراسات نجد الدراسة التي قام بها كل من (Graziano, Galking & Keane (2010) والتي كشفت عن دور مهارات التنظيم الانفعالي الذاتي في وقت مبكر في تطور السمنة لدى الأطفال وأن هذه الفئة من الأطفال تكون مهاراتهم في التنظيم الذاتي فقيرة. وبذلك كانت تنبؤية لزيادة الوزن في مرحلة الطفولة المبكرة (Silva, 2015, p. 287).

كما قدم كل من (Evers, Stoks & Ridder (2010) نظرية لشرح العلاقة بين الانفعالات والطعام، وشملت النظرية ثلاث أفكار أساسية وهي:
- يعتبر سلوك الأكل أحد السبل التي يتبناها الفرد للهروب من الوعي الذاتي السلبي، مما يؤدي إلى وقوع الفرد في نوبات الشراهة لتجنب التعامل مع الوضعيات الضاغطة.

-يزيد إفراط الفرد في تناول الطعام لما تخلفه من مشاعر إيجابية أي أن الفرد يحصل على المتعة بعد تناوله للطعام من حيث الذوق والرائحة، أو من متعة الاستماع بأنه أكل الطعام الممنوع.

-يُنظر إلى الإفراط في الأكل على أنه محاولة لصرف الانتباه عن مصدر الضغط الذي يواجهه الفرد.

وفقا لما جاءت به نظرية **Evers, Stok & Ridder** فإن الأفراد الذين يتناولون وجبة بعد تعرضهم لتأثير سلبي بذلك لا يستطيعون تنظيم انفعالاتهم بشكل مناسب وبالتالي الإفراط في تناول الطعام لايتعلق بالضرورة بتجربة الانفعالات السلبية ولكن في الغالب إلى عدم وجود تنظيم انفعالي تكيفي (**Evers & al., 2010, pp. 792-804**).

أكدت دراسة قامت بها كل من **Najeti** وآخرون عام 2014 بجامعة سمنان بإيران حول "مقارنة التنظيم الانفعالي عند النساء المصابات بالسمنة ذوات صورة جسدية إيجابية وسلبية" والتي شملت مئة امرأة بدنية بمؤشر كتلة الجسم أكبر أو يساوي $BMI \geq 30$ وكان الهدف من الدراسة هو تقسيم استراتيجيات التنظيم الانفعالي مع صور الجسم الايجابية والسلبية. تمثلت أدوات جمع البيانات في: مؤشر كتلة الجسم، استبيان التنظيم الانفعالي المعرفي ومقياس صورة الجسم ل Fisher. وأسفرت النتائج أن النساء البدنيات اللواتي لديهن صورة جسدية سلبية كان لديهن متوسط درجات أعلى في استراتيجيات التنظيم الانفعالي غير الفعالة مثل لوم الذات أو الاجترار أو التركيز على الأفكار الكارثية. علاوة على ذلك ، كان متوسط درجات النساء البدنيات اللاتي لديهن صور إيجابية للجسم أعلى في استراتيجيات التنظيم الانفعالي الفعالة مثل القبول وإعادة التركيز الإيجابي وإعادة التركيز على التخطيط وأخذ المنظور وإعادة التقييم الإيجابي (**Nejati & Al.,2014, pp1-5**).

استراتيجيات التنظيم الانفعالي لدى المصابين بالسمنة في ضوء علم النفس الصحية

قام (Zeeck & Al (2011). بدراسة حول العلاقة بين التجارب الانفعالية والأكل، وتشير نتائجهم إلى أن القلق لا يعتبر الانفعال الأكثر تسببا في زيادة سلوك الأكل عند مقارنته بالانفعالات الأخرى، خاصة الانفعالات المتعلقة بنوايا التعامل مع الآخرين (مثل الشعور بالوحدة، الملل وفقدان الأمل). علاوة على ذلك خلصوا إلى أن الأفراد الذين يعانون من الشراهة في الأكل يتعاملون مع الانفعالات السلبية من خلال اللجوء إلى تناول الطعام (الضغوطات الانفعالية) وبالتالي الشعور برغبة متزايدة في تناول الطعام .

تتوافق نتائج هذه الدراسة مع نظرية الأكل الانفعالي التي قدمها كل من Evers, Stoks & Ridder (2010) والتي تنص على أن بعض الأفراد يستخدمون الأكل كاستراتيجية لتنظيم انفعالهم السلبية (Silva, 2015, p 288).

وفي 2017 اقترح Bourdier et al. نظرية بيو-نفسية-اجتماعية لتفسير العلاقة بين تنظيم التوازن الفيزيولوجي (la régulation homéostatique) و تناول الأكل و المزاج. أو ما سموه بمفهوم الأكل الانفعالي. وتشير النظرية أن التأثير الانفعالي السليبي ولكن حتى الإيجابي هو أحد السمات النفسية التي تعدل استهلاك الطعام والتحكم في الوزن. (Bourdier & Al., 2018, pp. 1-8)

ومنه نلتمس مدى أهمية دراسة التنظيم الانفعالي لدى المصابين بالسمنة وأن معرفة الأخصائي النفسي كيفية تنظيم البدين في انفعالاته يساعده على التنبؤ بسلوك البدين والعمل على تثقيف الفرد البدين حول مرضه وتعليمه مهارات انفعالية تساهم في إنشاء سلوكيات صحية واكتساب نمط حياة جديد صحي يعمل على ارتقاء صحة الفرد البدين وتفادي الوقوع في مضاعفات المرض وتحسين نوعية حياة المريض ككل.

6. الخلاصة:

من خلال ما سبق ذكره في هذا العرض النظري الذي تناولنا من خلاله التنظيم الانفعالي وعلاقته بمرض السمنة يتبين بوضوح أهمية الانفعالات وكيفية تنظيمها على ظهور مرض السمنة ومآله. و يبقى التنظيم الانفعالي من أهم المتغيرات الانفعالية ذات الصلة الوطيدة بمرض السمنة، كما أنه لفت انتباه العديد من علماء النفس والصحة. وأسفرت معظم نتائج الدراسات المقيمة حول الموضوع أن الفرد البدين لديه فقر في المهارات الانفعالية وأنه لا يستطيع تنظيم انفعالاته بشكل مناسب. وهنا يظهر الدور الفعال للأخصائي النفسي أو الأخصائي النفسي للصحة لإكسابه هذه المهارات والحد من استجاباته الانفعالية اللاتكيفية.

7- قائمة المراجع:

المراجع باللغة العربية:

- تاييلور، شيبي (2008). علم النفس الصحي. عمان: دار الحامد.
- الحوري، عكلة سليمان (2011). دليل التغذية والوزن واللياقة البدنية. الطبعة الثانية، الأردن: دار الكتاب الثقافي.
- الزروق، فاطمة الزهراء (2015). علم النفس الصحي: مجالاته، نظرياته والمفاهيم المنبثقة عنه. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- شويخ، هناء (2012). علم النفس الصحي. مصر: المنهل.
- عويضة، حسين (2015). التغذية العلاجية. المملكة العربية السعودية: العبيكان للنشر.
- يخلف، عثمان (2001). علم النفس الصحة: الأسس النفسية والسلوكية للصحة، قطر: دار الثقافة.

المراجع باللغة اللاتينية:

- Athar Halaby (2016). «obésité et santé mentale ». Humain and Health, 36, p.51. Téléchargé de: <https://readgur.com/doc/1724802/ob%C3%A9sit%C3%A9-et-sant%C3%A9-mentale>
- Appart A., Tordeurs D., & Reynaert C. (2007). La prise en charge du patient obèse : aspects psychologiques. Louvain médical, 126, 5, 153-159. Téléchargé de: https://www.researchgate.net/publication/268276771_LA_PRIS_E_EN_CHARGE_DU_PATIENT_OBESE_ASPECTS_PSYCHOLOGIQUES
- Basdekis J-C. (1999). Guide pratique de diététique: mincer une question d'équilibre. France : Edition Ellipses.
- Basdevant & al. (2011). « Traité médecine et chirurgie de l'obésité », France : médecines sciences publications.
- Bourdier. L, Berthoz S., Romo L., Ballon N., & Brunault P. (2018). « Alimentation émotionnelle et addiction à l'alimentation », EMC psychiatrie, 173, 15-1. Pp. 1-8. Doi : 10.1016/S0246-1072(17)81572-8

- Brun P.(2015). Emotion et régulation émotionnelle : une perspective développementale. *Enfance* 2015. N2. P p 165-178. 10.4074/S0013754515002013
- Cirillo T., Albano M., Crozet C., & d'Ivernois J-F. (2006). Connaissances et croyances sur l'alimentation de patients en surpoids et obèses: Enquête en Italie du Sud. *Revue médicale suisse*, 59 (2), 848-852. Téléchargé de : https://www.revmed.ch/view/619819/4830668/RMS_59_848.pdf
- Drewnowski A, Buszkiewicz J, Aggarwal A, Rose C, Gupta S, Bradshaw A.(2020). Obesity and the Built Environment: A Reappraisal. *Obesity*. 28(1):22-30
- Evers, C.; Stok F. M.; De Ridder, D. T. D. (2010). Feeding your feelings: Emotion regulation strategies and emotional eating. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36(6), p. 792-804. doi : 10.1177/0146167210371383.
- Fillion L., Fillion G., Kiourac L. Lemyr. L & Lemyr R. (1994). Stress and immunity: A review of psychoneuroimmunology. *Canadian Psychology* 35(4):405-426 DOI: 10.1037/0708-5591.35.4.405
- Gross J.J (2002). *Emotion regulation: Affective cognitive, and social consequences*, Stanford University, California, USA.
- Gross, J. J., & Thompson, R. A., (2007). *Emotion regulation: Conceptual foundations*. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* , New York, NY: Guilford Press.
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26, 1–26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
- Klesges R.C., Hanson L.H., Haddock C.K., & Klesges L.M. (1990). Effects of obesity, social interactions, and physical environment on physical activity in pre-schoolers. *Health Psychology*, 9, 435-449.
- Lavade M. (2016). Les connaissances et croyances des patients obèses à propos de leur maladie. Thèse doctorale en médecine, université de Lorraine, faculté de médecine de Nancy.

Téléchargé de : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01931862/document>

- Mas M.& Chambaron S. (2021). « Facteurs socio-économiques, psychologiques et environnementaux de l'obésité: vers une meilleure compréhension pour de nouvelles perspectives d'action ». cahiers de Nutrition et de Diététique, July 2021. DOI: 10.1016/j.cnd.2021.06.001
- Masson E. (1970). Obesity in pet dogs. *Veterinary Record*, 86, 612-616. DOI : 10.1136/vr.86.21.612.
- Nejati S., Sabahi P., Rafieinia P. & Esfehiani S-R. (2014). « the comparison of emotional regulation strategies in obese women with negative and positive body image », *Irian Journal Of Cognition and Emotion*, 1, 1-5. Téléchargé de: https://www.researchgate.net/publication/352439623_The_Comparison_of_Emotion_Regulation_Strategies_in_Obese_women_with_Negative_and_Positive_Body_Image
- Ogden.J (2018). « psychologie de la santé », 3eme edition, France : De Boeck Sup.
- Schweitzer M-B. & Danzer R. (2003). « introduction à la psychologie de la santé ». France : edition PUF.
- Zeeck A., Stelzer N., Linster H-W., Joos A., & Hartman A. (2011). Emotions and eating in binge eating disorder and obesity. *National library of medicine*, 19 (5), 426-437. doi : 10.1002/erv.1066.