



مجلة كلية الآداب

مجلة دورية علمية محكمة

نصف سنوية

المعد الثاني والأربعون

أكتوبر ٢٠١٧

مجلة كلية الآداب.. مج ١، ع ١ (أكتوبر ١٩٩١م).
بنها : كلية الآداب . جامعة بنها، ١٩٩١م
مج؛ ٢٤ سم.
مرتان سنويا (١٩٩١) وأربعة مرات سنويا (أكتوبر ٢٠١١) ومرتان سنويا (٢٠١٧)
١ . العلوم الاجتماعية . دوريات . ٢ . العلوم الإنسانية . دوريات.

مجلة كلية الآداب جامعة بنها
مجلة دورية محكمة
العدد الثامن والأربعون
الشهر : أكتوبر ٢٠١٧
عميد الكلية ورئيس التحرير : أ.د/ عبير فتح الله الرباط
نائب رئيس التحرير : أ.د/ عربى عبدالعزيز الطوخى
الإشراف العام : أ.د/ عبدالقادر البحراوى
المدير التنفيذى : د/ أيمن القرنفلى
مديرا التحرير : د/ عادل نبيل الشحات
د/ محسن عابد محمد السعدنى
سكرتير التحرير : أ/ إسماعيل عبد اللاه
رقم الإيداع ٦٣٦١ : ٦٣٦٣ لسنة ١٩٩١
1687-2525: ISSN

المجلة مكشفة من خلال اتحاد المكتبات الجامعية المصرية
ومكشفة ومتاحة على قواعد بيانات دار المنظومة على الرابط:

<http://www.mandumah.com>

ومكشفة ومتاحة على بنك المعرفة على الرابط:

<http://jfab.journals.ekb.eg>

هئية تحرير المجله

عميد الكلية ورئيس مجلس الإدارة
ورئيس التحرير

أ.د/ عير فتح الله الرباط

نائب رئيس التحرير

أ.د/ عربي عبدالعزيز الطوخي

الإشراف العام

أ.د/ عبدالقادر البحراوي

المدير التنفيذي

د/ أمين القرنفيلي

مدير تحرير المجله

د/ عادل نبيل

مدير تحرير المجله

د/ محسن عابد السعدني

سكرتير التحرير

أ/ إسماعيل عبد اللاه

**بعض الوظائف التنفيذية لدى عينة من مرضى الشره
وفقدان الشهية العصبي والأصحاء**

**د/ رشا ناجى محمد
مدرس علم النفس
كلية الآداب – جامعة كفرالشيخ**

ملخص

هدفت هذه الدراسة إلى بحث بعض الوظائف التنفيذية لدى مرضى الشره العصبي، وفقدان الشهية العصبي، والأصحاء من الإناث، والمقارنة بينهم. وقد أجريت الدراسة على عينة (ن=٦٠) من المرضى (٣٠) مرضى الشره العصبي و ٣٠ مرضى فقدان الشهية العصبي)، وعينة مكافئة من الأصحاء (ن=٣٠)، وتراوحت أعمارهم بين (١٨-٣٠) سنة. وطبق عليهم بعض من الإختبارات الخاصة بالوظيفة التنفيذية ومنها: (١) اختبارات القدرة على كف الاستجابة: اختبار ستروب لتسمية الألوان، واختبار شطب الأرقام المعدل. (٢) اختبارات التخطيط: اختبار برج هانوي، واختبار المتاهات. (٣) اختبار المرونة المعرفية: اختبار ويسكونسن لتصنيف البطاقات، واختبار توصيل الدوائر (الجزء ب). وأشارت نتائج الدراسة إلى أن هناك فروقاً دالة بين العينات الثلاث على اختبارات الوظائف التنفيذية، حيث تبين أن مرضى الشره العصبي أقل قدرة على كف الاستجابة، والتخطيط، والمرونة المعرفية عن مرضى فقدان الشهية العصبي والأصحاء، كذلك تبين أن مرضى فقدان الشهية العصبي أقل قدرة على كف الاستجابة، والتخطيط، والمرونة المعرفية عن الأصحاء.

الكلمات المفتاحية: الوظائف التنفيذية، والشره العصبي، وفقدان الشهية العصبي.

مقدمة

تعد اضطرابات الأكل أحد أهم النواذ الجديدة للاضطرابات في العصر الحديث، وقد حازت اضطرابات الأكل على الكثير من اهتمام الوسط العلمي في الآونة الأخيرة، ويعود ذلك إلى أن اضطرابات الأكل هي أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً، وتتضمن اضطرابات الأكل كلاً من الشره العصبي *Bulimia nervosa* وفقدان الشهية العصبي *Anorexia nervosa*، واضطرابات أخرى غير المحددة (Carlat, 2012,31).

وقد ورد في نتائج بعض الأبحاث أن معدل اضطرابات الأكل في تصاعد مستمر على مستوى العالم، حيث يبلغ معدل التزايد ٣٦% كل ٥ سنوات، إضافة إلى الآثار والمضاعفات الطبية الخطيرة لها والتي قد تصل إلى حد الوفاة وحيث أنها تخل بنظام إمداد الجسم بالطاقة اللازمة للقيام بالعمليات الحيوية (Baldaro et al, 2011).

كما أوضح الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM-IV-IR التي صدرت عام ٢٠٠٠م أن معدل انتشار اضطرابات الشره العصبي ٤% ويقبل إلى ٠.٥% لدى الذكور، أما اضطراب فقدان الشهية العصبي فقد يصل معدل انتشاره لدى عامة السكان إلى ٢%، حيث أنه يصيب الإناث ونادراً ما يصاب به الذكور، فقد تصل نسبة الانتشار بين الإناث والذكور إلى ٨:١ تقريباً ويؤدي الاضطرابان إلى حدوث معدلات مرتفعة من الوفاة (Marno et al., 2007).

وكشفت بعض الدراسات عن ظهور اضطرابات مرتبطة بالوظائف التنفيذية تنعكس على سلوك الأفراد المصابين باضطرابات الأكل بصفة عامة وباضطراب الشره العصبي وفقدان الشهية العصبي بصفة خاصة (Beckerto, 2016)، حيث تعتبر الوظائف التنفيذية مسؤولة عن التحكم المعرفي وتنظيم السلوك والأفكار، وذلك لتأثيرها

على مدى، ومراقبة، وإنهاء نشاط ما يكون الفرد على وعى به (Phillips, 1997). وأكد ذلك "لواس وآخرون" حين تبين لهم أن مرضى الشره وفقدان الشهية العصبي يواجهون صعوبات معرفية وخلل في أداء الوظائف التنفيذية، مما قد يكون له آثار مدمرة على أنشطة المريض في الحياة اليومية (Loas et al., 2010). بالإضافة إلى ما يشير إليه الأدب السيكولوجي في هذا المجال من وجود مشكلات معرفية وضعف الوظائف التنفيذية، حيث يبدو أن اختلال أداء بعض الوظائف التنفيذية يمثل عرض رئيسي لكل من اضطرابات الشره العصبي، وفقدان الشهية العصبي مثل عدم القدرة على التحكم وكف الاستجابة، وضعف تحويل الوجهة الذهنية والتخطيط والتصنيف، وأيضا عدم القدرة على الانتباه الانتقائي والمرونة المعرفية (Casper, 2003).

ومن هنا يأتي دور مفهوم الوظائف التنفيذية كواحد من المحددات المعرفية النفسية المقترحة التي تقف خلف اضطرابات الأكل، حيث اتضح دورها كعامل مهم في فهم اضطرابات الشره العصبي وفقدان الشهية العصبي والمقارنة بينهما وبين الأصحاء، ويؤكد "أحمد عكاشة" أن اضطراب الشره العصبي على صله وطيدة باضطراب فقدان الشهية العصبي، حيث تشير العديد من الدراسات إلى وجود قدر كبير من التشابه بين كل من الاضطرابين في الخصائص الديموجرافية والإكلينيكية كالمدى العمري، وسن حدوث الاضطراب، والمستوى الاجتماعي والثقافي، والانشغال بالوزن والشكل والبدانة (أحمد عكاشة، ٢٠١٠، ١٩٣).

كما أوضحت التقارير أن ذوات الشره وفقدان الشهية العصبي لديهم رسم مخ كهربائي شاذ وذلك بالمقارنة بالأصحاء مما يدل على وجود اضطراب يتعلق بالمهيد Hypothalamic وقصور وظيفي في الفص الجبهي (Root et al., 2010). وأوضحت نتائج بعض الدراسات القليلة التي أجريت في هذا المجال أن أداء مرضى الشره العصبي أسوأ من أداء مرضى فقدان الشهية العصبي على اختبارات الوظائف التنفيذية بالمقارنة بالأصحاء (Brooks et al., 2011).

فقد أصبح تقييم الوظائف التنفيذية مرغوباً فيه على نحو متزايد في بحوث الأمراض النفسية لدى ذوى اضطراب الشره وفقدان الشهية العصبي، وما يزيد الأمر أهمية المقارنة بينهما معاً وبين الأصحاء أيضاً، كما يتضح أن وجود صعوبات معرفية، وسلوكية، وعصبية لدى عينة إكلينيكية من ذوى اضطرابات الأكل المترددين على عيادات ومراكز السمنة والنحافة من الموضوعات الهامة للاختصاصي النفسي بشكل عام، والاختصاصي النفسي الإكلينيكي بوجه خاص وذلك في مجال العمل العيادي (Treat&Viken,2010). ومن ثم فإن الباحثة قد عمدت إلى دراسة بعض الوظائف التنفيذية لدى عينة إكلينيكية من ذوات اضطراب الشره العصبي، وفقدان الشهية العصبي.

مشكلة الدراسة

من وجهة النظر العلمية يعتبر سلوك الأكل الطبيعي هو ذلك السلوك الذي ينظم تناول الطعام من خلال الشهية، والمشاعر، والجوع، والشبع، بحيث يتم تناول المواد الغذائية اللازمة بكمية مناسبة لحاجة الجسد، ولكن سيظل الأكل كفعل أكثر من مجرد تناول للطعام، فنحن نعزى، وندلل، ونكافئ أنفسنا من خلال تناول طعامنا المفضل (APA,2005,38). وقد يصاب شخص باضطراب في تنظيم هذه العملية فيختل سلوك الأكل لديه وتؤدي الشهية عملها بشكل غير طبيعي فيفرط الشخص في تناول كميات كبيرة من الطعام أو تصيبه حالة من فقدان الشهية والعزوف عنه، هنا يصبح الغذاء مشكلة يواجهها الفرد (عبدالرحمن العيسوي، ٢٠٠٦، ٨٥).

وفى المركز القومي للأمراض وجد أن كلا من اضطراب الشره العصبي وفقدان الشهية العصبي ينتشران لدى الإناث بصفة أساسية، حيث أن الإناث يشكلن ٩٠ - ٩٥% من المصابين، ويشيع ظهورهما في الفترة العمرية (١٨-٣٠) سنة والتي تقابل مرحلتي المراهقة والشباب. وتشير نتائج عدد من الأبحاث أن المتبعات للنظام الغذائي أكثر عرضة لاضطرابات الأكل، حيث أن ٣٥% من المتبعات للنظام الغذائي تحولن

إلى مريضات اضطراب الشره العصبي، و ٨% أصبحن مصابات بفقدان عصبي للشهية (Murray, 2013; Ghanderi & Scott, 2011). وبالرغم من أن كلا الاضطرابين يظهران لدى النساء في مرحلة المراهقة، إلا أنهما يستمران حتى الرشد والعمر الأوسط (Lask & Bryant, 2008).

كما تهدد اضطرابات الأكل حياة الإنسان حيث ترتفع معدلات وفيات المصابين إلى عشر أضعاف معدل الوفيات العادية، وأيضاً تبلغ ضعف الوفيات الناتجة عن الاضطرابات النفسية الأخرى، وغالباً ما تكون الوفاة بسبب المضاعفات الجسدية أو الانتحار (Keel et al., 2010). ويلاحظ أن اضطراب الشره العصبي يرتبط بالعديد من الاضطرابات الأخرى مثل الاكتئاب، واضطرابات الشخصية، واضطرابات القلق واستخدام المواد، واضطراب السلوك وذلك بالمقارنة باضطراب فقدان الشهية العصبي (Baker et al., 2010; Root et al., 2010).

وقد أشار الباحثون إلى وجود اتجاهات وجدانية ومعرفية وسلوكية لدى ذوى الشره وفقدان الشهية العصبي، حيث يتم التحكم في مسألة الجوع، والشهية من خلال مراكز معينة في الدماغ تسمى مراكز الشهية حيث ترسل هرمونات معينة تنبه الجسم إلى حاجاته للغذاء عند الجوع، ويحدث اضطراب الشهية بالزيادة أو النقصان عند وجود خلل في الهرمونات الصاعدة للمخ، وأيضاً إحساس المخ السلبي بوضع الجسم وأجزائه، وشكله، ومدى عدم تناسقه، وما قد يصاحب ذلك من مشاعر واتجاهات سلبية عن تلك الصدمة الذهنية للجسم (Brooks et al., 2011).

وتؤكد النظرية السلوكية المعرفية أن مرضى اضطرابات الأكل لديهم فكره مشوه عن شكل الجسم، والخوف من السمنة، وفقدان التحكم في الأكل (Fairburn et al., 1999). وقد كشفت الدراسات الإكلينيكية العصبية عن وجود صعوبات معرفية وضعف في بعض الوظائف التنفيذية لدى مرضى اضطرابات الأكل من الشره وفقدان الشهية العصبي، وأيضاً وجود خلل في أداء بعض أداء بعض اختبارات الوظيفة

التنفيذية، كما أشارت نتائج الدراسات إلى أن أداء مرضى الشره العصبي أسوأ بشكل دال بالمقارنة مع أداء مرضى فقدان الشهية العصبي، وهناك حاجة إلى مزيد من الأبحاث التي تهتم بتقييم الوظائف التنفيذية التي تأخذ في اعتبارها التركيز على عمل آليات المخ ذات الصلة باضطرابات الأكل لدى هذه العينة الإكلينيكية، وذلك لتحديد مثل هذه الصعوبات المعرفية حتى تتمكن من التدخل الأمثل لمستوى الصحة النفسية لهم، وتلبية احتياجاتهم، وإعادة التأهيل لمثل هذه الاضطرابات، حيث نجد زملة العجز التنفيذي تؤثر على الحكم الذاتي لذوى اضطرابات الأكل وعدم كفاءة قدرة المريض في تحقيق هدفا ما، وضعف في معالجة المهام التي تواجهه، ومن ثم قصور في قدرة المريض على الاندماج الناجح في الأنشطة الهامة في الحياة اليومية (Gerald et al.,2017).

وتقوم الدراسة الحالية للحصول على تقييم محدد ودقيق لبعض الوظائف التنفيذية، حيث أهمية الكشف عن معلومات جديدة وإضافتها للمجال العلمي، وذلك لفهم أفضل للآليات الكامنة وراء الوظائف التنفيذية لدى عينة من مرضى الشره العصبي وفقدان الشهية العصبي والمقارنة بينهما وبين الأصحاء أيضا، وذلك بهدف إعادة محاولات حديثة لصياغة أنظمة للتدخل العلاجي وإعادة التأهيل لهؤلاء المرضى (Beckerto,2016). ولعدم وجود دراسات عربية تناولت المتغيرات السابقة معاً، وأيضا قلة الدراسات الأجنبية التي اهتمت بهذه الاضطرابات، وذلك في حدود ما اطلعت عليه الباحثة، هذا الأمر الذي يمثل الدافع الأساسي لإجراء هذه الدراسة، ومن ثم تتمثل مشكلة الدراسة في التساؤلات التالية:

- هل توجد فروق بين مرضى الشره العصبي والأصحاء على اختبارات الوظائف التنفيذية؟
- هل توجد فروق بين مرضى فقدان الشهية العصبي والأصحاء على اختبارات الوظائف التنفيذية؟

- هل توجد فروق بين مرضى الشره العصبي وفقدان الشهية العصبي على اختبارات الوظائف التنفيذية؟

أهمية الدراسة

- ترجع أهمية الدراسة إلى العينة المستهدفة من ذوات اضطراب الأكل، حيث اضطرابات الأكل ذات معدلات انتشار مرتفعة وأيضاً معدل تواتر ظهورها في تصاعد مستمر، كما أنها من الموضوعات الإكلينيكية الهامة بالنسبة لمجال عمل الاختصاصي النفسي الإكلينيكي. وقد أجريت الدراسة لمعرفة مدى تأثير اضطراب الشره العصبي وفقدان الشهية العصبي على الوظائف التنفيذية والمقارنة بينهما وبين الأصحاء.

- يتوقع أن تسهم نتائج هذه الدراسة في وصف الصعوبات المعرفية لدى ذوات اضطراب الشره وفقدان الشهية العصبي، مما يساعد على الفهم الجيد لآلية الوظائف التنفيذية لديهم، وأيضاً الاستعداد الكافي للتعامل مع هذه الصعوبات وإدارتها بشكل مناسب عند ظهورها، وبالتالي توفير نوعية حياة أفضل لهذه الفئة من المرضى.

- تعد هذه الدراسة إضافة إلى إنتاج علم النفس الإكلينيكي العصبي عن طريق بحث مكونات محددة للوظائف التنفيذية لدى مرضى الشره وفقدان الشهية العصبي.

- تساعد هذه الدراسة الأخصائيين النفسيين في التشخيص الجيد لذوى الشره وفقدان الشهية العصبي والتفرقة بينهما وبين الأصحاء بصورة أوضح وأشمل من خلال الوصول إلى الصفحة العصبية المعرفية الخاصة بهم، حيث بداية توضيح أساس هذه العلاقات بين اضطرابات الأكل وبعض الوظائف التنفيذية، وهذه الأدلة قد تسهم في تطور العلاجات وآليات الإدارة لهذه الاضطرابات.

- وجود ندرة واضحة في البحوث التي تناولت بعض الوظائف التنفيذية لدى مرضى الشره وفقدان الشهية العصبي، وهو ما يبرز أهمية الدراسة الحالية، حيث

تكون نواه لدراسات أخرى في المجال نفسه، وقد يفتح المجال لدراسات أخرى على المستوى السيكومتری الإكلينيكي المعرفي.

- أهمية العينة التي أجريت عليها الدراسة، من الإناث ذوات الشره وفقدان الشهية العصبي الذين يترددون على مراكز السمنة والنحافة، والتي تمثل عينة إكلينيكية تحتاج إلى مزيد من المساعدة في تخفيف حدة المعاناة والآثار النفسية والمرضية لديهم، مما جعل من هذا البحث أمراً أساسياً لتطوير التدخلات والبرامج المناسبة لهؤلاء المرضى.

- المساعدة في إعداد برامج وقائية وعلاجية لذوى اضطرابات الأكل تعتمد على توجيه الانتباه للمتغيرات النفسية، والمعرفية، والسلوكية، وذلك من خلال فهم ومعرفة دور الوظائف التنفيذية لدى تلك الفئة من المرضى.

أولاً: الوظائف التنفيذية Executive functions

تعرف الوظائف التنفيذية بأنها تلك العمليات التي تقود الأفكار والحركات والأفعال البسيطة نسبياً في سلوك موجه نحو الهدف (Day et al., 2012). كما تعرف بأنها مصطلح يستخدم للإشارة إلى التنظيم الذاتي للسلوك اللازم لتحديد المهمة والحفاظ عليها، والسلوك الموجهة لتحقيق الأهداف، وهو النظام المعرفي الذي يشرف على الخط وتنفيزها لإتمام المهمة (Barkley,2006;Barkley& Murphy,2010).

وتمثل الوظائف المعرفية مجموعة من المهارات المعرفية التي تمكن الفرد من أداء الأنشطة لتحقيق الأهداف، وتشمل عمليات التحكم في المجالات المعرفية والانفعالية والاجتماعية. وهي المسؤولة عن التركيز، وتوجيه، وإدارة، ودمج الوظائف المعرفية، والانفعالات، والسلوكيات اللازمة للحل الفعال للمشاكل الجديدة مما يؤدي إلى سلوكيات تكيفيه فعالة (Andrea et al.,2014). وكما يعرفها "عبدالقوى" بأنها مجموعة من القدرات التي تمكن الفرد من الانخراط في سلوك فعال وغرضي يخدم الذات بنجاح (سامي عبدالقوى، ٢٠١٢، ٢٧٦). وتتضمن الوظائف التنفيذية مجموعة

من العمليات المعرفية والمكونات السلوكية التي تقوم بالتنظيم، والضبط، وإدارة العمليات التي تعمل على كبح السلوكيات غير الملائمة للموقف الراهن والتحكم في انفعالاته، والتخطيط المستقبلي، والمرونة المعرفية، والتحكم الإنتباهي، وكف الاستجابة، وبدء الاستجابة، وتحديد الأهداف مع تنظيم أنشطة الحياة اليومية ومراقبتها حتى تسمح للفرد بالتكيف مع المواقف الغير عادية مثل المهام الجديدة والمتعارضة، والمعقدة. (Elliott,2003; Chan et al., 2008; Laura et al.,2011)

وهنا يمكن للباحثة تعريف الوظائف التنفيذية بأنها "مجموعة من العمليات المعرفية المسؤولة عن القيام بتنظيم السلوك اللازم لأداء المهمة والحفاظ عليها بغرض تحديد هدف مستقبلي وذلك بوضع الخطط وتنفيذها، وضبط الانفعالات لكف الاستجابة غير الملائمة للسلوك الموجه".

ولاضطراب الوظيفة التنفيذية عن عديد من المظاهر التي قد تكون مألوفة، ومن أبرز هذه المظاهر والعلامات الدالة على خلل هذه الوظيفة، ضعف القدرة على الضبط الذاتي أو التوجيه الذاتي، والقابلية للهياج والاستثارة، والاندفاعية، والإهمال، والصعوبة في تحول الانتباه وفي السلوك الجاري، والتدهور في المظهر الشخصي. إلا هناك جوانب أخرى يصعب ملاحظتها في العيادات، ولعل منها خلل القدرة على البدء في نشاط ما، ونقص الدافعية أو غيابها، وقصور التخطيط وتنفيذ الخطوات في تسلسلها في سلوك هادف (مليكة، ١٩٩٧، ٣١). وأيضاً نجد أن الصعوبات التنفيذية هي عرض مكتسب لدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب الأكل بصفة عامة ولدى مرضى الشره وفقدان الشهية العصبي بصفة خاصة، حيث يؤثر الاضطراب سلباً على عديد من الوظائف والقدرات العقلية وأيضاً تدهور سلوكي وشخصي فهذا المريض يعجز عن قمع رغباته الخاصة بسلوك الأكل، ويظهر الخلل في الوظائف المعرفية في صورة عدم التحكم، وفقدان الدافعية وزيادتها في أحياناً أخرى، وعجز المبادأة بالسلوك المرتبط بالطعام ويجدون صعوبة في التكيف مع أي تغير وعدم

القدرة على وضع أهداف مرحلية للوصول إلى الهدف الأساسي (Stephan et al.,2013).

ويركز البحث الحالي على ثلاثة مكونات للوظيفة التنفيذية هي:

كف الاستجابة: وهذه القدرة تعنى مدى تمكن الفرد من قمع وكبح الاستجابة المرتبطة بمهام يمارسها في حياته اليومية، وتعد إحدى المؤشرات الحرجة للوظيفة التنفيذية، حيث يتم تقييم الأداء باستمرار وذلك لكف أي استجابة آلية غير مناسبة وقد تتيح للفرد فرصة لإصدار استجابات أخرى على هذه المهام الاعتيادية (Chambers et al.,2006).

كما يتطلب كف الاستجابة الغير مناسبة القدرة على الكف المقصود وذلك للوصول للهدف عند الضرورة، ومن الاختبارات التي تقيسها اختبار ستروب لتسمية الألوان والذي يقيس السهولة التي يتحول بها الفرد من وجهة إدراكية لأخرى مع كبت الاستجابة المتعددة لتتوافق مع المتطلبات المتغيرة للهدف (نشوة عبدالنواب، ٢٠٠٣).

التخطيط: وتشير هذه القدرة إلى السلوكيات الموجهة ذاتيا والتي تشمل الأفعال والاشباع الموجهة والاستجابات القصدية، وتوجه الهدف، ويؤدي التخطيط دور الملاحظ والمدير المنفذ أكثر من كونه مقصوداً على أداء وظيفة معرفية محددة، حيث يقوم على تحديد العناصر المطلوبة لتحقيق الهدف ويظهر الاضطراب في عدم استطاعة المريض وضع نظام من الخطط لإنجاز الهدف المرغوب (Barkley,1997). ويتضمن التخطيط إدراك الفرد للمشكلة وتحليله، ووضع خطة لتحديد أي الأفعال المطلوبة لهذا الحل، مع تقييم مبدئي لفاعلية هذه الخطة، وتقييم مدى التقدم في اتجاه الحل، وتعديل الخطة إذا تبين عدم فعاليتها، مع إهمال الخطط غير الفعالة واستبدالها بأخرى أكثر فعالية حيث يقوم الفرد من خلالها بالأداء الفعال لحل مشكلة جديدة بدءاً من تفحصها ووصولاً إلى حلها (Day et al.,2012). وهناك عدد من الاختبارات لقياس القدرة على التخطيط والتي تعتمد على أداء

المبحوثين في المتاهات، حيث أداء الحركات الدقيقة والإدراك البصري وسرعة الاستجابة ومنها اختبارات بوريتوس للمتاهات، ومتاهات وكسلر للأطفال، وبرج لندن أو برج هانوي Tower of hanoi والذي يقيس القدرة على حل المشكلات والتخطيط للسلوك المستقبلي عند مواجهة المهام (سامي عبدالقوى، ٢٠١٢، ٤٧٢).

المرونة المعرفية: ويقصد به القدرة على الكف وإرجاء الاستجابة بين المنبهات المتعددة، فعندما يفشل الأداء بسبب مواجهة صعوبات في عدم تمثيل غير ملائم وإطلاق حرية الحركة له، ويعكس ذلك خطأ في المرونة التمثيلية Representational flexibility . أما في حالة الوصول التمثيل العقلي الملائم ويعنى أن الفرد قادر على القيام بعملية التفحص وأن يصبح أخطاءه، وأن ينظم سلوكه، بحيث يعدل أو يستبعد الاستراتيجيات غير الفعالة، وان يحتفظ بالخطط الفعالة في ذاكرته البعيدة، وأن يستدعي هذه الخطط كلما تعرض لمواقف مماثلة ويتم السيطرة على السلوك وعلية تقوم هذه التمثيليات بتزويد الفرد بالمرونة المطلوبة للأداء (Sullivan et al.,2002) . وتتضمن المرونة المعرفية الذاكرة العاملة، وتغيير مسار الانتباه وسلوك مراقبة الذات، وبذلك تشير هذه الوظيفة إلى الانتقال بين المهام وتحول الانتباه، فعندما يتعرض الفرد لمهمة جديدة يتوجب عليه التحليل المبدئي حيث يتعرف على الأهداف الأساسية والفرعية التي يجب انجازها، ويتم ترتيب هذه الأهداف في مدرج لتكوين خطة للأداء ويتم تنفيذها بشكل فعال ومراقبة الأداء باستمرار وذلك لكف أي استجابة آلية ومسيطرة بشكل غير مناسب (Fairburn et al.,1999) .

ثانيا: اضطرابات الأكل Eating disorders

تمثل اضطرابات الأكل العلاقة بين الحالة النفسية للفرد وبين الرغبة الملحة لتناول الطعام أو العزوف عنه، كما أن الأكل باعتباره سلوكا غريزيا بالنسبة للكائنات الحية بشكل عام وتعرف اضطرابات الأكل بأنها: اختلال في سلوك تناول الطعام، وعدم الانتظام في تناول الوجبات، ما بين الامتناع القهري من تناول

الطعام، أو التكرار القهري لتناول الطعام في غير مواعيده، وبكميات تزيد عما يتطلبه النمو الطبيعي للفرد، وقد يصاحبه محاولة من الفرد للتخلص من الطعام الزائد (زينب شقير، ٢٠٠٢، ١٤).

كما توصف اضطرابات الأكل بوجود إختلالات حادة في سلوك الأكل مع بذل جهود غير تكيفيه وغير صحيحة للتحكم في وزن الجسم، مع وجود اتجاهات غير سوية نحو وزن وشكل الجسم (محمد عبدالرحمن، ٢٢٥، ٢٠٠٠). وتعرف الباحثة اضطرابات الأكل بأنها "اتجاه سلبي نحو الأكل وسلوكيات قهرية تظهر من خلال استهلاك الطعام سواء بالإفراط أو النقصان وقد يتبعه وسائل تعويضية بغرض تحقيق التوازن النفسي".

وتتضمن اضطرابات الأكل التالي:

أ- الشره العصبي *Bulimia nervosa*

وتعرفه موسوعة علم النفس بأنه دافع مٌلح يجعل الفرد يلتهم الطعام ويشبع منه كوسيلة للتخفيف عما به من توتر أو تعويض عن اللذات التي يطلبها ولا يجدها حيث ينفس به عن رغبات عدوانية لا شعورية (نوربير سيلافي وآخرون، ٢٠٠١، ١٢٥). وأيضاً تعرفه الجمعية الأمريكية للطب النفسي بأنه "تناول كميات ضخمة من الطعام أكثر مما يمكن أن يأكله معظم الأفراد عادة، ويحدث ذلك في فترة قصيرة وبسرعة شديدة، وأثناء ذلك يشعر الفرد بأنه مجبر على ذلك (American Psychiatric Association, 1994, 550).

ويعرفه "شارلوت ستارك" بأنه اضطراب يجعل الفرد غير قادر على التحكم الطبيعي في تناول الطعام والإفراط في الأكل، ثم يلجأ إلى القيء أو استخدام المليينات أو مدرات البول للتخلص مما تم استهلاكه من الطعام الزائد (Charlotte Stark, 2000, 3).

ويرى "رين ليستر" (Rynlister,2005) أنه حالة من الانغماس في الأكل لا يمكن السيطرة عليها وتستمر لمدة تصل إلى ساعتين ويشعر المريض بالذنب بعد الإفراط في الطعام، وهذه الأعراض تحدث على الأقل مرتين في الأسبوع لمدة ثلاثة أشهر أو أكثر.

وأكد كل من "جابر عبدالحميد وعلاء الدين كفاي" أنه اضطراب يتعلق بالأكل يتضمن تناول المتكرر لكميات كبيرة من الطعام والشراب في وقت قصير بما يشبه "نوبة الأكل" ويتبع نوبة الأكل والشراب حالة من المزاج المكتئب وتقليل الذات (محمد النوبى، ٢٠١٠، ٩٠). وهنا تعرف الباحثة الشره العصبي بأنه "اضطراب يظهر في شكل نوبات متكررة من التهام كميات كبيرة من الأكل في وقت قصير ويشعر الفرد بعدم التحكم في هذا السلوك القهري، ثم يلجأ إلى سلوك تعويضي كالقيء المتعمد أو استخدام غير مناسب للملينات أو الممارسة المفرطة للرياضة"

ب- فقدان الشهية العصبي *Anorexia nervosa*

ويعرفه "أحمد عبدالخالق" بأنه "أحد اضطرابات الأكل، يتصف بوضع الشخص لنفسه وبنفسه حدوداً غذائية، وتقييداً لكمية الطعام التي يتناولها، مع وجود أنماط شاذة للتعامل مع الطعام وقد كبير للوزن، وخوف شديد من البدانة ومن زيادة الوزن (أحمد عبدالخالق، ١٩٩٧، ٢٢). ويشير "مجدي الدسوقي" إلى أن فقدان الشهية العصبي هو اضطراب نفسي فسيولوجي يتميز أو يتصف بالتجوع الذاتي أو الإحجام عن تناول الطعام والفقدان الشديد في الوزن لدرجة الهزال (مجدي الدسوقي، ٢٠٠٧، ٤١). ويعرفه "جارنر وجارفينكل" بأنه اضطراب نفسي يتمثل في إحجام الفرد عن تناول الطعام ومقاومته بكل الطرق ما عدا تناول كمية محدودة أو ضئيلة وذلك دون وجود سبب عضوي ويميز هذا الاضطراب فقدان الوزن الواضح لدرجة الهزال والاختلال في إدراك شكل الجسم وحجمه. (Garner& Garfinkel,1999)

كما ترى زينب شقير أن فقدان الشهية العصبي هو "رفض لاشعوري للأكل باستثناء كميات ضئيلة في صورة سوائل مما يؤدي إلى نقص في وزن الجسم، والخوف الشديد من إكتساب الوزن، ويتخلل هذا الامتناع عن تناول الطعام بعض نوبات من الشره للطعام (زينب شقير، ٢٠٠٢، ١٠٦). ويمكن للباحثة تعريف فقدان الشهية بأنه "اختلال في تناول الأكل نتيجة الامتناع الذاتي عن الطعام أو القيء المتعمد بعد تناوله مباشرة، والذي يظهر واضحا في فقدان وزن الجسم".

وقد أوضحت نتائج العديد من الدراسات أن معدل انتشار اضطراب فقدان الشهية العصبي يصل إلى ١٧% أما اضطراب الشره العصبي فقد يصل انتشاره إلى ٢٢% بين طالبات الجامعة، كما أن ذروة حدوث كلا الاضطرابين في فترة المراهقة حيث أن متوسط عمر حدوث هذه الاضطرابات من ١٧-١٩ سنة، ويستمران حتى مرحلة الرشد، كما يحدث كل من اضطراب الشره وفقدان الشهية العصبي لدى الإناث بدرجة أكبر من الذكور وقد تصل النسبة إلى ١٠:١ ويظهر ذلك واضحا بين طلبة الجامعة ويبلغ انتشارهما بين الإناث نحو ١-٢% من الجمهور (Cooper & Turner, 2000; Keel et al., 2010).

ومما هو جدير بالذكر أنه يوجد قدر كبير من التشابه بين فقدان الشهية العصبي والشره العصبي فالكثيرين ممن يعانون من الشره العصبي لهم تاريخا مرضيا لفقدان الشهية العصبي وأن ما يفرق بينهما هو فقدان الوزن الشديد في فقدان الشهية العصبي (Lask & Bryant, 2008, 94). وكما هو الحال في فقدان الشهية العصبي، فإن النهم العصبي يرتبط بالعديد من الاضطرابات الأخرى مثل اضطرابات الشخصية والقلق والسلوك وأيضا الاضطرابات المعرفية (Root et al., 2010 ; Baker et al., 2010).

الوظائف التنفيذية واضطرابات الأكل

تمثل الوظائف التنفيذية دوراً هاماً في تنظيم الاستجابات للتفاعل مع البيئة حيث يقوم الفص الجبهي بتجميع المعلومات من البيئة الخارجية وأيضا الخبرات السابقة للفرد لوضع الأهداف السلوكية والخطط وتوقع النتائج ومن ثم التطبيق وبهذا يتضح دور الأداء الوظيفي في اضطرابات الأكل وذلك باعتبار الوظائف التنفيذية فكرة وسيطة بين الشعور والسلوك فهذه الوظائف ترجى الاستجابة من خلال التفكير (Elliott,2003). وقد أظهروا مرضى اضطرابات الأكل بشكل عام اضطراباً في الوظائف التنفيذية وبشكل خاص مرضى الشره وفقدان الشهية العصبي والذي اتضح لديهم اضطرابات في التخطيط والكف والذاكرة العاملة والحكم والانتباه وأيضا المرونة المعرفية حيث التماذي في سلوكيات غير الملائمة، وبالتالي معاناة هؤلاء المرضى بخلل في نشاطات الحياة اليومية حيث عدم القدرة على الاحتفاظ بتوجههم، كما أن أعراض كلا من الشره العصبي وفقدان الشهية العصبي تكشف عن قصور في الأداء الوظيفي، ومما يدل على ذلك نتائج بعض الدراسات والبحوث التي أشارت إلى استجابات هؤلاء المرضى على اختيارات الوظائف التنفيذية حيث عدم القدرة على وضع خطط ناجحة والقيام بتنفيذها، وعدم التمكن من كفاية الاستجابة غير المناسبة، ووجود خلل في الأداء على تنفيذ المهام وتتبع الأوامر (Loas et al.,2010) (Stephan et al.,2013).

وقد ورد في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية أن النظرية السلوكية المعرفية لاضطرابات الأكل تركز على فهم الأفكار والمشاعر والسلوك التي تسهم في تشوه صورة الجسم والخوف من السمنة، وفقدان التحكم في الأكل. فالأفراد ذوي اضطرابات الشره وفقدان الشهية العصبي يعانون من وصمة سوء التكيف لأنهم عادة ما يكون انتباههم موجهاً للأفكار والصور المرتبطة بالوزن وشكل الجسم والطعام (شيرل جنسون وآخرون، ٢٠١٥، ٦٧٤).

واستخدمت علوم المعرفة لدراسة كيف أن الانتباه، والذاكرة، وحل المشكلة تتأثر لدى الأفراد ذوى اضطرابات الأكل، وباستخدام المهام المعرفية كمهمة ستروب Task Stroop واختبار التحقق من النقطة The dot probe test، أوضح الباحثون أن الأفراد ذوى فقدان الشهية العصبي والفهم العصبي يركزون انتباههم على الكلمات أو الصور المرتبطة بالطعام مقارنة بباقي الكلمات أو الصور وأيضا وجد أن الأفراد ذوى فقدان الشهية العصبي ممن حصلوا على درجات مرتفعة على مقياس التقيد في الأكل يميلون لتذكر كلمات الطعام بشكل أفضل، وهم في حالة الشبع وليس في حالة الجوع (Brooks et al., 2011). كما كشفت دراسات أخرى عن أن طالبات الجامعة من ذوات أعراض اضطراب الشره وفقدان الشهية العصبي يركزون أكثر بالتذكر والانتباه بشكل أفضل للصور الخاصة بحجم جسم أفراد آخرين مقارنة بالصور الخاصة بالانفعالات (Treat & Viken, 2010).

ويقرر هذا مجموعة من دراسات وبحوث طبقت تقنية تصوير الرنين المغناطيسي Magnetic Resonance Imaging (MRI) واستخدمت جهاز المخ الذرى أو إطلاق البوزيترون Positron Emission Tomography (PET) أن مرضى اضطراب الأكل لديهم رسم مخ كهربائي شاذ وذلك مقارنة بأصحاء، مما يدل على وجود اضطراب يتعلق بالمهيد أو تحت سرير المخ Hypothalamic Disorder. ويشير "رو" (Rowe, 1996) أن مرضى الشره وفقدان الشهية العصبي لديهم العديد من أنواع التفكير المضطرب أو المشوه، والمعارف الذاتية الخاطئة (Loas et al., 2010).

وقد ميز "شونتز" Shontz الإدراكات المرتبطة بالجسم لدى هؤلاء المرضى إلى مكونين رئيسيين هما المكون الإدراكي The Perceptual Aspect ويشتمل على المعلومات الخاصة بوضع الجسم، وحجمه، والتناسق بين أجزائه، وسمى هذا بالمخطط الجسمي Body Schemata. والمكون المعرفي الوجداني The Cognitive

Affective Component ويشتمل على العمليات المعرفية والمشاعر الوجدانية المترتبة على المكون الإدراكي للجسم، مما يكشف عن القصور المعرفي والإدراكي، والمعتقدات الذاتية السلبية لدى ذوى اضطرابات الأكل والذي ينعكس في عدم الكفاءة وخلل الأداء على اختبارات الوظائف التنفيذية. (Fairbern et al., 1999).

الدراسات السابقة

هدفت دراسة "كاسبر" (Casper, 2003) إلى بحث الوظائف التنفيذية لدى عينة مرضى اضطرابات الأكل وقد بلغ عدد العينة (٦٨) مريضة بواقع (٣٤) من مريضات الشره العصبي، (٣٤) من مريضات فقدان الشهية العصبي، وقد تم تشخيصهم وفقا لمعايير الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس، وذلك بالمقارنة مع عينة ضابطة (٣٥) من المراهقات الأصحاء، وتراوح عمر العينة من (١٨-٢٥) سنة. وتم استخدام اختبار تصنيف الكروت لويسكونسن، وتوصيل الدوائر، وإعادة الأرقام، والأشكال المتشابهة. وقد أسفرت النتائج عن وجود صعوبات في الأداء على الاختبارات السابقة لدى مريضات الشره العصبي ثم فقدان الشهية العصبي مقارنة بالأصحاء.

وأجرى "والر وفرانكو" (Waalder & Franko, 2005) دراسة هدفت إلى تقييم الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشره العصبي وفقدان الشهية العصبي في الأداء على بعض اختبارات الوظائف التنفيذية لدى عينة من طالبات الجامعة تراوحت أعمارهم بين (١٨-٢٥) سنة بمتوسط قدره (٢٢.٣) والمقارنة بعينة من الأسوياء بلغت (ن=٥٠)، وقد بلغت عينة الشره العصبي (٣٠) وعينة فقدان الشهية (٣٠). وتم تطبيق المرونة المعرفية، والتخطيط، وكف التحكم، واختبار تصنيف البطاقات لويسكونسن. وقد أوضحت نتائج الدراسة ظهور صعوبات ملحوظة في الأداء لدى كل من ذوات اضطراب الشره وفقدان الشهية العصبي وذلك بالمقارنة بعينة الأسوياء، وأيضا وجود خلل دال في أداء ذوات الشره العصبي وذلك بالمقارنة بالطالبات ذوات فقدان الشهية العصبي.

وفى دراسة "تراسى وآخرون" (Tracey et al.,2006) تم بحث الصعوبات المعرفية ومشكلات الوظائف التنفيذية لدى عينة (ن=٢٥) من الإناث ذوات الشره العصبي و(ن=١٢) من الإناث ذوات فقدان الشهية العصبي و(ن=٣٠) من الإناث الأصحاء، وقد تراوحت أعمارهم بين (٢١-٢٧) سنة. وقد تم الكشف عن وجود عجز فى الجوانب المعرفية للوظيفة التنفيذية فى معالجة المعلومات وسرعتها والمرونة المعرفية والتحكم الإنتباهى لدى العينة المرضية بالمقارنة بعينة الأصحاء كما أن أداء مجموعة ذوات الشره العصبي أسوء من مجموعة فقدان الشهية العصبي.

واهتمت دراسة "مارنو وآخرون" (Marno et al.,2007) ببحث علاقة الوظائف التنفيذية واضطرابات الأكل لدى عينة من المريضات. وتكونت العينة من (ن=٣٥) من مريضات الشره العصبي و(ن=٣٥) من مريضات فقدان الشهية العصبي، وكان متوسط العمر (٢٣.٥) بانحراف معياري قدره (٧.٨). وتم استخدام استبيانات التقييم الذاتي وذلك فى ضوء مقابلة شبه منظمة. وأسفرت النتائج عن علاقة ارتباطيه موجبة بين اضطرابات الأكل وعدم كفاءة الأداء على اختبار إعادة الأرقام، واختبار تصنيف البطاقات لويسكونسن، واختبار توصيل الدوائر، واختبار المرونة المعرفية، وإعادة الأرقام بالعكس. ووجود فروق بين أداء مجموعة مريضات الشره العصبي ومجموعة فقدان الشهية العصبي فى اتجاه مجموعة الشره العصبي.

أما دراسة "برينان وجاردين" (Brennan &Garden,2009) هدفت إلى دراسة الوظائف التنفيذية لدى عينة من المصابين باضطراب الأكل طبقا لتصنيف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع، واشتملت العينة على (ن=٥٩) من ذوى فقدان الشهية العصبي، و(ن=١١٥) من ذوى الشره العصبي، و(ن=٢٤٠) من الأصحاء. وأظهرت النتائج بعد المقارنة بين المجموعات الثلاث أن أداء المرضى كان سيء بشكل واضح عن مجموعة الأصحاء وذلك على اختبار توصيل الدوائر (ب)، واختبار إعادة الأرقام، واختبار إعادة الأرقام بالعكس واختبار المرونة اللفظية. أما مجموعة الشره

العصبي فكان أداؤهم أسوأ عند مقارنتهم بمجموعة فقدان الشهية العصبي على الاختبارات السابقة.

ودراسة "لواس وآخرون" (Loas et al., 2010) هدفت إلى معرفة التغيرات في الوظائف التنفيذية لدى النساء المريضات باضطراب الأكل. وتكونت عينة الدراسة من (١٨) مريضة فقدان شهية عصبي و (٢٢) مريضة شره عصبي و (١٨) من الإناث الأصحاء بمتوسط عمري (١٩.٤) وانحراف معياري قدره (٣.٤). وأشارت النتائج إلى أن ذوات الشره وفقدان الشهية العصبي أظهران صعوبات في الوظائف التنفيذية والمعرفية وذلك على اختبارات الذاكرة العاملة، ومهارات الاستدلال الإدراكي وسرعة استرجاع الكلمات بالمقارنة بمجموعة الأصحاء، وأيضا انخفض أداء مريضات الشره العصبي بشكل دال عن أداء مجموعة فقدان الشهية العصبي وخاصة على المقاييس البصرية واللفظية.

ويبحث دراسة "بالدارو وآخرون" (Baldaro et al., 2011) نتائج قائمة الوظائف التنفيذية المختصرة، وسرعة المعالجة، وبرج لندن على عينة من مرضى الشره العصبي (ن=١٥) و (ن=٣٠) من الأصحاء ويتراوح أعمارهم بين (٢٥-٣٠) سنة بمتوسط قدره (١٧.٦) سنة وانحراف معياري قدره (٢.٣). وقد أشارت الدراسة إلى أن ذوى الشره العصبي لديهم صعوبات في الوظائف التنفيذية، حيث انخفض معدل الأداء على المقاييس الموضوعية وكذلك خضع كل مريض للتقييم النفسي العصبي والذي كشف عن وجود اضطرابات معرفية ونفسية وبشكل دال عند مقارنة مجموعة المرضى بمجموعة الأصحاء.

وقام "ستيفان وآخرون" (Stephan et al., 2013) بدراسة لمعرفة أثر اضطراب الشره العصبي على الوظائف التنفيذية لدى عينة (ن=١٧) من مريضات ذوات الشره العصبي و (ن=٢٠) من الإناث الأصحاء، بمتوسط عمري قدره (٢١.٩) سنة وانحراف معياري قدره (٤.٥). وقد تم استخدام تقنية جهاز المخ الذرى أو إطلاق البوزيترون

والتصوير الطوبوغرافي والذي أشارت أن ذوات الشره العصبي يظهر لديهم قصور في الأداء الوظيفي للقطاع الأمامي للمخ، كما اتضح وجود عجز في الجوانب المعرفية للوظائف التنفيذية في مهام الانتباه، والمرونة المعرفية، وكف الاستجابة وذلك بمقارنة عينة المرضى بعينة الأصحاء.

واتجهت دراسة "روزنير وكونواي" (Rossner & Conway, 2014) إلى إلقاء الضوء على قياس بعض الوظائف التنفيذية للفرقة بين ذوات اضطراب الشره العصبي (ن=35) وفقدان الشهية العصبي (ن=30) مقارنة بعينة من الإناث الأصحاء (ن=45) وقد تراوحت أعمارهم بين (20-27) وقد تم تطبيق اختبار "تصنيف البطاقات لويسكونسن، واختبار الذاكرة العاملة، واختبار المرونة المعرفية، والتحكم الانتباهي، وتوصيل الدوائر، وقد أفادت النتائج إلى وجود فروق بين مجموعتي ذوات الاضطراب ومجموعة الأصحاء في اتجاه ذوات الاضطراب، وأيضا وجود فروق دالة إحصائيا بين مجموعة ذوات الشره العصبي وفقدان الشهية العصبي في مهام الانتباه والتحكم الانتباهي في اتجاه ذوات الشره العصبي، وعدم وجود فروق دالة بين مجموعتي الاضطراب في الذاكرة العاملة.

كما هدفت دراسة "بيكرتو" (Beckerto, 2016) بمقارنة بين مريضات الشره العصبي ومريضات فقدان الشهية العصبي في أداء بعض المهارات التنفيذية اليومية، وتكونت عينة الدراسة من الإناث (ن=56) من ذوات الشره العصبي و(ن=47) من ذوات فقدان الشهية العصبي و(ن=107) من الإناث الأصحاء بمدى عمري (17-23) سنة. وتم التقييم السلوكي العصبي باستخدام تصنيف الكروت لويسكونسن، وتوصيل الدوائر (ب)، وإعادة الأرقام، وكف الاستجابة، والمرونة المعرفية، والتخطيط وحل المشكلة. وأظهرت نتائج الدراسة انخفاض أداء ذوات اضطراب الأكل عل الاختبارات السابقة بالمقارنة بعينة الأصحاء، كما أن ذوات الشره العصبي كان الأسوأ في اختبارات المرونة المعرفية والتخطيط وكف الاستجابة وحل المشكلة.

ودراسة "جيرالد وآخرون" (Gerald et al., 2017) التي بحثت الصعوبات المعرفية لدى عينة أسبانية من مرضى اضطراب الأكل، وتكونت عينة الدراسة من (٦٤) من الإناث المصابات باضطرابات الأكل وتم اختيار العينة من المركز الطبي لعلاج السمنة. وذلك بمدى عمري (١٦-٢١) سنة بمتوسط قدره (١٨.٤) وانحراف معياري (٣.٦). وقسمت العينة إلى مجموعة من ذوات الشره العصبي (ن=٣٤) ومجموعة فقدان الشهية العصبي (ن=٣٠)، ومجموعة ضابطة من الإناث الأصحاء (ن=٥٠) وأسفرت النتائج عن وجود صعوبات في الأداء والمهارات المعرفية لدى مجموعتي مرضى اضطرابات الأكل بالمقارنة بالأصحاء، وارتباط مجموعة الشره العصبي بالأداء المنخفض في سرعة المعالجة، وكف الاستجابة، والتحكم الإنتباهي بالمقارنة بذوات فقدان الشهية العصبي.

تعقيب على الدراسات السابقة.

يتضح من خلال استقراء الدراسات السابقة ما يلي:

- ندرة الدراسات الأجنبية التي تناولت متغيرات الدراسة الحالية معاً، والتي تتمثل في بحث بعض الوظائف التنفيذية لدى المراهقات ذوات اضطراب الشره وفقدان الشهية العصبي.
- جميع الدراسات السابقة تمت في بيئات أجنبية، ولم تجد الباحثة في حدود ما قامت به من جهد أي دراسات عربية تناولت متغيرات الدراسة الراهنة، مما يشير إلى أهمية الدراسة الحالية.
- اقتصر بعض الدراسات ببحث الوظائف التنفيذية لدى ذوات اضطراب الشره العصبي فقط ولكن هناك قليل من الدراسات التي بحثت الوظائف التنفيذية لدى كل من ذوات اضطراب الشره وفقدان الشهية العصبي معاً والمقارنة بينهما وبين الأصحاء. وهذا ما يميز الدراسة الراهنة.

- اتفقت الدراسات السابقة على أن مريضات الشره وفقدان الشهية العصبي ينخفض أداءهن على بعض اختبارات الوظائف التنفيذية بالمقارنة بغيرهن من المراهقات الأصحاء، وأيضاً كشفت النتائج عن وجود خلل في أداء ذوات الشره العصبي بالمقارنة بأداء ذوات فقدان الشهية العصبي.

- وقد أجريت معظم الدراسات السابقة على عينات من النساء مما يعانون من اضطرابات الأكل حيث أثبتت الدراسات أن اضطرابات الأكل تظهر بمعدلات مرتفعة لدى النساء مقارنة بالرجال، وأيضاً قد أشارت الدراسات أن اضطرابات الأكل شائع أكثر لدى المراهقين ولذلك نجد أن غالبية الدراسات قد طبقت في مرحلة المراهقة، حيث ذروة ظهور أعراض هذا الاضطراب (Baldaro et al.,2011).

- تباين حجم العينات بين الدراسات، فقد كانت (ن=١٢) مريضاً كما في دراسة (Tracey et al.,2006)، وكان (ن=١١٥) مريضاً (Brennan & Garden,2009)، كما استخدمت بعض الدراسات السابقة المجموعات المتعددة دون مراعاة التكافؤ في العدد (Stephan et al.,2014; Rossner & Canway,2014; Loas et al.,2010).

- تناولت الدراسات عينات مرضية، ومعظم الدراسات استخدمت مجموعة أصحاء (مجموعة ضابطة) إلا أن هناك من لم يستخدم مجموعة ضابطة على الإطلاق (Marno et al.,2007). كما أن هناك دراسات لم تهتم بالمساواة في العدد بين مجموعة الأصحاء ومجموعة المرضى، حيث التباين الكبير في العدد (Brennan & Garden,2009).

- اتفقت الدراسة الحالية مع معظم الدراسات السابقة في كونها استخدمت أدوات الدراسة نفسها لتقسيم الوظائف التنفيذية كاختبار تصنيف البطاقات لويسكونسن، واختبار توصيل الدوائر، واختبار ستروب، والمتاهات، وبرج هانوي وما يميز الدراسة الحالية الجمع بين هذه الاختبارات معاً.

فروض الدراسة

- توجد فروق دالة بين متوسط درجات مرضى الشره العصبي، والأصحاء في الأداء على اختبارات الوظائف التنفيذية في اتجاه مرضى الشره العصبي.
- توجد فروق داله بين متوسط درجات مرضى فقدان الشهية العصبي، والأصحاء في الأداء على اختبارات الوظائف التنفيذية في اتجاه مرضى فقدان الشهية العصبي.
- توجد فروق دالة بين متوسط درجات مرضى الشره العصبي، ومرضى فقدان الشهية العصبي في الأداء على اختبارات الوظائف التنفيذية في اتجاه مرضى الشره العصبي.

منهج الدراسة وإجراءاتها

أولاً: منهج الدراسة

وهو المنهج الوصفي الفارقي، وذلك للكشف عن الفروق بين مرضى اضطرابات الأكل (الشره العصبي، فقدان الشهية العصبي) والأصحاء في الأداء على اختبارات الوظائف التنفيذية، وأيضاً الكشف عن الفروق بين مرضى الشره العصبي ومرضى فقدان الشهية العصبي في الأداء على اختبارات الوظائف التنفيذية.

ثانياً: التصميم البحثي

تم إجراء الدراسة الحالية وفقاً لتصميم المجموعات العشوائية المتجانسة (مرضى الشره العصبي، ومرضى فقدان الشهية العصبي) في مقابل مجموعة الأصحاء (المجموعة الضابطة)، بالإضافة إلى إحداث التكافؤ بين المجموعات في متغير العمر، والمستوى التعليمي، والدخل، والحالة الاجتماعية. ثم إجراء مقارنة بين المجموعات على عدد من المتغيرات المرتبطة بالمفهوم موضوع الدراسة ألا وهو الوظائف التنفيذية، وذلك بالاعتماد على أداء المرضى والأصحاء على عدد من الاختبارات النفسية التي تهتم بقياس هذا المتغير.

ثالثاً: عينة الدراسة

أجريت الدراسة على عينة قوامها (٩٠) مشاركة، بواقع (٣٠) من مريضات الشره العصبي و (٣٠) من مريضات فقدان الشهية العصبي وقد تم اختبارهن من عيادات ومراكز السمنة والعلاج الطبيعي، وتشخيصهم طبقاً لمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس، واختبار الشره العصبي، واختبار فقدان الشهية العصبي، و(٣٠) من الإناث الأصحاء. وذلك بمدى عمري يتراوح بين (١٨-٣٠) سنة، وقد راعت الباحثة التكافؤ بين أفراد المجموعات، حيث تم تثبيت متغير الجنس بجميع أفراد العينة من الإناث نظراً لما شارته إليه الدراسات السابقة بأن الإناث أكثر عرضة للإصابة باضطرابات الأكل مقارنة بالذكور.

كما تم تثبيت متغير المستوى التعليمي حيث أن جميع أفراد العينة من التعليم الجامعي والدراسات العليا، وأيضاً جميع أفراد العينة ذات مستوى اقتصادي متوسط، وبالنسبة للحالة الاجتماعية فجميع أفراد العينة من الإناث غير المتزوجات، أما متغير العمر فقد تم إجراء التكافؤ من خلال حساب قيمة "ت" بين كل مجموعتين يتم المقارنة بينهما ويتضح ذلك في الجدول التالي :

جدول (١) قيمة "ت" لدلالة الفروق بين مجموعات الدراسة في متغير العمر

المجموعات	م	ع	قيمة "ت"	الدلالة
مرضى الشره العصبي	٢٢.٦	٠.٨٢	٠.٤٥	غير دالة
الأصحاء	٢١.٩	٠.٧٩		
مرضى فقدان الشهية العصبي	٢٢.٣	٠.٨١	٠.٤٧	غير دالة
الأصحاء	٢١.٩	٠.٧٨		
مرضى الشره العصبي	٢٢.٦	٠.٨٢	٠.٦٦	غير دالة
الأصحاء	٢١.٩	٠.٧٩		

وتشير نتائج جدول (١) إلى عدم وجود فروق بين مجموعات الدراسة الحالية. ويؤكد ذلك تحقيق التكافؤ بينهما في متغير العمر الزمني.

رابعاً: أدوات الدراسة

١- اختبارات تقييم بعض الوظائف التنفيذية

وقد يشير (Benjamin,2004) أن اختبار ستروب، واختبار شطب الأرقام المعدل، وبرج هانوي، واختبار المتاهات، واختبار ويسكونس لتصنيف البطاقات، وتوصيل الدوائر من أكثر الاختبارات شيوعاً لتقييم الخلل التنفيذي لدى مجموعات مختلفة من العينات المرضية (فاتن قنصوة، ٢٠١٥).

● تقييم كفاية الاستجابة

أ- اختبار ستروب Stroop colour test

وهذا الاختبار يقيس القدرة على كفاية الاستجابة المعتادة، كما أنه يصلح لقياس الانتباه المركز وأيضاً الانتباه الانتقائي (سامي عبد القوي، ٢٠١٠). وفيه يطلب من المشارك أن يقرأ الكلمة المكتوبة بلون الحبر المكتوب بها الكلمة، حيث أن القدرة الأساسية المطلوبة هي كفاية قراءة مسمى الكلمة، وتحسب الدرجة على هذا الاختبار من خلال حساب زمن الأداء.

ب- اختبار شطب الأرقام المعدل

تعديل (نشوة عبدالنواب، ٢٠٠٣) وفيه يطلب من المشارك شطب كل رقم (٣) يسبقه رقم زوجي، ثم يطلب منه بعد ذلك الشطب على كل رقم (٣) يسبقه رقم فردي. ويتم حساب الأخطاء من خلال حساب عدد المرات الذي يقوم فيه المبحوث بشطب الرقم (٣) الذي يسبقه رقم زوجي في أثناء أدائه على الجزء الخاص بشطب الرقم (٣) الذي يسبقه رقم فردي.

● لتقييم التخطيط

أ- برج هانوي Hanoi Tower

تعريب (نشوة عبدالنواب، ٢٠٠٣)، ويهدف لقياس القدرة على تنظيم سلسلة متعاقبة من الخطوات والأهداف الفرعية والتخطيط بشكل مسبق لها وذلك لإنجاز هدف كلي،

وتحسب الدرجة على هذا الاختبار من خلال حساب زمن الأداء.

ب- اختبار المتاهات

صممه "تيموثي وكارين" (Timothy & Karen, 2007) ترجمة وإعداد (صالح حسن، ٢٠١٠) بهدف تقدير القدرة التخطيطية للمرء عبر قياس زمن الأداء في حالة الوصول لحل صحيح، وتحسب درجة التخطيط من خلال طرح الزمن المستغرق في تتبع مسار الحل في المتاهات المحلولة (أ) من الزمن المستغرق في حل المتاهات غير المحلولة (ب).

● لتقييم المرونة المعرفية

أ- اختبار ويسكونسن لتصنيف البطاقات Wisconsin card sorting test

تأليف "روبرت هيتون وآخرون" (ترجمة: سامي عبدا لقوى، ٢٠٠٢)، ويعد هذا الاختبار من أكثر الطرق فائدة وحساسية في مجال قياس الوظائف التنفيذية، ويطلب من المشارك تصنيف البطاقات وفقا لنظام محدد يتغير كل مرة بتغيير بطاقات التصنيف الأساسية، حيث يقيس الاختبار قدرة التصنيف على أساس معين، والقدرة على استخدام المفاهيم وتحب الدرجة من خلال عدد فئات التصنيف الصحيحة.

ب- اختبار توصيل الدوائر (الجزء ب) Trial making test

وهو اختبار وضعه "رايتان" (Rietan, 1955). ويرتبط الجزء (ب) بعمليات التفرقة بين الحروف والأرقام، وتكامل سلسلتين منفصلتين، والقدرة على تعلم مبادئ التنظيم والتخطيط وحل المشكلات اللفظية، والعمليات العقلية المعقدة والمرونة المعرفية (سامي عبدالقوى، ٢٠٠٢). وتحسب الدرجة على هذا الاختبار من خلال حساب زمن الأداء. ولقد اعتمدت الباحثة في تقدير الكفاءة القياسية لاختبارات الوظائف التنفيذية على عينة من طالبات الجامعة والدراسات العليا والتي تكونت من ٣٠ مشاركة، تراوح المدى العمري لها بين (١٨-٣٠) سنة بمتوسط عمري (٢٥.٤) سنة، وانحراف معياري (٤.٣).

الثبات: تم حساب ثبات اختبارات الوظائف التنفيذية باستخدام طريقة إعادة التطبيق بفاصل زمني (١٥) يوماً، وطريقة ألفاكرونباخ، والجدول التالي يوضح هذه المعاملات.

جدول (٢) معاملات ثبات اختبارات الوظائف التنفيذية

الاختبارات	إعادة التطبيق	ألفاكرونباخ
اختبار ستروب لتسمية الألوان	٠.٧٦	٠.٧٣
اختبار شطب الأرقام المعدل	٠.٧٥	٠.٧٢
برج هانوي	٠.٨١	٠.٧٩
اختبار المتاهات	٠.٧٤	٠.٧٨
اختبار ويسكونسن لتصنيف البطاقات	٠.٨٣	٠.٨٥
اختبار توصيل الدوائر الجزء (ب)	٠.٨٠	٠.٧٨

ويتضح من جدول (٢) أن الاختبارات تتمتع بمعاملات ثبات مرتفعة، وبذلك يمكن الاعتماد عليها في الدراسة الحالية.

الصدق: تم حساب صدق اختبارات الوظائف التنفيذية باستخدام الصدق المرتبط بالمحك كما يتضح بالجدول التالي.

جدول (٣) معاملات الصدق المرتبط بالمحك لاختبارات الوظائف التنفيذية

الاختبارات	ر
اختبار ستروب لتسمية الألوان أو اختبار شطب الأرقام المعدل	٠.٧٩
برج هانوي واختبار المتاهات	٠.٨٢
اختبار ويسكونسن لتصنيف البطاقات واختبار توصيل الدوائر (الجزء ب)	٠.٧٨

ويتضح من جدول (٣) أن معاملات الصدق مرتفعة، مما يشير إلى صدق جميع اختبارات الوظائف التنفيذية وذلك وفقاً للمؤشرات السابقة، حيث التميز بخصائص سيكومترية جيدة تتيح لنا استخدامها في الدراسة الراهنة.

٢- مقياس الشره العصبي

أعد هذا المقياس "ثيلين وآخرون" (Thelen et al., 1996) وقام بترجمته مجدي الدسوقي، ويستخدم هذا المقياس لتقدير السلوكيات التي تتعلق بالشره أو النهم العصبي، وبعد الاختبار أداة صادقة لتحديد الأفراد الذين تنطبق عليهم محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM-TV المتعلقة بالشره العصبي، ويتكون الاختبار من (٢٨) بنداً، وذلك إلى جانب خمس فقرات أخرى لقياس الكذب، ويلى كل منها خمسة اختبارات، ويطلب من المفحوص أن يختار واحدة منها ثم يقوم بوضع دائرة حول الرقم المجاور لتلك العبارة التي اختارها سواء كان (١، ٢، ٣، ٤، ٥)، والتي تتفق مع وجهة نظره أو تنطبق عليه.

وقد استخدم معد الاختبار طريقة إعادة التطبيق على عينة من قوامها (١٠٠) طالبا وطالبة، وبعد خمسة عشر يوماً أعيد تطبيقه مرة أخرى على المجموعة نفسها، وتم التوصل إلى معامل ارتباط قدره (٠.٨٥) وهو معامل ثبات مرتفع ودال إحصائياً، وأيضاً تم حساب معامل ثبات الفاكرونباخ، وتم التوصل إلى معامل ثبات قدره (٠.٩٤) وهو معامل دال إحصائياً عند (٠.٠٠١)، مما يشير إلى توافر شروط الثبات بالنسبة للاختبار.

وقام معد الاختبار بالتحقق من الصدق التلازمي للاختبار، وذلك بحساب معامل الارتباط بين الدرجات التي حصل عليها (٤٠ طالبا، ٢٠ طالبة) على الاختبار الحالي كل على حدة، وبين درجاتهم على اختبار الأكل المعدل إعداد "ولياسون وآخرون" (Williamson et al., 1994) وكان معامل الارتباط (٠.٧٨) وهو معامل ارتباط دال إحصائياً مما يشير إلى صدق تلازمي مرتفع للاختبار، كما تم حساب النسبة الحرجة لدرجات أعلى ٢٥% ودرجات أدنى ٢٥% لمجموعة من طلاب الجامعة (١٠٠ إناث، ١٠٠ ذكور)، فجاءت قيمة النسبة الحرجة (١٤.٤١) بالنسبة للطلاب، و(٢٠.٧٥) بالنسبة للطالبات، وهاتان القيمتان دالتان إحصائياً عند مستوى

(٠.٠١) مما يشير إلى قدرة الاختبارين الأفراد الذين يعانون من الشره العصبي، والأفراد الذين لا يعانون من الشره العصبي (مجدي الدسوقي، ٢٠٠٧، ٢٦٨). وفي إطار الدراسة الحالية قد قامت الباحثة بحساب ثبات المقياس بطريقة إعادة التطبيق بفواصل زمني أسبوعين على عينة من طالبات الجامعة والدراسات العليا (ن=٣٠)، وقد بلغ معامل الارتباط (٠.٨٣) وهو معامل ارتباط مرتفع مما يزيد الثقة في الاختبار، كما تم استخراج قيمة ألفا كرونباخ، والتي قد بلغت (٠.٨١) وهي قيمة مرتفعة. كما قامت الباحثة بحساب صدق الاتساق الداخلي، حيث تم حساب ارتباط درجة كل بند من بنود الاختبار والدرجة الكلية على بقية البنود بعد استبعاد قيمة هذا البند من الدرجة الكلية، وذلك على نفس العينة السابقة، وقد تراوحت معاملات الارتباط بين (٠.٣٦٧) - (٠.٧٧١) وجميعها قيم دال إحصائياً عند (٠.٠١)، ويشير ذلك إلى صدق المقياس بدرجة كافية.

٣- اختبار اتجاهات الأكل

أعد هذا الاختبار "جارنر وجارفينكل" (Garner & Garfinkel, 1994) وترجمه وأعدده في صورته العربية مجدي الدسوقي لقياس فقدان الشهية العصبي، ويتكون الاختبار من ٤٠ بنداً ويلى كل منها ستة اختبارات هي دائماً، عادة، غالباً، نادراً، أبداً، ويطلب من المفحوص أن يجيب على كل بند بوضع علامة (✓) أسفل الاختبار الذي ينطبق عليه.

وقام معد الاختبار بحساب معامل ثبات ألفا باستخدام مجموعة قوامها (١٢٠) طالبة جامعة بمتوسط عمري ١٧.٦، وانحراف معياري ٠.٥٩، وتم التوصيل إلى معامل ثبات قدره (٠.٨٩) وهو معامل ثبات مرتفع ودال إحصائياً، مما يدل على ثبات الاختبار، وأيضاً تم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية، حيث تم تقسيم الاختبار إلى نصفين أحدهما يتضمن العبارات الفردية، والآخر يتضمن العبارات الزوجية، ثم حساب معامل الارتباط بين درجات الطالبات (ن=١٢٠) على العبارات

الفردية، ودرجاتهن على العبارات الزوجية فتم التوصل إلى معامل ارتباط (0.85)، وبعد أن استخدمت معادلة سبيرمان - براون لتصحيح هذا المعامل بلغ (0.92) وهو معامل ثبات مرتفع ودال إحصائياً ويدل على أن الاختبار يتمتع بقدر طيب من الثبات.

وقام معد الاختبار بحساب صدق الإنسان الداخلي، وذلك بحساب ارتباط كل بند من بنود الاختبار بالدرجة الكلية على بقية البنود بعد استبعاد قيمة هذا البند من الدرجة الكلية وذلك على عينة قوامها (150) طالبة جامعة بمتوسط عمري (17.62)، وانحراف معياري (0.53) وقد تراوحت قيم معاملات الارتباط الناتجة بين (0.325)، (0.659) وجميع هذه المعاملات دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 مما يشير إلى اتساق الاختبار وصدق محتواه في قياس ما وضع لقياسه.

وأيضاً قام معد الاختبار بحساب الصدق التمييزي وذلك بتطبيق الاختبار على مجموعة من طالبات الجامعة (ن=200)، وتم حساب الفروق بين أعلى 25%، وأدنى 25% فجاءت قيمة النسبة الحرجة (20.44) وهذه القيمة دالة إحصائياً عند مستوى (0.01) مما يشير إلى قدرة الاختبار على التمييز بين الطالبات اللاتي يعانين من فقدان الشهية العصبي، والطالبات اللاتي لا يعانين من فقدان الشهية العصبي (مجدي الدسوقي، 2007، 383).

وقامت الباحثة بإعادة حساب الثبات والصدق للمقياس على النحو التالي:

تم حساب الثبات بطريقة إعادة التطبيق بفارق زمني أسبوعين (ن=30) وقد كان معامل الارتباط (0.88) وهو معامل ثبات مرتفع ودال إحصائياً. وتم حساب الصدق بطريقة الاتساق الداخلي بين كل بند والدرجة الكلية للمقياس حيث (ن=30)، وكانت معاملات الارتباط تتراوح بين (0.41، 0.79) وهي قيم جميعها داله إحصائياً. ووفقاً للمؤشرات السابقة يتميز هذا الاختبار بخصائص سيكومترية جيدة تتيح لنا استخدامه في الدراسة الحالية.

٤ - استمارة المستوى الثقافي والاقتصادي والاجتماعي

إعداد (محمد البحيري، ٢٠٠٢) وتتكون من (٥٦) بنداً لتقدير المستوى الثقافي والاقتصادي والاجتماعي، وقد قام معد المقياس بحساب الصدق العاظمى من الدرجة الأولى والثانية تبين عنه أربعة عوام كانت المستوى الاقتصادي ومدلولاته الثقافية والاجتماعية، وممتلكات الأسرة وثقافتها، والمستوى الاقتصادي للأسرة، وأيضاً صدق التمييز بين المجموعات، فقد بلغت قيمة "ت" (٣.٥٣) وهى دالة إحصائياً عند (٠.٠١). وتم حساب الثبات وكانت قيمة (٠.٨١) لإعادة التطبيق و (٠.٨٧) للتجزئة النصفية وجميعها قيم داله إحصائياً.

وقد قامت الباحثة بحساب ثبات الاستمارة عن طريق إعادة التطبيق بفواصل زمني أسبوعين (ن=٣٠) وكان معامل الارتباط بين المقياسين (٠.٧٩) وهى داله إحصائياً عند (٠.٠١)، كما تم حساب صدق الاستمارة عن طريق صدق المحك وذلك باستخدام استمارة المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة إعداد (عبدالعزیز الشخصي، ١٩٩٥) حيث بلغ معامل الارتباط (٠.٨١) حيث (ن=٣٠) وهى قيمة داله إحصائياً عند (٠.٠١) مما يدل على صدق الاستمارة.

خامساً: إجراءات الدراسة

لقد تم التطبيق بعد توفير عينة الدراسة من الحالات المترددة على عيادات السمنة والعلاج الطبيعي الخاصة بالطبيبة/ هبة الشوافى غالى بمدينة سيدى غازى، محافظة كفرالشيخ، وبعد الوصف الدقيق لطبيعة الدراسة، وموافقة جميع المشاركين قد قام الباحثة بإجراء مقابلات شبه منظمة، وذلك للحصول على البيانات الأولية عن المريضة، وإقامة علاقة طيبة تسمح للمشاركة بتقديم أفضل ما لديها من أداء، وبعد توافر شروط اختبار العينة، تم تطبيق اختبار برج هانوي، واختبار ستروب لتسمية الألوان، واختبار ويسكونسن لتصنيف البطاقات في الجلسة الأولى ثم فترة راحة تستغرق ١٠ دقائق، وتطبيق اختبار توصيل الدوائر (الجزء ب)، واختبار المتاهات،

د. رشا ناجي بعض الوظائف التنفيذية لدى عينة من مرضى الشره

واختبار شطب الأرقام المعدل في الجلسة الثانية، وذلك في جلسات فردية، وقد استغرقت جلسة التطبيق ساعتين ونصف بالنسبة للعينة السوية، أما عينة المرضى فقد استغرق وقت الجلسة من ٣-٤ ساعات، وقد استمر التطبيق احدى عشر شهرا، ذلك للعينة المرضية، أما عينة الأسوياء فقد أستغرق التطبيق فيها ما يقرب من خمس شهور.

نتائج الدراسة وتفسيرها

وينص الفرض الأول على أنه "توجد فروق دالة بين متوسط درجات مرضى الشره العصبي، والأصحاء في الأداء على اختبارات الوظائف التنفيذية في اتجاه مرضى الشره العصبي". وللتحقق من صدق هذا الفرض تم حساب قيمة "ت" كما يتضح من الجدول التالي .

جدول (٤) قيمة "ت" لدلالة الفروق بين مرضى الشره العصبي والأصحاء على متغيرات الدراسة .

الدلالة	قيمة "ت"	الأصحاء (ن=٣٠)		مرضى الشره العصبي(ن=٣٠)		العينة الاختبارات	المتغير
		ع	م	ع	م		
٠.٠١	٣.٩٣	١٣.٦٥	٣٠.٢	٢٨.٤٨	٩٨.٩١	ستروب لتسمية الألوان	كف الاستجابة
٠.٠١	٩.٤٢	٤٦.٨٤	١٧١.٦٩	١٢١.٢٧	٣٢٤.٤٢	شطب الأرقام المعدل	التخطيط
٠.٠١	٢.٩٨	٩.٦٣	٣٥.٦٢	١٤.٩٤	٧٦.٤٥	برج هانوى	المرونة المعرفية
٠.٠١	٤.١٢	١٢.٥	٤١.١١	٢٥.٣٦	١١٢.٨٣	المتاهات	
٠.٠١	١٦.٧	١٥٧.٧١	٣١٩.٨٢	٢٩٨.٤٣	٨٧٦.٢٢	ويسكونسن لتصنيف البطاقات	المرونة المعرفية
٠.٠١	٢.٥٩	٦٩.٨٢	١١٦.٢٦	١٠٨.٩٢	٢٥٣.٦٤	توصيل الدوائر "الجزء ب"	

يتضح من جدول (٤) تحقق الفرض الأول من حيث وجود فروق دالة في قيمة "ت" عند مستوى "٠.٠١" بين مجموعة مرضى الشره العصبي ومجموعة الأصحاء في كفا الاستجابة، والتخطيط، والمرونة المعرفية، وذلك في اتجاه مرضى الشره العصبي. وهذا يتفق مع دراسة (Backerto, 2016; Stephan et al., 2013). فقد بينت النتائج أن هناك فروق دالة بين مجموعة مرضى الشره العصبي ومجموعة الأصحاء على أداء بعض الوظائف التنفيذية الخاصة بالقدرة على كفا الاستجابة، وذلك من خلال اختبار ستروب لتسمية الألوان، واختبار شطب الأرقام للتمييز بين المجموعتين، حيث كانت استجابات مرضى الشره العصبي ضعيف بشكل واضح وأقل قدرة على كفا الاستجابة من مجموعة الأصحاء.

ويشير ذلك إلى أن مرضى الشره العصبي يواجهون صعوبات في كفا الاستجابة، حيث الصراع بين الآلية والسرعة في الإجابة وذلك بالمقارنة باستجابة الأصحاء، ويمكن تفسير ذلك من خلال أن مرضى الشره العصبي يعانون من ضعف في الكفا المقصود للاستجابات غير المناسبة والذي يظهر بوضوح في السلوكيات اليومية للمريض، وفي التفاعل مع البيئة ومتغيراتها ومتطلباتها التي تحدث بشكل اعتيادي، حيث نجد أن الفرد يحتاج إلى بذل جهد للتغلب على الاستجابات ذات الميل الطبيعي للظهور ومقاومة أفعال يقوم بها الفرد بشكل مستمر في حياته، وهنا يتضح مدى القصور في القدرة على كفا الاستجابة غير الملائمة في مواقف عديدة لمريض الشره العصبي (Beckato, 2016).

كما أشارت النتائج إلى وجود قصور لدى مجموعة مرضى الشره العصبي في القدرة على التخطيط بالمقارنة بمجموعة الأصحاء، وتم استخلاصها من الأداء على اختبار المتاهات، وبرج هانوي كل على حدة بين المجموعتين موضع الاهتمام، فقد عبرت الخطوات التي يتبعها المشارك للوصول للإجابة الصحيحة عن وجود فروق دالة بين المجموعتين وذلك في اتجاه مجموعة مرضى الشره العصبي. ويدعم ذلك

نتائج دراسة (Waalder & Franko, 2005) حيث أثبتت وجود تدهور الوظيفة التنفيذية الخاصة بالقدرة على التخطيط لدى مرضى الشره العصبي بالمقارنة بالأصحاء، وقد يرجع ذلك إلى أن هؤلاء المرضى يواجهون صعوبة في تشكيل قواعد المفهوم المناسب حول الهدف المرغوب الوصول إليه، أي لا تتكون فكرة واضحة لدى مرضى الشره العصبي حول النتيجة النهائية المرجو الوصول إليها. ويشير ذلك إلى أن اضطرابات الشره العصبي يؤدي إلى ضعف القدرة على التخطيط (Marno et al., 2007).

وأيضاً أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً بين مجموعة الشره العصبي ومجموعة الأصحاء في متغير المرونة المعرفية في اتجاه مرضى الشره العصبي، والتي أجريت على الدرجات الخاصة بمقياس ويسكونسن لتصنيف البطاقات، وتوصيل الدوائر "الجزء ب"، وهنا نجد أن مجموعة المرضى لا تستطيع البحث عن قاعدة جديدة يتم التصنيف على أساسها، وصعوبة التوصيل لهذه القاعدة، والذي يمثل مؤشر لتدهور القدرة على المرونة المعرفية لدى مرضى الشره العصبي (Brennan & Garden, 2009). ويمكن تفسير هذه النتيجة من خلال أن مرضى الشره العصبي لديهم مشكلات في التغلب على الانفصال من مهمة ما والتعامل مع مهمة جديدة وذلك عند وجوب التعامل مع المهام الجديدة في ظل مجموعة من المنبهات، وبذلك يتضح مدى تدهور وظيفة المرونة المعرفية لدى هؤلاء المرضى وذلك بالمقارنة بالأصحاء (Casper, 2003).

وهنا نجد أن مرضى الشره العصبي أظهر صعوبات أكثر من الأصحاء في السلوكيات اليومية للوظائف التنفيذية، والتي تتضمن كفاً الاستجابية، التخطيط، المرونة المعرفية، التحكم الإنتباهي (Beckerto, 2016).

وينص الفرض الثاني على أنه "توجد فروق دالة بين متوسط درجات مرضى فقدان الشهية العصبي، والأصحاء في الأداء على اختبارات الوظائف التنفيذية في اتجاه

مرضى فقدان الشهية العصبي" وللتحقيق من صدق هذا الفرض تم حساب قيمة "ت" كما يتضح من الجدول التالي.

جدول (٥) قيمة "ت" لدلالة الفروق بين مرضى فقدان الشهية العصبي والأصحاء على متغيرات الدراسة.

المتغير	الاختبارات	مرضى فقدان الشهية العصبي (ن=٣٠)		الأصحاء (ن=٣٠)		قيمة "ت"	الدلالة
		ع	م	ع	م		
كف الاستجابة	ستروب لتسمية الألوان	٢٦.٩٣	٣٠.٢	١٣.٦٥	٢.٨٠	٠.٠١	
	شطب الأرقام المعدل	٢٥٩.٤٢	٩٨.٨٢	١٧١.٦٩	٧.٩٦	٠.٠١	
التخطيط	برج هانوى	٥٧.٢٨	١٨.٣٥	٣٥.٦٢	٩.٦٣	٠.٠١	
	المتاهات	٨١.٧٣	١٩.٦٤	٤١.١١	٣.١٩	٠.٠١	
المرونة المعرفية	ويسكونسن لتصنيف البطاقات	٥٩١.٨١	١٨٩.٢١	٣١٩.٨٢	١٢.٩	٠.٠١	
	توصيل الدوائر "الجزء ب"	٢٠٦.٩٥	١٠٢.٩١	١١٦.٢٦	٤.٣١	٠.٠١	

يتضح من جدول (٥) تحقق الفرض الثاني من حيث وجود فروق دالة في قيمة "ت" عند مستوى "٠.٠١" بين مجموعة مرضى فقدان الشهية العصبي ومجموعة الأصحاء على أداء بعض الوظائف التنفيذية وذلك في اتجاه مرضى فقدان الشهية العصبي وهذا يتفق مع دراسة (Marno et al.,2007; Gerald et al.,2017). فقد تبين من تحليل درجات المشاركين الخاصة بالأداء على الوظائف التنفيذية التي تم استخلاصها من الاختبارات السابق ذكرها وجود فروق جوهرية في اتجاه مرضى فقدان الشهية العصبي، وذلك في القدرة على كف الاستجابة، والتخطيط، والمرونة المعرفية.

فوجد أن مرضى فقدان الشهية العصبي يعانون من وجود صعوبات في المهارات المعرفية المعقدة، بما في ذلك، صعوبات الذاكرة العاملة، وكف الاستجابة، والمرونة المعرفية، الطلاقة اللفظية، والتخطيط، وصعوبات في تعلم المعلومات الجديدة، حيث أن هؤلاء المرضى لديهم صعوبات في أداء بعض الاختبارات التي تتطلب كثيرا من مصادر التحكم الإنتباهي مثل اختبار ويسكونسن، وستروب لتسمية الألوان، وبرج هانوي (Baldaro et al.,2011).

واتضح من النتائج وجود فروق دالة بين مجموعتي مرضى فقدان الشهية العصبي والأصحاء في متغير كف الاستجابة في اتجاه مرضى فقدان الشهية العصبي ، ويمكن تفسير هذا من خلال أن مرضى فقدان الشهية العصبي أكثر تصلبا في عمليات الانتقال من استجابة إلى استجابة أخرى، كما أن لديهم قصور في القيام بكف مخططات الأفعال القديمة وتبنى الجديد منها، مع إعادة تشكيل سلسلة الاستجابات الموجهة نحو الهدف لتسمح الفعل الصحيح أن يظهر كاستجابة للمتطلبات البيئية (Casper,2003).

وأیضا أظهرت النتائج وجود فروق دالة في اتجاه مرضى فقدان الشهية العصبي بالمقارنة بمجموعة الأصحاء في متغير التخطيط، ويمكن تفسير هذه الفروق من خلال ضعف القدرة على التخطيط عند مرضى فقدان الشهية العصبي، بمعنى أن المريض لا يستطيع أن يقوم بخطوة في سلسلة الخطوات التي يجب أن يتبعها للوصول للحل الصحيح، ويتضح أن هذه الخطوة خاطئة، ولا يدرك المريض هذا الخطأ، فإنه لا يستطيع الاستفادة من العائد، وبناءا عليه لا يقوم بالتصحيح المناسب لهذه الخطوة وما قد يترتب عليها (Rossner & Conway, 2014).

كما أشارت النتائج إلى وجود ضعف لدى مرضى فقدان الشهية العصبي في القدرة على المرونة المعرفية بالمقارنة بمجموعة الأصحاء، ويمكن تفسير هذه النتيجة من خلال أن اضطراب فقدان الشهية العصبي له تأثير على كفاءة أداء القدرة على إدراك

أوجه الشبه والاختلاف التي تجمع بين مختلف العناصر المتوفرة لدى المريض. حيث ان وظيفة المرونة المعرفية تنطوي على عمليات خاصة بالانتقال عبر المهام المختلفة، حيث نجد المريض لديه قصور في القيام بالانتقال بين الفئات التصنيفية المختلفة (Marno et al.,2007).

وينص الفرض الثالث على انه "توجد فروق داله بين متوسط درجات مرضى الشره العصبي، ومرضى فقدان الشهية العصبي في الأداء على اختبارات الوظائف التنفيذية فى اتجاه مرضى الشره العصبي"، والتحقق من صدق هذا الفرض تم حساب قيمة "ت" كما يتضح من الجدول التالي.

جدول (٦) قيمة "ت" لدلالة الفروق بين مرضى الشره العصبي ومرضى فقدان الشهية العصبي على متغيرات الدراسة.

المتغير	العينة الاختبارات	مرضى الشره العصبي(ن=٣٠)		مرضى فقدان الشهية العصبي(ن=٣٠)		القيمة "ت"	الدلالة
		ع	م	ع	م		
كف الاستجابة	ستروب لتسمية الألوان	٢٦.٩٣	٦٣.٩٠	٢٨.٤٨	٩٨.٩١	٥.٩٤	٠.٠١
	شطب الأرقام المعدل	٩٨.٨٢	٢٥٩.٤٢	١٢١.٢٧	٣٢٤.٤٢	١١.٩	٠.٠١
التخطيط	برج هانوى	١٨.٣٥	٥٧.٢٨	١٤.٩٤	٧٦.٤٥	٦.٦٢	٠.٠١
	المتاهات	١٩.٦٤	٨١.٧٣	٢٥.٣٦	١١٢.٨٣	١٣.٤	٠.٠١
المرونة المعرفية	ويسكونسن لتصنيف البطاقات	١٨٩.٢١	٥٩١.٨١	٢٩٨.٤٣	٨٧٦.٢٢	١٩.٢	٠.٠١
	توصيل الدوائر "الجزء ب"	١٠٢.٩١	٢٠٦.٩٥	١٠٨.٩٢	٢٥٣.٦٤	١٦.٤	٠.٠١

يتضح من جدول (٦) تحقق الفرض الثالث من حيث وجود فروق دالة في قيمة "ت" عند مستوى "٠.٠١" بين مجموعة مرضى الشره العصبي ومجموعة فقدان الشهية العصبي في كفا الاستجابة، والتخطيط، والمرونة المعرفية وذلك في اتجاه مجموعة مرضى الشره العصبي. ويتفق ذلك مع (Rossner & Conway, 2014; Gerald et al., 2017) وهنا نلاحظ من خلال النتائج وجود ضعف أكثر لدى مجموعة مرضى الشره العصبي بالمقارنة بمجموعة مرضى فقدان الشهية العصبي وذلك في الأداء على بعض المهام التنفيذية، كما يشير العديد من الأدلة إلى اضطراب الشره العصبي يرتبط باضطرابات سلوكية، ومعرفية، ونفسية وذلك بشكل أكثر وضوحاً من اضطراب فقدان الشهية العصبي (Beckerto, 2016).

وقد أشارت نتائج دراسة "برينان وجاردين" (Brennan & Garden, 2009) إلى أن مرضى الشره العصبي كان أداؤهم أسوأ من مرضى فقدان الشهية العصبي على الاختبارات التنفيذية، حيث يظهر من خلال النتائج عجز القدرة على كفا الاستجابة لدى مرضى الشره العصبي عن مرضى فقدان الشهية ويتضح هذا في صدور استجابات غير المناسبة بشكل أكثر تكراراً، وأيضاً مواجهه صعوبة أكثر في تتبع الاستجابات التي تمت بالفعل (Casper, 2003).

كما يرتبط القصور في القدرة على التخطيط باضطراب الشره العصبي بشكل أكثر دلالة عن اضطراب فقدان الشهية والذي يظهر من خلال وجود عواقب أكثر في استخدام الفكرة كهاديات يوجه بها الأفكار والأفعال، وتعمل كموجه ومعين على الأداء للتخلص من المشكلة. كما تبين من النتائج أن مجموعة مرضى الشره العصبي أظهرت عجزاً أكبر في القدرة على المرونة المعرفية بالمقارنة بمجموعة مرضى فقدان الشهية العصبي، ويتضح ذلك في أداء مجموعة مرضى الشره العصبي الذين أظهرت صعوبة أكثر في الانتقال بين الفئات التصنيفية المختلفة، فانه قد يحدث شكل من

أشكال التداخل، والذي يرجع إلى أن المريض كان يقوم بعملية أخرى على منبهات مماثل في الشكل (Tracy et al.,2006).

وبذلك يتضح وجود تدهوراً أكثر في بعض الوظائف التنفيذية التي اهتمت بها الدراسة الحالية لدى ذوات اضطراب الشره العصبي ثم ذوات اضطراب فقدان الشهية العصبي، حيث تشير البحوث الحديثة إلى وجود صعوبات وظيفية لدى مرضى اضطرابات الأكل، وقد يرجع ذلك لما أثبتته نتائج بعض الدراسات من وجود اضطراب بالمهيد لدى هؤلاء المرضى، وقد أشار "بيكرتو" أن اضطراب هذه المنطقة لها عواقب معرفية دالة، حيث يؤدي إلى اضطراب نقل المعلومات لدى المريض، وبالتالي يسهم في الضعف التنفيذي لديه. كما أن المهاد يشارك في تنظيم الوظائف الحركية، والسلوك، والوظائف المعرفية كالتخطيط، وكف الاستجابة، والمرونة المعرفية. ويمكن أن تتجلى هذه الصعوبات في انخفاض الانتباه، والذاكرة، وسرعة معالجة المعلومات والتي ظهرت بشكل واضح في ضعف الأداء على اختبارات الوظائف التنفيذية لدى مرضى اضطرابات الأكل (الشره العصبي، فقدان الشهية العصبي) بالمقارنة بالأصحاء. (Stebhan et al.,2013 ; Beckerto,2016)

قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية

- أحمد عبدالخالق. (١٩٩٧). فقدان الشهية العصبي. الكويت: مؤسسة الكويت للتقدم العلمي.
- أحمد عكاشة. (٢٠١٠). الطب النفسى المعاصر. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- زينب شقير. (٢٠٠٢). أضرار اضطرابات الأكل. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- سامى عبدالقوى. (٢٠٠٢). أفضلية استخدام اليد وعلاقتها بالوظائف المعرفية لدى عينة من طلبة الجامعة (دراسة نيوروسيكولوجية مقارنة). حوليات كلية الآداب، جامعة عين شمس، ٣٠ (٣)، ١-٥٤.
- سامي عبدالقوى. (٢٠١٠). علم النفس العصبي - الأسس وطرق التقييم، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- شيرل جنسون، أنا كرينج، حوت نيل، جبرالددفيشن. (٢٠١٥). علم النفس المرضى. (ترجمة) أمثال هادى، فاطمة سلام، هناء شويخ، ملك جاسم، نادية عبدالله. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- صالح حسن. (٢٠١٠). زمن الانتقال العصبي بين شقي المخ لدى المبدعين وعلاقته ببعض الوظائف التنفيذية "دراسة على عينة من طلبة الجامعة". رسالة ماجستير، كلية الاداب، جامعة بنى سويف.
- عبدالعزيز الشخص. (١٩٩٥). مقياس المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبدالرحمن العيسوي. (٢٠٠٦). في علم النفس العيادى. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- فاتن قنصوة. (٢٠١٥). بعض أنماط الإضطرابات التنفيذية لدى عينة من أطفال صرع ما بعد السكتة الدماغية والمتعافين منها والأصحاء. المجلة المصرية للدراسات النفسية. ٨٩ (٢٥)، ١-٣٤.
- مجدي الدسوقي. (٢٠٠٧). اضطرابات الأكل (الأسباب - التشخيص - الوقاية). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

- محمد البحيرى.(٢٠٠٢). استمارة المستوى الثقافي والاقتصادي والاجتماعي. القاهرة. مكتبة الأنجلو المصرية.
- محمد النوبي.(٢٠١٠). اضطرابات الأكل لذوى الاحتياجات الخاصة. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- محمد عبدالرحمن.(٢٠٠٠). علم الأمراض النفسية والعقلية"الأسباب- الأعراض- التشخيص- العلاج" (الجزء الثاني). القاهرة: دار قباء للنشر.
- نشوة عبدالنواب.(٢٠٠٣). أداء مرضى العته والطبيين من كبار السن على اختبارات الوظائف التنفيذية. رسالة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة المنيا.
- نوريير سيلافى وآخرون (٢٠٠١). موسوعة علم النفس. (ترجمة) وجيه أسعد. سوريا: منشورات وزارة الثقافة، ١٠٧-١٢٥.
- لويس مليكة.(١٩٩٧). التقييم النيوروسيكولوجي. القاهرة، مطبعة فيكتور كيرلس.

ثانيا: المراجع الأجنبية

- American Psychiatric Association. (1994). **Diagnostic and statistical manual of mental disorder** (4th ed), washing DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2005). **Diagnostic and statistical manual of mental disorder** (4th ed). Washington. DC: American Psychiatric Association.
- Andrea, Banderia de line, Fernanda, Moreira, Marleide da Mota Gomes& Heber Maia filho.(2014). Clinical and neuropsychological assessment of executive function in a sample of children and adolescents with idiopathic epilepsy. **Arquivos de neuro psiquiatria**, 72(12):954-959.

- Baker, J.H., Mitchell, K.S., Neale, M.C. & Kendler, K.S. (2010). Eating disorder symptomatology and substance use disorders: Prevalence and shared risk in a population based twin sample. **International Journal Eating Disorders**, 43, 648–5–658.
- Baldaro, M.; Markus, S.; Mariom, R.; David, L. & Janet, F. (2011). Results assessment of executive function in patients with bulimia nervosa. **European Journal of Nutrition**, (35)2, 310–319.
- Barkely, R.A. (1997). Behavioral Inhibition Sustained Attention, and executive function: Constructing a unifying theory of ADHD, **Psychological Bulletin**, 121(1), 65–94.
- Barkley, R.A. (2006). **Attention deficit hyperactivity disorder: A hand book for diagnosis and treatment** (3 rd ed.). New York: Guilford press.
- Barkley, R.A., & Murphy, K.R. (2010). Impairment in occupational functioning and adult ADHD: The predictive utility of executive function (EF) ratings VS. EF tests. **Archives of Clinical Neuropsychology**, 25, 157–173.
- Beckerto, M. (2016). Comparison between bulimia nervosa and anorexia nervosa of executive function. **Journal of pediatrics**. 49(13), 1752–1763.
- Brennan, L. & Garden. B. (2009). Executive function in eating disorder, **Department of Psychiatry, School of Medicine**, 38(6), 510–521.
- Brooks, S., Prince, A., Stahl, D., Campbell, I.C. & Treasue, J. (2011). A systematic review and meta-analysis of cognitive bias to

food stimuli in people with disorders eating behaviour. **Clinical Psychology Review**, 31(6), 37-51.

- Carlat, D.(2012). **Eating disorder assessment and treatment**, Allyn and Bcon, London.

- Casper, A. (2003). Executive functions eating disorders inpatients. **Journal of International Neuropsychological Society**, 52(4), 455-462.

- Chambers, C.D., Bellgrove, M.A., Stokes, M. G., Henderson, T.R., Garavan,H., Robertson, H.H.(2006).Executive brake failure following deactivation of human frontal lobe. **Journal of Cognitive Neuroscience**,18, 444-455.

- Chan, R.C.K., Shum, D., Touloupoulou, T.& Chan, E.H.(2008). Assessment of executive functions: Review of instruments and identification of critical issues. **Archives of Clinical Neuropsychology**, 23(2), 201-216.

- Charlotte Stark (2000). **All about bulimia nervosa**, The mental Health foundation. Ukoffice, Victoria, London.

- Cooper, M.& Turner, H.(2000). Brief report underlying assumptions and core beliefs in anorexia nervosa and dieting. **British Journal of clinical Psychology**, 39(1), 215-228.

- Day, A.T., Brasher, R. & Bridger, R.S. Mufan, L.M. (2012). Accident proneness revisited: The role of Psychological stress and cognitive failure. **Accident Analysis and prevention**, 49, 532-535.

- Elliott, R. (2003). Executive functions and their disorders. **British Medical Bulletin**, 65, 49-59.

- Fairburn, C., Shafran, R. & Cooper, Z.; Alransonl.(1999).A Cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. Behaviour Research and Therapy, 37(9), 1–13.
- Garner, D.M. & Garfinkel, P.E.(1999).**The eating attitudes test:** An index of the symptoms of anorexia nervosa. New York, The free press.
- Gerald, N.; K. Thand. L.; Morrison, B.& Tune, F.(2017). Deficits in oculomotov performance in patients with eating disorders. **Applied Neuropsychology**, 18(2), 407–416.
- Ghaderi, A.& Scott, B.(2011). Prevalence, incidence and prospective risk factors for eating disorders. **Acta Psychiatry scand**, 8(104), 122–130
- Keel, P., Gravener, A., Joiner, T.& Headt, A.(2010). Twenty year follow up of bulimia nervosa and related eating disorders not otherwise specified. **International Journal of Eating Disorders**, 43(2), 492–497.
- Lask & Bryant. (2008). **Eating disorder in childhood Washington DC**, American Psychological Association.
- Laura Zamarian, Eugen Trinkka, Elisabeth Bonatti, Giorgi Kuchukhidze.(2011). Executive function. **Epilepsy Research and Treatment**, volume 2011, Article ID696179,11 pages.
- Loas, B.; Procelli, A.; Guilbaud, L.& Perez, F.(2010). Neuropsychological assessment in female patients with eating disorders. **Brain Injury**, 27(8), 403–407.

- Marno, K.; Reidal, N.; Tienal, M.& Lurao, B. (2007). The relation between executive function and eating disorder. **Psychiatry Research**, 83(3), 277-286.
- Murray, T.(2013). Wait not, factors contributing to the development of nervosa and bulimia nervosa. **The Family Journal**. Counseling and Therapy for Couples and Families, 11(3), 276-280.
- Phillips, L. (1997). Do frontal test measure executive function? issues of assessment and evidence from fluency tests. **Methodology of Frontal and executive Function**, 56(3), 191-213.
- Root, T.L., Rinheiro, A.P., Thornton, L., Strober, M., Brindt, H. (2010). Substance use disorders in woman with anorexia nervosa. **International Journal of Eating Disorders**, 43,14-21.
- Rossner, L.; Conway, B.(2014). Measurement of executive function in female students with eating disorder. **Applied Neuropsychology**, 36(2), 764-772.
- Rynlister (2005). The Etiology of anorexia nervosa and Bulimia nervosa. **European Juropean Journal of Nutrilion**, (4). 19-30.
- Sullivan, E., Fama,R., Rosenbloom, M.& Pfeffersaum, A.(2002). A profil of neuropsychological deficits in Alcoholic woman, **Neuropsychology**, 16(1), 74-83.
- Stephan, A.; Grilletti, B.; Guilbaud, F.& Butcher, L. (2013). The effect of bulimia nervosa disorder on executive function in adolescents. **Neurological Science**, 34(5), 374-382.
- Tracey, A.; Bruce, N.; Geir, A.; Joshua H.& Thomas L.(2006) Cognitive, executive function and psychosocial problems in woman

with eating disorders. **National Institutes of Health**, 50(7), 976–956.

– Treat, T.A.& Viken, R.J. (2010). Cognitive processing of weight and emotional information in disordered eating. **Current Directions in Psychological Science**, 19(2), 81–85.

– Waaler, S.& Franko, A. (2005). Assessment of executive functions in student of eating disorders. **International Journal of Eating Disorders**, 39(4), 53–60.

Some of the Executive Functions in a sample of Patients with Bulimia, Anorexia Nervosa, and Healthy individuals

Dr. Rasha Nagy Mohamed

Faculty of Art – University of Kafr El-Sheikh

Abstract:

This study aimed to investigate some of the executive functions in patients with bulimia, anorexia nervosa, and healthy individuals from females and the comparison between them. The study has been conducted on a sample (n=60) of patients (30 Bulimia nervosa patients, and 30 Anorexia nervosa patients), and an equivalent sample of healthy individuals (n=30), and between the ages of (18–30) years old. And dish them some of executive functions tests, including: (1) The ability to response inhibition: Stroop color tests, and revised write off numbers tests, and (2) Planning tests: Hanoi Tower test and Mazes test, and (3) Cognitive flexibility tests: Wisconsin card sorting test, and trail making test. The results of the study are that there are significant differences between the three samples on executive functions tests, it was found that bulimia nervosa patients are less capable of response inhibition, planning, and cognitive flexibility than anorexia nervosa patients and healthy individuals, as well as showing that anorexia nervosa patients have less ability to response inhibition, planning, and cognitive flexibility than healthy individuals.

Keywords: Executive functions, Bulimia nervosa, and Anorexia nervosa.