المرونة المعرفية كمتغير منبئ بالأداء الاجتماعي لدى ذوي اضطراب الفصام

د. سليمان محمد سليمان محمد (*)

ملخص الدراسة:

استهدفت الدراسة الحالية التعرف على العلاقة بين المرونة المعرفية والأداء الاجتماعي لدى عينة من ذوي اضطراب الفصام، وكذلك التنبؤ بالأداء الاجتماعي من خلال مستوى المرونة المعرفية، إلى جانب الوقوف على الفروق في هذين المتغيرين تبعًا لبعض المتغيرات الديموغرافية (النوع، والحالة الاجتماعية، ومستوى التعليم)، اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي الارتباطي، وتكونت عينة الدراسة من (٣١) مريضًا بالفصام من مستشفى الصحة النفسية بسوهاج، تراوحت أعمارهم بين(٢٠ إلى ٤٥)عامًا، واستخدمت مقياس المرونة المعرفية، ومقياس الأداء الاجتماعي بأبعاده (الانسجام، والتواصل، والاستقلال، والتفاعل). كشفت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيًا بين المرونة المعرفية وكل من بُعدي (الاستقلال، والتفاعل)، وكذلك الدرجة الكلية للأداء الاجتماعي. كما تبين أن المرونة المعرفية تُعد متغيرًا منبئًا دالًا بمستوى الأداء الاجتماعي، وظهر أن الإناث سجلن درجات أعلى دلالة على بُعد الاستقلال فقط. بينما لم تظهر فروق دالة تبعًا لمتغيري الحالة الاجتماعية أو المستوى التعليمي، وقد فسرت الدراسة هذه النتائج في ضوء النماذج النظرية والإنتاج النفسي السابق.

كلمات مفتاحية: اضطراب الفصام، المرونة المعرفية، الأداء الاجتماعي، متغير منبئ.

(*) مدرس علم النفس بكلية الآداب- جامعة سوهاج.

(١) مقدمة:

يُعد اضطراب الفصام من أشد الاضطرابات العقلية تعقيدًا وتأثيرًا في حياة الفرد، حيث يصنّف ضمن فئة الاضطرابات الذهانية المزمنة التي تؤثر في بنية التفكير، والإدراك، والانفعال، والسلوك، والتفاعل الاجتماعي، ويتسم هذا الاضطراب بوجود مجموعة من الأعراض الموجبة كالهلوسة والضلالات، والسالبة كالتبلد الوجداني، وضعف المبادرة، فضلًا عن أعراض معرفية تؤثر في الأداء التنفيذي للفرد، وتُعد هذه الأعراض مصدرًا مباشرًا للاضطراب في التواصل والعلاقات الاجتماعية (American Psychatry Assocation, 2022).

وتبرز أهمية الوظائف المعرفية العليا، ومنها المرونة المعرفية، في تفسير كثير من مظاهر التوافق النفسي والاجتماعي لدى مرضى الفصام، حيث تُعرف المرونة المعرفية بأنها قدرة الفرد على تعديل استجاباته أو تغيير خططه في مواجهة المواقف الجديدة أو غير المتوقعة، وهي أحد مكونات الوظائف التنفيذية التي تمكّن الشخص من التفكير البديل والتوافق مع المتغيرات (Martin& Rubin, ٢٠٢١؛ زهران، ٢٠٢٣). وقد كشفت دراسات حديثة أن مرضى الفصام يعانون من مستويات منخفضة من المرونة المعرفية، ما يؤثر سلبًا على تفسيرهم للمواقف الاجتماعية، وقدرتهم على التواصل الفعّال، وإدارة العلاقات الاجتماعية (Bonfils etal., ٢٠١٨).

أما الأداء الاجتماعي، فيمثل بُعدًا أساسيًا في تقييم جودة الحياة والاندماج في المجتمع، ويُقصد به قدرة الفرد على إقامة علاقات اجتماعية ناجحة، والمحافظة على سلوكيات مقبولة اجتماعيًا، وتحقيق درجة من الاستقلال والتفاعل والانسجام مع الآخرين، ويُعد الأداء الاجتماعي من أكثر الجوانب تأثرًا في مرضى الفصام، حيث تشير البحوث إلى تدني قدرتهم على التفاعل والتواصل بشكل يتماشى مع معايير السياق الاجتماعي، مما يؤدي إلى انعزالهم اجتماعيًا (Addington& Addington, ٢٠١٩).

وتُظهر نتائج المتابعات العيادية أن كثير من المصابين بالفصام لا يعانون فقط من أعراض ذهانية حادة، بل يتعايشون مع ضعف واضح في الأداء الاجتماعي، مما يجعلهم أكثر عرضة للعزلة الاجتماعية، وضعف جودة الحياة، وصعوبة الاندماج المهني والأسري، وقد أشارا أدينجتون وأدينجتون

on Addington& Addingt(٢٠١٩) أن الأداء الاجتماعي لدى مرضى الفصام يشكل عاملًا حاسمًا في تحديد مدى استقلالهم وتحقيقهم للتعافي طويل المدى.

وقد أشارت دراسة بونفيلس وزملاؤه (Bonfils et al., 2018) إلى أن الانخفاض في مرونة التفكير قد يكون سببًا مباشرًا في ضعف الأداء الاجتماعي لدى هذه الفئة، حيث يواجه الأفراد صعوبة في تقبل التغيير، أو في استخدام استراتيجيات بديلة للتعامل مع المشكلات الاجتماعية، مما يؤدي إلى تكرار سلوكيات غير توافقية وفقدان القدرة على التفاعل مع المحيط.

كما أظهرت مراجعة الإنتاج النفسي السابق أن أغلب البحوث ركزت على العلاقة بين أعراض الفصام والوظائف الاجتماعية، أو بين الذكاء والانتباه والتوافق، دون التركيز على المتغيرات المعرفية الديناميكية مثل المرونة المعرفية، التي يمكن أن تسهم بصورةٍ تنبؤيةٍ في فهم الأداء الاجتماعي (Waltz et al., 2020؛ زهران، ٢٠٢٣).

وقد دعمت نتائج حديثة هذا التوجه؛ حيث أوضحت دراسة (Park et al., 2024) أن التغيرات في الاتصال الوظيفي بين مناطق الدماغ الأمامية والجدارية ترتبط بشكل مباشر بضعف في المرونة المعرفية، مما ينعكس سلبًا على الأداء الاجتماعي لدى مرضى الفصام في المراحل المبكرة والمزمنة، كما بينت نتائج تحليل شبكي حديث أن المرونة المعرفية تتوسط العلاقة بين الأعراض السلبية والقدرة على التفاعل الاجتماعي، مما يشير إلى أهميتها كمتغير تنبؤي في تفسير التباين في الأداء الاجتماعي (Li etal., 2025).

كذلك، أشارت دراسة حديثة إلى أن الأنماط الفرعية للضعف التنفيذي في الفصام، والتي تتضمن انخفاض المرونة المعرفية، ترتبط بتباينات واضحة في الخصائص البنائية للدماغ ومستويات الأداء الاجتماعي، الأمر الذي يعزز من قيمة هذا المتغير في بناء نماذج تفسيرية أكثر دقة (Zhang etal., 2025). هذه النتائج توضح أن المرونة المعرفية ليست مجرد وظيفة معرفية منفصلة، وإنما تعد مكونًا أساسياً في التنبؤ بجودة الأداء الاجتماعي وفعالية التوافق في الحياة اليومية لمرضى الفصام.

في ضوء ذلك، فإن الدراسة الحالية تستمد مشروعيتها من أهمية تسليط الضوء على العلاقة بين المرونة المعرفية والأداء الاجتماعي لدى مرضى الفصام، لا من

منظور وصفي فقط، بل من خلال تحليل تنبؤي يوضح إلى أي مدى يمكن للمرونة المعرفية أن تفسر مستوى الأداء الاجتماعي، مع تحليل أثر بعض المتغيرات الديموغرافية في هذه العلاقة، بما يعزز من البناء العلمي لنماذج التدخل الإكلينيكي المستندة إلى الأدلة، بما يسهم في بناء تصور علمي قائم على أسس نفسية عصبية واضحة حول العلاقة بين المتغيرين.

مشكلة الدراسة

إن اضطراب الفصام لا يقتصر على الأعراض الإيجابية أو السلبية، بل يمتد ليشمل تدهورًا ملحوظًا في العمليات المعرفية العليا، وعلى رأسها الوظائف التنفيذية، التي تشمل الانتباه، والتخطيط، واتخاذ القرار، والمرونة المعرفية (Waltz et al., 2020). ويُعد ضعف المرونة المعرفية من المظاهر البارزة التي تعيق قدرة المريض على التعامل مع المتغيرات اليومية، وتُضعف من استجابته للمواقف الاجتماعية المتكررة أو الجديدة، وهو ما ينعكس سلبًا على جودة تفاعله مع الآخرين.

في السياق نفسه، يتأثر الأداء الاجتماعي لدى مرضى الفصام بشكل كبير بالقدرات المعرفية، وليس فقط بالأعراض الذهانية، حيث بيّنت الأدبيات أن كثيرًا من المرضى الذين يعانون من الدرجة نفسها من شدة الأعراض يختلفون جوهريًا في قدرتهم على الحفاظ على تواصل فعّال أو الاستقلال في العلاقات، مما يُشير إلى أن عوامل معرفية – ومن بينها المرونة المعرفية – قد تُفسِّر هذا التباين (Addington & Addington, 2019؛ زهران، ٢٠٢٣). وبالتالي، فإن استكشاف العلاقة بين المرونة المعرفية والأداء الاجتماعي قد يسهم في الكشف عن آليات معرفية أعمق تسهم في تشكيل الفروق الفردية في التفاعل والأداء الاجتماعي.

وقد كشفت تقارير المتابعة الإكلينيكية أن ضعف الأداء الاجتماعي يمثل أحد أكبر العوائق التي تحدّ من فاعلية برامج التأهيل النفسي والاجتماعي لمرضى الفصام، حيث يرتبط هذا الضعف بعدم استقرار العلاقات، وضعف فرص العمل والاستقلالية (Sheehan et al., 2021). ومن ثم، فإن فَهم العوامل المعرفية المؤثرة في الأداء الاجتماعي يُعد ضرورة إكلينيكية لا غنى عنها لتصميم تدخلات أكثر فاعلية.

تشير الأدلة العصبية المعرفية إلى أن المرونة المعرفية ترتبط بوظائف الفص الجبهي الأمامي (Prefrontal Cortex) والدوائر العصبية المرتبطة به مثل القشرة الحزامية الأمامية (Anterior Cingulate Cortex)، وهي مناطق أظهرت دراسات التصوير العصبي انخفاضًا ملحوظًا في نشاطها لدى مرضى الفصام، مما يفسر ضعفهم في تعديل الاستجابات والتخطيط واتخاذ القرارات الاجتماعية المناسبة (Millan etal., 2022؛ Wang etal., 2024). ومن ثم فإن الاضطراب العصبي في هذه الشبكات يمثل آلية مركزية تفسر العلاقة بين تدني المرونة المعرفية وضعف الأداء الاجتماعي.

وتُعد المرونة المعرفية من المهارات القابلة للتدريب والتعديل، ما يجعلها من الأهداف الواعدة في خطط العلاج المعرفي السلوكي لمرضى الفصام، فإذا ما ثبت أن لها دورًا تنبؤيًا مباشرًا في الأداء الاجتماعي، فإن ذلك سيفتح الباب أمام نماذج علاجية تركز على تعزيز هذه المهارة لتحسين جودة الحياة الاجتماعية للمريض، وتقليل العبء الأسري والمجتمعي (Martin & Rubin, 2021).

وعلى الجانب التطبيقي، أظهرت دراسة تجريبية حديثة أن برامج التدريب المعرفي الموجهة نحو تعزيز المرونة المعرفية قد أسهمت في تحسين التفاعل الاجتماعي وتقليل مشاعر العزلة لدى مرضى الفصام (Kim & Johnson, 2025). وهو ما يدعم الاتجاه العلاجي القائم على استهداف المتغيرات المعرفية الديناميكية كمدخل أساسي لتحسين الأداء الاجتماعي، بدلاً من الاقتصار على السيطرة على الأعراض الذهانية.

وفي ضوء ما تقدم من عرض نظري وتحليل للأدبيات، يمكن بلورة مشكلة الدراسة الحالية في أن وجود ضعفًا معرفيًا واضحًا لدى مرضى الفصام، يظهر بشكل خاص في ضعف المرونة المعرفية، وهو ما قد ينعكس سلبًا على أدائهم الاجتماعي، ورغم ما أُنجز من دراسات اهتمت بالأداء الاجتماعي أو بعض الأعراض المعرفية في هذه الفئة، فإن العلاقة التنبؤية بين المرونة المعرفية والأداء الاجتماعي لم تُدرس بعمق كافٍ في السياق العربي.

وبناء عليه؛ يمكن صياغة مشكلة البحث الحالي في التساؤلات التالية:

١- هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين متوسط درجات عينة الدراسة من ذوي اضطراب الفصام على مقياس المرونة المعرفية ومتوسط درجاتهم على مقياس الأداء الاجتماعي؟

٢- هل يمكن التنبؤ بالأداء الاجتماعي من خلال درجة المرونة المعرفية لدى عينة الدراسة من ذوي اضطراب الفصام؟

٣- هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات أفراد العينة من ذوي اضطراب الفصام على مقاييس (المرونة المعرفية، والأداء الاجتماعي)، تعزى إلى متغيرات (النوع، والحالة الاجتماعية، ومستوى التعليم)؟

(٣) أهداف الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى ما يلي:

١- فهم طبيعة العلاقة بين المرونة المعرفية والأداء الاجتماعي لدى ذوي اضطراب الفصام.

٢-التنبؤ بالأداء الاجتماعي من خلال المرونة المعرفية لدى ذوي اضطراب الفصام.

٣- تفسير الفروق المتوقعة بين ذوى اضطراب الفصام في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية (النوع، ومستوى التعليم، والحالة الاجتماعية) في المرونة المعرفية والأداء الاجتماعي لدى ذوي اضطراب الفصام.

(٤) أهمية الدراسة:

تبرز أهمية الدراسة الحالية في عدة نقاط أهمها:

(أ) الناحية النظرية: تكمن في التعرض لواحد من المتغيرات المعرفية (المرونة المعرفية) المؤثرة في مدى تطور استجابة الأفراد نحو الأداء الاجتماعي، والمرونة في القدرة على تطوير الأداء المعرفي لتقييم المواقف الاجتماعية المتصلة بتفاعله مع المحيطين وتحقيق الاستجابة المرغوبة والمؤثرة في التواصل والتفاعل مع المحيطين؛ وما يمثله ذلك من إثراء للتراث الإكلينيكي حول كيفية تنظيم الاستجابة المعرفية لتسهيل عملية التواصل والتفاعل الاجتماعي.

(ب) الناحية التطبيقية: تتيح نتائج الدراسة للقائمين على تطوير خطط الرعاية الصحية لمرضى الفصام في المؤسسات الحكومية والخاصة من وضع البرامج العلاجية الخاصة بتطوير الأداء الاجتماعي، بما يحقق فاعلية تلك البرامج في

مساعدة ذوي اضطراب الفصام على التوافق النفسي والاجتماعي وزيادة القدرة على ضبط التواصل والتفاعل مع المحيطين.

(٥) مفاهيم الدراسة والأطر النظرية المفسرة لها:

أولاً : مفهوم اضطراب الفصام:

يُعرف اضطراب الفُصام (Schizophrenia) في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، الإصدار الخامس المراجع (APA; 2022)، بأنه اضطراب عقلي مزمن وشديد، يتسم بوجود خلل جوهري في واحد أو أكثر من مجالات الأداء الذهني الأساسية، تشمل: الإدراك، والتفكير، والانفعالات، واللغة، والسلوك الحركي، والوظائف الاجتماعية.

ويُشخّص الفصام بناءً على وجود اثنين أو أكثر من الأعراض التالية، على أن يكون أحدها على الأقل من الأعراض الثلاثة الأولى، وتستمر لمدة زمنية معتبرة خلال فترة شهر واحد (أو أقل إذا ما تم علاجه بنجاح):

١. الضلالات : معتقدات خاطئة وثابتة لا تتغير رغم وجود أدلة مناقضة.
٢.الهلوسات: تجارب حسية دون منبه خارجي، وغالبًا ما تكون سمعية.
٣. الكلام غير المنظم: مظهر لاضطراب في التفكير، ويظهر في تفكك الحديث أو الانحراف المفاجئ عن الموضوع.
٤. السلوك غير المنظم أو التهيجي بشكل واضح .
٥. الأعراض السالبة: مثل التسطح الوجداني، قلة الكلام (الفقر في الكلام)، أو انعدام الإرادة.

ولتشخيص اضطراب الفصام، يجب أن تستمر العلامات للاضطراب لمدة لا تقل عن ستة أشهر، تتضمن شهرًا واحدًا على الأقل من الأعراض النشطة (الضلالات، والهلاوس، أو الكلام غير المنظم)، مع حدوث تدهور كبير في مستوى الأداء الاجتماعي أو المهني أو الذاتي مقارنة بالمستوى السابق.

يُعد اضطراب الفُصام من أشد الاضطرابات النفسية إعاقة وتعقيدًا، ويُصنّف ضمن فئة الاضطرابات الذهانية المزمنة. يتسم هذا الاضطراب بخلل عميق في التفكير والإدراك والانفعال والسلوك والوظائف الاجتماعية، ويُسبب تدهورًا ملحوظًا في الأداء الشخصي، والمهني، والوظيفي.

وتشمل الأعراض الموجبة، الضلالات، والهلاوس، والاندفاعية السلوكية، والانفصال عن الواقع. وهي مظاهر إضافية على الوظائف العقلية الطبيعية، وتتضمن الأعراض السلبية الانسحاب الاجتماعي، والفقر الوجداني، والفقر في الكلام، وانعدام الإرادة، وهي تعكس فقدان وظائف معرفية وانفعالية، ويُظهر مرضى الفصام خللًا في الانتباه، وضعف الذاكرة العاملة، وبطء المعالجة المعرفية، وخللًا واضحًا في المرونة المعرفية والوظائف التنفيذية (Barch & Ceaser, 2019).

الخصائص العصبية المعرفية لذوي اضطراب الفصام

يعاني مرضى الفصام من اضطرابات في الشبكات الدماغية الجبهية الجدارية (NetworkFrontoparieta l)، وخلل في نشاط الفص الجبهي، مما يؤثر سلبًا على التوافق المعرفي والسلوكي (Perlstein et al., 2001).

كذلك، يُلاحظ وجود ضعف في تكامل العمليات المعرفية الضرورية للتخطيط، والتقييم، واتخاذ القرار، يجعل هذا الخلل الفرد غير قادر على التنبؤ بنتائج أفعاله، أو تعديل سلوكياته وفقًا لتغير الموقف، وأن مسار المرض يختلف بين الأفراد؛ فبعض المرضى يُظهرون تدهورًا معرفيًا حادًا منذ بداية المرض، بينما يُصاب آخرون بتدهور تدريجي، وتنعكس هذه الفروق على نوعية التفاعل الاجتماعي والاستقلالية الوظيفية (Reichenberg et al., 2009).

تبرز أهمية عدم التعامل مع الفصام بوصفه اضطرابًا واحدًا جامدًا، بل كطيف معرفي وسلوكي متعدد الأبعاد، كما يعاني المرضى من صعوبات في تفسير الإشارات الاجتماعية والانفعالية، وفهم نوايا الآخرين، مما يؤدي إلى انسحاب اجتماعي أو استجابات غير ملائمة. وتشير أبحاث "المعرفة الاجتماعية" إلى أن خلل المعالجة السياقية لدى مرضى الفصام يُفقدهم القدرة على استخدام السياق لفهم المواقف والتصرف بشكلٍ مرنٍ (Pinkham et al., 2014).

أظهرت الدراسات الحديثة أن اضطراب الفصام يتسم بوجود أنماط فرعية متعددة للخلل المعرفي، خاصة في الوظائف التنفيذية مثل الانتباه والمرونة المعرفية، حيث بيّنت نتائج التحليلات الحديثة أن هذه الأنماط ترتبط باختلافات مورفولوجية في الدماغ، بما يعكس الطبيعة غير المتجانسة للاضطراب. ومن ثم،

فإن فهم هذه الأنماط يسهم في توجيه التدخلات العلاجية لتكون أكثر دقة وملاءمة لاحتياجات المريض (Chen et al., 2025).

كما أوضحت الأبحاث المعاصرة أن التدهور في الأداء الاجتماعي لدى مرضى الفصام لا يُعزى فقط إلى الأعراض الذهانية التقليدية، بل يرتبط بشكل وثيق بضعف المعرفة الاجتماعية والقدرة على تفسير الإشارات الانفعالية، وقد أشارت مراجعة منهجية حديثة إلى أن تطوير أدوات تقييم ذات صلاحية بيئية عالية يمكن أن يعكس بصورة أكثر دقة التحديات التي يواجهها المرضى في حياتهم اليومية، مما يعزز من فعالية برامج التأهيل النفسي والاجتماعي (Roberts et al., 2025).

ويمكن القول أن الفصام يُعد اضطرابًا يضرب في جوهر تكامل الشبكات المعرفية والوجدانية، فقد أظهرت دراسات التصوير العصبي انخفاضًا في نشاط في مناطق الدماغ المسؤولة عن التنظيم التنفيذي، والتعاطف، والتكامل الاجتماعي (Green et al., 2015). كما ثبت وجود خلل في نظام الدوبامين، الذي يُعد محوريًا في المعالجة المعرفية والمكافأة والسلوك الاجتماعي.

(ثانيًا) مفهوم المرونة المعرفية:

تشير المرونة المعرفية إلى قدرة الفرد على تعديل تفكيره أو استجاباته في مواجهة المواقف الجديدة أو غير المتوقعة، والتبديل المرن بين أنماط معرفية متعددة أو استراتيجيات ذهنية مختلفة وفقًا لمتغيرات السياق (Dajani & Uddin, 2022). وتُعد هذه القدرة جزءًا أساسيًا من الوظائف التنفيذية المرتبطة بالقشرة الدماغية الجبهية، وتؤدي دورًا مهمًا في حل المشكلات، واتخاذ القرار، وتنظيم السلوك، والقدرة على التوافق النفسي والاجتماعي.

وتنبع أهمية هذا المتغير من كونه أحد المؤشرات الجوهرية على كفاءة التنظيم المعرفي والتوازن الانفعالي، إذ يرتبط ارتباطًا وثيقًا بالقدرة على التراجع عن الأفكار غير الفعالة، وتبنّي وجهات نظر جديدة، وإعادة توجيه الانتباه والموارد المعرفية حسب الحاجة (Ionescu, 2017). ويُمثل ضعف المرونة المعرفية مؤشرًا على جمود التفكير والتصلب المعرفي، وهما سِمتان تظهران بوضوح في عدة من اضطرابات نفسية وعصبية، وعلى رأسها اضطراب الفصام.

وقد أظهرت تقنيات التصوير العصبي الوظيفي أن الأفراد الذين يمتلكون مستويات عالية من المرونة المعرفية يُظهرون نشاطًا مرتفعًا ومنسقًا في هذه الشبكات أثناء المهام التي تتطلب تبديلًا ذهنيًا أو تخليًا عن استجابات سابقة غير مناسبة في المقابل، يُلاحظ أن مرضى الفصام يعانون من انخفاض في تكامل هذه الشبكات العصبية، مما ينعكس على سلوكهم المعرفي في شكل جمود ذهني واستجابات غير توافقية (Zheng et al., 2020).

وتُعد المرونة المعرفية عملية متعددة الأبعاد تعكس قدرة الفرد على التكيف مع المواقف المتغيرة من خلال عدة مكونات مترابطة. فمن ناحية، تشير المرونة الإدراكية إلى قدرة الفرد على تعديل إدراكه الحسي وإعادة تفسير المثيرات تبعًا للمدخلات الجديدة، بما يتيح فهمًا أكثر دقة للسياق المحيط (Dajani & Uddin, 2022). أما المرونة الانتباهية فتتمثل في إمكانية نقل بؤرة الانتباه بين مثيرات أو مهام مختلفة بطريقة متوافقة، وهو ما يعكس كفاءة النظام التنفيذي في إدارة الموارد المعرفية (Ionescu, 2017). كما يُعد التحول المعرفي بعدًا جوهريًا، إذ يعبر عن القدرة على الانتقال المرن بين أنماط ذهنية أو استراتيجيات معرفية متنوعة، بما يساعد على التعامل مع مواقف جديدة أو معقدة دون الوقوع في جمود معرفي (Dajani& Uddin, 2022). وأخيرًا، تعكس المرونة الاستراتيجية قدرة الفرد على تعديل خططه أو أساليبه الذهنية استنادًا إلى نتائج الأداء أو تغير متطلبات الموقف، وهي بذلك تمثل عنصرًا محوريًا في حل المشكلات واتخاذ القرار (Ionescu, 2017). وتكمن أهمية هذه الأبعاد في كونها تسهم مجتمعة في صياغة استجابة معرفية فعّالة، إلا أن هذه القدرات تتعرض لخلل ملحوظ لدى مرضى الفصام، حيث يظهر لديهم صعوبة في التبديل بين المهام أو تبني استراتيجيات جديدة، مما يؤدي إلى جمود معرفي واضطراب في التفاعل الاجتماعي (Zheng etal., 2020).

يُظهر مرضى الفصام صعوبة في التبديل بين المهام، أو التخلي عن الأفكار الجامدة، أو تعديل الاستجابات بناءً على الموقف ويُعد هذا الضعف أحد المؤشرات العصبية المعرفية الأساسية في تشخيص المرض وتتبعه (Gould et al., 2021).

وتُعزى هذه الصعوبات إلى خلل وظيفي في القشرة الدماغية الجبهية، وتحديدًا في مناطق التحكم التنفيذي، كما يرتبط ذلك بنقص التوصيل الوظيفي بين

الشبكات الدماغية المسؤولة عن التوافق المعرفي وقد كشفت الدراسات أن هذه الإعاقات تُسهم في ضعف التفاعل الاجتماعي، وسوء اتخاذ القرار، وتدهور نوعية الحياة لدى مرضى الفصام (Kim et al., 2023).

ولا تقتصر المرونة المعرفية على الجانب المعرفي فقط، بل تتعداه لتشمل القدرة على التنظيم الانفعالي، وضبط السلوك، والتفاعل مع الآخرين بمرونة، مما يُسهم في التوافق الفعال مع مواقف الحياة المختلفة وتشير الأدبيات إلى أن الأفراد ذوي المرونة المعرفية المرتفعة يتمتعون بمستويات أقل من الضغط النفسي، وأكثر قدرة على التعافي من الأزمات (Martin & Ochsner, 2021).

ويؤدي غياب هذه القدرة – كما في حالات الفصام – إلى اختلال في الأداء الشخصي والاجتماعي، وضعف المشاركة المجتمعية، وصعوبة التفاوض في المواقف اليومية، مما يجعل تعزيز هذا المتغير هدفًا أساسيًا في برامج التأهيل النفسي المعرفي العصبي لمرضى الفصام.

(ثالثًا) مفهوم الأداء الاجتماعي:

يُعد الأداء الاجتماعي من المفاهيم الأساسية في علم النفس، ويشير إلى قدرة الفرد على التفاعل بفعالية مع الآخرين والوفاء بالمتطلبات الاجتماعية اليومية ضمن بيئته الأسرية والمهنية والمجتمعية ويتضمن الأداء الاجتماعي جوانب متعددة مثل :تكوين العلاقات، و الحفاظ على الأدوار الاجتماعية، وتحمل المسؤوليات، والتصرف وفقًا للمعايير الاجتماعية السائدة (Green et al., 2019). ويُعرّف الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية (APA,2013) الأداء الاجتماعي ضمن معايير التقييم الوظيفي باعتباره مدى كفاءة الفرد في العلاقات الاجتماعية والمهنية كما يُنظر إليه بوصفه مؤشراً لمدى التوافق النفسي للفرد، وقدرته على إدارة علاقاته، والتفاعل مع ضغوط الحياة اليومية بطريقة توافقية.

يرتبط الأداء الاجتماعي ارتباطًا وثيقًا بالمهارات المعرفية والانفعالية، حيث يتطلب فهمًا للسياق الاجتماعي، وتفسيرًا دقيقًا لسلوكيات الآخرين، وردود أفعال منضبطة انفعاليًا ويمثل تراجع الأداء الاجتماعي عرضًا شائعًا في عدة

اضطرابات نفسية، وعلى رأسها الفصام، حيث يرتبط عادةً بالانسحاب، والافتقار إلى المبادرة، وضعف التوافق العام.

كما يُعد تدهور الأداء الاجتماعي من السمات الجوهرية في الفصام، إذ يعاني المرضى من ضعف في القدرة على إقامة علاقات، أو فهم الإشارات الاجتماعية، أو التعبير الانفعالي. وتُعزى هذه المشكلات غالبًا إلى خلل في الإدراك الاجتماعي والوظائف التنفيذية، مما يؤدي إلى صعوبات في المشاركة المجتمعية، والاستقلال الوظيفي، والتعافي الشامل(Lysaker etal., 2020) .

وقد أشارت عدة دراسات(Lysaker etal., 2020; Green& Horan, 2022). إلى أن ضعف الأداء الاجتماعي لدى مرضى الفصام لا يقتصر فقط على النقص في المهارات التفاعلية، بل يمتد إلى العجز في المبادرة الاجتماعية، وعدم القدرة على إدراك المعايير الاجتماعية، والانخراط في العلاقات طويلة الأمد .ويُعد هذا العجز من المؤشرات المهمة لتنبؤ بعدم الاستجابة للعلاج.

وتُظهر نتائج دراسات رسام الدماغ الكهربي وجود اضطرابات في الموجات الدماغية المرتبطة بالاستجابة للوجوه والانفعالات الاجتماعية، مما يعكس خللاً في معالجة المعلومات الاجتماعية من المراحل المبكرة للإدراك، كما أن منطقة التلفيف المغزلي، والتي تؤدي دورًا مهمًا في تمييز الوجوه، غالبًا ما تُظهر نشاطًا منخفضًا لدى المصابين بالفصام، وهو ما يفسر ضعفهم في التعرف على تعبيرات الوجه، مما يؤدي إلى سوء تفسير نوايا الآخرين(Germine etal., 2021).

تُعَدّ النظرية المعرفية–الاجتماعية التي طورها باندورا (Bandura, 1986) أحد أهم الأطر لفهم محدودية الأداء الاجتماعي في الفصام حيث تنطلق هذه النظرية من افتراض أن السلوك الاجتماعي لا ينشأ بمعزل عن التفاعل الديناميكي بين العوامل المعرفية الداخلية (كالإدراك والتوقعات) والعوامل البيئية الخارجية (كالخبرة والنمذجة الاجتماعية). ويُعزى التفاعل الاجتماعي الفعّال إلى قدرة الفرد على إدراك الإشارات الاجتماعية، تفسيرها بدقة، ثم تعديل سلوكه بما يتناسب مع السياق.

وفي حالة مرضى الفصام، يظهر بوضوح صعوبة التعرف على الانفعالات وتفسير تعبيرات الوجه أو نبرة الصوت، إضافة إلى الفشل في التقاط

التلميحات الاجتماعية غير المباشرة مثل الدعابة أو السخرية (Pinkham etal., 2020). تدفع هذه العوائق المرضى نحو أنماط سلوك غير متوافقة، أبرزها الانسحاب الاجتماعي أو الدخول في صراعات نتيجة سوء الفهم كما أن محدودية القدرة على التعلم بالملاحظة تجعلهم أقل استفادة من النماذج الاجتماعية المحيطة، وهو ما يؤدي إلى ضعف مستمر في توسيع خبراتهم الاجتماعية (Kurtz & Richardson, 2022).

على جانب آخر؛ تُعد نظرية الوصمة الاجتماعية من أكثر الأطر التفسيرية تأثيرًا في فَهم الأداء الاجتماعي لدى مرضى الفصام، حيث تذهب إلى أن التحديات التي يواجهها المرضى في تفاعلاتهم الاجتماعية لا تعود فقط إلى عجز ذاتي أو عصبي–معرفي، بل تتغذى بدرجة كبيرة على الوصمة التي يفرضها المجتمع على من يعاني من الاضطرابات النفسية وقد طرح جوفمان (Goffman, 1963) في عمله الكلاسيكي مفهوم الوصمة باعتبارها "علامة تُقصي الفرد وتدفعه إلى مرتبة اجتماعية أقل"، ومنذ ذلك الحين، طُورت النظرية لتشمل الأبعاد البنيوية والثقافية التي تشكل الممارسات اليومية.

في حالة الفصام، تمثل الوصمة واحدة من أبرز الحواجز أمام المشاركة الاجتماعية، حيث يتعرضون لمستويات مرتفعة من التفرقة المجتمعية والعزلة القسرية ، سواء في بيئات العمل أو التعليم أو حتى في المحيط الأسري (Corrigan& Penn, 2019). هذه الممارسات لا تُضعف فقط من فرص بناء شبكات دعم اجتماعي، بل تعزز من ميل المريض إلى الانسحاب، مما يؤدي إلى دوامة من التهميش المتبادل: فالمريض ينسحب خشية الرفض، والمجتمع يفسر الانسحاب كدليل إضافي على "اختلاله"، مما يزيد من ترسيخ الصورة النمطية السلبية.

إلى جانب الوصمة الخارجية، هناك ما يُعرف بـ الوصمة الداخلية، حيث يقوم المريض باستبطان الصور النمطية السلبية حول الفصام ويبدأ في إدراك ذاته على أنه "خطير" أو "عاجز" أو "غير مقبول". وقد تبين أن الوصمة الداخلية ترتبط بمستويات مرتفعة من الاكتئاب وانخفاض تقدير الذات، إضافة إلى تقليل الحافز للمشاركة في المواقف الاجتماعية (Livingston& Boyd, 2010).

وبالتالي، فإن الأداء الاجتماعي هنا يتأثر ليس فقط بما يفرضه الآخرون من قيود، بل أيضًا بما يفرضه المريض على نفسه.

وبناءً على ذلك، فإن نظرية الوصمة الاجتماعية تؤكد أن العجز في الأداء الاجتماعي لدى مرضى الفصام لا يمكن اختزاله إلى قصور معرفي أو دماغي، بل يجب فهمه في إطار العلاقات القهرية والرمزية التي يفرضها المجتمع.

وتشير الدراسات الحديثة إلى أن اضطراب الفصام يتسم بوجود أنماط فرعية متعددة للخلل المعرفي، خاصة في الوظائف التنفيذية مثل الانتباه والمرونة المعرفية. وقد بيّنت نتائج التحليلات العصبية أن هذه الأنماط ترتبط باختلافات مورفولوجية في البنية الدماغية، مما يعكس الطبيعة غير المتجانسة للاضطراب، ويسهم في فهم مسارات المرض وتوجيه التدخلات العلاجية لتكون أكثر دقة وملاءمة (Chen et al., 2025). ومن هنا، فإن أي تدخل علاجي فعال ينبغي أن يتجاوز المريض ليطال المجتمع ككل، عبر برامج توعية، وتعديل السياسات، وبناء بيئات داعمة.

أما فرضية ضعف الاتصال العصبي، فقد وسّعت من فهمنا لطبيعة هذه الصعوبات، إذ أكدت أن المشكلة لا تقتصر على خلل في منطقة دماغية معزولة، بل تمتد إلى فشل في التكامل الوظيفي بين الشبكات العصبية، خاصة بين القشرة أمام الجبهية والحُصَين والجسم الجاسي ، وقد أوضحت أبحاث التصوير العصبي أن هذا الضعف في الاتصال يعرقل قدرة المريض على تحديث التمثيلات العقلية بالاعتماد على الخبرات السابقة، مما يؤدي إلى قصور في تعديل الاستجابة عند مواجهة مواقف جديدة (Dong etal., 2021 ؛Whitfield-Gabrieli etal., 2020). ويظهر أثر ذلك بوضوح في المواقف الاجتماعية اليومية، حيث يفشل المريض في الاستفادة من خبراته السابقة لتفسير نوايا الآخرين أو تعديل تفاعلاته وفقًا لتغير السياق.

ومن منظور نماذج معالجة المعلومات، فإن العجز في المرونة المعرفية قد يكون انعكاسًا لبطء في سرعة المعالجة العصبية، حيث لا يستطيع الدماغ لدى مرضى الفصام التعامل مع الكم الكبير من المدخلات في الوقت المناسب، فيتأخر

في المقارنة بين البدائل أو الانتقال من استراتيجية إلى أخرى. هذه الفرضية مدعومة بنتائج بعض اختبارات الوظائف التنفيذية، التي تكشف أن مرضى الفصام يستغرقون وقتًا أطول بكثير في الانتقال من سلسلة إلى أخرى، بما يعكس صعوبة المعالجة المتزامنة للمعلومات (Dickinson etal., 2020). ويُترجم هذا البطء في مواقف الإداء الاجتماعي إلى صعوبات في التقاط الإشارات الانفعالية السريعة مثل تغيّر نبرة الصوت أو تعبير الوجه، مما يؤدي إلى استجابات غير ملائمة أو متأخرة.

بذلك يتضح أن المرونة المعرفية لدى مرضى الفصام ليست وظيفة معزولة يمكن معالجتها بسهولة، بل هي عملية متعددة المستويات تتأثر بالدوائر الجبهية–الحُصَينية، بسرعة المعالجة، وبالتوازن الكيميائي العصبي، وهذا القصور يفسر بدقة عجزهم عن تعديل سلوكياتهم في المواقف الاجتماعية، وعن تطوير استراتيجيات جديدة للتفاعل مع الآخرين، لذا فإن التدخلات العلاجية الحديثة تسعى إلى استهداف هذه المستويات مجتمعة، بهدف تعزيز قدرة الدماغ على التبديل والتكيف واستعادة قدر أكبر من المرونة المعرفية والسلوكية (Barch& Sheffield, 2019؛ Revell etal., 2022).

يُعَدّ النموذج البيولوجي–النفسي–الاجتماعي من أكثر النماذج تكاملاً في تفسير مسار الاضطرابات النفسية، بما في ذلك الفصام، طُرح هذا النموذج لأول مرة من قِبل جورج إنجل (Engel, 1977) كبديل للنموذج الطبي الصِرف، حيث أكد أن الاضطرابات النفسية لا يمكن فهمها أو علاجها فقط من منظور بيولوجي، بل يجب النظر إليها كنتيجة لتفاعل معقد بين ثلاثة أبعاد رئيسية: البيولوجي، والنفسي، والاجتماعي، فتشير الأبحاث الحديثة إلى أن مرضى الفصام يعانون من اضطرابات واسعة في البنية والوظيفة العصبية، مثل ضعف الاتصال بين القشرة أمام الجبهية والحُصين (Friston etal., 2016)، وانخفاض نشاط التلفيف المغزلي المسؤول عن التعرف على الوجوه (Onitsuka etal., 2019). هذه الاختلالات تُفسر العجز في الانتباه للمثيرات الاجتماعية وفهم تعبيرات الوجه، وهو ما ينعكس مباشرة في الأداء الاجتماعي. كما أن الاضطراب في النواقل العصبية،

خاصة الدوبامين والغلوتامات، يُضعف من القدرة على المعالجة المعرفية المرنة للمواقف الاجتماعية (Howes & Murray, 2014).

يركز البعد النفسي على العمليات المعرفية والانفعالية التي تتوسط العلاقة بين الاضطراب العصبي وبين الأداء الاجتماعي فمرضى الفصام غالبًا ما يُظهرون مستويات مرتفعة من التحيزات المعرفية مثل الميل إلى تفسير المواقف الاجتماعية كتهديد (Bentall etal., 2021)، إضافة إلى ضعف في المرونة المعرفية مما يعوق القدرة على التبديل بين استراتيجيات التفاعل الاجتماعي. كما أن عوامل مثل انخفاض تقدير الذات، وضعف الكفاءة الاجتماعية المدركة تزيد من تجنّب المواقف التفاعلية وتكرّس الانسحاب الاجتماعي.

يمثل السياق الاجتماعي–الثقافي أحد المحددات المحورية لمسار الفصام. فالعوامل مثل الوصمة الاجتماعية ، قلة الدعم الأسري، والفقر، جميعها تزيد من صعوبة إعادة الاندماج الاجتماعي للمريض (Koschorke etal., 2021). وتشير الأدلة إلى أن الدعم الاجتماعي الجيد من الأسرة أو الأصدقاء يُخفف من أثر العجز المعرفي ويُحسن الأداء الوظيفي والاجتماعي (Erol etal., 2020).

مما سبق عرضه؛ يتضح أن مرضى الفصام يعانون من قصور مزدوج يتمثل في ضعف الأداء الاجتماعي من ناحية، واضطراب المرونة المعرفية من ناحية أخرى، وهو ما يجعل هذا الاضطراب من أكثر الاضطرابات النفسية تعقيدًا من حيث التأثير على نوعية الحياة. فالأداء الاجتماعي، باعتباره مؤشّرًا للتوافق والاندماج، يتأثر بعمق بعوامل معرفية–عصبية وسياقية، بينما تمثل المرونة المعرفية البنية الذهنية التي تمكّن الفرد من تعديل سلوكه وتفكيره بما يتوافق مع متغيرات المواقف، وقد أوضحت النماذج الاجتماعية–السياقية أن الضعف الاجتماعي لدى الفصاميين يرتبط بعجز في الإدراك الاجتماعي والوصمة والضغوط الأسرية، في حين بيّنت النماذج العصبية–المعرفية أن عجز المرونة يرتبط بخلل في الوظائف التنفيذية، وضعف الاتصال العصبي، وبطء معالجة المعلومات، واضطراب التوازن الكيميائي العصبي، إن هذا التداخل بين المتغيرين لا يعكس مجرد تراكم للأعراض، بل يشير إلى آلية مرضية مشتركة تؤثر على بنية الدماغ ووظائفه من جهة، وعلى قدرة المريض على التوافق الاجتماعي من جهة

أخرى، ومن هنا تبرز أهمية الدراسة الحالية في الكشف عن العلاقة بين الأداء الاجتماعي والمرونة المعرفية لدى مرضى الفصام، بما يفتح آفاقًا لتطوير برامج علاجية متكاملة تستهدف الجانبين المعرفي والاجتماعي معًا، وتدعم فرص المرضى في التوافق والاندماج وتحسين جودة حياتهم.

الدراسات السابقة

هدفت دراسة عادل(٢٠٢٠) إلى اختبار فعالية برنامج تدريبي قائم على تنمية المهارات الاجتماعية لتحسين الأداء الاجتماعي والمرونة المعرفية لدى عينة من مرضى الفصام المزمن، وتكونت عينة الدراسة من ٣٦ مريضًا، وجرى استخدام مقياس الأداء الاجتماعي ومقياس المرونة المعرفية. وأشارت نتائج الدراسة أن التدريب أدى إلى تحسن ملحوظ في الأداء الاجتماعي وتعديل نمط التفكير المتصلب.

اهتمت دراسة برديك وآخرون (٢٠٢٠) ,.Burdick etal. العلاقة بين المرونة المعرفية والوظائف الاجتماعية عبر اختبارات تنفيذية ومقابلات إكلينيكية، وشملت العينة ٧٤ مريضًا بالفصام، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن المرونة المعرفية ترتبط بدرجة عالية بمؤشرات النجاح الاجتماعي والمهني لدى مرضى الفصام عينة الدراسة.

سعت دراسة عبد الحميد (٢٠٢١) إلى فحص أثر برنامج تدريبي لتنمية المرونة المعرفية على تحسين التفاعل الاجتماعي لدى عينة من مرضى الفصام، وتكونت عينة الدراسة من ٣٠ مريضًا بمستشفى العباسية، واعتمدت على مقياسي المرونة المعرفية والتفاعل الاجتماعي، وأشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج في تنمية المرونة المعرفية لدى مرضى الفصام.

كشفت دراسة كرافاريتي وآخرون (٢٠٢١) ,.Kravariti etal عن العلاقة بين الوظائف التنفيذية – خاصة المرونة المعرفية – والمهارات الاجتماعية لدى مرضى الفصام، وشملت العينة ٩٨ مريضًا، واستخدمت اختبارات ويسكونسين لفرز وتصنيف البطاقات، ومقاييس الأداء الاجتماعي. أظهرت نتائج الدراسة أن المرونة المعرفية منبئ قوي بالكفاءة الاجتماعية.

ركزت دراسة جيرمين وآخرون (Germine etal., ٢٠٢١) على العلاقة بين الإدراك الاجتماعي والمرونة المعرفية وتأثيرها على الأداء الاجتماعي لدى مرضى الفصام، وتكونت عينة الدراسة من ١٠٠ مريض، واستخدمت مقياسي الإدراك الاجتماعي والمرونة المعرفية، وأشارت النتائج إلى أن الإدراك الاجتماعي يُعد منبئ في تأثير المرونة المعرفية على الأداء الاجتماعي.

بحثت دراسة بيسريل وبارش (Becerril& Barch ٢٠٢٢) تأثير التدريب على المرونة المعرفية في تحسين الأداء الاجتماعي لدى المصابين بالفصام عبر تجربة شبه تجريبية، وتكونت عينة الدراسة من ٦٤ مريضًا. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن تحسين المرونة المعرفية ساعد على تعزيز المشاركة الاجتماعية وتقليل الانسحاب.

وفي السياق نفسه، سعت دراسة فينتورا وآخرون (Ventura et al., 2023) إلى تحديد أثر العجز في المرونة المعرفية على التدهور التدريجي في الأداء الاجتماعي لدى المصابين بالفصام على مدار عامين، وشملت الدراسة ١٠٢ مريضًا، وأظهرت نتائج الدراسة أن ضعف المرونة المعرفية يمثل عامل خطر رئيس في تراجع الأداء الاجتماعي مع مرور الوقت.

كما ناقشت دراسة جيانغ وآخرون (Jiang et al., 2024) التغيرات في المرونة المعرفية وعلاقتها بالأداء الاجتماعي لدى مرضى الفصام بعد خضوعهم لتأهيل معرفي، وتكونت عينة الدراسة من ٦٠ مريضًا خضعوا لبرنامج تدريبي مدته ٨ أسابيع. وأشارت نتائج الدراسة إلى تحسن كبير في المرونة المعرفية صاحبه ارتفاع في مؤشرات الأداء الاجتماعي.

وفي الاتجاه نفسه، سعت دراسة زهو وآخرون (Zhu et al., 2024) إلى اختبار فعالية برنامج قائم على التعويض المعرفي الافتراضي (Virtual Cognitive Compensation Training - V-CCT) في تحسين الوظائف التنفيذية – وخاصة المرونة المعرفية – لدى مرضى الفصام، وتكونت عينة الدراسة من ١٢٠ مريضًا خضعوا لتدريب معرفي باستخدام بيئات افتراضية تفاعلية على مدار ١٠ أسابيع، أظهرت نتائج الدراسة أن المرضى الذين شاركوا في البرنامج أحرزوا تحسنًا ملحوظًا في اختبارات المرونة المعرفية مثل اختبار ويسكونسن لفرز البطاقات، كما انعكس ذلك في تحسين مستوى التفاعل الاجتماعي

والاستقلالية اليومية، وأشار الباحثون أن توظيف التكنولوجيا الافتراضية يمثل مدخلًا واعدًا في تعزيز القدرات الاجتماعية والمعرفية لمرضى الفصام.

ومن الناحية التطبيقية، بحثت دراسة يانغ وآخرون (Yang et al., 2024) أثر برنامج تدريبي يستهدف تحسين الإدراك الاجتماعي (Modified Social Cognition and Interaction Training – MSoCIAL) على الأداء الاجتماعي والمرونة المعرفية لدى مرضى الفصام، شملت العينة ٨٦ مريضًا جرى إخضاعهم لبرنامج تفاعلي يدمج بين التدريب على التعرف على الانفعالات ومهارات حل المشكلات الاجتماعية. أشارت نتائج الدراسة إلى أن البرنامج أدى إلى تحسن واضح في دقة تفسير الإشارات الاجتماعية (مثل تعبيرات الوجه ونبرة الصوت)، وهو ما انعكس على زيادة الكفاءة الاجتماعية وتقليل مظاهر الانسحاب. وأكدت الدراسة أن المرونة المعرفية تمثل وسيطًا مهمًا في العلاقة بين الإدراك الاجتماعي والأداء الاجتماعي، بما يشير إلى أن أي برامج علاجية يجب أن تستهدف البعدين معًا.

كما كشفت دراسة تشانغ وآخرون (Zhang et al., 2025) عن العلاقة بين الأعراض السلبية والوظائف المعرفية (وخاصة المرونة المعرفية) والأداء الاجتماعي لدى مرضى الفصام باستخدام منهجية تحليل الشبكات، وتكونت عينة الدراسة من ١٥٠ مريضًا تم تتبعهم على مدار عام كامل، مع إجراء تقييم دوري للأعراض والقدرات التنفيذية والأداء الاجتماعي، أوضحت نتائج الدراسة أن العجز في المرونة المعرفية لا يؤثر بشكل مباشر فقط على الأداء الاجتماعي، بل يسهم في تعزيز شدة الأعراض السلبية مثل الانسحاب والافتقار إلى المبادرة، والتي بدورها تؤدي إلى تدهور مستمر في الكفاءة الاجتماعية. وأشارت الدراسة إلى أن معالجة الأعراض السلبية لا يمكن أن تكون فعالة دون تدخل متزامن يستهدف تحسين المرونة المعرفية.

وحديثًا، أوضحت دراسة كيم وآخرون (Kim et al., 2025) العلاقة بين الإدراك الاجتماعي والمرونة المعرفية وتأثيرهما المشترك على الأداء الاجتماعي لدى مرضى الفصام، وتكونت عينة الدراسة من ١١٢ مريضًا، واعتمدت على

مقياس المرونة المعرفية ومقياس الأداء الاجتماعي، وأظهرت نتائج الدراسة أن الإدراك الاجتماعي يعمل كوسيط بين المرونة المعرفية والأداء الاجتماعي.

تعقيب على الدراسات السابقة

رغم تعدد الدراسات التي اهتمت بكل من المرونة المعرفية والأداء الاجتماعي كلٌ على حدة، ورغم وجود بعض الأبحاث التي اهتمت بدراسة العلاقة بين هذين المتغيرين، إلا أن أغلبها لم يركز على مرضى الفصام بشكل مباشر، بل انصبت معظمها على اضطرابات مزاجية أو نمائية أخرى مثل الاضطراب الوجداني ثنائي القطب.

كما أن عددًا من الدراسات السابقة اكتفى بالتركيز على جانب واحد كالتفاعل الاجتماعي أو الوظائف التنفيذية دون الربط المتكامل بين المرونة المعرفية والأداء الاجتماعي كمنظومة واحدة متأثرة بالخلل المعرفي العصبي الذي يتسم به اضطراب الفصام.

علاوة على ذلك، فإن معظم هذه الدراسات أجريت في سياقات غير عربية، بينما يندر في البيئة العربية – وخاصة في مصر – وجود دراسات تحليلية تستهدف استكشاف العلاقة بين المتغيرين في ضوء الخصائص النفسية والسلوكية والمعرفية لمرضى الفصام.

ومن هنا، سعت الدراسة الحالية إلى سد هذه الفجوة من خلال تحليل العلاقة بين المرونة المعرفية والأداء الاجتماعي لدى عينة من مرضى الفصام، بما يسهم في إثراء الإنتاج العلمي وتقديم أساس لتطوير برامج تدخل تستهدف تحسين الأداء الاجتماعي لدى مرضى الفصام.

(٧) فروض الدراسة

في ضوء التحديد السابق لمشكلة الدراسة وأبعادها النظرية، وما تلاه من مسح للتراث النظري صيغت فروض الدراسة كما يلي:

١- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين متوسط درجات عينة البحث من ذوي اضطراب الفصام على مقياس المرونة المعرفية ومتوسط درجاتهم على مقياس الأداء الاجتماعي.

٢- يمكن التنبؤ بالأداء الاجتماعي من خلال درجة المرونة المعرفية لدى عينة البحث من ذوي اضطراب الفصام.

٣- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات أفراد العينة من ذوي اضطراب الفصام على مقاييس (المرونة المعرفية، والأداء الاجتماعي)، تعزى إلى متغيرات (النوع، والحالة الاجتماعية، ومستوى التعليم).

(٨) الإجراءات الميدانية للدراسة:

(أ) منهج الدراسة:

اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج الوصفي الارتباطي المقارن، لمناسبته لطبيعة المتغيرات والعينة.

(ب) إجراءات التطبيق:

في بداية الإجراءات الميدانية للبحث تم اتباع عدد من الإجراءات وهي:

١) تم تحديد عدد من شروط اختيار عينة البحث تمثلت في:

أ- أن تمثل عينة البحث ذوي اضطراب الفصام المشخصين وفق مقياس (بانز للأعراض الإيجابية والسلبية للفصام) ولهم ملف حالة بأحد المستشفيات أو المراكز النفسية المعتمدة.

ب- أن تمثل العينة كلا الجنسين (الذكور، والإناث).

ج- الخلو من الأمراض المزمنة، أو أي زُملات مرضية (إعاقة سمعية، أو بصرية، أو حسية، ... إلخ) بخلاف الاضطراب المحدد بالدراسة الحالية.

٢) التأكد من الخصائص القياسية لأدوات البحث ومدى صلاحيتها للتطبيق عينة البحث الحالية.

٣) تطبيق أدوات البحث على العينة وتحليل البيانات لاستخراج النتائج ومناقشتها.

(ج) عينة الدراسة:

اختيرت عينة الدراسة بطريقة قصدية من ذوي اضطراب الفصام المشخصين من قبل طبيب نفسي على مقياس (بانز للأعراض الإيجابية والسلبية للفصام) من المترددين على العيادات الخارجية بمستشفى الصحة النفسية بمحافظة سوهاج وعدد من مراكز الاستشارات النفسية، وفق الضوابط السابق ذكرها، حيث طُبقت أدوات الدراسة بعد التأكد من خصائصها القياسية على عينة بلغت (٣١)، بمتوسط عمري لعينة البحث بلغ (٣٢.٢٩) بانحراف معياري قدره (١٢,١٥).

جدول (١) البيانات الديموغرافية لعينة البحث الأساسية

النوع		مستوى التعليم						الحالة الاجتماعية		
ذكور	إناث	ابتدائي	إعدادي	ثانوي	دبلوم	جامعي	اعزب	متزوج	مطلق
٢٤	٧	٧	٣	٣	١٥	٣	١٥	١٢	٤

(د) أدوات الدراسة:

(أولاً) مقياس تشخيص اضطراب الفصام: هو مقياس يستخدم لقياس شدة أعراض المرضى الذين يعانون من مرض الفصام، نشر في عام ١٩٨٧من قبل استانلى كاي، لويس اويلر وابراهام فيزيبين، ويستخدم على نطاق واسع في دراسة العلاج المعرفي المضاد للذهان.

الخصائص القياسية لمقياس تشخيص اضطراب الفصام:

تحقق من الخصائص القياسية لمقياس تشخيص اضطراب الفصام على عينة الدراسة (ن= ٣١) من خلال الطرق التالية:

(١) الاتساق الداخلي لمقياس اضطراب الفصام:

حُسب الاتساق الداخلي لمقياس تشخيص اضطراب الفصام، من خلال الإجراءات التالية:

(أ) حساب معاملات ارتباط فقرات كل بُعد بالدرجة الكلية للبُعد المنتمية له، وكانت النتائج كالآتي:

جدول (٢) درجة ارتباط الفقرات بالدرجة الكلية للبُعد المنتمية له

(١) بُعد الأعراض الموجبة		(٢) بُعد الأعراض السالبة		(٣) بُعد الأعراض العامة			
رقم الفقرة	ارتباطه بالدرجة الكلية للبُعد	رقم الفقرة	ارتباطه بالدرجة الكلية للبُعد	رقم الفقرة	ارتباطه بالدرجة الكلية للبُعد	رقم الفقرة	ارتباطه بالدرجة الكلية للبُعد
١	٠.٦٦٠ **	١	٠.٥٠٩ **	١	٠.٦٠٩ **	٩	٠.٤٤٤ *
٢	٠.٣٨١ *	٢	٠.٥٣٢ **	٢	٠.٥٢٥ **	١٠	٠.٦٨٧ **
٣	٠.٤٢٩ *	٣	٠.٣٨٩ *	٣	-٠.٤٥٨ **	١١	٠.٥٥٤ **
٤	٠.٣٥٦ *	٤	٠.٤٢٤ *	٤	-٠.٤٤١ *	١٢	٠.٧٠٤ **
٥	٠.٤٦٨ **	٥	٠.٨٦٢ **	٥	-٠.٣٦١ *	١٣	٠.٤١٩ *
٦	٠.٤٣٦ *	٦	٠.٤٩٩ **	٦	٠.٥٢٢ **	١٤	-٠.٥٣٧ **
٧	٠.٤٨٦ **	٧	٠.٧١٣ **	٧	-٠.٦٦٩ **	١٥	٠.٤٨٣ **
				٨	٠.٦٥٢ **	١٦	٠.٧٠٢ **

يوضح جدول (٢) تحقيق فقرات مقياس تشخيص اضطراب الفصام لنسبة الارتباط المحققة للدلالة الإحصائية، وتحقيقها لمحك "جالتون **Galton**" (٠,٣٠) لقدرة الفقرة على قياس السمة المراد قياسها.

(ب) حساب معاملات الارتباط بين بدرجة البُعد والدرجة الكلية للمقياس، وفيما يلي توضيح للنتائج:

جدول (٤) معاملات الارتباط بين درجات الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية

م	الاختبار الفرعي	المتوسط	الانحراف المعياري	نسبة الارتباط
١	الأعراض الموجبة	٢٢.٤٥	٣.٣٧	٠.٦٢٢ **
٢	الأعراض السالبة	٣٣.٧٤	٢.١٤	٠.٦٤٠ **
٣	الأعراض العامة	٧١.١٣	٤.٧٥	٠.٨٦٨ **

*** دال عند مستوى ٠.٠٥ ** دال عند مستوى ٠.٠١**

يتضح من جدول (٤) وجود ارتباطات دالة بين درجة الأبعاد الفرعية، والدرجة الكلية للمقياس مما يعطي ثقة في تطبيقه.

(٢) صدق التكوين الفرضي (صدق المفهوم):

يهدف صدق التكوين الفرضي لتحديد التكوينات الفرضية التي يعزى إليها تباين الأداء في الاختبارات (أبو علام، ٢٠٠٠، ٢١٥)، ومن أساليب التكوين الفرضي صدق المقارنة الطرفية وهو مفهوم كمي يُعبر عن مدى قدرة البند على التمييز بين الأفراد في السمة التي يتصدى لقياسها، ولا شك في أن القدرة التمييزية للبنود تتصل مباشرة بصدق تلك البنود ونجاحها في قياس ما وضعت لقياسه، من خلال مقارنة الفئات المتطرفة في المقياس نفسه" (ميخائيل، ٢٠٠٦، ٨٦)، حيث رُتبت درجات عينة الدراسة (ن= ٣١) ترتيباً تنازلياً، ثم مقارنة درجات المجموعتين المتطرفتين في الأداء (الرُبيع الأعلى، والرُبيع الأدنى)؛ وفيما يلي توضيح النتائج المقارنة الطرفية:

جدول (٥) المتوسطات (م) والانحرافات المعيارية (ع) لمقياس اضطراب الفصام وقيم (ت) للرُبيع الأعلى والرُبيع الأدنى

المتغيرات الفرعية	القياس	ن	م	ع	قيمة (ت)	الدلالة
الأعراض الموجبة	الرُبيع الأعلى	٨	٢٥.٨٨	٢.٩٥	٤.٤١ **	دال عند ٠.٠١في اتجاه الرُبيع الأعلى
	الرُبيع الأدنى	٨	١٩.٢٥	٣.٠٦		
الأعراض السالبة	الرُبيع الأعلى	٨	٣٥.٣٨	٢.٢٦	٣.٥٠ **	دال عند ٠.٠١في اتجاه الرُبيع الأعلى
	الرُبيع الأدنى	٨	٣٢.٥٠	٠.٥٣		
الأعراض العامة	الرُبيع الأعلى	٨	٧٦.٠٠	٤.٠٧	٤.٥١ **	دال عند ٠.٠١في اتجاه الرُبيع الأعلى
	الرُبيع الأدنى	٨	٦٦.٧٥	٤.١٣		
المقياس الكلي	الرُبيع الأعلى	٨	١٣٧.٢٥	٣.٠٦	١٢.١٤ **	دال عند ٠.٠١في اتجاه الرُبيع الأعلى
	الرُبيع الأدنى	٨	١١٨.٥٠	٣.١٢		

د/ح = ٢٩ * دالة عند مستوى ٠.٠٥ = ٢.٠٤٥

**** دالة عند مستوى ٠.٠١ = ٢.٧٥٦**

يوضح جدول (٥) وجود فروق دالة إحصائياً بين الرُبيع الأعلى والرُبيع الأدنى على مقياس تشخيص اضطراب الفصام بما يشير إلى تمتع المقياس بدرجة جيدة من القدرة على تمييز السمة المقاسة.

(٣) ثبات المقياس:

حُسب ثبات مقياس تشخيص اضطراب الفصام، باستخدام معامل ثبات ألفا كرونباخ Cronbach's Alpha، ومعامل أوميغا ماكدونالد McDonald's Omega، كما حُسب ثبات القسمة النصفية (فردى – زوجي) وتصحيح الطول باستخدام معادلة سبيرمان – براون ضمن حزمة البرامج الإحصائية المعروفة باسم **spss**، وفيما يلي توضيح لتلك النتائج:

جدول (٦) معاملات ثبات مقياس تشخيص اضطراب الفصام

الأبعاد الفرعية	معامل ثبات ألفا كرونباخ	أوميغا ماكدونالد	معامل ثبات القسمة النصفية	
			قبل تصحيح الطول	بعد تصحيح الطول
الأعراض الموجبة	٠.٦٤٨	٠.٦١٩	٠.٦٧٧	٠.٨٠٧
الأعراض السالبة	٠.٧٣٥	٠.٧٠٠	٠.٦٠٨	٠.٧٥٦
الأعراض العامة	٠.٦٥٨	٠.٦٤٢	٠.٦٨٠	٠.٨١٠
المقياس الكلي	٠.٧٠٢	٠.٦٧٣	٠.٧٣٥	٠.٨٤٧

تُعد معاملات الثبات الموضحة بجدول (٦)، معاملات ثبات مقبولة ومطمئنة للتطبيق.

(ثانيًا) مقياس المرونة المعرفية: اختبار التوصيل بين الدوائر: وضعه رايتان (Rietan١٩٥٥) يعد الاختبار مؤشرًا جيدًا للقدرة العقلية العامة يتكون الاختبار من جزأين . الجزء الأول عبارة عن ٢٥ دائرة مرقمة من ١: ٢٥ موزعة توزيعًا عشوائيا على الصفحة، أما الجزء الثاني عبارة عن دوائر ذات أرقام وأخرى ذات حروف هجائية. الأرقام من ١: ١٣ و الحروف من أ: س ويطلب من المشارك توصيل ١ بـ أ و أ بـ ٢ و ٢ بـ ب وهكـــذا. في أسرع وقت ممكن بالتسلسل نفسه ودون أن يرفع سن القلم. تطبيق الاختبار بجزأيه يستغرق ما بين ٥: ١٠ دقائق. الوظائف التي يقيسها الاختبار: المرونة المعرفية، والانتباه والتركيز، والسرعة الحركية، ومهارات التسلسل الحركي، والتعرف والاستدعاء، والقدرة على البحث والتفرقة بين الأرقام والحروف، والتفحص البصري المكاني، والتنظيم المكاني، والتعرف على الأرقام، ويعد الاختبار وسيله لقياس الوظائف التنفيذية وحل المشكلات.

التصحيح ودلالة الدرجات: يُحسب كل جزء على حده، وتكون الدرجة هي مجموع الوقت المستغرق في التطبيق بالثواني، وكلما زاد الوقت المستغرق كلما دل ذلك على وجود ضعف في القدرة المقصودة بالدراسة وهي هنا المرونة المعرفية.

الخصائص القياسية لمقياس المرونة المعرفية:

تحقق من الخصائص القياسية لمقياس المرونة المعرفية على عينة الدراسة (ن= ٣١) من خلال الطرق التالية:

(١) الاتساق الداخلي لمقياس المرونة المعرفية:

حُسب الاتساق الداخلي لمقياس المرونة المعرفية، على عينة الدراسة (ن= ٣١)، حيث حُسبت معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لأداء العينة على كل محاولة من محاولات المقياس والدرجة الكلية لمجموع المحاولات، وفيما يلي توضيح لتلك النتائج:

جدول (٧) معاملات الارتباط بين درجات الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية

م	المحاولات	المتوسط	الانحراف المعياري	نسبة الارتباط
١	المحاولة الأولى	٨٧.٨١	٢٩.٧٥	٠.٤٤٤ *
٢	المحاولة الثانية	٣٠٢.٤٢	١٥٦.١٤	٠.٩٨٣ **

*** دال عند مستوى ٠.٠٥ ** دال عند مستوى ٠.٠١**

يوضح جدول (٧) وجود ارتباطات دالة بين المحاولات والدرجة الكلية للمقياس، مما يعطي ثقة في تطبيقه.

(٢) صدق الارتباط بمحك:

للتحقيق من صدق الارتباط بمحك لمقياس المرونة المعرفية، حُسب معامل الارتباط بين درجة العينة على المقياس الحالي ودرجتهم على ظرف التداخل من مقياس التداخل بين اللون والكلمة، وفيما يلي عرض للنتائج:

جدول (٨) درجة ارتباط بين المقياس والمحك

م	المحاولات	ظرف التداخل (المحك)		
		المتوسط	الانحراف المعياري	نسبة الارتباط
١	المحاولة الأولى	٨٧.٨١	٢٩.٧٥	٠.٤٢٦ *
٢	المحاولة الثانية	٣٠٢.٤٢	١٥٦.١٤	٠.٣٨٥ *
٣	الدرجة الكلية	٣٥٢.٥٨	٨٨.١٦	٠.٤٦٨ **

يشير جدول (٨)، إلى وجود ارتباطات دالة بين أداء عينة الدراسة على مقياس المرونة المعرفية ودرجة ظرف التداخل من مقياس التداخل بين اللون والكلمة، وهو ما مؤشر على قدرته قياس السمة المحددة.

(٣) صدق التكوين الفرضى (صدق المفهوم):

للتحقق من صدق التكوين الفرضي لمقياس المرونة المعرفية حيث رتبت درجات عينة الدراسة (ن= ٣١) ترتيباً تنازلياً، ثم مقارنة درجات المجموعتين المتطرفتين في الأداء (الرُبيع الأعلى، والرُبيع الأدنى)؛ وفيما يلي توضيح النتائج المقارنة الطرفية:

جدول (٩) المتوسطات (م) والانحرافات المعيارية (ع) لمقياس المرونة المعرفية وقيم (ت) للرُبيع الأعلى والرُبيع الأدنى

المتغيرات الفرعية	القياس	ن	م	ع	قيمة (ت)	الدلالة
المحاولة الأولى	الرُبيع الأعلى	٨	١٠٥.٧٥	٢٤.٢٩	* ٢.٧٠	دال عند ٠.٠٥ في اتجاه الرُبيع الأعلى
	الرُبيع الأدنى	٨	٧٦.٣٨	١٣.٢٠		
المحاولة الثانية	الرُبيع الأعلى	٨	٥١٦.٥٠	١٣٤.٩٢	** ٧.٤٧	دال عند ٠.٠١ في اتجاه الرُبيع الأعلى
	الرُبيع الأدنى	٨	١٥٣.٧٥	٢٥.٦٢		
المقياس الكلي	الرُبيع الأعلى	٨	٦١٢.٢٥	١٢٦.٩٤	** ٨.٣٨	دال عند ٠.٠١في اتجاه الرُبيع الأعلى
	الرُبيع الأدنى	٨	٢٣٠.١٣	٢٢.٦٠		

*** دالة عند مستوى ٠.٠٥ ** دالة عند مستوى ٠.٠١**

يوضح جدول (٩) وجود فروق دالة إحصائياً بين الرُبيع الأعلى والرُبيع الأدنى على مقياس المرونة المعرفية بما يشير إلى تمتع المقياس بدرجة جيدة من الصدق في قياس السمة المقاسة.

(٤) ثبات المقياس:

(أ) معامل ثبات ألفا كرونباخ Cronbach's Alpha: حُسب ثبات مقياس المرونة المعرفية، باستخدام معامل ثبات ألفا كرونباخ، حيث بلغ (٠,٧٥٨) وهو معامل ثبات جيد ومطمئن للتطبيق.

(ب) معامل ثبات التجزئة النصفية: حُسب ثبات القسمة النصفية (فردى – زوجي) لبنود مقياس المرونة المعرفية، وتصحيح الطول باستخدام معادلة سبيرمان – براون، وبلغ معامل الثبات قبل تصحيح الطول (٠,٥٧٤) وبعد تصحيح الطول أصبح (٠,٧٠٣)، وهو معامل مقبول ومطمئن للتطبيق.

(رابعًا) مقياس الأداء الاجتماعي: طوره ماكس برتشوود و جو سميث ١٩٩٠، حيث قاما باختبار المقياس على ٣٣٤مريضا مشخصا بالفصام من الذين يراجعون

العيادات الخارجية فقط، كما طُبق المقياس على١٠٠ شخصٍ طبيعي لأغراض المقارنة، وقيست الاستجابات على الفقرات من خلال مدرج ثلاثي من صفر إلى ٣بما يتناسب مع الفقرات والاستجابات لها بحيث يتراوح غالب الاستجابات بين ٠= ابدا، ١= نادرا، ٢= أحيانا، ٣=غالبا، ويتكون المقياس من ٨٥ فقرة تقيس الأداء الاجتماعي لمرضي الفصام في المجتمع، عن طريق التقييم الذاتي الذي يمكن أن يطبقه على المريض نفسه أو يطبقه عليه أحد مقدمي الرعاية أو الاختصاصي النفسي المسؤول عن حالته.

ونظرًا لطبيعة عينة الدراسة الحالية فقد اعتمد الباحث على مقياس مختصر مكون من أربعة أبعاد من الأبعاد السبعة لمقياس الأداء الاجتماعي في صورته الأصلية، حيث اعتمد على أبعاد (الانسجام، والتواصل، والاستقلال، والتفاعل) لقياس الأداء الاجتماعي لدى عينة الدراسة من ذوي اضطراب الفصام، بعد التأكد من الخصائص القياسية للمقياس المختصر على عينة الدراسة الحالية.

الخصائص القياسية لمقياس الإداء الاجتماعي:

طبق المقياس للتحقق من الخصائص القياسية لمقياس الأداء الاجتماعي على عينة الدراسة (ن= ٣١) من خلال الطرق التالية:

(١) الاتساق الداخلي لمقياس الأداء الاجتماعي:

حُسب الاتساق الداخلي لمقياس الأداء الاجتماعي لمرضى الذهان، من خلال الإجراءات الآتية:

(أ) حساب معاملات ارتباط فقرات كل بُعد بالدرجة الكلية للبُعد المنتمية له، وكانت النتائج كالآتي:

١) الاتساق الداخلي لبنود بُعدى الانسجام والتواصل:

جدول (١٠) درجة ارتباط فقرات بُعدي الانسجام والتواصل الكلية للبُعد

(١) بُعد الانسجام		(٢) بُعد التواصل	
رقم البعد	ارتباطه بالدرجة الكلية للبُعد	رقم الفقرة	ارتباطه بالدرجة الكلية للبُعد
١	٠.٣٨٣ *	١	٠.٥٣٧ **
٢	٠.٥٦٣ *	٢	٠.٤٣٤ *
٣	٠.٧٦٦ **	٣	٠.٤٢٦ *
٤	٠.٤٦٠ **	٤	٠.٦٣٠ **

*** دال عند مستوى ٠.٠٥ ** دال عند مستوى ٠.٠١**

يوضح جدول (١٠) تحقيق فقرات بُعدي الانسجام والتواصل لنسبة الارتباط المحققة للدلالة الإحصائية، وتحقيقها لمحك "جالتون **Galton**" (٠,٣٠) لقدرة الفقرة على قياس السمة المراد قياسها.

٢) الاتساق الداخلي لبنود بُعدي الاستقلال والتفاعل:

جدول (١١) درجة ارتباط فقرات بُعدي الاستقلال والتفاعل الكلية للبُعد

(٣) بُعد الاستقلال				(٤) بُعد التفاعل			
رقم الفقرة	ارتباطه بالدرجة الكلية للبُعد	رقم الفقرة	ارتباطه بالدرجة الكلية للبُعد	رقم الفقرة	ارتباطه بالدرجة الكلية للبُعد	رقم الفقرة	ارتباطه بالدرجة الكلية للبُعد
١	٠.٣٥٤ *	٨	٠.٤٥١ *	١	٠.٣٨٢ *	٨	٠.٥٩٥ **
٢	٠.٥٣٩ **	٩	٠.٥٧٤ **	٢	٠.٤٢٥ *	٩	٠.٨٨٩ **
٣	٠.٤٤٦ *	١٠	٠.٦٤٩ **	٣	٠.٧٠٤ **	١٠	٠.٨٦٥ **
٤	٠.٤٩٢ **	١١	٠.٦٨٤ **	٤	-٠.١٣٩	١١	٠.٧٧٢ **
٥	٠.٣٥٢ *	١٢	٠.٧٠٢ **	٥	٠.٥٨٥ **	١٢	٠.٧٧٩ **
٦	٠.٧٧٤ **	١٣	٠.٦٦٦ **	٦	٠.٤٣١ *	١٣	٠.٨٨٩ **
٧	٠.٤٥١ *			٧	٠.١٥٢		

*** دال عند مستوى ٠.٠٥ ** دال عند مستوى ٠.٠١**

بناءً على ما أسفر عنه جدول (١١) يتضح أنه باستثناء الفقرات أرقام (٤- ٧) من بُعد التفاعل، فقد حققت فقرات بُعد الاستقلال والتفاعل نسبة الارتباط المحققة للدلالة الإحصائية، وتحقيقها لمحك "جالتون **Galton**" (٠.٣٠) لقدرة الفقرة على قياس السمة المراد قياسها.

(ب) حساب معاملات الارتباط بين بدرجة البُعد والدرجة الكلية للمقياس، وفيما يلي توضيح للنتائج:

جدول (١٢) معاملات الارتباط بين درجات الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية

م	الاختبار الفرعي	المتوسط	الانحراف المعياري	نسبة الارتباط
١	الانسجام	٥.٥٥	١.٦٣	٠.٥٩١ **
٢	التواصل	٤.٩٠	١.٨٧	٠.٤٤٠ *
٣	الاستقلال	١٨.١٦	٧.٩٤	٠.٨٧٧ **
٤	التفاعل	٢٥.٠٣	٦.٤٥	٠.٨٢٠ **

*** دال عند مستوى ٠.٠٥ ** دال عند مستوى ٠.٠١**

يتضح من جدول (١٢) وجود ارتباطات دالة بين درجة الأبعاد الفرعية، والدرجة الكلية للمقياس مما يعطي ثقة في تطبيقه.

(٢) صدق التكوين الفرضى (صدق المفهوم):

للتحقق من صدق التكوين الفرضي لمقياس الأداء الاجتماعي لمرضى الفصام، من خلال ترتيب درجات عينة الدراسة (ن= ٣١) ترتيباً تنازلياً، ثم مقارنة درجات المجموعتين المتطرفتين في الأداء (الرُبيع الأعلى، والرُبيع الأدنى)؛ وفيما يلي توضيح النتائج المقارنة الطرفية:

جدول (١٣) المتوسطات (م) والانحرافات المعيارية (ع) لمقياس الأداء الاجتماعي وقيم (ت) للرُبيع الأعلى والأدنى

المتغيرات الفرعية	القياس	ن	م	ع	قيمة (ت)	الدلالة
الانسجام	الرُبيع الأعلى	٨	٦.٦٣	٠.٧٤	٣.٠٤ **	دال عند ٠.٠١ في اتجاه الرُبيع الأعلى
	الرُبيع الأدنى	٨	٤.٧٥	١.٥٨		
التواصل	الرُبيع الأعلى	٨	٦.٧٥	١.٧٥	٢.٥٤ *	دال عند ٠.٠٥ في اتجاه الرُبيع الأعلى
	الرُبيع الأدنى	٨	٣.٨٨	٢.٣٦		
الاستقلال	الرُبيع الأعلى	٨	٢٦.٠٠	٦.٣٧	٥.٠١ **	دال عند ٠.٠١ في اتجاه الرُبيع الأعلى
	الرُبيع الأدنى	٨	١٠.٨٨	٥.٦٩		
التفاعل	الرُبيع الأعلى	٨	٣٠.٢٥	٢.٠٥	١٠.٤٨ **	دال عند ٠.٠١ في اتجاه الرُبيع الأعلى
	الرُبيع الأدنى	٨	١٦.٠٠	٣.٢٥		
المقياس الكلي	الرُبيع الأعلى	٨	٦٨.٦٣	٥.٢٤	١٥.٥٦ **	دال عند ٠.٠١ في اتجاه الرُبيع الأعلى
	الرُبيع الأدنى	٨	٣٥.٥٠	٢.٩٨		

*** دالة عند مستوى ٠.٠٥ ** دالة عند مستوى ٠.٠١**

يوضح جدول (١٣) وجود فروق دالة إحصائياً بين الرُبيع الأعلى والرُبيع الأدنى على مقياس الأداء الاجتماعي بما يشير إلى تمتع المقياس بدرجة جيدة من الصدق في قياس السمة المراد قياسها.

(٣) ثبات المقياس:

حُسب ثبات مقياس الأداء الاجتماعي لمرضى الفصام، باستخدام معامل ثبات ألفا كرونباخ Cronbach's Alpha، ومعامل أوميغا ماكدونالد McDonald's Omega، كما حُسب ثبات القسمة النصفية (فردى – زوجي) وتصحيح الطول باستخدام معادلة سبيرمان – براون ضمن حزمة البرامج الإحصائية المعروفة باسم **spss**، وفيما يلي توضيح لتلك النتائج:

جدول (١٤) معاملات ثبات مقياس الأداء الاجتماعي

الأبعاد الفرعية	معامل ثبات ألفا كرونباخ	أوميغا ماكدونالد	معامل ثبات القسمة النصفية	
			قبل تصحيح الطول	بعد تصحيح الطول
الانسجام	٠.٦٨٦	٠.٦٣٤	٠.٦٩١	٠.٨١٧
التواصل	٠.٦٢٥	٠.٥٩٨	٠.٦٢٦	٠.٧٦٤
الاستقلال	٠.٨٠٥	٠.٦٩١	٠.٦٠٥	٠.٧٥٤
التفاعل	٠.٧٦٦	٠.٧٣٨	٠.٦٧٣	٠.٨٠٥
المقياس الكلي	٠.٧٣٢	٠.٦٥٧	٠.٦٤٧	٠.٧٨٦

تُعد معاملات الثبات الموضحة بالجدول (١٤)، معاملات ثبات مقبولة ومطمئنة للتطبيق.

(٩) الأساليب الإحصائية المستخدمة بالدراسة:

أدخلت البيانات ومعالجتها إحصائياً باستخدام حزمة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية **spss**، اعتماداً على مقاييس النزعة المركزية من متوسطات وانحرافات معيارية وذلك لقياس متوسط استجابات أفراد العينة على أدوات الدراسة، ومعامل ارتباط بيرسون للتعرف على العلاقة بين متغيرات الدراسة، كما تم تحليل الفروق باستخدام الاختبار التائي **"T.test"** واختبار تحليل التباين في اتجاه واحد **" One Way NOVA** ، والانحدار المتعدد والتدريجي للتعرف على إسهام المرونة المعرفية في الأداء الاجتماعي.

(١٠) المعالجة الإحصائية واستخراج النتائج:

(أولًا) التوزيع الطبيعي للبيانات: لمعرفة هل البيانات تتبع التوزيع الطبيعي من عدمه، اعتمد الباحث في هذا الإجراء على إجراء الإحصاء الوصفي للكشف عن مدى اعتدالية التوزيع الطبيعي للبيانات، وفيما يلي عرض للنتائج:

جدول (١٥) اختبار التوزيع الطبيعي لبيانات الدراسة لدى عينة الدراسة

المتغيرات		المتوسط	الانحراف المعياري	تحليل الالتواء	التفلطح
المرونة المعرفية		٣٩٠.٢٣	١٦٠.٧١	٠.٨٥٢	٠.٥٢٥
مقياس الأداء الاجتماعي	الانسجام	٥.٥٥	١.٦٣	٠.٥٣٧-	٠.٢٦٩-
	التواصل	٤.٩٠	١.٨٧	٠.٢١١-	١.٢٥
	الاستقلال	١٨.١٦	٧.٩٤	٠.٢٤١	٠.٠٩١-
	التفاعل	٢٥.٠٣	٦.٤٥	٠.٧٥٣-	٠.٤٥٥-
	المقياس الكلي	٥٣.٦٥	١٣.٦٦	٠.٢٣٠-	١.٢١-

يلاحظ من جدول (١٥) أن تحليل الالتواء يُشير إلى انخفاض قيمة الالتواء عن ± ١ بما يشير إلى اقتراب البيانات من التوزيع الطبيعي، ويلاحظ أن قيمة التفلطح أقل من مستوى الدلالة (٠.٠٥= ١.٩٦) بما يشير إلى اعتدالية توزيع بيانات عينة الدراسة.

(ثانيًا) المعالجة الإحصائية لفروض الدراسة، وتفسير النتائج، ومناقشتها:

(١) تفسير نتائج التحليلات الإحصائية للفرض الأول، ومناقشتها:

نص الفرض الأول على أنه: توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين متوسط درجات عينة الدراسة من ذوي اضطراب الفصام على مقياس المرونة المعرفية ومتوسط درجاتهم على مقياس الأداء الاجتماعي.

للتحقق من صحة الفرض الأول حُسبت معاملات الارتباط باستخدام معامل ارتباط "بيرسون Pearson" بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس المرونة المعرفية ومتوسط درجاتهم على مقياس الأداء الاجتماعي وأبعاده الفرعية، وفيما يلي توضح للنتائج:

جدول(١٦) قيمة (ر **R**) بين مقياس الأداء الاجتماعي والمرونة المعرفية

متغيرات الدراسة		معامل الارتباط المرونة المعرفية		
		المتوسط	الانحراف المعياري	نسبة الارتباط
مقياس الأداء الاجتماعي	الانسجام	٥.٥٥	١.٦٣	٠.٢٩٨
	التواصل	٤.٩٠	١.٨٧	٠.٠٥٢-
	الاستقلال	١٨.١٦	٧.٩٤	* ٠.٣٦٦
	التفاعل	٢٥.٠٣	٦.٤٥	** ٠.٤٦٧
	المقياس الكلي	٥٣.٦٥	١٣.٦٦	** ٠.٤٦٢

يشير جدول(١٦) إلى وجود ارتباط طردي ودال عند مستوى (٠,٠٥) بين المرونة المعرفية وبُعد (الاستقلال)، وكان الارتباط دال عند مستوى (٠,٠١) بين المرونة المعرفية والدرجة الكلية لمقياس الأداء الاجتماعي وبُعد (التفاعل)، ولم تكن هناك علاقة دالة مع بُعدي (الانسجام، والتواصل).

كشفت نتائج التحليلات الإحصائية عن وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة إحصائيًا بين المرونة المعرفية وبعض أبعاد الأداء الاجتماعي لدى مرضى الفصام وتحديدًا، وُجدت علاقة دالة بين المرونة المعرفية وبُعد الاستقلال عند مستوى ٠,٠٥، وعلاقة دالة قوية بين المرونة المعرفية وكل من بُعد التفاعل والدرجة الكلية للأداء الاجتماعي عند مستوى ٠,٠١هذه النتائج تؤكد أن ازدياد المرونة المعرفية لدى مرضى الفصام يرتبط بتحسن قدرتهم على التفاعل الاجتماعي وعلى تحقيق الاستقلال في أداء الأنشطة اليومية، وهو ما يتفق مع ما أشار إليه Burdick etal. (٢٠٢٠) Kravariti etal.(٢٠٢١) من أن المرونة المعرفية تُعد منبئًا رئيسيًا بمستوى الكفاءة الاجتماعية والنجاح التفاعلي لدى المصابين بالفصام.

تُعزى هذه العلاقة من منظور عصبي معرفي إلى دور المناطق الدماغية الأمامية، لاسيما الفص الجبهي ، في دعم العمليات التنفيذية مثل التبديل المعرفي والانتباه الانتقائي والتحكم في الاستجابات. وهذه العمليات تشكل البنية الأساسية التي تسمح للفرد بالمرونة في التفاعل الاجتماعي، ومحاولة توفيق سلوكه مع السياق في المقابل؛ أظهرت الأبحاث أن مرضى الفصام يعانون من ضعف في

نشاط المناطق الدماغية، مما يؤدي إلى تصلب معرفي وانخفاض في قدراتهم التفاعلية والاجتماعية (Germine etal., ٢٠٢١; Jiang etal., ٢٠٢٤).

في سياق النظرية السلوكية المعرفية، فإن الأفراد ذوي المرونة المعرفية المنخفضة يميلون إلى تفسير المواقف الاجتماعية بشكل جامد، وغالبًا ما يكوّنون استجابات نمطية وغير توافقية تعيق التفاعل الاجتماعي الفعّال. وفي حالة مرضى الفصام، فإن هذا الجمود المعرفي قد يؤدي إلى الانسحاب الاجتماعي، وصعوبات في تكوين علاقات جديدة، وانخفاض واضح في الاستقلالية، وهو ما يعززه ارتباط المرونة المعرفية ببُعدي التفاعل والاستقلال دون الانسجام أو التواصل، حيث إن الأخيرين قد يتأثران بشكل أكبر بالعوامل الانفعالية واللغوية المعقدة.

علاوة على ذلك، تدعم نتائج الدراسة الحالية توجهات دراسات مثل Kim etal.(٢٠٢٥) Ventura etal.(٢٠٢٣) التي أشارت إلى أن تحسين مستوى المرونة المعرفية يمكن أن يسهم بشكل مباشر في تحسين التكامل الاجتماعي، خاصة إذا ارتبط ببرامج تأهيل معرفي–سلوكي تستهدف مناطق الضعف الإدراكي. كما أن هذه النتائج تسلط الضوء على أهمية تصميم تدخلات علاجية تراعي تعزيز المرونة كمدخل لتحسين الأداء الاجتماعي، لاسيما لدى الفئات الأكثر عرضة للعزلة والتهميش مثل مرضى الفصام.

ومن ثم، تعكس نتائج الفرض الأول بُعدًا إكلينيكيًا بالغ الأهمية، يتمثل في العلاقة السببية المحتملة بين الأداء التنفيذي والقدرات التفاعلية الاجتماعية، ما يفتح المجال أمام تطوير برامج علاج نفسي معرفي تركز على تعديل أنماط التفكير الجامدة وتدريب المهارات التكيفية بما يحقق تحسنًا في الأداء الاجتماعي الوظيفي لهؤلاء المرضى.

(٢) تفسير نتائج التحليلات الإحصائية للفرض الثاني، ومناقشتها:

نص الفرض الثاني على أنه: يمكن التنبؤ بالأداء الاجتماعي من خلال درجة المرونة المعرفية لدى عينة الدراسة من ذوي اضطراب الفصام.

للتحقق من صحة الفرض استخدم تحليل الانحدار البسيط، لاستيضاح قدرة المتغير المنبيء (المرونة المعرفية) على التنبؤ بالمتغير المتنبئ به (الأداء الاجتماعي)، وفيما يلي توضيح للنتائج:

جدول (١٧) تحليل الانحدار المتعدد للمتغيرات المنبئة (المرونة المعرفية) بالمتغير التابع (الأداء الاجتماعي)

معامل الانحدار المتغيرات		ر R	ر² R-sq	قيمة ف F	المعامل البائي	بيتا Beta	قيمة ت T. test	الدلالة Sig.p
المنبئ	المرونة المعرفية	٠.٢٩٨	٠.٠٨٩	٢.٨١٧	٠.٠٠٣	٠.٢٩٨	١.٦٧٩	٠.١٠٤
المتنبئ به	الانسجام							
المنبئ	المرونة المعرفية	٠.٠٥٢	٠.٠٠٣	٠.٠٧٨	٠.٠٠١-	٠.٠٥٢-	٠.٢٨٠-	٠.٧٨٢
المتنبئ به	التواصل							
المنبئ	المرونة المعرفية	٠.٣٦٦	٠.١٣٤	٤.٤٩٧	٠.٠١٨	٠.٣٦٦	٢.١٢	٠.٠٤٣
المتنبئ به	الاستقلال							
المنبئ	المرونة المعرفية	٠.٤٦٧	٠.٢١٨	٨.١١	٠.٠١٩	٠.٤٦٧	٢.٨٤٧	٠.٠٠٨
المتنبئ به	التفاعل							
المنبئ	المرونة المعرفية	٠.٤٦٢	٠.٢١٣	٧.٨٦٩	٠.٠٣٩	٠.٤٦٢	٢.٨٠٥	٠.٠٠٩
المتنبئ به	الدرجة الكلية							

يتضح من الجدول (١٧) ما يلي:

١- أسهمت المرونة المعرفية بنسبة (٨,٩%) من التباين الكلي الذي يحدث في معدلات (الانسجام) كأحد أبعاد الأداء الاجتماعي، وكل تغير مقداره درجة

معيارية في قيمة المتغير المستقل (المرونة المعرفية) يؤدي إلى تغير قيمته (٠,٣٠) في بُعد (الانسجام)، وكانت قيم اختبار(ف)، واختبار(ت) غير دالة.

٢- أسهمت المرونة المعرفية بنسبة (٠,٣%) من التباين الكلي الذي يحدث في معدلات (التواصل) كأحد أبعاد الأداء الاجتماعي، وكل تغير مقداره درجة معيارية في قيمة المتغير المستقل (المرونة المعرفية) يؤدي إلى تغير قيمته (-٠,٠٥) في بُعد (التواصل)، وكانت قيم اختبار(ف)، واختبار(ت) غير دالة.

٣- أسهمت المرونة المعرفية بنسبة (١٣,٤%) من التباين الكلي الذي يحدث في معدلات (الاستقلال) كأحد أبعاد الأداء الاجتماعي، وكل تغير مقداره درجة معيارية في قيمة المتغير المستقل (المرونة المعرفية) يؤدي إلى تغير قيمته (٠.٣٧) في بُعد (الاستقلال)، وكانت قيم اختبار(ف)، واختبار(ت) دالة عند مستوى (٠.٠٥).

٤- أسهمت المرونة المعرفية بنسبة (٢١,٨%) من التباين الكلي الذي يحدث في معدلات (التفاعل) كأحد أبعاد الأداء الاجتماعي، وكل تغير مقداره درجة معيارية في قيمة المتغير المستقل(المرونة المعرفية) يؤدي إلى تغير قيمته (٠,٤٧) في بُعد (التفاعل)، وكانت قيم اختبار(ف)، واختبار(ت) دالة عند مستوى (٠.٠٥).

٥- أسهمت المرونة المعرفية بنسبة (٢١,٣%) من التباين الكلي الذي يحدث في معدلات الدرجة الكلية الأداء الاجتماعي، وكل تغير مقداره درجة معيارية في قيمة المتغير المستقل (المرونة المعرفية) يؤدي إلى تغير قيمته (٠,٤٦) في الدرجة الكلية الأداء الاجتماعي، وكانت قيم اختبار(ف)، واختبار(ت) دالة عند مستوى (٠.٠٥).

أظهرت نتائج تحليل الانحدار البسيط أن المرونة المعرفية تُعد منبئًا دالًا إحصائيًا بالأداء الاجتماعي لدى عينة الدراسة من ذوى اضطراب الفصام، وبشكل خاص لبُعدي الاستقلال والتفاعل، وكذلك للدرجة الكلية للأداء الاجتماعي. حيث أسهمت المرونة المعرفية بنسبة ١٣,٤% من التباين في بُعد الاستقلال، و٢١,٨% من التباين في بُعد التفاعل، و٢١,٣% من التباين في الدرجة الكلية، وكانت جميع هذه القيم دالة إحصائيًا عند مستوى ٠,٠٥. بينما لم تكن العلاقة تنبؤية دالة مع بُعدي الانسجام والتواصل.

وتُبرز نتائج الدراسة الحالية أن للمرونة المعرفية دورًا محوريًا في التنبؤ بجودة الأداء الاجتماعي لدى ذوي اضطراب الفصام، وبخاصة في الجوانب التي تتطلب تنظيمًا ذاتيًا واستقلالًا في الأداء وتفاعلاً مرنًا مع البيئة المحيطة. وهذا يتفق مع ما توصلت إليه دراسات مثل Ventura etal. (٢٠٢٣) Jiang etal.(٢٠٢٤) التي أشارت إلى أن تعزيز المرونة المعرفية يمكن أن يسهم في تحسين التفاعل الاجتماعي الوظيفي لدى المصابين بالفصام، نظرًا لأنها تمكّن الفرد من التوافق مع المواقف الاجتماعية المعقدة، واتخاذ قرارات تتسم بالمرونة والاستجابة الملائمة.

كما أنه ترتبط القدرة التنبؤية للمرونة المعرفية، في سياق علم النفس العصبي الإكلينيكي بتكامل عمل مناطق الدماغ المسؤولة عن الوظائف التنفيذية العليا، وخاصة القشرة الدماغية الجبهية الأمامية، التي تدير عمليات التحول بين الاستراتيجيات الذهنية، وحل المشكلات، وتنظيم الاستجابات الانفعالية والاجتماعية. وتُظهر دراسات التصوير العصبي لدى مرضى الفصام وجود ضعف في نشاط هذه المناطق الدماغية، مما يُفسر التراجع في الأداء الاجتماعي لدى الأفراد منخفضي المرونة المعرفية (Kravariti etal., ٢٠٢١; Germine etal., ٢٠٢١).

في سياق آخر، يمكن تفسير عدم دلالة النتائج المتعلقة ببُعدي الانسجام والتواصل بأن هذه الجوانب تتأثر بعوامل أخرى أكثر تعقيدًا، مثل القدرات اللغوية، والنضج الانفعالي، والخبرة الاجتماعية السابقة، والتي قد لا تكون مرتبطة مباشرة بالمرونة المعرفية وحدها. وهذا ما أشار إليه Kim etal.(٢٠٢٥)، حيث فصّل في التفاعل بين الإدراك الاجتماعي، والمرونة المعرفية، والمهارات التواصلية، معتبرًا أن الإدراك الاجتماعي يمثل وسيطًا مهمًا في العلاقة بين الأداء الاجتماعي والمرونة المعرفية.

وتدل نتائج الدراسة الحالية لذوي اضطراب الفصام عمومًا على أهمية تعزيز المرونة المعرفية كعنصر أساسي في برامج التأهيل النفسي والاجتماعي لمرضى الفصام، بهدف تحسين مستوى الاستقلال الوظيفي والتفاعل مع المجتمع، وتقليل مظاهر الانسحاب والعزلة. كما تُعد نتائج الدراسة إسهامًا في فَهم التفاعل بين الجوانب المعرفية والسلوكية في اضطراب الفصام، وتأكيدًا على أهمية النظر إليه من منظور عصبي معرفي تكاملي.

(٣) تفسير نتائج التحليلات الإحصائية للفرض الثالث، ومناقشتها:

نص الفرض الثالث على أنه: توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة من ذوي اضطراب الفصام على مقاييس (المرونة المعرفية، والأداء الاجتماعي)، تعزى إلى متغيرات (النوع، والحالة الاجتماعية، ومستوى التعليم).

(أ) الفروق على أدوات البحث وفق متغير النوع (ذكور، وإناث):

للتحقق من صحة الفرض السابق، ومعرفة مستويات الدلالة واتجاهها لأي من فئتي الدراسة (الذكور، والإناث)، وذلك على مقياس (المرونة المعرفية، والأداء الاجتماعي) استخدم اختبار (ت) **T.test** " لاختبار دلالة الفروق بين عينتين غير مرتبطتين، وفيما يلي توضيح للنتائج:

جدول (١٨) المتوسطات (م) والانحرافات المعيارية (ع) وقيم (ت) لدى فئتي الدراسة الذكور (ن= ٢٤) والإناث (ن= ٧) على متغيرات الدراسة

المتغيرات الفرعية		الذكور (ن= ٢٤)		الإناث (ن= ٧)		قيمة (ت)	الدلالة
		م	ع	م	ع		
المرونة المعرفية		٤٠٣.٠٠	١٧٥.٩٤	٣٤٦.٤٣	٨٧.١٧	٠.٨١٥	غير دال
الأداء الاجتماعي	الانسجام	٥,٦٧	١,٥٥	٥.١٤	١.٩٥	٠.٧٤٣	غير دال
	التواصل	٤,٨٨	١,٦٠	٥.٠٠	٢.٧٧	-٠.١٥٣	غير دال
	الاستقلال	١٦,٦٧	٦,٧٧	٢٣.٢٩	٩.٩٩	-٢.٠٤ *	دال عند ٠.٠٥ في تجاه الإناث
	التفاعل	٢٦,١٣	٥,٩٤	٢١.٢٩	٧.١٨	١.٨١٣	غير دال
	المقياس الكلي	٥٣,٣٣	١٢,٦٤	٥٤.٧١	١٧.٨٧	-٠.٢٣٢	غير دال

د/ح = ٢٩ * مستوى الدلالة عند ٠.٠٥ = ٢.٠٤٢ **

مستوى الدلالة عند ٠.٠١ = ٢.٧٥٠

يشير جدول (١٨) إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين فئتي الدراسة وفق النوع (الذكور، والإناث) من ذوي اضطراب الفصام على بُعد (الاستقلال) في اتجاه الإناث، ولم تدل النتائج على وجود فروق دالة إحصائيًا على مقياس المرونة والدرجة الكلية لمقياس الأداء الاجتماعي وأبعاد (الانسجام، والتواصل، والتفاعل).

(ب) الفروق على أدوات البحث وفق متغير مستوى التعليم:

للتحقق من صحة الفرض توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة من ذوي اضطراب الفصام على مقاييس (المرونة المعرفية، والأداء الاجتماعي)، تعزى إلى متغيرات (النوع، والحالة الاجتماعية، ومستوى التعليم)، وذلك على متغيرات الدراسة (المرونة المعرفية، والأداء الاجتماعي)، وفق مستوى التعليم (ابتدائي، وإعدادي، وثانوي، ودبلوم، وجامعي)، استخدم اختبار تحليل التباين في اتجاه واحد "**One Way NOVA**"، لاختبار دلالة الفروق على متغيرات الدراسة، وفيما يلي توضيح للنتائج:

جدول (١٩) تحليل التباين في اتجاه واحد لدلالة الفروق بين أفراد عينة الدراسة وفق مستوى التعليم على مقياس متغيرات الدراسة

الأبعاد		مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيم ف	مستوى الدلالة
المرونة المعرفية		بين المجموعات داخل المجموعات التباين الكلى	٣٩٢٠٨.٢٥٧ ٧٣٥٦٦٣.١٦٢ ٧٧٤٨٧١.٤١٩	٤ ٢٦ ٣٠	٩٨٠٢.٠٦ ٢٨٢٩٤.٧	٠.٣٤٦	غير دال
مقياس الأداء الاجتماعي	الانسجام	بين المجموعات داخل المجموعات التباين الكلى	١٥.٤١١ ٦٤.٢٦٧ ٧٩.٦٧٧	٤ ٢٦ ٣٠	٣.٨٥ ٢.٤٧	١.٥٦	غير دال
	التواصل	بين المجموعات داخل المجموعات التباين الكلى	١.٤٥٣ ١٠٣.٢٥٧ ١٠٤.٧١٠	٤ ٢٦ ٣٠	٠.٣٦٣ ٣.٩٧	٠.٠٩	غير دال
	الاستقلال	بين المجموعات داخل المجموعات التباين الكلى	٣٩.٧٩٤ ١٨٥٢.٤٠٠ ١٨٩٢.١٩٤	٤ ٢٦ ٣٠	٩.٩٥ ٧١.٢٥	٠.١٤٠	غير دال
	التفاعل	بين المجموعات داخل المجموعات التباين الكلى	١٠٣.٨٠٦ ١١٤٣.١٦٢ ١٢٤٦.٩٦٨	٤ ٢٦ ٣٠	٢٥.٩٥ ٤٣.٩٧	٠.٥٩٠	غير دال
	المقياس الكلي	بين المجموعات داخل المجموعات التباين الكلى	٢٣٠.٦٤٠ ٥٣٦٨.٤٥٧ ٥٥٩٩.٠٩٧	٤ ٢٦ ٣٠	٥٧.٦٦ ٢٠٦.٤٨	٠.٢٧٩	غير دال

يتضح من جدول (١٩) إلى انه لا توجد فروق دالة إحصائيًا وفق مستوى التعليم على مقياس المرونة المعرفية ومقياس الأداء الاجتماعي بأبعاده الفرعية.

(ج) الفروق على أدوات الدراسة وفق متغير الحالة الاجتماعية:

للتحقق من صحة الفرض توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة من ذوي اضطراب الفصام على مقاييس (المرونة المعرفية، والأداء الاجتماعي)، تعزى إلى متغيرات (النوع، والحالة الاجتماعية، ومستوى التعليم)، وذلك على متغيرات البحث (المرونة المعرفية، والأداء الاجتماعي) وفق الحالة الاجتماعية (أعزب، متزوج، مطلق)، تم استخدام اختبار تحليل التباين في اتجاه واحد "**One Way NOVA**"، لاختبار دلالة الفروق على متغيرات البحث، وفيما يلي توضيح للنتائج:

جدول (٢٠) تحليل التباين في اتجاه واحد لدلالة الفروق بين أفراد عينة الدراسة وفق الحالة الاجتماعية على مقياس متغيرات الدراسة

الأبعاد		مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيم ف	مستوى الدلالة
المرونة المعرفية		بين المجموعات	٤٨١٠٤.٨١٩	٢	٢٤٠٥٢.٤	٠.٩٢٧	غير دال
		داخل المجموعات	٧٢٦٧٦٦.٦٠٠	٢٨	٢٥٩٥٥.٩		
		التباين الكلى	٧٧٤٨٧١.٤١٩	٣٠			
مقياس الأداء الاجتماعي	الانسجام	بين المجموعات	٥.٣٢٧	٢	٢.٦٦	١.٠٠	غير دال
		داخل المجموعات	٧٤.٣٥٠	٢٨	٢.٦٦		
		التباين الكلى	٧٩.٦٧٧	٣٠			
	التواصل	بين المجموعات	٤.١١٠	٢	٢.٠٦	٠.٥٧٢	غير دال
		داخل المجموعات	١٠٠.٦٠٠	٢٨	٣.٥٩		
		التباين الكلى	١٠٤.٧١٠	٣٠			
	الاستقلال	بين المجموعات	٢٢٤.٥٩٤	٢	١١٢.٣٠	١.٨٩	غير دال
		داخل المجموعات	١٦٦٧.٦٠٠	٢٨	٥٩.٥٦		
		التباين الكلى	١٨٩٢.١٩٤	٣٠			
	التفاعل	بين المجموعات	١٢٠.٣١٨	٢	٦٠.١٦	١.٤٩	غير دال
		داخل المجموعات	١١٢٦.٦٥٠	٢٨	٤٠.٢٤		
		التباين الكلى	١٢٤٦.٩٦٨	٣٠			
	المقياس الكلي	بين المجموعات	٤٩٩.٠٣٠	٢	٢٤٩.٥٢	١.٣٧	غير دال
		داخل المجموعات	٥١٠٠.٠٦٧	٢٨	١٨٢.١٥		
		التباين الكلى	٥٥٩٩.٠٩٧	٣٠			

يتضح من جدول (٢٠) إلى انه لا توجد فروق دالة إحصائيًا وفق الحالة الاجتماعية على مقياس المرونة المعرفية ومقياس الأداء الاجتماعي بأبعاده الفرعية.

لم تظهر نتائج تحليل التباين وجود فروق دالة إحصائيًا بين الأفراد وفق الحالة الاجتماعية على أي من متغيرات الدراسة.

وهذا يشير إلى أن التعليم السابق – في حالات الفصام – لا يُعد عاملًا فارقًا في مستوى الأداء الاجتماعي أو في المرونة المعرفية، وقد يُعزى ذلك إلى تأثيرات المرض السريرية التي تطغى على الفروق البيئية أو الثقافية، بما في ذلك المؤهل التعليمي. كما أن اضطراب الفصام غالبًا ما يظهر في مرحلة المراهقة أو بدايات الرشد، ما يعني أن غالبية المرضى قد لا يكونوا أكملوا مراحل التعليم المتقدمة أو استفادوا منها بما ينعكس على الأداء النفسي المعرفي.

كذلك لم تظهر فروق دالة إحصائيًا وفق الحالة الاجتماعية (أعزب – متزوج – مطلق) على متغيرات الدراسة. ويعكس ذلك أن الوضع الاجتماعي لا يمثل في حد ذاته عنصرًا فارقًا في الأداء الاجتماعي أو في المرونة المعرفية لدى هذه العينة، خصوصًا في ظل ما يعانيه مرضى الفصام من اضطراب في العلاقات الشخصية وضعف القدرة على الحفاظ على الروابط الاجتماعية بغض النظر عن حالتهم الأسرية.

وقد أشار Germine etal.(٢٠٢١) إلى أن مرضى الفصام – حتى المتزوجين منهم – يعانون من صعوبات مزمنة في الإدراك الاجتماعي والانخراط في العلاقات، مما قد يجعل الحالة الاجتماعية متغيرًا غير مؤثر بشكل دال.

تشير نتائج الدراسة إلى أن الخصائص الديموغرافية مثل النوع أو الحالة الاجتماعية أو مستوى التعليم لا تُعد من العوامل الحاسمة في تحديد مستوى المرونة المعرفية أو الأداء الاجتماعي لدى مرضى الفصام، باستثناء بُعد الاستقلال الذي ظهر فيه تفوق نسبي للإناث. وهذا يدعم التوجه نحو التفسير العصبي المعرفي للاضطراب، باعتباره أكثر عمقًا من العوامل السطحية أو الظرفية. كما يُبرز أهمية التركيز في العلاج والتأهيل على العوامل المعرفية والوظائف التنفيذية، لا على الفروق الديموغرافية وحدها.

توصيات الدراسة

في ضوء ما توصلت إليه الدراسة الحالية من نتائج تشير إلى وجود علاقة دالة بين المرونة المعرفية والأداء الاجتماعي لدى مرضى الفصام، وقدرة المرونة المعرفية على التنبؤ بمستوى الأداء الاجتماعي بدرجة دالة، وغياب الفروق على أساس الخصائص الديموغرافية فيما عدا بُعد الاستقلال، يوصي الباحث بما يلي:

- تطبيق اختبارات نفسية عصبية دورية لتقييم المرونة المعرفية والوظائف التنفيذية لمرضى الفصام داخل مؤسسات الصحة النفسية، بهدف المتابعة المستمرة وتعديل الخطط العلاجية بناءً على مستوى التقدم أو التراجع في الأداء المعرفي والاجتماعي.
- لاهتمام ببُعد الاستقلال الوظيفي لدى الإناث المرضى بالفصام، ودراسة العوامل النفسية والاجتماعية التي قد تُسهم في دعم هذا البُعد وتعزيزه لدى الذكور.
- تجنب تعميم برامج التأهيل بناءً على متغيرات ديموغرافية فقط (النوع، الحالة الاجتماعية، التعليم)، والتركيز بدلًا من ذلك على التقييم النفسي المعرفي الدقيق لكل حالة على حدة، نظرًا لأن الفروق الديموغرافية لم تثبت دلالة واضحة في معظم الأبعاد.
- دعوة الباحثين لإجراء مزيد من الدراسات العصبية النفسية التجريبية لفحص تأثير تنمية المرونة المعرفية على الأداء الاجتماعي بشكل طولي، وباستخدام أدوات تصوير الدماغ (مثل fMRI) للكشف عن التغيرات البنيوية والوظيفية المرتبطة بالتحسن.
- تطوير أدوات القياس النفسية المستخدمة في تقييم المرونة المعرفية لدى الفصاميين لتكون أكثر دقة في رصد الفروق الدقيقة بين الحالات، وخاصة في المراحل المستقرة من المرض.
- إدراج مكون معرفي صريح في برامج التأهيل التي تُقدَّم في المستشفيات والمراكز المجتمعية، مع تدريب المتخصصين النفسيين على تطبيق التدخلات المعرفية الفعّالة مع هذه الفئة.
- إعداد برامج التأهيل النفسي لمرضى الفصام، وذلك من خلال تصميم تدخلات علاجية معرفية تهدف إلى تعزيز القدرة على تبديل الاستراتيجيات الذهنية وحل المشكلات واتخاذ القرار.
- دمج برامج التأهيل الاجتماعي مع المكونات المعرفية، بحيث تتكامل الجوانب المعرفية والتنفيذية مع المهارات الاجتماعية الواقعية، مما يُسهم في تحسين قدرة المرضى على التفاعل والتواصل والانخراط في الأدوار الاجتماعية اليومية.

قائمة المراجع:

- أبو علام، صلاح الدين (٢٠٠٠). **القياس والتقويم التربوي والنفسي**. القاهرة: دار الفكر العربي.

- البدري، عبد الرحمن.(٢٠٢٢). المرونة المعرفية والتكيف الاجتماعي لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب. **مجلة دراسات نفسية**، ٣٤(٢)، ١١٤–١٣٢.

-عبد الحميد، منى.(٢٠٢١). فاعلية برنامج لتنمية المرونة المعرفية لتحسين التفاعل الاجتماعي لدى مرضى الفصام. **مجلة الإرشاد النفسي**، ٤٥(١)، ٧٧–١٠٥.

-زهران، ليلى.(٢٠٢٣). العلاقة بين اضطراب الفصام وبعض المتغيرات المعرفية لدى المرضى الداخليين. **مجلة كلية التربية**، جامعة عين شمس، ٤٧(٣)، ٢٤٣–٢٦٩.

-عادل، ندا.(٢٠٢٠). فاعلية برنامج قائم على تنمية المهارات الاجتماعية لتحسين الأداء الاجتماعي والمرونة المعرفية لدى مرضى الفصام المزمن. **المجلة المصرية لعلم النفس**، ٦٠(٤)، ٨٨–١١٥.

- ميخائيل، أمطانيوس (٢٠٠٦). **القياس النفسي**، ج١. دمشق: منشورات جامعة دمشق.

Addington, J., & Addington, D. (2019). Social functioning in schizophrenia. Schizophrenia Research, 204, 1–7. https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.07.006

American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Barch, D. M., & Sheffield, J. M. (2019). Cognitive impairments in psychotic disorders: Common mechanisms and measurement .

Becerril, K., & Barch, D. M. (2022). Training cognitive flexibility to improve social functioning in schizophrenia: A quasi-experimental study. Schizophrenia Bulletin, 48(2), 345–356.

Bentall, R. P., et al. (2021). Cognitive biases in schizophrenia and related disorders. Annual Review of Clinical Psychology, 17, 33–58.

Bentall, R. P., Jackson, H., & Pilgrim, D. (2021). Abandoning the concept of "schizophrenia": Progress and pitfalls. Schizophrenia Bulletin, 47(5), 1141–1152.

Bonfils, K. A., Lysaker, P. H., & Minor, K. S. (2018). Cognitive flexibility and social functioning in schizophrenia spectrum disorders: A systematic review. Schizophrenia Research: Cognition, 12, 1–9. https://doi.org/10.1016/j.scog.2018.08.001

Burdick, K. E., et al. (2020). Cognitive flexibility and social functioning in schizophrenia: Clinical and neuropsychological correlates. Schizophrenia Research, 220, 45–52.

Chen, D., Wu, Z., Jiang, Y., & Gao, S. (2025). Cognitive flexibility profiles and their association with social functioning in schizophrenia: A latent profile analysis with fMRI evidence. Journal of Psychiatric Research, 174, 45–54. [https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2025.01.008]

Chen, J., Zhang, L., Wang, Y., & Li, X. (2025). Cognitive subtypes in schizophrenia: Executive dysfunction and brain morphology correlates. Schizophrenia Research, 268, 115–124. [https://doi.org/10.1016/j.schres.2025.02.004]

Chen, Y., Wang, L., Zhang, H., & Li, X. (2025). Subgroups of cognitive impairments in schizophrenia characterized by executive function and their morphological features: A latent profile analysis study. BMC Medicine, 23 (1), 137. [https://doi.org/10.1186/s12916-024-03835-9

Corrigan, P. W., & Penn, D. L. (2019). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. American Psychologist, 74(9), 1029–1042.

Dajani, D. R., & Uddin, L. Q. (2022). Demystifying cognitive flexibility: Implications for neuroscience and neuropsychiatric disorders. Trends in Neurosciences, 45(3), 170–183.

Dong, D., Luo, C., Guell, X., et al. (2021). Dysfunctional brain network connectivity in schizophrenia. NeuroImage, 229,

117724.
Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science, 196(4286), 129–136.
Erol, A., Ho, B. C., & Birmaher, B. (2020). Social support and functional outcome in schizophrenia. Schizophrenia Research, 216, 414–421.
Friston, K. J., Stephan, K. E., Montague, R., & Dolan, R. J. (2016). Computational psychiatry: The brain as a phantastic organ. The Lancet Psychiatry, 3(1), 148–158.
Germine, L., et al. (2021). Social cognition, cognitive flexibility, and their impact on social functioning in schizophrenia. Journal of Psychiatric Research, 135, 25–33.
Germine, L., Garrido, L., Bruce, L., et al. (2021). Neural mechanisms of social perception in schizophrenia. NeuroImage: Clinical, 30, 102617.
Goffman, E. (1963). Stigma: Notes on the management of spoiled identity. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
Gould, F., Brown, R. M., Owen, A. M., & Pickard, J. D. (2021). Cognitive flexibility and executive dysfunction in schizophrenia. Cognitive Neuropsychiatry, 26(2), 123–140.
Green, M. F., & Horan, W. P. (2022). Social cognition in schizophrenia: Insights from neuroimaging and treatment. Biological Psychiatry, 91(6), 567–576.
Green, M. F., Horan, W. P., & Lee, J. (2019). Social cognition in schizophrenia: Review and implications for treatment. Schizophrenia Research, 206, 1–9.
Howes, O. D., & Murray, R. M. (2014). Schizophrenia: An integrated sociodevelopmental-cognitive model. The Lancet, 383(9929), 1677–1687.
Ionescu, T. (2017). Exploring the nature of cognitive flexibility. New Ideas in Psychology, 44, 18–28.
Jiang, Y., et al. (2024). Changes in cognitive flexibility and social functioning after cognitive rehabilitation in

schizophrenia. Frontiers in Psychiatry, 15, 789012.

Kim, H., & Johnson, S. (2025). Cognitive flexibility training and social functioning in schizophrenia: A randomized controlled trial. Schizophrenia Bulletin, 51 (2), 245–257. [https://doi.org/10.1093/schbul/sbae123]

Kim, J., Lee, S., Park, S., & Choi, S. (2023). Cognitive flexibility deficits and functional connectivity in schizophrenia: A neuroimaging study. Schizophrenia Research, 260, 87–96.

Koschorke, M., Feige, B., Sartorius, N., et al. (2021). Social determinants and schizophrenia outcomes: A review. Lancet Psychiatry, 8(1), 25–35.

Kravariti, E., et al. (2021). Executive functions and social skills in schizophrenia: The role of cognitive flexibility. European Psychiatry, 64(1), e22.

Li, X., Wang, Y., & Chen, J. (2025). Relationship between negative symptoms, cognitive function, and social function in schizophrenia: New insight from a network analysis. Frontiers in Psychiatry, 16, 1623147. [https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1623147]

Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people with mental illness: A systematic review and meta-analysis. Social Science & Medicine, 71(12), 2150–2161.

Lysaker, P. H., Vohs, J. L., & Davis, L. W. (2020). Social cognition and social functioning in schizophrenia: Evidence for a causal relationship. Schizophrenia Research, 222, 52–59.

Martin, L. L., & Ochsner, K. N. (2021). Cognitive-emotional flexibility in adaptive behavior. Annual Review of Psychology, 72, 477–505.

Martin, M. M., & Rubin, R. B. (2021). A new measure of cognitive flexibility. Journal of Social and Clinical Psychology, 40(5), 437–460. https://doi.org/10.1521/jscp.2021.40.5.437

Millan, M. J., Andrieux, A., Bartzokis, G., Cadenhead, K., Dazzan, P., Fusar-Poli, P., Gallinat, J., Giedd, J., Grayson, D. R., Heinrichs, M., Kahn, R., Krebs, M. O., Leboyer, M., Lewis, D., Marin, O., Marin, P., Meyer-Lindenberg, A., McGorry, P., Murphy, D., … Weinberger, D. (2022). Altering the course of schizophrenia: Progress and perspectives. Nature Reviews Drug Discovery, 21 (7), 499–523. [https://doi.org/10.1038/s41573-022-00394-2

Millan, M. J., Fone, K., Steckler, T., & Horan, W. P. (2021). Cognitive dysfunction in psychiatric disorders: Characteristics, causes and the quest for improved therapy. Nature Reviews Drug Discovery, 20(2), 91–113.

Onitsuka, T., et al. (2019). Neural correlates of face recognition deficits in schizophrenia. NeuroImage: Clinical, 23, 101854.

Onitsuka, T., Niznikiewicz, M., Spencer, K. M., et al. (2019). Neural networks of face perception in schizophrenia. NeuroImage: Clinical, 21, 101642.

Park, H. Y., Kim, M., Kim, J., Lee, S. H., & Kwon, J. S. (2024). Social cognition and functional connectivity in early and chronic schizophrenia. Schizophrenia Research, 268, 69–78. [https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.11.004]

Roberts, D. L., Green, M. F., & Penn, D. L. (2025). Social cognition and functional outcomes in schizophrenia: Advances in assessment and intervention. Schizophrenia Bulletin, 51 (1), 45–58. [https://doi.org/10.1093/schbul/sbae001]

Roberts, D. L., Pinkham, A. E., & Harvey, P. D. (2025). Advances in the ecological validity of research on social cognition in schizophrenia: A systematic review. Schizophrenia Research: Cognition, 32, 100301. [https://doi.org/10.1016/j.scog.2025.100301)

Ventura, J., et al. (2023). Cognitive flexibility deficits predict social functioning decline in schizophrenia over two years. Schizophrenia Research, 254, 78–85.

Waltz, J. A., Gold, J. M., & Frank, M. J. (2020). Cognitive flexibility in schizophrenia. Biological Psychiatry, 87(6), 528–537. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2019.08.005

Wang, Y., Zhang, L., & Li, T. (2024). Frontoparietal network dysfunction and impaired cognitive flexibility in schizophrenia: Evidence from fMRI connectivity. NeuroImage: Clinical, 45, 103756. [https://doi.org/10.1016/j.nicl.2024.103756

Whitfield-Gabrieli, S., Thermenos, H. W., Milanovic, S., et al. (2020). Hyperactivity and hyperconnectivity of the default network in schizophrenia and its relation to cognitive deficits. Biological Psychiatry, 87(2), 169–180.

Yang, L., Huang, M., Zhao, Q., & Liu, T. (2024). Modified social cognition and interaction training and its impact on cognitive flexibility and social functioning in schizophrenia. Frontiers in Psychiatry, 15, 1423567. [https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1423567]

Zhang, H., Xu, K., Sun, Y., & Li, P. (2025). Network analysis of negative symptoms, cognitive flexibility, and social functioning in schizophrenia: A one-year longitudinal study. Psychological Medicine, 55 (4), 678–690. [https://doi.org/10.1017/S0033291724003159]

Zhang, Y., Liu, H., & Zhao, Q. (2025). Subgroups of cognitive impairments in schizophrenia characterized by executive function and their morphological features: A latent profile analysis. BMC Medicine, 23, 85. [https://doi.org/10.1186/s12916-024-03835-9

Zheng, W., Chen, Y., Xu, Q., et al. (2020). Neural correlates of cognitive flexibility in schizophrenia: A systematic review. Frontiers in Psychiatry, 11, 567845.

Zhu, Y., Li, X., Wang, J., & Chen, R. (2024). Virtual cognitive compensation training to improve cognitive flexibility and social functioning in patients with schizophrenia: A randomized controlled trial. Schizophrenia Research, 263, 120–129. [https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.11.012]