MEJDS. 2020; 10:66.

Published online 2020 May. **Research Article**

A Model of Negative Symptoms of Schizophrenia Disorder Based on Topical Relationships, Reality and Family Function

Faraji E[1], *Monirpoor N[2], Godarzi N[3], Taghva A[4]

Author Address
1. PhD of Psychology, Department of Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran;
2. PhD of Health Psychology, Department of Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran;
3. PhD of Health Psychology, Department of Psychology, Army University of Medical Sciences, Tehran, Iran;
4. Psychiatrist, Associate Professor, Army University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
***Corresponding Author E-mail:** Monirpoor1357@gmail.com

Received: 2020 January 20; **Accepted:** 2020 March 10

Abstract

Background & Objectives: Schizophrenia is the most severe mental disorder. It not only disrupts the affected person's life and functioning, but also damages the entire family system and disrupts the socialization and growth of life skills. A factor associated with schizophrenia disorder is ego functions, which include reality testing and object relations; they significantly impact the formation and recurrence of conduct. Reality is among the most critical functions of ego. It is defined as the ability to distinguish the outside world from the inner world and to correctly judge the relationship between the self and the environment. Object relations is the ability of individuals on the representations of themselves and others; it is derived from the child's early relationship with the mother, and this experience affects the individual's subsequent relationships. The term representation refers to how individuals cope with that object in their psyche system. Furthermore, it is not the result of the person's exact image, but the residual experience of that person. Determining the mental health conditions of the family system could help prevent relapse in the patients. The healthy family model is useful in achieving such goals; in contrast, the unhealthy family uses destructive family patterns, and their interactions are associated with stress and morbid behavior. Studies on the impact of family environment on schizophrenia highlighted a relationship between disease prognosis, family environment, and relapse rate, as well as the need for readmissions. In pathological approaches, schizophrenia is mainly recognized as a set of symptoms. In these systems, the patient's phenomenal experience is absent, and his/her mental world is limited to a few symptoms. Researchers should, therefore, consider factors related to schizophrenia. Besides, most studies have reported links between reality testing, object relations, and family functioning. However, modeling the effects of variables on the severity of schizophrenia symptoms has not been discussed precisely. Therefore, the current study aimed to provide a model of the severity of negative symptoms based on object relations and family function with the mediating role of reality testing.
Methods: This was a descriptive and correlational study. The statistical population of this study consisted of 250 patients who referred to 505 Hospitals in Tehran City, Iran, in 2017 and 2018. The study participants were selected using purposive sampling method. Research tools included the Family Functioning Questionnaires (Epstein, Baldwin, and Bishop, 1983), the Object Relations Scale (Bell, 1995), the Reality Testing Scale (Bell, 1995), and the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) (Kay, Fizbin, & Oppler, 1986). Pearson correlation method and structural equation modeling were used to analyze the obtained data in SPSS and LISREL.
Results: Pearson correlation data revealed a positive and significant correlation between object relations, reality testing, and the severity of negative symptoms (p<0.001). Moreover, there was a positive and significant association between object relations, family functioning, and the severity of negative symptoms (p<0.001). However, there was a significant and negative relationship between family functioning, reality testing, and the severity of negative symptoms (p<0.001). The structural modeling of path analysis results demonstrated that the object relation and family function, with the mediating role of reality, could explain the severity of negative symptoms in the affected patients (p<0.001).
Conclusion: The current study findings indicated that object relations and family function with the mediating role of reality testing could be an appropriate model for predicting the severity of negative symptoms of schizophrenia.
Keywords: Schizophrenia, Reality testing, Object relations, Family function.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.176.5]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۹؛ (۱۰):۶۶.

انتشار برخط اردیبهشت ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

مدل ساختاری شدت علائم منفی اختلال اسکیزوفرنی براساس روابط موضوعی و واقعیت‌سنجی و کارکرد خانواده

الهام فرجی[۱]، *نادر منیرپور[۲]، ناصر گودرزی[۳]، ارسیا تقوا[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، ایران؛

۲. دکتری روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، ایران؛

۳. دکتری روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی، دانشگاه علوم‌پزشکی ارتش، تهران، ایران؛

۴. روان‌پزشک، دانشیار، دانشگاه علوم‌پزشکی ارتش، تهران، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** monirpoor1357@gmail.com

تاریخ دریافت: ۳۰ دی ۱۳۹۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۰ اسفند ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: پژوهشگران بر شناسایی عوامل زمینه‌ساز اسکیزوفرنیا تأکید کرده‌اند. پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش واسطه‌ای واقعیت‌سنجی در رابطهٔ بین روابط موضوعی و کارکرد خانواده با علائم منفی اسکیزوفرنی انجام شد.

روش‌بررسی: مطالعهٔ حاضر به‌روش همبستگی و از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعهٔ آماری را تمامی بیماران اسکیزوفرنی و خانواده‌های آنان تشکیل دادند که به بیمارستان ۵۰۵ ارتش واقع در شهر تهران در سال ۱۳۹۷ مراجعه کردند. از بین آن‌ها تعداد ۲۵۰ نفر با استفاده از نمونه‌گیری هدف‌مند انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان به پرسشنامه‌های کارکرد خانواده (اپشتاین و بالدوین و بیشاپ، ۱۹۸۳)، روابط موضوعی (بل، ۱۹۹۵)، واقعیت‌سنجی (بل، ۱۹۹۵) و مقیاس اسکیزوفرنی (کی و فیزبین و اوپلر، ۱۹۸۶) پاسخ دادند. تحلیل داده‌ها با روش همبستگی پیرسون و مدل‌یابی معادلات ساختاری با نرم‌افزارهای آماری SPSS نسخهٔ ۲۲ و لیزرل نسخهٔ ۸/۸۵ صورت گرفت. سطح معناداری ۰/۰۵ برای تحلیل‌های آماری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که ضریب مسیر مستقیم بین روابط موضوعی با شدت علائم منفی ($p<۰/۰۰۱$، $\beta=۰/۲۲$) مثبت و معنادار و ضرایب مسیر کارکرد خانواده با شدت علائم منفی ($p<۰/۰۰۱$، $\beta=۰/۱۴$) مثبت و معنادار است. همچنین نتایج مشخص کرد که روابط موضوعی و کارکرد خانواده با نقش میانجی واقعیت‌سنجی می‌تواند شدت علائم منفی را تبیین کند (GFI=۰/۹۶، RMSEA=۰/۰۰۶).

نتیجه‌گیری: به‌طورکلی می‌توان نتیجه گرفت واقعیت‌سنجی، روابط موضوعی و کارکرد خانواده با شدت علائم منفی ارتباط مثبت و معنادار و کارکرد خانواده و واقعیت‌سنجی با شدت علائم منفی ارتباط منفی و معناداری دارد. همچنین روابط موضوعی و کارکرد خانواده با نقش میانجی واقعیت‌سنجی می‌تواند پیش‌بینی‌کنندهٔ شدت علائم منفی اسکیزوفرنیا باشد.

کلیدواژه‌ها: اسکیزوفرنی، واقعیت‌سنجی، روابط موضوعی، کارکرد خانواده.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.176.5]

۱ مقدمه

اسکیزوفرنیا[1] اختلال شدیدتر روانی است که نه‌تنها زندگی فرد مبتلا را درگیر می‌سازد، بلکه بر کل سیستم خانواده اثر می‌گذارد. اسکیزوفرنی، اختلالی واحد نیست؛ بلکه مجموعه‌ای از روان‌پریشی‌ها است که با آشفتگی در محتوای فکر، فرم فکر، ادراک، عاطفه، درک خود، انگیزش، رفتار و کارایی میان‌فردی همراه است (۱). اسکیزوفرنیا بیماری ناتوان‌کننده‌ای است که تقریباً یک‌درصد جمعیت را متأثر می‌کند (۲). برمبنای گزارشات سازمان سلامت جهانی اسکیزوفرنیا هشتمین علت اصلی ناتوانی در گروه ۱۵ تا ۴۴ سال در جهان است (۳). علائم این اختلال به دو دستهٔ علائم مثبت و منفی تقسیم‌بندی می‌شود. علائم مثبت مانند هذیان و توهم و علائم منفی مانند کاهش ابراز هیجانی، بی‌ارادگی، فقدان گفتار، فقدان احساس لذت و نبود معاشرت است (۴). کم‌شدن ابراز هیجانی، کاهش‌هایی را در ابراز هیجانات در چهره، تماس چشمی، آهنگ صدا، حرکات دست و سر و صورت که معمولاً تأکید هیجانی به گفتار داده، شامل می‌شود. بی‌ارادگی کاهش انگیزه در فعالیت‌های هدف‌مندی است که خود فرد آن‌ها را آغاز می‌کند (۱). اسکیزوفرنیا معمولاً قبل از ۲۵ سالگی شروع می‌شود و تا آخر عمر پایدار می‌ماند. ۹۰ درصد از بیماران اسکیزوفرنی ۱۵ تا ۵۵ سال دارند. شیوع مادام‌العمر این بیماری ۰/۶ تا ۱/۹ درصد است (۵). پژوهش‌ها نشان داده‌اند به‌دلیل اینکه این اختلال در جوانی یا نوجوانی آغاز می‌شود، باعث تخریب حیطه‌های اجتماعی می‌گردد و این مشکلات اجتماعی ناشی‌از علائم منفی است (۶)؛ درحالی‌که حجم پژوهش‌های انجام‌شده در زمینهٔ آسیب‌شناسی بیماری بسیار گسترده بوده، هنوز پیچیدگی‌های مسئلهٔ جهان ذهنی اسکیزوفرنیا به قوت خود باقی مانده است. در نظام‌های آسیب‌شناسی نیز عمدتاً اسکیزوفرنیا را به‌عنوان مجموعه‌ای از علائم می‌شناسند که به‌نظر می‌رسد در این رویکردها تجربهٔ پدیداری بیمار غایب است و جهان ذهنی او محدود به چند نشانه می‌شود؛ درحالی‌که مطابق نظریهٔ روان‌پویشی علائم منفی در ساختار ذهنی فرد روان‌پریش، کارکردی مشخص دارد (۷). یکی از مؤلفه‌های دارای نقش اساسی در تبیین مدل روان‌کاوی اختلال اسکیزوفرنیا، کارکردهای ایگو است. روابط موضوعی[2] و واقعیت‌سنجی[3] جزو کارکردهای ایگو هستند که در آسیب‌شناسی روانی مهم تلقی می‌شوند. واقعیت‌سنجی به توانایی افتراق فرد بین بازنمایی جهان درونی از بازنمایی جهان بیرونی اشاره دارد (۸). به‌عبارتی ادراک دقیق از واقعیت به استقرار مرزهای ایگو و تمایز خود از غیر از خود پیوند خورده است. در آسیب‌شناسی شدید روانی، مرزهای ایگو ضعیف شده و به تحریف واقعیت منجر می‌شود و به‌عنوان دفاع‌های جبرانی دربرابر نبود یکپارچگی بیشتر ایگو خدمت می‌کند (۹). متغیر مهم دیگر کارکرد ایگو، روابط موضوعی است. روابط موضوعی را می‌توان بازنمایی‌های فرد از خود و دیگران و عواطف همراه با این بازنمایی‌ها (۱۰) یا به‌عبارتی ظرفیت افراد برای برقراری روابط انسانی تعریف کرد که در سال‌های نخست زندگی شکل می‌گیرد و با رشد و تحول، پیچیده‌تر می‌شود. همچنین تصور می‌گردد الگوهای روابط موضوعی اولیه تکرار می‌شود؛ بنابراین این الگوها در سراسر زندگی به نسبت ثابت باقی می‌ماند. آسیب‌شناسی براساس این الگوهای روابط موضوعی درونی‌شده تبیین می‌شود (۱۱). پژوهشی نشان داد که نقص واقعیت‌سنجی و روابط موضوعی در بین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بیشتر از بیماران مبتلا به دوقطبی و گروه سالم است (۱۲)؛ بنابراین واقعیت‌سنجی و روابط موضوعی نقش زمینه‌ای در شکل‌گیری و عود اسکیزوفرنیا دارد.

در کنار رویکردهای نظری روان‌پویشی آنچه امروزه به‌عنوان یافتهٔ پژوهشی مهم بر آن تأکید می‌شود نقش روابط و فضای خانوادگی به‌عنوان یکی از عوامل تأثیرگذار در بروز اسکیزوفرنی است. پژوهشی دیگر نشان داد که بین علائم اسکیزوفرنیا و دل‌بستگی ناایمن در کودکی رابطه وجود دارد (۱۳). همچنین بین روابط پرتعارض فرد مبتلا به اسکیزوفرنیا و خانواده خصوصاً در سال‌های اولیهٔ بروز علائم، رابطه دیده می‌شود (۱۴). در پژوهشی کوترا و همکاران دریافتند که کارکرد و انسجام و انعطاف‌پذیری خانوادهٔ مبتلایان به اسکیزوفرنی دچار مشکل می‌شود. سرزنشگری زیاد و درگیری بیش‌ازحد عاطفی در خانوادهٔ این بیماران وجود دارد (۱۵).

در حیطهٔ ارتباط واقعیت‌سنجی و روابط موضوعی و کارکرد خانواده با اسکیزوفرنیا پژوهش‌هایی انجام شده است. جاردیم و همکاران در پژوهشی با هدف بررسی رویکرد روان‌تحلیلی در افراد اسکیزوفرنیا به این نتیجه رسیدند که بین بیماری اسکیزوفرنیا و نقص واقعیت‌سنجی همبستگی مثبت وجود دارد (۱۶). هانسن در پژوهشی با هدف بررسی واقعیت‌سنجی و روابط موضوعی و انزوای اجتماعی در بیماران اسکیزوفرنیا و دوقطبی به این نتیجه رسید که نقص در این سه بخش در بیماران اسکیزوفرنیا بیشتر است (۱۱). همچنین محیط خانوادگی سرد، درگیری عاطفی، آمیختگی بیش‌ازحد، تنش، خانواده‌های بی‌نظم و پیش‌بینی‌نشدنی و نیز الگوی تعامل منفی در شکل‌گیری علائم مثبت و منفی اسکیزوفرنی بسیار مهم است (۱۵).

باتوجه به اینکه پژوهش‌های پیشینه به‌طور مستقیم مدلی را جهت بررسی نقش میانجی واقعیت‌سنجی در ارتباط با روابط موضوعی و کارکرد خانواده و شدت علائم منفی بررسی نکرده‌اند و همچنین ازآنجاکه علائم منفی در مراحل مقدماتی و باقیمانده شایع بوده و می‌تواند شدید شود، پژوهش حاضر با هدف تبیین شدت علائم منفی اسکیزوفرنی براساس روابط موضوعی و کارکرد خانواده با نقش میانجی واقعیت‌سنجی انجام شد.

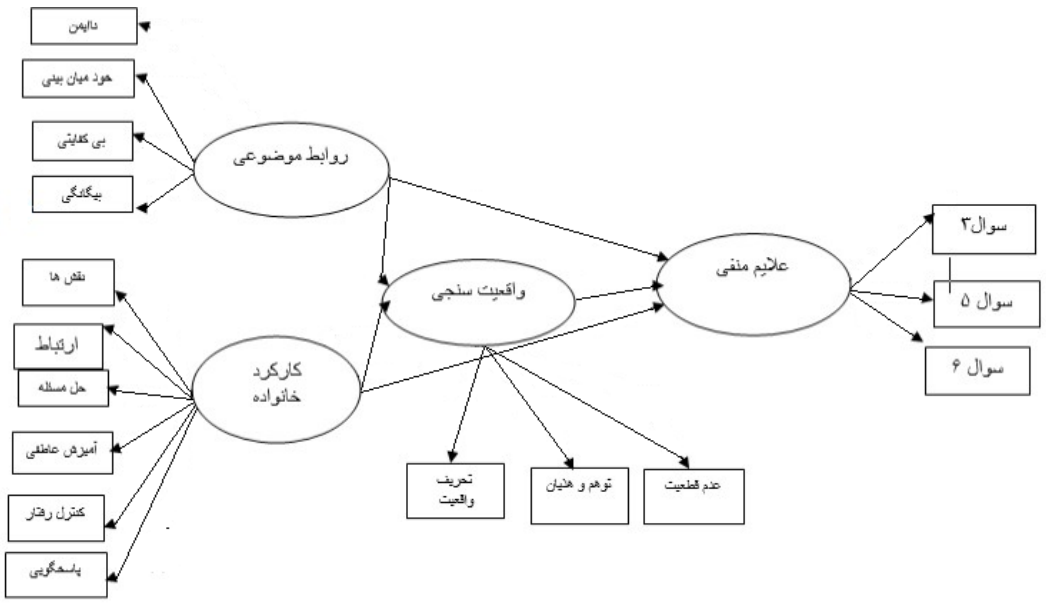
۲ روش‌بررسی

مطالعهٔ حاضر به‌روش همبستگی و از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعهٔ آماری را تمامی بیماران اسکیزوفرنی و خانواده‌های آن‌ها تشکیل دادند که به بیمارستان ۵۰۵ ارتش واقع در شهر تهران در سال ۱۳۹۷ مراجعه‌کردند. باتوجه به تعداد زیاد حجم جامعه و اینکه تعداد پذیرفتنی نمونه برای پژوهش‌های همبستگی بین

[1]. Schizophrenia
[2]. Object relation
[3]. Reality testing

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.176.5]

۱۵ تا ۲۰ نفر برای هر متغیر و در معادلات ساختاری که از قوانین تحلیل رگرسیون چندمتغیره تبعیت می‌کند، درنظرگرفتن ۱۵ نفر برای هر متغیر قاعده‌ای خوب است (۱۷)، با درنظرگرفتن ۱۵ نفر برای هر مقیاس، ۲۵۰ نفر به‌شیوهٔ نمونه‌گیری هدف‌مند انتخاب شدند. همچنین تعداد متغیرهای مطالعه‌شده ۱۶ مورد بود؛ یعنی ۷ گویه سه متغیر علائم منفی، ۴۵ گویه سه متغیر واقعیت‌سنجی، ۶۰ گویه شش متغیر کارکرد خانواده و ۴۵ گویه چهار متغیر روابط موضوعی را سنجید. نحوهٔ نمونه‌گیری به این صورت بود که پژوهشگر با مراجعه به بیمارستان ۵۰۵ ارتش و انجام هماهنگی‌های لازم با مسئولان بیمارستان، فهرست تمامی افراد بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی را دریافت کرد. سپس از افراد مایل به شرکت در پژوهش، خواسته شد تا پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کنند. معیارهای ورود به این پژوهش شامل ابتلا به بیماری اسکیزوفرنیا و داشتن علائم مثبت و منفی بود. همچنین معیار خروج از این پژوهش نبود هم‌ابتلایی با سایر بیماری‌های روانی بود. جهت رعایت اصول اخلاقی، قبل از شرکت در پژوهش از شرکت‌کنندگان و خانوادهٔ آن‌ها رضایت آگاهانه کسب شد.



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

ـ پرسشنامهٔ روابط موضوعی و واقعیت‌سنجی (بل، ۱۹۹۵)[1]: این پرسشنامه را بل در سال ۱۹۹۵ طراحی کرد. در این پرسشنامه ۴۵ سؤال به سنجش روابط موضوعی و ۴۵ سؤال به سنجش واقعیت‌سنجی می‌پردازد. قسمت اول این پرسشنامه چهار خرده‌مقیاس بی‌کفایتی اجتماعی، خودمیان‌بینی، دل‌بستگی ناایمن، بیگانگی و قسمت دوم پرسشنامه سه خرده‌مقیاس تحریف واقعیت، عدم قطعیت ادراک، توهم و هذیان را شامل می‌شود. نمره‌گذاری پرسشنامه به این شکل است که برای هر سؤال دو گزینهٔ بله یا خیر مطرح شده و به هر سؤال نمرهٔ صفر یا یک تعلق می‌گیرد. نمرهٔ بیشتر در هریک از این خرده‌مقیاس‌ها نشانگر آن است که فرد در این خرده‌مقیاس دچار نقصان شده است. بل ضریب پایایی مقیاس روابط موضوعی را با فاصلهٔ دو هفته بین ۰/۵۸ تا ۰/۹۰ و با فاصلهٔ سیزده هفته، بین ۰/۶۵ تا ۰/۸۱ گزارش کرد (۱۸). این آزمون توسط هادی‌نژاد روی ۱۴۱ نفر اجرا شد و پایایی آزمون به‌وسیلهٔ ضریب آلفای کرونباخ برای متغیرهای بی‌کفایتی، خودمیان‌بینی، دل‌بستگی و بیگانگی به‌ترتیب ۰/۷۴، ۰/۶۸، ۰/۷۷ و ۰/۸۱ به‌دست آمد. همچنین پایایی آزمون به‌وسیلهٔ ضریب آلفای کرونباخ برای متغیرهای تحریف واقعیت، عدم قطعیت، توهم و هذیان ۰/۸۰، ۰/۷۴، ۰/۷۷ گزارش شد (۱۹).

ـ پرسشنامهٔ سنجش خانواده (اپشتاین و بالدوین و بیشاپ، ۱۹۸۳)[2]: این پرسشنامه را اپشتاین و بالدوین و بیشاپ در سال ۱۹۸۳ تدوین کردند که ۶۰ سؤال دارد. پرسشنامه هفت خرده‌مقیاس حل مسئله، ارتباطات، نقش‌ها، واکنش‌های عاطفی، آمیزش (درگیری) عاطفی، کنترل رفتار و مقیاسی کلی را شامل می‌شود. هر ماده در مقیاس لیکرت چهارگزینه‌ای (کاملاً موافقم، موافق، مخالف، کاملاً مخالف) نمره‌گذاری شده و به هر سؤال از ۱ تا ۴ نمره تعلق می‌گیرد. نمرهٔ بیشتر در هریک از این خرده‌مقیاس‌ها نشانگر اختلال و عملکرد ناسالم در آن خرده‌مقیاس است (۲۰). در مطالعه‌ای که در ایران انجام شد همسانی درونی این نسخه با استفاده از آلفای کرونباخ بین ۰/۵۸ تا ۰/۸۵ و اعتبار بازآزمایی آن بین ۰/۴۲ تا ۰/۷۸ و همبستگی مقیاس با یکدیگر بین ۰/۴۰ تا ۰/۷۱ بود که تقریباً با نتایج مربوط به فرم اصلی آن همسان است. بین خرده‌مقیاس‌های آزمون، آلفای ۰/۵۱ تا ۰/۹۴ و بین تمام خرده‌مقیاس‌ها و کارکرد کلی، همبستگی ۰/۴۷ تا ۰/۹۷ به‌دست آمد (۲۰).

ـ پرسشنامهٔ مقیاس علائم مثبت و منفی اسکیزوفرنی (کی و همکاران،

[1].Bell Object Relations and Reality Testing Inventory (BORRTI)
[2].Family Assessment Device (Epstein, Baldwin, & Bishop, 1983)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.176.5]

۱۹۸۶)[1]: این پرسشنامه را کی و همکارانش در سال ۱۹۸۶ طراحی کردند که سی سؤال دارد. پرسشنامه مشتمل بر پنج خرده‌مقیاس علائم منفی، ازهم‌گسیختگی، علائم مثبت، تهییج و اضطراب و افسردگی است. هر ماده در مقیاس لیکرت پنج‌گزینه‌ای به‌صورت اصلاً، گاهی، متوسط، زیاد و خیلی زیاد نمره‌گذاری شده و به هر سؤال از ۱ تا ۵ نمره‌دهی می‌شود. نمرهٔ بیشتر در هریک از این خرده‌مقیاس‌ها نشانگر شدت علائم بیشتر است (۲۱). در پژوهشی کی و همکاران، همسانی درونی را ۰/۸۰ و پایایی بازآزمایی برای علائم مثبت و منفی و ارزیابی کلی آسیب‌شناسی را به‌ترتیب ۰/۸۰ و ۰/۸۳ و ۰/۶۰ گزارش کردند (۲۱). این آزمون توسط غفاری و همکاران روی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مجدداً اجرا شد و آلفای کرونباخ آن ۰/۹۱ به‌دست آمد (۲۲).

به‌منظور تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از شاخص‌های آماری توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار استفاده شد. باتوجه به اینکه در پژوهش حاضر روابط میان متغیرها در چارچوب الگویی علی مطالعه شده، برای بررسی مدل مفروض (شکل ۱)، آمار استنباطی از نوع همبستگی و مدل‌یابی معادلات ساختاری به‌کار رفت؛ همچنین داده‌ها به کمک نرم‌افزارهای SPSS نسخهٔ ۲۲ و لیزرل نسخهٔ ۸/۸۵[2] تحلیل شدند. قبل از تحلیل مدل ساختاری، ابتدا نمرهٔ کل هر متغیر به‌عنوان نمره‌ای از یک‌متغیر به‌دست آمد. سپس نرمال‌بودن چندمتغیره بررسی شد. نتایج نشان داد که داده‌ها به‌صورت چندمتغیره نرمال است. همچنین برازندگی الگوی پیشنهادی براساس شاخص مجذور خی‌دو، شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)، شاخص نکویی برازش (GFI)، شاخص نکویی برازش تعدیل‌شده (AGFI) و ریشهٔ خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA) ارزیابی شد. به‌منظور برازش الگو ضروری است که شاخص‌های مذکور استانداردهای لازم را داشته باشند. چناچه شاخص (χ^2\df)، کوچک‌تر از ۳ و مقدار RMSEA کوچک‌تر و به صفر نزدیک‌تر باشد و نیز شاخص‌های برازش (AGFI و GFI و CFI) به یک نزدیک‌تر باشند بیانگر آن بوده که الگوی پیشنهادی تأیید شده است (۲۳).

۳ یافته‌ها

سن کل شرکت‌کنندگان از نظر میانگین و انحراف معیار ۹/۲۹±۳۶/۹۳ بود. تعداد ۱۴۵ نفر (۵۸درصد) از شرکت‌کنندگان را بیماران مرد و ۱۰۵ نفر (۴۲درصد) از آن‌ها را بیماران زن تشکیل دادند. ۲۲درصد (۵۰ نفر) از شرکت‌کنندگان دارای مدرک کمتر از دیپلم و ۵۳/۳درصد (۱۳۶ نفر) دارای دیپلم و ۲۴/۴درصد (۶۴ نفر) دارای مدرک کارشناسی بودند.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه نمونه

متغیر	اسکیزوفرنیا	واقعیت‌سنجی	روابط موضوعی	کارکرد خانواده
میانگین	۱۲۳/۰۵	۴۴/۸۶	۵۱/۰۲	۱۶۳/۹۶
انحراف معیار	۱۰/۷۱	۴/۷۷	۷/۹۸	۱۶/۱۴

جدول ۲. ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای اسکیزوفرنیا، روابط موضوعی، واقعیت‌سنجی و کارکرد خانواده

متغیرها	اسکیزوفرنی	روابط موضوعی	واقعیت‌سنجی	کارکرد خانواده
اسکیزوفرنی	۱			
روابط موضوعی	۰/۴۱۹	۱		
واقعیت‌سنجی	۰/۴۴۳	۰/۲۵۶	۱	
کارکرد خانواده	۰/۴۸۱	۰/۳۶۲	ـ۰/۳۱۴	۱

جدول ۲ نشان‌دهندهٔ نتایج همبستگی بین متغیرهای پژوهش است؛ همان‌طورکه مشاهده می‌شود بین روابط موضوعی، واقعیت‌سنجی با اسکیزوفرنی رابطهٔ مثبت و معنادار وجود دارد (p<۰/۰۰۱). بین روابط موضوعی، کارکرد خانواده با اسکیزوفرنیا رابطهٔ مثبت و معنادار دیده می‌شود (p<۰/۰۰۱). همچنین بین کارکرد خانواده، واقعیت‌سنجی با اسکیزوفرنیا رابطهٔ منفی و معنادار وجود دارد (p<۰/۰۰۱).

جدول ۳. شاخص‌های نکویی برازش مدل ساختاری

	χ^2	χ^2\df	CFI	GFI	AGFI	RMSEA	مقدار احتمال
مقادیر مشاهده‌شده	۱۷۰/۰۲	۱/۸۳	۰/۹۸	۰/۹۶	۰/۹۴	۰/۰۰۶	<۰/۰۰۱

همان‌طورکه در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نسبت خی‌دو به درجهٔ آزادی کمتر از ۳ و میزان RMSEA نزدیک به صفر است. همچنین مقادیر AGFI و GFI و CFI نزدیک به یک هستند؛ درنتیجه مدل ارائه‌شده از برازش خوبی برخوردار است (p<۰/۰۰۱).

جدول ۴ نشان‌دهندهٔ میزان اثرات مستقیم و غیرمستقیم و کل هر متغیر نسبت به علائم منفی اسکیزوفرنیا است. باتوجه به جدول ۴ و شکل ۲

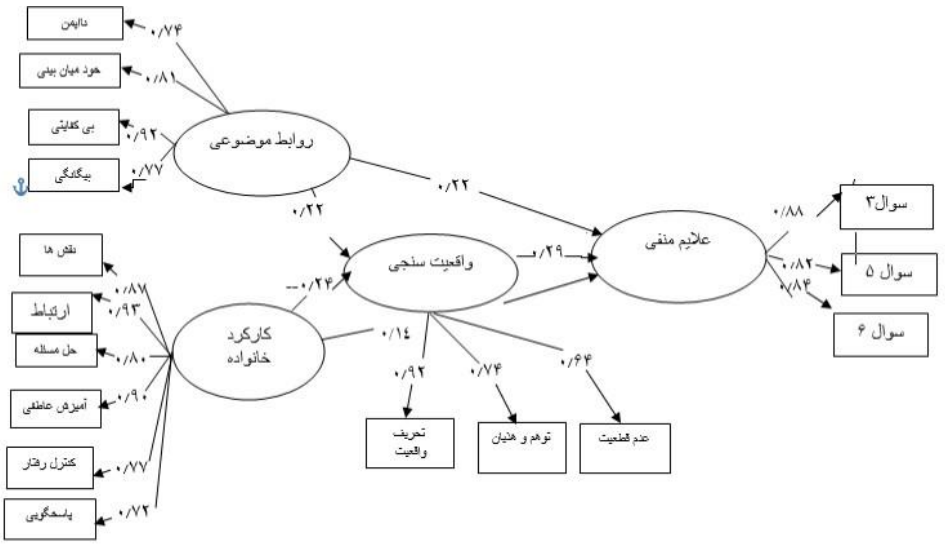
[1].The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)
[2]. Lisrel8.85

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.176.5]

اثر غیرمستقیم روابط موضوعی با میانجیگری واقعیت‌سنجی و اثر غیرمستقیم کارکرد خانواده با میانجیگری واقعیت‌سنجی بر شدت علائم منفی به‌ترتیب ۰/۰۶ و ۰/۰۵ است؛ درنتیجه می‌توان گفت که روابط موضوعی و کارکرد خانواده با نقش میانجی واقعیت‌سنجی مدل نسبتاً مطلوبی را ارائه داده‌اند.

جدول ۴. اثرمستقیم و غیرمستقیم و اثر کل در پیش‌بینی شدت علائم منفی

متغیرها	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل	مقدار احتمال
روابط موضوعی بر شدت علائم منفی	۰/۲۲	۰/۰۶	۰/۲۸	<۰/۰۰۱
کارکرد خانواده بر شدت علائم منفی	۰/۱۴	۰/۰۵	۰/۱۹	<۰/۰۰۱



شکل ۲. الگوی ساختاری پژوهش در تبیین روابط بین روابط موضوعی، کارکرد خانواده، واقعیت‌سنجی و علائم منفی (ضرایب بتای استاندارد)

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر تبیین شدت علائم منفی اسکیزوفرنی براساس روابط موضوعی و کارکرد خانواده با نقش میانجی واقعیت‌سنجی بود. نتایج نشان داد که واقعیت‌سنجی با شدت علائم منفی ارتباط مثبت و معناداری دارد؛ همچنین روابط موضوعی و کارکرد خانواده با شدت علائم منفی دارای ارتباط مثبت و معناداری است و کارکرد خانواده و واقعیت‌سنجی با شدت علائم منفی ارتباط منفی و معناداری دارد. در سطح معادلات ساختاری نیز مشخص شد که روابط موضوعی و کارکرد خانواده با نقش میانجی واقعیت‌سنجی می‌تواند پیش‌بینی‌کنندهٔ شدت علائم منفی اسکیزوفرنیا باشد و این مدل دارای برازش مطلوبی است. پژوهش هانسن و همکاران (۱۲) نشان داد که علائم منفی بیشتر با نقص در روابط موضوعی به‌خصوص در خرده‌مقیاس بی‌کفایتی اجتماعی و در نقص واقعیت‌سنجی در خرده‌مقیاس تحریف واقعیت مرتبط است (۱۱). ماردر و گالدریسی گزارش کردند که نقص روابط موضوعی و واقعیت‌سنجی در علائم منفی بیشتر نقش دارد (۲۴). نتایج پژوهشی نشان داد که بین عملکرد خانواده و علائم اسکیزوفرنیا ارتباط دیده می‌شود (۲۵). با این حال تفاوت اصلی بین یافته‌های این پژوهش و مطالعات پیشین در روش پژوهش بود. در این پژوهش از مدل‌یابی ساختاری جهت تبیین شدت علائم منفی استفاده شد؛ درحالی‌که پژوهش‌های قبلی از روش‌های همبستگی و رگرسیون استفاده کردند.

جهت تبیین یافته‌ها می‌توان به نقش اساسی روابط موضوعی، واقعیت‌سنجی و کارکرد خانواده در تبیین شدت علائم منفی اشاره کرد. ابتدا نقش روابط موضوعی و واقعیت‌سنجی به‌عنوان عاملی بنیادی بحث می‌شود. براساس رویکردهای روابط موضوعی اسکیزوفرنیا می‌توان گفت که سایکوز نتیجهٔ تثبیت در مرحلهٔ پیش از اودیپ (تقریباً تثبیت قبل از یک‌سالگی) است (۲۶). مشکل اصلی واپس‌روی به مرحلهٔ همزیستی با مادر بوده که فرد هنوز درگیر مادر است و نتوانسته خود را از او جدا کند. در این وضعیت کودک قادر نیست رابطهٔ خود و مادر را درونی کرده و به استقلال برسد. در چنین موقعیتی فرد نمی‌تواند تمایزی بین خود و مادر ایجاد کند و واقعیت‌سنجی مخدوش می‌شود (۲۷). هنگامی‌که بیمار با تروما مواجه می‌گردد چون تنش‌های وارد مربوط به بدن است و به سطح سوبژکتیو و سمبولایز نمی‌رسد، درنتیجه تنش همیشه در مدار بدن می‌ماند و فرد در خود فرو می‌رود. این در خود فروماندن انزوای اجتماعی را در پی دارد؛ درواقع گوشه‌گیری از اجتماع باعث می‌شود تمام انرژی صرف خود فرد شده و حالت خودشیفتگی به خود می‌گیرد؛ همچنین ارتباط با جهان برایش

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.176.5]

وحشتناک می‌شود و نمی‌تواند با دنیای بیرون تعامل کند (۲۳). به تعبیر دیگر در افراد روان‌پریش به‌علت اینکه اختگی نمادین رخ نمی‌دهد و همواره از مکانیزم طرد استفاده می‌کنند، درحقیقت آنچه طرد می‌شود خود ساحت زبان است و دال نخستین که شرط ضروری درونی بوده، وجود ندارد (۲۸). ازآنجاکه نام پدر محکم و استوار نیست و نمی‌تواند مانع بین مادر و کودک شود، چهرهٔ پدرانه در محدودکردن دستیابی کودک به مادر موفق نمی‌شود (۲۹)؛ بنابراین همزیستی شدید با مادر و غیاب پدر واقعیت‌سنجی را مخدوش کرده و همچنین سبب می‌شود که ادراک از خانواده در بیماران اسکیزوفرنیا شکل بگیرد. در کنار مسئلهٔ پدر و مادر، خانواده نیز نقش به‌سزایی در تداوم بیماری اسکیزوفرنیا دارد. ازآنجاکه فشار روانی و مشکلات خانواده‌های بیماران اسکیزوفرنی بیشتر از اختلال‌های دیگر است، خانوادهٔ این بیماران درمقایسه با سایر خانواده‌ها در نشان‌دادن عواطف به همدیگر، انجام وظایف و نقش‌ها برای برآورده‌کردن نیازهای عاطفی، ارتباط کلامی و غیرکلامی، میزان علاقه و توجه و نیز نگرش اعضای خانواده به هم توانایی کمتری دارند (۳۰). همچنین وجود بیماری و تداوم آن در این خانواده‌ها باعث می‌شود اعضای خانواده مجبور به تغییر حوزه‌های کارکردی شوند. در این خانواده‌ها راهکارهایی که برای مقابله و کنترل بیماری در پیش گرفته شده، اغلب ناکارآمد است یا اینکه به‌روش مناسبی انجام نمی‌شود (۲۵). درواقع باتوجه به شدت افت عملکرد بیمار اسکیزوفرنی، اعضای خانواده با مشکلات بیشتری مواجه می‌شوند و همچنین خانواده مشکلات فراوان‌تری در زمینهٔ وضعیت عاطفی و تعاملات اعضا با بیمار و نقش‌ها پیدا می‌کند (۳۰). از سوی دیگر خانوادهٔ این بیماران به‌دلیل درگیری‌های بیش‌ازحد عاطفی، تنش، الگوی تعامل منفی و ارتباطات دوگانه و متعارض نمی‌توانند باهم دربارهٔ مسائل مهم صحبت نمایند و همدیگر را درک نمی‌کنند؛ ازاین‌رو مشکلات ارتباطی آن‌ها بیشتر می‌شود. همچنین خانواده با دادن پیام‌های متعارض و الگوهای تعاملی منفی منجر می‌شود که بیمار در حالت روان‌پریشی خود فرو رود تا از این تعارضات خلاص شود (۳۰). درواقع براساس مدل ارائه‌شده به‌نظر می‌رسد، زمانی‌که شدت علائم منفی افزایش می‌یابد، احتمالاً به‌دلیل همزیستی شدید با مادر واقعیت‌سنجی مخدوش می‌شود و هنگام مواجهه با تروما فرد در خود فرو می‌رود که این امر عملکرد خانواده را ناکارآمد می‌کند. از محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که مطالعهٔ کنونی روی بیماران اسکیزوفرنیک که جمعیت نسبتاً همگنی بوده، انجام شد؛ بنابراین، باتوجه به طیف گستردهٔ بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا نتایج حاصل از این پژوهش تعمیم‌پذیر به تمامی بیماران طیف اسکیزوفرنیا نیست. محدودیت دیگر این بود که ماهیت مقطعی مطالعهٔ حاضر، مانع استنتاج‌های علّی و شناخت دقیق ماهیت واقعی روابط بین متغیرهای پژوهش شد. پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی اجرای این پژوهش برای سایر بیماران طیف اسکیزوفرنی و مقایسهٔ آن با نتایج پژوهش کنونی صورت گیرد. همچنین، این پژوهش برای بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیایی که پس از طی‌کردن دورهٔ بازتوانی در فعالیت مؤثر اجتماعی نقش داشته و مقایسهٔ آن با نتایج پژوهش کنونی صورت پذیرد. در نهایت توصیه می‌شود باتوجه به پیشینهٔ قوی این مطالعه، پژوهشی به‌صورت کیفی انجام شود.

۵ نتیجه‌گیری

به‌طورکلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که واقعیت‌سنجی با شدت علائم منفی ارتباط مثبت و معناداری دارد؛ همچنین روابط موضوعی و کارکرد خانواده با شدت علائم منفی دارای ارتباط مثبت و معناداری است و کارکرد خانواده و واقعیت‌سنجی با شدت علائم منفی ارتباط منفی و معناداری دارد. در سطح معادلات ساختاری نیز مشخص شد که روابط موضوعی و کارکرد خانواده با نقش میانجی واقعیت‌سنجی می‌تواند پیش‌بینی‌کنندهٔ شدت علائم منفی اسکیزوفرنیا باشد و این مدل دارای برازش مطلوبی است.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی افرادی که در این پژوهش ما را یاری کردند، نهایت تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه

نویسندگان اعلام می‌کنند تضاد منافعی بین آن‌ها وجود ندارد. این مقاله مستخرج از رسالهٔ دکتری دانشگاه آزاد واحد قم بوده که با شماره پروپوزال ۱۵۴۲۰۷۰۵۹۷۲۰۱۲ در شورای تحصیلی دانشگاه آزاد قم مصوب شده است. همچنین با کد اخلاق IR.IAU.QOM.REC.1398.021 در دانشگاه علوم‌پزشکی قم به تأیید رسیده است. مجوز اجرای این پژوهش بر گروه مطالعه‌شده از بیمارستان ۵۰۵ ارتش شهر تهران با شماره نامهٔ ۵۸ صادر شده است.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®). New York: American Psychiatric Pub; 2013.
2. Chien W-T, Chan SWC, Morrissey J. The perceived burden among Chinese family caregivers of people with schizophrenia. J Clin Nurs. 2007;16(6):1151–61. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.01501.x
3. Duckworth K, Halpern L. Peer support and peer-led family support for persons living with schizophrenia. Curr Opin Psychiatry. 2014;27(3):216–21. doi: 10.1097/YCO.0000000000000051
4. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
5. Meyer MB, Kurtz MM. elementary neurocognitive function, facial affect recognition and social-skills in schizophrenia. Schizophr Res. 2009;110(1–3):173–9. doi: 10.1016/j.schres.2009.03.015

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.176.5]

6. Millier A, Schmidt U, Angermeyer MC, Chauhan D, Murthy V, Toumi M, et al. Humanistic burden in schizophrenia: a literature review. J Psychiatr Res. 2014;54:85–93. doi: 10.1016/j.jpsychires.2014.03.021
7. Hook D. Six Moments in Lacan: Communication and Identification in Psychology And Psychoanalysis. New York: Routledge; 2017.
8. Kelly FD. The Assessment of Object Relations Phenomena in Adolescents: Tat and Rorschach Measures. New York: Routledge; 2014.
9. Sandhu N, Prabhakar R. Factors influencing the quality of work life in the Indian banking industry–an empirical study. IPEDR. 2012;55(23):115-9.
10. Westen D. Social cognition and object relations. Psychological Bulletin. 1991;109(3):429–55. doi: 10.1037/0033-2909.109.3.429
11. Hansen CF, Torgalsbøen A-K, Røssberg JI, Romm KL, Andreassen OA, Bell MD, et al. Object relations, reality testing, and social withdrawal in schizophrenia and bipolar disorder. J Nerv Ment Dis. 2013;201(3):222–5. doi: 10.1097/NMD.0b013e3182848ae0
12. Hansen CF, Torgalsbøen A-K, Røssberg JI, Andreassen OA, Bell MD, Melle I. Object relations and reality testing in schizophrenia, bipolar disorders, and healthy controls: differences in profiles and clinical correlates. Compr Psychiatry. 2012;53(8):1200–7. doi: 10.1016/j.comppsych.2012.04.003
13. Reinares M, Bonnín CM, Hidalgo-Mazzei D, Sánchez-Moreno J, Colom F, Vieta E. The role of family interventions in bipolar disorder: A systematic review. Clin Psychol Rev. 2016;43:47–57. doi: 10.1016/j.cpr.2015.11.010
14. McFarlane WR. Family Interventions for Schizophrenia and the Psychoses: A Review. Fam Process. 2016;55(3):460–82. doi: 10.1111/famp.12235
15. Koutra K, Triliva S, Roumeliotaki T, Lionis C, Vgontzas AN. Identifying the socio-demographic and clinical determinants of family functioning in Greek patients with psychosis. Int J Soc Psychiatry. 2015;61(3):251–64. doi: 10.1177/0020764014540151
16. Condruz C. Is mental illness a form of violence against the self? Notes on ego disintegration in schizophrenia. Hum Stud [Internet]. 2019; Available from: https://doi.org/10.1007/s10746-019-09533-3
17. Kline RB. Principles and Practice of Structural Equation Modeling. New York: The Guilford Press; 2015.
18. Holaday M, Glidewell R. Book Review: Bell Object Relations and Reality Testing Inventory (BORRTI). Journal of Psychoeducational Assessment. 2000;18(1):68–71. doi: 10.1177/073428290001800109
19. Hadinezhad H, Tabatabaeian M, Dehghani M. A preliminary study for validity and reliability of bell object relations and reality testing inventory. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2014;20(2):162–9. [Persian] http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-2184-en.html
20. Mohseni M, Chimeh N, Panaghi L, Mansoori N. A comparison of family function and expressed emotion in families with rheumatoid arthritis patients and families with schizophrenia patients. Journal of Family Research. 2011;7(27):373. [Persian] http://jfr.sbu.ac.ir/article/download/145/145
21. Kay SR, Opler LA, Lindenmayer JP. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS): Rationale and standardisation. Br J Psychiatry Suppl. 1989;(7):59–67.
22. Ghafari E, Fararouie M, Shirazi HG, Farhangfar A, Ghaderi F, Mohammadi A. Combination of estrogen and antipsychotics in the treatment of women with chronic schizophrenia: a double-blind, randomized, placebo-controlled clinical trial. Clin Schizophr Relat Psychoses. 2013;6(4):172–6. doi: 10.3371/CSRP.GHFA.01062013
23. Becker J-M, Klein K, Wetzels M. Hierarchical latent variable models in PLS-SEM: Guidelines for using reflective-formative type models. Long Range Planning. 2012;45(5):359–94. doi: 10.1016/j.lrp.2012.10.001
24. Marder SR, Galderisi S. The current conceptualization of negative symptoms in schizophrenia. World Psychiatry. 2017;16(1):14–24. doi: 10.1002/wps.20385
25. Thompson E, Rakhshan P, Pitts SC, Demro C, Millman ZB, Bussell K, et al. Family functioning moderates the impact of psychosis-risk symptoms on social and role functioning. Schizophr Res. 2019;204:337–42. doi: 10.1016/j.schres.2018.08.035
26. Lee H-S, Corbera S, Poltorak A, Park K, Assaf M, Bell MD, et al. Measuring theory of mind in schizophrenia research: Cross-cultural validation. Schizophr Res. 2018;201:187–95. doi: 10.1016/j.schres.2018.06.022
27. Carsky M, Rand SN. Conflict between fantasy and reality: A patient and therapist talk about psychotherapy and schizophrenia. Psychoanalytic Psychology. 2018;35(4):401–9. doi: 10.1037/pap0000178
28. Thibierge S, Morin C. The self and the subject: a psychoanalytic lacanian perspective. Neuropsychoanalysis. 2010;12(1):81–93. doi: 10.1080/15294145.2010.10773632
29. Diamond D. Changes in object relations in psychotherapy with schizophrenic patients: Commentary on Carsky and Rand. Psychoanalytic Psychology. 2018;35(4):410–3. doi: https://doi.org/10.1037/pap0000181
30. Seyed Tabaee SR, Abbasi M, Rahmati Nejad P, Mohammadi SD. Family function and quality of life in patients with schizophrenia and bipolar spectrum disorders: A patient-centered study. Ann Mil Health Sci Res. 2018;15(4): e79866. doi: 10.5812/amh.79866
31. Harvey C. Family psychoeducation for people living with schizophrenia and their families. BJPsych Advances. 2018;24(1):9–19. doi: 10.1192/bja.2017.4

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.176.5]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.176.5] [Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]