MEJDS. 2020; 10:167.

Published online 2020 Nov. **Research Article**

A Structural Model of Positive Symptoms of Schizophrenia Disorder Based on Object Relations, Reality Testing, and Family Functioning

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's email:** monirpoor1357@gmail.com

Received: 2020 July 13; **Accepted:** 2020 September 27

Abstract

Background & Objectives: Schizophrenia is a disorder that, despite affecting a small percentage of the population, causes enormous damage. Numerous researchers believe that schizophrenia is rooted in the interaction of genetic, biopsychosocial, and family factors and the pathology of their parents. Ego functions are among the components that essentially affect explaining the psychoanalysis model of schizophrenia. Thematic and fact–checking relationships are among the functions of the ego, i.e., considered important in psychopathology. In addition to the theoretical approaches of psychodynamics, what is currently emphasized as an important research finding, is the role of relationships and family environment as characteristics affecting the incidence of schizophrenia. There exist multiple research gaps in identifying the relationship between the severity of the positive symptoms of schizophrenia based on object relations and family functioning; therefore, the present study aimed to investigate the mediating role of reality testing in the relationship between object relations and family functioning, and the positive symptoms of schizophrenia.
Methods: The present correlational study employed structural equation modeling. The statistical population of this study consisted of all patients with schizophrenia and their families referring to 505 Hospital in Tehran City, Iran, in 2019. According to the inclusion criteria of the study (all patients with schizophrenia who were diagnosed by psychiatrists with the positive and negative symptoms of schizophrenia; were visited in the outpatient ward, in the period of relative recovery; feeling the need for low therapeutic intervention; patients with an age range of 20 to 50 years; patients' willingness to participate in the study), 250 patients were selected by convenience sampling method. The required data were collected using the Bell Object Relations and Reality Testing Inventory (Bell et al., 1986), the Family Functioning Scale (Epstein et al., 1983), and the Schizophrenia Positive and Negative Symptoms Scale (Kay et al., 1987). The obtained data were analyzed using structural equation modeling in SPSS and AMOS. The significance level of the tests in this study was set at 0.05.
Results: The present research findings suggested that the total path coefficient (total direct & indirect path coefficient) between object relations and the severity of positive symptoms (β=0.68, p<0.001) was positive and significant. Besides, the total path coefficient between family functioning and the severity of positive symptoms (β=0.44, p<0.001) was positive and significant; the direct path coefficient between object relations and the severity of positive symptoms (p<0.001, β=0.23) was positive and significant. Moreover, the path coefficients between family functioning and the severity of positive symptoms (p<0.001, β=0.44), as well as between object relations and reality testing (p<0.001, β=0.22) were positive and significant. Additionally, path coefficients between family function and reality testing (p<0.001, β=–0.24) and realism on the severity of positive symptoms (p<0.001, β=–0.29) were negative and significant. Finally, the indirect path coefficient between object relations and the severity of positive symptoms (p<0.001, β=0.45) was positive and significant. The calculated goodness–of–fit indices of the relationships between positive symptom severity, object relations, reality testing, and family functioning suggested that reality testing mediated the relationship between object relations and family functioning, and the positive symptoms of schizophrenia (AGFI=0.89, RMSEA=0.066).
Conclusion: Based on the current study findings, reality testing played a mediating role in the relationship between object relations and family functioning, and the severity of the positive symptoms of schizophrenia.
Keywords: Schizophrenia, Reality, Object relations, Family function.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.218.7]

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):۱۶۷.

انتشار برخط آبان‌ماه ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

تدوین مدل معادلات ساختاری شدت علائم مثبت بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی براساس روابط موضوعی، 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، قم، ایران؛

۲. دکتری روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، 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: ۲۳ تیر ۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۶ مهر ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: اسکیزوفرنی اختلالی است که باوجود آنکه درصد کمی از افراد جامعه را مبتلا می‌کند، خسارات هنگفتی به‌بار می‌آورد. هدف پژوهش حاضر، تدوین مدل ساختاری شدت علائم مثبت بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی براساس روابط موضوعی، واقعیت‌سنجی و کارکرد خانواده بود.

روش‌بررسی: مطالعهٔ حاضر به‌روش همبستگی و از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری انجام شد. جامعهٔ آماری شامل ۲۵۰ نفر از بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان ۵۰۵ شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بود که با استفاده از نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان به مقیاس کارکرد خانواده (اپستاین و همکاران، ۱۹۸۳)، پرسشنامهٔ روابط موضوعی و واقعیت‌سنجی بل (بل و همکاران، ۱۹۸۶) و مقیاس علائم مثبت و منفی اسکیزوفرنی (کی و همکاران، ۱۹۸۷) پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از مدل‌یابی معادلات ساختاری با نرم‌افزارهای آماری SPSS نسخهٔ ۲۲ و AMOS نسخهٔ ۲۲ تحلیل شدند. سطح معناداری آزمون‌ها در این پژوهش، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که ضریب مسیر مستقیم بین روابط موضوعی بر شدت علائم مثبت ($p<۰/۰۰۱$، $\beta=۰/۲۳$) مثبت و معنادار است و ضرایب مسیر بین کارکرد خانواده بر شدت علائم مثبت ($p<۰/۰۰۱$، $\beta=۰/۴۴$) و بین روابط موضوعی بر واقعیت‌سنجی ($p<۰/۰۰۱$، $\beta=۰/۲۲$) مثبت و معنادار است. همچنین ضرایب مسیر بین کارکرد خانواده بر واقعیت‌سنجی ($p<۰/۰۰۱$، $\beta=-۰/۲۴$) و بین واقعیت‌سنجی بر شدت علائم مثبت ($p<۰/۰۰۱$، $\beta=-۰/۲۹$) منفی و معنادار است. درنهایت، ضریب مسیر غیرمستقیم بین روابط موضوعی بر شدت علائم مثبت ($p<۰/۰۰۱$، $\beta=۰/۴۵$) مثبت و معنادار است. شاخص‌های نکویی برازش محاسبه‌شدهٔ روابط بین شدت علائم مثبت، روابط موضوعی، واقعیت‌سنجی و کارکرد خانواده نشان داد که واقعیت‌سنجی، رابطهٔ بین روابط موضوعی و کارکرد خانواده را با علائم مثبت اسکیزوفرنی میانجیگری می‌کند (AGFI=۰/۸۹، RMSEA=۰/۰۶۶).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت که روابط موضوعی و کارکرد خانواده با نقش میانجی واقعیت‌سنجی می‌توانند مدل مطلوبی برای پیش‌بینی شدت علائم مثبت باشند که می‌توان در سطوح درمانی از این مدل استفاده کرد.

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

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.218.7]

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.

۱ مقدمه

اسکیزوفرنی[1] اختلالی است که باوجود آنکه درصد کمی از افراد جامعه را مبتلا می‌کند، خسارات هنگفتی به‌بار می‌آورد. بسیاری از پژوهشگران معتقد هستند که اسکیزوفرنی از تعامل عوامل ژنتیکی، بیولوژیک، اجتماعی، روان‌شناختی و محیط خانوادگی آشفته و پاتولوژی والدین آن‌ها ریشه می‌گیرد (۱). حجم پژوهش‌های انجام‌شده در زمینهٔ آسیب‌شناسی بیماری بسیار گسترده است؛ اما باوجود پژوهش‌های صورت‌گرفته، هنوز موضوع پیچیدگی‌های جهان ذهنی اسکیزوفرنیا به قوت خود باقی مانده است (۲). 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 به وجود یا نبود چند نشانه تقلیل می‌یابد. درحالی‌که مطابق نظریهٔ روان‌پویشی علائم مثبت در ساختار ذهنی فرد روان‌پریش کارکردی مشخص دارد، هذیان می‌تواند عامل نگهدارندهٔ فرد درمقابل حجم گستردهٔ تجارب دردناک وی باشد و مانع فروپاشی روانی او در این شرایط شود؛ همچنین توهم، کسب ادراکات تازه برای انطباق با واقعیت جدید است (۳). علائم مثبت اسکیزوفرنی شامل توهم‌ها و هذیان‌ها هستند؛ زیرا معمولاً تحریف را در عملکرد عادی نشان می‌دهند (علائمی که به عارضه اضافه می‌شوند) و فرض می‌شود که این علائم ناشی‌از اختلال انتقال‌دهندهٔ عصبی دوپامین است (۴).

یکی از مؤلفه‌هایی که نقش اساسی در تبیین مدل روان‌کاوی اختلال اسکیزوفرنیا دارد، کارکردهای ایگو[2] است. روابط موضوعی و واقعیت‌سنجی 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 (۵)؛ به‌عبارتی ادراک دقیق از واقعیت به استقرار مرزهای ایگو و تمایز خود از غیر از خود پیوند خورده است. در آسیب‌شناسی شدید روانی، مرزهای ضعیف‌شدهٔ ایگو، به تحریف واقعیت منجر می‌شود و به‌عنوان دفاع‌های جبرانی دربرابر نبود یکپارچگی بیشتر ایگو خدمت می‌کند (۶). روابط موضوعی، کارکرد دیگر ایگو است. روابط موضوعی[3] را می‌توان بازنمایی‌های فرد از خود و دیگران و عواطف همراه با این بازنمایی‌ها 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 می‌شود الگوهای روابط موضوعی اولیه تکرار می‌شوند؛ بنابراین این الگوها در سراسر زندگی به‌نسبت ثابت باقی می‌مانند. آسیب‌شناسی براساس این الگوهای روابط موضوعی درونی‌شده تبیین می‌شود (۷).

در کنار رویکردهای نظری روان‌پویشی، آنچه امروزه به‌منزلهٔ یافتهٔ پژوهشی مهمی بر آن تأکید می‌شود، نقش روابط و فضای خانوادگی به‌عنوان یکی از عوامل تأثیرگذار بر بروز اسکیزوفرنی است. کندروز نشان داد بین علائم اسکیزوفرنیا و دل‌بستگی ناایمن در کودکی رابطه وجود دارد (۸). همچنین برخی پژوهشگران مانند هولادای و گلیدول بر وجود رابطهٔ همبستگی بین روابط پرتعارض فرد مبتلا به اسکیزوفرنیا و خانواده خصوصاً در سال‌های اولیهٔ بروز علائم تأکید کردند (۹). پژوهش‌های بسیاری درخصوص اسکیزوفرنی انجام شده است که اغلب آن‌ها به پیش‌بینی اختلال ازطریق برخی متغیرها پرداخته‌اند. در همین راستا، محیط خانوادگی سرد، درگیری عاطفی، آمیختگی بیش‌ازحد، تنش، خانواده‌های بی‌نظم و پیش‌بینی‌نشدنی و همچنین الگوی تعامل منفی در شکل‌گیری علائم مثبت و منفی اسکیزوفرنی بسیار مهم است (۱۰). هسیئو و تسای در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که افزایش سرسختی خانواده و سطح تحصیلات بیشتر، عملکرد خانواده را به‌طور درخورتوجهی ارتقا می‌دهد و خواهران و برادران شخص اسکیزوفرن درقبال والدین آن شخص بار مراقبتی بیشتری را بر دوش می‌کشند (۱۱). همچنین کوترا و همکاران در پژوهش خود دریافتند که عملکرد روانی ضعیف بیمار با عملکرد ضعیف خانواده همراه است. به‌نظر می‌رسد که تأثیر عملکرد خانواده از مراحل اولیهٔ بیماری شایان توجه است (۱۲). نتایج پژوهش هانسن و همکاران نشان داد که علائم منفی اسکیزوفرنی با نقص در روابط موضوعی به‌خصوص در خرده‌مقیاس بی‌کفایتی اجتماعی و با نقص واقعیت‌سنجی در خرده‌مقیاس تحریف واقعیت ارتباط دارد (۱۳). همچنین نتایج مطالعهٔ ماردر و گالدریسی مشخص کرد که نقص روابط موضوعی و واقعیت‌سنجی در علائم منفی بیشتر نقش دارد (۱۴).

باتوجه به آسیب جدی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا در رفتارهای غیرکلامی، پردازش و بازشناسی هیجان و نقش آن در کاهش کیفیت زندگی بیماران که همین کاهش کیفیت زندگی بیماران سبب ترس و وحشت زیادی در بیماران و وابستگان آن‌ها می‌شود (۱۵) و باتوجه به اینکه پژوهش‌های پیشینه به تدوین مدل علائم اسکیزوفرنی براساس تطابق دارویی، ژنتیک، استیگما و عملکرد اجتماعی پرداخته‌اند (۱۶)؛ بنابراین هدف این پژوهش تدوین مدل شدت علائم مثبت اسکیزوفرنی براساس روابط موضوعی و کارکرد خانواده با نقش میانجی واقعیت‌سنجی بود.

۲ روش‌بررسی

مطالعهٔ حاضر از نوع طرح‌های همبستگی با استفاده از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعهٔ آماری این پژوهش را تمامی بیماران اسکیزوفرنی و خانواده‌های آنان تشکیل دادند که به بیمارستان ۵۰۵ ارتش در شهر تهران در سال ۹۸ـ۱۳۹۷ مراجعه کردند. باتوجه به تعداد زیاد حجم جامعه و اینکه تعداد پذیرفتنی نمونه برای پژوهش‌های همبستگی از نظر کلاین بین ۱۵تا۲۰ نفر برای هر متغیر و در معادلات ساختاری که از رگرسیون چندمتغیره تبعیت می‌کند، درنظرگرفتن ۱۵ نفر برای هر متغیر قاعده‌ای خوب است (۱۷)، باتوجه به تعداد متغیرهای مورد مطالعه، درنظرگرفتن ۱۵ نفر برای هر متغیر مناسب بود. تعداد متغیرهای مورد مطالعه برابر با ۱۶ بود (۳ نوع علائم مثبت، ۳ خرده‌مقیاس واقعیت‌سنجی، ۶ خرده‌مقیاس کارکرد خانواده، ۴ خرده‌مقیاس روابط موضوعی). از بین مراجعه‌کنندگان به بیمارستان ۵۰۵ ارتش ۲۵۰ نفر باتوجه به معیارهای ورود به پژوهش به‌صورت

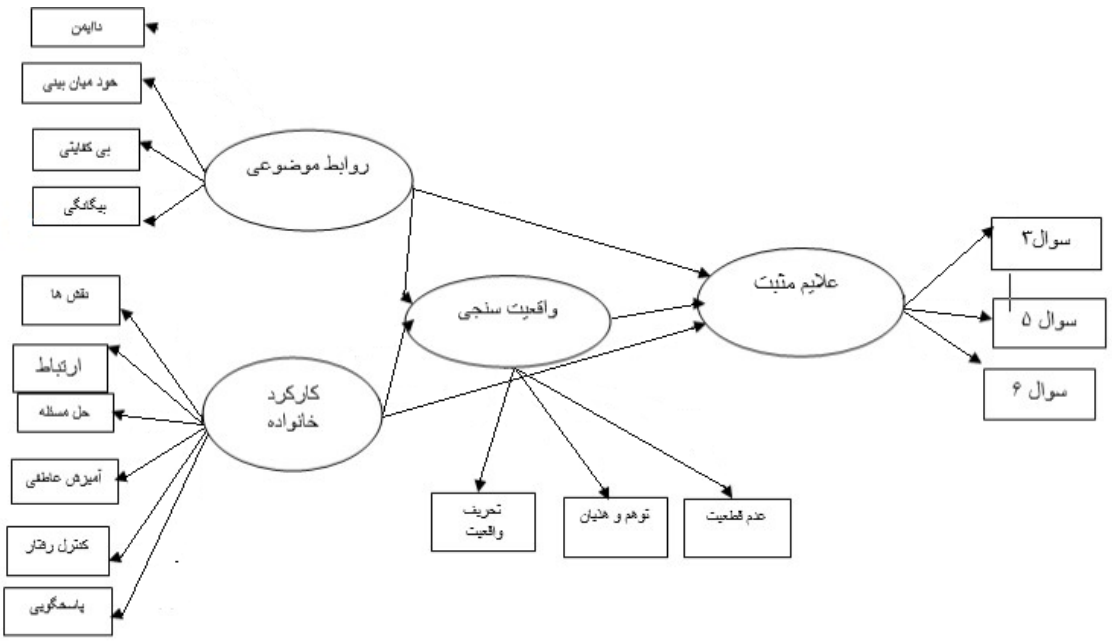
[1]. Schizophrenia
[2]. Ego
[3]. Object relation

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.218.7]

نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود بیماران به پژوهش عبارت بود از: تمامی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا دارای علائم مثبت و منفی اسکیزوفرنیا با تشخیص روان‌پزشک و ویزیت‌شده در بخش سرپایی؛ قرارداشتن در دورهٔ بهبودی نسبی (براساس تشخیص روان‌پزشک)؛ آگاهی و بینش بیماران از مشکل زمینه‌ای و احساس نیاز به مداخلهٔ درمانی کم (براساس بازخورد بیمار و تشخیص روان-پزشک)؛ بیماران با دامنهٔ سنی ۲۰ تا ۵۰ سال؛ تمایل‌داشتن بیماران به شرکت در پژوهش. پس از اخذ شرح حال بالینی، پرسشنامه‌ها در اختیار بیماران قرار گرفت. ضمناً در جریان فرایند پژوهش، تعهدات اخلاقی ازجمله رضایت آگاهانه، حفظ گمنامی، محرمانه‌بودن اطلاعات، صداقت و عدم تحریف داده‌ها در هنگام تجزیه‌وتحلیل رعایت شد. در این پژوهش، پرسشنامهٔ روابط موضوعی و واقعیت‌سنجی بل (۱۸)، مقیاس کارکرد خانواده (۱۹)، مقیاس علائم مثبت و منفی اسکیزوفرنی (۲۰) و همچنین برای به‌دست‌آوردن اطلاعات جمعیت‌شناختی از سؤالات مربوط به سن، جنسیت و تحصیلات استفاده شد.

ـ پرسشنامهٔ روابط موضوعی و واقعیت‌سنجی بل[1]: این پرسشنامه توسط بل و همکاران در سال ۱۹۸۶ ساخته شد (۱۸). پرسشنامه دارای ۴۵ سؤال مربوط به سنجش روابط موضوعی و ۴۵ سؤال مربوط به سنجش واقعیت‌سنجی است که پاسخ‌گویی به‌صورت بله یا خیر است. نمرات بیشتر نشان‌دهندهٔ نقص بیشتر در آن خرده‌مقیاس است (۱۸). این پرسشنامه شامل هفت خرده‌مقیاس بی‌کفایتی، خودمیان‌بینی، دل‌بستگی، بیگانگی، تحریف واقعیت، عدم قطعیت و نیز توهم و هذیان می‌شود. بل و همکاران 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 کردند (۱۸). این آزمون توسط هادی‌نژاد و همکاران 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 و توهم و هذیان ۰/۸۰، ۰/۷۴ و ۰/۷۷ گزارش شد (۴).

ـ مقیاس کارکرد خانواده[2]: این مقیاس توسط اپستاین و همکاران در سال ۱۹۸۳ تدوین شد (۱۹). این مقیاس دارای ۶۰ سؤال و طیف پاسخ‌گویی لیکرت چهارگزینه‌ای شامل کاملاً موافق، موافق، مخالف و کاملاً مخالف است. نمرات بیشتر نشان‌دهندهٔ کارکرد ناسالم در آن خرده‌مقیاس است. این مقیاس شامل هفت خرده‌مقیاس حل مسئله، ارتباطات، نقش‌ها، واکنش‌های عاطفی، آمیزش (درگیری) عاطفی، کنترل رفتار و یک‌مقیاس کلی می‌شود (۱۹). در پژوهش اپستاین و همکاران دامنهٔ ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های این مقیاس بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۰ به دست آمد (۱۹). در مطالعه‌ای که در ایران توسط خدارحیمی انجام شد، همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ بین ۰/۵۸ تا ۰/۸۵ و اعتبار بازآزمایی آن بین ۰/۴۲ تا ۰/۷۸ بود؛ همچنین همبستگی مقیاس با یکدیگر بین ۰/۴۰ تا ۰/۷۱ به‌دست آمد 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 (۲۱).



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

ـ مقیاس علائم مثبت و منفی اسکیزوفرنی[3]: این مقیاس توسط کی و همکاران در سال ۱۹۸۷ تدوین شد (۲۰). این مقیاس دارای ۳۰ سؤال و طیف پاسخ‌گویی لیکرت پنج‌گزینه‌ای شامل اصلاً، گاهی، متوسط، زیاد و خیلی زیاد است. نمرات بیشتر، شدت علائم را در آن

[1]. Bell Object Relations and Reality Testing Inventory
[2]. Family Functioning Scale
[3]. Positive and Negative Symptoms Scale for Schizophrenia

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.218.7]

خرده‌مقیاس نشان می‌دهد. این مقیاس مشتمل بر پنج خرده‌مقیاس علائم منفی، ازهم‌گسیختگی، علائم مثبت، تهییج و اضطراب و افسردگی است (۲۰). کی و همکاران همسانی درونی را ۰/۸۰ و پایایی بازآمایی برای علائم مثبت و منفی و ارزیابی کلی آسیب‌شناسی را به‌ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۳ و ۰/۶۰ گزارش کردند (۲۰). در پژوهش قریشی و شجری، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس، ۰/۷۷ به‌دست آمد (۲۲). نحوهٔ اجرای پژوهش 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 بین افراد مایل به شرکت در پژوهش، خواسته شد پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کنند. ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به‌شرح ذیل بود: تمامی افراد به‌صورت کتبی اطلاعاتی دربارهٔ پژوهش دریافت کردند و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت کردند؛ این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه است و برای امور پژوهشی استفاده خواهد شد؛ به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد.

مدل مفهومی پژوهش در شکل ۱ ارائه شده است. در این مدل، واقعیت‌سنجی در رابطهٔ بین روابط موضوعی، کارکرد خانواده و علائم مثبت نقش میانجی ایفا می‌کند. در این پژوهش از آمار توصیفی برای دسته‌بندی مشخصات فردی آزمودنی‌ها به‌منظور محاسبهٔ فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. همچنین در این پژوهش روش آمار استنباطی به‌کار رفت. از آزمون کولموگروف‌اسمیرنوف برای تشخیص نرمال‌بودن داده‌ها و از ضریب همبستگی پیرسون و مدل معادلات ساختاری استفاده شد. در راستای برازندگی الگوی پیشنهادی، شاخص مجذور خی‌دو بر درجهٔ آزادی (χ^2/df)، شاخص نکویی تطبیقی (CFI)، شاخص نکویی برازش (GFI)، شاخص نکویی برازش تطبیقی (AGFI) و ریشهٔ خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA) بررسی شد. اگر شاخص نسبت مجذور خی بر درجهٔ آزادی، کوچک‌تر از ۳ باشد برازش بسیار مطلوب را نشان می‌دهد. اگر شاخص‌های CFI، AGFI، GFI بزرگ‌تر از ۰/۹۵ و شاخص RMSEA کوچک‌تر از ۰/۰۵ باشد بر برازش بسیار مطلوب و بسیار خوب دلالت دارد؛ همچنین اگر شاخص‌های CFI، AGFI، GFI بزرگ‌تر از ۰/۹۰ و شاخص RMSEA کوچک‌تر از ۰/۰۸ باشد بر برازش مطلوب و خوب دلالت دارد (۱۱). برای تحلیل داده‌های پژوهش از نرم‌افزارهای SPSS نسخهٔ ۲۲ و AMOS نسخهٔ ۲۲ استفاده شد. سطح معناداری در این پژوهش ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

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. همچنین ۵۰ نفر (۲۰درصد) از شرکت‌کنندگان دارای مدرک کمتر از دیپلم، ۱۳۶ نفر (۵۴/۴درصد) دارای مدرک دیپلم و ۶۴ نفر (۲۵/۶درصد) 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	ـ ۰/۳۱۴	۱

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

جدول ۳. نکویی برازش مدل ساختاری

	χ^2	χ^2/df	CFI	GFI	AGFI	RMSEA	مقدار احتمال
مقادیر محاسبه‌شده	۱۴۶/۹۶	۱/۶۳	۰/۹۸	۰/۹۱	۰/۸۹	۰/۰۶۶	<۰/۰۰۱

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

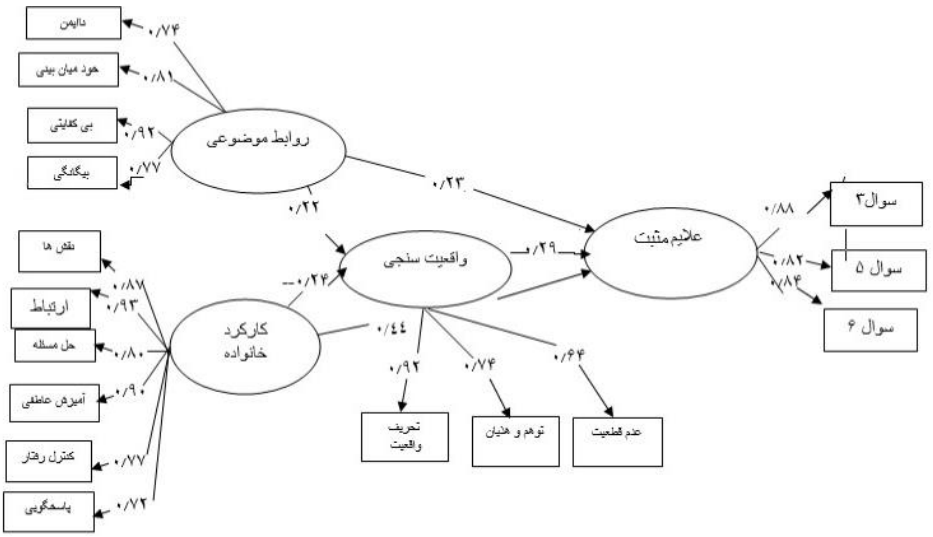
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.218.7]

جدول ۳ نشان می‌دهد شاخص‌های نکویی برازش از برازش مطلوب الگو با داده‌های گردآوری‌شده حمایت کرده است.

جدول ۴. ضرایب مسیر بین متغیرهای پژوهش در الگوی پژوهش

	مسیرها	بار عاملی استانداردنشده b	خطای معیار	بار عاملی استاندارد β
مسیر کل	روابط موضوعی بر شدت علائم مثبت	۰/۱۰۸	۰/۰۳۷	۰/۶۸
	کارکرد خانواده بر شدت علائم مثبت	۰/۱۲۴	۰/۰۱۶	۰/۴۴
مسیر مستقیم	روابط موضوعی بر شدت علائم مثبت	۰/۱۱۶	۰/۰۲۱	۰/۲۳
	کارکرد خانواده بر شدت علائم مثبت	۰/۰۵۰	۰/۰۴۴	۰/۴۴
	روابط موضوعی بر واقعیت‌سنجی	۰/۱۳۲	۰/۰۲۹	۰/۲۲
	کارکرد خانواده بر واقعیت‌سنجی	۰/۰۹۴	۰/۰۳۱	ـ۰/۲۴
	واقعیت‌سنجی بر شدت علائم مثبت	۰/۲۷۳	۰/۰۰۹	ـ۰/۲۹
مسیر غیرمستقیم	روابط موضوعی بر شدت علائم مثبت	۰/۰۶۷	۰/۰۳۸	۰/۴۵

جدول ۴ نشان می‌دهد ضریب مسیر کل (مجموع ضریب مسیر مستقیم و غیرمستقیم) بین روابط موضوعی بر شدت علائم مثبت (β=۰/۶۸، $p<$۰/۰۰۱) مثبت و معنادار است و ضریب مسیر کل بین کارکرد خانواده بر شدت علائم مثبت (β=۰/۴۴، $p<$۰/۰۰۱) مثبت و معنادار است؛ همچنین ضریب مسیر مستقیم بین روابط موضوعی بر شدت علائم مثبت (β=۰/۲۳، $p<$۰/۰۰۱) مثبت و معنادار است و ضرایب مسیر بین کارکرد خانواده بر شدت علائم مثبت (β=۰/۴۴، $p<$۰/۰۱) و بین روابط موضوعی بر واقعیت‌سنجی (β=۰/۲۲، $p<$۰/۰۰۱)مثبت و معنادار است؛ همچنین ضرایب مسیر بین کارکرد خانواده بر واقعیت‌سنجی (β=ـ۰/۲۴، $p<$۰/۰۰۱)و بین واقعیت‌سنجی بر شدت علائم مثبت (β=ـ۰/۲۹، $p<$۰/۰۰۱) منفی و معنادار است. درنهایت ضریب مسیر غیرمستقیم بین روابط موضوعی بر شدت علائم مثبت (β=۰/۴۵، $p<$۰/۰۰۱) مثبت و معنادار می‌باشد. این موضوع بیانگر آن است که متغیر واقعیت‌سنجی، رابطهٔ بین روابط موضوعی و کارکرد خانواده را با علائم مثبت اسکیزوفرنی میانجیگری می‌کند. الگوی ساختاری پژوهش در شکل ۲ ارائه شده است.



شکل ۲. مدل ساختاری پژوهش برازش‌شده برای تبیین روابط بین روابط موضوعی، کارکرد خانواده، واقعیت‌سنجی و علائم مثبت (ضرایب استاندارد)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.218.7]

۴ بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر تدوین مدل شدت علائم مثبت اسکیزوفرنی براساس روابط موضوعی و کارکرد خانواده با نقش میانجی واقعیت‌سنجی بود. نتایج مطالعهٔ حاضر نشان داد، واقعیت‌سنجی با شدت علائم مثبت دارای ارتباط مثبت و معناداری است. همچنین روابط موضوعی و کارکرد خانواده با شدت علائم مثبت ارتباط مثبت و معناداری دارد و بین کارکرد خانواده و واقعیت‌سنجی ارتباط منفی و معناداری وجود دارد. این یافته‌ها با یافتهٔ پژوهش هسیئو و تسای مبنی‌بر اینکه افزایش سرسختی خانواده و سطح تحصیلات بیشتر، عملکرد خانواده را به‌طور درخورتوجهی ارتقا می‌دهد و خواهران و برادران شخص اسکیزوفرن درقبال والدین آن شخص بار مراقبتی بیشتری را بر دوش کشیده (۱۱)، همسوست. همچنین با پژوهش کوترا و همکاران مبنی‌بر اینکه عملکرد روانی ضعیف بیمار با عملکرد ضعیف خانواده همراه است، همسوست. به‌نظر می‌رسد که تأثیر عملکرد خانواده از مراحل اولیهٔ بیماری شایان توجه است (۱۲).

نتایج پژوهش اثر مستقیم روابط موضوعی را بر علائم اسکیزوفرنی تأیید کرد. به عبارت دیگر روابط موضوعی پیش‌بینی‌کنندهٔ مثبت علائم مثبت اسکیزوفرنی است. براساس یافته‌های پژوهش حاضر، روابط موضوعی در خرده‌مقیاس‌های خودمیان‌بینی و بیگانگی پرسشنامهٔ روابط موضوعی و واقعیت‌سنجی بل دارای نقص بیشتری است. این امر نشان‌دهندهٔ گزنده‌بودن دربرابر دیگری در روابط و بدگمانی شدید به انگیزهٔ دیگران است و این الگو بیانگر تلاش‌های فردی برای دفاع از خویش دربرابر احساس شدید درماندگی ازطریق بزرگ‌نمایی و خودمحوری است. برافراشتگی در خرده‌مقیاس‌های عدم قطعیت و تحریف واقعیت نشانهٔ باورهای هذیانی و گم‌گشتگی است. همچنین نمرهٔ بیشتر در خرده‌مقیاس عدم قطعیت و نمرهٔ کمتر در خرده‌مقیاس توهم و هذیان، مرحلهٔ بهبودی نسبی بیماری را بیان می‌کند (۵). براساس رویکردهای روابط موضوعی اسکیزوفرنیا می‌توان گفت که اسکیزوفرنیا نتیجهٔ تثبیت در مرحلهٔ پیش از اودیپ (تقریباً تثبیت قبل از یک‌سالگی) است (۱۲).

مشکل اصلی واپس‌روی به مرحلهٔ همزیستی با مادر است که فرد هنوز درگیر مادر می‌باشد و نتوانسته است خود را از او جدا کند. ویژگی اصلی مرحلهٔ همزیستی، احساس توهم‌آلود آمیختگی با بازنمایی مادر است که در این شرایط کودک قادر نیست رابطهٔ خود و مادر را درونی کند و به استقلال برسد. در چنین شرایطی فرد نمی‌تواند تمایزی بین خود و مادر ایجاد کند و همیشه در موقعیت اسکیزوئید ـ پارانوئید باقی می‌ماند و عدم تفکیک سائق‌ها و هم‌آمیختگی انگارهٔ خود با موضوع منجربه تحریف واقعیت می‌شود. هنگامی که بیمار با تروما مواجه می‌شود، چون تحمل ناکامی را ندارد واپس‌روی عمیقی می‌کند و هنگامی که تنش افزایش می‌یابد، لیبیدو ابژهٔ گذشته را فرا می‌خواند تا آرام شود. ازآنجاکه در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی به‌علت تثبیت‌شدن درکی از ابژه وجود ندارد، تنش‌های واردشده مربوط به بدن است و به سطح ذهنی نمی‌رسد؛ درنتیجه تنش همیشه در مدار بدن می‌ماند و فرد در خود فرو می‌رود. این در خود فروماندن منجر می‌شود تمام انرژی صرف خود فرد شود و حالت خودشیفتگی به خود می‌گیرد؛ همچنین ارتباط با جهان برایش وحشتناک می‌شود و نمی‌تواند با دنیای بیرون تعامل کند (۱۰). به‌علاوه می‌توان گفت که افراد مبتلا به اسکیزوفرنی با علائم مثبت درمقابل ذهن اراده‌ای ندارند و تحت فشار آن در رنج هستند و درنتیجه بیشتر سرمایه‌گذاری لیبیدو متمرکز بر خود است (۹)؛ بنابراین همزیستی شدید با مادر باعث می‌شود که واقعیت‌سنجی مخدوش شود. در کنار مسئلهٔ مادر، عملکرد خانواده نیز نقش بسیار اساسی در بروز بیماری اسکیزوفرنیا دارد.

براساس یافته‌های پژوهش حاضر، خانواده‌های بیماران اسکیزوفرنیا در ابعاد ارتباط، نقش‌ها و آمیزش عاطفی ناکارآمدتر هستند و علائم مثبت مانند توهم‌ها و هذیان‌های بیشتری دارند. این یافته با نتایج پژوهش هانسن و همکاران که نشان دادند علائم منفی اسکیزوفرنی بیشتر با نقص در روابط موضوعی به‌خصوص در خرده‌مقیاس بی‌کفایتی اجتماعی و در نقص واقعیت‌سنجی در خرده‌مقیاس تحریف واقعیت ارتباط دارد (۱۳)، همسوست. همچنین این یافته با نتایج مطالعهٔ ماردر و گالدریسی که گزارش کردند نقص روابط موضوعی و واقعیت‌سنجی در علائم منفی بیشتر نقش دارد (۱۴)، همسوست.

براساس رویکردهای خانواده‌محور می‌توان گفت خانواده‌های دارای بیمار اسکیزوفرنی درمقایسه با خانواده‌های دارای بیماران قلبی، مغزی، دیابت و کلیوی در حوزهٔ حمایت عاطفی و نحوهٔ ابراز عواطف دچار مشکلات بیشتری هستند. خانوادهٔ این بیماران در نشان‌دادن عواطف به همدیگر، انجام‌دادن وظایف و نقش‌ها برای برآورده‌کردن نیازهای عاطفی و میزان علاقه و توجه اعضای خانواده به‌هم توانایی کمتری دارند (۸). همچنین وجود بیماری و تداوم آن در این خانواده‌ها باعث می‌شود اعضای خانواده به تغییر حوزه‌های کارکردی مجبور شوند. در این خانواده‌ها راهکارهایی که برای مقابله و کنترل بیماری در پیش گرفته می‌شوند، اغلب راهکارهای ناکارآمدی‌اند یا اینکه به‌روش مناسبی انجام نمی‌شوند (۱۲). درواقع باتوجه به شدت افت عملکرد، بیماری اسکیزوفرنی اعضای خانواده را با مشکلات بیشتری مواجه می‌کند و همچنین خانواده مشکلات بیشتری در زمینهٔ وضعیت عاطفی و تعاملات اعضا با بیمار و نقش‌ها پیدا می‌کند (۷). از سوی دیگر، اعضای خانوادهٔ این بیماران به‌دلیل درگیری‌های بیش از حد عاطفی، تنش، الگوی تعامل منفی و ارتباطات دوگانه و متعارض نمی‌توانند باهم دربارهٔ مسائل مهم صحبت کنند و همدیگر را درک نمی‌کنند؛ ازاین‌رو مشکلات ارتباطی آن‌ها بیشتر می‌شود. همچنین خانواده با دادن پیام‌های متعارض و الگوهای تعاملی منفی موجب می‌شود که بیمار در حالت روان‌پریشی خود فرو رود تا از این تعارضات خلاص شود (۱۱).

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان گفت که مطالعهٔ حاضر روی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا انجام شد؛ بنابراین، باتوجه به طیف گستردهٔ بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا نتایج حاصل از این پژوهش تعمیم‌پذیر به تمام 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 می‌شود در مطالعات آتی این پژوهش برای سایر بیماران طیف اسکیزوفرنی اجرا شود و مقایسهٔ آن با نتایج پژوهش کنونی انجام پذیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود باتوجه به پیشینهٔ قوی این مطالعه، پژوهشی

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.218.7]

به‌صورت کیفی انجام شود.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش می‌توان گفت که شدت علائم مثبت اسکیزوفرنی به‌صورت مستقیم و نیز به‌صورت غیرمستقیم و به‌وسیلهٔ واقعیت‌سنجی ازطریق روابط موضوعی و کارکرد خانواده به‌طور مثبت تبیین می‌شود. از یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان در سطوح مختلفی سود جست؛ در سطح آموزشی می‌توان به آموزش‌های عمومی و اختصاصی اشاره کرد؛ همچنین به متخصصان بالینی و درمانگرانی که با بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی سروکار دارند، توصیه می‌شود ازطریق تبیین روان‌پویشی مراجعان خود، به بازسازی آسیب‌های پدر و مادر بپردازند و درمانگران شاهدی بر اتفاقات رخ‌داده باشند.

۶ تشکروقدردانی

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

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم است. همچنین مجوز اجرای این پژوهش بر گروه مطالعه‌شده از بیمارستان ۵۰۵ ارتش با شماره نامهٔ ۷۶ صادر شده است. تمامی افراد شرکت‌کننده در پژوهش به‌صورت کتبی اطلاعاتی دربارهٔ پژوهش دریافت کردند و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت کردند. این اطمینان به افراد داده شد که تمامی اطلاعات محرمانه است و برای امور پژوهشی استفاده خواهد شد. به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد. همچنین پس از پایان پژوهش، برای افراد حاضر در گروه گواه درمان مؤثرتر اجرا شد.

رضایت‌نامهٔ انتشار

غیرقابل اجرا است.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند تضاد منافعی بین آن‌ها وجود ندارد.

منابع مالی

منابع مالی از هزینه‌های شخصی تأمین شده و توسط هیچ نهاد یا سازمانی تأمین نشده است.

مشارکت نویسندگان

الهام فرجی داده‌های به‌دست‌آمده را آنالیز و تفسیر کرد. نادر منیرپور در نگارش نسخهٔ دست‌نوشته همکار اصلی بود. همهٔ نویسندگان نسخهٔ دست‌نوشتهٔ نهایی را خواندند و تأیید کردند.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Awad AG, Voruganti LNP. The burden of Schizophrenia on caregivers. Pharmacoeconomics. 2008;26(2):149–62. doi: 10.2165/00019053-200826020-00005
3. Koyama A, Akiyama T, Miyake Y, Kurita H. Family functioning perceived by patients and their family members in three Diagnostic and Statistical Manual-IV diagnostic groups. Psychiatry Clin Neurosci. 2004;58(5):495–500. doi: 10.1111/j.1440-1819.2004.01291.x
4. Hadinezhad H, Tabatabaeian M, Dehghani. 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.pdf
5. Girón M, Fernández-Yañez A, Mañá-Alvarenga S, Molina-Habas A, Nolasco A, Gómez-Beneyto M. Efficacy and effectiveness of individual family intervention on social and clinical functioning and family burden in severe schizophrenia: a 2-year randomized controlled study. Psychol Med. 2010;40(1):73–84. doi: 10.1017/S0033291709006126
6. Carr A. Evidence for the Efficacy and Effectiveness of Systemic Family Therapy. In: The Handbook of Systemic Family Therapy. John Wiley & Sons, Ltd; 2020. pp: 119–46. doi: 10.1002/9781119438519.ch6
7. Camacho-Gomez M, Castellvi P. Effectiveness of family intervention for preventing relapse in first-episode psychosis until 24 months of follow-up: a systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials. Schizophr Bull. 2020;46(1):98–109. doi: 10.1093/schbul/sbz038
8. Condruz C. Is mental illness a form of violence against the self? notes on ego disintegration in Schizophrenia. Hum Stud. 2020;43(2):171–93. doi: 10.1007/s10746-019-09533-3
9. 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
10. Mohseni M, Chimeh N, Panaghi L, Mansoori N. A comparison of family function and expressed eemotion in families with rheumatoid arthritis patients and families with Schizophrenia patients. Journal of Family Research. 2011;7(27):373–90. [Persian] http://jfr.sbu.ac.ir/article/download/145/145
11. Hsiao C-Y, Tsai Y-F. Caregiver burden and satisfaction in families of individuals with schizophrenia. Nurs Res. 2014 Aug;63(4):260–9. doi: 10.1097/nnr.0000000000000047

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.218.7]

12. 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
13. 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. Comprehensive Psychiatry. 2012;53(8):1200–7. doi: 10.1016/j.comppsych.2012.04.003
14. Marder SR, Galderisi S. The current conceptualization of negative symptoms in schizophrenia. World Psychiatry. 2017;16(1):14–24. doi: 10.1002/wps.20385
15. Wartelsteiner F, Mizuno Y, Frajo-Apor B, Kemmler G, Pardeller S, Sondermann C, et al. Quality of life in stabilized patients with schizophrenia is mainly associated with resilience and self-esteem. Acta Psychiatr Scand. 2016;134(4):360-7. https://doi.org/10.1111/acps.12628
16. Colizzi M, Ruggeri M, Lasalvia A. Should we be concerned about stigma and discrimination in people at risk for psychosis? A systematic review. Psychol Med. 2020;50(5):705-26. https://doi.org/10.1017/S0033291720000148
17. Kline RB. Software review: Software programs for structural equation modeling: Amos, EQS, and LISREL. Journal of Psychoeducational Assessment. 1998;16(4):343-64. doi: 10.1177/073428299801600407
18. Bell M, Billington R, Becker B. A scale for the assessment of object relations: reliability, validity, and factorial invariance. J Clin Psychol. 1986;42(5):733–41. doi: 10.1002/1097-4679(198609)42:5<733::aid-jclp2270420509>3.0.co;2-c
19. Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS. The mcmaster family assessment device. Journal of Marital and Family Therapy. 1983;9(2):171–80. doi: 10.1111/j.1752-0606.1983.tb01497.x
20. Kay SR, Opler LA, Fiszbein,A. The positive and negative syndrome scale for schizophrenia. Schizophr Bull. 1987;13(2):261-76. doi: 10.1093/schbul/13.2.261
21. Khodarahimi S. Role of ethnicity in family functioning, personality, and depression in an Iranian sample. The Am J of Family Therapy. 2011;39(3):255–67. doi: 10.1080/01926187.2010.531658
22. Ghoreishi A, Shajari Z. Reviewing the dissociative symptoms in patients with Schizophrenia and their association with positive and negative symptoms. Iran J Psychiatry Behav Sci. 2014;8(1):13–8.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.218.7]

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.218.7]