

نقش واسطه‌ای استحکام من در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و سازگاری با بیماری مالتیپل اسکلروزیس
محمدعلی بشارت^۱، نسیم کیاei^۲، سید مسعود نبوی^۳، مسعود غلامعلی لواسانی^۴، زینب کمالی^۵

The mediating role of ego-strength on the relationship between attachment styles and adjustment to multiple sclerosis

Mohammad Ali Besharat¹, Nasim Kiaei², Seyed Masoud Nabavi³, Masoud Gholmali Lavasani⁴, Zeinab Kamali⁵

چکیده

زمینه: شناخت متغیرهای تأثیرگذار بر سازگاری با بیماری MS اهمیت بسزایی دارد و آگاهی از نحوه عملکرد این متغیرها در حوزه کمک به این بیماران بسیار مهم و مؤثر است. **هدف:** پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش واسطه‌ای استحکام من در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و سازگاری با بیماری MS انجام شد. **روش:** طرح پژوهش حاضر از نوع توصیفی و روش پژوهش همبستگی بود. از شرکت‌کنندگان در پژوهش (۹۱ زن، ۲۹ مرد) خواسته شد که مقیاس دلبستگی بزرگسال (AAI؛ بشارت، ۱۳۹۲، ۲۰۱۱)، مقیاس استحکام من (EES؛ بشارت، ۱۳۸۶، ۱۳۹۵) و مقیاس سازگاری با بیماری (AIS؛ بشارت، ۱۳۸۹، ۱۳۹۰) را تکمیل کنند. برای تحلیل داده‌های پژوهش از روش همبستگی پیرسون و برای آزمون مدل فرضی پژوهش از تحلیل مسیر استفاده شد. **یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان داد که: (۱) سبک دلبستگی ایمن با سازگاری با بیماری MS رابطه مثبت معنادار دارد ($p < 0/001$)؛ (۲) سبک‌های دلبستگی نایمن با سازگاری با بیماری MS رابطه منفی معنادار دارند ($p < 0/001$)؛ (۳) استحکام من با سازگاری با بیماری MS رابطه مثبت معنادار دارد ($p < 0/001$)؛ (۴) سبک دلبستگی ایمن با استحکام من رابطه مثبت معنادار دارد ($p < 0/001$)؛ (۵) سبک‌های دلبستگی نایمن با استحکام من رابطه منفی معنادار دارند ($p < 0/001$)؛ (۶) استحکام من در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و سازگاری با بیماری MS نقش واسطه‌ای داشت. **نتیجه‌گیری:** توجه به این عوامل به منظور ارتقای کیفیت زندگی و سازگاری با بیماری MS می‌تواند تلویحاتی برای متخصصین این حوزه به همراه داشته باشد. **واژه کلیدیها:** مالتیپل اسکلروزیس (MS)، استحکام من، دلبستگی، سازگاری

Background: Identifying variables which have an impact on adjustment to multiple sclerosis (MS) is of utmost importance and understanding the functions of these variables is essential for helping patients with MS. **Aims:** The purpose of the present study was to examine the mediating role of ego-strength on the relationship between attachment styles and adjustment to multiple sclerosis. **Method:** Method of the present descriptive study was correlational. All participants (91 women, 29 men) were asked to complete Adult Attachment Inventory (AAI; Besharat, 2011, 2013), Ego-Strength Scale (EES; Besharat, 2007, 2016), and Adjustment to Illness Scale (AIS; Besharat, 2010, 2011). Data were analyzed using Pearson correlation coefficient and path analysis was used for testing hypothetical model of the study. **Results:** The results showed that: (a) secure attachment style was positively correlated with adjustment to multiple sclerosis ($p < 0/001$); (b) insecure attachment styles including avoidant and ambivalent attachment styles were negatively correlated with adjustment to multiple sclerosis ($p < 0/001$); (c) ego-strength was positively correlated with adjustment to multiple sclerosis ($p < 0/001$); (d) secure attachment style was positively correlated with ego-strength ($p < 0/001$); (e) insecure attachment styles including avoidant and ambivalent attachment styles were negatively correlated with ego-strength ($p < 0/001$); (f) the relationship between attachment styles and adjustment to multiple sclerosis was mediated by ego-strength. **Conclusions:** Considering these factors can have some implications for the experts to promote quality of life and increase adjustment to multiple sclerosis.

Key words: Multiple Sclerosis (MS), ego-strength, attachment, adjustment

Corresponding Author: besharat@ut.ac.ir

۱. استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

۱. Professor, Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran (Corresponding Author)

۲. کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۲. MA in Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran

۳. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

۳. Associate Professor, Department of Psychology, University of Shahed, Tehran, Iran

۴. دانشیار، گروه مشاوره، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۴. Associate Professor, Department of Counselling, University of Tehran, Tehran, Iran

۵. کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۵. MA in Psychology, Department of Counselling, University of Tehran, Tehran, Iran

مقدمه

مالتیپل اسکلروزیس^۱ (MS) یک بیماری مزمن عصبی - شناختی است که بیش از ۲/۵ میلیون نفر را در سطح جهان تحت تأثیر قرار داده است و شایع‌ترین علت ناتوانی نورولوژیک در بزرگسالان محسوب می‌شود (کینگول، ماریوت، ژته، پرینگشیم، ماکانی و همکاران، ۲۰۱۳). در حال حاضر شیوع این بیماری در ایران بالاخص در زنان نیز به شدت در حال افزایش است (اعتمادی‌فر، سجادی، نصر، فیروزی، ابطیحی و همکاران، ۲۰۱۳). دوره این بیماری اختصاصی و غیرقابل پیش‌بینی است و درمان شناخته شده‌ای ندارد. بیماری MS باعث ایجاد چالش‌هایی در به‌زیستی^۲ روان‌شناختی و جسمی می‌شود (دنسون، موس‌موریس و چالدر^۳، ۲۰۰۹). این بیماری صرف‌نظر از مشکلات و چالش‌هایی که ایجاد می‌کند، سازگاری^۴ و مقابله^۵ فرد بیمار را نیز به چالش می‌کشد (بشارت، براتی و لطفی، ۱۳۸۷؛ مک لور^۶، ۱۹۸۴؛ به نقل از دنسون و همکاران، ۲۰۰۹). سازگاری با بیماری^۷، فرآیند حفظ نگرش مثبت نسبت به خود و جهان علی‌رغم مشکلات جسمی است. سازگاری با پاسخ به تغییرات محیطی اجازه می‌دهد ارگانیزم به شکل مناسب‌تر با تغییرات سازش یابد و شخص را قادر می‌سازد تا با مشکلات، با راه‌حل درست و مقابله مسأله محور برخورد کند (شارپ و کوران، ۲۰۰۶).

برای بیماران مبتلا به MS، سازگاری می‌تواند دشوار و پرزحمت باشد. غالب مطالعات در خصوص سازگاری با MS نشان داده‌اند که استرس ادراک شده و سبک‌های مقابله هیجان محور با سازگاری ضعیف‌تر (افسردگی، پریشانی، سازگاری اجتماعی پایین) در میان افراد مبتلا رابطه دارد و مقابله مسأله محور با زمینه‌های سازگاری بهتر همبستگی دارد (پاکنهام و برسنال، ۲۰۰۶؛ دنسون و همکاران، ۲۰۰۹). با این حال، یافته‌های جدیدتر روی افرادی که به تازگی تشخیص MS را دریافت کرده‌اند، نتایج متناقضی را در خصوص رابطه بین سبک‌های مقابله‌ای هیجان محور و اجتناب، با سازگاری نشان داده‌اند. طبق پژوهش تن کریستانو و کایروپولوس (۲۰۱۵)، علائم اضطراب به شکل معناداری با سطوح ناتوانی افراد مبتلا به MS

رابطه دارد و سبک‌های مقابله‌ای اجتنابی و هیجان محور، پیش‌بینی کننده علائم افسردگی در بیماران MS هستند. برعکس، کالانداری و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهش خود نشان دادند که سبک مقابله هیجان محور با افسردگی پایین‌تر و سبک مقابله اجتنابی با سلامت روانی و به‌زیستی بالاتر و افسردگی کمتر رابطه دارد. با توجه به وجود این نتایج متناقض و اهمیت شناسایی نقش سازگاری بر پیامدهای بیماری MS، تبیین فرآیند سازگاری با بیماری نیازمند پژوهش بیشتر است.

سازگاری با بیماری متأثر از عوامل روان‌شناختی و اجتماعی است که در این بین سبک‌های دلبستگی به دلیل نقش بنیادین آن در نحوه هدایت چالش‌ها و موضوعات متعدد درون‌شخصی و بین‌شخصی و تأثیر آن در شکل‌دهی ادراک فرد از بیماری حائز اهمیت است (تیلور، ۲۰۰۰؛ تیلور و بگی، ۲۰۰۰؛ دویت، هوور، گوپرت، و بویس، ۲۰۱۰؛ راک و وریسیمو، ۲۰۱۱؛ کارر و بایی، ۲۰۱۱؛ گرشام و گولان، ۲۰۱۲). بر این اساس، در پژوهش حاضر رابطه بین سبک‌های دلبستگی و سازگاری با بیماری MS مورد بررسی قرار می‌گیرد. نظریه دلبستگی تبیین می‌کند که چگونه تعاملات مکرر بین کودک و مراقب، به الگوی پایدار پاسخ به استرس، دریافت حمایت اجتماعی، آسیب‌پذیری در برابر بیماری و سازگاری با بیماری منتهی می‌شود (بالبی، ۱۹۶۹؛ دویت و همکاران، ۲۰۱۰؛ راک و وریسیمو، ۲۰۱۱؛ کاروکیوی، جوکاما، هاتالا، کالوا، هاپاسالو-پسو و همکاران، ۲۰۱۱). طبق نظریه بالبی (۱۹۶۹)، افراد با درونی‌سازی تجربه‌های اولیه خود با مراقبان، روان‌سازهای^۸ شناختی پایداری از روابط را شکل می‌دهند. این روان‌سازها تصور فرد از خود به عنوان فرد شایسته مراقبت (مدل خود) و سزاوار دریافت کمک و حمایت از دیگران (مدل دیگری) را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این روان‌سازهای شناختی یا مدل‌های درون‌کاری^۹ بر تعامل فرد با دیگران و تعبیر و تفسیر وی از آنها در طول زندگی تأثیر دارد (بشارت، ۱۳۹۱؛ پیکرینگ، سیمپسون و بنتال، ۲۰۰۸).

هازن و شیور (۱۹۷۸) براساس طبقه‌بندی اینسورث و همکاران (۱۹۷۸) از سبک‌های دلبستگی^{۱۰} که از مطالعات موقعیت ناآشنا^{۱۱} در

7. adjustment to illness

8. schema

9. internal working models

10. attachment styles

11. strange situation

1. Multiple Sclerosis (MS)

2. well-being

3. Dennison, L., Moss-Morris, R., & Chalder, T

4. adjustment

5. coping

6. McIvor, G

اولیه است (آهرنس، سیچانوسکی و کاتون، ۲۰۱۲؛ ژو، کوچانک، مورفی و جادا، ۲۰۰۷). در سازگاری با بیماری MS به عنوان عامل یک استرس بزرگ نیز، نقش سبک‌های دلبستگی مهم و تعیین کننده است. افراد دارای سبک دلبستگی ایمن در مقایسه با افرادی که سبک دلبستگی نایمن دارند، در سازگاری با بیماری موفق تر هستند. این مسأله در بسیاری از پژوهش‌ها مورد بررسی قرار گرفته و با توجه به شواهد تجربی به تأیید رسیده است (بزازیان و بشارت، ۱۳۸۹؛ پیکرینگ و همکاران، ۲۰۰۸؛ گیگ و سیرویز، ۲۰۱۰؛ نیکولز، هالبرت- ویلیامز و برامول، ۲۰۱۴). اما سؤال اصلی این پژوهش این است که چرا افرادی که سبک دلبستگی ایمن دارند، سازگاری‌های متفاوتی از خود در برابر بیماری نشان می‌دهند؟ در جست و جوی پاسخ این سؤال، نقش واسطه‌ای استحکام من^۶ مورد بررسی قرار می‌گیرد. وجود رابطه مثبت بین استحکام من و سازگاری در پژوهش‌های پیشین (تیمورپور، بشارت، رحیمی‌نژاد، رشیدی و غلامعلی لواسانی، ۲۰۱۵؛ فلنر و کردبا، ۲۰۱۷؛ سیفزه-کرنک، ۲۰۱۳؛ شفرد و ادلمن، ۲۰۰۹؛ کوچکی راوندی، منیرپور و ارج، ۱۳۹۴؛ گارنفسکی، کوپمن، کرایج و تن کیت، ۲۰۰۹؛ مارکستروم و مارشال، ۲۰۰۷؛ میشراف، ۲۰۱۳؛ هیفانتیس، کریستو، کانتوداکی، منتاس، پاپامیشل و همکاران، ۲۰۰۸) تأیید شده است. این یافته‌ها، انتخاب استحکام من به عنوان متغیر واسطه‌ای در این پژوهش را توجیه می‌کند.

استحکام من، مجموعه‌ای از کنش‌های من به عنوان یکی از ساختارهای اساسی شخصیت، ریشه در نظریه‌های فروید^۶ دارد. از دیدگاه فروید (۱۹۲۳)، استحکام من به توانایی من در مواجهه با مطالبات و تعارض‌های نهاد، فرامن و مقتضیات محیط و مدیریت این شرایط اطلاق می‌شود و به فرد کمک می‌کند تا در شرایط استرس‌زا و درمانده‌ساز، ثبات و پایداری هیجانی خود را حفظ کند ((بشارت، ۱۳۹۵؛ ستیزی، منتو، سانتورو، مالاماک، بلینگیری و همکاران، ۲۰۱۲؛ سیمیستر و فرند، ۲۰۰۳؛ سینگ و آناند، ۲۰۱۵؛ کیم و پارک، ۲۰۱۶). استحکام من برحسب مجموعه توانمندی‌های روان‌شناختی فرد برای حل تعارضات درون‌روانی و تعامل با محیط که شامل مهار من^۷، تاب‌آوری من^۸، مکانیسم‌های دفاعی^۹ و راهبردهای مقابله‌ای^{۱۰}

نوزادان به دست آمد و همچنین براساس مشاهدات و تحقیقات متعدد، سه سبک دلبستگی بزرگسالی را در ادامه کیفیت روابط کودکی تأیید کردند: سبک دلبستگی ایمن^۱، سبک دلبستگی اجتنابی^۲ و سبک دلبستگی دوسوگرا^۳ (به نقل از بشارت، ۱۳۹۱). اشخاص دارای سبک دلبستگی ایمن، آن دسته از راهبردهای تنظیم هیجانی را به کار می‌گیرند که استرس را کاهش می‌دهد و هیجان‌های مثبت را فعال می‌سازد (میکولینسر و فلورین، ۲۰۰۱). اشخاص دارای سبک‌های دلبستگی نایمن، از آن دسته از راهبردهای تنظیم هیجانی پیروی می‌کنند که هیجان‌های منفی را تشدید می‌کنند. اجتناب‌گراها تجربه هیجانی را سرکوب و دوسوگراها موقعیت‌ها را استرس‌زاتر تجربه می‌کنند. افراد دارای سبک‌های دلبستگی دوسوگرا و اجتنابی، با احساسات نایمن خود یعنی تفکراتی که باعث به هم خوردن تعادل آنها می‌شود، متفاوت از افراد دلبسته ایمن، برخورد می‌کنند (بون، ۲۰۱۳). همچنین افرادی که دارای سبک دلبستگی ایمن هستند و تنظیم هیجان در آنها به خوبی شکل گرفته است، راهبردهای رفتاری و ابراز هیجانی سازگارانه‌تری در شرایط سخت استرس‌زا از خود نشان می‌دهند (راک، ورسیمو، فرناندز و ربلو، ۲۰۱۳). سبک دلبستگی، شیوه مقابله با استرس‌زاهای نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. افرادی که سبک دلبستگی ایمن دارند نسبت به افرادی که کمتر ایمن هستند، حوادث استرس‌زای زندگی را کمتر تهدیدکننده می‌دانند و بیشتر به دنبال کمک گرفتن و حل کردن تعارض‌ها هستند تا سرکوب کردن آنها (بارتلی، هید و استنسفلد، ۲۰۰۷؛ دیتزن، اشمیت، استراس، ناتر، اهلرت و همکاران، ۲۰۰۸؛ ماندر، لنسی، نولان، هانتر و تاننام، ۲۰۰۶). بالبی (۱۹۷۳) معتقد بود که در زمان استرس، افراد بر روابط دلبستگی خود با حفظ مجاورت با فردی که به مدیریت در ماندگی کمک می‌کند و احساس آرامش به وجود می‌آورد، تکیه می‌کنند. وی خاطر نشان کرد که در زمان تهدید یا فقدان، سیستم دلبستگی فعال می‌شود. به عبارت دیگر، بیماری مشابه فقدان، تهدید، انزوا و دلبستگی، رفتار دلبستگی را فعال می‌کند (به نقل از بتمن و یاسپرسون، ۲۰۰۸). یکی از حیطه‌های مورد مطالعه و علاقه محققان، رابطه سبک‌های دلبستگی در رفتارهای مورد تهدید برای بیماری‌ها در مراحل

6. Freud, S.

7. ego control

8. ego resiliency

9. defense mechanisms

10. coping strategies

1. secure attachment style

2. avoidant attachment style

3. ambivalent attachment style

4. ego-strength

5. Mishra, V.

شکل‌نگرفته به وجود می‌آید (جان و گروس، ۲۰۰۴؛ سوتهام-گرو و کندال، ۲۰۰۲؛ گرشام و گالون، ۲۰۱۲).

یافته‌های دو پژوهش نشان داده‌اند که سبک دلبستگی اضطرابی یا دوسوگرا منعکس‌کننده درجه اضطراب و گوش‌به‌زنگی از طرد و دور بودن از روابط است. اشخاص با سطح بالای دلبستگی دوسوگرا حرمت خود پایین‌تری دارند، به دنبال روابط نزدیک هیجانی هستند و خیلی زیاد به دیگران اعتماد می‌کنند. در مقابل، سبک اجتنابی درجه ناراحتی از نزدیک شدن به فرد دیگر و وابسته شدن را می‌رساند و افراد با سطوح بالای دلبستگی اجتنابی، روابط صمیمی محدودتری برقرار می‌کنند (آهرنس و همکاران، ۲۰۱۲). در پژوهش شانموگام و همکاران (۲۰۱۲) نیز رابطه بین سبک دلبستگی ایمن و حرمت خود قوی، که از مؤلفه‌های استحکام من است، تأیید شده است. اخیراً نیز پژوهشی در ایران نشان داده است که سبک دلبستگی اجتنابی در زوجین با پایین بودن استحکام من در آنها رابطه مستقیم دارد و سطوح بالای استحکام من می‌تواند سازگاری زناشویی بهتری را به دنبال داشته باشد (سیوندیان، بشارت، عسگرآباد و مقدم‌زاده، ۱۳۹۵).

نتایج مطالعات گذشته نشان داده که بین سبک‌های دلبستگی و استحکام من و سازگاری با بیماری رابطه وجود دارد. پژوهش حاضر از سویی رابطه مستقیم بین سبک‌های دلبستگی و سازگاری با بیماری MS و سبک‌های دلبستگی و استحکام من و همچنین سبک‌های دلبستگی با سازگاری با MS را مورد بررسی قرار می‌دهد و از سوی دیگر، نقش واسطه‌ای استحکام من در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و سازگاری با MS را می‌سنجد. بنابراین هدف پژوهش حاضر این است که مشخص کند سبک‌های دلبستگی تا چه حد به صورت مستقیم با سازگاری با MS رابطه دارند و آیا این رابطه تحت تأثیر واسطه‌گری استحکام من قرار دارد یا خیر. نتایج پژوهش حاضر می‌تواند کمک شایانی به بیماران MS برای سازگاری کارآمدتر با بیماری‌شان نماید. تمامی متغیرهای مورد بررسی در این پژوهش پیامدهای مهمی برای مسائل درمانی و سلامت این بیماران دارد. بنابراین با شناخت هر چه بیشتر آنها می‌توان گام‌های مهم‌تری در جهت تأمین سلامت روانی جامعه برداشت. بر مبنای شواهد موجود، می‌توان این فرض را مطرح کرد که سبک‌های دلبستگی به واسطه استحکام من با سازگاری با بیماری رابطه دارد.

است تعیین می‌شود (اوبگی و برنت، ۲۰۰۴؛ بشارت، ۱۳۹۵؛ فولکمن، ۲۰۰۸؛ کارور و شیر، ۲۰۱۶؛ مک کرا و کاستا، ۲۰۰۵). مهار من، به میزان ابراز تکانه‌های فردی اشاره دارد (بلاک و کرمن، ۱۹۹۶). جوهر و همکاران (۲۰۰۴) مهار من را تمایل به بازداشتن یا ابراز تکانه‌های هیجانی و انگیزشی تعریف می‌کنند که در طیفی از کمترین تا بیشترین سطح مهار در نوسان است. مهار بیش از حد به محدود کردن تکانه‌ها، تأخیر در ارضای آنها و ممانعت از ابراز اعمال و احساسات اشاره دارد. در مقابل، حداقل مهار دربرگیرنده تنظیم ناکافی تکانه‌ها، ناتوانی برای تأخیر در ارضا و ابراز مستقیم و بی‌درنگ تکانه‌ها و احساسات است (آیزنبرگ، ژو، لوسویا، فابز، شپارد و همکاران، ۲۰۰۳). تاب‌آوری من که از مفهوم مهار من مشتق شده است، به ظرفیت پویای افراد برای تعدیل منابع کنترل، با هدف بهینه ساختن نظام شخصیت در بافتار محیط اشاره دارد (بلاک و کرمن، ۱۹۹۶؛ واگ، فردریکسون و تیلور، ۲۰۰۸) و بنابراین، امکان تغییرات موقت و سازگارانه را بین درجات مختلف کنترل فراهم می‌کند (فارکاس و اوروس، ۲۰۱۳). مکانیسم‌های دفاعی فرآیندهای روانی ناهشیاری هستند که فرد را در برابر اضطراب و عوامل استرس‌زای درونی و بیرونی محافظت می‌کنند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مکانیسم‌های دفاعی سازش‌یافته با شاخص‌های مثبت روانی (بشارت، محمدی حسینی نژاد و غلامعلی لواسانی، ۱۳۹۳) و مکانیسم‌های دفاعی سازش‌نیافته با شاخص‌های منفی سلامت همبستگی دارند (بشارت و شهیدی، ۲۰۱۱). مقابله مجموعه‌ای از فعالیت‌ها و اقدامات شناختی و رفتاری به منظور مدیریت استرس است که می‌تواند مشتمل بر مقابله هیجان‌محور یا مسأله‌محور باشد (لازاروس و فولکمن^۲، ۱۹۸۴؛ به نقل از بشارت، ۱۳۹۵). استحکام من مؤلفه فعال ذاتی است که باعث به وجود آمدن شکل‌های گوناگونی از انرژی و حیات و جنبش در طول زندگی فرد می‌شود (اریکسون^۳، ۱۹۶۴، ۱۹۶۵؛ به نقل از مارکستروم، لی، بلکشایر و ویل‌فونگ، ۲۰۰۵). این مفهوم منعکس‌کننده یک هسته درونی قوی است و در نهایت منجر به ساختن تعهدات مستحکم به ایده‌ها، باورها، دیگران و جامعه گسترده‌تر می‌شود. یکی از عواملی که در شکل‌گیری من و استحکام من نقش تأثیرگذاری دارد سبک‌های دلبستگی است که اگر ایمن باشد استحکام من قوی و در غیر این صورت، ضعیف یا

³ Erikson, E. H.

¹ American Psychiatric Association

² Lazarus, R.S., & Folkman, S.

فرضیه‌ها

اجرا شدند، ۱۱ پرسشنامه به دلیل نقص در تکمیل آنها از فرآیند تحلیل حذف شدند. تعداد نهایی نمونه شرکت کننده در این پژوهش ۱۲۰ بیمار (۹۱ زن، ۲۹ مرد) بود. میانگین سنی کل شرکت کنندگان ۳۵/۲۰ سال با دامنه ۲۰ تا ۶۰ سال و انحراف استاندارد ۸/۸۵، میانگین سن زنان ۳۵/۳۰ سال با دامنه ۲۰ تا ۶۰ سال و انحراف استاندارد ۹/۳۵ و میانگین سن مردان ۳۴/۹۰ سال با دامنه ۲۰ تا ۵۰ سال و انحراف استاندارد ۷/۱۶ بود. ابتدا داده‌های پژوهش در نرم افزار SPSS (نسخه ۲۱) وارد شدند. به منظور تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی و استنباطی شامل فراوانی، میانگین، درصد، انحراف استاندارد، ضریب همبستگی و تحلیل مسیر استفاده گردید. همچنین برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار LISREL-8.8 نیز استفاده شد.

ابزار

ابزار پژوهش به شرح زیر در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت: مقیاس دلبستگی بزرگسال - مقیاس دلبستگی بزرگسال^۱ (AAI)، که با استفاده از مواد آزمون دلبستگی هازن و شیور (۱۹۸۷) ساخته و در مورد نمونه‌های دانشجویی و جمعیت عمومی ایرانی هنجاریابی شده است (بشارت، ۱۳۹۲)، یک آزمون ۱۵ سؤالی است و سه سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا را در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (خیلی کم = ۱، کم = ۲، متوسط = ۳، زیاد = ۴، خیلی زیاد = ۵) می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در زیرمقیاس‌های آزمون به ترتیب ۵ و ۲۵ خواهد بود. ضرایب آلفای کرونباخ پرسش‌های زیر مقیاس‌های ایمن، اجتنابی و دوسوگرا در مورد یک نمونه (n=۱۴۸۰): ۰/۸۶، ۰/۸۹، ۰/۹۱ به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۸؛ برای زنان ۰/۹۱، ۰/۹۰، ۰/۸۷ و برای مردان ۰/۸۹ و ۰/۸۷ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی^۲ خوب مقیاس دلبستگی بزرگسال است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های یک نمونه ۳۰۰ نفری از آزمودنی‌ها در دو نوبت با فاصله چهار هفته برای سنجش پایایی بازآزمایی^۳ محاسبه شد. این ضرایب در مورد سبک‌های دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا برای کل آزمودنی‌ها به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۳، ۰/۷۴؛ برای زنان ۰/۸۶، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و برای مردان ۰/۸۵، ۰/۸۱ و ۰/۷۳ محاسبه شد که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت بخش مقیاس است. روایی محتوایی^۴ مقیاس دلبستگی بزرگسال با سنجش ضرایب همبستگی بین نمره‌های پانزده نفر از متخصصان

روش

پژوهش حاضر از جمله طرح‌های توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش کلیه افراد مؤنث و مذکر مبتلا به بیماری MS ساکن استان تهران بودند. دامنه سنی بیماران شرکت کننده در پژوهش بین ۲۰ تا ۶۰ سال بود و مدرک تحصیلی از زیر دیپلم تا دکترا را شامل می‌شد. این افراد مراجعان به چندین مطب متخصص مغز و اعصاب بودند و زیر نظر پزشک متخصص خود درمان را پیگیری می‌کردند. حجم نمونه در این پژوهش ۱۳۱ بیمار مبتلا به بیماری MS بود که این حجم نمونه به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های مرتبط با پژوهش پاسخ دادند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: تشخیص قطعی بیماری MS، گذشت حداقل یک سال از مدت ابتلای به بیماری و حداکثر ۲۰ سال از شروع ابتلا به بیماری. دلیل خروج بیماران با بیش از ۲۰ سال سابقه بیماری، بر اساس نظر متخصصان مغز و اعصاب، خستگی مزمن و ناتوانی در پاسخگویی به پرسشنامه‌ها بود. جمع‌آوری داده‌های پژوهش در بازه زمانی سه ماهه در کلینیک‌های مخصوص بیماران MS صورت گرفت. بیماران مبتلا به MS که به مطب مراجعه می‌کردند و ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند انتخاب می‌شدند و توضیحی در مورد موضوع پژوهش، پرسشنامه‌ها و همچنین اهداف مورد نظر در پژوهش به آنها داده می‌شد. همچنین به آنها توضیح داده می‌شد که اطلاعاتشان محرمانه باقی خواهد ماند. پرسشنامه‌ها به صورت قلم و کاغذی بود، و مدت زمان پرکردن هر پرسشنامه به صورت تقریبی ۲۰ دقیقه به طول می‌انجامید. از بین پرسشنامه‌هایی که

3. test-retest reliability

4. content validity

1. Adult Attachment Inventory

2. internal consistency

های ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۳ در نمونه‌های بیمار (n= ۳۷۲) و بهنجار (n=۱۲۵۷) انجام شده‌اند، مورد بررسی و تأیید قرار گرفته‌اند (بشارت، ۱۳۸۶، ۱۳۹۵). در این پژوهش‌ها، ضرایب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های هر یک از زیر مقیاس‌های استحکام من برای مهار من از ۰/۷۳ تا ۰/۷۹، برای تاب‌آوری من از ۰/۸۰ تا ۰/۸۶، برای مکانسم‌های دفاعی رشد یافته از ۰/۷۰ تا ۰/۸۳، برای راهبردهای مقابله مسأله محور از ۰/۸۱ تا ۰/۹۰، برای راهبردهای مقابله هیجان محور مثبت از ۰/۶۹ تا ۰/۸۵ و برای نمره کل مقیاس استحکام من از ۰/۸۹ تا ۰/۹۳ به دست آمد. این ضرایب همسانی درونی مقیاس استحکام من را تأیید می‌کنند. پایایی بازآزمایی مقیاس استحکام من برای نمونه‌های بیمار (n= ۱۲۲) و بهنجار (n= ۲۷۴) در دو نوبت با فاصله‌های ۲ تا ۶ هفته برای مهار من از ۰/۶۵ تا ۰/۷۳، برای تاب‌آوری من از ۰/۷۰ تا ۰/۸۴، برای مکانسم‌های دفاعی رشد یافته از ۰/۷۳ تا ۰/۸۵، برای راهبردهای مقابله مسأله محور از ۰/۷۱ تا ۰/۷۸، برای راهبردهای مقابله هیجان محور مثبت از ۰/۶۷ تا ۰/۸۱ و برای نمره کل مقیاس استحکام من از ۰/۸۳ تا ۰/۸۸ به دست آمد. این ضرایب که همه در سطح $p < 0/001$ معنادار هستند، پایایی بازآزمایی مقیاس استحکام من را تأیید می‌کنند. روایی همگرا^۴ و تشخیصی (افتراقی)^۵ مقیاس استحکام من از طریق اجرای همزمان مقیاس سلامت‌روانی^۶ (MHI-28؛ بشارت، ۱۳۸۸)، مقیاس دشواری تنظیم هیجان^۷ (DERS؛ گرتز و رومر، ۲۰۰۴) و فهرست عواطف مثبت و منفی^۸ (PANAS؛ واتسون و همکاران، کلارک و تلگن، ۱۹۸۸) در مورد نمونه‌های مختلف از دو گروه بیمار و بهنجار محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت. این ضرایب در سطح $p < 0/001$ معنادار بودند. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی^۹ و تأییدی^{۱۰} نیز با تعیین پنج عامل (مهار من، تاب‌آوری من، مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته، راهبردهای مقابله مسأله محور و راهبردهای مقابله هیجان محور مثبت)، روایی سازه مقیاس استحکام من را مورد تأیید قرار داد (بشارت، ۱۳۸۶، ۱۳۹۵).

مقیاس سازگاری با بیماری-مقیاس سازگاری با بیماری^{۱۱} (AIS) یک ابزار ۱۲ گویه‌ای است و سازگاری با بیماری‌های پزشکی را در

روانشناسی مورد بررسی قرار گرفت. ضرایب توافق کندال برای سبک‌های دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۶۱ و ۰/۵۷ محاسبه شد. روایی همزمان^۱ مقیاس دلبستگی بزرگسال از طریق اجرای همزمان مقیاس‌های "مشکلات بین شخصی" و "حرمت خود کوپر اسمیت" در مورد یک نمونه ۳۰۰ نفری از آزمودنی‌ها ارزیابی شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در سبک دلبستگی ایمن و زیر مقیاس‌های مشکلات بین شخص همبستگی منفی معنادار (از $r = -0/61$ تا $r = -0/83$) و با زیر مقیاس‌های حرمت خود همبستگی مثبت معنادار (از $r = 0/39$ تا $r = 0/41$) وجود دارد. بین نمره آزمودنی‌ها در سبک‌های دلبستگی نایمن و زیر مقیاس‌های مشکلات بین شخص همبستگی مثبت معنادار (از $r = 0/26$ تا $r = 0/45$) و با زیر مقیاس‌های حرمت خود همبستگی منفی و اما غیرمعنادار به دست آمد. این نتایج نشان دهنده روایی کافی مقیاس دلبستگی بزرگسال است. نتایج تحلیل عوامل نیز با تعیین سه عامل سبک دلبستگی ایمن، سبک دلبستگی اجتنابی و سبک دلبستگی دوسوگرا، روایی سازه^۲ مقیاس دلبستگی بزرگسال را مورد تأیید قرار داد (بشارت، ۱۳۹۲، ۲۰۱۱).

مقیاس استحکام من - مقیاس استحکام من^۳، یک ابزار ۲۵ گویه‌ای است که با اقتباس از ابزارهای سنجش مهار من، تاب‌آوری من، مکانیسم‌های دفاعی و راهبردهای مقابله‌ای برای اندازه‌گیری میزان توانمندی من در مهار و مدیریت موقعیت‌ها و شرایط دشوار زندگی ساخته و هنجاریابی شده است (بشارت، ۱۳۸۶). این مقیاس واکنش‌های فرد به موقعیت‌های دشوار زندگی را در اندازه‌های پنج درجه‌ای از ۱ (خیلی کم) تا ۵ (خیلی زیاد) بر حسب پیچ‌زیرمقیاس مهار من، تاب‌آوری من، مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته، راهبردهای مقابله مسأله محور و راهبردهای مقابله هیجان محور مثبت می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در هر یک از زیر مقیاس‌های استحکام من به ترتیب ۵ و ۲۵ است. از مجموع نمره پنج زیر مقیاس آزمون، نمره کل فرد برای استحکام من از ۲۵ تا ۱۲۵ محاسبه می‌شود. ویژگی‌های روانسنجی مقیاس استحکام من در چندین پژوهش، که در خلال سال

7. Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

8. Positive and Negative Affect Schedule

9. exploratory factor analysis

10. confirmatory factor analysis

11. The Adjustment to Illness Scale

1. concurrent validity

2. construct validity

3. Ego Strength Scale

4. convergent

5. discriminant

6. Mental Health Inventory

بیماری با بهزیستی روان‌شناختی ۰/۶۵، با عاطفه مثبت ۰/۵۹، با درماندگی روان‌شناختی ۰/۵۱-، و با عاطفه منفی ۰/۵۷- به دست آمد. این ضرایب در سطح $p < 0/001$ معنادار بودند. روایی پیش‌بین‌مقیاس سازگاری با بیماری از طریق مقایسه نمره‌های سازگاری دو گروه بهنجار و بیمار محاسبه شد. نتایج نشان داد که نمره سازگاری نسبت به تفاوت و تمایز دو گروه در سطح $p < 0/001$ حساس است (بشارت، ۱۳۸۹). نتایج تحلیل عاملی اکتشافی^۳ و تأییدی^۴ نیز با تعیین یک عامل کلی، روایی سازه مقیاس سازگاری با بیماری را مورد تأیید قرار داد (بشارت، ۱۳۹۰).

داده‌ها و یافته‌ها

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های مربوط به سبک‌های دل‌بستگی، استحکام من و سازگاری با بیماری را در دو گروه مردان و زنان نشان می‌دهد.

ماتریس همبستگی‌های پیرسون بین متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است. بر اساس متغیرهای جدول ۲، رابطه بین همه متغیرها در سطح $p < 0/01$ معنادار است. این نتایج، فرضیه‌های اول تا پنجم پژوهش را تأیید می‌کنند.

اندازه‌های ۷ درجه‌ای از ۰ (اصلاً صحیح نیست) تا ۶ (کاملاً صحیح است) می‌سنجد (بشارت، ۱۳۸۹). حداقل و حداکثر نمره بیمار در کل مقیاس به ترتیب ۰ و ۷۲ محاسبه می‌شود. نمره بالاتر نشان دهنده سطوح بالاتر سازگاری با بیماری و مشارکت در فعالیت‌های معمول زندگی علی‌رغم تجربه و تحمل استرس‌ها و محدودیت‌های مربوط به بیماری است. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس سازگاری با بیماری در نمونه‌هایی از بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری قلب ($n = 46$ ؛ ۱۹ زن، ۲۷ مرد؛ بشارت و پورنگ، ۱۳۸۶)، مالتیپل اسکلوزیس ($n = 120$ ؛ ۷۹ زن، ۴۱ مرد؛ بشارت و براتی، ۱۳۸۵) و درد مزمن عضلانی- استخوانی ($n = 100$ ؛ ۶۷ زن، ۳۳ مرد؛ بشارت و کوچی، ۱۳۸۸) بررسی و تأیید شده است. همسانی درونی مقیاس سازگاری با بیماری در این پژوهش‌ها بر اساس ضرایب آلفای کرونباخ از ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ محاسبه و تأیید شد. روایی همگرا و تشخیصی (افتراقی) مقیاس سازگاری با بیماری از طریق اجرای همزمان مقیاس سلامت‌روانی (MHI؛ بشارت، ۱۳۸۵)، مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی^۱ (HADS؛ زیگموند و اسنیت، ۱۹۸۳) و فهرست عواطف مثبت و منفی (PANAS؛ واتسون و همکاران، ۱۹۸۸) در مورد نمونه‌های مختلف محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت. ضرایب همبستگی سازگاری با

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد سبک‌های دل‌بستگی، استحکام من و سازگاری با بیماری MS						
متغیر	میانگین		انحراف استاندارد		میانگین	
	مرد	زن	مرد	زن	کل	کل
سبک دل‌بستگی ایمن	۱۵/۷۹	۳/۴۸	۴/۲۰	۱۴/۸۶	۳/۶۸	۱۴/۸۶
سبک دل‌بستگی اجتنابی	۱۲/۱۰	۴/۱۸	۵/۱۱	۱۲/۶۷	۴/۴۱	۱۲/۶۷
سبک دل‌بستگی دو سوگرا	۱۰/۵۸	۴/۰۱	۳/۰۷	۱۲/۲۷	۳/۹۱	۱۲/۲۷
استحکام من	۸۳/۲۷	۲۳/۹۶	۲۵/۱۹	۷۴/۵۵	۲۴/۶۵	۷۴/۵۵
سازگاری با بیماری MS	۴۵/۱۰	۱۶/۰۰	۱۷/۰۱	۳۹/۵۰	۱۶/۴۸	۳۹/۵۰

جدول ۲. ماتریس ضرایب همبستگی پیرسون متغیرهای پژوهش					
	۱	۲	۳	۴	۵
۱. سبک دل‌بستگی ایمن	۱				
۲. سبک دل‌بستگی اجتنابی	-۰/۸۲**	۱			
۳. سبک دل‌بستگی دو سوگرا	-۰/۶۱**	۰/۴۱**	۱		
۴. استحکام من	۰/۸۵**	-۰/۶۷**	-۰/۶۲**	۱	
۵. سازگاری با بیماری MS	۰/۸۲**	-۰/۶۶**	-۰/۵۷**	۰/۸۰**	۱

شد. شکل ۱ ضرایب استاندارد مسیرها برای مدل فرضی نقش واسطه-ای استحکام من در رابطه بین سبک‌های دل‌بستگی و سازگاری با

به منظور بررسی نقش واسطه‌ای استحکام من در رابطه بین سبک‌های دل‌بستگی و سازگاری با بیماری MS از روش تحلیل مسیر استفاده

۳. exploratory factor analysis

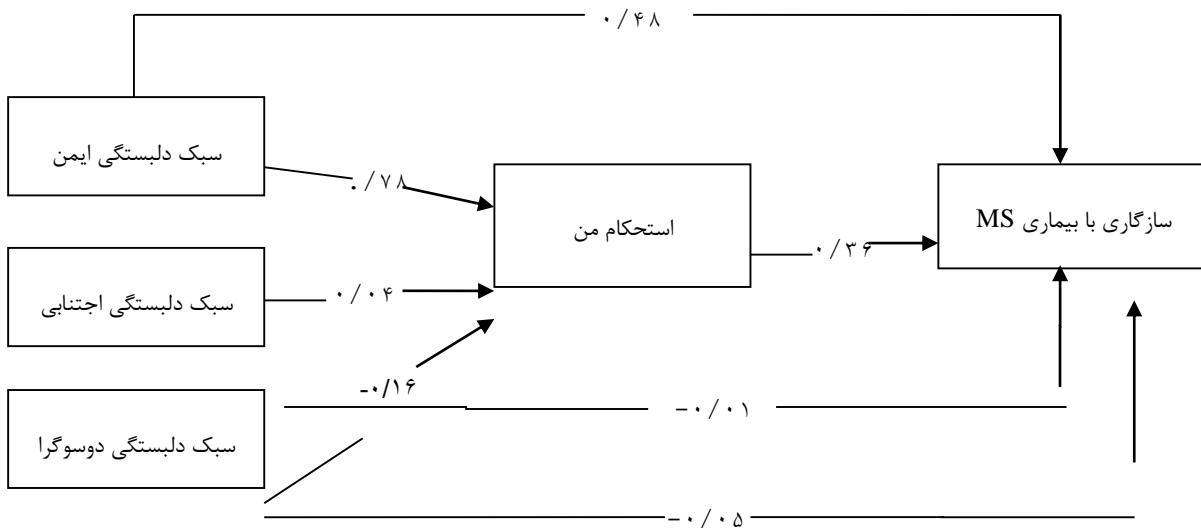
۴. confirmatory factor analysis

۱. The Hospital Anxiety and Depression Scale

۲. predictive validity

جدول ۳ شاخص‌های برازش مدل فرضی را نشان می‌دهند. همچنین شاخص‌های اقتصاد مدل χ^2/df و RMSEA حاکی از اقتصادی بودن مدل هستند. چنانچه مشاهده می‌شود، شاخص‌های برازش مدل به ۱ رسیده‌اند که حاکی از برازش کامل مدل است. در مدل‌هایی که برازش خوبی دارند، نسبت χ^2/df باید به عددی کوچکتر از ۲ برسد و در مدل‌هایی که با داده‌ها برازش کامل دارند، میزان χ^2 با درجه آزادی صفر، برابر با صفر است. در مدل حاضر نیز نسبت χ^2/df به صفر رسیده است و حاکی از برازش کامل مدل است. همچنین شاخص RMSEA در مدل‌های خوب باید کوچکتر از ۰/۰۵ باشد که در مدل حاضر به صفر رسیده است و نشانگر برازش کامل مدل است. ECV نیز نشان می‌دهد که اعتبار این مدل مطلوب است.

بیماری MS را نشان می‌دهد. در این مدل، تأثیر مستقیم متغیرها در کنار پیکان ویژه‌ای که رابطه بین دو متغیر را نشان می‌دهد درج شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، سبک دلبستگی ایمن با ضریب مسیر ۰/۴۸ به میزان ۲۳ درصد و استحکام من با ضریب مسیر ۰/۳۶ به میزان ۱۳ درصد از واریانس سازگاری با بیماری MS را تبیین می‌کنند. در سایر مسیرها، سبک دلبستگی ایمن با ضریب مسیر ۰/۷۸ به میزان ۶۱ درصد و سبک دلبستگی دوسوگرا با ضریب مسیر ۰/۱۶ به میزان ۳ درصد از واریانس استحکام من را تبیین می‌کنند. این ضرایب مستقیم در سطح $p < ۰/۰۱$ معنادار هستند، اما ضریب مستقیم سبک دلبستگی اجتنابی با استحکام من (۰/۰۴)، و سبک دلبستگی اجتنابی با سازگاری با بیماری MS (۰/۰۱-)، و همچنین سبک دلبستگی دوسوگرا با سازگاری با بیماری MS (۰/۰۵-)، معنادار نشدند.



شکل ۱. ضرایب استاندارد مسیرهای مستقیم برای مدل فرضی نقش واسطه‌ای استحکام من در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و سازگاری با بیماری MS

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل								
ECV	CFI	AGFI	GFI	RMSEA	χ^2/df	p	df	χ^2
۱/۰۰	۱/۰۰	۱/۰۰	۱/۰۰	۰	۰	۱	۰	۰

روابط بین متغیرها به دست آورد. لذا سوبل^۱ (۱۹۸۲) پیشنهاد کرده است که آزمونی برای بررسی روابط بین متغیرهای پیش‌بین، واسطه‌ای و ملاک اجرا گردد. این آزمون در پژوهش حاضر انجام شد و نتایج حاکی از آن است که معناداری نقش واسطه‌ای متغیر استحکام من در رابطه بین سبک دلبستگی ایمن و سازگاری با MS، و در رابطه

از آنجایی که در این مدل یک متغیر واسطه‌ای و یک متغیر ملاک وجود دارد، لذا طبیعت این مدل اشباع شده است و درجه آزادی صفر است، در نتیجه سایر شاخص‌ها در برازش کامل قرار می‌گیرند و همچنین مدل، برازش کامل دارد. با توجه به این توضیح می‌توان گفت که با تفسیر این شاخص‌ها نمی‌توان نتیجه درستی از

^۱ Sobel, M. E.

سازگاری با بیماری معنادار نیست. این نتایج در جدول ۴ قابل مشاهده است.

بین سبک دلبستگی دوسوگرا و سازگاری با MS مشاهده می شود و نقش واسطه‌ای استحکام من در رابطه بین سبک دلبستگی اجتنابی و

جدول ۴. آزمون سوبل جهت تعیین معناداری نقش واسطه‌ای استحکام من در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و سازگاری با بیماری MS		
مسیرها	سطح معناداری	ارزش مشاهده شده
به واسطه استحکام من MS اثر سبک دلبستگی ایمن بر سازگاری با بیماری	۰/۰۰۰۶	۳/۴۱
به واسطه استحکام من MS اثر سبک دلبستگی اجتنابی بر سازگاری با بیماری	۰/۶۶۲۰	۰/۴۳
به واسطه استحکام من MS اثر سبک دلبستگی دوسوگرا بر سازگاری با بیماری	۰/۰۲۵۹	۲/۱۷

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که سبک دلبستگی ایمن با سازگاری با بیماری رابطه مثبت معنادار و سبک‌های دلبستگی نایمن، اجتنابی و دوسوگرا، با سازگاری رابطه منفی دارند. این یافته‌ها که با نتایج پژوهش‌های پیشین (بارتلی و همکاران، ۲۰۰۷؛ بتمن و جاسپرسون، ۲۰۰۸؛ بزازیان و بشارت، ۱۳۸۹؛ تیمورپور و همکاران، ۲۰۱۵؛ ژو و همکاران، ۲۰۰۷؛ گیگک و سیرویز، ۲۰۱۰) مطابقت می کنند، بر اساس چند احتمال به این شرح تبیین می شوند. ابتلاء به یک بیماری تهدید کننده، مثل بیماری قلبی، همزمان موجی از هیجان‌های منفی و راهبردهای مقابله‌ای را به راه می اندازد و فعال می کند. سبک دلبستگی می تواند در هر دو زمینه تأثیرگذار باشد. سبک‌های دلبستگی بر راهبردهای تنظیم هیجان‌ها در شرایط استرس زا مؤثرند (تیلور، ۲۰۰۰؛ تیلور و بگی، ۲۰۰۰؛ دویت و همکاران، ۲۰۱۰؛ راک و وریسیمو، ۲۰۱۱؛ راک و همکاران، ۲۰۱۳؛ کارر و بایی، ۲۰۱۱؛ گرشام و گولان، ۲۰۱۲). افراد با دلبستگی ایمن عواطف‌شان را به شکلی رشدیافته تر و با مهارت بیشتر تنظیم می کنند (بالبی، ۱۹۶۹؛ دویت و همکاران، ۲۰۱۰؛ راک و وریسیمو، ۲۰۱۱؛ راک و همکاران، ۲۰۱۳؛ کارو کیوی و همکاران، ۲۰۱۱). عکس این وضعیت را می توان برای دلبستگی‌های نایمن تصور کرد. هرچه سطح نایمنی دلبستگی بیشتر باشد، فرآیند تنظیم عواطف و هیجان‌ها با مشکلات بیشتری مواجه می شود. در نتیجه، سبک دلبستگی فرد می تواند از طریق فراین تنظیم هیجان به سازگاری فرد با بیماری کمک کند (در دلبستگی ایمن) یا شرایط آسیب‌زای بیماری را تشدید نماید (در دلبستگی‌های نایمن).

سیستم دلبستگی به منزله سیستمی انگیزشی در مواجهه با استرس‌ها فعال می شود و در فرآیند مقابله با استرس مشارکت می کند (بالبی، ۱۹۸۸). وقتی دلبستگی ایمن باشد مدل‌های درونکاو مثبت از خود و دیگران، که بر اساس ویژگی‌های «پاسخگویی» و «دسترس پذیری»

نگاره دلبستگی شکل گرفته‌اند و سازماندهی تنظیم هیجانی را بر عهده دارند (بالبی، ۱۹۶۹، ۱۹۸۸)، به صورت مؤثر و سازنده در فرآیند مقابله مداخله می کنند (بارتلی و همکاران، ۲۰۰۷؛ دیت زن و همکاران، ۲۰۰۸؛ ماندر و همکاران، ۲۰۰۶؛ میکولینسر و فلورین، ۲۰۰۱). بدین ترتیب، سبک دلبستگی ایمن با تکیه بر ویژگی «پاسخگویی»، راهبردهای مقابله مسئله‌مدار را سازماندهی و فعال می کند و از طریق ویژگی «دسترس پذیری»، راهبردهای مقابله هیجان مدار مثبت را تنظیم می نماید. به عبارت دیگر، «پاسخگویی» در چارچوب مدل درونکاری مثبت از خود و دیگران مسئولیت تنظیم شناخت‌ها را بر عهده دارد و از طریق طراحی و نقشه‌پردازی به مقابله (مسئله‌مدار) می پردازد و استرس را کاهش می دهد؛ در حالی که «دسترس پذیری» با تنظیم عواطف و بهره‌گیری از حمایت‌های عاطفی و اجتماعی به مقابله (هیجان‌مدار مثبت) می پردازد و استرس را کاهش می دهد. بر این اساس، این احتمال مطرح می شود که سبک‌های دلبستگی از طریق مدیریت به کارگیری راهبردهای مقابله با استرس بیماری، سازگاری فرد با بیماری را تحت تأثیر قرار می دهد.

سبک دلبستگی، همچنین توجه به حوادث استرس‌زا را مدیریت می کند (میکولینسر و فلورین، ۲۰۰۱). سبک دلبستگی ایمن به منزله پایگاه امن درون روانی با مدیریت و مهار توجه به حوادث استرس‌زا، فرد ایمن را از غرق شدن در توجه افراطی به استرس‌ها و پیامدهای درمانده ساز آنها باز می دارد. این مدیریت توجه به استرس، کار مقابله را از مبادی ادراکی آغاز می کند تا اجازه ندهد استرس، مهارت‌گسیخته شود و مقابله با آن امکان ناپذیر تصور گردد. مکانیسم مدیریت توجه در کنار احساس ارزش و شایستگی شخصی فرد ایمن (بالبی، ۱۹۸۰) امکانات لازم برای به کارگیری راهبردهای مقابله مسئله‌مدار را افزایش می دهند. علاوه بر این، افراد نایمن به دلیل این که در مواجهه با استرس، مضطرب تر هستند، استرس مرتبط با بیماری را با شدت بیشتر و به صورت منفی ادراک می کنند. به همین دلیل این افراد

شود. استحکام من، چه به به عنوان توانایی من در مواجهه و مدیریت مطالبات و تعارض‌های نهاد، فرامن و مقتضیات محیط (فروید، ۱۹۲۳) در نظر گرفته شود، چه به عنوان مجموعه‌ای از توانمندی‌های برخاسته از تحول روانی-اجتماعی (اریکسون، ۱۹۶۵) برای حل تعارضات درون روانی و تعامل با محیط (مک کرا و کاستا، ۲۰۰۵)، فرآیند سازگاری با استرس‌ها از جمله بیماری‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این تأثیرگذاری، در سایه تعامل سبک‌های دلبستگی-استحکام من (جان و گروس، ۲۰۰۴؛ سوتهم-گرو و کندال، ۲۰۰۲؛ گرشام و گالون، ۲۰۱۲)، از طریق چند مکانیسم قابل توجیه است. یکی از این مکانیسم‌ها تاب‌آوری^۱، یعنی فرآیند پویای انطباق مثبت با تجربه‌های تلخ و ناگوار (بونانو، ۲۰۰۴؛ لوتار و چیچتی، ۲۰۰۰؛ مستن، ۲۰۰۱) است. استحکام من با بهره‌گیری از این ویژگی (بشارت، ۱۳۹۵؛ بلاک و بلاک، ۱۹۸۰؛ کریمر، ۲۰۱۲)، همزمان با افزایش مقاومت فرد در برابر استرس‌ها (اینگرام و پرایس، ۲۰۰۱)، توان مدیریت وی را برای حل مشکلات و پیامدهای بیماری بالا می‌برد و احتمالاً از این طریق به افزایش سازگاری بیمار با بیماری کمک می‌کند. مهارگری، یعنی توانایی فرد در مهار و مدیریت شرایط، یکی دیگر از مؤلفه‌های استحکام من محسوب می‌شود (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). این توانمندی به فرد کمک می‌کند تا شرایط استرس‌زا را بهتر مدیریت کند (بامستیر و همکاران، ۲۰۰۷؛ بشارت، ۱۳۹۵؛ بلاک و بلاک، ۱۹۸۰) و با آن بهتر سازگار شود.

مکانیسم دیگری که تعامل سبک‌های دلبستگی-استحکام من ممکن است از طریق آن فرآیند سازگاری با بیماری را تحت تأثیر قرار دهد، استفاده از راهبردهای دفاعی رشدیافته است. مکانیسم‌های دفاعی هم مسئولیت محافظت از فرد در مقابل اضطراب و آگاهی از خطرات و عوامل استرس‌زای درونی و بیرونی را بر عهده دارد (انجمن روانپزشکی امریکا، ۲۰۱۳؛ فروید، ۱۹۲۳) و هم تجربه‌های ذهنی مربوط به افکار، عواطف و هیجان‌های دردناک را تنظیم و مدیریت می‌کنند (ففر و همکاران، ۱۹۹۵). توانی من در به کارگیری مکانیسم‌های دفاعی متناسب و کارآمد، مواجهه با تغییرات روان‌شناختی و محرک‌های استرس‌زای محیطی را تسهیل می‌کند (بشارت، ۱۳۸۷، ۲۰۱۰؛ بشارت و شهیدی، ۲۰۱۱؛ باند و پری، ۲۰۰۴) و می‌تواند سازگاری بهتر با شرایط بیماری را در پی داشته باشد. در کنار راهبردهای دفاعی، استفاده از راهبردهای کارآمد مقابله با استرس نیز

سازگاری کمتری برای مقابله با بیماری دارند (بارتلی و همکاران، ۲۰۰۷؛ بتمن و جاسپرسون، ۲۰۰۸؛ راک و همکاران، ۲۰۱۳).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین استحکام من و سازگاری با بیماری رابطه مثبت وجود دارد. این یافته که با نتایج پژوهش‌های قبلی (تیمورپور و همکاران، ۲۰۱۵؛ فلنر و کردبا، ۲۰۱۷؛ شفرد و ادلمن، ۲۰۰۹؛ کوچکی راوندی و همکاران، ۱۳۹۴؛ گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۹؛ مارکستروم و مارشال، ۲۰۰۷؛ هیفانتیس و همکاران، ۲۰۰۸) مطابقت می‌کند، بر حسب چند احتمال به این شرح تبیین می‌شوند. سطح استحکام من بر حسب مجموعه توانمندی‌های روان-شناختی فرد برای حل تعارضات درون روانی و تعامل با محیط (مک-کرا و کاستا، ۲۰۰۵) شامل مهار من، تاب‌آوری من، مکانیسم‌های دفاعی و راهبردهای مقابله‌ای تعیین می‌شود (بشارت، ۱۳۹۵؛ بلاک و کرمن، ۱۹۹۶). هر یک از این ویژگی‌ها به نحوی به فرد کمک می‌کنند تا با مشکلات مقابله کند، به حل مسائل پردازد، احساس یکپارگی خود را حفظ نماید و فراتر از این‌ها به سطحی بالاتر از رشد برسد. بر این اساس، کنش‌وری اصلی استحکام من، فراهم‌سازی امکانات و زمینه‌های درون روانی و شخصی فرد به منظور مقابله با استرس‌ها و مطالبات محیطی و انطباق با آنها است (بشارت، ۱۳۹۵؛ ستینری و همکاران، ۲۰۱۲؛ سیمیستر و فرند، ۲۰۰۳؛ سینگ و آناند، ۲۰۱۵؛ کیم و پارک، ۲۰۱۶). اگر بیماری MS را به منزله یک عامل استرس‌زا در نظر بگیریم (هیفانتیس و همکاران، ۲۰۰۸)، استحکام من می‌تواند به بیمار کمک کند تا با سطوح متناسب مهار من (بامستیر، ولس و تیس، ۲۰۰۷؛ بشارت، ۱۳۹۵؛ بلاک و بلاک، ۱۹۸۰) و تاب‌آوری من (بشارت، ۱۳۹۵؛ بلاک و بلاک، ۱۹۸۰؛ کریمر، ۲۰۱۲) و بر اساس این دو ویژگی، با به کارگیری راهبردهای مقابله‌ای کارآمدتر (اوبگی و برنت، ۲۰۰۴؛ بشارت، ۱۳۹۵؛ فولکمن، ۲۰۰۸؛ کارور و شیر، ۲۰۱۶) و مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته‌تر (بشارت، ۱۳۹۵)، با فرآیند بیماری و بهبودی آن بهتر سازگار شود.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین سبک‌های دلبستگی و استحکام من رابطه معنادار وجود دارد و استحکام من تواند در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و سازگاری با بیماری نقش واسطه‌ای ایفا کند. این نتایج همسو با یافته‌های پژوهش‌های قبلی (آهرنس و همکاران، ۲۰۱۲؛ سیوندیان و همکاران، ۱۳۹۵؛ مارکستروم و همکاران، ۲۰۰۵) است و بر حسب چند احتمال به این شرح تبیین می‌

۱. resilience

مورد بررسی قرار گیرد.

منابع

- بزازیان، سعیده، و بشارت، محمد علی (۱۳۸۹). نقش سبک‌های دلبستگی در سازگاری با بیماری دیابت نوع I. *فصلنامه علوم رفتاری*، ۲۳-۲۳.
- بشارت، محمد علی (۱۳۸۰). *ساخت و اعتباریابی مقیاس سازگاری با بیماری. گزارش پژوهشی. دانشگاه تهران.*
- بشارت، محمد علی (۱۳۸۵). پایایی و اعتبار مقیاس سلامت روان (MHI). *فصلنامه دانشور رفتار*، ۱۶-۱۱.
- بشارت، محمد علی (۱۳۸۶). بررسی ویژگی های روانسنجی مقیاس استحکام من. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.
- بشارت، محمد علی (۱۳۸۷). نارسایی هیجانی و سبک‌های دفاعی. *اصول بهداشت روانی*، ۳۹، ۱۹۰-۱۸۱.
- بشارت، محمد علی (۱۳۸۸). پایایی و روایی فرم ۲۸ سولی مقیاس سلامت روانی در جمعیت ایرانی. *مجله علمی پزشکی قانونی*، ۵۴، ۹۱-۸۷.
- بشارت، محمد علی (۱۳۸۹). *ساخت و اعتباریابی مقیاس سازگاری با بیماری. گزارش پژوهشی. دانشگاه تهران.*
- بشارت، محمد علی (۱۳۹۰). پایایی، روایی و تحلیل عاملی مقیاس سازگاری با بیماری. گزارش پژوهشی. دانشگاه تهران.
- بشارت، محمد علی (۱۳۹۱). مبانی درمانی نظریه دلبستگی. *روانشناسی، ۱*، ۳۸-۱۵.
- بشارت، محمد علی (۱۳۹۲). مقیاس دلبستگی بزرگسال: پرسشنامه، شیوه اجرا و کلید نمره گذاری. *روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)*، ۳۵، ۳۲۰-۳۱۷.
- بشارت، محمد علی (۱۳۹۵). ساخت و درستی آزمایی مقیاس استحکام من: یک مطالعه مقدماتی. *مجله علوم روانشناختی*، ۶۰، ۴۶۷-۴۴۵.
- بشارت، محمد علی؛ براتی، نازنین و لطفی، جمشید (۱۳۸۷). رابطه سبک‌های مقابله با استرس و سطوح سازش روانشناختی در بیماران مبتلا به مالیتیل اسکروزیس. *مجله پژوهشی دانشکده پزشکی دانشگاه شهید بهشتی*، ۳۲، ۲۷-۳۵.
- بشارت، محمد علی؛ پورنگ، پریسا؛ پورطیای، علی صادق، پورنقاش تهرانی، سعید (۱۳۸۷). رابطه سبک‌های مقابله با استرس و سطوح سازش روانشناختی با فرایند بهبود در بیماران قلبی-عروقی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه تهران*، ۶۶، ۵۷۳-۵۷۹.
- بشارت، محمد علی؛ کوچی، صدیقه؛ دهقانی، محسن؛ فراهانی، حجت‌اله؛ و مومن زاده، سیروس (۱۳۹۰). بررسی نقش تعدیل کننده خودکارآمدی بر رابطه بین ناگویی هیجانی، شدت درد و ناتوانی ناشی از درد در بیماران مبتلا به درد مزمن. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۶، ۶۰-۴۳.

می‌تواند مکانیسم دیگری برای تأثیرگذاری تعامل سبک‌های دلبستگی-استحکام من بر فرآیند سازگاری با بیماری در نظر گرفته شود. در سایه این تعامل، مهارت‌های حل مسأله و راهبردهای کارآمدتر برای مقابله تقویت می‌شوند (اوبگی و برنت، ۲۰۰۴؛ بشارت، ۱۳۹۵؛ فولکمن، ۲۰۰۸؛ کارور و شیر، ۲۰۱۶) و احتمال سازگاری بهتر و بیشتر با بیماری افزایش می‌یابد.

به طور خلاصه، نتایج این پژوهش نشان داد که بین سبک‌های دلبستگی و سطوح سازگاری با بیماری به عنوان یک عامل تهدید کننده و استرس‌زا، همبستگی وجود دارد و استحکام من در رابطه بین این دو متغیر نقش واسطه‌ای ایفا می‌کند. پیامدهای نتایج پژوهش حاضر را می‌توان در دو سطح نظری و عملی به این شرح مطرح کرد: در سطح نظری، یافته‌های پژوهش تأییدی است مجدد بر مفروضه های نظریه دلبستگی در مورد نقش تعیین کننده روابط اولیه دلبستگی در سازگاری با استرس‌زاهای بزرگ و تهدید کننده. بعلاوه، تأیید نقش واسطه‌ای استحکام من در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و سازگاری با بیماری MS، می‌تواند در خدمت انسجام و یکپارچگی مفروضه‌های نظریه های دلبستگی و شخصیت قرار گیرد. در سطح پیامدهای عملی، یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند مبنای تجربی مناسب برای تدوین برنامه‌های آموزشی و بهداشتی در چهارچوب روابط مادر-کودک؛ برنامه‌های مداخله و مدیریت استرس؛ و برنامه های درمانی جامع پزشکی- روان شناختی برای بیماری MS، قرار گیرد.

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی دارد که مهمترین آنها به این شرح است. طرح پژوهش همبستگی است و نمی‌توان با استناد به یافته های آن به تفسیرها و تبیین‌های علت شناختی مبادرت کرد. نمونه مورد بررسی در این پژوهش یک نمونه در دسترس از بیماران تحت درمان در چند کلینیک تخصصی بیماری MS بود که تعمیم یافته‌ها به سایر جمعیت‌ها را با محدودیت مواجه می‌کند. فقدان امکان مقایسه بیماران مبتلا به انواع مختلف MS و مراحل مختلف بیماری به دلیل قلت تعداد نمونه شرکت کننده در پژوهش، از محدودیت‌های دیگر این پژوهش محسوب می‌شود. رابطه سبک‌های دلبستگی و استحکام من، و همچنین نحوه تعامل این دو متغیر در رابطه با فرآیند سازگاری با بیماری MS، نیازمند بررسی‌های دقیق‌تر است که برای پژوهش‌های آینده پیشنهاد می‌شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود به منظور شناخت بهتر این تعامل و روابط بین این متغیرها با فرآیند سازگاری با بیماری، رابطه این سه متغیر در نمونه‌های بیماری‌های طبی تهدیدکننده دیگر

- eating symptoms?. *Personality and Individual Differences*, 54, 931-935.
- Bond, M., & Perry, J. C. (2004). Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety and personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1665-1671.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. I. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: separation*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: clinical applications of attachment theory*. New York: Basic Books.
- Calandri, E., Graziano, F., Borghi, M., & Bonino, S. (2017). Coping strategies and adjustment to multiple sclerosis among recently diagnosed patients: the mediating role of sense of coherence. *Clinical Rehabilitation*, 0269215517695374.
- Carrère, S., & Bowie, B. H. (2012). Like parent, like child: parent and child emotion dysregulation. *Archives of Psychiatric Nursing*, 26, 23-30.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2016). *Perspectives on personality*. Pearson.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- Cramer, P. (2012). Psychological maturity and change in adult defense mechanisms. *Journal of Research in Personality*, 46, 306-316.
- Dennison, L., Moss-Morris, R., & Chalder, T. (2009). A review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis. *Clinical psychology review*, 29, 141-153.
- Dewitte, M., Houwer, J. D., Goubert, L., & Buysse, A. (2010). A multi-modal approach to the study of attachment-related distress. *Biological Psychology*, 85, 149-162.
- Ditzen, B., Schmidt, S., Strauss, B., Nater, U. M., Ehlert, U., & Heinrichs, M. (2008). Adult attachment and social support interact to reduce psychological but not cortisol responses to stress. *Journal of Psychosomatic Researches*, 64, 479-86.
- Eisenberg, N., Zhou, Q., Losoya, S. H., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Murphy, B. C., Reiser, M., Guthrie, I. K., Cumberland, A. (2003). The relations of parenting, effortful control, and ego control to children's emotional expressivity. *Child Development*, 74, 875-895.
- Etemadifar, M., Sajjadi, S., Nasr, Z., Firoozeei, T. S., Abtahi, S. H., Akbari, M., & Fereidan-Esfahani, M. (2013). Epidemiology of multiple sclerosis in Iran: a systematic review. *European Neurology*, 70(5-6), 356-363.
- Farkas, D., & Orosz, G. (2013). The link between ego-resiliency and changes in Big Five traits after decision making: The case of Extraversion. *Personality and Individual Differences*, 55, 440-445.
- بشارت، محمد علی؛ محمدی حسینی نژاد، الهه و غلامعلی لواسانی، مسعود (۱۳۹۳). نقش واسطه‌ای راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان در رابطه بین ناگویی هیجانی، خشم و نشخوار خشم با سبک‌های دفاعی من. *روانشناسی معاصر*، ۱۸، ۴۸-۲۹.
- سیوندیان، مولود، بشارت، محمدعلی؛ حبیبی عسگرآباد، مجتبی. و مقدم زاده، علی (۱۳۹۵). نقش تعدیل‌کننده استحکام من در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و سطوح سازگاری زوجین. *سلامت اجتماعی*، ۱، ۵۳-۴۱.
- کوچکی راوندی، محمد؛ منیرپور، نادر و ارج، عباس (۱۳۹۴). نقش سبک‌های دلبستگی، کیفیت روابط موضوعی و قدرت ایگو در پیش‌بینی سندروم روده تحریک‌پذیر. *فیض*، ۱۹، ۲۴۱-۲۳۱.
- Ahrens, K. R., Ciechanowski, P., & Katon, W. (2012). Associations between adult attachment style and health risk behaviors in an adult female primary care population. *Journal of Psychosomatic Research*, 72, 364-370.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)*. Washington DC: Author.
- Bartley, M., Head, J., & Starnsfield, S. (2007). Is attachment style a source of resilience against health inequalities at work?. *Social science and medicine*, 64, 765-775.
- Baumeister, R. F., Vohs, K. D., & Tice, D. M. (2007). The strength model of self-control. *Current Directions in Psychological Science*, 6, 351- 357.
- Besharat, M. A. (2010). Relationship of alexithymia with coping styles and interpersonal problems. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 614-497.
- Besharat, M. A. (2011). Development and validation of Adult Attachment Inventory. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 475-479.
- Besharat, M. A., & Shahidi, S. (2011). What is the relationship between alexithymia and ego defense styles? A correlational study with Iranian students. *Asian Journal of Psychiatry*, 4(2), 145-149.
- Bettman, E. J., & Jasperson, R. A. (2008). Adults in wilderness treatment: A unique application of attachment theory and research. *Clinical Social Work Journal*, 36, 51-61.
- Block, J. H., & Block, J. (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior. In *Development of cognition, affect, and social relations: The Minnesota symposia on child psychology* (Vol. 13, pp. 39-101).
- Block, J., & Kremen, A. M. (1996). IQ and ego-resiliency: conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of personality and social psychology*, 70, 349-361.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience. *American Psychologist*, 59, 20-28.
- Boone, L. (2013). Are attachment styles differentially related to interpersonal perfectionism and binge

- Luthar, S. S., & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology, 12*, 857-885.
- Markstrom, C. A., Li, X., Blackshire, S. L., & Wilfong, J. J. (2005). Ego strength development of adolescents involved in adult-sponsored structured activities. *Journal of youth and adolescence, 34*, 85-95.
- Markstrom, C. A., & Marshall, S. K. (2007). The psychosocial inventory of ego strengths: Examination of theory and psychometric properties. *Journal of adolescence, 30*, 63-79.
- Masten, A. (2001). Ordinary magic: resilience processes in development. *American Psychologist, 56*, 227-238.
- Mauder, R. G., Lancee, W. J, Nolan, R. P., Hunter, J. J, & Tannenbaum, D. W. (2006). The relationship of attachment insecurity to subjective stress and autonomic function during standardized acute stress in healthy adults. *Journal of Psychosomatic Researches, 60*, 283-90.
- Mccrae, R. R., & Costa, P. T. (2005). *Personality in adulthood*. New York, NY: Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Florian, V. (2001). Attachment style and affect regulation: implications for coping to stress and mental health. In G. J. O. Fletcher & M. S. Clark (Eds.), *Blackwell handbook of social psychology: Interpersonal processes (pp.537-557)*. Oxford: Blackwell.
- Mishra, A. P. D. V. (2013). A study of self-concept in relation to ego-strength of sighted and visually impaired students. *International Journal on New Trends in Education and Their Implication Trends, 4*(1), 207-203
- Nichols, W., Hulbert-Williams, N., Bramwell, R. (2014). The role of relationship attachment in psychological adjustment to cancer in patients and caregivers: A systematic review of the literature. *Psycho-Oncology, 23*(10), 1083-1095.
- Obegi, J. H., & Berant, E. (2010). *Attachment theory and research in clinical work with adults*. The Guilford press.
- Pakenham, K. I., Bursnall, S. (2006). Relations between social support, appraisal and coping outcomes for children of a parent with multiple sclerosis and comparisons with children of healthy parents. *Children rehabilitation, 20*, 709-723.
- Pfeffer, C. R., Hurt, S. W., Peskin, J. R., & Siefker, C. A. (1995). Suicide children grow up: Ego functions associated with suicide attempts. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*, 1318-1325.
- Pickering, L., Simpson, J., & Bentall, R. P. (2008). Insecure attachment predicts proneness to paranoia but not hallucinations. *Personality and Individual Differences, 44*, 1212-24.
- Roque, L., & Verissimo, M. (2011). Emotional context, maternal behavior and emotion regulation. *Infant Behavior and Development, 34*, 617-626.
- Roque, L., Verissimo, M., Fernandes, M., & Rebelo, A. (2013). Emotion regulation and attachment: Folkman, S. (2008). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, Stress, & Coping, 21*, 3-14.
- Freud, S. (1923). The ego and the id. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The complete psychological works* (Vol. 19). New York: Norton, 1976.
- Garnefski, N., Koopman, H., Kraaij, V., & ten Cate, R. (2009). Brief report: Cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease. *Journal of adolescence, 32*, 449-454.
- Gfellner, B. M., & Cordoba, A. I. (2017). Identity Problems, Ego Strengths, Perceived Stress, and Adjustment During Contextual Changes at University. *Identity, 17*(1), 25-39.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*, 41-54.
- Gresham, D., & Gullone, E. (2012). Emotion regulation strategy use in children and adolescents: The explanatory roles of personality and attachment. *Personality and Individual Differences, 52*, 616-621.
- Hyphantis, T. N., Christou, K., Kontoudaki, S., Mantas, C., Papamichael, G., Gouliia, P., et al. (2008). Disability status, disease parameters, defense styles, and ego strength associated with psychiatric complications of multiple sclerosis. *The International Journal of Psychiatry in Medicine, 38*, 307-327.
- Ingram, R. E., & Price, J. M. (2001). The role of vulnerability in understanding psychopathology. In R. E. Ingram, & J. M. Price (Eds.), *vulnerability to psychopathology: risk across the lifespan* (pp. 3-19). New York: The Guilford Press.
- John, O. P., & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality, 72*, 1301-1333.
- Juffer, F., Stams, G. & van IJzendoorn, M. H. (2004). Adopted children's problem behavior is significantly related to their ego resiliency, ego control, and sociometric status. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45*, 697-706.
- Karukivi, M., Joukamaa, M., Hautala, L., Kaleva, O., Haapasalo-Pesu, K. M., Liuksila, P. R., et al. (2011). Does perceived social support and parental attitude relate to alexithymia? A study in Finnish late adolescents. *Psychiatry Research, 187*, 254-260.
- Kim, K. H., & Park, S. Y. (2016). The Effects of Young Children Teachers' Ego-strength and Self-efficacy on Problem Solving. *The Journal of the Korea Contents Association, 16*, 638-648.
- Kingwell, E., Marriott, J. J., Jetté, N., Pringsheim, T., Makhani, N., Morrow, S. A., ... & Dykeman, J. (2013). Incidence and prevalence of multiple sclerosis in Europe: a systematic review. *BMC neurology, 13*(1), 128.

- positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Waugh, C. E., Fredrickson, B. L., & Taylor, S. F. (2008). Adapting to life's slings and arrows: Individual differences in resilience when recovering from an anticipated threat. *Journal of research in personality*, 42(4), 1031-1046.
- Xu, J., Kochanek, M. A., Murphy, S. L., & Tejada-Vera, B. (2007). Deaths: final data for 2007. *National Vital Statistics Reports*, 58, 2010-2022.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). *The Hospital Anxiety and Depression Scale*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.
- Relationships with children's secure base, during different situational and social contexts in naturalistic settings. *Infant behavior and development*, 36, 298-306.
- Seiffge-Krenke, I. (2013). *Stress, coping, and relationships in adolescence*. Psychology Press.
- Settineri, S., Mento, C., Santoro, D., Mallamace, A., Bellinghieri, G., Savica, V., ... & Mallamace, D. (2012). Ego strength and health: An empiric study in hemodialysis patients. *Health*, 4, 1328-1333. doi: 10.4236/health.2012.412194.
- Shanmugam, V., Jowett, S., & Meyer, C. (2012). Eating psychopathology amongst athletes: Links to current attachment styles. *Eating behaviors*, 13(1), 5-12.
- Sharpe, L., & Curran, L. (2006). Understanding the process of adjustment to illness. *Social Science & Medicine*, 62, 1153-1166.
- Shepherd, R. M., & Edelman, R. J. (2009). The Interrelationship of Social Anxiety with Anxiety, Depression, Locus of Control, Ways of Coping and Ego Strength amongst University Students. *College Quarterly*, 12, 81-95.
- Singh, N., & Anand, A. (2015). Ego-strength and self-concept among adolescents: A study on gender differences. *The International Journal of Indian Psychology*, 3, 46-54.
- Sobel, M. E. (1982). Asymptotic intervals for indirect effects in structural equations models. In S. Leinhardt, (Ed.), *Sociological Methodology 1982* (pp. 290-312). San Francisco: Jossey-Bass.
- Southam-Gerow, M. A., & Kendall, P. C. (2002). Emotion regulation and understanding: Implications for child psychopathology and therapy. *Clinical Psychology Review*, 22, 189-222.
- Symister, P. & Friend, R. (2003) The influence of social support and problematic support on optimism and depression in chronic illness: A prospective study evaluating self-esteem as a mediator. *Health Psychology*, 22, 123-129.
- Tan-Kristanto, S., & Kiropoulos, L. A. (2015). Resilience, self-efficacy, coping styles and depressive and anxiety symptoms in those newly diagnosed with multiple sclerosis. *Psychology, Health & Medicine*, 20, 635-645.
- Taylor, G. J. (2000). Recent developments in alexithymia theory and research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 134-142.
- Taylor, G. J., & Bagby, M. (2000). An overview of the alexithymia construct. In R. Bar-On & J. D. A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence* (pp. 263-276). San Francisco: Jossey-Bass.
- Teimourpour, N., Besharat, M. A., Rahiminezhad, A., Rashidi, B. H., & Lavasani, M. G. (2015). The mediational role of cognitive emotion regulation strategies in the relationship of ego-strength and adjustment to infertility in women. *Journal of Family & Reproductive Health*, 9(2), 45.
- Watson, D., Clarke, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of