

ИССЛЕДОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ПРИКЛАДНОЙ ПСИХОЛОГИИ

МАЛКИНА-ПЫХ ИРИНА ГЕРМАНОВНА

доктор физико-математических наук (биофизика), профессор, ведущий научный сотрудник
отдела «Экология человека» Центра междисциплинарных исследований по проблемам
окружающей среды Российской академии наук,
malkinapykh@yandex.ru

IRINA MALKINA-PYKH

D.Sc. (Physics and Mathematics), Professor, Leading Researcher of the Division of Human Ecology,
The Research Center for Interdisciplinary Environmental Cooperation, Russian Academy of Science

УДК 316.628

ПСИХОСОМАТИКА И ТИПЫ ПРИВЯЗАННОСТИ У ВЗРОСЛЫХ (НА ОСНОВЕ ОБЗОРА ЗАРУБЕЖНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ)

PSYCHOSOMATICS AND TYPES OF ATTACHEMENT IN ADULTS (BASED ON A REVIEW OF FORIENG STUDIES)

Аннотация. В статье представлен обзор зарубежных исследований, посвященных изучению влияния типов привязанности у взрослых на возникновение психосоматических расстройств и заболеваний. Результаты свидетельствуют о том, что она формируется на основе детско-родительской привязанности. Проведенный анализ позволяет сделать вывод, что тип привязанности у взрослых может рассматриваться как интегральный конструкт, определяющий индивидуальные реакции на стресс и, как следствие, опосредующий его воздействие на психосоматическое здоровье.

ABSTRACT. The article is devoted to a review of foreign studies of the influence of attachment types in adults on the occurrence of psychosomatic disorders and diseases. The results of these studies indicate that attachment in adults is formed on the basis of child-parent attachment. The analysis allows us to conclude that the type of attachment in adults can be considered as an integral construct that determines individual responses to stress and, as a consequence, the mediating effect of stress on psychosomatic health.

Ключевые слова: привязанность у взрослых, психосоматические расстройства и заболевания, стресс, регуляция аффекта.

KEYWORDS: attachment in adults, psychosomatic disorders and diseases, stress, affect regulation.

Психосоматика (греч. *psyche* — душа, *soma* — тело) — направление в медицине и психологии, рассматривающее влияние психологических (преимущественно психогенных) факторов на возникновение и последующую динамику соматических заболеваний. Проблема психосоматических соотношений — одна из наиболее сложных в современной медицине, несмотря на то, что тесная взаимосвязь психического и соматического изучается в течение нескольких веков, со времен Гиппократа и Аристотеля. Правда, термин «психосоматика» был введен И. Хайнротом лишь в 1818 году, а окончательно вошел в научный оборот только столетие спустя, благодаря венским психоаналитикам (*P. Federn, F. Deutsch* и др.). Уже к середине 50-х годов XX века было предложено большое количество теорий и моделей возникновения психосоматических заболеваний — психоаналитических, психодинамических, характерологических, психофизиологических, интегративных [1]. Именно

в этот период Г. Селье разрабатывает свою концепцию стресса как неспецифического фактора, оказывающего при определенных обстоятельствах разрушающее влияние на физическое и психическое здоровье человека [63]. Как известно, реакция стресса, или универсальный адаптационный синдром, описанный Селье, в буквальном переводе означает реакцию напряжения, имеется в виду в первую очередь напряжение адаптационных физиологических механизмов. В рамках данной модели психосоматические расстройства рассматриваются как болезни адаптации. И специфичным для психосоматических заболеваний является реакция конкретного организма на стресс, когда один человек может реагировать на него изменением работы пищеварительного тракта, другой — дыхательной или сердечно-сосудистой системы.

В 1963 году, в связи с необходимостью обобщения накопленного опыта и разработки методологии дальнейших исследований, доклад экспертов

ВОЗ по психогигиене был посвящен психосоматическим расстройствам. В докладе было указано, что вопрос о специфичности возникновения психосоматических заболеваний по-прежнему остается одним из наиболее спорных. В частности, так и не было определено, имеется ли специфическая связь между характером психологического стресса и органической системой, на которую он воздействует, или же психологический стресс действует неспецифическим образом на органы, уязвимость которых обусловлена такими факторами, как наследственное предрасположение, инфекция или предшествующие благоприятствующие этому условия [56].

Основной итог этого доклада — вывод о важной роли эмоций в происхождении соматических нарушений. Было заявлено, что связующей концепцией между психологической и соматической сферой является аффект, выражающийся главным образом в форме тоски, постоянной тревоги, нейро-вегетативно-эндокринной моторной реакции и характерным ощущением страха. С физиологической точки зрения не имеет значения, что субъективная оценка опасности может быть неадекватной. Механизм соматических последствий приводится в действие именно физиологическим и моторным элементами всей ответной реакции [56].

К. Гратц (*Gratz*) и Л. Роемер (*Roemer*) [27] выделяют четыре компонента в структуре регуляции эмоций: 1) осознанность и понимание эмоций; 2) принятие эмоций; 3) способность контролировать связанное с переживанием негативных эмоций импульсивное поведение, учитывая собственные цели и мотивы; 4) способность гибко использовать различные стратегии регуляции эмоций в зависимости от ситуационного контекста. Уже в 1948 году Й. Рюшу (*Ruesch*) удалось выявить характерные нарушения вербальной и символической экспрессии у психосоматических пациентов [59]. Он представил подробное описание «инфантильности», подразумевающей ограниченные способности к вербальному выражению своих чувств, скудное воображение, характерные симбиотические объектные отношения и демонстративную покорность. По его мнению, именно «инфантильность» представляет собой «ключевую проблему» многих пациентов, страдающих психосоматическими расстройствами. С тех пор его предположение не раз подтверждалось в ходе исследований, а для характеристики состояния подобных пациентов использовались такие определения, как *pensee operate* (фр. — операторное мышление) [40] и «алекситимия» (неспособность выражать чувства словами) [49]. Присущие психосоматическим пациентам затруднения, возникающие в случаях, когда необходимо описать словами или метафорически выразить свое эмоциональное состояние, позднее отмечались и другими авторами. Согласно Маклину (*Maclean*), эмоции, не получая представленности в неокортексе и выражения в символической форме, находят моментальный выход с помощью автономных путей [38]. Здесь рассматривается *механизм соматизации*: отсутствие психологической переработки эмоций на уровне высших отделов

коры и, как следствие, усиление их вегетативного компонента.

Обобщая итоги дискуссий и обсуждений, Липовский (*Lipowsky*) определил соматизацию как склонность переживать психологический стресс на физиологическом уровне [37]. Сходные определения предлагаются и другими исследователями как выражение личного и социального дистресса посредством телесных жалоб с поиском медицинской помощи или как использование соматических симптомов для достижения психологических целей [цит. по 32].

Среди возможных *факторов риска*, к которым апеллируют современные исследования в попытке выработать объяснительные схемы соматизации, следует упомянуть генетическую и биологическую предрасположенность, социодемографические переменные, культуральные и социальные условия, семейный контекст, стрессовые события и психотравмы, а также личностные особенности, в частности, алекситимию, интерцептивный когнитивный стиль и нарушение способности к ментализации.

Согласно теории, разработанной Питером Фонаги (*Fonagy*) и его коллегами, ментализация — эмоциональная восприимчивость и когнитивная способность представлять психическое состояние самого себя и других людей [26]. Это форма социального познания, позволяющая воспринимать и интерпретировать человеческое поведение как детерминированное не сугубо внешними, материальными причинами, а внутренними состояниями — потребностями, целями, желаниями, чувствами, представлениями. Применяемая по отношению к себе ментализация представляет собой способность обнаруживать посредством рефлексии, какие обстоятельства и переживания в прошлом и настоящем привели к возникшим желаниям и мыслям. С помощью ментализации происходит связывание биологического и психического, т.е. сведение телесных, эмоционально-чувственных и когнитивных измерений в одну целостную картину. Психосоматические (и некоторые поведенческие) патологии в основе своей обусловлены неудачей ментализации. Когда возбуждения, идущие от инстинктов и влечений, оказываются значимыми и накапливаются у субъекта с недостаточной ментализацией, существует риск возникновения соматических заболеваний, прогрессирующих и тяжелых.

Развитие ментализации тесно связано с отношениями ребенка с первичным объектом, с тем, насколько успешно этот первичный объект осуществляет «рефлексию», или «отзеркаливание». В соответствии с моделью Фонаги ребенок постепенно осознает, что у него есть мысли и чувства, и начинает их различать. Это происходит благодаря тому, что родители реагируют на его внутренние переживания. Переживание аффектов представляет собой базу, на которой в итоге развивается ментализация аффектов при наличии стабильной и надежной привязанности [25]. История привязанности частично детерминирует силу ментализационных возможностей индивида. Согласно Питеру Фонаги, индивиды с нарушенной привязанностью

могут сталкиваться со значительными трудностями в ментализации.

Таким образом, теория ментализации восходит корнями к теории привязанности. Она была предложена в 1960–1970-х годах Джоном Боулби (*Bowlby*) и Мэри Эйнсворт (*Ainsworth*) и рассматривает опыт ранних отношений человека с родителями и другими близкими людьми [9–11]. Боулби был первым исследователем, который связал развитие привязанности с адаптацией и выживанием ребенка. Он установил, что привязанность ребенка к матери, формируясь в младенчестве, сохраняет свою активную роль и значение на протяжении всей жизни человека; так или иначе привязанность оказывает колоссальное влияние на межличностные отношения и все познавательные процессы.

Одним из центральных понятий теории привязанности является внутренняя рабочая модель (*internal working model*). Дж. Боулби предположил, что в процессе взаимодействия с другими людьми и миром индивид конструирует рабочие модели важнейших аспектов этого мира, с помощью которых он воспринимает и интерпретирует разные события. Рабочая модель определяет эмоции и поведение в ситуации, воспринимающейся как угрожающая.

В основе теории привязанности Боулби лежат следующие идеи: (а) рабочие модели привязанности функционируют, по крайней мере частично, неосознанно; (б) они базируются на реальном опыте взаимодействия ребенка; (в) рабочая модель начинает формироваться уже на первом году жизни ребенка; (г) представления ребенка о привязанности детерминируют его поведение и аффективную оценку опыта; (д) мышление на уровне формальных операций позволяет индивиду наблюдать и оценивать данную систему отношений, следовательно, модель может быть изменена при неизменности реального опыта.

Другой важной характеристикой рабочей модели и привязанности в целом является понятие качества привязанности. В основе лежит безопасность (или небезопасность), которую обеспечивает (или не обеспечивает) объект привязанности, в первую очередь мать. Качество привязанности выявляется в специально разработанном тесте «Незнакомая ситуация» [2]. Этот тест первоначально предназначался М. Эйнсворт для изучения исследовательского поведения ребенка раннего возраста (1–2 года) в присутствии матери и в ее отсутствие. По реакции ребенка на разлуку и встречу с матерью обычно выделяется три группы детей.

Дети группы «В» огорчаются и плачут (либо не плачут) при разлуке с матерью и сильно радуются, стремятся к близости и взаимодействию при ее появлении. Такое поведение ребенка свидетельствует о надежности привязанности и о чувстве безопасности, которое дает ребенку мать. Поэтому тип привязанности этой группы детей получил название «безопасная привязанность» (*secure attachment*). Дети группы «А» обычно не огорчаются и не плачут при разлуке с матерью и игнорируют и даже избегают ее при встрече. Такое поведение ребенка свидетельствует об отчуждении

и избегании матери и об отсутствии чувства безопасности у ребенка. Этот тип привязанности назван «избегающая, небезопасная привязанность» (*avoidant-unsafe attachment*). Наконец, у детей третьей группы («С») можно наблюдать яркую гневную реакцию на разлуку с матерью, но они сопротивляются контактам при встрече: сердятся, плачут, не идут на руки, хотя явно желают, чтобы на них обратили внимание и «взяли на ручки». Такое поведение свидетельствует об амбивалентном, последовательном отношении к матери и отсутствии чувства уверенности и безопасности у ребенка. Данный тип — это «амбивалентная небезопасная привязанность», или «тревожно-амбивалентная» (*ambivalent-unsafe attachment; anxious-unsafe attachment*). Таковы три основных вида привязанности, которые были выделены М. Эйнсворт и с которыми работают практически все специалисты этого направления. Впоследствии М. Мэйн (*Main*) с коллегами добавила еще и тип «0» — дезорганизованная, дезориентированная привязанность [39].

В 1980-х годах стали проводиться исследования привязанности у взрослых людей (*M. Ainsworth, J. Bowlby, K. Bartholomew, R. Bornstein, K. Brennan, N. Collins, B.J.A. Simpson* и др.). В отечественной психологии подобные работы появились совсем недавно, в начале 2000-х, и до сих пор остаются разрозненными и единичными, им не хватает диагностического инструментария, они охватывают в основном детей и подростков.

С. Хазан (*Hazan*) и Ф. Шейвер (*Shaver*) использовали конструкты и методы теории привязанности применительно к романтическим отношениям в зрелом возрасте [29]. Ими была предпринята попытка обнаружить три типа привязанности, выделенные ранее в исследованиях Эйнсворт: надежный, амбивалентно-тревожный и избегающий.

Авторами следующей теории привязанности у взрослых являются К. Бартоломью (*Bartholomew*) и Л. Хоровитц (*Horowitz*). Она предполагает, что рабочие модели состоят из образа себя и образа другого. Образ себя может быть в общем положительным или отрицательным, как и образ другого. Так, были выделены четыре типа привязанности у взрослых [4]: надежный, тревожный, избегающе-отвергающий, тревожно-избегающий (иногда его в русскоязычной литературе называют пугливо/боязливо-избегающий).

Надежный (*secure*) характеризуется положительным образом себя и положительным образом других. Такая привязанность в своем онтогенезе связана прежде всего с непротиворечивостью поведения ближайшего взрослого, насыщенностью его репертуара эмоциональных реакций, наличием и качеством обратной связи от взрослого.

Тревожный (*anxious-preoccupied*) тип привязанности отличается негативным образом себя и положительным образом других. Очевидно стремление к высокой степени эмоциональной близости с партнером. Людям с такой привязанностью свойственна неуверенность в себе, ревность, им кажется, что партнер не желает подобной степени близости. Суть проблемы заключается в том, что повышенная тревожность порождает желание

получить подтверждение чувств от партнера, а это может привести к появлению зависимости от него. С позиции Бартоломью и Хоровитц, у таких людей собственный образ окрашен негативно, поэтому они сомневаются в себе и тревожатся, особенно если их партнер эмоционально холоден. Они также могут быть эмоционально экспрессивны.

Избегающе-отвергающий (*dismissive-avoidant*) тип характеризуется положительным образом себя и негативным образом других. Он свойствен независимым людям, для которых неприемлема высокая степень близости. Чаще всего они самодостаточны, так как их внутренняя рабочая модель наполнена позитивным содержанием по отношению к себе и негативным — к другим. Такой тип привязанности имеет защитный характер, отмечается тенденция к подавлению и сокрытию своих эмоций и чувств.

Тревожно-избегающий (пугливо/боязливо-избегающий) (*fearful-avoidant*) определяется негативным образом себя и других. Этот тип привязанности отмечается у людей, пострадавших от сексуального насилия на более ранних этапах жизни. Таким людям сложно быть любящими и открытыми, несмотря на стремление к близости. В данном случае желание отдалиться продиктовано страхом быть отвергнутым, а также дискомфортом от эмоциональной близости. Они не только не доверяют партнеру и видят его в негативном свете, но и себя не считают достойными любви.

Многолетние исследования привязанности во взрослом возрасте ведутся М. Микулинцером (*Mikulincer*) и П. Шавером (*Shaver*), которые, собственно, и ввели термин «привязанность у взрослых» (*adult attachment*) и написали на эту тему фундаментальный труд [47].

Дальнейшее развитие теория привязанности и разработка методов измерения привязанности у взрослых привели к тому, что с 1990-х годов начались систематические исследования взаимосвязи привязанности и здоровья. Именно с этого времени теория привязанности используется для объяснения различий в реакциях на стресс, их последствий для здоровья и поведения, связанного со здоровьем [58].

Привязанность и здоровье взаимосвязаны на разных уровнях, поэтому и исследования ведутся в нескольких направлениях. Первое представлено работами, которые изучают прямое влияние небезопасных стилей привязанности на возникновение психосоматических заболеваний во взрослом возрасте.

Данные ряда исследований свидетельствуют о том, что люди с небезопасными стилями привязанности значимо чаще, чем люди с надежным стилем привязанности, жаловались на необъяснимые с медицинской точки зрения симптомы [73]. Это особенно характерно для пугливого/боязливого стиля привязанности [14; 50]. Было проведено исследование [44] взаимосвязи между типом привязанности взрослого человека и психосоматическими заболеваниями (артрит, боли в спине или шее, головная боль, другие хронические боли, аллергии, инсульт, инфаркт, высокое давление, астма, заболевания

легких, диабет, язва желудка, рак) на основе большой национальной выборки (N=5645). Не было обнаружено значимой взаимосвязи безопасной привязанности ни с одним из психосоматических заболеваний. Избегающая привязанность связана с артритом, болями в шее и спине, головными болями и др. Тревожная — с головными болями, другими хроническими болями, инсультом, инфарктом, высоким кровяным давлением и язвой желудка. Эта информация имеет очень важное значение, поскольку до сих пор не удалось выявить причинно-следственные связи между частотой встречаемости хронической боли и небезопасной привязанностью [18; 35].

Второе направление исследований представлено работами, которые изучают влияние насилия, перенесенного в детстве, на формирование стиля привязанности и возникновение психосоматических заболеваний во взрослом возрасте. Существуют эмпирические доказательства взаимосвязи между детской травмой и небезопасными стилями привязанности.

Результаты большого количества исследований говорят о том, что ранний негативный опыт приводит к усилению соматизации во взрослом возрасте [71; 74]. В частности, такие виды детских травм, как сексуальное насилие, физическое насилие, эмоциональное насилие и пренебрежение, обуславливают соматизацию у взрослых [60; 67]. Стюарт (*Stuart*) и Нойес (*Noyes*) [71] выдвинули гипотезу, что внутренние схемы, относящиеся к привязанности к значимым людям, являются ключевым звеном в связи детской травмы и склонности к соматизации во взрослом возрасте. Они предположили, что негативный опыт отношений в детском возрасте приводит к возникновению небезопасных моделей привязанности, которые, в свою очередь, могут сделать взрослых людей более склонными к соматизации.

Были эмпирически доказаны взаимосвязи указанных детских травм с широким набором симптомов, которые невозможно объяснить с медицинской точки зрения, включая хронические боли [28], головные боли [7], гинекологические жалобы [17], желудочно-кишечные симптомы [5] и скелетно-мышечные боли [7]. Хотя в большинстве работ рассматривалось только сексуальное и физическое насилие, недавние исследования показали, что эмоциональное насилие и пренебрежение также имеют отношение к соматизации [67].

В результате масштабного исследования [24] были представлены убедительные доказательства взаимосвязи между факторами риска возникновения ненадежной привязанности и поведением, связанным с риском, состоянием здоровья и заболеваемостью во взрослом возрасте. Были рассмотрены семь факторов риска: психологическое, физическое или сексуальное насилие, насилие против матери и жизнь с членами семьи, которые страдали алкоголизмом, были психически больны, имели склонность к суициду или сидели в тюрьме. Была выявлена достоверная связь между количеством факторов риска насилия в детстве и наличием заболеваний во взрослом возрасте, включая ишемическую

болезнь сердца, рак, хронические заболевания легких, опорно-двигательного аппарата и диабет. У людей, имевших в детстве четыре и более факторов риска насилия, достоверно чаще встречались (в порядке увеличения частоты) диабет, рак, ишемическая болезнь сердца, инсульт, хронический бронхит или эмфизема легких по сравнению с теми, у кого не было детских травм.

Сталкер (*Stalker*) и Дэвис (*Davies*) [68] обнаружили, что у большого процента жертв сексуального насилия в детстве во взрослом возрасте преобладал небезопасный тревожный стиль привязанности. На основе большой выборки Александр (*Alexander*) [3] и Стайрон (*Styron*) [72] доказали взаимосвязи между историями сексуального насилия и небезопасными стилями привязанности во взрослом возрасте. Эмпирически обнаруженные во многих работах связи между детскими травмами и соматизацией, между привязанностью и соматизацией подтверждают выдвинутую гипотезу: небезопасная привязанность является медиатором между детской травмой и соматизацией во взрослом возрасте. Согласно этой теории детская травма способствует развитию небезопасной привязанности, включая ожидания, что другие не будут откликаться на эмоциональные потребности. Отсюда и привлечение усиленного внимания к соматическим жалобам как способ поиска помощи у тех, кто, как предполагается, окажется безразличен к эмоциональному дистрессу.

В отличие от большинства работ, выборки которых формировались из пациентов лечебных учреждений, в отдельных случаях [74] была сделана обычная популяционная выборка. Исследовались частота встречаемости и выраженность 26 соматических симптомов, таких как тошнота/рвота, запор, головокружение, одышка, усталость, слабость, учащенное сердцебиение, нарушение равновесия при ходьбе, заложенность носа, онемение тела и др. Результаты регрессионного линейного анализа показали, что для женщин небезопасный стиль привязанности является медиатором связи между детской травмой и соматизацией во взрослом возрасте, при этом наиболее сильным медиатором оказалась пугливая привязанность. Для мужчин же небезопасная привязанность не является медиатором между детской травмой и соматизацией.

Мандер (*Mauder*) и Хантер (*Hunter*) [41] рассматривают три возможных механизма влияния типа привязанности на возникновение психосоматических заболеваний. Неадекватная привязанность может приводить к нарушению процесса регуляции стресса, использованию внешних регуляторов аффекта и пренебрежению защитными видами поведения.

Поскольку привязанность — это биологически обусловленная система, определяющая нашу реакцию на дистресс, то стили привязанности определяют различия в физиологии стресса. Нарушение процесса регуляции стресса может происходить следующим образом.

Во-первых, небезопасная привязанность может увеличивать уровень воспринимаемого стресса.

Согласно полученным данным, люди с высокими показателями тревожной привязанности испытывают более сильный дистресс в стрессовой ситуации и имеют более высокий уровень базовой тревожности по сравнению с людьми с низкими показателями тревожной привязанности [21; 23; 34; 42].

При ипохондрии и одновременно соматизации у людей с тревожным типом привязанности были столь интенсивно выражены уязвимость и бдительность, что interoцептивные ощущения (нормальные сигналы, доходящие до нас из внутренней среды организма) воспринимались как потенциальная угроза [71]. А избегающая привязанность включает чувство межличностного недоверия, что может привести к тому, что ситуации, в которых требуется интимность или взаимозависимость, будут восприниматься как угрожающие [71].

Во-вторых, небезопасная привязанность может влиять на интенсивность и продолжительность физиологической реакции на стресс.

Чрезвычайно важно изучать взаимосвязи между привязанностью и физиологическими показателями аффективных реакций, поскольку эти показатели отличаются от самоотчетов дистресса [22; 53; 55] и объясняют вероятный механизм, посредством которого процессы, связанные с привязанностью, могут в дальнейшем влиять на здоровье и болезнь.

Несколько исследований [54] посвящены анализу того, как стили привязанности связаны с физиологическими реакциями на стресс, которые отражаются в активации гипоталамо-гипофизарно-адреналовой (ГГА) оси, основной стресс-реактивной системе человеческого организма, модулирующей выработку кортизола. Хотя другие физиологические системы также участвуют в стресс-реакциях, большинство исследователей считает реакцию ГГА оси главным механизмом, посредством которого стресс влияет на возникновение широкого спектра психических и психосоматических заболеваний [22; 48]. ГГА ось активизируется только при крайних обстоятельствах. Различия в индивидуальном пороге ее включения зависят от предрасположенности (восприимчивости) человека. Чем легче активизируется ось ГГА, тем сильнее будет воздействие стресса на физическое и психическое здоровье.

Многочисленные исследования установили взаимосвязь типов привязанности с высвобождением кортизола в ситуациях, которые воспринимаются как угроза привязанности, например при конфликтах с близким человеком. Менее очевидна эта связь, если стрессовая ситуация не имеет прямого отношения к привязанности. В большинстве случаев отмечена более высокая реактивность кортизола при стрессе у тревожно привязанных людей [21; 33; 36; 65; 55; 57], однако две работы не подтверждают этого [23; 64].

Результаты по избегающе-отвергающему типу привязанности еще более противоречивы, поскольку кто-то говорит о повышенном уровне кортизола при стрессе [55], тогда как другие не обнаружили разницы по данному показателю в сравнении с людьми с надежной привязанностью [33; 65].

В-третьих, стиль привязанности может определять успешность использования социальной поддержки как буфера при воздействии стресса.

Безусловно, социальная поддержка благотворно влияет на здоровье [70]. Однако когда люди очень сильно реагируют на все типы стресса (как в случае тревожной привязанности), социальной поддержки может оказаться недостаточно, чтобы смягчить последствия для их здоровья. Иными словами, хотя более тревожно привязанные люди могут «выиграть» психологически при получении социальной поддержки, ее преимущества не распространяются на здоровье, поскольку последствия определяются на уровне физиологии [69]. Таким образом, у более тревожных людей бывают острые физические реакции на стресс [55; 57], поэтому их здоровье может ухудшаться, несмотря на социальную поддержку. Недавние исследования подтвердили данное предположение: у людей с повышенной тревожностью отмечались большая реактивность кортизола [23] и более медленное восстановление до нормы, независимо от того, был ли уровень социальной поддержки низким или высоким [46]. Тем не менее одно исследование показало, что воспринятая социальная поддержка действительно снижала накал отрицательных эмоций после стресса [23]. Это может говорить о том, что воспринятая социальная поддержка снижает психологические реакции на стресс, но не физиологические. Таким образом, у людей с тревожной привязанностью воспринятая социальная поддержка не оказывает влияния на состояние здоровья.

Второй механизм влияния привязанности на возникновение психосоматических заболеваний связан с регуляцией аффекта. Поскольку у людей с ненадежной привязанностью существуют проблемы с внутренними механизмами регуляции аффекта, это может приводить к альтернативному использованию набора внешних регуляторов аффекта (поведенческих стратегий), таких как курение, употребление алкоголя и других психоактивных веществ, переедание, недоедание, рискованное сексуальное поведение. Эти поведенческие стратегии сами по себе уже являются факторами риска возникновения психосоматических заболеваний.

Результаты обследования пациентов в больницах Торонто показали, что курение, уровень потребления алкоголя и ожирение распространены среди людей с выраженными тревожной и избегающей привязанностями [30]. Два различных исследования свидетельствуют, что оба типа ненадежной привязанности (тревожный и избегающий) были связаны с повышенным риском расстройств пищевого поведения и употреблением психоактивных веществ в подростковой выборке [51; 61]. Обзор литературы [76] показал, что небезопасная привязанность встречается примерно у 70% людей с нарушениями пищевого поведения по сравнению с 30–40% в нормальной популяции. Кроме того, по данным исследований, расстройства пищевого поведения у людей с небезопасной привязанностью приводят к повышенному индексу массы тела [75] и риску возникновения метаболического синдрома в середине жизни [19].

Ненадежная привязанность рассматривается как основной психологический конструкт, связанный с повышенным употреблением психоактивных веществ [31; 52; 77]. Исследование небольшой выборки в Германии показало, что наркоманы демонстрируют гораздо менее безопасную привязанность, чем здоровые люди, и что среди героиновых наркоманов, в частности, высокий уровень пугливой/боязливой привязанности [62].

Люди с тревожной привязанностью используют секс для достижения желаемой эмоциональной близости, повышения самооценки, снижения стресса, ощущения власти, получения заботы от партнера, защиты от гнева или плохого настроения партнера [20]. Те, у кого высокие показатели избегающей привязанности, в основном используют секс для манипулирования партнером и игнорирования эмоциональной близости [20]. Соответственно есть подтверждения, что избегающая привязанность связана с положительным отношением к случайному сексу (большое количество партнеров, одноразовый секс) [6].

Третий механизм возможного влияния привязанности на возникновение психосоматических заболеваний заключается в том, что небезопасная привязанность может препятствовать использованию защитных факторов, таких как строгое соблюдение предписаний врача и использование ресурсов здравоохранения. Избегающая привязанность достоверно связана с плохим отношением к лечению [8; 13; 15] и частыми отказами посещать врача в назначенное время [66]. Например, исследование в популяции людей с диабетом [15] показало, что самоотчеты больных с небезопасной привязанностью свидетельствовали о гораздо более слабом самоконтроле (т.е. несоблюдение рекомендаций, касающихся диеты, физических упражнений, лекарств для снижения сахара в крови и курения). Если говорить о хронических заболеваниях, то небезопасная привязанность была положительно связана с высоким уровнем возникающей нетрудоспособности [44] и симптомами депрессии [16; 45].

Теоретически можно предположить, что люди с избегающей привязанностью будут как можно дольше откладывать визит к врачу в случае возникновения заболевания, во-первых, потому, что воспринимают возникающий дистресс как недопустимую слабость, а во-вторых, потому, что согласно их внутренней рабочей модели другие люди не могут помочь им справиться с дистрессом. Люди с тревожной привязанностью, напротив, поспешат к врачу при первых же симптомах с тем, чтобы как можно скорее получить поддержку. Были обнаружены положительная корреляция между тревожной привязанностью и частотой соматических жалоб и отрицательная — между избегающей привязанностью и количеством визитов к врачу [12].

Таким образом, проведенный анализ результатов зарубежных исследований позволяет сделать вывод, что тип привязанности у взрослых может рассматриваться как интегральный конструкт, определяющий индивидуальные реакции на стресс и, как следствие, опосредующий его влияние на психосоматическое здоровье.

1. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика. М.: Эксмо, 2008. 1023 с.
2. Ainsworth M. Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation. Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates, 1978. 380 p.
3. Alexander P. C. The differential effects of abuse characteristics and attachment in the prediction of long-term effects of sexual abuse // *Journal of Interpersonal Violence*. 1993. N 8. P. 346–362.
4. Bartholomew K., Horowitz L. M. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991. N 61 (2). P. 226–244.
5. Bass C., Bond A., Gill D. et al. Frequent attenders without organic disease in a gastroenterology clinic: Patient characteristics and health care use // *General Hospital Psychiatry*. 1999. N 21. P. 30–38.
6. Beaulieu-Pelletier G., Philippe F. L., Lecours S. et al. The role of attachment avoidance in extradyadic sex // *Attachment & Human Development*. 2011. N 13 (3). P. 293–313.
7. Bendixen M., Muus K. M., Schei B. The impact of child sexual abuse: A study of a random sample of Norwegian students // *Child Abuse & Neglect*. 1994. N 18. P. 837–847.
8. Bennett J. K., Furtres J. N., Keitel M. et al. The role of patient attachment and working alliance on patient adherence, satisfaction, and health-related quality of life in lupus treatment // *Patient Education and Counseling*. 2011. N 85 (1). P. 53–59.
9. Bowlby J. Attachment and loss. Vol. 1: Attachment. New York: Basic Books, 1969. 150 p.
10. Bowlby J. Attachment and loss. Vol. 2: Separation. New York: Basic Books, 1973. 251 p.
11. Bowlby J. Attachment and loss. Vol. 3: Loss, sadness and depression. New York: Basic Books, 1980. 320 p.
12. Brenk-Franz K., Strauss B., Tiesler F. et al. The influence of adult attachment on patient self-management in primary care — the need for a personalized approach and patient-centred care // *PLOS ONE*. 2015. N 10 (9).
13. Calia R., Lai C., Aceto P. et al. Attachment style predict compliance, quality of life and renal function in adult patients after kidney transplant: preliminary results // *Renal Failure*. 2015. N 37 (4). P. 678–680.
14. Ciechanowski P. S., Walker E. A., Katon W. J. et al. Attachment theory: A model for health care utilization and somatization // *Psychosomatic Medicine*. 2002. N 64. P. 660–667.
15. Ciechanowski P., Russo J., Katon W. et al. Influence of patient attachment style on selfcare and outcomes in diabetes // *Psychosomatic Medicine*. 2004. N 66. P. 720–728.
16. Ciechanowski P., Sullivan M., Jensen M. et al. The relationship of attachment style to depression, catastrophizing, and health care utilization in patients with chronic pain // *Pain*. 2003. N 104. P. 627–637.
17. Cunningham J., Pearce T., Pearce P. Childhood sexual abuse and medical complaints in adult women // *Journal of Interpersonal Violence*. 1988. N 3. P. 131–144.
18. Davies K. A., Macfarlane G. J., Mc Beth J. et al. Insecure attachment style is associated with chronic widespread pain // *Pain*. 2009. N 143 (3). P. 200–205.
19. Davis C. R., Usher N., Dearing E. et al. Attachment and the metabolic syndrome in midlife // *Psychosomatic Medicine*. 2014. N 76 (8). P. 611–621.
20. Davis D., Shaver P. R., Vernon M. L. Attachment style and subjective motivations for sex // *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2004. N 30 (8). P. 1076–1090.
21. Dewitte M., De Houwer J., Goubert L. et al. A multi-modal approach to the study of attachment-related distress // *Biological Psychology*. 2010. N 85 (1). P. 149–162.
22. Dickerson S. S., Kemeny M. E. Acute stressors and cortisol responses: A theoretical integration and synthesis of laboratory research // *Psychological Bulletin*. 2004. N 130. P. 355–391.
23. Ditzen B., Schmidt S., Strauss B. et al. Adult attachment and social support interact to reduce psychological but not cortisol responses to stress // *Journal of Psychosomatic Research*. 2008. N 64 (5). P. 479–86.
24. Felitti V. J., Anda R. F., Nordenberg D. et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of deaths in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study // *American Journal of Preventive Medicine*. 1998. N 14. P. 245–58.
25. Fonagy P., Bateman A. Progress in the treatment of borderline personality disorder // *British Journal of Psychiatry*. 2006. N 188. P. 1–3.
26. Fonagy P., Gergely G., Jurist E. L. et al. Affect regulation, mentalization and the development of the self. New York: Other Press, 2002. 235 p.
27. Gratz K. L., Roemer L. 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*. 2004. N 26 (1). P. 41–54.
28. Green C. R., Flowe-Valencia H., Rosenblum L. et al. The role of childhood and adulthood abuse among women presenting for chronic pain management // *Clinical Journal of Pain*. 2001. N 17. P. 359–364.
29. Hazan C., Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1987. N 52. P. 511–524.
30. Hunter J., Maunder R. Improving patient treatment with attachment theory: a guide for primary care providers and specialists. Switzerland: Springer, 2016. 201 p.
31. Kassel J. D., Wardle M., Roberts J. Adult attachment security and college student substance use // *Addictive Behaviors*. 2007. N 32 (6). P. 1164–1176.

32. Kellner R. Somatization. Theories and Research. // *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1990. N 3 (178). P. 150–160.
33. Kidd T., Hamer M., Steptoe A. Examining the association between adult attachment style and cortisol responses to acute stress // *Psychoneuroendocrinology*. 2011. N 36 (6). P. 771–779.
34. Kidd T., Hamer M., Steptoe A. Adult attachment style and cortisol responses across the day in older adults // *Psychophysiology*. 2013. N 50 (9). P. 841–847.
35. Kowal J., McWilliams L.A., Péloquin K. et al. Attachment insecurity predicts responses to an interdisciplinary chronic pain rehabilitation program // *Journal of Behavioral Medicine*. 2015. N 38 (3). P. 518–526.
36. Laurent H., Powers S. Emotion regulation in emerging adult couples: Temperament, attachment, and HPA response to conflict // *Biological Psychology*. 2007. N 76 (1–2). P. 61–71.
37. Lipowsky J. Somatisation: its definition and concept // *American Journal of Psychiatry*. 1989. N 147 (7). P. 521–527.
38. Maclean P.D. The brain in conflict // *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1977. N 28. P. 207–221.
39. Main M., Solomon J. Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern // *Affective development in infancy*/ed. by M. Yogman & T.B. Brazelton. Norwood, NJ: Ablex, 1986. P. 95–124.
40. Marty P., de M'Uzan M. La pensée opératoire // *Rev. Fr. Psychoanal.* 1963. N 27. P. 1345–1356.
41. Maunder R.G., Hunter J.J. Attachment and psychosomatic medicine: Developmental contributions to stress and disease // *Psychosomatic Medicine*. 2001. N 63. P. 556–567.
42. Maunder R.G., Lancee W.J., Nolan R.P. et al. The relationship of attachment insecurity to subjective stress and autonomic function during standardized acute stress in healthy adults // *Journal of Psychosomatic Research*. 2006. N 60 (3). P. 283–290.
43. McWilliams L.A., Cox B.J., Enns M.W. Impact of adult attachment styles on pain and disability associated with arthritis in a nationally representative sample // *Clinical Journal of Pain*. 2000. N 16. P. 360–364.
44. McWilliams L.A., Bailey S.J. Associations between adult attachment ratings and health conditions: Evidence from the national comorbidity survey replication // *Health Psychology*. 2010. N 29 (4). P. 446–453.
45. Meredith P.J., Strong J., Feeney J.A. Adult attachment variables predict depression before and after treatment for chronic pain // *European Journal of Pain*. 2007. N 11. P. 164–170.
46. Meuwly N., Bodenmann G., Germann J. et al. Dyadic coping, insecure attachment, and cortisol stress recovery following experimentally induced stress // *Journal of Family Psychology*. 2012. N 26. P. 937–947.
47. Mikulincer M., Shaver P.R. Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change. New York, NY: Guilford Press, 2007. 573 p.
48. Miller G.E., Chen E., Zhou E.S. If it goes up, must it come down? Chronic stress and the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis in humans // *Psychological Bulletin*. 2007. N 133. P. 25–45.
49. Nemiah J.C., Sifneos P. Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders // *Modern trends in psychosomatic medicine*/ed. by O.W. Hill. Vol. 2. London: Butterworth, 1970. P. 26–34.
50. Noyes R.J., Stuart S.P., Langbehn D.R. et al. Test of an interpersonal model of hypochondriasis // *Psychosomatic Medicine*. 2003. N 65. P. 292–300.
51. O'Kearney R. Attachment disruption in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a review of theory and empirical research // *The International Journal of Eating Disorders*. 1996. N 20 (2). P. 115–127.
52. Olsson C.A., Moyzis R.K., Williamson E. et al. Gene-environment interaction in problematic substance use: interaction between and insecure attachments // *Addiction Biology*. N 18 (4). P. 717–726.
53. Pierrehumbert B., Torrisi R., Ansermet F. et al. Adult attachment representations predict cortisol and oxytocin responses to stress // *Attachment & Human Development*. 2012. N 14 (5). P. 453–476.
54. Pietromonaco P.R., De Buse C.J., Powers S.I. Does attachment get under the skin? Adult romantic attachment and cortisol responses to stress // *Current Directions in Psychological Science*. 2013. N 22 (1). P. 63–68.
55. Powers S.I., Pietromonaco P.R., Gunlicks M. et al. Dating couples' attachment styles and patterns of cortisol reactivity and recovery in response to a relationship conflict // *Journal of Personality and Social Psychology*. 2006. N 90 (4). P. 613–28.
56. Psychosomatic disorders: thirteenth report of the WHO Expert Committee on Mental Health, Geneva, 22 to 28 October 1963/WHO Expert Committee on Mental Health, World Health Organization. World Health Organization technical report series. N 275. Geneva, 1964. 30 p.
57. Quirin M., Pruessner J.C., Kuhl J. HPA system regulation and adult attachment anxiety: individual differences in reactive and awakening cortisol // *Psychoneuroendocrinology*. 2008. N 33 (5). P. 581–90.
58. Ravitz P., Maunder R., Hunter J. et al. Adult attachment measures: a 25-year review // *Journal of Psychosomatic Research*. 2010. N 69 (4). P. 419–32.
59. Ruesch J. The infantile personality. The core problem of psychosomatic medicine // *Psychosomatic Medicine*. 1948. N 10 (3). P. 134–144.
60. Sansone R.A., Wiederman M., Sansone L. Adult somatic preoccupation and its relationship to childhood trauma // *Violence & Victims*. 2001. N 16. P. 39–47.
61. Schindler A., Bröning, S. A review on attachment and adolescent substance abuse: Empirical evidence and implications for prevention and treatment // *Substance Abuse*. 2014. N 36 (3). P. 304–313.
62. Schindler A., Thomasius R., Petersen K. et al. Heroin as an attachment substitute? Differences in attachment representations between opioid, ecstasy and cannabis abusers // *Attachment & Human Development*. 2009. N 11 (3). P. 307–330.
63. Selye H. The stress of life. N.Y.: McCrawHill book Co., 1956. 320 p.
64. Smeets T. Autonomic and hypothalamic-pituitary-adrenal stress resilience: Impact of cardiac vagal tone // *Biological Psychology*. 2010. N 84 (2). P. 290–295.

65. Smyth N., Thorn L., Oskis A. et al. Anxious attachment style predicts an enhanced cortisol response to group psychosocial stress // *Stress*. 2015. N 18 (2). P. 143–148.
66. Sockalingam S., Cassin S., Hawa R. et al. Predictors of post-bariatric surgery appointment attendance: the role of relationship style // *Obesity Surgery*. 2013. N 23 (12). P. 2026–2032.
67. Spertus I., Yehuda R., Wong C. et al. Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice // *Child Abuse & Neglect*. 2003. N 27. P. 1247–1258.
68. Stalker C.A., Davies F. Attachment organization and adaptation in sexually-abused women // *Canadian Journal of Psychiatry*. 1995. N 40. P. 234–240.
69. Stanton S.C.E., Campbell L. Psychological and physiological predictors of health in romantic relationships: An attachment perspective // *Journal of Personality*. 2013. N 82 (6). P. 528–38.
70. Stanton S.C.E., Campbell L. Perceived social support moderates the link between attachment anxiety and health outcomes // *PLOS ONE*. 2014. N 9 (4).
71. Stuart S., Noyes R. Attachment and interpersonal communication in somatization // *Psychosomatics*. 1999. N 40. P. 34–43.
72. Styron T., Janoff-Bulman R. Childhood attachment and abuse: Long-term effects on adult attachment, depression and conflict resolution // *Child Abuse & Neglect*. 1997. N 21. P. 1015–1023.
73. Taylor R.E., Marshall T., Mann A. et al. Insecure attachment and frequent attendance in primary care: a longitudinal cohort study of medically unexplained symptom presentations in ten UK general practices // *Psychological Medicine*. 2012. N 42 (4). P. 855–864.
74. Waldinger R.J., Schulz M.S., Barsky A.J. et al. Mapping the road from childhood trauma to adult somatization: The role of attachment // *Psychosomatic Medicine*. 2006. N 68. P. 129–135.
75. Wilkinson L.L., Rowe A.C., Bishop R.J. et al. Attachment anxiety, disinhibited eating, and body mass index in adulthood // *International Journal of Obesity*. 2010. N 34 (9). P. 1442–1445.
76. Zachrisson H.D., Skårderud F. Feelings of insecurity: review of attachment and eating disorders // *European Eating Disorders Review*. 2010. N 18 (2). P. 97–106.
77. Zeinali A., Sharifi H., Enayati M. et al. The mediational pathway among parenting styles, attachment styles and self-regulation with addiction susceptibility of adolescents // *Journal of Research in Medical Sciences*. 2011. N 16 (9). P. 1105–21.

References

1. Malkina-Pykh I.G. *Psikhosomatika* [Psychosomatics]. Moscow: Eksmo Publ., 2008. 1023 p. (In Russian).
2. Ainsworth M. *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates, 1978. 380 p.
3. Alexander P.C. The Differential Effects of Abuse Characteristics and Attachment in the Prediction of Long-Term Effects of Sexual Abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 1993, 8, pp. 346–362.
4. Bartholomew K., Horowitz L.M. Attachment Styles among Young Adults: a Test of a Four-Category Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1991, 61 (2), pp.226–244.
5. Bass C., Bond A., Gill D., Sharpe M. Frequent Attenders Without Organic Disease in a Gastroenterology Clinic: Patient Characteristics and Health Care Use. *General Hospital Psychiatry*, 1999, 21, pp. 30–38.
6. Beaulieu-Pelletier G., Philippe F.L., Lecours S., et al. The role of Attachment Avoidance in Extradysadic Sex. *Attachment & Human Development*, 2011, 13 (3), pp. 293–313.
7. Bendixen M., Muus K.M., Schei B. The Impact of Child Sexual Abuse: A Study of a Random Sample of Norwegian Students. *Child Abuse & Neglect*, 1994, 18, pp. 837–847.
8. Bennett J.K., Furtres J.N., Keitel M., et al. The Role of Patient Attachment and Working Alliance on Patient Adherence, Satisfaction, and Health-Related Quality of Life in Lupus Treatment. *Patient Education and Counseling*, 2011, 85 (1), pp. 53–59.
9. Bowlby J. *Attachment and Loss, Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books, 1969. 150 p.
10. Bowlby J. *Attachment and Loss, Vol. 2: Separation*. New York: Basic Books, 1973. 251 p.
11. Bowlby J. *Attachment and Loss, Vol. 3: Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books, 1980. 320 p.
12. Brenk-Franz K., Strauss B., Tiesler F., et al. The Influence of Adult Attachment on Patient Self-Management in Primary Care — the Need for a Personalized Approach and Patient-Centered Care. *PLOS ONE*, 2015, 10 (9): e0136723.
13. Calia R., Lai C., Aceto P., et al. Attachment Style Predict Compliance, Quality of Life and Renal Function in Adult Patients after Kidney Transplant: Preliminary Results. *Renal Failure*, 2015, 37 (4), pp. 678–680.
14. Ciechanowski P.S., Walker E.A., Katon W.J., et al. Attachment Theory: A Model for Health Care Utilization and Somatization. *Psychosomatic Medicine*, 2002, 64, pp. 660–667.
15. Ciechanowski P., Russo J., Katon W., et al. Influence of Patient Attachment Style on Selfcare and Outcomes in Diabetes. *Psychosomatic Medicine*, 2004, 66, pp. 720–728.
16. Ciechanowski P., Sullivan M., Jensen M., et al. The Relationship of Attachment Style to Depression, Catastrophizing, and Health Care Utilization in Patients with Chronic Pain. *Pain*, 2003, 104, pp. 627–637.
17. Cunningham J., Pearce T., Pearce P. Childhood Sexual Abuse and Medical Complaints in Adult Women. *Journal of Interpersonal Violence*, 1988, 3, pp. 131–144.
18. Davies K.A., Macfarlane G.J., McBeth J., et al. Insecure Attachment Style is Associated with Chronic Widespread Pain. *Pain*, 2009, 143 (3), pp. 200–205.
19. Davis C.R., Usher N., Dearing E., et al. Attachment and the Metabolic Syndrome in Midlife. *Psychosomatic Medicine*, 2014, 76 (8), pp. 611–621.

20. Davis D., Shaver P.R., Vernon M.L. Attachment Style and Subjective Motivations for Sex. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 2004, 30 (8), pp. 1076–1090.
21. Dewitte M., De Houwer J., Goubert L., et al. A Multi-Modal Approach to the Study of Attachment-Related Distress. *Biological Psychology*, 2010, 85 (1), pp. 149–162.
22. Dickerson S.S., Kemeny M.E. Acute Stressors and Cortisol Responses: A Theoretical Integration and Synthesis of Laboratory Research. *Psychological Bulletin*, 2004, 130, pp. 355–391.
23. Ditzen B., Schmidt S., Strauss B., et al. Adult Attachment and Social Support Interact to Reduce Psychological but not Cortisol Responses to Stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 2008, 64 (5): 479–86.
24. Felitti V.J., Anda R.F., Nordenberg D., et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Deaths in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 14, pp. 245–58.
25. Fonagy P., Bateman A. Progress in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *British Journal of Psychiatry*, 2006, 188, pp. 1–3.
26. Fonagy P., Gergely G., Jurist E.L., et al. *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. New York: Other Press, 2002. 235 p.
27. Gratz K.L., Roemer L. 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*, 2004, 26 (1), pp. 41–54.
28. Green C.R., Flowe-Valencia H., Rosenblum L., et al. The Role of Childhood and Adulthood Abuse among Women Presenting for Chronic Pain Management. *The Clinical Journal of Pain*, 2001, 17, pp. 359–364.
29. Hazan C., Shaver P. Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1987, 52, pp. 511–524.
30. Hunter J., Maunder R. (Eds.). *Improving Patient Treatment with Attachment Theory: A Guide for Primary Care Providers and Specialists*. Switzerland: Springer, 2016. 201 p.
31. Kassel J.D., Wardle M., Roberts J. Adult Attachment Security and College Student Substance Use. *Addictive Behaviors*, 2007, 32 (6), pp. 1164–1176.
32. Kellner R. Somatization. Theories and Research. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1990, 3 (178), pp. 150–160.
33. Kidd T., Hamer M., Steptoe A. Examining the Association Between Adult Attachment Style and Cortisol Responses to Acute Stress. *Psychoneuroendocrinology*, 2011, 36 (6), pp. 771–779.
34. Kidd T., Hamer M., Steptoe A. Adult Attachment Style and Cortisol Responses Across the Day in Older Adults. *Psychophysiology*, 2013, 50 (9), pp. 841–847.
35. Kowal J., McWilliams L.A., Péloquin K., et al. Attachment Insecurity Predicts Responses to an Interdisciplinary Chronic Pain Rehabilitation Program. *Journal of Behavioral Medicine*, 2015, 38 (3), pp. 518–526.
36. Laurent H., Powers S. Emotion Regulation in Emerging Adult Couples: Temperament, Attachment, and HPA Response to Conflict. *Biological Psychology*, 2007, 76 (1–2), pp. 61–71.
37. Lipovsky J. Somatisation: Its Definition and Concept. *American Journal of Psychiatry*, 1989, 147 (7), 521–527.
38. Maclean P.D. The Brain in Conflict. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1977, 28, pp. 207–221.
39. Main M., Solomon J. Discovery of a New, Insecure-Disorganized/Disoriented Attachment Pattern. In: *Affective Development in Infancy*. Norwood, N.J.: Ablex, 1986, pp. 95–124.
40. Marty P., de M'Uzan M. La pensée opératoire. *Rev Fr Psychoanal*, 1963, 27 (Suppl.), pp. 1345–1356.
41. Maunder R.G., Hunter J.J. Attachment and Psychosomatic Medicine: Developmental Contributions to Stress and Disease. *Psychosomatic Medicine*, 2001, 63, pp. 556–567.
42. Maunder R.G., Lancee W.J., Nolan R.P., et al. The Relationship of Attachment Insecurity to Subjective Stress and Autonomic Function During Standardized Acute Stress in Healthy Adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 2006, 60 (3), pp. 283–290.
43. McWilliams L.A., Cox B.J., Enns M.W. Impact of Adult Attachment Styles on Pain and Disability Associated with Arthritis in a Nationally Representative Sample. *The Clinical Journal of Pain*, 2000, 16, pp. 360–364.
44. McWilliams L.A., Bailey S.J. Associations Between Adult Attachment Ratings and Health Conditions: Evidence from the National Comorbidity Survey Replication. *Health Psychology*, 2010, 29 (4), pp. 446–453.
45. Meredith P.J., Strong J., Feeney J.A. Adult Attachment Variables Predict Depression Before and after Treatment for Chronic Pain. *European Journal of Pain*, 2007, 11, pp. 164–170.
46. Meuwly N., Bodenmann G., Germann J., et al. Dyadic Coping, Insecure Attachment, and Cortisol Stress Recovery Following Experimentally Induced Stress. *Journal of Family Psychology*, 2012, 26, pp. 937–947.
47. Mikulincer M., Shaver P.R. *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change*. New York, N.Y.: Guilford Press, 2007. 573 p.
48. Miller G.E., Chen E., Zhou E.S. If it Goes up, Must it Come Down? Chronic Stress and the Hypothalamic-Pituitary-Adrenocortical Axis in Humans. *Psychological Bulletin*, 2007, 133, pp. 25–45.
49. Nemiah J.C., Sifneos P. Affect and Fantasy in Patients with Psychosomatic Disorders. In: *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*. Hill O.W (ed.). Vol. 2. London: Butterworth, 1970, pp. 26–34.
50. Noyes R.J., Stuart S.P., Langbehn D.R., et al. Test of an Interpersonal Model of Hypochondriasis. *Psychosomatic Medicine*, 2003, 65, pp. 292–300.
51. O'Kearney R. Attachment Disruption in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: A Review of Theory and Empirical Research. *The International Journal of Eating Disorders*, 1996, 20 (2), pp. 115–127.

52. Olsson C.A., Moyzis R.K., Williamson E., et al. Gene-Environment Interaction in Problematic Substance Use: Interaction Between and Insecure Attachments. *Addiction Biology*, 18 (4), pp. 717–726.
53. Pierrehumbert B., Torrisi R., Ansermet F., et al. Adult Attachment Representations Predict Cortisol and Oxytocin Responses to Stress. *Attachment & Human Development*, 2012, 14 (5), pp. 453–476.
54. Pietromonaco P.R., DeBuse C.J., Powers S.I. Does Attachment Get under the Skin? Adult Romantic Attachment and Cortisol Responses to Stress. *Current Directions in Psychological Science*, 2013, 22 (1), pp. 63–68.
55. Powers S.I., Pietromonaco P.R., Gunlicks M., et al. Dating Couples' Attachment Styles and Patterns of Cortisol Reactivity and Recovery in Response to a Relationship Conflict. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2006, 90 (4), pp. 613–28.
56. *Psychosomatic Disorders: Thirteenth Report of the WHO Expert Committee on Mental Health*. World Health Organization Technical Report Series, 1964, No. 275. 28 p.
57. Quirin M., Pruessner J.C., Kuhl J. HPA System Regulation and Adult Attachment Anxiety: Individual Differences in Reactive and Awakening Cortisol. *Psychoneuroendocrinology*, 2008, 33 (5), pp. 581–90.
58. Ravitz P., Maunder R., Hunter J., et al. Adult Attachment Measures: A 25-year Review. *Journal of Psychosomatic Research*, 2010, 69 (4), pp. 419–32.
59. Ruesch J. The Infantile Personality. The Core Problem of Psychosomatic Medicine. *Psychosomatic Medicine*, 1948, 10 (3), pp. 134–144.
60. Sansone R.A., Wiederman M., Sansone L. Adult Somatic Preoccupation and its Relationship to Childhood Trauma. *Violence & Victims*, 2001, 16, pp. 39–47.
61. Schindler A., Bröning S. A Review on Attachment and Adolescent Substance Abuse: Empirical Evidence and Implications for Prevention And Treatment. *Substance Abuse*, 2014, 36 (3), pp. 304–313.
62. Schindler A., Thomasius R., Petersen K., et al. Heroin as an Attachment Substitute? Differences in Attachment Representations Between Opioid, Ecstasy and Cannabis Abusers. *Attachment & Human Development*, 2009, 11 (3), pp. 307–330.
63. Selye H. *The Stress of Life*. N.Y.: McCrawHill book Co., 1956. 320 p.
64. Smeets T. Autonomic and Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Stress Resilience: Impact of Cardiac Vagal Tone. *Biological Psychology*, 2010, 84 (2), pp. 290–295.
65. Smyth N., Thorn L., Oskis A., et al. Anxious Attachment Style Predicts an Enhanced Cortisol Response to Group Psychosocial Stress. *Stress*, 2015, 18 (2), pp. 143–148.
66. Sockalingam S., Cassin S., Hawa R., et al. Predictors of Post-Bariatric Surgery Appointment Attendance: The Role of Relationship Style. *Obesity Surgery*, 2013, 23 (12), pp. 2026–2032.
67. Spertus I., Yehuda R., Wong C., et al. Childhood Emotional Abuse and Neglect as Predictors of Psychological and Physical Symptoms in Women Presenting to a Primary Care Practice. *Child Abuse & Neglect*, 2003, 27, pp. 1247–1258.
68. Stalker C.A., Davies F. Attachment Organization and Adaptation in Sexually-Abused Women. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1995, 40, pp. 234–240.
69. Stanton S.C.E., Campbell L. Psychological and Physiological Predictors of Health in Romantic Relationships: An Attachment Perspective. *Journal of Personality*, 2013, 82 (6), pp. 528–38.
70. Stanton S.C.E., Campbell L. Perceived Social Support Moderates the Link Between Attachment Anxiety and Health Outcomes. *Plos One*, 2014, 9 (4), e95358.
71. Stuart S., Noyes R. Attachment and Interpersonal Communication in Somatization. *Psychosomatics*, 1999, 40, pp. 34–43.
72. Styron T., Janoff-Bulman R. Childhood Attachment and Abuse: Long-Term Effects on Adult Attachment, Depression and Conflict Resolution. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21, pp. 1015–1023.
73. Taylor R.E., Marshall T., Mann A., et al. Insecure Attachment and Frequent Attendance in Primary Care: A Longitudinal Cohort Study of Medically Unexplained Symptom Presentations in Ten UK General Practices. *Psychological Medicine*, 2012, 42 (4), pp. 855–864.
74. Waldinger R.J., Schulz M.S., Barsky A.J., et al. Mapping the Road from Childhood Trauma to Adult Somatization: The Role of Attachment. *Psychosomatic Medicine*, 2006, 68, pp. 129–135.
75. Wilkinson L.L., Rowe A.C., Bishop R.J., et al. Attachment Anxiety, Disinhibited Eating, and Body Mass Index in Adulthood. *International Journal of Obesity*, 2010, 34 (9), pp. 1442–1445.
76. Zachrisson H.D., Skårderud F. Feelings of Insecurity: Review of Attachment and Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 2010, 18 (2), pp. 97–106.
77. Zeinali A., Sharifi H., Enayati M., et al. The Mediation Pathway among Parenting Styles, Attachment Styles and Self-Regulation with Addiction Susceptibility of Adolescents. *Journal of Research in Medical Sciences*, 2011, 16 (9), pp. 1105–21.