

Влияние привязанности на социально-психологическую адаптацию и ее динамику в процессе лечения у больных юношеского возраста с шизотипическим расстройством

Гусева О.В.¹, Коцюбинский А.П.¹, Звенигородская Ю.Д.²

¹ Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

² ГБУ «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов» Выборгского района, Санкт-Петербург, Россия

Резюме. Цель. Исследование влияния качества привязанности (на основе анализа ее репрезентации) на социально-психологическую адаптацию больных юношеского возраста с шизотипическим расстройством.

Материал и методы. Обследовано 41 человек юношеского возраста, с неврозоподобным вариантом шизотипического расстройства [F 21.3]. Все респонденты были ранжированы на две группы по типу репрезентации привязанности к матери: («надежная привязанность» и «ненадежная привязанность»). Использовалась батарея из 6 тестов: опросник ССП (Лазарус Р., Фолкман С., 1988); тест «Индекс жизненного стиля» (Плутчик Р., Келлерман Х., 1979, в адапт. Вассермана Л.И. и др., 1998), опросник привязанности к матери (Яремчук М.В., 2005; в модификации: Алмазова О.В., Бурменская Г.В., 2015), симптоматический опросник SCL-90R (Derogatis et al., 1976), интегративный тест тревожности ИТТ (Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., 2005), шкала оценки социального функционирования больных (Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С. и др., 2013). Изучались особенности защитно-совладающего поведения пациента, его текущий симптоматический статус, показатели личностной и ситуативной тревожности, особенности взаимодействия с врачом и динамика показателей социальной адаптации в процессе лечения.

Результаты. Выявлена взаимосвязь репрезентации ненадежного типа привязанности к матери у больных с шизотипическим расстройством и устойчивых нарушений у них в сфере взаимоотношений с родителями, нарушением эмоциональной регуляции, снижением психологической адаптации в целом. У таких пациентов в процессе лечения выявлены специфические особенности защитно-совладающего стиля поведения, более низкие показатели комплаенса, и более медленные темпы психологического и социального восстановления.

Выводы. По результатам исследования получены данные, свидетельствующие об отрицательном влиянии «ненадежной привязанности» у больных юношеского возраста с шизотипическим расстройством на психологическое восстановление в процессе лечения и социально-психологическую адаптацию пациентов в целом. Представлены психотерапевтические рекомендации.

Ключевые слова: надежная и ненадежная привязанность, шизотипическое расстройство, психологическая адаптация, восстановительное лечение, юношеский возраст.

Информация об авторах:

Гусева Ольга Васильевна — e-mail: lev_olga@list.ru; <http://orcid.org/0000-0001-8909-9550>

Коцюбинский Александр Петрович — e-mail: ak369@mail.ru; <http://orcid.org/0000-0002-4826-9688>

Звенигородская Юлия Дмитриевна — e-mail: somtarakatun@mail.ru; <http://orcid.org/0000-0002-0487-4392>

Как цитировать: Гусева О.В., Коцюбинский А.П., Звенигородская Ю.Д. Влияние привязанности на социально-психологическую адаптацию и ее динамику в процессе лечения у больных юношеского возраста с шизотипическим расстройством. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева.* 2021;55:3:89-100. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2021-55-3-89-100>.

Influence of attachment on socio-psychological adaptation and its dynamics in the course of treatment in adolescent patients with schizotypal disorder

Guseva OV¹, Kotsubinsky AP¹, Zvenigorodskaya JD²

¹V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, St.Petersburg, Russia,

²The state budgetary institution, center for social rehabilitation of disabled people, Vyborg district of St. Petersburg, Russia

Summary. Purpose. Study of the influence of attachment quality (based on the analysis of its representation) on the results of treatment and socio-psychological adaptation of adolescent patients with schizotypal disorder.

Materials and Methods. 41 adolescents with pseudoneurotic type of schizotypal disorder were surveyed [F 21.3]. All respondents were divided into two groups based on the type of early attachment to mother («reliable attachment» and «unreliable attachment»). A battery of 6 tests was used: a questionnaire for studying of coping-behavior ways (Lazarus R., Folkman C., WCQ, The Ways of Coping Questionnaire, 1988); test LSI, Life style index Plutchik R., Kellerman H., 1979 (in adapt. Wasserman L. I., etc., 1998), the modified questionnaire of attachment (Yaremchuk M. V., 2005; in modific. Almazova O.V., Burmenskaya G.V., 2015), SCL-90R («Symptom Check List-90-Revised»; Derogatis, Rickels, Rock, 1976), integrative anxiety test (Bizyuk A.P, Wasserman L.I., Iovlev B.V., 2005), scale of assessment of social functioning of patients (Kotsyubinsky A.P., Sheinina N.S., etc. 2013). Studied were the features of protectively-adaptive behavior and the actual psychological symptomatic status, indicators of personal and situational anxiety, as well as features of contact with the doctor, and dynamics of indicators of social adaptation during treatment.

Results. Confirmed the relationship of representation unreliable type of attachment to the mother, in patients with schizotypal disorder, and sustained violation in the sphere of relationships with parents, disorders of emotional regulation, reduce psychological adaption in general. In such patients, during the treatment process, lower compliance indicators, specific features of the protective-coping style of behavior, as well as slower rates of psychological and social recovery were revealed.

Conclusion. According to the results of the study, data indicating the negative impact of unreliable attachment in adolescent patients with schizotypal disorder on psychological recovery during treatment and socio — psychological adaptation of patients in general were obtained. Psychotherapeutic recommendations are presented.

Keywords: reliable and unreliable attachment, schizotypal disorder, psychological adaptation, social functioning, rehabilitation treatment, young age.

Information about the authors:

Olga V. Guseva — e-mail: lev_olga@list.ru; <http://orcid.org/0000-0001-8909-9550>

Alexander P. Kotsubinsky — e-mail: ak369@mail.ru; <http://orcid.org/0000-0002-4826-9688>

Julia D. Zvenigorodskaya — e-mail: somtarakatun@mail.ru; <http://orcid.org/0000-0002-0487-4392>

To cite this article: Guseva OV, Kotsubinsky AP, Zvenigorodskaya JD. Influence of attachment on socio-psychological adaptation and its dynamics in the course of treatment in adolescent patients with schizotypal disorder. *V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2021;55:3:89-100. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2021-55-3-89-100>.

Первичная привязанность ребенка к матери, согласно Дж. Боулби [3], обусловлена его потребностью в защите и безопасности и является сложной системой, основанной на внутренней её регуляции, которая активизируется и закрепляется в течение первых двух лет жизни, определяя в дальнейшем стиль взаимоотношений взрослого человека с другими. Качество привязанности определяется чувствительностью, отзывчивостью и доступностью матери (фигуры привязанности), её способностью точно и своевременно удовлетворять потребности младенца; однако главным является то уникальное по степени глубины и интимности общение с младенцем, в котором аккумулируются все аффективные, телесные и социальные взаимодействия в системе мать-дитя. Сложившаяся система привязанности в диаде мать-ребенок актуализирует

ся в ситуации стресса, что проявляется во включении эмоциональных, когнитивных и поведенческих компонентов реагирования ребенка с последующим снятием его напряжения в результате успокаивающего и защищающего отклика матери (или другого воспитывающего лица) [3, 4, 20]. М. Ainsworth [27,28] разработана методика определения типа привязанности у детей, основано выделение ведущих типов: «безопасный, надежный «тип привязанности, и «ненадежные, небезопасные варианты привязанности («избегающий», тревожно-амбивалентный», «дезорганизованный»). Типология привязанности основана на дифференциации эмоциональных и поведенческих реакций детей раннего возраста при повторных коротких эпизодах разлучения/воссоединения с матерью в экспериментальной ситуации.

В многочисленных исследованиях подтверждена взаимосвязь качества привязанности в детстве с доверием и открытостью в отношениях с другими во взрослой жизни, восприятием образа себя и образа окружающих, с формированием у этих индивидуумов способности преодолевать жизненные кризисы [1,2, 29,31]. Ненадежные (небезопасные) варианты привязанности в младенчестве предполагают большую общую психическую уязвимость во взрослом возрасте, использование менее адаптивных способов совладания со стрессом и сложности в построении межличностных отношений [7, 18, 19]. По мере взросления паттерны привязанности модифицируются, становятся более сложными и избирательными, переносятся с родителей на сверстников, партнеров романтических отношений и других значимых лиц [14, 18, 26]. Привязанность взрослых лиц выражается в поиске эмоциональной близости и ее поддержания с одним человеком (или несколькими), которые обеспечивают субъективное ощущение безопасности, доверия и поддержки, особенно в критических жизненных ситуациях. Одни авторы трактуют эти феномены как вторичную привязанность [20], «стиль привязанности» [36], не подвергая сомнению решающую роль раннего детского опыта для такого стиля у взрослой личности [21] и подчеркивая устойчивый и долговременный характер влияния паттернов ранней привязанности. Существует и другая точка зрения, согласно которой привязанность взрослого качественно другая, т.к. отличается от привязанности в раннем детстве способностью к сознательной регуляции поведения в значимых отношениях [6].

П. Криттенден [14], в отличие от Дж. Боулби, рассматривает привязанность в виде паттернов не столько эмоциональных взаимоотношений с другими, сколько обработки информации и выработки ребенком стратегии самозащиты, с позиции эффективности избегания опасности и приспособления к условиям среды. При этом формирование привязанности не ограничивается детским периодом, а продолжается до подросткового периода, причем, ее качество, в зависимости от внешних условий, подвержено трансформации в течение жизни. П. Криттенден [14] выделяет три основных типа привязанности («сбалансированная», «отстраняющая», «поглощенная») с многочисленными дополнительными подтипами, дифференциация которых обусловлена особенностями взаимоотношений с первичными фигурами привязанности, использованием разных источников информации (когнитивных и аффективных), а также индивидуальными особенностями способов ее обработки.

В работах П. Фонаги [23], посвященных формированию привязанности в детстве, ведущее значение придается процессам «ментализации», т.е. способности вчувствоваться, предугадывать и постигать свой внутренний мир и мир другого, которая формируется младенцем на основе отраженной реакции фигуры привязанности на его внутреннее психическое состояние. По мнению

автора, эти процессы могут подвергаться «искажению» или «торможению», если значимые фигуры привязанности в раннем детстве оказались недостаточно чуткими, невнимательными или мало эмпатичными. У взрослого, имевшего опыт подобных отношений в детстве, вряд ли сможет сформироваться надежная привязанность.

М. Main, R. Goldwyn, [35] были разработаны методы изучения привязанности у взрослых на основе анализа репрезентаций привязанности [Adult Attachment Interview — AAI], т.е. представлений, мыслей, воспоминаний, эмоционального опыта взаимодействия с главным лицом привязанности в раннем детстве. Согласно М. Мэйн [35], «внутренние рабочие модели» привязанности представлены психическими репрезентациями, содержащими когнитивные и аффективные компоненты, которые сформированы на основе обобщения репрезентаций событий, существующих вне сознания и наделены определенной стабильностью, причем некоторыми авторами подчеркивается значение глубинной и семантической памяти в их формировании [20]. М. Мэйн у взрослых были выделены варианты привязанности, соотносимые с таковыми в раннем детстве: 1. «автономный» (надежный); 2. «дистанцированный/избегающий» (ненадежный); 3. «тревожный/озабоченный» (ненадежный).

По мнению ряда исследователей [5], методика М. Мэйн [AAI] позволяет дифференцировать выборки как здоровых, так и лиц с той или иной психопатологией.

В последующие годы последовала разработка огромного количества инструментов диагностики привязанности, как зарубежных, так и отечественных, что обусловлено необходимостью исследования самых разных возрастных групп; клинических групп и групп здоровых лиц. При этом диагностика типологии привязанности вышла за рамки описания четырех классических вариантов как в сторону усложнения (с добавлением различных индексов и градаций, и с указанием степени выраженности ненадежных вариантов привязанности), так и в сторону трансформации сложного конструкта до дихотомии «надежная/ненадежная» привязанность, что особенно важно при клиническом подходе. В значительном числе исследований признано целесообразным ограничиться при изучении привязанности у взрослых лиц двумя дифференцированными её вариантами, а именно — «надежной» (безопасной) и «ненадежной» (небезопасной) привязанности [2, 6, 7, 36].

Сформировано представление, что ненадежный тип привязанности в раннем детстве, в совокупности с генетически детерминированной уязвимостью, может усиливать сенсibilизированную готовность индивида к возникновению психических расстройств [5, 7, 19, 34].

Высказывается предположение, что психическое заболевание, выступающее в качестве сложного многокомпонентного стресса, активирует систему привязанности, а ее проявления в варианте изначально имеющегося ненадежного типа, с за-

труднением межличностного функционирования и адаптации, ухудшают прогноз течения заболевания. С другой стороны, M Mikulincer, Ph. R. Shaver [36] подчеркивают, что ранний негативный эмоциональный опыт (изоляция или разлучение, пренебрежение вплоть до отвержения и др.) оказывает такое сильное и долговременное влияние, что может стать причиной утяжеления развившегося впоследствии психического расстройства. Многочисленные корреляционные исследования выявили существование взаимосвязи между ненадежной (небезопасной) привязанностью с различными формами пограничной психопатологии: личностные расстройства с агрессивным поведением [19], личностные расстройства с диссоциативными и нарциссическими нарушениями [34], ПТСР [9], расстройства пищевого поведения [33], развитие химических зависимостей, суицидальные тенденции [22], непсихотические депрессии [3,5,14]. При изучении репрезентации привязанности у взрослых лиц с психическими заболеваниями Д. Дороднов [5] обнаружил корреляцию между типом привязанности и степенью утяжеления психической патологии (в диапазоне от непсихотической депрессии до психотической шизофрении). В целом, в работах по изучению привязанности у взрослых обнаружено, что в клинических группах, по сравнению с группами здоровых лиц, отмечается преобладание случаев ненадежных репрезентаций привязанности (в частности, «избегающий» тип 41%, «озабоченный» тип 46%, надежный тип 13%) [5].

Шизотипическое расстройство представляет особый интерес для изучения, поскольку представляет собой некий континуум психопатологической симптоматики непсихотического уровня (требующей, тем не менее, отграничения от невротических расстройств), непрерывного течения заболевания, значительной резистентности к психофармакологической терапии [8, 12, 17, 24]. В клинической картине и течении заболевания, сочетаются: а) непсихотический уровень психопатологической симптоматики (требующей дифференциальной диагностики с невротическими заболеваниями) со своеобразием восприятия, когнитивно-волевой, коммуникативной сферы и заметным снижением социально — психологической адаптации; б) тенденция к непрерывному течению заболевания и его значительная резистентность к психофармакологической терапии; в) значительная вовлеченность в клиническую «ткань» психопатологической симптоматики личностных переживаний в форме ранимости и тревожности, снижения самооценки [16]. В большинстве исследований, касающихся шизотипических расстройств, отмечены особенности детско-родительских отношений у этих пациентов на ранних этапах их развития [11, 17], а у лиц подростково-юношеского возраста — отчетливое преобладание личностного компонента (по сравнению с когнитивным дефицитом) в формировании социальной дезадаптации [10]. Отмеченные особенности побуждают к уточнению и по-

иску у лиц юношеского возраста с шизотипическим расстройством дополнительных (кроме общеизвестных генетических, общесредовых и семейных факторов) психологических механизмов развивающейся у них социальной дезадаптации.

В исследовании репрезентации привязанности у больных шизотипическим расстройством юношеского возраста [7] установлено преобладание, по сравнению со здоровыми лицами, ненадежного типа привязанности. Обследованы респонденты юношеского возраста (51 человек): лица из здоровой популяции (30 человек) и больные шизотипическим расстройством с неврозоподобным вариантом (21 человек), с использованием в качестве диагностического инструмента опросника М.В. Яремчук (2005), [26] модифицированного и валидизированного О.В. Алмазовой, Г.В. Бурменской (2015), [2] и ориентированного на лиц юношеского возраста.

Н.В. Юричиной [25] изучалось значение психического диатеза для социально-психологической адаптации взрослых больных шизотипическим расстройством и взаимосвязи формы психического диатеза с типом детско-родительской привязанности. Выявлена достоверная положительная взаимосвязь ненадежной привязанности с ранними, до 7 лет ребенка, проявлениями эпизодической формы психического диатеза («неспецифические нарушения сна», «психомоторные нарушения» — навязчивые движения, заикание и др., «сверхценные страхи»), и отрицательная корреляционная взаимосвязь с его поздними эпизодическими проявлениями, наблюдаемыми в возрасте 7-10 лет («особые диссомнические нарушения», «шизотропные нарушения» — в виде кратковременных рудиментов психотических расстройств). При этом не установлено взаимосвязи привязанности с другими, более поздними проявлениями психического диатеза — фазной и константной формами.

Завершая анализ данных литературы по теме исследования, можно высказать гипотетическое предположение (требующее проверки и подтверждения), что влияние ненадежной привязанности в детстве (характер ранних взаимоотношений в системе мать-младенец), формирующих индивидуальные стереотипы реагирования будущего пациента на социальные стрессоры: а) оказывается взаимосвязанным с эпизодическим психическим диатезом (неспецифическими функциональными проявлениями предболезни, то есть предиспозицией к заболеванию); б) отчетливо проявляется на этапе ранней социализации будущих больных шизотипическим расстройством, снижая потенциал их адаптационных возможностей; в) на последующих этапах взросления, при формировании более «эндогенно окрашенных» фазных и константных проявлений психического диатеза, влияние ненадежной привязанности в детстве может внешне нивелироваться, однако при возникновении эндогенной психопатологии (являющейся результатом уязвимость-диатез-стрессового характера психического расстройства), ненадежная

привязанность в детстве может рассматриваться как один из негативных факторов, ухудшающих социальную адаптацию пациентов.

Актуальность настоящей работы обусловлена крайне немногочисленными исследованиями, в которых было бы представлено сопоставление качества ранней детской привязанности и определенных видов эндогенной психопатологии. Исследований, посвященных специфике проявлений ранней детской привязанности у больных шизотипическим расстройством юношеского возраста и влияния этого фактора на характер взаимоотношений индивида с врачом, комплаенс, динамику социальной адаптации в процессе лечения, практически не имеется.

Цель исследования: изучение влияния качества ранней детской привязанности к матери социально — психологическую адаптацию и ее динамику в процессе лечения у больных юношеского возраста с шизотипическим расстройством (на основе анализа репрезентации привязанности).

Материал и методы. Выборку исследования составили больные юношеского возраста с неврозоподобным вариантом шизотипического расстройства [F 21,3] — 41 человек. Средний возраст составил 22,3 года, из них 24 мужчин и 17 женщин. Исследование проведено на базе отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. В соответствии с задачами исследования, у каждого респондента определялся тип привязанности к матери; в дальнейшем, испытуемые с избегающим и тревожно-амбивалентным типом привязанности были объединены в одну категорию «ненадежная привязанность», в то время как вторую категорию «надежная привязанность» составили испытуемые с надежным типом привязанности.

Все анализируемые параметры: особенности защитно-совладающего поведения, текущий симптоматический статус, показатели личностной и ситуативной тревожности, особенности взаимодействия с врачом в процессе лечения, динамика показателей социально — психологической адаптации в процессе лечения — сопоставлялись с выявленным типом привязанности

Использовался комплекс методик: опросник для изучения способов совладающего поведения ССП (Р. Лазарус, С Фолкман [WCQ, The Waysof Coping Questionnaire, 1988], методика для выявления механизмов психологической защиты «Индекс жизненного стиля» — LSI, Life style index [R. Plutchik, H. Kellerman, H.R. Conte, 1979; в адапт. Вассерман Л.И. и др., 1998], модифицированный опросник привязанности к матери для старших подростков [Яремчук М.В., 2005; в модификации Алмазовой О.В., Бурменской Г.В., 2015], симптоматический опросник SCL-90-R [«Symptom Check List-90-Revised»; Derogatis, Rickels, Rock, 1976], интегративный тест тревожности ИТТ [Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., 2005], шкала оценки социального функционирования больных [Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С. и др., 2013].

Ограничения исследования: Результаты получены на конкретной выборке пациентов юношеского возраста (с клиническим диагнозом F21,3 по МКБ — 10), с использованием инструментов диагностики привязанности, ориентированных на данную возрастную группу; и они с осторожностью могут быть экстраполированы на другие возрастные группы больных шизотипическим расстройством.

Математико-статистические методы обработки данных проводились с помощью программы SPSS. Использовались: критерий Шапиро-Уилка для проверки нормальности распределения. Достоверность различий показателей определялась при помощи критерия χ^2 -Пирсона, критерия U-Манна-Уитни. Использовался непараметрический t-критерий Стьюдента для зависимых и независимых выборок, критерий Н-Краскела-Уоллеса, метод Холма-Бонферрони для множественных сравнений. Взаимосвязь переменных определялась с помощью корреляционного (коэффициент корреляции Спирмена) и факторного анализа.

Процедура исследования. Информационной базой исследования явились медицинские сведения о 41 больном юношеского возраста (от 18 до 25 лет включительно) с неврозоподобным вариантом шизотипического расстройства [F21.3] по МКБ-10. Лечащий врач оценивал (с последующей фиксацией результатов в специально разработанном бланке): а) уровень социальной адаптации до и после восстановительного лечения, для чего использовалась категориально валидизированная шкала оценки функционирования больных в разных социальных сферах [13]; б) качество терапевтического контакта при взаимодействии с больным и уровень комплаенса — по специально разработанной для этих целей трехуровневой шкале, где оценка 3 соответствовала высокому уровню, 2 — среднему уровню, 1 — низкому уровню.

Результаты исследования. У больных шизотипическим расстройством в 56% (23 человека) обнаружен ненадежный тип привязанности к матери, и у 43% (18 человек) — надежный. Было выявлено, что ненадежный тип привязанности значительно преобладал у мужчин, а у женщин значительно доминировал надежный тип привязанности.

При изучении особенностей копинг-поведения было выявлено, что больные шизотипическим расстройством, вне зависимости от типа привязанности, используют «избегание» как основную копинг-стратегию при одновременном снижении стратегии «планирование решения проблемы». Однако лица с *ненадежным* типом привязанности обнаруживают достоверно более частое использование такой копинг-стратегии, как «принятие ответственности» ($52,9 \pm 23,46$ и $65,9 \pm 18,6$; $p \leq 0,05$); у лиц с *надежным* типом привязанности данная копинг-стратегия выражена на среднем уровне.

По результатам теста SCL-90-R больные шизотипическим расстройством (ШР) с *ненадежным* типом привязанности показали более высокие результаты, по сравнению с нормативными данными

ми, почти по всем шкалам. При этом наиболее выраженными оказались такие шкалы, как: PDSI (индекс личного симптоматического дистресса), «навязчивости», «сенситивность», «депрессивность», «тревожность» и «паранояльность». У испытуемых с *надежным* типом привязанности отчетливо выражены те же шкалы, за исключением низких показателей шкалы «паранояльность». Однако, выявленные различия не достигали уровня статистической значимости.

При исследовании уровня ситуативной и личностной тревожности было выявлено, что больные ШР с *ненадежным* типом привязанности обнаруживают повышенный уровень как ситуативной, так и личностной тревожности, в то время как результаты испытуемых с надежным типом привязанности находятся в диапазоне значений, соответствующих верхней границе нормы. Однако выявленные различия имеют уровень статистической тенденции по шкале «ситуативная тревожность» ($5,94 \pm 2,18$ и $7,08 \pm 1,99$; $p=0,089$)

При исследовании механизмов психологической защиты (МПЗ) было установлено, что больные шизотипическим расстройством, вне зависимости от типа привязанности, используют в качестве основного, — МПЗ «регрессия». Однако, при сопоставлении показателей подгрупп по признаку привязанности, оказалось, что у больных ШР с *ненадежным* типом привязанности, основным, значительно преобладающим на высоком уровне статистической значимости ($41,22 \pm 16,78$ и $66,18 \pm 22,06$; $p \leq 0,000$), является МПЗ «замещение».

При проведении корреляционного анализа (использовался коэффициент корреляции r-Спирмена) между показателями по четырем ме-

тодикам (SCL-90- R, ИЖС, ССП, ИТТ) было выявлено, что показатель «привязанность» значимо ($r = -0,537$; $p < 0,01$) связан с показателем «замещение», при этом данная связь является обратной, двухсторонней: чем ниже качество привязанности, тем выше уровень «замещения», и наоборот. В свою очередь, «замещение» связано корреляционной связью на высоком уровне значимости с «подавлением» ($r = 0,534$; $p < 0,01$) и «враждебностью» ($r = 0,435$; $p < 0,01$), а также значимой связью с показателями «компенсация» ($r = 0,382$; $p < 0,05$), «регрессия» ($r = 0,361$; $p < 0,05$) и «паранояльность» ($r = 0,342$, $p < 0,05$).

На Рис.1 указаны ведущие взаимосвязи ненадежного типа привязанности с МПЗ «замещение» и «подавление», показателем «враждебность» (SCR-90-R).

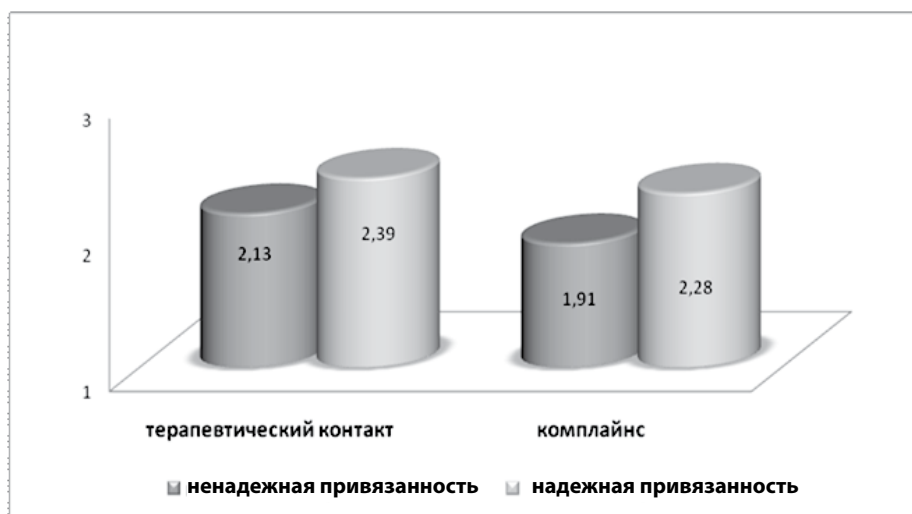
Такие показатели, как личностная и ситуативная тревожность, различия между которыми были выделены ранее, при проведении корреляционного анализа выступают довольно обособленно и не связаны с другими показателями приспособительного поведения.

Оценка эффективности восстановительного лечения у больных шизотипическим расстройством складывалась из нескольких показателей: уровня терапевтического контакта с лечащим врачом и комплаенса больного, а также сопоставления уровня социальной адаптации по критериям шкалы функционирования [13] «до» лечения и «после» лечения. Лечащий врач оценивал два параметра взаимодействия с больным: уровень терапевтического контакта и комплаенс. Хороший терапевтический контакт предполагал — высокий уровень доверия, открытости, заинтересованность пациен-



«Рис. 1. Корреляционная связь ненадежной привязанности с различными факторами приспособительного поведения у больных шизотипическим расстройством»

«Fig.1. Correlation of unreliable attachment with various factors of adaptive behavior in patients with schizotypal disorder»



«Рис. 2. Уровень терапевтического контакта с лечащим врачом и комплаенса у больных шизотипическим расстройством»

«Fig.2. The level of therapeutic contact with a doctor and compliance in patients with schizotypal disorder»

та в создании эффективных отношений сотрудничества с лечащим врачом. Высокий уровень комплаенса предполагал — высокий уровень согласия при взаимодействии с лечащим врачом, выполнение установленных рекомендаций по медикаментозной терапии и режиму лечения.

Было установлено, что больные (ШР) *ненадежным* типом привязанности обнаруживают большие затруднения при построении контакта с лечащим врачом, а также более низкий уровень комплаенса (выявленные различия имеют уровень статистической тенденции по шкале комплаенса). (Рис.2).

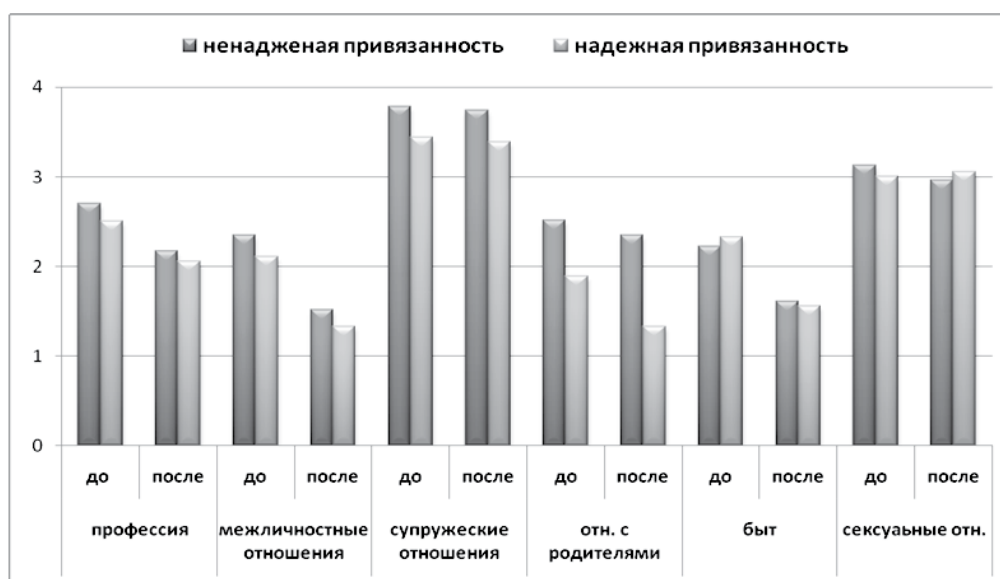
Нарушения комплаенса у больных с *ненадежным* типом привязанности проявляются в несоблюдении рекомендаций лечащего врача (самостоятельное изменение дозы, прекращение приема лекарственного препарата, экспериментирование с поисками более эффективной медикации путем отказа от приема через несколько дней или превышения дозы в целях «ускорения» выздоровления, злоупотребление лекарством, нетерпимость к малозначимым побочным эффектам и пр.), а также в установке подвергать сомнению рекомендации лечащего врача. Больные с низким уровнем комплаенса не заинтересованы в доверительном контакте с лечащим врачом, держатся более замкнуто, подозрительно, что сказывается на результатах восстановительного лечения.

При оценке эффективности восстановительного лечения было выявлено, что больные с *ненадежным* типом привязанности показывают улучшение социального функционирования по трем шкалам оценки функционирования больных в разных социальных сферах [13]: «профессиональная деятельность» ($p < 0,005$), «межличностные отношения» и «активность в быту» ($p < 0,0001$). Одновременно они выявляли выраженные затруднения в сфере «отношения с родителями», которые не поддавались корректировке в процессе лече-

ния. В то же время у больных с *надежным* типом привязанности значимая положительная динамика прослеживается практически по всем шкалам: «профессиональная деятельность» ($p < 0,005$), «межличностные отношения» ($p < 0,0001$), «отношения с родителями» ($p < 0,005$), «активность и самостоятельность в быту» ($p < 0,005$). (Рис. 3).

Для выявления структуры взаимосвязей между переменными был проведен факторный анализ; использовался метод выделения главных компонент с нормализацией Кайзера; было извлечено 5 факторов с собственными значениями больше единицы. Для больных шизотипическим расстройством первым выделенным был фактор — «Синдром психологической симптоматики», выступающий изолированно. Фактор включает все 12 позиций шкалы SCL-90-R, не имеет взаимосвязей с другими переменными и рассматривается вне связи с приспособительным поведением и паттернами привязанности. Эти данные подтверждают многочисленные исследования о слабой взаимосвязи продуктивной (при шизотипическом расстройстве — это неврозоподобная) психопатологической симптоматики и социального функционирования в отличие от связи негативной симптоматики (в частности — проявлений нейро-когнитивного дефицита) с социальным восстановлением.

Следующие три фактора выделены на основании сочетания ведущих МПЗ и копинг-стратегий и также не имеют взаимосвязи с переменной «привязанность». Эти факторы названы нами: «социальный или гиперсоциальный вариант взаимодействия с другими», «пассивно — зависимый вариант взаимодействия с другими», «тревожно — избегающий вариант взаимодействия с другими». Они определяют у больных ШР юношеского возраста ведущие варианты построения межличностного взаимодействия с другими и четко соотносятся с ранее выделенными А.П. Коцюбинским с со-



«Рис.3. Результаты социальной адаптации до и после восстановительного лечения у больных шизотипическим расстройством в зависимости от типа привязанности»
 «Fig.3. The results of social adaptation before and after treatment in patients with schizotypal disorder, depending on the type of attachment»

авт.[12] вариантами приспособительного поведения у больных шизофренического спектра: «продуктивным», «пассивным, рентным» и «тревожно — ипохондрическим». Подобное соответствие и воспроизводимость (при различных методах исследования) подтверждают универсальный характер выделенных приспособительных вариантов, обусловленных клинико-психопатологическими и личностными характеристиками больных шизофренического спектра, и о нивелировании ими различий, обусловленных привязанностью.

Пятый выделенный фактор обозначен нами как «эмоционально — напряженный тип взаимодействия с другими». Он включает переменную «привязанность» со знаком «минус», т.е. «ненадежный вариант» (- 0, 537), МПЗ «замещение» (0,854), «подавление» (0,670), компенсацию» (0,567) и копинг — стратегию «принятие ответственности» (0,420). Таким образом, определяющая этот фактор «ненадежная привязанность» взаимосвязана преимущественно с такими МПЗ, как «замещение», «подавление» и «компенсация», которые, в основном, служат цели регуляции аффектов — депрессии, тревоги, раздражения, гнева [25].

Обсуждение. На основании анализа репрезентаций привязанности в группе больных шизотипическим расстройством юношеского возраста было выявлено преобладание ненадежного типа привязанности, что совпадает с данными ряда исследований, изучавшими феномены привязанности у больных с эндогенными психическими расстройствами [5,7, 25]. Этот факт может свидетельствовать о том, что лица с ненадежным типом привязанности более уязвимы и больше подвержены к возникновению различного рода психопатологии.

У больных шизотипическим расстройством с надежным и ненадежным типом привязанности не было получено значимых различий по шкалам симптомного опросника, опосредованно дающего информацию о психопатологической симптоматике, а также отражающего интенсивность наличествующего дистресса (SCL-90-R). Можно предположить, что в случае развития заболевания текущая психопатологическая симптоматика заболевания нивелирует и «перекрывает» индивидуальные реакции и сенсibilizированность к дистрессу, обусловленные преморбидной уязвимостью. Именно в связи с этим у больных шизотипическим расстройством с надежным и ненадежным типом привязанности не было получено значимых различий по шкалам, связанным с интенсивностью наличного в настоящий момент дистресса и спецификой его проявления.

При исследовании механизмов психологической защиты у больных ШР с ненадежным типом привязанности было выявлено преобладание на высоком уровне статистической значимости МПЗ «замещение». Действие этого защитного механизма проявляется в разрядке подавленных эмоций (тревоги или враждебности, гнева), путем переадресации реакции на другой объект или на самого себя (вариант «смещения объекта»). Кроме того, возможна трансформация чувств (вариант «смещения чувств», например, неудовлетворенная потребность в любви замещается на ненависть). Можно утверждать, что у больных ШР с ненадежной привязанностью в юношеском возрасте сохраняется фрустрирующая ситуация неудовлетворенности родителем и другими субъективно значимыми лицами (друг, партнер, учитель), необходимыми как объект для реализации

отношений. В результате, с одной стороны, им подсознательно требуется объект для реализации эмоциональных отношений высокого уровня безопасности и защиты, а с другой стороны — тревога, недоверие, трудности нахождения баланса «близости-дистанции», затруднения в регуляции своих эмоций не позволяют выстроить такие отношения.

Представляется обоснованным предположение о том, что больные с ненадежным типом привязанности к матери склонны транслировать присутствие им МПЗ данного типа на взаимодействие с другими значимыми фигурами, например с лечащим врачом, что затрудняет построение продуктивных диадных отношений в лечебном процессе и отражается на формировании комплаенса. Указанные констелляции соотносятся с данными обзора исследований (проведенных вне рамок концепции привязанности) о корреляции терапевтического альянса в системе врач-больной с уровнем комплаенса у больных шизофренией [15]. Однако данное предположение требует уточнения на большей выборке пациентов юношеского возраста с ШР.

Выявленный у больных с ненадежным типом привязанности более высокий уровень ситуативной тревожности можно интерпретировать как снижение адаптации к изменяющимся условиям, т.к. тревога блокирует активность в широком спектре ситуаций социального взаимодействия.

По результатам корреляционного анализа установлено, что некоторые параметры, по которым выявлялись достоверно значимые различия, также значимо связаны в корреляционной плеяде. Основной являлась плеяда: «замещение» — «ненадежный тип привязанности», «подавление», «компенсация», «враждебность». Эти же взаимосвязи подтверждены результатами факторного анализа. Таким образом, использование больными ШР с ненадежной (небезопасной) привязанностью избирательно МПЗ, имеющих целью регуляцию аффекта, можно интерпретировать как отражение эмоциональной дисрегуляции в качестве ведущего феномена, определяющего особенности взаимодействия со значимыми другими и характером выявляемых при этом затруднений.

С помощью «подавления» осуществляется недопущение в сферу сознания болезненных чувств и воспоминаний; «компенсация» реализуется по принципу либо приближения фигуры, вызывающей эмоциональное напряжение путем фантазирования, «отыгрывания ситуации в мечтах» либо ее избегания с целью защиты от снижения самооценки и переживания «комплекса неполноценности», т.е. для поддержания положительного образа «Я». «Замещение» используется для переадресации негативного аффекта на другой объект, менее опасный. Специфика межличностного взаимодействия этих пациентов определяется соотношением и напряженностью отдельных составляющих репертуара МПЗ, недостаточной гибкостью их использования в различающихся конкретных ситуациях, а также дефицитом использования осознанных продуктивных копинг — стратегий.

Заключение. Таким образом, настоящее исследование подтверждает ранее сформулированный тезис М. Mikulincer, Ph. R. Shaver, [36] о наличии огромного количества биологических, психологических и социокультурных факторов, опосредующих взаимосвязи привязанности и психопатологии, а также об обратном процессе — о возможности самого текущего болезненного расстройства разрушать чувства безопасной привязанности.

Подводя итог, можно сделать вывод, что полученные данные согласуются с результатами других опубликованных ранее исследований о взаимосвязи типа привязанности со спецификой общения и социального взаимодействия в целом.

Безусловно, снижение адаптации больных шизотипическим расстройством в первую очередь обусловлено морбидными изменениями эмоционально-волевой и когнитивной сферы, психопатологической симптоматикой, но дополнительно к этому ненадежная привязанность может выступать как отягощающий фактор, привносящий в характерный профиль защитно — совладающего поведения этой когорты эндогенных пациентов (с ведущим МПЗ «регрессия» и ведущей копинг-стратегией «избегание») дополнительные и устойчивые стилевые маркеры. На основании этого, формирование в младенчестве ненадежной привязанности можно рассматривать как дополнительный отрицательный вклад в преморбидную уязвимость будущих больных ШР.

Лица с ненадежной привязанностью, в силу ограничения имеющегося у них адаптационно — компенсаторного потенциала, оказываются психологически уязвимыми к стрессовым ситуациям, часто выполняющим роль триггера при возникновении психических расстройств, а при развитии заболевания — характеризуются более низкими показателями психологического и социального восстановления.

Новым аспектом в исследовании проблемы привязанности (на основе анализа ее репрезентации), является установление взаимосвязи ее качества с особенностями социально — психологической адаптации и ее динамикой в процессе лечения в стационаре у лиц юношеского возраста с шизотипическим расстройством. Установлено, что у больных ШР юношеского возраста, ненадежный тип привязанности входит в комплекс параметров, ассоциирующихся с нарушением эмоциональной регуляции и особым стилем защитно-совладающего поведения, с использованием в качестве ведущих: а) МПЗ «замещение», «подавление», «компенсация»; б) копинг — стратегией «принятие ответственности», связанной с излишней самокритичностью, самообвинением; в) повышенной тревожностью. Сфера наиболее значимых отношений у больных ШР юношеского возраста с ненадежной привязанностью остается стабильно нарушенной и не поддающейся коррекции проводимым фармакологическим лечением: это относится, в первую очередь, к сфере отношений с родителями, а также, к продуктивности взаимодействия с лечащим врачом, и уровню компла-

ентности. В процессе лечения в стационаре больные ШР с ненадежной привязанностью характеризуются более медленным темпом психологического и социального восстановления.

В целях оптимизации лечения больных шизотипическим расстройством юношеского возраста с ненадежной привязанностью целесообразным является проведение индивидуальной психотерапии, сфокусированной на формировании у паци-

ента чувства безопасности и доверия в терапевтических отношениях, а также вмешательств, направленных на изменение репрезентации ранней детской привязанности, улучшение эмоциональной регуляции.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflicts of interest.

Литература / References

1. Авдеева Н.Н. Теория привязанности: современные исследования и перспективы. Современная зарубежная психология. 2017; 6(2):7-14. doi: 10.17759/jmfp.2017060201
Avdeeva NN. Child-Parent Relationship Therapy: Child-Parent Interaction Therapy of Sheila Eyberg (on foreign sources). Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya. 2017; 6(2):7-14. (In Russ).
2. Алмазова О.В. Привязанность к матери, как фактор взаимоотношений взрослых сиблингов: автореферат диссертации на соискание ученой степени к.пс.н. М.: МГУ. 2015:38.
Almazova O.V. Privyazannost' k materi, kak faktor vzaimootnosheniy vzroslykh siblingov: avtoreferat dissertatsii k.p.s.n., M.: MGU. 2015:38. (In Russ).
3. Боулби Дж. (1969) Привязанность (пер. с англ. Н.Г. Григорьевой, Г.В. Бурменской): М.: Гардарики. 2003:477.
Bowlby J. (1969) Privyazannost' (perevod s angl. N.G. Grigoryevoy, G.V. Burmenskoy): M.: Gardariki. 2003:477. (In Russ).
4. Бурменская Г.В. Привязанность ребенка к матери как основание типологии развития. Вестник Московского университета. 2009; 4:17-32.
Burmenskaya GV. Attachment of the child to the mother as the basis of the typology of development. Vestnik moskovskogo universiteta. 2009; 4:17-32. (In Russ).
5. Буххайм А., Дороднов Д., Кехеле Х. Привязанность и депрессивная психопатология у взрослых. Консультативная психология и психотерапия. 2008; 2:72-99 [psyjournal.ru]. Psyjournal; 2008 [процитировано 20 мая 2020]. Доступно: <https://psyjournal.ru/mpj/008/n2/Buhhaim.shtml>
6. Григорова Т.П. Деструктивная привязанность как специфическая категория привязанности во взрослом возрасте. Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова. 2014; 20:148-152.
Grigorova TP. Destructive attachment as a specific category of attachment in adulthood. Vestnik KGU im. N.A. Nekrasova. 2014; 20:148-152. (In Russ).
7. Гусева О.В., Коцюбинский А.П., Звенигородская Ю.Д. Нарушения привязанности как фактор психологической дезадаптации у здоровых и психически больных. Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика. 2016; 4(14). [<http://medpsy.ru/climp/>].
Medpsy.ru; 2016 [процитировано 14 мая 2020]. Доступно: http://medpsy.ru/climp/2016_4_14/article07.php
8. Заякин Ю.Ю., Сединина Н.С., Трегунов Л.З., Шивирев Н.А. Клинические особенности феноменологически сходных состояний при невротических и шизотипических расстройствах. Пермский медицинский журнал. 2011; 28(5):37-41.
Zayakin YuYu, Sedinina NS, Tregubov LZ, Shivirev NA. Clinical features of phenomenologically similar conditions in neurotic and schizotypal disorders. Permskiy meditsinskiy zhurnal. 2011; 28(5):37-41. (In Russ).
9. Калмыкова Е.С., Падун М. А. Качество привязанности как фактор устойчивости к психической травме. Журнал практической психологии и психоанализа. 2002:1. [<http://psyjournal.ru>]. psyjournal.ru; 2002 [процитировано 14 мая 2020]. Доступно: <https://psyjournal.ru/articles/kachestvo-privyazannosti-kak-faktor-ustoychivosti-k-psicheskoy-travme>
10. Кобзова М.П. Динамика когнитивных функций и социальная адаптация у пациентов с шизотипическим расстройством (ШТР). Медицинская психология в России: электронный научный журнал. 2015; 1(30):9. [<http://mprj.ru>]. mprj.ru; 2015 [процитировано 15 декабря 2020]. Доступно: Кобзова М.П. Динамика когнитивных функций и социальная адаптация у пациентов с шизотипическим расстройством (ШТР) / Kobzova M.P. Dynamics of cognitive functions and social adaptation in patients with schizotypal disorder (STD) (mprj.ru)
11. Козловская Г.В., Калинина М.А. Шизотипический диатез в раннем возрасте как предиктор шизофрении. Психиатрия. 2013; 4(60):27-31. Kozlovskaya GV, Kalinina MA. Early schizotypal diathesis as a predictor of schizophrenia. Psikhiaetriya. 2013; 4(60):27-31. (In Russ).
12. Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Аксенова И.О., Шейнина Н.С., Зайцев В.В. Шизофрения: уязвимость-диатез-стресс-заболевание. Санкт-Петербург: Гиппократ+. 2004:336. Kotsyubinskiy A.P., Scorik A.I., Aksenova I.O., Shejnina N.S., Zajcev V.V. Shizofreniya: uyazvimost'-diatez-stress-zabolevaniye. Sankt-Peterburg: Gippokrat+. 2004:336. (In Russ).

13. Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Бурковский Г.В., Аристова Т.А., Бутома Б.Г. Функциональный диагноз в психиатрии. Санкт-Петербург: СпецЛит. 2013: 231.
Kotsyubinskiy A.P., Cheynina N.S., Burkovskiy G.V. Aristova T.A., Butoma B.G. Funktsional'nyy diagnost v psikhiiatrii.: Sankt-Peterburg: SpetsLit;2013:231. (In Russ).
14. Криттенден П. Трансформация отношений привязанности в юности (пер. с англ. К.В. Ягнюка). Журнал практической психологии и психоанализа. 2002; 1:12-15. [<http://psyjournal.ru>]. psyjournal.ru; 2002 [процитировано 15 декабря 2020] Доступно: <https://psyjournal.ru/articles/transformatsiya-otnosheniy-privyazannosti-v-yunosti>
15. Лутова Н.Б., Макаревич О.В. Взаимосвязь параметров терапевтического альянса и типа отношения семьи к лечению у больных шизофренией. Обзорение психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева. 2012; 4:55-59.
Lutova NB, Makarevich OV. Intercorrelation of therapeutic alliance parameters and type of schizophrenic famili relation to treatment. Obzreniye psikhiiatrii i meditsinskooy psikhologii im. V.M. Bekhtereva. 2012; 4:55-59. (In Russ).
16. Малкова Е.Е. Особенности психологических защит и их связь с тревогой у подростков с шизотипическим расстройством. Ученые записки СПбГМУ им. академ. И.П. Павлова. 2011; 18(4):48-49.
Malkova EE. Features of psychological defence types and their relationship with anxiety in adolescents with schizotypal disorder. Uchenyye zapiski SPb GMU im. akadem. I.P. Pavlova. 2011; 18(4):48-49. (In Russ).
17. Макаров И.В. К вопросу о шизотипическом расстройстве у детей. Вопросы психологического здоровья детей и подростков. 2003; 3(2):62-63.
Makarov IV. On the question of schizotypal disorder in children. Voprosy psikhicheskogo zdorov'ya detey i podrostkov. 2003; 3(2):62-63. (In Russ).
18. Павлова О.Н. Теория привязанности. Стили привязанности и особенности ее нарушения. Психологическая наука и образование. 2002; 5:59-64.
Pavlova ON. Attachment theory. Styles of attachment and features of its violation. Psikhologicheskaya nauka i obrazovaniye. 2002; 5:59-64. (In Russ).
19. Пушкарева Т.Н. Основы и клиническое значение материнской привязанности. Журнал практической психологии и психоанализа. 2002; 4:4-8.
Pushkareva TN. The basics and clinical significance of maternal affection. Zhurnal prakticheskoy psikhologii i psikhoanaliza. 2002; 4:4-8. (In Russ).
20. Смирнова Е.О. Теория привязанности: концепция и эксперимент. Вопросы психологии. 1995; 3:139-151. [<http://www.psychlib.ru>]. psychlib.ru; 1995 [процитировано 20 декабря 2020].
Доступно: [http://psychlib.ru/mgppu/periodica/VP031995/Stp-139_150.htm#\\$p139](http://psychlib.ru/mgppu/periodica/VP031995/Stp-139_150.htm#$p139)
21. Тайсон Ф., Тайсон Р. Л. Психоаналитические теории развития. Екатеринбург: Деловая книга; 1998:528.
Tyson Ph., Tyson R.L. Psihoanaliticheskie teorii razvitiya. Yekaterinburg: Delovaya kniga; 1998:528. (In Russ).
22. Федотов И.А. Клинические и аутоагрессивные характеристики алкогольной зависимости у пациентов с различными видами привязанности к родителям: диссертация кандидата медицинских наук. М. 2015:150.
Fedotov I.A. Klinicheskiye i autoagressivnyye kharakteristiki alkogol'noy zavisimosti u patsiyentov s razlichnymi vidami privyazannosti k roditelyam: dissertatsiya kandidata meditsinskikh nauk. M. 2015:150. (In Russ).
23. Фонаги П. Точки соприкосновения и расхождения между психоанализом и теорией привязанности. Журнал практической психологии и психоанализа. 2002; 1:46-58.
Fonagi P. Point of contact and discrepancy between psychoanalysis and attachment theory. Zhurnal prakticheskoy psikhologii i psikhoanaliza. 2002; 1:46-58. (In Russ).
24. Шейнина Н.С., Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Чумаченко А.А. Психопатологический диатез (предвестники психических заболеваний). СПб: Гиппократ; 2008:128.
Cheynina N.S., Kotsyubinskiy A.P., Scorik A.I., Chumachenko A.A. Psikhopatologicheskii diatez (predvestniki psikhicheskikh zabolevaniy). SPb:Gippokrat. 2008:128. (In Russ).
25. Юрицина Н.В. Значение психического диатеза в социально—психологической адаптации больных шизотипическим расстройством. Дипломная работа СПбГУ. СПб. 2016:94.
Yuricina N.V. Znacheniye psikhicheskogo diateza v sotsial'no -psikhologicheskoy adaptatsii bol'nykh schizotipicheskim rasstroystvom. Diplomnaya rabota SpbGU. SPb: 2016:94. (In Russ).
26. Яремчук М. В. Особенности привязанности в детско-родительских отношениях и отношениях любви у старших подростков. Психологическая наука и образование. 2005; 3:86-94.
Yaremchuk MV. The attachment's perculiarities in child-and-parents and in love relations of senior teenagers. Psikhologicheskaya nauka i obrazovaniye. 2005; 3:86-94. (In Russ).
27. Ainsworth MDS. Attachments beyond infancy. American Psychologist. 1989; 44(4):709-716.
28. Ainsworth MDS. Infant-mother attachment. American Psychologist. 1979; 34:932-937.
29. Bartholomew K, Horovitz LM. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. Journal of Personality and Social Psychology. 1991; 61(2):226-244.
30. Berman WH, Sperling MB. The structure and function of adult attachment. Attachment in

- adults: *Clinical and Developmental perspectives*. New York-London: Guilford Press. 1994:3-26.
31. Davila J, Burge D, Hammen C. Why does attachment style change? *Journal of Personality and Social Psychology*. 1997; 73(4):826-838.
32. Freud A. *The ego and the mechanisms of defense. The writings of Anna Freud: 8 Volumes*. New York: Indiana University of Pennsylvania (These volumes include most of Freud's papers). 1966 [1936]; 3:1-191.
33. Illing V, Tasca CA, Balfour L. et. al. Attachment insecurity predicts eating disorder symptoms and treatment outcomes in a clinical sample of women. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2010; 198:653 — 659.
34. Kachele H, Buchheim A, Schmucher G. *Development, Attachment and Relationship: New Psychoanalytic Concepts*. In: Henn FA, Sartorius N, Helmchen H, Lauter H. (Eds) *Contemporary Psychiatry* Springer, Berlin. 2001:358-370.
35. Main M, Goldwyn R. *Adult attachment classification system*. Berkeley: Unpublished manuscript Universiti of California, Department of Psychology. 1985.
36. Mikulincer M, Shaver PR. An attachment perspective on psychopathology. *World psychiatry*. 2012;11(1):11–15.
- Поступила 15.07.2021
Received 15.07.2021
Принята в печать 16.08.2021
Accepted 16.08.2021
Дата публикации 30.09.2021
Date of publication 30.09.2021