

Cezary Żechowski, Anna Cichońska, Tomasz Rowiński, Kinga Mrozik,  
Monika Kowalska-Dąbrowska, Iwona Czuma  
Instytut Psychologii, Wydział Filozofii Chrześcijańskiej, Uniwersytet Kardynała Stefana  
Wyszyńskiego w Warszawie

# Style przywiązania a zdrowie psychiczne osób dorosłych w populacji ogólnej — badanie pilotażowe

*Attachment styles and mental health of adults in general population: pilot study*

## Abstract

**Introduction:** The aim of the study was to assess the relationship between attachment styles and the symptoms of mental disorders in adults in the general population.

**Material and methods:** A group of 97 people aged 19-30 were examined using GHQ-30 (General Health Questionnaire-30) and ASQ (Attachment Style Questionnaire).

**Results:** Relations between symptoms of disorders and attachment styles were verified in the multiple linear regression model. The anxiety style of attachment was an important predictor of somatic symptoms and disturbed social functioning, while the safe style was a negative predictor (resilience factor) for depressive symptoms.

**Conclusions:** The pilot results encourage further research into psychopathological symptoms and attachment in a larger group of people in the general population and people with mental disorders. These studies could contribute to finding moderating factors between attachment and symptom, and then to creating models of mental disorders.

**Psychiatry 2018; 15, 4: 193-198**

**Key words:** attachment styles, mental health, ASQ, GHQ

## Wstęp

Teoria przywiązania sformułowana przez Johna Bowlby'ego [1] była w zamierzeniu autora sposobem rozumienia powstawania zarówno warunków zdrowia jednostki, jak i podłoża zaburzeń psychicznych (1955). Doświadczenie „miłującej opieki” (*loving care*) wolne od traumatyzujących okresów deprywacji macierzyńskiej skutkowało zdaniem autora większą autonomią, otwartością na świat, większym poczuciem bezpieczeństwa i lepszym radzeniem sobie z potencjalnymi zagrożeniami dla integralności psychicznej jednostki [2]. Wprowadzenie metodologii badań wzorców przywiązania przez Ainsworth [3], a potem stanów umysłu związanych z przywiązaniem

przez Main [4] dało podstawy do oceny potencjalnych czynników ryzyka i ochrony w kontekście przywiązania [5]. Wyniki kolejnych badań wykazały związek bezpiecznego przywiązania z lepszą regulacją emocji i zachowania [6, 7], efektywniejszym radzeniem sobie ze stresem [8] i negatywnym afektem [9, 10]. Stwierdzono również, że pozabezpieczne wzorce przywiązania, zwłaszcza przywiązanie ambiwalentne i zdeorganizowane, wiązały się z przeżywaniem wysokiego poziomu stresu i niepokoju, co potencjalnie mogłoby stanowić czynnik ryzyka zaburzeń [11, 12]. W większości badacze uznawali przywiązanie za ważny, choć nie jedyne z czynników ryzyka zaburzeń [2], podkreślając, że pozabezpieczne postaci przywiązania mogą wpływać na trajektorie rozwoju, zwiększając ryzyko zaburzeń internalizacyjnych i eksternalizacyjnych [13]. Z kolei Cicchetti i Doyle [14] uważali, że pozabezpieczne przywiązanie jest zarówno koniecznym, jak i wystarczającym warunkiem powstania zaburzeń psychicznych [14].

## Adres do korespondencji:

Cezary Żechowski  
Instytut Psychologii WFCh UKSW  
ul. Wóycickiego 1/3 bud. 14, 00-001 Warszawa  
tel. 22 569 96 02  
e-mail: c.zechowski@uksw.edu.pl

Analizując wpływ wielu czynników na trudności adaptacyjne dziecka i powstawanie zaburzeń, Greenberg [15] zaproponował czteroczynnikowy model etiologiczny, w którym pozabezpieczne przywiązanie byłoby jedną z domen ryzyka oprócz cech dziecka (temperament, biologiczna podatność i funkcje neuropoznawcze), czynników rodzinnych (stres, trauma, zasoby, wsparcie) i nieefektywnych strategii rodzicielskich (socjalizacja, kierowanie dzieckiem). Wraz z rozwojem metod oceny przywiązania od lat 90. XX wieku, a zwłaszcza po 2000 roku, zaczęły się pojawiać liczne prace dokumentujące istnienie silnych związków pomiędzy poszczególnymi zaburzeniami psychicznymi i przywiązaniem pozabezpiecznym. Związki takie wykazano w licznych badaniach dla zaburzeń lękowych i depresji [16], zaburzeń odżywiania [17–19], zespołu stresu pourazowego (PTSD, *posttraumatic stress disorder*) [20], zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD, *attention-deficit hyperactivity disorder*) [21], zaburzeń zachowania [22], zaburzeń osobowości [23] i zaburzeń psychotycznych [24, 25]. Na podstawie tych badań powstały modele zaburzeń uwzględniające czynniki ryzyka związane z przywiązaniem. Z kolei bezpieczne przywiązanie wymienia się często jako czynnik ochrony i warunek efektywnej psychoterapii.

Równoległe do badań przywiązania w zaburzeniach psychicznych rozwinęły się badania dokumentujące związek pomiędzy przywiązaniem a nasileniem objawów somatycznych, psychosomatycznych i mniej specyficznych zakłóceń zdrowia psychicznego. Taylor i wsp. [26] przebadali grupę 2042 osób poszukujących pomocy w leczeniu ogólnym. Badacze ci znaleźli starali się odpowiedzieć na pytanie, czy styl przywiązania wpływa na somatyzację, znajdując silny związek predykcyjny pomiędzy pozabezpiecznymi stylami przywiązania a objawami somatycznymi opisywanymi przez pacjenta jako niewyjaśnione fizyczne lub o psychologicznym podłożu. W niniejszym badaniu, które ma charakter pilotażowy, autorzy starali się skupić na określeniu związków predykcyjnych pomiędzy przywiązaniem a grupami objawów zaburzeń psychicznych badanych Ogólnym Kwestionariuszem Zdrowia (GHQ, *General Health Questionnaire*) [27]. Autorzy założyli, że pozabezpieczne style przywiązania mogą być predyktorami objawów somatycznych, niepokoju i bezsenności oraz depresyjności, natomiast bezpieczny styl przywiązania może być czynnikiem ochrony (ujemnym predyktorem) dla powyższych trzech grup objawów.

### Materiał i metody

W badaniu wzięto udział 97 osób, 12 mężczyzn i 85 kobiet, studentów i studentek kierunków niepsychologicznych w wieku 19–30 lat ( $M$  [mean] = 21,34; SD

[standard deviation] = 1,61). W badaniach użyto Kwestionariusza Stylu Przywiązania (ASQ, *Attachment Style Questionnaire*) oraz GHQ.

Kwestionariusz Stylu Przywiązania został opracowany przez grupę badaczy kierowanych przez Feeney w 1994 roku [28]. Polskie tłumaczenie przygotowano w 2014 roku i jest obecnie w trakcie adaptacji (Żechowski i wsp.). Kwestionariusz składa się z 40 itemów, które badani oceniają na sześciostopniowej skali, w stopniu w jakim każda z pozycji opisuje ich uczucia lub zachowania. Kwestionariusz posiada 5 skal: zaufanie do siebie i innych (Zaufanie), poczucie dyskomfortu w bliskich relacjach (Dyskomfort), zaabsorbowanie relacjami (Zaabsorbowanie), potrzeba aprobaty i potwierdzenia przez innych (Potrzeba Aprobaty) oraz postrzeganie relacji jako pobocznych (Relacje jako Drugoplanowe). Skala Zaufanie opisuje przywiązanie bezpieczne, skala Dyskomfort i Relacje jako Drugoplanowe — przywiązanie unikające, skale Zaabsorbowanie oraz Potrzeba Aprobaty — przywiązanie lękowe. Kwestionariusz wykracza poza ocenę wyłącznie relacji romantycznych, dlatego może być używany do badania zarówno dorosłych, jak i młodzieży. Współczynnik rzetelności alfa-Cronbacha dla poszczególnych podskal mieścił się w zakresie od 0,649 do 0,763 (tab. 1).

Ogólny Kwestionariusz Zdrowia-28 (GHQ-28) [27, 29] jest narzędziem przeznaczonym do oceny stanu psychicznego osób dorosłych. Pozwala na mierzenie nasilenia niepsychotycznych grup objawów ogólnie opisujących stan zdrowia psychicznego. Zawiera 4 podskale: objawów somatycznych, niepokoju i bezsenności, funkcjonowania społecznego oraz depresyjności. Celem GHQ nie jest dokładne określenie charakteru objawów, ale potwierdzenie lub wykluczenie subiektywnej obecności problemów w zakresie zdrowia psychicznego i przypisanie ich do jednej z szeroko zdefiniowanej grup diagnostycznych. Kwestionariusz GHQ opiera się na samoocenie, nasilenie objawów mierzy się od 0 do 3. Współczynnik rzetelności alfa-Cronbacha dla poszczególnych podskal mieścił się w zakresie od 0,750 do 0,803 (tab. 1).

### Wyniki

Zależności pomiędzy objawami zaburzenia a stylami przywiązania zweryfikowano w modelu regresji liniowej wielorakiej. W każdym modelu zmienną objaśnianą była jedna z grup objawów (GHQ-A objawy somatyczne, GHQ-B niepokój i bezsenność, GHQ-C zaburzenia funkcjonowania, GHQ-D objawy depresyjne) a zmiennymi objaśniającymi trzy style przywiązania (ASQ-Z styl bezpieczny, ASQ-D styl unikający i ASQ-ZAA styl lękowy). W ten sposób powstały cztery modele regresji, dla każdego rodzaju zaburzeń oddzielnie. W trakcie weryfikacji założeń modelu regresji wyłączono z analizy osoby

**Tabela 1.** Wyniki opisowe dla całej grupy badawczej,  $n = 97$ **Table 1.** Descriptive results of ASQ and GHQ-28 ( $n = 97$ )

Skale	Min.	Maks.	M	SD	Skośność	Kurtoza	alfa
ASQ-Z	2,00	5,86	4,07	0,73	-,207	-,208	0,649
ASQ-D	1,30	5,30	3,29	0,75	-,040	,099	0,743
ASQ-ZAA	1,75	5,75	3,64	0,81	,197	-,044	0,676
ASQ-RD	1,00	4,00	2,19	0,73	,643	-,060	0,716
ASQ-PA	1,43	5,43	3,42	0,90	,036	-,413	0,763
GHQ-A	,14	2,57	1,18	0,54	,478	-,365	0,750
GHQ-B	,00	2,71	1,22	0,65	,437	-,353	0,767
GHQ-C	,00	2,29	1,16	0,42	,187	,419	0,705
GHQ-D	,00	2,43	0,43	0,49	1,732	3,588	0,803

Podskale ASQ: ASQ-Z — Zaufanie, ASQ-D — Dyskomfort, ASQ-ZAA — Zaabsorbowanie, ASQ-RD — Relacje jako Drugoplanowe, ASQ-PA — Potrzeba Aprobaty

Podskale GHQ: GHQ-A — objawy somatyczne, GHQ-B — niepokój i bezsenność, GHQ-C — zaburzenia funkcjonowania, GHQ-D — objawy depresji

Objaśnienia skrótów w teście

z wynikami odstającymi (standaryzowane reszty wykroczyły poza bezwzględną wartość 2) lub nietypowymi (jako wyniki nietypowe traktowano wartości odległości Cooka powyżej 0,0435 lub dla wartości dźwigni powyżej 0,103. Wartości wyliczono dla modelu z 4 zmiennymi i 97 osobami badanymi).

Model regresji wielorakiej, w którym zmienną wyjaśnianą jest GHQ-A (objawy somatyczne) i zmiennymi objaśniającymi style przywiązania jest istotny statystycznie ( $F(3) = 5,456$  przy  $p < 0,01$ ). W tabeli 2 zaprezentowano współczynniki dla poszczególnych stylów przywiązania. Styl przywiązania lękowy (ASQ-ZAA) jest jedynym istotnym predyktorem i wyjaśnia prawie 14% zmienności objawów somatycznych.

W drugim modelu zmiennymi wyjaśnianymi są niepokój i bezsenność (GHQ-B). Model jest nieistotny na przyjętym poziomie statystycznym ( $p < 0,05$ ) —  $F(3) = 2,676$  przy  $p = 0,053$ .

Trzeci testowany model weryfikował zależności pomiędzy stylami przywiązania a (funkcjonowaniem społecznym) GHQ-C. Model jest istotny statystycznie —  $F(3) = 6,719$  przy  $p < 0,001$ . W tabeli 3 zaprezentowano miary współczynników  $\beta$  w modelu.

Styl przywiązania lękowy (ASQ-ZAA) jest jedynym istotnym predyktorem i wyjaśnia ponad 16% zmienności objawów funkcjonowania społecznego.

W ostatnim testowanym modelu sprawdzano zależności pomiędzy objawami depresyjnymi (GHQ-D) oraz stylami przywiązania. Model wyjaśniający objawy depresyjne jest istotny statystycznie ( $F = 8,01$  przy  $p < 0,001$ ). W tabeli 4 przedstawiono wartości współczynników regresji.

Styl przywiązania bezpieczny jest jedynym istotnym „negatywnym” predyktorem (czynnikiem ochrony) i wyjaśnia prawie 20% zmienności objawów depresyjnych.

Ponieważ rozkład wyników w skali objawów depresyjnych nie ma cech wyników rozkładu normalnego

**Tabela 2.** Wyniki regresji dla zmiennej wyjaśnianej GHQ-A (objawy somatyczne) oraz zmiennych wyjaśniających Zaufanie (ASQ-Z), Dyskomfort (ASQ-D) oraz Zaabsorbowanie (ASQ-ZAA),  $n = 87$ **Table 2.** Results of regression analysis with GHQ- somatic symptoms as dependent variable and ASQ-Confidence, ASQ-Discomfort with Closeness and ASQ-Preoccupation as independent variables,  $n = 87$ 

	Współczynniki niewystandaryzowane		Wystandaryzowane współczynniki	t	p
	B	S.E.			
(Constant)	-0,383	0,691		-0,554	0,581
ASQ-Z	0,115	0,095	0,165	1,204	0,232
ASQ-D	-0,007	0,085	-0,010	-0,079	0,937
ASQ-ZAA	0,295	0,077	0,485	3,840	0,000

$R = 0,41$ ; skorygowane  $R^2 = 0,135$

Objaśnienia skrótów w teście

**Tabela 3.** Wyniki regresji dla zmiennej wyjaśnianej funkcjonowanie społeczne (GHQ-C) oraz zmiennych wyjaśniających Zaufanie (ASQ-Z), Dyskomfort (ASQ-D) oraz Zaabsorbowanie (ASQ-ZAA),  $n = 86$

**Table 3.** Results of regression analysis with GHQ- social dysfunction as dependent variable and ASQ-Confidence, ASQ-Discomfort with Closeness and ASQ-Preoccupation as independent variables,  $n = 86$

	Współczynniki niewystandaryzowane		Wystandaryzowane współczynniki	t	p
	B	S.E.	$\beta$		
(Constant)	1,004	0,436		2,305	0,024
ASQ-Z	-0,062	0,063	-0,114	-0,974	0,333
ASQ-D	-0,107	0,060	-0,204	-1,773	0,080
ASQ-ZAA	0,205	0,055	0,442	3,734	0,000

$R = 0,44$ ; skorygowane  $R^2 = 0,168$

Objaśnienia skrótów w tekście

**Tabela 4.** Wyniki regresji dla zmiennej wyjaśnianej objawy depresyjne (GHQ-D) oraz zmiennych wyjaśniających Zaufanie (ASQ-Z), Dyskomfort (ASQ-D) oraz Zaabsorbowanie (ASQ-ZAA),  $n = 88$

**Table 4.** Results of regression analysis with GHQ- depression as dependent variable and ASQ-Confidence, ASQ-Discomfort with Closeness and ASQ-Preoccupation as independent variables,  $n = 88$

	Współczynniki niewystandaryzowane		Wystandaryzowane współczynniki	t	p
	B	S.E.	$\beta$		
(Constant)	0,895	0,445		2,010	0,048
ASQ-Z	-0,198	0,062	-0,373	-3,186	0,002
ASQ-D	-0,013	0,062	-0,024	-0,207	0,837
ASQ-ZAA	0,093	0,061	0,177	1,520	0,132

$R = 0,47$ ; skorygowane  $R^2 = 0,195$

Objaśnienia skrótów w tekście

(i trudno takich oczekiwać), to z ostrożnością powinno się interpretować wyniki regresji wielorakiej. Zakładamy jednak, że odstępstwo jej założeń nie jest znaczne.

### Dyskusja

Wyniki licznych badań wskazują na udział stylów przywiązania w kształtowaniu objawów psychopatologicznych i zdrowia psychicznego [30]. Wśród większości autorów panuje zgodność co do faktu, że wpływ przywiązania na objawy psychopatologiczne powinien być uwzględniany w kontekście innych czynników ryzyka i ekologii rodziny [15, 31]. Zdaniem Greenberga [15] nadinterpretacja badań nad przywiązaniem może prowadzić do budowania uproszczonych i mało przydatnych modeli zaburzeń psychicznych. Jednak uwzględnienie szerokiego kontekstu oraz wielu czynników ryzyka i ochrony nie musi oznaczać pomniejszania znaczenia bezpiecznych i pozabezpiecznych stylów przywiązania w kształtowaniu warunków zdrowia psychicznego jednostki. Według Greena i wsp. [32], którzy przebadali 5692 osoby w ramach *National Comorbidity Survey Replication* (NCS-R), 44,6%

osób z zaburzenia psychicznymi, z początkiem w wieku rozwojowym i u 25,9–32% z początkiem w dorosłości doświadczyło dysfunkcyjnej opieki w okresie dzieciństwa. Badania te dokumentują silny wpływ doświadczeń wczesnodziecięcych na rozwój i objawy psychopatologiczne w dorosłości.

Z przeprowadzonych przez autorów tej pracy badań wynika, że bezpieczne przywiązanie było czynnikiem ochrony dla objawów depresyjnych u młodych dorosłych ( $\leq 30$ . rż). Wyniki te są spójne z dotychczasowymi badaniami Mikulincera i Shavera [30], którzy w swoim przeglądzie identyfikują 103 prace oceniające zależność pomiędzy objawami depresji a przywiązaniem. Tylko w trzech z nich nie znaleziono związku pomiędzy badanymi zmiennymi. W pozostałych udokumentowano zależność pomiędzy przywiązaniem pozabezpiecznym (łękowym i unikającym) a depresją. W 36 innych badaniach występowały ujemne korelacje pomiędzy przywiązaniem bezpiecznym i objawami depresyjnymi. Zbieżne dane pochodzą z badań genetycznych prowadzonych przez Starra i wsp. [33], którzy wykazali, że bezpieczeń-

stwo relacyjne moderuje wpływ stresu na pojawienie się lub nie objawów depresji w okresie dojrzewania u osób z krótkim allelem genu transportera serotoniny, a więc genetycznie bardziej podatnych na rozwój zaburzeń. Wskazywałoby to na ochronną (buforującą) rolę przywiązania w stosunku do osób z genetycznym ryzykiem rozwinięcia objawów depresyjnych, na co uwagę zwracali Way i Taylor [34].

Objawy somatyczne stanowią kolejną grupę symptomów, dla której wykazano związek ze stylem przywiązania dorosłych. Z przeprowadzonego badania wynika, iż przywiązanie lękowe jest czynnikiem ryzyka (predyktorem) objawów somatycznych badanych kwestionariuszem GHQ. Podobny związek obserwowano w badaniu Taylora i wsp. [26], w którym pozabezpieczne style przywiązania były predyktorami objawów somatycznych na podłożu psychologicznym, i w badaniu Waldingera i wsp. [35], gdzie trauma w dzieciństwie i pozabezpieczne przywiązanie były niezależnymi od siebie predyktorami somatyzacji w dorosłości. Wyniki

badania Riem i wsp. [36] potwierdziły związek pomiędzy pozabezpiecznym przywiązaniem i większym nasileniem somatyzacji w dorosłości, przy czym czynnikami pośredniczącymi były aleksytymia i zaburzenia mentalizacji.

### Wnioski

Wyniki przeprowadzonych przez autorów prezentowanej pracy badań pilotażowych potwierdzają związek stylów przywiązania z objawami psychopatologicznymi. Styl bezpieczny jest predyktorem braku objawów, przez co może być traktowany jako czynnik ochrony dla objawów depresyjnych, a styl lękowy jest predyktorem zakłóceń w funkcjonowaniu społecznym i objawów somatycznych. Wyniki pilotażu zachęcają do podjęcia dalszych badań nad objawami psychopatologicznymi i przywiązaniem w większej grupie osób w populacji ogólnej oraz osób z zaburzeniami psychicznymi. Badania te mogłyby się przyczynić do znalezienia czynników moderujących pomiędzy przywiązaniem i objawem, a w dalszej kolejności do tworzenia modeli zaburzeń psychicznych.

### Streszczenie

**Wstęp:** Celem badania była ocena zależności pomiędzy stylami przywiązania a objawami zaburzeń psychicznych występujących u osób dorosłych w populacji ogólnej.

**Materiał i metody:** Przebadano grupę 97 osób w wieku 19–30 lat za pomocą Ogólnego Kwestionariusza Zdrowia (GHQ) oraz Kwestionariusza Stylu Przywiązania (ASQ).

**Wyniki:** Zależności między objawami zaburzeń a stylami przywiązania zweryfikowano w modelu regresji liniowej wielorakiej. Lękowy styl przywiązania okazał się istotnym predyktorem dla objawów somatycznych oraz zaburzonego funkcjonowania społecznego, natomiast styl bezpieczny był negatywnym predyktorem (czynnikiem ochrony) dla objawów depresyjnych.

**Wnioski:** Otrzymane wyniki są spójne z dotychczasowymi prowadzonym w grupie dorosłych w populacji ogólnej. Wyniki pilotażu zachęcają do kontynuowania badania w większej grupie w populacji ogólnej.

**Psychiatria 2018; 15, 4: 193–198**

**Słowa kluczowe:** style przywiązania, zdrowie psychiczne, ASQ, GHQ

### Piśmiennictwo:

1. Bowlby J. Attachment. PsycEXTRA Dataset. 1996, doi: [10.1037/e537602004-001](https://doi.org/10.1037/e537602004-001).
2. Bowlby J, Ainsworth MDS. Child care and the growth of love. Pelican Books Ltd, London 1980.
3. Anisworth MD, Blehar M, Walters E, Wall S. Patterns of attachment: assessed in the strange situation and at home. Hillsdale: Erlbaum, New York 1978.
4. Main M, Kaplan N, Cassidy J. Security in Infancy, Childhood, and Adulthood: A Move to the Level of Representation. Monographs of the Society for Research in Child Development. 1985; 50(1/2): 66, doi: [10.2307/3333827](https://doi.org/10.2307/3333827).
5. Carlson E, Sroufe LA. Contributions of attachment theory to developmental psychopathology. In: Cicchetti D, Cohen DJ. ed. Developmental Psychopathology. Wiley, New York 1995: 581–617.
6. Kobak RR, Cole HE, Ferenz-Gillies R, et al. Attachment and emotion regulation during mother-teen problem solving: a control theory analysis. Child Dev. 1993; 64(1): 231–245, indexed in Pubmed: [8436031](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8436031/).
7. Mikulincer M. Adult attachment style and affect regulation: strategic variations in self-appraisals. J Pers Soc Psychol. 1998; 75(2): 420–435, indexed in Pubmed: [9731317](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9731317/).
8. Mikulincer M, Florian V. The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. In: Simpson JA, Rholes WS. ed. Attachment theory and close relationships. Guilford Press, New York 1998: 143–165.
9. Mikulincer M. Adult attachment style and individual differences in functional versus dysfunctional experiences of anger. J Pers Soc Psychol. 1998; 74(2): 513–524, indexed in Pubmed: [9491590](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9491590/).
10. Myers SG, Wells A. Early trauma, negative affect, and anxious attachment: the role of metacognition. Anxiety Stress Coping. 2015; 28(6): 634–649, doi: [10.1080/10615806.2015.1009832](https://doi.org/10.1080/10615806.2015.1009832), indexed in Pubmed: [25626392](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25626392/).
11. Sroufe LA. Psychopathology as an outcome of development. Dev Psychopathol. 1997; 9(2): 251–268, indexed in Pubmed: [9201444](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9201444/).
12. Lyons-Ruth K. Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: The role of disorganized early at-

- tachment patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1996; 64(1): 64–73, doi: [10.1037//0022-006x.64.1.64](https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.1.64).
13. Ramos V, Canta G, de Castro F, et al. The relation between attachment, personality, internalizing, and externalizing dimensions in adolescents with borderline personality disorder. *Bull Menninger Clin*. 2016; 80(3): 213–233, doi: [10.1521/bumc.2016.80.3.213](https://doi.org/10.1521/bumc.2016.80.3.213), indexed in Pubmed: [27583810](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27583810/).
  14. Cicchetti D, Doyle C. Child maltreatment, attachment and psychopathology: mediating relations. *World Psychiatry*. 2016; 15(2): 89–90, doi: [10.1002/wps.20337](https://doi.org/10.1002/wps.20337), indexed in Pubmed: [27265688](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27265688/).
  15. Greenberg MT. Attachment and Psychopathology in Childhood. In: Cassidy J, Shaver P. ed. *Handbook of Attachment*. The Guilford Press, New York/London 1999: 469–496.
  16. Fonagy P, Leigh T, Steele M, et al. The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *J Consult Clin Psychol*. 1996; 64(1): 22–31, indexed in Pubmed: [8907081](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8907081/).
  17. Eggert J, Levendosky A, Klump K. Relationships among attachment styles, personality characteristics, and disordered eating. *Int J Eat Disord*. 2007; 40(2): 149–155, doi: [10.1002/eat.20351](https://doi.org/10.1002/eat.20351), indexed in Pubmed: [17089415](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17089415/).
  18. Bamford B, Halliwell E. Investigating the role of attachment in social comparison theories of eating disorders within a non-clinical female population. *Eur Eat Disord Rev*. 2009; 17(5): 371–379, doi: [10.1002/erv.951](https://doi.org/10.1002/erv.951), indexed in Pubmed: [19593745](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19593745/).
  19. Zachrisson HD, Skårderud F. Feelings of insecurity: review of attachment and eating disorders. *Eur Eat Disord Rev*. 2010; 18(2): 97–106, doi: [10.1002/erv.999](https://doi.org/10.1002/erv.999), indexed in Pubmed: [20148392](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20148392/).
  20. Bosquet Enlow M, Egeland B, Carlson E, et al. Mother-infant attachment and the intergenerational transmission of posttraumatic stress disorder. *Dev Psychopathol*. 2014; 26(1): 41–65, doi: [10.1017/S0954579413000515](https://doi.org/10.1017/S0954579413000515), indexed in Pubmed: [24059819](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24059819/).
  21. Franc N, Maury M, Purper-Ouakil D. ADHD and attachment processes: are they related? *Encephale*. 2009; 35(3): 256–261, doi: [10.1016/j.encep.2008.04.007](https://doi.org/10.1016/j.encep.2008.04.007), indexed in Pubmed: [19540412](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19540412/).
  22. Kochanska G, Kim S. Toward a new understanding of legacy of early attachments for future antisocial trajectories: evidence from two longitudinal studies. *Dev Psychopathol*. 2012; 24(3): 783–806, doi: [10.1017/S0954579412000375](https://doi.org/10.1017/S0954579412000375), indexed in Pubmed: [22781855](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22781855/).
  23. Beeney JE, Stepp SD, Hallquist MN, et al. Attachment and social cognition in borderline personality disorder: Specificity in relation to antisocial and avoidant personality disorders. *Personal Disord*. 2015; 6(3): 207–215, doi: [10.1037/per0000110](https://doi.org/10.1037/per0000110), indexed in Pubmed: [25705979](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25705979/).
  24. Kover-Nieberg N, Berry K, Meijer CJ, et al. Adult attachment and psychotic phenomenology in clinical and non-clinical samples: a systematic review. *Psychol Psychother*. 2014; 87(2): 127–154, doi: [10.1111/papt.12010](https://doi.org/10.1111/papt.12010), indexed in Pubmed: [23818184](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23818184/).
  25. Debbané M, Salamini G, Luyten P, et al. Attachment, neurobiology, and mentalizing along the psychosis continuum. *Front Hum Neurosci*. 2016; 10: 406, doi: [10.3389/fnhum.2016.00406](https://doi.org/10.3389/fnhum.2016.00406), indexed in Pubmed: [27597820](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27597820/).
  26. Taylor RE, Mann AH, White NJ, et al. Attachment style in patients with unexplained physical complaints. *Psychol Med*. 2000; 30(4): 931–941, indexed in Pubmed: [11037101](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11037101/).
  27. Goldberg D. The detection of psychiatric illness by questionnaire. *Maudsley Monographs*. Oxford University Press, London 1972.
  28. Feeney JA, Noller P, Hanrahan M. Assessing adult attachment: developments in the conceptualization of security and insecurity. In: Sperling MB, Berman WH. ed. *Attachment in adults: clinical and developmental perspectives*. Guilford Publications Inc, New York 1994.
  29. Williams P, Merez D, Goldberg DP, Makowska Z. Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr. med. Jerzego Nofera. Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Goldberga: Podręcznik dla użytkowników kwestionariuszy GHQ-12 i GHQ-28. Oficyna Wydawnicza IMP, Łódź 2001.
  30. Mikulincer M, Shaver PR. Attachment bases of psychopathology. In: Mikulincer M, Shaver PR. ed. *Attachment in adulthood. Structure, dynamics, change*. The Guilford Press, New York/London 2010: 369–404.
  31. Cicchetti D, Rogosch F. Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*. 2009; 8(04): 597–600, doi: [10.1017/s0954579400007318](https://doi.org/10.1017/s0954579400007318).
  32. Green JG, McLaughlin KA, Berglund PA, et al. Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: associations with first onset of DSM-IV disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2010; 67(2): 113–123, doi: [10.1001/archgenpsychiatry.2009.186](https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.186), indexed in Pubmed: [20124111](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20124111/).
  33. Starr LR, Hammen C, Brennan PA, et al. Relational security moderates the effect of serotonin transporter gene polymorphism (5-HTTLPR) on stress generation and depression among adolescents. *J Abnorm Child Psychol*. 2013; 41(3): 379–388, doi: [10.1007/s10802-012-9682-z](https://doi.org/10.1007/s10802-012-9682-z), indexed in Pubmed: [23080078](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23080078/).
  34. Way BM, Taylor SE. Social influences on health: is serotonin a critical mediator? *Psychosom Med*. 2010; 72(2): 107–112, doi: [10.1097/PSY.0b013e3181ce6a7d](https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181ce6a7d), indexed in Pubmed: [20145277](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20145277/).
  35. Waldinger RJ, Schulz MS, Barsky AJ, et al. Mapping the road from childhood trauma to adult somatization: the role of attachment. *Psychosom Med*. 2006; 68(1): 129–135, doi: [10.1097/01.psy.0000195834.37094.a4](https://doi.org/10.1097/01.psy.0000195834.37094.a4), indexed in Pubmed: [16449423](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16449423/).
  36. Riem MME, Doedée EN, Broekhuizen-Dijksman SC, et al. Attachment and medically unexplained somatic symptoms: The role of mentalization. *Psychiatry Res*. 2018; 268: 108–113, doi: [10.1016/j.psychres.2018.06.056](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.056), indexed in Pubmed: [30015108](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30015108/).