

Jan Łazowski

Nowe horyzonty psychosomatyki

New horizons in psychosomatics

em. Ordynator Oddziału Rehabilitacji Szpitala Wojskowego
we Wrocławiu
Prezes TEP
Prof. w WPMSZ w Opolu

Nowe horyzonty psychosomatyki

New horizons in psychosomatics

Wstęp

Chciałbym poddać rozważaniu możliwości rozwiązywania problemów psychosomatycznych za pomocą szybko rozwijających się dyscyplin, mianowicie psychologii i biologii ewolucyjnej oraz etologii. Dostrzegam w nich nowe wyzwania, których podjęcie może rozszerzyć pole działania i przynieść wartościowe rezultaty tak dla nauki, jak i praktyki.

Wymienione dyscypliny naukowe, najsilniej ze znanych dotąd, dokumentują jedność procesów psychicznych z procesami somatycznymi. Dlatego zwrócenie uwagi w kierunku tych nauk uważam za niezbędne i jest ono pierwszym celem tego artykułu. W podrozdziałach dokonuję próby nieco bardziej szczegółowego przeglą-

du wybranych koncepcji psychosomatycznych w kategoriach etologii i psychologii ewolucyjnej Cosmides i Tooby (2005) oraz innych autorów. Czołowi badacze i twórcy psychologii ewolucyjnej uważają, że zadaniem tej dyscypliny jest interpretacja wszystkich znanych faktów psychologicznych w aspekcie ewolucjonizmu.

Kluczowe założenia etologii i psychologii ewolucyjnej

Zanim przejdę do bliższego omówienia problemów psychosomatycznych, chcę przypomnieć najważniejsze pojęcia psychologii ewolucyjnej, istotne dla dalszych rozważań. Wydaje mi się, że są one jeszcze słabo znane.

Według ewolucjonistów wszystkie funkcje organizmu i rządzące nimi „mechanizmy psychiczne” wykształciły się w procesie ewolucji, w wyniku selek-

cji i przystosowania do rozwiązywania określonych zadań służących przetrwaniu, rozrodowi gatunku lub mnożeniu się genów. Nie znaleziono w przyrodzie jakiejś alternatywnej drogi powstawania narządów i sterujących mechanizmów psychicznych poza wymienionymi, przyjmuje się zatem, że inne źródła rozwoju gatunkowego nie istnieją (Buss, 2001; Cosmides, Tooby, 2005).

Pojęcie przystosowania obejmuje także zachowania nabyte. Są one niejako kontynuacją przystosowania ewolucyjnego i powstają według określonych, wrodzonych reguł. Przy tym, przystosowania nabyte, zwykle bardzo urozmaicone, są uważane za równie ważne dla przetrwania jak zachowania wrodzone.

Według ewolucjonistów sterownicze (motywacyjne) funkcje wrodzone odgrywają rolę podstawową. Są one nazywane różnymi terminami, akcentującymi pewne różnice definicji: motywacje, popędy, napędy, moduły, u Bowlby „struktury behawioralne”, u Buss „psychiczne mechanizmy wrodzone”, u Cosmides i Tooby oraz u Damasio *circuits* tłumaczone jako „obwody”. Przez tych samych autorów często używany jest termin instynkt, zamiennie w stosunku do wyżej wymienionych nazw i w znaczeniu podobnym do nadanego mu przez Tinbergena. Cosmides i Tooby (2005) nawiązują do twierdzeń Williama Jamesa, który uważał, że człowiek tym się różni od zwierząt, że ma więcej instynktów niż one. Wiemy z historii, że duże powodzenie tego poglądu a później jego krytyka przyczyniła się do tego, że Freud znacznie ograniczył

liczbę instynktów. Psycholodzy ewolucyjni wracają dziś do poglądów Jamesa stwierdzając, że w mózgu znajduje się „...zatłoczone zoo programów wyspecjalizowanych do rozwiązywania rozmaitych problemów adaptacyjnych...” (Cosmides, Tooby, 2000).

Programowanym zachowaniom instynktowym przypisuje się znaczną elastyczność i zmienność. Stałymi cechami w ich przebiegu mają być bodziec i zadanie, którego wykonanie jest korygowane na cel. Pomiędzy bodźcem a celowym zadaniem występują zachowania przygotowawcze, które mogą przebiegać w bardzo różnorodnych formach wrodzonych i nabytych (Buss, 2001; Cosmides, Tooby, 2005).

Pisze się o wielu programach i modułach instynktowych, np. takich jak instynkt mowy, instynkt uczenia się, instynkt uzyskiwania pozycji społecznej, instynkt rozumowania, instynkt estetyki i inne.

To, o czym dotąd mówiłem, jest bardzo lapidarnie przedstawionym fragmentem wiedzy, znajdującej się obecnie *in statu nascendi*. Jest to wiedza w pewnym stopniu kontrowersyjna i ostro dyskutowana, ale ciężar faktów zdaje się przeważać szalę na korzyść ewolucjonistów w takim stopniu, że można już mówić o jej implikacjach w innych dyscyplinach, w tym w psychosomatyce.

Właśnie do programów zachowania instynktowego będę się odnosił w dalszych podrozdziałach, dostrzegając możliwość interpretacji w kategoriach ewolucyjno-etologicznych niektórych zachowań i procesów patologicznych opisywanych dotąd w kategoriach psychosomatycznych.

Etologiczne i ewolucyjne implikacje w psychosomatyce

Jeną z pierwszych aplikacji pojęcia instynktu znajdujemy w psychoanalizie i psychologii dynamicznej, lecz nie powstała ona z etologii. Sama psychosomatyka powstała w ramach psychologii dynamicznej i nosi jej piętno. Jedną z pierwszych teorii, nawiązujących do etologii i ewolucji jest teoria więzi Bowlby'ego i Ainsworth (Bowlby, 1998, 2007; Łazowski, 2003) wraz z zastosowaniami terapeutycznymi. Bowlby, wychodząc z psychoanalizy, kierował się własnymi obserwacjami oraz osiągnięciami etologii a ostatnia jego publikacja to książka o Darwinie. Wspólnie z Mary Ainsworth badali zachowania więziowe małych dzieci. Wykazali, że fundamenty więzi są wrodzone i dowiedli wraz z licznymi kontynuatorami ich dzieła, że relacje z opiekunami wytwarzają nabyte zachowania przystosowawcze, które wpływają na kształt zachowań więziowych i samych więzi, tworzonych w ciągu całego życia. Teoria ta przedstawia więź jako swego rodzaju wrodzony instynkt, stanowiący podstawę do tworzenia nabytego zachowania więziowego. Teoria więzi została wielokrotnie potwierdzona i znalazła zastosowanie w praktyce psychoterapeutycznej, przy leczeniu zaburzeń u dzieci i zaburzeń relacji małżeńskich. Wyjaśnia ona liczne problemy powstawania i rwania więzi rodzinnych. Dostrzega współdziałanie z więziami innych mechanizmów behawioralnych, takich jak opiekuńczość, erotyka, bezpieczeństwo, zbieranie informacji. Dla niniejszych rozważań ważnym jest, że nauka o więzi jest nie tylko teorią, lecz odkrywa istniejący w mó-

zgu wrodzony mechanizm psychiczny, który z jednej strony odpowiada pojęciom napędu lub wrodzonemu mechanizmowi psychicznemu, a z drugiej strony stanowi reakcję bezwarunkową niezbędną do powstawania nabytych uwarunkowanych zachowań więziowych, ich zaburzeń i patologii (Bowlby, 1998; Cassidy, Shaver, 1999; Pinker 1999). Instynktowe zachowania więziowe są składnikiem zespołu zachowań wiodących do utrzymania gatunku.

Podobny mechanizm wrodzony (instynkt) steruje zachowaniem pokarmowym, jest dość dobrze poznany i obecnie interpretowany w kategoriach ewolucyjnych. Silny związek żywienia z przetrwaniem selekcjonował w filogenezie wrodzone przystosowania w postaci preferencji pokarmowych ilościowych i jakościowych. W biocybernetycznej regulacji procesu żywienia wiodącą rolę grają dwa czynniki. Pierwszym są informacje o poziomie substancji odżywczych we krwi i o wypełnieniu żołądka, które interpretowane przez ośrodki podwzgórza, są sygnalizowane odczuciami na skali ciągłej od przykrości głodu do przyjemności sytości. Regulują one ilość pokarmu. Drugim czynnikiem są informacje o smaku, zapachu, konsystencji i wyglądzie potraw, przyjmowane przez odpowiednie zmysły (węch, smak, wzrok, dotyk). Uzyskiwane informacje są oceniane przez wrodzone odczucia na skali od przyjemności do przykrości (wstrętu) na skalach smaków odczuwanych przy spożywaniu posiłku. Są one uzupełnione nabytym doświadczeniem społecznym i jednostkowym. Ich interpretacja decyduje o jakościowym doborze pokarmu. Interpretacja ta jest dużo bardziej skomplikowana niż ocena ilości pokarmu

i jest dokonywana przez inne ośrodki nerwowe. Nie trzeba dodawać, że podstawowy mechanizm ilościowej i jakościowej oceny pokarmów jest wynikiem ewolucji.

Zachowania pokarmowe w życiu osobniczym ujawniają się i kształtują stopniowo. Dzięki odczuciom z nimi związanym gospodynie domowe, kucharze i inspektorzy sanitarni mogą skutecznie posługiwać się węchem, smakiem, wyglądem i dotykiem przy ocenie jakości żywności. Tak zwane badanie organoleptyczne jest podstawowym, obowiązkowym działaniem sanitarnym, zapisanym w prawie sanitarnym i zwykle wystarczającym do podstawowego zapobiegania zatruciom pokarmowym. Zachowania pokarmowe współdziałają z zachowaniami wywołanymi innymi instynktami, np. estetycznym, więziowym, zarówno rodzinnymi jak i plemiennymi.

Motywacje (instynkty) więziowe i odżywieniowe a choroba wrzodowa

Można sądzić, że metody badania, które doprowadziły do odkrycia mechanizmów więzi, mogą stanowić przykład a może nawet wzór dla podobnych badań dotyczących innych wrodzonych mechanizmów psychicznych, na przykład dla badań nad zachowaniami żywieniowymi lub nad zachowaniami uzyskiwania pozycji społecznej. Badania więzi miały charakter etologiczny w odniesieniu do ludzi. To znaczy były to obserwacje prowadzone w środowisku naturalnym, odnosiły się do bodźców sytuacyjnych i zachowań obserwowanych powszechnie w życiu lub w sytuacjach spowodowanych losem. Stroniły od

eksperymentów laboratoryjnych. Obecny stan wiedzy pozwala je wzbogacić o fakty i przypuszczenia, których etolodzy i Bowlby jeszcze nie znali. Do takich nowych koncepcji można zaliczyć teorie uczuć i emocji Cosmides i Tooby, koncepcje *health management structur* (Levy, Orlans, 1998) w medycynie ewolucyjnej i wiele innych.

Chciałbym przypomnieć dość stare spostrzeżenia psychologiczne w chorobie wrzodowej. Często obserwowano jej zaostrzenie w przypadkach zerwania zależności pacjenta od osoby dla niego znaczącej, a w czasie leczenia zauważano zwiększoną skłonność do uległości, niespotykaną w przebiegu innych chorób. Obserwacje te doprowadziły do twierdzenia (m.in. Engel, Mirsky, Cremerius), że istnieje typ pacjenta zależnego i pseudozależnego, doznającego nawrotu choroby, gdy utraci obiekt oparcia (za Łazowski, 2003). Moje badania biograficzne, ogłoszone w końcu lat 70. w „Przeglądzie Lekarskim” (Łazowski, 1979), potwierdzają takie obserwacje. Nie znaliśmy wtedy teorii więzi, która może być odpowiednia do wyjaśniania tych spostrzeżeń. Wydaje się, że dziś warto byłoby sprawdzić powiązanie zaostrzeń choroby wrzodowej z rodzajem i stanem behawioralnej struktury więzi tych pacjentów.

Powstaje pytanie, czy to możliwe by równowaga pomiędzy ochroną błony śluzowej a agresywnością soków trawiennych zostawała zdestabilizowana przez zaburzenia więzi? Wiele faktów wydaje się przemawiać za taką hipotezą. Karmienie piersią i jednoczesne powstawania więzi z matką od pierwszych dni życia są pierwszą przesłanką dla wzajem-

nego uwarunkowania się trawienia i więzi. Dzieci do 14. roku życia niechętnie jedzą potrawy, których nie znają z domu. W powszednim doświadczeniu słyszymy o niezapomnianych wspaniałych smakach posiłków spożywanych w domu dzieciństwa. Opiekuńczość, która jest nieodłącznym składnikiem więzi, ma wiele wspólnego z karmieniem. Wśród opisywanych rodzajów więzi znajduje się typ szczególnie uzależniający zachowanie od stanu więzi. Zaburzenia więzi powodują silne reakcje emocjonalne i zaburzenia nastroju a te wpływają na ukrwienie błony śluzowej żołądka i wydzielanie soków trawiennych. Jeszcze jeden argument to szczególna podatność choroby wrzodowej na placebo (Moerman, 2002), które może być traktowane jako symbol opieki.

Owrzodzenia przewodu pokarmowego są wpisane w obraz reakcji stresowej Sely'ego. Są obserwowane u zwierząt w stresie. U człowieka występują w ostrych reakcjach stresowych. U zwierząt owrzodzenia przewodu pokarmowego występują w doświadczeniach nad stresem, przy tym łatwo powstają przy stresie pokarmowym. Czyżby choroba wrzodowa mogła być częścią reakcji stresowej wywołanej w zaburzeniach więzi?

Na marginesie przypomnę to, o czym obecnie wiadomo, że odkrycie *Helicobacter pylori* nie rozwiązuje etiologii choroby wrzodowej, jak w pierw sędzono. Obecność tego pasożyta nie jest jedynym powodem zachorowania i choroba wrzodowa nie jest ani chorobą bakteryjną ani zakaźną. Problem pozostaje otwarty.

Napędy (instynkty) rywalizacji i współdziałania w osiągnięciu pozycji społecznej

Znaczna część zachowań w naszym powszednim życiu ma na celu zdobycie i zachowanie pozycji społecznej i ściśle związanego z nią pozyskiwania środków do życia. Odpowiadają one zachowaniom myśliwskim i zbierackim naszych przodków, odbywających się w ramach wspólnoty rodowej lub plemiennej, na przestrzeni wielu setek tysięcy a może i milionów lat. Wówczas to parcie selekcyjne wyodrębniło i pozostawiło w genach motywacje i zachowania najbardziej przydatne dla przetrwania. Do nich należą, silnie odczuwane wśród nas, motywacje rywalizacyjne i jeszcze ważniejsze również powszechnie widoczne, wywołujące współdziałanie. Powszechną obecność popędu rywalizacyjnego i popędu współdziałania obserwuje się także u zwierząt. Inną cechą zachowań związanych ściśle z dostępem do dóbr to spontaniczne, hierarchiczne organizowanie się stada zwierzęcego w ogromnej większości gatunków. Podobnie zespoły ludzi spontanicznie tworzą struktury hierarchiczne w każdej organizacji i instytucji. Przykłady są wszędzie wokół nas na wyciągnięcie ręki. Rodziny również są ustrukturyzowane hierarchicznie. Każdy członek społeczeństwa wykazuje spontaniczne, prawdopodobnie częściowo wrodzone a częściowo wyuczone w rodzinie, umiejętności zachowania się podległego w stosunku do przełożonych i zachowania dominującego w stosunku do podwładnych. Trafne zachowania tego typu pozwalają utrzymać się w strukturze i awansować, nietrafne zachowania ha-

mują awans, mogą powodować degradację lub wypadnięcie ze struktury. Pozyskiwaniu pozycji towarzyszą silne emocje np. dumy, wstydu, pogardy, pokory, gniewu i wielu innych. Emocjom tym towarzyszą reakcje somatyczne, ewolucyjnie związane z pracą, walką lub ucieczką, przygotowują one do wysiłku fizycznego i psychicznego. Zostają wydzielane katecholaminy, zwiększa się ilość składników odżywczych we krwi, a dostarczanie energii napiętym mięśniom wymaga zwielokrotnienia efektywności pracy serca i naczyń. Badania zwierząt tworzących hierarchie wykazują, że obejmowanie pozycji zmienia wzór wydzielania endokrynnego. Zmiany te mają inny kierunek u osobników wpadających do niższych szczebli społecznej drabiny niż u osobników wchodzących na szczyty. Zmiany te dotyczą szczególnie sterydów, katecholamin i hormonów związanych z płcią. U zwierząt trudności w utrzymaniu pozycji wiążą się z walką, agresją i w przypadku przegranej prowadzą do zmiany pozycji i zachowania, do marginalizacji w stadzie. Są gatunki ryb, w których samica, osiągając pozycję dominującą, zmienia się w samca (Buss, 2001).

Przetrawanie zawsze wymagało i wymaga współdziałania i porozumienia a jednocześnie stwarzało sytuacje rywalizacyjne. Niemożliwym wydawałoby się jednocześnie działanie dwóch przeciwstawnych napędów, jednakże selekcyjny nacisk ewolucji zachował takie mechanizmy psychiczne, które potrafią je harmonizować. Można postawić pytanie, czy zawsze one działają bezbłędnie?

Badania przyczyn chorób serca wyodrębniły zespół zachowań, nazwany wzorem zachowań A (WZA), który charaktery-

zuje „stała walka, nieustające dążenie do zrobienia i osiągnięcia coraz więcej i więcej, do uczestniczenia w coraz większej liczbie zdarzeń w coraz krótszym czasie... dominuje ukryte poczucie niepewności co do własnego statusu, hiperagresywność lub jedno i drugie naraz” (Damasio, 1999). Znajduje się w nim zachowania ambicjonalne i odczucie presji czasu. Osoby z WZA prowadzą życie i swój organizm tak, jak prowadzi samochód kierowca, rozgniewany tłokiem na jezdni, pędzący za wielu „bardzo ważnymi sprawami”, powodujący często stłuczki, które w końcu doprowadzają do unieruchomienia pojazdu.

W sumie WZA wydają się być związane z dążeniem do rywalizacyjnego i agresywnego utrzymywania i podwyższania pozycji społecznej. Wzór zachowań typu B, wyodrębniony jako przeciwstawny do WZA, wydaje się wykazywać zrównoważenie zachowań instynktowych, co powoduje zachowania niekolizyjne, nie doprowadzające do sytuacji stresowych. Współcześnie WZA jest często krytykowany ze względu na trudność sformułowania jego definicji i odnoszenie do mechanizmów stresowych. Wyniki masowych badań takich jak program Framingham wykazały jednak, że osoby z cechami WZA znacznie częściej zapadały na chorobę wieńcową i z jej powodu umierały (Friedman, Ulmer, 1984; Łazowski, 1979 i in.).

Od czasu ogłoszenia tych badań, szeroko jest prowadzona akcja propagująca styl zachowania podobne do zachowań B i krytykująca styl A. Dziś osoby z zachowaniami podobnymi do WZA spotykają się z ostrzeżeniami i potępieniami. Motywacje z silnymi argumentami zachowania zdrowia

i życia mogły skorygować takie zachowanie. Można przypuszczać, że w społeczeństwach nastąpiła zmiana podejścia do zachowań tego typu i być może zmniejszenie jakości i liczebności osób z WZA. Można przypuszczać, że te zmiany przyczyniły się do występowania, wyodrębnionego przez Denolleta wzoru zachowania D (WZD), związanego z chorobą wieńcową i innymi schorzeniami. Ponad trzydziestoletni okres od badań Rosemana do badań Denolleta mógł wystarczyć do niewielkiej w końcu korekty zachowań warunkowanych kulturowo. Choroba wieńcowa występuje nadal, jej częstość jednak istotnie zmniejszyła się, co trzeba przypisać nie tylko złagodzeniu zachowań WZA, ale także zmianie innych składników stylu życia.

Wszyscy ludzie wykazują silne motywacje do tworzenia więzi, z których czerpią różnego rodzaju przyjemności i dobry nastrój. Rwanie więzi i ich brak jest źródłem wielu przykrości i obniżonego nastroju. Podobnie wszyscy ludzie wykazują silne motywacje do ustalania pozycji społecznej i do dotarcia do miejsca „dystrybucji dóbr”. Ich uzyskiwanie sprawia wiele radości a utrata dóbr a tym bardziej pozycji społecznej powoduje ogromne przykrości (np. bezrobocie). Badania nad więzią i badania etologiczne wykazują, że zachowania rodziców wpływają na zachowania dzieci w rodzinie i na sposób tworzenia i traktowania więzi na dorosłym etapie życia. Można przypuszczać, że podobnie jest z motywacjami do pozyskiwania dóbr i pozycji społecznej. Mają one fundamenty wrodzone, na których tworzą się w dzieciństwie adaptacyjne zachowania nabyte. Rozdzielanie „dóbr” w rodzinach odbywa się na różne sposoby. Dziecko przysto-

sowuje się do wzoru rodzinnego i prawdopodobnie powtarza go w życiu dorosłym. Może to być zarówno wzór zachowania typu A jak i wzór zachowania typu D, czy inny. Proces przystosowania i osiągnięcia pozycji społecznej jest bliskoznacznym z dochodzeniem do samodzielności (Moerman, 2002; Pinker, 1997).

Rozważania opisane w tym artykule starałem się wesprzeć rzeczowymi argumentami, tak, aby inspirowały i mogły służyć jako propozycje hipotez i badań. Sprawdzone doświadczalnie mogłyby przyczynić się do wyjaśnienia niektórych mechanizmów patogenyzy chorób psychosomatycznych, w tym także chorób układu krążenia. Spostrzegam je jako nowe horyzonty czy perspektywy dociekań psychosomatycznych.

Streszczenie

Autor dokonuje próby powiązania zagadnień psychosomatyki z szybko rozwijającą się biologią, psychologią i medycyną ewolucyjną. Dyscypliny te wiążą mechanizmy psychologiczne z somatycznymi silniej niż inne dotychczas rozważane. Autor krótko przedstawia znaczenie podstawowych pojęć ewolucjonizmu: adaptacje i psychiczne mechanizmy sterujące. Jako wzór struktur instynktowych podaje teorię więzi. Teoria ta powstała z nurtu psychoanalitycznego, wykazała istnienie zachowań wrodzonych i powstających na ich bazie zachowań nabytych, wpływających na strukturę zachowań w ciągu całego życia. Podobną wrodzoną strukturę stanowią zachowania pokarmowe, obejmujące ocenę ilości i jakości spożytych pokarmów. Można przypuszczać, że nabyte w dzieciństwie zachowania pokarmo-

we mogą być powiązane z zachowaniami więziowymi i stanowić czynnik patogenezyczny w powstawaniu choroby wrzodowej. Przypuszczenia te znajdują argumenty w spostrzeżeniach dokonywanych przy powstawaniu choroby wrzodowej w przypadku utraty oparcia społecznego. W następnym podrozdziale przypomniane zostają badania nad WZA i próba interpretowania ich jako sposobu realizowania zachowań instynktowych wiodących do uzyskiwania pozycji społecznej. Zostają opisane zachowania rywalizacyjne i współdziałania występujące przy uzyskiwaniu pozycji społecznej. Towarzyszą im zmiany wzoru wydzielania nadnerczy i gonad. Wzór zachowania A wydaje się być związany z dążeniem do rywalizacji i agresywnej walki o utrzymanie pozycji społecznej, powodujące sytuacje stresowe. Autor sugeruje zależność zachowań według wzoru A od zachowań wrodzonych i nabytych w rodzinie oraz zmienianie się tego zachowania pod wpływem społecznych uwarunkowań kulturowych. W hipotezach powiązania psychologicznych czynników ryzyka choroby wieńcowej i choroby wrzodowej z wrodzonymi i nabytymi zachowaniami instynktowymi autor dostrzega nowe horyzonty dociekań psychosomatycznych.

Słowa kluczowe: psychosomatyka, zachowania instynktowe, zachowania nabyte, adaptacja, psychologia ewolucyjna, choroba wrzodowa, choroba wieńcowa

Summary

The author makes an attempt at combining psychosomatic issues with rapidly developing

biology, psychology and evolutionary medicine. These disciplines combine psychological mechanisms with somatic mechanisms closer than ever before. The author briefly presents the meaning of basic terms in evolutionism: adaptations and psychological control mechanisms. The attachment theory is provided as a model of instinctive structures. This theory emerged from psychoanalytical trend and showed existence of congenital behaviour and acquired behaviour developing on its basis, which influences the structure of behaviour in the course of the entire life. Alimentary behaviour constitutes a similar congenital structure; it encompasses assessment of the quantity and the quality of consumed foods. It can be presumed that alimentary behaviour acquired in childhood may be combined with attachment behaviour and may constitute a pathogenetic factor in development of peptic ulcer disease. These presumptions are confirmed by observations made during development of peptic ulcer disease in case social support has been lost. The next sub-chapter recalls research on type A behaviour pattern and the attempt of interpreting it as a manner of implementing instinctive behaviour leading to achievement of a social position. Competitive behaviour is described, along with collaboration which takes place during achievement of a social position. They are accompanied by changes in the secretion model of adrenal glands and gonads. Type A behaviour pattern seems to be related to a drive to rivalry and aggressive fight for maintenance of a social position, resulting in stress situations. The author suggests dependence of type A behaviour pattern on congenital behaviour and behaviour acquired in the family along with changes in this behaviour under the impact of social and cultural conditions. The au-

thor perceives new horizons of psychosomatic investigation in hypotheses regarding ties between psychological risk factors of the coronary heart disease and peptic ulcer disease with congenital and acquired instinctive behaviour.

Key words: psychosomatics, instinctive behaviour, acquired behaviour, adaptation, evolutionary psychology, peptic ulcer disease, coronary heart disease

Bibliografia

1. Bowlby J. (2007). *Przywiązanie*. Warszawa: PWN.
2. Bowlby J. (1988). *A secure base, Parent-child attachment and healthy human development*. Londyn: Basic Books.
3. Buss, D.M. (2001). *Psychologia Ewolucyjna*. Gdańsk: GWP.
4. Cassidy J., Shaver R. (red.) (1999). *Handbook of Attachment*. New York Londyn: The Guilford Press.
5. Cosmides L., Tooby J. (2000). *Evolutionary Psychology and the Emotions*. [W:] M. Levis, J. M. Haviland-Jones (ed.), *Handbook of Emotions*. New York, London: The Guilford Press, s. 91. Kopia elektroniczna u autora.
6. Cosmides L., Tooby J. (2005). *Evolutionary Psychology Primer*. Santa Barbara: Center of Evolutionary Psychology, University of California. Kopia elektroniczna u autora.
7. Damasio A. R. (1999). *Błąd Kartezjusza*. Poznań: Rebis.
8. Friedman M., Ulmer D. (1984). *Treating Type A behavior a. your heart*. [W:] Ch.L. Sheridan, Ch.L. Radmacher - *Psychologia Zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia, 1998, s. 375-376.
9. Levy T.M., Orlans M. (1998). *Attachment, Trauma and Healing. Understanding and Treating Attachment Disorder in Children and Families*. Child Welfare League of America, www.attiepc.aol.com. Kopia elektroniczna u autora.
10. Łazowski J. (2003). *Nowa teoria więzi, Sztuka Leczenia*, 2.
11. Łazowski J. (red.) (1985). *Problemy psychosomatyczne w chorobie wrzodowej żołądka i dwunastnicy*. Warszawa: PZWL.
12. Łazowski J. (1979). Retrospektywne badania okoliczności psychospołecznych poprzedzających wystąpienie choroby wrzodowej. *Przegląd Lekarski*, 12, s. 829.
13. Moerman, D.E. (2002). *Meaning, Medicine and the Placebo Effect*. Cambridge: University Press.
14. Pinker S. (1997). *How the Mind Works*. New York: Norton.
15. Pinker S. (1999). *Language Instinct*. Penguin Books.
16. Pinker S. (2005). *Tabula rasa, spory o naturę ludzką*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
17. Trevathan W.R., Smith E.O., McKenna J.J. (1999). *Evolutionary Medicine*. Oxford: University Press.

Adres do korespondencji:

Dr hab. n. med. Jan Łazowski b. prof. nadzw.
AWF

ul. Łużycka 44 m. 12

30-658 Kraków

tel. 012 654 60 56; tel. kom. 505 177 780

email: jan.lazowski@poczta.onet.pl;

jan.lazowski@gmail.com