

## PREZENTACJA OSOBISTYCH CELÓW PACJENEK Z DIAGNOZĄ JADŁOWSTRĘTU PSYCHICZNEGO

### PERSONAL GOALS PRESENTATION IN PATIENTS WITH THE DIAGNOSIS OF ANOREXIA NERVOSA

<sup>1</sup> Zakład Psychologii Ogólnej Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach

Kierownik: prof. UŚ dr hab. Katarzyna Popiołek

<sup>2</sup> Studentka psychologii Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach

personal goals  
depression  
anxiety  
anorexia nervosa

*W artykule przedstawione są wyniki przeprowadzonych przez Autorki badań, które miały za zadanie ocenę osobistych celów życiowych u dziewcząt z jadłowstrętem psychicznym oraz analizę zależności pomiędzy tymi celami a symptomami depresji i lęku. W badaniach zastosowano metody kwestionariuszowe: Goal Importance/Facilitation Scale (GIFS) Maesa i wsp. oraz Szpitalnej Skali Lęku i Depresji Zigmunda i Snaitha.*

#### Summary

**Introduction.** The goals are defined by Ford and Nichols (1987) as the thoughts about desired states or outcomes that one would like to achieve.

**Aim.** The main objective of this study was to analyse the personal goals and evaluate the correlation between goals and mood disorders in patients with anorexia nervosa.

**Method.** We examined a group of 30 anorexic patients. Our control group consisted of 30 students without eating disorders. Life goals are assessed using the Goal Importance/Facilitation Scale by Maes et al. (2000). All subjects also completed the Hospital Anxiety and Depression Scale by Zigmond and Snaith (1983).

**Results.** There were statistically significant differences between the two groups in the Goal Importance/Facilitation Scale, with the anorexic group presenting the highest scores of intellectual development ( $p < 0.001$ ), avoidance of unpleasantness ( $p < 0.001$ ) and social development ( $p < 0.05$ ). Those goals are very important for women with anorexia nervosa but, at the same time, very difficult to attain. The results also revealed a significant correlation between the personal goals and symptoms of depression and anxiety in the anorexic group.

**Conclusion.** The goal disturbance may play a major role in eating disorders.

#### Wprowadzenie

Cele określa się mianem stanów, które człowiek pragnie osiągnąć, podtrzymywać lub których chciałby uniknąć. Zdaniem Forda [1] dążenie do celu (np. u pacjentów z jadłowstrętem psychicznym pragnienie posiadania szczupłej sylwetki) wymaga podjęcia aktywnego działania skierowanego na osiągnięcie pożądanego stanu rzeczy (lub obiektu), podczas gdy unikanie celu (np. u pacjentek z jadłowstrętem przyjmowanie posiłków) jest scharakteryzowane jako zachowanie powodujące oddalanie się od niepożądanego obiektu. Właściwy cel (np. chęć utraty masy ciała) nie istnieje samodzielnie (indywidualnie) — ale należy

do kompleksowej struktury celów życiowych człowieka. Owe cele mają charakter hierarchiczny: znajdujące się na wyższym poziomie (np. dobre samopoczucie, zdrowie, rozwój osobisty, społeczny) reprezentują osobistą filozofię życia jednostki, natomiast znajdujące się na niższym poziomie mają za zadanie ułatwienie dopięcia wyższego celu. Osiągnięcie celu znajdującego się na niższym poziomie jest zdecydowanie bardziej prawdopodobne, jeśli nie wchodzi on w konflikt z wyższym celem [2].

Każdy z nas, niezależnie od wieku, płci i wykształcenia, podejmuje trud realizacji własnych zamierzeń. Stawiamy sobie cele, których osiągnięcie zaspokaja nasze potrzeby, umożliwia rozwój, a także wpływa na wzrost samooceny. Współczesny świat nagradza ludzi ambitnych, ceni pracowitość i perfekcję. Wysokie oczekiwania ze strony społeczeństwa i konieczność dostosowania się do obowiązujących norm wpływają na codzienne funkcjonowanie i samopoczucie jednostki. Osoby zdrowe, postrzegające siebie w sposób adekwatny do rzeczywistości, zazwyczaj nie mają problemów z określeniem własnych możliwości i stopnia, w jakim są w stanie swe oczekiwania spełnić. Potrafią też ustalić granice, w zakresie których rozpoznają własne dążenia i ustalają hierarchię potrzeb, oraz trafnie odczytują bodźce płynące z własnego organizmu. Czasem jednak ocena własnych aspiracji, możliwości nie jest właściwa. Dzieje się tak w przypadku jadłowstrętu psychicznego.

Chore dziewczęta charakteryzuje silna potrzeba osiągnięć. Spełnianie cudzych oczekiwań (z pominięciem własnych potrzeb i pragnień) oraz bardzo duża potrzeba akceptacji i uznania ze strony innych uzależnia własną ocenę od stopnia realizacji stawianych sobie celów i w konsekwencji prowadzi do narastania symptomów depresji i lęku [3]. Przekonanie, iż na miłość i akceptację trzeba zasłużyć [4], powoduje u dziewcząt z jadłowstrętem dążenie do wypełniania zadań zarówno związanych z nauką i rozwojem, jak i funkcjonowaniem społecznym. Prowadzą one do zwiększonego wysiłku w realizacji zamierzeń (w wyniku silnego lęku przed porażką), a także do zachowań perfekcjonistycznych (będących rezultatem potrzeby sukcesu i kontroli) [5], każda zaś porażka prowadzi do obniżenia własnej samooceny i w mniemaniu chorych — dezaprobaty otoczenia.

Zdaniem Kulbata i wsp. [6] jadłowstręt psychiczny można traktować jako rezultat nadmiernej samoregulacji<sup>1</sup> zmierzającej do osiągnięcia niewłaściwego celu (sprawowanie kontroli nad własnym ciałem), a nie uzyskania pożądanego kształtu ciała.

Liczne badania dowodzą, że kiedy zachowania ludzi mają charakter autonomiczny, wykazują oni większą elastyczność [7], kreatywność [8] oraz większą zdolność do utrzymania niskiej wagi ciała [9] aniżeli osoby, których zachowanie jest kontrolowane.

<sup>1</sup> Problemem samoregulacji interesowali się Baumeister i wsp. (2000); w: Kulbat i wsp. [6]. Wyróżniają oni dwie kategorie zaburzeń tego procesu: niewystarczającą regulację, w której jednostka nie kontroluje samej siebie, oraz niewłaściwą (nadmierną) regulację, w której kontrola jest sprawowana, lecz nie prowadzi do pozytywnych rezultatów. Postulują, że jadłowstręt psychiczny powstaje wskutek zakłócenia systemu regulacji, tj. hiperregulacji (przeciwny biegun braku samoregulacji), żarłoczność psychiczna jest zaś wynikiem niedostatecznej samoregulacji (brak kontroli nad zachowaniami i potrzebami).

Autorki prezentowanego tekstu, zgodnie z definicją opracowaną przez Carvera i Scheiera (Carver CS, Scheier MF. *On the self-regulation of behavior*. New York: Cambridge University Press; 1998), samoregulację rozumieją jako zespół procesów, które sprowadzają się do osiągnięcia celów życiowych. Według Carvera i Scheiera, podstawą fundamentalną modeli samoregulacji jest motywacja osoby do zmiany swojego zachowania. Pryncypialnym celem jest zredukowanie dychotomii między stanem realnym (choroba) a upragnionym (zdrowie).

Możliwość osiągnięcia własnych celów pozytywnie koreluje ze wskaźnikami dobrego samopoczucia, negatywnie zaś z lękiem i depresją [10, 11].

Bibring [12] twierdzi, że w sytuacji, gdy ego czuje się bezsilne w zaspokajaniu własnych dążeń i oczekiwań, jednostka zaczyna postrzegać własną bezradność w osiągnięciu celów, co z kolei, zdaniem autora, wytwarza niskie poczucie wartości — kluczową cechę depresji. Ponieważ osoby podatne na depresję mają niezmiernie wysokie standardy, konfrontacja z własnymi celami zwiększa u nich uczucie niemożności (niezdolności) urzeczywistnienia ich.

### **Cel pracy**

Celem badania była ocena osobistych celów życiowych dziewcząt z jadłowstrętem psychicznym oraz analiza zależności pomiędzy celami a symptomami depresji i lęku. Dodatkowo, autorki interesowało, czy wyniki kobiet z zaburzeniami odżywiania się będą różniły się istotnie statystycznie od wyników osób o prawidłowej masie ciała pod względem celów życiowych oraz występowania objawów depresji i lęku.

### **Material i metoda**

Badaniom poddano 30 osób z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego według kryteriów DSM-IV [13]. Przeprowadzono je w Ośrodku Leczenia Nerwic i Zaburzeń Jedzenia „Dąbrówka” w Gliwicach oraz wśród byłych pacjentek Oddziału Psychiatrii Wieku Rozwojowego w Sosnowcu. Grupę kontrolną stanowiło 30 dziewcząt o prawidłowej masie ciała (studentki Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach).

Średnia wieku badanych grup wyniosła: dla pacjentek z anoreksją 20,17 roku ( $SD \pm 1,44$ ), natomiast dla grupy kontrolnej 20,30 roku ( $SD \pm 0,65$ ). Średnia wskaźnika wago-wo-wzrostowego (Body Mass Index) osiągnęła wartość  $16,52 \text{ kg/m}^2$  ( $SD \pm 0,81$ ) w grupie klinicznej oraz  $20,46 \text{ kg/m}^2$  ( $SD \pm 2,81$ ) w grupie kontrolnej.

Do badań użyto Goal Importance and Facilitation Scale (GIFS) Maesa i wsp. [14] oraz Szpitalnej Skali Lęku i Depresji Zigmunda i Snaitha [15]. Kwestionariusz GIFS został opracowany na podstawie taksonomii celów ludzkich Forda i Nicholasa [2]. Składa się z 46 itemów. Dla każdego itemu badany zaznacza stopień trudności osiągnięcia celu: bardzo łatwy (1), łatwy (2), nietrudny, niełatwy (3), trudny (4), bardzo trudny (5) oraz stopień ważności celu w życiu: nieważny (1), trochę ważny (2), dosyć ważny (3), ważny (4) oraz bardzo ważny (5).

GIFS pozwala uzyskać trzy wyniki dla każdego celu:

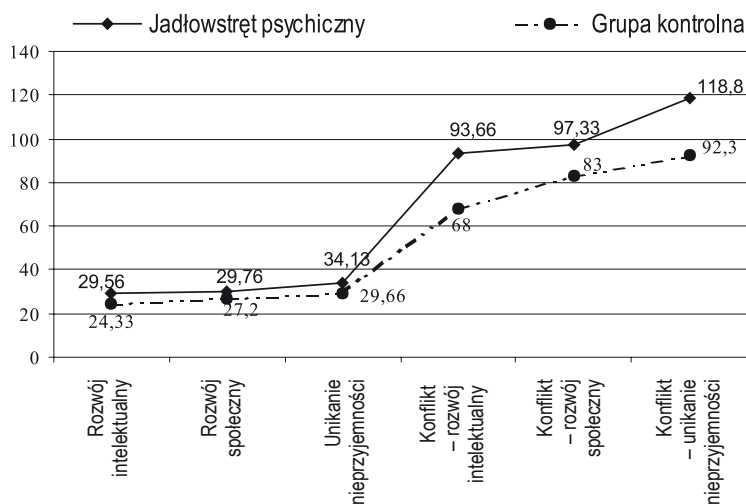
- a. łatwość jego osiągnięcia — wynik niski wskazuje na łatwość osiągnięcia danego celu, wysoki zaś, przeciwnie, mówi o trudności jego uzyskania;
- b. jego ważność — wynik niski informuje, że osoba nie traktuje danego celu jako ważnego w swoim życiu, natomiast wysoki wskazuje na jego istotność w życiu badanego;
- c. konflikt (między łatwością a ważnością danego celu) — dla każdej odpowiedzi wynik otrzymuje się mnożąc rezultaty dwóch poprzednich (łatwość osiągnięcia celu x ważność celu). Wynik może oscylować pomiędzy 1 (osoba traktuje cel jako nieistotny i jednocześnie bardzo łatwy do urzeczywistnienia,  $1 \times 1 = 1$ ) a 25 (cel ma ogromne znaczenie i równocześnie jest bardzo trudny do osiągnięcia,  $5 \times 5 = 25$ ).

Przyjmuje się, że im wyższy wynik (dychotomia pomiędzy stopniem ważności i łatwości osiągnięcia celu), tym większe znaczenie danego konfliktu. W celu sprawdzenia możliwości stosowania kwestionariusza GIFS wśród polskiej populacji przeprowadzono analizę czynnikową [16]. Spójność każdego z czynników testowana była za pomocą rachunku współczynnika rzetelności — alpha Cronbacha. W wyniku analizy czynnikowej uzyskano następujące podskale: (1) rozwój intelektualny ( $\alpha = 0,80$ ); (b) rozwój osobisty ( $\alpha = 0,75$ ); (c) rozwój społeczny ( $\alpha = 0,78$ ) i (d) unikanie nieprzyjemności ( $\alpha = 0,80$ ).

Szpitalna Skala Lęku i Depresji (The Hospital Anxiety and Depression Scale) Zigmonda i Snaitha [15] stanowiła narzędzie pomiaru symptomów zaburzeń emocjonalnych (przy wyeliminowaniu objawów somatycznych).

### Rezultaty

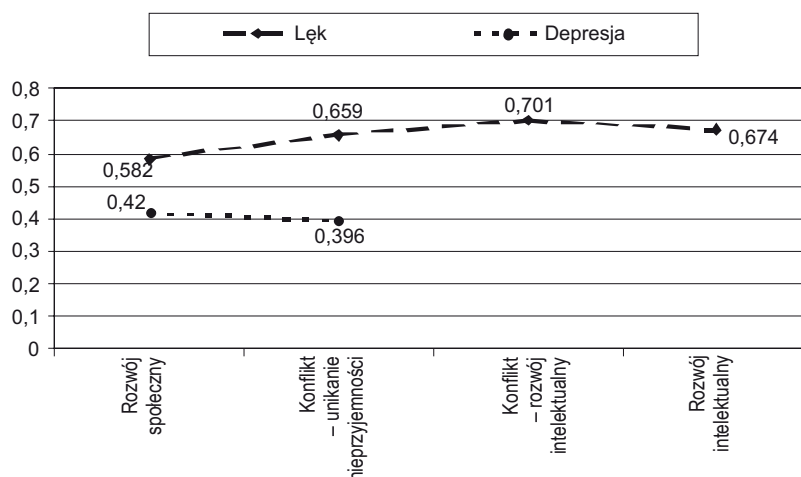
Pomiędzy badanymi grupami nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w częstotliwości występowania objawów depresji ( $p = 0,40$ ) oraz lęku ( $p = 0,74$ ). W porównaniu z dziewczętami o prawidłowej masie ciała, pacjentki z jadłowstrętem psychicznym koncentrowały się w większym stopniu na celach życiowych dotyczących rozwoju intelektualnego ( $p < 0,001$ ), społecznego ( $p < 0,05$ ), a także związanych z unikaniem nieprzyjemności ( $p < 0,001$ ). Ponadto, badana grupa kliniczna osiągnęła wyższe wyniki w skalach dotyczących ważności celów i jednocześnie trudności w ich osiągnięciu jeśli chodzi o rozwój intelektualny ( $p < 0,001$ ), rozwój społeczny ( $p < 0,05$ ) oraz unikanie nieprzyjemności ( $p < 0,001$ ). Średnie wyniki prezentuje wykres 1.



Wykres 1. Średnie wyniki w skali GIFS dla badanych grup

U kobiet z anoreksją wystąpiły istotne statystycznie ( $p < 0,01$ ) korelacje pomiędzy lękiem a celami dotyczącymi rozwoju społecznego, intelektualnego oraz ważnością i jednocześnie stopniem trudności celów skoncentrowanych na unikaniu nieprzyjemności, a także na rozwoju intelektualnym. Dodatkowo, w grupie eksperymentalnej stwierdzono pogłębianie się objawów depresji powiązanej z celami dotyczącymi rozwoju społecznego ( $p < 0,05$ ).

oraz ważnością i jednocześnie trudnością celów związanych z unikaniem nieprzyjemności ( $p < 0,05$ ). Wyniki analizy korelacyjnej przedstawia wykres 2.



Wykres 2. Współczynniki korelacji pomiędzy skalą GIFS a skalą HADS w grupie pacjentek z anoreksją

### Dyskusja

Z przeprowadzonych badań wynika, że pacjentki z jadłowstrętem psychicznym w większym stopniu, aniżeli zdrowa populacja, koncentrują się na celach życiowych związanych z unikaniem nieprzyjemności (unikanie: sytuacji stresowych, chorób, przekraczania reguł społecznych, wyobrażania sobie życia jako szarej rzeczywistości, codziennej rutyny, niewłaściwego zachowywania się wobec innych osób), rozwojem intelektualnym (zaspokajanie własnej ciekawości intelektualnej, unikanie: pozostawania w niewiedzy, banalnego myślenia, wykonywania jedynie zadań prostych, mało twórczych) oraz społecznym (pragnienie aprobaty otoczenia, podnoszenie wartości samego siebie w porównaniu z innymi osobami, przynależność do grupy, unikanie dezaprobaty społecznej). Są one dla nich ważniejsze i jednocześnie subiektywnie przez nie postrzegane jako trudniejsze do osiągnięcia.

Cele dotyczące rozwoju społecznego oraz trudności w unikaniu nieprzyjemności wiążą się w naszej grupie klinicznej z objawami depresji. Oznacza to, iż u badanych kobiet dążenie do wytyczonych sobie celów związane jest z pogłębianiem się zaburzeń afektywnych. Można przypuszczać, że sytuacja ta wynika z przeżywanych porażek (brak przynależności do grupy, uczucie dezaprobaty społecznej, zaniżanie własnej wartości w porównaniu z innymi osobami) oraz doświadczania odrzucenia (emocjonalnego, rodzinnego, społecznego). Być może objawy depresyjne wzmacnia odczuwane przez badane dziewczęta poczucie nieskuteczności własnych działań oraz braku kompetencji społecznych<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Zdaniem Skarżyńskiej (Spostrzeganie ludzi. Warszawa: PWN; 1981) kompetencje społeczne są umiejętnością osiągania celów społecznych i jednostkowych, przy jednoczesnym zachowaniu dobrych stosunków z partnerami interakcji. Natomiast Matczak (Kwestionariusz Kompetencji Społecznych — KKS. Podręcznik. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2001) definiuje je jako złożone umiejętności warunkujące efektywność radzenia sobie w różnych sytuacjach społecznych, które nabywane są przez osobę w toku treningu społecznego.

W naszej grupie klinicznej objawy lęku były zależne od celów związanych z rozwojem społecznym oraz intelektualnym, jak również spostrzeganiem trudności w osiągnięciu celów dotyczących rozwoju intelektualnego oraz unikania nieprzyjemności. Oznacza to, że wysiłki podejmowane w celu osiągnięcia dobrych wyników w nauce, spełnienia wymagań środowiska rodzinnego i/lub szkolnego mogą redukować niepokój (dla badanych osób jedynym dostępnym środkiem radzenia sobie z obniżonym nastrojem jest wzmożony wysiłek w realizacji zadań związanych z rozwojem intelektualnym oraz rozwojem kompetencji społecznych), bądź też, przeciwnie, nasilać go (podtrzymując obawę przed porażką).

Poddawanie się presji społecznej, dążenie do osiągania celów powszechnie akceptowanych i narzuconych przez otoczenie, pomijanie własnych potrzeb i spełnianie cudzych oczekiwań [3] (a tym samym skupienie się na zewnętrznych wymaganiach) jest szczególnie wyraźne w zachowaniu pacjentek z anoreksją. Dostosowywanie się do wymogów społecznych (urzeczywistnianie celów społecznych) pogarsza samopoczucie pacjentek. Nadmierne oczekiwania ze strony otoczenia (wobec kobiet z jadłowstrętem) oraz tendencja chorych dziewcząt do ich spełniania wzmagają poziom odczuwanego lęku. Niemożność realizacji zadań związanych z rozwojem intelektualnym jest dla nich zatem równoznaczna z porażką i odrzuceniem. Niska samoocena oraz akceptacja siebie sprawia, że kobiety z anoreksją czują się niekompetentne i bezsilne [3], co z kolei może tłumaczyć, dlaczego cele związane z rozwojem intelektualnym (i nie tylko) są postrzegane przez nie jako trudne do osiągnięcia.

### Wnioski

Rezultaty przeprowadzonych badań wskazują, że życiowe cele stawiane sobie przez pacjentki z anoreksją mają związek z objawami depresji i lęku. Doświadczenie porażki — nie tylko w obszarze funkcjonowania społecznego, ale w każdym innym aspekcie życia — jest istotnym czynnikiem powodującym największe natężenie lęku, gdyż bezpośrednio wpływa na samoocenę i samoakceptację, a co za tym idzie na niskie poczucie kompetencji. To, w połączeniu z rezygnacją z własnych pragnień i potrzeb oraz tendencją do spełniania cudzych oczekiwań, powoduje uczucie braku kontroli nad własnym życiem i zwiększa strach przed odczuwaniem nieprzyjemności (czyli przed porażką w zakresie społecznym czy intelektualnym). Nieumiejętność stosowania odpowiednich strategii radzenia sobie z sytuacjami trudnymi, brak odpowiedniego wsparcia społecznego oraz umiejętności nawiązywania i podtrzymywania więzi społecznych nieuchronnie prowadzą do depresji (stanowiącej integralną część jadłowstrętu psychicznego) [17].

Zaburzenia emocjonalne, podobnie jak afektywne, mogą być wynikiem przeżytych nieprzyjemności związanych z poczuciem niedostosowania do norm społecznych. Antycypacja niepowodzeń może być również powodem społecznego wycofania się, dążenia do zaspokajania potrzeb otoczenia (zamiast własnych) oraz subiektywnego spostrzegania celów związanych z rozwojem społecznym i unikaniem nieprzyjemności jako trudnych do osiągnięcia.

### Piśmiennictwo

1. Ford ME. *Motivating humans: Goals, emotions, and personal agency beliefs*. Hillsdale, New York: Erlbaum; 1992.

2. Ford ME, Nichols CW. A taxonomy of human goals and some possible applications. W: Ford ME, Ford DH, red. *Humans as self-constructing living systems: putting the framework to work*. Hillsdale, NJ: Lawrence-Erlbaum; 1987, s. 289–311.
3. Pawłowska B, Chuchra M. Akceptacja siebie i rodziców przez kobiety z jadłowstrętem psychicznym. *Psychiatr. Pol.* 2004; 6: 1031–1042.
4. Bruch H. Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosom. Med.* 1962; 24: 187–194.
5. Slade PD. Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Brit. J. Clin. Psychol.* 1982; 21: 167–179.
6. Kulbat J, Głębocka A, Bronowicka A. Perspektywy dalszych badań nad wizerunkiem ciała. W: Głębocka A, Kulbat J, red. *Wizerunek ciała. Portret Polek*. Opole: Uniwersytet Opolski; 2005, s. 107–118.
7. Grolnick WS, Ryan RM. **Autonomy in children's learning: An experimental and individual difference investigation.** *J. Pers. Soc. Psychol.* 1987; 52: 890–898.
8. Amabile T. *Creativity in context*. Boulder, CO: Westview Press; 1996.
9. Williams GC, Grow VM, Friedman Z, Ryan RM, Deci EL. Motivational predictors of weight loss and weight-loss maintenance. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1996; 70: 115–126.
10. Kasser T, Ryan RM. A dark side of the American dream: correlates of financial success as a central life aspiration. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1993; 65: 410–422.
11. Kasser T, Ryan RM. Further examining the American dream: Well-being correlates of intrinsic and extrinsic goals. *Pers. Soc. Psychol. Bull.* 1996; 22: 281–288.
12. Bibring E. *The mechanism of depression*. W: Greenacre P, red. *Affective disorders*. New York: International Universities Press; 1953, s. 14–47.
13. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4<sup>th</sup> edition)*. Washington D.C.: American Psychiatric Association; 1994.
14. Maes S, Sweeney L, Gebhardt W. *The Goal Importance and Facilitation Scale*. Leiden University, Health Psychology Section; 1998.
15. Zigmund A, Snaith RP. *The Hospital Anxiety and Depression Scale*. *Acta Psychiatr. Scand.* 1983; 6: 361–370.
16. Brytek A. *Contribution des modèles sur l'autorégulation du comportement dans la compréhension des troubles alimentaires. Perspectives interculturelles*. Niepublikowana praca doktorska. Université Paul Verlaine – Metz, France, 2005.
17. Januszkiewicz-Grabias A, Banaś A, Radziwiłłowicz P, Smoczyński S, Radziwiłłowicz W. *Próba oceny jakości życia u chorych z zaburzeniami odżywiania się*. W: Namysłowska I, red. *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej; Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy 2000, s. 115–121.

Adres: Instytut Psychologii  
Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach  
Zakład Psychologii Ogólnej  
ul. Grażyńskiego 53, 40-126 Katowice

## **Dofinansowanie naukowych wyjazdów zagranicznych**

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego informuje o możliwości uzyskania przez członków zwyczajnych Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego dofinansowania ich udziału w zjazdach, sympozjach i konferencjach naukowych odbywających się za granicą. Zasady przyznawania dofinansowania określają załączone „Zasady”. Komitet „Konferencje Naukowe PTP” ZG PTP gromadzi na ten cel środki na koncie:

Polskie Towarzystwo Psychiatryczne Konferencje Naukowe, ul. Kopernika 21B 31-501 Kraków, w Banku PKO SA, Oddz. w Krakowie, Rynek Gł. 31, nr rachunku: 12401431-7001815-2700-401112-001.

Zarząd zachęca członków towarzystwa do korzystania z tej możliwości, a także do pozyskiwania sponsorów dla tej działalności.

Wnioski o dofinansowanie należy składać na adres komitetu na ręce prof. dr. hab. med. Jacka Bomby.

### **Zasady dofinansowania przez Zarząd Główny wyjazdów na zjazdy, sympozja, konferencje naukowe za granicą z funduszu „Konferencje Naukowe PTP”**

1. Z refundacji kosztów udziału w zjazdach, konferencjach, sympozjach naukowych za granicą korzystać mogą członkowie zwyczajni Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

2. Refundacja nie może przekroczyć równowartości 1000 USD

3. Refundacja może być rozliczona jako:

a. stypendium ZGPTP (tzn. jako opodatkowany przychód)

b. delegacja – przy czym jej koszty nie mogą przekroczyć kwot określonych w pkt. 2.

4. Wniosek o dofinansowanie powinien wyprzedzać termin zjazdu i zawierać:

a. potwierdzenie członkostwa zwyczajnego z datą przyjęcia do PTP, dokonane przez sekretarza oddziału, oraz opłacenia składek członkowskich dokonane przez skarbnika oddziału

b. informację o imprezie

c. kopię streszczenia zgłoszonego doniesienia

d. kopię potwierdzenia przyjęcia doniesienia do programu zjazdu

5. Dofinansowanie może być przyznane tylko jednemu autorowi w przypadku prezentacji prac zbiorowych.

6. Osoby korzystające z dofinansowania składają Zarządowi Głównemu sprawozdanie ze sponsorowanego wyjazdu w takiej formie, by mogło być opublikowane w czasopiśmie towarzystwa.

7. Niniejsze zasady zostały przyjęte przez Zarząd Główny na posiedzeniu w dniu 7 kwietnia 1995 r.

8. W dniu 6 czerwca 2006 Zarząd Główny zmienił treść pkt 2 Regulaminu. Stypendium nie może przekraczać 1000 USD, niezależnie od miejsca konferencji.