

Jakub Bobrzyński

PROCES ZDROWIENIA PO URAZIE PSYCHICZNYM

THE HEALING PROCESS AFTER TRAUMA

Specjalistyczny Szpital im. J. Babińskiego w Krakowie

Dyrektor: mgr Marzena Grochowska

**PTSD
psychotraumatology
psychoanalytic psychotherapy**

W artykule przedstawione są zasady i cele psychoterapii osób, które doświadczyły urazu psychicznego. Zadania przypadające na kolejne fazy leczenia określone są jako zapewnienie bezpieczeństwa, wspomnianie i odbycie żaloby, odbudowywanie związków i powrót do normalnego życia. Autor zajmuje się również znaczeniem i mechanizmem objawów pourazowych. Opisana jest też specyfika wzajemnej relacji pomiędzy terapeutą a ofiarą traumy.

Summary: The article is a short description, based on the psychoanalytic literature, of the process of therapy of trauma survivors. The focus is on the importance of symbolization in this process, on the therapeutic relationship and the characteristic difficulties in this relationship, as described in the literature, and on the so called steps in the therapeutic work.

Wprowadzenie

Za koncepcją zespołu stresu pourazowego stoi założenie, że zaburzenie to jest częścią normalnego procesu integrowania doświadczenia traumatycznego w pamięci, co przenosi punkt ciężkości z podatności ofiary na stres na znaczenie czynnika urazowego [1]. Z drugiej strony, według podejścia psychoanalitycznego, poważne przeżycia traumatyczne budzą przytłumione cierpienia i konflikty z dzieciństwa, co podkreśla raczej rolę podatności ofiary [2]. Spośród różnych podejść stosowanych w leczeniu ofiar traumatycznych doświadczeń, autor niniejszego artykułu koncentruje się na podejściu psychoanalitycznym, wiedziony przekonaniem — ukształtowanym zarówno przez własne doświadczenie kliniczne, jak i argumenty niektórych autorów [3, 4] — że próba zrozumienia teraźniejszości pacjenta bez odniesienia do jego przeszłości może przynieść jedynie nietrwały efekt terapeutyczny, a także, że koncentracja na relacji przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowej i analiza nieświadomych motywów zachowania daje możliwość przepracowania trudności tych pacjentów w ich relacjach z innymi. Zgodnie z tym podejściem, wpływ traumatycznych wydarzeń na ludzki umysł można zrozumieć i leczyć jedynie wtedy, gdy wspólnie z pacjentem zrozumie się lub wręcz zbuduje na nowo znaczenie tych wydarzeń.

Oprócz uwzględnienia indywidualnej odpowiedzi na uraz, nie mniej ważne wydaje się jednak także istnienie kontekstu społecznego, który uznaje krzywdę ofiary [4, 5]. Trudno w rozważaniach na temat procesu zdrowienia ofiar traumatycznych doświadczeń pomijać

perspektywę społeczną, polityczną czy moralną. Trauma ma miejsce wówczas, kiedy brakuje oczekiwanej przez ofiarę odpowiedzi ze strony otoczenia, która odzwierciedla i uznaje jej cierpienie. Z tej perspektywy pomoc terapeutyczna ma ograniczone możliwości, jeśli nie istnieje przestrzeń społeczna, która uznaje indywidualne szkody ofiary [4, 5].

„Niewypowiedziane cierpienie”

Ponieważ głównym problemem ofiar urazu jest niezdolność zintegrowania traumatycznego doświadczenia w pamięci autobiograficznej, celem leczenia jest pomoc w pogodzeniu się z rzeczywistością tego, co się wydarzyło, bez konieczności doświadczenia tego na nowo. Żeby to osiągnąć, nie wystarczy odkrycie wspomnień, ale konieczne jest także umieszczenie ich we właściwym kontekście i zrekonstruowanie w neutralne i pełne znaczenia narracje [6]. Traumatyczne doświadczenie budzące bezradność wymusza regresję prowadzącą do wczesnego etapu rozwojowego, poprzedzającego użycie słów i symboliczne myślenie [2]. Początkowo ofierze urazu trudno powiązać swoje objawy z doświadczeniami urazowymi. Dopiero w przestrzeni terapeutycznej, opierającej się na relacji, która uznaje traumatyczne doświadczenia pacjenta, może on zacząć symbolizować, ubierać w słowa swoje pierwotne lęki i poczucie zagubienia czy niemocy [5]. Symbolizacja nadaje ciągłość historii własnej pacjenta, umożliwi konstrukcję i rekonstrukcję poczucia tożsamości, wypełnienie luk, połączenie pofragmentowanych kawałków w pamięci [5]. Wewnętrzne przeżywanie traumatycznego wydarzenia — według modelu psychoanalitycznego — to „doznanie bycia porzuconym przez kochającego, dobrego, chroniącego i pomieszczającego wewnętrzny obiekt na pastwę zniechęconego i nienawidzącego złego obiektu, który w odczuciu jednostki doprowadził do traumy” [7, s. 74]. W przypadku traumatycznego przeżycia ofiara traci zdolność do symbolizacji, czyli wykorzystania różnych aspektów rzeczywistego świata do reprezentowania wewnętrznych obiektów i relacji z nimi w celu wsparcia myślenia i rozumienia. Terapia jest próbą odbudowania tej funkcji. Dopiero po osiągnięciu zdolności do symbolizacji możliwe stają się myśli i marzenia sennie na temat danego wydarzenia, prowadzące do przepracowywania i przekształcania go na różne sposoby [7]. Według Segal: „symbole są [...] tworzone w świecie wewnętrznym jako środki odzyskiwania, odtwarzania i ponownego posiadania pierwotnego obiektu” [8, s. 87]. Załamanie się zdolności do symbolicznego myślenia o traumatycznym zdarzeniu jest jedną z przyczyn charakterystycznego zamknięcia urazu w umyśle i traktowania go jak obcego ciała. Granica między obszarem umysłu, w którym zamknięty jest uraz, a obszarem zdolnym do kreatywności do pewnego stopnia pełni rolę ochronną, oddzielając traumatyczne wspomnienia od tej części umysłu, w której funkcjonowanie symboliczne nadal jest możliwe [7].

Dopóki doświadczenie urazowe nie zostanie wypowiedziane w obecności słuchającego świadka, elementy odpowiedzi jednostki na zagrożenie mają tendencję do utrzymywania się w postaci symptomów pourazowych na długo po przeminięciu bezpośredniego niebezpieczeństwa. Objawy pourazowe często odrywają się od swego źródła i zaczynają żyć własnym życiem. Najczęściej mamy do czynienia z trzema grupami objawów: nadmiernego pobudzenia (w postaci na przykład koszmarów sennych, nadmiernej czujności, dolegliwości psychosomatycznych), które można traktować jako rezultat chronicznego pobudzenia autonomicznego układu nerwowego; wtrągnięcia, czyli natrętnego powracania wspomnień

traumatycznych w postaci obrazów i wrażeń zmysłowych, przy nieobecności werbalnej narracji; zawężenia (odrętwienia), związanego z próbami uniknięcia bolesnych traumatycznych wspomnień, powodującymi zawężenie świadomości, wycofanie z kontaktów z ludźmi i zubożenie życia psychicznego. Ograniczanie własnego życia wydaje się strategią służącą zapanowaniu nad uporczywym lękiem i stworzeniu sobie elementarnej poczucia bezpieczeństwa [4], przy czym może ono przybierać także formę nadużywania narkotyków i alkoholu, które tłumią świadomość dystresujących stanów emocjonalnych, czy używania dysocjacji w celu utrzymywania nieprzyjemnych doświadczeń z dala od świadomości [9]. Psychiczne zawężenie, będące podstawową strategią adaptacyjną, odnosi się do każdego aspektu życia — związków z innymi, aktywności, myśli, wspomnień, emocji, a nawet do wrażeń zmysłowych. W relacjach z ludźmi ofiara urazu oscyluje często pomiędzy bliskim przywiązaniem a pełnym lęku wycofaniem — „każdy może być albo prześladowcą, biernym świadkiem, sprzymierzeńcem albo wybawicielem” [4; s.103]. Celem psychoterapii staje się więc opanowanie traumatycznych przeżyć poprzez przetworzenie tego doświadczenia w formę symboliczną, komunikowalną, taką jak słowa, myśli i uczucia, by mogła ona przejawiać się jako werbalna narracja, a nie „niewypowiedziane cierpienie” [4, s. 11]. Rolą terapeuty jest dostarczenie pacjentowi perspektywy, poprzez którą może on zobaczyć swoje doświadczenie jako znaczące i możliwe do zniesienia. Utrzymanie emocjonalnej więzi z terapeutą umożliwia pacjentowi konfrontowanie się z traumatycznymi wspomnieniami w bezpiecznych warunkach [9]. Celem leczenia nie jest jedynie uspokojenie objawów pourazowych, ale także odzyskanie przez pacjenta siły i stworzenie nowych związków. Podstawą każdej psychoterapii jest przymierze terapeutyczne pomiędzy pacjentem i terapeutą, przy czym w przypadku ofiar urazu tworzenie przymierza terapeutycznego może stać się problemem, należy go więc rozumieć i przewidywać od samego początku.

Przeniesienie i przeciwprzeniesienie

Ponieważ reakcje przeniesienia w relacji z terapeutą u ofiar urazu cechują się szczególną intensywnością i brakiem dystansu, istnieje duże ryzyko odegrania przez terapeutę i pacjenta niektórych aspektów patologicznego związku z prześladowcą. Według Kernberga [10], im bardziej zregresowany pacjent, z tym większą intensywnością musi reaktywować w terapii jego własne regresywne cechy, tak, by mógł on pozostawać z nim w kontakcie emocjonalnym [10]. Reakcje emocjonalne pacjenta opierają się często na ambiwalencji pomiędzy — z jednej strony — poczuciem bezradności i opuszczenia, i w konsekwencji potrzebie doświadczenia opieki i zrozumienia, a z drugiej — brakiem zaufania i niewiarą w szczerą intencję terapeuty i lękiem przed powtórzeniem urazów z przeszłości [4, 5]. Pacjent często widzi w terapeutę prześladowcę i posądza go o chęć wykorzystania lub niezdrówą ciekawość. Terapeuta w reakcji na to może identyfikować się z prześladowcą; może także nieświadomie przyjąć rolę obojętnego obserwatora i w konsekwencji doświadczać typowej reakcji emocjonalnej: „poczucia winy świadka” wywołanego myślą, że ominęło go cierpienie, które musiał znieść pacjent. Często pojawia się też u niego podobne jak u ofiary urazu poczucie bezradności, pod którego wpływem zaczyna kwestionować własne kompetencje lub zasoby pacjenta, albo ulega pokusie zajęcia pozycji osoby wyjątkowej dla pacjenta i wszechmocnej, a w konsekwencji — przekraczania granic terapii [4].

Wszystkie te gwałtowne reakcje wymagają zrozumienia i przepracowania, tak, aby uniknąć ryzyka, z jednej strony, opuszczenia emocjonalnego pacjenta, a z drugiej — wzięcia na siebie zbyt wielkiej odpowiedzialności za jego życie, osłabiając go tym samym [4]. Przepracowanie w tej sytuacji wymaga tolerancji terapeuty dla zniekształceń jego wewnętrznego doświadczenia pod naciskiem regresji przeniesieniowej pacjenta, co umożliwi mu przyjęcie empatycznej postawy wobec tego, czego pacjent nie może tolerować w sobie [11]. Ta empatia może następnie przyczynić się do generowania kluczowej wiedzy dla formułowania interpretacji przeniesienia. Terapeutyczna empatia — według Kernberga — przekracza słownikową definicję empatii, dotyczącą codziennych interakcji ludzkich. Oznacza ona integrację, na poziomie kognitywnym i emocjonalnym, tego, co jest aktywnie dysocjowane czy odszczepiane. Terapeuta powinien mieć umiejętność wczuwania się nie tylko w świadome doświadczenie emocjonalne pacjenta, ale także w to, czego pacjent nie może tolerować w sobie [11]. Taki sposób funkcjonowania terapeuty, określane jako „kontenerowanie” [Bion 1967, za: 11], czyli absorbowanie, organizowanie i przetwarzanie chaotycznego doświadczenia wewnętrznego pacjenta — które terapeuta początkowo stara się sklaryfikować w swoim umyśle, a następnie przekazać jako część swojej interpretacji — dostarcza pacjentowi poczucia bezpieczeństwa dzięki wytrzymałości i odporności terapeuty na agresję, jego nieodgrywanie się, i utrzymywanie postawy zaangażowania i emocjonalnej dostępności. Ponieważ opisane wyżej reakcje traumatycznego przeniesienia i przeciwprzeniesienia są nieuniknione w leczeniu pacjentów po urazie, konieczne jest zapewnienie odpowiednich ram terapii, które chronią przed przekraczaniem granic i umożliwiają zbudowanie dobrego, współpracującego związku terapeutycznego. Dotyczy to przede wszystkim jasnego określenia zasad związanych z częstotliwością i długością spotkań, a także „awaryjnych” kontaktów poza sesjami [4]. Terapeuta musi zachować szczerne granice terapii, aby móc kontrolować acting outy pacjenta i zachować własną wewnętrzną wolność do fantazjowania (reverie) umożliwiającą rozpoznanie projektowanych aspektów relacji obiektywnych pacjenta [11]. Granice związku terapeutycznego służą także wzmocnieniu poczucia siły u pacjenta i dbaniu o stworzenie relacji opartej na współpracy [4]. Neutralność oznacza utrzymywanie równego dystansu do sił determinujących konflikty intrapsychiczne pacjenta, a nie brak ciepła czy empatii [11]. Tym, co rzeczywiście wzmacnia ego pacjenta, nie jest gratyfikacja jego potrzeb nie zaspokojonych w dzieciństwie, ale zrozumienie związku przeszłych frustracji i ograniczeń z patologicznymi impulsami i obronami, które zostały aktywowane pod wpływem tych urazowych doświadczeń i które przyczyniły się do słabości ego [11].

Etapy powrotu do zdrowia

Odnosząc się do wcześniejszych teoretyków zajmujących się problemem terapii potraumatycznej — począwszy od Janeta — Herman [4, s. 165] określiła umowne etapy leczenia ofiar urazu następująco: zapewnienie bezpieczeństwa; wspomnianie i odbycie żałoby; odbudowywanie związków i powrót do normalnego życia. Zaznaczyła przy tym, że proces ten nie przebiega liniowo, ale zwykle wcześniejsze problemy powracają na kolejnym, wyższym poziomie integracji.

Na pierwszym etapie leczenia podstawowe zadania to odzyskanie kontroli, opanowanie objawów (zwłaszcza autodestrukcyjnych), zapewnienie wsparcia społecznego, a także

poszerzenie strefy autonomii poszkodowanego i ustalenie granic między nim i rodziną [4]. Niektórzy pacjenci — ofiary pojedynczego doświadczenia traumatycznego — są w stanie uzyskać korzyści z krótkoterminowej interwencji, jeśli terapeuta potrafi zmobilizować ich własne zasoby, z których wcześniej nie czerpali [6]. Większość ofiar urazu nie zgłasza się do leczenia, zanim nie doświadczy długotrwałego cierpienia, prawdopodobnie dlatego, że — podobnie jak ich otoczenie — widzi objawy pourazowe jako normalną odpowiedź na stres [12]. Jeśli jednak mamy do czynienia z osobą bezpośrednio po doświadczeniu urazowym, pomoc psychologiczna polega przede wszystkim na ochronie jej przed dalszym narażeniem na stres, skontenerowaniu bezpośrednich fizjologicznych i psychologicznych odpowiedzi, zwiększeniu poczucia kontroli nad wydarzeniami, a także ułatwieniu ekspresji indywidualnego doświadczenia [12]. Jeśli w trakcie takiej konsultacji próba nawiązania kontaktu z pacjentem okaże się skuteczna, stanie się ona dla niego dobrym doświadczeniem, dzięki któremu może on odzyskać wewnętrzny dobry obiekt, niezbędny do zdrowego funkcjonowania psychicznego [7]. Ustąpienia objawów i zapewnienia podstawowego bezpieczeństwa nie należy jednak mylić z pełnym wyleczeniem, ponieważ ofiara nie dokonała jeszcze integracji urazu w jej świecie wewnętrznym. Tak samo w sytuacjach, kiedy mamy do czynienia z ofiarami przewlekłego, powtarzającego się urazu, pierwszy etap leczenia może być dużo bardziej skomplikowany i długotrwały; interwencja kryzysowa czy terapia krótkoterminowa rzadko w tych wypadkach wystarczają [4]. W tych bardziej złożonych przypadkach wstępnym warunkiem w leczeniu jest utworzenie bezpiecznej relacji, która stanowi fundament umożliwiający skonfrontowanie się z traumatycznymi wspomnieniami. Psychofarmakoterapia często jest integralną częścią tej wczesnej fazy leczenia [6].

Przejsie do dalszego etapu zdrowienia zachodzi zazwyczaj stopniowo, kiedy pacjent zaczyna wypracowywać bezpieczne przymierze, które pozwala na autonomię, a zarazem bliskość. Dzięki temu może zacząć konfrontować się z bolesnymi wspomnieniami, przy czym decyzja ta należy do niego; terapeuta odgrywa tu rolę świadka, w którego obecności pacjent może mówić o tym, czego dotąd nie dało się opowiedzieć. Żałoba na tym etapie jest zadaniem najistotniejszym: przywoływanie pamięci o urazie wywołuje głęboki smutek, pacjenci konfrontują się ze stratami psychologicznymi wywołanymi traumatycznymi doświadczeniami [4]. Opór przed żałobą stanowi najczęstszą przyczynę zastoju na tym etapie powrotu do zdrowia [4, 13]. Czasem pacjenci są przywiązani do swoich objawów, będących symbolicznym sposobem dochowania wierności utraconej bliskiej osobie, substytutem żałoby albo wyrazem nie rozwiązanej poczucia winy [4]. U wielu pacjentów, zamiast gniewu, który wiąże się z potencją i poczuciem wpływu na rzeczywistość, dominujące jest uczucie żalu i poczucie bycia ofiarą niesprawiedliwości, co pozbawia ich tym samym osobistej odpowiedzialności. Przeszkodę w przepracowaniu tego żalu może stanowić potrzeba utrzymywania tego stanu jako ochrony przed bólem psychicznym, wywołanym nieznośnym uczuciem z przeszłości związanym z zależnością od obiektu, który nie był idealny [13]. Traumatyczne wydarzenia mogą paradoksalnie stać się dla nich oczekiwanymi wydarzeniami dowodzącymi, że życie traktuje ich niesprawiedliwie [13]. Takie pielegnowanie uczucia zranienia, krzywdy i koncentrowania się na konieczności zemsty spełnia rolę psychicznego azylu [14]. Każda sytuacja przebaczenia i „przejsia na stronę dobrych doświadczeń” [14, s. 74] wzbudza u tych pacjentów lęk przed pożegnaniem się z tym, co ich łączy z obiektami z przeszłości. Azyl psychiczny uzyskiwany dzięki powtarzanej

traumie z jednej strony pozwala doświadczać ciągłego kontaktu z utraconym obiektem i umożliwia odczuwanie satysfakcji z powodu mszczenia się na prześladowcy, chroniąc jednocześnie przed bolesnym poczuciem winy i odpowiedzialności, a z drugiej — utrwała stan wiecznego prześladowania i uniemożliwia jakiegokolwiek doświadczenia naprawcze [14]. Inną formą oporu przed żalobą są fantazje o przebaczeniu, które podobnie można rozumieć jako próbę odzyskania poczucia siły. Skutków urazu nie da się jednak przekreślić ani za pomocą nienawiści, ani miłości, żaloba jest jedynym sposobem uszanowania straty [4]. Wzięcie odpowiedzialności za własny proces zdrowienia jest jedynym sposobem odzyskania poczucia kontroli i uświadomienia sobie własnej siły.

Tę fazę zdrowienia można — według Herman — uznać za zakończoną, kiedy opowiadanie historii urazu nie wzbudza już tak intensywnych uczuć jak na początku terapii, a uwaga pacjenta wędruje w kierunku normalnego życia. Wówczas można umownie uznać, że pacjent wszedł w kolejną fazę zdrowienia, kiedy po odbyciu żaloby po starym self zniszczonym przez uraz staje przed nim zadanie rozwijania swojego nowego self i wypracowania na nowo związków z innymi [4]. Pacjenci na tym etapie zaczynają aktywniej angażować się w życie społeczne. Mogą być już także gotowi do badania tych aspektów swojej osobowości czy zachowań, które narażają ich na powtórzenie urazów z przeszłości [4].

Podsumowanie

Celem terapii po urazie psychicznym jest pomoc w przejściu od bycia zdominowanym i prześladowanym przez przeszłość do bycia obecnym tu i teraz, i zdolnym do odpowiadania na aktualne wyzwania zgodnie z własnym potencjałem. Terapia taka powinna umożliwić przejście od etapu, w którym traumatyczne doświadczenia stanowią centrum życia psychicznego, do etapu, w którym zostają one umieszczone w szerszej perspektywie życia pacjenta [9]. Należy jednak podkreślić, że nie istnieje coś takiego jak ostateczne uporanie się z urazem; proces powrotu do zdrowia nigdy nie zostaje ukończony, ponieważ traumatyczne wydarzenie odbija się echem na różnych etapach cyklu życiowego ofiary [4]. Dokonane zmiany powinny pozwolić pacjentowi na odwrócenie uwagi od procesu powracania do zdrowia i skupienie się na zwykłych życiowych czynnościach, a także przywrócić mu zdolność cieszenia się życiem i korzystania z własnych zasobów.

Piśmiennictwo

1. Yehuda R, McFarlane A. Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. *Am. J. Psychiatry* 1995; 152 (12): 1705–1713.
2. Garland C. Zagadnienia terapeutyczne: Przypadek gwałtu. W: Garland C, red. Czym jest trauma. Podejście psychoanalityczne. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2009, s. 119–135.
3. Garland C. Wprowadzenie. Dlaczego psychoanaliza? W: Garland C, red. Czym jest trauma. Podejście psychoanalityczne. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2009, s. 13–19.
4. Herman J. L. Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi. Gdańsk: GWP; 2004.
5. Diaz Cordal M. Traumatic effects of political repression in Chile: a clinical experience. *Int. J. Psychoanal.* 2005; 86: 1317–1328.

6. Kolk van der BA, Hart van der O, Burbridge J. Approaches to the treatment of PTSD. W: Hobfoll S, de Vries M, red. *Extreme stress and communities: Impact and intervention*. Norwell, MA: Kluwer Academic; 1995. <http://www.trauma-pages.com/a/vanderk.php>
7. Young L. Wstępne interwencje: cztery konsultacje terapeutyczne. W: Garland C, red. *Czym jest trauma. Podejście psychoanalityczne*. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2009, s. 73–91.
8. Segal H. Kilka uwag o tworzeniu symboli. W: Segal H. *Teoria Melanie Klein w praktyce klinicznej*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2006, s. 78–103.
9. Kolk van der BA, Hart van der O. The body keeps the score: memory and the evolving psychobiology of post traumatic stress. *Harvard Rev. Psychiatry* 1994; 1(5): 253–265.
10. Kernberg OF. Countertransference, transference regression, and the incapacity to depend. W: Kernberg OF. *Severe personality disorders. Psychotherapeutic strategies*. New Haven: Yale University Press; 1984, s. 264–275.
11. Kernberg OF. Transference management in expressive psychotherapy. W: Kernberg OF. *Severe personality disorders. Psychotherapeutic strategies*. New Haven: Yale University Press; 1984, s. 112–131.
12. Shalev AY. Treating survivors in the acute aftermath of traumatic events. *J. Traum. Stress* 1993, 6: 441–450.
13. Young L, Gibb E. Trauma i żal. W: Garland C, red. *Czym jest trauma. Podejście psychoanalityczne*. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2009, s. 91–106.
14. Hańbowski W. Trauma jako azyl. W: Hańbowski W, red. *W cieniu zmarłego obiektu i inne studia przypadków*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2007, s. 66–80.

Adres do korespondencji: kubabobrzyński@interia.pl

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.