

Ocena poziomu wybranych cech osobowości i stylów radzenia sobie ze stresem u pacjentów z dyspepsją czynnościową i zespołem jelita nadwrażliwego

The assessment of personality traits and coping style level among the patients with functional dyspepsia and irritable bowel syndrome

Magdalena Agnieszka Wrzesińska¹, Józef Kocur^{1,2}

¹ Zakład Rehabilitacji Psychospołecznej UM w Łodzi
Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Kocur

² Zakład Psychopatologii i Psychologii Klinicznej UŁ
Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Kocur

Summary

Aim. The aim of the study was the assessment of personality traits level (neuroticism, extraversion, openness to experiences, agreeableness, conscientiousness) and coping styles among patients with functional dyspepsia and irritable bowel syndrome.

Methods. The Neo-Five Factor Inventory of Personality (NEO-FFI) and Coping Inventory for Stressful Situation (CISS) were used in the study.

Results. The subjects had a high level of agreeableness and conscientiousness and an average level of neuroticism, extraversion, openness to experiences. Moreover, the avoidance – oriented coping style dominated among the patients with functional dyspepsia and the highest level of the emotional-oriented coping style was characteristic for the irritable bowel syndrome patients.

Conclusion. Lack of the effective coping is characteristic for patients with functional dyspepsia and irritable bowel syndrome. Significant differences between groups were noted in the conscientiousness level. Patients with functional dyspepsia had a high and patients with irritable bowel syndrome – an average level of conscientiousness.

Słowa klucze: osobowość, stres, układ pokarmowy

Key words: personality, stress, digestive system

Wstęp

Dyspepsja czynnościowa i zespół jelita nadwrażliwego są najczęściej diagnozowanymi zaburzeniami czynnościowymi dolnego i górnego odcinka przewodu pokarmowego [1]. Schorzenia te zaliczane są według klasyfikacji ICD-10 do grupy zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem, pod postacią somatyczną [2]. Etiopatogeneza zaburzeń czynnościowych układu pokarmowego nie została dokładnie poznana. Przy-

puszcza się, że obok czynników biologicznych istotne znaczenie dla ich rozwoju mają zmienne psychologiczne [1].

Jednym z mechanizmów pośredniczących w etiopatogenezie chorób i zaburzeń psychosomatycznych, mogących mieć wpływ zarówno na zachowanie chorego, jak i przebieg leczenia, jest stres. Przed destruktywnym działaniem stresu chronią specyficzne mechanizmy obronne oraz sposoby radzenia sobie z nim [3]. Warunkują je czynniki środowiskowe oraz psychobiologiczne, wśród których wymienia się głównie zasoby osobowościowe [4]. Badania dowodzą, że negatywne reakcje stresowe poprzedzają i nasilają wystąpienie objawów czynnościowych zaburzeń zlokalizowanych w obrębie układu pokarmowego. Pacjenci z tymi zaburzeniami charakteryzują się wyższym nasileniem negatywnego stresu psychologicznego i brakiem umiejętności skutecznego radzenia sobie z nim. Większość pacjentów z zaburzeniami czynnościowymi układu pokarmowego wykazuje również zwiększoną podatność na dysfunkcje psychiczne, m.in. lęk, zaburzenia depresyjne czy stres posttraumatyczny [5, 6].

Przechrój prac badawczych dotyczących omawianej problematyki skłonił nas do podjęcia próby analizy poziomu wybranych zmiennych psychologicznych, które mogą mieć związek z powstawaniem i przebiegiem dyspepsji czynnościowej i zespołu jelita nadwrażliwego. Pierwszy cel obejmował analizę porównawczą poziomu wybranych cech osobowości, wchodzących w skład pięcioczynnikowego modelu osobowości „big five”, tj. neurotyczności, ekstrawersji, otwartości na doświadczenia, ugodowości i sumienności, między pacjentami z rozpoznaniem dyspepsji czynnościowej i zespołu jelita nadwrażliwego. Kolejnym celem pracy była weryfikacja hipotezy uwzględniającej dominację w badanych grupach określonego stylu radzenia sobie ze stresem, tj. stylu skoncentrowanego na zadaniu, emocjach i unikaniu.

Material

Badaniami objęto grupę 50 osób (31 kobiet i 19 mężczyzn) w wieku 18–58 lat (śr. 37,7 roku). W badaniach uczestniczyły 2 grupy po 25 osób. Pierwszą stanowili pacjenci z rozpoznaniem klinicznym dyspepsji czynnościowej (15 kobiet i 10 mężczyzn) w wieku 18–50 lat (śr. 35,3 roku). Drugą grupę tworzyły osoby z rozpoznaniem zespołu jelita nadwrażliwego (16 kobiet i 9 mężczyzn) w wieku 20–58 lat (śr. 41,6 roku).

Wszyscy pacjenci byli hospitalizowani w Klinice Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 5 UM w Łodzi. Badani zostali poddani odpowiednim procedurom diagnostycznym potwierdzającym występowanie omawianych schorzeń oraz wykluczającym współwystępowanie innych jednostek chorobowych. W badaniach uczestniczyły osoby pełnoletnie z zachowaniem zdolności prawnej do wyrażania zgody na wzięcie udziału w procedurach badawczych. Na przeprowadzenie badań wyraziła zgodę Komisja Bioetyki Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, nr RNN/27/04/KB z dnia 10.02.2004 r.

Metoda

W badaniach wykorzystano polską adaptację Inwentarza Osobowości (NEO-FFI) [7], który umożliwił ocenę poziomu pięciu podstawowych wymiarów osobowości:

neurotyczności, ekstrawersji, otwartości na doświadczenia, ugodowości i sumienności. Wyniki surowe zostały znormalizowane dla populacji polskiej; interpretowano je, opierając się na dziesięciostopniowej skali stenowej.

Drugim narzędziem badawczym był Kwestionariusz Radzenia Sobie ze Stresem (CISS) [8], pozwalający na weryfikację hipotezy dotyczącej dominacji określonego stylu radzenia sobie ze stresem, tj. stylu skoncentrowanego na zadaniu, emocjach i unikaniu. Ponadto, w ramach stylu skoncentrowanego na unikaniu, wyodrębniono dwie podskale: angażowanie się w czynności zastępcze i poszukiwanie kontaktów towarzyskich. Na potrzeby niniejszej pracy znormalizowano wyniki surowe uzyskane przez badane grupy w zakresie omawianych zmiennych. Uzasadnieniem przyjętego założenia były dane z literatury przedmiotu [9].

Wyniki

Analiza wyników uzyskanych za pomocą Inwentarza Osobowości NEO-FFI ujawniła, że pacjenci z rozpoznaniem dyspepsji czynnościowej charakteryzowali się najwyższym nasileniem sumienności, natomiast pacjenci z zespołem jelita nadwrażliwego – ugodowości. Istotne statystycznie różnice pomiędzy badanymi grupami zaobserwowano jedynie w poziomie sumienności ($U = 205,50$; $p < 0,05$); pacjenci z dyspepsją czynnościową charakteryzowali się wysokim nasileniem tej cechy, natomiast pacjenci z zespołem jelita nadwrażliwego poziomem przeciętnym (tabela 1).

Tabela 1. Ocena poziomu cech osobowości w zależności od rozpoznania klinicznego

Cechy osobowości	Badana grupa	N	Min. – maks.	Śr.	ME	SD	U	p
Neurotyczność	d.c.	25	1–10	5,20	5,0	2,82	271,00	> 0,05
	z.j.n.	25	1–10	4,52	5,0	2,69		
Ekstrawersja	d.c.	25	1–10	5,68	6,0	2,15	260,50	> 0,05
	z.j.n.	25	1–10	6,28	7,0	2,68		
Otwartość na doświadczenia	d.c.	25	2–10	5,88	6,0	2,18	283,50	> 0,05
	z.j.n.	25	1–10	6,20	7,0	2,45		
Ugodowość	d.c.	25	3–10	7,60	8,0	2,38	271,00	> 0,05
	z.j.n.	25	2–10	6,92	7,0	2,63		
Sumiennosc	d.c.	25	3–10	8,32	9,0	1,99	205,50	< 0,05
	z.j.n.	25	1–10	6,60	7,0	2,84		

d.c. – dyspepsja czynnościowa

z.j.n. – zespół jelita nadwrażliwego

Na podstawie analizy wyników znormalizowanych uzyskanych za pomocą Kwestionariusza Radzenia Sobie ze Stresem (CISS) zauważa się, że pacjenci z dyspepsją czynnościową wykazują najwyższe nasilenie unikowego stylu radzenia sobie ze stresem, a styl skoncentrowany na emocjach przeważa wśród pacjentów z zespołem jelita nadwrażliwego. Wyniki uzyskane w zakresie podskal unikowego stylu radzenia

sobie ze stresem ujawniają, że w sytuacji stresowej pacjenci z dyspepsją czynnościową przejawiają tendencję do poszukiwania towarzystwa, a pacjenci z zespołem jelita nadwrażliwego do angażowania się w czynności zastępcze (tabela 2).

Tabela 2. Ocena poziomu stylów radzenia sobie ze stresem w zależności od rozpoznania klinicznego

Sposoby radzenia sobie ze stresem	Badana grupa	N	Min. – maks.	Śr.	ME	SD	U	p
Styl zadaniowy	d.c.	25	3–10	6,08	6,0	1,89	250,50	> 0,05
	z.j.n.	25	1–9	5,28	5,0	2,03		
Styl emocjonalny	d.c.	25	2–9	5,60	5,0	1,87	298,50	> 0,05
	z.j.n.	25	2–10	5,44	5,0	1,92		
Styl unikowy	d.c.	25	2–10	6,16	6,0	1,91	223,00	> 0,05
	z.j.n.	25	2–9	5,08	5,0	1,98		
Angażowanie się w czynności zastępcze	d.c.	25	2–9	5,92	6,0	1,60	286,50	> 0,05
	z.j.n.	25	2–10	5,60	6,0	2,18		
Poszukiwanie towarzystwa	d.c.	25	2–10	6,44	6,0	2,20	242,00	> 0,05
	z.j.n.	25	2–9	5,52	6,0	1,76		

d.c. – dyspepsja czynnościowa

z.j.n. – zespół jelita nadwrażliwego

Omówienie wyników

W pracy poddano analizie poziomy podstawowych wymiarów osobowości, wchodzących w skład pięcioczynnikowego modelu osobowości „big five”, oraz określonych stylów radzenia sobie ze stresem wśród pacjentów z dyspepsją czynnościową i zespołem jelita nadwrażliwego.

Istotnymi czynnikami wpływającymi na percepcję określonej sytuacji, w integracji ze zmiennymi sytuacyjnymi warunkującymi specyficzne zachowanie jednostki, są cechy i struktura osobowości.

Analiza statystyczna wyników znormalizowanych ujawniła istotne różnice pomiędzy grupami jedynie w poziomie sumiennosci. Wysokie wyniki sumiennosci uzyskane przez badanych pacjentów z rozpoznaniem dyspepsji czynnościowej mogą świadczyć o ich dobrej organizacji, skrupulatności, rzetelności, wytrwałości w dążeniu do celu. Jednocześnie należy zaznaczyć, że wysoki poziom sumiennosci skorelowany jest również z negatywnymi tendencjami społecznymi, tj. pracoholizmem, kompulsywną skłonnością do utrzymywania porządku czy uciążliwym perfekcjonizmem.

Literatura przedmiotu wskazuje, że psychologicznym predykatorem zaburzeń czynnościowych układu pokarmowego jest wysoki poziom neurotyczności [10, 11]. Neurotyczność została zdefiniowana przez autorów wykorzystanego w pracy kwestionariusza jako podatność na doświadczanie negatywnych emocji, takich, jak strach, zmieszanie, niezadowolenie, gniew, poczucie winy oraz wrażliwość na stres psycho-

logiczny [7]. Analiza wyników uzyskanych w zakresie neurotyczności wskazuje, że obie grupy charakteryzują się przeciętnym i jednocześnie najniższym nasileniem omawianej zmiennej w porównaniu z innymi profilami osobowości. Wyniki te pozostają w sprzeczności z wyżej cytowanymi danymi. Można jedynie przypuszczać, że różnice te mogą wynikać z odmiennych narzędzi badawczych lub małej liczebności grup. Badane grupy pacjentów charakteryzowały się przeciętnym poziomem ekstrawersji oraz otwartości na doświadczenia. Ekstrawersja określa poziom aktywności i zdolności do odczuwania pozytywnych emocji oraz charakteryzuje jakość i intensywność interakcji międzyludzkich. Ciekawość poznawcza oraz tendencja do aktywnego poszukiwania nowych doświadczeń są natomiast głównymi właściwościami otwartości na doświadczenia, a wynik przeciętny uzyskany przez badane osoby w tym zakresie może świadczyć o ich niekonwencjonalnych zainteresowaniach, ale jednocześnie o równowadze pomiędzy przywiązaniem do przeszłości a fascynacją nowoczesnością. Otwartość na doświadczenia jest również cechą, która predysponuje do podejmowania działań w kierunku terapii niekonwencjonalnej. Wyższe nasilenie tej cechy zaobserwowano wśród pacjentów z zespołem jelita nadwrażliwego. Analiza literatury przedmiotu potwierdza fakt, iż pacjenci z tym zaburzeniem chętnie szukają i korzystają z niekonwencjonalnych rozwiązań problemów zdrowotnych [1, 12, 13, 14].

Wysokie nasilenie ugodowości obserwuje się u pacjentów z dyspepsją czynnościową, a poziom przeciętny tej cechy – u pacjentów z zespołem jelita nadwrażliwego. Różnice te nie wykazują jednak istotności statystycznej. Badania potwierdzają również związek pomiędzy skrajnymi biegunami ugodowości a zachowaniami patologicznymi. Niski poziom ugodowości może być powiązany z tendencjami aspołecznymi, narcyzmem lub nawet zaburzeniami o charakterze paranoidalnym. Wysoka ugodowość może prowadzić do tzw. osobowości społecznie uzależnionej i być czynnikiem ryzyka chorób psychosomatycznych [7].

Określone konstrukty osobowościowe decydują również o formie podejmowanego wysiłku w radzeniu sobie ze stresem. Badania dotyczące związku pomiędzy określonymi profilami osobowości a stylami radzenia sobie ze stresem wykazują, że emocjonalny sposób radzenia sobie ze stresem generowany jest w przypadku cech zorientowanych na emocje, tj. tendencji do wycofywania się lub neurotyczności [15, 16]. Ekstrawersja kojarzona jest na przykład z przejawem aktywnych form działania, poszukiwaniem doznań, co sprzyja stylowi zorientowanemu na zadanie. W przypadku, gdy osoba wykazuje wysoki stopień zaangażowania i kontroli oraz tendencję do odbioru stresora jako wyzwania, można mówić o tzw. odporności psychicznej. Osoby z tym typem odporności dostrzegają mniej stresorów i oceniają je jako mniej stresujące.

Przyjmuje się, że najbardziej skutecznym sposobem radzenia sobie z chorobą jest styl skoncentrowany na problemie. Przekonanie o wpływie na rozwój sytuacji stresowej determinuje z większym prawdopodobieństwem reakcje ukierunkowane na rozwiązanie problemu. W niektórych jednak przypadkach instrumentalne radzenie sobie z chorobą może pociągać za sobą odmienne skutki. Ma to miejsce w przypadku korzystania przez pacjentów z niekompetentnych źródeł informacji czy w sytuacji rezygnacji z zaproponowanych metod terapeutycznych na rzecz medycyny niekonwencjonalnej [4].

Poczucie bezradności predysponuje natomiast do emocjonalnego rozwiązywania problemów zdrowotnych [4]. Wyładowywanie gniewu, ale i jednocześnie powstrzymanie cierpienia, może pociągać ze sobą szkodliwe konsekwencje. Problematyczne wydaje się również unikowe podejście do problemów związanych z procesem chorobowym. Najbardziej popularne mechanizmy obronne przed problemami zdrowotnymi to lekceważenie i minimalizacja objawów choroby, procesu terapii czy rehabilitacji, co w sposób istotny może zagrażać życiu [17].

Liczne doniesienia potwierdzają związek między nasileniem przewlekłego stresu a rozmiarem objawów funkcjonalnych układu pokarmowego [18, 19]. Uzyskane wyniki pracy są zgodne z doniesieniami innych autorów, wskazujących na przeważający w badanych grupach brak umiejętności skutecznego radzenia sobie ze stresem [20, 21]. Analiza wyników znormalizowanych ujawniła w grupie pacjentów z dyspepsją czynnościową najwyższe nasilenie stylu radzenia sobie ze stresem skoncentrowanego na unikaniu, natomiast u pacjentów z zespołem jelita nadwrażliwego – na emocjach. Na tej podstawie można postawić hipotezę, że badani z rozpoznaniem dyspepsji czynnościowej w sytuacji stresu mogą wystrzegać się myślenia, przeżywania czy doświadczania określonej sytuacji, a związane z tym stylem lekceważenie i minimalizacja problemów zdrowotnych mogą powodować pogorszenie się stanu zdrowia, a nawet zagrażać życiu. Pacjenci z rozpoznaniem zespołu jelita nadwrażliwego mogą natomiast przejawiać skłonność do koncentracji na sobie lub własnych przeżyciach emocjonalnych, wyrażającą się w złości, poczuciu winy, napięciu. O wyborze tego stylu decydują takie zmienne, jak poczucie bezradności i bezsilności [3].

Podsumowując, uzyskane wyniki pokrywają się z doniesieniami wskazującymi na brak umiejętności skutecznego radzenia sobie ze stresem wśród pacjentów z zaburzeniami czynnościowymi układu pokarmowego. Rozbieżności zaobserwowano natomiast w nasileniu neurotyczności; badane grupy charakteryzowały się przeciętnym nasileniem tej cechy osobowości. Istotne różnice pomiędzy badanymi grupami zaobserwowano jedynie w poziomie sumienności; pacjenci z rozpoznaniem dyspepsji czynnościowej charakteryzowali się wysokim nasileniem tej cechy.

Wnioski

1. Istotne różnice pomiędzy badanymi grupami zaobserwowano w wymiarze „sumienności”. Pacjenci z dyspepsją czynnościową charakteryzowali się wysokim nasileniem tej cechy, natomiast pacjenci z zespołem jelita nadwrażliwego wykazywali poziom przeciętny.
2. Pacjenci z rozpoznaniem dyspepsji czynnościowej charakteryzowali się najwyższym nasileniem stylu radzenia sobie ze stresem skoncentrowanego na unikaniu, natomiast u pacjentów z zespołem jelita nadwrażliwego przeważał styl emocjonalny.

Оценка уровней некоторых черт личности и способов самостоятельности при стрессе у пациентов с функциональной диспепсией и синдромом раздражительной кишки

Содержание

Задание. Заданием работы была оценка уровня черт личности (невротичность, экстраверсия, принятие опыта в жизненной ситуации, согласия и достоверности), а также

примеров преодоления стрессов. Исследования проведены у пациентов с клиническим диагнозом функциональной диспепсии и синдромом раздражительной кишки.

Метод. В исследованиях использован Инвентарь личности (NEO FFI), а также глоссарий предредления стресса (CISS).

Результаты. В ходе исследований отмечено, что пациенты характеризовались высоким уровнем достоверности и согласности, но мало удовлетворительным утяжелением невротичности, экстраверсии принятия жизненного опыта. Прием, концентрирующийся на избегании, доминировал в группе пациентов с диагнозом дисфункции, функциональной диспепсии, а в группе пациентов с синдромом раздражительности кишки превалировал пример, концентрирующийся на эмоциях.

Выводы. Исследованные пациенты с диагнозом функциональной диспепсии и синдрома раздражительной кишки характеризуются отсутствием эффективного сопротивления при стрессовых состояниях. Статистически существенные различия, в зависимости от клинического диагноза, отмечены в достоверности. Пациенты с функциональной диспепсией обладали высокими уровнями этих черт, тогда как пациенты с синдромом раздражительной кишки проявляли средний уровень этих черт.

Die Beurteilung ausgewählter Persönlichkeitseigenschaften und Arten der Selbsthilfe bei Stress bei Patienten mit funktioneller Dyspepsie und Reizdarmsyndrom

Zusammenfassung

Ziel. Das Ziel der Studie war die Beurteilung des Levels der Persönlichkeitseigenschaften (Neurotizismus, Extraversion, Offenheit auf Erfahrungen, Friedlichkeit und Gewissenhaftigkeit) und der Muster der Selbsthilfe im Stress bei Patienten mit der klinischen Diagnose funktionelle Dyspepsie und Reizdarm - Syndrom.

Methode. Bei der Studie wurden das NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI) und der Fragebogen Copingstrategien in Stresssituationen (CISS) angewandt.

Ergebnisse. Es wurde festgestellt, dass die untersuchten Patienten sich mit höchst intensifizierter Gewissenhaftigkeit und Friedlichkeit charakterisierten, dagegen aber mit durchschnittlicher Intensität vom Neurotizismus, Extraversion und Offenheit auf Erfahrungen. Der auf Meiden konzentrierte Stil herrschte in der Gruppe der Patienten mit der Diagnose funktionelle Dyspepsie, und in der Gruppe mit dem Reizdarm - Syndrom herrschte der Stil, der sich auf Emotionen konzentrierte.

Schlussfolgerungen. Die untersuchten Patienten mit der Diagnose funktionelle Dyspepsie und Reizdarmsyndrom charakterisierten sich mit dem Mangel an der wirksamen Selbsthilfe im Stress. Die statistisch bedeutenden Unterschiede wurden abhängig von der klinischen Diagnose im Bereich der Gewissenhaftigkeit festgestellt; die Patienten mit funktioneller Dyspepsie erhielten hohe Intensität dieser Eigenschaft, und die Patienten mit Reizdarmsyndrom zeigten einen durchschnittlichen Level.

L'analyse des traits choisis de personnalité et des méthodes de se débrouiller du stress des patients souffrant de la dyspepsie et du syndrome du côlon irritable

Résumé

Objectif. Analyse du niveau des traits choisis de personnalité (névrotisme, extraversion, ouverture à l'expérience, esprit de conciliation, scrupule) et des méthodes de se débrouiller du stress des patients avec la dyspepsie et avec le côlon irritable.

Méthode. Pour cet examen on use les questionnaires : NEO-FFI (the Neo-Five Factor Inventory of Personality), CISS (Coping Inventory for Stressful Situation).

Résultats. On constate que chez ces patients on observe : niveau le plus élevé de scrupule et d'esprit de conciliation, niveau moyen de névrotisme, d'extraversion et d'ouverture à l'expérience. La méthode concentrée à l'évitement domine chez les patients avec la dyspepsie tandis que chez les patients avec le côlon irritable domine la méthode concentrée aux émotions.

Conclusions. Les patients examinés ne savent pas comment se débrouiller du stress. On note seulement les différences significatives quant au niveau de scrupule : chez les patients avec la dyspepsie ce niveau est très élevé, chez les patients avec le côlon irritable il est moyen.

Piśmiennictwo

1. Drossman DA. *The functional gastrointestinal disorders and the Rome III Process*. Gastroenterol 2006; 130: 1377–1390.
2. *Międzynarodowa klasyfikacja procedur medycznych*. Kraków: Vesalius; 2007.
3. Heszen-Niejodek I. *Teoria stresu psychologicznego i radzenie sobie*. W: Strelau J, red. *Psychologia. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*. Gdańsk: GWP; 2000, s. 465–492.
4. Pervin LA. *Psychologia osobowości*. Gdańsk: GWP; 2002.
5. Levy RL, Olden KW, Naliboff BD i in. *Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders*. Gastroenterol. 2006; 130: 1447–1458.
6. Locke GR, Weaver MS, Melton LJ i i. *Psychosocial factors are linked to functional gastrointestinal disorders: a population based nested case – control study*. Am. J. Gastroenterol. 2004; 99: 350–357.
7. Zawadzki B, Strelau J, Szczepaniak P i in. *Inwentarz osobowości NEO-FFI Costy i McCrea*. Adaptacja polska. Warszawa: PTP; 1997.
8. Kolorczuk T. *Wybrane problemy pomiaru stylów radzenia sobie ze stresem*. W: Dębski W, red. *Profilaktyka psychologiczna w wojsku – materiały pomocnicze*. Warszawa: MON; 1998, s. 66–78.
9. Brzeziński J. *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa: PWN; 2006.
10. Halley NJ, Boyce PM, Jones M. *Is the association between irritable bowel syndrome and abuse explained by neuroticism? A population study*. Gut 1998; 42: 47–53.
11. Pajala M, Heikkinen M, Hintikka J. *Mental distress in patients with functional or organic dyspepsia: a comparative study with a sample of the general population*. Aliment Pharmacol. Ther. 2005; 21: 277–281.
12. Sung JJY. *Acupuncture for gastrointestinal disorders: myth or magic*. Gut 2002; 51: 617–619.
13. Olden KW. *Diagnosis of irritable bowel syndrome*. Gastroenterol. 2002; 122: 1701–1714.
14. Schneider A, Enck P, Streitberger K i in. *Acupuncture treatment in irritable bowel syndrome*. Gut 2006; 55: 649–654.
15. Strelau J. *Temperament a stres. Temperament jako czynnik moderujący stresory, stan i skutki stresu oraz radzenie sobie ze stresem*. W: Heszen-Niejodek I, Ratajczak Z, red. *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne*. Katowice: WUŚ; 2000, s. 88–132.
16. Wrześniewski K. *Medycyna psychosomatyczna i behawioralna*. W: Strelau J, red. *Psychologia. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, t. III. Gdańsk: GWP; 2000, s. 450–464.
17. Salmon P. *Psychologia w medycynie*. Gdańsk: GWP; 2002.
18. Locke GR, Weaver MS, Melton LJ i in. *Psychosocial factors are linked to functional gastrointestinal disorders: a population based nested case-control study*. Am. J. Gastroenterol. 2004; 99: 350–357.
19. Wilhelmsen I. *The role of psychosocial factors in gastrointestinal disorders*. Gut 2000; 47 (supl. 4): iv73–iv75.
20. Pajala M, Heikkinen M, Hintikka J. *Mental distress in patients with functional or organic dyspepsia: a comparative study with a sample of the general population*. Aliment Pharmacol. Ther. 2005; 21: 277–281.

-
21. Guthrie E, Creed F, Fernandes L i wsp. *Cluster analysis of symptoms and health seeking behavior differentiates subgroups of patients with severe irritable bowel syndrome*. Gut 2003; 52: 1616–1622.

Adres: Magdalena Wrzeńska
Zakład Rehabilitacji Psychospołecznej UM
90-647 Łódź, pl. Gen. J. Hallera 1

Otrzymano: 11.07.2007
Zrecenzowano: 3.12.2007
Przyjęto do druku: 17.01.2008

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.