
Melanchólia v klasifikáciách duševných porúch MKCH-10 a DSM-IV

Forgáčová L., Koníková M., Zacharová Z.

Psychiatrická klinika SZU, FNŠP, pracovisko Ružinov, Bratislava

Súhrn

Klasifikácie duševných porúch DSM-IV (1994) a MKCH-10 (1992) sú klasifikácie prísne empirické a v hlavných princípoch sa zhodujú. Jestvujúce odlišnosti sa vo väčšine prípadov týkajú terminológie. Nás zaujali určité nejasnosti týkajúce sa termínu melanchólia, ktorý v klasifikácii Americkej psychiatrickej asociácie DSM-IV figuruje v časti Poruchy nálad, avšak v Medzinárodnej klasifikácii MKCH-10 sa tento termín oficiálne neuvádza. Pokúsime sa terminologické odlišnosti objasniť na základe dostupných údajov z odbornej literatúry, v ktorej sa o týchto problémoch polemizovalo hlavne v 70. a 80. rokoch minulého storočia v súvislosti so vznikom nových klasifikácií. Dnes sa o týchto problémoch začína opäť diskutovať v súvislosti s kritikou týchto klasifikácií.

Kľúčové slová: melanchólia, melancholické príznaky, endogénna depresia, psychotická depresia.

Summary

Forgáčová L., Koníková M., Zacharová Z.: Melancholia in the Classifications of Mental Disorders MKCH-10 and DSM-IV

Both of mental disorders classifications DSM-IV (1994) and MKCH-10 (1992) are strictly empirical classifications in terms of concept. They are identical in main principles, so existing differences generally relate to the terminology. We discuss the term melancholia, which figures in the classification DSM-IV in the part Mood Disorders but it does not figure in the classification ICD-10. We attempt to clarify these differences of the terminology considering the data from psychiatric literature.

Key words: melancholia, melancholic features, endogenous depression, psychotic depression.

Čes. a slov. Psychiat., 101, 2005, No. 7, pp. 362–365.

ÚVOD

Súčasná klasifikácia duševných porúch Medzinárodná klasifikácia chorôb Svetovej zdravotníckej organizácie (MKCH-10, 1992), kapitola V – Duševné poruchy a poruchy správania a klasifikácia Americkej psychiatrickej asociácie (DSM-IV, 1994) sa z hľadiska svojej koncepcie odlišujú od starších psychiatrických klasifikácií, ktoré pri triedení duševných porúch uplatňovali nozologický model. Sú to klasifikácie prísne empirické, ktoré v rámci svojho metodologického programu kladú dôraz na popis pozorovaných fenoménov a v hlavných princípoch sa zhodujú [8, 16]. Jestvujúce odlišnosti, ktoré sa vo väčšine prípadov týkajú terminológie, nie sú síce odlišnosti zásadné, ale pri bežnom používaní diagnostických vodítok a pri porovnávaní oboch klasifikácií môžu byť zavádzajúce. Nás zaujali určité nejasnosti týkajúce sa termínu *melanchólia*, ktorý v klasifikácii Americkej psychiatrickej asociácie DSM-IV figuruje v časti Poruchy nálad (*melancholic features*, melancholic-

ké príznaky), avšak v Medzinárodnej klasifikácii MKCH-10 sa v časti Poruchy nálad (Afektívne poruchy) tento termín oficiálne neuvádza. Základné triedenie porúch nálad je v oboch klasifikáciách identické (depresívna epizóda, rekurentná depresia, manická epizóda, bipolárna porucha, trvalé poruchy nálad, porucha nálady bližšie nešpecifikovaná), v oboch možno depresívnu a manickú epizódu bližšie špecifikovať. Na tejto úrovni diagnostiky možno spomenuté terminologické odlišnosti identifikovať.

KLASIFIKÁCIA DSM-IV

Medzi špecifikátory (operacionálne zadefinované znaky), ktorými možno bližšie charakterizovať veľkú depresívnu epizódu, sa radia: *závažnosť epizódy*, *atypické príznaky*, *katatonické príznaky*, *melancholické príznaky*, *psychotické príznaky*, *začiatok v popôrodnom období*, *sezonalita*.

Pre špecifikátor *melancholické príznaky*

Príspevok odznel na IX. Guensbergerovom dni, ktorý sa uskutočnil 16. 3. 2005 v Bratislave pod záštitou Psychiatrickej spoločnosti SLS a 1. psychiatrickej kliniky LF UK a FNŠP v Bratislave.

(„melancholic features“) sú stanovené nasledujúce operacionálne diagnostické kritériá. **Kritérium A:** strata záujmu a neschopnosť tešiť sa alebo chýbanie emočnej reaktivity na podnety, ktoré obvykle vyvolávajú potešenie. **Kritérium B:** odlišná kvalita depresívnej nálady, depresia pravidelne horšia v ranných hodinách, skoré ranné budenie, psychomotorická retardácia alebo agitovanosť, signifikantná anorexia a redukcia hmotnosti, excesívne a neopodstatnené pocity viny. V manuáli DSM-IV sa ďalej uvádza, že odlišnú kvalitu nálady jediniec popisuje ako kvalitatívne odlišnú od smútku (zármutku), ktorý prežíval pri strate blízkej osoby, alebo odlišnú od nálady pri nonmelancholickej depresii [8]. Špecifikátorom *melancholické príznaky* možno charakterizovať ľahšie aj ťažšie formy veľkej depresie, pokiaľ sa vyskytnú aj psychotické príznaky, použije sa ďalší špecifikátor *psychotické príznaky* – z uvedeného vyplýva, že pomocou špecifikátorov možno identifikovať podtypy veľkej depresie: melancholickú/nonmelancholickú depresiu a melancholickú psychotickú a nepychotickú depresiu.

KLASIFIKÁCIA MKCH-10

Depresívnu epizódu možno taktiež bližšie určiť z hľadiska závažnosti (mierna, stredne ťažká a ťažká depresia) a ďalej určiť či sú alebo nie sú prítomné *somatické príznaky* a či sú alebo nie sú prítomné *psychotické príznaky*. Somatické príznaky zahŕňajú: strata radosti z aktivít, ktoré sú normálne príjemné, skoré ranné budenie, depresia horšia ráno, psychomotorická inhibícia alebo agitovanosť, výrazná strata chuti do jedla, úbytok hmotnosti, strata libida. Týmto špecifikátorom možno bližšie určiť mierne, stredne ťažké aj ťažké depresie. Depresie so somatickými príznakmi môžu byť s/bez psychotických príznakov [16].

Po zhodnotení uvedených skutočností sa vynárajú viaceré otázky. Napríklad: prečo sa tento historický termín objavil v novej klasifikácii? Označuje špecifikátor „melancholické príznaky“ klasifikácie DSM-IV to isté čo špecifikátor „somatické príznaky“ v klasifikácii MKN-10? Sú melancholická a nonmelancholická depresia užitočné kategórie? Ako sa má nahliadať na melancholickú depresiu bez psychotických príznakov, keď termín melanchólia v tradičnom chápaní evokuje predstavu ťažkej (najťažšej) formy depresie s bludmi a halucináciami?

Pokúsime sa aspoň sčasti na tieto otázky odpovedať na základe dostupných údajov z odbornej literatúry, v ktorej sa o týchto problémoch polemizovalo hlavne v 70-tych a 80-tych rokoch minulého storočia v súvislosti so vznikom nových klasifikácií. Dnes sa o týchto problémoch začína opäť diskutovať v súvislosti s kritikou týchto klasifikácií.

HISTÓRIA POJMU MELANCHÓLIA

Termínom *melanchólia* (mélan cholé, „čierna žľč“) sa v dobách antických označoval stav, ktorý sa vyznačoval averziou vôči jedlu, sklúčenosťou, nespavosťou, dráždivosťou a nepokojom. Podľa vtedajších názorov sa tento chorobný stav považoval za šialenstvo a rozvíjal sa u jedincov s temným ponurým melancholickým temperamentom, u ktorých sa pod vplyvom planéty Saturn nadmerne vylučovala čierna žľč [1].

V 17. storočí sa za hlavný príznak melanchólie považovali morozita a pokles motility [15]. Neskôr sa popisy klinikov aj teoretikov zameriavali viac na kognitívne a intrapsychické chorobné prejavy melanchólie. Výraznejšia transformácia konceptu melanchólie sa uskutočnila v 19. storočí pod vplyvom nových vedeckých paradigiem. V súvislosti s klinicko-anatomickým pohľadom na choroby sa rozvíjali popisné termíny a presnejšie sa formulovali rôzne kategórie. Monolitická kategória „šialenstva“ sa postupne rozpadala na viaceré jednotky. Pod vplyvom taxonomického princípu sa vo Francúzku začali rozlišovať tri samostatné kategórie šialenstva: tzv. intelektuálne, emočné a vôľové [4]. Melanchólia, v tom období definovaná ako choroba s pomäteným rozumom a parciálnymi bludmi, patrila skôr medzi tzv. intelektuálne duševné choroby. Pre tzv. emočné šialenstvo zaviedol Esquirol (1820) termín *lypémánia* („smutné, žalostné šialenstvo“) [9]. Ďalší francúzsky psychiater Cotard (1880) popísal chorobný stav s hypochondrickými a negačnými bludmi u pacientov s melanchóliou a považoval ho za podtyp lypémanie. Neskôr sa pre tieto stavy ujal názov podľa autora – Cotardov syndróm [5].

V iných európskych krajinách (napríklad Nemecko, Rakúsko, Švajčiarsko) sa termín melanchólia udržal, niektorí autori však popisovali aj ľahšie formy melanchólie, bez bludov. Postupne však nadobúdala stále tesnejší vzťah k stavom, ktoré sa začali nazývať *mentálna depresia* [4]. Termín depresia vystihoval fyziologický aj metaforický „pokles“ emočných funkcií a natrvalo sa udomácnil v psychiatrickej terminológii. Koncom 19. storočia sa oba termíny melanchólia a depresia používali v odbornej reči ako synonymá [15]. Kraepelin [14] použil termín *depresívne stavy* na označenie generickej kategórie, v rámci ktorej rozlišoval podtypy: melancholia simplex, stuporosa, gravis, fantastica a deliriosa. Na prelome 19. a 20. storočia sa objavil termín *endogénny*, ktorý koncepčne odrážal tzv. degeneračnú teóriu vzniku duševných ochorení. Termínom sa označovali tie psychopatologické stavy, o ktorých sa usudzovalo, že sú dôsledkom zdedených dispozícií, na rozdiel od všetkých ostatných stavov, ktoré sa označovali ako *exogénne* [4]. V starších klasifikáciách duševných ochorení sa termín melanchólia prekrýval s termínom *endo-*

génna depressia [6]. V niektorých klasifikáciách sa termín melanchólia používal na označenie podtypu psychotickej depresie, ktorá sa vyskytuje u starších jedincov (*involučná melanchólia*) [3].

Na základe krátkeho exkurzu do niektorých domácich psychiatrických učebníc sme si pripomenuli, že termín melanchólia sa v nich používa ako synonymum endogénnej depresie [17]. Podľa Fleischer (1996) historickým termínom melanchólia sa aj dnes niekedy označuje psychotická depresia, pri ktorej chýba kritický náhľad a ovládavé depresívne témy majú charakter bludov [11]. Mysliveček (1959) popisuje melanchóliu v rámci choroby manio-melanchólie ako psychózu s patickou náladou, bludmi a halucináciami a rozlišuje tradičné formy melanchólie [18]. Guendberger (1971) popisuje melancholickú náladu, kde ide o vystupňovanú formu smútku a zármutku, celá duševná činnosť a správanie sú pod vplyvom tejto nálady [12].

Melancholické verzus somatické príznaky

V úvode časti Poruchy nálad sa uvádza, že príznaky, ktoré sa v klasifikácii uvádzajú ako somatické, by sa taktiež mohli nazývať *vitálne, biologické*, alebo taktiež ako *endogenoformné* či *melancholické* a že vedecký status takéhoto syndrómu je problematický. Napriek tomu bol do klasifikácie zahrnutý (oficiálne ako špecifikátor *somatické príznaky*) vzhľadom k veľmi rozšírenému medzinárodnému klinickému záujmu o jeho zachovanie [16].

Melancholická (endogénna) verzus nonmelancholická (reaktívna) depresia

Možno povedať, že otázka opodstatnenosti či neopodstatnenosti dichotómie endogénny vz reaktívny sa dodnes definitívne nedoriešila. V priebehu mnohoročného bádania sa však synonymami spomenutej dichotómie stali v niektorých krajinách termíny melancholický vz nonmelancholický. Zdá sa, že do polemiky zásadným spôsobom zasiahli Akiskal a McKinney, ktorí r. 1973 predostreli svoj unitárny model depresie, čím ovplyvnili mnohých klinikov aj teoretikov a v konečnom dôsledku aj tvorcov prelomovej klasifikácie DSM-III (1980) [2]. Hlavným argumentom zástancov unitárneho modelu bol fakt, že sa nenašlo jednoznačné a spoľahlivé kvalitatívne kritérium, ktoré by podporilo binárny (dichotomický model). V klasifikácii DSM-III [7] sa nediferencujú etiologické (nozologické) jednotky endogénna a reaktívna depresia ako v predchádzajúcich klasifikáciách duševných ochorení, klasifikácia však umožňuje identifikovať pacientov s endogénnym (melancholickým) podtypom depresie, čo mnohí autori považujú za určitý kompromis medzi unitárnym a binárnym modelom depresie, kde sa za kategóriami melancholická a nonmelancholická depresia skrýva dichotómia endogénna vz reaktívna depresia [4, 21, 3].

V koncepcie zameraných prácach niektorých

súčasníkov [19] sa objavuje zaujímavá téza, podľa ktorej v princípe jestvujú tri podskupiny depresívnych porúch, ktoré možno usporiadať hierarchicky podľa klinických príznakov – na prvej úrovni sú rôzne depresívne symptómy, na druhej úrovni porucha psychomotoriky a na tretej úrovni psychotické príznaky. Jednotlivým úrovňam zodpovedajú podtypy depresie – nonmelancholická depresia, melancholická depresia a psychotická depresia. Uvedené tri úrovne klinických prejavov sú pravdepodobne determinované odlišnými neurobiologickými procesmi.

Stále ostáva nedoriešená otázka, či psychotická depresia predstavuje závažnú formu melanchólie alebo ide o samostatnú jednotku. Podľa unitárneho konceptu predstavujú psychotická aj nepychotická forma melanchólie spoločnú entitu – formy sa odlišujú len dimenzionálne v závažnosti [19].

Validita konceptu melanchólie v klasifikácii DSM-IV

Cieľom mnohých validizačných štúdií bola snaha identifikovať melancholický (endogénny) fenotyp depresie, t.j. typ depresie, pri vzniku ktorej sa uplatňujú genetické (biologické) činitele na báze psychopatologických prejavov, ale aj ďalších znakov, ktoré majú prediktívnu hodnotu [13, 6, 20]. Operacionalizované diagnostické kritériá pre endogénny/melancholický fenotyp vypracovali viaceré výskumné tímy, čo sa odrazilo aj v diagnostických systémoch a posudzovacích inštrumentoch, napríklad v diagnostických usmerneniach RDC [24], v posudzovacej stupnici New Castle Scale [22], ako aj v klasifikácii DSM-III [7]. Všetky uvedené diagnostické systémy sa zhodovali v nasledovných kritériách: psychomotorická retardácia/agitovanosť, skoré ranné budenie, ranné zhoršenie príznakov, neodkloniteľnosť nálady, redukcia hmotnosti, odlišná kvalita nálady, excesívne pocity viny. Mendel a Cochran koncom 60-tych rokov minulého storočia zosumarizovali výsledky niekoľkých štúdií založených na faktorovej analýze a potvrdili vnútornú konzistenciu tzv. endogénneho faktora [23]. V 80-tych rokoch minulého storočia, v období kedy sa pripravovala IV. verzia klasifikácie DSM, overovali validitu konceptu melanchólie napríklad Farmer so spolupracovníkmi [10], podobne Young so spolupracovníkmi [25], ktorí preukázali na základe údajov z literatúry aj na základe vlastného skúmania uspokojivú validitu konceptu.

Melancholické príznaky sa často vyskytujú pri ťažkej forme veľkej depresie, ale ako sa ukázalo na základe viacerých prieskumov, závažnosť nerozlišuje dimenzionálne melancholický a nonmelancholický podtyp depresie dostatočne spoľahlivo. Vzťah medzi melanchóliou a závažnosťou depresie ostáva nerozriešený [6, 3, 19].

Parker so spolupracovníkmi [20, 21] sa vo svojich výskumoch zamerali na posúdenie samostat-

nosti statusu melancholickej a nonmelancholickej depresie. Zistili, že väčšina melancholických príznakov sa môže vyskytovať u pacientov s melanchóliou aj bez melanchólie, preto ich považujú za nešpecifické. Zastávajú názor, že špecifickým markerom melanchólie je porucha psychomotoriky a ďalej prichádzajú do úvahy kvalitatívne znaky, ktoré nemajú charakter psychopatologického symptómu, ale môžu poukazovať na neurobiologickú podstatu poruchy – laboratórne nálezy (DST a TRH test) a odpoveď na liečbu.

Napriek tomu, že sa zvažovala možnosť zaradiť medzi diagnostické kritériá aj ďalšie (kvalitatívne) znaky, diagnostické kritériá pre melanchóliu v klasifikácii DSM-IV sa v princípe neodlišujú od kritérií klasifikácie DSM-III. Ďalšie znaky (prediktory) melanchólie, ktoré zatiaľ nie je možné podprieť konzistentnými vedeckými dátami, sa uvádzajú len vo vysvetlivkách (dodatkoch) klasifikácie DSM-IV: menšia pravdepodobnosť prítomnosti poruchy osobnosti, dobrá terapeutická odpoveď na antidepressíva a ECT, melancholické príznaky sa častejšie vyskytujú v staršom veku, rovnako často u oboch pohlaví, príznaky majú len miernu tendenciu opakovať sa u toho istého jedinca, melancholické príznaky často súvisia s pozitívnym DST testom (dexametazónovou nonsupresiou) hyperkortizolémiou a skrátenou REM latenciou, abnormálnym TRH testom [8].

Rush a Weissenburger [23] na základe vyhodnotenia výsledkov viacerých empirických štúdií konštatujú, že dostupné údaje do určitej miery potvrdzujú klinickú užitočnosť a validitu konceptu špecifikátora melancholické príznaky. Je možné, že na formulovanie ďalších (revidovaných) diagnostických kritérií melanchólie budú mať väčší vplyv dohody medzi expertami ako výsledky štúdií [26, 23, 3].

ZHRNUTIE

- Koncom 19. storočia sa začali termíny melanchólia a depressia používať v odbornej reči ako synonymá. V starších klasifikáciách duševných ochorení sa termín melanchólia prekrýval s termínom endogénna depressia. V našich starších učebniciach prevláda tendencia popisovať melanchóliu ako ťažkú psychotickú depresiu s bludmi a halucínáciami.

- Termíny *melancholické príznaky* (klasifikácia DSM-IV) a *somatické príznaky* (klasifikácia MKCH-10) označujú podtyp depresie, ktorá sa v nozologických klasifikáciách označovala termínom *endogénna depressia*.

- Validizačné štúdie identifikovali melancholický (endogénny) fenotyp depresie – psychomotorická retardácia/agitovanosť, skoré ranné budenie, ranné zhoršenie príznakov, neodkloniteľnosť nálady, redukcia hmotnosti, odlišná kvalita nálady, excesívne pocity viny.

- Zvažuje sa možnosť zaradiť medzi diagnostické kritériá aj ďalšie (kvalitatívne) znaky melanchólie, ktoré zatiaľ nie je možné podprieť konzistentnými vedeckými dátami ako sú napríklad dobrá terapeutická odpoveď na antidepressíva a ECT, pozitívita DST testu, skrátená REM latencia a ďalšie.

- Možnosť identifikovať pacientov s endogénnym (melancholickým) podtypom depresie mnohí autori považujú za určitý kompromis medzi unitárnym a binárnym modelom depresie.

- Stále ostáva nedoriešená otázka, či psychotická depressia predstavuje závažnú formu melanchólie alebo ide o samostatnú jednotku.

LITERATÚRA

1. **Aiskal, H.:** Mood disorders. In: Kaplan, H. I., Sadock, B. J. (eds.): Comprehensive textbook of psychiatry. 7th edn. Williams & Wilkins, Baltimore, 2000.
2. **Akiskal, H., McKinney, W. T.:** Depressive disorders toward a unified hypothesis: clinical, experimental, genetic, biochemical and neurophysiological data are integrated. *Science*, 182, 1973, pp. 20–29.
3. **Bech, P.:** Clinical features of mood disorders and mania. In: Gelder, M. G., López Ibor, J. J., Jr., Andreasen, N. (eds.): New Oxford textbook of psychiatry, Vol I. Oxford University Press, 2000.
4. **Berrios, G. E.:** Melancholia and depression during the 19th century: A conceptual history. *Br. J. Psychiatry*, 153, 1988, pp. 298–304.
5. **Berrios, G. E., Luque, R.:** Cotard's syndrome: analysis of 100 cases. *Acta Psychiatr. Scand.*, 91, 1995, pp. 185–188.
6. **Davidson, J., Turnbull, C., Strickland, R., Belyea, M.:** Comparative diagnostic criteria for melancholia and endogenous depression. *Arch. Gen. Psychiatry*, 41, 1984, pp. 506–511.
7. DSM-III. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (ed 3), Washington, DC, APA, 1980.
8. DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (ed 4), Washington, DC, APA, 1994.
9. **Esquirol, E.:** On mental disease (1838). In: *Antology of French language psychiatric texts*. Cousin, F. R., Garrabé, J., Morozov, D. (eds). Translated by John Crips. Institut Synthelabo pour le progress de la connaissance. Le Plesseis-Robinson, 1999, pp. 58–89.
10. **Farmer, A., Mc Guffin, P.:** Classification of the depressions: contemporary konfusion revisited. *Br. J. Psychiatry*, 155, 1989, pp. 437–443.
11. **Fleischer, J.:** Afektívne poruchy. In: Kolibáš, E. a kol.: *Špeciálna psychiatria*. Univerzita Komenského Bratislava, 1996.
12. **Guensberger, E. a kolektív:** Všeobecná psychiatria a základy medicínskej psychológie. Vysokoškolské učebné texty. Lekárska fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave, 1971.
13. **Kiloh, G., Andrews, G., Neilson, M., Bioanch, G. N.:** The relationship of the syndromes called endogenous and neurotic depression. *Brit. J. Psychiatry*, 121, 1972, pp. 183–196.
14. **Kraepelin, E.:** Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte, 8th edn. Barth, Leipzig, 1909–1915.

15. **Madden, J. S.:** Melancholy in medicine and literature: some historical considerations. *British Journal of Medical Psychology*, 39, 1966, pp. 125–130.
16. **MKCH-10.** Mezinárodní klasifikace nemocí 10 revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. (Přel. z angl. orig.) Praha, Psychiatrické centrum 1992. 282 s. – Zprávy č. 102.
17. **Molčan, J.:** Základy psychiatrie. Vysokoškolské skriptá, Lékařská fakulta Univerzity Komenského v Bratislavě, 1980.
18. **Myslivoček, Z.:** Speciální psychiatrie. Státní zdravotnické nakladatelství, Praha, 1959.
19. **Parker, G.:** Classifying depression: Should paradigms lost be regained? *Am. J. Psychiatry*, 157, 2000, pp. 1195–1203.
20. **Parker, G., Hadzi-Pavlovic, D., Boyce, P.:** Endogenous depression as a construct: a quantitative analysis of the literature and a study of clinical judgements. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, 23, 1989, pp. 357–368.
21. **Parker, G., Hadzi-Pavlovic, D., Mitchell, P.:** Psychosocial risk factors distinguishing melancholia and non-melancholic depression: a comparison of six systems. *Psychiatry Research*, 39, 1991, pp. 211–226.
22. **Roth, M., Gurney, M. W. P., Mountjoy, C. Q.:** The new castle rating scales. *Acta Psychiatr. Scand.*, Suppl., 310, 1983, pp. 42–54.
23. **Rush, A. J., Weissenburger, M. A.:** Melancholic symptom features and DSM-IV. *Am. J. Psychiatry*, 151, 1994, pp. 489–498.
24. **Spitzer, R. L., Endicott, J., Robins, E.:** Research diagnostic criteria: rationale and reliability. *Arch. Gen. Psychiatry*, 35, 1978, pp. 773–782.
25. **Young, M. A., Scheftner, W. A., Klerman, G. L. et al.:** The endogenous sub-type of depression: a study of its internal construct validity. *Br. J. Psychiatry*, 148, 1986, pp. 257–267.
26. **Zimmerman, M., Black, D. W., Coryell, W.:** Diagnostic criteria for melancholia. The comparative validity of DSM-III and DSM-III-R. *Arch. Gen. Psychiatry*, 46, 1989, pp. 361–368.

Dodáno redakci: 30. 5. 2005

Po skončení recenzního řízení: 9. 6. 2005

*MUDr. Lubica Forgáčová, Ph.D.
Psychiatrická klinika SZU
FNsP Bratislava, Ružinov
Ružinovská 6
826 06 Bratislava
Slovenská republika
e-mail: forgacova@nspr.sk*

OZNÁMENÍ

V roce 2006 se bude v Praze ve dnech 7. – 10. června konat
VII. EVROPSKÝ KONGRES ISSPD
věnovaný poruchám osobnosti (7th European ISSPD Congress for the Study
of Personality Disorders).

Pražský kongres bude zaměřen prakticky a klinicky, s důrazem na vzdělávání v oblasti poruch osobnosti, diferenciální diagnostiku, možnosti a efektivitu terapie. Kongres bude výjimečnou příležitostí k poznání současných mezinárodních přístupů ke zkoumání osobnosti a jejich poruch.

Pozváni jsou přední evropští a vybraní američtí odborníci, pro plenární zasedání např. J. Livesley (genetika, neurobiologie), M Bohus (cost-effectiveness, farmakoterapie), S. Herpetz (neurobiologie, zobrazovací metody), P. Tyrer (koncepte poruchy osobnosti), F. Urbaniok (forenzní psychiatrie), A. Arntz (psychoterapie), T. Rinne (neurobiologie, trauma a stres), R. Verheul (psychoterapie cost-effectiveness), C. Maffei (výzkum poruch osobnosti v Evropě), R. Trestman (psychoterapie).

Pro členy vybraných odborných společností a pro studenty bude registrační poplatek nižší. Pro ty, kteří budou mít aktivní příspěvek formou přednášky nebo posteru, bude registrační poplatek dále podstatně snížen. Vítány jsou návrhy na sympozia a workshopy, jak kvalitativně tak psychometricky a biologicky zaměřené příspěvky. Přínosem českých příspěvků by také mohl být akcent na využití projektivních metod, longitudinální studie a důraz na klinický dopad výsledků výzkumu. Registrovat se bude možné od druhé poloviny září na www.isspd2006.cz.

*PhDr. Marek Preiss
Předseda organizačního výboru kongresu*