

*Andrzej Czernikiewicz, Agata Szulc, Małgorzata Sosnowska, Anna Zielińska,
Michał Feldman, Sławomir Murawiec*

„POST APA 2014” — Warszawa 27 czerwca 2014 roku

„POST APA 2014” — Warsaw, 27 June 2014

W dniu 27 czerwca 2014 odbyła się w Warszawie konferencja „POST APA 2014” — co wnosi do polskiej psychiatrii? Tematem konferencji było zaprezentowanie najnowszych doniesień praktycznych, nowatorskich sposobów myślenia oraz aktualnych wyników badań naukowych prezentowanych w trakcie dorocznego 167. Zjazdu Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (American Psychiatric Association 167th Annual Meeting) który odbył się w Nowym Jorku w dniach 3–7 maja 2014 roku pod hasłem „Zmieniając praktykę i percepcję psychiatrii”. Organizatorem konferencji Post APA było wydawnictwo Via Medica. Prowadził ją Redaktor Naczelny czasopisma „Psychiatria” dr Sławomir Murawiec. Konferencja została przygotowana w porozumieniu i przy wsparciu merytorycznym American Psychiatric Association (które między innymi zapewniło komplet abstraktów wystąpień w formie elektronicznej dostępnych bez ograniczeń). Materiały z konferencji w postaci nagrań wykładów są dostępne na stronie konferencji pod adresem: <http://www.postapa.viamedica.pl/1.2014/pl/Program,10.html>.

Pierwsze wystąpienie na konferencji wygłosił Prof. Andrzej Czernikiewicz i było ono zatytułowane: „Między neurobiologią a środowiskiem — między wiceprezydentem Stanów Zjednoczonych Joe Bidenem a aktorem Alanem Aldą”. Prof. Czernikiewicz, jako osoba organizująca ubiegłoroczny Zjazd Psychiatrów Polskich w Lublinie, wskazał, że w konferencji w Nowym Jorku wzięło udział wzięło około 14 tys. uczestników z ponad 50 krajów, w tym 44 psychiatrów z Polski, a odbyło się w jej trakcie ponad 500 sympozjów, wliczając w to kursy, natomiast ostatni Zjazd Psychiatrów Polskich w Lublinie zgromadził 1500 uczestników i miało miejsce w jego trakcie 100 sympozjów.

Jako podsumowanie zjazdu przytoczył on między innymi wypowiedzi najważniejszych osób biorących w nim udział, nie tylko te, które obrazują widzenie współczesnej psychiatrii. Wice-Prezydent Stanów Zjednoczonych Joe Biden powiedział między innymi, że jego kraj „potrzebuje

więcej psychiatrów”, oraz że jest: „na krawędzi zdumiewających możliwości [...]”. Dodął też: „Wiem, że są gotowe do tworzenia narzędzia, aby znaleźć nowe sposoby leczenia, lekarstwa korzystnie wpływające na mózg. A my jesteśmy na zakręcie identyfikacji biomarkerów choroby psychicznej, projektowaniu wczesnych strategii profilaktycznych dla psychozy i rewolucji pozwalającej na zrozumienie budowy, organizacji i funkcji mózgu. Wyobraźmy sobie możliwości zapobiegania i leczenia dla milionów młodych ludzi w tym wieku, kiedy chcą poznać świat bez stygmatu choroby... Podobnie sądzę, że MHPAEA (inicjatywa na rzecz równego traktowania przez fundusze ubezpieczeniowe chorych psychicznie i uzależnionych) otworzy nowe możliwości dla pacjentów, aby uzyskać dostęp do leczenia... Ważnym krokiem naprzód jest przełamywanie barier strukturalnych [opieka] i rozszerzenie dostępu do świadczeń zdrowotnych [...]. Jestem w pełni świadomy, że wykonanie tego prawa jest kluczem, a pacjenci otrzymają teraz uprawnienia, aby mieć więcej informacji i zmusić ubezpieczycieli do traktowania ich chorób, jak każdej innej choroby w rozumieniu brania przez nich (ubezpieczycieli) odpowiedzialności finansowej. Nikt z nas nie wierzy, że będzie to automatyczne — to nowe terytorium”.

Już sam fakt wystąpienia na zjeździe psychiatrycznym drugiego obywatela Stanów Zjednoczonych (na zjeździe PTP w Lublinie najwyższym urzędnikiem publicznym był prorektor Lubelskiego Uniwersytetu Medycznego), dowodzi świadomości znaczenia psychiatrii nie tylko w Stanach Zjednoczonych.

W sesji inauguracyjnej odbyła się ciekawa debata z udziałem laureata Nagrody Nobla w dziedzinie medycyny Erica Kandel i znanego amerykańskiego aktora Allana Aldy. Kandel, mówiąc o znaczeniu badań naukowych, szczególnie w obrębie neurobiologii, stwierdził: „Chciałem zrozumieć ludzki mózg, badając zachowania zwierząt. Miałem szczęście, że nie słucałem swoich kolegów, którzy mówili mi, że to nie ma sensu. Odkryłem że nauka może być zabawą. [...] Uważam, ku mojemu zdumieniu,

że uprawiania nauki jest dużo bardziej fascynujące niż czytanie o tym. Robienie eksperymentów jest tak fantastycznie interesujące. Pracować własnymi rękami to jest zmysłowa przyjemność, jeszcze bardziej fascynujące jest omówić swoje wyniki z innymi ludźmi...". Z kolei Alda, odnośnie do popularyzacji nauki, w tym psychiatrii, powiedział: „Nauka staje się dostępna, gdy naukowcy mogą znaleźć sposób komunikowania, który zawiera opowiadanie i emocje — tak jak komunikują się ze sobą zwykli ludzie. Uważam, że im bardziej naukowcy mogą wyrażać się w sposób osobisty, tym bardziej ludzie mogą to zrozumieć i to zrozumienie sprzyja potem na przykład ich udziałowi w leczeniu”.

W tym kontekście należy przypomnieć słowa nowego prezydenta APA Paula Summergrada... Ale mimo polaryzacji w Waszyngtonie, choroba psychiczna nie jest przypadłością przypisaną tylko jednej grupie ludzi — jak wiemy aż za dobrze, zaburzenia psychiczne nie mają szacunku dla pozycji, bogactwa, sławy lub przekonań politycznych. Dzieci Demokratów i Republikanów, bogatych i biednych, mogą tak samo zachorować na zaburzenie psychiczne. Ale dodatkowo jest młode pokolenie, które żyło i żyje z chorobą psychiczną, które nie będzie milczeć, które nie da się ukryć, ale będzie o tym doświadczeniu mówić, czasami nawet w sposób, który może u nas powodować dyskomfort. Oni już wiedzą, tak jak na początku było z prawami gejów i leczenia AIDS, że »milczenie jest równe śmierci«.

Prof. Andrzej Czernikiewicz zakończył swoje wystąpienie następującymi obserwacjami:

1. Zjazd APA ponownie obejmował całe spektrum zaburzeń psychicznych, a nie jak w czasie kilku poprzednich zajmował się węższymi tematami (uzależnienia, PTSD [posttraumatic stress disorder]).
2. Psychiatria stała się globalna, przy oczywiście większych możliwościach wyrafinowanych badań naukowych w USA, a także przy większym dostępie do nowych leków i nowych form starych leków w tym kraju.
3. Znaczenie zdrowia psychicznego w programach zdrowotnych w USA jest wyraźnie większa niż w Europie, w tym w Polsce.

Kolejny mówca konferencji Post APA to Prof. Agata Szulc której wystąpienie było zatytułowane: „Kryzys w psychiatrii – światowy czy tylko narodowy?”

Stanowiło ono w pewnej mierze odniesienie do tematów podjętych w pierwszym wystąpieniu. Profesor Agata Szulc wskazała, że otwarcie tegorocznej konferencji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego odbyło się bardzo uroczyście, a wagę wydarzenia podkreśliła obecność wiceprezydenta USA Joe Bidena. Jej zdaniem wygłosił on „płomienne” przemówienie na temat przy-

szłości psychiatrii, w tym rozwoju badań nad funkcjonowaniem mózgu. Jednocześnie wspomniał, że w dalszym ciągu w USA brakuje psychiatrów, co można uznać za pewną oznakę kryzysu w naszej dziedzinie. Na temat kryzysu silnym głosem wypowiedział się między innymi Edward Fulley Torrey, uznany autorytet w dziedzinie schizofrenii, autor książki *American Psychosis* opisującej załamanie systemu opieki psychiatrycznej w USA. W tej wypowiedzi, a także w kilku innych, przewijało się twierdzenie, że dezinstytucjonalizacja przeprowadzona w latach 60. XX wieku okazała się klęską, a aktualny system opieki psychiatrycznej, mimo dużych nakładów finansowych, nie jest zadowalający. W ramach reformy lecznictwa psychiatrycznego zlikwidowano większość szpitali psychiatrycznych (nastąpił około 10-krotny spadek liczby łóżek), planowano rozwój tak zwany *Community Mental Health Centers* (centrów zdrowia psychicznego). Z niejasnych do końca przyczyn reforma się nie powiodła – w przypadku USA nie brakowało środków finansowych, zabrakło czegoś? Wyobraźni? Właściwej oceny rzeczywistości? Centra zdrowia psychicznego nie zabezpieczyły odpowiedniej opieki pacjentom z najpoważniejszymi zaburzeniami psychicznymi, a jednocześnie ograniczenie poradni zdrowia psychicznego i łóżek stacjonarnych spowodowało załamanie systemu. Aktualnie nadal dostęp do opieki psychiatrycznej jest utrudniony, a osoby z poważnymi zaburzeniami psychicznymi stanowią dużą część populacji więziennej i bezdomnej. Na zakończenie Prof. Agata Szulc przestrzegła, że amerykańska lekcja może stanowić przykład błędów systemowych, których można i należy uniknąć. Szpitale psychiatryczne nie przestaną istnieć, opieka środowiskowa jest konieczna, jej zaplanowanie i wprowadzenie szerokich reform musi być jednak poprzedzone gruntowną analizą potrzeb i możliwości. Jak widać, same dobre chęci (nawet poparte sporymi finansami) to za mało. Część kliniczną konferencji otworzył dr Michał Feldman. W pomysłowo zaplanowanym wystąpieniu skonstruowanym na zasadzie zagadek klinicznych przedstawianych uczestnikom przedstawił „Leki, których jeszcze nie znamy, czyli o lekach, które są dostępne w 2014 roku w Stanach Zjednoczonych, lecz wciąż nie są dostępne dla polskich pacjentów”. Agitacja w chorobie afektywnej dwubiegunowej (ChAD) i schizofrenii to częsty problem wśród hospitalizowanych pacjentów. W Stanach Zjednoczonych dopuszczono do stosowania loksapiny (preparat o nazwie Adasuve®) — inhalator zawierający lek przeciwpsychotyczny I generacji. Według dostępnych danych, skuteczne działanie rozpoczyna się już 10 minut po inhalacji jednej dawki loksapiny. W odróżnieniu od innych dostępnych metod, jest to zabieg całkowicie bezinwazyjny. W dodatku według danych naukowych nie wiąże się z istotnie

wyższym ryzykiem sedacji (12% sedacji po podaniu leku v. 9% po podaniu placebo).

Ciekawym rozwiązaniem, które ma wkrótce zostać wprowadzone do leczenia w Polsce, jest lurazidon — lek przeciwpowrotkowy II generacji (ze względu na swoje właściwości przez niektórych autorów zaliczany do III generacji). Cechuje się silnym powinowactwem do receptorów D2, 5-HT_{2A} i 5-HT₇, na które wywiera działanie antagonistyczne, wykazuje również agonizm do receptorów 5-HT_{1A}. Jest zarejestrowany do stosowania w epizodach depresyjnych w ChAD oraz w schizofrenii paranoidalnej — w objawach pozytywnych. Ma potwierdzone działanie zmniejszające deficyty poznawcze i zaburzenia pamięci w schizofrenii. Producent leku podkreśla bezpieczeństwo stosowania lurazidonu — w zasadzie nie opisywano innych objawów pozapiramidowych oprócz akatyzji.

Tasimelton (sprzedawany pod nazwą Hetlioz®) to kolejna propozycja psychofarmakologiczna niedostępna w Polsce. Jest to substancja działająca agonistycznie do receptorów dla melatoniny MT₁ i MT₂, przy tym ma duże powinowactwo do MT₂. Tasimelton jest zarejestrowany do leczenia tak zwanych „non-24-hour sleep-wake disorder”, czyli zaburzeń rytmu dobowego. W badaniach wśród osób niewidomych wykazano skuteczność tego leku w postaci wydłużenia snu w ciągu nocy oraz skrócenia czasu drzemek w ciągu dnia. Obserwowano przy tym bardzo dobrą tolerancję leczenia.

Dla osób pracujących w systemie zmianowym, takich jak lekarze, wyjątkowo ciekawym wydaje się armodafinil (nazwa handlowa Nuvigil®) — lek psychostymulujący zarejestrowany do stosowania w trzech wskazaniach związanych z nadmierną sennością: narkolepsji, obturacyjnym bezdechu podczas snu (OBPS) oraz w tzw. „shift work disorder” (SWD), czyli zaburzeniu związanym z pracą zmianową. Armodafinil stosuje się raz dziennie (w narkolepsji i OBPS po przebudzeniu, w SWD na godzinę przed rozpoczęciem pracy).

Lekiem znanym w Polsce, ale aktualnie niedostępnym, jest prazosyna (w Stanach Zjednoczonych pod nazwą handlową Minipress®). Jest to substancja stosowana do tej pory w leczeniu nadciśnienia tętniczego oraz przerostu prostaty działająca antagonistycznie do receptorów alfa-1. W trakcie kongresu Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego w Nowym Jorku wielokrotnie wzmiankowano o najnowszych badaniach, które dowodzą skuteczności prazosyny w leczeniu koszmarów sennych i zaburzeń snu w PTSD. Podaje się wtedy ten lek jeden raz dziennie przed snem w dawce 2–15 mg/dobę. Dla lekarzy oczekujących na nowe rozwiązania farmakologiczne w leczeniu depresji interesującym wydaje się vilazodon (sprzedawany w Stanach Zjednoczonych

pod nazwą Viibryd). Jest to lek prezentowany jako skuteczny w zaburzeniach depresyjnych, redukujący apetyt (podobnie jak fluoksetyna), a przy tym niewpływający na sprawność seksualną. Swoje działania zawdzięcza łączeniu mechanizmu selektywnego wychwytu zwrotnego serotoniny z częściowym agonizmem do receptora 5HT_{1A}. Jak podkreśla producent, jest to pierwszy na rynku lek przeciwdepresyjny o takim mechanizmie działania, w związku z czym wśród wielu psychiatrów wzbudza on duże nadzieje.

W trakcie Kongresu oraz prezentacji wspomniano też o leku przeciwpowrotkowym II generacji — iloperidonie, o najsilniejszym spośród SNRI (*serotonin norepinephrine reuptake inhibitors*) wychwyty zwrótnym noradrenaliną — lewomilnacipranie, aripirazolu o przedłużonym uwalnianiu do stosowania raz na miesiąc i ciekawym rozwiązaniu w leczeniu uzależnień — naltreksonie podawanym w iniekcjach raz na miesiąc. Prowadzący prezentację podkreślił, że to tylko niektóre spośród leków stosowanych przez psychiatrów w Stanach Zjednoczonych, a wciąż niedostępnych dla polskich pacjentów.

Drugim wystąpieniem klinicznym była prezentacja dr n. med. Małgorzaty Sosnowskiej zatytułowana: „Organizacja *borderline* a zaburzenia afektywne — diagnoza i kierunki postępowania terapeutycznego”. Doktor Sosnowska odniosła się do faktu, że zaburzenie osobowości na poziomie struktury charakteru *borderline*, jak zaburzenia afektywne (choroba dwubiegunowa, depresja, zaburzenia schizoafektywne), stanowią wyzwania diagnostyczne i terapeutyczne, są także poważnymi chorobami o wysokim stopniu zachorowalności i śmiertelności. Często współwystępują, skutkując większym nasileniem objawów psychopatologicznych i powodują trudność w różnicowaniu ze względu na nakładające się kryteria diagnostyczne. Oba zaburzenia charakteryzuje niestabilność nastroju, impulsywność oraz zachowania samobójcze. Co więcej, organizacja *borderline* charakteryzuje się wczesnym początkiem sięgającym dzieciństwa, niestabilnymi i intensywnymi relacjami interpersonalnymi, impulsywnością afektu i zachowania, a także wrażliwością na odrzucenie jak też, na co wskazują badania amerykańskie, poważną traumą w dzieciństwie (seksualne wykorzystanie, maltretowanie, znęcanie się). Skuteczne leczenie opiera się na prawidłowej diagnozie różnicowej i jest odmienne w patologii *borderline* i chorobach afektywnych. Za kryterium diagnostyczne w zaburzeniach nastroju przyjmuje się patologię afektu, myślenia i zachowania jako pierwotną wobec wtórnych dysfunkcji relacji interpersonalnych. W zaburzeniach osobowości typu *borderline* pierwotną patologię stanowią zaburzone relacje interpersonalne, a dysfunkcje myślenia, afektu i zachowania są wtórne. Pierwszym wyborem postę-

powania terapeutycznego w zaburzeniach osobowości na poziomie *borderline* jest psychoterapia, która ma potencjał do normalizowania nadaktywności regionów czołowych, zaangażowanych w społeczne i emocjonalne procesy. W postępowaniu terapeutycznym w zaburzeniach afektywnych przyjmuje się w pierwszym wyborze włączenie farmakoterapii. Badania neuroscienze pokazują, że patologia *borderline* ma unikalny profil neurobiologiczny. Poznanie funkcji mózgu związanych z patologią *borderline* jest pomocne w poznaniu jej etiologii oraz w planowaniu i wyborze rehabilitacji, a także ukierunkowaniu strategii terapeutycznych. I tak, dysfunkcja kory oczodołowej może się przyczyniać do charakterystycznej w organizacji *borderline* impulsywności, jako że zmiany w obszarach oczodołowych kory wiążą się z brakiem kontroli społeczno-emocjonalnej. Autorka wystąpienia na zakończenie wyraziła ona nadzieję, że doświadczenia kliniczne oraz badania neuronauki pozwolą bardziej trafnie kierować postępowaniem terapeutycznym oraz dobierać precyzyjnie techniki terapeutyczne w oparciu o poszerzoną wiedzę na temat funkcjonowania mózgu. Zaburzeniom osobowości *borderline* poświęciła swoje wystąpienie także dr Anna Zielińska. Tytuł jej prezentacji brzmiał: „*Borderline* — czy rzeczywiście tylko zaburzenie osobowości? Jak diagnozować i leczyć?” Autorce udało się w niemałym stopniu wystąpieniu odpowiedzieć na te pytania.

Zdaniem dr Anny Zielińskiej w Polsce niewiele się mówi o tym, jak lekarz może sobie radzić z pacjentami z zaburzeniami osobowości, a już tym bardziej zaburzeniami osobowości typu *borderline* (BPD, *borderline personality disorder*). Jest to zaburzenie stygmatyzowane, które często budzi lęk, wywołuje negatywne emocje i niechęć do takich pacjentów. Często osobom stykającym się z chorymi z takim rozpoznaniem trudno jest wyjść poza proste stwierdzenia o demonstracji, manipulacjami objawami. W Stanach Zjednoczonych próbuje się to leczenie usystematyzować, nadać mu strukturę, a przede wszystkim odstygmatyzować. Pacjent z BPD jest porównany z pacjentem z oparzeniem III stopnia: najdelikatniejszy dotyk, zmiana może wywołać okropne cierpienie. Toteż zdaniem dr Zielińskiej w leczeniu pacjentów z BPD warto zacząć od psychoedukacji, dla pacjenta, dla jego rodziny, ale także dla samego siebie.

Na konferencji APA 2014 podkreślano, że BPD to zaburzenie relacji: 7 z 9 kryteriów DSM-V dotyczy wpływu na relacje z innymi osobami i od tego, jak one przebiegają, zależy nasilenie objawów. Podstawowe grupy objawów są związane z nadwrażliwością interpersonalną oraz emocjonalną niestabilnością. Wielokrotnie podkreślano, że jest to zaburzenie o udziale genetycznej etiologii (nie należy na wejściu traktować pacjenta jako ofiarę jakiejś

traumy) oraz, o czym się zapomina, jest to zaburzenie wyleczalne. Po 10 latach 85% pacjentów osiąga remisję. Warto też pamiętać o rodzinie pacjenta: skoro to zaburzenie dotyczące relacji, to jak można pomóc pacjentowi, nie wpływając i nie edukując jego najbliższych osób? Psychoedukacja powinna dotyczyć także farmakoterapii. Trzeba pamiętać, że nie ma leku na BPD ani na podstawowe objawy zaburzenia: poczucie samotności, lęk przed odrzuceniem, poczucie wewnętrznej pustki. Można pomóc złagodzić inne objawy, zaleca się jednak, by wybrać tylko jeden z nich: przyjęć go jako cel i tego celu się trzymać, niezależnie od pojawiających się po drodze kryzysów oraz domagań pacjenta o nowy lek. Pacjenci z BPD to grupa, której w odpowiedzi na liczne objawy łatwo wejść na poziom polifarmakoterapii, przynosi ona jednak więcej wad niż korzyści. Warto pamiętać, że leki działają słabiej u pacjentów z BPD, niż gdy stosuje się je na te same objawy w przypadku zaburzeń Osi I. Podstawową umiejętnością psychiatry powinna być także umiejętność decydowania, co jest priorytetem w leczeniu w przypadku współistnienia z BPD innych zaburzeń psychicznych, na przykład depresja, bulimia, zaburzenia lękowe są trudniejsze do leczenia przy współistniejących BPD, stąd to właśnie zaburzenia osobowości powinny uzyskać priorytet leczenia, inaczej niż w przypadku anoreksji, PTSD czy epizodu manii.

Doktor Anna Zielińska podsumowała swoje wystąpienie, mówiąc, że Amerykanie, próbując te zaburzenia odstygmatyzować, powodują tym samym inspirację, ciekawość i pozytywne nastawienie. Podkreślając jednak ciężkość zaburzenia, sami proponują, by BPD było odrębnym „zaburzeniem *borderline*”, a nie zaburzeniem osobowości. Doktor Sławomir Murawiec wygłosił wystąpienie zatytułowane: „Stres, depresja, leczenie depresji ze współwystępowaniem zaburzeń osobowości”. Było ono oparte na jednym z kursów dostępnych w trakcie kongresu APA i dwóch sympozjach, które odbyły się w trakcie tej konferencji. Tytuł omówionego w wystąpieniu kursu brzmiał „Psychodynamiczne podejście do opornych na leczenie zaburzeń nastroju: przełamywanie lekooporności przez skupienie się na współwystępujących zaburzeniach osobowości” i podnosił on bardzo ważny temat poprawy skuteczności leczenia w tych przypadkach, kiedy główną przyczyną lekooporności nie jest brak odpowiedzi na leki w sensie dosłownym, lecz zaburzenia osobowości prowadzące do braku odpowiedzi na leczenie. W trakcie kursu podkreślono, że 15–40% pacjentów z zaburzeniami nastroju nie odpowiada pozytywnie na leczenie, zaledwie mniejsza część pacjentów osiąga remisję dzięki samej farmakoterapii, a włączenie podejścia psychodynamicznego może być użyteczne dla pewnej podgrupy pacjentów. Doktor Murawiec przytoczył opinię wypo-

wiadaną w trakcie omawianego kursu, że u podstaw lekooporności mogą leżeć pewne aprioryczne założenia, takie jak to, że pacjent przychodzi do lekarza z pojedynczą chorobą, ta choroba zostanie usunięta przez zastosowanie jednego opartego na dowodach leczenia. Kolejne części tego wystąpienia dotyczyły kwestii znaczenia stresu dla rozwoju zaburzeń depresyjnych i poszukiwania nowych metod leczenia depresji opartych na innych niż tradycyjne założeniach. Zaburzenia neuroplastyczności, wpływ kortyzolu na poziom serotoniny, działanie osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej są istotnymi elementami składającymi się na patogenezę depresji. Podejścia terapeutyczne, których celem jest normalizacja działania tej osi mogą zapobiegać rozwojowi depresji u pacjentów w stresie, zarówno wczesnym jak i przewlekłym w sytuacjach stresowych. Psychofarmakologiczne podejście zorientowane na poprawę regulacji osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej, zmniejszające stężenia CRF i kortyzolu,

poprawiające regulacje układu limbicznego, zmniejszające aktywność jądra migdałowatego i stymulujące hipokamp, poprzez to kontrolę nad nadmiernie nasiloną odpowiedzią emocjonalną może być kolejnym celem terapeutycznym w depresji.

To wystąpienie oraz całą konferencję zakończyło odwołanie do wykładu wygłoszonego przez laureata nagrody Nobla Erica Kandela. Z przytoczonych danych z prowadzonych przez niego badań nad procesami pamięci wynika, że ważną rolę w zachowaniu pamięci oraz uniknięciu zjawiska łagodnego starczego zapominania odgrywa hormon wydzielany przez kości — osteokalcyna.

Bez wątplenia psychiatrzy amerykańscy zmagają się z wieloma klinicznymi problemami identycznymi, jak te, z którymi przychodzi mierzyć się polskim psychiatrom, choć na pewno każdy kraj ma swoją specyfikę systemów leczenia. Konferencja „POST APA 2014 — co wnosi do polskiej psychiatrii?” była okazją do uświadomienia sobie tych różnic i podobieństw.