

# SOUČASNÝ POHLED NA DOPORUČENÍ OHLEDNĚ FARMAKOTERAPIE HRANIČNÍ PORUCHY OSOBNOSTI

souborný článek

Matěj Kasal<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>ÚVN, psychiatrické oddělení  
<sup>2</sup>Lékařská fakulta UK v Plzni

**Kontaktní adresa:**

kpt. MUDr. Matěj Kasal,  
Psychiatrické oddělení ÚVN-VoFN  
Praha  
U Vojenské nemocnice 1200  
160 02 Praha 6  
e-mail: matej.kasal@uvn.cz

## Souhrn

**Kasal M. Současný pohled na doporučení ohledně farmakoterapie hraniční poruchy osobnosti**

Hraniční porucha osobnosti (HPO) je častým, závažným a život ohrožujícím psychiatrickým onemocněním. Pohled na její léčbu prochází v posledních letech značnou změnou, a to nejen v psychoterapii, která je hlavní účinnou intervencí, ale i ve farmakoterapii. I přesto, že se doporučení odborných společností neshodují a klinická praxe je značně heterogenní, lze nalézt fakta, která nám jsou oporou při léčbě této skupiny pacientů. Je důležité brát ohled na fakt, že nebyla potvrzena dostatečná účinnost žádného léku z hlediska zlepšení prognózy tohoto onemocnění jako celku. V současné době je doporučováno užívání léků pouze ke korekci specifických příznaků, jakými jsou afektivní nestabilita, impulzivní agrese a poruchy vnímání, kdy jistá vodítka nalzáme i v otázce ovlivnění nesuicidálního autoagresivního jednání. Existují však i léky, které se všeobecně nedoporučují nebo prokazatelně nemají efekt v léčbě HPO. V rámci managementu terapie musíme brát zřetel i na psychiatrické komorbidity. U pacientů s HPO se setkáváme s doprovodnými onemocněními, která reagují na cílenou léčbu přidružené choroby, ale i s patologiemi, u kterých se zavádění specifické farmakoterapie nedoporučuje. Hlavním důvodem k této praxi je zjištění, že dané komorbidity (např. depresivní porucha, panická porucha) reagují velice dobře na komplexní terapii HPO, za kterou je považována solidně vedená psychoterapie, preferenčně některým ze směrů přímo cílených na tuto

## Summary

**Kasal M. Current view on pharmacotherapy guidelines of borderline personality disorder**

Borderline personality disorder (BPD) is a common, serious, and life-threatening psychiatric illness. The view of its treatment has undergone a significant change in recent years, not only in psychotherapy, which is the main effective intervention, but also in pharmacotherapy. Despite the fact that the recommendations of professional societies do not agree and the clinical practice is very heterogeneous, we can find facts that support us in the treatment of this group of patients. It is important to take into account the fact that no drug has been shown to be sufficiently effective in improving the prognosis of the disease as a whole. Currently, the use of drugs is recommended only to correct specific symptoms, such as affective instability, impulsive aggression and cognitive-behavioral disturbances, where we find some clues in the issue of influencing non-suicidal self-aggressive behavior. However, there are also drugs that are not generally recommended, such as benzodiazepines or have been shown to have no effect in the treatment of BPD, such as lamotrigine. In the management of therapy, we must also take into account psychiatric comorbidities. In patients with BPD, we encounter concomitant diseases that respond to targeted treatment of the associated disease, but also pathologies for which the introduction of specific pharmacotherapy is not recommended. The main reason for this practice is the finding that given comorbidities (e.g. depressive disorder, panic

psychopatologii (pro příklad dialekticko-behaviorální terapie, schématerapie a další). V článku je diskutována i situace v České republice, problém s polypragmazií a možné důvody nesprávně vedené praxe v léčbě HPO.

**Klíčová slova:** doporučený postup, farmakoterapie, hraniční porucha osobnosti, management lékové terapie, polypragmázie.

disorder) respond very well to complex BPD therapy, which is considered solid psychotherapy, preferably in one of the directions directly aimed at this psychopathology (for example dialectic-behavioral therapy, schematherapy and others). The article also discusses the situation in the Czech Republic, the problem of polypharmacy and possible reasons for incorrect practice in the treatment of BPD.

**Key words:** recommended procedure, pharmacotherapy, borderline personality disorder, drug therapy management, polypharmacy.

## ÚVOD

Hraniční porucha osobnosti je velice časté a závažné psychické onemocnění, se kterým se setkáváme běžně jak v ambulantní, tak v lůžkové psychiatrické péči. Jeho incidence v běžné populaci je 1–6 %.<sup>1</sup> Avšak zároveň tvoří 10 % ze všech psychiatrických ambulantních pacientů a 20 % nemocných vyžadující akutní psychiatrickou hospitalizaci.<sup>2</sup> Z pacientů trpících touto poruchou se 70 % za život sebeпоškodí, zhruba 80 % z nich se pokusí spáchat sebevraždu a 6–10 % z těchto nemocných sebevraždu dokoná.<sup>3</sup> Poruchou trpí převážně ženy v poměru 3–4 : 1 k mužům.<sup>4</sup> Typické je, že první příznaky se objevují již v rámci dospívání či adolescence a 88 % diagnostikovaných pacientů dosahuje do deseti let od počátku léčby trvalé remise.<sup>5</sup> V rámci reformy psychiatrické péče v ČR byly dokonce těžké poruchy osobnosti zařazeny do skupiny vážných duševních onemocnění s indikací komunitní péče v Centrech duševního zdraví. Projevy onemocnění se často překrývají s jinými poruchami (bipolární afektivní porucha, depresivní porucha, psychotická onemocnění), a proto je exaktní diagnostika velkou výzvou pro každého psychiatra.<sup>6</sup> Přestože se za poslední dekádu zesílila evidence účinnosti psychoterapeutických intervencí na léčbu této poruchy, je nadále v podmínkách České republiky minimální nabídka služeb poskytujících zacílenou, komplexní terapii. Center či oddělení s edukací v současných evidence based programech a terapiích (především DBT, MBT, schématerapie a GPM) je pouze skromně, a tak se často pacienti nedostávají do těchto programů v raných fázích onemocnění, kdy je prognóza nejlepší. Problémem je i situace, kdy v krizových okamžicích, které nejsou schopni bez určité výbavy poskytnuté právě těmito programy zvládat, často končí hospitalizování na akutních psychiatrických odděleních.<sup>7</sup>

Veliká očekávání jsou vkládána do farmakoterapie. Stále je však nedostatečné množství důkazů o efektivitě této léčby a do dnešní doby u žádného léku nebyl dosud

prokázán výraznější efekt přímo na léčbu této poruchy osobnosti. Dosavadní výsledky a doporučení vidí psychofarmaka spíše jako prostředek k ovlivnění specifických příznaků nemoci než jako komplexní kauzální terapii. Rozhodně by však neměla sloužit jako první linie léčby a k jejich užití by se mělo přistupovat obezřetně, cíleně a pouze na přechodnou dobu.<sup>8–10</sup>

V článku se zaměřuji na strukturování současného pohledu na psychofarmakoterapii HPO skrze doporučení odborných společností, souhrnné články a výsledky recentních studií.

## METODIKA

Přehledový článek se zaměřuje především na stanoviska odborných psychiatrických společností shrnuté v rámci jejich doporučených postupů. Jednotlivé profesní organizace jsou uvedeny v tab. 1. Poslední dohledatelný doporučený postup České psychiatrické společnosti (ČPS) z hlediska léčby hraniční poruchy osobnosti je z roku 2014. V současné, páté edici, se doporučený postup v době publikace článku ještě nenachází, proto byl využit alespoň v rámci diskuse. Pro doplnění informací byly využity publikace dohledatelné v obvyklých medicínských databázích (Web of science, Medline). Citované publikace jsou zejména doporučení odborných společností, souhrnné články a randomizované kontrolované studie. V reflexi na obvyklé členění farmakoterapeutických doporučení při léčbě hraniční poruchy osobnosti byly informace strukturovány do tří dílčích kapitol.

## LÉČBA SMĚROVANÁ K OVLIVNĚNÍ PŘÍZNAKŮ

Hraniční porucha osobnosti se projevuje ucelenou, ale heterogenní skupinou příznaků (tab. 1). Avšak pouze u konkrétních obtíží lze farmakologicky efektivně zakročit. Současné poznatky doporučují pro stabilizaci stavu pacienta využít přednostně komplexní psychotherapeutické intervence.<sup>11</sup> Ukazuje se, že léčba farmaky může do jisté míry ovlivnit hlavně jednotlivé, nejvíce rizikové symptomy. Mezi ně řadíme zejména afektivní nestabilitu, impulzivní agresivní jednání a poruchy vnímání. Afektivní nestabilita je popisována jako časté změny nálad, výrazné střídání emocí na základě narušené schopnosti zpracovávat prožívání emocí. Typickým projevem impulzivního agresivního jednání je sebepoškozování v návaznosti na inter- nebo intrapersonální konflikt. Poruchy vnímání jsou u HPO příznakem navazujícím na zoufalost, nedůvěru k okolí, obvykle se vyskytují u pacientů, kteří se již od svých sociálních kontaktů izolují. Vždy jsou vnímány jako projev výrazné dekompenzace, někdy se jedná i o snahu upoutat pozornost s cílem získání pomoci v krizové situaci. Nejčastěji se setkáváme s vizuálními či auditivními pseudohalucinacemi, v anglické literatuře se používá všeobecný termín překládaný jako kognitivně-percepční poruchy.<sup>12</sup> S těmito vedoucími příznaky pracují

především guidelines Americké psychiatrické společnosti (APA) a Světové organizace společností biologické psychiatrie (WFSBP). National institute for health and clinical excellence (NICE) oproti tomu doporučuje preferenci psychotherapie a farmakoterapii vyhrazuje pouze pro použití v akutní krizi, a to maximálně na dobu jednoho týdne. Hlavní doporučení jsou shrnuta v přehledové tabulce (tab. 2).<sup>10</sup> Odborné společnosti se shodnou na preferenci monoterapie, ale rozcházejí se v určení léků u jednotlivých příznaků. Hlavním rozdílem je upřednostnění SSRI antidepressiv pro korekci afektivní nestability u APA, oproti radě využít spíše thymostabilizéry nebo antipsychotika dle WFSBP. Společnosti se shodují v otázce medikace pro ovlivnění poruch vnímání nízkou dávkou antipsychotik. Je nutné mít na paměti, že všechna uvedená léčiva jsou nejen v ČR, ale i ve světě používána tzv. off-label. Neznáme žádný lékový přípravek, který by byl indikován přímo k terapii HPO.

Suicidální chování je důležitým a život ohrožujícím projevem nemoci, jak již bylo zmíněno v úvodu. Z hlediska současných poznatků však neexistuje lék, u kterého by byl prokázán výraznější efekt na snížení rizika sebevražedného jednání u skupiny pacientů s HPO. U léků, jejichž efekt na snížení suicidalitu je prokázán (klozapin, lithium), nemáme informace o tomto specifickém účinku u kohorty nemocných s HPO.<sup>13</sup> Rovněž vědecky podložených důkazů ohledně farmakologického ovlivnění

Tab. 1. Diagnostická kritéria

MKN-10	DSM-V
<b>F60.30 Impulzivní typ emočně nestabilní poruchy osobnosti</b>	<b>Přetrvávající vzorec chování zahrnující nestabilitu v mezilidských vztazích, sebehodnocení, emocích, s obtížnou kontrolou impulzů, začínající v časně dospělosti, adolescenci a přítomný v různých souvislostech. Projevuje se alespoň 5 z následujících příznaků</b>
A. Musejí být splněna obecná kritéria pro poruchu osobnosti	
B. Musejí být splněny minimálně 3 z následujících bodů + splněný bod č. 2	
1. Zřetelná tendence jednat neočekávaně a bez zvažování následků	1. Horečné úsilí vyhnout se reálnému nebo imaginárnímu opuštění (nezahrnuje se sebevražedné nebo sebepoškozující jednání v kritériu 5)
2. Zřetelná tendence k nesnášenlivému chování a ke konfliktům s ostatními, zvláště když je impulzivní chování přerušeno nebo kritizováno	2. Setrvalý vzorec nestálých a intenzivních vztahů, charakterizovaných střídáním častých extrémů idealizace nebo devalvace
3. Sklon k výbuchům hněvu nebo zuřivosti s neschopností kontrolovat následně explozivní chování	3. Poruchy identity, trvalé a zřetelně narušené, převrácené nebo nestálé sebehodnocení a mínění o sobě
4. Obtíže se setrváním u jakékoli činnosti, která nenabízí okamžitý zisk	4. Impulzivita nejméně ve dvou potenciálně sebepoškozujících oblastech, např. utrácení, sexualita, abúzus látek, bezohledné řízení vozidla, záchvaty vlčího hladu
5. Nestálá a nevypočitatelná nálada	5. Opakované suicidální tendence, pokusy, hrozby nebo sebepoškozující jednání
<b>F60.31 Hraniční typ emočně nestabilní poruchy osobnosti</b>	<b>6. Emoční nestabilita vlivem výrazně reaktivní nálady, např. intenzivní epizodická dysforie, podrážděnost nebo úzkost, obvykle trvající několik hodin a pouze zřídka déle než několik dnů</b>
A. Musejí být splněna obecná kritéria pro poruchu osobnosti	7. Chronické pocity prázdnoty
B. Musejí být splněny nejméně 3 příznaky kritéria B pro F60.30 spolu s nejméně dvěma z následujících:	8. Zbytečně intenzivní rozhněvanost nebo ztráta kontroly nad hněvem, např. časté projevy zlosti, neustálý hněv, opakované rvačky
1. Narušená a nejistá představa o sobě samém, cílech a vnitřních preferencích, včetně sexuálních	9. Přechodné a se stresem související vztahovačné představy nebo těžké disociační příznaky
2. Sklon k zaplétání se do intenzivních a nestálých vztahů, které často vedou k emočním krizím	
3. Přehnaná snaha vyhnout se odmítnutí	
4. Opakované nebezpečí nebo realizace sebepoškození	
5. Chronické pocity prázdnoty	

Tab. 2. Přehled doporučení jednotlivých společností ohledně farmakologické léčby HPO

Doporučující společnost	Symptom	Typ medikace	Specifická medikace
Americká psychiatrická asociace (APA)	Afektivní nestabilita	SSRI	Fluoxetine, sertraline, venlafaxine
	Impulzivní agrese	SSRI, thymostabilizéry	SSRI (fluoxetine, sertraline) Thymostabilizéry (lithium, valproát, karbamazepine)
	Poruchy vnímání	Antipsychotika (nízká dávka)	1. generace (halopridol, flupenthixol) 2. generace (clozapine, olanzapin, haloperidol)
Světová federace společností biologické psychiatrie (WFSBP)	Emoční dysregulace	SSRI, thymostabilizéry	Bez doporučení specifické medikace
	Impulzivní agrese	Antipsychotika, thymostabilizéry	Olanzapin nejvíce zkoumaným lékem, avšak bez jasného průkazu efektu oproti ostatním, spíše atypická antipsychotika než typická
	Poruchy vnímání	Antipsychotika	Olanzapin nejvíce zkoumaným lékem, avšak bez jasného průkazu efektu oproti ostatním, spíše atypická antipsychotika než typická
National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (UK)	Vyhnout se farmakoterapii, s výjimkou akutní krize (v tom případě farmakoterapie na maximálně 1 týden)		
Německá asociace pro psychiatrii, psychoterapii a psychosomatiku (DGPPN)	Farmakoterapie pro symptomy HPO a komorbidní poruchy (odkazuje na WFSBP)		
Nizozemský institut pro zlepšování zdravotní péče (CBO)	Shodné s doporučením DGPPN		

Upraveno dle Riffer, F., Farkas, M., Streibl, L., Kaiser, E., & Sprung, M. (2019). Psychopharmacological treatment of patients with borderline personality disorder: comparing data from routine clinical care with recommended guidelines. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 23(3), 178–188.

nesuicidálního sebeškození u pacientů s hraniční poruchou osobnosti je stále minimum a u žádného léku nebyl konstatován jeho výrazný efekt.<sup>14</sup> Jako nadějně se jeví použití aripiprazolu, které může vést ke zmenšení výskytu sebeškození.<sup>15</sup> Rovněž kombinace SSRI antidepressiv a kognitivně-behaviorální terapie může vést ke zlepšení tohoto příznaku.<sup>16</sup> Z ostatních léků, které jsou zkoumány vzhledem k této problematice a jejichž použití vede dle výsledků k prodloužení epizod bez sebeškození, respektive ke snížení počtu sebeškození, můžeme zmínit ziprasidon, venlafaxin, fluoxetin, buprenorfin či naltrexon.<sup>17–21</sup>

Za posledních pět let se výrazně změnil pohled na lamotrigin jako jedno z nejužívanějších léčiv v rámci terapie. Dle studie z roku 2018 však nemá lamotrigin žádný benefit pro pacienty oproti placebo, a proto jeho použití v současné době rozhodně není podloženo důkazy.<sup>22</sup>

Lze také konstatovat na základě přesvědčivých argumentů, že bychom se měli vyvarovat medikace benzodiazepiny, zejména pro vysoký návykový potenciál, vysokou toxicitu a minimální až žádný benefit z hlediska prognózy. Nezanedbatelným důvodem je fakt, že intoxikace benzodiazepiny je rovněž jedna z nejčastějších forem sebevražedných pokusů této skupiny pacientů.<sup>23</sup>

## LÉČBA KOMORBIDIT

Asi 85 % pacientů s HPO současně trpí alespoň jedním dalším duševním onemocněním. Nejčastějšími komorbiditami jsou depresivní, úzkostné poruchy a další poruchy osobnosti. Nemocní se rovněž současně potýkají se závislostmi na psychoaktivních látkách, bipolární afektivní poruchou, ADHD či jinými specifickými poruchami osobnosti.<sup>24</sup> Z recentních výzkumů je rovněž patrné, že hraniční porucha osobnosti sdílí signifikantní množství

Tab. 3. Komorbidity rozdělené dle doporučení primární cílené terapie

Primárně léčit HPO	Primárně léčit komorbiditu
Depresivní fáze	Manická fáze
Periodická depresivní porucha	Bipolární afektivní porucha
Panická porucha	Syndrom závislosti a odvykáací stavy při užívání návykových látek
Škodlivé užívání návykových látek	Mentální anorexie
PTSD vzniklé v dospělosti	PTSD s rozvojem v dětství
	ADHD

genetických předpokladů se schizofrenií, bipolární a depresivní poruchou.<sup>25</sup>

Doporučení léčby komorbidních onemocnění vycházejí ze souhrnných článků a větších klinických studií. Odborné společnosti se k tomuto tématu cíleně nevyjadřují. Nemoci můžeme rozdělit na ty určené k cílené terapii, která má přednost před primární léčbou poruchy osobnosti, avšak je prováděna současně se základními principy léčby HPO. V druhé řadě na choroby, kdy se primárním cílením léčby poruchy osobnosti daří jejich příznaky ovlivnit bez užití specifické farmakoterapie (tab. 3).

Benefit zavedení cílené farmakoterapie je vyšší u pacientů s komorbidní látkovou závislostí, ADHD, mentální anorexií, PTSD s rozvojem v dětství a bipolární afektivní poruchou. U přidružených onemocnění depresivní poruchou, jinou poruchou osobnosti, panickou poruchou, impulzivním škodlivým užíváním návykových látek a PTSD se vznikem v dospělosti je vhodnější cílit intervence na primární poruchu osobnosti, kdy dokážeme tyto poruchy ovlivnit dostatečně bez použití medikace. Respektive se ukazuje, že léčba primárního onemocnění často vede k remisi komorbidit.<sup>26</sup>

## POLYPRAGMAZIE JAKO SOUČASNÁ PRAXE

Dle dostupných informací z Velké Británie a USA je farmakologicky léčeno 78–92 % pacientů s HPO, z toho 75 % pacientů užívá léky více než 6 let v jedné periodě. Tři a více léků užívá podle různých zdrojů asi 50 % pacientů. Dle dostupných zdrojů je průměrný počet léků užívaných pacientem 2,5–2,8. Nejčastěji využívanými léky jsou antipsychotika, thymostabilizéry, SSRi antidepressiva a benzodiazepiny.<sup>8,27,28</sup> Ve všech zemích, kde byla tato epidemiologická data získána, se preskripce více než jednoho léku považuje za off-label postup bez podložení doporučeními odborných společností, či na základě kvalitních vědeckých poznatků.

V České republice se této problematice věnovali kolegové z FN Olomouc, kteří konstatují využití polypragmatie u 29 % ambulantních, respektive 36 % hospitalizovaných pacientů.<sup>29</sup> V případě této studie však nebyla diagnóza HPO ani komorbidit jakkoliv validována a vzorek nemocných byl poměrně malý a pouze z jednoho pracoviště.

Nemocní s HPO jsou jednoznačně ohroženější polypragmatii více než pacienti s depresivní poruchou či schizofrenií.<sup>27</sup> Benefit z užívání více druhů léků u pacientů s HPO nikdy nebyl publikován, můžeme tedy konstatovat, že tato praxe je založena čistě jen na klinickém názoru jednotlivých lékařů. Naproti tomu průkaz škodlivosti polypragmatie u této skupiny není důsledně zkoumán. Lze však konstatovat, že vzhledem k profilu psychofarmak a četnosti jejich nežádoucích účinků je nutné přistupovat k této praxi s velkou obezřetností a všechny odborné společnosti se shodují na jednoznačné preferenci monoterapie.

## DISKUSE

Vzhledem k výše uvedeným informacím je nutné poukázat na stále velké rozdíly v doporučeních ohledně farmakoterapie pacientů s HPO. Doporučení zároveň mnohdy vycházejí z nedostatečného množství kvalitně provedených studií. Skepsi ohledně účinnosti jednotlivých léků prohlubuje i recentně publikovaná studie o neefektivitě lamotriginu, jenž byl dlouhá léta doporučován předními odborníky v oblasti léčby poruch osobnosti.<sup>22,30</sup> Rozpory ohledně jednotlivých doporučovaných léků vznikají nejen na úrovni národních a mezinárodních odborných společností, ale i na jednotlivých pracovištích.

Pokud se zaměříme na poslední dohledatelný doporučený postup České psychiatrické společnosti, můžeme konstatovat, že se do značné míry shoduje s doporučeními APA a WFSBP. Hlavním rozdílem je však přístup ke kombinaci psychofarmak, kdy ČPS doporučuje při nedostatečném efektu přidat u afektivní nestability thymostabilizér, respektive antipsychotikum u impulzivního jednání, to ostatní odborné společnosti nevnímají jako vhodný postup. Opakovaně se zde setkáváme s prokazatelně neúčinným lamotriginem. V neposlední řadě stanovuje postup poměrně dlouhou periodu stanovení efektivity farmakoterapie, a to v rozsahu 24 týdnů. V tomto tvrzení se jednoznačně rozchází s NICE, kde je farmakoterapie

jednoznačně indikovaná pro zvládnutí akutní krize v délce maximálně 1 týdne.<sup>31</sup>

Lékový management těchto pacientů je totiž velice často řízen klinickou zkušeností jednotlivce a na důkazy vycházející z kvalitních výzkumů je brán malý zřetel.<sup>32,33</sup> Tato praxe však znamená nebezpečný odklon od zásad medicíny založené na evidenci. Jedním z faktorů, které často vedou k neadekvátní léčbě, je i snaha pacientovi pomoci v co nejkratším čase. To je však vzhledem ke komplexnosti a nutnosti individualizace péče nemožné a farmaka nám v tomto případě pouze poskytují iluzi o tom, že pro pacienta děláme vše, co je v danou chvíli možné. V České republice se také jednoznačně setkáváme s nedostatkem adekvátní psychoterapeutické péče pro tuto skupinu nemocných. Pracovišť a center, která se profilují jako centra přednostně určená pro tuto skupinu, je minimum, respektive dvě. Jedná se o psychiatrickou kliniku FN Brno a centrum Kaleidoskop v Praze. Vzhledem k tomu, jak velká skupina těchto psychiatrických pacientů je, zdá se téměř neuvěřitelné, že není struktura péče o tyto pacienty jedním z hlavních bodů Reformy psychiatrické péče. Lékaři v klinické praxi slyšávají od pacientů, že je terapii odmítají z důvodu, že se nezabývají psychoterapií poruch osobnosti, popřípadě, že nemají kapacitu na dlouhodobou intenzivní spolupráci. Tyto důvody pro odmítnutí klienta jsou však často nepodstatné. HPO je postižení, které je velmi dobře léčitelné s výbornou prognózou. Masivní část pacientů (88 %) totiž do deseti let od diagnózy nemoci nemá příznaky v takové míře, aby splňovali diagnostická kritéria. Rovněž tyto nemocní prokazatelně výborně reagují na psychoterapeutickou léčbu i v kratším časovém horizontu než 1 rok.<sup>26</sup> Za pozornost stojí pokusy s léčbou naltrexonem a buprenorfinem. V ČR jsem se zatím v klinické praxi nesetkal s užitím těchto léků, ale dle názorů vědců zabývajících se jejich použitím je jejich efektivita možným důkazem o silném genetickém spojení HPO a závislostní problematiky. S připomínkou na uvedená fakta je jedním z hlavních cílů primárního managementu psychiatrické péče stanovení hlavních příznaků a komorbidit, to jsou totiž informace, které nás povedou k tomu, abychom adekvátně volili přístup ve farmakoterapii. Závěrem je nutné zmínit i jeden z hlavních principů v péči o jakéhokoliv pacienta, a to: *Primum non nocere*.

## ZÁVĚR

Léčba hraniční poruchy osobnosti je komplexním a důležitým tématem, kterému je nutné věnovat větší pozornost. S ohledem na zdravotní i ekonomické důsledky musíme nacházet další možnosti a potvrzovat účinnost již známých prostředků ke zlepšení prognózy a snížení výskytu nejzávažnějších rizik, která jsou s tímto onemocněním spojena. Současné poznatky a doporučení odborných společností se neshodují, avšak směřují k využití farmakoterapie v časově omezeném horizontu a k cílené léčbě příznaků a komorbidit. Určitá zjištění napovídají, že nízká dávka antipsychotika, SSRi antidepressiva či thymostabilizéru může být v určitých případech prospěšná vzhledem k omezení afektivní nestability, poruch vnímání či sebevražedného

jednání. Z hlediska terapie komorbidit jsou důkazy o úspěšnosti jejich cílené léčby upřednostněné před terapií HPO jen u některých, zejména závislosti, BAP, ADHD.

Velmi žádoucí je doplňování poznatků v této problematice zejména cestou randomizovaných dvojité zaslepených studií a metaanalýz.

## LITERATURA

- Kernberg OF, Michels R. Borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2009; 166 (5): 505–508.
- Zimmerman M, Rothschild L, Chelminski I. The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 2005; 162 (10): 1911–1918.
- McGirr A, Paris J, Lesage A, Renaud J, Turrecki G. An examination of DSM-IV borderline personality disorder symptoms and risk for death by suicide: a psychological autopsy study. *Can J Psychiatry* 2009; 54 (2): 87–92.
- Sansone RA, Sansone LA. Gender patterns in borderline personality disorder. *Innov Clin Neurosci* 2011; 8 (5): 16–20.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2006; 163 (5): 827–832.
- Paris J. Differential Diagnosis of Borderline Personality Disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2018; 41 (4): 575–582.
- Stepp SD, Lazarus SA, Byrd AL. A systematic review of risk factors prospectively associated with borderline personality disorder: Taking stock and moving forward. *Personal Disord* 2016; 7 (4): 316–323.
- Chanen AM, Thompson KN. Prescribing and borderline personality disorder. *Aust Prescr* 2016; 39 (2): 49–53.
- Yadav D. Prescribing in borderline personality disorder – the clinical guidelines. *Progress in Neurology and Psychiatry* 2020; 24 (2): 25–30.
- Riffer F, Farkas M, Streibl L, Kaiser E, Sprung M. Psychopharmacological treatment of patients with borderline personality disorder: comparing data from routine clinical care with recommended guidelines. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2019; 23 (3): 178–188.
- Gunderson JG. *Handbook of Good Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Association 2014.
- Herpertz SC, Zanarini M, Schulz CS, Siever L, Lieb K, Möller H-J. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of personality disorders. *J World Fed Soc Biol Psychiatry* 2007; 8 (4): 212–244.
- Stoffers JM, Lieb K. Pharmacotherapy for Borderline Personality Disorder – Current Evidence and Recent Trends. *Curr Psychiatry Rep* 2014; 17 (1).
- Paris J. Suicidality in Borderline Personality Disorder. *Medicina (Kaunas)* 2019; 55 (6).
- Nickel MK et al. Aripiprazole in the treatment of patients with borderline personality disorder: A double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry* 2006; 163 (5): 833–838.
- Ripoll LH. Psychopharmacologic treatment of borderline personality disorder. *Dialogues Clin Neurosci* 2013; 15 (2): 213–224.
- Stoffers J, Völlm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Pharmacological interventions for borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (6): CD005653.
- Markovitz PJ, Wagner SC. Venlafaxine in the treatment of borderline personality disorder. *Psychopharmacol Bull* 1995; 31 (4): 773–777.
- Markovitz PJ, Calabrese JR, Charles Schulz S, Meltzer HY. Fluoxetine in the treatment of borderline and schizotypal personality disorders. *Am J Psychiatry* 1991; 148 (8): 1064–1067.
- Norelli LJ, Smith HS, Sher L, Blackwood TA. Buprenorphine in the treatment of non-suicidal self-injury: A case series and discussion of the literature. *Int J Adolesc Med Health* 2013; 25 (3): 323–330.
- Turner BJ, Austin SB, Chapman AL. Treating nonsuicidal self-injury: A systematic review of psychological and pharmacological interventions. *Canadian Journal of Psychiatry* 2014; 59 (11): 576–585.
- Crawford MJ et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of lamotrigine in borderline personality disorder: A randomized placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry* 2018; 175 (8): 756–764.
- Pascual JC et al. A naturalistic study of changes in pharmacological prescription for borderline personality disorder in clinical practice: from APA to NICE guidelines. *Int Clin Psychopharmacol* 2010; 25 (6): 349–355.
- Grant BF et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 2008; 69 (4): 533–545.
- Calati R, Gressier F, Balestri M, Serretti A. Genetic modulation of borderline personality disorder: systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res* 2013; 47 (10): 1275–1287.
- Gunderson JG, Herpertz SC, Skodol AE, Torgersen S, Zanarini MC. Borderline personality disorder. *Nat Rev Dis Prim* 2018; 4: 18029.
- Bridler R et al. Psychopharmacological treatment of 2195 in-patients with borderline personality disorder: A comparison with other psychiatric disorders. *J Eur Coll Neuropsychopharmacol* 2015; 25 (6): 763–772.
- Paton C, Crawford MJ, Bhatti SF, Patel MX, Barnes TRE. The Use of Psychotropic Medication in Patients With Emotionally Unstable Personality Disorder Under the Care of UK Mental Health Services. *J Clin Psychiatry* 2015; 76 (4): e512–e518.
- Grambal A, Grambalova Z, Prasko J. Farmakoterapie hraniční poruchy osobnosti v praxi. *Psychiatry Pract* 2012; 14 (1): 15–17.
- Bellino S, Rinaldi C, Bozzatello P, Bogetto F. Pharmacotherapy of borderline personality disorder: a systematic review for publication purpose. *Curr Med Chem* 2011; 18 (22): 3322–3329.
- Psychiatrická společnost ČLS JEP. Doporučené postupy psychiatrické péče IV, 2014. [Online]. Dostupné z: [https://www.psychiatrie.cz/images/stories/deni\\_v\\_oboru/doporucene-postupy-4-2014.pdf](https://www.psychiatrie.cz/images/stories/deni_v_oboru/doporucene-postupy-4-2014.pdf). [Přístup: 16. 3. 2021].
- Moeller KE, Din A, Wolfe M, Holmes G. Psychotropic medication use in hospitalized patients with borderline personality disorder. *Ment Heal Clin* 2016; 6 (2): 68–74.
- Ekselius L. Personality disorder: a disease in disguise. *Ups J Med Sci* 2018; 123 (4): 194–204.