

Farmakoterapie hraniční poruchy osobnosti v praxi

MUDr. Bc. Aleš Grambal^{1,2,4}, MUDr. Zuzana Grambalová³, prof. MUDr. Ján Praško, CSc.^{1,4}

¹Klinika psychiatrie FN Olomouc

²Radiologická klinika FN Olomouc

³Neurologická klinika FN Olomouc

⁴Univerzita Palackého v Olomouci

U pacientů trpících hraniční poruchou osobnosti (HPO) je léčbou volby dle většiny doporučených postupů psychoterapie. Farmakoterapie je teoreticky považována za adjuvantní a často kontroverzní součást komplexní léčby emoční nestability, v praxi bývá aplikována hojně. Cílem sdělení je referovat o farmakologické léčbě užívané u pacientů v péči Kliniky psychiatrie FN Olomouc, zamyslet se nad důvody této léčby a srovnat ji s doporučenými postupy v léčbě HPO. Byli zařazeni pacienti s diagnózou emočně nestabilní porucha osobnosti – hraniční typ, léčeni ambulantně nebo hospitalizováni v roce 2011. Užívaná medikace se nelišila od většiny doporučených postupů, ale s přihlédnutím k nedostatečným důkazům o jejím efektu se jeví jako vhodné směřovat k její redukci.

Klíčová slova: hraniční porucha osobnosti, farmakoterapie.

Pharmacotherapy of borderline personality disorders in practice

Psychotherapeutic care in patients suffering from borderline personality disorder (BPD) is indicated in the first place. Pharmacotherapy is considered as adjuvant and often controversial way of treatment. The aim of the retrospective study is to report the pharmacological approach in Olomouc and to compare it with guidelines for BPD treatment. Patients with borderline personality disorder treated in 2011 on department of psychiatry was included. Medication did not differ from the majority of best practices. But with a lack of strong evidence about its effect, it seems appropriate to move towards its reduction.

Key words: borderline personality disorder, pharmacotherapy.

Úvod

U pacientů s poruchami osobnosti se některé situace v životě a na ně navazující psychické problémy často opakují. Dle zahraničních informací se mezi ambulantními pacienty vyskytují poruchy osobnosti v 30–50 % a přibližně 15 % hospitalizovaných pacientů přichází pro problémy primárně související s poruchou osobnosti (1). Koenigseberg et al. uvádí že 15–20 % hospitalizovaných pacientů a 30–60 % všech léčených poruch osobnosti tvoří pacienti s HPO (2). Projevy hraniční poruchy osobnosti postihují nejvíce mladé lidi, onemocnění je považováno za závažné z řady důvodů a 10 % pacientů zemře při některém ze suicidálních pokusů (3). Psychoterapie pacientů s HPO je obtížná, důvody vycházejí jak ze samotného onemocnění, tak vzhledem k dlouhodobosti terapie i intenzivním přenosovým reakcím pacienta a protipřenosu terapeuta (4). Negativní vliv na poskytování péče má stigmatizace společností a zdravotníky včetně psychiatrů (5). Sebestigmatizace snižuje kvalitu života (6) a potvrzuje negativní sebeobraz jedince podmíněný výchovou a časnými zkušenostmi.

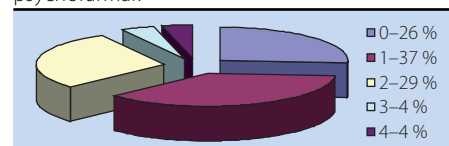
Nemocní zpravidla dostatečně nereagují na standardní farmakoterapii nebo psychote-

riapii (7), podíl na tom může mít jak kognitivní dysfunkce, tak míra patologické disociace která je u pacientů s hraniční poruchou osobnosti vyšší než u pacientů s disociativní poruchou (8), což odpovídá etiopatogentické teorii HPO. Pro úspěch léčby je důležitá pacientova úroveň jeho fungování a ochota ke změně (9).

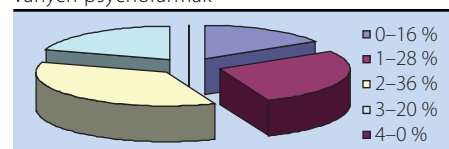
V současnosti existuje málo jednoznačných důkazů o možném přínosu farmakoterapie pro léčbu samotné HPO, přesto je nejen v ČR často první volbou a převládající léčbou. Pro dlouhodobou spolupráci v léčbě a možný efekt je důležitá dobrá snášenlivost užívané medikace, případně poměr mezi subjektivně pocívaným efektem a nežádoucími účinky a zejména pocit kontroly nad medikací na straně pacienta. Dosud nebylo prokázáno, že by vysoké dávky léků nebo jejich kombinace vedly k dostatečným nebo předpověditelným efektům (10). Více než u jiných pacientů je důležité myslet na bezpečnost medikace a možné důsledky při očekávatelném předávkování. Závěry většiny farmakologických studií u pacientů s HPO je proto potřebné hodnotit s vědomím řady modifikujících faktorů, zejména krátkodobosti, absence zaslepení, randomizace, placebo efektu. Dle Americké psychiatrické asociace – APA 2001,

2005 (11) jsou možnosti farmakoterapie omezené a efekt částečný, léčba má být zaměřena na jednotlivé kategorie příznaků, které spadají do skupiny afektivní dysregulace, impulzivního jednání a kognitivně-percepčních příznaků. APA se ve svých doporučeních opírá více o klinické zkušenosti, liší se od doporučení systematického review Cochrane Library (CL) založeného čistě na důkazech z proběhlých studií (12) především v pohledu na SSRI a SNRI antidepressiva. Zatímco APA antidepressiva doporučuje, CL je pro nedostatek důkazů nepovažuje za vhodná a upřednostňuje stabilizátory nálady a antipsychotika

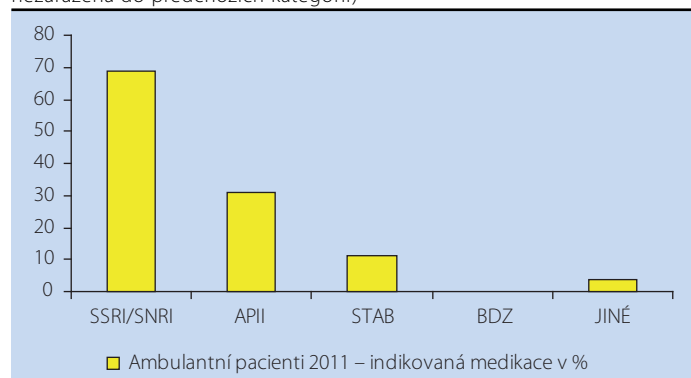
Graf 1. Ambulantní pacienti – počet indikovaných psychofarmak



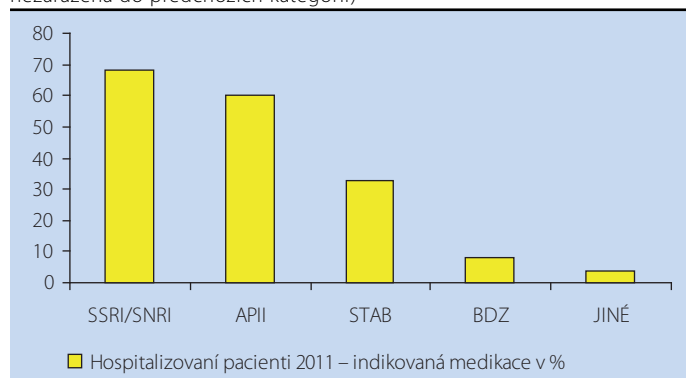
Graf 2. Hospitalizovaní pacienti – počet indikovaných psychofarmak



Graf 3. Ambulantní pacienti – zastoupení jednotlivých lékových skupin (SSRI/SNRI – antidepresiva, STAB – stabilizátory nálady, APII – antipsychotika 2. generace, BDZ – benzodiazepinová anxiolytika, JINÉ – psychofarmaka nezařazena do předchozích kategorií)



Graf 4. Hospitalizovaní pacienti – zastoupení jednotlivých lékových skupin (SSRI/SNRI – antidepresiva, STAB – stabilizátory nálady, APII – antipsychotika 2. generace, BDZ – benzodiazepinová anxiolytika, JINÉ – psychofarmaka nezařazena do předchozích kategorií)



2. generace pro silnější důkazy ve studiích. Britský National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE 2010) oproti předchozím doporučením nově nepovažuje žádnou medikaci za prokazatelně prospěšnou pro příznaky HPO a kriticky se staví k interpretacím a guidelines APA, kde převažujícím doporučením je léčba SSRI antidepresivem a nízkou dávkou antipsychotika 2. generace (13). Doporučené postupy České psychiatrické společnosti se ve velké míře překrývají s doporučeními APA a jsou zaměřeny na kategorie příznaků (14). Obecně shoda ve farmakoterapii HPO je pouze v případě léčby častých komorbidních onemocnění a neliší se od základní léčby pro jednotlivé poruchy, s vyšším důrazem na bezpečnost terapie z obav před rizikem zneužívání medikace.

Farmakoterapie v praxi

Metodika: Zahrnutí byli pacienti léčení ambulantně i za hospitalizace na všech odděleních kliniky psychiatrie FNOL, data byla hodnocena retrospektivně. Kritériem pro zařazení byla dg. HPO při propuštění, nebo u ambulantních pacientů dg. HPO uvedená v dokumentaci v době sledování. Pro hledání v nemocničním systému MEDEA byla jako cílová dg. vložena „F60.3“, časové omezení od 1. 1. 2011 do 31. 12. 2011, věk dospělý nad 18 let. Zahrnutí byli pacienti léčení ambulantně a za hospitalizace na všech odděleních – akutním uzavřeném, doléčovacím uzavřeném a psychotherapeutickém otevřeném, starší 18 let. Dle dokumentace byla hodnocena farmakoterapie a komorbidní onemocnění. Medikace byla hodnocena dle dokumentace při propuštění, nebo u ambulantních pacientů při kontrole nejbližší polovině sledovaného roku, tj. 31. 6. 2011.

Výsledky: Kritéria pro zařazení splnilo celkem 51 pacientů hospitalizovaných nebo léčených ambulantně v roce 2011 na PSY FNOL. 26

pacientů bylo ambulantních a 25 hospitalizovaných. 76 % tvořily ženy, průměrný věk všech pacientů byl $25 \pm 4,3$ let, ambulantní pacienti se od hospitalizovaných významně nelišili věkem, pohlavím, množstvím komorbidních poruch. 26 % ambulantním a 16 % hospitalizovaným pacientům nebyla předepisována žádná psychiatrická medikace, 37 % ambulantních a 28 % hospitalizovaných užívalo pouze 1 psychofarmakum. 2 léky s cílem zmírnit příznaky HPO užívalo 29 % ambulantních a 36 % hospitalizovaných pacientů a 20 % hospitalizovaných a 4 % v ambulanci užívalo trojkombinaci psychofarmak (grafy 1, 2).

Nejčastěji byla u pacientů s dg. HPO indikována SSRI a SNRI antidepresiva, u ambulantních pacientů v 69 % a u hospitalizovaných v 68 %. Antipsychotika II. generace užívalo 31 % ambulantních a 60 % hospitalizovaných pacientů. Stabilizátory nálady byly předepsány u 11 % ambulantních a 33 % hospitalizovaných. Benzodiazepinová anxiolytika užívalo 8 % hospitalizovaných, v ambulanci předepisována nebyla. Jiná psychofarmaka užívala v obou případech 4 % pacientů. U 89 % ambulantních pacientů užívajících antidepresiva a 71 % hospitalizovaných byly užívány dávky antidepresiv na poloviční dávce maximální povolené. V případě antipsychotik v ambulantní léčbě neměl nikdo indikována antipsychotika v polovině maximální dávky, u hospitalizovaných užívalo 20 % pacientů dávku rovnou nebo vyšší dávky poloviční pro jednotlivé antipsychotikum. V případě stabilizátorů se dávky léků pohybovaly okolo poloviny maximální dávky jak v ambulanci, tak u hospitalizovaných. Vzhledem k často problematické lékové compliance pacientů s HPO nelze odhadnout reálné užívání předepsané medikace a hodnotit tak efekt léčby (grafy 3, 4).

46 % pacientů léčených ambulantně trpělo komorbidní poruchou, nejčastěji zneužíváním

psychoaktivních látek a závislostí na nich v 19%, dále 15 % panickou poruchou, 12 % poruchou příjmu potravy, 8 % sociální fobií a 12 % jinou poruchou. U hospitalizovaných pacientů byl výskyt komorbidní poruchy v 56%, z toho opět nejčastěji se ve 28 % vyskytovaly závislosti nebo zneužívání psychoaktivních látek, ve 12 % sociální fobie a poruchy příjmu potravy a v 8 % posttraumatická porucha. U 19 % pacientů léčených ambulantně a 8 % hospitalizovaných bylo možné léčbu považovat za adekvátní pro komorbidní onemocnění. Nejčastěji užívanými psychofarmaky v léčbě HPO jsou tedy antidepresiva SSRI nebo SNRI a množství indikací se neliší mezi ambulantními a hospitalizovanými pacienty, pohybuje se okolo 2/3 pacientů. Druhými nejčastěji indikovanými léky bývají antipsychotika II. generace, kde u ambulantních pacientů jsou předepisována asi v 1/3 případů, zatímco u hospitalizovaných 2x častěji, tj. ve 2/3 případů. Třetími nejčastěji indikovanými jsou stabilizátory nálady, kdy v ambulantní léčbě jsou indikovány asi v 1/10 případů, u hospitalizovaných 3x častěji, tj. u 1/3 nemocných.

Diskuze: Omezením naší retrospektivní, naturalistické studie v podmínkách FN Olomouc je především diagnóza hraniční poruchy osobnosti, s tím často spojená stigmatizace pacienta a snaha psychiatrů se jí v dokumentaci vyhnout. Lze očekávat, že množství pacientů s hraniční poruchou osobnosti je výrazně větší, protože pokud nepovažujeme tuto diagnózu za nezbytnou, bývají pacienti diagnostikováni nejčastěji jako poruchy přizpůsobení nebo odcházejí s diagnostikovanými komorbidními poruchami, např. závislostí na psychoaktivních látkách a podobně. Diagnóza poruchy osobnosti bývá užívána spíše, pokud je zjevná a dominantní. Do budoucna bude toto omezení nutné minimalizovat například prospektivností studie a přesnějšími diagnostickými nástroji užívanými za hospitalizace

i v ambulantní péči. Léky podávané pacientům léčeným s diagnózou hraniční poruchy osobnosti na Klinice psychiatrie FN Olomouc se nejvíce blíží doporučením vydanými Americkou psychiatrickou asociací a Českou psychiatrickou společností. Léky podávané pacientům nebylo možné ve většině případů zdůvodnit komorbidním onemocněním, lze proto vyvozovat, že byly cíleny spíše na jednotlivé symptomy HPO a jejich závažnost, jak je doporučeno v českých a amerických postupech. Léčbu lze považovat za bezpečnou, reálné užívání indikovaných léků ani jejich efekt zpětně hodnotit nelze. Z pohledu konzervativního NICE by bylo možné považovat léčbu za adekvátní pouze u 10–20% pacientů s komorbidní poruchou léčenou dle doporučení. Při srovnání se závěry CL review by se v léčbě mělo významně navýšit užívání stabilizátorů nálady a omezit užívání antidepresiv. Obecnou shodu mezi všemi doporučeními a námi užívanou léčbou lze tedy nalézt u pacientů léčených pouze pro jejich komorbidní onemocnění. Více indikované medikace u hospitalizovaných pacientů si lze vysvětlit vyšší mírou psychopatologie a závažností poruchy, dále každodenním kontaktem s pacientem a jeho příznaky, silnějším vnímáním jeho utrpení nebo problematického chování na oddělení nebo rozdílným pohledem lékařů indikujících léčbu. Za pozitivní lze považovat minimální indikaci návykových anxiolytik a omezený počet kombinací lékových skupin. Ve srovnání s obdobnou studií (15) s 226 pacienty, kde 56% pacientů užívalo 3 nebo více psychofarmak a 30% dokonce 4 nebo více, je při nedostatku důkazů dalším pozitivem větší skromnost v předpisu kombinací léků v podmínkách Kliniky v Olomouci. Přestože v posledních letech přibývá studií zkoumajících možný efekt farmakoterapie u HPO, jejich metodologie a závěry mají stále řadu omezení a nejsou jednoznačné, což se promítá do rozdílu v doporučených postupech. Vzhledem k obecným omezením psychoterapie a u HPO zvláště je důležité nerezignovat a hledat nové možnosti farmakoterapie

HPO. Pro aktuální nedostatek jednoznačných a ucelených důkazů je na místě spíše opatrnost a skromnost v indikacích farmakoterapie u HPO. Jednoznačěji je léčba psychofarmaky indikována u komorbidních onemocnění, s větším váháním léčba zaměřená na příznaky. Vhodné je léčbu konzultovat s pacientem, po několika měsících užívání se dotazovat na pociťovaný efekt léčby a průběžně na nežádoucí účinky. Pokud není efekt prokazatelný, považujeme za vhodné léky vysadit.

Závěr: V léčbě pacientů s diagnózou emočně nestabilní porucha osobnosti – hraniční typ jsou na Klinice psychiatrie v Olomouci nejčastěji indikována antidepresiva, dále antipsychotika II. generace a nejméně stabilizátory nálady. Jednoznačná shoda v doporučených postupech je pouze v léčbě komorbidních poruch s HPO. Farmakoterapii emoční nestability je v lepším případě možné považovat za adjuvantní a symptomatickou. Je proto na místě zdrženlivost v očekávání možného efektu farmakoterapie psychiatrem a zvláště při edukaci pacienta. Přes nedostatečně prokázaný efekt budou léky pro nedostupnost adekvátnější léčby v ČR stále užívány. Před vydáním receptu je ale vhodné se zamyslet nad indikací, pro kterou jej vydáváme, s vědomím, že méně je v tomto případě více.

*Podpořeno projektem IGA MZ ČR NT
11047-4/2010.*

Literatura

1. Phillips KA, Gunderson JG. Personality disorders, in The American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry, 3rd ed. Edited by Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA. Washington, DC, American Psychiatric Press 1999: pp 795–823.
2. Koenigseberg HW, Kaplan RD, Gilmore MM, et al. The relationship between syndrome and personality disorder in DSM-III: experience with 2,462 patients. Am. J. Psychiatry 1985; 142: 207–212.
3. Stone MH. Long-term outcome in personality disorders. In: Tyrer P, Stein G (eds): Personality disorder reviewed. London: Gaskell 1993: 321–345.
4. Prasko J, Diveky T, Grambal A, et al. Transference and counter-transference in cognitive behavioral therapy. Biomedical Papers 2010; 154(3): 189–198.

5. Aviram RB, Brodsky BS, Stanley B. Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. Harv Rev Psychiatry 2006; 14(5): 249–256.
6. Rüscher, Nicolas MD*; Hölzer, Aurelia BSc*; Hermann, Christiane PhD†; Schramm, Elisabeth PhD*; Jacob, Gitta A. PhD*; Bohus, Martin MD†; Lieb, Klaus MD*; Corrigan, Patrick W. PsyD. Self-Stigma in Women With Borderline Personality Disorder and Women With Social Phobia. Journal of Nervous & Mental Disease: 2006; 194(10): 766–773.
7. Reich JH, Green AI. Effects of personality disorders on outcome and treatment. J.Nerv. Ment. Dis. 1991; 179: 74–82.
8. Pastucha P, Prasko J, Diveky T, Grambal A, Látalová K, Ticháčeková A. Borderline personality disorder and dissociation – comparison with healthy controls, Actas Nervosa Superior Rediviva 2009; 51(3–4).
9. Sperry L. Cognitive behavior therapy of DSM-IV personality disorder. Taylor and Francis Group, London 1999: 201.
10. Bender DS, Dolan RT, Sokol AE, et al. Treatment utilization by patients with personality disorders. Am J Psychiatry 2001; 158: 295–302.
11. American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. Am J Psychiatry 2001; 158:1–52. <http://psychiatryonline.org/content.aspx?bookid=28§ionid=1682658>.
12. Lieb K, Völm B, Rücker G, Timmer A, Stoffers JM. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. Br J Psychiatry 2010; 196(1): 4–12.
13. Kendall T, Burbeck R, Bateman A. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: NICE guideline. Br J Psychiatry 2010; 196(2): 158–159.
14. Praško J. Hraniční porucha osobnosti. In: Seifertová D, Prasko J, Horáček J, Hoschl C. (eds.): Postupy v léčbě psychických poruch. Algoritmy České neurofarmakologické společnosti. Amepa, Medical Tribune, Praha 2008: 401–426.
15. Pascual JC, Martín-Blanco A, Soler J, Ferrer A, Tiana T, Alvarez E, Pérez V. 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.

Článek doručen redakci: 10. 7. 2012

Článek přijat k publikaci: 5. 11. 2012

MUDr. Bc. Aleš Grambal

Fakultní nemocnice Olomouc
Klinika psychiatrie
I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc
ales.grambal@fnol.cz