

Farmakoterapie hraniční poruchy osobnosti

Tomáš Skřont

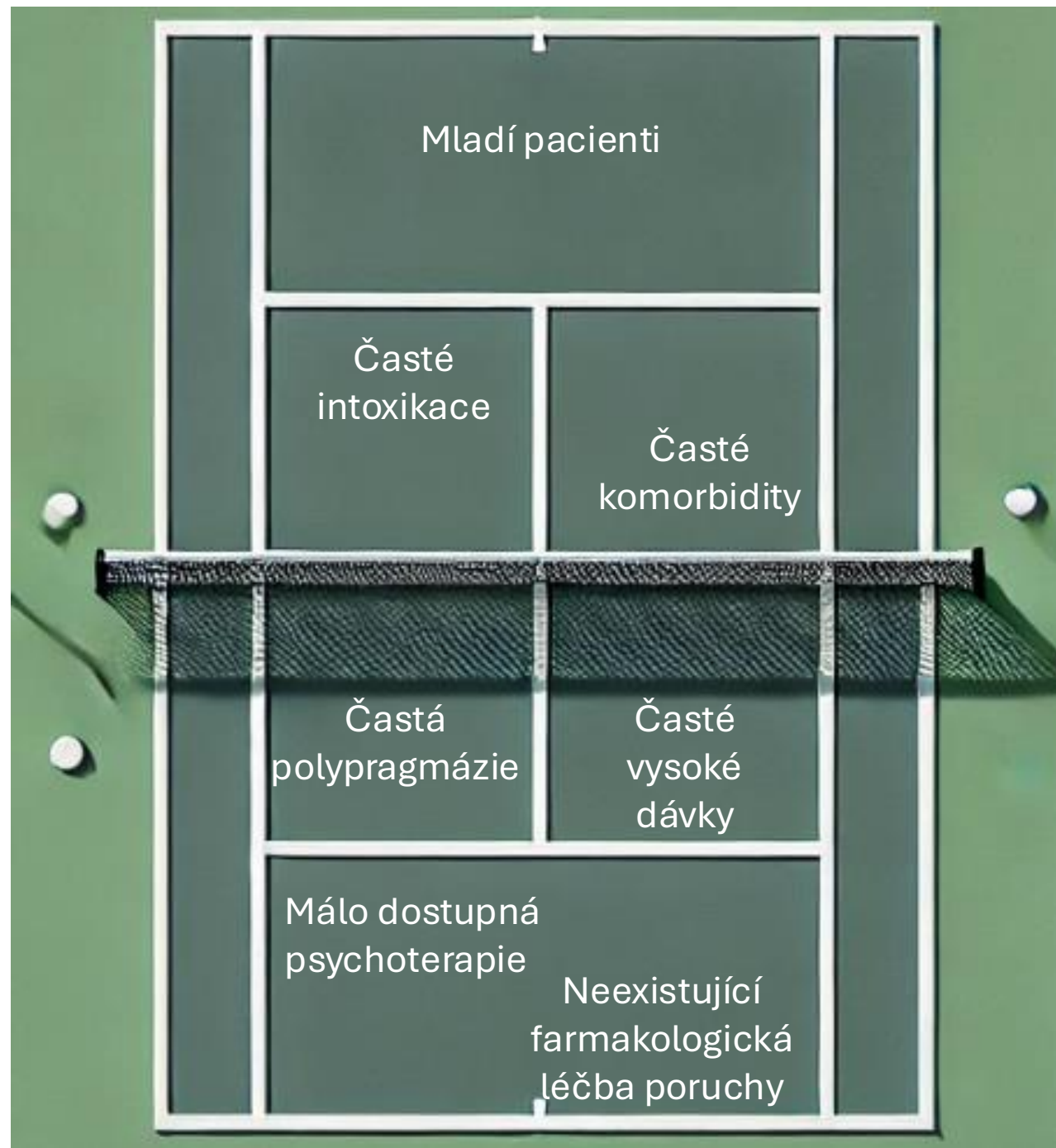
Fakultní nemocnice Ostrava



DEKLARACE KONFLIKTU ZÁJMŮ

	Nemám konflikt zájmů	Mám konflikt zájmů	Specifikace konfliktu (vyjmenujte subjekty, firmy či instituce, se kterými Vaše spolupráce může vést ke konfliktu zájmů)
Zaměstnanecký poměr	X		
Vlastník / akcionář	X		
Konzultant	X		
Přednášková činnost		X	Lundbeck
Člen poradních sborů (advisory boards)	X		
Podpora výzkumu / granty	X		
Jiné honoráře (např. za klinické studie či registry)		X	Krka

Na jakém hřišti
hrajeme?

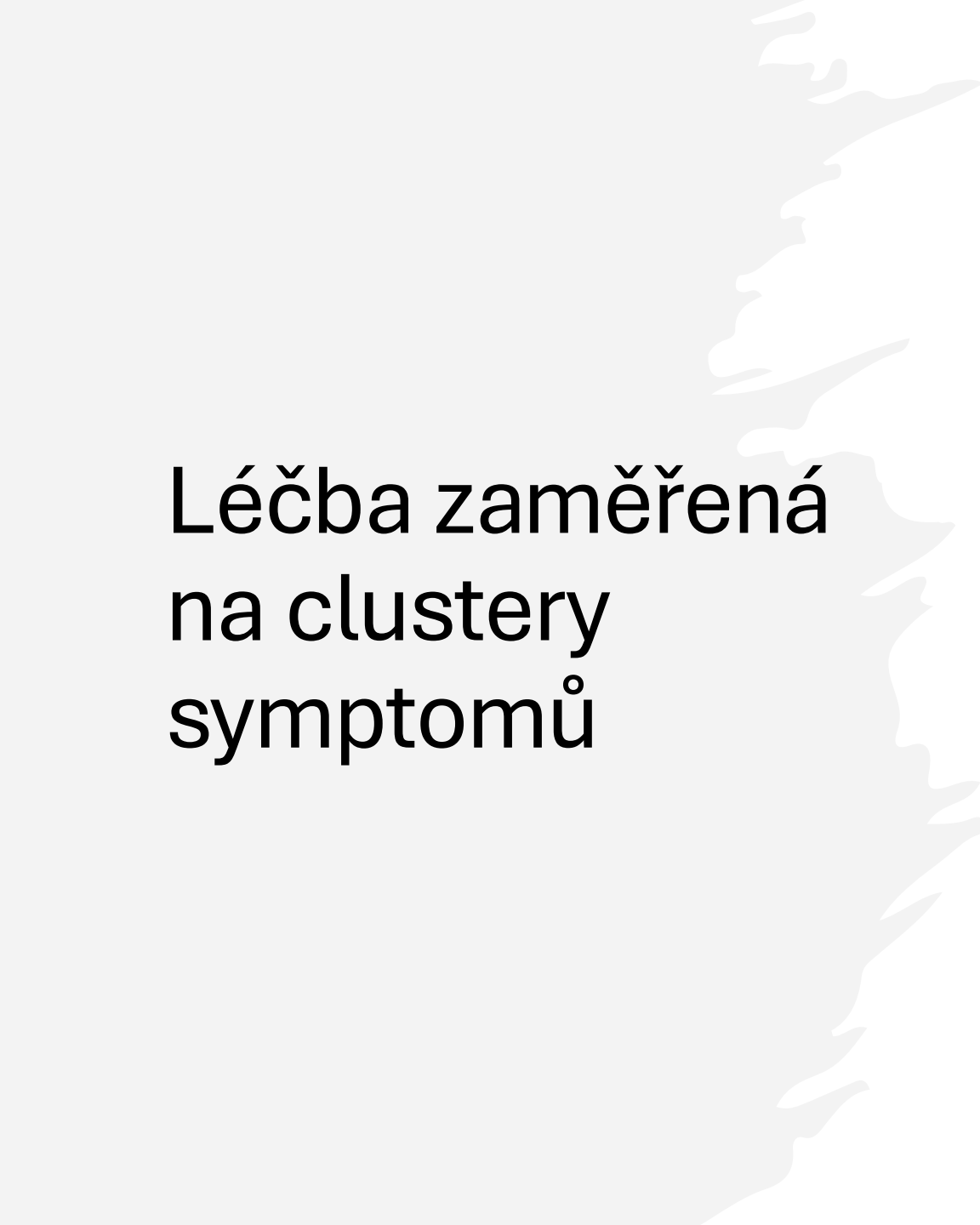


Cíle přednášky

- Poskytnout přehled o aktuálních důkazech na poli farmakoterapie HPO
- Představit zásadní body současných doporučení
- Upozornit na specifická rizika farmakoterapie u HPO
- Nadehnout problém polypragmázie

Farmakoterapie

- Léčba komorbidit
- Intenzivní symptomy limitující psychoterapii
- Nedostupnost psychoterapie
- Preference pacienta



Léčba zaměřená
na clustery
symptomů

*Necílíme na léčbu poruchy, ale na redukci
symptomů*

Emoční dysregulace

- **Thymostabilizátory** - mírný efekt
 - Lamotrigin - redukce vzteku, afektivní lability
 - Topiramát - redukce vzteku a agresivity, ale kognitivní NÚ
 - Valproát - mírný efekt na emoční labilitu, ale NÚ + teratogenita
- **Atypická antipsychotika** (SGAs)
 - Aripiprazol - nejvíce dat – redukce impulzivity, agresivity
 - Quetiapin - využíváný u impulzivity s komorbidní úzkostí
 - Olanzapin, Risperidon - mírný efekt, ale významné NÚ
- **SSRI/SNRI**
 - Mírný efekt na vztek, úzkost a dráždivost
 - Bezpečnější než TCA a MAOI

Kognitivně- percepční symptomy

*Transientní psychotické
a disociativní symptomy*

- Nízké dávky antipsychotik
 - **SGAs** preferovány pro lepší snášenlivost
 - Krátkodobě - max. 3-6 měsíců
-
- Aripiprazol, quetiapin, risperidon, olanzapin

Kontrola impulzů

*Sebepoškozování,
sebevražedné chování*

- **SGAs** (nízké dávky aripiprazolu, olanzapinu, risperidonu) – Snižují výraznou agitovanost, dlouhodobě nepůsobí preventivně vůči sebepoškozujícím aktivitám.
- **Thymostabilizátory** (lamotrigin, valproát) – Smíšené výsledky studií, snad jistá redukce v případě impulzivního sebepoškozování
- **SSRIs** – Redukce depresivních symptomů, bez přímého vlivu na sebepoškozování
- **Naltrexon** (opioidní antagonist) – Slibné výsledky stran redukce sebepoškozování v některých studiích - vliv na závislostní komponentu
- **Klozapin** – s ohledem na NÚ v rezervě na nejzávažnější případy
- **Benzodiazepiny** – Kontraindikovány z důvodu rizika desinhibice

Celkově

Kvalita studií

Malé studie - naznačen
efekt, ale velké studie
nejsou schopny výsledky
replikovat.

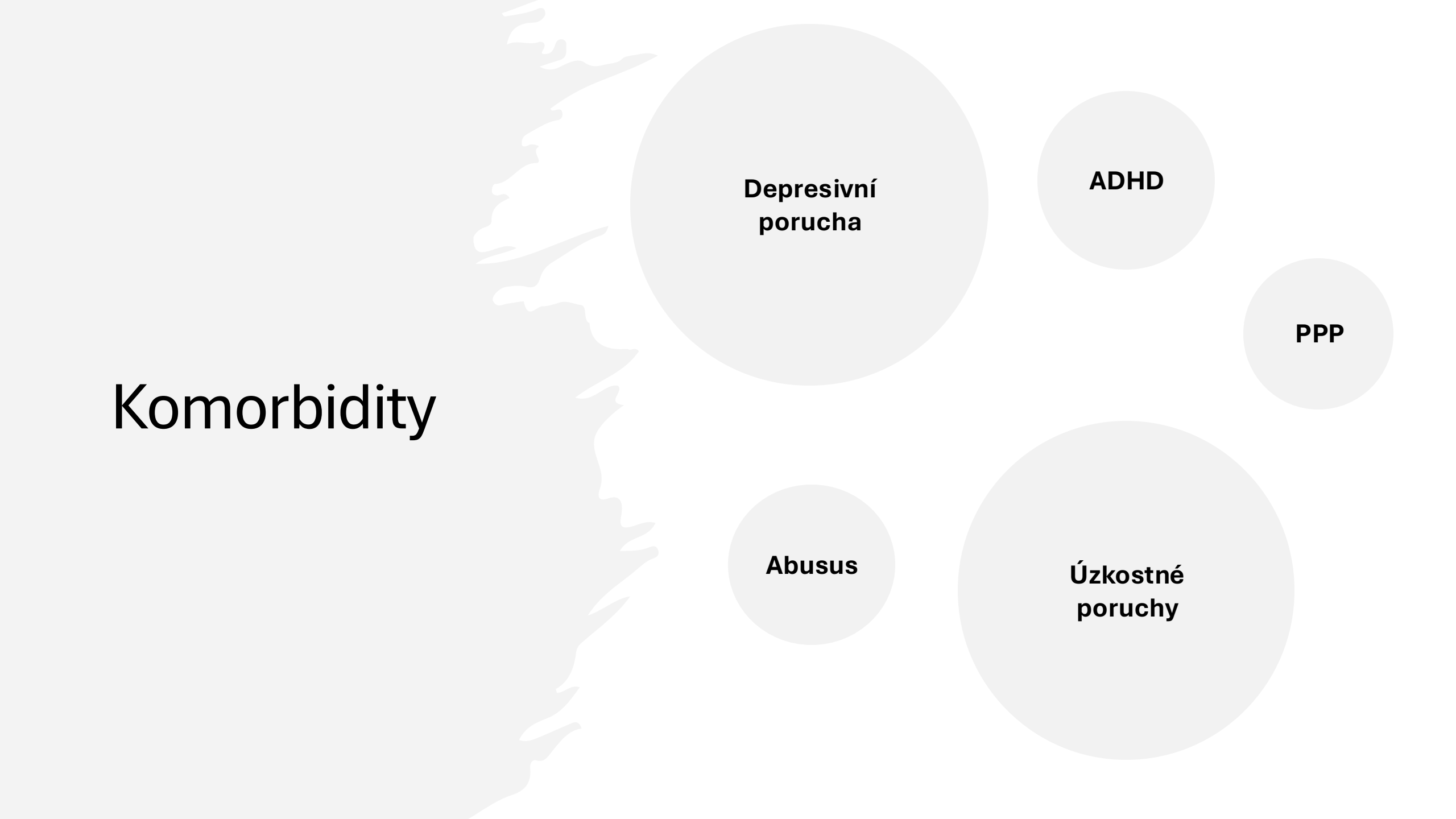
Antipsychotika

Atypická antipsychotika
preferována pro lepší
snášitelnost

Antidepresiva

SSRI a SNRI preferována
pro menší toxicitu

Komorbidity



**Depresivní
porucha**

ADHD

PPP

Abusus

**Úzkostné
poruchy**

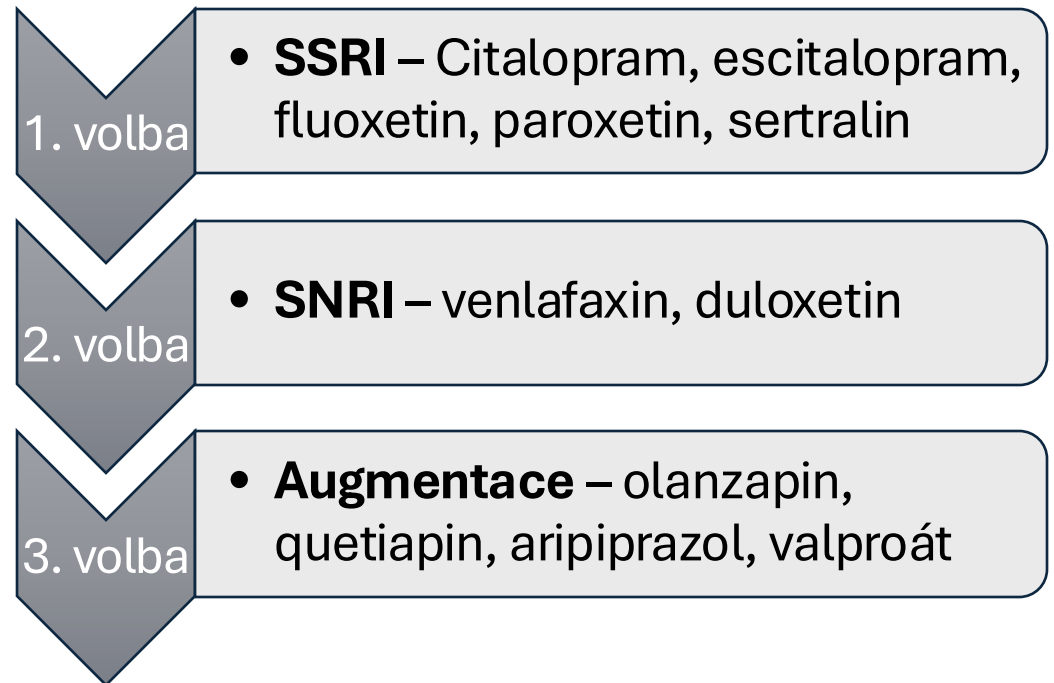
Depresivní porucha



- 80 % pacientů s HPO v životě prodělá jednu nebo více depresivních epizod
- 10–30 % pacientů s depresivní poruchou trpí zároveň HPO

BPD + MDD

(podle Pascual et al.)



Úzkostné poruchy

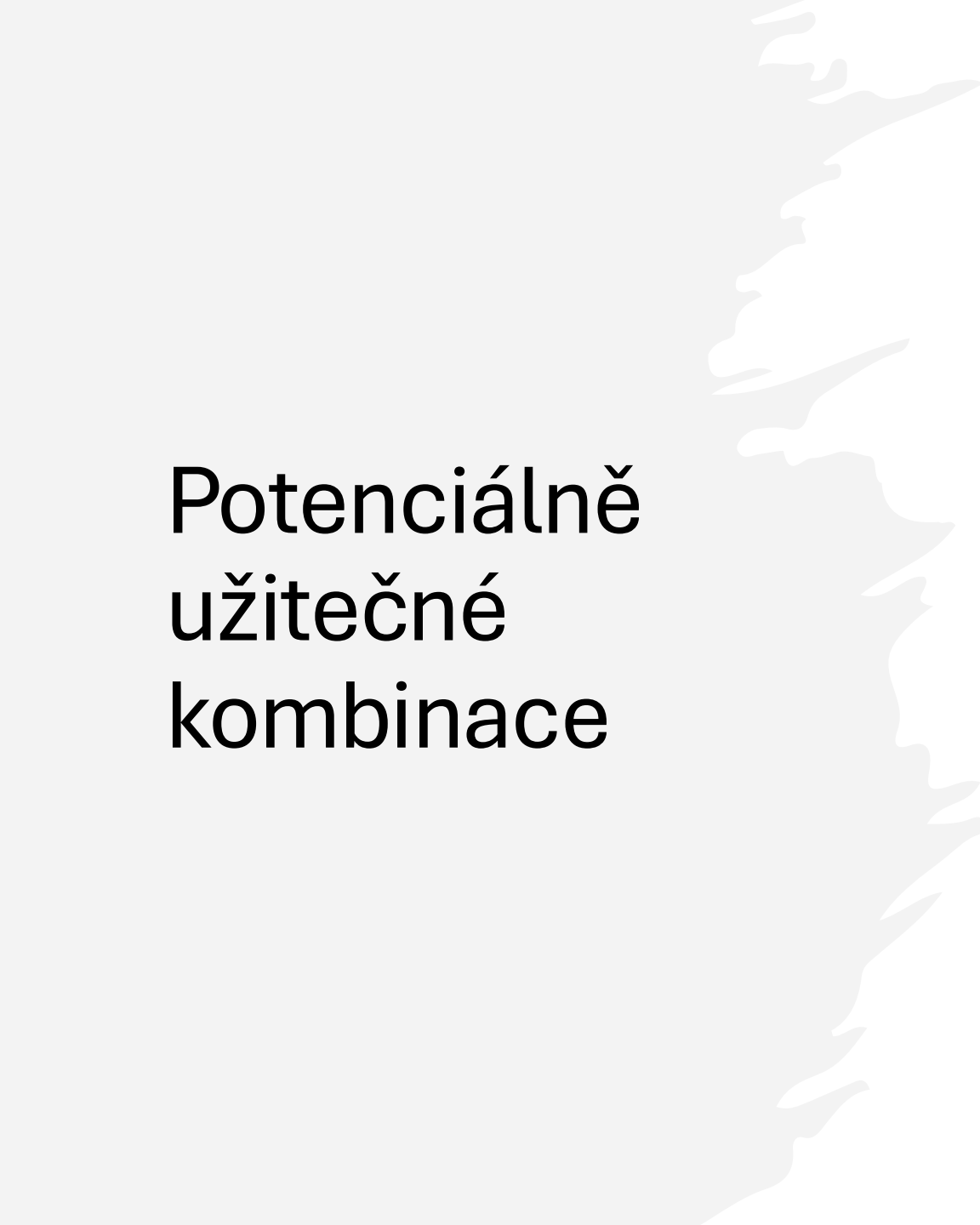


- Celoživotní prevalence u HPO až 75 %
- Guidelines
 - Ne benzodiazepiny
 - SSRI a SNRI
 - Pregabalin a gabapentin
 - Atypická antipsychotika a antiepileptika ve druhé linii
- Praxe
 - Nízká dávka typických antipsychotik – chlorprothixen, tiaprid

ADHD

- Až 30-60 % pacientů s HPO (Ditrich et al. 2021)
- Atomoxetin
- Stimulancia – CAVE riziko nadužívání, zhoršení úzkosti

Potenciálně užitečné kombinace



- SSRI + nízká dávka SGA (např. fluoxetin + aripiprazol) – emoční instabilita + transientní pseudopsychotické symptomy
- SSRI + thymostabilizér (např. escitalopram + lamotrigin) – kolísání nálad + impulzivita
- thymostabilizér + SGA (např. valproát + quetiapin) – impulzivní agresivita + kognitivně-percepční symptomy

Rizika medikace u HPO

- Nežádoucí účinky:
 - SSRI: Oploštění emocí, aktivační syndrom, sexuální dysfunkce.
 - Thymostabilizéry: Kognitivní nežádoucí účinky, nárůst hmotnosti, metabolický syndrom
 - Antipsychotika: Metabolický syndrom, sedace, akatizie
- Zvýšení sebevražedného rizika:
 - TCAs a MAOIs: Potenciálně letální při předávkování
 - Lithium: Antisuicidální efekt, ale vysoká letalita při předávkování
- Benzodiazepiny – nevhodné u HPO
 - Zvýšení impulzivity a sebepoškozování
 - Riziko závislosti

Guidelines



NICE (UK)

- Nepředepisovat rutinně medikaci k léčbě HPO
- Doporučeno krátkodobé podávání v krizích

APA (USA)

- Medikace pouze pro specifické symptomy, ne k léčbě poruchy jako takové
- Pravidelné přehodnocení medikace a časně vysazování

WFSBP

(World Federation)

- Vyhýbat se vícečetné medikaci
- Podávání medikace po omezenou dobu

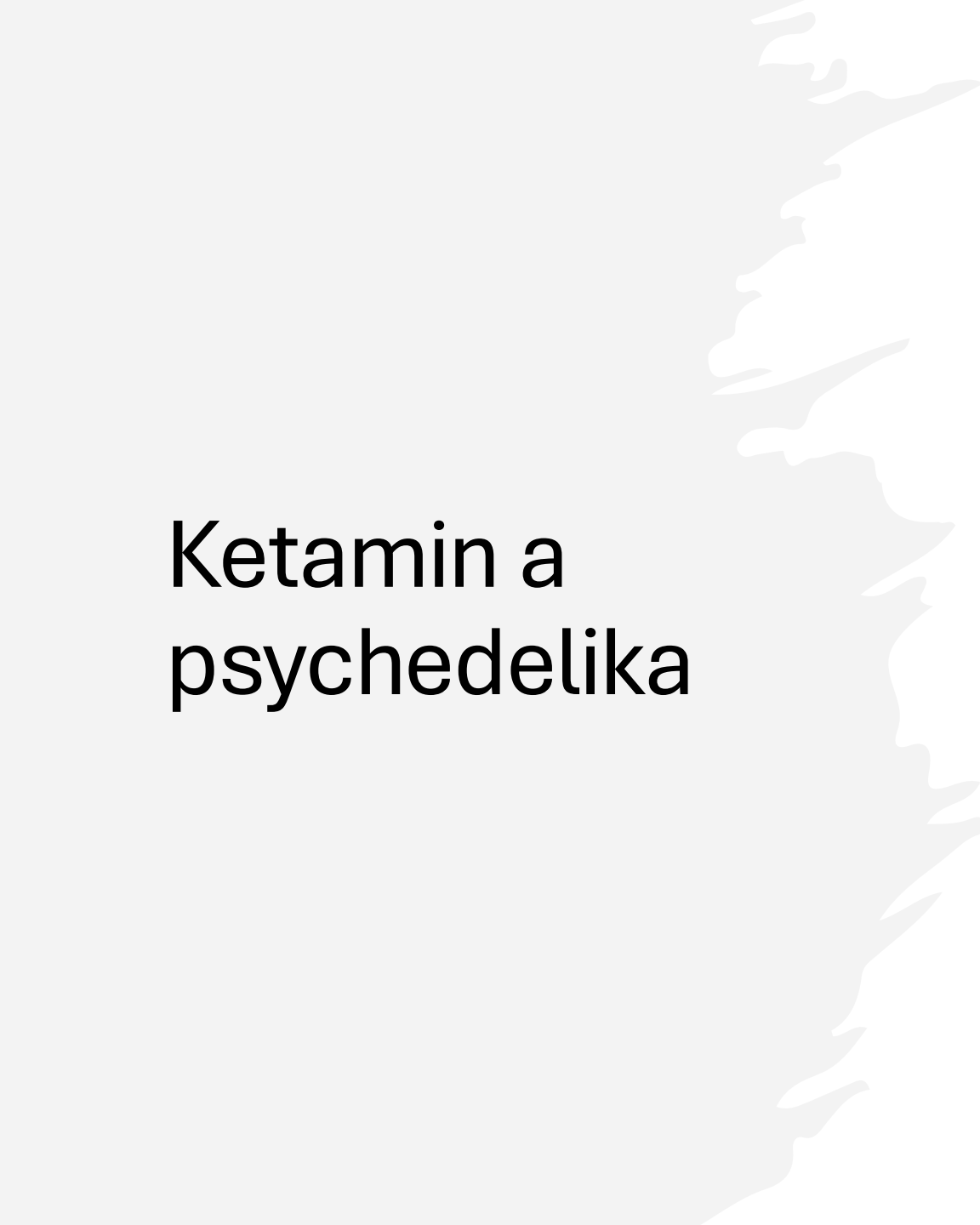
Take home message

- **Psychoterapie** zůstává **první volbou** a zlatým standardem léčby HPO
- **Medikace jako podpůrná léčba** zaměřená na konkrétní symptomy
- Vyšší ohled na **toxicitu a riziko závislosti**
- **Pravidelné přehodnocení** medikace a vysazení neúčinných preparátů
- **Vysazení medikace** po zvládnutí krize
- **Vyhýbat se dlouhodobému užívání** antipsychotik s výjimkou vážnější symptomatiky
- **Zapojení pacienta** do procesu léčby
- Vedení medikace pouze psychiatrem (Lékový záznam)

Omega 3 MK

- Potenciální benefit jako add-on medikace
 - Emoční dysregulace: Potenciál snížit nestabilitu nálady, depresivní symptomy, vztek
 - Impulzivita a agrese: Mírný efekt na redukci impulzivního chování a sebepoškozování
 - Potenciál posílení efektu psychoterapie
- Bezpečné a dobře tolerované
- Zatím nedostatečné důkazy - malé studie, potřeba replikace
- Bez efektu na kognitivně-percepční symptomy
- Dávkování – ~1-2 g/den EPA+DHA po dobu 8-12 týdnů
- Hypotetický mechanismus účinku
 - Protizánětlivý efekt, redukce neuroinflamace spojené s emoční dysregulací
 - Serotonergní a dopaminergní modulace
 - Zlepšení neuronální funkce a konektivity, potenciální vliv na stabilizaci nálady a kontrolu impulzů
- Klinické implikace
 - Ke zvážení jako přídatná léčba v případě výrazné nestability nálad nebo impulzivity
 - Edukace stran očekávání - zlepšení jsou mírná, nejedná se o samostatnou léčbu
 - Analýza benefitu po dobu 3 měsíců - při absenci efektu vysadit

Ketamin a psychedelika



- Zatím pouze malé studie a série kazuistik
- Mohou usnadnit zpracování traumatu, snížit intenzitu sebevražedných myšlenek, rychle ulevit od depresivních symptomů
- Potenciální využití u rezistentních BPD s chronickou suicidalitou
- Použití jako doplněk k psychoterapii
- Nutná důsledná monitorace pro výraznou emoční reaktivitu pacientů s HPO



Polypragmázie, overpreskripce

- 60-80% pacientů s HPO užívá více psychofarmak
- Častá, ale problematická, kombinace: SSRI + SGA + benzodiazepin
- Nadměrné užívání sedativní medikace vede k nadužívání a závislosti

Polypragmázie

příklady

Pacientka 1

Lamotrigin 400 mg
Chlorprothixen 145 mg
Venlafaxin 225 mg
Quetiapin 100 mg
Klonazepam 3 mg
Melperon 50 mg
Buspiron 30 mg

Pacientka 2

Haloperidol 6 mg
Aripiprazol 20 mg
Levomepromazin 100 mg
Sertralin 200 mg
Trazodon 150 mg
Lithium 600 mg
Pregabalin 375 mg
Klonazepam 6 mg

Kde vzniká problém?

Nevysazování
neúčinné
medikace?

Nedostatečná
edukace
pacienta?

Preskripce více
lékaři?

Self-medikace,
samovolné
navyšování?

Co s tím?

- Jsme schopni nalézt vzorec analýzou více těchto případů a nalézt způsob jak tomuto předcházet?
- Lepší edukace pacientů?
- Edukace odborné veřejnosti?
- Podpora ambulantním psychiatrům - dostupnost krizové pomoci?



*"Léky by měly být předepisovány promyšleně, střídavě
a cíleně na konkrétní symptomy, vždy s ohledem na
psychoterapii jako základ léčby."*

*"Pilulka nemůže nahradit člověka.
Léky mohou pomoci, ale lidské
spojení a porozumění je to, co
léčí."*

Děkuji za pozornost

Zdroje

- *A review of NICE guidelines on the management of Borderline Personality Disorder* | *British Journal of Medical Practitioners*. (n.d.). Retrieved March 12, 2025, from <https://www.bjmp.org/content/review-nice-guidelines-management-borderline-personality-disorder>
- Daniel Smith, B., & Brian Daniel Smith, by. (2005). Self-Mutilation and Pharmacotherapy. *Psychiatry (Edgmont)*, 2(10), 28. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2993516/>
- Gartlehner, G., Crotty, K., Kennedy, S., Edlund, M. J., Ali, R., Siddiqui, M., Fortman, R., Wines, R., Persad, E., & Viswanathan, M. (2021). Pharmacological Treatments for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *CNS Drugs*, 35(10), 1053–1067. <https://doi.org/10.1007/S40263-021-00855-4>
- Herpertz, S., Zanarini, M., Schulz, C., Siever, L., Lieb, K., & Möller, H. J. (2007). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of personality disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry: The Official Journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, 8(4), 212–244. <https://doi.org/10.1080/15622970701685224>
- Pascual, J. C., Arias, L., & Soler, J. (2023). Pharmacological Management of Borderline Personality Disorder and Common Comorbidities. *CNS Drugs*, 37(6), 489. <https://doi.org/10.1007/S40263-023-01015-6>
- *Psychiatry.org - American Psychiatric Association Publishes Updated Practice Guideline on the Treatment of Borderlin*. (n.d.). Retrieved March 12, 2025, from <https://www.psychiatry.org/news-room/news-releases/updated-borderline-personality-disorder-guideline>
- Stoffers-Winterling, J. M., Storebø, O. J., Pereira Ribeiro, J., Kongerslev, M. T., Völlm, B. A., Mattivi, J. T., Faltinsen, E., Todorovac, A., Jørgensen, M. S., Callesen, H. E., Sales, C. P., Schaug, J. P., Simonsen, E., & Lieb, K. (2022). Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2022(11). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012956.PUB2/INFORMATION/EN>

Zdroje

Omega 3 MK

- Bellino, S., Bozzatello, P., Rocca, G., & Bogetto, F. (2014). Efficacy of omega-3 fatty acids in the treatment of borderline personality disorder: a study of the association with valproic acid. *Journal of Psychopharmacology (Oxford, England)*, 28(2), 125–132. <https://doi.org/10.1177/0269881113510072>
- Kavyani, Z., Musazadeh, V., Fathi, S., Hossein Faghfour, A., Dehghan, P., & Sarmadi, B. (2022). Efficacy of the omega-3 fatty acids supplementation on inflammatory biomarkers: An umbrella meta-analysis. *International Immunopharmacology*, 111. <https://doi.org/10.1016/J.INTIMP.2022.109104>
- Su, K. P., Matsuoka, Y., & Pae, C. U. (2015). Omega-3 Polyunsaturated Fatty Acids in Prevention of Mood and Anxiety Disorders. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 13(2), 129. <https://doi.org/10.9758/CPN.2015.13.2.129>
- Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. R. (2003). omega-3 Fatty acid treatment of women with borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled pilot study. *The American Journal of Psychiatry*, 160(1), 167–169. <https://doi.org/10.1176/APPI.AJP.160.1.167>

Zdroje

Psychedelika

- Danayan, K., Chisamore, N., Rodrigues, N. B., Vincenzo, J. D. D., Meshkat, S., Doyle, Z., Mansur, R., Phan, L., Fancy, F., Chau, E., Tabassum, A., Kratiuk, K., Arekapudi, A., Teopiz, K. M., McIntyre, R. S., & Rosenblat, J. D. (2023). Real world effectiveness of repeated ketamine infusions for treatment-resistant depression with comorbid borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 323. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2023.115133>
- Domínguez-Clavé, E., Soler, J., Pascual, J. C., Elices, M., Franquesa, A., Valle, M., Alvarez, E., & Riba, J. (2019). Ayahuasca improves emotion dysregulation in a community sample and in individuals with borderline-like traits. *Psychopharmacology*, 236(2), 573–580. <https://doi.org/10.1007/S00213-018-5085-3>
- Fineberg, S. K., Choi, E. Y., Shapiro-Thompson, R., Dhaliwal, K., Neustadter, E., Sakheim, M., Null, K., Trujillo-Diaz, D., Rondeau, J., Pittaro, G. F., Peters, J. R., Corlett, P. R., & Krystal, J. H. (2023). A pilot randomized controlled trial of ketamine in Borderline Personality Disorder. *Neuropsychopharmacology : Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 48(7), 991–999. <https://doi.org/10.1038/S41386-023-01540-4>
- Inouye, A. M., Wolfgang, A. S., & Philhower, L. T. (2023). MDMA-assisted therapy for borderline personality disorder. *Journal of Psychedelic Studies*, 7(3), 227–237. <https://doi.org/10.1556/2054.2023.00196>
- Martire, G., Sipple, D., Baron, D., Gold, M. S., Lewandowski, K.-U., Dennen, C. A., Sharafshah, A., Elman, I., Thanos, P. K., Modestino, E. J., Badgaiyan, R. D., Pinhasov, A., Bowirrat, A., Makale, M., Roy, A. K., Sunder, K., Murphy, K. T., Mahajan, S., Mahajan, Y., ... Blum, K. (2024). Theorizing that Psychedelic Assisted Therapy May Play a Role in the Treatment of Trauma-Induced Personality Disorders. *Journal of Addiction Psychiatry*, 8(2), 161. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11616086/>