

Stanisław Chrapusta¹, Adrian Ochocki¹, Magdalena Flaga-Łuczkiewicz²

¹Warszawski Uniwersytet Medyczny, Studenckie Koło Naukowe Psychiatrii Ambulatoryjnej przy NZOZ Centrum Terapii DIALOG, Warszawa

²NZOZ Centrum Terapii DIALOG, Warszawa

**OSOBOWOŚĆ CHWIEJNA EMOCJONALNIE TYPU BORDERLINE
– CO WIEMY NA TEMAT MOŻLIWOŚCI FARMAKOTERAPII?
PRZEGLĄD LITERATURY I STUDIUM PRZYPADKU**

Borderline personality disorder: what do we know about the possibilities of pharmacotherapy? Literature review and case study

Wstęp

Osobowość chwiejna emocjonalnie typu borderline (BPD) jest specyficznym zaburzeniem osobowości, którego główne objawy to niestabilność emocjonalna, wzmożone przeżywanie gniewu i złości, impulsywność, intensywne i niestabilne relacje, zaburzony obraz siebie, stałe uczucie pustki, tendencje autodestrukcyjne i samobójcze, okresowe objawy dysocjacyjne i quasi-psychotyczne¹. Zaburzenie występuje u 1,6% populacji ogólnej, 10% pacjentów leczonych psychiatrycznie ambulatoryjnie i 20% osób w oddziałach psychiatrycznych². Siedmiu na dziesięciu pacjentów z BPD podejmuje przynajmniej raz w życiu próbę samobójczą, a 5–10% ginie śmiercią samobójczą³. Wysoka współchorobowość utrudnia diagnostykę i ustalenie skutecznego podejścia terapeutycznego, a burzliwe

1 Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, Rewizja dziesiąta (ICD-10), kod F60.3 (Osobowość chwiejna emocjonalnie).

2 P. Bozzatello, C. Garbarini, P. Rocca et al., *Borderline Personality Disorder: Risk Factors and Early Detection, Diagnostics* 2021, 11(11): 2142.

3 M. M. Wedig, M. H. Silverman, F. R. Frankenburg et al., *Predictors of suicide attempts in patients with borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up*, *Psychol Med.* 2012, 42(11): 2395–2404.

objawy utrudniają funkcjonowanie i powodują cierpienie u osób z BPD⁴. Leczeniem podstawowym w zaburzeniach osobowości jest psychoterapia, jednak nierzadko dostęp do psychoterapii jest ograniczony, w związku z tym psychiatrzy stają przed koniecznością podjęcia decyzji o wdrożeniu farmakoterapii nakierowanej na konkretne objawy, celem poprawy jakości życia osób z BPD^{5,6}. Celem tej pracy jest przegląd obecnego stanu wiedzy odnośnie możliwości terapeutycznych zaburzenia.

Aktualny stan wiedzy na temat farmakoterapii BPD

Ze względu na wieloczynnikową etiologię i patogenezę, z dużym udziałem czynników środowiskowych, w tym doświadczeń traumatycznych, nie istnieje farmakologiczne leczenie przyczynowe BPD, tak jak i innych zaburzeń osobowości. Leczeniem BPD o udowodnionej i zarazem największej skuteczności jest psychoterapia. Farmakoterapia BPD skupia się na redukowaniu nasilenia objawów szczególnie utrudniających funkcjonowanie.

Przeglądy systematyczne i metaanalizy wykazują skuteczność następujących metod psychoterapii: terapia dialektyczno-behawioralna (DBT), terapia oparta na mentalizacji, terapia skupiona na przeniesieniu, dobra relacja z lekarzem psychiatrą (*good psychiatric management*, GPM) oraz terapia poznawczo-behawioralna (CBT)^{7,8}.

W przypadku decyzji o wdrożeniu farmakoterapii u pacjenta z BPD należy określić cel i strategię terapeutyczną. W tej pracy odniesiemy się do podejścia skoncentrowanego na łagodzeniu objawów osiowych (*symptom-domain-focused treatment*) rekomendowanego przez wytyczne ekspertów z Danii i Niemiec. Dostępne obecnie największe badania opierają się na tym podejściu. Do objawów osiowych zalicza się (w różnych kombinacjach, zależnie od badania): agresję, złość, niepokój, dysregulację zachowań impulsywnych, niestabilność afektu oraz objawy poznawczo-percepcyjne (*cognitive-perceptual symptoms*). W latach 2010–2023 opublikowano trzy metaanalizy podsumowujące stan

4 T. H. McGlashan, C. M. Grilo, A. E. Skodol et al., *The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: baseline Axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence*, Acta Psychiatr Scand 2000, 102(4):256–64.

5 J. Chapman, R. T. Jamil, C. Fleisher, *Borderline Personality Disorder*, Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024, p. 9, 10.

6 M. Ten Have, R. Verheul, A. Kaasenbrood et al., *Prevalence rates of borderline personality disorder symptoms: a study based on the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2*, BMC Psychiatry. 2016, 16: 249.

7 J. M. Stoffers-Winterling, O. J. Storebø, M. T. Kongerslev, et al., *Psychotherapies for borderline personality disorder: a focused systematic review and meta-analysis*, Br J Psychiatry 2022, 221:538.

8 I. A. Cristea, C. Gentili, C. D. Cotet, et al., *Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis*, JAMA Psychiatry 2017, 74:319.

wiedzy na temat czterech grup leków stosowanych w łagodzeniu symptomów osiowych, tj.: leków neuroleptycznych klasycznych i atypowych, normotymicznych oraz przeciwdepresyjnych. W jednej metaanalizie zawarto również dane dotyczące stosowania kwasów tłuszczowych omega-3. Istnieją liczne rozbieżności w wynikach tych analiz.

Metaanaliza Ingenhoven et al. (2010)⁹ wykazała, że leki przeciwdepresyjne nie mają istotnego wpływu na kontrolę zachowań impulsywnych i obniżenia nastroju. Badacze wykazali, że leki normotymiczne i neuroleptyczne mają korzystny wpływ na niektóre objawy. Efekt kliniczny po zastosowaniu normotymików jest bardzo duży w zakresie kontroli zachowań impulsywnych, duży w zakresie niepokoju i umiarkowany w zakresie obniżenia nastroju. Efekt działania neuroleptyków na regulację emocjonalną i złość był od umiarkowanego do dużego. Porównano również całościową jakość funkcjonowania pacjentów w zależności od stosowanej farmakoterapii. Wyniki mówiły o korzystniejszym efekcie leków normotymicznych od leków przeciwpsychotycznych, podczas gdy leki przeciwdepresyjne nie dawały zauważalnych korzyści.

Metaanaliza Gartlehner et al. (2021)¹⁰ wykazała, że atypowe neuroleptyki, leki przeciwpadaczkowe oraz przeciwdepresyjne nie przyczyniają się do całościowej poprawy funkcjonowania pacjentów z BPD, chociaż mogą pozwalać na uzyskanie poprawy w zakresie konkretnych objawów BPD (siła dowodów niska).

Metaanaliza autorstwa Stoffers et al. (2010)¹¹ wykazała, że atypowe neuroleptyki, leki normotymiczne oraz kwasy tłuszczowe omega-3 mogą wykazywać skuteczność. Autorzy podkreślili jednak, że w metaanalizie mogli wykorzystać tylko pojedyncze opracowania, więc poziom skuteczności i długotrwałe efekty terapeutyczne wymagają większej liczby badań. Z kolei neuroleptyki klasyczne i leki przeciwdepresyjne według autorów mają nikłą skuteczność w BPD.

Ingenhoven et al. (2010) nie przytaczają listy badanych leków. Gartlehner et al. (2021) poddali analizie: olanzapinę, kwetiapinę, zyprazydon, aripiprazol, asenapinę, fluoksetynę, walproinian sodu, lamotryginę i topiramat. Stoffers et al. (2010) z kolei flupentiksol, haloperidol, tiotiksen, aripiprazol, olanzapinę, zyprazydon, karbamazepinę, walproinian sodu, lamotryginę, topiramat, amitryptylinę, fluoksetynę, fluwoksaminę, fenelzynę oraz mianserynę. Część przytoczonych leków stosowana jest coraz rzadziej z przyczyn takich jak m.in. profil działań niepożądanych i bezpieczeństwo zastosowania w praktyce klinicznej.

9 T. Ingenhoven, P. Lafay, T. Rinne et al., *Pharmacotherapy for severe personality disorders: meta-analyses of randomized controlled trials*, J Clin Psychiatry 2010, 71(1):14–25.

10 G. Gartlehner, K. Crotty, S. Kennedy et al., *Pharmacological treatments for borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis*, CNS Drugs. 2021, 35(10):1053–1067.

11 J. Stoffers, B. A. Völlm, G. Rücker et al., *Pharmacological interventions for borderline personality disorder*, Cochrane Database Syst Rev. 2010, 16(6):CD005653.

Okskarbazepina w leczeniu BPD

Okskarbazepina (OXC) jest zarejestrowana w Polsce wyłącznie w leczeniu padaczki. W praktyce klinicznej bywa stosowana *off-label* w bólu neuropatycznym, w chorobie afektywnej dwubiegunowej¹². Metabolizowana jest do 10-monohydroksykarbazepiny (MHD). Efekt terapeutyczny osiągany jest prawdopodobnie przez synergistyczne działanie OXC oraz MHD w mechanizmie blokowania napięciозależnych kanałów sodowych, wzmocnienia przewodnictwa jonów potasowych oraz modulację napięciозależnych kanałów wapniowych neuronów. Powoduje to stabilizację nadmiernie pobudzonych błon komórek nerwowych, zahamowanie powtarzających się wyładowań neuronalnych oraz zmniejszenie rozprzestrzeniania się impulsów synaptycznych. Ponadto zwiększone przewodnictwo potasu i modulacja aktywowanych wysokim napięciem kanałów wapniowych może także przyczyniać się do przeciwdrgawkowego działania leku.

OXC w leczeniu padaczki stosowana jest w dawce 600–1200 mg/dobę, w dwóch dawkach podzielonych. Okres półtrwania OXC wynosi około 2 godzin, a MHD (aktywnego metabolitu) ~ 9 godzin. OXC podawana dwa razy na dobę osiąga stan stacjonarny w ciągu 2–3 dni. Pokarm nie wpływa na wchłanianie. Do najczęstszych – odnotowywanych u $\geq 1/10$ pacjentów – działań niepożądanych należą: senność, bóle głowy, zawroty głowy, podwójne widzenie, nudności, wymioty i uczucie zmęczenia.

OXC może zmniejszać skuteczność doustnych środków antykoncepcyjnych. Dostępne aktualnie dane o bezpieczeństwie stosowania okskarbazepiny u kobiet w ciąży są ograniczone, aczkolwiek nie wykazują zwiększenia częstości występowania wad wrodzonych w porównaniu z populacją ogólną^{13, 14}.

12 S. M. Grant, D. Faulds, *Oxcarbazepine. A review of its pharmacology and therapeutic potential in epilepsy, trigeminal neuralgia and affective disorders*, *Drugs* 1992, 43(6):873–88.

13 Charakterystyka produktu leczniczego – <https://rejestrmedyczne.ezdrowie.gov.pl/api/rpl/medicinal-products/31472/characteristic>, s. 2–10.

14 <https://go.drugbank.com/drugs/DB00776>; sekcja „Mechanism of action” oraz „Metabolism”.

Istnieją obiecujące dane o korzystnym wpływie okskarbazepiny na objawy BPD. Poniższy case-report stanowi przykład sytuacji klinicznej, w której przy jej użyciu osiągnięto zadowalający efekt leczniczy^{15, 16, 17, 18, 19}.

Studium przypadku

25-letnia kobieta zgłosiła się do lekarza psychiatry w poradni, skarżąc się na postępujące od około 6 miesięcy obniżenie nastroju z towarzyszącą drażliwością, wybuchowością i niestabilnością nastroju.

W wywiadzie pacjentka relacjonowała od wieku nastoletniego chwiejność nastroju, problem z regulacją emocji, impulsywność, wzorzec niestabilnych, burzliwych relacji, nawracające myśli samobójcze, brak spójnego poczucia „ja”. Negowała traumę o charakterze przemocy fizycznej czy seksualnej. W przeszłości obecne były zachowania ryzykowne – stosowanie substancji psychoaktywnych i niebezpieczna jazda samochodem. Rodzice oraz dalsze środowisko rodzinne pacjentki przejawiało istotne cechy niestabilności emocjonalnej z tendencją do wybuchowości. W momencie zgłoszenia nie piła alkoholu, ale korzystała z marihuany. Mieszka z rodzicami, studiowała pedagogikę. Od roku uczęszczała na psychoterapię, terapeuta zasugerował jej wizytę u psychiatry.

W ostatnich dwóch latach pacjentka zgłaszała się kilkakrotnie do tej samej poradni, ale za każdym razem do innego lekarza. Zgłaszała objawy z kręgu afektywnego, bezsenność, drażliwość, podejmowano próby leczenia farmakologicznego. Były one przerwane przez pacjentkę ze względu na uciążliwe skutki uboczne. Trazodon w dawce 75 mg spowodował nadmiernie nasiloną senność w ciągu dnia, fluoksetyna w dawce 10 mg wyraźne zwiększenie lęku i drażliwości. Krótkotrwała poprawa w zakresie lęku nastąpiła po zastosowaniu lamotryginy w dawce 50 mg/d wraz z pregabalina 150 mg/d, jednak w kolejnych tygodniach następowało obniżanie się nastroju, nasilenie impulsywności oraz niestabilności emocjonalnej. Ponadto pacjentka zaobserwowała przyrost masy ciała, co było dla niej nie do zaakceptowania.

-
- 15 S. Bellino, E. Paradiso, F. Bogetto, *Efficacy and tolerability of pharmacotherapies for borderline personality disorder*, CNS Drugs. 2008, 22(8):671–92.
 - 16 H. Belli, C. Ural, M. Akbudak, *Borderline personality disorder: bipolarity, mood stabilizers and atypical antipsychotics in treatment*, J Clin Med Res. 2012, 4(5):301–8.
 - 17 M. Sieberer, H. M. Emrich, *[Empirical evidence for the use of anticonvulsants in personality disorders]*, Fortschr Neurol Psychiatr. 2009, 77(3):133–8.
 - 18 S. Bellino, E. Paradiso, F. Bogetto, *Oxcarbazepine in the treatment of borderline personality disorder: a pilot study*, J Clin Psychiatry. 2005, 66(9):1111–5.
 - 19 N. Huband, M. Ferriter, R. Nathan, H. Jones, *Antiepileptics for aggression and associated impulsivity*, Cochrane Database Syst Rev. 2010, 2010(2):CD003499.

W chwili zgłoszenia się pacjentka pozostawała w związku, z którym wiązała nadzieje na przyszłość, i podejmowała próby pisania pracy dyplomowej na studiach. Była zmotywowana i pracowała nad swoimi zaburzeniami, korzystając z psychoterapii. Wyrażała jednak zniechęcenie po nieudanych próbach farmakoterapii oraz obawy, że nie będzie w stanie ułożyć swojego życia i założyć rodziny ze względu na wciąż obecne i uciążliwe objawy niestabilności emocjonalnej oraz tendencję do zachowań ryzykownych. Podkreślała potrzebę otrzymania leku, który pozwoli jej lepiej radzić sobie z niestabilnością emocjonalną, impulsywnością i wybuchowością, a równocześnie będzie miał możliwie mało działań niepożądanych, w tym nie będzie powodował tycia ani zmian skórnych.

Na podstawie badania psychologicznego i psychiatrycznego postawiono pacjentce rozpoznanie osobowości chwiejnej emocjonalnie typu borderline.

Po wzięciu pod uwagę objawów pacjentki, wcześniejszych niepowodzeń farmakoterapii oraz preferencji pacjentki odnośnie profilu ewentualnych działań niepożądanych zaproponowano włączenie okskarbazepiny *off-label*. Pacientka została poinformowana, że jest to lek niezarejestrowany do leczenia BPD, a także o ewentualnych działaniach niepożądanych. Wyraziła świadomą zgodę na leczenie. Mając na uwadze nasilone działania niepożądane występujące przy niskich dawkach leków w przeszłości, założono, że optymalną decyzją będzie rozpoczęcie leczenia od dawki jak najmniejszej.

OXC w dawce 150 mg/d przyniosła korzystny efekt: pacjentka zgłaszała poczucie większej stabilności emocjonalnej, negowała zachowania impulsywne, zaprzestała stosowania marihuany. Nie wystąpiły istotne działania niepożądane. Kolejne wizyty pacjentka odbywała u tego samego lekarza. Opisywała satysfakcję z leczenia, które określała jako skuteczne i akceptowalne w kontekście działań niepożądanych. Równolegle kontynuowała psychoterapię, która z relacji pacjentki po wprowadzeniu opisanej interwencji farmakologicznej zaczęła przynosić lepsze efekty i poprawiła relację terapeutyczną ze względu na znaczne zredukowanie intensywności objawów labilności emocjonalnej.

Dyskusja

Skuteczność OXC w leczeniu symptomów BPD poddana została badaniu klinicznemu przez Silvio Bellino et al. w roku 2005²⁰. Siedemnastu pacjentów z diagnozą BPD przyjmowało OXC w dawkach 1200–1500 mg/dobę w dwóch dawkach podzielonych przez 12 tygodni. Czterech pacjentów zostało wykluczonych z badania w ciągu pierwszych 4 tygodni. U pozostałych osiągnięto istotny statystycznie, korzystny efekt

20 S. Bellino, E. Paradiso, F. Bogetto, op. cit.

terapeutyczny (mierzony przy pomocy CGI-S, BPRS i BPDSI). Jednocześnie nie odnotowano hiponatremii ani żadnych ciężkich działań niepożądanych leku. Prace przeglądowe zespołów Silvio Bellino et al. (2008)²¹, Marcel Sieberer et al. (2009)²² oraz Nick Huband et al. (2010)²³ wskazują na potencjalne korzyści wynikające z włączenia OXC u pacjentów z zaburzeniami osobowości (w tym BPD) z objawami agresji, jednak zwracają uwagę na zbyt małą ilość danych dotyczących bezpieczeństwa takiej farmakoterapii. Ponieważ dostępne obecnie metaanalizy obejmujące OXC dotyczą głównie populacji pacjentów chorujących na padaczkę, brakuje danych o skuteczności i bezpieczeństwie stosowania w populacji pacjentów z BPD.

Podsumowanie

Wyniki dotychczasowych badań i metaanaliz dotyczących leczenia farmakologicznego BPD można podsumować następująco:

Leki przeciwdepresyjne nie stanowią skutecznej metody farmakoterapii w redukowaniu objawów BPD.

Atypowe neuroleptyki mogą być skuteczną opcję terapeutyczną w łagodzeniu objawów złości oraz mogą poprawiać całościowe funkcjonowanie pacjenta.

Najbardziej obiecującą perspektywę dają leki normotymiczne w zakresie redukcji objawów impulsywności, niepokoju oraz labilności nastroju.

Ze względu na rozbieżności metodologii oraz wyników nie jest możliwe sformułowanie uniwersalnych wytycznych farmakoterapii objawów BPD.

Przytoczony opis przypadku jest przykładem sytuacji klinicznej, w której po zastosowaniu OXC osiągnięto dobry efekt terapeutyczny bez wystąpienia istotnych działań niepożądanych. OXC może stanowić interesującą opcję w przypadku niepowodzenia innych prób farmakoterapii, brakuje jednak wystarczających dowodów na skuteczność i bezpieczeństwo, aby stosowanie OXC w BPD stało się standardem w praktyce klinicznej. Istnieje potrzeba przeprowadzenia szerszych badań na temat stosowania różnych leków redukujących objawy utrudniające funkcjonowanie osób z BPD.

21 S. Bellino, E. Paradiso, F. Bogetto, op. cit.

22 M. Sieberer, H. M. Emrich, op. cit.

23 N. Huband, M. Ferriter, R. Nathan, H. Jones, op. cit.

Bibliografia:

1. Belli Hasan, Ural Cenk, Akbudak Mahir: *Borderline personality disorder: bipolarity, mood stabilizers and atypical antipsychotics in treatment*, J Clin Med Res. 2012, 4(5):301–8.
2. Bellino Silvio, Paradiso Erika, Bogetto Filippo, *Efficacy and tolerability of pharmacotherapies for borderline personality disorder*, CNS Drugs 2008, 22(8):671–92.
3. Bellino Silvio, Paradiso Erika, Bogetto Filippo, *Oxcarbazepine in the treatment of borderline personality disorder: a pilot study*, J Clin Psychiatry 2005, 66(9):1111–5.
4. Bozzatello Paola, Garbarini Claudia, Rocca Paola, et al., *Borderline Personality Disorder: Risk Factors and Early Detection*, Diagnostics 2021, 11(11): 2142.
5. Chapman Jennifer, Jamil T. Radia, Fleisher Carl, *Borderline Personality Disorder*, Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024, p. 9–10.
6. <https://rejestrymedyczne.ezdrowie.gov.pl/api/rpl/medicinalproducts/31472/characteristic>, s. 2–10.
7. Cristea A. Ioana, Gentili Caterina, Cotet D. Carmen, et al., *Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis*, JAMA Psychiatry 2017, 74:319.
8. Gartlehner Gerald, Crotty Karen, Kenned Sara, et. al., *Pharmacological Treatments for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis*, CNS Drugs 2021, 35(10):1053–1067.
9. Grant M. Susan, Faulds Diana, *Oxcarbazepine. A review of its pharmacology and therapeutic potential in epilepsy, trigeminal neuralgia and affective disorders*, Drugs 1992, 43(6):873–88.
10. Have Ten Margreet, Verheul Roel, Kaasenbrood Ad, et al., *Prevalence rates of borderline personality disorder symptoms: a study based on the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2*, BMC Psychiatry 2016, 16: 249.
11. <https://go.drugbank.com/drugs/DB00776>.
12. Huband Nick, Ferriter Michael, Nathan Rajan, et al., *Antiepileptics for aggression and associated impulsivity*, Cochrane Database Syst Rev. 2010, 2010(2):CD003499.
13. Ingenhoven Theo, Lafay Patricia, Rinne Thomas, et al., *Effectiveness of pharmacotherapy for severe personality disorders: meta-analyses of randomized controlled trials*, J Clin Psychiatry 2010, 71(1):14–25.
14. McGlashan H. Thomas, Grilo M. Carlos, Skodol E. Andrew, et al., *The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: baseline Axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence*, Acta Psychiatrica Scand 2000, 102(4):256–64.
15. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, Rewizja dziesiąta (ICD-10), kod F60.3 (Osobowość chwiejna emocjonalnie).
16. Sieberer Marcel, Emrich M. Hinderk, *[Empirical evidence for the use of anticonvulsants in personality disorders]*, Fortschr Neurol Psychiatr. 2009, 77(3):133–8.
17. Stoffers Jutta, Völlm A Birgit, Rücker Gerta, et al., *Pharmacological interventions for borderline personality disorder*, Cochrane Database Syst Rev. 2010, 16:(6):CD005653.
18. Stoffers-Winterling M. Jutta, Storeba J. Ole, Kongerslev T. Mickey, et al., *Psychotherapies for borderline personality disorder: a focused systematic review and meta-analysis*, Br J Psychiatry 2022, 221:538.

19. Wedig M. Michelle, Silverman H. Merav, Frankenburg R. Frances, et al., *Predictors of suicide attempts in patients with borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up*, Psychol. Med. 2012, 42(11): 2395–2404.



STRESZCZENIE:

Osobowość chwiejna emocjonalnie typu borderline (ang. borderline personality disorder, BPD) jest specyficznym zaburzeniem osobowości, którego główne objawy to niestabilność emocjonalna, wzmożone przeżywanie gniewu i złości, impulsywność, intensywne i niestabilne relacje, zaburzony obraz siebie, stałe uczucie pustki, tendencje autodestrukcyjne i samobójcze, okresowe objawy dysocjacyjne i quasi-psychotyczne. Dotyczy 1,6% populacji ogólnej, 10% pacjentów leczonych psychiatrycznie ambulatoryjnie i 20% osób w oddziałach psychiatrycznych. Leczeniem z wyboru pozostaje psychoterapia, jednak część objawów, które w istotny sposób zaburzają funkcjonowanie osób z BPD, może wymagać zastosowania leczenia farmakologicznego. Metaanalizy badań nad interwencjami farmakologicznymi nie wykazują skuteczności leków przeciwdepresyjnych w redukcji objawów związanych z BPD. Równocześnie farmakoterapia nie- którymi neuroleptykami lub lekami normotymicznymi może przynosić korzyści. Autorzy zaprezentowali przypadek 25-letniej pacjentki z BPD, u której korzystny efekt kliniczny uzyskano po zastosowaniu niskiej dawki okskarbazepiny.

SŁOWA KLUCZOWE: zaburzenie osobowości chwiejnej emocjonalnie typu borderline, BPD, farmakoterapia, okskarbazepina, OXC

ABSTRACT:

Borderline personality disorder (BPD) is a specific personality disorder characterized by emotional instability, intense anger that can be difficult to control, impulsivity, intensive and unstable relationships, distorted self-image, chronic feelings of emptiness, self-destructive and suicidal tendencies and transient, stress-related paranoid ideation or severe dissociative symptoms. It affects 1.6% of the general population, 10% of the psychiatric outpatient population, and 20% of the psychiatric inpatient population. Psychotherapy is the first-line treatment; however, as some symptoms can hamper everyday functioning of patients, the use of pharmacotherapeutic treatment could be necessary. Meta-analyses of available pharmacological interventions demonstrate that antidepressants are not effective in reducing BPD symptoms, while the use of some antipsychotics and mood stabilizers can be beneficial. The authors presented the case of a 25-year-old patient with BPD who was successfully treated with a low dose of oxcarbazepine.

Key words: borderline personality disorder, BPD, pharmacotherapy, oxcarbazepine, OXC