



Zaburzenia osobowości typu borderline

John G. Gunderson, M.D.

N Engl J Med 364:2037-42

Artykuł jest opisem przypadku zwracającego uwagę na częsty problem kliniczny. Przedstawiono w nim dowody potwierdzające różne strategie, a następnie przegląd formalnych wytycznych, jeżeli takie istnieją. Na końcu zaprezentowano kliniczne zalecenia autora.

Dwudziestosześcioletnia kobieta została przyprowadzona na izbę przyjęć przez zaniepokojonego męża, który wytłumaczył, że po jego krytycznych uwagach kobieta wpadła w gniew, po czym chciała popełnić samobójstwo, stwierdzając, że jej życie jest bezwartościowe i że chciałaby z tym wszystkim skończyć. W przeszłości pacjentka była pięciokrotnie przyjmowana na ostry dyżur (w tym dwa razy z powodu ran z samookaleczenia, które wymagały założenia szwów) oraz dwa razy przebywała w szpitalu psychiatrycznym po przedawkowaniu leków. W okresie dojrzewania rozpoznano u niej zaburzenia adaptacyjne i depresyjne. Pacjentka była leczona sertralina, alprazolamem i aripiprazolem. Na czym powinny się opierać diagnostyka i leczenie w opisanym przypadku?

Problem kliniczny

Częstość występowania zaburzenia osobowości typu borderline (borderline personality disorder, BPD) wynosi około 6% u pacjentów opieki podstawowej¹ i u osób z populacji ogólnej oraz 15-20% u chorych leczonych w szpitalach psychiatrycznych i poradniach przyszpitalnych.² Ze statystyk szpitalnych wynika, że około 75% osób cierpiących na ten typ zaburzeń to kobiety, w populacji ogólnej ten odsetek jest jednak mniejszy.^{3,4} Osoby z BPD są zazwyczaj przyjmowane do szpitala po tym, jak próbowały popełnić samobójstwo lub w sposób zamierzony dokonały samookaleczenia.⁵ W ciągu roku pacjenci, u których występują takie zachowania, są hospitalizowani średnio 6,3 dnia, a przeciętnie raz na dwa lata są oni przyjmowani na izbę przyjęć. Te wskaźniki są 6-12 razy większe niż u chorych cierpiących na zaburzenia depresyjne.^{11,12}

W tabeli 1 podsumowano kryteria diagnostyczne BPD, zgodnie z czwartym wydaniem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. Nawracające myśli lub próby samo-

bójcze w połączeniu z obawą przed opuszczeniem są uznawane za ważny wskaźnik diagnostyczny.⁸ Chociaż charakterystyczne objawy ułatwiają rozpoznanie BPD, to ich niepoprawna interpretacja przyczynia się do zbyt rzadkiego rozpoznawania tego zaburzenia.^{9,10} Głównym powodem jest postrzeganie powracających kryzysów, braku równowagi emocjonalnej i samookaleczeń charakterystycznych dla chorych na BPD raczej jako zachowań zamierzonych i mających na celu manipulację niż jako objawów choroby.^{11,12}

BPD jest chorobą dziedziczną, ocenia się, że 42-68% wariacji jest związanych z czynnikiem genetycznym^{13,14} – współczynnik na tym samym poziomie co opisywany dla nadciśnienia tętniczego.¹⁵ Wszystkie główne objawy charakterystyczne tego rodzaju zaburzeń (np. nadwrażliwość w kontaktach interpersonalnych, rozchwianie emocjonalne i impulsywność) często są obserwowane u reszty rodziny.¹⁴ W badaniach z udziałem chorych na BPD prowadzonych z wykorzystaniem rezonansu magnetycznego lub pozytonowej tomografii emisyjnej wykazano nadaktywność ciała migdałowatego i osłabienie czynności kory przedczołowej podczas wykonywania zadań, które obejmowały oglądanie zdjęć twarzy wyrażających różne emocje za pomocą mimiki, wypowiedzianie wyrazów o różnym ładunku emocjonalnym oraz sprawdzanie umiejętności współdziałania z innymi.¹⁶⁻¹⁸ Dostępne są dowody na to, że stężenie neurohormonów, takich jak oksytocyna, i opioidów wpływa na poczucie przesadnego, charakterystycznego dla chorych na BPD strachu przed odrzuceniem i opuszczeniem.¹⁹ Wydaje się, że na powstawanie tego rodzaju zaburzeń istotny wpływ ma również środowisko. Zaburzenia więzi, zaniedbanie lub uraz w dzieciństwie, problemy w małżeństwie rodziców lub zaburzenia psychiczne w rodzinie są czynnikami zwiększającymi ryzyko zachorowania.² Chociaż BPD przez długi czas uważano za zaburzenie przewlekłe i w dużej mierze nieuleczalne,

Tabela 1. Kryteria diagnostyczne pogranicznego zaburzenia osobowości

| Co najmniej 5 spośród wymienionych kryteriów musi być spełnione |
|--|
| <p>Wrażliwość w kontaktach międzyludzkich</p> <p>Gorączkowe starania służące uniknięciu rzeczywistego lub tylko wymyślnego opuszczenia</p> <p>Wchodzenie w niestabilne i intensywne związki z innymi osobami, charakteryzujące się skrajnymi wahaniami w postrzeganiu partnera: od idealizacji do negatywnej oceny</p> |
| <p>Zaburzenia nastroju</p> <p>Niestabilność emocjonalna spowodowana znacznymi wahaniami nastroju (np. intensywne epizody dysforii, łatwość wchodzenia w stan irytacji lub złości, zazwyczaj trwający kilka godzin, rzadziej kilka dni)</p> <p>Nieadekwatna do sytuacji, intensywna złość lub trudności w kontrolowaniu uczucia złości (np. regularne przejawy utraty panowania nad sobą, utrzymujący się stan złości, powtarzające się zachowania z użyciem przemocy fizycznej)</p> <p>Długotrwałe uczucie pustki</p> |
| <p>Impulsywność</p> <p>Przejawy zachowań impulsywnych, które są potencjalnie autodestrukcyjne, przynajmniej w dwóch strefach życia (np. nierozsądne zarządzanie finansami, niebezpieczne zachowania seksualne, stosowanie używek, prowadzenie pojazdów w ryzykowny sposób, niekontrolowane objadanie się)</p> <p>Nawracające zachowania, gesty bądź myśli samobójcze lub zachowania mające na celu samookaleczenie</p> |
| <p>Inne czynniki</p> <p>Zaburzenia tożsamości charakteryzujące się wyraźnym i uporczywie niestabilnym obrazem samego siebie i poczuciem własnego ja</p> <p>Przejściowe, związane ze stresem myśli paranoiczne lub poważne objawy rozpadu osobowości</p> |

wyniki najnowszych badań wskazują na duży odsetek remisji (około 45% wyleczonych chorych po upływie 2 lat i 85% po upływie 10 lat). Przy czym remisję w tym przypadku definiujemy jako występowanie nie więcej niż dwóch objawów diagnostycznych przez co najmniej 12 miesięcy oraz małą częstość nawrotów choroby (około 15%).²⁰ Z drugiej strony rokowanie wciąż jest zniechęcające. Odsetek samobójstw wynoszący 8-10% jest szczególnie wysoki wśród młodych kobiet, a w tej grupie odsetek samobójstw jest przeważnie niski. Ponadto nawet po ustąpieniu objawów większość chorych z BPD przejawia poważne zaburzenia funkcjonowania. Jedynie 25% chorych, u których nastąpiła remisja, podejmuje pracę na pełen etat, a około 40% z nich po 10 latach przechodzi na rentę.²⁰ Dodatkowo BPD ujemnie wpływa na przebieg oraz wyniki leczenia zaburzeń współwystępujących^{21,22} oraz innych chorób psychicznych.^{23,24}

Z intensywną opieką medyczną, której wymagają osoby cierpiące na zaburzenia tego typu, oraz utrzymującą się u wielu chorych niezdolnością do pracy zawodowej, wiążą się wysokie koszty ekonomiczne.²⁵ Takie zachowania, jak nieostrożne prowadzenie pojazdów,²⁶ stosowanie przemocy domowej,²⁷ patologiczne skłonności do gier hazardowych²⁹ oraz częste pobyty w więzieniu,²⁸ które zdarzają się znacznie częściej osobom cierpiącym na BPD niż innym, są dużym obciążeniem emocjonalnym.

Strategie i dowody

ROZPOZNANIE

Najbardziej charakterystyczną cechą osób chorych na BPD jest ich wyczerpanie na odrzucenie i strach przed spodziewanym

opuszczeniem (tab. 1).³⁰ Pacjenci cierpiący na ten typ zaburzenia mają poczucie, że ich życie jest nic niewarte, chyba że są związani z kimś komu naprawdę na nich „zależy”. Jednocześnie od osoby im oddanej wymagają dyspozycyjności na nierealnym wręcz poziomie oraz ciągłego potwierdzania ich wartości. W tego typu relacjach początkowa idealizacja osoby obdarzonej zaufaniem może się zdewaluować w momencie, kiedy osoba chora spodziewa się odrzucenia. Dodatkowo chorzy na BPD oprócz rozpadu związku przeżywają również swoisty rozpad wewnętrzny (np. ciągle wahanie się między postrzeganiem siebie jako osoby dobrej, która została zraniona i w związku z tym uczucie złości, czy jako osoby złej, której życie nie jest nic warte, czemu mogą towarzyszyć zachowania autodestrukcyjne lub nawet próby samobójcze). Takie rozbitcie wewnętrzne przejawia się również dychotomicznym, czarno-białym myśleniem.

Zaburzenie osobowości typu borderline jest zazwyczaj rozpoznawane u młodych dorosłych, ale objawy choroby są zazwyczaj widoczne już w okresie dojrzewania.³¹ Wczesne objawy choroby obejmują problemy z akceptacją własnego ciała, nadmierną nieśmiałość, dążenie do tworzenia relacji „na wyłączność”, wyjątkową wrażliwość na odrzucenie oraz problemy behawioralne, w tym świadome samookaleczenie.³² Chociaż takie objawy występują w okresie dojrzewania u osób niecierpiących na BPD, ich obecność jest zwiastunem długofalowego upośledzenia społecznego oraz wiąże się z dziewięciokrotnym wzrostem ryzyka zachorowania na BPD w życiu dorosłym.³¹

Najprostszym sposobem ustalenia rozpoznania w przypadku osób chorych na BPD jest pytanie pacjenta, czy zgadza się z tym, że przejawia objawy charakterystyczne dla

Tabela 2. Cztery metody leczenia pogranicznych zaburzeń osobowości, których skuteczność została udowodniona*

| Typy terapii | Opis metody |
|---|---|
| Dialektyczna terapia behawioralna | Terapia behawioralna obejmująca zarówno terapię indywidualną, jak i grupową, polegająca na edukowaniu pacjentów i zlecaniu im zadań do wykonania w domu w zakresie kontrolowania i monitorowania własnego nastroju oraz panowania nad sobą w sytuacjach stresowych. Jest to metoda, dzięki której najlepiej można ocenić poprawę stanu zdrowia i która jest najłatwiejsza do stosowania spośród wszystkich metod psychoterapii. Terapeuta powinien być wyjątkowo dyspozycyjny i odgrywać rolę trenera, który uczy, w jaki sposób można kontrolować własne uczucia i zachowania. |
| Terapia oparta na mentalizacji | Terapia poznawcza lub psychodynamiczna obejmująca zarówno terapię indywidualną, jak i grupową. Terapeuta przyjmuje stanowisko niewiedzy i jednocześnie wymaga, aby chory próbował sam zrozumieć i nazwać doświadczenia własne oraz innych (mentalizował); podkreślenie, jak ważne jest to, żeby najpierw myśleć, a potem działać (umiejętność, której posiadanie może być istotne w przypadku wszystkich typów efektywnej terapii). |
| Psychoterapia skoncentrowana na przeniesieniu | Jest to terapia oparta na psychoanalizie. Spotkania, w trakcie których terapeuta stara się zinterpretować niezrozumiałe dla chorego motywy działania lub uczucia oraz tłumaczyć te niewłaściwie rozumiane, odbywają się dwa razy w tygodniu. Ten typ terapii daje najmniejsze wsparcie i jest najtrudniejszy do stosowania przez terapeutę. |
| Ogólne postępowanie psychiatryczne | Jest to terapia psychodynamiczna stworzona na podstawie wytycznych ustalonych przez APA ³⁴ oraz podstawowego podręcznika dotyczącego leczenia BPD. ² Głównym celem terapii jest praca nad międzyludzkimi relacjami pacjenta, może również zawierać takie elementy jak interwencja rodzinna oraz leczenie farmakologiczne. Jest to najmniej teoretyczny typ terapii i najprostszy do stosowania przez terapeutę, ale jednocześnie najtrudniej ocenić jest poprawę stanu zdrowia. |

*APA - Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne; BPD – zaburzenia osobowości typu borderline

tego typu zaburzeń. Z doświadczenia wynika, że pacjenci uczestniczący w procesie ustalania rozpoznania częściej akceptują swój stan zdrowia. Chociaż lekarze, którym stwierdzenie wystąpienia BPD wydaje się niekorzystne (choroba ta jest przewlekła i nieuleczalna), mogą wzbraniać się przed ujawnieniem stanu zdrowia chorego,^{8,12} to zazwyczaj pacjent i jego rodzina informację o rozpoznaniu uznają za istotną i pomocną. Takie ujawnienie planów przebiegu terapii pozwoli ustalić, czego pacjent może się po niej spodziewać oraz może wpłynąć na poprawę porozumienia między chorym a lekarzem.³³ Z doświadczenia lekarzy wynika, że chorzy oraz ich rodziny zazwyczaj czują ulgę, gdy dowiadują się o innych pacjentach mających podobne objawy oraz o tym, że istnieje skuteczna terapia.

Zaburzenie osobowości typu borderline jest często mylnie rozpoznawane jako depresja lub zaburzenia afektywne dwubiegunowe i w związku z tym leczone za pomocą leków przeciwdepresyjnych lub stabilizujących nastrój.^{9,10} Do błędnego rozpoznania dochodzi się, mimo że rozróżnienie BPD od zaburzeń afektywnych zazwyczaj nie jest skomplikowane (jestem wręcz przeciwnego zdania, diagnostyka różnicowa jest tu szczególnie trudna, a niekiedy ostateczne odróżnienie tych chorób bywa wręcz niemożliwe – przyp. tłum.) Inaczej niż w przypadku zaburzeń depresyjnych, stany obniżonego nastroju towarzyszące BPD objawiają się uczuciem pustki, wstydu oraz długotrwałym negatywnym postrzeganiem samego siebie. Chorzy cierpiący na BPD, w odróżnieniu od osób z chorobą afektywną dwubiegunową, są wyjątkowo wyczuleni na punkcie odrzucenia i nie występują u nich epizody manii lub euforii.

LECZENIE

Psychoterapia

Podstawową metodą leczenia BPD jest psychoterapia.^{2,34} Wyniki randomizowanych badań z udziałem chorych na BPD potwierdzają skuteczność różnych form psychoterapii, polegających na udziale pacjenta w sesjach trwających 2 do 3 godzin tygodniowo, przez rok lub dłużej prowadzonych przez psychiatrę lub psychologa, którzy wcześniej zostali przeszkoleni i których praca jest pod ciągłym nadzorem.^{2,35,36} W tabeli 2 opisano cztery typy psychoterapii, których skuteczność w leczeniu BPD została zbadana. Dla każdej z metod stworzono instrukcję z wytycznymi, w związku z czym działania osób prowadzących konkretny rodzaj terapii mogą być wiarygodnie oceniane. Najlepiej poznaną spośród tych metod jest dialektyczna terapia behawioralna.³⁷ Udowodniono jednak, że stosowanie każdej z opisanych metod jest skuteczniejsze od klasycznej opieki medycznej (mieszany dobór terapii), zmniejsza o 80-90% konieczność stosowania innych metod leczenia (hospitalizacja, wizyty na ostrym dyżurze oraz leczenie farmakologiczne) oraz powoduje około 50% zmniejszenie częstości samookaleczenia oraz prób samobójczych. Badania przeprowadzone po pewnym czasie od wprowadzenia psychoterapii do leczenia zaburzeń osobowości wykazały, że korzyści medyczne utrzymują się przez 2-5 lat.^{38,39} Należy jednak pamiętać, że prowadzenie tego typu terapii wymaga wykwalifikowanych specjalistów, w związku z czym metody te nie są stosowane na szeroką skalę.

Obowiązuje jednak parę podstawowych zasad prowadzenia skutecznych form psychoterapii, które można zastosować

Tabela 3. Podstawowe zasady skutecznego leczenia pacjentów cierpiących na BPD

| Zasady | Opis |
|--|---|
| Konieczność wyznaczenia lekarza prowadzącego | Wyznaczenie jednego z lekarzy do prowadzenia rozmowy z chorym na temat ustalonego rozpoznania, oceny poczynionych postępów, czuwania nad bezpieczeństwem, nadzorowania kontaktów z innymi lekarzami i członkami rodzin |
| Jasna struktura prowadzenia leczenia | Stworzenie celów i przestrzeganie uprawnień lekarza, przede wszystkim w zakresie jego/jej dyspozycyjności oraz planu działania dla pacjenta w przypadku wystąpienia myśli samobójczych lub w innych niebezpiecznych sytuacjach |
| Konieczność wspierania pacjenta przez lekarza | Wspieranie pacjenta w chwilach rozpacz i w momentach desperacji, dawanie nadziei poprzez utwierdzanie go w przekonaniu, że możliwe jest wyzdrowienie |
| Konieczność zaangażowania pacjenta w terapię | Uświadomienie pacjentowi, że efekty leczenia zależą od wysiłku jaki włoży w pracę nad kontrolowaniem jego/jej emocji i zachowań |
| Konieczność interwencji lekarskiej | Świadomość tego, że lekarz powinien być aktywny (przerywać milczenie lub ucinać dygresję), koncentrować się na sytuacji bieżącej (w tym na objawach złości czy odmowie współpracy) pomagać pacjentowi zrozumieć, z czego wynika jego/jej strach przed odrzuceniem, utratą wsparcia czy innymi wydarzeniami mającymi miejsce w przeszłości |
| Umiejętność lekarza w radzeniu sobie z myślami samobójczymi pacjenta czy z zachowaniami mającymi na celu samookaleczenie | Świadomość tego, że lekarz powinien wykazywać troskę o zdrowie pacjenta i uważnie go słuchać. Lekarz powinien podejmować ostrożne i przemyślane decyzje (np. nie zawsze najlepszym rozwiązaniem jest przyjęcie do szpitala) |
| Lekarz powinien być świadomy swoich możliwości i w razie konieczności być gotowy do przeprowadzenia konsultacji z innymi lekarzami | Zrozumienie, że zachowania związane z idealizowaniem i dewaluacją relacji z innymi ludźmi należą do stylu bycia chorego i że w związku z tym próby ochrony lub karanie są reakcjami oczekiwanymi (przeciwprzeniesienie), które mogą zaburzyć proces leczenia i mogą wymagać konsultacji z innymi lekarzami |

w praktyce (tab. 3). Zasady te są centralnym punktem terapii nazywanej podstawowe postępowanie psychiatryczne (general psychiatric management), metody która jest prostsza do stosowania i mniej intensywna niż dialektyczna terapia behawioralna, a w podobny sposób może zmniejszyć konieczność wprowadzania innych form leczenia oraz ograniczyć częstość samookaleczeń lub samobójstw.⁴⁰

Zasady wypracowane w trakcie prowadzenia skutecznych form psychoterapii dotyczą wszystkich lekarzy zajmujących się chorymi z BPD. Podczas pierwszej wizyty lekarz powinien przeprowadzić z pacjentem rozmowę na temat rozpoznanej choroby, wykazać troskę o jego stan zdrowia oraz wyznaczyć krótkoterminowe i możliwe do zrealizowania cele leczenia. Przykładowym celem może być podjęcie działań w celu poprawy samopoczucia (np. unikanie stresujących sytuacji lub przyjmowanie leków), zwracanie się z prośbą o pomoc, zanim utraci się kontrolę nad swoim zachowaniem, zmiana nawyków związanych ze snaniem lub ćwiczeniami fizycznymi, udział w zajęciach grupy wsparcia (np. Anonimowi Alkoholicy), próba odnowienia kontaktów ze starymi znajomymi lub rodziną. Z doświadczenia lekarzy wynika, że takie podejście do pacjenta podczas wstępnej fazy leczenia może być zaskakująco skuteczne.⁴¹

Prawdopodobnie największym problemem dla osób opiekujących się chorymi z BPD są takie zachowania, jak umyślne samookaleczenia, zachowania impulsywne, których konsekwencje mogą działać destrukcyjnie na chorego (np. prowadzenie pojazdu pod wpływem alkoholu lub narkotyków, niebezpieczne zachowania seksualne) oraz nawracające myśli samobójcze. Ich obecność często budzi obawy dotyczące zamiaru popełnie-

nia przez chorego samobójstwa. Zazwyczaj zachowania te są jednak jedynie oznaką wymierzania samemu sobie kary lub sposobem na odreagowanie emocji, często występują w połączeniu z odurzeniem alkoholowym.⁴² Trzeba wykazać się dociekliwością, aby móc ustalić intencje pacjenta. Jeśli rzeczywiście okaże się, że chory chciał popełnić samobójstwo, to najważniejszą rzeczą jest zapewnienie mu bezpieczeństwa. W takiej sytuacji konieczna może być hospitalizacja oraz skontaktowanie się z rodziną chorego, nawet wbrew jego woli. Jeśli natomiast stwierdzimy, że chory nie zamierzał popełnić samobójstwa, wtedy zachowania polegające na samookaleczeniu lub groźby, że chce się okaleczyć mogą być skutecznie zwalczane przez uważną obserwację (wymaga to zaangażowania zarówno osób bezpośrednio związanych z pacjentem, jak i lekarzy) oraz przygotowanie dla chorego planu działania w sytuacjach kryzysowych. Jeśli istnieje taka potrzeba, pacjent w sytuacji kryzysowej może zgłosić się na ostry dyżur, ale w praktyce alternatywą dla tego typu działań jest kontakt telefoniczny z lekarzem prowadzącym, kontakt drogą mailową, sięgnięcie po pomoc w grupie wsparcia Anonimowych Alkoholików lub jeśli jest to wskazane, skierowanie pacjenta na terapię odwykową. Jeśli zachowania autodestrukcyjne powtarzają się lub nasilają, w proces terapii powinien zostać włączony lekarz z doświadczeniem w leczeniu BPD.

Kolejnym wyzwaniem dla lekarza kierującego jest decyzja, w jaki sposób reagować w przypadku regularnie okazywanego gniewu pacjenta wobec rodziny oraz jak zapobiegać wyobcowaniu w rodzinie.⁴³ Członkowie rodziny zazwyczaj odczuwają takie same uczucia złości i bezsilności jak lekarze opiekujący się pacjentami z BPD.⁴⁴ Niedostrzeżenie tego problemu przez

lekarza może zwiększyć alienację pacjenta w rodzinie, co jest o tyle niekorzystne, że emocjonalne i finansowe wsparcie bliskich jest zazwyczaj bardzo potrzebne. Z doświadczenia lekarzy wynika, że włączenie członków rodziny w proces leczenia pomaga im zrozumieć całą sytuację, wesprze chorego oraz ułatwia kontakt między nimi a pacjentem, a także zmniejsza emocjonalne i finansowe obciążenie chorego.²

Farmakoterapia

Chociaż pacjentom cierpiącym na BPD często przepisywane są selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny (SSRI) i inne leki przeciwdepresyjne, to w badaniach randomizowanych stwierdzono, że skutecznością nie przewyższają one placebo.⁴⁵ W innych badaniach randomizowanych wykazano korzystne działanie atypowych leków przeciwpsychotycznych (np. olanzapiny) i leków normotymicznych (np. lamotryginy), ich przyjmowanie wpływa przede wszystkim na zmniejszenie impulsywności i agresji pacjentów z BPD. Zazwyczaj jednak skutki leczenia są niewielkie, natomiast powszechne są działania niepożądane (np. otyłość i towarzyszące jej nadciśnienie tętnicze oraz cukrzyca w przypadku stosowania atypowych leków przeciwpsychotycznych lub niewydolność nerek lub objawy zatrucia ciążowego podczas przyjmowania leków normotymicznych).^{46,47} Należy mieć więc świadomość, że leki powinny tylko uzupełniać stosowaną psychoterapię.³³ W praktyce przepisanie leków może ułatwić współpracę z chorym dzięki okazanemu zaangażowaniu lekarza. Wygórowane oczekiwania wobec skutków działania leków mogą jednak podkopywać wysiłek chorego włożony w samodzielną pracę nad poprawą samopoczucia.

Przepisywanie leków chorym na BPD budzi powszechne obawy związane z przedawkowaniem lub odmową ich przyjmowania. Z doświadczenia wynika jednak, że leczenie farmakologiczne może być stosowane bez niepotrzebnego ryzyka, jeśli pacjent jest regularnie obserwowany oraz jest w kontakcie z lekarzem prowadzącym.^{2,36,48} Kolejnym problemem jest polipragmazja, która może wystąpić, gdy pacjent chce kontynuować dotychczasową farmakoterapię lub zacząć przyjmować kolejne leki mimo braku widocznych korzyści. W jednym z badań wykazano, że ponad 80% chorych z BPD stosuje 3 lub więcej różnych leków.⁴⁹ Leki, których podawanie nie przynosi wyraźnych korzyści dla zdrowia pacjenta, powinny być odstawione, zanim zostanie wprowadzony nowy lek.

Zagadnienia wymagające wyjaśnienia

Do tej pory nie zidentyfikowano genów odpowiedzialnych za skłonność do zapadania na BPD. Potrzebne są dalsze badania dotyczące dziecięcych oraz związanych z okresem dojrzewania czynników ryzyka wystąpienia BPD w życiu dorosłym. Dane na temat interakcji czynników środowiskowych z czynnikami genetycznymi pomogą ustalić, które dzieci należą do grupy ryzyka oraz stworzyć plan wczesnej interwencji. Dodatkowe

badania potrzebne są, aby zidentyfikować wczesne zwiastuny późniejszych słabych rezultatów leczenia, takie jak samobójstwa czy przewlekłość choroby. Neurologiczne podłoże BPD jest niedostatecznie poznane; pełniejsza wiedza na ten temat mogłaby pomóc stworzyć skuteczny plan farmakoterapii. Istnieje również potrzeba opracowania metod leczenia zaburzeń społecznych powiązanych z BPD. Istotne jest coraz szersze rozpowszechnianie informacji na temat skutecznych form psychoterapii, ponieważ dostępność tego typu terapii jest wciąż ograniczona.

Wytyczne

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA) opracowało wytyczne dotyczące leczenia chorych na BPD. Wskazują one na konieczność aktywnego angażowania pacjentów w proces pracy nad zmianą własnych zachowań, w którym kluczową rolę odgrywa psychoterapia,³⁴ oraz na potrzebę włączenia lekarzy pierwszego kontaktu do koordynowania przebiegu opieki medycznej.³⁴ Osoby tworzące te zalecenia nie posiadały dostępnej obecnie wiedzy na temat genetycznych i neurobiologicznych czynników związanych z BPD, o ograniczonej skuteczności działania leków przeciwdepresyjnych w przypadku tego typu zaburzeń oraz o opartej na dowodach skuteczności psychoterapii.

Podsumowanie i zalecenia

U pacjentki opisanej na wstępie występują zachowania impulsywne oraz autodestrukcyjne charakterystyczne dla BPD. Przed ustaleniem ostatecznego rozpoznania należy porozmawiać z chorą i spytać o inne zachowania charakterystyczne dla tego typu zaburzeń jak złość i obawa przed odrzuceniem lub opuszczeniem. Lekarz powinien poinformować pacjentkę o genetycznych i środowiskowych czynnikach wpływających na rozwój choroby, o prawdopodobnych korzystnych efektach psychoterapii. Jeśli do tej pory u chorej stosowano farmakoterapię, należy ją ocenić, a następnie skierować pacjentkę na psychoterapię prowadzoną przez lekarza doświadczonego w leczeniu BPD. Dzięki wprowadzeniu przemyślanego sposobu kontrolowania zachowań samookaleczających można uniknąć niepotrzebnej hospitalizacji chorej. Wiedząc o wrażliwości chorej na odrzucenie, lekarz może również pomóc jej w opracowaniu planu możliwego działania, gdyby takie problemy znów wróciły.

From the New England Journal of Medicine 2011;364:2037-2042. Translated and reprinted in its entirety with permission of the Massachusetts Medical Society. Copyright © 2011 Massachusetts Medical Society. All rights reserved.

Piśmiennictwo

1. Gross R, Olfson M, Gameroff M, et al. Borderline personality disorder in primary care. Arch Intern Med 2002;162:53-60.
2. Gunderson JG, Links PS. Borderline personality disorder: a clinical guide. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc., 2008.

3. Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC. DSM-IV personality disorders in the national comorbidity survey replication. *Biol Psychiatry* 2007;62:553-64.
4. Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, 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;69:533-45.
5. Pascual JC, Córcoles D, Castaño J, et al. Hospitalization and pharmacotherapy for borderline personality disorder in a psychiatric emergency service. *Psychiatr Serv* 2007;58:1199-204.
6. Bender DS, Dolan RT, Skodol AE, et al. Treatment utilization by patients with personality disorders. *Am J Psychiatry* 2001; 158:295-302.
7. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Silk KR. Mental health service utilization by borderline personality disorder patients and Axis II comparison subjects followed prospectively for 6 years. *J Clin Psychiatry* 2004;65:28-36.
8. Grilo CM, Sanislow CA, Skodol AE, et al. Longitudinal diagnostic efficiency of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: a 2-year prospective study. *Can J Psychiatry* 2007;52:357-62.
9. Zimmerman M, Mattia JI. Differences between clinical and research practices in diagnosing borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1999;156:1570-4.
10. Zimmerman M, Ruggiero CJ, Chelminski I, Young D. Psychiatric diagnoses in patients previously overdiagnosed with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2010;71:26-31.
11. Groves JE. Borderline personality disorder. *N Engl J Med* 1981;305:259-62.
12. Vaillant GE. The beginning of wisdom is never calling a patient a borderline. *J Psychother Pract Res* 1992;1:117-34.
13. Distel MA, Willemsen G, Ligthart L, et al. Genetic covariance structure of the four main features of borderline personality disorder. *J Pers Disord* 2010;24:427-44.
14. Gunderson JG, Zanarini MC, Choi-Kain LW, Mitchell KS, Jang KK, Hudson JI. Family study of borderline personality disorder and its sectors of psychopathology. *Arch Gen Psychiatry* (in press).
15. Kupper N, Willemsen G, Riese H, Posthuma D, Boomsma DI, de Geus EJ. Heritability of daytime ambulatory blood pressure in an extended twin design. *Hypertension* 2005;45:80-5.
16. Donegan NH, Sanislow CA, Blumberg HP, et al. Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implications for emotional dysregulation. *Biol Psychiatry* 2003;54:1284-93.
17. Silbersweig D, Clarkin JF, Goldstein M, et al. Failure of frontolimbic inhibitory function in the context of negative emotion in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2007;164:1832-41.
18. King-Casas B, Sharp C, Lomax-Bream L, Lohrenz T, Fonagy P, Montague PR. The rupture and repair of cooperation in borderline personality disorder. *Science* 2008;321:806-10.
19. Stanley B, Siever IJ. The interpersonal dimension of borderline personality disorder: toward a neuropeptide model. *Am J Psychiatry* 2010;167:24-39.
20. Gunderson JG, Stout RL, McGlashan TH, et al. Ten year course of borderline personality disorder: psychopathology and function: from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Arch Gen Psychiatry* 2011 April 4 (Epub ahead of print).
21. Rothrock J, Lopez I, Zweifler R, Andress-Rothrock D, Drinkard R, Walters N. Borderline personality disorder and migraine. *Headache* 2007;47:22-6.
22. Palmer NB, Salcedo J, Miller AL, Winiarski M, Arno P. Psychiatric and social barriers to HIV medication adherence in a triply diagnosed methadone population. *AIDS Patient Care STDS* 2003;17:635-44.
23. Massion AO, Dyck IR, Shea MT, Phillips KA, Warshaw MG, Keller MB. Personality disorders and time to remission in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:434-40.
24. Walter M, Gunderson JG, Zanarini MC, et al. New onsets of substance use disorders in borderline personality disorder over 7 years of follow-ups: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorder Study. *Addiction* 2009;104:97-103.
25. Soeteman DI, Hakkaart-van Roijen L, Verheul R, Busschbach JJ. The economic burden of personality disorders in mental health care. *J Clin Psychiatry* 2008;69:259-65.
26. Sansone RA, Lam C, Wiederman MW. Road rage: relationships with borderline personality and driving citations. *Int J Psychiatry Med* 2010;40:21-9.
27. Tweed RG, Dutton DG. A comparison of impulsive and instrumental subgroups of batterers. *Violence Vict* 1998;13:217-30.
28. Trestman RL, Ford J, Zhang W, Wiesbrock V. Current and lifetime psychiatric illness among inmates not identified as acutely mentally ill at intake in Connecticut's jails. *J Am Acad Psychiatry Law* 2007;35:490-500.
29. Fernández Montalvo J, Echeburúa E. Pathological gambling and personality disorders: a pilot study with the MCMI-II. *Psicothema* 2006;18:453-8. (In Spanish.)
30. Gunderson JG, Lyons-Ruth K. BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype: a gene-environment-developmental model. *J Pers Disord* 2008;22:22-41.
31. Winograd G, Cohen P, Chen H. Adolescent borderline symptoms in the community: prognosis for functioning over 20 years. *J Child Psychol Psychiatry* 2008;49:933-41.
32. Goodman M, Patil U, Triebwasser J, et al. Parental viewpoints of trajectories to borderline personality disorder in female offspring. *J Pers Disord* 2010;24:204-16.
33. Zanarini MC, Frankenburg FR. A preliminary, randomized trial of psychoeducation for women with borderline personality disorder. *J Pers Disord* 2008;22:284-90.
34. Oldham JM, Gabbard GO, Goin MK, et al. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2001;158: Suppl:1-52.
35. Weinberg I, Ronningstam E, Goldblatt MJ, Schechter M, Maltzberger JT. Common factors in empirically supported treatments of borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2011;13:60-8.
36. Binks CA, Fenton M, McCarthy L, Lee T, Adams CE, Duggan C. Psychological therapies for people with borderline personality disorder: the Cochrane Collaboration. New York: Wiley, 2007.
37. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:757-66. [Erratum. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:1401.]
38. Linehan MM, Heard HL. Borderline personality disorder: costs, course and treatment outcomes. In: Miller N, Magruder N, eds. *The cost-effectiveness of psychotherapy: a guide for practitioners, researchers and policy makers*. New York: Oxford University Press, 1999:291-305.
39. Bateman A, Fonagy P. Health service utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care. *Am J Psychiatry* 2003;160:169-71.
40. McMain SF, Links PS, Gnam WH, et al. A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2009;166:1365-74. [Erratum. *Am J Psychiatry* 2010;167:1283.]
41. Gunderson JG, Bender D, Sanislow C, et al. Plausibility and possible determinants of sudden "remissions" in borderline patients. *Psychiatry* 2003;66:111-9.
42. Weinberg I, Ronningstam E, Goldblatt MJ, Schechter M, Wheelis J, Maltzberger JT. Strategies in treatment of suicidality: identification of common and treatment-specific interventions in empirically supported treatment manuals. *J Clin Psychiatry* 2010;71:699-706.
43. Hoffman PD, Fruzetti AE, Buteau E, et al. Family connections: a program for relatives of persons with borderline personality disorder. *Fam Process* 2005;44:217-25.
44. Gunderson JG, Lyoo IK. Family problems and relationships for adults with borderline personality disorder. *Harv Rev Psychiatry* 1997;4:272-8.
45. Gunderson JG, Morey LC, Stout RL, et al. Major depressive disorder and borderline personality disorder revisited: longitudinal interactions. *J Clin Psychiatry* 2004;65:1049-56.
46. Ingenhoven T, Lafay P, Rinne T, Passchier J, Duivenvoorden H. Effectiveness of pharmacotherapy for severe personality disorders: meta-analyses of randomized controlled trials. *J Clin Psychiatry* 2010;71:14-25.
47. Lieb K, Völlm B, Rucker G, Timmer A, Stoffers JM. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. *Br J Psychiatry* 2010;196:4-12.
48. Waldinger RJ, Frank AF. Transference and the vicissitudes of medication use by borderline patients. *Psychiatry* 1989;52:416-27.
49. Frankenburg FR, Zanarini MC. Obesity and obesity-related illnesses in borderline patients. *J Pers Disord* 2006;20:71-80.