

Leefstijlinterventies bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis

C.G. Kooiman

Samenvatting Het heeft al langer de belangstelling dat patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) vaker tevens somatische comorbiditeit hebben en dat zij een kortere levensverwachting hebben. Minder aandacht krijgt dat ook persoonlijkheidsstoornissen geassocieerd zijn met een slechtere somatische gezondheid en een kortere levensverwachting. In de praktijk is in veel gevallen een maladaptieve leefstijl medeveroorzaker van de slechtere somatische conditie. Bovendien is de klinische indruk dat een maladaptieve leefstijl een gunstig beloop van de (psycho) therapie potentieel in de weg staat. Dit artikel bevat een beknopt overzicht van de literatuur en aan de hand van praktijkvoorbeelden worden suggesties gegeven hoe te interveniëren op leefstijlproblemen. Belangrijk is dat men er rekening mee houdt dat een maladaptieve leefstijl dikwijls 'gekozen' zal zijn als coping met de door de patiënt ervaren moeilijkheden.

Het is al langer bekend dat patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA; schizofrenie, schizoaffectieve stoornis en bipolaire stoornis) een sterk gereduceerde levensverwachting hebben, in de orde van 10-20 jaar. Deze verkorte levensverwachting wordt slechts gedeeltelijk verklaard door vormen van onnatuurlijke dood (suicide, ongevallen en geweldsincidenten) (Hayes e.a. 2012).

Ook persoonlijkheidsstoornis is geassocieerd met een verkorte levensverwachting. In Brits (Fok e.a. 2012; Ajetunmobi e.a. 2013), Scandinavisch (Høye e.a. 2013; Björkenstam e.a. 2015a,b) en Canadees onderzoek (Cailhol e.a. 2017) onder patiënten die in behandeling zijn geweest voor een persoonlijkheidsstoornis komt naar voren dat deze patiënten in vergelijking met hun leeftijdsgenoten uit de algemene bevolking een verhoogd overlijdensrisico hebben. Daarbij worden levensverwachtingen gerapporteerd die 9-18 jaar korter zijn (Fok e.a. 2012; Cailhol e.a. 2017). Anders dan misschien verwacht, blijkt het in de genoemde studies in de helft tot twee derde van de gevallen om een natuurlijke doodsoorzaak te gaan, zoals cardiovasculaire, gastro-intestinale en pulmonale aandoeningen waaronder maligniteiten.

Ondanks deze verontrustende cijfers is er, anders dan voor de patiënten met een EPA (Meeuwissen e.a. 2014), voor de patiënten met een persoonlijkheidsstoornis relatief weinig aandacht voor hun somatisch welbevinden. In dit artikel wordt onderstreept dat het ook voor patiënten die voor een persoonlijkheidsstoornis psychotherapie zoeken, van belang is te inventariseren wat hun

somatische conditie is en in welke mate hun leefstijl daar een (on)gunstig effect op heeft. Eerst wordt literatuur besproken over een persoonlijkheidsstoornis en somatische comorbiditeit en de mogelijke rol van leefstijlfactoren. Daarvoor werd in PubMed en PsycInfo gezocht met de zoektermen [(person* OR attach*) AND (somatic OR co-morbidity OR mortality OR metabo* OR life style)]. De daaropvolgende casuïstiek illustreert de problematiek en de slotbeschouwing biedt handvatten voor de praktijk.

Persoonlijkheidsstoornissen en somatische comorbiditeit

De kortere levensverwachting van mensen met een persoonlijkheidsstoornis blijkt dus niet voornamelijk toe te schrijven aan suicides, maar waarschijnlijk ook aan hun somatische conditie. In een Amerikaans bevolkingsonderzoek (El-Gabalawy e.a. 2010) was de borderlinepersoonlijkheidsstoornis geassocieerd met een verhoogde prevalentie van arteriosclerose of hypertensie, leveraandoeningen, cardiovasculaire en gastro-intestinale ziekten, en SOA's, ook wanneer werd gecorrigeerd voor onder andere angst- en stemmingsstoornissen en andere persoonlijkheidsstoornissen (*adjusted* OR 1,5-2,8). In ander Amerikaans onderzoek (Temes e.a. 2019) bleek dat klinisch behandelde patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis die bij langdurige follow-up nooit in remissie waren, vaker hypertensie, osteoartritis, urine-incontinentie en chronische rugpijn hadden dan degenen die dat ooit wel waren. Soortgelijke bevindingen worden ook beschreven in het

AUTEUR

Kees (C.G.) Kooiman, psychiater/psychoanalytisch psychotherapeut, GGZ de Viersprong, Rotterdam.

Correspondentie

Kees Kooiman (Kees.kooiman@deviersprong.nl)

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 4-6-2021.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2021;63(9):679-683

hechtingsstijlonderzoek, wat relevant is daar een onveilige hechtingsstijl predisponeert voor het krijgen van een persoonlijkheidsstoornis (Lorenzini & Fonagy 2013). In meerdere onderzoeken (Kooiman & Lub-Moss 2021) wordt een associatie gevonden tussen een onveilige hechtingsstijl en lichamelijke gezondheidsklachten of een metabole ontregeling. Er is geen onderzoek bekend waarin hechtingsstijl en persoonlijkheidsstoornissen gelijktijdig zijn onderzocht, zodat nog onduidelijk is wat de bijdrage van elk is bij de ontwikkeling van somatische gezondheidsklachten.

De mogelijke rol van leefstijlfactoren

Sommige auteurs veronderstellen dat er een direct verband zou kunnen zijn tussen persoonlijkheidsstoornissen of een onveilige hechtingsstijl en somatische aandoeningen door een ontregeling van het stresssysteem waardoor bijvoorbeeld het maag-darmkanaal gevoeliger is geworden voor stressvolle omstandigheden (El-Gabalawy e.a. 2010; Maunder & Hunter 2015).

Een andere mogelijkheid is dat mensen met een persoonlijkheidsstoornis meer moeite hebben om adequaat gebruik te maken van de steun van beschikbare anderen, dus ook van (para)medische professionals, waardoor zij te laat hulp vragen (Maunder & Hunter 2015; Pietromonaco & Collins 2017; Dixon-Gordon e.a. 2018).

Een derde groep potentieel oorzakelijke factoren betreffen leefstijlgerelateerde gedragingen zoals het overmatig gebruik van tabaksproducten, alcohol of drugs; overmatig, te weinig of ongezond eten; een passieve leefstijl met onvoldoende lichamelijke beweging; en risicovol seksueel gedrag (El-Gabalawy e.a. 2010; Olsson & Dahl 2012; Maunder & Hunter 2015; Pietromonaco & Collins 2017; Dixon-Gordon e.a. 2018).

In meerdere studies (Kooiman & Lub-Moss 2021) wordt inderdaad vastgesteld dat een onveilige hechtingsstijl is geassocieerd met een ongezonde leefstijl en Temes e.a. (2019) beschrijven dat de nooit herstelde patiënten, anders dan de ooit wel herstelde patiënten, vaker een niet-adaptieve leefstijl hebben. Denk aan overmatig nicotine- en alcoholgebruik, overmatig gebruik van slaapmiddelen en pijnstillers, een tekort aan lichaamsbeweging en overgewicht. Deze gedragingen zijn geasso-

cieerd met het ontstaan van fysiologische veranderingen (overgewicht, verhoogde bloeddruk, verhoogde waarden van nuchter bloedglucose en van triglyceriden en verlaagde waarden van high-densitylipoproteïnen) die een risico vormen voor diverse somatische aandoeningen. Daarbovenop speelt iatrogenese nog een rol: een substantieel aantal patiënten met een (borderline)persoonlijkheidsstoornis gebruikt psychotrope medicijnen die eveneens geassocieerd zijn met overgewicht en/of een metabool syndroom (Zanarini e.a. 2015). Uiteraard hebben patiënten met een persoonlijkheidsstoornis dikwijls ook een stemmings- of angststoornis en deze stoornissen hebben eveneens een associatie met somatiek (Keuroghlian e.a. 2013).

Hoewel er dus meerdere oorzaken mogelijk zijn voor de slechtere somatische conditie van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis, lijkt een maladaptieve leefstijl zeker ook een belangrijke rol te spelen. Bovendien is het een factor die voor de clinicus makkelijk zichtbaar kan zijn, zoals de volgende casussen illustreren. Deze ziektegeschiedenissen zijn gefingeerd, maar wel aan de praktijk ontleend.

GEVALSBESCHRIJVINGEN

Patiënt A, een 24-jarige student, had psychotherapie gezocht omdat hij zich altijd minder voelde dan anderen en het hem niet lukte om vrienden te maken. De diagnose bij intake luidde dwangmatige persoonlijkheidsstoornis en sociale angststoornis. In de voorgeschiedenis werden meerdere behandelingen in de ggz vermeld, maar geen somatiek. Patiënt had een hekel aan sport en leefde een sedentair bestaan. Wel zei hij gezond te eten. Bij het psychiatrisch consult vertelde hij dat hij sinds zijn puberteit het gevoel had dat 'het zomaar mis kon gaan', maar dat hij over het algemeen weinig voelde en desgevraagd ook somatische angst- en depressie-equivalenten niet herkende. Gevraagd naar de somatische voorgeschiedenis reageerde hij terughoudend en vroeg of dat in het kader van de psychotherapie wel relevant was.

Na enige uitleg en bij doorvragen, vertelde hij dat hij

sinds zijn puberteit last had van hartritmestoornissen die hij overigens wel goed herkende. Toen bleek ook dat er in de somatische voorgeschiedenis wel veel cardiologische bemoeienis was, vaak van acute aard.

Patiënte B, een 34-jarige, alleenstaande moeder van drie jonge kinderen, had psychotherapie gezocht in verband met nervositeit en andere problemen passend bij een persoonlijkheidsstoornis met borderline- en afhankelijke trekken. Zij leefde van een bijstandsuitkering en had regelmatig onbeschermd seksueel contact met de vader van haar kinderen die naar zij vermoedde, niet monogaam was. Zij was meermaals behandeld voor een SOA en had eenmaal een abortus provocatus gehad. Het dag-weekritme werd bepaald door de kinderen en het huishouden en zij had weinig sociale contacten. Zij gebruikte vijf koffie per dag en een liter cola zonder suiker.

De familieanamnese was positief voor suikerziekte en hart- en vaatziekten. Bij onderzoek was er obesitas (*body-mass index*; BMI: 33), een verhoogde HbA_{1c}-waarde en nuchtere bloedsuikerwaarde en een ongunstig cholesterollipideprofiel.

Patiënt C, een 48-jarige, gescheiden man zonder kinderen, werd verwezen voor psychotherapie in verband met matig ernstige somberheidsklachten die werden toegeschreven aan persoonlijkheidsproblematiek. De diagnose bij intake luidde: een andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis met vermijdende, borderline- en narcistische trekken en dysthymie. Er werd schema-therapie geadviseerd.

Patiënt had een WIA-uitkering wegens rugklachten en had nauwelijks sociale contacten. Hij stond op tussen 11:00 en 13:00 uur op en startte de dag met een sigaret. De middag- en avondmaaltijd zijn 'eenvoudig'. Hij kwam weinig buiten, wandelde, fietste of sportte niet. In de middag keek hij naar YouTube of naar series, 's avonds naar de tv. Hij gebruikte gemiddeld 6 mokken koffie en 4 gewone cola op een dag, rookte een pakje sigaretten per dag en dronk dagelijks 3 flesjes bier.

De familieanamnese was positief voor hart- en vaatziek-

ten. Bij onderzoek was er overgewicht (BMI: 32), een hoge bloeddruk en een slecht gebit. Het laboratorium-onderzoek liet een ongunstig cholesterollipideprofiel, een verhoogde gamma-GT-waarde, een verhoogde nuchtere glucose- en HbA_{1c}-waarde zien, en een verlaagde vitamine D-spiegel.

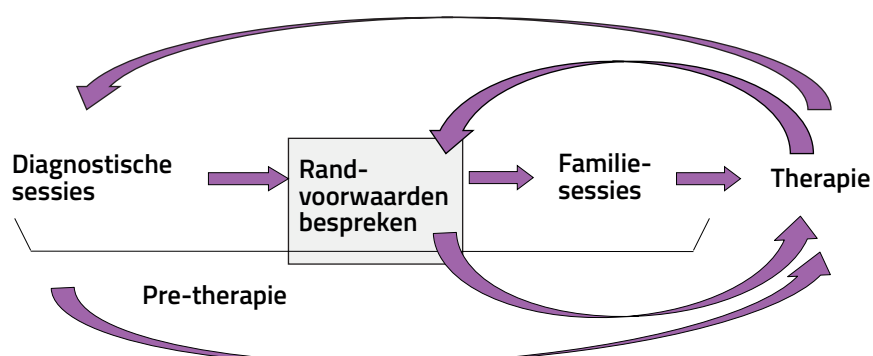
DISCUSSIE

Diagnostiek en interventies op leefstijlfactoren

In meerdere studies wordt aangegeven dat het implementeren van systematische leefstijlprogramma's geen sinecure is (Speyer e.a. 2019; Deenik e.a. 2020). Behandelaren kunnen echter al veel winnen wanneer zij de leefstijl van patiënten bij diagnostiek en behandeling systematisch in hun beschouwing meenemen. Daar hoort ook bij dat de behandelaar systematisch vraagt naar de somatische conditie en de somatische voorgeschiedenis van patiënten.

In veel ggz-instellingen worden in het intakeverslag de psychiatrische/psychologische en de somatische voorgeschiedenis apart beschreven. Lichaam en geest worden hier te veel gescheiden en men zou kunnen missen dat er een mogelijk verband is tussen bijvoorbeeld een operatieve ingreep en een enkele maanden later ontstane depressie. Maar ook, zoals bij patiënt A, kan men dan missen dat de passieve leefstijl een aanpassing is aan een ernstige somatische conditie waar de patiënt het liefst niet te veel bij stilstaat en die zelfs mogelijk medevormend is geweest in de persoonlijkheidsontwikkeling. Ook slaap- en eetpatroon en middelengebruik kan men standaard bespreken voordat men een intensieve, psychotherapeutische en/of farmacotherapeutische, behandeling begint. Patiënte B wist in verband met haar overgewicht dat zij een verhoogd risico had op suikerziekte en gebruikte dus suikervrije cola. Zij wist niet dat de overmaat aan cafeïne zou kunnen bijdragen aan haar nervositeit. Eenmaal daarop gewezen, vond zij het geen probleem om het cafeïnegebruik te minderen. Ook was zij goed gemotiveerd om zich voor de vastgestelde suikerziekte te laten behandelen, onder andere door af te

Figuur 1. Cyclus van diagnostiek, afspraken over randvoorwaarden (waaronder een adequate leefstijl) en therapie in engere zin (ontleend aan Yeomans e.a. 2017)



vallen met hulp van een diëtiste.

Moeilijker was het voor patiënt C. Hij wist heel goed dat zijn leefstijl niet gezond was, maar het was zijn manier geworden om de dag door te komen. Sommige patiënten hebben het idee dat zij eerst behandeld zouden moeten worden voor de psychiatrische problematiek voordat zij een normaal leven weer zouden kunnen oppakken. Dit raakt aan het betoog van Hens (2020) in dit tijdschrift dat leefstijladviezen dikwijls makkelijker te geven zijn dan uit te voeren.

Voor veel patiënten gaat het niet alleen om gewoonten die zij moeten doorbreken, maar ook nog om *coping*-mechanismen die het onbehagen eronder moeten houden. In de *transference focused* psychotherapie (TFP) (Kernberg e.a. 1989; Yeomans e.a. 2017) wordt hier expliciet rekening mee gehouden door voorafgaande aan de psychotherapie in engere zin daar waar nodig ook afspraken te maken over een adequate dag- en weekinvulling en passend middelengebruik als randvoorwaarden om de behandeling kans van slagen te kunnen geven (zie [figuur 1](#)). Dit deel van de TFP-benadering kan men beschouwen als het steunend-structurende deel van de behandeling.

Dat betekent wel dat de patiënt gevraagd wordt direct aan het werk te gaan, wat vanzelfsprekend voor hem of haar een opgave is. Zo nodig komt men er daarom gedurende de behandeling regelmatig op terug. Deze benadering is niet alleen van belang bij een specialistische behandeling voor patiënten met een borderline-persoonlijkheidsstoornis, maar kan ook dienen om met gezond verstand samen te beslissen bij bijvoorbeeld de farmacotherapeutische behandeling van patiënten met een paniekstoornis.

Vanzelfsprekend zal niet elke maladaptieve coping met steunend-structurende interventies te veranderen zijn. Voor patiënte B was het nog het moeilijkst om geen onveilige seksuele contacten met haar ex te hebben. Daarvoor moest zij middels de therapie meer aan zelfvertrouwen winnen.

CONCLUSIE

Ondanks de verhoogde morbiditeit en mortaliteit onder patiënten met een persoonlijkheidsstoornis is er in tegenstelling tot onderzoek onder andere psychiatrische patiënten (zie de multidisciplinaire richtlijn leefstijl en de GGZ-standaard somatische screening bij patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening) (Meeuwissen e.a. 2014) nog geen onderzoek naar het effect van interventies gericht op leefstijl en de somatische conditie van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen (Firth e.a. 2020).

Het is een verwaarloosd gebied, terwijl gezien de samenhang tussen een persoonlijkheidsstoornis en somatische morbiditeit onderzoek naar mogelijkheden om die associatie gunstig te beïnvloeden wel voor de hand zou liggen (Quirk e.a. 2015; Hall e.a. 2019). De door

mij beschreven ziektegeschiedenissen zijn verre van zeldzaam. In de praktijk blijkt aandacht besteden aan de leefstijl dus noodzakelijk en bovendien goed uitvoerbaar.

Bij TFP-behandelingen (Kernberg e.a. 1989; Yeomans e.a. 2017) wordt leefstijl al jaren systematisch geadresseerd in de 'pre-therapie', zij het niet als onderdeel van empirisch onderzoek. Bovendien wordt op basis van klinische evidentie verondersteld dat gedragsmatige activering, als onderdeel van een adaptieve leefstijl, een sleutelprincipe is voor verandering in elke vorm van psychotherapie (Lemma e.a. 2011; Dimaggio e.a. 2015; Yeomans e.a. 2017).

Aandacht voor de leefstijl zou de psychotherapie van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis dus weleens kunnen versnellen en verbeteren, een veronderstelling die nader empirisch onderzoek verdient.

LITERATUUR

- Ajetunmobi O, Taylor M, Stockton D, e.a. Early death in those previously hospitalised for mental healthcare in Scotland: A nationwide cohort study, 1986–2010. *BMJ Open* 2013; 3: 1–9.
- Björkenstam C, Björkenstam E, Gerdin B, e.a. Excess cause-specific mortality in out-patients with personality disorder. *BJPsych Open* 2015a; 1: 45–55.
- Björkenstam E, Björkenstam C, Holm H, e.a. Excess cause-specific mortality in in-patient-treated individuals with personality disorder: 25-year nationwide population-based study. *Br J Psychiatry* 2015b; 207: 339–45.
- Cailhol L, Pelletier É, Rochette L, e.a. Prevalence, mortality, and health care use among patients with cluster B personality disorders clinically diagnosed in Quebec: a provincial cohort study, 2001–2012. *Can J Psychiatry* 2017; 62: 336–42.
- Deenik J, Looijmans A, Kruisdijk FR, e.a. De kunst van de lange adem: implementatie van leefstijlinterventies in de ggz. *Tijdschr Psychiatr* 2020; 62: 981–9.
- Dimaggio G, Salvatore G, Lysaker PH, e.a. Behavioral activation revisited as a key principle of change in personality disorders psychotherapy. *J Psychother Integr* 2015; 25: 30–8.
- Dixon-Gordon KL, Conkey LC, Whalen DJ. Recent advances in understanding physical health problems in personality disorders. *Curr Opin Psychology* 2018; 21: 1–10.
- El-Gabalawy R, Katz LY, Sareen J. Comorbidity and associated severity of borderline personality disorder and physical health conditions in a nationally representative sample. *Psychosom Med* 2010; 72: 641–7.
- Firth J, Solmi M, Wootton RE, e.a. A meta-review of 'lifestyle psychiatry': the role of exercise, smoking, diet and sleep in the prevention and treatment of mental disorders. *World Psychiatry* 2020; 19: 360–80.
- Fok MLY, Hayes RD, Chang CK, e.a. Life expectancy at birth and all-cause mortality among people with personality disorder. *J Psychosom Res* 2012; 73: 104–7.
- Frankenburg FR, Zanarini MC. Personality disorders and medical comorbidity. *Curr Opin Psychiatry* 2006; 19: 428–31.
- Hall K, Barnicot K, Crawford M, e.a. A systematic review of interventions aimed at improving the cardiovascular health of people diagnosed with personality disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2019; 54: 897–904.
- Hayes RD, Chang CK, Fernandes AC, e.a. Functional status and all-cause mortality in serious mental illness. *PLoS ONE* 2012; 7(9): e44613.
- Hens K. 'Je zou wat meer moeten sporten'; de ethiek van leefstijl en

- geestelijke gezondheid. *Tijdschr Psychiatr* 2020; 62: 976-80.
- Høyve A, Jacobsen BK, Hansen V. Sex differences in mortality among patients admitted with personality disorder in North Norway: A prospective register study. *BMC Psychiatry* 2013; 13: 317.
- Kernberg OF, Selzer MA, Koenigsberg HW, e.a. *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*. New York: Basic Books; 1989.
- Keuroghlian AS, Frankenburg FR, Zanarini MC. The relationship of chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and health care utilization to recovery status in borderline patients over a decade of prospective follow-up. *J Psychiatr Res* 2013; 47: 1499-506.
- Kooiman K, Lub-Moss M. Hechtingstijl, lichamelijk functioneren en ziektegedrag. In: Eurlings-Bontekoe L, Kooiman K, Lub-Moss M, red. *Het lichaam en psychisch functioneren; theorie, onderzoek en klinische toepassing*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2021 (ter perse).
- Lemma A, Target M, Fonagy P. Brief dynamic interpersonal therapy: a clinician's guide. In: *Brief dynamic interpersonal therapy: a clinician's guide*. Oxford: Oxford University Press; 2011.
- Lorenzini N, Fonagy P. Attachment and personality disorders: a short review. *Focus* 2013; 11: 155-66.
- Maunder R, Hunter J. *Love, fear, and health: How our attachments to others shape health and health care*. Toronto: University of Toronto Press; 2015.
- Meeuwissen J, Meijel B, Piere M, e.a. *Richtlijn Somatische screening bij patiënten met een ernstige psychische aandoening*. GGZ-standaarden, 2014.
- Olsson I, Dahl AA. Avoidant personality problems - Their association with somatic and mental health, lifestyle, and social network. A community-based study. *Compr Psychiatry* 2012; 53: 813-21.
- Pietromonaco PR, Collins NL. Interpersonal mechanisms linking close relationships to health. *American Psychologist* 2017; 72: 531-42.
- Quirk SE, El-Gabalawy R, Brennan SL, e.a. Personality disorders and physical comorbidities in adults from the United States: data from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2015; 50: 807-20.
- Speyer H, Jakobsen AS, Westergaard C, e.a. Lifestyle interventions for weight management in people with serious mental illness: a systematic review with meta-analysis, trial sequential analysis, and meta-regression analysis exploring the mediators and moderators of treatment effects. *Psychother Psychosom* 2019; 88: 350-62.
- Temes CM, Frankenburg FR, Fitzmaurice GM, e.a. Deaths by suicide and other causes among patients with borderline personality disorder and personality-disordered comparison subjects over 24 years of prospective follow-up. *J Clin Psychiatry* 2019; 80: 30-6.
- Yeomans FE, Delaney JC, Levy KN. Behavioral activation in TFP: The role of the treatment contract in transference-focused psychotherapy. *Psychother* 2017; 54: 260-6.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, e.a. Rates of psychotropic medication use reported by borderline patients and axis II comparison subjects over 16 years of prospective follow-up. *J Clin Psychopharmacol* 2015; 35: 63-7.

SUMMARY

C.G. Kooiman

Lifestyle interventions for patients with personality disorder

It has been known for some time that patients with severe mental disorders often suffer from somatic comorbidity and that they have a shorter life expectancy. However, also patients with personality pathology often suffer from a poorer somatic health associated with a shorter life expectancy. In daily practice a poor somatic condition in these patients seems often due to a maladaptive life style. Moreover, clinical evidence suggests that a maladaptive life style hinders a good outcome of the (psychotherapeutic) treatment. In this article I present a brief review of the literature, describe three fictitious cases and give suggestions how to diagnose and intervene on a maladaptive life style. One had to take in account that a maladaptive life style often is used as a coping mechanism to combat one's difficulties.