
Alexithymie bij depressieve ouderen: een relevante persoonlijkheidstrek?

Auteurs: Bianca Mooi, Hannie C. Comijs, Minke A. Cladder, Aartjan T. F. Beekman

Samenvatting

Alexithymie (affectieve-cognitieve emotieregulatie) zou belangrijk kunnen zijn om affectieve problematiek bij ouderen te begrijpen. In deze studie wordt nagegaan of alexithymie (i) de kenmerken vertoont van een stabiele persoonlijkheidstrek, (ii) onafhankelijk is van andere persoonlijkheidstreken en (iii) geassocieerd is met de ernst en het beloop van depressie. Alexithymie werd bij ouderen met een (sub)klinische depressieve stoornis na intake (T1) en na drie maanden (T2) gemeten met de Bermond Vorst Alexithymie Vragenlijst (BVAV). De resultaten tonen aan dat alexithymie bij depressieve ouderen als een stabiele persoonlijkheidstrek opgevat kan worden die onafhankelijk is van de persoonlijkheidstreken volgens het Vijf Factoren Model (VFM). Alexithymie blijkt geen voorspeller voor het beloop van depressie. Geconcludeerd wordt dat alexithymie mogelijk relevant is voor de diagnostiek en behandeling van depressie bij ouderen en dat vervolgonderzoek wenselijk is.

Alexithymia: important for understanding mood disorders with older adults?

Abstract

Alexithymia (cognitive and affective emotion regulation) may be important for understanding mood disorders in older adults. In the present study it is examined whether alexithymia (i) acts as a stable personality trait, (ii) is independent from the Big Five personality traits, and (iii) is associated with the course and outcome of depressive disorder. Alexithymia was assessed at intake and after three months in older adults with a (sub)clinical depressive disorder using the The Bermond Vorst Alexithymia Questionnaire (BVAQ). The results show that alexithymia acts as a stable and independent personality trait. Alexithymia was no predictor for the outcome of depression after three months. It was concluded that alexithymia should be considered when assessing and treating depression in older adults. However, further research is necessary.

Kernwoorden: alexithymie, depressie, NEO-PI-R, ouderen, persoonlijkheidskenmerken

Keywords: Alexithymia, Depression, NEO-PI-R, Older adults, Personality

Inleiding

Alexithymie (vertaald vanuit het Grieks *a* = beperking; *lexis* = woord; *thymos* = emotie) is door Sifneos¹ in de jaren 70 geïntroduceerd en verwijst naar een cognitieve-affectieve stoornis in het verwerken en reguleren van emoties. Mensen met alexithymie hebben problemen om emoties onder woorden te brengen, ze te onderscheiden van lichamelijke sensaties, ze te differentiëren, erover te fantaseren of er op te reflecteren.^{2,3} Ze zijn kwetsbaarder voor psychische stress en hebben vaker depressieve, psychosomatische of angstklachten dan mensen met een goed functionerende emotieregulatie.⁴ Alexithymiekenmerken als het niet kunnen 'verbaliseren' en 'differentiëren' van emoties nemen met de ernst van een depressieve stoornis toe.^{5,6,7,8,9} De relatieve verschillen in de ernst van alexithymie tussen personen blijven, wanneer er gecontroleerd wordt voor de ernst van de depressieve symptomen, tijdens het beloop van de depressie gelijk. Op basis van deze relatieve stabiliteit concluderen veel onderzoekers dat alexithymie een stabiele persoonlijkheidstrek is,^{5,10,11} die

conceptueel onafhankelijk is van depressie.^{10, 12}

Studies waarin de relatie tussen alexithymie en de persoonlijkheidstreken volgens het Vijf Factoren Model (VFM) is onderzocht, tonen aan dat alexithymie een onafhankelijk construct is dat positief samenhangt met Neuroticisme en negatief met Extraversie en Openheid voor ervaringen.^{5,13,14} Bij niet-depressieve mensen is Introversie de belangrijkste voorspeller van alexithymie, terwijl bij depressieve mensen Neuroticisme het sterkst samenhangt met alexithymie, ook wanneer gecontroleerd wordt voor de ernst van depressie.¹⁵ Inzicht in de samenhang tussen emotieregulatie en de VFM-persoonlijkheidstreken kan mogelijk verduidelijken waarom iemand stressgevoelig en kwetsbaar is voor het ontwikkelen van een depressieve stoornis of een recidiverend beloop.

Bij jongere volwassenen wordt wisselend wel of geen verband gevonden tussen leeftijd en alexithymie,^{11,16,17,18} maar op latere leeftijd neemt alexithymie duidelijk toe.¹⁹ Henry et al. onderzochten dit per kenmerk van alexithymie en vonden dat ouderen (≥60 jaar) minder introspectief waren en een meer algemeen beschouwende cognitieve stijl hanteerden in vergelijking met jongere volwassenen.²⁰ Lane et al. hebben gesuggereerd dat de toename van alexithymie bij ouderen toegeschreven kan worden aan leeftijdgerelateerde degeneratie in hersenstructuren.¹⁶ De *cortex cingularis anterior* (CCA) maakt onderdeel uit van het limbisch systeem en is in de rechterhemisfeer betrokken bij emotieregulatie en de bewustwording van emoties.^{16,21,22} De resultaten van het onderzoek van Paradiso et al. bevestigen dat op latere leeftijd alexithymie toeneemt, terwijl het volume van de CCA afneemt.¹⁹ Deze samenhang werd voornamelijk verklaard door een afname van het introspectieve vermogen. Opvallend is dat deze leeftijdgerelateerde afname van het introspectieve vermogen gepaard gaat met een toename van het psychisch welbevinden bij ouderen.²⁰ Bij ouderen met recidiverende depressieve episoden is een verminderde activiteit van de CCA aangetoond die voorspellend is gebleken voor een slechte behandelrespons. Het is onduidelijk of ouderen met recidiverende depressies verschillen in de ernst van alexithymie ten opzichte van ouderen met een eerste depressieve episode.

Inzicht in de samenhang tussen alexithymie, de VFM-persoonlijkheidstreken en depressie bij ouderen kan van belang zijn voor het ontwikkelen van diagnostische en therapeutische methoden die beter rekening houden met de cognitieve-affectieve emotieregulatie van depressieve ouderen. Eerst wordt onderzocht of alexithymie bij ouderen met een depressie als een stabiele persoonlijkheidstrek opgevat kan worden. Vervolgens wordt de relatie tussen alexithymie en de VFM-persoonlijkheidstreken en depressie bij ouderen onderzocht. De volgende hypothesen worden getoetst:

1. Alexithymie is stabiel tijdens het beloop van depressie bij ouderen.
2. Alexithymie is als persoonlijkheidstrek onafhankelijk van de VFM-persoonlijkheidstreken bij depressieve ouderen.
3. Ouderen met een recidiverende depressie zijn meer alexithym tijdens het beloop van depressie dan ouderen met een eerste-episode-depressie.
4. Alexithymie is een voorspeller voor het herstel van depressie bij ouderen.

Methode

Deelnemers en procedure

Tussen februari 2004 en december 2006 zijn 424 ouderen (69,6% vrouw; leeftijd 59-94; M=71,3; SD=8,3) aangemeld voor deelname aan een longitudinale studie naar Persoonlijkheid in het beloop van Angst en Depressie bij Ouderen (PADO). De ouderen waren verwezen voor klinische of poliklinische behandeling bij GGZ Meerkanten Flevo-Veluwe in verband met depressie of angstklachten. Inclusiecriteria waren de aanwezigheid van een (sub)klinische depressieve stoornis en/of een angststoornis. Een subklinische depressie was gedefinieerd als geen SCID-I/P diagnose 'depressie', maar wel een score ≥16 (klinisch relevante depressieve symptomen) op de *Center for Epidemiologic Studies of Depression* vragenlijst (CES-D).^{23,24} De exclusiecriteria waren een MMSE score <18, een psychotische stoornis, ernstige fatische of visuele beperkingen of een vastgestelde vasculaire, subcorticale of degeneratieve cerebrale aandoening. Binnen zes weken na intake werden de ouderen door een onderzoeksmedewerker benaderd voor deelname aan het onderzoek. Acht ouderen konden niet worden bereikt, één oudere overleed voortijdig, acht ouderen waren niet in staat om deel te nemen aan het onderzoek, 95 ouderen weigerden deelname en 111 ouderen kwamen niet in aanmerking voor inclusie, zodat 201 ouderen (68,7% vrouw; leeftijd 59-94; M=68,6; SD=7,3) geïnccludeerd konden worden. De geïnccludeerde ouderen waren jonger dan de ouderen die niet aan het

onderzoek deelnemen ($t(421,6)=6,651$; $p<0,0001$).

Deelnemers werden vooraf zowel mondeling als schriftelijk geïnformeerd over het doel en de procedure van het onderzoek. Er werd hen verteld dat ze op ieder moment konden stoppen met deelname. Voor alle 201 deelnemers werd informed consent verkregen.

De metingen werden in de (poli)kliniek of bij de oudere thuis afgenomen. Voorafgaand aan de eerste meting werd met behulp van de *Structured Clinical Interview DSM-IV (SCID-I/P)*²⁵ de diagnose depressie of angst vastgesteld. Per meting zijn in tenminste twee sessies van maximaal 1,5 uur de vragenlijsten op de computer ingevuld en is een cognitieve screening gedaan. De follow-up metingen vonden 3 maanden (T2), 1 jaar (T3) en 2 jaar (T4) na de eerste meting (T1) plaats.

Voor deze studie zijn de ouderen geselecteerd met een klinische of een subklinische depressie op T1 (N=178). Er is gekozen voor een kort interval tussen de metingen om de verandering in de ernst van depressie en een *state-effect* van alexithymie en de VFM-persoonlijkheidstreken zo zuiver mogelijk te kunnen vaststellen. De invloed van omgevingsfactoren en recidieven op de resultaten wordt op die manier zoveel mogelijk uitgesloten. Voor de analyses zijn de data van T1 en T2 gebruikt. Op T1 en T2 hebben respectievelijk 160 en 133 ouderen de alexithymievragenlijst ingevuld.

Instrumenten

De SCID-I/P²⁵ is een semigestructureerd interview dat dient om psychiatrische klachten te inventariseren en te classificeren volgens de criteria van de DSM-IV. Voor dit onderzoek zijn alleen de secties 'depressieve stoornis' en 'angststoornissen' afgenomen op T1. De volgende vragenlijsten zijn op T1 en T2 afgenomen.

De Bermond-Vorst Alexithymie Vragenlijst (BVAV)²⁶ meet alexithymie door middel van vijf subschalen van ieder acht items: Verbaliseren (emoties onder woorden brengen), Inzicht (emoties kunnen onderscheiden), Emotioneerbaarheid (emoties kunnen ervaren en onderscheiden van lichamelijke sensaties), Analyseren (introspectie en reflecteren op emoties) en Fantaseren (over emoties een voorstelling kunnen maken en symbolisch denken). De items worden gescoord op een 5-punts-Likertschaal van 'geheel van toepassing' tot 'volstrekt niet van toepassing'. Per subschaal varieert de score van 8 (geen beperking) tot 40 (maximale beperking). De BVAV is vertaald in verschillende talen en heeft acceptabele tot goede psychometrische kwaliteiten.

De CES-D^{23,24} is een depressievragenlijst van twintig items die op een 4-punts-Likertschaal gescoord worden van 'zelden of nooit' tot 'meestal of altijd'. Het scorebereik loopt van 0 (geen symptomen) tot 60 (maximaal symptomen). Een score ≥ 16 wordt beschouwd als indicatief voor klinisch relevante depressieve klachten.²⁷ Er zijn vier subschalen: depressief affect (5 items), positief affect (4 items), interpersoonlijk affect (2 items) en somatische retardatie (7 items).

De NEO-*Personality Inventory-Verkort* (NEO-PI-V)²⁸ is een verkorte versie van de Nederlandstalige NEO-*Personality Inventory-Revised*,²⁹ een descriptieve *self report* persoonlijkheidsvragenlijst volgens het Vijf Factoren Model.^{30,31} De NEO-PI-V bestaat uit 120 items die evenredig verdeeld zijn over vijf domeinschalen (Neuroticisme, Extraversie, Openheid voor ervaringen, Altruïsme en Consciëntieusheid). Iedere domeinschaal is onderverdeeld in zes facetschalen van vier items. Zo bestaat de domeinschaal Neuroticisme uit de facetschalen Angst, Ergernis, Depressie, Schaamte, Impulsiviteit en Kwetsbaarheid. De items worden gescoord op een 5-punts-Likertschaal van 'helemaal mee eens' tot 'helemaal mee oneens'. Het scorebereik is per facetschaal 4 (laag) tot 20 (hoog) punten.

Demografische gegevens (sexe, leeftijd, burgerlijke staat, opleiding, woonvorm) en kenmerken van de depressie (leeftijd eerste depressie en het aantal recidieven) werden middels een voor het project samengestelde vragenlijst uitgevraagd.

Analyses

De analyses zijn uitgevoerd met SPSS 15.0. Voor beschrijvend onderzoek van de studiegroep op T1 is gebruik gemaakt van ongepaarde t-toetsen voor continue variabelen en chi-kwadraat toetsen voor categoriale variabelen.

Bij het onderzoek naar de stabiliteit is onderscheid gemaakt in de 'absolute' en de relatieve stabiliteit van alexithymie en de depressieve symptomen. De 'absolute' stabiliteit verwijst naar de mate waarin de scores over de tijd heen gelijk blijven en is

getoetst met gepaarde t-toetsen. Als maat voor de klinische relevantie van de verandering is de Cohen's d berekend ($d \leq 0,50$ = klein effect, $d > 0,50$ = middelgroot effect en $d > 0,80$ = groot effect). De relatieve stabiliteit verwijst naar de mate waarin relatieve verschillen tussen personen gedurende een bepaalde periode constant blijven en is getoetst door middel van Pearson correlatiecoëfficiënten. De relatieve stabiliteit van alexithymie kan worden beïnvloed door de individuele verschillen in de ernst van de depressieve symptomen op T1 of T2. Daarom is conform Luminet et al.¹⁰ een lineaire regressieanalyse uitgevoerd met alexithymie op T2 als uitkomstvariabele en de depressieve symptomen op T1 en T2 (1e blok) en alexithymie op T1 (2e blok) als onafhankelijke variabelen. Om te corrigeren voor het verschil in emotioneerbaarheid tussen mannen en vrouwen, werd in een derde blok ook sekse toegevoegd aan het model. De samenhang tussen alexithymie en de VFM-persoonlijkheidstrekk is in een model van drie blokken onderzocht met lineaire regressieanalyse. In het eerste blok zijn de afzonderlijke NEO-PI-V domeinschalen (T1) als voorspellers geanalyseerd, in het tweede blok is gecorrigeerd voor de ernst van de depressie (T1) en in het derde blok ook voor sekse, leeftijd en opleiding (T1).

Om na te gaan of ouderen met een recidiverende depressie meer alexithym zijn dan ouderen met een eerste-episode depressie tijdens het beloop van de depressie, is variantieanalyse voor herhaalde metingen uitgevoerd met alexithymie als afhankelijke variabele. Als maat voor de effectgrootte zijn de *eta squared* waarden berekend.

Tenslotte is door middel van logistische regressieanalyse nagegaan of de alexithymiekenmerken (T1) voorspeller zijn voor het herstel van de depressieve symptomen op T2. In het tweede blok is de ernst van depressie op T1 en in het derde blok sekse en leeftijd aan het model toegevoegd. Herstel is gedefinieerd als een CES-D score < 16 .

Resultaten

Beschrijvende analyses

In tabel 1 zijn de demografische gegevens en karakteristieken van de onderzochte populatie weergegeven. In verband met de ongelijke verdeling van sekse op T1 is onderzocht of mannen van vrouwen verschillen met betrekking tot leeftijd, burgerlijke staat, opleiding, de SCID-I/P diagnose, de ernst van de alexithymiekenmerken, de depressieve klachten, het aantal recidieven, de leeftijd van de eerste depressieve episode en de persoonlijkheidstrekk. Vrouwen bleken gemiddeld beter in staat hun emoties te ervaren ($t(158)=2,415$; $p < 0,005$) en hoger te scoren op Altruïsme ($t(158)=-3,058$; $p < 0,005$) en Openheid voor ervaringen ($t(158)=-2,826$; $p < 0,005$) dan mannen. Verder wonen vrouwen relatief vaker alleen dan mannen ($\chi^2(1)=7,540$; $p < 0,01$). Voor de overige variabelen werd geen verschil tussen de seksen gevonden. Bij de t-toetsen met Emotioneerbaarheid (emoties ervaren) is steeds nagegaan of de resultaten verschilden per sekse. Bij de regressieanalyses is zo nodig gecontroleerd voor sekse.

Tabel 1 Demografische kenmerken en karakteristieken op T1 (N=160)

Variabele	N (%)	range	M	SD
<u>sexe</u>				
man	46 (28,8)			
vrouw	114 (71,3)			
<u>leeftijd</u>		59-86	67,95	6,79
<u>burgerlijke staat</u>				
gehuwd/samenwonend	84 (51,9)			
alleenstaand/verweduwd	76 (48,1)			
<u>opleiding</u>				
≤ 10 jaar	94 (58,7)			
11-15 jaar	64 (40,0)			
> 15 jaar	2 (1,3)			

depressieve stoornis (SCID-I/P)				
klinisch	135 (84,4)			
subklinisch	25 (15,6)			
CES-D				
leeftijd 1e depressie				
wel/geen recidieven ^a		2-5	26,94	10,55
		44-86 ^b	45,40	20,40
geen	45 (28,1)			
wel	112 (70,0)			

a. Het totaal van de percentages is niet 100 wegens ontbrekende data; b. leeftijd eerste depressie gerapporteerd door deelnemers.

Stabiliteit van alexithymie tijdens het beloop van depressie

Er is sprake van absolute stabiliteit als de scores voor alexithymie op T1 en T2 gelijk zijn. Dit is onderzocht met gepaarde t-toetsen. In tabel 2 zijn de resultaten van de gepaarde t-toetsen en de Cohen's *d* vermeld voor alexithymie, de depressieve symptomen en, ter indicatie, de VFM-persoonlijkheidstrekk. Er is geen significante verandering in de ernst van alexithymie, terwijl voor de depressieve klachten, conform de verwachting, er een significante afname is voor zowel de gehele schaal als voor de subschalen afzonderlijk. Voor de VFM-persoonlijkheidstrekk is er een significante afname voor Neuroticisme en een toename voor Extraversie en Consciëntieusheid.

De relatieve stabiliteit (T1-T2) van alexithymie, de VFM-persoonlijkheidstrekk en de depressieve symptomen is getoetst door middel van test-hertest correlatiecoëfficiënten. Deze zijn voor zowel de alexithymiekenmerken als de VFM-persoonlijkheidstrekk indicatief voor relatieve stabiliteit (zie tabel 2). Alleen voor Analyseren wordt een minder hoge test-hertest correlatie gevonden. Vervolgens is met een lineaire regressieanalyse nagegaan of de relatieve stabiliteit van alexithymie beïnvloed wordt door de ernst van de depressieve symptomen. Voor geen van de alexithymiekenmerken waren depressieve symptomen op T1 en T2 (eerste blok) voorspellers voor alexithymie op T2. Toevoeging van alexithymie op T1 (tweede blok) gaf een significante verandering van de verklaarde variantie in de alexithymiekenmerken (T2) ten opzichte van het eerste blok voor Verbaliseren ($R^2=0,52$; $F(3,125)=148,03$; $p<0,0005$), Fantaseren ($R^2=0,43$; $F(3,125)=94,62$; $p<0,0005$), Inzicht ($R^2=0,39$; $F(3,125)=81,06$; $p<0,0005$), Emotioneerbaarheid ($R^2=0,35$; $F(3,125)=70,61$; $p<0,0005$) en Analyseren ($R^2=0,20$; $F(3,125)=30,26$; $p<0,0005$). Depressie op T1 ($\beta=0,16$; $p<0,05$) en op T2 ($\beta=-0,17$; $p<0,05$), Emotioneerbaarheid op T1 ($\beta=0,55$; $p<0,0005$), en sekse ($\beta=-0,20$; $p<0,005$) waren wel significante voorspellers voor Emotioneerbaarheid op T2. De resultaten tonen aan dat, behalve voor Emotioneerbaarheid, het beloop van alexithymie bij depressieve ouderen relatief stabiel is en onafhankelijk van de ernst en het beloop van de depressieve symptomen.

Tabel 2 Gepaarde T-toetsen en test-hertest correlaties als maten voor 'absolute' en relatieve stabiliteit van depressie, alexithymie en de VFM-persoonlijkheidstrekk over een interval van 3 maanden^a

	$M_{T1}(SD)$	$M_{T2}(SD)$	t_{T1-T2}	df	Cohen's <i>d</i>	test-hertestcorrelatie (T1-T2)
<u>depressie</u>						
CES-D totaal	26,7 (10,3)	21,2 (11,3)	5,72 ^{***}	132	0,50	0,49 ^{***}
somatische retardatie	10,0 (4,6)	7,8 (4,7)	5,03 ^{***}	132	0,46	0,45 ^{***}
depressief affect	6,3 (3,4)	5,1 (3,7)	3,81 ^{***}	132	0,33	0,51 ^{***}
positief affect	7,9 (3,0)	6,6 (3,4)	4,78 ^{***}	132	0,40	0,53 ^{***}
interpersoonlijk affect	0,5 (1,0)	0,3 (0,8)	2,12 ^{**}	132	0,22	0,25 ^{**}

<u>alexithymie</u>						
verbaliseren	27,4 (7,4)	27,1 (7,8)	1,22	129	0,04	0,74 ^{***}
fantaseren	30,7 (6,6)	31,4 (7,1)	-0,26	129	-0,11	0,66 ^{***}
inzicht	21,6 (6,1)	21,4 (6,5)	1,12	129	0,03	0,62 ^{***}
emotioneerbaarheid b	18,7 (6,0)	19,1 (6,2)	-0,55	129	-0,07	0,59 ^{***}
analyseren	21,6 (5,8)	21,5 (5,3)	1,15	129	0,02	0,44 ^{***}
<u>VFM-persoonlijkheid</u>						
neuroticisme	79,5 (10,6)	74,8 (11,5)	6,53 ^{***}	135	0,43	0,71 ^{***}
extraversie	65,0 (10,5)	66,5 (10,8)	-2,35 [*]	135	-0,14	0,75 ^{***}
openheid	70,9 (8,5)	70,8 (9,4)	0,10	135	0,01	0,77 ^{***}
altruïsme	90,6 (8,0)	90,1 (8,3)	0,75	135	0,06	0,59 ^{***}
consciëntieusheid	80,8 (10,1)	83,1 (9,1)	-3,24 ^{**}	135	-0,24	0,64 ^{***}

a. CES-D: N=133; alexithymie: N=130; NEO-PI-V: N=136. b. De verschillen voor T1-T2 bleken niet significant voor vrouwen en mannen afzonderlijk. * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,005$; *** = $p < 0,0005$ (tweezijdig getoetst)

Samenhang tussen persoonlijkheid en alexithymie bij depressieve ouderen

In tabel 3 zijn de resultaten vermeld van de regressieanalyses waarbij de VFM-persoonlijkheidstreken (T1) voorspeller zijn van de alexithymiekenmerken (T1). Een hoge score op de VFM-persoonlijkheidstrek Openheid voor ervaringen blijkt een beschermende factor voor Alexithymie. Mensen die hoog scoren op Openheid hebben minder moeite om emoties onder woorden te brengen, erover te fantaseren, ze te onderscheiden, te ervaren of erop te reflecteren. De significante verbanden zijn conform verwachting. Extraverte mensen hebben minder moeite om hun emoties onder woorden te brengen. Mensen die hoog scoren op Consciëntieusheid hebben minder moeite om op hun emoties te reflecteren en ze te onderscheiden. Altruïstische mensen hebben minder moeite om hun emoties te ervaren. De verklaarde varianties zijn over het algemeen gering. De resultaten bevestigen dat de verbanden tussen Alexithymie en de VFM-persoonlijkheidstreken divers zijn en dat Alexithymie als een onafhankelijke persoonlijkheidstrek opgevat kan worden.

De ernst van alexithymie bij ouderen met een eerste-episode-depressie en een recidiverende depressie.

Bij 45 ouderen (62,2% ; leeftijd 59-86, M=69,2; SD=7,4) is er sprake van een eerste-episode-depressie en bij 112 ouderen (75,9% ; leeftijd 59-84; M=67,6; SD=6,6) van een recidiverende depressie. Beide groepen verschillen niet met betrekking tot de ernst van depressieve symptomen ($t(129) = -0,598$; $p = 0,55$) en het aantal herstelde ouderen ($\chi^2 = 0,475$; $p = 0,49$).

Om te onderzoeken of beide groepen verschillen in de ernst van alexithymie is variantieanalyse voor herhaalde metingen gedaan. Voor Verbaliseren werd geen significant verschil in ernst tussen beide groepen gevonden, maar wel een verschillend beloop voor beide groepen (Wilks' Lambda=0,951; $F(1,126) = 6,455$; $p < 0,05$ en $\eta^2 = 0,05$). Ouderen met een eerste-episode-depressie kunnen, ondanks de afname van depressieve klachten, hun emoties na drie maanden iets minder goed verbaliseren dan op T1. Bij ouderen met een recidiverende depressie wordt juist een lichte verbetering voor Verbaliseren gevonden. Voor Fantaseren wordt voor beide groepen een toename van het onvermogen om te fantaseren over emoties gevonden. (Wilks' Lambda=0,956; $F(1,126) = 5,840$; $p < 0,05$ en $\eta^2 = 0,04$). Deze toename verloopt voor beide groepen echter verschillend (Wilks' Lambda=0,965; $F(1,126) = 4,549$; $p < 0,05$ en $\eta^2 = 0,04$). Voor de ouderen met een eerste-episode-depressieve stoornis is er sprake van een lichte toename in het onvermogen om te fantaseren, terwijl deze toename voor de groep ouderen met een recidiverende depressieve stoornis verwaarloosbaar is. Voor de overige alexithymiekenmerken zijn geen significante resultaten gevonden.

Alexithymie als voorspeller voor het herstel van depressie.

Op T2 waren 50 ouderen (70,0% ; 59-86; M=67,6; SD=7,1) hersteld van de depressie (CES-D<16) en 83 ouderen (73,5% ;

leeftijd 59-85, $M=68,1$; $SD=6,3$) waren niet hersteld ($CES-D \geq 16$). Ouderen die niet hersteld waren op T2, hadden op T1 meer depressieve klachten dan ouderen die wel hersteld waren op T2 ($t_{(131)} = -4,91$; $p < 0,0005$). Met een logistische regressieanalyse is onderzocht of alexithymie (T1) voorspeller is voor het herstel van de depressieve symptomen op T2. Geen van de alexithymiekenmerken (T1) bleek een voorspeller voor het herstel op T2. De enige voorspeller voor het herstel op T2 bleek de ernst van depressie op T1 te zijn ($OR=1,109$; $[1,059-1,163]$; $p < 0,0005$).

Tabel 3 Lineaire regressieanalyse met de persoonlijkheidstrekken als voorspellers van de alexithymie subschalen. Univariaat (model 1), gecorrigeerd voor depressie (model 2) en voor depressie, geslacht, leeftijd en opleiding (model 3). N = 160 (T1)

persoonlijkheid	verbaliseren			fantaseren			inzicht			emotioneerbaarheid			analyseren		
	β	B	R ²	β	B	R ²	β	B	R ²	β	B	R ²	β	B	R ²
Neuroticisme	0,22**	0,15	0,05	-0,04	-0,03	0	0,21*	0,12	0,05	-0,20*	-0,11	0,04	0,02	0,01	0
model 2	0,16	0,11	0,06	-0,11	-0,07	0,01	0,14	0,08	0,06	-0,26*	-0,14	0,05	-0,04	-0,02	0,02
model 3	0,13	0,09	0,10	-0,10	-0,06	0,03	0,11	0,06	0,10	-0,29**	-0,16	0,13	-0,04	-0,02	0,02
Extraversie	-0,25**	-0,17	0,06	-0,11	-0,07	0,01	-0,18*	-0,10	0,03	-0,01	0	0	-0,10	-0,05	0,01
model 2	-0,21*	-0,14	0,08	-0,10	-0,06	0,01	-0,13	-0,07	0,06	0,01	-0,01	0	-0,08	-0,04	0,01
model 3	-0,19*	-0,13	0,12	-0,10	-0,07	0,03	-0,11	-0,06	0,10	-0,01	-0,01	0,07	-0,07	-0,04	0,03
Openheid	-0,21*	0,17	0,04	-0,27**	-0,21	0,07	-0,25**	-0,18	0,06	-0,24**	-0,16	0,06	-0,18*	-0,12	0,03
model 2	-0,17**	-0,14	0,07	-0,27**	-0,21	0,07	-0,22**	-0,15	-0,09	0,26**	-0,18	-0,07	0,18*	-0,12	0,04
model 3	-0,15	-0,13	0,11	-0,32***	-0,25	0,11	-0,20	-0,14	0,12	-0,28**	-0,19	0,14	-0,20*	-0,13	0,05
Altruïsme	0,09	0,08	0,01	0,03	0,03	0	-0,18**	-0,13	0,03	-0,24**	-0,17	0,06	0,04	0,03	0
model 2	0,11	0,10	0,05	0,04	0,03	0,01	-0,15	-0,11	0,07	-0,25**	-0,18	0,06	0,05	0,04	0,01
model 3	0,10	0,09	0,10	0,02	0,02	0,02	-0,15	-0,11	0,11	-0,23**	-0,16	0,12	0,03	0,02	0,02
Conscientieusheid	-0,17*	-0,13	0,03	-0,06	-0,04	0	-0,26**	0,16	0,07	-0,10	-0,06	0,01	-0,30***	-0,17	0,09
model 2	-0,11	-0,08	0,05	0,05	-0,04	-0,02	0,01	-0,22*	-0,13	0,08	0,14	-0,02***	-0,32**	-0,18	0,09
model 3	-0,09	-0,06	0,09	-0,03	-0,02	-0,02	-0,22*	-0,13	0,13	-0,17*	-0,10	0,09	-0,31***	-0,18	0,10

β = gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt, B=regressiecoëfficiënt, R²=verklaarde variantie. * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,005$; *** = $p < 0,0005$

Discussie

In dit onderzoek is nagegaan of alexithymie een relevante persoonlijkheidstrek is bij depressieve ouderen. Eerst werd onderzocht of alexithymie zich gedraagt als een stabiele persoonlijkheidstrek tijdens het beloop van depressie bij ouderen. Bij alle alexithymiekenmerken was er sprake van 'absolute' en relatieve stabiliteit, terwijl er wel een significante afname van de depressieklachten gevonden werd. Luminet e.a. vonden bij jongere volwassenen met een depressie wel een tijdelijke afname van het vermogen tot Verbaliseren en Inzicht.¹⁰ Een mogelijke verklaring voor het uitblijven van dit state-effect bij ouderen is dat er op latere leeftijd geen samenhang is tussen de ernst van de depressie en de alexithymiekenmerken. Een andere verklaring is dat alexithymie wel toeneemt naargelang de ernst van de depressie, maar dat er nauwelijks herstel optreedt wanneer de depressieve klachten afnemen. Beide verklaringen konden in deze studie echter niet getoetst worden, omdat er geen premorbide meting van alexithymie beschikbaar was.

Bij de VFM-persoonlijkheidstreken werd geen 'absolute' stabiliteit, maar wel relatieve stabiliteit gevonden voor Neuroticisme, Extraversie en Consciëntieusheid. Het is bekend dat tijdens het beloop van een depressie deze VFM-persoonlijkheidstreken naargelang de ernst van de depressie tijdelijk toe- of afnemen, maar dat ze na herstel van de depressie weer gelijk zijn aan het premorbide niveau.³² De samenhang tussen alexithymie en de VFM-persoonlijkheidstreken is bij ouderen even divers als bij jongere volwassenen en bevestigt de bevinding van Zimmermann et al.¹³ dat alexithymie als een stabiel en onafhankelijk persoonlijkheidsconstruct opgevat kan worden.

Bij ouderen met een eerste-episode-depressie wordt, ondanks een afname in de ernst van de depressieve symptomen, tijdens het beloop van de depressie een geringe toename gevonden van het onvermogen om emoties onder woorden te brengen en erover te fantaseren, terwijl ouderen met een recidiverende depressie na drie maanden hun emoties wel iets beter kunnen verbaliseren. De verschillen tussen beide groepen zijn echter gering en klinisch niet relevant. Op basis van de studie van Paradiso et al. werd verwacht dat ouderen met recidiverende depressies meer alexithym zouden zijn dan ouderen met een eerste-episode-depressie,¹⁹ maar hiervoor werd geen ondersteuning gevonden. In deze studie is alleen onderscheid gemaakt tussen wel of geen recidieven. Mogelijk is er wel een samenhang tussen het aantal recidieven of de duur van de depressieve episoden en de ernst van alexithymie.

Alexithymie kan een contraïndicatie zijn voor psychotherapie. Bij jongere volwassenen zijn non-verbale behandelvormen, zoals beeldende of psychomotore therapie, geschikt gebleken om alexithyme mensen emoties te leren herkennen en te verwoorden. Het is nog onduidelijk of deze leerbaarheid ook voor ouderen opgaat. In deze studie bleek de ernst van alexithymie geen voorspeller voor het herstel van depressie. Mogelijk is de termijn van drie maanden te kort om een effect op de behandeling vast te kunnen stellen. Voor de diagnostiek van depressie bij ouderen is alexithymie waarschijnlijk wel relevant. Loebach Wetherell et al. vonden dat ouderen ten opzichte van jongere volwassenen minder vaak depressieve symptomen herkennen en rapporteren.³³ Andere onderzoekers achten het mogelijk dat dit samenhangt met de leeftijdsgerelateerde toename van alexithymie en menen dat dit niet alleen toegeschreven kan worden aan het feit dat ouderen niet gewend zijn om over zichzelf of hun gevoelens te praten.¹⁹

Voor zover ons bekend, is dit de eerste studie waarin de samenhang tussen alexithymie en depressie en VFM-persoonlijkheidstreken specifiek bij ouderen met een depressieve stoornis in een (poli)klinische setting onderzocht is. Alexithymie is bij depressieve ouderen een stabiele persoonlijkheidstrek gebleken die als maat voor de cognitieve-affectieve emotieregulatie een goede aanvulling is op de VFM-persoonlijkheidstreken. Om de relevantie van alexithymie voor de diagnostiek en behandeling van depressie te kunnen bepalen, is het wenselijk de samenhang tussen alexithymie en depressie over een langere termijn te onderzoeken. Verder zou epidemiologisch onderzoek kunnen verhelderen of alexithymie in samenhang met persoonlijkheidstreken een kwetsbaarheid vormt voor het ontstaan van psychische klachten bij ouderen. Tot slot zou het wenselijk zijn om het effect van alexithymie op de uitkomst van verschillende behandelvormen te onderzoeken.

B. Mooi

GZ-psycholoog, Zorgprogramma ouderenpsychiatrie, Symfora groep (GGz Centraal), lokatie Zon & Schild, Amersfoort

corresponderend auteur

E-mail:b.mooi@symfora.nl

H. C. Comijs

EMGO Instituut voor Gezondheid en Zorg Onderzoek, Afdeling Psychiatrie, VU Medisch Centrum en GGZ inGeest
Senior onderzoeker, EMGO Instituut, VU Medisch Centrum, Amsterdam

M. A. Cladder

GZ-psycholoog, Zorgprogramma ouderenpsychiatrie, Symfora groep (GGz Centraal), locatie Zon & Schild, Amersfoort

A. T. F. Beekman

Hoofd afdeling Psychiatrie VUmc en GGZ inGeest, EMGO Instituut, VU Medisch Centrum, Amsterdam

Literatuurlijst

1. Sifneos PE. Short-term psychotherapy and emotional crisis. Cambridge: Harvard University Press, 1972.
2. Sifneos PE. The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1973;22:250-262.
3. Sifneos PE. Emotional conflict and deficit: An overview. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1991;56:116-122.
4. Lane RD, Sechrest L, Riedel R. Sociodemographic correlates of alexithymia. *Comprehensive Psychiatry*. 1998;38:377-385.
5. Picardi A, Toni A, Caroppo E. Stability of alexithymia and its relationships with the 'Big Five' factors, temperament, character, and attachment style. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2005;74:371-378.
6. Müller J, Bühner M, Ellgring H. Relationship and differential validity of alexithymia and depression: A comparison of the Toronto alexithymia and self-rating depression scales. *Psychopathology*. 2003;36:71-77.
7. Marchesi C, Bertoni S, Cantoni A, Maggini C. Is alexithymia a personality trait increasing the risk of depression? A prospective study evaluating alexithymia before, during and after a depressive episode. *Psychological Medicine*. 2008;38:1717-1722.
8. Saarijärvi S, Salminen JK, Toikka T. Temporal stability of alexithymia over a five-year period in outpatients with major depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2006;75:107-112.
9. Honkalampi K, Hintikka J, Laukkanen E, Lehtonen J, Viinamäki H.. Alexithymia and depression. A prospective study of patients with major depressive disorder. *Psychosomatics*. 2001;42(3):229-234.
10. Luminet O, Bagby RM, Taylor GJ. An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia in patients with major depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2001;70:254-260.
11. Salminen JK, Saarijärvi S, Toikka T, Kauhanen J, Äärelä E. Alexithymia behaves as a personality trait over a 5-year period in Finnish general population. *Journal of Psychosomatic Research*. 2006;61:275-278.
12. Hendryx MS, Haviland MG, Shaw DG. Dimensions of alexithymia and their relationships to anxiety and depression. *Journal of Personality*
13. Zimmerman G, Rossier J, Stadelhofen FM, Gaillard F. Alexithymia assessment and relations with dimensions of personality. *European Journal of Psychological Assessment*. 2005;21(1):23-33.
14. Luminet O, Bagby RM, Wagner H, Taylor GJ, Parker JDA. Relation between alexithymia and the five-factor model of personality: A facet-level analysis. *Journal of Personality Assessment*. 1999;73(3):345-358.
15. Wise TN, Mann LS, Shay L. Alexithymia and the five-factor model of personality. *Comprehensive Psychiatry*. 1992;33(3):147-151.

16. Lane RD, Sechrest L, Riedel R. Sociodemographic correlates of alexithymia. *Comprehensive Psychiatry*. 1998;38377-385.
17. Mattila AK, Salminen JK, Nummi T. Age is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*. 2006;61629-635.
18. Pasini A, Delle Chiaie R, Seripa S. Alexithymia as related to sex, age, and educational level: results of the Toronto Alexithymia Scale in 417 normal subjects. *Comprehensive Psychiatry*. 1992;3342-46.
19. Paradiso S, Vaidya JG, McCormick LM, Jones A, Robinson RG. Aging and alexithymia: association with reduced right rostral cingulate volume. *American Journal of Psychiatry*. 2008;16(9):760-769.
20. Henry JD, Phillips LH, Maylor EA, Hosie J, Milne AB, Meyer C. A new conceptualization of alexithymia in the general adult population: implications for research involving older adults. *Journal of Psychosomatic Research*. 2006;60535-543.
21. Mayberg HS, Liotti M, Brannan SK. Reciprocal limbic-cortical function and negative mood: converging PET findings in depression and normal sadness. *American Journal of Psychiatry*. 1999;156675-682.
22. Damasio AR. *Descartes'error: Emotion, Reason, and the Human brain*. New York: Putnam Publishing, 1994.
23. Radloff LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychology Measurement*. 1977;28337-350.
24. Beekman ATF, Van Limbeek J, Deeg DJH, Wouters L, Van Tilburg W. Screening for depression in the elderly in the community: using the Center for Epidemiologic Studies of Depression Scale (CES-D) in the Netherlands. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 1994; 25: 95-103.
25. Groenestijn MAC, Akkerhuis GW, Kupka RW, Schneider N, Nolen WA. *Gestruktureerd Klinisch Interview voor de vaststelling van DSM-IV as I Stoornissen (versie 2.0)*. Swetz Test Publishers, 1997.
26. Vorst HCM, Bermond B. Validity and reliability of the Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire. *Personality and individual differences*. 2001;30413-434.
27. Berkman LF, Berkman CS, Kasl SV, Freeman DH, Leo L, Ostfield AM, Coroni-Huntly J, Brody JA. Depressive symptoms in relation to physical health and functioning in the elderly. *American Journal of Epidemiology*. 1986;124372-388.
28. Mooi B, Comijs HC, De Fruyt F, Ritter D de, Hoekstra HA, Beekman ATF. A NEO-PI-R Short Form for older adults. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, geaccepteerd voor publicatie.
29. Hoekstra HA, De Fruyt F, Ormel J. *NEO-PI-R / NEO-FFI: Big Five Personality Inventory-Manual*. Lisse: Swetz & Zeitlinger, 2003.
30. McCrae RR, Costa PT. *Personality in adulthood*. New York – London: The Guilford Press, 2003.
31. Digman JM. Personality structure: emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology*. 1990;41417-440.
32. Mooi B, Steunenberg B, Nanninga, J. *Persoonlijkheid en depressie*. In: Mooi B, Comijs HC. *Ouderen en persoonlijkheid: De klinische praktijk*. Amsterdam, Harcourt Publishers (Hogrefe), 2007.
33. Loebach Wetherell J, Petkus AJ, McChesney K, Stein MB, Judd PH, Rockwell E, Sewell DD, Patterson TL. Older adults are less accurate than younger adults at identifying symptoms of anxiety and depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2009;197(8):623-626.