

Alexithymie

Fenomenologische, etiologische en therapeutische aspecten

door A.M. den Hollander, J.A. Bruijn en R.W. Trijsburg

Samenvatting

Het alexithymiebegrip verwijst naar het onvermogen om gevoelens te verbaliseren en te fantaseren. Hoewel zij aanvankelijk vooral beschreven werden in de context van psychosomatische aandoeningen, kunnen alexithyme kenmerken bij diverse somatische en psychiatrische ziektebeelden worden waargenomen.

In dit artikel wordt het alexithymiebegrip beschreven. Achtereenvolgens passen historische, fenomenologische, demografische en etiologische aspecten de revue. Ten slotte zal het belang van alexithymie voor de medisch-psychiatrische en psychotherapeutische praktijk worden aangegeven.

Inleiding

De term alexithymie werd in 1972 door Sifneos geïntroduceerd en betekent letterlijk: 'geen woorden voor het gevoel of gemoed', afkomstig van het Griekse *a* = geen of gebrek, *lexis* = woord en *thymos* = gevoel of gemoed (Sifneos 1972).

Met de term worden personen aangeduid, die moeite hebben gevoelens te herkennen en te verbaliseren, een sterk verarmd fantasie-leven hebben, vaak opvallen door hun formele en op feiten gerichte denken en spreken, en ten slotte nogal eens onbegrepen lichamelijke klachten en sensaties uiten, die ze niet in verband kunnen brengen met innerlijke spanning (Sifneos 1972; Krystal 1982/1983; Taylor 1984).

Het alexithymiebegrip werd aanvankelijk vooral toegepast binnen de context van psychosomatische aandoeningen. Tegenwoordig heeft het begrip een veel ruimere toepassing. Er is over gerapporteerd bij patiënten met diverse somatische en psychiatrische aandoeningen. Daarnaast zou het een factor zijn die de toepassing van (psychoanalytische) psychotherapie sterk belemmert (Krystal 1982/1983; Taylor 1984; Trijsburg 1989).

In dit artikel wordt aandacht besteed aan de historische ontwikke-

ling van het begrip en aan de fenomenologische en demografische aspecten ervan. Theorieën met betrekking tot de etiologie worden beschreven, waarna consequenties voor een behandeling worden besproken. Ten slotte wordt ingegaan op de klinische en wetenschappelijke betekenis van het alexithymiebegrip.

Historische achtergronden

Het alexithymiebegrip is voortgekomen uit observaties bij patiënten met zogenoemde psychosomatische aandoeningen. Ruesch merkte reeds in 1948 bij psychosomatici een storing in het vermogen te verbaliseren en symboliseren op. Hij introduceerde het begrip 'infantiele persoonlijkheid', een voorloper van het alexithymiebegrip (Ruesch 1948).

Kort na Ruesch deed MacLean (1949) eenzelfde observatie bij een aantal psychosomatici. Hij dacht dat de gevoelens bij deze patiënten direct tot expressie kwamen via zogenaamde 'autonome kanalen', in een soort 'orgaantaal'. Gevoelens zouden niet in de neocortex worden verwerkt en derhalve niet door middel van het symbolisch gebruik van woorden, in taal, kunnen worden uitgedrukt.

In 1958 beschreef Shands in zijn artikel over geschiktheid voor psychoanalytische psychotherapie een groep moeilijke patiënten met bepaalde typische kenmerken; deze sloten vrijwel geheel aan bij het later (Sifneos 1972) gedefinieerde alexithymiebegrip.

Marty en De M'Uzan beschreven als eersten alexithymie vanuit een fenomenologisch en psychoanalytisch gezichtspunt (Marty en De M'Uzan 1963). Mede aan de hand van hun patiënteninterviews hebben Sifneos en Nemiah het thans vigerende alexithymieconcept gedefinieerd (Sifneos 1972).

Fenomenologische aspecten

Alexithymie verwijst naar een specifieke vorm van het mentaal functioneren; de verschillende kenmerken hiervan worden bijna altijd gecombineerd bij dezelfde persoon waargenomen, en dan met name in de gesprekssituatie. In de eerste plaats gaat het om een opvallend onvermogen om de eigen gevoelens te beschrijven. Daarnaast valt op dat klachten over bizarre, diffuus gelokaliseerde lichamelijke sensaties worden gerapporteerd en is er sprake van omstandig en gedetailleerd taalgebruik (Krystal 1982/1983; Taylor 1984; Lolas en Von Rad 1989). Verder blijken alexithyme personen, wanneer er geen andere psychiatrische of somatische klachten c.q. symptomen zijn, oppervlakkig gezien, zeer goed aan de realiteit aangepast en in sociaal-maatschappelijk opzicht vaak geslaagd. Ze leiden een geordend en 'normaal' leven. Volgens McDougall (1982) gaat het hier om 'pseudo-normaliteit',

omdat er in feite weinig contact bestaat met de eigen psychische, gevoelsmatige realiteit. Meer in detail onderscheiden we de volgende kenmerken:

Cognitief – Op cognitief niveau, dat wil zeggen op het gebied van taal- en denkprocessen zien we het volgende:

1. Het *denken* en *verbaliseren* van het alexithyme individu is concreet en feitelijk, vaak gekenmerkt door een opvallende preoccupatie met details van gebeurtenissen buiten de persoon, wat zich bij voorbeeld door ellenlange beschrijvingen van alledaagse kleinigheden manifesteert. Het denken lijkt door externe prikkels, méér dan door innerlijke drijfveren, bepaald. De gesprekspartner krijgt mede hierdoor de indruk dat een innerlijke wereld van gevoelens, met daarop geënte gedachten en fantasieën, niet aanwezig óf zeer begrensd is; feitelijkheid en dingmatigheid overheersen. De M'Uzan (1963) noemde deze denkprocessen: het 'denken op operationeel niveau', met de volgende eigenschappen:

- er bestaat een nadruk op de bewuste kant van het denken en op het 'hier en nu';
- er is geen sprake van verbeelding, operationeel denken is concreet en pragmatisch;
- er zijn geen of zeer weinig (onbewuste) fantasieën, noch (gerapporteerde) dromen.

Het alexithyme individu lijkt zijn eigen bestaan meer te beschrijven dan te beleven (Trijsburg 1988).

2. Een beperkt of vrijwel afwezig vermogen te *symboliseren*, te *fantasieren* en te *associëren* is een volgend kenmerk (Sifneos 1972; Demers-Desrosiers 1982).

De meeste alexithyme individuen dromen zelden en indien al, zeer eenvoudige dromen. Wanneer ze aangespoord worden tot het produceren van invallen bij de droom, komt het vaak niet verder dan tot detaillering van het droommateriaal. Dit kenmerk werd door De M'Uzan (1963) de 'basale geremdheid in het voorstellingsvermogen' genoemd. Voor zover sprake is van dromen, lijkt het een reproductie van gebeurtenissen te zijn, waarbij de dagrest onbewerkt blijft; of van een situatie waarbij de verschijningsvorm onbewerkt en grof is, dan is sprake van het plotseling opduiken van primair procesdenken, in de meest rudimentaire vorm (Trijsburg 1988/1989); deze kenmerken laten zien dat 'Traumarbeit' (vrijwel) ontbreekt.

Affect – Met betrekking tot het gevoelsleven overheerst het onvermogen gevoelens als zodanig te herkennen en deze onder woorden te brengen. Het taalgebruik is verstoken van affectieve kleuring.

Voor zover woorden worden gebruikt die naar gevoelens verwijzen, zijn het vaak vage termen, bij voorbeeld: 'Ik voel me nerveus,

gespannen, niet lekker'. Nadere aansporingen leiden niet tot vermindering van de vaagheid, en ook het 'cognitieve aspect' van het gevoel, het 'verhaal' erachter, de reden ervan, is niet duidelijk te krijgen (Krystal 1982/1983).

Voorts zij opgemerkt dat, naast de geringe blijken van affect, soms sprake is van een onverwachte en heftige gevoelsdoorbraak. Deze affectdoorbraken worden doorgaans door de persoon zelf niet begrepen. Zo worden bij voorbeeld huilbuien of woede-uitbarstingen gerapporteerd (Krystal 1982/1983).

Interpersoonlijke relaties – In de literatuur wordt gerapporteerd dat de ander (dokter c.q. psychotherapeut) gezien kan worden als een duplicaatversie van de persoon zelf, en dus niet als een compleet ander wezen. Dit wordt 'reduplicatie' genoemd. Shands (1958) beschreef dit kenmerk als eerste en verklaarde het in termen van een stoornis in de individuatie. Reduplicatie wordt door velen als een kenmerkend verschijnsel gezien (Krystal 1982/1983; Taylor 1984; Trijsburg 1988; Lolas e.a. 1989). Het houdt in dat de ander wordt waargenomen in termen van een globale vertaling van een weinig genuanceerd zelfbeeld, verstoken van werkelijk persoonlijke trekken. Dit zou verband houden met het onvermogen fijn geschakeerde introjecties, identificaties en projecties te vormen, hetgeen met name het gevolg zou zijn van het ontbreken van de affectieve discriminaties die er gebruikelijk mee gepaard gaan.

Reduplicatie leidt tot een gebrekkige overdrachtsontwikkeling in psychotherapie. Met name de overdrachtsneurose komt niet tot stand. Er zijn hooguit simpele, niet-evoluerende overdrachtsreacties of er is een massale overdracht van de afweer.

Het stagneren van de ontwikkeling in objectrelationele zin is ook te zien in het ontbreken van oedipale triangulaties en in de verwarrende superego-ontwikkeling. Enerzijds is er een hang naar strikte moraliteit en regels. Deze regels zijn echter vooral verstandelijk, ontdaan van relativiteit en echte menselijkheid. Anderzijds kan de gewetensfunctie een collaps ondergaan met voor de betrokkene onbegrijpelijke wreedheid (Krystal 1982/1983; Trijsburg 1988).

In de praktijk is het vaak lastig alexithymie van een aantal beelden of toestanden te onderscheiden (Warnes 1988); differentiaal-diagnostisch denken we aan:

- a. de sterke isolatie van het gevoel bij het dwangneurotische karakter, vaak gecombineerd met intellectualiseren en met trekken als rigiditeit en koppigheid;
- b. de verdringing van het gevoel bij de hysterische belle indifférence (verdringing versus onvermogen bij alexithymie);
- c. affectieve stoornissen, met name de gemaskeerde depressie, waarbij de uiting van depressieve gevoelens (in eerste instantie) schuilt

- gaat achter andere, vaak lichamelijke klachten;
- d. affectvlakheid en leegheid bij schizofrenie;
- e. neurologische syndromen, bij voorbeeld ten gevolge van cerebrale beschadiging, zoals bij de aprosodieën;
- f. vervlakking ten gevolge van medicatie;
- g. cultuurgebonden beperking van emotionele expressie (Schudel 1989);
- h. verminderd verbalisatievermogen bij laag IQ;
- i. 'bias' van de onderzoeker.

Demografische aspecten

Psychosomatische aandoeningen – Uit een studie van Sifneos (1973) bleek dat binnen een groep patiënten met verschillende psychosomatische aandoeningen ($n = 25$) meer dan twee maal zoveel alexithyme kenmerken aanwezig waren dan bij een controlegroep. Uit een studie van Kleiger en Jones (1980) bleek dat 47% van een groep CARA-patiënten ($n = 112$) alexithyme kenmerken had. Uit beide studies werd duidelijk dat niet alle patiënten met een psychosomatische aandoening alexithyme kenmerken vertoonden. Bovendien kon geen specifiek verband gevonden worden tussen alexithymie en één bepaald type psychosomatische aandoening.

Uit een studie van Smith (1983) bleek dat 30% van de patiënten ($n = 73$) die naar een psychiatrische consultatieve dienst werden verwezen een zekere mate van alexithymie vertoonde.

Psychiatrische aandoeningen – In een reeks publikaties wordt het vóórkomen van alexithymie te zamen met somatoforme stoornissen, verslavingsziekten, posttraumatische stress-toestanden en seksuele perversies beschreven (Shipko 1982a; Taylor 1984; Finn 1987; Sriram, Chaturved, Gopinath en Shanmugan 1987).

In achtereenvolgende studies naar het gevoelsleven van alcoholisten en drugsverslaafden vond Krystal (1984, 1978a, 1978b) een opvallend hoge mate van alexithymie. Het vóórkomen van alexithymie bij gemaskeerde depressie is beschreven door Fisch (1989).

In een studie van Blanchard, Arena en Pallmeyer (1981) van een studentenpopulatie bleek 8.2% van de mannen en 1.8% van de vrouwen aan de door hen vastgestelde criteria voor alexithymie te voldoen; slechts een gedeelte van deze individuen zou tegelijkertijd andere psychische symptomen vertonen. Hieruit bleek dat alexithymie, in verschillende graden optredend, een relatief algemeen verschijnsel is.

Dat zet de relatie tussen alexithymie en psychiatrische aandoeningen op losse schroeven. Maar Freyberger (1977) acht het mogelijk dat er een primaire (d.w.z. alexithymie als persoonlijkheidskenmerk: 'trait') en een secundaire vorm van alexithymie bestaat; bij de primaire vorm

zou het subjectief gevoelsbeladen denken (zo goed als) altijd afwezig zijn, terwijl secundaire alexithymie aanwezig zou zijn in een subgroep waarbij sprake is van een op een stress-situatie volgende blokkering in de expressieve mogelijkheden (alexithymie als 'state'). Het idee van de secundaire alexithymie is gebaseerd op ervaringen met patiënten die geconfronteerd bleken te zijn geweest met een voor hen nieuwe situatie: een chronische of catastrofale ziekte (Freyberger 1977; Van Birgelen 1984) en met posttraumatische ervaringen (Krystal 1978b).

Theorieën over de etiologie van alexithymie

Er kunnen in grote lijnen twee stromingen worden onderscheiden: het psychoanalytische en neurofysiologische verklaringsmodel. Daarnaast worden door sommige auteurs ook socioculturele factoren ter verklaring aangevoerd.

De discussie binnen de groep van psychoanalytisch georiënteerde auteurs beweegt zich tussen twee polen: enerzijds zoekt men de verklaring in de afweerorganisatie, anderzijds denkt men aan een ontwikkelingsdefect van de mentale organisatie.

Afweer – In navolging van Alexanders werk over psychosomatosen werd in eerste instantie het belang van verdringing van gevoel en fantasieën genoemd bij het ontstaan van alexithyme kenmerken (Lolas e.a. 1989). Later postuleerde men (bij voorbeeld Krystal 1982/1983), in navolging van Schur, dat, als reactie op dreiging van binnenuit of van buitenaf, *regressie* optreedt naar een preverbaal, pre-ego stadium van de ontwikkeling van het gevoelsleven, waarin de reactie op prikkels meer (psycho)somatisch wordt. Men kan dan spreken van zogenaamde de-differentiatie en deverbalisatie van het gevoel. Hier wordt alexithymie dus beschouwd als een gevolg van rigide en gebrekkige afweerstructuren, die wel moeten falen bij heftige gevoelsconflicten.

De verstoring van de gevoelsdifferentiatie uit zich vervolgens in vaagheid, fysiologische reacties, verlies van het vermogen gevoel te verbaliseren, verlies van symboolcapaciteit en een hogere graad van somatische reacties (Trijsburg 1988).

Ook Nemiah (1977) stelt dat verdringing een onvoldoende verklaring biedt. Hij trekt een vergelijking tussen alexithymie en neurotische symptomatologie (gekenmerkt door verdringing): bij alexithymie is sprake van het ontbreken van een symbolisch karakter van somatoforme symptomatologie (voor zover te zamen met alexithymie optredend). Daarentegen is bij neurotische symptoomvorming juist sprake van (onbewuste) fantasieën en symbolisering.

Door sommige analytici worden vroege stoornissen in de ontwikkeling gepostuleerd, waarbij primitieve afweermechanismen als splitting en projectieve identificatie een voornamelijk rol spelen (McDougall 1982).

Ontwikkelingsdefect – Bij het ontwikkelingsdefectmodel wordt de alexithymie verklaard vanuit een vroeg gestoorde ontwikkeling van de moeder-kindrelatie (Lolas e.a. 1989). McDougall (1974) benadrukt het verbod op pogingen van het kind om auto-erotische substituten voor (delen van) de moeder te vinden, waardoor de vorming van innerlijke objectrepresentaties en een opkomend fantasieleven belemmerd raken. Verder wijst zij op de vorm waarbij de moeder in de werkelijkheid continu present is. Zij zou dan het enige object zijn dat bevrediging (en leven) geeft. Als voorbeeld noemt zij het slapeloze kind, dat de continue aanwezigheid van moeder nodig heeft om in slaap te vallen. Deze baby's hebben de moeder zelf (het object) nodig als hoedster van de slaap; ze ontwikkelen dan niet die bepaalde, primitieve vorm van psychische activiteit, die verwant is aan het dromen en die de meeste baby's in staat stelt rustig te gaan slapen na het voeden. Een dergelijke ontwikkeling mondt uit in een addictieve relatie óf in een volstrekt op zichzelf aangewezen auto-erotiek zonder mentale representatie van een object. Dit impliceert afwezigheid van goede objectrepresentaties op een symbolisch niveau, wat dan wordt aangevuld door concreet materiaal, feitelijkheden. Dit zou de neiging tot operationeel denken en het onvermogen te symboliseren kunnen verklaren. Als gevolg van deze ontwikkeling ontstaat de eerder genoemde 'superadaptatie' aan de realiteit (Trijsburg 1988).

Krystal (1982/1983) wijst op de situatie waarin gevoelsmatigheid en gevoelsbeleving (affectiviteit) nog worden ervaren als in beheer van de objectrepresentatie: bemoedering, levensbeschermende en ook kalmerende activiteiten zijn gereserveerd voor de externe moeder of haar substituu. Het alexithyme individu is er volgens Krystal niet of zeer onvoldoende in geslaagd deze (moederlijke) functies te internaliseren. Volgens hem is dit aspect terug te zien in de lage graad van zelfverzorging van sommige alexithyme patiënten.

Neurofysiologische modellen

De oudste theorie betreft een inadequate verbinding tussen het limbische systeem in het phylogenetisch primitieve rhinencephalon enerzijds en de neocortex anderzijds, een neuro-anatomisch of neurofysiologisch defect derhalve met, naar men aanneemt, een bepaalde genetische basis (Nemiah 1977; Sifneos 1988). Het gevolg is afwezigheid of een onvoldoende representatie van gevoelens of voorlopers hiervan (rhinencephalon) op cognitief niveau (neocortex). Volgens Taylor (1984) echter bestaan er voor dit model vooralsnog geen experimentele bewijzen.

Meer recent is de theorie van de interhemisferische overdrachtsbelemmering (Buchanan, Waterhouse en West 1980; Hoppe 1978; Miller 1986/1987; Shipko 1982b; Taylor 1984; Zeitlin, Lane, O'Leary

en Schrift 1989). Hemisferische specialisatie staat hierbij centraal:

- de linker hemisfeer (en dit geldt rechtshandigen, dus 90%) is gespecialiseerd in een aantal functies, zoals onder andere spraak- en taalfunctie (het taalproces in engere zin), denkprocessen als deductief logisch redeneren, en de interpretatie van literaire, syntactische en semantische kwaliteiten van communicatie (Ross en Mesulam 1979; Miller 1986/1987);
- de zogenaamde niet-dominante (rechter) hemisfeer is 'dominant' met betrekking tot onder andere de volgende processen: analyse van de geometrische en visuele ruimte, somesthesie, stereognosie, perceptie en coördinatie van emotioneel gedrag; droomproductie gedurende REM-slaap en dagdromen, én het begrip en expressie van de prosodische, melodische en gevoelsmatige aspecten van taal. De processen van de rechter hemisfeer zijn intuïtief, emotioneel en associatief gekleurd, analoog aan het onbewuste primair procesdenken (Joseph 1988; Kyle 1988; Miller 1986/1987; Ross e.a. 1979).

De veronderstelling dat het bij alexithymie om problemen betreffende de interhemisferische overdracht (van stimuli c.q. informatie) gaat, komt voort uit het werk van Hoppe (1978), die twaalf patiënten vóór en na cerebrale commissurotomie (i.v.m. onbehandelbare epilepsie) bestudeerde. Hij nam bij deze patiënten postoperatief een afname van het vermogen te fantaseren, symboliseren en dromen waar én daarnaast problemen ten aanzien van het verbaliseren van gevoel. Hoppe suggereerde een functionele onderbreking (functionele commissurotomie) van de interhemisferische overdracht als oorzakelijk mechanisme: waarnemings- en verwerkingsprocessen op het gebied van de rechter hemisfeer zouden hierdoor in verminderde mate of geheel niet betrokken kunnen worden in de cognitieve en taalprocessen van de linker hersenhelft (bij rechtshandigen!), ten gevolge waarvan het alexithyme beeld zou ontstaan. Ten Houten, Hoppe, Bogen en Walter (1986) deden een soortgelijk onderzoek, maar dan mét een controlegroep. De groep geopereerde patiënten bleek sterk alexithym, doch ook bij de controlegroep werd één alexithyme individu gevonden.

Naar aanleiding hiervan deed Zeitlin (1989) een studie naar het vóórkomen van alexithymie bij in neurologisch opzicht intacte proefpersonen, te weten Vietnam-veteranen met een posttraumatische stressstoornis (PTSD). Tegelijkertijd mat zij de interhemisferische communicatie aan de hand van de (gevalideerde) tactiele vinger lokalisatietest; de hypothese dat sommige gevallen van alexithymie worden bewerkstelligd door een functionele belemmering van de interhemisferische overdracht (bij neurologisch intacte personen) werd ondersteund. De mate van deze belemmering kon niet precies worden vastgesteld.

Deze uitkomst werpt echter nieuwe problemen op. Met behulp van de eerder genoemde lokalisatietest werd de interhemisferische

overdracht van sensorimotorische informatie gemeten, echter niet die van aan gevoel gerelateerde informatie, ook wel gevoelsbeladen stimuli genoemd. Men veronderstelde dat de overdracht van deze stimuli tussen beide hemisferen evenzéér belemmerd of verminderd zou zijn.

Of de gevonden vermindering van interhemisferische overdracht een aangeboren kwestie is in de zin van tekort aan vezels of een toestand in neurofysiologische zin, bleef onzeker. Deze en andere vragen zullen bij toekomstig onderzoek wellicht beantwoord worden.

De aanhangers van het neurofysiologische model noemen als verklaring van somatoforme symptomatologie bij alexithymie onder andere, dat belemmerde overdracht tussen linker en rechter hemisfeer ertoe leidt dat 'gevoelens' of voorlopers hiervan, gegenereerd in de rechter hemisfeer, in plaats van cognitief te worden verwerkt (linker hemisfeer) directe fysiologische, somatische expressie vinden via de autonome centra in de hersenstam (Lolas e.a. 1989).

Socioculturele aspecten

Ook sociaal-culturele factoren zijn van invloed op de wijze van communicatie en taalgebruik. Zo meent Wolff (1977) dat alexithyme individuen opgroeien in een gezin, waarin weinig aanmoediging bestond om communicatieve capaciteiten te ontwikkelen, evenmin als het vermogen te fantaseren en symboliseren. In het kader van het sociale leermodel betekent dit dat de ouders, en soms zelfs hele gezinnen, alexithyme kenmerken zouden vertonen (Lolas e.a. 1989). Leff (1973) vond een systematisch 'cultureel' verschil in de gedifferentieerdheid van uitdrukkingsmogelijkheden van gemoedstoestanden tussen zwarte en blanke Amerikanen, en ook tussen de verschillende sociale lagen binnen de blanke populatie. Ook vond hij dat de westerse talen rijker en gedifferentieerder zijn in emotionele begrippen en vocabulaire dan sommige niet-westerse talen.

In het verlengde van deze waarneming zou men kunnen verwachten dat alexithyme kenmerken (eventueel met somatoforme symptomatologie) eerder worden waargenomen bij individuen uit niet-westerse culturen (Schudel 1989). Somatoforme symptomatologie kan dan worden opgevat als 'lichaamstaal', ten gevolge van een cultureel bepaald te kort schieten van de taal, als uitdrukkingsmogelijkheid voor gevoel (Schudel 1989).

De beschreven verklaringsmodellen met betrekking tot de etiologie van alexithymie sluiten elkaar ons inziens niet uit. Het betreft weliswaar verschillende, maar ook elkaar aanvullende verklaringswijzen, ontstaan vanuit verschillende referentiekaders. Mogelijk gaat het in een aantal gevallen om een multifactorieel bepaald fenomeen: dat wil zeggen dat voornoemde factoren, in verschillende mate, bij dezelfde persoon tegelijk zouden kunnen spelen.

Meetmethoden van alexithymie

Alexithymie is een moeilijk te operationaliseren concept gebleken; de ontwikkeling van betrouwbare en valide psychometrische instrumenten verliep (dan ook) trager dan die van descriptieve studies en verklaringsmodellen (Taylor 1988; Lolas e.a. 1989).

In de loop der tijd zijn zogenoemde 'observer-rated'-schalen (de bekendste is de door Sifneos e.a. ontwikkelde Beth Israel Hospital Questionnaire) en 'self-rating'-schalen (bij voorbeeld de door Taylor e.a. ontwikkelde en gevalideerde Toronto Alexithymia Scale [TAS]) ontwikkeld; daarnaast ook projectieve tests (waarbij symbolisatiecapaciteit wordt gemeten) en meetmethoden waarbij aan de hand van complexe inhoudsanalyse en beoordeling van communicatiepatronen uit het tweegesprek de mate van alexithymie wordt vastgesteld (Lolas e.a. 1989). De laatste twee methodieken zijn nogal tijdrovend en worden weinig toegepast (Taylor 1984).

Momenteel wordt, aan de afdeling van één onzer (RWT), een Nederlandse vertaling van de TAS gevalideerd en voor onderzoek bruikbaar gemaakt.

Overwegingen met betrekking tot behandeling

Alexithyme patiënten hebben een belemmerd vermogen om gevoelens te verbaliseren, alsook om lichaamssensaties van gevoelsgevoelenswordingen te onderscheiden; de kans op somatoforme symptomatologie is niet onaanzienlijk. Somatische klachten kunnen, gezien de onduidelijke herkomst, leiden tot overdiagnostiek in de medische praktijk en eventueel tot zinloos medisch ingrijpen, waardoor risico van iatrogene schade ontstaat. Daar de alexithyme patiënt vaak geen psychiatrische symptomen vertoont, komt een consultaanvraag naar de psychiater niet, of in een vergevorderd stadium van somatische onderzoeken tot stand. Een consulterend psychiater zal, bij vaststelling van alexithymie en aanwezigheid van organisch lijden, doorgaans adviseren de diagnostische procedures en de hospitalisatie tot het meest noodzakelijke te beperken. De alexithyme patiënt mét somatoforme symptomen zou geen goede kandidaat zijn voor een psychodynamisch georiënteerde psychotherapie (Taylor 1984). Freyberger (1977) beveelt een ondersteunende en voorlichtende benadering bij deze patiëntengroep aan. Groepstherapie wordt ook wel toegepast (Apfel-Savitz, Silverman en Bennett 1977). Wanneer sprake is van een psychogene pijnstoornis of een gemaskeerd depressieve symptomatologie zou medicatie zijn aangewezen (Taylor 1984).

Niet-verbale technieken, zoals ontspanningsoefeningen, autogene training, hypnose e.d. kunnen mogelijk de alexithyme individu helpen meer controle over psychofysiologische responsen op spanning te krij-

gen, alsook meer begrip voor het optreden van deze lichamelijke sensaties c.q. klachten (Schraa en Dirks 1981; Taylor 1984).

Het ontbreken van lijdensdruk is wellicht één van de belangrijkste redenen waarom alexithyme patiënten geen behandeling ontvangen. Daarentegen zijn er die ernstig lijden onder hun situatie. Deze patiënten zijn wel gemotiveerd en lijken vooral te lijden onder hun onvermogen hun sterk belastende situatie onder woorden te brengen. Met name de Ik-sterke patiënten met lijdensdruk komen in eerste instantie in aanmerking voor (psychoanalytisch georiënteerde) psychotherapie.

Over de problemen in de (psychoanalytische) psychotherapie van alexithyme patiënten is uitvoerig geschreven. De weinig spontane en nauwelijks symbolische stijl van communicatie levert doorgaans weinig materiaal op. Er ontstaan snel tegenoverdrachtsgevoelens van verveling, slaperigheid e.d. (Wolff 1977; McDougall 1984; Krystal 1986/1987; Trijsburg 1989). Er is een risico op een therapeutische impasse en op ageren vanuit de tegenoverdracht. Op het moment dat de therapeut het ervaren van intrapsychische spanning verwacht, kan de patiënt zijn toevlucht nemen tot verslavingsgedrag of tot klagen over lichamelijke verschijnselen (Taylor 1984). Voortijdige beëindiging van een behandeling is niet ongevoel, doch volgens McDougall (1984) worden psychoanalyses soms lang doorgezet, ondanks evidente stagnatie.

Krystal (1986/1987) meent dat alexithymie geen onoverkomelijke barrière mag zijn voor psychotherapie in engere zin en doet aanbevelingen met betrekking tot de techniek. In de eerste plaats moet de patiënt geholpen worden de alexithyme kenmerken te observeren. Vervolgens dient de therapeut actief te helpen bij het leren tolereren van gevoelens, te leren deze als een signaal op te vatten van een innerlijk conflict in plaats van een 'demonische' kracht (die beleefd wordt als 'van buiten' komend). Ten slotte moet dan worden getracht de gevoelens onder woorden te brengen. Dit is een langzaam en moeizaam proces. Bij sommigen zal volgens Krystal op den duur een psychoanalytische behandeling mogelijk worden. Ook Trijsburg (1989) constateert dat veel auteurs adviseren om met een steunende vorm van psychotherapie te beginnen.

Voor een aantal alexithyme patiënten blijft het echter moeilijk de belevingen te (gaan) verwoorden. Wellicht dat de eerder genoemde 'actieve' behandelingsvormen in deze gevallen enig soelaas kunnen bieden.

Besluit en conclusie

Met behulp van een goed begrip van de alexithymie lijkt het mogelijk sommige patiënten, die anders wellicht gezien zouden worden als niet

psychologisch georiënteerd, niet introspectief of ongemotiveerd, anders te beoordelen. Mede gezien de vaak enorme (onbewuste) lijdensdruk wordt deze groep tegenwoordig wat vaker psychotherapeutisch behandeld (Lesser en Lesser 1983; Taylor 1984; Trijsburg 1989).

Belangstelling en kennis op het gebied van psychisch functioneren, etiologie en behandelingsmethoden van deze categorie 'moeilijke' patiënten is de afgelopen twee decennia vanuit de praktijk en het onderzoek van de psychosomatiek voortgekomen.

In dit overzicht is een aantal aspecten van het alexithymiebegrip toegelicht. Ten aanzien van de fenomenologie en van kenmerken van het mentale functioneren bestaat redelijke consensus. Ten aanzien van allerlei andere aspecten (etiologie, relatie met andere stoornissen e.d.m.) bestaat geen overeenstemming. Alexithymie is een klinisch descriptief begrip en kan soms in combinatie met andere psychiatrische symptomatologie worden aangetroffen.

In de praktijk is het soms moeilijk alexithymie van andere beelden te onderscheiden. Het verdient aanbeveling om, bij voorbeeld door middel van een consensus overleg met behulp van duidelijke criteria, na te gaan of inderdaad sprake is van alexithymie. Het lijkt voorbarig om de alexithymie te beschouwen als een goed afgrensbaar, specifiek psychopathologisch verschijnsel dat valide en betrouwbaar vastgesteld kan worden.

Alexithymie als een op zichzelf staand verschijnsel heeft ons inziens vooralsnog een bij uitstek heuristische betekenis, die vooral op de volgende terreinen tot uitdrukking komt.

- Ten eerste in de sfeer van de (poli)klinische psychiatrische praktijk, waar het begrip is ontstaan. Het valt te overwegen voor die patiënten die in een bepaalde mate alexithyme kenmerken vertonen, aan hun problematiek aangepaste therapievormen te ontwikkelen.
- Ten tweede in de ziekenhuispsychiatrie, waar alexithymie in verband gebracht kan worden met somatisatie. Het onderkennen ervan kan leiden tot het voorkómen van overbehandeling en iatrogene schade.
- Ten derde op het terrein van onderzoek. Verklaringsmodellen uit traditioneel gescheiden disciplines zoals de neurobiologie en de psychoanalyse kunnen wellicht worden samengebracht in onderzoek naar alexithymie. De relevantie van een dergelijke kruisbestuiving van onderzoek wordt bevestigd door onderzoek waarin werd aangetoond dat vroege ervaringen het patroon van neuronale netwerken, die van belang zijn voor (expressie van) gedrag en emoties, kunnen modifieren (Kandel 1979; Schwartz 1987).

Literatuur

- Apfel-Savitz, R., D. Silverman en M.I. Bennett (1977), Group psychotherapy of patients with somatic illness and alexithymia. *Psychotherapy & Psychosomatics* 28, 323-329.
- Birgelen, J.H. van (1984), Verband tussen alexithymie, angstneurose en hyperventilatie. *Tijdschrift voor Psychotherapie* 10, 19-27.
- Blanchard, E.B., J.G. Arena en T.P. Pallmeyer (1981), Psychosomatic properties of a scale to measure alexithymia. *Psychotherapy & Psychosomatics* 35, 67-71.
- Buchanan, D.C., G.J. Waterhouse en S.C. West Jr. (1980), A proposed neurophysiological basis of alexithymia. *Psychotherapy & Psychosomatics* 34, 248-255.
- Cohen, K.R., L.A. Demers-Desrosiers en R.F.H. Catchlove (1983), The SATG: A quantitative scoring system for the AT-g test as a measurement of symbolic function central to the alexithymic presentation. *Psychotherapy & Psychosomatics* 39, 77-88.
- Demers-Desrosiers, L.A. (1982), Influence of alexithymia on symbolic function. *Psychotherapy & Psychosomatics* 38, 103-120.
- Finn, P. (1987), Alexithymia in males at high genetic risk for alcoholism. *Psychotherapy & Psychosomatics* 47, 18-21.
- Fisch, R.Z. (1989), Alexithymia, masked depression and loss in a holocaust survivor. *British Journal of Psychiatry* 154, 708-710.
- Freyberger, H. (1977), Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychotherapy & Psychosomatics* 28, 337-342.
- Heiberg, A.N., en A. Heiberg (1977), Alexithymia: An inherited trait? (A study of twins). *Psychotherapy & Psychosomatics* 28, 221-225.
- Heiberg, A.N., en A. Heiberg (1978), A possible genetic contribution to the alexithymia trait. *Psychotherapy & Psychosomatics* 30, 205-210.
- Hoppe, K.D. (1978), Split brain: Psychoanalytic findings and hypotheses. *Journal of American Academic Psychoanalysis* 6, 193-213.
- Joseph, R. (1988), The right cerebral hemisphere: Emotion, music, visual-spatial skills, body-image, dreams and awareness. *Journal of Clinical Psychology* 44, 630-673.
- Kandel, E.R. (1979), Psychotherapy and the single synaps: The impact of psychiatric thought on neurobiological research. *New England Journal of Medicine* 301, 28-37.
- Kleiger, J.H., en N.F. Jones (1980), Characteristics of alexithymic patients in a chronic respiratory illness population. *Journal of Nervous & Mental Disease* 168, 465-470.
- Krystal, H. (1974), The genetic development of affects and affect regression. *Annual of Psychoanalysis* 2, 98-126.
- Krystal, H. (1978a), Self-representation and the capacity for self-care. *Annual of Psychoanalysis* 6, 206-246.
- Krystal, H. (1978b), Catastrophic psychic trauma and psychogenic death. In: G.U. Bales, L. Wurmser, E. McDaniels (red.), *Psychiatric problems in medical practice*. Butterworth, Boston, 79-97.
- Krystal, H. (1982/1983), Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy* 9, 353-378.
- Kyle, N.L. (1988), Emotions and hemispheric specialization. *Psychiatric Clinics of North America* 11, 367-381.

- Leff, J. (1973), Culture and differentiation of emotional states. *British Journal of Psychiatry* 123, 299-306.
- Lesser, I.M. (1981), A review of the alexithymia concept. *Psychosomatic Medicine* 43, 531-543.
- Lesser, I.M., en B.Z. Lesser (1983), Alexithymia: examining the development of a psychological concept. *American Journal of Psychiatry* 140, 1305-1308.
- Lolas, F., en M. von Rad (1989), Alexithymia. In: S. Cheren (red.), *Psychosomatic Medicine: Theory, physiology and practice*. International University Press, Madison (California), 189-235.
- MacLean, P.D. (1949), Psychosomatic disease and the 'visceral brain'. *Psychosomatic Medicine* 11, 338-353.
- Marty, P., en M. de M'Uzan (1963), La pensée opératoire. *Revue Française de Psychoanalyse* 27, 340-356.
- McDougall, J. (1974), The psychosoma and the psychosomatic process. *International Review of Psychoanalysis* 1, 437-459.
- McDougall, J. (1982), Alexithymia: A psychoanalytic viewpoint. *Psychotherapy & Psychosomatics* 38, 81-91.
- McDougall, J. (1984), The dis-affected patient: Reflections on affect pathology. *Psychoanalytic Quarterly* 53, 386-409.
- Miller, L. (1986/1987), Is alexithymia a disconnected syndrome? A neuropsychological perspective. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 16, 199-209.
- Nemiah, J.C. (1977), Alexithymia, theoretical considerations. *Psychotherapy & Psychosomatics* 28, 199-206.
- Ross, E.D., en M. Mesulam (1979), Dominant language functions of the right hemisphere? Prosody and emotional gesturing. *Archives of Neurology* 36, 144-148.
- Ruesch, J. (1948), The infantile personality. *Psychosomatic Medicine* 10, 134-144.
- Schraa, J.C., en J.F. Dirks (1981), Hypnotic treatment of the alexithymic patient: A case report. *The American Journal of Clinical Hypnosis* 23, 207-210.
- Schudel, W.J. (1989), Transculturele aspecten van lichaamstaal. *Epidemiologisch Bulletin 's-Gravenhage*, 27-31.
- Schwartz, A. (1987), Drives, affects, behavior and learning: Approaches to a psychobiology of emotion and to an integration of psychoanalytic and neurobiologic thought. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 35, 467-506.
- Shands, H.C. (1958), An approach to the measurement of suitability for psychotherapy. *Psychiatric Quarterly* 32, 500-521.
- Shipko, S. (1982a), Alexithymia and somatization. *Psychotherapy & Psychosomatics* 37, 193-201.
- Shipko, S. (1982b), Further reflections on psychosomatic theory (Alexithymia and interhemispheric specialization). *Psychotherapy & Psychosomatics* 37, 83-86.
- Sifneos, P.E. (1972), *Short term psychotherapy and emotional crisis*. Harvard University Press, Cambridge.
- Sifneos, P.E. (1973), The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy & Psychosomatics* 22, 255-262.
- Sifneos, P.E. (1988), Alexithymia and its relations to hemispheric specialization, affect and creativity. *Psychiatric Clinics of North America* 11, 287-292.
- Smith Jr., G.R. (1983), Alexithymia in medical patients referred to a consultation/liaison service. *American Journal of Psychiatry* 140, 99-101.
- Sriram, T.G., e.a. (1987), Controlled study of alexithymic characteristics in patients

- with psychogenic pain disorder. *Psychotherapy & Psychosomatics* 47, 11-17.
- Taylor, G.J. (1984), Alexithymia: Concept, measurement and implications for treatment. *American Journal of Psychiatry* 141, 725-732.
- Taylor, G.J., en R.M. Bagby (1988), Measurement of alexithymia. Recommendations for clinical practice and future research. *Psychiatric Clinics of North America* 11, 351-366.
- Tenhouten, W.D., e.a. (1986), Alexithymia: An experimental study of cerebral commissurotomy patients and normal subjects. *American Journal of Psychiatry* 143, 312-316.
- Trijsburg, R.W. (1988), De plaats van het affect bij de psychosomatische aandoening. *Bulletin Klinische Praktijk van de Medische Psychologie* 5, 55-68.
- Trijsburg, R.W. (1989), Träume als Anzeichen von Veränderungen der Alexithymie bei psychosomatischen Patienten. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 39, 471-475.
- Warnes, H. (1988), alexithymia and related states. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa* 13, 127-135.
- Wolff, H.H. (1977), The contribution of the interview situation to the restriction of fantasy life and emotional experience in psychosomatic patients. *Psychotherapy & Psychosomatics* 28, 58-67.
- Zeitlin, S.B., e.a. (1989), Interhemispheric transfer deficit and alexithymia. *American Journal of Psychiatry* 146, 1434-1439.

Summary

Alexithymia refers to a specific disturbance in psychic functioning characterized by difficulties in the capacity to verbalize affect and to a reduced or diminished capacity to elaborate fantasies.

Although initially described in the context of psychosomatic illness, alexithymic characteristics may be observed in patients with a wide range of medical and psychiatric disorders. The importance of the concept of alexithymia in the field of neurobehavioral sciences is recognized increasingly. In this article the concept of alexithymia is reviewed, including historical background, phenomenological and demographic features, and etiological possibilities successively.

The disturbance has several implications for medical, psychiatric and psychotherapeutic practice, which are discussed at the end of this paper.

De auteurs zijn respectievelijk als psychiater, psychiater/chef de clinique en hoogleraar psychotherapie verbonden aan de afdeling psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam-Dijkzigt.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 11-4-1991.