

Constructvaliditeit van de Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire (BVAQ-40) bij alcoholafhankelijke patiënten

Universiteit Twente

Faculteit Gedragwetenschappen

Masterthese Psychologie, Gezondheidspsychologie

Eerste begeleider: Dr. C.H.C. Drossaert

Tweede begeleider: Dr. P.M. ten Klooster

Datum: 15-12-2011

Auteur: Lorka Korkis

Studentnummer: s0195715

Plaats: Enschede

Externe begeleiders:

Drs. H. de Haan

Drs. A. Arabou

Samenvatting

Achtergrond: Voor de behandeling van alcoholafhankelijkheid is het nodig dat patiënten praten over hun stemming, gevoel en aanwezigheid van drang (craving) naar alcohol. Er is echter een groep patiënten die o.a. moeite heeft om emoties te herkennen en te benoemen, ook wel alexithymen genoemd. Om alexithymen adequate behandeling te bieden is het van belang om alexithymie te kunnen identificeren. De BVAQ-40 is een zelfrapportage vragenlijst om alexithymie te meten, maar deze is tot op heden beperkt gevalideerd onder alcoholafhankelijke patiënten.

Doel: Het doel van dit onderzoek is om de betrouwbaarheid en de validiteit van de BVAQ-40 te onderzoeken onder alcoholafhankelijke patiënten binnen de verslavingszorg.

Methode: Een cross-sectioneel steekproef bestaande uit 111 alcoholafhankelijke patiënten volgden een behandeling op de klinische-, diagnostische- en deeltijd- behandeling (ambulant) binnen Tactus instelling voor verslavingszorg. Interne validiteit is onderzocht op factorstructuur (door middel van principale componenten analyse), interne consistentie (door middel van Cronbach's alpha) en interrelaties tussen de BVAQ-40 subschalen. Alle correlaties zijn onderzocht doormiddel van Pearson correlatiecoëfficiënten. Convergente en discriminante validiteit is bepaald door de relaties te onderzoeken tussen de zelfrapportage vragenlijsten de BVAQ-40 en de Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) en de Observer Alexithymia scale (OAS) die allen alexithymie meten. Ook zijn de relaties onderzocht tussen de BVAQ-40 en depressie, angst, coping en craving.

Resultaten: Zowel de interne consistentie als de factorstructuur als de interrelaties tussen de subschalen van de BVAQ-40 kwamen grotendeels overeen met de verwachting. Voor wat betreft de convergente en discriminante validiteit werd geconstateerd dat de cognitieve factor van de BVAQ-40 sterk correleerde met de TAS-20. Opvallend was dat de zelfrapportage vragenlijsten om alexithymie te meten de BVAQ-40 en de TAS-20 sterk met elkaar correleerden, in tegenstelling tot de observatielijst de OAS. Ook was het opvallend dat de subschaal fantaseren van de BVAQ-40 negatief correleerde met twee subschalen van craving.

Conclusie: Geconcludeerd werd dat de BVAQ-40 een betrouwbaar en valide instrument is om alexithymie te meten. Een opmerkelijke bevinding was dat alexithymie beter voorspeld kon worden met de zelfrapportage vragenlijsten, de BVAQ-40 en de TAS-20, dan met de observatielijst de OAS. Opvallend was ook dat alleen de subschaal fantaseren van de BVAQ-40 gerelateerd is aan craving en in het bijzonder voor de subschalen emotionele driften en de verleiding om te drinken.

Abstract

Background: Treatment of alcohol dependence requires that patients talk about their mood, feeling and presence of craving. However, there is a group of patients who experience amongst other things difficulty in verbalizing emotions, also called alexithymic. To provide alexithymia patients adequate treatment, it is important to identify alexithymia. This requires a reliable and valid instrument. The BVAQ-40 is a self-report questionnaire that measures alexithymia, but to date it is limited validated in alcohol-dependent patients.

Purpose: The purpose of this research is to investigate the reliability and validity of the BVAQ-40 in alcohol-dependent patients.

Method: A cross-sectional sample consisting of 111 alcohol-dependent patients received treatment at the clinical, diagnostic and part-time treatment (outpatient) at Tactus instelling voor verslavingszorg. Internal validity was tested for factor structure (with principal component analysis), internal consistency (with Cronbach's alpha), and interrelationships between the BVAQ-40 subscales. All correlations were examined using Pearson correlation coefficients. Convergent and discriminant validity was determined by examining the relationships between the self-report questionnaires BVAQ-40 and Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) and Observer Alexithymia scale (OAS) that measure alexithymia. Also the relationships were examined between the BVAQ-40 and depression, anxiety, coping and craving.

Results: As well as the internal consistencies as the factor structure as the interrelations between the subscales of the BVAQ-40 were broadly in line with the expectations. As for the convergent and discriminant validity was found that the cognitive factor of the BVAQ-40 is strongly correlated to the TAS-20. And it was note worthy that the self-report questionnaires measuring alexithymia, the BVAQ-40 and the TAS-20 were strongly correlated, in contrast to the observer list the OAS. Also was note worthy that the subscale fantasizing was negatively correlated to two subscales of craving.

Conclusion: It was concluded that the BVAQ-40 is a reliable and valid instrument to measure alexithymia. There was a remarkable result, alexithymia could be better predicted by the self-report questionnaires, BVAQ-40 and TAS-20 than with the observer list OAS. It was also noteworthy that the subscale fantasizing of the BVAQ-40 is related to craving, especially for the subscales emotional urge and temptation to drink.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	5
1.1 Alcoholafhankelijkheid	6
1.2 Alexithymie	8
1.3 Alcoholafhankelijkheid en alexithymie	9
1.3.1 Verband tussen alexithymie en depressie	10
1.3.2 Verband tussen alexithymie en angst	11
1.3.3 Verband tussen coping en alexithymie	11
1.3.4 Verband tussen craving en alexithymie	12
1.4 Het meten van alexithymie	12
1.4.1 Observer Alexithymia scale (OAS)	13
1.4.2 Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)	13
1.4.3 Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire (BVAQ-40)	14
1.5 Doel van de studie en onderzoeksvragen	15
2. Methoden	16
2.1 Participanten	16
2.2 Procedure	17
2.3 Meetinstrumenten	18
2.3.1 Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire (BVAQ-40)	18
2.3.2 Toronto Alexithymia Scale 20 (TAS-20)	18
2.3.3 Observer Alexithymia Scale (OAS)	19
2.3.4 Beck Depression Inventory (BDI-II-NL)	19
2.3.5 State Trait Anxiety Inventory (STAI)	20
2.3.6 Utrechtse Coping Lijst (UCL)	20
2.3.7 Jellinek Alcohol Craving Questionnaire (JACQ)	21
2.4 Statistische analyses	21
3. Resultaten	24
3.1 Participanten	24
3.2 Gemiddelde scores op alexithymie, depressie, angst, coping en craving	25
3.3 Factorstructuur	27
3.4 Betrouwbaarheidsanalyse en interrelaties tussen de BVAQ-40 schalen	29
3.5 Convergente en discriminante validiteit	30
4. Discussie	33
4.1 Conclusie	35
5. Referenties	36

1. Inleiding

Alcoholafhankelijkheid is een ernstig probleem binnen de Nederlandse populatie dat veel kosten met zich meebrengt. Van de 2,6 miljard euro per jaar, wordt 300 miljoen euro besteed aan behandeling en zorg (KPMG Bureau voor Economische Argumentatie, 2001). Hoewel succesvolle behandeling mogelijk is, is er een groep alcoholafhankelijke patiënten waarbij de behandeling minder succesvol verloopt. Dit betreft vooral mensen die alcoholafhankelijk zijn en een bepaalde persoonlijkheidsstructuur hebben die pathologisch is (Drake & Mueser, 2000). Het samen voorkomen van alcoholafhankelijkheid en een pathologische persoonlijkheidsstructuur leidt vaak tot chroniciteit en terugval (Pani, Trogu, Contu, Agus, & Gessa, 1997). Een persoonlijkheidstrekk waarop dit onderzoek zich richt is alexithymie. Alexithymie is o.a. het onvermogen om emoties te benoemen en te beschrijven (Sifneos, 1973). Alexithymie kan beschouwd worden als een stabiele persoonlijkheidstrekk en/of tijdelijke toestand onder alcoholafhankelijke patiënten (De Timary, Luts, Hers, & Luminet, 2009). De prevalentie van alexithymie onder alcoholafhankelijke patiënten varieert tussen de 45 en 67% (Thorberg, Young, & Lyvers, 2009). Onderdeel van de behandeling bij verslaving is dat patiënten regelmatig gevraagd worden naar hun stemming, gevoel en al dan niet aanwezige craving. Deze wijze van werken sluit mogelijk niet goed aan bij de manier waarop alexithyme patiënten met hun gevoelens omgaan en kan nadelige gevolgen hebben voor de behandeling (De Haan & De Jong, 2009). Om de vraag te beantwoorden hoe alcoholafhankelijke patiënten met alexithymie het beste behandeld kunnen worden dient men een betrouwbaar en valide meetinstrument te gebruiken om alexithymie te meten. De Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire (BVAQ-40) is een meetinstrument om alexithymie te meten, maar deze is tot op heden beperkt gevalideerd onder alcoholafhankelijke patiënten. Binnen dit onderzoek zal de betrouwbaarheid en validiteit van de BVAQ-40 onderzocht worden bij alcoholafhankelijke patiënten binnen de verslavingszorg.

1.1 Alcoholafhankelijkheid

In Nederland komt alcoholafhankelijkheid naar schatting voor bij ongeveer 0,75% van de volwassenen in de leeftijd tussen de 18 en 65 jaar. Alcoholafhankelijkheid komt vaker voor bij mannen dan bij vrouwen. Het betreft ruim 78.400 mensen waarvan 53.100 mannen en 25.300 vrouwen (De Graaf, Have, & Van Dorsselaer 2010). Alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid behoren tot de grootste problemen binnen de gezondheidszorg (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de Geestelijke Gezondheidszorg, 2009). De maatschappelijke kosten zijn hoog en worden voor Nederland geschat op 2,6 miljard euro per jaar, waarvan bijna 300 miljoen euro voor behandeling en zorg, ruim 800 miljoen voor misdrijven samenhangend met alcohol en ruim 1,5 miljard voor verminderde arbeidsproductiviteit (KPMG Bureau voor Economische Argumentatie, 2001).

In 2008 maakten ruim 33.000 cliënten met alcohol als primaire probleem gebruik van de ambulante verslavingszorg (Van Laar, Cruts, Van Ooyen-Houben, Meijer, & Brunt, 2010). In datzelfde jaar waren er 5.983 klinische opnamen in algemene ziekenhuizen met als hoofddiagnose een aan alcohol gerelateerde aandoening en stierven er 765 mensen aan oorzaken waarbij alcohol expliciet werd genoemd als primaire doodsoorzaak. Daarvan waren de meesten man (77%) (Centraal Bureau voor Statistiek, 2010). Per jaar sterven ongeveer 1.000 mensen waarbij alcohol genoemd wordt als een secundaire doodsoorzaak (Van Laar et al., 2010). De totale ziektelast voor alcoholafhankelijkheid onder volwassenen van 18 tot 65 jaar, uitgedrukt in Disability-Adjusted (lost) Life-Years (hoeveelheid gezondheidsverlies in een populatie die veroorzaakt wordt door ziekte), was 61.100 in het jaar 2007 (Hoeymans, Melse, & Schoemaker, 2010). De ziektelast is vergelijkbaar met hartfalen en verkeersongevallen, respectievelijk 64.200 en 63.900 in het jaar 2007 (Gommer, Poos, & Hoeymans, 2010).

Problematisch alcoholgebruik wordt verschillend omschreven, twee definities die het meest gehanteerd worden zijn “zware drinker” en “alcoholafhankelijkheid”. Er is sprake van een zware drinker zodra op één of meer dagen per week minstens zes glazen alcohol wordt gedronken. Deze definitie wordt gehanteerd door het Centraal Bureau voor Statistiek en het Trimbos instituut en betreft 1.4 miljoen mensen ouder dan 12 jaar in het jaar 2009 (Van Laar et al., 2010). Volgens de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM-IV) is iemand alcoholafhankelijk als hij aan minstens drie van de volgende zeven criteria voldoet, die in een periode van 12 maanden optreden (American Psychiatric Association, 2000):

1. Tolerantie, de behoefte aan steeds meer drinken of afnemend effect van dezelfde

hoeveelheid drank.

2. Aanwezigheid van onthoudingsverschijnselen of dreiging daarvan.
3. Drinken in grotere hoeveelheden of langer dan vooraf de bedoeling was.
4. Aanhoudende wens of mislukte pogingen om met drinken te stoppen.
5. Steken van veel tijd in drank (kopen, drinken en herstellen van de effecten van alcohol).
6. Belangrijke activiteiten (sociaal, werk, vrije tijd) hebben, die onder het drinken komen te lijden
7. Doorgaan met drinken tegen beter weten in.

Het ontstaan van alcoholafhankelijkheid hangt samen met een combinatie van biologische, psychologische en sociaal-culturele factoren. Deze factoren kunnen een combinatie zijn van erfelijkheid en aanleg, persoonlijkheid, conditionering, de verwachting over en waardering van de effecten van een middel, stress en 'early life events', gezinsproblemen en sociaaleconomische achterstand (Gezondheidsraad, 1995; Van de Brink, 1999). De huidige wetenschappelijke visie op verslaving is multifactorieel of biopsychosociaal (Sher, Walitzer, Wood, & Brent, 1991). Binnen de biopsychosociaal visie is persoonlijkheid een van de belangrijkste risicofactoren voor het ontwikkelen van verslavende gedragingen (Tarter & Vanyukov, 1994). Echter de relatie tussen persoonlijkheidsstoornissen en alcoholafhankelijkheid is wederkerig. Sommige mensen hebben een afwijkende persoonlijkheidsstructuur waardoor ze gevoeliger zijn voor alcoholafhankelijkheid, anderen ontwikkelen een onaangepaste (maladaptieve) persoonlijkheid als gevolg van alcoholafhankelijkheid (Hagers, 2008).

Alcoholafhankelijkheid is een heterogene stoornis die gepaard gaat met verschillende stoornissen (Marchiori, Loschi, Marconi, Mioni, & Pavan, 1999), waaronder persoonlijkheidsstoornissen die onder As-II vallen binnen de DSM-IV (Hagers, 2008).

Concluderend is alcoholafhankelijkheid een ernstig probleem binnen de Nederlandse samenleving. Een persoonlijkheidskenmerk dat geassocieerd wordt met alcoholafhankelijkheid is alexithymie. In het onderstaande wordt dieper ingegaan op dit persoonlijkheidskenmerk.

1.2 Alexithymie

Alexithymie is door Sifneos (1973) geïntroduceerd als het onvermogen om emoties te benoemen en te beschrijven. De term 'Alexithymie' is samengesteld uit de Griekse woorden 'a' =ontbreken, 'lexis' = woord en 'thymos' = emotie (Sifneos, 1973). Sifneos merkt op dat mensen met deze klachten moeite hebben met het beschrijven van gevoelens en emoties, een arm fantasieleven hebben en dat hun aandacht gericht is op onbelangrijke details van gebeurtenissen. Kooiman (2003) benadrukt dat de letterlijke vertaling misleidend is en suggereert dat alexithyme patiënten geen gevoelsleven zouden hebben, wat niet het geval is. Alexithyme patiënten hebben wel emoties, maar deze zijn relatief ongedifferentieerd en diffuus waardoor gevoelens hen makkelijker kunnen overspoelen. Als alexithyme patiënten gevraagd wordt om uit te weiden over hun gevoel, dan vinden ze het moeilijk om de juiste woorden of verbanden te vinden, aldus Kooiman.

De onmogelijkheid om gevoelens te verbaliseren valt ook MacLean (1949) en Marty en De M'Uzan (1963) op, tijdens het werken met psychosomatici. Volgens MacLean (1949) lijkt de emotionele beleving het bewustzijn niet of gebrekkig te bereiken, maar uit dat zich direct in fysiologische veranderingen. Daarnaast valt op dat psychosomatici weinig fantaseren en dat ze een praktisch gerichte denkstijl hebben (Marty & De M'Uzan, 1963). Moeilijkheden in het communiceren van gevoelens kan ook een gevolg zijn van een zwaar trauma (Krystal, 1978). Krystal veronderstelt dat het hierbij gaat om een defensiemechanisme tegen pijnlijke gevoelens.

Alexithymie werd aanvankelijk bestudeerd in de context van psychosomatische aandoeningen bij volwassenen, maar recentelijke studies laten zien dat alexithyme kenmerken veelvoorkomend zijn, zelfs onder de algemene bevolking met prevalentie cijfers variërend tussen de 10 tot 13% (Honkalampi et al., 2004).

De huidige en meest gangbare omschrijving van het begrip alexithymie is door Nemiah, Freyberger en Sifneos (1976) aangereikt en is opgebouwd uit de volgende kenmerken:

- 1) moeilijkheden met het identificeren van gevoelens en moeilijkheden in het onderscheid maken tussen gevoelens en de lichamelijke sensaties van emotionele arousal
- 2) een beperkte verbeelding, een verarming van de fantasie
- 3) een cognitieve stijl die letterlijk, utilitaristisch (dichotoom) en extern georiënteerd is
- 4) moeilijkheden om gevoelens aan anderen te beschrijven.

Het eerste kenmerk verwijst naar moeilijkheden met het onderscheid maken tussen emoties en lichamelijke ervaringen en het herkennen van verschillende emoties. Dit aspect komt vooral voor bij psychosomatiek, waarbij verondersteld wordt dat alexithyme patiënten zich onvoldoende realiseren dat lichamelijke sensaties manifestaties van emoties kunnen zijn (Backer, 2008).

Het tweede kenmerk verwijst naar een beperkte verbeelding. Angst en andere emoties worden minder gemoduleerd via fantasie, spel en dromen. Mensen met alexithymie kunnen hierbij meer dromen over dagelijkse ervaringen, met weinig symbolisaties en verschuivingen hierbij. Hun droomleven lijkt dus eveneens ‘afgevlakt’ te zijn (Taylor, Bagby, & Parker, 1997).

Het derde kenmerk verwijst naar het extern georiënteerd denken, naar een concrete, niet introspectieve cognitieve stijl. Alexithymen hebben de neiging om eindeloos in te gaan op feitelijke zaken, zonder te refereren naar innerlijke, emotionele betekenissen (Sifneos, 1973).

Het vierde kenmerk verwijst naar de onmogelijkheid om emoties verbaal uit te drukken. Dit aspect vloeit dan ook voort uit het niet kunnen identificeren ervan. Affecten kunnen wel ervaren worden, maar het benoemen ervan blijft vaststeken in non-verbale emotionele uitingen zoals klagen, huilen of woede-uitbarstingen. Deze kunnen niet verklaard of omschreven worden door het subject (Backer, 2008).

Alexithymie kan beschouwd worden als een multi-dimensioneel construct met een variabele intensiteit die terug te vinden is in de algemene populatie (Taylor, Bagby, & Parker 1991; Taylor et al., 1997). Daarnaast suggereert Taylor et al. (1997) dat alexithymie een predisponerende factor is voor verschillende problemen zoals somatisch onverklaarbare fysieke symptomen, eetstoornissen en alcoholafhankelijkheid.

Concluderend komt alexithymie voor bij verschillende groepen, waaronder alcoholafhankelijke patiënten. In het onderstaande wordt hier dieper op ingegaan.

1.3 Alcoholafhankelijkheid en alexithymie

Uit een onderzoek onder 2297 mannen komt naar voren dat er een positieve significante relatie is tussen alexithymie en alcoholconsumptie, waarbij alexithymen vaker excessief drinken en vaker geïntoxiceerd zijn (Kauhanen, Julkunen, & Salonen, 1992).

Alcoholafhankelijke alexithymen rapporteren ook meer suïcidale gedachten en zijn langer afhankelijk van alcohol (Sakuraba, Kubo, Komoda, & Yamana, 2005; Uzun, Ates, Cansever, & Ozsahin, 2003). Met betrekking tot de prevalentiecijfers van alexithymie bij

alcoholafhankelijke patiënten worden verschillende cijfers gerapporteerd. Taylor, Parker en Bagby (1990) vermelden een waarde van 50%, Laos, Otmani, Lecercle en Jouvent (1997) rapporteren een waarde van 67,4% en Rybakowski, Ziolkowski, Zasadzka, en Brzezinski (1988) rapporteren zelfs een waarde van 78%. De prevalentiewaarden variëren tussen de 45% en 80%, echter is dit afhankelijk van het gebruikte meetinstrument om alexithymie te meten.

Het verband tussen alcoholafhankelijkheid en alexithymie is wederkerig. Alexithymie is zowel oorzaak als gevolg van alcoholafhankelijkheid (De Timary et al., 2008). Dit wordt verklaard door onderscheid te maken tussen primaire en secundaire vorm van alexithymie (Freyberger, 1977). Primaire alexithymie wordt beschreven als een stabiel persoonlijkheidskenmerk, dat als een risicofactor beschouwd kan worden voor het ontwikkelen van o.a. psychosomatische klachten. Daarentegen wordt secundaire alexithymie beschouwd als een reactie op ziekte of blootstelling aan andere ingrijpende stressoren.

Verder zijn er een aantal mechanismen die een rol kunnen spelen in de relatie tussen alcoholafhankelijkheid en alexithymie, hieronder wordt daar dieper op ingegaan.

1.3.1 Verband tussen alexithymie en depressie

Het verband tussen alexithymie en depressie is in een steekproef van 2018 deelnemers binnen de Finse populatie onderzocht (Honkalampi, Hintikka, Tanskanen, Lehtonen, & Viinamäki, 2000). Volgens de bevindingen van Honkalampi et al. is er een sterk verband tussen alexithymie en depressie, waar depressie 29.2% van de variantie verklaart in alexithymie. De aanbeveling is om rekening te houden met depressie als een ‘confounding’ variabele indien alexithymie onderzocht wordt. Tevens is de relatie onderzocht in een longitudinale studie naar de relatie tussen alexithymie en depressie onder psychiatrische patiënten en een controle groep binnen de algemene Finse populatie. Daaruit blijkt dat een daling in de alexithymie scores samen gaat met een daling in de depressie score (Honkalampi et al., 2001). De onderzoeken die een sterke positieve relatie rapporteren gebruikten de Toronto Alexithymia Scale 20 (TAS-20) als meetinstrument om alexithymie te meten, waaronder Haviland, MacMurray en Cummings (1988), Honkalampi et al. (2000) en (Honkalampi et al., 2001). Indien het verband gemeten wordt met een ander zelfrapportageschaal om alexithymie te meten, de BVAQ, is het verband aanwezig, maar minder sterk. Het verband tussen alexithymie (gemeten met de BVAQ) en depressie is onderzocht onder blanke en Spaanstalige bewoners van de U.S.A. (Morera, Culhane, Watson, & Skewes, 2005). Uit het onderzoek blijkt dat het verband tussen alexithymie en depressie voornamelijk bepaald wordt door twee kenmerken van alexithymie namelijk ‘moeite met het identificeren van gevoelens’ en ‘moeite

met het beschrijven van gevoelens'. Deze bevindingen komen overeen met een onderzoek onder alcoholafhankelijke patiënten naar de validatie van de BVAQ van Sauvage, Berthoz, Deborde, Lecercle, en Laos (2005) en met de bevindingen van Eizaguirre, De Cabezón, De Alda, Olariaga, en Juaniz (1999) waarin de TAS-20 gebruikt werd om alexithymie te meten.

1.3.2 Verband tussen alexithymie en angst

Evenals depressie wordt tussen alexithymie en angst een verband gerapporteerd bij o.a. patiënten met eetstoornissen (Eizaguirre et al., 1999). Volgens Eizaguirre et al. is alexithymie sterk gerelateerd aan depressie en angst en zijn de kenmerken van alexithymie die gerelateerd zijn aan depressie vergelijkbaar met die van angst. Ook Marchesi, Brusamonti en Maggini (2000) komen tot een vergelijkbare conclusie, namelijk dat depressie en angst gerelateerde constructen zijn aan alexithymie en dat er overlap is tussen 'moeite met het identificeren van gevoelens' en angst.

1.3.3 Verband tussen coping en alexithymie

Coping is de cognitieve en emotionele adaptatie aan omstandigheden en copingstijlen zijn de cognitieve en gedragshandelingen die een individu gebruikt om met stressvolle situaties om te gaan (Rosenstiel & Keefe, 1983). Deze stijlen worden beschouwd als een persoonlijkheidskenmerk. Ze kenmerken zich door een zekere stabiliteit, maar zijn wel veranderbaar (Schreurs, Van de Willige, Brosschot, Tellegen, & Graus, 1993). Deze copingstijlen kunnen per individu verschillen, door onder andere vroegere leerervaringen, persoonlijkheidskenmerken en gedragsstijlen (Schreurs, Van de Willige, Brosschot, Tellegen, & Graus, 1993). Naast copingstijlen zijn er ook coping strategieën, dit is de manier waarop men op een bepaald moment met een stressvolle situatie omgaat, bijvoorbeeld door het probleem te ontkennen. Ontkennen is dan een onderdeel van een passieve copingstijl. Een copingstijl is dus een individuele voorkeur voor bepaalde combinaties van coping strategieën in verschillende situaties (Schreurs et al., 1993).

Alexithymen gebruiken maladaptieve strategieën om met emotionele distress om te gaan, zoals binge eating (Schaffer, 1993) en alcohol drinken (Beckendam, 1997). Volgens Fitzgerald en Bellgrove (2006) is dit een specifiek kenmerk van alexithymen. Ze zouden meer geneigd zijn ten opzichte van mensen met de stoornis Asperger (die veel overeenkomsten delen met alexithymen, waaronder moeite met het communiceren van emoties) om alcohol te misbruiken en om psychosomatische klachten te ervaren. Volgens Van Hest et al. (1999) gaan alexithymen op een palliatieve, maar vooral passieve en vermijdende manier met hun

problemen om. Hun copingstijl is meer emotiegericht (vermijden/vluchten van een probleem) en minder probleemgericht (actief aanpakken van een probleem).

1.3.4 Verband tussen craving en alexithymie

Alcoholcraving is een sterk en overweldigend verlangen om te drinken en speelt een belangrijke rol in de behandeling van verslaving, vooral in de mechanismen die ten grondslag liggen aan terugval. Alcoholcraving is een van de belangrijkste factoren die het risico op terugval na een bepaalde periode van abstinentie bepalen (Verheul, 2000). Naast alcoholcraving wordt o.a. alexithymie als negatieve factor voor abstinentie van alcohol beschreven (Laos et al., 1997). Dit is onderzocht in een longitudinaal onderzoek onder alcoholafhankelijke patiënten in een klinische setting. Alexithymie blijkt een belangrijke factor te zijn in het voorspellen van abstinentie zelfs wanneer rekening is gehouden met depressieve kenmerken (Laos et al., 1997) en wordt geassocieerd met een hogere terugval onder alcoholafhankelijke patiënten (Laos et al., 1997; Ziolkowski, Gruss, & Rybakowski, 1995). Terugval bij alcoholafhankelijke alexithymen is volgens Thorberg et al. (2010) te verklaren door hechtingsangst. Alexithymen maken zich mogelijk zorgen om afgewezen te worden waardoor ze angstig zijn voor intieme relaties. Die angst leidt tot sterke craving en gehechtheid aan alcohol. Uit de resultaten van de studie van Thorberg et al. blijkt dat alexithymie en craving een middelmatig verband hebben, voornamelijk voor de twee kenmerken van alexithymie, ‘moeite met het identificeren van gevoelens’ en ‘moeite met het beschrijven van gevoelens’.

Concluderend, er zijn een aantal mechanismen beschreven waarmee de relatie tussen alexithymie en alcoholafhankelijkheid te verklaren is. Alexithymie kan zowel oorzaak als gevolg zijn voor het ontwikkelen van alcoholafhankelijkheid. Doordat alexithymen moeite hebben met het identificeren en het verbaliseren van gevoelens ervaren alexithymen meer craving, zijn ze depressief en angstig. Daarnaast gebruiken alexithymen alcohol om met stressvolle situaties om te gaan. Deze mechanismen houden alcoholafhankelijkheid in stand.

1.4 Het meten van alexithymie

Alexithymie wordt gemeten met o.a. de volgende instrumenten: de OAS (Haviland, Warren, & Riggs, 2000), de TAS-20 (Bagby, Taylor, & Parker, 1994) en de BVAQ-40 (Vorst & Bermond, 2001). De BVAQ-40 en de TAS-20 zijn zelfrapportage vragenlijsten, de OAS is een observatielijst.

1.4.1 Observer Alexithymia scale (OAS)

De OAS is de opvolger van de observatielijst California Q-set Alexithymia Prototype vragenlijst (CQAP). De items van de CQAP zijn geselecteerd uit 100 beschrijvingen van 13 professionele clinici. De beschrijvingen gaan over persoonlijkheidseigenschappen van de alexithyme persoon. Omdat het invullen van de CQAP veel tijd in beslag neemt en training vereist bleek dit een ongeschikt meetinstrument voor in de praktijk. Daarom is hier de OAS voor in de plaats gekomen (Haviland, Warren, Riggs, & Nitch, 2002). Het voordeel van de OAS is dat het ingevuld kan worden door observatoren, professionals in een kliniek of door een leek. Gezien alexithymen moeite hebben met het identificeren van de eigen gevoelens is het mogelijk dat ze moeite ervaren met het invullen van een emotie-gerelateerde vragenlijst (Haviland et al., 2000). Uit psychometrisch onderzoek onder studenten en gemengde psychiatrische groepen blijkt de OAS een betrouwbaar en valide meetinstrument (Haviland et al., 2000; Haviland, Warren, Riggs, & Gallacher, 2001). Echter wordt aanbevolen om het meetinstrument te gebruiken in combinatie met zelfrapportage schalen om alexithymie te meten, omdat sommige subschalen niet betrouwbaar zijn, waaronder ‘geen inzicht’ en omdat het niet duidelijk is of de OAS andere aspecten van alexithymie meet dan de zelfrapportage vragenlijsten (Berthoz et al., 2007). Daarnaast is het voordeel van het gebruik maken van verschillende instrumenten dat er een compleet beeld gevormd kan worden van de alexithyme persoon (Kooiman, 2003).

1.4.2 Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)

De originele versie van de TAS-20, de TAS, is in het Engels opgesteld en bestond oorspronkelijk uit vier subschalen, de difficulty identifying feelings (DIF), difficulty describing feelings (DDF), externally oriented thinking (EOT), en LFL (Low fantasy life). Met behulp van psychometrisch onderzoek is de LFL verwijderd wat resulteerde in de TAS-20 die uit de overgebleven drie subschalen bestond.

Op basis van psychometrisch onderzoek is de TAS-20 een internationaal valide meetinstrument voor empirisch onderzoek, in zowel klinische als niet klinische settings (Kooiman, 2003). Ook wordt de TAS-20 het meest gebruikt om Alexithymie te meten (Thorberg et al., 2009). Ondanks dat de totale schaal valide is, beschrijft Kooiman (2003) in zijn proefschrift dat de subschaal EOT van de TAS-20 onvoldoende betrouwbaar is onder zowel studenten als onder psychiatrische patiënten. Daarnaast benadrukt Kooiman dat het van belang is om in empirisch onderzoek het te gebruiken in combinatie met andere meetinstrumenten zoals de OAS. Ook in alcoholafhankelijke patiënten blijkt de EOT

subschaal onvoldoende betrouwbaar te zijn (Cronbach's $\alpha = .52$) (Thorberg et al., 2010). Vorst en Bermond (2001) plaatsen ook kritische kanttekeningen over de TAS-20. Volgens Vorst en Bermond heeft de TAS-20 als meetinstrument verschillende tekortkomingen. Ten eerste geeft de test gelegenheid tot antwoordneigingen, daar de indicatieve en contra-indicatieve items niet goed gebalanceerd zijn. Ten tweede is de verdeling van de items over de factoren van alexithymie niet goed, waardoor sommige factoren een grotere bijdrage leveren aan de totaalscore dan anderen. En als laatste zou de TAS-20 niet het volledige construct alexithymie meten, maar alleen de cognitieve aspecten.

1.4.3 Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire (BVAQ-40)

De BVAQ-40 is de opvolger van de Amsterdam Alexithymie schaal (AAS) die in 1992 door Bermond en Vorst is ontwikkeld (Bermond, Vingerhoets, & Gerritsen, 1999). De BVAQ-40 is gebaseerd op de originele definitie van Taylor et al. (1985) en bevat vijf essentiële kenmerken (subschalen) waaronder 1) onvermogen tot emotionaliseren (het gemak waarmee men mentaal emotioneel geprikkeld raakt door interne of externe stimuli), 2) onvermogen tot fantaseren, 3) onvermogen tot identificeren van emoties, 4) onvermogen tot analyseren van emoties en 5) onvermogen tot verbaliseren van emoties. De eerste twee kenmerken meten de affectieve factor en de laatste drie kenmerken meten de cognitieve factor (Vorst, & Bermond, 2001). De cognitieve factor komt overeen met de TAS-20 (Vorst & Bermond, 2011; Morera et al., 2005; Sauvage et al., 2005).

De BVAQ-40 schaal is in het Nederlands opgesteld en later vertaald naar het Engels, Frans, Italiaans, Duits, Pools, Russisch (Vorst & Bermond., 2001) en recentelijk naar het Japans (Kashimura, Ogawa, Vorst & Bermond, 2011). Het instrument is gevalideerd onder Nederlandse Psychologie studenten, Belgische studenten en Engelse studenten (Vorst & Bermond., 2001), Japanse studenten (Kashimura, Ogawa, Vorst, & Bermond, 2011) en onder Duitse psychiatrische patiënten (Müller, Bühner, & Ellgring, 2004).

Echter tot op heden is dit instrument beperkt gevalideerd bij patiënten met alcoholafhankelijkheid. Er is één onderzoek bekend waarbij de validiteit van de BVAQ is onderzocht bij alcoholafhankelijke patiënten, echter niet de gehele BVAQ is gevalideerd, maar een deel van het instrument de BVAQ-B (Sauvage et al. 2005). De BVAQ-40 wordt beschouwd als een uitgebreide test om alexithymie te meten die uit twee parallelle versies bestaat die ieder 20 items bevatten, de BVAQ-A en de BVAQ-B (Vorst & Bermond, 2001). Over de betrouwbaarheid van beide versies zijn twijfels. Volgens Müller et al. (2004) zijn zowel de BVAQ-A als de BVAQ-B geen betrouwbare instrumenten. Aangezien de

betrouwbaarheidscoëfficiënten van de schalen lager zijn dan .70, raadt hij aan om de gehele BVAQ-40 als instrument te gebruiken. Daarnaast zijn er twijfels over de factorstructuur van de BVAQ-A (Zech, Luminet, Rime', & Wagner, 1999). Omdat er twijfels zijn over de interne consistenties van zowel de BVAQ-A als de BVAQ-B, maar ook over de factorstructuur is gekozen om binnen dit onderzoek de gehele BVAQ-40 schaal te gebruiken.

Daarnaast hebben Sauvage et al. (2005) de convergente validiteit bepaald door de relaties te onderzoeken tussen de zelfrapportage vragenlijsten de BVAQ-B en de TAS-20. Binnen dit onderzoek worden de relaties zowel tussen de BVAQ-40 en de TAS-20 onderzocht, als tussen de BVAQ-40 en de observatielijst de OAS.

Concluderend, de TAS-20 heeft verschillende tekortkomingen in het meten van het concept alexithymie. De BVAQ-40 lijkt een geschikt zelfrapportage vragenlijst om alexithymie te meten, omdat het behalve de cognitieve ook de affectieve dimensie van alexithymie meet. Echter is deze beperkt gevalideerd onder alcoholafhankelijke patiënten binnen de verslavingszorg.

1.5 Doel van de studie

Het doel van dit onderzoek is om de betrouwbaarheid en de validiteit van de BVAQ-40 te onderzoeken bij alcoholafhankelijke patiënten binnen de verslavingszorg. Indien blijkt dat de BVAQ-40 een betrouwbaar en valide instrument is om alexithymie te meten kan dit toegevoegde waarde hebben in het begrijpen van alexithymie bij alcoholafhankelijke patiënten. Daarnaast kan het binnen de verslavingszorg gebruikt worden om alexithymie te meten. Het belang van het meten van alexithymie is dat het mogelijk een risicofactor is voor het ontwikkelen en in stand houden van alcoholafhankelijkheid.

2. Methoden

Binnen dit onderzoek is gebruik gemaakt van een observationeel, cross-sectioneel onderzoek.

2.1 Participanten

De steekproef binnen dit onderzoek bestond uit 111 patiënten die gediagnosticeerd waren met alcoholafhankelijkheid volgens de DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) en die allen een behandeling volgden binnen Tactus, instelling voor verslavingszorg. De diagnose alcoholafhankelijkheid werd door de deskundige GZ- psychologen, verslavingsartsen en/of psychiaters vastgesteld. De steekproef werd gevormd uit een convenience sample van beschikbare groepen die vrijwillig deel wilden nemen aan het onderzoek. De patiënten werden geworven op de klinische afdeling in Rekken, diagnostiek- (klinisch) en deeltijdbehandeling (ambulant) in Enschede en in Zutphen. De werving was gestart op de diagnostiekafdeling in Enschede, waar cliënten drie weken verbleven. De cliënten in Rekken volgden een behandeling met de duur van vier tot zes maanden. De deeltijdbehandeling patiënten kwamen drie dagen in de week voor behandeling gedurende twaalf weken.

In verband met de veiligheid voor de cliënten om terugval te voorkomen heeft de onderzoeker de keus gemaakt om alleen cliënten te benaderen die deelnamen aan de klinische- en semi-klinische (deeltijd) behandeling. De cliënten die een ambulante behandeling volgden werden niet benaderd, omdat zij niet acuut terug konden vallen op de hulpverlening zoals in de klinische- en semi-klinische behandeling. De cliënten werden gevraagd om vrijwillig mee te werken. Er werd mondelinge en schriftelijke voorlichting gegeven waarbij alle cliënten op de hoogte werden gebracht van de criteria voor deelname aan dit onderzoek.

Geïnccludeerd werden patiënten in de leeftijd tussen de 18 en 65 jaar en die Informed consent hadden ondertekend. Alle patiënten waren gedetoxificeerd van alcohol en vertoonden geen ontwenningssverschijnselen. Eén van de criteria was beheersing van de Nederlandse taal (schrijven en begrijpend lezen). Daarnaast waren alle patiënten stabiel, sommigen waren ingesteld op psychofarmaca en/of anti-terugval medicatie (acamprosaat etc.).

Patiënten die een ernstig (acuut) psychiatrisch en/of somatisch toestandsbeeld hadden of ernstig (zelf)destructief gedrag/suïcidaliteit vertoonden werden geëxcludeerd.

2.2 Procedure

Vooraf aan het verzamelen van de data werd geverifieerd bij een lid van de Medische Ethische toetsingscommissie (METC) en bij de directeur Zorg binnen Tactus verslavingszorg of de belasting van de patiënten en de uitvoering van dit onderzoek onder de Wet Medisch-wetenschappelijk onderzoek viel. Dit bleek niet het geval te zijn.

Daarna werden uit de fysieke- en elektronische patiënten dossiers demografische-, medische-, verslavingsgegevens en de diagnoses van alcoholafhankelijkheid volgens DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) geraadpleegd, om de patiëntenpopulatie te toetsen voor de inclusiecriteria. De cliënten die aan de criteria voldeden, werden met de sociotherapeuten besproken en benaderd door de onderzoeker voor deelname. Het overleg met de sociotherapeuten was om de belasting voor de desbetreffende cliënten te beoordelen. Bij alle cliënten en sociotherapeuten die deel hadden genomen aan het onderzoek werd voorlichting gegeven met uitleg over alexithymie, doelstelling van het onderzoek en duidelijke instructies voor het invullen van de meetinstrumenten. Daarnaast was elk meetinstrument voorzien van schriftelijke instructie voor afname. Alle meetinstrumenten werden in een map opgenomen. Om de cliënten niet te veel te belasten met de hoeveelheid te beantwoorden items werden de meetinstrumenten verdeeld over drie dagen. Nadat informed consent ondertekend was en alle meetinstrumenten ingevuld waren door de cliënt werd de map bij de sociotherapeut ingeleverd. De sociotherapeut vulde de Observer Alexithymia Scale (OAS) in.

Wekelijks werden de ingevulde mappen met de zelfbeoordelvragenlijsten gecontroleerd door de onderzoeker. De onderzoeker controleerde of het informed consent was getekend, alle meetinstrumenten waren ingevuld door de cliënt en de beoordelaarlijst door de sociotherapeut(en). Bij onvolledigheden werd de cliënt gevraagd om deze alsnog in te vullen. Als de desbetreffende cliënt met ontslag was voordat de onderzoeker de map had gecontroleerd, werden de niet ingevulde items gekenmerkt als “missing values” in de dataverwerking en zijn ze niet meegenomen in de analyses.

2.3 Meetinstrumenten

Hieronder worden de gebruikte meetinstrumenten beschreven die binnen dit onderzoek gemeten zijn.

2.3.1 Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire (BVAQ-40)

Binnen dit onderzoek werd de Nederlandse versie gebruikt van de BVAQ-40 (Bermond & Vorst 1993) om alexithymie te meten. De BVAQ-40 zelfrapportage vragenlijst bestaat uit twee hoofdfactoren: een cognitieve factor en een affectieve factor. Ieder item wordt gescoord met een likert schaal die varieert van 1 (“geheel van toepassing”) tot 5 (“volstrekt niet van toepassing”). Twee voorbeelden van de items: ‘ik heb weinig dagdromen en fantasieën’ (subschaal fantaseren) en ‘vaak borrelen de emoties zo maar in me naar boven’ (emotionaliseren). Op ieder factor worden alle items gesommeerd, lage score impliceert weinig tot geen gebruik van het kenmerk. De laagst mogelijke scores van de BVAQ-40 is 40 en de hoogste is 200 (beide hoofdfactoren gesommeerd). In de BVAQ-40 wordt ook de indeling laag-, modaal- en hoog gehanteerd voor zowel de affectieve als de cognitieve factor. Voor de affectieve factor geldt de volgende indeling, laag > 29, modaal 30-42 en hoog < 43. Voor de cognitieve factor is de indeling laag > 42, modaal 43-61 en hoog < 62. Op basis hiervan wordt onderscheid gemaakt tussen vier typen (a)lexithymen. Het eerste type alexithymie (type I) betreft personen waarbij de emotionele beleving afwezig is, maar ook de afwezigheid van de bijbehorende emotie gerelateerde cognities, dus een lage score op zowel de affectieve als de cognitieve factor. Het tweede type (type II) representeert personen die in hoge mate bewust emoties ervaren en die in geringe mate over de bijbehorende cognities beschikken, dus een hoge score op de affectieve factor en een lage score op de cognitieve factor. Bij het derde type (type III) is de emotionele beleving afwezig, maar men heeft hoge cognitieve capaciteiten, dus een lage score op de affectieve factor en een hoge score op de cognitieve factor. En het vierde type (type IV) wordt gekenmerkt door een hoge emotionele beleving en hoge cognitieve, emotie gerelateerde, capaciteiten (lexithym), dus een hoge score op beide factoren (Bermond et al., 2007). De rest groep is verdeeld onder modaal cognitief en/of modaal affectief. Psychometrisch onderzoek toonde een goede betrouwbaarheid aan van de totale schaal en van de subschalen (Vorst & Bermond, 2001).

2.3.2 Toronto Alexithymia Scale 20 (TAS-20)

Binnen dit onderzoek werd de Nederlandse versie van de TAS-20 gebruikt om alexithymie te meten (Kooiman, Spinhoven, & Trijsburg, 2002; Bagby et al., 1994). Elk item wordt gescoord

op een 5-punts Likertschaal gaande van “erg eens” tot “erg oneens”. Twee voorbeelden van items: ‘ik ben in verwarring over wat ik voel’ en ‘ik vind het moeilijk te beschrijven wat ik van andere mensen vind’. De vragenlijst bestaat uit drie-factoren structuur DIF, DDF en de EOT. In de TAS-20 wordt de indeling van geen-, laag- en hoog alexithymie gehanteerd. De items worden allen gesommeerd (per vraag een score van 1-5). De laagst mogelijke score in de totale TAS-20 is 20 en de hoogste score 100. Bij een totaalscore > 60 is er een klinische classificatie van alexithymie en geen alexithymie bij een score <51. Onderzoeken in zowel klinische als non-klinische populaties toonden acceptabele interne consistenties aan voor de subschalen als voor de totale schaal (Bagby et al., 1994). Daarnaast had de schaal convergente, discriminante en concurrente validiteit (Cleland, Magura, Foote, & Rosenblum, 2005; Kooiman et al., 2004; Montebanocci, Codispoti, Baldaro, & Rossi, 2004; Paivio & McCulloch, 2004).

2.3.3 Observer Alexithymia Scale (OAS)

Binnen dit onderzoek werd de OAS gebruikt om alexithymie te meten (Haviland et al., 2000). De OAS bevat 33 items, die ingevuld kan worden door professionals of door een observator. Ieder item wordt gescoord op een 4-punts schaal (0=nooit: helemaal niet zoals deze persoon; 1= soms: een beetje zoals deze persoon; 2=gewoonlijk: heel veel zoals deze persoon; en 3= altijd: helemaal zoals deze persoon). Twee voorbeelden van items: ‘is een warm persoon’ en ‘vertelt moppen en maakt grappige opmerkingen’. Totale scores variëren tussen de 0 en 99. De schaal heeft vijf-factoren structuur, afstandelijk (geringe interpersoonlijke vaardigheden en relaties), geen inzicht (geringe stress-tolerantie, inzicht en begrip in zichzelf), somatiseren (gezondheidszorgen en fysieke problemen), humorloos (niet interessant en saai), en rigide (overmatige zelfcontrole). De interne consistentie was adequaat zowel voor de studenten steekproef als voor de klinische steekproef (Haviland et al., 2000; Haviland et al., 2001).

2.3.4 Beck Depression Inventory (BDI-II-NL)

Om depressie te meten werd de Beck Depression Inventory (BDI-II-NL; Van der Does, 2002) gebruikt. De vragenlijst bestaat uit 21 uitspraken van klachten waaruit de respondent de meest karakteristieke uitspraak moeten kiezen die het beste beschrijft hoe men zich ‘de afgelopen week met vandaag erbij’ zich voelt. Deze vragenlijst wordt gemeten met een 4-punts Likertschaal, die loopt van 0 tot 3. Een voorbeeld van een item: ‘somberheid, verdriet’ respondent kon scoren, 0=‘ik voel me niet somber’, 1=‘ik voel me een groot deel van de tijd somber’, 2=‘ik ben de hele tijd somber’ of 3=‘ik ben zo somber of ongelukkig dat ik het niet

verdragen kan'. De interne consistenties is goed voor zowel niet-psychiatrische patiënten en als voor psychiatrische patiënten (Beck, Steer, & Carbin, 1988). De BDI-II-NL meet cognitieve, affectieve, somatische en vegetatieve symptomen. Alle antwoorden op deze symptomen bij elkaar, levert een maat voor de algehele ernst van depressie. De laagste score in de BDI-II-NL is 0 en de hoogste 63. De schaal wordt onderverdeeld in drie, hoog onderling gecorreleerde, dimensies: de Affectieve, de Somatische en de Cognitieve dimensie. De totaalscore kan een minimale, lichte, matig ernstige of ernstige depressie indiceren. De BDI-II Engelstalige versie werd gevalideerd door Beck et al. (1988).

2.3.5 State Trait Anxiety Inventory (STAI)

Angst werd gemeten met de State Trait Anxiety Inventory (STAI), die werd ontwikkeld door Spielberger (1970). Binnen dit onderzoek werd de Nederlandse versie de 'Zelf beoordelingsvragenlijst' (STAI-DY) (Van der Ploeg, 1982). De vragenlijst bestaat uit twee schalen: toestandsangst en angstdispositie, het eerste verwijst naar de angst op het moment van invullen en het tweede naar de continue aanwezigheid van angst. Beide dimensies bevatten 20 items die met een vier-punt schaal worden ingevuld lopend van "geheel niet" tot "zeer veel". Twee voorbeelden van items: 'ik voel me kalm' (toestandsangst) en 'ik ben gelukkig' (angstdispositie). Per schaal worden de scores gesommeerd, een lage som score impliceert weinig of geen angst, een hoge som score impliceert veel angst. De betrouwbaarheid van de schaal werd getest onder studenten, Leidse inwoners, poliklinische psychiatrische patiënten en klinische psychiatrische patiënten en werd als goed beschouwd (Van der Ploeg, 1982).

2.3.6 Utrechtse Coping Lijst (UCL)

Coping werd gemeten met de Utrechtse Coping lijst (UCL; Schreurs et al, 1993). Deze lijst werd gebruikt om de copingstijlen te meten bij confrontatie met problemen of aanpassing vereisende gebeurtenissen. De UCL bevat 47 items die weer onderverdeeld worden in zeven subschalen: 'actief aanpakken' (7 items), palliatieve reactie (8 items), vermijden (8 items), sociale steun zoeken (6 items), passief reactiepatroon (7 items), expressie van emoties (3 items) en geruststellende gedachten (5 items). Men kan antwoord geven op de vragen door middel van een vier-puntenschaal bestaande uit: 'zelden of nooit' (score 1), 'soms' (score 2), 'vaak' (score 3) en 'zeer vaak' (score 4). Om de gemiddelden te verkrijgen worden eerst de scores van alle items tot scores van de aparte schalen omgezet. De bij elkaar horende items van een schaal worden bij elkaar opgeteld en gedeeld door het aantal items. Een hoge score op

een schaal betekent dat die persoon de bijbehorende strategieën vaak gebruikt en waarschijnlijk die stijl heeft. De interne consistentie van de schalen werd als redelijk goed genoemd (Schreurs & Van de Willige, 1988). En de stabiliteit coëfficiënten (test-hertest) waren redelijk hoog hetgeen erop wees dat met de UCL-schalen redelijk stabiele eigenschappen gemeten werd (Schreurs et al, 1993).

2.3.7 Jellinek Alcohol Craving Questionnaire (JACQ)

Craving werd binnen dit onderzoek gemeten met de JACQ (Ooteman et al. 2006). De zelfrapportage vragenlijst bestaat uit 24 items. Elk item wordt gescoord op een 6-punts schaal gaande van “nooit” tot “meestal”. Twee voorbeelden van items: ‘in de periode dat ik nog alcohol dronk voelde ik een sterke drang om te gaan drinken’ en ‘in de periode dat ik nog alcohol dronk kreeg ik een droge mond bij het zien en ruiken van alcohol’. De laagst mogelijke score in de totale JACQ is 24 en de hoogste is 144. De JACQ bestaat uit vier subschalen: emotionele drift, psychische sensatie/gevoel, verleiding tot alcohol drinken en ongecontroleerde gedachten. De JACQ is door Ooteman et al., (2006) gevalideerd. In de studie van Ooteman et al., (2006) bleken alle subschalen van de JACQ een goede interne consistentie te hebben en een hoge intercorrelatie. Dit wees erop dat de JACQ een bruikbaar meetinstrument is om craving te meten. Er werden geen normscores voor de subschalen en de totale JACQ beschreven.

2.4 Statistische analyses

Alle gegevens werden geanalyseerd met behulp van het programma Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versie 18.0. Tevoren werden de negatief geformuleerde items van de meetinstrumenten omgeschaald voor de TAS-20, BVAQ-40, OAS en STAI. Voor zowel de demografische variabelen als voor de meetinstrumenten en de subschalen daarvan zijn frequentietabellen en crosstabs gemaakt, zodat er inzicht verkregen werd in de patiënten kenmerken en in de verzamelde gegevens. Verder werd de normale verdeling van de scores op de vragenlijsten getoetst met behulp van de one sample Kolmogorov-Smirnovtoets, tweezijdig met een significantie niveau van $\alpha=.05$. Een waarde boven de .05 gaf aan dat er sprake was van een normale verdeling. Uit de toets bleek dat alle totale schalen niet significant afweken van de normale verdeling, enkel de subschalen fantaseren van de BVAQ-40, expressie van emoties en geruststellende gedachten van de UCL weken wel significant van de normale verdeling. Er werd daarom gekozen om alle correlaties te toetsen met parametrische Pearson correlatiecoëfficiënten, omdat de verschillen tussen de parametrische

en de non-parametrische resultaten minimaal waren. Pearson correlaties $r < .30$ werden als zwak beschouwd, correlaties $r > .30$ en $r < .50$ werden als middelmatig beschouwd en correlaties $r > .50$ werden als sterk beschouwd (Cohen, 1988; Terwee et al., 2007).

Om de interne validiteit van de BVAQ-40 te bepalen werd de factorstructuur, interne consistentie en de interrelaties van de BVAQ-40 onderzocht. Om de factorstructuur van de BVAQ-40 te onderzoeken werden twee Principale componenten analyses (PCA) uitgevoerd met varimax-rotatie. Dit werd zowel op de items uitgevoerd (vastgesteld op vijf factoren) als op de veronderstelde vijf subschalen om op hogere orde de factorstructuur te onderzoeken (vastgesteld op twee factoren). Verwacht werd dat de items die bedoeld waren om een factor te meten op diezelfde factor te laadden. Als criterium voor een voldoende hoge factorlading werd $> .40$ gehanteerd. De verwachting was dat de structuur overeenkwam met de vijf factorstructuur van de originele BVAQ-40 schaal van Vorst en Bermond (2001). Om de betrouwbaarheid van de BVAQ-40 en de subschalen te toetsen werd een betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd met behulp van Cronbach's alpha. Hiervoor werd Cronbach's alpha van minimaal .70 als betrouwbaar beschouwd (Cronbach, 1951; Terwee et al., 2007). Verwacht werd dat de betrouwbaarheidscoëfficiënten van de subschalen van de BVAQ-40 hoger waren dan .70. Wat betreft de interrelaties was de verwachting dat de BVAQ-40 middelmatige tot sterke relaties had met alle subschalen. Daarnaast was de verwachting dat de subschalen verbaliseren, identificeren en analyseren een sterke relatie hadden met de cognitieve factor en dat emotionaliseren en fantaseren een sterke relatie hadden met de affectieve factor van de BVAQ-40, gebaseerd op Vorst en Bermond (2001).

Om de convergente en discriminante validiteit te bepalen werden de correlaties onderzocht tussen de totale -en de subschalen van BVAQ-40, TAS-20, OAS, UCL, BDI-II-NL, STAI-DY en JACQ. Gebaseerd op de bevindingen in andere onderzoeken werd een sterke positieve significante relatie verwacht tussen de cognitieve factor van de BVAQ-40 en de TAS-20 (Vorst & Bermond, 2001; Sauvage et al., 2005). Tussen de affectieve factor van de BVAQ-40 en de TAS-20 werd een zwakke correlatie verwacht. Tussen de BVAQ-40 en de OAS werd een middelmatige tot sterke correlatie verwacht (Berthoz et al., 2007; Dorard et al., 2008).

Tussen de subschalen identificeren en verbaliseren van de BVAQ-40 en de BDI-II-NL werd een middelmatige positieve significante correlatie verwacht (Sauvage et al., 2005). Ook tussen de subschalen identificeren en verbaliseren van de BVAQ-40 en de subschalen toestandsangst en angstdispositie van de STAI-DY BDI-II-NL werd een middelmatige positieve significante correlatie verwacht (Eizaguirre et al., 1999; Marchesi et al., 2000).

Tussen de BVAQ-40 schaal en de subschalen palliatieve reactiepatroon, passief reactiepatroon en vermijden van de UCL werd een middelmatige positieve significante correlatie verwacht (Van Hest, 1999). Eveneens tussen de subschalen identificeren en verbaliseren van de BVAQ-40 en de JACQ werd een middelmatige positieve significante correlatie verwacht (Thorberg et al., 2011).

3. Resultaten

Hieronder zijn de resultaten beschreven. Ten eerste wordt een beschrijving gegeven van de data voor de patiënten kenmerken en van de meetinstrumenten. Vervolgens worden de resultaten van de factoranalyse en de betrouwbaarheidsanalyse met de interrelaties van de subschalen van de BVAQ-40 weergegeven. Daarna worden de relaties tussen de meetinstrumenten de BVAQ-40, TAS-20, OAS, UCL, BDI-II-NL, STAI-DY en JACQ beschreven.

3.1 Participanten

Aan het onderzoek hebben 111 mensen meegedaan. Het merendeel was man, lager of middelbaar opgeleid en de gemiddelde leeftijd was 44 jaar (zie tabel 1). Volgens de BVAQ-40 waren 59% van de deelnemers alexithym.

Tabel 1: *Patiënt kenmerken (N=111)*

Variabele	
Geslacht	
Man, n (%)	92 (83)
Vrouw, n (%)	19 (17)
Leeftijd, M (SD)	
Range	44 (9.7) 23-62
Opleiding	
Basisschool, n (%)	8 (7)
Lager beroepsonderwijs, n (%)	32 (29)
MAVO, MULO, ULO, n (%)	12 (11)
Middelbaar beroepsonderwijs, n (%)	32 (29)
VWO, Gymnasium, Atheneum, n (%)	1 (1)
Hoger beroepsonderwijs, n(%)	14 (13)
Wetenschappelijk onderwijs, n (%)	4 (4)
Missing, n (%)	2 (2)
(A)lexithymie volgens de indeling van BVAQ-40	
- type I, n (%)	2 (2)
- type II, n (%)	2 (2)
- type III, n (%)	4 (4)
- type IV (lexithym), n (%)	45 (41)
- rest, n (%)	56 (51)
(A)lexithymie volgens de indeling TAS-20	
- geen alexithymie, n (%)	21 (20)
- laag alexithymie, n (%)	28 (25)
- hoog alexithymie, n (%)	56 (51)

3.2 Gemiddelde scores op alexithymie, depressie, angst, coping en craving

De gemiddelde scores op de vragenlijsten zijn in tabel 2 opgenomen. Alle vragenlijsten werden ingevuld, maar niet alle items werden beantwoord. De vragenlijsten OAS en STAI hadden het grootste aantal missende waarden, voor beiden geldt dat 11 items niet werden beantwoord.

Tabel 2: Gemiddelde scores en standaardafwijking op de vragenlijsten en de subschalen (N=111)

		Gemiddelde	Standaard afwijking	Minimale score	Maximale score
Zelfrapportage vragenlijst, alexithymie volgens BVAQ-40					
	BVAQ-40, N=109	113.49	19.81	57	182
	Affectief				
	1. Emotionaliseren	19.59	5.92		
	2. Fantaseren	24.92	6.66		
	Affectieve factor (1+2)	44.51	9.72		
	Cognitief				
	3. Verbaliseren	27.50	6.89		
	4. Identificeren	21.37	6.22		
	5. Analyseren	20.03	5.75		
	Cognitieve factor (3+4+5)	68.95	15.22		
Zelfrapportage vragenlijst, alexithymie volgens TAS-20					
	TAS-20, N=105	54.75	12.2	29	82
	- DIF	19.00	6.54		
	- DDF	15.51	4.38		
	- EOT	20.22	4.37		
Observatielijst, alexithymie volgens OAS					
	OAS, N=100	51.00	11.97	23	92
	- afstandelijk	18.48	4.98		
	- geen inzicht	13.03	4.38		
	- somatiseren	5.09	3.51		
	- humorloos	7.66	3.48		
	- rigide	6.76	2.69		
Zelfrapportage vragenlijst depressie					
	BDI-II-NL, N=103	20.11	10.38	1	49
Zelfrapportage vragenlijst angst					
	STAI-DY, State N=105	21.99	10.43	2	50
	STAI-DY, Trait N=100	15.48	6.33	0	27
Zelfrapportage vragenlijst coping					
	UCL, N=104	99.78	9.56	75	132
	- Actief aanpakken	15.98	3.37		
	- Palliatieve reactiviteit	19.24	2.99		
	- Vermijden	18.80	3.59		
	- sociale steun zoeken	11.37	3.20		
	- passief reactiepatroon	17.00	3.96		
	- Expressie van emoties	6.30	1.75		
	- geruststellende gedachten	11.54	2.49		
Zelfrapportage vragenlijst craving					
	JACQ, N=105	85.88	26.09	34	143
	- Eemotionele drift	24.64	6.46		
	- Fysieke sensatie	15.44	7.87		
	- Verleiding om te drinken	25.03	7.16		
	- Ongecontroleerde gedachten	20.52	7.28		

3.3 Factorstructuur

Een principale componenten analyse werd uitgevoerd op de items van de BVAQ-40 schaal (zie tabel 3) en op de vijf subschalen (tabel 4). De vijf factoren verklaarden 46,8% van de totale variantie van de BVAQ-40 schaal. Zoals verwacht laadden de meeste items op de verwachte factor, behalve identificeren en analyseren. De hogere orde factorstructuur kwam overeen met de verwachting; er bleken duidelijk twee hoger orde factoren te onderscheiden, de cognitieve en de affectieve waar de verwachte subschalen op laadden. Opvallend was dat de subschaal emotionaliseren op zowel de cognitieve als de affectieve factor laadde $> .40$.

Tabel 3: *Principale componenten analyse op de items van de BVAQ-40 (N = 109)*

Item	Component				
	1	2	3	4	5
Verbaliseren (cognitief)					
1) Ik vind het moeilijk mijn gevoelens onder woorden te brengen	.77				
6) Ik vertel anderen graag over mijn emoties	.69				
11) Zelfs met een vriend of vriendin vind ik het moeilijk om over m'n gevoelens te praten	.71				
16) Als ik wil vertellen hoe rot ik me voel kan ik daar makkelijk de juiste woorden voor vinden	.76				
21) Mensen zeggen vaak dat ik meer over mijn gevoelens moet vertellen	.54				
26) Als ik door iets uit mijn doen geraakt ben, praat ik met anderen over mijn gevoelens	.68				
31) Ik kan mijn gevoelens verwoorden	.68				
36) Als ik met mensen praat heb ik het eerder over m'n dagelijkse bezigheden dan over m'n gevoelens	.44				
Emotionaliseren (affectief)					
4) Als er iets volstrekt onverwachts gebeurt, blijf ik rustig en onbewogen		.47			
9) Als ik zie dat iemand vreselijk moet huilen, blijf ik onbewogen		.51			
14) Als vrienden om me heen vreselijk ruzie maken, raak ik geëmotioneerd		.66			
19) Vaak borrelen de emoties zo maar in me naar boven		.42	.41		
24) Ook als anderen laaiend enthousiast over iets zijn, blijf ik onbewogen		(.11)			.49
29) Onverwachte gebeurtenissen overspoelen me vaak met emoties		.71			
34) Tegenvallers aanvaard ik emotioneel		.59			
39) Als ik een ander vreselijk zie huilen, voel ik de droefheid in me opkomen		.65			
Fantaseren (affectief)					
2) Voor ik inslaap val, verzin ik vaak allerlei gebeurtenissen, ontmoetingen en gesprekken			.45		
7) Ik heb weinig dagdromen en fantasieën			.53		
12) Ik gebruik mijn fantasie vaak			.70		
17) Voor sprookjes en bizarre verhalen heb ik weinig interesse			.54		
22) Fantaseren doe ik zelden			.69		
27) Ik bedenk graag gekke fantasierijke verhalen			.69		
32) Fantaseren over irreële zaken of gebeurtenissen vind ik zonde van mijn tijd			.59		
37) Als ik weinig om handen heb, zit ik te dagdromen			.61		
Identificeren (cognitief)					
3) Als ik van streek ben, dan weet ik of ik angstig of verdrietig of kwaad ben				.44	
8) Als ik gespannen ben, blijft het mij onduidelijk door welke emotioneel gevoel dat komt				.59	
13) Als dingen mij te veel worden begrijp ik meestal waar dat aan ligt				.54	
18) Als ik me prettig voel blijft het mij onduidelijk of ik opgeruimd of opgetogen of blij ben				(.36)	.49
23) Ik weet niet wat er allemaal in me omgaat				(.34)	.50
28) Als ik me rot voel dan weet ik of ik bevreesd of somber of bedroefd ben				.72	
33) Als ik mezelf in de weg loop, blijft het mij onduidelijk of ik verdrietig of bang of ongelukkig ben				(.39)	.65
38) Al ik in een zonnige stemming ben, weet ik of ik enthousiast of vrolijk of uitgelaten ben				.72	
Analyseren (cognitief)					
5) Ik verdiep me nauwelijks in mijn emoties					.40
10) Emoties moet je proberen te doorgronden				.40	(.23)
15) Als ik me vervelend voel, ga ik mij niet nog eens extra kwellen door me af te vragen waarom ik dat gevoel heb					(.36)
20) Als ik niet lekker in mijn vel zit, probeer ik te achterhalen waarom ik mij zo voel	.45				(.10)
25) Aan emoties valt weinig te begrijpen					.49
30) Ik vind dat je contact moet houden met je gevoelens	.40	.48			(.20)
35) Ik vind het maar raar dat anderen zo vaak hun emoties analyseren					.57
40) Als ik gespannen ben, wil ik precies weten waar dat gevoel vandaan komt	.43			.41	(.07)

Noot: de Principale componenten analyse werd uitgevoerd met Varimax rotatie, Kaiser Normalisatie. Componentenladingen >.40 zijn in de tabel vermeld. Slecht ladende items op de veronderstelde componenten zijn tussen haakjes gezet

Tabel 4: *Principale componenten analyse op de subschalen van de BVAQ-40 (N = 109)*

Subschaal	Component	
	1	2
Emotionaliseren	.41	.61
Fantaseren		.86
Verbaliseren	.73	
Identificeren	.81	
Analysen	.82	

Noot: Componentenladingen >.40 zijn in de tabel vermeld.

3.4 Betrouwbaarheidsanalyse en interrelaties tussen de BVAQ-40 schalen

In tabel 5 zijn de correlaties tussen de subschalen van de BVAQ-40 en de Cronbach's alpha coëfficiënten vermeld. Alle interne betrouwbaarheidsschattingen van de BVAQ-40 subschalen overtroffen de .70. Indien items verwijderd werden, leverde dat geen significante verbetering in het Alpha niveau. Dit kwam overeen met de verwachting en betekent dat ook in deze populatie de schalen intern consistent zijn.

Tabel 5: *Correlaties tussen de BVAQ-40 en de Cronbach's alpha van de BVAQ-40 schalen*

	1.Emotionaliseren	2.Fantaseren	Schaal affectief (1+2)	3.Verbaliseren	4.Identificeren	5.Analysen	Schaal cognitief (3+4+5)	TOTAAL BVAQ- 40	α
Affectief									
1.Emotionaliseren	-								.73
2.Fantaseren	.19*	-							.76
Affectieve factor (1+2)	.74**	.80**	-						.76
Cognitief									
3.Verbaliseren	.16	.09	.16	-					.84
4.Identificeren	.19*	-.13	.03	.39**	-				.76
5.analysen	.45**	.11	.35**	.52**	.49**	-			.73
Cognitieve factor (3+4+5)	.32**	.03	.22*	.82**	.78**	.82**	-		.88
TOTAAL BVAQ-40	.61**	.42**	.66**	.71**	.61**	.80**	.88**	-	.86

Noot: * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$, (tweezijdig)

Verder kwam naar voren dat de totale BVAQ-40 schaal positief en significant correleerde met alle subschalen, zoals verwacht. De relaties varieerden tussen de $r = .42$ en $r = .88$ ($p < 0.01$). Zoals verwacht was er een sterke en positieve correlatie tussen de subschalen verbaliseren, identificeren en analyseren met de cognitieve factor ($r \geq .78$, $p < 0.01$), ook correleerden de subschalen emotionaliseren en fantaseren sterk en positief met de affectieve schaal ($r \geq .74$, $p < 0.01$). Het was opvallend op dat tussen de affectieve en de cognitieve factoren een zwakke positieve correlatie was ($r = .22$, $p < 0.05$).

3.5 Convergente en discriminante validiteit

Zoals verwacht correleerde de cognitieve factor van de BVAQ-40 sterk en positief met de TAS-20 ($r = .71, p < 0.01$) en correleerde de affectieve factor van de BVAQ-40 niet significant met de TAS-20 (zie tabel 6).

Opvallend was dat tussen de BVAQ-40 en de observatielijst de OAS geen significante correlatie werd gevonden, wat niet overeenkwam met de verwachting. Maar ook tussen de OAS en de TAS-20 werd geen significante correlatie gevonden.

Verder correleerde de subschaal verbaliseren van de BVAQ-40 positief en zwak i.p.v. positief en middelmatig met depressie ($r = .22, p < 0.05$) (zie tabel 7). De subschaal identificeren correleerde zoals verwacht positief en middelmatig met depressie ($r = .34, p < 0.01$).

In tegenstelling tot de verwachting correleerde de subschaal verbaliseren van de BVAQ-40 niet significant met de subschalen van angst. Daarnaast werd een zwakke i.p.v. een middelmatige positieve correlatie gevonden tussen de subschaal identificeren en toestandsangst ($r = .23, p < 0.05$).

De BVAQ-40 correleerde niet significant met de copingstijl palliatieve reactie, in tegenstelling tot de verwachting. Echter correleerde de cognitieve factor van de BVAQ-40 negatief en significant met de copingstijl actief aanpakken ($r = -.27, p < 0.01$). Daarnaast correleerde de cognitieve factor positief en significant met de subschaal vermijden ($r = .27, p < 0.01$). Ook de affectieve factor van de BVAQ-40 en de copingstijl passief reactiepatroon ($r = -.37, p < 0.01$) correleerde negatief, middelmatig en significant. Opvallend was de negatieve significante correlatie tussen de BVAQ-40 en sociale steun zoeken ($r = -.41, p < 0.01$).

In tegenstelling tot de verwachting correleerden de subschalen verbaliseren en identificeren van de BVAQ-40 niet significant met craving. Opmerkelijk was de relatie tussen de subschaal fantaseren van de BVAQ-40 en de subschalen emotionele drift ($r = -.26, p < 0.01$) en verleiding om te drinken ($r = -.32, p < 0.01$) van craving (JACQ).

Tabel 6: Correlaties tussen de schalen van de BVAQ-40, de TAS-20 en de OAS

		Zelfrapportage vragenlijst, alexithymie volgens TAS-20				Observatielijst, alexithymie volgens OAS					
		Totaal	1.Difficulty Identifying Feelings	2. Difficulty Describing Feelings	3.Externally Oriented Thinking	Totaal	1.Afstandelijk	2. Geen inzicht	3.Somatiseren	4.Humorloos	5.Rigide
Zelfrapportage vragenlijst, alexithymie volgens BVAQ-40	Totaal	.54**	.51**	.54**	.24*	.07	.11	.08	.08	-.08	-.04
	Affectief										
	1.emotionaliseren	.06	.11	-.03	.02	-.03	.13	-.03	.06	-.24*	-.11
	2. Fantaseren	-.08	-.13	.06	.00	-.04	.05	-.14	-.14	.07	.03
	Affectieve factor (1+2)	-.02	-.02	.02	.01	-.04	.11	-.11	-.06	-.09	-.05
	Cognitief										
	3. Verbaliseren	.58**	.48**	.74**	.26**	.10	.06	.14	.12	.02	.01
	4. Identificeren	.61**	.73**	.40*	.21*	.09	.00	.18	.06	.01	-.04
	5. Analyseren	.48**	.43**	.47**	.18	.08	.09	.09	.19	-.17	-.05
Cognitieve factor (3+4+5)	.71**	.67**	.68**	.29**	.12	.07	.17	.14	-.04	-.03	
Zelfrapportage vragenlijst, alexithymie volgens TAS-20	Totaal	-	.90**	.76**	.70**	.14	-.11	.28**	.17	.06	.00
	1. Difficulty Identifying Feelings	-	-	.56**	.41**	.10	-.10	.27**	.18	.00	-.05
	2. Difficulty Describing Feelings	-	-	-	.38**	.16	.01	.15	.15	.13	.07
	3. Externally Oriented Thinking	-	-	-	-	.06	-.12	.17	-.06	.10	.07

Noot: * p < 0.05 ** p < 0.01, (tweezijdig)

Tabel 7: Correlaties tussen de totale en subschalen van de BVAQ-40, de TAS-20, de OAS, de UCL, de BDI-II-NL, de STAI-DY en de JACQ.

		Depressie BDI-II-NL	Anxst. STAI-DY		Coping, UCL								Craving, JACO				
		Totaal	State	Trait	Totaal	Actief aanpakken	Palliatieve reactie	Vermijden	Sociale steun zoeken	Passief reactie patroon	Expressie van emoties	Geruststellende gedachten	Totaal	Emotionele drift	Fysieke sensatie	Verleiding om te drinken	On- gecontroleerde gedachten
Zelfrapportage vragenlijst, alexithymie volgens BVAQ-40	Totaal	.18	.06	-.04	-.24*	-.11	-.06	.17	-.41**	-.08	-.09	-.19*	-.07	-.11	.00	-.10	-.06
	Affectief																
	1.emotionalis- eren	.02	-.06	-.11	-.19	.10	-.23*	-.02	-.18	-.18	.09	-.12	-.02	-.02	-.01	-.01	-.02
	2. Fantaseren	-.17	-.18	-.24*	-.14	.21*	-.08	-.11	.00	-.38**	-.08	.02	-.25**	-.26**	-.14	-.32**	-.19
	Affectieve factor (1+2)	-.10	-.16	-.24*	-.21*	.20*	-.20*	-.09	-.11	-.37**	.00	-.06	-.18	-.19*	-.09	-.22*	-.14
	Cognitief																
	3. Verbaliseren	.22*	.10	.14	-.12	.22*	.15	.26**	-.52**	.11	-.13	-.05	-.04	-.07	.01	-.09	-.01
	4. Identificeren	.34**	.23*	.16	-.09	-.24*	-.03	.20*	-.16	.23*	-.11	-.31**	.10	.06	.07	.11	.10
	5. Analyseren	.15	.07	-.09	-.20*	-.18	.01	.17	-.38**	-.02	-.01	-.19	.00	-.03	.04	.00	-.04
Cognitieve factor (3+4+5)	.30**	.19	.10	-.17	-.27**	.06	.27**	-.45**	.14	-.11	-.22*	.03	-.02	.05	.00	.02	
Zelfrapportage vragenlijst, alexithymie volgens TAS-20	Totaal	.38**	.29**	.18	.08	-.28**	.10	.33**	-.15	.30**	-.01	.10	.24*	.18	.22*	.24*	.22*
	1. Difficulty Identifying Feelings	.48*	.36*	.29*	.09	-.31*	.09	.27*	-.07	.37**	.03	-.18	.28*	.21*	.25*	.29*	.23*
	2. Difficulty Describing Feelings	.18	.15	.05	.03	-.27**	.17	.31**	-.29**	.23*	-.01	-.03	.02	-.01	.06	-.08	.08
	3. Externally Oriented Thinking	.14	.12	-.0.0	.01	-.08	.00	.19	-.13	.00	.03	.03	.19	.13	.18	.20*	.16
Observatielijst, alexithymie volgens OAS	Totaal	.04	.05	.06	-.09	-.05	-.20*	.18	-.09	-.02	-.10	-.05	-.15	-.12	-.15	-.13	-.16
	1. Afstandelijk	-.16	-.20*	-.12	-.11	.09	-.14	.14	-.23*	-.14	-.10	-.02	-.22*	-.18	-.19	-.20*	-.22*
	2. Geen inzicht	.20*	.26*	.20	-.02	-.21*	-.14	.14	.05	.10	-.02	-.08	.00	-.05	-.02	-.03	-.01
	3. Somatiseren	.26**	.23*	.19	.08	-.08	-.04	.03	.10	.17	.13	-.00	.06	.06	.03	.10	.07
	4. Humorloos	-.03	.01	.03	.00	.04	-.02	.15	-.04	.05	-.27**	.00	-.09	-.05	-.06	-.11	-.09
	5. Rigide	-.14	-.14	-.11	-.16	.07	-.10	.04	-.15	-.16	-.20*	-.01	-.18	-.15	-.17	-.21*	-.16

Noot: * p < 0.05 ** p < 0.01, (tweezijdig)

4. Discussie

Het doel van dit onderzoek was om de constructvaliditeit van de BVAQ-40 te onderzoeken onder alcoholafhankelijke patiënten binnen de verslavingszorg.

Binnen dit onderzoek kwam naar voren dat de prevalentie van alexithymie onder alcoholafhankelijk patiënten 59% is volgens de zelfrapportage vragenlijst de BVAQ-40 en 51 % volgens de zelfrapportage vragenlijst de TAS-20. Dit komt overeen met de gevonden prevalentie waarden van Laos et al. (1997) 50% en met de bevindingen van Thorberg et al. (2009), dat ongeveer de helft van de alcoholafhankelijke patiënten alexithymie heeft.

De interne validiteit werd onderzocht op interne consistenties, factorstructuur en de interrelaties tussen de BVAQ-40 subschalen. De interne consistenties van de totale en de subschalen van de BVAQ-40 was goed ($\alpha = > .70$) en was hoger dan de gerapporteerde bevindingen van Vorst en Bermond (2001). Ook waren de interrelaties tussen de subschalen significant en in de verwachte richting, in overeenstemming met het originele validatie onderzoek van de BVAQ-40 in Vorst en Bermond, (2001) en de bevindingen van Sauvage et al. (2005).

De factorstructuur kwam grotendeels overeen met de originele validatie onderzoek van de BVAQ-40 in Vorst en Bermond (2001). De subschalen identificeren en analyseren kwamen het minst sterk naar voren, omdat die op andere factoren laadden. Daarnaast laadde de factor emotionaliseren op zowel de cognitieve als de affectieve factor. Deze bevindingen kwamen deels overeen met de bevindingen van Kashimura et al. (2011) in het onderzoek naar de validering van de BVAQ voor de Japanse versie. Ook hier werd vermeld dat de subschaal analyseren en de factor emotionaliseren op verschillende factoren laadden. Er zijn verschillende modellen voor de factorstructuur van de BVAQ-40 onderzocht, waar naar voren is gekomen dat een vijf factor model met twee hogere orde factoren waar analyseren op beide factoren laadt de voorkeur heeft, omdat dit model een betere fit van de data heeft, gebaseerd op o.a. de resultaten van confirmatieve analyse (Bermond et al., 2007).

Wat betreft de convergente en de discriminante validiteit, kwam naar voren dat de cognitieve factor van de BVAQ-40 sterk overeenkwam met de TAS-20, wat erop wijst dat ze hetzelfde meten, en dat de affectieve factor duidelijk iets anders meet. Dit komt overeen met de originele validatie onderzoek van de BVAQ-40 in Vorst en Bermond (2001) en de bevindingen van Sauvage et al. (2005).

Verder was het opvallend dat de zelfrapportage vragenlijst de BVAQ-40 geen verband had met de observatielijst de OAS, in tegenstelling tot de bevindingen van Berthoz et al. (2007) en Dorard et al. (2008). Ook was het opmerkelijk dat de observatielijst niet

correspondeerde met de zelfrapportage vragenlijst de TAS-20. Dit doet de vraag rijzen welke instrument het beste voorspellend is voor alexithymie, zelfrapportage vragenlijst volgens de BVAQ-40 of de TAS-20, óf de observatielijst de OAS. Meganck, Vanheule, Desmet en Inlegers (2010) beweren dat de componenten van de observatielijst de OAS waarneembare gevolgen van alexithymie meten i.p.v. kernelementen van alexithymie. De conceptuele basis van de OAS is gebaseerd op persoonlijkheidskarakteristieken van de alexithyme persoon en niet op de definitie van het concept dat verwijst naar problemen in het herkennen van gevoelens en problemen in de affectregulatie. Meganck et al. adviseren daarom om de OAS niet te gebruiken als instrument om alexithymie te meten, maar ook omdat er twijfels zijn over de interraterbetrouwbaarheid, de factorstructuur en de concurrente validiteit van het instrument.

Gebaseerd op de opmerkelijke bevindingen binnen dit onderzoek en op de bevindingen van Meganck et al., pleiten we ervoor om in vervolg onderzoek de zelfrapportage vragenlijsten de BVAQ-40 en de TAS-20 te gebruiken om alexithymie te meten, maar niet de observatielijst de OAS.

Verder werd de relatie tussen alexithymie depressie en angst voornamelijk bepaald door het identificeren van gevoelens en niet door het verbaliseren van gevoelens, dit kwam deels overeen met de bevindingen van Sauvage et al. (2005) en Marchesi et al. (2000).

In tegenstelling tot de bevindingen van Van Hest (1999) werd geen verband gevonden tussen alexithymie en de copingstijl palliatieve reactie, maar in overeenstemming met de bevindingen van Van Hest hebben alexithymen binnen dit onderzoek een emotiegerichte copingstijl. Daar moeilijkheden in het identificeren en verbaliseren van emoties een actieve aanpak van een probleem bemoeilijkt en het vermijden van een probleem bevordert. Een opvallende bevinding was dat alexithymen, volgens de zelfrapportage vragenlijst de BVAQ-40 weinig sociale steun zoeken indien ze een probleem hebben. Deze bevindingen komen overeen met de beschrijving van alexithymen volgens Taylor et al. (2000). Volgens Taylor et al. hebben alexithymen behalve moeite met het herkennen van de eigen emoties, ook moeite om het aan anderen te laten zien, dit zorgt voor moeilijkheden in het vragen van hulp of troost in de omgeving. Een andere opvallende bevinding was het negatief verband tussen fantaseren en passiever reactiepatroon. Dit wijst erop dat fantaseren een passieve copingstijl bemoeilijkt of tegengaat.

Opmerkelijk was dat de subschaal identificeren van de BVAQ-40 geen verband had met de subschalen van craving, in tegenstelling tot de subschaal identificeren van de TAS-20. Terwijl de cognitieve factor van de BVAQ-40 sterk overeenkwam met de TAS-20, daar een

relatie van .71 werd gevonden. Voor deze bevindingen is geen verklaring gevonden.

Daarnaast was het opvallend dat binnen de affectieve factor van de BVAQ-40, de subschaal fantaseren een negatief verband had met de subschalen ‘emotionele drift’ en ‘verleiding om te drinken’. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat fantaseren helpt om zowel de emotionele driften te controleren en om de verleiding om te drinken te weerstaan.

Het wordt aanbevolen om zowel de cognitieve als de affectieve factor van de BVAQ-40 verder te onderzoeken onder alcoholafhankelijke patiënten met andere alcohol gerelateerde metingen die deze opmerkelijke bevinding kunnen verhelderen, om onze begrip van de relatie tussen alexithymie en alcoholafhankelijkheid te vergroten.

Binnen dit onderzoek kwamen meer dan de helft van de hypothesen overeen met de verwachting, wat erop wijst dat de BVAQ-40 een betrouwbaar en valide instrument is om alexithymie te meten.

Er zijn echter een aantal beperkingen aan dit onderzoek. Om de factorstructuur te onderzoeken werd de principale componenten analyse uitgevoerd. Er wordt aanbevolen om de factor structuur te onderzoeken door middel van confirmatieve analyse, omdat de factorstructuur door eerder onderzoek is bepaald (Bollen, 1989; De Vet et al., 2005). Om confirmatieve analyse uit te voeren is de vereiste om 4-10 respondenten per item te includeren (Terwee et al., 2007). Het aantal geïncludeerde mensen binnen dit onderzoek voldeed hier niet aan. Daarnaast kan doormiddel van cross-sectionele design geen uitspraken gedaan worden betreffende causaliteit tussen alexithymie en depressie, angst, coping en craving. Hiervoor is minimaal longitudinaal onderzoek vereist. Ook is het mogelijk dat de patiënten niet representatief waren voor de populatie, omdat ze vrijwillig hebben deelgenomen aan het onderzoek. Dit vergroot de kans op ‘sampling bias’ (het extrapoleren van de steekproef naar de populatie) (Crosby et al., 2006). En als laatst kon er geen conclusie getrokken worden betreffende generalisatie (externe validiteit) op basis van een beschikbare steekproef, ‘convenience sampling’.

4.1 Conclusie

Gebaseerd op de bevindingen binnen dit onderzoek werd geconcludeerd dat de BVAQ-40 een betrouwbaar en valide instrument is om alexithymie te meten. Een opmerkelijke bevinding was dat alexithymie beter voorspeld kon worden met de zelfrapportage vragenlijsten, de BVAQ-40 en de TAS-20, dan met de observatielijst de OAS. Opvallend was dat alleen de subschaal fantaseren van de BVAQ-40 gerelateerd is aan craving en in het bijzonder voor de subschalen emotionele driften en de verleiding om te drinken.

5. Referenties

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—II. Convergent, discriminant and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 33–40.
- Bagby, R.M., Taylor, G.J., & Parker, J.D.A. (2006). The development of the Toronto Structured Interview for Alexithymia: Item selection, factor structure, reliability and concurrent validity. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 25-39.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Carbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beckendam, C.C. (1977). *Dimensions of emotional intelligence: attachment, affect regulation, alexithymia and empathy* (Doctoral dissertation). The Fielding Institute, Santa Barbara, University of California.
- Bermond, B., Clayton, K., Liberova, A., Luminet, O., Maruszewski, T., Bitti, P.E.R, Rimé, B. Vorst, H.H, Wagner, H., & Wicherts, J. (2007). A cognitive and an affective dimension of alexithymia in six languages and seven populations. *Cognition and Emotion*, 21, 1125-1136.
- Bermond. B., & Vorst, H.C.M. (1993). *Alexithymia Vragenlijst*. Amsterdam: Psychologisch Adviesbureau Bermond & Psychometric Services Interope.
- Bermond, B., Vorst, H. C. M., Vingerhoets, A. J. J. M., & Gerritsen, W. (1999). The Amsterdam Alexithymia Scale: Its psychometric values and correlations with other personality traits. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 241–251.
- Berthoz, S., Perderau, F., Godart, N., Corcos, M., & Haviland M.G. (2007). Observer- and self-rated alexithymia in eating disorder patients: Levels and correspondence among three measures. *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 341-347.
- Bollen K.A., (1989). *Structural equations with latent variables*. New York: Wiley.
- Centraal Bureau voor Statistiek, (2011). Doodsoorzaken; uitgebreide lijst, leeftijd en geslacht. Verkregen op 01-09-2011 van <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/default.aspx?VW=T&DM=SLNL&PA=7233&HD=110901-1404&HDR=T&STB=G1%2cG2%2cG3>
- Cleland, C., Magura, S., Foote, J., & Rosenblum, A. (2005). Psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) for substance users. *Journal of Psychosomatic*

- Research*, 58, 93-100.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (2nd ed.). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Crosby, R.A., DiClemente R.J., & Salazar L.F. (2006) *Research Methods in Health Promotion*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Cronbach L. J., (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-333.
- Culhane, S.E., & Watson P. J. (2003). Alexithymia, Irrational Beliefs, and the Rational-Emotive Explanation of Emotional Disturbance. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 21, 57-72.
- De Backer, A. (2008). *Behandeling via het woord versus non-verbale technieken bij alexithymie: een literatuurstudie* (proefschrift, universiteit Gent, België). Verkregen op 11-10-2011 van <http://www.ccg.nl/alexithymie.pdf>.
- Deborde, A.S., Berthoz, S., Perderau, F., Godart, N., Corcos, M., & Jeammet, P. (2004). Validity of the BVAQ: a study in eating disorder patients and controls. *Encephale*, 30, 464-473
- De Graaf, R., Ten Have M., Van Dorsselaer, S. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten* (rapport nr. AF0898). Verkregen van het Trimbos Instituut webiste: www.trimbos.nl/webwinkel
- De Haan, H.A., De Jong, C.A.J. (2009). Alexithymia en alcoholverslaving: consequenties voor de behandeling. In: De Jong, C.A.J., Van de Wetering, B.J.M., De Haan, H.A. (red.). *Verslavingsgeneeskunde: Psychofarmacologie, psychiatrie en somatiek*. Assen: Van Gorcum.
- De Timary, P., Luts A., Hers D., Luminet O. (2008). Absolute and relative stability of alexithymia in alcoholic in patients undergoing alcohol withdrawal: Relationship to depression and anxiety. *Psychiatry Research*, 157, 105–113.
- De Vet, H.C.W., Ader, H.J., Terwee, C.B., Pouwer, F. (2005). Are factor analytical techniques appropriately used in the validation of health status questionnaires? A systematic review on the quality of factor analyses of the SF-36. *Quality of Life Research*, 14, 1203-1218.
- Drake, R.E. & Mueser, K.M., (2000). Psychosocial Approaches to Dual Diagnosis. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 105-118.
- Dorard, G., Berthoz, S., Phan, O., Corcos, M., & Bungener, C., (2008). Affect

- dysregulation in cannabis abusers, a study in adolescent and young adults. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17, 274-282.
- Eizaguirre, A.E., De Cabezón A.O.S., De Alda, I.O., Olariaga, L.J. & Juaniz, M. (1999). Alexithymia and its relationships with anxiety and depression in eating disorders. *Personality and individual differences*, 36, 321-331.
- Fitzgerald M. & Bellgrove M.A. (2006). The overlap between alexithymia and asperger's syndrom. Verkregen op 13-08-2011 van <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2092499/>
- Freyberger, H. (1977). Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 337-342.
- Gezondheidsraad, (1995). Commissie Medicamenteuze Interventies bij Drugverslaving. Voorschrijven van heroïne aan verslaafden. Verkregen op 01-10-2011 van <http://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/02@10nherr.pdf>
- Gommer, A.M., Poos, M.J.J.C., Hoeymans, N. (2010). Verloren levensjaren, ziekte en ziektelast voor 56 geselecteerde aandoeningen. Verkregen op 01-11-2011 van <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/sterfte-levensverwachting-en-daly-s/ziektelast-in-daly-s/verloren-levensjaren-ziekte-en-ziektelast-voor-56-geselecteerde-aandoeningen/>
- Hagers, J. (2008). *Comorbiditeit tussen alcoholafhankelijkheid en Persoonlijkheidsdisfunctioneren* (Proefschrift, Universiteit Gent, België). Verkregen van http://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/001/293/322/RUG01-001293322_2010_0001_AC.pdf
- Haviland, M.G., MacMurray, J.P., Cummings, M.A., (1988). The relationship between alexithymia and depressive symptoms in a sample of newly abstinent alcoholic inpatients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 49, 37-40.
- Haviland, M.G., Warren W.L., & Riggs, M.L. (2000). An observer scale to measure alexithymia. *Psychosomatics*, 41, 385-392.
- Haviland, M. G., Warren, W. L., Riggs, M. L., & Gallacher, M. (2001). Psychometric properties of the Observer Alexithymia Scale in a clinical sample. *Journal of Personality Assessment*, 77, 176-186.
- Haviland, M. G., Warren W. L. Riggs M.L., & Nitch S.R. (2002). Concurrent Validity of Two Observer-Rated Alexithymia Measures. *Psychosomatics*, 43, 472-477.

- Hoeymans, N., Melse, J.M., & Schoemaker, C.G. (red.) (2010). *Gezondheid en determinanten. Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 Van gezond naar beter* (rapport nr. 270061006). Verkregen van Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven:
http://www.vtv2010.nl/object_binary/o9228_RIVM02-Gezondheid-en-determinanten-VTV-2010.pdf
- Honkalampi, K., Hintikka, J., Tanskanen, A., Lehtonen, J. & Viinamäki, H. (2000). Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 99-104.
- Honkalampi, K., Psych, L., Hintikka, Laukkanen, E., Lehtonen, J., & Viinamäki, H. (2001). Alexithymia and depression. A prospective study of patients with major depressive disorder. *Psychosomatics*, 42, 229-234.
- Honkalampi, K., Koivumaa-Honkanen, H., Hintikka, J., Antikainen, R., Haatainen, K., Tanskanen, A., & Viinamäki, H. (2004). Do stressful life-events or sociodemographic variables associate with depression and alexithymia among a general population?—a 3-year follow-up study. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 254-260
- Kashimura, M., Ogawa, T., Vorst, H.C.M. & Bermond, B. (2011). Psychometric properties of the Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire in Japanese. *Japanese Psychological Research*, 53, 302–311.
- Kauhanen, J., Julkunen, J., & Salonen, J. T. (1992). Coping with inner feelings and stress: Heavy alcohol use in the context of alexithymia. *Behavioral Medicine*, 18, 121–126.
- Kooiman, C.G. (2003). *Alexithymia: Childhood risk factors and unexplained physical Symptoms* (proefschrift, Tilburg Universiteit, Nederland). Verkregen van <http://www.lumc.nl/rep/cod/redirect/4030/samenvattingen/200310/kooiman.html>
- Kooiman, C.G. Spinhoven, P., & Trijsburg, R.W. (2002). The assessment of alexithymia: A critical review of the literature and a psychometric study of the Toronto Alexithymia Scale-20. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 1083-1090.
- Kooiman, C.G., Bolk, J.H., Rooijmans, H.G.M., & Trijsburg, R.W. (2004). Alexithymia does not predict the persistence of medically unexplained physical symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 66, 224-232.
- Krystal, H. (1978). Trauma and affects. *Psychoanalytic Study of the Child*, 33, 81-116.
- KPMG Bureau voor Economische Argumentatie, (2001). *Kosten en baten van alcoholzorg en*

- preventie (eindrapport). Verkregen van het KPMG Bureau voor Economische Argumentatie website www.kpmg.nl/bea.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de Geestelijke Gezondheidszorg, (2009). *Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een stoornis in het gebruik van alcohol* (rapport nr. AF0857). Verkregen van het Trimbos-instituut website: www.trimbos.nl/producten.
- Loas, G., Fremaux, D., Otmani, O., Lecercle, C., & Delahousse, J., (1997). Is alexithymia a negative factor for maintaining abstinence? A follow-up study. *Comprehensive Psychiatry*, 38, 296–299.
- Loas, G., Otmani O., Lecercle C., & Jouvent R. (2000). Relationships between the emotional and cognitive components of alexithymia and dependency in alcoholics. *Psychiatry Research*, 96, 63–74.
- MacLean, P.D. (1949). Psychosomatic disease and the ‘visceral brain: recent developments bearing on the Papez theory of emotion. In: G.J. Taylor, R.M. Bagby & J.D.A. Parker (Eds.) *Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness*. (pp. 26-29). Cambridge: Cambridge University Press.
- Marchesi, C., Brusamonti, E., Maggini, C. (2000). Are alexithymia, depression, and anxiety distinct constructs in affective disorders? *Journal Psychosomatic Research*, 49, 43-49.
- Marchiori, E., Loschi, S., Marconi, P.L., Mioni, D., & Pavan, L., (1999). Dependence, locus of control, parental bonding, and personality disorders: a studying alcoholics and controls. *Alcohol and Alcoholism*, 34, 369-401.
- Marty, P. & de M’Uzan, M. (1963). La pensée opératoire. In: G.J. Taylor, R.M. Bagby & J.D.A. Parker (Eds.) *Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness*. (pp. 26-29). Cambridge: Cambridge University Press.
- Meganck, R., Vanheule, S., Desmet, M., & Inslegers, R. (2010). The Observer Alexithymia Scale: a reliable and valid alternative for alexithymia measurement? *Journal of Personality Assessment*, 92, 175-185.
- Montebarocci, O., Codispoti, M., Baldaro, B., & Rossi, N. (2004). Adult attachment style and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 36, 499-507.
- Morera, O.F., Culhane, S.E., Watson, P.J., & Skewes, M.C. (2005). Assessing the reliability and validity of the Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire among U.S. Anglo and U.S. Hispanic samples. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 289-298.
- Müller, J., Bühner, M., & Ellgring, H. (2004). The assessment of alexithymia: psychometric

- Properties and validity of the Bermond-Vorst alexithymia questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 37, 373-391.
- Nemiah, J. C., Freyberger, H., & Sifneos, P. E. (1976). Alexithymia: A view of the psychosomatic process. In O. Hill (Ed.), *Modern trends in psychosomatic medicine*, 3. London: Butterworths.
- Ooteman, W., Koeter, M.W.J., Verheul, R., Schippers, G.M., & Van den Brink, W. (2006). Measuring Craving: An Attempt to Connect Subjective Craving with Cue Reactivity. *Alcohol Clinical Experimental Research*, 30, 57 – 69.
- Parker, J.D., Bagby, R.M., & Taylor, G.J. (1991). Alexithymia and depression: Distinct or overlapping constructs? *Comprehensive Psychiatry*, 32, 387-94.
- Parker, J.D.A., Taylor, G.J., & Bagby, R.M. (2003). The 20-item Toronto Alexithymia Scale. III. Reliability and factorial validity in a community population. *Journal Psychosomatic Research*, 55, 269–275.
- Paivio, S.C., & McCulloch, C.R. (2004). Alexithymia as a mediator between childhood trauma and self-injurious behaviors. *Child Abuse and Neglect*, 28, 339-354.
- Pani, P.P., Trogu, E., Contu, P., Agus, A., & Gessa, G.L., (1997). Psychiatric severity and treatment response in a comprehensive methadone maintenance program. *Drug and Alcohol Dependence*, 48,119-126.
- Rosenstiel, A.K. & Keefe, F.J. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17, 33–44.
- Rybakowski, J., Ziolkowski, M., Zasadzka, T., & Brzezinski, R. (1988). High prevalence of alexithymia in male patients with alcohol dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 21,133–136.
- Sakuraba, S., Kubo, M., Komoda, T., & Yamana, J.I. (2005). Suicidal ideation and alexithymia in patients with alcoholism: A pilot study. *Substance Use & Misuse*, 40, 823–830.
- Sauvage, L., Berthoz, S., Deborde, A.S., Lecercle, C., & Laos, G. (2005). Validité du questionnaire d'alexithymie de Bermond et Vorst. Étude chez 63 sujets in alcooliques. *Annales Médico Psychologiques*,163, 583-587.
- Schaffer, C. E. (1993). *The role of adults attachment in the experience and regulations of affect* (Doctoral dissertation). New Haven Connecticut: Yale University.
- Schreurs, P.J.G., Van de Willige, G., Brosschot, J.F., Tellegen, B. & Graus, G.M.H. (1993). Herziene handleiding UCL. Verkregen op 25-03-2009 van Universiteit

- Gent, Website: <http://www.lo-bsw.ugent.be>.
- Schreurs, P.J.G. & Van de Willige, G. (1988). UCL: Utrechtse Copinglijst. Verkregen op 25 maart, 2009 via Universiteit Gent, Website: <http://www.lo-bsw.ugent.be/VVGP/UCL.pdf>
- Sher, K.J., Walitzer, K.S., Wood, P.K. & Brent, E.E., (1991). Characteristics of the children of alcoholic: Putative risk factors, substance use and abuse, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 427-448.
- Sifneos, P.E. (1973). The prevalence of “alexithymic” characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and psychosomatics*, 22, 255-262.
- Spielberger, CD, R. L. Gorsuch en R. E. Lushene (1970). *STAI Manval for the State-TraitAnxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press. Palo Alto, California.
- Tarter, R.E. & Vanyukov, M., (1994). Alcoholism: A developmental disorder. *Journal of Consultation in Clinical Psychology*, 62, 1096-1107.
- Taylor, G.J., & Bagby, R.M. (2000). An overview of the alexithymia construct. In The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment, and application at home, school, and in workplace (pp. 44-67), San Francisco: Jossey-Bass.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M. & Parker, J.D.A. (1991). The alexithymia construct. A potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 32, 153-164.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M. & Parker, J.D.A. (1997). *Disorders of affect regulation; alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Taylor, G.J., Parker, J.D., & Bagby, R.M., (1990). A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1228–1230.
- Taylor, G. J., Ryan, D., & Bagby, R. M. (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44, 191-199.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M., & Luminet, O. (2000). Assessment of alexithymia: self-report and observer-rated measures. In Parker, J.D.A., & Bar-On, R. (Eds.). *The handbook of emotional intelligence*. (pp. 301-319). San Francisco, CA: Jossey Bass.
- Terwee, C.B., Bot, S.D.M., De Boer, M.R., Van der Windt, D.A.W.M., Knol, D.L., Dekker, J., Bouter, L.M., De Vet, H.C.W. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60, 34-42.

- Thorberg, F.A., Young R. McD., Sullivan K.A., Lyvers M. (2009). Alexithymia and alcohol use disorders: A critical review. *Addictive Behaviors*, 34, 237–245.
- Thorberg, F. A., McD. Young R., Sullivan K.A. , Lyvers M., Connor J.P., en Feeney G.F.X. (2010). Alexithymia, craving and attachment in a heavy drinking population. *Addictive Behaviors*, 36, 427–430.
- Uzun, A. Z., Ates, A., Cansever, A., & Ozsahin, A. (2003). Alexithymia in male alcoholics: Study in a Turkish sample. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 349–352.
- Van de Brink, W. Verslavingen. In: De Jong, A. (1999). *Handboek psychiatrische epidemiologie* (pp. 214-58). Maarssen: Elsevier/de Tijdstroom.
- Van der Does, A.J.W. (2002). *BDI-II-NL*. Harcourt test Publisher.
- Van der Ploeg, H.M. (1982). De zelf-beoordelingsvragenlijst (STAI-DY): de ontwikkeling en validatie van een Nederlandstalige vragenlijst voor het meten van angst. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 24, 576-588.
- Van der Ploeg, H.M., Defares, P.B. & Soielberger, C.D. (1980). *Handleiding bij de Zelf Beoordelingsvragenlijst, ZBV: Een Nederlandse bewerking van de Spielberger State-Trait Anxiety Inventrory, STAI-DY*. Lisse: Swets en Zeitlinger.
- Van Hest, M.A.G., Vingerhoets, A.J.J.M, Zwartjes, G.C., & De Smet, J.S. (1999). Posttraumatische stress-stoornis: de relatie met alexithymie en coping. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 41,1-8.
- Van Laar, M.W. van, A.A.N. Cruts, M.M.J. Van Ooyen-Houben, R.F. Meijer & T. Brunt (Eds.) (2010). Netherlands National Drug Monitor. NDM Annual Report 2009. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Verheul, R. (2000). Craving: tussen de biologie en psychologie van alcoholafhankelijkheid. *Neuropraxis*, 4, 123-129.
- Vorst, H.C.M. & Bermond, B. (2001). Validity and reliability of the Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 30, 413-434.
- Zech, E., Luminet, O., Rime´ B., & Wagner H. (1999). Alexithymia and its measurement: confirmatory factor analysis of the 20-item Toronto Alexithymia Scale and the Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire. *European Journal of Personality*, 13, 511 – 32.
- Ziolkowski, M., Gruss, T., & Rybakowski, J. K. (1995). Does alexithymia in male alcoholics constitute a negative factor for maintaining abstinence? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 63, 169–173.