



**Universiteit Utrecht**



**Universitair Medisch Centrum  
Utrecht**

## **MASTER THESIS**

# **Onverklaarde lichamelijke klachten en eenzaamheid**

Auteur M.M. van Dam

Studentnummer 3385698

Directe begeleider Dr. M.F. Aukes

Facultaire begeleider Prof. Dr. L.J.P. van Doornen

3 april 2012, Utrecht

Universiteit van Utrecht, faculteit Sociale Wetenschappen, Klinische en Gezondheidspsychologie

Universitair Medisch Centrum Utrecht, afdeling Psychiatrie, Building Blocks

## ABSTRACT

**Achtergrond** Onverklaarde lichamelijke klachten (OLK) komen veelvuldig voor onder patiënten in de huisartsenpraktijk. De klachten hebben voor de patiënt als gevolg beperkt functioneren en een verminderde kwaliteit van leven. Daarnaast stuiten patiënten met deze klachten op veel onbegrip van de omgeving. OLK worden onderverdeeld in vijf syndromen, namelijk fibromyalgie, chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS), spastische darm syndroom (IBS), somatische depressie en somatische angst. Doel van huidig onderzoek is om te onderzoeken of er een verband bestaat tussen OLK en eenzaamheid en mocht dit verband bestaan of dit een algemeen verband is of specifiek voor één van de vijf clusters. Daarnaast is er onderzocht of de gevonden verbanden verschillen voor geslacht.

**Methoden** Participanten zijn onderdeel van het Leidsche Rijn Gezondheids Project (LRGP). Dit project betreft een lopend longitudinaal onderzoek in een nieuwbouw wijk (Leidsche Rijn) in de stad Utrecht. De participanten hebben als onderdeel van een groot aantal vragenlijsten over algemene gezondheidsgegevens de eenzaamheidsschaal van de Jong Gierveld en Kamphuis (1985) ingevuld. Ook zijn van hen de *International Classification of Primary Care* (ICPC-codes) uit het elektronisch medisch dossier van de huisarts beschikbaar.

**Resultaten** Van de 1716 mensen met beschikbare data voldeden 144 mensen aan de definitie van OLK. Mensen met OLK bleken eenzamer dan mensen zonder OLK, gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau. De associatie tussen eenzaamheid en OLK was niet verschillend voor mannen of vrouwen. Mensen met fibromyalgie, CVS en IBS zijn eenzamer dan mensen zonder OLK, mensen met een somatische depressie en somatische angst zijn niet eenzamer dan mensen zonder OLK.

**Conclusie** Mensen met OLK ervaren significant meer eenzaamheid dan mensen zonder OLK. Mogelijk kunnen sociale cognitieve gedragsinterventies die effectief zijn gebleken voor het reduceren van eenzaamheid ingezet worden om patiënten met OLK te ondersteunen.

## INLEIDING

### *Onverklaarde lichamelijke klachten*

Lichamelijke symptomen waarvoor geen organische oorzaak gevonden wordt bij medisch onderzoek komen veelvuldig voor in de eerstelijnszorg (Dirkzwager & Verhaak, 2007; Houtveen, 2009). Tenminste 33% van de lichamelijke klachten in de eerstelijnszorg is medisch onverklaarbaar (Khan, Khan, Harezlak, Tu & Kroenke, 2003; Kroenke, 2003) en wat betreft de tweedelijns worden er cijfers gemeld tussen de 30 en 70% (Nimnuan, Hotopf &

Wessely, 2001). Volgens Houtveen (2009) zijn deze cijfers uit de Verenigde Staten en Engeland vergelijkbaar met Nederland. De meeste van deze symptomen verdwijnen spontaan. Echter bij 2,5% van de patiënten worden deze klachten chronisch. Er wordt dan gesproken over onverklaarde lichamelijke klachten (OLK) (Verhaak, Meijer, Visser & Wolters, 2006). Deze onverklaarde lichamelijke klachten zijn een last voor de patiënt omdat ze geassocieerd zijn met beperkt functioneren, verminderde kwaliteit van leven en psychopathologie zoals angst en depressie (Kroenke, 2003; Richardson & Engel, 2004). Daarnaast brengt het extra kosten met zich mee voor de maatschappij, er wordt vaker een beroep gedaan op het gezondheidszorgsysteem en er is sprake van meer ziekteverzuim (Barsky, Ettner, Horský & Bates, 2001; Katon & Walker, 1998; Reid, Wessely, Crayford & Hotopf, 2002).

Er zijn veel verschillende termen gehanteerd in de loop der jaren wanneer mensen last hebben van lichamelijke klachten die niet medisch verklaard kunnen worden. Er wordt gesproken van onverklaarde lichamelijke klachten (OLK) (Centrum voor onverklaarde lichamelijke klachten, 2007), somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) (Trimbos, 2010), *functional somatic symptoms* (Robbins, Kirmayer & Hemami, 1997), *medically unexplained physical symptoms* (MUPS) (Dirkzwager & Verhaak, 2007; Verhaak et al. 2006) en onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (OLK) (Netwerk onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten, 2011). In huidig onderzoek zal de term ‘onverklaarde lichamelijke klachten’ (OLK) aangehouden worden.

Er wordt gesproken van OLK wanneer 1. een patiënt minimaal vier consulten in één jaar tijd heeft gehad bij de huisarts, 2. de klachten symptomen betreffen uit een cluster van Robbins (1997) en 3. deze symptomen niet medisch te verklaren zijn (Robbins et al. 1997; Verhaak et al. 2006).

Robbins (Robbins et al. 1997) bestudeerde 23 symptomen die vaak geclusterd voorkomen, deze symptomen zijn vervolgens geclusterd in vijf syndromen, namelijk; fibromyalgie, chronisch vermoeidheidssyndroom, spastische darmsyndroom, somatische depressie en somatische angst. Deze vijf clusters hebben een hoge inter-correlatie van 0.83 (Robbins et al. 1997), wat aangeeft dat er sprake is van één algemene latente trek, namelijk onbegrepen lichamelijke klachten.

Verschillende onderzoeken zijn gedaan naar factoren die verband houden met het ontwikkelen van OLK. Wanneer deze factoren geïdentificeerd kunnen worden kan dit zinvol zijn in de behandeling van OLK of zelfs ter preventie van OLK. Zo is uit onderzoek gebleken dat een huidige of in het verleden gestelde psychiatrische diagnose (volgens de DSM-IV) gerelateerd is aan het hebben van OLK op een positieve lineaire manier. Vooral neuroticisme

is een risicofactor voor het ontwikkelen van OLK (Russo, Katon, Sullivan, Clark, Buchwald, 1994). Kindermisbruik en op volwassen leeftijd seksueel en lichamelijk misbruik heeft een samenhang met OLK (Walker & Katon, 1996). Daarnaast komt uit onderzoek van Verhaak et al. (2006) naar voren dat het zijn van een laag opgeleide vrouw een risicofactor is voor het ontwikkelen van OLK.

Mensen met OLK stuiten op veel onbegrip in hun omgeving. Er bestaan verschillende vooroordelen over mensen met OLK (Arnold et al. 2008; Kool, van Middeldorp, Boeije & Geenen, 2009). Zo blijkt dat mensen met fibromyalgie door de omgeving gezien worden als simulanten of worden de klachten gezien als zeuren (Arnold et al. 2008; Kool et al. 2009). Daarnaast ontvangen mensen met fibromyalgie minder sociale steun van de omgeving (Kool et al. 2009). Gebleken is dat verminderde sociale steun een verband heeft met meer eenzaamheid (Kara & Mirici, 2004). Dit wordt bevestigd door Kool en Geenen (2012) die een significant verband vinden tussen het hebben van fibromyalgie en eenzaamheid, waarbij gebrek aan sociale steun correleert met eenzaamheid. Saltzman en Holahan (2002) hebben niet alleen naar fibromyalgie gekeken maar naar OLK in het algemeen en zij vonden dat een gebrek aan sociale steun samenhangt met het hebben van OLK. Voor zover bekend is er nog niet eerder onderzoek gedaan naar de samenhang tussen eenzaamheid en alle vijf de clusters van Robbins (1997) van OLK.

### *Eenzaamheid*

In de literatuur bestaan er verschillende definities van het begrip eenzaamheid. Ondanks het gebrek aan consensus, is er een aantal gemeenschappelijke elementen (Fokkema & van Tilburg, 2006). Het eerste element is dat eenzaamheid niet synoniem is aan het alleen zijn. Mensen met een groot sociaal netwerk kunnen zich toch eenzaam voelen. (Fokkema & van Tilburg, 2006; de Jong Gierveld & van Tilburg, 2010). De sociale behoeften van de betrokkene komen niet overeen met de kwantiteit of kwaliteit van de sociale relaties die betrokkene op dat moment heeft (Heinrich & Gullone, 2006). Eenzaamheid is dus een subjectief gegeven. Het tweede element betreft dat er pas over eenzaamheid gesproken kan worden wanneer een persoon de huidige situatie als negatief ervaart. Een persoon met vrijwel geen contact met andere mensen die dit wel als prettig ervaart zal zich niet eenzaam voelen (Fokkema & van Tilburg, 2006).

Het derde element heeft te maken met tijdsperspectief. Wanneer de betrokkene geen mogelijkheid ziet om de kwaliteit van sociale relaties te verbeteren binnen een redelijke

periode zal dit als ernstiger ervaren worden (Fokkema & van Tilburg, 2006).

### *Huidig onderzoek*

Uit eerdere onderzoeken is gebleken dat er een significant verband bestaat tussen eenzaamheid en fibromyalgie (Kool & Geenen, 2012). Ook bestaat er een verband tussen gebrek aan sociale steun en eenzaamheid (Kara & Mirici, 2004). Gebrek aan sociale steun hangt samen met OLK in het algemeen en niet alleen met fibromyalgie (Saltzman en Holahan, 2002). Echter, er is tot op heden geen onderzoek gedaan naar de directe samenhang tussen eenzaamheid en de vijf clusters van OLK, terwijl dit wel van belang zou kunnen zijn bij het behandelen van OLK. Op basis van bovenstaande onderzoeken wordt er in huidig onderzoek verwacht dat er een verband zal bestaan tussen het hebben van OLK en eenzaamheid. Mocht hier een samenhang tussen zijn, dan zal onderzocht worden of dit verband specifiek is voor een cluster of dat het om een algemeen verband gaat.

## **METHODEN**

### *Participanten*

Participanten zijn onderdeel van het Leidsche Rijn Gezondheids Project (LRGP), een lopend longitudinaal onderzoek in een nieuwbouw-wijk (Leidsche Rijn) in de stad Utrecht. Vanaf 2000 werden alle nieuwe inwoners van de wijk na inschrijving bij een gezondheidscentrum door de huisarts uitgenodigd om deel te nemen aan het LRGP, waardoor een dynamische algemene populatie werd gevormd. Wanneer *informed consent* was gegeven werden er algemene onderzoeken afgenomen (medisch verleden, sociaal-demografische kenmerken en psychologische metingen), op deze manier werd er een individueel gezondheidsprofiel gevormd (IGP). In 2005 zijn er nieuwe vragenlijsten toegevoegd om meer informatie te vergaren, waaronder de eenzaamheidsvragenlijst, die van belang is voor huidig onderzoek. 1716 participanten hebben de eenzaamheidsvragenlijst ingevuld. De data betreft cross-sectionele data.

## **MEETINSTRUMENT**

### *Onverklaarde lichamelijke klachten.*

Van alle patiënten die een huisarts bezoeken wordt standaard bijgehouden hoe vaak en voor welke reden zij de huisarts bezochten, middels het International Classification of Primary Care (ICPC-codes). ICPC-codes worden gegeven door huisartsen bij ieder consult en elk symptoom of ziekte heeft zijn eigen code. Alle huisartsen houden door middel van ICPC-

codes de gepresenteerde gezondheidsproblemen van patiënten bij, er is sprake van een classificatiesysteem. Voor een overzicht van de ICPC-codes, zie bijlage 1.

Aan elke lichamelijke ziekte, psychische stoornis, syndroom of symptoom is een ICPC-code gekoppeld. De vijf clusters van Robbins (Robbins et al. 1997) bestaan uit 23 symptomen waarvan er 20 overeenkomen met de ICPC-codes. De symptomen vertraagd denken, gevoelloosheid en rusteloosheid komen niet overeen en zijn niet meegenomen in de analyses. Fibromyalgie en IBS hebben één specifieke ICPC-code. Somatische symptomen van depressie en angst zijn gedefinieerd als hebbende de klacht van een angstig/depressief gevoel met daarbij minimaal één somatische klacht uit één van de vijf clusters van Robbins (Robbins et al. 1997).

In huidig onderzoek is afgeweken van de gehanteerde definitie genoemd in de inleiding, namelijk dat er sprake is van onbegrepen lichamelijke klachten wanneer een patiënt minimaal vier maal bij de huisarts is geweest voor één van de symptomen uit de lijst van Robbins (Robbins, et al. 1997) en hiervoor geen medische diagnose gesteld kan worden en de symptomen minstens een jaar aanhouden (Verhaak et al. 2006). In huidig onderzoek is er gebruik gemaakt van de definitie dat er sprake moet zijn van drie consulten in een jaar tijd. Bij elke patiënt is het jaar vanaf dat het IGP is ingevuld meegenomen. Daarnaast wordt er ook gebruik gemaakt van de specifieke ICPC-code voor fibromyalgie en IBS om patiënten in deze clusters te definiëren. Door gebruik te maken van deze ruimere definitie wordt de groep met OLK vergroot wat zal zorgen voor een grotere power bij het analyseren.

Wanneer er enkel gekeken wordt naar het aantal consulten in de eerstelijnszorg, kunnen participanten foutief geïncludeerd worden in de groep OLK, omdat de desbetreffende consulten ook het gevolg kunnen zijn van een ziekte. Wanneer hier sprake van is (ICPC-codes >70 betreffen medische diagnoses) zullen deze participanten geëxcludeerd worden.

### *Eenzaamheid*

Voor het meten van eenzaamheid wordt de eenzaamheidsschaal van de Jong Gierveld en Kamphuis gebruikt (1985). Volgens de COTAN is de betrouwbaarheid van deze schaal 'goed', de content validiteit 'voldoende' en de criterium validiteit 'onvoldoende' want er is onvoldoende onderzoek naar gedaan (COTAN, 2000). De Cronbach's alpha van de interne betrouwbaarheid van de schaal ligt tussen de 0.80 en 0.90 (de Jong Gierveld & van Tilburg, 1999). De vragenlijst bestaat uit elf items waarvan vijf positieve en zes negatieve. De items a, d, g, h en k zijn omgepoold van positief naar negatief. Er zijn vijf antwoordmogelijkheden (ja!, ja, min of meer, nee, nee!). De somscore van de 11 items kan tussen de 11 en 55 liggen. Eenzaamheid is als een continue maat meegenomen in de analyses om een zo groot mogelijke

power te behouden. Zie bijlage 3 voor de eenzaamheidsvragenlijst. De Cronbach's alpha van de eenzaamheidsschaal van de Jong Gierveld en Kamphuis (1985) in huidig onderzoek is 0,916.

#### *SES en huwelijkse staat*

De socio-economische status (SES) en huwelijkse staat van participanten is verkregen door middel van vragen uit het IGP. Participanten werd gevraagd naar de hoogst genoten opleiding, dit is verdeeld in twee categorieën; laag is voorbereidend beroepsonderwijs en lager, hoog is van middelbaar algemeen onderwijs tot en met wetenschappelijk onderwijs. Werk is ingedeeld in betaald werk (hieronder vallen ook de scholieren/studenten) of geen betaald werk. Inkomen is onderverdeeld in laag voor een inkomen van <1455 euro per maand en hoog voor >1455 euro per maand. Omdat er een grote overlap is tussen de SES-variabelen worden de aantallen in sommige cellen te klein wanneer alle drie de SES-variabelen meegenomen worden in de analyses. De variabele opleidingsniveau heeft de meeste variatie; daarom is besloten om in de analyses alleen opleidingsniveau te gebruiken. Voor de huwelijkse staat werd participanten gevraagd wat de huidige leefsituatie is. Huwelijkse staat is verdeeld in twee categorieën, namelijk relatie/samenwonend en geen relatie. Onder relatie/samenwonend vallen de volgende categorieën; gehuwd, duurzaam samenwonend met partner, samenwonend met ander persoon dan partner, duurzame relatie niet-samenwonend (LAT-relatie). Onder het hebben van geen relatie worden de volgende categorieën meegenomen; alleenstaande ouder, ongehuwd/alleenstaand, gescheiden en partner overleden.

#### *Procedure*

Na het verhuizen naar de nieuw ontwikkelde wijk 'Leidsche Rijn' in Utrecht, konden de nieuwe inwoners zich inschrijven bij een nieuw gezondheidscentrum en huisarts. Bij het eerste bezoek werden inwoners gevraagd te participeren in een algemeen gezondheidsonderzoek (LRGP). De participanten werden gevraagd om een aantal vragenlijsten in te vullen, dit betrof vragenlijsten van algemene informatie tot medische en psychologische vragenlijsten en vragen over de sociaal economische status. Ook werd er gevraagd bloed af te staan voor genetische analyses.

#### *Statistische analyses*

Alle analyses in huidig onderzoek worden uitgevoerd met behulp van SPSS (Statistical Package for the Social Science) versie 17.0 voor Windows. Een variantie-analyse is uitgevoerd om te testen of er een verband bestaat tussen het hebben van OLK en

eenzaamheid, de eenzaamheidsscore is meegenomen als afhankelijke variabele. Om na te gaan of er verschillen bestaan tussen de OLK groep en de niet-OLK groep is er voor leeftijd gebruik gemaakt van een t-toets, een chi-square analyse is gebruikt voor geslacht, huwelijkse staat en SES. De van invloed gebleken variabelen zijn in de variantie-analyse meegenomen als covariaten. Gezien de grote invloed van sekse op OLK, een onafhankelijke variabele, is ook de interactie tussen geslacht en OLK op de mate van eenzaamheid geanalyseerd. Om de vraag te beantwoorden of de verschillen in de mate van eenzaamheid ook per cluster van Robbins (Robbins et al. 1997) bestaan is er per cluster een variantieanalyse gebruikt. Huwelijkse staat is niet meegenomen als covariaat in de analyses omdat de groepen te klein werden.

## RESULTATEN

Wanneer de patiënten met een diagnose geëxcludeerd worden en enkel de patiënten overblijven met >3 consulten in één jaar tijd in de clusters van Robbins (Robbins et al. 1997) zijn er 144 participanten die OLK hebben. Er zijn participanten die in twee of meer clusters vallen, zie bijlage 2. Een overzicht van de verschillende kenmerken van de participanten, namelijk geslacht, opleiding, werk en inkomen is weergegeven in Tabel 1, uitgesplitst naar de onafhankelijke variabele OLK.

Tabel 1 Demografische gegevens van de OLK groep en de niet-OLK groep

	OLK	Niet-OLK	Sig
N	144	1572	
Leeftijd (M, SD)	41,33 (14,14)	39,19 (11,89)	<i>p</i> = ns
Geslacht			<i>p</i> < 0,001
- man	42 (29,2%)	729 (46,4%)	
- vrouw	102 (70,8%)	843 (53,6%)	
Huwelijkse staat			<i>p</i> = ns
- relatie/ samenwonend	124 (86,7%)	1417 (90,7%)	
- geen relatie	19 (13,3%)	145 (9,3%)	
Opleiding			<i>p</i> < 0,001
- laag	97 (71,9%)	745 (49,1%)	
- hoog	38 (28,1%)	772 (50,9%)	
Werk			<i>p</i> = 0,018
- betaald werk	107 (74,8%)	1294 (82,7%)	
- niet betaald werk	36 (25,2%)	270 (17,3%)	
Inkomen			<i>p</i> = 0,008
- laag	17 (14,9%)	100 (7,8%)	
- hoog	97 (85,1%)	1190 (92,9%)	



In de OLK groep zitten relatief meer vrouwen dan in de niet-OLK groep,  $\chi(1) = 15,79$ ,  $p < 0,001$ . Het onderwijsniveau van mensen met OLK ligt lager dan bij mensen zonder OLK;  $\chi^2(1) = 25,66$ ,  $p < 0,001$ . Het percentage niet betaald werk is hoger bij de OLK groep dan bij de niet-OLK groep  $\chi^2(1) = 5,57$ ,  $p = 0,018$ . Mensen met OLK hebben een lager inkomen dan mensen die geen OLK hebben.  $\chi^2(1) = 7,03$ ,  $p = 0,008$ . Wat betreft leeftijd en huwelijkse staat zijn er geen verschillen tussen de OLK en de niet-OLK groep.

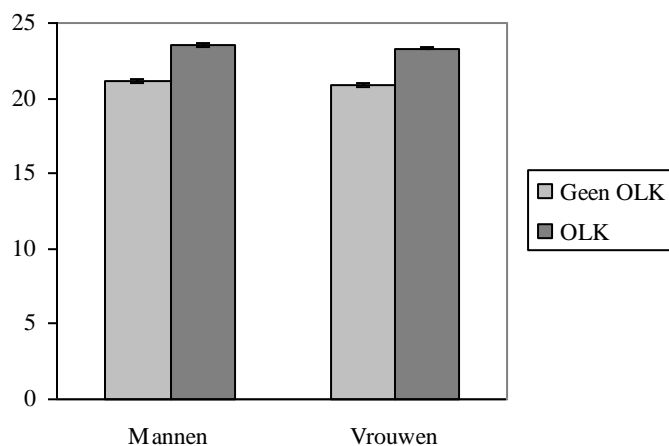
Op eenzaamheid wordt significant hoger gescoord door de OLK groep ( $M=23,43$ ) dan door de niet-OLK groep ( $M=20,97$ ),  $F(1) = 13,62$ ,  $p < 0,001$ , gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau. Details van de variantieanalyse met eenzaamheid als afhankelijke variabele zijn in Tabel 2 weergegeven.

Tabel 2 Variantieanalyse met eenzaamheid als afhankelijke variabele

	B	95% betrouwbaarheids interval		Sig
		Ondergrens	Bovengrens	
OLK	-2.49	-3.68	-1.29	$p < 0,001$
Leeftijd	0.07	0.05	0.10	$p < 0,001$
Geslacht	0.08	-0.58	0.74	$p = 0,808$
Opleiding	1.63	0.05	0.10	$p < 0,001$

Opleidingsniveau en leeftijd zijn ook gerelateerd aan de mate van eenzaamheid. Geslacht is niet significant; wanneer deze variabele niet meegenomen wordt in de analyses is dit niet van invloed op de resultaten.

Gezien de aanzienlijke invloed van geslacht op het hebben van OLK is de interactie tussen OLK en geslacht ook onderzocht door deze toe te voegen aan de analyse. De interactie was niet significant ( $p = 0,926$ ) en overige effecten veranderden slechts minimaal. In Figuur 1 is de relatie tussen OLK en eenzaamheid weergegeven per geslacht, gecorrigeerd voor leeftijd en opleidingsniveau.



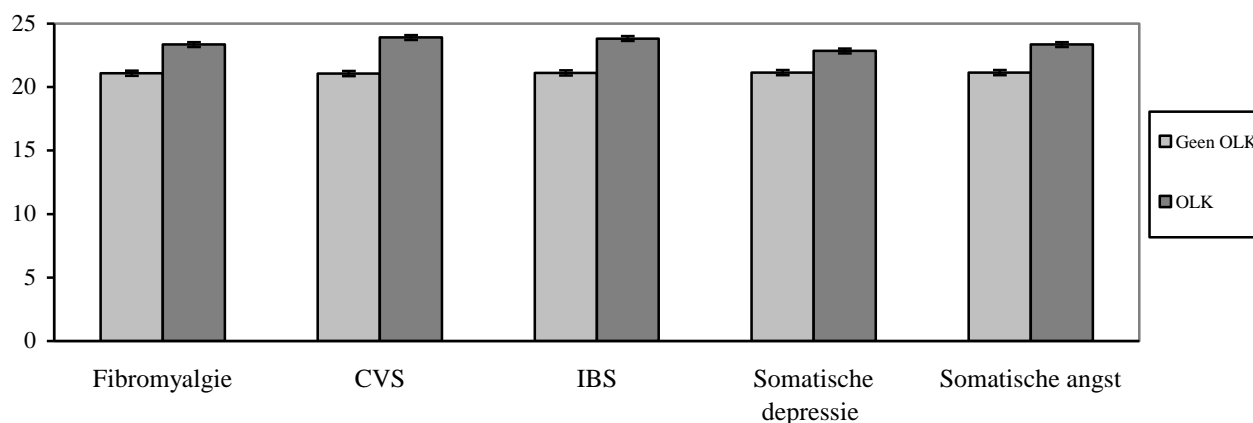
Figuur 1. Mate van eenzaamheid uitgesplitst naar OLK en niet-OLK en geslacht, gecorrigeerd voor leeftijd en opleidingsniveau

Vervolgens is onderzocht of het verband tussen het hebben van OLK en eenzaamheid ook voor de vijf clusters van OLK bestaat. Een overzicht van de verschillende kenmerken van de participanten, namelijk leeftijd, geslacht, huwelijkse staat en opleidingsniveau is weergegeven in Tabel 3 uitgesplitst naar de vijf verschillende clusters.

Tabel 3 Demografische gegevens van de vijf clusters

	Fibromyalgie	CVS	IBS	Somatische depressie	Somatische angst
N	59	69	38	34	27
Leeftijd (M, SD)	42,14 (12,49)	41,31 (12,90)	39,91 (14,69)	40,94 (14,65)	44,70 (15,99)
Geslacht					
- man	19 (32,2%)	20 (28,9%)	10 (26,3%)	11 (32,4%)	9 (33,3%)
- vrouw	40 (67,8%)	49 (71,1%)	28 (73,7%)	23 (67,6%)	18 (66,7%)
Huwelijkse staat					
- relatie/samenwonend	55 (93,2%)	60 (87%)	31 (81,6%)	29 (85,3%)	23 (85,2%)
- geen relatie	4 (6,8%)	9 (13%)	7 (18,4%)	5 (14,7%)	4 (14,8%)
Opleiding					
- laag	44 (77,2%)	44 (67,7%)	27 (77,1%)	17 (53,1%)	20 (83,3%)
- hoog	13 (22,8%)	21 (32,3%)	8 (22,9%)	15 (46,9%)	4 (16,7%)

In Figuur 2 zijn de resultaten weergegeven voor elk van de vijf OLK clusters; de mate van eenzaamheid gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd en opleidingsniveau.



Figuur 2. Mate van eenzaamheid voor personen met OLK en zonder OLK voor elk van de vijf OLK clusters, gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd en opleidingsniveau

In Figuur 2 is te zien dat mensen met fibromyalgie significant hoger scoren op eenzaamheid dan mensen zonder fibromyalgie,  $F(1) = 6.15, p=0,013$ . Dit is ook het geval voor CVS,  $F(1) = 11.18, p=0,001$  en IBS,  $F(1) = 5.52, p=0,019$ . Mensen met een somatische depressie zijn niet eenzamer dan mensen zonder een somatische depressie,  $F(1) = 2.05, p=0,152$ , maar laten wel eenzelfde trend zien als de eerder genoemde drie clusters. Hetzelfde geldt voor somatische angst,  $F(1) = 2.58, p=0,109$ .

## DISCUSSIE

Het doel van huidig onderzoek was om te onderzoeken of er een verband bestaat tussen het hebben van onbegrepen lichamelijke klachten (OLK) en eenzaamheid en indien dit verband bestaat of dit een algemeen verband betreft of dat het verband specifiek is voor de vijf clusters van OLK (Robbins, 1997). Uit de resultaten blijkt dat er een verband bestaat tussen het hebben van OLK en de mate van eenzaamheid; mensen met OLK ervaren meer eenzaamheid dan mensen zonder OLK, de resultaten zijn niet specifiek voor de vijf clusters.

Voor toekomstig onderzoek zou het van belang zijn uitspraken te kunnen doen of eenzaamheid een gevolg is van OLK, of dat OLK een gevolg is van eenzaamheid. Een beperking van huidig onderzoek is dat er geen causale uitspraken gedaan kunnen worden, de resultaten beperken zich tot gevonden verbanden. Mocht het zijn dat OLK een gevolg is van eenzaamheid, dan zouden sociale cognitieve gedragsinterventies van belang kunnen zijn in het reduceren van eenzaamheid waardoor er een kleinere kans bestaat op het ontwikkelen van OLK. Ook als de relatie tussen OLK en eenzaamheid omgekeerd is, dus eenzaamheid is een

gevolg van OLK, dan zou het toepassen van sociale cognitieve gedragsinterventies bij mensen met OLK zinvol kunnen zijn om (een deel van) de klachten te verminderen. De richting van de causaliteit is van belang voor het doel waarmee de sociale cognitieve gedragsinterventies uitgevoerd worden. Uit een meta-analyse (Hawkley & Cacioppo, 2010) blijkt dat de volgende sociale cognitieve gedragsinterventies eenzaamheid verminderen: 1. Verbeteren van sociale vaardigheden, 2. Verlenen van sociale steun, 3. Het vergroten van kansen voor sociale interactie, 4. Het behandelen van inadequate sociale cognities. De interventie die zich richt op het behandelen van inadequate sociale cognities door middel van het achterhalen van negatieve automatische gedachten, het zoeken van bewijs die deze gedachten niet ondersteund en het verminderen van vertekende cognities is het meest effectief gebleken in vergelijking met de andere drie interventies voor het verminderen van eenzaamheid. Het toepassen van sociale cognitieve gedragsinterventies zou nuttig kunnen zijn bij mensen met OLK, gezien de resultaten van huidig onderzoek dat mensen met OLK eenzamer zijn dan mensen zonder OLK.

Gebrek aan sociale steun kan van invloed zijn op het gevonden verband tussen OLK en eenzaamheid in huidig onderzoek. Uit eerder onderzoek is gebleken dat verminderde sociale steun een verband heeft met meer eenzaamheid (Kara & Mirici, 2004) en een gebrek aan sociale steun hangt samen met het hebben van OLK (Saltzman en Holahan, 2002). Dit wordt bevestigd door Kool en Geenen (2012) die een significant verband vinden tussen het hebben van fibromyalgie en eenzaamheid, waarbij gebrek aan sociale steun correleert met eenzaamheid. In huidig onderzoek was de data niet toereikend om de invloed van sociale steun mee te nemen in de analyses. Het hebben van OLK was echter niet geassocieerd met huwelijkse staat.

Uit de resultaten blijkt dat mensen met fibromyalgie, CVS en IBS meer eenzaamheid ervaren dan mensen zonder OLK. Mensen met een somatische depressie en somatische angst zijn niet eenzamer dan mensen zonder OLK, maar laten wel een trend in dezelfde richting als de andere drie clusters zien.

Een mogelijke verklaring waarom mensen met een somatische depressie en somatische angst niet eenzamer zijn dan mensen zonder deze klachten en waarom dit wel het geval is bij fibromyalgie, CVS en IBS kan gevonden worden in het gebrek van objectief bewijs voor de pathologie van OLK. Zoals in de inleiding genoemd worden mensen met fibromyalgie door de omgeving gezien als simulanten en worden klachten gezien als zeuren (Arnold et al. 2008; Kool et al. 2009). Dit kan leiden tot een vermindering van sociale steun, wat kan leiden tot gevoelens van eenzaamheid (Kara & Mirici, 2004). Voor somatische

depressie en somatische angst is meer objectief bewijs te vinden waardoor deze klachten meer maatschappelijk geaccepteerd kunnen zijn, hierdoor kunnen deze mensen door hun omgeving minder snel aangezien worden als simulanten wat de sociale relaties intact houdt met als gevolg in mindere mate gevoelens van eenzaamheid. Dit is in lijn met de *social contract theory* (Cosmides, 1989). Huidig onderzoek schiet tekort om deze theorie te toetsen.

In overeenkomst met eerder onderzoek (Verhaak et al. 2006) komt uit huidig onderzoek naar voren dat OLK vaker voorkomt bij vrouwen dan bij mannen. Onderzocht is ook of de relatie tussen OLK en eenzaamheid verschilt tussen mannen en vrouwen. Er wordt geen significant effect van geslacht gevonden wat betreft de mate van eenzaamheid bij mensen met OLK. Beperking van huidig onderzoek is dat er niet onderzocht kan worden of de relatie tussen OLK en eenzaamheid verschilt tussen mannen en vrouwen bij de vijf clusters van OLK. Wanneer er een onderverdeling gemaakt wordt voor geslacht wordt het aantal participanten te klein in de vijf clusters van OLK. Gevolg hiervan is dat er een te kleine power ontstaat en er geen betrouwbare uitspraken gedaan kunnen worden.

Wat huidig onderzoek een sterk onderzoek maakt is dat er gebruik is gemaakt van een algemene dynamische populatie waardoor de resultaten representatief zijn. Daarnaast is huidig onderzoek het eerste onderzoek die het verband tussen eenzaamheid en alle vijf de clusters van OLK heeft onderzocht.

Geconcludeerd kan worden dat mensen met OLK een hogere mate van eenzaamheid ervaren dan mensen zonder OLK, de associatie tussen eenzaamheid en OLK is niet verschillend voor mannen of vrouwen. Het gevonden verband tussen OLK en eenzaamheid is niet specifiek voor de vijf clusters van Robbins (Robbins et al 1997).

## REFERENTIELIJST

- Arnold, L.M., Crofford, L. J., Mease, P.J., Burgess, S.M., Palmer, S.C., Abetz, L., & Martin, S.A. (2008). Patient perspectives on the impact of fibromyalgia. *Patient education and counseling, 73*, 114-120.
- Barsky, A.J., Ettner, S.L., Horsky, J., & Bates, D.W. (2001). *Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatization. Medical care, 39* (7).
- Centrum voor onverklaarde lichamelijke klachten. (2007, augustus). Gevonden op 20 januari 2012, op <http://www.yulius.nl/scrivo/asset.php?id=529712>
- Cosmides, L. (1989). The logic of social-exchange: Has natural-selection shaped how humans reason: Studies with the Wason selection task. *Cognition, 31*, 187-276.
- COTAN (Commissie Testaangelegenheden Nederland). COTAN Documentatie NIP. <http://www.cotandocumentatie.nl/.....>
- De Jong Gierveld, J., & Kamphuis, F.H. (1985). The development of a Rasch-type loneliness-scale. *Applied Psychological Measurement, 9*.
- De Jong Gierveld, J., & van Tilburg, T.G. (1999). *Manual of the Loneliness Scale*. Dept. of Social Research Methodology, Vrije Universiteit Amsterdam. ISBN 90-9012523-X
- De Jong Gierveld, J., & van Tilburg, T.G. (2010). *The De Jong Gierveld short scales for emotional and social loneliness: tested on data from 7 countries in the UN generations and gender surveys*.
- Dirkzwager, A.J.E., & Verhaak, P.F.M. (2007). *Patients with persistent medically unexplained symptoms in general practice: characteristics and quality of care. BMC family practice, 8* (33).
- Fokkema, T., & van Tilburg, T.G. (2006). *Aanpak van eenzaamheid, helpt het? Een vergelijkend effect- en procesevaluatieonderzoek naar interventies ter voorkoming en vermindering van eenzaamheid onder ouderen*. Nederlands interdisciplinair demografisch instituut.
- Hawkley, L.C., & Cacioppo, J.T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of behavioural Medicine, 40*, 218-227.
- Heinrich, L.A., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: a literature review. *Clinical Psychology Review, 26*, 695-718.
- Houtveen, J. (2009). De dokter kan niets vinden.
- Interian, A., Allen, L.A., Gara, M.A., Escobar, J.I & Díaz-Martínez, A.M. (2006). *Somatic complaints in primary care: further examining the validity of the patient health questionnaire (PHQ-15)*. *Psychosomatics, 47* (5).

- Kara, M., & Mirici, A. (2004). Loneliness, depression and social support of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease and their spouses. *Journal of Nursing Scholarship*, *36*, 331-336.
- Katon, W.J., & Walker, E.A. (1998). *Medically unexplained symptoms in primary care*. *Journal of clinical psychiatry*, *59* (supplement 20).
- Khan, A.A., Khan, A., Harezlak, J., Tu, W., & Kroenke, K. (2003). Somatic symptoms in primary care: etiology and outcome. *Psychosomatics*, *44*, 471-478.
- Kool, M.B., van Middendorp, H., Boeije, H., & Geenen, R. (2009). Understanding the lack of understanding: invalidation from the perspective of the patient with fibromyalgia. *Arthritis & rheumatism-arthritis care & research*, *61*, 1650-56.
- Kroenke, K. (2003). *Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric comorbidity and management*. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *12* (1), 34-44.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., deGruy, F.V. & Swindle, R. (1998). *A symptom checklist to screen for somatoform disorders in primary care*. *Psychosomatics*, *39*, 263-272.
- Mewes, R., Rief, W., Brähler, E., Martin, A. & Glaesmer, H. (2008). *Lower decision threshold for doctor visits as a predictor of health care use in somatoform disorders and in the general population*. *General hospital psychiatry*, *30*, 349-355.
- Netwerk onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten*. (2012). Gevonden op 20 januari 2012, op <http://www.nolk.info/>
- Nimnuan, C., Hotopf, M., & Wessely, S. (2001). *Medically unexplained symptoms. An epidemiological study in seven specialities*. *Journal of psychosomatic research*, *51* (1), 361-367.
- Ravesteijn, van, H., Wittkamp, K., Lucassen, P., Lisdonk, van de, E., Hoogen, van den, H., Weert, van, H., Huijser, J., Schene, A., Weel, van, C. & Speckens, A.(2009). *Detecting somatoform disorders in primary care with the PHQ-15*. *Ann. Fam. Med*, *7*:232-238.
- Reid, S., Wessely, S., Crayford, T., & Hotopf, M. (2002). *Frequent attenders with medically unexplained symptoms: service use and costs in secondary care*. *British Journal of Psychiatry*, *180*.
- Robbins, J.M., Kirmayer, L.J. & Hemami, S. (1997). *Latent variable models of functional somatic distress*. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *185* (10).
- Richardson, R.D., & Engel, C.C. (2004). *Evaluation and management of medically unexplained physical symptoms*. *Neurologist*, *10*.
- Russo, J., Katon, W., Sullivan, M., Clark, M., & Buchwald, D. (1994). *Severity of somatization and its relationship to psychiatric disorders en personality*. *Psychosomatics*, *35*.
- Saltzman, K.M., & Holahan, C.J. (2002). *Social support, self-efficacy, and depressive symptoms: an integrative model*. *Journal of social and clinical psychology*, *21* (3).

- Trimbos. (2010). Gevonden op 21 januari 2012, op  
[http://www.trimbos.nl/webwinkel/productoverzicht-webwinkel/behandeling-en-re-integratie/af/~media/files/inkijkexemplaren/af0945%20multidisciplinaire%20richtlijn%20solk%20en%20somatoforme%20stoornissen\\_web.ashx](http://www.trimbos.nl/webwinkel/productoverzicht-webwinkel/behandeling-en-re-integratie/af/~media/files/inkijkexemplaren/af0945%20multidisciplinaire%20richtlijn%20solk%20en%20somatoforme%20stoornissen_web.ashx)
- Verhaak, P.F.M., Meijer, S.A., Visser, A.P. & Wolters, G. (2006). *Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice*. *Family Practice Advance Access*, 23:414-420.
- Walker, E.A., & Katon, W. (1996). *Researching the health effects of victimization: the next generation*. *Psychosomatics Medicine*, 58.



## BIJLAGE 1 Overzicht ICPC-codes

Symptomen	ICPC	Beschrijving volgens ICPC	Fibromyalgie	Chronisch vermoeidheids-syndroom	Irritable Bowel Syndrome (IBS)	Somatische angst	Somatische depressie
(lage) rugpijn	L02, L03	- Rug symptomen/ klachten - Lage-rugpijn zonder uitstraling	X				
Sierpijn	L18	Sierpijn	X	X			
Nek/borstkas symptomen	L01, L04	- Nek symptomen/ klachten - Borstkas symptomen/ klachten	X	X			
Hoofdpijn	N01, N02	- Hoofdpijn - Spannings-hoofdpijn	X	X			
Zwakte/slapheid	N18	Verlamming/ krachtverlies		X			
Vermoeidheid	A04	Moeheid/ zwakte		X			X
Slaapproblemen	P06	Slapeloosheid/ andere slaapproblemen		X			X
Moeite met concentreren	P20	Geheugen-/concentratie- en oriëntatiestoornis		X			X
Verminderde eetlust	T03	Verminderde eetlust					X
Gewichts- verandering	T07, T08	- Gewichtstoename - Gewichtsverlies					X
<i>Rusteloosheid</i>							X
<i>Vertraagd denken</i>							X
Pijn op de borst	K01,K02	-Pijn toegeschreven aan hart -Druk/ beklemming toegeschreven aan hart				X	
Kortademigheid	R02	Dyspnoe/benauwdheid toegeschreven aan luchtweegen				X	
Hartkloppingen	K04	Hartkloppingen/ bewust van hartslag				X	
Duizeligheid	N17.01 N17.02	Vertigo/duizeligheid 2. Licht in het hoofd 1.Draaiduizeligheid				X	
Brok in de keel	R21	Symptomen/klachten keel				X	
<i>Gevoelloosheid</i>						X	
Misselijkheid	D09	Misselijkheid			X	X	
Diarree	D11	Diarree			X	X	
Winderigheid	D08	Flatulentie/ meteorisme/ boeren			X		
Obstipatie	D12	Obstipatie			X		X
Buikpijn	D01	Gegeneraliseerde buikpijn/ buikkrampen			X		

De volgende twee clusters hebben daarnaast ook nog hun eigen ICPC-code:

Fybromyalgie: L18.01

IBS: D93

**BIJLAGE 2** Verdeling aantal participanten van de vijf clusters van Robbins

	Fibromyalgie	CVS	IBS	Somatische depressie	Somatische angst	Totaal
Fibromyalgie		36	2	0	2	59
CVS	36		3	31	3	69
IBS	2	3		2	7	38
Somatische depressie	0	31	2		3	34
Somatische angst	2	3	7	3		27

NB: De aantallen in deze tabel zijn niet uitsluitend, dat wil zeggen sommige participanten vallen in meer dan twee categorieën.

**BIJLAGE 3** De eenzaamheidschaal (de Jong- Gierveld en van Tilburg, 1985).

Wilt u van elk van de volgende uitspraken aangeven in hoeverre die op u, zoals u de laatste tijd bent, van toepassing is. Zet een kruis in het vak wat het beste bij u past. Wilt u alstublieft alle vragen beantwoorden, ook wanneer ze niet op u van toepassing zijn.

Antwoordmogelijkheden: ja!, ja, min of meer, nee, nee!

- a. Er is altijd wel iemand in mijn omgeving bij wie ik met mijn dagelijkse probleempjes terecht kan
- b. Ik mis een echt goede vriend of vriendin
- c. Ik ervaar een leegte om me heen
- d. Er zijn genoeg mensen op wie ik in geval van narigheid kan terugvallen
- e. Ik mis gezelligheid om me heen
- f. Ik vind mijn kring van kennissen te beperkt
- g. Ik heb veel mensen op wie ik volledig kan vertrouwen
- h. Er zijn voldoende mensen met wie ik me nauw verbonden voel
- i. Ik mis mensen om me heen
- j. Vaak voel ik me in de steek gelaten
- k. Wanneer ik daar behoefte aan heb, kan ik altijd bij mijn vrienden terecht