



**Universiteit Twente**  
*de ondernemende universiteit*

## ANGST BIJ REUMAPATIENTEN

*De relatie tussen angst en reuma en de verschillende factoren die hiermee samenhangen*

Sevim Kaya (s0129569)

Begeleiders: E. Taal  
C. Bode

Enschede, juni 2008

Universiteit Twente  
Faculteit Gedragswetenschappen

Medisch Spectrum  $\Delta$  Twente

afdeling Reumatologie & Kleinere Immunologie



## Inhoud

<b>Samenvatting</b>	<b>3</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>4</b>
1.1 Reuma	4
1.2 Emotie	5
1.3. Angst	7
1.4 Reuma en angst	9
1.4.1 De relatie tussen sociale steun en angst	10
1.4.2 De relatie tussen opleidingsniveau en angst	11
1.4.3 De relatie tussen werknemers met RA en angst	12
1.4.4 Angst stoornissen en RA	12
1.5 Instrumenten om angst te meten	13
1.6 Dit onderzoek	14
<b>2. Methode</b>	<b>15</b>
2.1 Respondenten	15
2.2 Procedure	15
2.3 Meetinstrumenten	15
2.3.1 Angst	15
2.3.2 Sociale steun	16
2.3.3 Pijn	17
2.3.4 Demografische gegevens	17
2.4 Statistische analyse	17
<b>3. Resultaten</b>	<b>18</b>
3.1 Demografische gegevens van de respondentengroep	18
3.1.1 De relatie tussen ziekte duur en angst	22
3.1.2 De relatie tussen opleidingsniveau en angst	24
3.1.3 De relatie tussen sociale steun en angst	24
3.1.4 De relatie tussen pijn en angst	24
3.2 Geen klinische angst en klinische angst binnen de onafhankelijke variabelen	24
3.3 Verklarende factoren voor angst	26
<b>4. Discussie</b>	<b>27</b>
<b>5. Referenties</b>	<b>30</b>
<b>6. Bijlagen</b>	<b>34</b>

## **Samenvatting**

Reuma is een verzamelnaam voor meer dan honderd verschillende aandoeningen die onderverdeeld kunnen worden in ontstekingsreuma, artrose en weke- delenreuma. Eén van de bekendste vormen van reuma is reumatoïde artritis (RA). De belangrijkste kenmerken van RA zijn ontstoken gewrichten met als gevolg gewrichtsbeschadiging en soms zelfs invaliditeit. Door de lichamelijke klachten en het onvoorspelbare karakter van de ziekte zijn patiënten soms ernstig beperkt in hun dagelijkse activiteiten. De confrontatie met het bedreigende en onvoorspelbare karakter van RA kan leiden tot angst bij reumapatiënten. In dit onderzoek wordt angst gemeten met de Hospital Anxiety and Depression Scale. Het doel van dit onderzoek is om na te gaan hoe de relatie is tussen reuma en angst en welke factoren hiermee samenhangen. Tevens wordt gekeken in hoeverre de samenhang tussen angst en reuma verklaard kan worden door demografische variabelen (ziekteduur, opleidingsniveau), sociale steun en pijn. Voor dit onderzoek werden verschillende vragenlijsten afgenomen bij reumapatiënten in de wachtkamer bij de afdeling Reumatologie van het Medisch Spectrum Twente. Gebruikmakend van de gegevens van deze 239 reumapatiënten tonen de resultaten dat alleen sociale steun en pijn een relatie hebben met angst. Er werden geen significante correlaties gevonden tussen ziekteduur en angst en opleidingsniveau en angst. Wanneer gekeken werd naar “geen klinische angst” en “klinische angst” binnen de onafhankelijke variabelen werden wel significante resultaten gevonden voor ziekteduur en sociale steun, maar niet voor pijn.

# 1. Inleiding

## 1.1 Reuma

Reuma is een verzamelnaam voor meer dan honderd verschillende aandoeningen en kan worden ingedeeld in drie categorieën: ontstekingsreuma, artrose en weke- delenreuma (Reumafonds, 2008).

*Ontstekingsreuma* is een vorm van reuma met als belangrijkste kenmerk langdurige ontstekingen aan gewrichten. Ruim 790.000 Nederlanders hebben chronische vormen van ontstekingsreuma. Eén van de meest voorkomende vormen van ontstekingsreuma is reumatoïde artritis (RA). Bij RA is het afweersysteem van het lichaam ontregeld, waardoor er ontstekingen in de gewrichten ontstaan. De ziekte begint vaak rond het veertigste en vijftigste levensjaar en komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen (Reumafonds, 2008). Het beloop van de ziekte RA kent verschillende stadia. In een vroeg stadium van gewrichtsschade ontstaat kraakbeenverlies en komen er gaten in het bot, ook wel erosies genoemd (RIVM, 2007). Bij een klein deel van de patiënten raken de gewrichten en omliggende weefsel ernstig beschadigd, wat kan leiden tot invaliditeit (Reumafonds, 2008).

*Artrose* is de meest voorkomende gewrichtsaandoening van het bewegingsapparaat (RIVM, 2007). In Nederland hebben ruim 1,2 miljoen mensen artrose. Bij artrose gaat het gewrichtskraakbeen in kwaliteit achteruit en het kan op den duur zelfs helemaal verdwijnen. Het komt veel voor in gewrichten van de handen, knieën en heupen. Onder ouderen is artrose de meest voorkomende gewrichtsaandoening. In Nederland hebben ongeveer 250.000 jonge patiënten tussen de 25 en 44 jaar artrose. Waarom sommige mensen er al zo jong mee te maken krijgen en anderen niet is nog onduidelijk. Ook de oorzaken van artrose zijn nog grotendeels onbekend (Reumafonds, 2008).

*Weke- delenreuma* is een vorm van reuma die zich kenmerkt door klachten aan de weke delen van het bewegingsapparaat zoals spieren, pezen en banden. Bij deze vorm geven niet de gewrichten, maar de omliggende weefsels als kapsels, spieren, banden, tussenwervelschijven, slijmbeurzen en pezen klachten. Deze zijn niet ontstoken, maar overbelast. Ongeveer een half miljoen mensen in Nederland heeft een vorm van weke- delen reuma. Fibromyalgie is hier een bekende vorm van. Het kenmerkt zich door langdurige pijn in spieren, peesaanhechtingen en banden (Reumafonds, 2008).

Reuma heeft enorme gevolgen voor de patiënt zelf. De pijn, stijfheid en het verlies aan energie kunnen lijden tot bewegingsbeperkingen. Door de ontsteking en de pijn aan de ene kant en de vervorming van gewrichten aan de andere kant kan de patiënt in het dagelijks leven behoorlijk beperkt worden. Vaak neemt de zelfredzaamheid sterk af en de afhankelijkheid sterk toe. Bijvoorbeeld uit bed stappen, opstaan uit een stoel, groenten snijden, haren wassen, etc., zijn handelingen die allemaal erg pijnlijk worden (Reumafonds, 2008).

De gevolgen in het dagelijks leven van een reuma patiënt bevinden zich niet alleen op het lichamelijk vlak. Zo kan de patiënt ook te maken krijgen met geestelijke en sociale gevolgen. Een patiënt die niet goed ter been is bijvoorbeeld kan sociale contacten minder goed onderhouden en kan daardoor in een sociaal isolement raken. De patiënt kan ook hinder door zijn reuma ondervinden bij het uitvoeren van zijn werk.

Iemand met RA heeft een grote kans dat werken uiteindelijk niet meer lukt. Vooral in de eerste drie jaar van de ziekte stoppen veel patiënten noodgedwongen met werken. Vijf jaar na de diagnose werkt 40% niet meer, na tien jaar is dat meer dan de helft en na 15 jaar is 60 tot 70% arbeidsongeschikt. Daarbij komen nog eens de enorme kosten voor behandeling en soms ook verlies aan inkomen (Reumafonds, 2008). In § 2.5 zal dieper worden ingegaan op de relatie tussen RA en angst bij werkende mensen.

RA verloopt bij iedereen anders. In het beloop wisselen betere en slechtere periodes elkaar af met een onbekend en gevarieerd tempo (Reumafonds, 2008). Het niet te voorziene verloop van RA en de confrontatie met het bedreigende en onvoorspelbare karakter kan leiden tot angst bij mensen met RA (Kaptein, Erdman, Prins & van de Wiel, 2006).

Aangezien angst een negatieve emotie is (Roediger, Capaldi, Paris, Polivy & Herman 2004) zal eerst worden ingegaan op emoties en de verschillende theorieën over emoties en vervolgens op angst.

## **1.2 Emotie**

Onderzoekers onderscheiden op zijn minst drie aspecten in de emotie: een evaluatie van de stimulus (een beoordeling), een respons (die zowel fysiologische als gedragsmatige componenten bevat, met inbegrip van gezichtsuitdrukkingen) en een subjectieve ervaring.

Emotie wordt gedefinieerd als een reactie op een stimulus waarbij een beoordeling van de stimulus optreedt, een fysiologische opwinding, een gezichtsuitdrukking en gevoelens.

Woorden als tevredenheid en warmte weerspiegelen positieve emoties en woorden als woede en angst negatieve emoties (Roediger et al., 2004).

Emoties zijn belangrijk, omdat ze ons aanzetten tot acties en hebben een adaptieve functie. We ervaren emoties wanneer er iets gebeurt (of juist niet) dat gevolgen heeft voor ons welbevinden en dat resulteert in het ervaren van een emotie. Emoties zorgen er voor dat we prioriteit geven aan gedragingen die onze belangen dienen (Vonk, 2003).

Emoties ten aanzien van ziekte en gezondheid sturen in belangrijke mate activiteiten zoals het raadplegen van de arts en het opvolgen van behandelvoorschriften en leefregels. Inzicht in de bijdrage van emoties aan de klachten en symptomen is noodzakelijk om de betekenis van deze klachten te kunnen inschatten (Kaptein et al., 2006).

Eén van de allereerste theorieën over emotie was die van James-Lange. Deze theorie stelt dat de subjectieve emotionele ervaring tot stand komt doordat we onze lichamelijke reactie (bijv. een snellere hartslag, snellere ademhaling, etc.) voelen op een gebeurtenis die als opwindend waargenomen wordt. Met andere woorden wanneer een patiënt te horen krijgt dat hij RA heeft, zal hij eerst lichamelijke veranderingen waarnemen zoals een snellere hartslag, snellere ademhaling, klamme handen, etc., en daarna een gevoel van angst. Volgens deze visie is er geen beoordeling nodig om een emotie te ervaren. De perceptie en de automatische gedragsreactie daarop is voldoende (Vonk, 2003).

Volgens Schachter en Singer (1962) worden emoties ten dele ervaren door de situatie en ten dele door de manier waarop de persoon de situatie ervaart. M.a.w. wanneer de patiënt te horen krijgt dat hij RA heeft, zal eerst een fysiologische reactie plaatsvinden (bijv. snellere hartslag en ademhaling) vervolgens zal de patiënt de oorzaak van die opwinding gaan interpreteren. Wanneer hij zich zorgen gaat maken over de mogelijke gevolgen van RA en inziet dat RA zelfs kan leiden tot invaliditeit zal de patiënt angst ervaren. Er zijn dus twee dingen nodig om een emotie te ervaren: een algemene opwinding in het autonome zenuwstelsel en een cognitieve interpretatie van de oorzaak van de opwinding (Roediger et al., 2004).

Volgens Lazarus, Kanner en Folkman (1980) is de eerste stap de cognitieve beoordeling van de situatie. Alleen wanneer dat gebeurd is, kan fysiologische opwinding voorkomen. De aanvankelijke beoordeling is nodig om te beslissen welke gevolgen de waargenomen gebeurtenis kan hebben voor het persoonlijk welbevinden. Stel dat een patiënt te horen krijgt dat hij RA heeft dan zal hij eerst inschatten wat voor gevolgen RA

heeft voor zijn welbevinden. Wanneer de patiënt zich zorgen gaat maken over zijn toekomst en het onvoorspelbare verloop van RA, zal fysiologische opwinding voorkomen (bijv. snellere hartslag, snellere ademhaling, klamme handen, etc.) en zal pas op dat moment angst worden ervaren, met name wanneer de gebeurtenis beoordeeld wordt als belangrijk voor zijn persoonlijk welzijn (Lazarus, 1991).

Hieronder een weergave van de verschillende benaderingen over het ontstaan van emoties:

James-Lange (1894)	Stimulus → Arousal → Emotie
Schachter (1962)	Stimulus → Arousal → Appraisal → Emotie
Lazarus (1980)	Stimulus → Appraisal → Arousal → Emotie.

### 1.3 Angst

Om de mate van angst te kunnen meten bij patiënten met reuma, is gebruik gemaakt van de subschaal angst van de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Deze angstschaal is geschikt om de aanwezigheid van angst op te sporen bij patiënten met reuma. Angst wordt gedefinieerd als een fysiologische toestand die gekenmerkt wordt door lichamelijke, cognitieve, emotionele en gedragscomponenten (Seligman, Walker & Rosenhan, 2000).

De *lichamelijke component* van angst weerspiegelt een fysiologische reactie die het lichaam voorbereidt op een ‘vecht- of vlucht’- actie door onder andere een toename van hartslag- en ademhalingsfrequentie, bloeddruk en zweetsecretie (Kaptein et al., 2006).

Aan de *cognitieve component* van angst dragen twee processen bij. Het eerste proces verloopt automatisch en snel en vereist geen bewuste cognitieve evaluatie. Het tweede proces betreft de cognitieve evaluatie, deze verloopt langzamer en wordt gekenmerkt door bewuste afweging en strategie (bijv. zoeken naar oorzaken en afwegen van mogelijke handelingen) (Kaptein et al., 2006).

De *gedrags- of handelingscomponent* is primair gericht op het vermijden van bedreiging. Angstige bezorgdheid voor een lichamelijke aandoening kan ervoor zorgen dat de patiënt extra op lichamelijke veranderingen let, piekert over het mogelijk slechte beloop en bedreigende informatie vermijdt of dat hij op extreme wijze zekerheid wil over de afwezigheid van de gevreesde aandoening (Kaptein et al., 2006).

Vanuit psychoanalytisch perspectief wordt er op een geheel andere wijze tegen angst aangekeken. Zo beschreef Freud drie verschillende typen van angst: neurotische, morele en objectieve.

*Neurotische angst* ontstaat wanneer een sterk “Es” een zwak “Ich” dreigt te overspoelen; de vrees dat de libidineuze driften zullen doorbreken manifesteert zich als angst, maar omdat de bedreiging onbewust is, kan het individu niet achterhalen waarom hij of zij angstig is.

*Morele angst* (of schuldgevoel) treedt op wanneer mensen zich onbewust straffen voor kleine overtuigingen of eenvoudige wensen; een sterk “Uber-ich” domineert hier een zwak “Ich”.

*Objectieve angst* treedt op wanneer het “Ich” een werkelijk gevaar ontdekt in de buitenwereld. Bij al deze gevallen doet de angst dienst als een signaal dat er iets verkeerd is en dat er iets gedaan moet worden. Veel angsten zijn echter het gevolg van onbewuste dreigingen die een evenwichtige persoon niet zouden mogen hinderen (Roediger et al., 2004).

Volgens Rosen & Schulkin (1998) kan angst onderverdeeld worden in verschillende gradaties. Bezorgdheid, onrust of je niet op je gemak voelen zijn voorbeelden van een mildere vorm van angst en paniek is een meer extreme vorm van angst. Extreme angst komt minder vaak voor maar is voor de meeste mensen niet helemaal onbekend. Nooit angst voelen zou immers getuigen van een slechte aanpassing, aangezien angst ons ook kan waarschuwen voor gevaar (Roediger et al., 2004).

Een andere soort angst is de pijngerelateerde angst. Pijngerelateerde angst betreft de angst voor pijn, voor activiteiten die met pijn geassocieerd worden en/of voor het oplopen van (opnieuw) letsel (Goubert, Crombez & van Damme, 2004). Aan de oorsprong van pijngerelateerde angst zou de catastrofale veronderstelling van de patiënt liggen dat bewegingen letsel en/of pijnaanval zouden veroorzaken. Deze angst ontwikkelt zich wanneer pijn geïnterpreteerd wordt als een bedreiging. Door bepaalde bewegingen te vermijden kunnen onzekerheid en angst voor pijn juist toenemen en kan dit uiteindelijk leiden tot een vicieuze cirkel van angst en vermijdingsgedrag (Vlaeyen & Linton, 2000).

Wanneer de angst langer dan normaal aanwezig is en bestaat uit gevoelens van ongerustheid, schrik en angst zonder een duidelijke reden dan, spreken we van een angststoornis. Een angststoornis kan maanden duren en tot alle gedachten en gevoelens van een persoon doordringen, zodat een normaal leven niet meer mogelijk is (Roediger et al., 2004). In vergelijking met angst in het dagelijks leven is er bij klinische angst een



sterker toegenomen fysiologische activatie, is er bij de cognitieve component sprake van een attentiebias (automatisch, onbewust en versterkt opmerken van uiteenlopende potentieel bedreigende stimuli) en heeft het denken de vorm gekregen van het herhalen van denkbare negatieve consequenties (piekeren) en rampen (catastroferen). Een centraal mechanisme bij het beloop van angststoornissen is het overschatten (attentiebias en piekeren) en vermijden van bedreigende stimuli (Kaptein et al., 2006)

Angststoornissen zijn in de psychiatrie de meest voorkomende aandoeningen en komen over het algemeen vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. Een voorbeeld van een angststoornis is de gegeneraliseerde angststoornis. Mensen met een gegeneraliseerde angststoornis (GAS) zijn opvallend nerveus en angstig, tobben veel en zien op tegen allerlei dagelijkse gebeurtenissen. Deze gevoelens moeten minstens 6 maanden aanwezig zijn en de angsten moeten zijn verbonden met ten minste drie van de volgende zes klachten: rusteloosheid, snelle vermoeidheid, concentratieproblemen, prikkelbaarheid, spierspanningsklachten en slaapstoornissen (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2004).

In Nederland werd in 2003 het aantal personen van 13 jaar en ouder met een angststoornis op basis van landelijke epidemiologisch onderzoeken geschat op ongeveer 1,7 miljoen (558.000 mannen en 1.143.000 vrouwen). Dat zijn 83 per 1.000 mannen en 165 per 1.000 vrouwen van 13 jaar en ouder (zie bijlage 1). Jaarlijks krijgt 3,1 % van de volwassen bevolking tussen 18 en 65 jaar voor het eerst een angststoornis; 4,6% van de vrouwen en 1,6% van de mannen (Vollebergh et al., 2003). Over het algemeen komen angststoornissen ongeveer evenveel voor onder zowel jeugdigen, volwassenen als ouderen. In alle leeftijdsgroepen is met name het aantal personen met fobieën erg hoog. Zo is het percentage enkelvoudige fobie bij mannen 49,0 en bij vrouwen 54,7. Het percentage sociale fobie is bij mannen 39,6 en bij vrouwen 33,9 en het percentage agorafobie is zowel bij mannen als bij vrouwen 11,4 (RIVM, 2007).

#### **1.4 Reuma en angst**

Het hebben van een chronische ziekte en nooit meer helemaal gezond worden is vaak moeilijk te accepteren. De ontdekking van het ziek zijn gaat gepaard met veel onzekerheid en angst. Vragen als ‘wat betekenen deze symptomen, zijn deze symptomen te genezen, kan ik de dingen blijven doen die ik belangrijk vind of word ik afhankelijk van anderen, etc.’, begeleiden vanaf dat moment iemands leven. Die onzekerheid kan op

den duur slopend werken. Bezorgdheid en angst kunnen zodanig toenemen dat het een vorm van 'lijden' wordt (Van Burken, 2002). Angst voor de toekomst en voor mogelijke complicaties van een chronische ziekte kunnen de kwaliteit van leven beïnvloeden. Het niet kunnen voorzien van hoe het leven er over een aantal dagen of jaren uit zal zien kan door de chronisch zieke als bedreigend worden ervaren (Voordouw et al., 2005).

Afhankelijk van de aard en de ernst van de ziekte kunnen zich beperkingen voordoen op diverse terreinen (werk, sociale contacten, vrije tijd etc.) waardoor het levensgebied van de patiënt wordt ingeperkt. Angst is vooral geassocieerd met de confrontatie met het bedreigende en onvoorspelbare karakter van RA (Kaptein, 2006).

Om het angstniveau bij RA patiënten te meten maakten VanDyke et al. (2004) gebruik van de State Trait Anxiety Inventory (STAI). Deze angstschaal bestaat uit twee subschalen, namelijk: state anxiety (situatiegebonden angst) en trait anxiety (persoonsgebonden angst). Uit de resultaten bleek dat het angstniveau bij mensen met RA op de subschaal state anxiety vergelijkbaar was met de normgroep (33.06 vs 34.01), terwijl op de trait anxiety schaal het angstniveau bij mensen met RA significant hoger was (36.17 vs 33.41). Pijn, een verminderde functionele status en een verlaagd inkomen kunnen bijdragen aan de hoge scores op deze subschaal (VanDyke et al., 2004). Er werd geen significante relatie gevonden tussen angst en de ziekteduur.

In verschillende onderzoeken is aangetoond dat sociale steun gerelateerd is aan angst bij patiënten met reuma (Demange, Guillemin, Baumann, Suurmeijer, Moum & Doeglas, 2004; Newman, Fitzpatrick, Lamb & Shipley, 1989). Ook opleidingsniveau blijkt van invloed te zijn op de mate van angst bij patiënten met reuma (Gordon, Hampson, Capell & Madhok, 2002).

#### *1.4.1 De relatie tussen sociale steun en angst*

Sociale steun wordt verondersteld een belangrijke rol te spelen in het verklaren van verschillen in welbevinden. Over het effect van sociale steun worden twee verwachtingen geformuleerd: sociale steun vergroot het welzijn, onafhankelijk van het feit of er sprake is van stress (direct- effect hypothese van sociale steun) en, sociale steun beschermt tegen de effecten van negatieve stressvolle gebeurtenissen (buffereffect hypothese van sociale steun (Morisson & Bennet, 2006).

Uit verschillende onderzoeken is gebleken dat sociale steun zowel de functionele capaciteiten als de psychologische status bij patiënten met RA kan verbeteren (Demange et al., 2004; Newman et al., 1989). Demange et al. (2004) vonden significante relaties

tussen meer dagelijkse emotionele steun en een afname in angst en slapeloosheid en depressie. Ook werd een significante relatie gevonden tussen meer 'social companionship' (vriendschappelijke contacten) en minder functionele beperkingen in de loop van de drie jaren. Over het algemeen kan er gesteld worden dat RA patiënten die meer sociale steun ontvangen of een groter 'support network' (netwerk ondersteuning) hebben de functionele en psychologische status beter is dan bij patiënten die dat niet hebben (Demange et al, 2004).

Uit het onderzoek van Evers et al. (1997) is gebleken dat één jaar nadat bij patiënten RA werd gediagnosticeerd, een groter sociaal netwerk (aantal vrienden en familieleden) zorgde voor minder angst en depressie en minder beperkingen op het gebied van beweging.

Strating et al. (2006) stelden dat sociale steun bij patiënten met RA alleen effectief was op korte termijn ( $\leq 6$  jaar) en niet op lange termijn ( $\geq 13$  jaar). Tijdens de ziekte kunnen patiënten leren om zich aan te passen aan de ziekte en de gevolgen van de ziekte. Zij vonden wel ondersteuning voor het buffer effect van sociale steun op korte termijn, maar niet op lange termijn.

#### *1.4.2 De relatie tussen opleiding(sniveau) en angst*

Gordon, Hampson, Capell & Madhok (2002) onderzochten laaggeletterdheid bij RA patiënten. Uit hun onderzoek is gebleken dat in 1 jaar tijd patiënten die laaggeletterd waren drie keer vaker het ziekenhuis bezochten dan RA patiënten die niet laaggeletterd waren. Ook werd er een verband gevonden tussen laaggeletterdheid en angst. Laaggeletterdheid kan een negatieve invloed hebben op de gezondheid. Patiënten nemen de medicijnen vaak niet goed in, omdat ze niet weten of begrijpen wat de arts ze voorschrijft. Educatie verbetert niet alleen je kennis, maar het vermindert ook pijn en invaliditeit en heeft een positieve invloed op de (algemene) kwaliteit van leven (Gordon et al., 2002).

Ook Walker et al. (2007) vonden een verband tussen slechte lezers en angst bij mensen met RA. Zij onderzochten het effect van beeldmateriaal (pictorial 'mind map') samen met de Arthritis Research Campaign (ARC) brochure bij het geven van informatie aan deelnemers met RA. Ook werd er gekeken welke invloed dit had op hun leesvaardigheid. Uit hun onderzoek is gebleken dat mensen met RA die moeite hadden met lezen beduidend angstiger waren dan de mensen met RA die geen moeite hadden met lezen. Mensen die moeite hadden met lezen hadden een lager opleiding genoten en

hadden minder kennis verworven. De meer geletterde deelnemers hadden meer kennis, ongeacht de informatie die ze werd gegeven. Ook waren zij significant minder angstig en minder gedeprimeerd.

#### *1.4.3 De relatie tussen werknemers met RA en angst*

Deelname aan het arbeidsproces vervult voor de meeste mensen een zeer belangrijke rol in het leven. Het hebben van een baan wordt niet alleen geassocieerd met sociale status, en inkomen, maar het kan ook een positief effect hebben op het welbevinden en kwaliteit van leven (Morisson & Bennet, 2006).

Hoe mensen met RA zelf met hun ziekte omgaan op het werk kan problematisch zijn. Veel werknemers willen niet praten over hun ziekte en beperkingen en proberen op alle mogelijke manieren hun baan vol te houden. Werkgerelateerde problemen treden het meest op de voorgrond bij reumatoïde artritis. Door lichamelijke beperkingen zijn werknemers soms niet in staat bepaalde taken (langdurig) te verrichten. Studies rapporteren verschillende cijfers voor arbeidsongeschiktheid bij RA, van 22 tot 44% van de beroepsbevolking (Backman, 2004).

Zirkzee et al. (2007) toonden aan dat cijfers voor arbeidsongeschiktheid bij patiënten waarbij 1 jaar de diagnose RA is gesteld variëren van 15 tot 30%. Ongeveer 20% van de patiënten met RA werd uiteindelijk permanent arbeidsongeschikt verklaard. Arbeidsongeschiktheid bij patiënten met RA is dan ook vrij hoog.

Vaak is het moeilijk te accepteren dat men RA heeft en dat men niet alles meer kan. De angst een stempel te krijgen van 'chronisch zieke' en daardoor het werk kwijt te raken en in financiële problemen te komen speelt hier een belangrijke rol. Mensen verzwijgen dingen omdat ze bang zijn in het keuringstraject te komen en afgekeurd te worden. Ze zijn dan ook bang om op het werk te laten merken dat ze ziek zijn of om aanpassingen te vragen die het werk kunnen vergemakkelijken (Varekamp et al., 2005).

#### *1.4.4 Angststoornissen en RA*

Isik, Koca, Ozturk & Mermi (2006) deden een onderzoek naar de prevalentie van angst en depressie bij patiënten met RA. Uit de resultaten bleek dat 41,5% van de RA patiënten een depressie had, 13,4% een angststoornis en 15,9% een gemengde angst en depressieve stoornis. Ook is gebleken dat chronische pijn, beperkingen bij lichamelijke activiteiten, het progressieve karakter van de ziekte en het niet kunnen voorspellen van de prognose de

prevalentie van angst bij mensen met RA verhoogt. De ziekteduur bij RA patiënten met angst bleek korter te zijn dan de ziekteduur bij RA patiënten met depressie.

McWilliams et al. (2004) onderzochten de relatie tussen angststoornissen bij chronische pijnpatiënten met RA en chronische pijnpatiënten zonder RA. Uit de resultaten bleek dat 5,6% van de pijnpatiënten met RA een gegeneraliseerde angststoornis had t.o.v. 2,7% van de pijnpatiënten zonder RA.

### **1.5 Instrumenten om angst te meten**

Diverse meetinstrumenten kunnen gebruikt worden om angst te meten bij mensen met RA. Enkele voorbeelden hiervan zijn: de Zelfbeoordelingsvragenlijst of de State Trait Anxiety Inventory (STAI), de Hamilton Angst Schaal (HAS of HAM-A) en de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

De *Zelfbeoordelingsvragenlijst* is een Nederlandse bewerking van Spielberger's State Trait Anxiety Scale (STAI) en meet algemene angst. Deze vragenlijst bestaat uit 2 schalen: toestandsangst en angstdispositie. Toestandsangst verwijst naar de angst op het moment van invullen en angstdispositie betreft de meer continue aanwezigheid van angst. Beide dimensies omvatten 20 items die met vierpuntsschaal worden ingevuld lopend van niet tot zeer veel (toestandsangst), respectievelijk bijna nooit tot bijna altijd (angstdispositie). Deze Zelfbeoordelingsvragenlijst is geschikt om fluctuaties in het angstniveau te meten. De Cronbachs coëfficiënt alpha voor de twee subschalen variëren van .89 tot .90 (Van Dyke et al., 2004).

De *Hamilton Angst Schaal (HAS of HAM-A)* is een semi gestructureerde beoordelingsschaal die de afgelopen 72 uur betreft. Deze schaal bestaat uit 14 items die gescoord worden van 0 tot 4. De operationalisering van de criteria is door Bech et al., (1986) uitgewerkt. De HAS meet hoofdzakelijk algemene angst. Bech et al., (1986) hebben ook een aanpassing gemaakt waardoor ook paniekangst gemeten kan worden (HAM-A). De schaal omvat een dimensie somatische angst en een dimensie psychische angst. Er is een overlap met depressieschalen. Deze schaal wordt voornamelijk gebruikt in (psychofarmacologisch) effectonderzoek.

Het meetinstrument dat voor dit onderzoek zeer geschikt is, is de *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*. De HADS is een zelfrapportageschaal met 14 items, ontwikkeld om de aanwezigheid van angst en depressieve toestanden op te sporen bij patiënten met somatische problematiek (Zigmonds & Snaith, 1983). De HADS bevat twee

schalen met elk zeven items, één schaal voor angst en één voor depressie met een score-range van 0 tot 21 (Spinhoven et al., 1997). Het is een betrouwbaar en valide instrument. en de gemiddelde waarde voor interne consistentie is .80 (Jack, Walker, Morley, Hanks, & Finlay-Mills, 1987; Moorey et al., 1991).

## **1.6. Dit onderzoek**

Reuma kan enorme gevolgen hebben voor de patiënt zelf. Pijn, stijfheid en het verlies aan energie kunnen lijden tot bewegingsbeperkingen. Afhankelijk van de aard en de ernst van de ziekte kunnen zich beperkingen voordoen op diverse terreinen (werk, sociale contacten, vrije tijd etc.) waardoor het levensgebied van de patiënt wordt ingeperkt. Met dit onderzoek wordt getracht meer inzicht te krijgen in de relatie tussen angst en reuma en de verschillende factoren die hiermee samenhangen. Dit onderzoek heeft de volgende deelvragen:

1). *Is er een verschil in de mate van angst bij reumapatiënten met een verschillende ziekteduur?*

Er wordt vanuit gegaan dat wanneer de diagnose reuma wordt gesteld, de patiënt angst zal ervaren en dat de angst met de duur zal afnemen. M.a.w. op korte termijn zal de patiënt onzeker en angstig zijn en de angst zal afnemen met de duur van de aandoening/ ziekte.

2). *Wat is de relatie tussen pijn en de mate van angst bij patiënten met reuma?*

Verondersteld wordt dat een toename in pijn zal leiden tot meer angst bij patiënten met reuma.

3). *Wat is de relatie tussen sociale steun en de mate van angst bij patiënten met reuma?*

Hoe meer reumapatiënten ondersteund worden door familieleden en vrienden hoe minder onzeker ze worden over de toekomst en de beperkingen en hoe minder angst ze zullen ervaren.

4). *Wat is de relatie tussen opleidingsniveau en de mate van angst bij patiënten met reuma?*

Verondersteld wordt dat er een negatieve relatie bestaat tussen het opleidingsniveau en de mate van angst bij patiënten met reuma. Reumapatiënten die een hogere opleiding hebben genoten hebben meer kennis opgedaan en dit leidt tot minder angst.

## **2. Methode**

### *2.1 Respondenten*

Van de 621 patiënten die gevraagd zijn deel te nemen aan dit onderzoek hebben in totaal 244 (39,3%) de vragenlijst ingevuld. 91 (37,3%) mannen en 153 (62,7%) vrouwen. Een aantal patiënten wilde/kon niet deelnemen aan het onderzoek. Zo gaven 27 (4,3%) van de 621 patiënten aan geen reumapatiënt te zijn; 71 (11,4%) patiënten hadden geen zin of interesse om de vragenlijsten in te vullen; 30 (4,8%) patiënten vonden dat ze al aan te veel onderzoeken hadden meegedaan en 72 (11,6%) patiënten gaven aan al deelgenomen te hebben aan het onderzoek; 2 (0,3%) patiënten wilden niet meedoen, omdat ze slechtziend waren en wilden bij het invullen van de vragenlijsten geen hulp; 3 (0,5%) patiënten gaven aan hier niet goed in te zijn en 78 (12,5%) patiënten hadden geen tijd om die vragenlijsten in te vullen; 28 (4,5%) patiënten waren niet in staat om een reden aan te geven en 5 (0,8%) patiënten wilden niet met een PC werken; 19 (3,1%) patiënten wisten niet of ze reuma hadden en 4 (0,6%) gaven aan dat ze geen patiënten waren; 4 (0,6%) patiënten spraken geen Nederlands; 2 (0,3%) patiënten gaven aan dat de parkeermeter bijna op was en 32 (5,2%) patiënten gaven een andere reden op.

### *2.2 Procedure*

De periode van dataverzameling liep van 8 tot en met 28 april 2008. Gedurende drie weken werden gestandaardiseerde vragenlijsten afgenomen bij patiënten met reumatische aandoeningen over hun kwaliteit van leven. De reumapatiënten zijn benaderd in de wachtkamer bij de afdeling Reumatologie van het Medisch Spectrum Twente. In de wachtkamer werden de patiënten gevraagd of zij wilden deelnemen aan het onderzoek. Deze patiënten kregen van tevoren een korte uitleg over het onderzoek, informatie over de verwerking van de verzamelde data en de waarborging van de anonimiteit. De vragenlijsten werden afgenomen via een computer met een touchscreen.

### *2.3 Meetinstrumenten*

#### *2.3.1 Angst*

Angst werd gemeten met de Hospital Anxiety Depression Scale (HADS). Om de betrouwbaarheid van deze subschaal te meten is een betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd. Er is gekeken naar de onderlinge correlaties tussen de items van deze angstschaal. In deze

subschaal zijn eerst alle zeven vragen omgeschaald (0-3). Hoe hoger de uitkomst (Cronbach's alpha), hoe betrouwbaarder de schaal. In de betrouwbaarheidsanalyse in SPSS is voor de HADS angstschaal een betrouwbaarheidscoëfficiënt van 0,840 gevonden. De gemiddelde score voor deze angstschaal is 5,1 en de standaarddeviatie is 3,8. Voor de analyse werden de scores op deze subschaal opgeteld tot één somscore. De HADS angstschaal bestaat uit 7 items met elk 4 antwoordmogelijkheden. Bij de eerste vraag "Ik voel me gespannen", kon de patiënt kiezen uit de volgende antwoordmogelijkheden: (0) meestal, (1) vaak, (2) af en toe/soms en (3) helemaal niet. Bij de tweede vraag "Ik krijg een soort angstgevoel alsof er elk moment iets vreselijks zal gebeuren", kon men een keuze maken uit de volgende antwoordcategorieën: (0) heel zeker en vrij erg, (1) ja, maar niet zo erg, (2) een beetje, maar ik maak me er geen zorgen over en (3) helemaal niet. Bij de derde vraag "Ik maak me ongerust", kon men één van de volgende antwoordmogelijkheden aankruisen: (0) heel erg vaak, (1) vaak, (2) af en toe maar niet te vaak, en (3) alleen soms. Bij de vierde vraag "Ik kan rustig zitten en me ontspannen" had de patiënt de keuze uit: (0) zeker, (1) meestal, (2) niet vaak en als laatste (3) helemaal niet. De vijfde vraag uit deze subschaal "Ik krijg een soort benauwdheid, gespannen gevoel in mijn maag" bestond uit de volgende antwoordmogelijkheden: (0) helemaal niet, (1) soms, (2) vrij vaak en (3) heel vaak. Bij de zesde vraag "Ik voel me rusteloos en voel dat ik iets te doen moet hebben", kon de patiënt één van de volgende antwoordmogelijkheden aankruisen, namelijk: (0) heel erg, (1) tamelijk veel, (2) niet erg veel en (3) helemaal niet. "Ik krijg plotseling gevoelens van panische angst" was de laatste vraag uit deze subschaal. Ook hier had de patiënt de keuze uit vier antwoordmogelijkheden, namelijk: (0) zeer vaak, (1) tamelijk vaak, (2) niet erg vaak en (3) helemaal niet. De items worden beantwoord op een 4-puntsschaal met de score 0-3. Opsomming van de scores resulteert in een score range van 0-21. Hoge scores op deze subschaal wijzen op meer klachten. Een score tussen 0 en 7 sluit een angststoornis uit. Een score van 8-10 wijst op een mogelijke angststoornis en score van 11-21 is indicatief voor een vermoedelijke angststoornis. De HADS is geschikt om angst uit te sluiten, maar is ongeschikt om deze aandoeningen vast te stellen.

### *2.3.2 Sociale steun*

Sociale steun werd gemeten met de sociale steun lijst 12- interacties (SSL12-I). Deze vragenlijst is opgenomen in het onderzoek om een eventuele relatie aan te kunnen tonen tussen sociale steun en de mate van angst bij patiënten met reuma. Voor de SSL12-I werd



een betrouwbaarheidscoëfficiënt van 0,892 gevonden. De gemiddelde score op deze lijst is 31,9 met een standaarddeviatie van 6,3. Ook hier werden de scores opgeteld tot één somscore. De SSL12-I bestaat uit 12 vragen met vier antwoordmogelijkheden: (1) zelden of nooit, (2) soms, (3) regelmatig en (4) vaak. Enkele voorbeeldvragen uit deze lijst zijn: “Gebeurt het wel eens dat men u uitnodigt voor een feestje of etentje?” of “ Gebeurt het wel eens dat men interesse voor u toont?”. Hoe hoger de score, hoe meer sociale steun de patiënt krijgt.

### *2.3.3 Pijn*

Om de mate van pijn te kunnen meten werd gebruik gemaakt van de numerieke schaal pijn uit de vragenlijst pijn en welbevinden (P&W). Het betreft de vraag “Hoeveel pijn had u als gevolg van uw aandoening in de afgelopen week?”. De score van deze vraag loopt van 0 (helemaal geen pijn) tot 10 (ondraaglijke pijn).

### *2.3.4 Demografische gegevens*

Met de vragenlijst polikliniek reumatologie Medisch Spectrum Twente werden de demografische gegevens van de reumapatiënten vastgesteld. Alvorens de vragenlijst in te vullen werd de patiënt gevraagd eerst zijn/haar patiëntnummer in te voeren. Deze stond vermeld op de ponskaart.

Onder de demografische gegevens vallen: de leeftijd, het geslacht, de burgerlijke staat, de opleiding, de huidige situatie van de patiënt, de vorm van de reumatische aandoening, de ziekteduur en de mate van pijn. Ook werd gevraagd naar de algemene gezondheid in de afgelopen week en de algemene gezondheid sinds het vorige bezoek.

### *2.4 Statistische analyse*

Om de verzamelde data te analyseren is gebruik gemaakt van SPSS 14.0. De betrouwbaarheid is gemeten met de Cronbach's Alpha. Met behulp van tabellen is getracht de hoeveelheid gegevens inzichtelijk te maken. Voor het berekenen van de demografische gegevens van de patiënten werd gebruik gemaakt van standaard kruistabellen met kolompercentages. Aangezien de scores niet normaal verdeeld zijn is gebruik gemaakt van Spearman correlaties om de samenhang tussen de variabelen te meten. Om te kijken naar “geen klinische angst” en “klinische angst” binnen de onafhankelijke variabelen ziekteduur, opleiding, sociale steun en pijn is de chi-kwadraat toets en de t-toets voor twee onafhankelijke steekproeven uitgevoerd. Vervolgens werd

een regressieanalyse uitgevoerd om vast te kunnen stellen welke variabelen de sterkste relaties met angst hebben. De regressieanalyse werd uitgevoerd met angst als afhankelijke variabele en ziekteduur, opleiding, sociale steun en pijn als onafhankelijke variabelen.

### **3. Resultaten**

#### *3.1 Demografische gegevens van de patiënten.*

Van de 621 patiënten die zijn benaderd in de wachtkamer van de afdeling Reumatologie van het Medisch Spectrum Twente hebben 244 (39,3%) de vragenlijst volledig ingevuld. 5 patiënten zijn verwijderd uit de dataset, omdat ze jonger waren dan 18 jaar. In totaal hebben 239 patiënten deelgenomen aan dit onderzoek, 90 (37,7%) mannen en 149 (62,3%) vrouwen. In tabel 1 worden de demografische gegevens van de reumapatiënten weergegeven. De gemiddelde leeftijd van de mannen was 57,11 met een standaarddeviatie van 14,44 en de gemiddelde leeftijd van de vrouwen 53,47 met een standaarddeviatie van 14,83. De leeftijd van de mannen varieerde tussen de 21 en 87 jaar en die van de vrouwen lag tussen de 18 en 84 jaar.

Tabel 1

*Demografische gegevens van patiënten*

	Geslacht		
	Mannen	Vrouwen	Totaal
	37,7 % (n=90)	62,3 % (n=149)	100% (n=239)
Gemiddelde leeftijd	57,1	53,5	54,8
Standaard Deviatie	14,4	14,8	14,8
Range (min.- max.)	21-87	18-84	18-87
Gemiddelde ziekteduur (in jaren)	9,8	9,8	9,8
Standaard Deviatie	10,8	11,6	11,3
Range (min. - max.)	0-50	0-66	0-66
Burgerlijke staat			
Ongehuwd/niet samenwonend	11,1 (10)	8,7 (13)	9,6 (23)
Ongehuwd/ samenwonend	11,1 (10)	10,1 (15)	10,5 (25)
Gehuwd	70,0 (63)	66,4 (99)	67,8 (162)
Weduwe/ weduwnaar	4,4 (4)	12,8 (19)	9,6 (23)
Gescheiden	3,3 (3)	2,0 (3)	2,5 (6)
Opleiding			
Geen opleiding	1,1 (1)	3,4 (5)	2,5 (6)
Basisonderwijs	6,7 (6)	7,4 (11)	7,1 (17)
Lager beroepsonderwijs	22,2 (20)	26,8 (40)	25,1 (60)
MAVO, (M)ULO, 3-jarige HBS, VMBO	18,9 (17)	29,5 (44)	25,5 (61)
Middelbaar beroepsonderwijs	24,4 (22)	10,1 (15)	15,5 (37)
5-jarige HBS, HAVO, MMS, atheneum, Gymnasium	6,7 (6)	4,0 (6)	5,0 (12)
Hoger beroepsonderwijs	11,1 (10)	14,8 (22)	13,4 (32)
Wetenschappelijk onderwijs	8,9 (8)	4,0 (6)	5,9 (14)

Als we kijken naar het opleidingsniveau van de respondenten dan zien we dat de meeste reumapatiënten een ‘gemiddeld’ (25,5%) opleidingsniveau hebben. Van de 90 mannen heeft 24,4% aangegeven dat het middelbaar beroepsonderwijs (bijv. MTS, MEAO) het hoogst genoten opleiding is en van de 149 vrouwen geeft 29,5% aan dat MAVO, (M)ULO, 3 jarige HBS en VMBO hun hoogst genoten opleiding is.

Wat de ziekteduur betreft zien we geen verschil tussen mannen en vrouwen, voor beide geslachten is de gemiddelde ziekteduur in jaren 9,8. Wel zien we dat de maximale ziekteduur bij vrouwen wat hoger is dan bij mannen (66-50).

In tabel 2 worden de verschillende vormen van reuma weergegeven van de patiënten. In onderstaande tabel is te zien dat RA het meest voorkomende reumatische aandoening is bij deze patiënten en dat het vaker voorkomt bij vrouwen (24,7%) dan bij mannen (9,2%). Dit is in overeenstemming met eerder onderzoek (Reumafonds; RIVM). Verder zien we dat vrouwen bijna overal hoger scoren behalve bij artritis psoriatica en bij jicht. Deze vormen van reuma komen vaker voor bij mannen (4,2% en 6,3%) dan bij vrouwen (2,1% en 1,7%). Aangezien bij sommige patiënten meerdere aandoeningen aanwezig waren is het totaal percentage meer dan 100%, namelijk 121,2%.

Tabel 2  
*Vormen van reuma*

	Geslacht					
	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)
RA	9,2	(22)	24,7	(59)	33,9	(81)
Artrose	5,4	(13)	13,4	(32)	18,8	(45)
S.L.E.	0,4	(1)	1,7	(4)	2,1	(5)
Fibromyalgie	1,3	(3)	5,9	(14)	7,1	(17)
Sclerodermie	0,4	(1)	0,4	(1)	0,8	(2)
Artritis Psoriatica	4,2	(10)	2,1	(5)	6,3	(15)
Syndroom van Reiter	0,4	(1)	0,4	(1)	0,8	(2)
Jicht	6,3	(15)	1,7	(4)	7,9	(19)
Lage rugpijn	2,9	(7)	3,3	(8)	6,3	(15)
Tendinitis/Bursitis	0,0	(0)	0,4	(1)	0,4	(1)
Osteoporose	0,4	(1)	1,3	(3)	1,7	(4)
Ziekte van Bechterew	2,1	(5)	2,5	(6)	4,6	(11)
Weet niet	3,8	(9)	3,8	(9)	7,5	(18)
Anders	7,5	(18)	15,5	(37)	23,0	(55)

Om te kijken of er wel of geen angststoornissen voorkomen bij reumapatiënten is een onderscheid gemaakt in “geen angststoornis”, “mogelijke angststoornis” en “indicatief voor een vermoedelijke angststoornis”. In tabel 3 is te zien dat van de 238 reumapatiënten 186 (78,2%) geen angststoornis heeft, 26 (10,9%) een mogelijke angststoornis en 26 (10,9%) een vermoedelijke angststoornis. Vervolgens is er een onderscheid gemaakt tussen “geen klinische angst” en “klinische angst”. In tabel 4 is te zien dat bij 212 (89,1%) reumapatiënten klinische angst wordt uitgesloten en dat bij 26 (10,9%) reumapatiënten vermoedelijk wel sprake is van een angststoornis. Zoals eerder vermeld is de HADS wel geschikt om angst uit te sluiten, maar ongeschikt om deze aandoeningen vast te stellen.

Tabel 3

*Angstcategorieën*

	%	N
Geen angststoornis	78,2	186
Mogelijke angststoornis	10,9	26
Indicatief voor vermoedelijke angststoornis	10,9	26
Totaal	100	238

Tabel 4

*Geen klinische angst en klinische angst bij reumapatiënten*

	%	N
Geen klinische angst	89,1	212
Klinische angst	10,9	26
Totaal	100	238

*3.1.1 De relatie tussen ziekte duur en angst.*

Om te kijken of er een relatie bestaat tussen ziekte duur en angst is een bivariate correlatie uitgerekend. In tabel 5 is te zien dat de relatie tussen ziekte duur en angst niet gecorreleerd is ( $r=0,059$ ,  $p>0,05$ ). Figuur 1 laat inderdaad zien dat de samenhang geen lineaire vorm heeft. Dit houdt in dat er geen samenhang bestaat tussen ziekte duur en de mate van angst bij patiënten met reuma.

Tabel 5

*Correlaties*

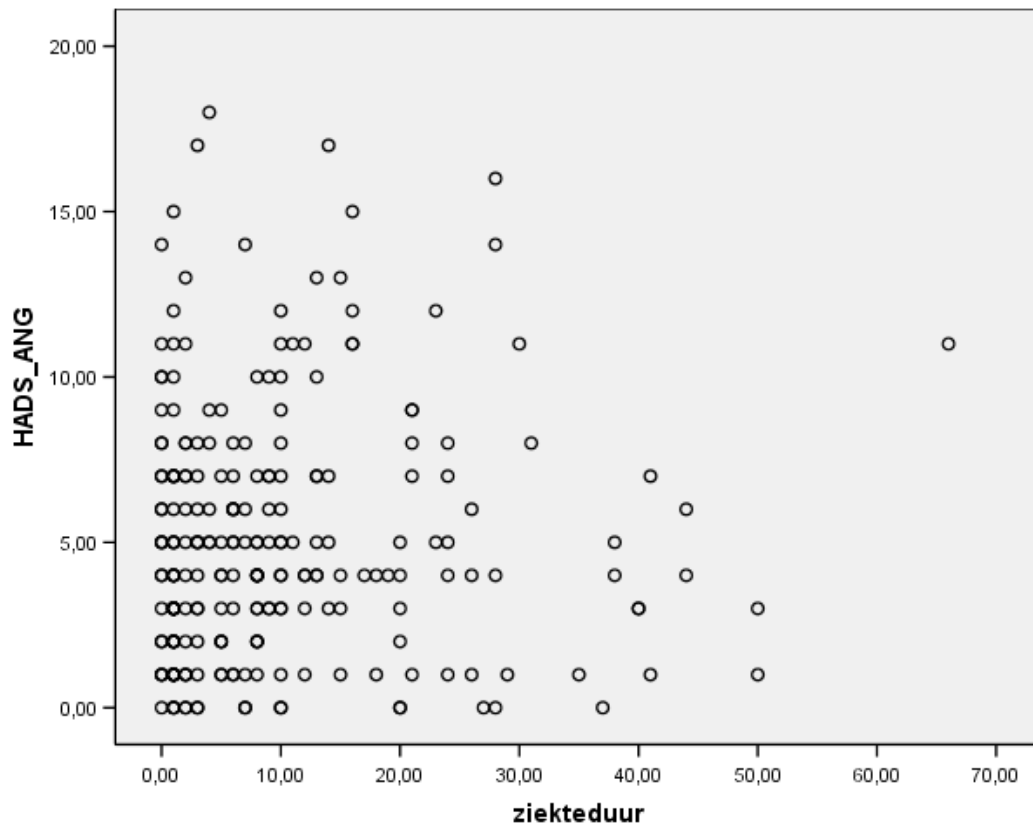
	Angst
Ziekte <span>­</span> duur	,059
Opleiding	-,079
Sociale steun	-,137*
Pijn	,237**

\*\* Correlatie is significant op de 0,01 level (2-zijdig).

\* Correlatie is significant op de 0,05 level (2-zijdig).

Figuur 1

*De samenhang tussen ziekte­duur en angst.*



### 3.1.2 De relatie tussen opleidingsniveau en angst.

Om te kijken of er een relatie bestaat tussen het opleidingsniveau en de mate van angst is ook hier een bivariate correlatie uitgerekend. Uit de resultaten is gebleken dat er geen significante correlatie bestaat tussen het opleidingsniveau van de patiënten en de mate van angst ( $r = -,079$ ,  $p > 0,05$ ).

### 3.1.3 De relatie tussen sociale steun en angst.

Met de Spearman correlatie werd de samenhang tussen sociale steun en angst berekend. Uit tabel 5 is te zien dat sociale steun negatief gerelateerd is aan de mate van angst ( $r = -,137$ ,  $p < 0,05$ ). Deze bevindingen zijn wel significant. Dit houdt in dat hoe meer sociale steun men ontvangt van zijn omgeving (familie, vrienden, etc), hoe minder angst men ervaart. De correlatie is echter klein (Cohen, 1988).

### 3.1.4 De relatie tussen pijn en angst.

Om de laatste onderzoeksvraag te toetsen is met de bivariate correlatie de samenhang tussen pijn en angst gemeten. In tabel 6 is te zien dat pijn positief gerelateerd is aan angst ( $r = 0,237$ ,  $p < 0,01$ ). Ook deze bevindingen zijn significant. Dat wil zeggen dat wanneer de pijn toeneemt patiënten meer angst ervaren. De correlatie is ook hier klein (Cohen, 1988).

## 3.2 “Geen klinische angst” en “klinische angst” binnen de onafhankelijke variabelen.

In tabel 6 worden de percentages weergegeven van “geen klinische angst” en “klinische angst” binnen de onafhankelijke variabelen ziekte duur en opleiding. Wat de ziekte duur betreft, is een onderverdeling gemaakt in 3 categorieën: 1= patiënten die 0-11 jaar reuma hebben, 2= patiënten die 12- 24 jaar reuma hebben en 3= patiënten die 25-66 jaar reuma hebben. In tabel 6 te zien dat klinische angst het meest voorkomt in categorie 2, namelijk bij patiënten die 12-24 jaar reuma hebben (19,6%). De  $\chi^2$ - waarde is 6,096,  $p < 0,05$ . Deze bevinding is significant.

Ook opleidingsniveau is onderverdeeld in 3 categorieën: 1= “geen opleiding”, “basisschool” en “lager beroepsonderwijs”, 2= “MAVO”, “(M)ULO”, “3 jarige HBS”, “VMBO” en “middelbaar beroepsonderwijs”, en categorie 3= “5 jarige HBS”, “HAVO”, “MMS”, “atheneum”, “Gymnasium”, “Hoger beroepsonderwijs” en “wetenschappelijk onderwijs”. In tabel 6 is te zien dat klinische angst het meest voorkomt bij mensen die geen of een lager opleiding hebben genoten (22,7%). De  $\chi^2$ -waarde is 4,821,  $p > 0,05$ . Deze bevinding is echter niet significant. Opvallend (niet te zien in het tabel) is dat klinische



angst bij reumapatiënten die wetenschappelijk onderwijs hebben genoten helemaal niet voorkomt (0,0%).

Tabel 6

*Geen klinische angst en klinische angst binnen de onafhankelijke variabelen ziekte duur en opleiding.*

	Geen klinische angst	Klinische angst	Totaal
	89,1%	10,9%	100%
	% (n=212)	% (n=26)	n=238
<b>ziekteduur<sup>a</sup></b>			
1	92,3 (155)	7,7 (13)	168
2	80,4 (37)	19,6 (9)	46
3	83,3 (20)	16,7 (4)	24
<b>Opleiding<sup>b</sup></b>			
1	77,3 (17)	22,7 (5)	22
2	91,8 (145)	8,2 (13)	158
3	86,2 (50)	13,8 (8)	58

<sup>a</sup>  $\chi^2 = 6,096$ , df = 2, p = ,047

<sup>b</sup>  $\chi^2 = 4,821$ , df = 2, p = ,090

Aangezien sociale steun en pijn continue variabelen zijn is hiervoor een t-toets met twee onafhankelijke steekproeven uitgevoerd. In tabel 7 is te zien dat de groep met “geen klinische angst” gemiddeld meer sociale steun ontvangen dan de groep met “klinische angst”. Deze bevinding is significant (p<0,05). Verder is te zien dat “klinische angst” vaker voorkomt bij mensen die aangeven gemiddeld meer pijn te hebben. Deze bevinding is echter niet significant (p>0,05).

Tabel 7

*Geen klinische angst en klinische angst binnen de onafhankelijke variabelen sociale steun en pijn.*

	Geen klinische angst				Klinische angst			
	gem.	sd	t	sign.	gem.	sd	t	sign.
Sociale steun	32,2	6,2	2,243	,026	29,3	6,8	2,243	,026
Pijn	4,9	2,7	-1,647	,101	5,9	2,8	-1,647	,101

significant op de 0,05 level (2-zijdig)

### 3.3 Verklarende factoren voor angst.

Om vast te kunnen stellen welke variabelen de beste predictoren zijn voor angst is een regressie analyse uitgevoerd met angst als afhankelijke variabele en ziekteduur, opleiding, sociale steun en pijn als voorspellers. Uit tabel 8 blijkt dat sociale steun en pijn de belangrijke voorspellers zijn en dat pijn het meest samenhangt met angst ( $p < 0,01$ ).

Verder is te zien dat  $R^2 = ,100$ . Dit houdt in dat slechts 10% van het angstniveau bij patiënten met reuma verklaard wordt door ziekteduur, opleiding, sociale steun en pijn.

Tabel 8

*Regressieanalyse met angst als afhankelijke variabele.*

	B	Std.Error	Beta	t	sign.
Ziekteduur	,014	,022	,040	,632	,528
Opleiding	,014	,147	,006	,094	,926
Sociale steun12	-,123	,039	-,202	-3,144	,002
Pijn	,370	,093	,263	4,001	,000

$p \leq .05$  ;  $R^2 = ,100$

## 4. Discussie

Het doel van deze studie was te onderzoeken of er een relatie bestaat tussen reuma en angst en welke factoren (ziekteduur, opleiding, sociale steun en pijn) hiermee samenhangen. In dit onderzoek werd angst gemeten met de Hospital Anxiety and Depression Scale. Angst werd gedefinieerd als een fysiologische toestand die gekenmerkt wordt door lichamelijke, cognitieve, emotionele en gedragscomponenten (Seligman et al., 2000).

Als eerste werd de relatie getoetst tussen ziekte duur en angst. Verondersteld werd dat patiënten bij de diagnose veel angst zouden ervaren en dat de angst zou afnemen met de duur van de ziekte, omdat patiënten met de jaren zouden leren met de ziekte om te gaan. Deze veronderstelling werd echter niet bevestigd. Er werd geen significante correlatie gevonden tussen ziekte duur en de mate van angst. Dit komt overeen met het onderzoek van VanDyke et al. (2004). Ook zij vonden in hun onderzoek geen significante relatie tussen ziekte duur en angst. Dit is echter niet in overeenstemming met het onderzoek van Isik et al. (2006) die een positief effect vonden tussen ziekte duur en angst. Het onderzoek van Isik et al. (2006) vond plaats in Turkije. In hun onderzoek gaven zij aan dat de reumapatiënten die hadden deelgenomen aan het onderzoek laag opgeleid waren. Aangezien Evers et al. (2002) wel een verband vonden tussen opleidingsniveau en de mate van angst, kan dit een mogelijke verklaring zijn voor de significante relatie tussen ziekte duur en angst.

Vervolgens werd de relatie onderzocht tussen het opleidingsniveau en de mate van angst. De verwachting was dat wanneer het opleidingsniveau erg laag was of wanneer men geen opleiding had genoten, men minder kennis zou hebben verworven en daardoor meer angst zou ervaren. Minder kennis zou leiden tot meer angst. Ook hier werd geen significante correlatie gevonden. Aangezien laaggeletterdheid een moeilijk te signaleren probleem is en mensen die laaggeletterd zijn onvoldoende kunnen lezen en schrijven en moeilijkheden kunnen ondervinden bij het werken met een computer, kan het zijn dat zij uit schaamte hebben geprobeerd deze achterstand te verbergen (bijv. ik ben slechtziend, ik heb mijn bril vergeten, ik vind het niet prettig om achter een computer te werken, etc) en daardoor niet hebben kunnen deelnemen aan dit onderzoek (plafondeffect).

Vervolgens werd de relatie gemeten tussen sociale steun en angst. De resultaten laten zien dat er een positief effect bestaat tussen sociale steun en de mate van angst. De

veronderstelling was dat wanneer mensen meer ondersteund werden door hun familie of vrienden, zij minder angstig zouden zijn. Deze aanname werd bevestigd en komt ook overeen met eerdere studies (Demange et al., 2004; Newman et al., 1989).

Als laatste werd de relatie tussen pijn en de mate van angst onderzocht. De verwachting was dat wanneer mensen meer pijn zouden ervaren als gevolg van hun ziekte, het angstniveau ook zou toenemen. De resultaten tonen inderdaad een positief verband aan tussen pijn en de mate van angst. Volgens het symptoomperceptiemodel worden klachten ervaren wanneer een lichamelijke sensatie als bedreigend wordt waargenomen. Een mogelijke verklaring voor deze relatie zou wellicht kunnen zijn dat patiënten de pijn als een bedreiging interpreteren en dat de angst zich daardoor meer gaat ontwikkelen.

Wanneer er gekeken wordt naar “geen klinische angst” en “klinische angst” binnen de onafhankelijke variabelen worden wel significante resultaten gevonden voor ziekteduur en sociale steun, maar niet voor pijn. Dit zou te maken kunnen hebben met de interpretatie van de pijnbeleving, waardoor de subjectieve angst zich niet ontwikkeld tot klinische angst.

Uit een regressieanalyse, waarin met 4 variabelen (ziekteduur, opleiding, sociale steun en angst) geprobeerd is de mate van angst te voorspellen bij patiënten met reuma, kwam naar voren dat sociale steun en pijn de belangrijkste voorspellers zijn.

Deze studie heeft een aantal tekortkomingen. In dit onderzoek werd gebruik gemaakt van zelfrapportageschalen. Bij zelfrapportage kan er sprake zijn van interpretatie fouten en/of sociaal wenselijke antwoorden. Bovendien kan het zijn dat sommige patiënten de vragenlijsten niet geheel naar waarheid hebben ingevuld, omdat ze bang waren dat de gegevens niet anoniem verwerkt zouden worden. Een aantal patiënten gaf aan het heel vreemd te vinden dat er naar hun patiëntnummer werd gevraagd. Op deze manier dachten zij dat het heel gemakkelijk zou zijn om hun gegevens te achterhalen. Een andere tekortkoming in dit onderzoek is dat er gekozen is voor een cross-sectioneel onderzoek. Dat wil zeggen dat het onderzoek werd uitgevoerd op één moment in de tijd. Omdat er maar op één tijdstip werd gemeten kunnen er geen causale verbanden worden aangetoond.

In dit onderzoek werd gekeken naar de relatie tussen reuma en angst. Toekomstig onderzoek zou zich kunnen richten op de relatie tussen reuma en angststoornissen. Zo vonden McWilliams et al. (2004) in hun onderzoek een verband tussen chronische pijnpatiënten met RA en een gegeneraliseerde angststoornis. Mensen die veel pijn ervaren als gevolg van hun ziekte kunnen angstig worden over het verloop als deze een

onvoorspelbaar karakter heeft. Als de pijn sterk toeneemt en de patiënt de pijn als bedreigend interpreteert kan het zijn dat de angst omslaat in een angststoornis. Om deze hypothese te kunnen bevestigen zou er meer onderzoek moeten worden gedaan naar angststoornissen bij patiënten met RA.

Ook zou toekomstig onderzoek zich kunnen richten op de relatie tussen persoonlijkheid en angst bij patiënten met reuma. Neuroticisme is een persoonlijkheidskenmerk die een verklaring geeft voor de grote verschillen tussen personen in hun emotionele reactie op belastende omstandigheden en wordt gedefinieerd als de mate waarin iemand gevoelig is voor aversieve stimuli (Kaptein et al., 2006). Neuroticisme wordt ook wel aangeduid als ‘gegeneraliseerde angst’, omdat personen die hoog scoren op dit domein sterk geneigd zijn angst te ervaren. Zo vonden Evers, Kraaimaat, Greenen, Jacobs & Bijlsma (2002) dat personen die relatief hoog scoren op een maat voor neuroticisme een verhoogde gevoeligheid hebben voor aversieve prikkels en bij confrontatie met belastende levensgebeurtenissen en ziekte relatief veel lichamelijke en psychische klachten rapporteren.

Ormel, Oldewinkel & Brilman (2001) toonden aan dat relatief hoog neurotische personen een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van angst- en stemmingsstoornissen. Aangezien er weinig (of geen) onderzoek is gedaan naar het verband tussen reuma en persoonlijkheid zou dit misschien wel erg interessant kunnen zijn.

## 5. Referenties

- Borcovec, T.D., Alcaine, O. & Behar, E. (2004). *Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder*. In: Heimberg, R.G., Turk, C.L., Mennin, D.S., editors. *Generalized anxiety disorder in research and practice*. New York, NY: Guilford press; pp77-108.
- Cohen J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Demange, V., Guillemin, F., Baumann, M., Suurmeijer, T. P. B. M., MOum, T., Doeglas, D., Briancon, S., van den Heuvel, W. J. A. (2004). Are there more than cross-sectional relationships of social support and support networks with functional limitations and psychological distress in early rheumatoid arthritis? The European research on incapacitating diseases and social support longitudinal study. *American College of Rheumatology*, 782-791.
- Detaille, S.I., Haafkens, J.A., Van Dijk, F.J.H. (2003). What employees with rheumatoid arthritis, diabetes mellitus and hearing loss need to cope at work. *Scand J Work Environ Health* 29, 134-142.
- Evers, A. W., Kraaimaat, F. W., Geenen, R., & Bijlsma, J. W. (1997). Determinants of psychological distress and its course in the first year after diagnosis in rheumatoid arthritis patients. *Journal of Behaviour Medicine*, 20, 489-504.
- Gordon, M. M., Hampson, R., Capell, H. A. & Madhok, R. Illiteracy in rheumatoid arthritis patients as determined by the Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) score(2002). *Rheumatology*, 41, 750-754.
- Goubert, L., Crombez, G., van Damme, S.(2004). The role of neuroticism, pain catastrophizing and pain related fear in vigilance to pain: a structural equations approach. *Pain*, 234-241.
- Hamilton, M. (1959). The Assessment of Anxiety States by Rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 52-55.
- Isik, A., Koca, S.S., Ozturk, A., Mermi, O. (2006). Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology* 26 (6), 872-878.
- Jack, T. M., Walker, V. A., Morley, S. J., Hanks, G. W., & Finlay-Mills, B. M. (1987). Depression, anxiety and chronic pain. *Anaesthesia*, 42, 1235-1236.

- James, W. (1984). What is an emotion? *Mind*, 19, 188-205.
- Kaptein, A.A., Erdman, R.A.M., Prins, J.B., van de Wiel, H.B.M. (2006). *Medische psychologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kraaimaat, F.W., Greenen, R., Jacobs, J.W., Bijlsma, J.W. (2002) Longterm predictors of anxiety and depressed mood in early rheumatoid arthritis: a 3 and 5 year followup. *Journal of Rheumatology* 29(11):2327-2336.
- Lazarus, R.S., Kanner, A.D., & Folkman, S. (1980). Emotions: A cognitive phenomenological analysis. In R. Plutchik & H. Kellerman (Eds.), *Emotion: Theory, Research and experience* (Vol.1) (pp. 189-218). New York: Academic Press.
- Lazarus, R.S. (1991). Progress on a cognitive motivational relational theory of emotion. *American Psychologist*, 46, 819-834.
- McWilliams, L.A., Goodwin, R.D., Cox, B.J. (2004). Depression and anxiety associated with three pain conditions: results from a nationally representative sample. *Pain* 111, 77-83.
- Moorey, S., Greer, S., Watson, M., Gorman, C., Rowden, L., Tunmore, R., Robertson, B., & Bliss, J. (1991). The factor structure and factor stability of the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with cancer. *British Journal of psychiatry*, 158, 255-259.
- Morrison, V. & Bennett, P. (2006) *An introduction to health psychology*. England: PEARSON Prentice Hall.
- Nationaal Kompas Volksgezondheid. *Wat is artrose?* Verkregen op 31 januari, 2008 van [http://www.rivm.nl/vtv/object\\_document/o1775n18371.html](http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1775n18371.html)
- Nationaal Kompas Volksgezondheid. *Wat is reumatoïde artritis en wat is het beloop?* Verkregen op 31 januari 2008, van [http://www.rivm.nl/vtv/object\\_document/o1712n18370.html](http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1712n18370.html)
- Newman, S.P., Fitzpatrick, R., Lamb, R., & Siple, M. (1989). The origins of depressed mood in rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology*, 16, 740-744.
- Ormel, J. Oldewinkel, A. J., Brilman E. L. (2001). The interplay and etiological continuity of neuroticism, difficulties and life events in the etiology of major and subsyndromal, first and recurrent episodes in later life. *American Journal of Psychiatry*.158: 885-91.
- Reumafonds. *Wat is reuma?* (z.d). Verkregen op 31 januari, 2008, van [https://www.reumafonds.nl/index.php?option=com\\_content&task=view&id=209&Itemid=434](https://www.reumafonds.nl/index.php?option=com_content&task=view&id=209&Itemid=434)

- Roediger, H.L., Capaldi, E.D., Paris, S.G., Polivy, J., Herman, C.P. (2004). *Een inleiding psychologie*. Vertaald en bewerkt door Brysbaert, M. Gent: Academia Press.
- Rosen, J.B. & Schulkin, (1998). J. From normal fear to pathological anxiety. *Psychological Review* 105(2), 325-350.
- Schachter, S. & Singer, J. E. (1962). Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review*, 69, 379-399.
- Seligman, M.E.P., Walker, E.F. & Rosenhan, D.L. (2001). *Abnormal psychology*. New York: W.W. Norton & Company, Inc.
- Spinhoven, P., Ormel, J., Sloekers, P.P.A., Kempen, G.I.J.M., Speckens, A.E.M., Hemmert, A.M. (1997). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychological Medicine*, 27, 363-370.
- Strating, M. M. H., Suurmeijer, T. P. B. M., & van Schuur, W. H. (2006). Disability, social support, and distress in Rheumatoid Arthritis: Results from a thirteen-year prospective study. *American College of Rheumatology*, 55(5), 736-744.
- Van Burken, P. (2002) Bang zijn binnen een fysiotherapeutische setting. *FysioPraxis*, 5, 20-22, 44.
- Vandereycken, W., Hoogduin C.A.L., Emmelkamp, P.M.G. (2004). *Handboek Psychopathologie: Deel 1 basisbegrippen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- VanDyke, M.M., Parker, J.C., Smarr, K.L., Hewett, J.E., Johnson, G.E., Slaughter, J.R., Walker, S.E. (2004). Anxiety In Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care and Research* 51(3), 408-412.
- Varekamp, I., Spreewers, D., Van Dijk, F.J.H. Werknemers met reuma, astma en diabetes: Een verkennend onderzoek naar de aandacht die medisch specialisten en gespecialiseerde verpleegkundigen besteden aan werkgerelateerde problematiek; 2005.
- Vlaeyen, J. W. S., Linton, S.J. (2000). Fear- avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain. *Pain*, 85, 317- 332.
- Vollebergh, W.A.M., Graaf, R. de, Have, M. ten, Schoenmaker C.G., Dorsselear, S. van, Spijker, J., Beekman, A.T.F. Psychische stoornissen in Nederland; overzicht van de resultaten van NEMESIS. Utrecht: Trimbos- instituut, 2003.
- Vonk, R. (2003). *Cognitieve Sociale Psychologie*. Utrecht: LEMMA BV.



- Voordouw, I., Van Osch, B., Terweij, M. De cursus Leven met een chronische ziekte: Handreiking voor coördinatoren en begeleiders. Utrecht: Trimbos- instituut, Centrum Preventie en Kortdurende Interventies, 2005.
- Walker, D., Adebajo, A, Heslop, P., Hill, J., Firth, J., Bishop, P. & Helliwell, P.S. (2007). Patient education in rheumatoid arthritis: the effectiveness of the ARC booklet and the mind map. *Reumatology*, 46(10), 1593-1596.
- Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 67, 361-370.
- Zirkzee, E.J.M., Sneep, A.C., de Buck, P.D.M., Allaart, C.F., Peeters, A.J., Runday, H.K., Westedt, M.L., le Cessie, L., & Vliet Vlieland, T.P.M. (2007). Sick leave and work disability in patients with early arthritis. *Clinical Rheumatology* 27 (1), 11-19.

## **Bijlage 1**

Tabel 1: Jaar prevalentie van angststoornissen op basis van drie epidemiologische bevolkingsonderzoeken (per 1.000 en absoluut); gestandaardiseerd naar de bevolking van Nederland in 2003 ([Verhulst et al., 1997a](#); [Bijl et al., 1997a](#); [Bremmer et al., 1997](#)).

	Relatief (per 1.000)		Absoluut	
	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen
Obsessieve-compulsieve stoornis <sup>a</sup>	4,2	8,7	28.400	60.100
Gegeneraliseerde angststoornis <sup>a</sup>	20,3	36,0	135.800	249.100
Paniekstoornis <sup>a</sup>	8,9	28,5	59.400	197.200
Fobieën <sup>a</sup>				
- enkelvoudige fobie <sup>b</sup>	40,4	98,0	232.900	550.300
- sociale fobie <sup>b</sup>	32,7	60,6	188.400	340.300
- agorafobie <sup>b</sup>	9,4	20,4	54.300	114.600
Enige angststoornis <sup>a</sup>	83,4	165,2	558.000	1143.000

a) 13 jaar en ouder.

b) 13-64 jaar.

Aannames bij tabel:

- geslachtsverdeling onder 13-18 jarigen is gelijk aan die onder 18-24 jarigen;
- de prevalentie onder personen ouder dan 85 is gelijk aan die onder 80-84 jarigen;
- de verhouding 1-jaars prevalentie: 6-maands prevalentie voor 18-65 jarigen is gelijk aan die voor 13-18 jarigen en 55-85 jarigen;
- de prevalentie van 'fobieën totaal' is voor 13-18 jarigen en 18-64 jarigen gelijk aan de som van enkelvoudige, sociale en agorafobieën.

## **Bijlage 2**

### **Hospital Anxiety Depression Scale**

Hieronder staan een aantal uitspraken, die door mensen zijn gebruikt om zichzelf te beschrijven. Lees iedere uitspraak en kruis één antwoord aan dat het beste weergeeft hoe u zich gedurende **de afgelopen week** gevoeld heeft.

**1. Ik voel me gespannen:**

- 0 Meestal
- 0 Vaak
- 0 Af en toe, soms
- 0 Helemaal niet

**2. Ik krijg een soort angstgevoel alsof er elk moment iets vreselijks zal gebeuren:**

- 0 Heel zeker en vrij erg
- 0 Ja, maar niet zo erg
- 0 Een beetje, maar ik maak me er geen zorgen over
- 0 Helemaal niet

**3. Ik maak me ongerust:**

- 0 Heel erg vaak
- 0 Vaak
- 0 Af en toe, maar niet te vaak
- 0 Alleen soms

**4. Ik kan rustig zitten en me ontspannen:**

- 0 Zeker
- 0 Meestal
- 0 Niet vaak
- 0 Helemaal niet

**5. Ik krijg een soort benauwdheid, gespannen gevoel in mijn maag:**

- 0 Helemaal niet
- 0 Soms

- 0 Vrij vaak
- 0 Heel vaak

**6. Ik voel me rusteloos en voel dat ik iets te doen moet hebben:**

- 0 Heel erg
- 0 Tamelijk veel
- 0 Niet erg veel
- 0 Helemaal niet

**7. Ik krijg plotseling gevoelens van panische angst:**

- 0 Zeer vaak
- 0 Tamelijk vaak
- 0 Niet erg vaak
- 0 Helemaal niet

## **Bijlage 3**

### Sociale steun lijst 12-interacties (SSL12-I)

Nu volgen 12 vragen waarin telkens over 'men' gesproken wordt. Het is de bedoeling dat u bij elke vraag onder 'men' telkens de mensen verstaat waar u mee omgaat (dus het geheel van familieleden, vrienden, kennissen, buren, collega's, etc.).

	zelden of nooit	soms	regelmatig	vaak
1. Gebeurt het wel eens dat men u uitnodigt voor een feestje of etentje?	0	0	0	0
2. Gebeurt het wel eens dat men gezellig bij u op bezoek komt?	0	0	0	0
3. Gebeurt het wel eens dat men genegenheid voor u toont?	0	0	0	0
4. Gebeurt het wel eens dat men u troost?	0	0	0	0
5. Gebeurt het wel eens dat men u complimenten geeft?	0	0	0	0
6. Gebeurt het wel eens dat men interesse voor u toont?	0	0	0	0
7. Gebeurt het wel eens dat men u hulp biedt in bijzondere gevallen zoals ziekte en verhuizing?	0	0	0	0
8. Gebeurt het wel eens dat men u geruststelt?	0	0	0	0



9. Gebeurt het wel eens dat men u goede raad geeft?	0	0	0	0
10. Gebeurt het wel eens dat men u in vertrouwen neemt?	0	0	0	0
11. Gebeurt het wel eens dat men u om hulp of advies vraagt?	0	0	0	0
12. Gebeurt het wel eens dat men uw sterke punten naar voren haalt?	0	0	0	0

