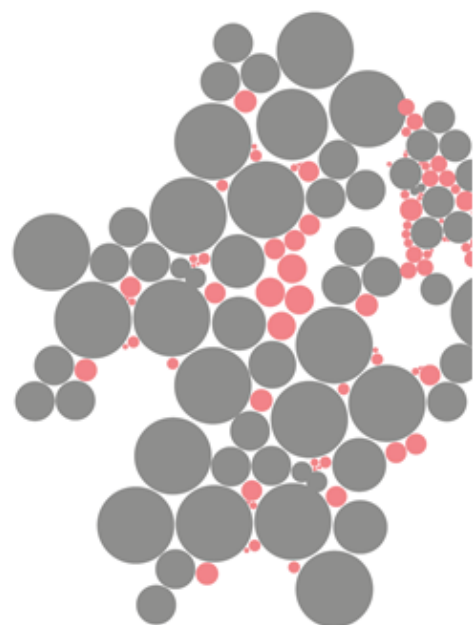


MASTERSCRIPTIE



ANALYSE VAN LIFE REVIEW THERAPIE GESPREKKEN VAN OUDEREN MET DEPRESSIEVE KLACHTEN IN VERPLEEGHUIZEN

Susan Middelkoop

GEDRAGSWETENSCHAPPEN
PSYCHOLOGIE
GEESTELIJKE GEZONDHEIDSBEVORDERING

EXAMENCOMMISSIE
Dr. G.J. Westerhof
Prof. dr. E.T. Bohlmeijer

Abstract

In this study, transcribed life review therapy sessions are analysed, to see to which extent elderly produce specific memories in such a therapy. To see whether there are background variables which are linked to specificity, whether training helps to retrieve specific memories and whether there are ways of questioning which are helpful in this respect. Through analysing this, more clarity is obtained about which factors may have an influence on the effectiveness of the life review therapy.

The outcomes can be used to optimize existing life review therapies. The results indicate that in 42,9% of all cases elderly produce a specific memory. All researched background variables turn out to have a link with the extent of specificity. In this research there are two question types which turn out to have a positive link with the retrieval of specific memories: multiple choice questions and clarifying questions. Two question types turn out to have a negative link with the retrieval of specific memories: open type protocol questions and pursue questions. In this research no evidence was found for development in recalling specific memories as the course progresses.

Samenvatting

In dit onderzoek wordt door middel van het analyseren van getranscribeerde life review therapie gesprekken gekeken in hoeverre het ouderen lukt om specifieke herinneringen te produceren tijdens een dergelijke therapie, of er achtergrondkenmerken zijn die hiermee verband houden, of training helpt om specifieke herinneringen op te halen en of er een manier van vragen en doorvragen is die hierbij behulpzaam is. Hierdoor wordt meer duidelijkheid verkregen over factoren die mogelijk de effectiviteit van de life review therapie beïnvloeden. De uitkomsten kunnen worden gebruikt om bestaande life review therapieën te optimaliseren. Uit de resultaten blijkt dat ouderen in 42,9% van de gevallen een specifieke herinnering ophalen. Alle onderzochte achtergrondkenmerken blijken een verband te hebben met de mate van specificiteit. Er zijn twee vraagtypen die een positief verband blijken te hebben met het ophalen van specifieke herinneringen, namelijk keuzevragen en doorvragen/concretiseren. Twee vraagtypen bleken een negatief verband te hebben met het ophalen van specifieke herinneringen, namelijk open protocolvragen en doorvragen. In dit onderzoek blijkt er geen sprake te zijn van een ontwikkeling in het oproepen van specifieke herinneringen naarmate de cursus vordert.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	5
1.1 Depressie onder ouderen	6
1.2 Life Review Therapie	7
1.3 Autobiografisch geheugen	9
1.4 Bijdrage van dit onderzoek	11
2. Methode	13
2.1 Deelnemers	13
2.2 Cursus dierbare herinneringen	15
2.3 Procedure	16
2.4 Data analyse	19
3. Resultaten	20
4. Discussie	30
4.1 Antwoorden op de deelvragen en de hoofdvraag	30
4.2 Interpretatie	32
4.3 Beperkingen en sterke punten van dit onderzoek	39
4.4 Aanbevelingen voor in de praktijk en toekomstig onderzoek	41
5. Referenties	43

1. Inleiding

Het is bekend dat depressies vaak voorkomen onder ouderen in verpleeghuizen. Depressie onder ouderen kan vervelende consequenties hebben, daarom is het belangrijk dat hiervoor interventies ingezet worden. De therapie die bekeken wordt in dit onderzoek is de life review therapie. Life review is het ophalen van herinneringen gericht op het versterken van verschillende functies, namelijk: identiteit, probleem oplossen en voorbereiding op de dood (Bohlmeijer et al., 2010).

Life review therapieën die zich richten op het ophalen van specifieke herinneringen lijken te helpen om depressies onder ouderen te verminderen. Er is echter weinig bekend over waarom deze therapieën lijken te helpen in de praktijk, dit onderzoek zal een bijdrage leveren aan het verduidelijken waarom life review therapie effectief is. Ook zal het een bijdrage leveren aan de effectiviteit van bestaande life review therapieën door te analyseren welke manieren van vragen en doorvragen behulpzaam zijn in het ophalen van specifieke herinneringen.

Deze these is opgebouwd uit een inleiding-, methoden-, resultaten- en discussiegedeelte. In de inleiding worden verschillende onderwerpen besproken. Als eerste de prevalentie van depressie onder ouderen. Vervolgens wordt de life review therapie beschreven. Hiervan wordt het belang uitgelegd en de theorie erachter beschreven. Daarna wordt het autobiografisch geheugen beschreven en het verband tussen psychische gezondheid en specificiteit van opgehaalde herinneringen in life review therapie. Hierna volgt de bijdrage die dit onderzoek levert en de aspecten waarin dit onderzoek zich onderscheidt van andere onderzoeken. Tot slot worden de hoofdvraag en de deelvragen van dit onderzoek benoemd.

In het methoden gedeelte wordt het uitgevoerde onderzoek uiteengezet in verschillende onderdelen, namelijk: de kenmerken van de deelnemers, de cursus dierbare herinneringen waaruit deze gesprekken zijn voortgekomen, de procedure die gevolgd is en uiteindelijk een beschrijving van de manier waarop de data geanalyseerd zijn.

In het resultaten gedeelte worden de gevonden resultaten beschreven aan de hand van de geformuleerde deelvragen.

Tenslotte wordt afgesloten met een discussiegedeelte, waarin wordt geconcludeerd hoe de hoofd- en deelvragen beantwoord kunnen worden, ook worden beperkingen van dit onderzoek besproken en er worden aanbevelingen gedaan voor verder onderzoek.

1.1 Depressie onder ouderen

In 2009 was 15% van de Nederlandse bevolking 65 jaar of ouder (2 473 363 mensen). In 2040 zal dit percentage volgens een prognose van het CBS (2011) gestegen zijn tot ruim 25% (4 625 271 mensen). In 2011 zaten 127 312 mensen van 65 jaar en ouder in een zogenaamd institutioneel huishouden (CBS, 2012¹). Een institutioneel huishouden is een huishouden dat bestaat uit één of meer personen die bedrijfsmatig worden voorzien van huisvesting en dagelijkse levensbehoeften. Dit zijn instellingen als verpleeg- verzorgings- en kindertehuizen, gezinsvervangende tehuizen, revalidatiecentra en penitentiaire inrichtingen (CBS, 2012¹). Van de 65-plussers in institutionele huishoudens zit ongeveer 90% in een verzorgings- of verpleeghuis (CBS, 2012²). Volgens een prognose van het CBS (2012²) zal het aantal 65-plussers in institutionele huishoudens van 2011 tot 2040 toenemen met 117 835 mensen. Dit is bijna een verdubbeling in vergelijking met 2011.

Door de vergrijzing van de Nederlandse samenleving neemt het belang toe van de vraag 'hoe is het gesteld met de geestelijke gezondheid van de 65-plussers'. Uit een onderzoek van Smalbrugge et al. (2006) onder bewoners van verpleeghuizen bleken psychische stoornissen veelvuldig voor te komen. De meest voorkomende stoornissen onder ouderen zijn dementie en depressie (Baller, Boorsma, Frijters, van Marwijk, Nijpels & van Hout, 2010; Qiu et al., 2010). Volgens een artikel van Korte, Bohlmeijer en Smit (2009) is de prevalentie van depressie bij ouderen tussen de 8,8% en de 23,6%.

Klinische depressie bij ouderen is een significant gezondheidsprobleem met een slechte prognose (Beekman et al., 2002; Cole, Bellavance & Mansour, 1999; Cuijpers & Smit, 2002; Korte et al., 2009; Licht-Strunk, Windt van der, van Marwijk, de Haan & Beekman, 2007; Schuurmans et al., 2005; Pot et al., 2010). Cole et al. (1999) deden een meta analyse, waarin zij keken naar onderzoeken waarbij de prognose van depressie bij ouderen in de maatschappij en in de eerstelijnszorg onderzocht werden. Daaruit bleek dat 24 maanden na deelname aan een onderzoek, 33% van de destijds depressieve deelnemers gezond waren, 33% van de destijds depressieve deelnemers een depressie had, en 21% van de destijds depressieve deelnemers was overleden.

Depressie kan grote gevolgen hebben voor de gezondheid van mensen. Het kan onder andere pijn of immobiliteit bespoedigen (Katon, 1996; Mastel-Smith et al., 2006). Uit een onderzoek van Smalbrugge et al. (2006) blijkt dat depressie ook geassocieerd is met een vermindering in de persoonlijke ervaring van welzijn. In dat onderzoek wordt een welzijnsscore berekend op basis van een vragenlijst over psychosociaal welzijn. Depressie blijkt geassocieerd te zijn met een vermindering in de berekende welzijnsscore van meer dan

25%. Depressie wordt bovendien geassocieerd met een grotere kans op sterfte, zowel bij ouderen die nog zelfstandig wonen, als ouderen in verzorgings- of verpleeghuizen (Bruce & Leaf, 1989; Cuijpers & Smit 2002; Geerlings, Beekman, Deeg, Twisk & Van Tilburg, 2002; Kouzis, Eaton & Leaf, 1995; Penninx, 2004; Penninx et al., 1999; Pulska, Pahkala, Laipalla & Kivela 1998; Saz et al., 1999; Schoevers et al., 2000; Zheng et al., 1997). Daarnaast komt uit verschillende onderzoeken naar voren dat mensen met depressieve symptomen slechter functioneren dan mensen die deze symptomen niet hebben (Gurland, Wilder & Berkman, 1988; Jaffe, Froom & Galambos, 1994; Ormel et al., 1993; Wells & Burman, 1991). Jaffe et al. (1994) ontdekten bijvoorbeeld dat mensen met depressieve symptomen vaker longziektes hadden en vaker last hadden van angsten. Ormel et al. (1993) ontdekten dat mensen met depressieve symptomen slechter functioneerden op sociaal gebied.

Naast de genoemde negatieve consequenties van de depressie, verhoogt depressie de perceptie van slechte gezondheid, wat vervolgens leidt tot een toename in het gebruik van medische diensten (Cole et al., 1999). Uit een onderzoek van Smalbrugge et al. (2006) bleek dat er onder depressieve ouderen een verhoogd gebruik van medicatie en een frequentere consultatie van medisch specialisten in het verpleeghuis is, en daardoor een toename in de kosten van de gezondheidszorg.

Samenvattend, depressie is een veelvoorkomend probleem onder ouderen met verscheidene negatieve consequenties en een slechte prognose. Ook blijkt dat het percentage ouderen gestaag zal stijgen in de komende jaren. Hieruit zou afgeleid kunnen worden dat, als geen actie ondernomen wordt, dit probleem in de toekomst in omvang zal toenemen. Omdat klinische depressie bij ouderen een slechte prognose én negatieve consequenties heeft is het belangrijk dat het behandeld wordt. Tijdige herkenning en adequate behandeling van depressie kan het welzijn namelijk verbeteren (Smalbrugge et al., 2006). Depressie bij ouderen is echter zowel onder gediagnosticeerd als onder behandeld (Falck, Pot, Braam, Hanewald & Ribbe, 1999; Volicer, Frijters & van der Steen, 2011). Uit een onderzoek van Falck et al. (1999) blijkt dat in verpleeghuizen in 31% van de gevallen een klinische depressie niet als zodanig herkend wordt door de verpleeghuisarts.

1.2 Life Review Therapie

Een mogelijke behandeling voor ouderen met depressie is de life review therapie (Binder et al., 2009; Bohlmeijer, Roemer, Cuijpers & Smit, 2007; Bohlmeijer, Smit & Cuijpers, 2003; Mastel-Smith et al., 2006; Pinguart, Duberstein & Lyness, 2007; Pot et al., 2010; Steunenbergh, Bohlmeijer, Westerhof & Cuijpers, ingediend). Life review is een

gestructureerde systematische vorm van herinneringen ophalen over de verschillende perioden van het leven. Het is een gestructureerde herevaluatie van iemands leven, die aan de ene kant gericht is op het leren omgaan met negatieve ervaringen en conflicten en aan de andere kant op het geven van een positieve betekenis aan het leven (Korte et al., 2009). Life review therapie richt zich actief op het ontwikkelen van nieuwe reconstructies van het eigen leven (Bohlmeijer et al., 2010).

Life-review therapie wordt het meest gebruikt in therapeutische omgevingen voor ouderen met serieuze geestelijke gezondheidsproblemen zoals depressie of angst (Westerhof, Bohlmeijer & Webster, 2010). Doelen zijn om iemand te bewegen tot verandering en om symptomen van geestelijke ziekte te verlichten. De focus van de therapie is om verbittering en verveling te verminderen en om positieve functies van reminiscentie te stimuleren (Westerhof et al., 2010). Reminiscentie is een natuurlijk fenomeen waarbij herinneringen actief opgehaald worden en waarbij de sociale situatie op het moment van herinneren en bestaande zelfschema's invloed hebben op hoe deze herinneringen vorm krijgen (Bohlmeijer et al., 2010). Het zich herinneren van dingen uit het verleden bij mensen met serieus psychologisch leed kan echter leiden tot meer probleem-verzadigde verhalen, met een bias naar negatieve herinneringen en negatieve interpretaties van levensgebeurtenissen (Westerhof et al., 2010).

Erikson (1950) stelde dat iemands persoonlijkheid zich in 8 stadia ontwikkelt. Het niet succesvol doorlopen van een bepaald stadium resulteerde volgens hem in psychologische ziekte en het wel succesvol doorlopen zou de gezondheid bevorderen. Het laatste stadium van deze 8 stadia wordt ervaren tijdens ouderdom: ego integriteit versus wanhoop. Dit stadium wordt gekarakteriseerd door de taak van iemand om zijn of haar verleden en huidige leven te accepteren. Butler (1963) was de eerste die beredeneerde dat life review een positieve uitwerking kan hebben op ouderen. Volgens Butler (1963) herevalueren ouderen hun leven meer en meer naarmate ze ouder worden, hij beschouwt life review als de expressie van het universele mentale proces van mensen om zich te verzoenen met onopgeloste conflicten uit het verleden en met naderende kwetsbaarheid en de dood.

In het artikel van Korte et al. (2009) worden verklaringen gegeven voor de effectiviteit van life review therapie. Het is mogelijk dat depressieve mensen associaties hebben die versterkt worden door negatieve herinneringen. Door bewust te focussen op specifieke en positief geladen herinneringen worden negatieve herinneringen verder naar de achtergrond gedrukt terwijl positieve herinneringen gemakkelijker worden teruggehaald. Het is ook mogelijk dat mensen het gevoel hebben dat ze meer controle hebben over hun leven als ze erop

terugkijken, dat ze zich door het herevalueren van hun leven bewust worden dat ze sterker zijn dan ze hadden verwacht.

Uit verschillende onderzoeken (Bohlmeijer et al., 2007; Bohlmeijer et al., 2003; Watt & Capeliez, 2000) komt naar voren dat het effect van een life review therapie bij ouderen vergelijkbaar is met dat van veelgebruikte behandelingen bij depressie zoals cognitieve gedragstherapie of antidepressiva. Uit het artikel van Mastel-Smith et al. (2006) blijkt dat de vermindering in depressieve symptomen na het doen van een life review therapie ook behouden blijft over een langere periode.

Zoals beschreven blijkt uit verschillende onderzoeken dat life review therapie effectief is in het verminderen van depressieve klachten (Bohlmeijer et al., 2007; Bohlmeijer et al., 2003; Mastel-Smith et al., 2006; Watt & Capeliez, 2000). Relevant is om te weten wat de therapie effectief maakt, mogelijk houdt dit verband met het autobiografisch geheugen.

1.3 Autobiografisch geheugen

Het onderzoek van Steunenberg et al. (ingediend) laat zien dat life review therapie, welke gebaseerd is op autobiografisch geheugen en waarbij positieve gebeurtenissen worden herinnerd, een veelbelovende interventie is voor ouderen met een depressie in verpleeghuizen. Autobiografisch geheugen, ook wel episodisch geheugen genoemd, is het geheugen van een persoon voor zijn of haar persoonlijk ervaren gebeurtenissen uit het verleden.

Sommige ouderen hebben moeite met het herevalueren van hun leven. Bohlmeijer et al. (2010) bekijken in hun artikel een onderzoek van Mark Williams et al. (2007), daaruit bleek dat mensen die depressief zijn, vaak moeite hebben om zich specifieke momenten of gedetailleerde herinneringen uit hun levensgeschiedenis te herinneren. Deze bevinding blijkt ook uit andere studies naar autobiografisch geheugen, die laten zien dat depressieve mensen, en ouderen in het algemeen, moeite hebben om specifiek te zijn in het beschrijven van hun persoonlijke herinneringen (Clark & Teasdale, 1982; Dickson & Bates, 2006; Serrano, Latorre, Gatz & Montanes, 2004; Teasdale & Fogarty, 1979; Williams & Broadbent, 1986).

Een specifieke herinnering is een herinnering waarbij, met matig tot veel details, over een eenmalige gebeurtenis of verschillende gerelateerde eenmalige gebeurtenissen wordt gesproken. Deze gebeurtenis of gebeurtenissen kunnen geïdentificeerd worden in datum en tijd, en ze hebben betrekking op één of meerdere dagen.

De bevinding dat sommige mensen moeite hebben om specifiek te zijn in het beschrijven van hun persoonlijke herinneringen wordt aangeduid met de term overgeneralisatie van het autobiografisch geheugen (Bohlmeijer et al., 2010). Volgens Dickson en Bates (2006) geldt

de overgeneralisatie van het autobiografisch geheugen vooral voor plezierige ervaringen. Zij ontdekten namelijk dat dysfore mensen moeite hebben om plezierige herinneringen op te roepen, terwijl dit bij onplezierige herinneringen niet het geval bleek te zijn.

Uit een review van Williams et al. (2007) bleek ook dat emotioneel gestoorde patiënten geen specifieke herinneringen konden oproepen. Deze patiënten bleken in ongeveer de helft van de gevallen categorieën van gelijkende gebeurtenissen op te sommen in plaats van dat zij zich één specifieke ervaring wisten te herinneren. Williams et al. (2007) bekeken in hun artikel een onderzoek onder suïcidale patiënten van Williams en Broadbent (1986) waaruit bleek dat dit opsommen van categorieën van gelijkende gebeurtenissen in schril contrast stond tot de antwoorden van de controlegroepen. De controlegroepen bestonden uit mensen uit ziekenhuizen en uit de gemeenschap, zij beschreven in meer dan 80% van de gevallen herinneringen die specifiek waren.

Het feit dat depressieve mensen, en ouderen in het algemeen, moeite hebben om specifiek te zijn in het beschrijven van hun persoonlijke herinneringen is belangrijke informatie, omdat uit verschillende onderzoeken is gebleken dat de specificiteit van de opgehaalde herinneringen een verband heeft met het psychologisch functioneren (Dalglish, Spinks, Yiend & Kuyken, 2001; Goddard, Dritschel & Burton, 1996; Harvey, Bryant & Dang, 1998; Peeters et al., 2002; Raes et al., 2005; Williams et al., 2007; Williams et al., 1996).

Naast depressieve klachten en leeftijd zijn er ook andere achtergrondkenmerken die een invloed kunnen hebben op het proces van het ophalen van specifieke autobiografische herinneringen. Zo is bijvoorbeeld uit onderzoek naar voren gekomen dat vrouwen een beter autobiografisch geheugen hebben dan mannen (Davis, 1999; Fujita et al., 1991; Seidlitz & Diener, 1998). Uit onderzoek komt ook naar voren dat educatie een positieve invloed heeft op het oproepen van herinneringen (West, Crook & Barron, 1992). Burgerlijke staat zou ook een invloed kunnen hebben op het ophalen van autobiografische herinneringen. Uit het artikel van West, Crook en Barron (1992) komt naar voren dat getrouwd zijn geassocieerd is met fysiek en psychologisch welzijn. Gescheiden zijn en weduwe zijn worden geassocieerd met verschillende psychologische veranderingen die kunnen interfereren met succesvolle concentratie op cognitieve taken.

Williams et al. (2007) concludeerden na het bekijken van verscheidene studies dat overgeneralisatie (het niet kunnen oproepen van een specifieke herinnering) nauw gelinkt is aan depressieve symptomen of een klinische depressie. Uit verschillende onderzoeken blijkt echter ook dat de ernst van de symptomen van depressie niet gecorreleerd is met het niveau van overgeneralisatie (Henderson, Hargreaves, Gregory & Williams, 2002; Hermans, Van den

Broeck, Belis, Raes, Pieters & Eelen, 2004; Jones, Heard, Startup, Swales, Williams & Jones, 1999; Laberg & Andersson, 2004; Peeters, Wessel, Merckelbach & Boon-Vermeeren, 2002; Wessel, Meeren, Peeters, Arntz & Merckelbach, 2001).

Overgeneralisatie is nauw gerelateerd aan en heeft mogelijk een causale link met verschillende aspecten van psychologisch functioneren. Het is bijvoorbeeld geassocieerd met een verminderd probleemoplossend vermogen (Goddard et al., 1996; Raes et al., 2005) en een verminderd voorstellingsvermogen voor toekomstige gebeurtenissen (Williams et al., 1996). Bovendien bleek het geassocieerd te zijn met een slechtere prognose van onder andere depressie (Dalglish et al., 2001; Harvey et al., 1998; Peeters et al., 2002; Williams et al., 2007). Overgeneralisatie werd ooit beschreven als een stabiel kenmerk, maar uit het artikel van Serrano et al. (2004) bleek dat ouderen die een aantal weken oefenden met autobiografisch geheugen zich meer specifieke herinneringen konden herinneren bij de posttest in vergelijking met een controlegroep. De ernst van de depressie verminderde en het niveau van hopeloosheid en levenstevredenheid verbeterde. Mogelijk betekent dit dat effectieve therapieën waarin herinneringen opgehaald worden sterker gemaakt kunnen worden, door middel van het vergroten van de specificiteit van de herinneringen die opgehaald worden.

1.4 Bijdrage van dit onderzoek

Therapieën die zich richten op het ophalen van specifieke herinneringen blijken effectief in het verminderen van depressieve symptomen, dit bleek onder andere uit het onderzoek van Serrano et al. (2004). Zoals eerder beschreven is er echter nog weinig bekend over waarom deze therapieën effectief blijken te zijn. Door te onderzoeken hoe vaak specifieke herinneringen opgehaald worden, welke vraag- of reactietypen hierbij behulpzaam zijn en welke mensen het beter lukt dan anderen om specifieke herinneringen op te halen zal dit onderzoek een bijdrage leveren aan het verduidelijken waarom life review therapie effectief is.

Door te onderzoeken welke vraag- of reactietypen leiden tot de meest specifieke herinneringen kan dit onderzoek daarnaast een bijdrage leveren aan het optimaliseren van effectieve therapieën waarin herinneringen opgehaald worden.

Zoals in paragraaf 1.2 verteld wordt kan het zich herinneren van dingen uit het verleden bij mensen met serieus psychologisch leed leiden tot meer probleem-verzadigde verhalen, met een bias naar negatieve herinneringen en negatieve interpretaties van levensgebeurtenissen (Westerhof et al., 2010). Daarom is dit onderzoek vooral gericht op het herinneren van

positieve herinneringen, het herinneren van specifieke negatieve herinneringen wordt door de interviewers in dit onderzoek ontmoedigd.

Wat dit onderzoek daarnaast toevoegt aan voorgaande onderzoeken is dat in dit onderzoek een specifieke populatie onderzocht wordt, namelijk de bewoners van verpleeghuizen met depressieve klachten in Amsterdam en omgeving. Dit is een waardevolle bijdrage, omdat, zoals al bleek uit paragraaf 1.1, het aantal 65-plussers in verpleeghuizen de komende jaren fors zal toenemen.

De onderzoeksvraag die dit onderzoek probeert te beantwoorden is:

In hoeverre beïnvloeden de achtergrondkenmerken, het vraag- of reactietype en training de mate van specificiteit van de antwoorden in een life review therapie van ouderen met depressieve klachten in verpleeghuizen?

Deelvragen die beantwoord zullen worden in dit onderzoek zijn:

1. In hoeverre lukt het ouderen om specifieke herinneringen op te roepen?
2. Is er een verschil tussen de verschillende deelnemers in het oproepen van specifieke herinneringen, zo ja houdt dit verband met leeftijd, depressieve klachten, burgerlijke staat, opleiding of depressiescore?
3. Is er een verband tussen de vraag- of reactietypen en de mate van specificiteit die ze oproepen?
4. In hoeverre is er ontwikkeling te zien in het oproepen van specifieke herinneringen naarmate de cursus vordert?

2. Methode

In dit onderzoek worden 7 getranscribeerde gesprekken uit het onderzoek van Steunenberg, Bohlmeijer, Westerhof en Cuijpers (ingediend) geanalyseerd om te verduidelijken waarom life review therapieën effectief blijken te zijn. Door middel van het analyseren van getranscribeerde gesprekken wordt gekeken in hoeverre het ouderen lukt om specifieke herinneringen te produceren, of er achtergrondkenmerken zijn die hiermee verband houden, of training helpt om specifieke herinneringen op te halen en of er een manier van vragen en doorvragen is die hierbij behulpzaam is.

2.1 Deelnemers

In het onderzoek ‘dierbare herinneringen’ van Steunenberg, Bohlmeijer, Westerhof en Cuijpers (ingediend) werden 862 bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen gevraagd om mee te doen aan het onderzoek. Van deze 862 bewoners kon 22% niet bereikt worden door de interviewers, 30% wilde niet meewerken aan het onderzoek, 4% voelde zich te ziek om mee te doen aan het onderzoek en 5% mocht niet meedoen aan het onderzoek vanwege cognitieve tekorten. Van de overgebleven 39% werd 27% uitgesloten omdat zij geen depressieve klachten lieten zien op het screenende instrument. Van de overgebleven 100 bewoners rondde 73 ouderen de cursus ook daadwerkelijk af. Hiervan zaten 43 ouderen in de experimentele groep en 30 ouderen in de wachtlijstcontrolegroep. Van 7 van de 43 ouderen in de experimentele groep zijn van de getranscribeerde gesprekken de vragen en de antwoorden gecodeerd. De range van de leeftijd van deze 7 deelnemers loopt van 77 tot 95 jaar, 4 van de deelnemers zijn vrouwen en 3 van de deelnemers zijn mannen. Van de 7 deelnemers hebben 4 deelnemers een laag opleidingsniveau, 2 deelnemers hebben een middel tot hoog opleidingsniveau en 1 deelnemer heeft een hoog opleidingsniveau. 2 van de 7 deelnemers zijn gehuwd, 2 zijn er ongehuwd en 3 deelnemers zijn verweduwd. Alle deelnemers hebben een Nederlandse nationaliteit. De range van depressiescores bij de voormeting van de 7 deelnemers loopt van 2 tot 8, dit betekent dat alle deelnemers depressieve klachten hebben bij de voormeting.

Omdat van de 43 ouderen in de experimentele groep slechts 7 ouderen zijn geselecteerd waarvan de life review therapie gesprekken zijn geanalyseerd, is het belangrijk om te kijken of deze 7 ouderen verschillen van de overige 36 ouderen.

Tabel 1 Achtergrondvariabelen geanalyseerde deelnemers en overige deelnemers

		7 deelnemers in dit onderzoek	36 overige deelnemers
Sekse	man	42,9%	28,0%
	vrouw	57,1%	72,0%
Burgerlijke staat	gehuwd	28,6%	6,0%
	gescheiden	0%	16,0%
	verweduwd	42,9%	64,0%
	ongetrouwd	28,6	14,0%
Opleidingsniveau	laag	57,1%	56,0%
	middel-hoog	28,6%	32,0%
	hoog	14,3%	10,0%
Depressiescore voormeting	0 t/m 4	42,9%	74,0%
	5 t/m 8	42,9%	26,0%
Depressiescore nameting	0 t/m 4	42,9%	62,0%
	5 t/m 8	57,2%	12,0%
Leeftijd	60-70	0%	10,0%
	70-80	14,3%	24,0%
	80-90	42,9%	46,0%
	90-100	42,9%	20,0%

In tabel 1 worden de 7 deelnemers van wie de life review therapie gesprekken geanalyseerd zijn vergeleken met de overige 36 deelnemers die hebben meegedaan aan het onderzoek ‘dierbare herinneringen’. In de tabel is te zien dat bij beide groepen vrouwen in de meerderheid zijn, bij de 36 overige deelnemers overheersen vrouwelijke deelnemers echter meer dan bij de 7 deelnemers in dit onderzoek. Duidelijk wordt uit tabel 1 dat wat burgerlijke staat betreft de 7 deelnemers in dit onderzoek wel enigszins van de overige 36 deelnemers verschillen. Van de 7 deelnemers in dit onderzoek heeft 28% een echtgenoot, van de overige 36 deelnemers heeft 6% een echtgenoot. Wat opleidingsniveau betreft lijken de 2 groepen veel op elkaar. Wat de depressiescore op de voormeting betreft blijken de 36 deelnemers bij de voormeting wat minder depressieve klachten te hebben dan de 7 deelnemers in dit onderzoek, ditzelfde is het geval bij de nameting van depressieve klachten. De overige 36 deelnemers blijken wat jonger te zijn dan de 7 deelnemers van wie de gesprekken bekeken zijn.

Samengevat verschillen de 7 deelnemers in dit onderzoek enigszins van de overige 36 deelnemers. De twee groepen verschillen voornamelijk als gekeken wordt naar de depressiescores, burgerlijke staat en leeftijd. Bij beide groepen zijn vrouwen echter in de meerderheid en het opleidingsniveau is ook nagenoeg gelijk.

2.2 Cursus dierbare herinneringen

In de cursus ‘dierbare herinneringen’ die afgerond is door 73 bewoners van verpleeghuizen met depressieve klachten zijn met de 43 deelnemers van de experimentele groep een vijftal gesprekken gevoerd. Deze gesprekken werden gevoerd door masterstudenten die voor aanvang van de cursus getraind werden in het voeren van deze gesprekken. De inhoud van de gesprekken is gebaseerd op een gestructureerd protocol van Bohlmeijer, Steunenbergh, Leontjevas, Mahler, Daniël en Gerritsen (2010): Dierbare herinneringen: Protocol voor individuele life-review therapie gebaseerd op autobiografische oefening.

Het eerste gesprek van de cursus is een oriënterend gesprek, waarin het doel en de opzet van de cursus besproken wordt en er tegelijkertijd wordt gewerkt aan de opbouw van de relatie met de cliënt. Tijdens dit eerste gesprek wordt ook bekeken of de cursus aansluit bij de behoeften en mogelijkheden van de cliënt, de rationale wordt uitgelegd evenals de achterliggende theorie en werkingsmechanismen van de cursus.

In de volgende 4 gesprekken worden herinneringen opgehaald aan verschillende levensfasen. Het tweede gesprek gaat over de kindertijd (van 0 tot 12 jaar). In dit gesprek worden vragen gesteld over verschillende onderwerpen, bijvoorbeeld over de meest gelukkige momenten met ouders of met broers of zussen, het favoriete speelgoed van de deelnemer, een speciaal cadeau wat een deelnemer ooit heeft gekregen, een speciale dag met veel opwindning of blijdschap in huis, etc.

Het derde gesprek gaat over de jeugd (12-20 jaar). In dit gesprek worden vragen gesteld over bijzondere dagen, speciale verjaardagen, speciale dagen met vrienden of vriendinnen, speciale feestdagen of feesten, speciale herinneringen aan grootouders, etc. Het vierde gesprek gaat over de volwassenheid (20-60 jaar). In dit gesprek worden vragen gesteld over speciale momenten op het werk, bijzondere gebeurtenissen in verschillende fasen van het leven (20 tot 30 jaar en 20 tot 60 jaar), belangrijke relaties, momenten waarbij de deelnemer trots was op zichzelf of op anderen, etc.

Het vijfde en laatste gesprek gaat over het leven in het algemeen. In dit gesprek worden vragen gesteld over de meest bijzondere of gelukkigste periodes in het leven, welk moment uit het leven de deelnemer nogmaals zou willen meemaken, wat voor leven de deelnemer in het algemeen heeft gehad, positieve lessen of keerpunten in het leven, momenten waarbij de deelnemer het meest trots was op zichzelf of op anderen, een speciale vakantie etc.

Een aantal van deze gesprekken zijn geanonimiseerd en getranscribeerd. In dit onderzoek zijn van 7 deelnemers de getranscribeerde gesprekken geanalyseerd om te kijken in hoeverre het ouderen lukt om specifieke herinneringen te produceren, of er achtergrondkenmerken zijn

die hiermee verband houden, of training helpt om specifieke herinneringen op te halen en of er een manier van vragen en doorvragen is die hierbij behulpzaam is.

2.3 Procedure

Zowel de vragen als de antwoorden van de getranscribeerde gesprekken zijn gecodeerd. Voor de codering van de vragen was er geen systeem voorhanden. Daarom is hiervoor een coderingsschema ontwikkeld door middel van een analyse van verschillende vraag- en reactiesoorten. De antwoorden zijn gecodeerd volgens het coderingsschema van Singer en Blagov (2000/1). Bij het coderen is ervoor gekozen om alle vragen en reacties apart te coderen, dit betekent dat alle antwoorden van deelnemers en alle vragen van de interviewers gecodeerd zijn. Soms behoorden verschillende antwoorden van deelnemers tot dezelfde specifieke herinnering, per antwoord is dan gecodeerd of dat antwoord specifiek was of niet. Sommige antwoorden van één en dezelfde herinnering waren hierbij wel specifiek en sommige antwoorden niet.

Voor de codering van de vragen is een coderingsschema ontwikkeld. Er is besloten een onderscheid te maken tussen open vragen, gesloten vragen en keuzevragen, omdat dit een breed spectrum aan vraag- en reactietypen omvat. Vraag of reactietypen zijn gecodeerd als ‘gesloten’ als ze met een ja of nee beantwoord kunnen worden. Keuzevragen zijn vragen waarbij de interviewer de deelnemer verschillende antwoordmogelijkheden biedt. Een voorbeeld hiervan is een moment in een gesprek waarbij een herinneraar vertelt over een feestje dat gegeven werd, omdat de middelbare school afgerond was, de interviewer vroeg toen ‘Was dat feestje voor u, of voor een hele lichterding?’. Een vraag of reactie is als ‘open’ gecodeerd als het geen keuzevraag was en als het niet beantwoord kon worden met ja of nee. De open en gesloten vraag- en reactietypen kunnen nog verder gecodeerd worden in de volgende vraag- en reactiesoorten; protocolvragen, suggestieve vragen, doorvragen, doorvragen/concretiseren, gerichte vragen, meervoudige vragen, voorbeeld vragen, onderbreking, negatieve reacties verminderen, terugleiden naar het onderwerp, samenvatting, helpen herinneren en keuzevragen. Uiteindelijk is er nog een restcategorie toegevoegd die bestaat uit bevestigende reacties van de interviewer op een herinneraar.

Protocolvragen zijn de vragen uit het protocol van de cursus dierbare herinneringen. Dit zijn vragen als ‘herinnert u zich nog een favoriet of speciaal speelgoed of spelletje dat u vaak deed?’ of ‘Stel dat u een moment uit uw leven nog een keer mag meemaken, welk moment zou u dan kiezen?’. Suggestieve vragen zijn vragen waarbij op een suggestieve manier een vraag gesteld wordt, bijvoorbeeld ‘Dat vond u vast heel leuk’. Bij de codering doorvragen

wordt geprobeerd om iemand toch aan het praten te krijgen over de protocolvraag als dit niet gelukt is na het stellen van de protocolvraag. Een voorbeeld hiervan is een gesprek waarbij de protocolvraag ‘Kunt u zich nog een zeer gelukkige dag herinneren die u als kind had terwijl u thuis was met uw ouders?’ gesteld werd. Als antwoord hierop zei de deelnemer ‘Elke dag was hetzelfde, net als wat we nu hebben.’ Als reactie hierop stelde de interviewer aan de deelnemer een doorvraag: ‘Ok. Was het toen ook hetzelfde?’. Een vraag is gecodeerd als doorvragen/concretiseren als een interviewer doorvraagt om ervoor te zorgen dat iemand meer specifiek wordt in het beschrijven van een herinnering. Eén van de deelnemers begon bijvoorbeeld te vertellen over een sollicitatie, toen vroeg de interviewer ‘Kunt u daar wat meer over vertellen, voor welke baan solliciteerde u?’. Gerichte vragen zijn vragen naar concrete gegevens en feiten. Een voorbeeld hiervan is een gesprek waarin een interviewer aan een deelnemer vraagt: ‘Vond u dat leuk?’. Het verschil tussen doorvragen/concretiseren en gerichte vragen is wat lastig op te merken. Wat vooral het verschil is, is dat bij doorvragen/concretiseren een vraag wordt gesteld met de intentie om een concreter en specifiek verhaal te krijgen. Bijvoorbeeld bij de vraag ‘Voor welke baan solliciteerde u?’. Na het stellen van deze vraag zal de deelnemer hoogstwaarschijnlijk meer details vertellen en een meer specifieke herinnering ophalen. Het stellen van de gerichte vraag ‘Vond u dat leuk?’ wordt niet in het bijzonder gesteld met het doel om een concreter beeld van de situatie te schetsen. Meervoudige vragen zijn momenten waarbij de interviewer meerdere vragen tegelijk stelt. Voorbeeld vragen zijn vragen waarbij de interviewer vraagt of de deelnemer een voorbeeld kan geven van een situatie. Bijvoorbeeld in een gesprek, waarin een interviewer aan een deelnemer vraagt: ‘Kunt u misschien vertellen hoe dat dan ging?’. Onderbrekingen zijn momenten waarbij de interviewer de herinneraar onderbreekt tijdens het bespreken van een herinnering. Een voorbeeld hiervan is tijdens een gesprek, waarin een deelnemer begint te vertellen over zijn ouders en zijn vrouw, de interviewer onderbreekt het verhaal van de deelnemer en zegt: ‘Denk aan uw vader he, want uw vader deed best wel veel met u of voor u’. Negatieve reacties verminderen is de manier waarop ervoor gezorgd wordt dat het specificeren van negatieve herinneringen wordt ontmoedigd. Een voorbeeld hiervan is tijdens een gesprek waarin een deelnemer begint te vertellen over een moeilijke tijd die de deelnemer heeft meegemaakt. Om ervoor te zorgen dat de deelnemer geen negatieve herinneringen gaat ophalen zegt de interviewer vervolgens ‘Maar ik bedoel juist een positieve herinnering, kunt u zich dat herinneren?’. Terugleiden naar het onderwerp zijn momenten waarop de interviewer de herinneraar terugleidt naar het onderwerp als de herinneraar dreigt af te dwalen van de herinnering. Een voorbeeld hiervan is een gesprek waarin de interviewer vraagt naar een dag

waarop de deelnemer iets moet bereiken of organiseren. De deelnemer begint vervolgens te vertellen over een periode die lijkt af te wijken van de periode waarover in dat specifieke gesprek gesproken zal worden. Daarom zegt de interviewer ‘Het gaat over de periode tussen uw 20^e en 60^e jaar hè?’. Samenvattingen kunnen verschillende doelen hebben. Soms gebruiken interviewers samenvattingen om aan het einde van het gesprek de besproken onderwerpen nogmaals samen te vatten, soms wordt het gebruikt om de herinneraar te helpen om herinneringen op te halen als dit in eerste instantie niet lijkt te lukken. Een voorbeeld is een gesprek waarin de interviewer vraagt naar een dag of moment waarop de ouders van een deelnemer de deelnemer heel gelukkig maakten. De deelnemer geeft aan zich dit niet te kunnen herinneren. Vervolgens begint de interviewer momenten van het leven van de deelnemer samen te vatten die eerder ter sprake zijn gekomen, om te kijken of dit de deelnemer helpt om alsnog herinneringen op te kunnen roepen: ‘Want u vertelde u paste veel op uw broers, en uw moeder was altijd thuis en dan speelde u spelletjes, en uw vader werkte dan’. Helpen herinneren zijn momenten waarop interviewers de herinneraars helpen om zich bepaalde feiten van een herinnering te herinneren. Een voorbeeld hiervan is een moment in een gesprek waarbij een herinneraar vertelde over een stad waar de herinneraar vroeger ging vissen. De herinneraar kon zich niet herinneren hoe de stad heette en de interviewer begon steden op te noemen die het geweest hadden kunnen zijn. De restcategorie bestaat vooral uit bevestigende reacties van de interviewers op een verhaal van een herinneraar, dit zijn reacties als: oh ja, ok, ja, nee, etc. Sommige vraag- of reactietypen lijken erg op elkaar, daarom is de codering hiervan soms lastig. Bij twijfelgevallen zijn de vraag- of reactietypen meerdere keren gecodeerd, vervolgens is gekeken welke codering het vaakst voorkwam, deze codering is vervolgens gebruikt.

De specificiteit van de herinneringen is beoordeeld aan de hand van een systeem van Singer en Blagov (2000/1). Zij onderscheiden 3 verschillende typen specifieke herinneringen. Omdat in dit onderzoek de gesprekken van slechts een beperkte hoeveelheid deelnemers beschikbaar was, is ervoor gekozen om in dit onderzoek alleen onderscheid te maken tussen ofwel specifieke herinneringen ofwel niet specifieke herinneringen. Dit omdat het voor de effectiviteit van life review therapie belangrijk is dat een herinnering specifiek is, er is niet bekend dat het belangrijk is dat er sprake is van een bepaald type specificiteit.

In dit onderzoek is een reactie als specifieke herinnering gecodeerd wanneer iemand over één of meerdere gebeurtenissen vertelt en waarbij matig tot veel details verteld worden. Om te kunnen spreken van een specifieke herinnering moet worden voldaan aan de volgende

criteria: de gebeurtenis is uniek en heeft een tijdsduur van één dag of het zijn verschillende gerelateerde eenmalige gebeurtenissen die betrekking hebben op meerdere dagen. De tijd en plaats worden meestal gespecificeerd en deelnemers aan de herinnering kunnen worden beschreven door hun acties, dialoog, emotionele reacties, voorkomen en andere kenmerken.

2.4 Data analyse

Na de codering van de vragen en antwoorden zijn de coderingen in tabellen verwerkt. Per vraag- of reactietype is bekeken welk percentage daarvan tot een specifiek antwoord heeft geleid. Ook zijn er tabellen gemaakt per deelnemer en per gesprek om te kijken of bepaalde vragen bij deelnemers vaker leiden tot specifieke herinneringen en om te kijken welke gesprekken tot de meeste specifieke herinneringen leiden. Om te kijken of er een verband bestaat tussen de verschillende variabelen en specificiteit zijn verschillende chi-kwadraattoetsen toegepast. Bij het analyseren welke variabelen een significant verband hebben met de specificiteit zijn gestandaardiseerde residuen berekend bij de variabelen die een grote bijdrage leveren aan de chi-kwadraatscore. Deze variabelen leveren een grote bijdrage aan de chi-kwadraatscore omdat ze een grote afwijkende geobserveerde waarde hebben als gekeken wordt naar de verwachte waarde. Door het berekenen van de gestandaardiseerde residuen wordt duidelijk welke variabelen een significant verband hebben met specificiteit (Everitt, 1992).

3. Resultaten

In de inleiding zijn de hoofd- en deelvragen beschreven. In dit hoofdstuk zullen aan de hand van de deelvragen de resultaten besproken worden.

Om te beginnen de resultaten die horen bij de eerste deelvraag: In hoeverre lukt het ouderen om specifieke herinneringen op te roepen?

In tabel 2 zijn het totaal aantal antwoorden, en het totaal aantal specifieke herinneringen te zien. Zoals eerder aangegeven zijn met alle deelnemers 5 gesprekken gevoerd. Het eerste gesprek van deze 5 is een oriënterend gesprek en is niet getranscribeerd, de overige 4 gesprekken zijn wel getranscribeerd en vervolgens gecodeerd. In totaal zijn er 4124 antwoorden gegeven door de deelnemers, verdeeld over de 7 deelnemers zijn dit gemiddeld 589 antwoorden per deelnemer. Verdeeld over de 4 gesprekken (3 gesprekken bij deelnemer 7) zijn dit gemiddeld 153 antwoorden per gesprek. Van de 4124 antwoorden zijn 580 antwoorden gecodeerd als specifieke herinnering. In dit onderzoek blijken 14,1% van de antwoorden van de deelnemers specifieke herinneringen te zijn. Dit lijkt misschien weinig, maar als gekeken wordt naar het gehele plaatje zijn dat gemiddeld ongeveer 21 specifieke antwoorden per gesprek per deelnemer.

Bovendien is ervoor gekozen, zoals al eerder uitgelegd, om alle vragen en reacties apart te coderen. Dit omdat hierdoor het antwoord verkregen kan worden op de derde deelvraag (is er een verband tussen vraag- of reactietypen en de mate van specificiteit die ze oproepen). Dit zorgt bij het berekenen van het percentage specifieke herinneringen echter mogelijk wel voor een vertekend beeld. Daarom is ook berekend bij hoeveel procent van de protocolvragen een specifiek antwoord is gegeven. In totaal worden er in alle gesprekken samen 350 vragen gesteld. Van deze 350 vragen worden er 150 met een specifieke herinnering beantwoord, dit is 42,9%.

Tabel 2 Percentage specifieke herinneringen per deelnemer

	Specifieke herinneringen	Totaal aantal antwoorden	Percentage specifieke herinneringen
deelnemer 1	51	764	6,7%
deelnemer 3	62	721	8,6%
deelnemer 4	177	727	24,4%
deelnemer 5	20	848	2,4%
deelnemer 7	70	300	23,3%
deelnemer 8	65	546	11,9%
deelnemer 9	135	218	61,9%
Totaal	580	4124	14,1%

De tweede deelvraag luidt: Is er een verschil tussen de verschillende deelnemers in het oproepen van specifieke herinneringen, zo ja houdt dit verband met leeftijd, depressieve klachten, burgerlijke staat, opleiding of depressiescore?

Uit tabel 2 wordt al duidelijk dat er grote verschillen zijn tussen de verschillende deelnemers wat betreft specificiteit van de herinneringen, de range van specificiteit loopt namelijk van 2,4% tot 61,9%. Bepaalde deelnemers lijken vaker in staat om een specifieke herinnering op te roepen. Vooral deelnemer 9 is het goed gelukt om specifieke herinneringen op te roepen. Bij deze deelnemer lukte dit in meer dan de helft van de gevallen. Deelnemer 5 was het minst vaak succesvol in het oproepen van specifieke herinneringen, bij deze deelnemer lukte dit slechts in 2,4% van de gevallen.

Wat bovendien opvallend is in tabel 2, is dat bepaalde deelnemers in totaliteit meer antwoorden geven dan andere deelnemers. Zo geeft deelnemer 5 bijvoorbeeld 848 antwoorden, terwijl deelnemer 9 in totaal 218 antwoorden geeft. Je zou verwachten dat hoe specifieker het verhaal is, des te meer antwoorden er gegeven zullen worden. Het tegenovergestelde lijkt het geval te zijn. Deelnemer 9 heeft weinig vragen nodig om een specifieke herinnering op te kunnen halen. Het aantal antwoorden van die deelnemer is in totaal minder dan de andere deelnemers, maar de antwoorden zijn wel uitgebreider en specifieker. Deelnemer 5 heeft meer aansporing nodig om een specifieke herinnering op te kunnen halen, hierdoor vraagt de interviewer meer vragen en krijgt de interviewer daardoor ook meer antwoorden. Deze antwoorden zijn echter wel vaak kort en bondig en zoals te zien, in slechts 2,4% van de gevallen specifiek te noemen.

Om te kijken of er een significant verband is tussen de deelnemers en de specificiteit wordt op deze gegevens een chi-kwadraattoets toegepast. Een chi-kwadraattoets bekijkt of er een verband bestaat tussen rij- en kolomclassificaties van een tabel. Uit de gegevens volgt een X^2 van 648,7 (df = 6). Zoals verwacht, als men kijkt naar tabel 2, is er een significant verband tussen deelnemers en de mate van specificiteit ($p < 0,0005$). Dit betekent dat bepaalde deelnemers significant vaker specifieke herinneringen ophalen.

Tabel 3 Achtergrondkenmerken en percentage specifieke herinneringen gerangschikt op basis van percentage specifieke herinneringen deel 1

	geslacht	leeftijd	opleiding	Burgerlijke staat	alleen of met partner	percentage specifieke herinneringen
Deelnemer 9	Man*	94*	Middel-hoog	Verweduwd*	Alleen*	61,9%
Deelnemer 4	Vrouw**	77**	Hoog*	Ongehuwd	Alleen*	24,4%
Deelnemer 7	Man*	95*	Laag**	Verweduwd*	Alleen*	23,3%
Deelnemer 8	Man*	82**	Laag**	Verweduwd*	Alleen*	11,9%
Deelnemer 3	Vrouw**	85**	Laag**	Gehuwd**	Partner**	8,6%
Deelnemer 1	Vrouw**	90*	Laag**	Gehuwd**	Partner**	6,7%
Deelnemer 5	Vrouw**	83**	Middel-hoog	Ongehuwd	Alleen*	2,4%

* positief statistisch significant gestandaardiseerd residu ($p < 0,05$)

** negatief statistisch significant gestandaardiseerd residu ($p < 0,05$)

Tabel 4 Achtergrondkenmerken en percentage specifieke herinneringen gerangschikt op basis van percentage specifieke herinneringen deel 2

	Voormeting depressie (GDS)	Nameting depressie (GDS)	Verbetering of verslechtering GDS score	percentage specifieke herinneringen
Deelnemer 9	>2	0	Verbetering*	61,9%
Deelnemer 4	7*	8	Verslechtering**	24,4%
Deelnemer 7	4**	6	Verslechtering**	23,3%
Deelnemer 8	2**	0	Verbetering*	11,9%
Deelnemer 3	8*	5	Verbetering*	8,6%
Deelnemer 1	7*	8	Verslechtering**	6,7%
Deelnemer 5	4**	0	Verbetering*	2,4%

* positief statistisch significant gestandaardiseerd residu ($p < 0,05$)

** negatief statistisch significant gestandaardiseerd residu ($p < 0,05$)

Er is bij deelnemer 9 sprake van een missing value, het enige wat bekend is over de score op de voormeting is dat die score hoger is dan 2

Om antwoord te krijgen op de vraag waarom bepaalde deelnemers beter zijn dan anderen in het oproepen van specifieke herinneringen zijn tabellen 3 en 4 van toepassing. In deze tabellen zijn de deelnemers gerangschikt met de deelnemers met de hoogste percentages specifieke herinneringen bovenaan de tabel en de deelnemers met de laagste percentages specifieke herinneringen onderaan de tabel.

In tabel 3 is te zien dat mannen beter in staat lijken te zijn om specifieke herinneringen op te roepen dan vrouwen. De berekening van de chi-kwadraattoets bevestigt dat er een verband is tussen geslacht en specificiteit ($X^2 = 152,0$ $df = 1$ $p < 0,0005$). Na vervolgens een berekening te hebben gemaakt van de gestandaardiseerde residuen blijkt er een negatief verband tussen vrouwen en specificiteit (gestandaardiseerd residu = -5,8 $p < 0,05$) en een positief verband tussen mannen en specificiteit (gestandaardiseerd residu = 9,8 $p < 0,05$). Dit

betekent dat vrouwen minder, en mannen meer specifieke herinneringen hebben genoemd dan verwacht.

Door het beperkte aantal deelnemers in dit onderzoek kunnen deelnemers met extreme scores echter een aanzienlijke invloed hebben op de berekeningen. Deelnemer 9 is een man en heeft in vergelijking met de andere deelnemers een hoog percentage specifieke herinneringen. Mogelijk heeft dit een invloed op de resultaten. Om te kijken in hoeverre deelnemer 9 de resultaten, wat betreft het verband tussen geslacht en specificiteit beïnvloedt, zijn de berekeningen nogmaals uitgevoerd zonder de resultaten van deelnemer 9. Uit de nieuwe berekeningen komt echter dezelfde conclusie. Ook na het weglaten van deelnemer 9 is er nog steeds sprake van een verband tussen geslacht en specificiteit, voor mannen is het gestandaardiseerde residu dan 3,9 en voor vrouwen is het -2,1.

Om te kunnen analyseren of leeftijd verband houdt met specificiteit zijn de deelnemers in twee groepen ingedeeld. Een groep van 77 tot 86 jaar en een groep van 86 tot 95 jaar. Uit de chi-kwadraattoets blijkt dat er een verband is tussen leeftijd en specificiteit ($X^2 = 53,6$ df = 1 p < 0,0005). De groep van 77 tot 86 jaar blijkt een significant negatief verband te hebben met specificiteit (het gestandaardiseerde residu daarvan is -3,8) en de groep van 86 tot 95 jaar blijkt een significant positief verband te hebben met specificiteit (het gestandaardiseerde residu daarvan is 5,6). Oudere deelnemers blijken dus vaker dan verwacht specifieke herinneringen op te roepen terwijl het tegenovergestelde het geval is voor de jongere deelnemers.

Deelnemer 9 heeft een extreme score wat het percentage specifieke herinneringen betreft en is de op één na oudste deelnemer. Om te kijken in hoeverre deelnemer 9 de resultaten, wat betreft het verband tussen leeftijd en specifieke herinneringen beïnvloedt, zijn de berekeningen nogmaals uitgevoerd zonder de resultaten van deelnemer 9. Na het weglaten van deelnemer 9 is er geen verband meer tussen leeftijd en specificiteit. Hieruit blijkt dat deelnemer 9 inderdaad invloed heeft op de berekeningen.

In tabel 3 valt ook op dat, met uitzondering van deelnemer 5, opleiding een verband lijkt te hebben met specificiteit. Uit de chi-kwadraattoets bleek dit inderdaad het geval te zijn ($X^2 = 86,5$ df = 2 p < 0,0005). Uit de berekende gestandaardiseerde residuen blijkt dat er een negatief verband is tussen een laag opleidingsniveau en specificiteit (het gestandaardiseerde residu is -4,4). Een middel tot hoog opleidingsniveau heeft geen significant verband met specificiteit. Zoals je zou verwachten op basis van tabel 3 heeft een hoog opleidingsniveau

een positief verband met specificiteit (het gestandaardiseerde residu is 7,4). Dit betekent dat mensen met een laag opleidingsniveau minder, en mensen met een hoog opleidingsniveau meer specifieke herinneringen hebben genoemd dan verwacht. Hierbij moet een kanttekening gemaakt worden. Zoals te zien in tabel 3, is deelnemer 4 de enige deelnemer met een hoog opleidingsniveau. Deze resultaten moeten dus met enige terughoudendheid geïnterpreteerd worden.

In tabel 3 is ook te zien dat veel deelnemers met een hoog percentage specifieke herinneringen verweerd zijn. Uit de chi-kwadraattoets bleek dan ook dat burgerlijke staat een verband heeft met specificiteit ($X^2 = 167,1$ $df = 2$ $p < 0,0005$). Er blijkt een negatief verband te zijn tussen mensen die gehuwd zijn en specificiteit (het gestandaardiseerde residu is -6,6), ongehuwd zijn bleek geen significant verband te hebben met specificiteit. Verweerd zijn bleek een positief verband te hebben met specificiteit (het gestandaardiseerde residu is 9,8). Dit betekent dat mensen die getrouwd zijn minder, en mensen die verweerd zijn meer specifieke herinneringen hebben genoemd dan verwacht. Na het weglaten van deelnemer 9 bij deze berekeningen blijft de conclusie hetzelfde (het gestandaardiseerde residu voor gehuwd zijn is dan -4,3 en het gestandaardiseerde residu voor verweerd zijn is dan 3,93).

Om te kijken of er een verschil is wat betreft specificiteit tussen mensen die een echtgenoot hebben en mensen die geen echtgenoot hebben, is nog een chi-kwadraattoets berekend. Hieruit bleek dat er inderdaad een verband is tussen het hebben van een echtgenoot en specificiteit ($X^2 = 80,1$ $df = 1$ $p < 0,0005$). Uit de berekende gestandaardiseerde residuen blijkt dat het hebben van een echtgenoot een negatief verband heeft met specificiteit (het gestandaardiseerde residu is -6,6), het niet hebben van een echtgenoot heeft een positief verband met specificiteit (het gestandaardiseerde residu is 5,0). Dit betekent dat mensen met een echtgenoot minder, en mensen zonder echtgenoot meer specifieke herinneringen hebben genoemd dan verwacht. Ook hier blijft na het weglaten van deelnemer 9 de conclusie hetzelfde (het gestandaardiseerde residu voor deelnemers met partner is -3,7 en het gestandaardiseerde residu voor deelnemers zonder partner is 2,8).

Er zijn verschillende berekeningen gemaakt wat betreft het verband tussen depressiviteit en specificiteit. Ten eerste is er berekend of er een verband is tussen de depressiescore op de voormeting en specificiteit. Hierbij zijn de deelnemers verdeeld in twee groepen: mensen met een depressiescore van 0 tot en met 4 op de voormeting en mensen met een depressiescore

van 5 tot en met 8 op de voormeting (hoe hoger de score hoe meer depressieve klachten de deelnemers hadden). Er blijkt inderdaad een verband te zijn tussen depressiescore en specificiteit ($X^2 = 14,9$ df = 1 $p < 0,0005$). Na berekening van de gestandaardiseerde residuen blijkt dat een depressiescore van 0 tot en met 4 een negatief verband heeft met specificiteit (het gestandaardiseerde residu is -2,7), terwijl een depressiescore van 5 tot en met 8 een positief verband heeft met specificiteit (het gestandaardiseerde residu is 2,4). Dit betekent dat mensen met minder depressieve klachten minder, en mensen met meer depressieve klachten meer specifieke herinneringen hebben genoemd dan verwacht. Hierbij moet opgemerkt worden dat deelnemer 9 is weggelaten bij de berekeningen, omdat van deze deelnemer niet de exacte depressiescore op de voormeting bekend is.

Ook is gekeken naar het verschil tussen de depressiescore op de voormeting en de depressiescore op de nameting, sommige mensen lieten een verbetering in depressiescore zien en sommigen een verslechtering. Na het berekenen van een chi-kwadraattoets om te kijken of er een verband is tussen verbetering of verslechtering in depressiescores en specificiteit blijkt dat er inderdaad een verband is ($X^2 = 17,4$ df = 1 $p < 0,0005$). Uit de gestandaardiseerde residuen blijkt dat er een positief verband is tussen mensen die een verbetering lieten zien op hun depressiescore en specificiteit (het gestandaardiseerde residu is 2,9), er bleek een negatief verband tussen mensen die een verslechtering lieten zien op hun depressiescore en specificiteit (het gestandaardiseerde residu is -2,5). Dit betekent dat mensen die een verslechtering lieten zien op hun depressiescore minder, en mensen die een verbetering lieten zien op hun depressiescore meer specifieke herinneringen hebben genoemd dan verwacht.

Zoals eerder benoemd kunnen extreme scores een invloed hebben op de resultaten. Deelnemer 9 heeft een extreme score wat betreft het percentage specifieke herinneringen en laat verbetering zien wat betreft zijn depressiescore. Als deelnemer 9 uitgesloten wordt van de berekeningen heeft verbetering in depressiescore niet langer een positief, maar een negatief verband met specificiteit (het gestandaardiseerde residu is dan -6,05). Verslechtering in depressiescores heeft dan een positief verband met specificiteit (het gestandaardiseerde residu is dan 6,58). Hieruit blijkt dat deelnemer 9 een invloed heeft op de resultaten.

Tabel 5 percentage specifieke herinneringen

	Specifieke herinneringen	Totaal aantal antwoorden	Percentage specifieke herinneringen
Protocolvraag	43	341	12,6%
Suggestieve vraag	23	212	10,8%
Doorvragen	56	594	9,4%**
Doorvragen/concretiseren	216	1091	19,8%*
Gerichte vraag	18	173	10,4%
Meervoudige vraag	8	66	12,1%
Voorbeeld vragen	0	4	0,0%
Onderbreking	4	30	13,3%
Negatieve reacties verminderen	2	7	28,6%
Terugleiden naar het onderwerp	0	17	0,0%
Samenvatting	0	14	0,0%
Helpen herinneren	3	20	15,0%
Keuzevraag	11	31	35,5%*
Restcategorie	196	1524	12,9%
Totaal	580	4124	14,1%

*Vraag- of reactietypen die significant vaker dan verwacht hebben geleid tot een specifieke herinnering ($p < 0,05$)

** Vraag- of reactietypen die significant minder vaak dan verwacht hebben geleid tot een specifieke herinnering ($p < 0,05$)

De derde deelvraag is: *Is er een verband tussen de vraag- of reactietypen en de mate van specificiteit die ze oproepen?*

Voor het beantwoorden van deze vraag is tabel 5 relevant. Hieruit blijkt dat bepaalde vraag- of reactietypen procentueel gezien vaker leiden tot een specifiek antwoord. Omdat sommige vraag- of reactietypen niet vaak gebruikt zijn, is het de vraag of er sprake is van een significant verschil, of dat het verschil berust op toeval. Om te kijken welke vraag- of reactietypen een significant verband hebben met specificiteit wordt op deze gegevens een chi-kwadraattoets toegepast. Uit de gegevens volgt een X^2 van 63,4 ($df = 11$ $p < 0,0005$). Dit betekent dat er inderdaad een verband is tussen vraag- of reactietype en specificiteit van het antwoord. In verband met statistische exclusiecriteria zijn de vraag- en reactietypen voorbeeld vragen en negatieve reacties verminderen als individuele groepen uitgesloten bij berekening van de chi-kwadraattoets. Deze zijn toegevoegd aan de restcategorie.

Om te kijken welke vraag- of reactietypen een significant verband hebben met specificiteit worden van de vraag- of reactietypen die de grootste toevoeging hebben aan de score van de chi-kwadraattoets de gestandaardiseerde residuen berekend (Everitt, 1992). Van de vraag- of reactietypen die voor het antwoord op deze deelvraag bekeken worden, blijken doorvragen (het gestandaardiseerde residu is -3,0), doorvragen/concretiseren (het gestandaardiseerde residu is 5,1) en keuzevragen (het gestandaardiseerde residu is 3,2) alle drie een significant verband te hebben met specificiteit ($p < 0,05$). Zowel doorvragen/concretiseren als

keuzevragen hebben vaker dan verwacht tot een specifiek antwoord geleid, terwijl het vraagtype doorvragen minder vaak dan verwacht tot een specifiek antwoord heeft geleid.

Tabel 6 en tabel 7 geven de percentages specifieke herinneringen weer per vraag, opgesplitst in open- en gesloten vraag- en reactietypen.

Tabel 6 Percentages specifieke herinneringen open vraag- en reactietypen

	Specifieke herinneringen	Totaal antwoorden	Percentage specifieke herinneringen
Protocolvraag	8	117	6,8%**
Suggestieve vraag	1	6	16,7%
Doorvragen	10	60	16,7%
Doorvragen/concretiseren	59	299	19,7%
Gerichte vraag	3	26	11,5%
Meervoudige vraag	4	27	14,8%
Voorbeeld vragen	0	0	0%
Onderbreking	3	10	30%
Negatieve reacties verminderen	0	1	0%
Terugleiden naar het onderwerp	0	1	0%
Samenvatting	0	0	0%
Helpen herinneren	0	0	0%
Totaal	88	547	16,1%

**Vraag- of reactietypen die significant minder vaak dan verwacht hebben geleid tot een specifieke herinnering ($p < 0,05$)

Tabel 7 percentages specifieke herinneringen gesloten vraag- en reactietypen

	Specifieke herinneringen	Totaal antwoorden	Percentage specifieke herinneringen
Protocolvraag	35	224	15,6%
Suggestieve vraag	22	206	10,7%
Doorvragen	46	534	8,6%**
Doorvragen/concretiseren	157	792	19,8%*
Gerichte vraag	15	147	10,2%
Meervoudige vraag	4	39	10,3%
Voorbeeld vragen	0	4	0%
Onderbreking	1	20	5%
Negatieve reacties verminderen	2	6	33,3%
Terugleiden naar het onderwerp	0	16	0%
Samenvatting	0	14	0%
Helpen herinneren	3	20	15%
Totaal	285	2022	14,1%

*Vraag- of reactietypen die significant vaker dan verwacht hebben geleid tot een specifieke herinnering ($p < 0,05$)

**Vraag- of reactietypen die significant minder vaak dan verwacht hebben geleid tot een specifieke herinnering ($p < 0,05$)

In de tabellen is te zien dat open vragen procentueel gezien vaker tot specifieke herinneringen hebben geleid dan gesloten vragen. Het verschil tussen de percentages waarin

deze twee typen vragen effectief zijn in het oproepen van specifieke herinneringen is echter beperkt. Na het uitvoeren van een chi-kwadraattoets waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen ofwel open -, ofwel gesloten vragen, blijkt dat er geen reden is om te veronderstellen dat er een verband bestaat tussen ofwel open - ofwel gesloten vragen en de specificiteit van de herinneringen van de deelnemers ($X^2 = 1,4$ df = 1 $p > 0,20$).

In tabellen 6 en 7 is te zien dat zowel bij open- als gesloten vraag- of reactietypen doorvragen/concretiseren één van de vraag- en reactietypen is die het vaakst leidt tot specifieke herinneringen. Uitgaande van de percentages in tabellen 6 en 7 zou echter ook geconcludeerd kunnen worden dat onderbreking en negatieve reacties verminderen het vaakst tot specifieke herinneringen leiden. Om te kijken of er sprake is van een significant verschil, of dat het verschil berust op toeval wordt de chi-kwadraattoets uitgevoerd. Uit de chi-kwadraattoets blijkt dat er wel reden is om een verband te veronderstellen tussen open vraag- en reactietypen en specificiteit van het antwoord (X^2 van 12,2 df = 5, $p < 0,05$).

Om te kijken welke open vraag- of reactietypen een significant verband hebben met specificiteit worden ook hiervan de gestandaardiseerde residuen berekend (Everitt, 1992). Van de vraag- of reactietypen die bekeken worden blijkt dat alleen het vraagtype protocolvraag een significant verband heeft met specificiteit (het gestandaardiseerde residu is -2,5 $p < 0,05$). Dit betekent dat van de open vraag- en reactietypen het vraagtype protocolvraag minder vaak dan verwacht tot een specifiek antwoord heeft geleid.

Uit de chi-kwadraattoets die kijkt naar het verband tussen gesloten vraag- of reactietypen en specificiteit van het antwoord blijkt dat er wel reden is om een verband te veronderstellen tussen gesloten vraag- en reactietypen en specificiteit van het antwoord ($X^2 = 45,1$ df = 9, $p < 0,0005$). Ook hierbij zijn de gestandaardiseerde residuen berekend (Everitt, 1992), Hieruit bleken zowel doorvragen (het gestandaardiseerde residu is -3,4) als doorvragen/concretiseren (het gestandaardiseerde residu is 4,3) een significant verband te hebben met specificiteit ($p < 0,05$). Van de gesloten vraag- en reactietypen leidt het vraagtype doorvragen minder vaak dan verwacht tot een specifieke herinnering, het vraagtype doorvragen/concretiseren leidt vaker dan verwacht tot een specifieke herinnering.

De vierde en laatste deelvraag is: *In hoeverre is er ontwikkeling te zien in het oproepen van specifieke herinneringen naarmate de cursus vordert?* Het is denkbaar dat er een waarneembaar verschil is in de mate van specificiteit naarmate de cursus vordert. Het zou kunnen dat mensen naarmate de cursus vordert minder moeite hebben om specifieke herinneringen op te halen. Om antwoord te vinden op deze laatste deelvraag

wordt eerst gekeken naar tabel 8. In deze tabel is te zien dat gesprek 1 procentueel gezien het vaakst tot specifieke herinneringen heeft geleid en gesprek 3 procentueel gezien het minst vaak. De percentages specifieke herinneringen van de vier gesprekken liggen echter allemaal relatief dicht bij elkaar. Uit de chi-kwadraattoets blijkt dat er geen reden is om een verband te veronderstellen tussen het gesprek en de mate van specificiteit van de antwoorden ($X^2 = 6,2$ df = 3, $p > 0,15$). Er blijkt dus geen sprake te zijn van een significante ontwikkeling in het oproepen van specifieke herinneringen naarmate de cursus vordert.

Tabel 8 Percentage specifieke herinneringen per gesprek

	Specifieke herinneringen	Totaal antwoorden	Percentage specifieke herinneringen
gesprek 1	185	1184	15,6
gesprek 2	160	1084	14,8
gesprek 3	128	1047	12,2
gesprek 4	107	809	13,2

4. Discussie

4.1 Antwoorden op de deelvragen en de hoofdvraag

De hoofdvraag die dit onderzoek probeert te beantwoorden is:

In hoeverre beïnvloeden de achtergrondkenmerken, het vraag- of reactietype en training de mate van specificiteit van de antwoorden in een life review therapie van ouderen met depressieve klachten in verpleeghuizen?

Door het beantwoorden van de hoofdvraag wordt meer duidelijkheid verkregen over factoren die mogelijk de effectiviteit van de life review therapie beïnvloeden. De uitkomsten kunnen worden gebruikt om life review therapieën te optimaliseren.

Om antwoord te krijgen op de hoofdvraag worden eerst de deelvragen beantwoord. De eerste deelvraag is: In hoeverre lukt het ouderen om specifieke herinneringen op te roepen?

Het lukt ouderen wel om specifieke herinneringen op te roepen. In totaal zijn 14,1% van de antwoorden van deelnemers specifieke herinneringen. Naast het percentage specifieke antwoorden is er ook gekeken naar het percentage specifiek beantwoorde protocolvragen. Van de 350 gestelde protocolvragen wordt 42,9% met een specifieke herinnering beantwoord. Sommige ouderen zijn significant beter dan anderen in het ophalen van specifieke herinneringen, hierover meer bij het antwoord op de tweede deelvraag.

De tweede deelvraag is: Is er een verschil tussen de verschillende deelnemers in het oproepen van specifieke herinneringen, zo ja houdt dit verband met leeftijd, depressieve klachten, burgerlijke staat, opleiding of depressiescore?

Er is een verschil tussen de verschillende deelnemers. Bepaalde deelnemers blijken beter in staat te zijn specifieke herinneringen op te roepen dan anderen. Uit de resultaten blijkt dat mannelijke deelnemers; oudere deelnemers; deelnemers met een hoger opleidingsniveau; deelnemers die geen partner (meer) hebben; deelnemers met een hogere depressiescore op de voormeting; en deelnemers die verbetering laten zien wat betreft hun depressiescore vaker dan verwacht specifieke herinneringen oproepen. Vrouwelijke deelnemers; jongere deelnemers; deelnemers met een lager opleidingsniveau; deelnemers met een partner; deelnemers met een lagere depressiescore op de voormeting; en deelnemers die verslechteren wat betreft hun depressiescore roepen minder vaak dan verwacht specifieke herinneringen op.

Hierbij moet worden opgemerkt dat, doordat er sprake is van een beperkte hoeveelheid deelnemers, de scores beïnvloed kunnen worden door deelnemers met een extreme score. Eén van de deelnemers heeft vooral een extreme score wat betreft het percentage specifieke herinneringen en deze deelnemer voldoet aan 4 van de 6 bovengenoemde achtergrondkenmerken die een positief verband hebben met specificiteit. Hierdoor rijst de vraag in hoeverre die specifieke deelnemer een invloed heeft op de in dit onderzoek gevonden verbanden met betrekking tot achtergrondkenmerken en specificiteit.

De derde deelvraag is: Is er een verband tussen de vraag- of reactietypen en de mate van specificiteit die ze oproepen?

Er is inderdaad een verband tussen vraag- of reactietypen en specificiteit. Uit de resultaten komt naar voren dat er 2 vraagtypen zijn die vaker dan verwacht tot specifieke herinneringen leiden, namelijk doorvragen/concretiseren en keuzevragen. Er zijn 2 vraagtypen die minder vaak dan verwacht tot specifieke herinneringen leiden, namelijk doorvragen en open protocolvragen (protocolvragen die als open vraag gesteld zijn).

Het antwoord op de laatste deelvraag: In hoeverre is er ontwikkeling te zien in het oproepen van specifieke herinneringen naarmate de cursus vordert?

Er is geen ontwikkeling te zien in het oproepen van specifieke herinneringen naarmate de cursus vordert.

Tenslotte het antwoord op de hoofdvraag: In hoeverre beïnvloeden de achtergrondkenmerken, het vraag- of reactietype en training de mate van specificiteit van de antwoorden in een life review therapie van ouderen met depressieve klachten in verpleeghuizen?

Zowel achtergrondkenmerken als vraag- of reactietypen hebben een verband met de specificiteit van antwoorden in de life review therapie. In dit onderzoek bleek training niet te leiden tot een ontwikkeling in het oproepen van specifieke herinneringen door de deelnemers.

Alle achtergrondkenmerken bleken een significant verband te hebben met specificiteit. Samenvattend zou in theorie volgens de resultaten van dit onderzoek een oudere man met een hoog opleidingsniveau, die geen echtgenoot (meer) heeft en die een hoge depressiescore op de voormeting heeft, maar verbetering laat zien op zijn depressiescore de meeste specifieke herinneringen ophalen. Daarentegen zal een jongere vrouw met een laag opleidingsniveau die

wel een echtgenoot heeft en een lage depressiescore op de voormeting, maar verslechtering op haar depressiescore de minste specifieke herinneringen ophalen.

Wat de vraag- en reactietypen betreft hebben 2 vraagtypen een significant positief verband met specificiteit, namelijk keuzevragen en doorvragen/concretiseren. Er zijn 2 vraagtypen die een significant negatief verband hebben met specificiteit, namelijk doorvragen en open protocolvragen. Bij het uitvoeren van life review therapieën zou het belangrijk zijn dat de interviewers veel gebruik maken van die vraagtypen die een significant positief verband blijken te hebben met specificiteit en juist minder gebruik maken van die vraagtypen die een significant negatief verband hebben met specificiteit.

4.2 Interpretatie

Uit de resultaten is gebleken dat 14,1% van de antwoorden van de deelnemers een specifieke herinnering is. Dit betekent dat ongeveer 1 op de 7 antwoorden of reacties specifiek is. De 7 deelnemers hebben samen 580 specifieke antwoorden gegeven. Dit zijn gemiddeld ongeveer 83 specifieke antwoorden of reacties per persoon en ongeveer 21 specifieke antwoorden of reacties per gesprek. Als gekeken wordt naar het aantal gestelde protocolvragen blijkt dat op 42,9% van de protocolvragen een specifiek antwoord wordt gegeven. In paragraaf 1.3, over het autobiografisch geheugen, komt naar voren dat een experimentele groep van emotioneel gestoorde patiënten in ongeveer de helft van de gevallen categorieën van gelijkende gebeurtenissen opsommen in plaats van dat zij zich een specifieke ervaring wisten te herinneren (Williams et al. 2007). In dit onderzoek halen deelnemers bij 57,1% van de vragen uit het protocol geen specifieke herinnering op. Dit komt redelijk overeen met wat er in het onderzoek van Williams en Broadbent (1986) naar voren kwam.

Er blijken grote verschillen te zijn tussen de verschillende deelnemers in het oproepen van specifieke herinneringen. Bepaalde deelnemers doen dit significant vaker dan anderen. Hoewel het aantal deelnemers in het onderzoek beperkt is, valt op dat de range van het percentage specifieke herinneringen die worden opgehaald groot is. Namelijk van 2,4% tot 61,9%.

Uit de resultaten in dit onderzoek komt naar voren dat mannen meer specifieke herinneringen ophalen dan verwacht, het tegenovergestelde is het geval voor vrouwen. Als gekeken wordt naar resultaten uit eerder onderzoek zou je verwachten dat vrouwen meer specifieke herinneringen ophalen en mannen minder (Davis, 1999; Fujita, Diener & Sandvik, 1991; Seidlitz & Diener, 1998). Deelnemer 9 is een mannelijke deelnemer en ook de

deelnemer met het hoogste percentage specifieke herinneringen. Als deelnemer 9 wordt uitgesloten van de berekeningen blijft de conclusie echter hetzelfde. De extreme score van deelnemer 9 biedt dus geen verklaring voor het onverwachte resultaat.

Als gekeken wordt naar de achtergrondkenmerken blijkt dat in dit onderzoek de mannen in vergelijking tot de vrouwen een lagere score hebben wat depressiescore betreft, zowel op de voor- als op de nameting. Uit eerder onderzoek is naar voren gekomen dat depressie een negatieve invloed heeft op het ophalen van specifieke herinneringen (Clark & Teasdale, 1982; Dickson & Bates, 2006; Serrano, Latorre, Gatz & Montanes, 2004; Teasdale & Fogarty, 1979; Williams et al., 2007; Williams & Broadbent, 1986). Een verklaring zou dan kunnen zijn dat mannen in dit onderzoek meer specifieke herinneringen ophalen omdat ze minder last hebben van depressieve klachten. Uit dit onderzoek komt echter naar voren dat mensen die meer depressieve klachten hebben op de voormeting meer specifieke herinneringen ophalen. De lagere depressiescore van de deelnemende mannen lijkt dus ook geen verklaring te zijn voor het onverwachte resultaat in dit onderzoek.

Als verder gekeken wordt naar de achtergrondkenmerken blijken alle deelnemende mannen verweduwd te zijn. Verweduwd zijn heeft een positief verband met specificiteit in dit onderzoek. Alle deelnemende vrouwen zijn ofwel ongehuwd, ofwel nog steeds gehuwd. Ongehuwd zijn blijkt geen verband te hebben met specificiteit, gehuwd zijn blijkt een negatief verband te hebben met specificiteit. Mogelijk heeft het verschil in burgerlijke staat van de deelnemende mannen en vrouwen voor het onverwachte resultaat gezorgd.

Naast deze mogelijke verklaring voor het verschil tussen mannen en vrouwen wat betreft het oproepen van specifieke herinneringen kan er een andere oorzaak zijn voor het onverwachte resultaat. Er zijn 3 artikelen bekeken in dit onderzoek die een uitspraak doen over het verband tussen geslacht en specificiteit. Het artikel van Davis (1999), het artikel van Fujita, Diener en Sandvik (1991) en het artikel van Seidlitz en Diener (1998). In al deze artikelen is er een verschil in de manier waarop mensen aangespoord worden om specifieke herinneringen op te halen. In dit onderzoek wordt er aan de hand van een protocol met verschillende vragen over verschillende levensgebeurtenissen geprobeerd om specifieke herinneringen te verkrijgen. In de onderzoeken van Davis (1999), Fujita, Diener en Sandvik (1991) en Seidlitz en Diener (1998) wordt aan deelnemers gevraagd of zij zoveel mogelijk positieve of negatieve herinneringen kunnen noemen aan de hand van verschillende emoties die gebeurtenissen oproepen. Mannen en vrouwen kunnen mogelijk verschillen in de manier

waarop zij het beste specifieke herinneringen ophalen. Mogelijk is het verschil tussen mannen en vrouwen wat betreft het oproepen van specifieke herinneringen hierdoor te verklaren.

Omdat volgens eerder onderzoek oudere mensen meer moeite hebben met het ophalen van specifieke herinneringen (West, Crook & Barron, 1992; Williams et al., 2007) zou je verwachten dat in dit onderzoek uit de resultaten zou blijken dat de oudere deelnemers minder specifieke herinneringen ophalen dan de jongere deelnemers. Uit de resultaten in dit onderzoek komt echter het tegenovergestelde naar voren.

Deelnemer 9 is de op één na oudste deelnemer en heeft de hoogste score wat betreft het percentage specifieke herinneringen. Als gekeken wordt in hoeverre deelnemer 9 een invloed heeft op de resultaten wat betreft het verband tussen leeftijd en specificiteit, blijkt dat na weglaten van deelnemer 9 er niet langer een significant verband is tussen leeftijd en specificiteit. Hieruit kan opgemaakt worden dat deelnemer 9 inderdaad een invloed heeft op het verband. Ook na het weglaten van deze deelnemer, kan in dit onderzoek echter niet worden geconcludeerd dat ouderen meer moeite hebben met het ophalen van specifieke herinneringen.

Bij de groep oudere deelnemers en de groep jongere deelnemers valt vooral op dat de mannen in de meerderheid zijn in de oudere groep en de vrouwen in de meerderheid in de jongere groep. Omdat alle mannen in dit onderzoek verweduwd zijn is er ook een meerderheid van verweduwden in de oudere groep. Deze beide achtergrondkenmerken (man zijn en bij de oudere groep horen) hebben een positief verband met specificiteit. Dit verschil in deelnemers in deze groepen kan mogelijk een verklaring zijn voor het onverwachte verband.

Een andere mogelijke verklaring voor deze onverwachte uitkomst is dat in het onderzoek van West, Crook en Barron (1992) een andere groep is onderzocht dan de deelnemers die in dit onderzoek onderzocht worden. De groep deelnemers van West, Crook en Barron (1992) bijvoorbeeld heeft een gemiddelde leeftijd van 46,3 jaar. Dit is een behoorlijk stuk jonger dan de gemiddelde leeftijd van de deelnemers in dit onderzoek (86,6 jaar). In het onderzoek van West, Crook en Barron (1992) waren er slechts 18 deelnemers ouder dan 80 en geen enkele deelnemer was ouder dan 90.

Het zou kunnen dat er boven een bepaalde leeftijd geen significant verschil is wat betreft specificiteit tussen de mensen die net boven die leeftijd zijn en mensen die wat ouder zijn. Het zou bijvoorbeeld kunnen dat mensen van 20 tot 60 jaar wel beter zijn in het ophalen van specifieke herinneringen dan mensen van 60 tot 100 jaar, maar dat mensen van 70 tot 85 jaar

niet in het bijzonder beter zijn in het ophalen van specifieke herinneringen dan mensen van 85 tot 100 jaar. Om hierover meer duidelijkheid te krijgen zou meer onderzoek uitgevoerd moeten worden.

Mensen met een hoog opleidingsniveau halen volgens eerder onderzoek meer specifieke herinneringen op dan mensen met een laag opleidingsniveau. Uit de resultaten in dit onderzoek komt hetzelfde naar voren, mensen met een hoog opleidingsniveau halen vaker dan verwacht specifieke herinneringen op en mensen met een laag opleidingsniveau blijken minder vaak dan verwacht specifieke herinneringen op te halen (West, Crook & Barron, 1992). Deze uitkomst moet het met enige terughoudendheid geïnterpreteerd worden, aangezien er in dit onderzoek slechts één deelnemer is met een hoog opleidingsniveau 4.

De opvallende score van deelnemer 9 heeft enigszins invloed op het verband tussen opleidingsniveau en specificiteit. Deelnemer 9 heeft namelijk een ‘middel tot hoog’ opleidingsniveau, en het ‘middel tot hoge’ opleidingsniveau heeft in dit onderzoek geen significant verband met specificiteit. Als deelnemer 9 wordt uitgesloten van de berekeningen heeft het ‘middel tot hoge’ opleidingsniveau echter wel een significant negatief verband met specificiteit. Op dat moment is het verband slechts gebaseerd op de resultaten van één deelnemer, de deelnemer met het laagste percentage specifieke herinneringen.

Burgerlijke staat blijkt ook een verband te hebben met specificiteit. Mensen met een echtgenoot blijken minder specifieke herinneringen te noemen dan verwacht. Mensen zonder echtgenoot blijken meer specifieke herinneringen te noemen dan verwacht. Dit is niet in overeenstemming met wat uit ander onderzoek naar voren is gekomen (West, Crook & Barron, 1992).

De opvallende score van deelnemer 9 zou een invloed kunnen hebben op het verband tussen burgerlijke staat en specificiteit. Deelnemer 9 heeft namelijk het hoogste percentage specifieke herinneringen én is verweduwd. Na weglaten van deelnemer 9 uit de berekeningen blijkt echter dat de conclusie hetzelfde blijft.

Een verklaring kan ook liggen in de achtergrondkenmerken. Hierbij valt namelijk op dat alle mannelijke deelnemers in dit onderzoek verweduwd zijn. Van de twee groepen die hier onderzocht worden, mensen met en mensen zonder echtgenoot is van de 5 deelnemers zonder echtgenoot de meerderheid mannelijk. Dit is opvallend, omdat vrouwen in de meerderheid zijn in dit onderzoek. Eerder bleek al dat mannen beter in staat blijken te zijn om specifieke herinneringen op te roepen dan vrouwen. Mogelijk heeft het feit dat de meerderheid van de

deelnemers zonder partner mannelijk is, invloed gehad op het verband tussen burgerlijke staat en specificiteit. Zoals eerder ook beschreven kan echter ook het omgekeerde het geval zijn. Namelijk dat gehuwd zijn een negatief verband heeft met specificiteit van herinneringen voor deze leeftijdsgroep en dat daardoor alle mannelijke deelnemers vaker specifieke herinneringen ophalen, omdat alle mannelijke deelnemers in dit onderzoek verweduwd zijn. Om hierover meer duidelijkheid te krijgen zou meer onderzoek uitgevoerd moeten worden.

Uit eerder onderzoek is gebleken dat depressieve mensen moeite hebben met het oproepen van specifieke herinneringen (Clark & Teasdale, 1982; Dickson & Bates, 2006; Serrano, Latorre, Gatz & Montanes, 2004; Teasdale & Fogarty, 1979; Williams et al., 2007; Williams & Broadbent, 1986). Naar verwachting halen mensen met een hogere depressiescore dus minder vaak specifieke herinneringen op dan mensen met een minder hoge depressiescore. Als er gekeken wordt naar de depressiescore op de voormeting is er echter een onverwachte uitkomst. Mensen met een hogere depressiescore blijken juist vaker dan verwacht specifieke herinneringen op te halen, terwijl mensen met een lagere depressiescore minder vaak dan verwacht specifieke herinneringen ophalen.

Omdat deelnemer 9 een opvallend hoog percentage specifieke herinneringen heeft zijn verschillende berekeningen ook uitgevoerd zonder deelnemer 9. Deelnemer 9 is niet meegenomen in de berekening wat betreft het verband tussen de depressiescore op de voormeting en specificiteit, omdat de depressiescore op de voormeting van die deelnemer onbekend is. De opvallende score van deelnemer 9 biedt in dit geval dus geen mogelijke verklaring voor de onverwachte uitkomst.

De achtergrondkenmerken bieden in dit geval echter ook niet geheel een verklaring voor de onverwachte uitkomst. Wat betreft de depressiescore op de voormeting blijken 4 achtergrondkenmerken die een negatief verband hebben met specificiteit vaker voor te komen bij de groep die een hogere score heeft dan bij de groep die een lagere score heeft. Desondanks halen de deelnemers met een hogere score op de voormeting meer specifieke herinneringen op dan de deelnemers met een lagere score op de voormeting. De achtergrondkenmerken van de deelnemers lijken in dit geval dus geen verklaring voor het gevonden verband te bieden.

Als gekeken wordt naar de artikelen waaruit blijkt dat depressie een negatieve invloed heeft op specificiteit van de herinneringen (Clark & Teasdale, 1982; Dickson & Bates, 2006; Teasdale & Fogarty, 1979; Williams et al., 2007; Williams & Broadbent, 1986) valt op dat de manier van aansporing om specifieke herinneringen op te roepen in de onderzoeken in die

artikelen anders is dan in dit onderzoek. In alle artikelen die bekeken zijn wordt namelijk gebruik gemaakt van woorden die als stimulans worden gebruikt om specifieke herinneringen op te halen en niet van protocollen met uitgebreide vragen die tot een specifieke herinnering kunnen leiden zoals in dit onderzoek. Mogelijk hebben mensen met depressieve klachten meer baat bij de manier waarop in de artikelen wordt aangespoord om specifieke herinneringen op te halen en mogelijk is dit verschil in aansporing dan een verklaring voor de onverwachte uitkomst.

De gevonden uitkomst van het verband tussen de verschillscore en specificiteit lijkt meer in lijn met eerder onderzoek. Mensen die verbeteren wat betreft hun depressiescore halen vaker dan verwacht specifieke herinneringen op, terwijl mensen die verslechteren wat betreft hun depressiescore minder vaak dan verwacht specifieke herinneringen ophalen.

Na het weglaten van deelnemer 9 bij deze berekening verandert echter het verband. Mensen die verbeteren wat betreft hun depressiescore halen dan minder specifieke herinneringen op dan verwacht, terwijl mensen die verslechteren wat betreft hun depressiescore meer specifieke herinneringen ophalen dan verwacht. Deelnemer 9 heeft blijkbaar een aanzienlijke invloed op de berekening. De uitkomst zonder deelnemer 9 is onverwacht.

Er zijn een aantal onverwachte verbanden tussen enkele achtergrondkenmerken en specificiteit die in dit onderzoek naar voren komen. Dit zou kunnen worden veroorzaakt doordat in dit onderzoek gebruik wordt gemaakt van een beperkte hoeveelheid deelnemers. Deze verbanden moeten daarom met enige terughoudendheid worden geïnterpreteerd. Bij deze berekeningen worden de 7 deelnemers namelijk verder opgedeeld in verschillende groepen. Dit betekent dat deelnemers met extreme scores een aanzienlijke invloed kunnen hebben op de berekeningen. Dit blijkt bijvoorbeeld het geval te zijn bij het verband tussen leeftijd en specificiteit, het verband tussen de verschillscore van depressie en specificiteit en het verband tussen depressiescore op de voormeting en specificiteit.

In dit onderzoek is daarnaast gekeken of er een verband is tussen vraag- of reactietypen en de mate van specificiteit die ze oproepen. Uit dit onderzoek komt naar voren dat bepaalde vraagtypen vaker dan verwacht leiden tot specifieke herinneringen en sommige vraag- of reactietypen minder vaak dan verwacht tot specifieke herinneringen leiden. Dit is niet verwonderlijk als je in gedachten houdt dat sommige vraag- of reactietypen niet in het

bijzonder gericht zijn op het uitlokken van specifieke herinneringen. Sommige vragen of reacties zijn bijvoorbeeld gericht op het uitvoeren van het protocol (zoals de reactietypen onderbreking, negatieve reacties verminderen en terugleiden naar het onderwerp). Andere typen vragen of reacties leiden door het karakter van de vraag of reactie niet vaak tot specifieke herinneringen, zoals suggestieve vragen, gerichte vragen en meervoudige vragen. Suggestieve vragen en gerichte vragen leiden bijvoorbeeld vaak tot korte bondige antwoorden. Meervoudige vragen kunnen ervoor zorgen dat mensen niet weten op welke vraag ze in moeten gaan, omdat er meerdere vragen zijn. Verder is er nog een restcategorie die vooral bestaat uit bevestigende reacties van de interviewer op een verhaal van een deelnemer, ook dit reactietype leidt logischerwijs niet vaak tot specifieke herinneringen.

Uit de resultaten blijkt dat er geen significant verschil is tussen ofwel open- ofwel gesloten vragen en specificiteit. Open vragen leiden normaal gesproken tot uitgebreidere antwoorden dan gesloten vragen. Daarom zou je kunnen verwachten dat open vragen ook vaker tot specifieke herinneringen leiden. Uit de resultaten blijkt echter dat open vragen in vergelijking tot gesloten vragen niet significant vaker leiden tot specifieke herinneringen. Tijdens life review therapieën is het belangrijk om gebruik te maken van bepaalde vraag- of reactietypen, omdat bepaalde vraag- of reactietypen er blijkbaar vaker toe leiden dat mensen specifieke herinneringen kunnen oproepen dan andere vraag- of reactietypen. Deze vraagtypen zijn doorvragen/concretiseren en keuzevragen. Er zijn echter ook 2 vraagtypen die minder vaak dan verwacht tot een specifieke herinnering leiden, namelijk doorvragen en open protocolvragen (protocolvragen die als open vraag gesteld zijn). Het zou goed zijn als in de protocollen van life review therapieën van die vraagtypen minder gebruik wordt gemaakt. Wat bovendien duidelijk wordt als gekeken wordt naar de getranscribeerde gesprekken is dat protocolvragen alleen vaak niet genoeg zijn om specifieke herinneringen op te roepen. Om specifieke herinneringen uit te lokken helpt het om na het stellen van een protocolvraag te proberen om verhalen concreter te maken, ook het stellen van keuzevragen, waarbij ingegaan wordt op wat een deelnemer verteld heeft, kan helpen om specifieke herinneringen op te roepen bij deelnemers. Het is belangrijk dat interviewers voor het voeren van de life review therapie gesprekken ervan op de hoogte zijn dat het belangrijk is om na protocolvragen vooral te proberen de verhalen concretiseren en dat ze handvatten krijgen in de vorm van andere vraag- of reactietypen die kunnen helpen om alsnog een specifieke herinnering op te roepen als het stellen van protocolvragen alleen niet afdoende blijkt te zijn.

In de resultaten van dit onderzoek is geen ontwikkeling te zien in het oproepen van specifieke herinneringen naarmate de cursus vordert. Dit is een onverwachte uitkomst. Je zou op basis van literatuur (Serrano et al., 2004) verwachten dat de deelnemers naarmate de cursus vordert beter worden in het oproepen van specifieke herinneringen doordat hiermee tijdens de voorgaande gesprekken geoefend wordt. In tegenstelling tot wat gevonden werd in het onderzoek van Serrano et al. (2004), blijkt dat in dit onderzoek niet zo te zijn.

Mogelijk is het zo dat verbetering in het oproepen van specifieke herinneringen pas te zien is nadat er langere tijd geoefend wordt met de deelnemers. In het onderzoek van Serrano et al. (2004) werd de verbetering in het oproepen van specifieke herinneringen bijvoorbeeld gevonden na een 8 weken durend onderzoek.

Daarnaast kan een verklaring gezocht worden in de leeftijd van de deelnemers van de onderzoeken. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers van het onderzoek van Serrano et al. (2004) was 77,2 jaar. In dit onderzoek is de gemiddelde leeftijd 86,6 jaar. Mogelijk maken mensen naarmate ze ouder worden minder ontwikkeling door wat betreft het oproepen van specifieke herinneringen.

4.3 Beperkingen en sterke punten van dit onderzoek

Een beperking van dit onderzoek is dat er van een beperkt aantal deelnemers in de experimentele groep (7 van de 43) de gesprekken zijn geanalyseerd. Er is onderzoek onder een grotere populatie nodig om de generaliseerbaarheid van de uitkomsten in dit onderzoek te kunnen vaststellen. Als gekeken wordt naar de deelnemers in dit onderzoek en de overige 36 deelnemers waarbij de therapie ook is toegepast blijkt namelijk al dat er enkele verschillen zijn tussen die deelnemers. In dit onderzoek zijn alle deelnemende mannen bijvoorbeeld verweduwd. Uit een onderzoek onder een grotere populatie moet dan blijken in hoeverre de scheve verdeling van achtergrondkenmerken bij bepaalde berekeningen in dit onderzoek de onderzoeksuitkomsten heeft beïnvloed. Door het kwalitatieve karakter van dit onderzoek, en de grote hoeveelheid analysemateriaal is het echter tijdrovend om hetzelfde onderzoek uit te voeren met een grotere populatie.

Een andere beperking is dat de codering van de vragen en de antwoorden door één persoon is uitgevoerd. Hierdoor is er geen controle met betrekking tot de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Dit betekent dat niet duidelijk is in hoeverre persoonlijke kenmerken een invloed hebben op de codering van de vragen en de antwoorden. Voor de codering van de vragen was bovendien nog geen systeem beschikbaar, daarom is voor dit onderzoek een systeem ontwikkeld. Naar de betrouwbaarheid hiervan is geen onderzoek verricht. Het

coderingsysteem is echter zorgvuldig opgesteld door middel van overleg en analyse van verschillende vraag- en reactietypen.

Het feit dat de life review therapiegesprekken door masterstudenten gevoerd zijn kan mogelijk ook een beperking zijn van dit onderzoek. Opvallend was namelijk dat bij één van de deelnemers, de gesprekken met de interviewer soms stroef verliepen. Dit kan betekenen dat de relatie tussen de deelnemer en de interviewer invloed heeft op de mate van specificiteit van de deelnemer. Het zou kunnen dat masterstudenten door hun onervarenheid in vergelijking met professionals hier vaker mee te maken hebben.

Naast deze mogelijke beperkingen is, zoals al aangegeven, een sterk punt van dit onderzoek dat er veel materiaal wat betreft vraagtypen en specifieke herinneringen geanalyseerd is. Daardoor hebben de uitkomsten een grotere betrouwbaarheid. Eenzelfde onderzoek zou lastig te realiseren zijn bij een grote steekproef, omdat het erg tijdrovend is.

Een ander sterk punt is dat hoewel er in dit onderzoek sprake is van een beperkt aantal deelnemers, met alle deelnemers meerdere gesprekken zijn gevoerd waarin specifieke herinneringen opgehaald worden. De kans dat er toevallige factoren zijn die een invloed hebben op de resultaten wat betreft de specificiteit van de herinneringen is hierdoor kleiner en de betrouwbaarheid hoger.

Nog een sterk punt is dat in dit onderzoek niet alleen gekeken wordt naar het effect van de life review therapie, maar dat er ook gekeken wordt naar de life review therapie zelf. Dit is een van de eerste onderzoeken die analyseert wat er gebeurt tijdens de life review therapie. De meeste andere onderzoeken zijn vooral gericht op de effecten van life review therapie door bijvoorbeeld te kijken naar voor- en nametingen van depressiescores en gaan niet dieper in op de inhoud van de gevoerde gesprekken. Dit onderzoek is een van de weinige ‘in depth’ studies.

Dit kwalitatieve onderzoek is ook een toevoeging in het kader van effectonderzoek, hierdoor kun je specifiek kijken naar wat er gedaan is en dit levert waardevolle informatie op over wat de therapie effectief maakt, maar ook welke factoren daar niet aan bijdragen. Hierdoor ontstaat inzicht in wat er mogelijk verbeterd kan worden aan de therapie.

Daarnaast is, door te kijken naar de gesprekken zelf, duidelijk te zien of de therapie naar behoren is uitgevoerd.

4.4 Aanbevelingen voor in de praktijk en toekomstig onderzoek

Door dit onderzoek is er meer inzicht in wat er precies gebeurt tijdens life review therapie gesprekken en welke factoren van invloed zijn op de effectiviteit van een life review therapie. Het geeft meer inzicht in hoe het protocol wordt uitgevoerd en wat hieraan verbeterd kan worden. Uit de resultaten wordt namelijk duidelijk dat er bepaalde vraagtypen zijn die vaker dan verwacht tot specifieke herinneringen hebben geleid, terwijl andere vraagtypen juist minder vaak dan verwacht tot specifieke herinneringen hebben geleid.

Interviewers kunnen het beste gebruik maken van keuzevragen en doorvragen/concretiseren, om ervoor te zorgen dat deelnemers zoveel mogelijk specifieke herinneringen ophalen tijdens de life review therapie gesprekken. Protocollen van life review therapieën kunnen hierop aangepast worden.

In dit onderzoek is daarnaast naar voren gekomen dat het stellen van protocolvragen alleen vaak niet direct leidt tot het ophalen van een specifieke herinnering. Het is daarom aan te bevelen dat interviewers na de protocolvraag ook andere vragen stellen, omdat dit er toe kan leiden dat een deelnemer alsnog een specifieke herinnering op kan halen. Het is belangrijk dat interviewers hierop geattendeerd worden voor aanvang van de therapie, zodat ze hierop voorbereid zijn bij de life review therapie gesprekken.

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat er bepaalde mensen zijn die meer moeite hebben met het ophalen van specifieke herinneringen. De verbanden die uit dit onderzoek naar voren komen moeten echter met enige terughoudendheid worden geïnterpreteerd, omdat deze gebaseerd zijn op 7 deelnemers. Een aanbeveling is dat er een onderzoek naar het verband van achtergrondkenmerken met specificiteit onder een grotere populatie wordt gehouden. Hierbij is het belangrijk dat de onderzochte deelnemers een representatieve weergave zijn van de totale populatie en dat de verschillende achtergrondkenmerken voldoende vertegenwoordigd zijn. Door meer onderzoek hiernaar kan duidelijk worden bij welke mensen de therapie naar behoren werkt en bij welke mensen de therapie minder goed werkt.

Vaak worden therapieën toegepast bij mensen bij wie deze effectief zijn gebleken. Het is echter ook interessant om onderzoek te doen waarom bij bepaalde mensen de life review therapie minder effect lijkt te hebben. Mogelijk zijn voor die groep mensen andere aanpassingen aan de therapie nodig om de effectiviteit van de life review therapie voor die groep te verbeteren. Op basis van de verbanden die in dit onderzoek zijn gevonden zou dit gelden voor vrouwelijke deelnemers, jongere deelnemers, deelnemers met een lager

opleidingsniveau, deelnemers met een lage depressiescore en deelnemers die na een life review therapie meer depressieve klachten hebben.

Het was al bekend dat life review therapie een positief effect heeft op ouderen met depressieve klachten. In dit onderzoek zijn ouderen bekeken in verpleeghuizen. Onderzoek onder een andere populatie is nodig om vast te kunnen stellen of de uitkomsten van dit onderzoek ook generaliseerbaar zijn naar andere populaties, bijvoorbeeld 65-plussers buiten verpleeghuizen, of een jongere populatie.

5. Referenties

- Baller, M., Boorsma, M., Frijters, D. H. M., van Marwijk, H. W. J., Nijpels, G., & van Hout, H. P. J. (2010). Depression in Dutch homes for the elderly: under-diagnosis in demented residents? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 712-718.
- Beekman, A. T. F., Penninx, B. W. J. H., Deeg, D. J. H., De Beurs, E., Geerlings, S. W., & Van Tilburg, W. (2002). The impact of depression on the well-being, disability and use of services in older adults a longitudinal perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 20-27.
- Binder, B. K., Mastel-Smith, B., Hersch, G., Symes, L., Malecha, A., & McFarlane, J. (2009). Community-dwelling, older women's perspectives on therapeutic life review: A qualitative analysis. *Issues in Mental Health Nursing*, 30, 288-294.
- Bohlmeijer, E. T., Roemer, M., Cuijpers, P., & Smit, F. (2007). The effects of life-review on psychological well-being in older adults: a meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 11(3), 291-300.
- Bohlmeijer, E., Smit, F., & Cuijpers, P. (2003). Effects of reminiscence and life review on late-life depression: A meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 1088-1094.
- Bohlmeijer, E., Steunenberg, B., Leontjevas, R., Mahler, M., Daniël, R., & Gerritsen, D. (2010). Dierbare herinneringen Protocol voor individuele life-review therapie gebaseerd op autobiografische oefening. Enschede: Universiteit Twente.
- Bruce, M., & Leaf, P. J. (1989). Psychiatric disorders and 15-month mortality in a community sample of older adults. *American Journal of Public Health*, 79(6), 727-730.
- Butler, R. N. (1963). The life-review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26, 65-76.
- CBS (2011). Kerncijfers van diverse bevolkingsprognoses en waarneming. Verkregen op 17, juni, 2011 van <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=70737ned&D1=0-7&D2=78&D3=59,65,70,75,80,85,90,95,100,105,1&HDR=T&STB=G1,G2&VW=T>.
- CBS (2012¹). Huishoudens: personen naar herkomst 2011-2060. Verkregen op 10, oktober, 2012 van <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=80976ned&D1=7&D2=0&D3=0,1&D4=0&D5=0&D6=0,4,9,14,19,24,29,34,39,44&HD=1210101624&HDR=T&STB=G1,G2,G3,G4,G5>
- CBS (2012²). Personen in institutionele huishoudens. Verkregen op 10, oktober, 2012 van <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=70791ned&D1=05,8&D2=a&D3=110-116&D4=0,5,10,14-16&HD=1210101434&HDR=T&STB=G1,G3,G2&P=P>
- Clark, D. M., & Teasdale, J. D. (1982). Diurnal variations in clinical depression and accessibility of memories of positive and negative experiences. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 87-95.

- Cole, M. G., Bellavance, F., & Mansour, A. (1999). Prognosis of depression in elderly community and primary care populations: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 156(8), 1182-1189.
- Cuijpers, P., & Smit, F. (2002). Excess mortality in depression: a meta-analysis of community studies. *Journal of Affective Disorders*, 72, 227-236.
- Dagleish, T., Spinks, H., Yiend, J., & Kuyken, W. (2001). Autobiographical memory style in seasonal affective disorder and its relationship to future symptom remission. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 335– 340.
- Davis, P. J. (1999). Gender differences in autobiographical memory for childhood emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(3), 498-510.
- Dickson, J. M., & Bates, G. W. (2006). Autobiographical memories and views of the future: In relation to dysphoria. *International Journal of Psychology*, 41(2), 107-116.
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. New York: Norton.
- Erikson, E. H., Erikson, J. M., & Kivnick, H. Q. (1986). *Vital involvement in old age*. New York: Norton.
- Everitt, B. S. (1992). *The analysis of contingency tables* (2nd ed.). London: Chapman & Hall.
- Falck, R. P., Pot, A. M., Braam, A. W., Hanewald, G. J., & Ribbe, M. W. (1999). Prevalence and diagnosis of depression in frail nursing home patients a pilot study. *Tijdschrift voor Gerontologische Geriatrie*, 30(5), 193-199.
- Fujita, F., Diener, E., & Sandvik, E. (1991). Gender differences in negative affect and well being: The case for emotional intensity, *Journal of Personality and social Psychology*, 61(3), 427-434.
- Geerlings, S. W., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., Twisk, J. W. R., & Van Tilburg, W. (2002) Duration and severity of depression predict mortality in older adults in the community. *Psychological Medicine*, 32, 609-618.
- Goddard, L., Dritschel, B., & Burton, A. (1996). Role of autobiographical memory in social problem solving and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 609–616.
- Gurland, B., Wilder, D. E., & Berkman, C. (1988). Depression and disability in the elderly: Reciprocal relations and changes with age. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 3, 163-179.
- Harvey, A. G., Bryant, R. A., & Dang, S. T. (1998). Autobiographical memory in acute stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 500–506.
- Henderson, D., Hargreaves, I., Gregory, S., & Williams, J. M. G. (2002). Autobiographical memory and emotion in a non-clinical sample of women with and without a reported history of childhood sexual abuse. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 129–141.

- Hermans, D., Van den Broeck, K., Belis, G., Raes, F., Pieters, G., & Eelen, P. (2004). Trauma and autobiographical memory specificity in depressed inpatients. *Behaviour Research & Therapy*, 42, 775–789.
- Jaffe, A., Froom, J., & Galambos, N. (1994). Minor depression and functional impairment. *Archives of Family Medicine*, 3, 1081-1086.
- Jones, B., Heard, H., Startup, M., Swales, M., Williams, J. M. G., & Jones, R. S. P. (1999). Autobiographical memory and dissociation in borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 29, 1397–1404.
- Katon, W. (1996). The impact of major depression on chronic medical illness. *General Hospital Psychiatry*, 18, 215-219.
- Korte, J., Bohlmeijer, E. T., & Smit, F., (2009). Prevention of depression and anxiety in later life: design of a randomized controlled trial for the clinical and economic evaluation of a life-review intervention. *BioMed Central Public Health*, 9, 250-260.
- Kouzis, A., Eaton, W. W., & Leaf, P. J. (1995). Psychopathology and mortality in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30, 165-170.
- Laberg, S., & Andersson, G. (2004). Autobiographical memories in patients treated for bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 12, 34–41.
- Licht-Strunk, E., van der Windt, D. A., van Marwijk, H. W., de Haan, M., & Beekman, A. T. (2007). The prognosis of depression in older patients in general practice and the community. A systematic review. *Family Practice*, 24, 168-180.
- Mackinger, H. F., Loschin, G. G., & Leibetseder, M. M. (2000). Prediction of postnatal affective changes by autobiographical memories. *European Psychologist*, 5, 52–61.
- Mackinger, H. F., Pachinger, M. M., Leibetseder, M. M., & Fartacek, R. R. (2000). Autobiographical memories in women remitted from major depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 331–334.
- Mastel-Smith, B., Binder, B., Malecha, A., Hersch, G., Symes, L., & McFarlane, J. (2006). Testing therapeutic life review offered by home care workers to decrease depression among home-dwelling older women. *Issues in Mental Health Nursing*, 27, 1037-1049.
- Ormel, J., Von Korff, M., Van Den Brink, W., Katon, W., Brilman, E., & Oldehinkel, T. (1993). Depression, anxiety, and social disability show synchrony of change in primary care patients. *American Journal of Public Health*, 83(3), 385-390.
- Peeters, F., Wessel, I., Merckelbach, H., & Boon-Vermeeren, M. (2002). Autobiographical memory specificity and the course of major depressive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 344–350.
- Penninx, B. (2004). Depressie, hartziekte en sterfte bij ouderen. *Bevolkingstrends*, 2^e kwartaal 2004

- Penninx, B. W. J. H., Geerlings, S. W., Deeg, D. J. H., van Eijk, J. T. M., van Tilburg, W., & Beekman, A. T. F. (1999). Minor and major depression and the risk of death in older persons. *Archives of General Psychiatry*, 56, 889-895.
- Pinquart, M., Duberstein, P. R., & Lyness, J. M. (2007). Effects of psychotherapy and other behavioral interventions on clinically depressed older adults: a meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 11(6), 645-657.
- Pot, A. M., Bohlmeijer, E. T., Onrust, S., Melenhorst, A. S., Veerbeek, M., & De Vries, W. (2010). The impact of life review on depression in older adults: a randomized controlled trial. *International Psychogeriatrics*, 22, 572-581.
- Pulska, T., Pahkala, K., Laipalla, P., & Kivela, S. L. (1998). Major depression as a predictor of premature deaths in elderly people in Finland a community study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 408-411.
- Qiu, W. Q., Dean, M., Liu, T., George, L., Gann, M., Cohen J. & Bruce, M. L. 2010. Physical and Mental Health of Homebound Older Adults: An Overlooked Population. The American Geriatrics Society, 58, 12, 2423-2428
- Raes, F., Hermans, D., Williams, J. M. G., Demyttenaere, K., Sabbe, B., Pieters, G., & Eelen, P. (2005). Reduced specificity of autobiographical memory: a mediator between rumination and ineffective social problem-solving in major depression? *Journal of Affective Disorders*, 87, 331-335.
- Saz, P., Launer, L. J., Dia, J. L., De-La-Cámara, C., Marcos, G., & Lobo, A. (1999). Mortality and mental disorders in a Spanish elderly population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 1031-1038.
- Schoevers, R. A., Beekman, A. T. F., Van Tilburg, W., Deeg, D. J. H., Jonker, C., Geerlings, M. I., & Penninx, W. J. H. (2000). Association of depression and gender with mortality in old age - results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *British Journal of Psychiatry*, 177, 336-342.
- Schuurmans, J., Comijs, H. C., Beekman, A. T. F., de Beurs, E., Deeg, D. J. H., Emmelkamp, P. G. M., & van Dyck, R. (2005). The outcome of anxiety disorders in older people at 6 year follow-up: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(6), 420-428.
- Seidlitz, L., & Diener, E. (1998). Sex differences in the recall of affective experiences, *Journal of Personality and social Psychology*, 74(1), 262-271.
- Serrano, J. P., Latorre, J. M., Gatz, M., & Montanes, J. (2004). Life Review Therapy Using Autobiographical Retrieval Practice for Older Adults with Depressive Symptomatology. *Psychology and Aging*, 19, 272-277.
- Singer, J. A., & Blagov, P. S. (2000/1). Classification system and scoring manual for self defining autobiographical memories.
- Smalbrugge, M., Pot, A. M., Jongenelis, L., Gundy, C. M., Beekman, A. T. F., & Eefsting, J.

- A. (2006). The impact of depression and anxiety on well being disability and use of health care services in nursing home patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 325-332.
- Steunenbergh, B., Bohlmeijer, E., Westerhof, G. J., & Cuijpers, P. Ingediend. The effectiveness of life review therapy using autobiographical memory retrieval in a depressed residential home population: results of a quasi-experimental study. *European Journal of Aging*.
- Teasdale, J. D., & Fogarty, S. J. (1979). Differential effects of induced mood on retrieval of pleasant and unpleasant events from episodic memory. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 248–257.
- Volicer, L., Frijters, D. H. M., & van der Steen, J. T. (2011). Underdiagnosis and undertreatment of depression in nursing home residents. *European Geriatric Medicine*, 2, 332-337.
- Watt, L. M., & Cappeliez, P. (2000). Integrative and instrumental reminiscence therapies for depression in older adults: Intervention strategies and treatment effectiveness. *Aging & Mental Health*, 4, 166–177.
- Wells, K. B., & Burman, A. (1991). Caring for depression in America: lessons learned from early findings of the medical outcomes study. *Psychiatric Medicine*, 9(4), 503-519.
- Wessel, I., Meeren, M., Peeters, F., Arntz, A., & Merckelbach, H. (2001). Correlates of autobiographical memory specificity: The role of depression, anxiety and childhood trauma. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 409–421.
- West, R. L., Crook, T. H., & Barron, K. L. (1992). Everyday memory performance across the life span: Effects of age and noncognitive individual differences. *Psychology and Aging*, 7(1), 72-82.
- Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., & Webster, J. D. (2010). Reminiscence and mental health: A review of recent progress in theory, research, and intervention. *Ageing Society*, 30, 697-721.
- Williams, J. M. G., Barnhofer, T., Crane, C., Hermans, D., Raes, F., Watkins, E., & Dalgleish, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin*, 133(1), 122-148.
- Williams, J. M. G., & Broadbent, K. (1986). Autobiographical memory in suicide attempters. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 144–149.
- Williams, J. M. G., Ellis, N. C., Tyers, C., Healy, H., Rose, G., & MacLeod, A. K. (1996). The specificity of autobiographical memory and imageability of the future. *Memory & Cognition*, 24, 116–125.
- Zheng, D., Macera, C. A., Croft, J. B., Giles, W. H., Davis, D., & Scott, W. K. (1997). Major depression and all-cause mortality among white adults in the United States. *Association of Educational Psychologists*, 7(3), 213-218.