

Een terugblik om verder te kunnen kijken;

Een kwalitatief onderzoek naar de factoren die bepalen hoe hulpbehoevende ouderen met depressieklachten life-review therapie beleven.



Sven van Beek

S1124374

Bachelor Psychologie

Universiteit Twente

Eerste begeleider: Mw. Dr. J. Korte

Tweede begeleider: MW. Dr. S.M.A. Lamers

Samenvatting

Inleiding: Depressie is een veel voorkomend probleem bij de groep hulpbehoevende ouderen in Nederland. Life-review therapie is een effectief middel gebleken ter preventie van depressie-symptomen bij deze groep. De interventie *dierbare herinneringen* koppelt life-review aan theorieën over het autobiografisch geheugen. Tijdens de interventie worden bij de doelgroep in een aantal gesprekken, specifieke, positieve herinneringen opgehaald. In dit onderzoek wordt de interventie geëvalueerd vanuit het perspectief van de deelnemers. Dit onderzoek richt zich op de vraag: Wat zijn de factoren die bepalen hoe hulpbehoevende ouderen, met lichte tot matige depressie klachten, life-review therapie beleven? Het belang van dit onderzoek is om toekomstige life-review interventies nog effectiever in te richten.

Method: Dit is een exploratief onderzoek vanuit een kwalitatieve methodologie. Deelnemers zijn met semigestructureerde interview gevraagd naar hun ervaringen met de interventie. Transcripten van de interviews zijn gefragmenteerd en geanalyseerd door middel van een inductieve (bottom-up) analyse.

Resultaten: Er zijn zes factoren gevonden die de beleving van life-review interventies bepalen. Deze factoren zijn in twee groepen in te delen. De persoonlijke factoren en de therapieafhankelijke factoren. Persoonlijke factoren: deelname, attitude en stressoren, zijn vooraf bepaald en niet beïnvloedbaar door de interventie. De therapieafhankelijke factoren: begeleiding, ervaringen met interventie en toekomst herinneringen, worden bepaald op basis van de interventie en zijn dus wel beïnvloedbaar.

Conclusie: Op basis van de therapieafhankelijke factoren zouden therapieën verbeterd kunnen worden, aan de hand van persoonlijke factoren kunnen vooraf mogelijke randvoorwaarden in kaart worden gebracht.

Abstract

Objectives: Depression is a common problem in the group of frail elderly in the Netherlands. Life-review therapy has proven to be an effective way in the prevention of depressive symptoms in this group. The intervention *dierbare herinneringen* is linking life-review to theories about the autobiographical memory. In this intervention participants have to retrieve specific, positive memories. This study focuses on: What are the factors that determine how frail older people with mild to moderate depression symptoms, experience life-review therapy? This research is important to let future life-review interventions be more effective.

Method: This was an exploratory study using a qualitative methodology. Semi-structured interviews were constructed to explore the way that participants experienced the intervention. Transcripts of the interviews were fragmented and analysed using inductive (bottom-up) analysis.

Results: Six factors were found that determine the experience of life-review therapy. Those factors can be divided in two groups. The personal factors and the therapy-related factors. The personal factors: attendance, attitude and stressors can not be affected by the intervention. The therapy-related factors: guidance, experiences with the intervention and continuation of memories, are the fundamentals of the intervention and can be effected.

Conclusion: Based on the therapy-related factors future life-review interventions can be improved, based on the personal factors any preconditions can be found in advance.

1 Inleiding

In Nederland hebben we de laatste jaren te maken met een aanzienlijke vergrijzing. De zogeheten babyboomers van na de Tweede wereldoorlog bereiken de leeftijd van 65 jaar. Hierdoor neemt het aantal ouderen in Nederland drastisch toe. In de van 2011 tot 2016 komen er een half miljoen AOW-gerechtigden bij. Dat is ruim twee keer zoveel als in de vijf jaar hiervoor (Garssen, 2011). 50 jaar geleden was het aantal mensen van 80 jaar of ouder in ons land, 1 op de 74. Inmiddels is dat aantal gestegen naar 1 op de 25 zo meld het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). De toename van ouderen in Nederland is een feit. Deze toename betekent ook een toename in de zorgbehoefte voor ouderen. De preventie van depressie is één van deze zorgbehoeften. Een effectieve manier van deze zorgbehoefte is life-review. Er is echter nog niet veel bekend over de ervaringen van ouderen met deze life-review therapieën. In dit kwalitatieve onderzoek wordt er naar factoren gezocht die bepalen hoe hulpbehoevende ouderen met lichte tot matige depressieklachten life-review therapie beleven.

1.1 Depressie

Het hebben van een depressie is een ernstig gezondheidsprobleem bij ouderen (Beekman et al., 2002). Depressie is wereldwijd één van de aandoeningen met de meeste ziektelast. Bij het Global Burden Disease project die een lijst opstelde van de ziektes met de hoogste ziektelast, staat depressie zelfs op plaats vier (Murray et al., 2012). De hoge notering op deze lijst wordt grotendeels bepaald doordat een depressie ernstige negatieve gevolgen heeft voor het functioneren van de persoon. Ook het feit dat een depressie vaak chronisch is en dus gedurende een lange tijd het leven van een persoon beïnvloedt, draagt bij aan deze hoge notering. In de DSM-IV-TR wordt depressie geplaatst onder de stemmingsstoornissen (American Psychiatric Association., 2000). De belangrijkste symptomen zijn een aanhoudende neerslachtige stemming en ernstig verlies van interesse in bijna alle dagelijkse activiteiten. Een depressie heeft vaak een slechte prognose (Cole et al., 1999; Cuijpers & Smit, 2002).

Een groep waar depressies vaak voorkomen zijn de hulpbehoevende ouderen. Onder deze groep behoren alle ouderen die zorg ontvangen via een zorginstelling, hierbij gaat hem om bewoners van een verzorgingshuis, mensen die thuiszorg ontvangen of mensen die zorg krijgen doormiddel van een dagopvang. De prevalentiecijfers voor een klinische depressie voor deze groep liggen tussen de 6-25%. En binnen de groep is er in 11-50% van de gevallen is er sprake van depressieklachten (Jongenelis et al., 2007). Deze percentages liggen veel hoger dan bij depressiecijfers bij ouderen in het algemeen. Daar liggen namelijk de cijfers tussen de 10-15% (Beekman et al., 1999; Stek, 2004). Er zijn een aantal risicofactoren die een depressie op latere leeftijd kunnen voorspellen, de belangrijkste hiervan is de aanwezigheid van lichte tot matige depressieklachten (Smit et al, 2004; Cuijpers et al., 2004). Beekman (2003) stelt dat ouderen die net een partner hebben verloren, ouderen die last hebben van angstklachten en ouderen die last hebben van chronische aandoeningen een hogere kans op depressie hebben. Gezien het feit dat deze ziekte vaak voorkomt en er meestal sprake is van een slechte prognose, is er behoefte aan een laagdrempelige preventie van depressie. Laagdrempelige preventieve interventies voor zorgbehoevende ouderen die leiden tot afname van depressieklachten en daarmee een reductie van het risico op het ontwikkelen van een depressieve stoornis genieten hierin de voorkeur (Bohlmeijer et al., 2010). Een type interventie dat aan deze eisen voldoet is life-review.

1.2 Life-review

Bij life-review draait het om het ophalen van herinneringen. Het ophalen van herinneringen wordt ook wel reminiscentie genoemd. Bij reminiscentie draait het echter om een niet gestructureerde vorm van herinneringen ophalen. Hierin verschilt reminiscentie van life-review, bij life-review gaat het namelijk om het gestructureerd ophalen van herinneringen. Er zijn twee grondleggers van life-review therapie. Eriksen(1959) en Butler(1963). Butler(1963) noemde life-review een natuurlijk, universeel mentaal proces. In dit proces proberen mensen terug gaan naar het bewustzijn uit het verleden. Hierin kunnen conflicten als nog worden opgelost om zo het leven als een integrerend geheel te zien. Volgens Butler wordt een persoon tot dit proces uitgedaagd door dat de dood dichterbij komt en het gevoel van onschendbaarheid daarmee verdwijnt. Eriksen(1982) denkt in stadia en noemt ouderdom het laatste stadium is van de psychosociale ontwikkeling. In dit stadium staan integriteit en wanhoop tegenover elkaar. Zowel Eriksen als Butler ondersteunen de bewering dat mensen met life-review het succes van hun leven bepalen(Woolf,1998). Bij life-review wordt er een beroep gedaan op actieve (her) evaluatie van het eigen leven. De methode heeft twee kanten. Aan de ene kant is de methode gericht op het verwerken van de negatieve ervaringen, aan de andere kant ligt de nadruk op het geven van een positieve betekenis aan zijn eigen leven(Wong, 1995). Bohlmeijer et al.(2007) hebben een meta-analyse gedaan naar de effecten van life-review. Deze studie liet een positief effect zien op levens tevredenheid en emotionele gezondheid. Voor life-review was dit effect groter dan voor andere vormen van reminiscentie. Meestal wordt life-review therapie gericht op ouderen met geestelijke gezondheidsproblemen, zoals bijvoorbeeld depressie(Westerhof et al., 2010).

1.3 Life-review therapie ter preventie van depressie

Een vrij recent onderzoek naar het effect van life-review op depressie, is het onderzoek van Korte et al.(2012). Uit dit onderzoek is gebleken dat life-review een positief effect heeft ter preventie van een depressie bij ouderen. Uit het onderzoek kwam namelijk naar voren dat de leden uit de interventiegroep, die een life-review therapie, significant minder last hadden van depressieklachten. Er zijn meerdere studies waaruit is gebleken dat life-review leidt tot een afname van de depressieklachten bij ouderen(Bohlmeijer et al., 2010; 2007; Pinguart & Forstmeier, 2012). Ook Serrano et al.,(2004) hebben een onderzoek gedaan naar de effecten van life-review ter preventie van depressie. Uit deze studie is gebleken dat life-review een effectieve therapie ter preventie van depressie bij ouderen is, doordat life-review de hopeloosheid deed afnemen en de levenstevredenheid verhoogd. Deze studie koppelt life-review aan theorieën over het autobiografisch geheugen, het onderdeel van het geheugen dat zich richt op het herinneren van persoonlijk ervaren gebeurtenissen uit het verleden(Bohlmeijer et al., 2010). Life-review doet een beroep op de werking van het autobiografisch geheugen. Momenteel wordt er vanuit gegaan dat het autobiografisch geheugen een hiërarchische structuur heeft. . Er zijn drie verschillende niveaus in het autobiografisch geheugen(Conway & Pleydell-Pearse, 2000). Het eerste niveau zijn de levensfasen. Hierbij gaat het dus om grote periodes uit het leven bijvoorbeeld: De jeugd, de kindertijd of de periode na mijn pensioen. Het tweede niveau gaat niet over periodes maar over algemene gebeurtenissen. Dit zijn gebeurtenissen die bijvoorbeeld een week besloegen of jaren achtereen herhaald werden. Hierbij kan worden gedacht aan bijvoorbeeld: De vakanties in Ommen of de

verjaardagen van Tante Sien. Het derde niveau is het niveau van de specifieke herinneringen. Deze herinneringen waren eenmalig en hebben een duidelijke tijd en plaats. Voorbeelden hiervan zijn: "Het moment dat mijn zoon vertelde dat ik oma werd." of "Toen ik mijn man het ja-woord gaf." Op dit derde niveau zit het verband tussen depressie en autobiografisch geheugen. Williams(2007) ontdekte dat depressieve mensen meer moeite hebben met het ophalen van specifieke positieve herinneringen. Depressieve patiënten hebben de neiging om meer globale en negatief getinte herinneringen op te halen in plaats van specifieke herinneringen die refereren aan een plaats en een tijd(Williams, 1996). Van Vreeswijk & Wilde(2004) noemden dit fenomeen een overgeneralisatiebias. Dit blijkt een kenmerk van cliënten met een depressie. Life-review therapie dient zich dus ter preventie van depressieklachten te moeten richten op het derde niveau.

1.4 Dierbare herinneringen

De interventie *dierbare herinneringen* koppelt evenals Serrano et al.(2004) life-review aan theorieën over het autobiografisch geheugen. Bij deze interventie worden er doormiddel van life-review positieve herinneringen opgehaald bij zorgbehoevende ouderen met lichte tot matige depressieklachten. De interventie sluit hierbij dus aan op de bevindingen van Williams(2007). Bij *dierbare herinneringen* halen hulpbehoevende ouderen, samen met een daarvoor getrainde vrijwilliger, positieve herinneringen op. Er is al een pilot van deze interventie gedaan door de Vrije Universiteit Amsterdam, daaruit kwam naar voren dat de interventie leidt tot een sterke afname van klinische relevante depressieklachten(Bohlmeijer et al., 2010). Hierna is de interventie *dierbare herinneringen* op een grotere schaal gerandomiseerd. Voor deze interventie zijn bewoners en dagopvangbezoekers van zorggroep St. Maarten en de Posten, die lichte tot matige depressie klachten hadden, benaderd. Er is zowel een controlegroep als een interventie groep opgezet om het effect van de interventie te meten. Doormiddel van vragenlijsten worden de voor en nameting gedaan, om het effect te kunnen meten.

Het effect van de studie wordt gemeten met gebruik van een voor- en nameting. De effectenstudie meet de afname van depressieklachten en daarmee de toename van het welbevinden van de zorgbehoevende ouderen. Het welbevinden van de ouderen is echter niet alleen te halen uit deze kwantitatieve meting. Ook de beleving van de deelnemers zelf is van belang om een goed beeld te krijgen van het effect van de interventie want de ervaringen van de deelnemers wegen namelijk mee in het uiteindelijke welbevinden van de cliënt en beïnvloeden dus de effectiviteit van de interventie. Mogelijk is de ervaring met de interventie niet de enige factor die het uiteindelijke effect van de interventie bepalen. Er kunnen meerdere factoren zijn die bijdragen aan hoe deelnemers de interventie beleven. Dit kwalitatieve onderzoek richt zich op die factoren en is om meerdere redenen van belang. Ten eerste is er het cliëntperspectief waarop dit onderzoek gericht is. Vanuit de cliënt kan de beleving van de life-review therapie heel anders zijn dan de effecten uitwijzen. Cliënten kunnen de therapie bijvoorbeeld enkel zien als een gezellig tijdverdrijf, waardoor de continuïteit van de therapie mogelijk beïnvloed wordt. Door ook vanuit de cliënt te evalueren ontstaat er een completer beeld van de rol van de vrijwilliger binnen deze interventie en gezien de grote rol die de vrijwilliger binnen *dierbare herinneringen* heeft is dit dus van belang ter evaluatie van de interventie zelf. Tegenwoordig wordt er in de zorg steeds vaker vanuit het cliëntperspectief gekeken om de zorg verder te ontwikkelen(Veer et al., 2003). Ook vanuit deze studie zou het mogelijk kunnen zijn om vanuit het perspectief van de deelnemers life-review verder te ontwikkelen. Hierdoor wordt deze studie niet alleen van belang om de ervaringen van de deelnemers te meten, maar mogelijk ook om

toekomstige life-review interventies beter in te richten. Dit onderzoek geeft namelijk inzicht in factoren die bepalen hoe de doelgroep life-review therapie ervaart. Deze factoren zijn mogelijk ook van belang op de effecten van een life-review therapie. Door aan de hand van de factoren een life-review therapie in te richten, kunnen de therapieën mogelijk in de toekomst nog effectiever worden. De factoren beïnvloeden namelijk de beleving van life-review door de cliënten zelf en de beleving kan mogelijk het effect van de interventie beïnvloeden. Het is echter niet van toepassing dat deze factoren van invloed zijn op de in- en exclusie criteria zijn, dat zou de doelgroep namelijk nog kleiner maken en de populatie minder representatief. Deze studie richt zich dus op de vraag: Wat zijn de factoren die bepalen hoe zorgbehoevende ouderen ,met lichte tot matige depressie klachten, life-review therapie beleven? Om deze vraag te beantwoorden wordt er gebruik gemaakt van kwalitatief onderzoek.

2. Methode

2.1 Context

Deelnemers zijn mensen die de interventie *dierbare herinneringen* hebben afgerond. Dit houdt in dat de deelnemers allereerst een aantal vragen hebben beantwoord om te bepalen of zij tot de doelgroep van dit onderzoek behoorden. Hierna hebben zij in vijf gesprekken met een daarvoor getrainde vrijwilliger positieve herinneringen opgehaald. Per gesprek stond een andere periode centraal. In het eerste gesprek was dit de periode van 0-12 jaar, in het tweede gesprek de periode van 12-20 jaar, in het derde gesprek de periode van 20-45 jaar, in het vierde gesprek de periode van 45 jaar tot nu en in het laatste gesprek een terugblik op het gehele leven. Nadat de tweede meting bij hen is afgenomen is er nadien bij hen is ter evaluatie een semigestructureerd interview afgenomen. Er is gekozen voor een semigestructureerd interview zodat de deelnemer de ruimte kreeg om te vertellen over zijn of haar ervaringen met de interventie. Terwijl de interviewer de deelnemer met enkele open vragen bij het onderwerp hield. De deelnemer heeft de ruimte gekregen om zijn ervaringen te vertellen, hier door kon een zo compleet mogelijk beeld van de ervaringen verkregen worden. Wanneer deze ruimte niet wordt gegeven kan een deelnemer zich te veel door de vraag geleid voelen en dit kan een incompleet beeld geven. Aangezien er nog niet eerder onderzoek is gedaan naar de ervaringen van de personen zelf, was dit een exploratief onderzoek. De resultaten die verkregen zijn met het semigestructureerde interview, zijn op kwalitatieve wijze geanalyseerd. Volgens de bottom-up methode.

2.2 Deelnemers

Er hebben zich een tweetal zorginstellingen beschikbaar gesteld om de interventie uit te voeren. Zorggroep Sint Maarten, dit is een uitgebreide zorggroep met locaties in onder andere: Heerenveen, Oldenzaal, Losser en de Lutte. De andere zorginstelling is De Posten in Enschede. De werving van de deelnemers vond plaats binnen deze twee zorginstellingen. Hierbij werd aan de verzorgenden gevraagd of men op zoek wilde gaan naar cliënten met somberheidsklachten of lichte tot matige depressie klachten. De mensen die op zijn gegeven door de verzorgenden hebben een wervingsbrief ontvangen. In deze brief werd hen gevraagd deel te nemen aan de interventie, die bij de deelnemers bekend staat als cursus, dit omdat interventie een moeilijk woord is en het woord onderzoek een negatieve reputatie heeft in verzorgingshuizen. Ouderen die positief reageerden op de wervingsbrief zijn door een onderzoeker bezocht. Hierna zijn bij deze mensen de in- en exclusiecriteria onderzocht. De volgende inclusie criteria zijn opgesteld.

Een leeftijd van 65 jaar of ouder en bekend zijn binnen de zorgorganisatie(door het ontvangen van dagbehandelingen of thuiszorg, of wonend in een verzorgings- of verpleeghuis)

Aanwezigheid van klinisch relevante depressieklachten(score van 2 of hoger op de Geriatric Depression Scale -8 item version(GDS-8); Jongenelis et al., 2007)

De volgende exclusie criteria worden genoemd.

Ernstige cognitieve beperkingen, gemeten met een score van 18 of lager op de Mini Mental State Examiner(MMSE; Folstein et al., 1975)

De diagnose ernstige depressieve episode(op basis van het Mini Internationaal Neuropsychiatrisch Interview(MINI); Sheehan et al., 1998); 8 of 9 van de 9 DSM-IV depressiesymptomen)

In de afgelopen 3 maanden zijn gestart met een medicamenteuze behandeling voor depressieklachten

Slechte beheersing van de Nederlandse taal

Uiteindelijk bleken 14 ouderen geschikt voor deelname aan de interventie. Hiervan zijn 7 deelnemers tot de controlegroep toegewezen en 7 deelnemers tot de interventiegroep. Dit evaluatieonderzoek is gericht op de interventie en alleen die 7 deelnemers worden dus meegenomen in het onderzoek. Van deze 7 deelnemers is er één deelnemer niet in staat geweest de interventie af te ronden. Een andere deelnemer heeft de interventie wel afgerond, maar was door gezondheidsproblemen niet in staat om deel te nemen aan het evaluatieonderzoek. Uiteindelijk is het evaluatie onderzoek dus gebaseerd op 5 hulpbehoevende ouderen die de interventie *dierbare herinneringen* hebben afgerond. Alle vijf de deelnemers zijn vrouwen. De oudste deelnemer is 98 jaar. De leeftijd van de jongste deelnemer is 82 jaar. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers is 88,2 jaar.

2.3 Interviewprocedure

Nadat de deelnemers de interventie hadden afgerond, heeft een onderzoeker bij hen een semigestructureerd interview afgenomen. Het interview bevatte 9 open vragen. De interviewer had de kans om bij een onduidelijk antwoord door te vragen, samen te vatten, te parafaseren en om stiltes te laten vallen. Het is daarnaast van belang dat de interviewer de deelnemer niet heeft afgekapt. Wanneer de deelnemer namelijk afgekapt wordt worden zijn open antwoorden halverwege onderbroken en kan bruikbare data verloren gaan. Onderaan het interview zijn nog eventuele optionele vragen opgesteld om de persoon alsnog aan het praten te krijgen. Het interview heeft bij de deelnemers thuis plaatsgevonden. De gesprekken zijn opgenomen met een voicerecorder en naderhand geanonimiseerd en getranscribeerd. De vragen die tijdens het interview zijn afgenomen deden een beroep op verschillende thema's. De thema's van deze vragen waren: De ervaringen met de interventie, de motivatie voor deelname en de begeleiding tijdens de interventie. *Hoe was het contact met de vrijwilliger met wie u de gesprekken voerde?, Wat heeft u er toe gebracht om deel te nemen aan de cursus? en Kunt u mij iets vertellen over wat de cursus voor u betekend heeft?*, zijn voorbeelden van gestelde vragen tijdens het interview. Een totaaloverzicht van de interview vragen is opgenomen in de tabel op de volgende pagina.

Tabel 1. Evaluatie-interview bij deelnemers van interventie dierbare herinneringen.

Vragen bij semigestructureerd interview

Wat heeft u er toe gebracht om deel te nemen aan de cursus?

Kunt u vertellen wat de cursus voor u heeft betekend?

Voordat u de gesprekken begon heeft u een vragenlijst gehad, hoe vond u het om een dergelijke vragenlijst in te vullen?

Uit welke periode vond u het, het prettigst om herinneringen uit op te halen? En welke het minst?

Hoe heeft u de gesprekken ervaren?

Hoe was het contact met de vrijwilliger met wie u de gesprekken voerde?

Op welke manier denkt u in de toekomst nog wat aan de cursus te hebben?

Kunt u vertellen of er na het volgen van de cursus nog iets veranderd is in uw leven?

U maakt deel uit van de eerste groep die deze cursus heeft afgerond, heeft u nog tips die ons kunnen helpen met de gesprekken die nog komen gaan?

2.4 Analyse-proces

De fragmenten zijn kwalitatief geanalyseerd volgens de bottom-up methode. Dit betekent dat vanuit details wordt gewerkt naar meer algemene onderwerpen. In dit geval betekent dat dat er wordt geanalyseerd van wat er in de interviews naar voren komt en niet vanuit een theorie. Er wordt dus van concreet naar abstract geanalyseerd. Dat houdt voor dit onderzoek in dat er vanuit de transcripten(details) naar algemene thema's is geleid. Bij dit onderzoek is de analyse gedaan op basis van de theorieën van Boeije(2005). Uit de transcripten zijn de herinneringen die mensen vertellen buiten beschouwing gelaten. De transcripten worden niet in z'n geheel bekeken maar opgedeeld in kleine stukjes, de zogenaamde tekstfragmenten. Herinneringen zijn namelijk wel relevant voor de interventie, maar niet voor de evaluatie van de interventie. Fragmenten over deelname, begeleiders en gevoel ten opzichte van de interventie zijn wel meegenomen in de analyse. De eerste stap binnen de analyse zoals Boeije(2005) die beschrijft, wordt *open coderen* genoemd. In deze fase worden de relevante tekstfragmenten geselecteerd en voorzien van een code. Deze code beschrijft in één of een paar woorden waarover het tekstfragment gaat. Het resultaat hiervan is een lange lijst met verschillende codes. Na de eerste fase van *open coderen*, werd deze fase herhaald tot dat er geen nieuwe codes meer ontstonden. Wanneer deze verzadiging optrad werd het voor de volgende fase, namelijk het *axiaal coderen*. In deze fase werd er verder gewerkt met de lijst van codes die in de vorige fase is opgesteld. Codes die vrijwel hetzelfde betekende of een synoniem van elkaar waren, zijn samengevoegd tot één en dezelfde code. Irrelevante codes werden geschrapt. Codes die veel

met elkaar te maken hadden werden bij elkaar gezet, hierdoor konden er begrippen worden gecreëerd die meerdere codes omvatten. Net zoals bij de vorige fase werd het *axiaal coderen* herhaald totdat er verzadiging optrad. In deze fase hield dat dus in dat alle relevante codes door begrippen waren afgebakend. Het aantal codes dat aan het begin nog 30 bedroeg werd hierbij uiteindelijk teruggebracht tot 16 begrippen. Deze 16 begrippen waren: begeleiding, eenzaamheid opvullen, maatschappelijk belang, openheid, plichtsgetrouwheid, karakter, zorgen, frustraties, angsten, continuïteit van life-review, gevoel bij life-review, opnieuw opgehaalde herinneringen en tastbare herinneringen. Deze 16 begrippen werden meegenomen naar de fase van het *selectief coderen*. In deze fase wordt er gezocht naar samenhang tussen de gevonden begrippen. Begrippen die bij elkaar horen worden samengevoegd binnen één thema. Zo wordt er vanuit de grote hoeveelheid aan begrippen toegewerkt naar een selectief aantal abstracte thema's. In deze studie betekende dat, dat de 16 begrippen zijn terug gebracht naar 6 van deze abstracte begrippen.

3. Resultaten

3.1 Thema's

Na de fase van het *axiaal coderen* werden de codes terug gebracht tot 16 begrippen. Dat waren de volgende begrippen: begeleiding, eenzaamheid opvullen, maatschappelijk belang, openheid, morele verplichting, karakter, zorgen, frustraties, angsten, continuïteit van life-review, gevoel bij life-review, opnieuw opgehaalde herinneringen en tastbare herinneringen. De fase van het *selectief coderen* bracht dit aantal terug tot 6 thema's. Veel van de begrippen zijn uiteindelijk sub-thema's geworden. In Tabel 2. hieronder staan de gevonden thema's en de daarbij bijbehorende subthema's genoteerd.

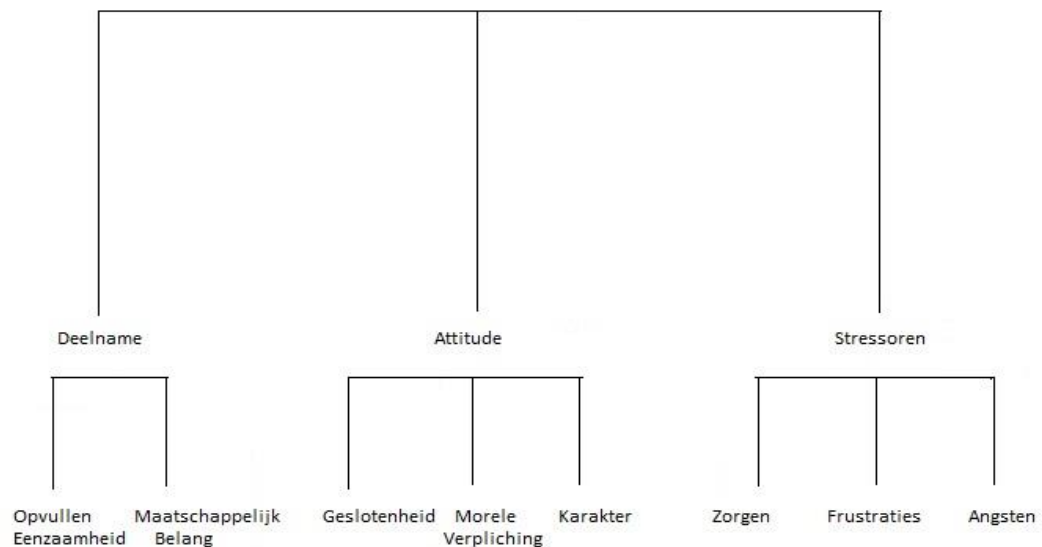
Tabel 2. Thema's en subthema's

Thema	Subthema
Deelname	Eenzaamheid opvullen Maatschappelijk belang
Attitude	Geslotenheid Morele verplichting Karakter
Stressoren	Zorgen Frustraties Angsten
Begeleiding	Positieve ervaringen met begeleiding Negatieve ervaringen met begeleiding
Ervaringen met de cursus	Continuïteit Verkregen gevoel door de cursus
Naderhand gedaan met herinneringen	Later opgehaalde herinneringen Tastbare herinneringen(foto's gekeken)

Deze thema's hebben met elkaar gemeen dat het allen factoren zijn die bijdragen aan de beleving van life-review therapie door de deelnemer. Deze factoren kunnen uiteen worden gezet in twee verschillende groepen. Er wordt onderscheidt gemaakt tussen persoonlijke factoren en therapieafhankelijke factoren. De persoonlijke factoren zijn factoren die al voor de interventie begint invloed hebben op de beleving. Deze factoren worden bepaald door de persoon zelf of door het leven van de persoon. Hierdoor kunnen ze per persoon uiteenlopen en zijn ze dus persoonsgebonden. De deelnemer heeft deze factoren al voordat deze begint met zijn deelname aan de interventie. Thema's die tot deze groep factoren behoren zijn: Deelname, attitude en stressoren. De reden van *deelname* staat bij de deelnemers al vast voordat de interventie begint. De reden tot deelname brengt verwachtingen met zich mee. Een deelnemer die aan de interventie meedoet omdat hij of zij een gesprekspartner zoekt, zal de interventie heel anders ervaren dan een deelnemer die meedoet omdat deze een bijdrage wil leveren aan de maatschappij. De reden voor deelname met daarbij de verwachtingen van de interventie is dus een factor die voor het starten van

de interventie al bepaald is en die de interventie niet kan veranderen. *Attitude* is een andere vooraf bepaalde factor, aan deze basishoudingen kan de interventie zelf niets veranderen. Het karakter van iemand staat vast. Deze zal ook na de interventie het zelfde zijn. Deelnemers die de interventie zien als een morele zullen het onderzoek anders beleven dan deelnemers die het onderzoek doen omdat zij er zelf beter van willen worden. Van te voren staat vast wat de attitude van deelnemers ten opzichte van de interventie is, deze is net al de reden tot deelname onveranderbaar. Tot slot zijn er nog *stressoren* die de beleving van de deelnemer beïnvloeden. Stressoren zijn ook onveranderbaar. Angsten, frustraties en zorgen die deelnemers hebben bepalen hoe zij de interventie zullen beleven. Een deelnemer die bijvoorbeeld veel zorgen heeft zal minder snel een goed gevoel aan de interventie over houden dan een persoon die minder zorgen heeft. De interventie neemt deze zorgen namelijk niet weg. De persoonlijke factoren worden vormgegeven in het schema hieronder.

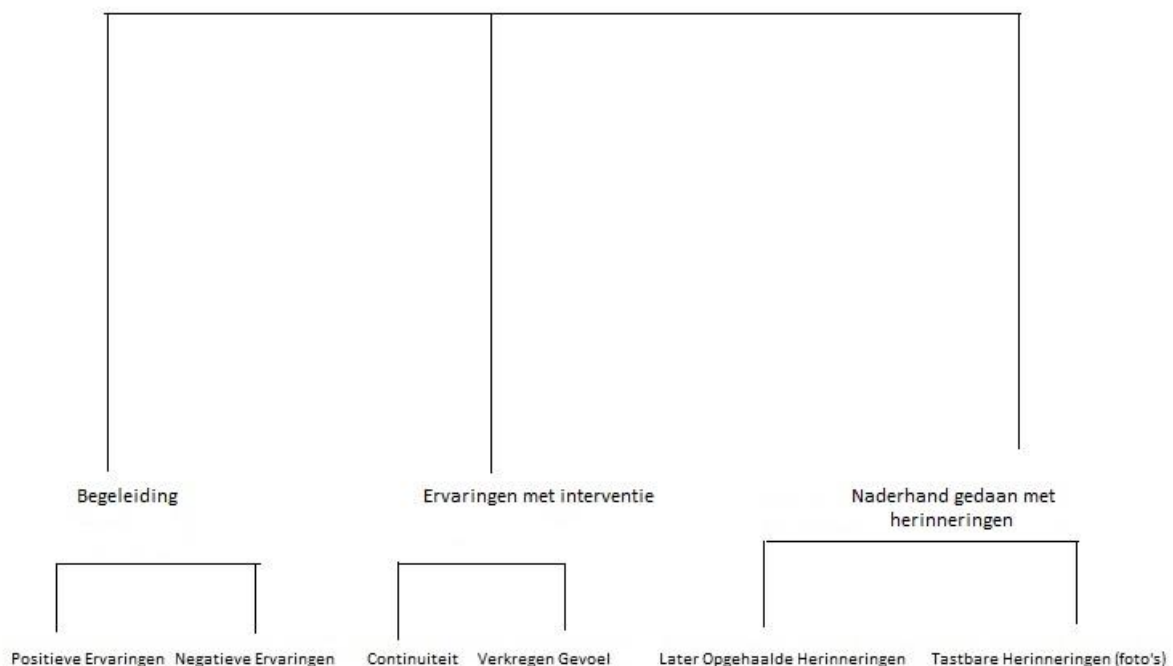
Persoonlijke factoren



Naast persoonlijke factoren zijn er ook factoren die wel beïnvloed worden door de interventie. Deze therapieafhankelijke factoren zijn afhankelijk van de ervaringen die deelnemers met life-review therapie hebben. Factoren die wel veranderbaar zijn, zijn: Begeleiding, ervaringen en toekomst van de herinneringen. De *begeleiding* door de vrijwilliger bepaald de beleving van de life-review. Wanneer bijvoorbeeld een begeleider goed contact heeft met een deelnemer zal de deelnemer de interventie anders beleven dan wanneer dit contact slecht is. Aangezien de begeleiding een onderdeel is van de therapie zelf, behoort deze tot de therapieafhankelijke factoren. Ook de ervaren met de interventie zijn natuurlijk therapieafhankelijke factoren. Een deelnemer bijvoorbeeld die de interventie heeft ervaren als een leuke tijdsbesteding zal life-review anders beleven dan een deelnemer die life-review ervaart als middel om het leven te evalueren. De laatste van de

therapieafhankelijke factoren is *toekomst van de herinneringen*. Of te wel, wat wordt er na de therapie met de opgehaalde herinneringen gedaan, deze factor is therapieafhankelijk omdat deze wordt bepaald door ervaring die de deelnemers hebben met het ophalen van deze herinneringen. En de herinneringen zijn opgehaald tijdens de therapie. Iemand die achteraf de herinneringen geen aandacht meer geeft zal de therapie anders beleven dan iemand die naderhand nog foto's bij de herinneringen gaat zoeken. De therapieafhankelijke factoren worden vormgegeven in het schema hieronder.

Therapie-afhankelijke Factoren



De hierboven genoemde thema's en komen voort vanuit de citaten van de deelnemers. Hieronder worden die citaten per subthema benoemd. Ze staan gestructureerd onder de thema's waartoe ze behoren.

3.2. Deelname

Het thema deelname bevat alle redenen die ouderen hebben gegeven voor hun deelname aan de life-review interventie. Dit thema zegt iets over hoe ouderen de interventie in gaan. Waarom iemand meedoet aan de interventie, bepaald voor een deel hoe een deelnemer de interventie beleeft. Sommigen wilde vooral meedoen aan het onderzoek om de eenzaamheid op te vullen, anderen wilden wat voor de maatschappij betekenen.

3.2.1. Opvullen van de eenzaamheid

Dit begrip houdt in dat ouderen graag willen deelnemen aan de interventie als middel tegen de eenzaamheid. Bij het volgen van de interventie hebben ze namelijk iemand op mee te praten en dat is waar veel van deze ouderen behoefte aan hebben. Eenzaamheid is bij alle 5 de deelnemers van toepassing. Een fragment kan in dit thema worden gecodeerd als het voldoet aan de volgende criteria.

- Het fragment bevat een uitspraak over behoefte aan een gesprekspartner
- In het fragment komt naar voren dat de persoon zich eenzaam voelt
- De uitspraak heeft betrekking op de interventie

Alle deelnemers geven aan eenzaam te zijn. Deelnemer A noemt *“Ja voor mij ook wel wat, ik denk wel eens dan zit ik hier maar zo alleen.”* Deelnemer B noemt *“Zwaarmoedig blijf je toch voor altijd. En je voelt je vaak eenzaam he?, maar ja.”* Deelnemer C noemt *“Ik heb niemand om te vertellen hoe mij leven is geweest.”* Deelnemer D krijgt nauwelijks bezoek, nu ze haar enkel heeft gebroken raakt ze helemaal in een isolement. *“...Och ik heb mijn enkel gebroken gehad. En ik had al zo lang opgesloten gezeten.”* Tot slot noemt deelnemer E het volgende over eenzaamheid. *“Nee je moet het toch maar alleen redden... Je bent alleen en dat valt niet mee, daarin moet je je troosten en dat doe ik.”* Hieruit blijkt dat alle deelnemers zich wel eens eenzaam voelen. Het opvullen van de eenzaamheid is dan ook voor allemaal een reden geweest om mee te doen aan het onderzoek. Deelnemer A *“Als er niemand is, is het toch fijn dat je het met iemand kunt delen. Anders moet je het maar allemaal voor jezelf houden”.* Ja dat vind ik altijd wel leuk ja. Om met iemand te praten. Dat kunnen er niet genoeg zijn.” Deelnemer C sluit zich hier volledig bij aan door het volgende te zeggen. *“Nou dat vond ik mooi, best gezellig dat er is iemand gezellig komt praten.”* De Deelnemer D en E geven een vergelijkbare reactie met *“Ja dat is het, ik vind het gezellig als er iemand langs komt.”* En *“ We hebben gezellig gepraat meer niet.”*

3.2.2 Maatschappelijk belang

Maatschappelijk belang houdt in dat de reden van deelname is, dat de deelnemer meedoet omdat deze wat willen betekenen voor de maatschappij. De deelnemer wil in dit geval graag dat hij of zij een bijdrage kan leveren aan het onderzoek naar hulpbehoevende ouderen. Een fragment kan in dit thema worden gecodeerd als het voldoet aan de volgende criteria.

- Het fragment bevat een uitspraak die betrekking heeft op een bijdrage leveren aan de maatschappij.
- Deze uitspraak heeft betrekking op deelname aan interventie.

Alleen bij deelnemer A komt duidelijk naar voren dat haar deelname verband houdt met het maatschappelijk belang. Ze noemt in meerdere fragmenten zoals: *“Ja net wat ik zeg, ik wil wat betekenen voor de bejaarden.”* *“En dan kun je dus misschien nog wat betekenen, als je dan even stil zit ja..”* Nou, dat ik daar dan wat voor kan doen vind ik heel mooi. Er wordt al heel veel aan gedaan, maar soms wordt het ook even wat minder..” Uit deze drie fragmenten blijkt dat deelnemer A het vooral voor haar bijdrage aan het onderzoek en de maatschappij doet. Ze wil iets betekenen voor nieuwe generaties ouderen met haar deelname. Deelnemer E noemt ook iets wat maatschappelijk belang doet vermoeden. Deelnemer E zegt namelijk: *“Ja Ansje vroeg of ik mee wilde doen en ik wilde*

haar niet teleurstellen, dus ik dacht ik doe wel mee.” Ansjie is in dit geval de verzorgende van deelnemer E. Ze wilde haar verzorgende niet teleurstellen door het onderzoek af te wijzen. Dit is ook een vorm van maatschappelijk belang.

3.3 Attitude

Het thema attitude heeft betrekking op drie begrippen: Geslotenheid, morele verplichting en karakter. Dit thema heeft te maken met de houding van de mensen zelf en hoe zij in elkaar zitten. Attitude is een soort basishouding ten opzichte van de interventie.

3.3.1 Geslotenheid

Het begrip geslotenheid slaat op de houding om niet open te zijn in het onderzoek. De ene persoon is minder open dan de ander en sommige personen zullen misschien in de gesprekken bepaalde zaken achterwege laten. Zaken die achterwege worden gelaten kunnen het onderzoek beïnvloeden en er voor zorgen dat er een incompleet beeld wordt gegeven. De mate van geslotenheid verschilt per persoon. Een fragment kan in dit thema gecodeerd worden als het voldoet aan de volgende criteria.

- Het tekstfragment bevat een uitspraak waarin de persoon onthult bepaalde uitspraken te verbergen of te vermijden.
- Het fragment heeft betrekking op een gespreksessie uit de herinneringen.
- Het gaat in het fragment om het doelbewust vermijden of verbergen van deze uitspraak.

Uit de transcripten zijn een aantal fragmenten naar voren gekomen waarin deelnemers beweren niet alles te hebben verteld. Dit was bij vier van de vijf deelnemers het geval. Sommige onderwerpen zijn ontweken bij andere onderwerpen werd het onderwerp geblokkeerd. Bij vier van de vijf deelnemers is hier sprake van. Zo heeft deelnemer A bepaalde delen periodes in haar leven niet benoemd tijdens de life-review therapie zegt hier het volgende over *“We hebben de tijd goed besproken en als het niet leuk is slaan we het lekker over.”* Hiermee doelt deelnemer A op een tijd in haar leven die ze heeft overgeslagen bij het vertellen. Deelnemer B noemt dat deze zijn of haar negatieve herinneringen blokt. *“Ja uhm, ik wil aan lelijke dingen geen herinneringen hebben.”* Dit is haar antwoord op een vraag naar de minste leuke periode om herinneringen uit op te halen. Deelnemer C blokt geeft ook aan bepaalde zaken *“geheim”* te houden. Deze deelnemer stelt *“Nee en dingen die ze niet mogen weten, dingen die geheim zijn. Die zeg ik gewoon niet.”* Aangezien er natuurlijk niet bekend werd wat de deelnemers verzwijgen is het ook niet bekend of het invloed zal hebben op hun beleving van de interventie. Tot slot deelnemer E, ook deze deelnemer noemt tweemaal dat er bepaalde onderwerpen worden verborgen. Zo zegt de deelnemer *“Ja vast maar ik zou het niet weten. Je kunt niet alles vertellen. Er zijn altijd een hoop dingen die je voor je houdt. En als je dan weer niet kunt slapen dan komt alles bij je..”* In dit fragment geeft deelnemer E aan dat de achterwegen gelaten informatie, 's nachts wel eens peinzen oplevert. Later doet deelnemer E dit ook in het semigestructureerde interview. Wanneer haar wordt gevraagd naar negatieve kanten van de vrijwilliger zegt deelnemer E *“Nee dat zijn dingen die hou ik voor mijzelf.”* Ook in dit fragment wordt een negatieve affectie vermeden.

3.3.2 Morele verplichting

Morele verplichting doelt op een gevoel dat de ouderen hebben, waarmee men wil voldoen aan wat van hen verwacht wordt. Zo wordt er vooral bij vragenlijsten en interviews vaak verwacht dat er

antwoord moet worden gegeven op de vraag. Ondanks dat er in een semigestructureerd interview geen 'foute' antwoorden bestaan, willen de ouderen de gestelde vraag graag 'goed' beantwoorden. Voor ouderen is de interventie geslaagd als op alle vragen antwoord is gegeven en het liefst ook nog zo kort en bondig mogelijk. Wanneer deze plichtgetrouwheid ook in de gesprekken met de vrijwilliger van toepassing is, kan de interventie beleefd worden 'zomaar een paar vragen beantwoorden over vroeger' en wordt de vaardigheid van het herinneren ophalen niet op waarde geschat. Een fragment kan in dit thema gecodeerd worden als het voldoet aan de volgende criteria.

- Het tekstfragment bevat een uitspraak over plichtsgetrouw handelen.
- De uitspraak heeft betrekking op een fase van de interventie.

Veel ouderen vinden dat het invullen van een vragenlijst of deelnemen aan een interview iets plichtsmatigs is. De interviewer stelt de vragen en de deelnemer beantwoordde. Plichtsgetrouwheid is in veel verzorgingstehuizen van toepassing, het is een mentaliteit van *"Doe wat er van je gevraagd wordt, meer niet."* Dit levert vaak korte antwoorden op en vragen naar het goede antwoord, terwijl er lang niet altijd een goed antwoord is. Drie deelnemers laten tekenen van plichtsgetrouwheid zien. Deelnemer A noemt in een fragment. *"Ja wel leuk, ik wist dat kan ik wel beantwoorden."* Hiermee doelt deelnemer A erop dat ze het antwoord op de vragen wel wist, terwijl de antwoorden persoonsgebonden en dus niet een 'goed' antwoord hebben. Later doet deelnemer A hier nogmaals een beroep op door te vragen *"... Geef ik de goede antwoorden?"* Ook hieruit blijkt een bepaalde mate van willen voldoen aan hun plicht om de vragen te beantwoorden. Deelnemer D laat ook een fragment van plichtsgetrouwheid zien. Er wordt namelijk gezegd *"Nou er waren wel vragen bij die, ja ik vond wel dat ik die moest weten."* Moeilijk te interpreteren maar in de door de onderzoeker bijgehouden memo's kwam naar voren dat het in dit geval ook ging over de plichtsgetrouwheid om de antwoorden goed in te vullen. Tot slot geeft ook deelnemer E aan de vragen van een interview plichtsgetrouw in te vullen. *"Nou gewoon, antwoord geven en weer doorgaan."* Hiermee geeft ze aan dat haar doel bij het invullen van een vragenlijst of deelnemen aan een interview, het beantwoorden van de vraag is om vervolgens verder te gaan met de volgende vraag.

3.3.3 Karakter

Het karakter is uniek voor ieder persoon. Verschillende deelnemers kunnen verschillend reageren op een vergelijkbare situatie omdat hun karakters verschillend zijn. Bij het subthema karakter gaat het om een uitspraak waarin de deelnemer een facet van zijn of haar karakter verwoord. Dit kan ook gaan om de manier hoe hij of zij in het leven staat.

- Een fragment kan in dit thema gecodeerd worden als het voldoet aan de volgende criteria.
- Het fragment bevat een uitspraak over het karakter of manier waarop de deelnemer in het leven staat.
- De uitspraak heeft betrekking op algemene situaties en niet op specifieke.

De deelnemer ziet de uitspraak als een onderdeel van zichzelf.

Er zijn een aantal fragmenten waarin het karakter of de manier van in het leven staan van de ouderen aan het licht komt. Deelnemers D en E geven aan niet zo spraakzaam te zijn van zichzelf. Deelnemer D zegt namelijk *"Nou ja, dat kan ik niet zeggen. Ik ben geen prater."* Terwijl deelnemer E

vrijwel het zelfde zegt. *“Nee, ik praat niet zoveel met mensen. Ik ben wat stiller en van het luisteren.”* Naast dat er twee deelnemers te kennen geven dat ze geen praten zijn, komt er ook nog een andere eigenschap van het karakter naar voren. Deelnemers A en E laten namelijk een bepaalde stugheid zien. Hun mentaliteit is de *“Het is zoals het is- mentaliteit”*. Deelnemer A zegt daar het volgende over. *“Nee ik leef zoals ik leef en het komt zoals het komt...”* Hiermee geeft de deelnemer aan hoe ze in het leven staat. Deelnemer E heeft twee fragmenten waarin een vergelijkbare zin van het leven naar voren komt. *“Nee het komt zoals het komt.”* *“... Dus je aanvaard zoals het nu gaat en meer kan ik er niet aan veranderen.”* In deze twee fragmenten komt dezelfde houding naar voren als dat wat deelnemer A al vertelde.

3.4 Stressoren

Stressoren zijn invloeden van buitenaf die stress kunnen veroorzaken en daarom een drukkende gevoel op de deelnemer leggen. Deze stressoren staan volledig los van de interventie maar kunnen het beleven van life-review therapie beïnvloeden, omdat er op dat moment andere dingen in het hoofd van de deelnemer omgaan. Deze stressoren kunnen de herinneringen in de weg staan en er voor zorgen dat deelnemers na de interventie snel in het zelfde beeld vervallen als voor de interventie. De stressoren zijn: Zorgen, frustraties en angsten.

3.4.1 Zorgen

Zorgen zijn zaken waarover de deelnemer bezorgd is. Deze zorgen kunnen de deelnemer een naar gevoel geven zowel voor na als tijdens de interventie. Het kan hierbij gaan om zorgen over de eigen gezondheid of die van anderen, over zaken in de wereld of bijvoorbeeld zaken in de familie. Zorgen kunnen grote invloed hebben op de beleving en gesteldheid van de deelnemer. Een fragment kan in dit thema gecodeerd worden als het voldoet aan de volgende criteria.

- Het fragment bevat een uitspraak over zorgen die de deelnemer heeft.
- De zorgen geven de deelnemer een naar gevoel.
- De uitspraken hebben geen betrekking om een fase van de interventie, maar op het dagelijks leven.

In het interview hebben twee personen genoemd last te hebben van zorgen. Bij deelnemer C gaat dit vooral om zorgen van buiten af, in dit geval haar familie. *“Ja het andere is een stuk minder leuk. Mijn schoonzoon heeft kanker... De ene na de andere gaat dood en daar maak ik mij slim zorgen over.”* *“Gisteren weer naar het ziekenhuis, donderdag krijgt hij uitslag dat ging over zijn long.”* Deze twee gebeurtenissen gaan over haar zieke schoonzoon. Dit levert haar veel zorgen op, ze is bang dat hij het niet gaat redden. Ook de eigen gezondheid baart deelnemer C zorgen. *“Tsja ik wou dat ik wat kon doen. Alles wordt me afgenomen. Puzzelen wil niet meer, schrijven wil niet meer, alles wordt me afgenomen.”* Deze zorgen over de eigen gezondheid hebben ook de deelnemer D. Deelnemer D zegt namelijk dat *“Ja daar weet ik niks meer van. Het is zo plotseling. Dat ben ik ook weer vergeten. Ik kon vroeger heel goed onthouden, maar nu niks meer.”* *“... En dat is toch tsja, ik kan niet meer lezen, ik kan niet meer schrijven, ik kan niet meer nouja... alles wordt minder.”* *“Nou ik kan niks meer onthouden, dat is zo vervelend. Ik kan wel beter, maar ben zo kort geleden ingestort.”* Deelnemer D geeft aan veel zorgen te hebben over haar eigen functioneren. Er zijn veel dingen die ze niet maar kan die vroeger geen problemen voor haar waren. Daarnaast noemt deelnemer D ook nog *“... en*

daar heeft ze een broertje. Dat vind ik niet zo leuk, ik had nooit gedacht dat dat mij overkomen zou, maar die zijn gescheiden." Dit is weer een zorg om een familie omstandigheid.

3.4.2 Frustraties

Frustraties kwamen veelvuldig voor bij de ondervraagden. Frustraties zijn zaken die de deelnemers overkomen waarover irritatie bestaat. Frustraties kunnen gaan over het verzorgend personeel, kinderen die niet langs komen of bijvoorbeeld een dokter die op zich laat wachten. Frustraties kunnen de deelnemer een geïrriteerde stemming geven die de interventie kan beïnvloeden. Een fragment kan in dit thema gecodeerd worden als het voldoet aan de volgende criteria.

- Het fragment bevat een uitspraak over een frustratie die de deelnemer heeft.
- In de uitspraak laat de deelnemer blijken dat hij de situatie liever anders had gezien.

Drie van de vijf deelnemers hebben frustratie naar voren laten komen. Hierbij gaat het veelal om frustraties in en rondom het verzorgingshuis. In totaal hebben 3 van de 5 personen last van frustraties. Deelnemer A heeft de volgende frustratie. *"Zoals mij man is overleden, van de week is het allerheilige en dan wil niemand met mij mee naar het graf om een bloemetje te zetten. Want zelf kan ik even niet rijden. Dan denk ik waarom?"* Dit is een frustratie naar haar familie en naar mensen van de zorg die niet even tijd voor haar vrij kunnen maken. Deelnemer C ondervindt vooral frustratie in de richting van het verzorgend personeel. *"Nee dat is toch geen feest meer. Gisteravond heeft de zuster mijn puzzel opgelost. Had ik een puzzel van 35 stukjes, nou fijn hoor."* *"Net zoals dat er vrijwilligers zijn die dan zo met de rug naar je toe gaan zitten dat vind ik raar, dan denk ik nou gezellig is dat hier hoor."* De bezoeken van het personeel frustreren deelnemer C hier, omdat ze niet doen wat ze ervan had verwacht. Daarnaast frustreert deelnemer C zich ook de andere bewoners. *"Ik vind het altijd zo verschrikkelijk als ik naar de zaal ga... Dan zit ik daar en dan zit die met die te praten en die met die. De één verstaat de ander niet en je hebt er niks aan."* Een zelfde frustratie maakt deelnemer B mee, ook deze deelnemer ergert zich aan de andere bewoners. *"Nee hier zeker? Ik ga nooit naar beneden, want daar zitten ze maar tegen elkaar aan te kijken. Dan blijf ik liever boven dan kan ik lezen en de televisie aandoen."* In beide gevallen ergeren de deelnemers zich aan mede bewoners omdat ze *andere* verwachtingen van hen hebben.

3.4.3 Angsten

Angsten zijn ook aanwezig bij ouderen. Angsten kunnen deelnemers een beklemmend gevoel geven. Ouderen kunnen bang zijn voor veel verschillende dingen, deze angsten kunnen voortkomen uit vervelende ervaringen. Ook angsten kunnen de deelnemer beïnvloeden in zijn of haar belevenis. Een aantal fragmenten waarin angsten van de deelnemers naar voren komen zijn. Een fragment kan in dit thema gecodeerd worden als het voldoet aan de volgende criteria.

- Het fragment bevat een uitspraak over een angst die de deelnemer heeft.
- De uitspraak gaat over een angst die de deelnemer op dit moment nog ervaart.

Vier van de vijf deelnemers geven aan dat ze last hebben van angsten en vaak bang zijn. Zo heeft deelnemer A de angst dat haar gezondheid achteruit gaat. *"Ik kan elke dag mijn rondje nog lopen, maar als je dat niet loopt dan gaat het snel. Dan wordt je stijver en dan gaat het snel achteruit."* Ook geeft deelnemer A te kennen bang te zijn in de avond. *"Ik ben bang en dat blijft zo. 'S Avonds zit ik heel bang, dan gaat het licht aan. 'Oh god dan gaat het licht aan.' En dan loop ik daarheen, misschien*

is het wel een hond of een kat, maar ik ben toch bang. Ik weet namelijk dat het licht aan gaat als er iets loopt.” Hiermee doelt deelnemer A op angst voor een inbraak of iets dergelijks. Deelnemer B ervaart de zelfde angst, die verwoord ze als volgt *“Ik ben nog steeds overal bang voor, het was verschrikkelijk. Ik had veel nachtmerries daarover en dan ging ik naar de kamer van mijn oom en tante.”* Ook deelnemer B geeft aan bang te zijn dat er iets binnen komt en dat ze bang is wanneer ze alleen is. Deelnemer C ervaart een heel ander soort angst. Ze is bang dat er vervelende dingen gebeuren met haar familie. *“Nee ik durf niet, dan ben ik altijd bang. Op een gegeven moment heb je al een aantal kinderen, of een moment dat er iemand is. Ik heb een neefje die is gescheiden...”* Dit ligt natuurlijk in lijn met alle zorgen die ze over haar familie heeft. Ook deelnemer D ervaart angst. Dit is echter angst binnen het interview. Deelnemer D is bang dat deze raar overkomt. *“Oh mooi, ja dat vind ik gewoon,. Zo ervaar ik dat, ik vind dat heel goed... Ik wil geen flater slaan.”* Deelnemer D is bang om een *flater* te slaan, ten opzichte van het onderzoek en de onderzoeker. Er is nog een onderzoek gerelateerde angst bij één van de deelnemers. Deelnemer A is namelijk bang dat het onderzoek uitlekt naar de media en dat iedereen haar herkent. Ze vraagt daarom het volgende. *“Ik vind het wel mooi, maar ik hoop dat het niet overal bekend wordt.” “Oke ik was al bang dat ik ineens op televisie moest of zo.”* Tussen deze twee fragmenten in nam de onderzoeker de angst bij de deelnemer weg, zodat deze geen blokkade vormde voor de beleving van de interventie.

3.5 Begeleiding

Dit thema heeft betrekking op de begeleiding door de vrijwilligers. De begeleiding is van groot belang voor de beleving van de deelnemer en het functioneren van de interventie. De ervaring van de begeleiding kan twee kanten op gaan. Positieve ervaringen met de begeleiding en negatieve ervaringen met de begeleiding.

3.5.1 Positieve ervaringen met de begeleiding

In dit gedeelte staan de positieve ervaringen die de deelnemers hebben met de begeleiding. Niet alleen de begeleider zelf maar ook de begeleiding in het algemeen kan hierin door de deelnemer beoordeeld zijn. Het kan hierbij gaan om voorbeelden van begeleiding die werden genoemd of eigenschappen van de begeleiding die als prettig werden ervaren. Een fragment kan in dit thema gecodeerd worden als het voldoet aan de volgende criteria.

- Het fragment bevat positieve uitspraken over de begeleider die bij de interventie betrokken was.
- De uitspraak heeft betrekking op het contact tussen de begeleider en de deelnemer.
- De uitspraak bevat een positieve waardering over de begeleiding.

De deelnemers hebben allemaal een uitspraak gedaan die een positieve ervaring beschreef met de begeleiding. Zo had deelnemer A de volgende positieve uitspraken over de vrijwilliger die de gesprekken met haar deed. *“... En die man die hier was, daar kan ik heel goed mee. En hij wilde zelfs nog een keer terug komen, maar tot nu toe is hij nog niet geweest.”* Je zou dit laatste stukje kunnen interpreteren als negatieve uitlating omdat de begeleider zich niet aan zijn woord heeft gehouden, echter was dit niet zoals deelnemer A het bedoelde. Deelnemer A bedoelde gewoon te zeggen dat hij nog niet langs is geweest omdat het er niet van gekomen is. Een andere positieve uitspraak over de begeleiding van deelnemer A is. *“Oh ja heel goed, was een lieve man die meneer Pott. Hij heeft hier nog op het gemeentehuis gewerkt.”* In beide gevallen ervaart deelnemer A het als prettig dat haar

begeleider een aardige en lieve man was. Deelnemer B deelt die mening door te zeggen *“Ja heel goed contact, een hele aardige vrouw.”* Ook deelnemer B geeft dus aan dat de begeleiding als aardig wordt ervaren. Zoals deelnemer A eerder het eventuele blijvende contact met de vrijwilliger als positief ervaart, ervaart ook deelnemer C het op deze manier. Ook deze deelnemer vindt het prettig dat het contact met de vrijwilliger aanhoudt. *“... en als ik haar nu tegen kom. Ik ben geen local, ik ken geen locals. Maar dan vind ik dat zo leuk dat ze toch even bij je blijft staan”* Daarnaast ervaart deelnemer C het als prettig dat de begeleider de zelfde belangstellingen heeft als zijzelf. En dat ze over bepaalde onderwerpen samen kunnen sparren en hun mening geven. *“Dat zij zo belangstellend was voor dingen die ik ook had gedaan. En dat ze onderwijzeres was geweest in mijn oude woonplaats.”* *“Ja er zijn bepaalde dingen waar ik anders over dacht. Daar spraken we over en dan dacht ik ‘ja daar zit ook wel wat in.’ Want we hadden het over vrijwilligers..”* Deelnemer D is het hiermee wel eens. Ook zij vindt het fijn dat bepaalde ervaringen en belangstellingen overeenkomen. *“Nou ik denk dat we beide dames zijn. Dat kan wel helpen. Dan ervaar je wel een dezelfde dingen.”* Deelnemer D vindt het dus vooral prettig dat de vrijwilliger van hetzelfde geslacht is al zij. Daarnaast benoemt deelnemer D dat de begeleiding erg aardig was, zoals ook de andere deelnemers zeiden., en dat de begeleider een goed naar haar luisterde ervoer zij ook als positief. *“Ja, ik vond het een leuke meid. Iemand waar je goed mee kunt praten. Ze kon goed naar mij luisteren.”*. Tot slot deelnemer E, deze deelnemer vond het net als de rest prettig dat de begeleiding aardig was. Verder laat deelnemer E niet veel meer over de positieve kanten van de begeleiding los. *“Ja goed, was een aardig meisje.”*

3.5.2 Negatieve ervaringen met de begeleiding

In dit gedeelte staan de negatieve ervaringen die de deelnemers met de begeleider hebben gehad. Ook hier gaat het niet alleen over de begeleider zelf maar ook over de begeleiding in het algemeen. Negatieve ervaringen met de begeleiding zijn heel bepalend voor de uiteindelijke beleving. Een fragment kan in dit thema gecodeerd worden als het voldoet aan de volgende criteria.

- Het fragment bevat een negatieve uitspraak over de begeleiding
- De deelnemer ervaart de gebeurtenis al negatief

Er zijn twee van de vijf deelnemers die een negatieve ervaring hebben met de begeleiding. Deelnemer A en deelnemer E. De negatieve ervaring van deelnemer A komt van haar eerste begeleider. *“... Alleen dat meisje dat hier eerst was die zei: ‘Ik ga daar niet meer heen en ik kan er niks van verstaan.’ Ik kan er niks van verstaan ik kom daar niet meer. Kan ik dat wel zo zeggen?”* Deelnemer A is duidelijk ontdaan en geraakt door het feit dat haar begeleider dit heeft gezegd. Later is er volgens haar een nieuwe begeleider gekomen en daarmee kon ze erg goed overweg. Ondanks dat deelnemer A weet dat ze met een stevig accent praat, is het natuurlijk voor haar niet leuk om dat op deze manier te horen. Deelnemer E heeft een heel ander soort negatieve herinnering met de begeleiding. Zij voelt zich bedonderd. De begeleiding die zij op zich als goed ervoer, had haar namelijk gezegd dat het onderzoek nu definitief klaar was. Bij binnenkomst van de onderzoeker die de tweede meting en dit interview kwam afnemen reageerde ze als volgt. *“... maar toen heb ik op gegeven moment na 4/5 keer gezegd, nu is het genoeg geweest, nu wil ik niet meer. En toen kwam jij weer twee keer langs.”* Deelnemer E is het er duidelijk niet mee eens dat ze wederom bezocht wordt voor de interventie *dierbare herinneringen*. De begeleider had haar namelijk beloofd dat het onderzoek klaar was.

3.6 Ervaring met de interventie

De ervaring die de persoon met de interventie zelf heeft komt in dit thema naar voren. Wat vindt de persoon nou eigenlijk van de interventie? En hoe ervaart hij of zij het? Twee begrippen die hier onderdeel van zijn, zijn continuïteit en verkregen gevoel.

3.6.1 Continuïteit

De continuïteit van de interventie of te wel is de interventie voor de deelnemer maar een moment opname en vergeet zij het hierna weer. Of heeft hij of zij later ook nog wat aan de herinneringen? Enkele voorbeelden van fragmenten waarin de continuïteit naar voren komt zijn. Een fragment kan in dit thema gecodeerd worden als het voldoet aan de volgende criteria.

- Het fragment bevat uitspraken over de continuïteit van de interventie.
- De uitspraak is gericht op het resultaat of een gevolg van de interventie.
- De uitspraak is niet gericht op het evaluatie interview.

De deelnemers zijn het niet allen eens over de continuïteit van de interventie. Drie van de vijf deelnemers zien het niet als een interventie die op de lange termijn doorwerkt. Op het moment dat ze meededen was het leuk, maar daarna was het gevoel ook weer weg. Zij zien het meer als een leuk tijdverdrijf maar hun leventje gaat daarna weer door zoals het ging. Deelnemer A zegt daar het volgende over. *“Nee verder niet. Nu dat ik er weer mee bezig ben komt het op, maar verder zit het niet zo diep.”* Door aan te geven dat het *‘niet diep’* zit geeft deelnemer A aan dat de continuïteit van de interventie in haar ogen niet aanwezig is. Ze ziet de cursus meer als een herinnering dan als een verandering. Deelnemer B ziet de interventie ook als een leuk moment waarna het leven weer doorgaat zoals het was. *“Nee of nou, ja. Tijdens de gesprekken wel, maar als ze dan weer weg zijn dan...”* Hiermee doelt deelnemer B op haar zwaarmoedigheid en eenzaamheid die ze daarvoor heeft benoemd. Tijdens de interventie voelt ze zich beter, maar daarna vervalt deelnemer B weer in het zelfde patroon. Ook deelnemer E heeft een zelfde soort ervaring. *“Jawel, jawel en ik heb het ook met plezier gedaan. Ik heb er ook zeker geen spijt van. Nee hoor. Voor de rest heeft het geen indruk op mij gemaakt.”* Deelnemer E geeft in andere woorden aan dat haar ervaring met de interventie leuk was, maar dat het op de lange termijn *‘geen indruk’* op haar heeft gemaakt. Er zijn geen uitspraken gedaan over dat er wel continuïteit zat in de interventie. Deelnemers C en D zeggen daar niks over.

3.6.2 Verkregen gevoel

Het verkregen gevoel gaat over het gevoel dat de deelnemers van de interventie krijgen. Dit kan zijn na een enkel gesprek of na de gehele interventie. Een fragment kan in dit thema gecodeerd worden als het voldoet aan de volgende criteria.

- Het fragment bevat uitspraken over het gevoel dat de interventie de deelnemer geeft.
- De uitspraak betreft het gevoel na een gesprek of na de gehele interventie.
- De uitspraak heeft betrekking op het gevoel dat de interventie de deelnemer geeft.

Drie van de vijf deelnemers geven aan een goed gevoel te krijgen van de gesprekken. Deelnemer A geeft aan dat *“Ja dat was allemaal heel goed, het was allemaal heel leuk. Ik ben mij er wel beter door gaan voelen. Anders zat je daar, je wist nergens iets van, je hoorde niks.”* Deelnemer A geeft hier duidelijk aan dat de interventie haar een goed gevoel heeft gegeven. Dit onderstreept ze later in het

gesprek nogmaals “Daar kreeg ik soms wel een beter gevoel van, ik heb geen mooi leven gehad..” Wanneer de interviewer aan deelnemer D de volgende vraag stelt geeft zij aan “*Dat daar wel wat in zit.*” Hierbij ging het om de vraag; Was dat misschien omdat u zich in die tijd nog beter voelde en meer kon? Deelnemer D benoemt niet duidelijk dat ze een goed gevoel kreeg van de gesprekken maar geeft wel een bevestigend antwoord wanneer hier naar gevraagd wordt. Deelnemer C daarentegen noemt wel twee maal het gevoel dat de gesprekken haar geven. “*Ik voelde me daarna ook beter*” en “*Nee dat had ik niet, ik was na die gesprekken beter te pas dan dat ik nu ben.*” Ook deelnemer C geeft hiermee aan een goed gevoel aan de gesprekken over te houden. Dit zou kunnen wijzen op de eerder genoemde continuïteit maar dit hoeft niet per se zo te zijn.

3.7 Naderhand gedaan met herinneringen

Dit thema gaat over wat de deelnemers achteraf met de herinneringen hebben gedaan. Het gaat er dus over in hoeverre de deelnemers naderhand nog bezig zijn geweest met de opgehaalde herinneringen. Het kan zijn dat er nog wel eens over na wordt gedacht en dus later weer opgehaald wordt of doormiddel van tastbare herinneringen door bijvoorbeeld foto's. Dit kan van belang zijn voor de werking van de interventie.

3.7.1 Later opgehaalde herinneringen

Met later opgehaalde herinneringen worden herinneringen bedoeld die tijdens de interventie zijn besproken en later opnieuw zijn opgehaald. Dit kan de deelnemer alleen op de bank hebben gedaan of door het bijvoorbeeld aan zijn familie te vertellen. Herinneringen die later opnieuw zijn opgehaald en bijvoorbeeld de deelnemer opnieuw een goed gevoel geven, kunnen de beleving van de interventie beïnvloeden. Een fragment kan in dit thema gecodeerd worden als het voldoet aan de volgende criteria.

- Het fragment bevat uitspraken over het ophalen van herinneringen in een later stadium.
- De uitspraak heeft betrekking op de interventie.
- De uitspraak heeft betrekking tot het ophalen van de herinneringen uit de gedachte.

Drie van de vijf deelnemers geven aan achteraf nog iets met de herinneringen gedaan te hebben. Deelnemer A zegt dat ze thuis de herinneringen nog eens heeft opgehaald. “*Ja tuurlijk, toen ik alleen thuis zat. Ik denk er nog wel eens over na. En dan denk ik als ik er nog wat uithaal is dat mooi.*” Hiermee geeft deelnemer A aan dat ze thuis nog wel iets uit de herinneringen wilde halen waar ze tijdens de gesprekken wat aan had. Deelnemer B “*Ja die komen dat toch weer opzetten, mijn herinneringen van vroeger.*” Ook deelnemer B denkt dus thuis nog wel eens na over de opgehaalde herinneringen. Deelnemer C geeft ook aan nog naderhand met de herinneringen bezig te zijn geweest. Ze heeft het voor zich zelf nog eens opgehaald net zoals deelnemers A en B. “*Daar denk ik nog vaak over na. Heel vaak haal ik het weer op.*” Ook heeft ze de herinneringen met anderen gedeeld. “*Ja aan mijn kinderen verteld die kwam zo om het hoekje kijken.*” Nadien worden de herinneringen nog wel opgehaald door de deelnemers. Dit kan een vorm zijn van onbewust continuïteit.

3.7.2 Tastbare herinneringen

Tastbare herinneringen zijn herinneringen die je kunt aanraken. Zo kunnen bijvoorbeeld een erfstuk of een foto de reminiscentie in gang zetten. Deelnemers kunnen na der hand ook aangeven dat ze

foto's hebben bekeken. Een fragment kan in dit thema gecodeerd worden als het voldoet aan de volgende criteria.

- Het fragment bevat een uitspraak over een tastbare herinnering.
- Het fragment heeft betrekking op de interventie.

Drie van de vijf deelnemers benoemen in het gesprek het bekijken van tastbare herinneringen. In de gesprekken ging het vooral over foto's. Er is echter maar één persoon die achteraf foto's heeft bekeken. *"Ik laat mensen altijd de foto's zien, daar. Altijd met een hondje."* Deelnemer C die een dierenliefhebber is geeft aan mensen foto's te laten zien wanneer zij haar herinneringen aan hen verteld. Deelnemer A geeft ook aan een paar foto's te hebben bekeken. Echter heeft deze deelnemer het niet zo op foto's. *...paar foto's van mijn kinderjaren bekeken. Maar foto's daar hou ik niet zo van. Ik vind het helemaal niet leuk, daar staan mensen op die zijn nu dood."* Deelnemer A heeft er dus wel een paar foto's bekeken na het gesprek. Echter heeft ze een naar gevoel bij foto's van overleden mensen omdat dat vervelende herinneringen naar boven haalt. Ook deelnemer B doet een uitspraak over foto's. *"Nee dat niet, toen ik hierheen verhuisd ben vanaf het oude gedeelte, heb ik geen foto's meer."* Door de intonatie van deelnemer B is te horen dat het ontbreken van foto's als vervelend wordt ervaren. Dit geeft aan dat ze graag foto's had gehad om herinneringen weer opnieuw op te halen.

4 Discussie

In deze studie zijn de factoren die de beleving van life-review bepalen bij ouderen onderzocht. Deze studie is uitgevoerd vanuit het perspectief van de deelnemer. De centrale vraag die bij deze studie gesteld wordt is: Wat zijn de factoren die bepalen hoe hulpbehoevende ouderen, met lichte tot matige depressie klachten, life-review therapie beleven? Uit de analyse kwamen 6 thema's naar voren, met daarbij verschillende subthema's. Het thema "deelname" heeft als subthema's 'eenzaamheid opvullen' en 'maatschappelijk belang'. Het thema "attitude" heeft als subthema's 'geslotenheid', 'morele verplichting' en 'karakter'. Het thema "stressoren" heeft als subthema's 'zorgen', 'frustraties' en 'angsten'. Het thema "begeleiding" heeft als subthema's 'positieve ervaringen met begeleiding' en 'negatieve ervaringen met begeleiding'. Het thema "ervaringen met de interventie" heeft als subthema's 'continuïteit' en 'verkregen gevoel door de interventie'. En tot slot is er nog het thema "naderhand gedaan met herinneringen" met de subthema's 'later opgehaald herinneringen' en 'tastbare herinneringen'. Hieronder worden de voornaamste resultaten besproken.

4.1 Interpretatie

Terugkijkend op dit onderzoek kan er gesteld worden dat er vele factoren zijn die de beleving van life-review bepalen. Over het geheel gezien heeft de interventie voor de ouderen veel betekend. Bij de één een tijdelijke opvulling van de leegte en een gesprekspartner, bij de ander tevredenheid voor het verrichten van een goede daad. Iedere deelnemer beleeft de interventie en de gevolgen van de interventie anders. Dat komt doordat er verschillende factoren zijn die bepalen hoe hulpbehoevende ouderen deze life-review therapie beleven. Er zijn twee verschillende soorten factoren, de persoonlijke factoren en de therapieafhankelijke factoren. De persoonlijke factoren zijn voor iedere persoon uniek en staan vast tijdens de life-review therapie zelf. Hierin zitten namelijk basishoudingen, het karakter en de verwachtingen van een persoon in het algemeen. Deze zijn voor aanvang van de therapie al bepaald. De therapieafhankelijke factoren daarentegen zijn afhankelijk van hoe de therapie ervaren wordt. Deze ervaringen wegen uiteindelijk zwaar mee in de beleving van de therapie. Op basis van de therapieafhankelijke factoren zouden therapieën verbeterd kunnen worden, aan de hand van persoonlijke factoren kunnen vooraf mogelijke randvoorwaarden in kaart worden gebracht.

Een persoonlijke factor is de "reden van deelname." Deze bepaalt namelijk de verwachtingen van de deelnemer. Aangezien alle deelnemers te maken hebben met eenzaamheid, is een vermindering hiervan een reden om deel te nemen aan de interventie. Eenzaamheid is een bekend probleem bij hulpbehoevende ouderen (Boland et al., 1996). Uit onderzoek van de Universiteit van Amsterdam blijkt zelfs dat een derde van de ouderen eenzaam is en dat in totaal 4% te kampen heeft met ernstige eenzaamheid. Ouderen die eenzaam zijn hebben een verhoogd risico op het oplopen van een depressie (Prince et al., 2007). Weiss (1973) onderscheidt twee verschillende types eenzaamheid. Sociale eenzaamheid is gekoppeld aan een tekort aan sociale integratie, het ontbreken van contacten waarmee een gemeenschappelijke band wordt gedeeld, bijvoorbeeld op het gebied van hobby's of mensen met dezelfde belangstelling. Zelfs een intieme partnerrelatie kan deze vorm van eenzaamheid niet opheffen (Van Tilburg, 2007). Emotionele eenzaamheid treedt op als iemand een hechte emotionele band mist met één persoon, vaak is dit een partner. Alle vijf de geïnterviewde vrouwen zijn hun partner verloren, het is dus goed mogelijk dat er bij hen sprake is van emotionele eenzaamheid. Voor deelnemers die life-review als middel tegen de eenzaamheid zien, zijn de

verwachtingen niet gericht op de lange termijn. De eenzaamheid neemt namelijk alleen maar af wanneer de life-review bezig is. Daarna is de begeleider weer weg en valt de deelnemer terug in de eenzaamheid. Hierbij gaat het om sociale eenzaamheid. Het opvullen van de eenzaamheid heeft ook invloed bij de therapieafhankelijke factor continuïteit. De continuïteit van de studie richt zich op positieve herinneringen om de depressie af te laten nemen en deze techniek te blijven gebruiken in de toekomst, het ophalen van specifieke, positieve herinneringen. Echter ligt bij de deelnemers die nadruk echter op eenzaamheid. Hierdoor beleven ze de life-review therapie anders, ze focussen zich op een andere risicofactor. De deelnemers zijn van te voren ingelicht over het doel van de interventie, hen is verteld dat er na de interventie een vermindering van de somberheidsklachten het doel van deze interventie is. Ondanks dit zijn de ouderen nog steeds gericht op het opvullen van de eenzaamheid in plaats van het verbeteren van het welzijn.

Een tweede belangrijke persoonlijke factor is "attitude". De attitude is een basishouding ten aanzien van de interventie, die de deelnemer heeft. Opvallend is dat veel deelnemers beantwoorden van vragen als morele plicht zien. Deze plichtsgetrouwheid laat de deelnemers vooral de nadruk leggen op het goed beantwoorden van de vragen, dit komt niet voort uit angst om fouten te maken. Het lijkt er op dat deze generatie het idee heeft om niet te lang te mogen praten en alleen maar te doen wat er van hen gevraagd wordt. Wat in dit geval gewoon antwoorden op de vraag betekend. Er is geen wetenschappelijke literatuur bekend over dit verschijnsel. Misschien dat deze generatie op deze manier in het leven staat, hun opvoeding stamt uit mindere tijden waarin zakelijkheid en plichtgetrouwheid belangrijke eigenschappen waren. Als kind werd er van hen ook verwacht dat men deed wat er gevraagd werd en niets meer. Niet alleen bij het subthema 'morele verplichting, maar ook bij geslotenheid en karakter lijkt het te gaan om een generatie kwestie. Het zou kunnen dat de generatie, waartoe de doelgroep behoort, niet gewend om over hen zelf te praten en alleen maar plichtgetrouw te zijn en te luisteren naar anderen. In het onderzoek geven twee ouderen ook aan *geen prater* te zijn. Misschien komt dit wel voort vanuit hun karakter. Hiervoor is geen wetenschappelijk bewijs. Wel is er door Kousemaeker et al. (2013) onderzoek gedaan naar verschillen tussen generaties. De generatie waartoe de deelnemers van dit onderzoek behoren wordt *de vooroorlogse generatie* genoemd. Het grootste deel van deze generatie behoort tot de typering *traditionele burgerij*, in de jongere generaties komt deze typering steeds minder voor. Deze typering wordt omschreven als: De moralistische, plichtsgetrouwe en op de status-quo gerichte burgerij die vasthoudt aan tradities en materiële bezittingen. Plichtgetrouwheid komt hierin dus terug en lijkt dus inderdaad in deze generatie meer voor te komen. Over een verband tussen geslotenheid en deze generatie is geen wetenschappelijke literatuur bekend.

"Stressoren" vormen ook een persoonlijke factor waar veel ouderen mee te maken hebben. Uit dit onderzoek kwamen de stressoren: angst, zorgen en frustraties, naar voren. Doordat hulpbehoevende ouderen in een omgeving zitten waar veel zorgen voorkomen, door achteruit gang van de gezondheid en verlieservaringen (Van Campen, 2011). Vaak is er sprake van bezorgdheid om de situatie van naasten en om de situatie van de persoon zelf. Deze zorgen kunnen ook omslaan in angsten. Angst komt vaak in combinatie met depressie voor. Dit is bij ongeveer 25% van de ouderen in de algemene bevolking en zelfs rond de 50% bij ouderen in zorginstellingen (Bakker et al., 2010). Volgens deze gegevens heeft dus de helft van de doelgroep te maken met angsten. Door angst kan het dagelijks functioneren van de deelnemer worden ontregeld. Deze angst kan dus ook invloed hebben op het beleven van de interventie. Angstklachten die gepaard gaan met depressie klachten moeten in beeld worden gebracht voordat life-review begint. Wanneer dit niet het geval is kunnen deelnemers door angst bepaalde onderwerpen verzwijgen of bijvoorbeeld achterdochtig worden ten

opzichte van de begeleiding. Hierdoor kan de deelnemer de interventie als negatieve ervaring beleven en zou de interventie haar effect kunnen verliezen. Ouderen willen sommige ervaringen of meningen niet delen met een onderzoeker, een reden hiervoor zou angst kunnen zijn. Over frustraties bij ouderen zijn geen wetenschappelijke artikelen bekend.

Een eerste therapieafhankelijke factor is “begeleiding bij de interventie”. De begeleiding van de deelnemers is bepalend voor de uiteindelijke beleving van de therapie. Uit het onderzoek kwam naar voren dat veel ouderen waarde hechten aan een vriendelijke begeleiding. Woorden als *lief, aardig en prettig* zijn termen die deelnemers gebruiken om hun begeleiding te beschrijven. Er zijn ook ouderen die de begeleider als een soort sparring-partner zien om te discussiëren over gedachten en meningen die zij hebben. Een goede band met een begeleider is van belang voor de ervaring van de therapie (Driessen, 2003). De begeleiding heeft de centrale rol in de therapie, de begeleider legt namelijk het contact tussen het onderzoek en de deelnemer. Aangezien bij *dierbare herinneringen* de begeleiding wordt gedaan door vrijwilligers, is het van belang dat deze vrijwilligers achteraf gehoord worden over hun ervaringen en de beperkingen die zij ondervonden. Een onderzoeker houdt normaliter ook een logboek of memo's bij (Boeije, 2005). In de interventie *dierbare herinneringen* is er voor gekozen om de vrijwilligers geen logboek of memo's te laten bijhouden, om hen niet te veel te belasten. Hierdoor is er wel een kans dat er belangrijke informatie over zaken die tijdens de gesprekken van toepassing waren buiten beschouwing wordt gelaten. Bijvoorbeeld: Wanneer een deelnemer net een dierbare heeft verloren, zou het kunnen dat deze negatieve ervaring, de positieve herinneringen overschaduwde. Hierdoor haalt de deelnemer weinig positieve herinneringen op en kan de effectiviteit van de interventie bij deze persoon beïnvloed worden. De vrijwilligers worden achteraf wel geëvalueerd maar het is maar de vraag of ze deze informatie dan nog weten en vooral vertellen.

De “ervaringen die een deelnemer met de interventie” heeft bepalen mogelijk ook hoe de deelnemer de therapie beleefd heeft. Wanneer de gesprekken bijvoorbeeld als confronterend ervaren zijn zal dit de beleving van de therapie bepalen. Williams (2007) geeft aan dat depressieve personen vaak moeite hebben met het ophalen van specifieke herinneringen. De deelnemers geven in een paar gevallen letterlijk aan dat door het ophalen van specifieke herinneringen, hun gemoedstoestand verbeterde. Het lijkt er dus inderdaad op dat de therapie het welbevinden van de deelnemer verbeterd. Echter lijkt dit effect alleen maar tijdelijk te zijn, bijvoorbeeld doordat ze zich focussen op het opvullen van de eenzaamheid. De continuïteit van het onderzoek is volgens de deelnemers afwezig. Dit zou kunnen komen doordat de gesprekspartner waar de deelnemer behoefte aan heeft na het gesprek weer weg gaat. De deelnemers geven te kennen dat de interventie bij hen niets los heeft gemaakt en dat zij nadien geen aandacht meer hebben geschonken aan de belevenissen van de interventie.

Het zesde een laatste thema is “Naderhand gedaan met de herinneringen”. Dit thema is specifiek gericht op *dierbare herinneringen*. Dit komt doordat het hierbij om een vaardigheid gaat die specifiek in deze interventie getraind wordt, het ophalen van specifieke, positieve herinneringen. Ondanks dat de deelnemers aangeven geen continuïteit te zien in de interventie, geven ze wel aan herinneringen naderhand opnieuw op te halen. De continuïteit van de interventie richt zich op het kunnen herhalen van de geleerde vaardigheid. Om zo het welbevinden te verbeteren. Het toepassen van deze vaardigheid gaat echter onbewust, de deelnemers hebben namelijk niet door dat het de door *dierbare herinneringen* geleerde vaardigheid is waarop zij een beroep doen. Er is bij de interventie dus een vorm van onbewuste continuïteit. Wanneer deelnemers bewust een beroep op deze vaardigheid zouden kunnen doen, is het ophalen van een specifieke positieve herinnering

toegankelijk voor de deelnemer. Hierdoor kan de deelnemer bewust het positieve gevoel ophalen wanneer daar behoefte naar is. Door de vaardigheid zelf te reguleren kan een deelnemer zelf de keuze maken om zich prettig te voelen. Dit kan het uiteindelijke welbevinden van de deelnemer verbeteren. Het kan dus helpen om de geleerde vaardigheid bewust te maken in plaats van onbewust. Om hier meer bewustwording voor te krijgen zou de nadruk voor de deelnemer meer moeten liggen op de lange termijn (toepassen van de vaardigheid) in plaats van op de korte termijn (alleen tijdens de interventie).

Korte et al. (2013) heeft ook een kwalitatief onderzoek gedaan ter evaluatie van de interventie *op verhaal komen* (Korte et al., 2012). Aangezien dit onderzoek vergelijkbaar is met deze studie. Is het interessant om beide studies te vergelijken. Uit nametingen van Korte et al. (2012) is gebleken dat de depressieklachten bij de deelnemer aan de interventie significant meer zijn afgenomen dan bij de deelnemers van de controle groep. (Korte et al., 2012). Bij de deelnemers van deze studie zijn de nametingen nog niet gedaan en kan er dus niets worden geconcludeerd op basis van kwantitatieve resultaten. Wel kwam in deze kwantitatieve studie het thema "continuïteit" naar voren. Hieruit kwam bleek dat veel deelnemers geen continuïteit ervaren bij de interventie *dierbare herinneringen*. De reden daarvoor is hierboven al genoemd. Een verschil tussen de beide studies is de setting. In de studie van Korte et al. (2012) is er namelijk sprake van een groepsinterventie, terwijl het in deze interventie één op één gesprekken betrof. De voordelen van individuele life-review zijn dat de omstandigheden kunnen worden aangepast op de persoon en dat een persoon wellicht eerder bereid is te praten over ingrijpende gebeurtenissen. (Pinquart & Forstmeier, 2012). Een groepsinterventie is dan wel minder persoonlijk, maar heeft ook voordelen. Zo bevordert groepstherapie de sociale uitwisseling met andere groepsleden, is er de mogelijkheid om ervaringen uit te wisselen en om te leren van de ervaringen van anderen (Pinquart & Forstmeier, 2012; Korte et al., 2012). Ook voor ouderen die gericht zijn op "het opvullen van de eenzaamheid", zoals uit deze studie is gebleken, kan groepstherapie een uitkomst bieden. Waar bij een één op één gesprek de gesprekspartner na de interventie 'verdwijnt', zijn daarentegen bij de groep interventie ook medebewoners betrokken. Deelnemers kunnen daardoor ook na de interventie samen doorgaan met het ophalen van herinneringen en elkaar activeren om met de interventie bezig te blijven. Dit zou vervolgens een verbetering van de continuïteit van de interventie tot gevolg kunnen hebben. Er is echter nog een verschil tussen de beide studies. Zo is de studie van Korte et al. (2012) gebaseerd op een andere leeftijdscategorie dan deze studie. Bij de interventie *op verhaal komen* was de gemiddelde leeftijd van de deelnemers namelijk 63 jaar, in deze studie is dus onderzoek gedaan bij relatief 'jonge' ouderen. In deze studie waarbij de gemiddelde leeftijd 88 jaar is, is er gewerkt met relatief 'oude' ouderen. Het zou kunnen dat deze groep minder toegankelijk is voor het doen van life-review therapie dan de groep jongere ouderen. Hier is echter geen wetenschappelijk bewijs voor. Wel noemt Korte et al. (2012) dat 'oude' ouderen mogelijk mee baat hebben bij individuele life-review therapie dan groepstherapie. Zij hebben mogelijk meer behoefte om hun leven op te helderen en onopgeloste conflicten te benaderen, door toenemende kwetsbaarheid en de naderende dood. 'Jonge' ouderen hebben daarentegen meer profijt van groepstherapie, omdat hier realistische doelen voor de toekomst kunnen worden gesteld met gelijkgestemden (Westerhof et al., 2010).

4.2 Beperkingen en aanbevelingen

Hier worden de belangrijkste beperkingen en aanbevelingen van deze studie benoemd. Beperkingen en aanbevelingen zijn samengenomen omdat vaak vanuit een beperking een aanbeveling vormt. Allereerst is het onderzoek slechts gebaseerd op de ervaringen van vijf deelnemers. De uitgevallen deelnemer bleken beiden mannen te zijn. Het resultaat hiervan was dat het deelnemersveld uit vijf vrouwen bestond. Hierdoor en door en door de kleine omvang van de steekproef, de groep is dus geen juiste afspiegeling van de populatie. Hieronder worden de aanbevelingen die gelden van life-review in het algemeen gescheiden van aanbevelingen gericht op de interventie *dierbare herinneringen*. Eerst worden de algemene beperkingen en aanbevelingen besproken.

Veel deelnemers doen mee omdat ze opvulling willen hebben voor de eenzaamheid die ze hebben. De ouderen kunnen zich hierdoor alleen maar gaan richten het tijdelijk oplossen van hun eenzaamheid. Wanneer de verwachtingen van ouderen niet overeenkomen met de doelen van het onderzoek, kan dit het lange termijn effect van de interventie beïnvloeden. Het is dus van belang dat de verwachting zo veel mogelijk overeenkomt met de doelen van de interventie. Er wordt aanbevolen om de verwachtingen van de deelnemer af te stemmen op de doelen van de interventie. Voor zover dat mogelijk is. Hierbij kan een introductiegesprek mogelijk uitkomst bieden, in dit gesprek kan een onderzoeker de doelen van de interventie duidelijk maken aan de deelnemer.

Daarnaast is dit onderzoek gedaan bij de generatie van 'oude' ouderen. Deze generatie laat niet veel los en is erg plichtsgetrouw. Dit levert bij een semigestructureerd interview vaak plichtmatige, korte en bondige antwoorden op. De fragmenten waren daardoor allemaal vrij kort van stuk. Lange bruikbare passages ontbreken hierdoor, waardoor er ook een geringe hoeveelheid bruikbare citaten over bleef. Het is een vraag of een semigestructureerd interview de manier is om deze generatie te evalueren. Echter is een semigestructureerd interview is wel de beste methode om te evalueren en er wordt aanbevolen deze methode te gebruiken, dit omdat hier verder geen onderzoek naar is gedaan.

Een aanbeveling op basis van deze studie is, de persoonlijke factoren: deelname, attitude en stressoren voor de start van de interventie in kaart te brengen. Aangezien deze factoren al bij aanvang van de interventie vaststaan bij de deelnemers. De attitude van een persoon moet in kaart worden gebracht omdat verschillende attitudes anders benaderd moeten worden. Iemand die geen prater is moet misschien meer worden uitgedaagd om te praten en om de geslotenheid van een deelnemer te doorbreken moet een begeleider zich misschien anders opstellen. Deze persoonlijke factoren kunnen vooraf in kaart gebracht worden door bijvoorbeeld een introductiegesprek voor aanvang van de interventie in te voeren. Als de persoonlijke factoren genoteerd zijn, kunnen er persoonlijke randvoorwaarden worden opgesteld. Hierbij kan gedacht worden aan de benadering van de persoon, eventuele stressoren waar rekening mee dient te worden gehouden en de sturing van de persoon om de interventie doelen te handhaven. Door persoonlijke randvoorwaarden op te stellen, kan voor iedere persoon het uiteindelijke effect van de studie toenemen. Het gaat er hierbij om dat je de interventie aan de persoon aanpast, de randvoorwaarden gelden absoluut niet als nieuwe exclusiecriteria.

Ook op basis van de therapieafhankelijke factoren: begeleiding, ervaring van de interventie en toekomst herinneringen wordt een aanbeveling gedaan. De begeleiding en ervaringen van de interventie zijn algemeen voor life-review therapie. Ze dienen namelijk als kapstok om nieuwe life-review interventies in te richten. Wanneer namelijk de rol van de begeleiding en de ervaring die deelnemers dienen te krijgen van een interventie centraal staan, op deze factoren van de persoon

heeft de interventie namelijk wel invloed. Door de therapieafhankelijke factoren kan de beleving van een deelnemer beïnvloed worden en de beleving weegt mee in de uiteindelijke continuïteit van de studie. Aangeraden wordt bij het inrichten van life-review interventies te redeneren vanuit het perspectief van de deelnemer, omdat het deze de uiteindelijke beleving van de interventie bepaalt. De rol van de begeleiding dient op deze manier ingericht te worden. Achteraf kan een interventie op basis van de therapieafhankelijke factoren geëvalueerd worden. De therapieafhankelijke variabelen dienen in deze evaluatie als mediërende factoren.

De volgende beperking is gericht op de interventie *dierbare herinneringen* zelf. De aanbevelingen die hierbij worden gedaan kunnen echter wel gelden voor life-review interventies in het algemeen. In *dierbare herinneringen* ligt de nadruk op het leren van een vaardigheid, namelijk het ophalen van specifieke positieve herinneringen. Deze vaardigheid wordt echter onbewust aangeleerd, waar het bewust misschien nog beter zou zijn. Er zijn binnen *dierbare herinneringen* een paar aanbevelingen op het doel van de interventie: Het verminderen van depressieklachten door actief specifieke, positieve herinneringen op te halen, duidelijker te maken bij de ouderen. Allereerst wordt de deelnemers verteld dat het een onderzoek betreft tegen somberheidsklachten. Deze zou positiever geformuleerd kunnen worden naar een onderzoek ter verbetering van het welbevinden. Het is voor deelnemers namelijk prettiger te werken naar een verbetering van het welbevinden, dan naar de afname van somberheidsklachten. Daarnaast is het van belang dat de deelnemers geregeld worden herinnerd aan het doel van de interventie. Dit kan door voor een gesprek terug te komen op de ervaringen van de afgelopen keer of aan het eind van een gesprek de deelnemer te activeren om herinneringen op te blijven halen buiten de gesprekken. Tot slot kan er ook een maandelijkse follow-up sessie worden georganiseerd, om de vaardigheid te blijven trainen. Hiermee wordt direct de continuïteit van de studie gewaarborgd omdat ouderen dan blijven doorgaan met het ophalen van positieve herinneringen en het niet na de gesprekken met de vrijwilliger stopt.

4.3 Conclusie

In deze studie is gezocht naar de factoren die bepalen hoe hulpbehoevende ouderen met lichte tot matige depressieklachten life-review therapie beleven. Het belang van dit onderzoek is dat de invloed van externe factoren in toekomstige interventies geminimaliseerd kan worden en dat life-review interventies in de toekomst nog beter ingericht kunnen worden. Hierdoor kan de effectiviteit van life-review therapie toenemen. Wat mogelijk ook een toename in de verbetering van het welzijn tot gevolg kan hebben.

De voornaamste conclusie van dit onderzoek is dat er twee verschillende soorten factoren zijn, die invloed hebben op hoe hulpbehoevende ouderen met lichte tot matige depressieklachten een life-review interventie beleven. Enerzijds zijn er de persoonlijke factoren, anderzijds zijn er de therapieafhankelijke factoren. De persoonlijke factoren zijn vooraf bepaald en kunnen door de loop van interventie niet veranderd worden. De therapieafhankelijke factoren zijn direct gekoppeld aan de ervaringen en gevolgen die voortkomen uit de interventie zelf. Ook is er uit dit onderzoek naar voren gekomen dat eenzaamheid een belangrijke rol speelt binnen deze doelgroep. Veel van deze ouderen hebben met eenzaamheidsproblemen te kampen en hebben de verwachting dat de interventie hun eenzaamheid zal opvullen.

De belangrijkste aanbevelingen die in dit onderzoek worden gedaan worden hieronder genoemd. Ten eerste wordt aanbevolen om aan de hand van de persoonlijke factoren, persoonlijke randvoorwaarden op te stellen. Zo wordt de interventie meer op de persoon zelf aangepast. Ten

tweede wordt het aanbevolen om de therapieafhankelijke factoren als richtlijn te gebruiken om toekomstige life-review interventies in te richten. Op basis van deze factoren wordt namelijk bepaald hoe de deelnemers de interventie zelf beleven. Tot slot wordt het aanbevolen om de doelen van de interventie duidelijk met de deelnemers te communiceren en de deelnemer aan deze doel te blijven herinneren. Zo is namelijk de kans dat verwachtingen van de deelnemer en de doelen van de interventie uiteenlopen het kleinst. Wanneer deze aanbevelingen worden nageleefd kunnen toekomstige life-review interventies beter worden ingericht en kan mogelijk ook de effectiviteit verbeterd worden.

5. Referenties

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders [DSM-IV-TR]*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Bakker, T., Diesfeldt, H., & Sipsma, D.(2010). *Psychiatrische functiestoornissen bij kwetsbare oudere*(pp. 57-74). Assen: Koninklijke van Gorkum BV.

Beekman, A.T.F., Copeland, J.R.M. and Prince, M.J. (1999). Review of community prevalence of depression in later life. *British Journal of Psychiatry*, 174, 307-311.

Beekman, A.T.F., Geerlings, S.W., Deeg, D.J.H., Smit, J.H., Schroevers, R.S., de Beurs, E., Braam, A.W.,

Phennix, B.W.J.H. & van Tilburg, W. (2004). The course of late-life depression: A six-year follow-up study. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 46 (2), 73 -84

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 Psychiatry Scandinavia*,105, 20-27.

Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Amsterdam: Boom Onderwijs.

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 and Mental Health*, 11, 291-300.

Bohlmeijer, E.T., 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.

Bohlmeijer, E.T., Steunenberg, B., Westerhof, G.J., (2011). Remiscentie en geestelijke gezondheid: empirische onderbouwing van interventies. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 42, 7-16.

Boland, G., Theunissen, I., Kersten, I. (1996) *Draaiboek cursussen thuiszorg voor uitvoerenden en zorgmanagers. Depressie bij ouderen: signaleren en begeleiden* . Den Haag: Riagg's

Butler, R.N. (1963). The life-review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26, 62-75.

van Campen, C. (2011) *Kwetsbare ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau

Cole, M.G., Bellavance, F., & Masour, A. (1999). Prognosis of depression in elderly community and primary care populations: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1182-1188.

Conway, M.A., & Pleydell-Pearce, C.W.(2000) The construction of autobiographical memories in the self-memory. *Psychological Review*,107, 261-288.

Cuijpers, P., De Graaf, R., & Van Dorsselaer, S. (2004). Minor depression: risk profiles, functional disability, health care use and risk of developing major depression. *Journal of Affective Disorders*, 79, 71-79.

Cuijpers, P., & Smit, F. (2002). Excess mortality in depression: a meta-analysis of community studies. *Journal of Affective Disorders*, 72, 227-236.

Driessen, K.(2003). *Armoede en Hulpverlening. Omgaan met isolement en afhankelijkheid*. Gent: Academia Press.

Erikson, E. (1959). Identity and the life cycle: Selected papers. *Psychological Issues*, 1, 50-100.

Erikson, E. (1982). *The life cycle completed*. New York: Norton.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "MINI-MENTAL STATE". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.

Garsen, J.(2011). Demografie van de vergrijzing. Centraal bureau voor de statistiek. Den Haag/Heerlen. Verkregen op 27 oktober 2013 via <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/D7D8F678-F22B-445F-8A6F-A635D376A344/0/2011demografievandevergrijzingart.pdf>

Jongenelis, K., Gerritsen, D.L., Pot, A.M., Beekman, A.T., Eisses, A.M., Kluiters, H., & Ribbe, M.W.(2007). Construction and validation of a patient-and user-friendly nursing home version of the Geriatric Depression Scale. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 837-842.

Korte, J., Bohlmeijer, E.T., Cappeliez, P., Smit, F., & Westerhof, G.J. (2012). Life-review therapy for older adults with moderate depressive symptomatology: A pragmatic randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42, 1163–1173.

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. *BMC Public Health*, 9, 250.

Korte, J., Drossaerts, C.H.C., Westerhof, G.J. and Bohlmeijer, E.T. (2013) Life review in groups? An explorative analysis of social processes that facilitate or hinder the effectiveness of life review. *Aging and Mental Health*, 2013.

de Kousemaeker, G., van der Kwartel, A., Vandermeulen, L. and van Montfort, S. (2013) Vele tinten maar geen grijs. Verkregen op 11 december 2013 via http://www.zorgvisie.nl/PageFiles/81056/Kiwa_Prismant_Ouderenzorg%20rapport%20vele%20tinten.pdf

Murray, C.J., Vos, T., Lozano, R., Naghavi, M., Flaxman, A.D., Michaud, C., et al. (2012). *Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010*. Seattle: Lancet.

Pinquart, M., & Forstmeier, S. (2012). Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 16, 541–558.

Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Philips, M.R., & Rahman, A. (2007). Global mental health 1: No health without mental health. *Lancet*, 370, 859-877

- Serrano, J.S., Latorre, J.M., Gatz, M., & Montanes, J. (2004). Life-review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with depressive symptomatology. *Psychology and Aging, 2*, 272-277.
- Sheehan, D.V., Janavs, J., Baker, R., Harnett-Sheehan, K., Knapp, E., Sheehan, M.F. & Dunbar, G.C. (1998). M.I.N.I. – Mini International Neuropsychiatric Interview- English version 5.0.0. – DSM-IV. *Journal of Clinical psychiatry, 59*, 34-57.
- Smit, F., Beekman, A., Cuijpers, P., De Graaf, R., & Vollebergh, W. (2004). Selecting key variables for depression prevention: results from a population-based prospective epidemiological study. *Journal of Affective Disorders, 81*, 241-249.
- Stek, M.L. (2004). *Depression in late life. Proefschrift*. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.
- van Tilburg, T. and de Jong-Gierveld, J. (2007). *Zicht op eenzaamheid*. Assen: van Gorcum.
- van der Veer, G., Sixma, H and Kerkstra, A.(2003). *Kwaliteit van thuiszorg vanuit het cliëntperspectief: Meetinstrumentontwikkeling*. Utrecht: NIVEL.
- van Vreeswijk, M.F., & De Wilde, E.J. (2004). Autobiographical memory specificity, psychopathology. Depressed mood and the use of the Autobiographical Memory Test: a meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy, 42*, 731-743.
- Weiss, R.S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge: MIT Press.
- Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T., & Webster, J. (2010) Reminiscence: Recent progress in conceptual understanding, empirical study and implications for practice. *Ageing and Society, 30*, 697-721.
- Williams, J.M.G. (1996). *Depression and the specificity of autobiographical memory*. In D.C. Rubin (Ed.). *Remembering our past: Studies in autobiographical memory* (pp. 244-267). New York: Cambridge University Press.
- Williams, J.M.G., Barnofer, T., Crane, C., Raes, D.H., Watkins, E. & Dalgleish, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin, 133*, 122-148.
- Wong, P.T.P. (1995). *The processes of adaptive reminiscence*. In B.K. Haight & J.D. Webster (Eds.). *The art and science of reminiscing: Theory, research, methods and applications*. London: Taylor & Francis, pp. 22-35.
- Woolf, L.M. (1998). The Life Review Process in Later Adulthood. Verkregen op 3 november 2013 via <http://www.webster.edu/~woolfm/lifereview.html>.