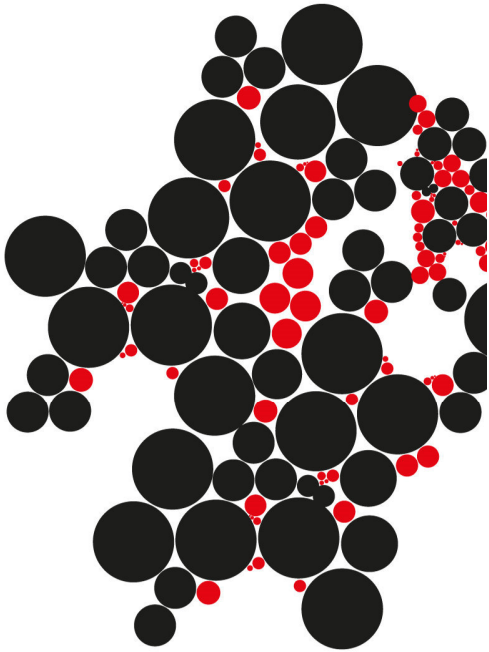




Identiteitsherinneringen van ouderen en hun geestelijke gezondheid

**Verandert de samenhang tussen
identiteitsherinneringen en
geestelijke gezondheid van
Nederlandse ouderen met een leeftijd
van 75 jaar en ouder in de loop van
een half jaar?**

Sophia Wibberich
S1020722

EERSTE BEGELEIDER: DR. ELIAN DE KLEINE
TWEDE BEGELEIDER: DR. GERBEN J. WESTERHOF

UNIVERSITEIT TWENTE
FACULTEIT DER GEDRAGSWETENSCHAPPEN

DOCUMENTNUMMER
GG-S1020722

Samenvatting

Achtergrond: In het huidige onderzoek wordt er onderzoek gedaan naar de samenhang tussen identiteitsherinneringen en angst- of depressieklachten (hier: geestelijke gezondheid) en naar mogelijke veranderingen gedurende een half jaar. De groep die wordt onderzocht bestaat uit Nederlandse ouderen boven de 75 jaar. Naast de beschrijving van identiteitsherinneringen en de geestelijke gezondheid wordt er eveneens aandacht besteed aan de samenhang van redemptie en contaminatie met geestelijke gezondheid. Er werd meer inzicht verkregen over mogelijke veranderingen van de samenhangen door de resultaten van dit onderzoek te vergelijken met de resultaten uit een vergelijkbaar voorgaand onderzoek van een half jaar eerder (Engbers, 2013).

Methode: Deelnemers aan een maandelijkse LISS-panel zijn willekeurig benaderd met het verzoek om aan dit onderzoek mee te werken. In totaal hebben 239 personen met een leeftijd boven de 75 jaar de ‘Hospital Anxiety and Depression Scale’ (HADS) en de ‘Self- Defining Memory Task’ (SDMT) ingevuld. De antwoorden op de SDMT zijn aan de hand van een codeerschema gecodeerd en de antwoorden op de HADS en SDMT zijn door middel van een statistische analyse geanalyseerd.

Resultaten: Uit de resultaten van het huidige onderzoek en het onderzoek van een half jaar eerder (Engbers, 2013) bleek dat identiteitsherinneringen bij Nederlandse 75-plussers inhoudelijk over sociale relaties gaan en vaak generiek zijn. Verder zijn de aantallen van deelnemers die aan een mogelijke depressieve- of angststoornis lijdt ongeveer hetzelfde in beide steekproeven. De resultaten van beide onderzoeken suggereren daarnaast een positief verband tussen een angst- of depressiestoornis met een negatieve valentie van een herinnering. Er worden negatieve verbanden gevonden tussen een depressieve stoornis en een positieve valentie en tussen een depressieve stoornis en een herinnering die inhoudelijk over activiteiten in de vrije tijd gaat.

Conclusie: In het huidige onderzoek is gevonden dat de meeste verwachtingen die voortkwamen uit het eerdere onderzoek (Engbers, 2013) kunnen worden bevestigd. Echter zijn er andere, kleine veranderingen gevonden in de samenhang tussen identiteitsherinneringen en geestelijke gezondheid, waarvan mogelijke oorzaken in verder onderzoek zouden worden bekeken. Ook bevat het huidige onderzoek aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

Sleutelwoorden: identiteitsherinneringen, angstklachten, depressieklachten, 75-plussers

Abstract

Objective: The present study investigated the relationship between self-defining memories and anxiety- or depression disorders (here: mental health) and its possible changes within a half year. The studied group consisted of Dutch people over 75 years. Besides the description of self-defining memories and mental health the research also investigated the relationship of redemption and contamination with mental health. Light was shed onto potential changes of these relationships by comparing the results of this study with the results from a similar study a half year before (Engbers, 2013).

Method: To take part of this research the participants are random gathered through a monthly LISS-panel. In total 239 participants who are older than 75 years filled in two online questionnaires, the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the Self-Defining Memory Task (SDMT). On the basis of a given code scheme the answers on the SDMT are coded and finally with a statistical analysis the answers on the SDMT and HADS are analysed.

Results: The results of the present study and that one before a half year (Engbers, 2013) shows that self-defining memories by Dutch people 75-plus contently goes about social relations and are most generic. Also mostly the same number of people in the sample in both studies are suffered from a possible depressive- or anxiety disorder. Furthermore the results of both studies suggest a positive correlation of an anxiety of depressive disorder with a negative valency of a memory. Also negative correlations are suggested between a depressive disorder and a positive valency and also between a depressive disorder and memories which contently goes about actions in free time.

Conclusion: The present study shows that many expectations on the basis of the study of Engbers (2013) get fulfilled. However there are differences in the relations between self-define memories and mental health, so that further studies have to study the differences. In total it seems to be important to stimulate positive memories, because both studies showed a negative correlation between positive memories and depressive disorders. Also, the present study contains recommendations for further research.

Keywords: self-defining memories, anxiety disorder, depressive disorder, 75-plus

Inhoudsopgave

Lijst van afkortingen	4
Voorwoord	5
1. Inleiding	6
1.1 Algemene inleiding	6
1.2 Autobiografische geheugen	7
1.3 Identiteitsherinneringen	9
1.4 Verandering van herinneringen	11
1.5 Angst- en / of depressieklachten bij ouderen	12
1.6 Dit onderzoek	13
1.6.1 Onderzoeksvraag, deelvragen en hypothesen	14
2. Methode	16
2.1 Procedure	16
2.2 Participanten	17
2.3 Meetinstrumenten	19
2.3.1 Self-defining Memory Task (SDMT)	19
2.3.2 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	20
2.4 Data-analyse	21
3. Resultaten	23
4. Discussie	29
4.1 Uitkomsten van het onderzoek	30
4.2 Sterkten, beperkingen, aanbevelingen en implicaties voor vervolgonderzoek	36
4.3 Conclusie	39
5. Referenties	41
6. Bijlagen	48

Lijst van afkortingen

HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
SDMT	Self-defining Memory Task
SMS	Self-Memory-System
SD	Standaardafwijking
n	Aantal respondenten
α	Cronbach's alfa
p	Overschrijdingskans

Voorwoord

Dit onderzoek is een masterthese en is tot stand gekomen in het kader van de opleiding psychologie vanuit de gedragswetenschappelijke faculteit van de Universiteit Twente. Het verslag dient ter afronding van de master binnen de vakgroep Geestelijke Gezondheidsbevordering. Het hele proces werd ondersteund door mijn begeleiders van de Universiteit Twente, die ik hierbij graag wil bedanken.

Ik zou graag Dr. Elia de Kleine en Dr. Gerben Westerhof bedanken voor hun kritische blik en hun feedback op mijn these. Hierdoor heb ik geleerd de tekst theoretisch te onderbouwen, gestructureerd en wetenschappelijk te schrijven en alles nog een extra keer te overdenken. Ik heb veel uit deze adviezen geleerd en kon door deze hulp het stuk tot een helder geheel maken.

Naast mijn begeleiders wil ik nog graag mijn vrienden en familie bedanken die geïnteresseerd waren in mijn onderzoek. Ook hebben ze soms een kritische blik of tips gehad om het onderzoek gestructureerd op papier te kunnen zetten.

Tot slot wil ik Jessica Winter graag bedanken, die me heeft geholpen aan het verbeteren van de Nederlandse taal in dit verslag.

1. Inleiding

1.1 Algemene inleiding

‘Ik herinner mij nog goed de dood van mijn oma. Vooraf was ik zo bang voor de dood van iemand, maar toen mijn oma overleed had ik plotseling het gevoel, dat ik ermee om kan gaan. Ik voelde me wel hulpeloos en bedroefd, maar uit deze ervaring met de dood heb ik geleerd, dat ik er niet bang voor hoeft te zijn’.

Dit is een voorbeeld van een identiteitsherinnering. Iedereen heeft het hele leven lang de vaardigheid om zich een bepaald moment te herinneren (Chorost, 2011; Pasupathi, Weeks & Rice, 2006). Ook als kind heeft de mens deze vaardigheid al (Havighurst & Glasser, 1979). Herinneringen zijn dingen die een mens zelf heeft ervaren (Beike, Lampinen & Behrend, 2004). Dat betekent dat een herinnering individueel is. Dit onderzoek houdt zich bezig met de individualiteit van herinneringen door zich te richten op identiteitsherinneringen. Identiteitsherinneringen vormen een onderdeel van het autobiografische geheugen (Conway, Singer & Tagini, 2004). Het autobiografische geheugen is een van de oudste en de meest complexe gebieden uit psychologische onderzoeken (Rubin, 1995).

De huidige studie is een vervolg op het onderzoek van Evelien Engbers (2013), die zich heeft gericht op identiteitsherinneringen en de samenhang hiervan met geestelijke gezondheid. Haar doelgroep betrof Nederlandse ouderen met een leeftijd van 75 jaar en ouder, omdat 75-plussers een verhoogde kans op dementie of depressie hebben (Allewijn & Miesen, 2006) en hun levenskwaliteit afneemt (Zantinge, Van der Wilk, Van Wieren & Schoemaker, 2011). Met geestelijke gezondheid wordt zowel in Engbers onderzoek (2013) als in het huidige onderzoek de afwezigheid van angst- of depressieklachten bedoeld. Een van de redenen waarom er wordt gekeken naar de samenhang tussen identiteitsherinneringen en geestelijke gezondheid, is dat eerder onderzoek aangetoond heeft dat positieve herinneringen een positief effect op de geestelijke gezondheid kunnen hebben (Wildschut, Sedikides, Arndt & Routledge, 2006). Andere redenen om het onderzoek van Engbers (2013) te vergelijken met de data uit het huidige onderzoek, zijn dat er zo valide en betrouwbare resultaten kunnen worden gevonden wat betreft overeenkomsten en dat de gezondheidszorg ervan kan profiteren. Doordat er in het onderzoek van een half jaar geleden (Engbers, 2013) al een samenhang gevonden is tussen identiteitsherinneringen en geestelijke gezondheid en deze door het huidige onderzoek zou kunnen worden bevestigd, kan de gezondheidszorg interventies of programma's opzetten om de identiteitsherinneringen die volgens Engbers

(2013) en het huidige onderzoek te maken hebben met een vermindering van angst- of depressieklachten te bevorderen.

Omdat een hoog aantal 75-plussers last heeft van een depressie (Godfrey en Denby, 2004) zou dit hun laatste levensfase zo aangenaam mogelijk kunnen maken. Ook levert het huidige onderzoek en de vergelijking ervan met het onderzoek van Engbers (2013) door de longitudinale aanpak niet slechts valide en betrouwbare uitspraken voor de gezondheidszorg, maar ook voor de Nederlandse bevolking. In beide onderzoeken is er gebruik gemaakt van een grote en aselechte steekproef, waardoor de resultaten valide en generaliseerbaar zijn voor de Nederlandse bevolking.

De opbouw van het huidige onderzoek begint met een beschrijving over het autobiografische geheugen. Dan volgen een definitie van identiteitsherinneringen en een paragraaf over verandering van herinneringen. Tot slot volgt een paragraaf over angst- of depressieklachten.

1.2 Autobiografische geheugen

De term ‘autobiografische geheugen’ houdt in dat het geheugen van enorm belang is voor de persoonlijkheid, voor eigen emoties en voor persoonlijke ervaringen die daardoor stand kunnen houden binnen een cultuur en over een bepaalde tijd (Conway & Pleydell-Pearce, 2000). Door autobiografische herinneringen kunnen mensen betekenis aan hun leven geven. Ook kan hun eigen identiteit door deze herinneringen worden beïnvloed (Bluck & Alea, 2009). Zo kan de zienswijze van een persoon worden beïnvloed door verschillende herinneringen, wat weer effect kan hebben op de eigen identiteit (Wilson & Ross, 2003). Ook zijn autobiografische herinneringen meestal episodische herinneringen. Dit zijn herinneringen die bij iemands persoonlijk verleden passen (Rubin, 2005), over specifieke locaties gaan en precieze tijdsaanduidingen omvatten (Rubin, 1982). Onder persoonlijk verleden vallen herinneringen over de persoon zelf; wie je bent, wie je eerder was en wie je mogelijk in de toekomst zult zijn (Conway et al., 2004). Verder bevorderen autobiografische herinneringen de onderlinge communicatie. Mensen kunnen herinneringen met elkaar uitwisselen en komen zo met elkaar in gesprek (McLean & Pasupathi, 2006). Daarbij bestaat er de kans dat onjuiste herinneringen ontstaan (Levine, Lench & Safer, 2009).

Verder blijken herinneringen een rol te spelen met betrekking tot persoonlijke groei (Butler, 1974) en de eenmaligheid van een persoon (McAdams, 2001). Daarom kan over herinneringen worden gezegd dat ze niet alleen een rol spelen bij de persoonlijke ontwikkeling, maar ook bij het reguleren van emoties en het welzijn (Conway, 2005). Ook

wordt er een persoonlijke identiteit ontwikkeld door het herinneren en door het vertellen van de herinneringen aan iemand anders (Westerhof & Bohlmeijer, 2010). Mensen geven een betekenis aan een bepaalde situatie en bouwen hun eigen waarheid op door middel van het proces herinneren (Bohlmeijer, 2008). Herinneringen kunnen zowel positief als negatief gewaardeerde gebeurtenissen zijn (Watson, Berntsen, Kuyken & Watskin, 2012). Het blijkt dat positieve gebeurtenissen lastiger te herinneren zijn (Williams & Scott, 1988) en dat negatieve emoties bij herinneringen ertoe leiden dat men zich de desbetreffende gebeurtenis beter herinnert (Kensinger, Garoff-Eaton & Schacter, 2006). Men moet zich er echter bewust van zijn dat teveel aandacht aan negatieve herinneringen depressie- of angstklachten op dit gebied kunnen bevorderen (Ahmed & Boisvert, 2013). Wanneer deze klachten ontstaan, blijkt uit de literatuur dat mensen met een depressie het lastiger vinden om zich een situatie nauwkeurig te herinneren en eerder generieke herinneringen beschrijven (Williams & Scott, 1988).

Herinneringen zijn ook van groot belang bij oudere mensen. Uit eerdere studies is naar voren gekomen dat mensen zich meer herinneren wanneer ze ouder worden, maar op een minder nauwkeurige wijze. (Cohen & Taylor, 1998). Dit kan samenhangen met de naderende dood, omdat veel dierbaren op oudere leeftijd kunnen overlijden. Daardoor zouden ouderen zich meer bezig kunnen houden met het leven en vooral met hun herinneringen daaraan (Butler, 1963). Ook uit het model van de psychosociale ontwikkeling van Erik Erikson (1968) is naar voren gekomen dat mensen in de laatste levenscyclus veel bezig zijn met herinneren en met het reflecteren op hun eigen leven. Ouderen hebben daarnaast de neiging om zich meer gebeurtenissen uit hun verre verleden te herinneren dan gebeurtenissen die nog niet zo lang geleden zijn (Cohen & Taylor, 1998).

Om überhaupt autobiografische herinneringen te kunnen oproepen is het *Self-Memory-System* (SMS) van belang. Dit systeem bestaat volgens Conway (2000, 2005) uit twee componenten: het werkende zelf en het autobiografische geheugen. In het kader van het SMS worden alle herinneringen als een database van het eigen zelf beschouwd (Conway, 2005). Het autobiografische geheugen bevat volgens Conway (2005) de kennis over wat het zelf is, was en kan zijn. Het werkende zelf zorgt voor het aanpassen van herinneringen aan het zelf op lange termijn. Dit gebeurt aan de hand van huidige actieve doelen en dingen in de toekomst waar een individu mee bezig is en welke van belang zijn voor een individu. Dat betekent dat autobiografische herinneringen volgens Conway (2005) tot stand komen door een interactie tussen het werkende zelf en het autobiografische geheugen. Door het geven van

eigen betekenissen aan herinneringen die in samenhang met de eigen persoon staan, worden dit soort herinneringen identiteitsherinneringen genoemd.

1.3 Identiteitsherinneringen

Identiteitsherinneringen zijn een subcategorie van het autobiografische geheugen. Deze herinneringen bevatten informatie over de manier waarop iemand betekenis en richting geeft aan de eigen persoon (identiteit). Met andere woorden: identiteitsherinneringen definiëren onder andere het eigen zelfbeeld (Bluck, Alea, Habermas & Rubin, 2005). Kenmerkend voor identiteitsherinneringen is dat ze veel te maken hebben met emoties, vaak intensief en levendig zijn of gericht kunnen zijn op nog bestaande conflicten (Singer & Salovey, 1993). Ook Salaman (1970) definieert identiteitsherinneringen als herinneringen die intens verbonden zijn aan emoties en die feiten over de desbetreffende persoon bevatten. In totaal bevatten identiteitsherinneringen vier verschillende dimensies: ‘inhoud’, ‘valentie’, ‘specificiteit’ en ‘betekenis’ (Blagov & Singer, 2004).

De eerste dimensie is ‘inhoud’. Deze dimensie draait om de inhoud van een gebeurtenis en kan worden opgedeeld in thema’s zoals relaties, vaardigheden, conflicten et cetera (Blagov & Singer, 2004). Er blijkt met betrekking tot oude mensen onder andere dat deze vaker het thema ziekte gebruiken en dat ze zich daar meer mee bezig houden dan jonge mensen (Blando & Walker, 1995).

De tweede dimensie is ‘valentie’. Deze term draait om de emoties die bij een gebeurtenis horen. Het gaat erom of een gebeurtenis als negatief, positief of neutraal is ervaren (Blagov & Singer, 2004). Uit eerdere onderzoeken is naar voren gekomen, dat negatieve herinneringen preciezer worden weergegeven dan positieve herinneringen (Kensinger et al., 2006) en dat positieve gebeurtenissen veel levendiger worden herinnerd (Bower & Gilligan, 1979).

De derde dimensie is ‘specificiteit’. Hierbij wordt er gekeken of de herinnering over een bepaalde dag gaat (specifieke herinnering) of over een bepaalde periode (generieke herinnering) (Blagov & Singer, 2004). Met betrekking tot ouderen is er uit de literatuur naar voren gekomen dat ouderen voornamelijk generieke herinneringen gebruiken, omdat ze de voorkeur hebben semantische herinneringen te gebruiken. Dit zijn herinneringen die niet gekoppeld zijn aan feiten, zoals een bepaald tijdstip (Levine, Svoboda, Hay, Winocur & Moscovitch, 2002).

De laatste dimensie is ‘betekenis’. Binnen deze dimensie gaat het erom hoe een persoon een gebeurtenis evalueert (positief of negatief) en of degene een gebeurtenis slechts

beschrijft. Ook gaat het erom of de gebeurtenis een waarneembare invloed op het leven heeft gehad en, indien er een invloed bestaat, of deze positief of negatief was (Blagov & Singer, 2004). Eerder onderzoek heeft aangetoond dat positief geëvalueerde herinneringen tot een positief gevoel over het zelf kunnen leiden en zo een effect hebben op de geestelijke gezondheid (Wildschut et al., 2006). Er is echter nog niet onderzocht of negatieve herinneringen ook een effect hebben op de geestelijke gezondheid.

Binnen de dimensie ‘betekenis’ spelen de begrippen redemptie en contaminatie een rol. Met redemptie wordt bedoeld dat een persoon iets negatiefs omschrijft, maar er iets positiefs uit kan halen voor zijn eigen leven (McAdams, 2009). Een voorbeeld hiervan zou kunnen zijn dat een vrouw de diagnose borstkanker krijgt, maar door deze diagnose veel intensiever in contact komt met haar echtgenoot. Contaminatie betekent daarentegen dat een persoon iets positiefs omschrijft, wat uiteindelijk een negatieve betekenis heeft voor het eigen leven (McAdams, 2009). Hiervan zou een voorbeeld kunnen zijn dat een vrouw op 14-jarige leeftijd een kind krijgt. Ze kan daar blij over zijn, maar een gevolg van het moederschap is dat ze geen vrije tijd meer heeft en dat haar eigen jeugd voorbij is doordat ze de rol van moeder op zich moet nemen.

Aan de hand van redemptie of contaminatie kan er een verband worden aangetoond tussen herinneringen en mogelijke angst- of depressieve klachten (McAdams, Reynolds, Lewis, Patten & Bowman, 2001), doordat er bij mensen met een middelbare leeftijd is gevonden dat contaminatie samenhangt met een laag niveau van welzijn. Verder wordt contaminatie in samenhang gebracht met een depressieve stoornis, terwijl er naar voren is gekomen dat er geen samenhang tussen redemptie en depressie bestaat (McAdams, 2009).

Uit het onderzoek van Engbers (2013) is tot nu toe naar voren gekomen dat er bijna geen sprake van redemptie of contaminatie binnen de steekproef is, al komt redemptie iets vaker voor dan contaminatie. Ook is naar voren gekomen dat ouderen meestal negatieve en generieke herinneringen hebben. Verder beschrijven ze voornamelijk sociale relaties en zijn hun herinneringen vaak op een beschrijvende wijze geformuleerd (Engbers, 2013). In het huidige onderzoek is het daarom van belang dat de door Engbers (2013) gevonden resultaten worden vergeleken met die uit het huidige onderzoek, om in geval van overeenkomsten tussen resultaten een nut voor de gezondheidszorg te kunnen bewerkstelligen. Er kan dan bijvoorbeeld meer redemptie worden gestimuleerd bij personen, waardoor ze minder last van depressie zouden kunnen krijgen.

1.4 Verandering van herinneringen

Vaak vergeten oude mensen namen, afspraken of alledaagse dingen, zoals hoe een wasmachine werkt (Sargeant & Unkenstein, 2001). Over het algemeen kan er worden gesteld dat hoe ouder mensen worden, des te meer hun vaardigheid om zich nieuwe informatie te herinneren vermindert (Sargeant & Unkenstein, 2001). Dit kan leiden tot ongenoegen over het ouder worden en tot een pessimistische kijk op een hoge leeftijd, omdat mensen bang zijn om dingen te vergeten (Sargeant & Unkenstein, 2001). Als mensen een pessimistische kijk ontwikkelen op het oud zijn, kan de kans op het ontwikkelen van een depressieve episode stijgen (Ahmed & Boisvert, 2013). 70-plussers concentreren zich vaak op hun vergeetachtigheid en zijn bang voor cognitieve veranderingen in hun geheugen, waardoor de kans op dementie of depressie kan stijgen (Allewijn & Miesen, 2006). Reeds 15 tot 20% van de 65-plussers heeft te maken met een depressie (Ciechanowski, Wagner, Schmalings, Schwartz, Williams, Diehr, Kulzer, Gray, Collier & LoGerfo, 2004). Zowel depressie als andere emotionele stoornissen kunnen ervoor zorgen dat autobiografische herinneringen vervormen en veranderen, doordat er bijvoorbeeld herinneringen worden bekeken met een te negatieve blik (Conway et al., 2004). Daarom is het belangrijk om er aan te werken dat mensen niet te negatief/pessimistisch denken, om zo een mogelijke depressie te voorkomen.

Verder is uit de literatuur naar voren gekomen dat mensen soms proberen om herinneringen te onderdrukken of te vergeten (Nevid, 2011). Het onderdrukken van negatieve herinneringen is een soort afweermechanisme waardoor autobiografische herinneringen neutraler of positiever kunnen worden beschouwd dan ze werkelijk zijn (Nevid, 2011). Autobiografische herinneringen kunnen daarnaast veranderen door *retrieval-induced forgetting*, waarbij informatie over de ene herinnering verdwijnt wanneer een andere herinnering wordt opgehaald (Anderson, Bjork & Bjork, 2000).

In hoeverre autobiografische herinneringen en hun samenhang met geestelijke gezondheid veranderen, zal worden onderzocht binnen het huidige onderzoek. Aan de hand van vooral repliceerbare resultaten van het onderzoek van een half jaar eerder (Engbers, 2013) zou de gezondheidszorg een nut van het huidige onderzoek kunnen hebben door bijvoorbeeld al bestaande programma's die het oproepen van bepaalde herinneringen trainen (Gordon & Berger, 2003) of de concentratievaardigheid proberen te verbeteren (Stigsdotter & Bäckman, 1989). Het doel op de lange termijn is om depressie bij ouderen te verminderen, omdat depressie de kans op een voornamelijk negatieve verandering van autobiografische herinneringen kan verhogen (Conway et al., 2004).

1.5 Angst- en / of depressieklachten bij ouderen

Het huidige onderzoek richt zich op identiteitsherinneringen bij ouderen, hoe deze herinneringen samenhangen met de geestelijke gezondheid en of deze samenhang binnen een half jaar is veranderd. Er is voor deze aspecten gekozen, omdat uit bestaande onderzoeken is gebleken dat er in 2000 ongeveer 106 miljoen mensen boven de 65 jaar aan een psychische aandoening leed en dat er voor 2025 verwacht wordt dat er wereldwijd 240 tot 300 miljoen 65-plussers last zullen hebben van een psychische aandoening (Cohen & Eisdorfer, 2011). Het aantal mensen dat problemen heeft met hun geestelijke gezondheid stijgt dus per jaar. Derhalve is het belangrijk om onderzoek te doen naar hoe de geestelijke gezondheid bij ouderen verbeterd kan worden.

Uit eerder literatuur is al naar voren gekomen dat er relatief hoge prevalentiecijfers zijn voor een depressie- of angststoornis op latere leeftijd. De prevalentie voor depressie bij oudere mannen boven de 75 jaar is 13.7 %. De prevalentie voor depressie bij vrouwen boven de 75 jaar is 19.7 % (GVU's 10th WWW", 2013). Ook Godfrey en Denby (2004) hebben gevonden dat depressie een van de meest voorkomende ziekten bij ouderen is. Verder is het aantal vrouwen met depressie hoger dan het aantal mannen (Godlib & Hammen, 2010). Dit kan ermee te maken hebben dat vrouwen gemiddeld ouder worden dan mannen (Zantinge et al., 2011). Wereldwijd ligt de prevalentie voor alle klinisch relevante depressieve symptomen onder 75-plussers tussen 13% - 14% (Beekman, Copeland & Prince, 1999). Ook laat eerder onderzoek zien dat angststoornissen vaak voorkomen bij ouderen. Ongeveer 10.2 % van de mensen boven 75 jaar lijdt aan een angststoornis (Beekman, Bremmer, Deeg, Van Balkom, Smit, De Beurs, Van Dyck & Van Tilburg, 1998). Er is vaak een combinatie van een angststoornis met een depressie aanwezig (Schoevers, Beekman, Deeg, Jonker & Van Tilburg, 2003).

Uit het onderzoek een half jaar eerder (Engbers, 2013) is naar voren gekomen dat er binnen de gebruikte steekproef veel mensen aan een depressieve stoornis of aan een angststoornis lijden. De gevonden cijfers overtreffen daarbij de prevalentiecijfers binnen de literatuur. Vanwege de relatief hoge prevalentiecijfers binnen de literatuur en binnen het onderzoek van een half jaar eerder (Engbers, 2013), is het interessant om te kijken of de resultaten uit het onderzoek van Engbers (2013) consistent zijn en of ze binnen een half jaar veranderen. Engbers (2013) heeft bijvoorbeeld gesuggereerd dat hoe meer er sprake is van een positieve valentie van een herinnering, hoe minder er sprake is van depressieklachten. Het is interessant om binnen het huidige onderzoek te kijken of hetzelfde verband kan

worden aangetoond tussen positieve valentie van een herinnering en geestelijke gezondheid. De achterliggende reden is dat er in de toekomst kan worden geprobeerd om positieve valentie te versterken door bijvoorbeeld gebruik te maken van programma's die herinneringen trainen indien er geen veranderingen naar voren komen in dit onderzoek. Op lange termijn zou hierdoor de geestelijke gezondheid van 75-plussers verbeterd kunnen worden, wat belangrijk is omdat 75-plussers een relatief hoge kans op depressie hebben (Godfrey & Denby, 2004) waardoor hun levenskwaliteit afneemt en ze beperkingen in het dagelijkse leven ervaren (Zantinge, Van der Wilk, Van Wieren & Schoemaker, 2011).

1.6 Dit onderzoek

Het huidige onderzoek is een vervolg op het onderzoek van Engbers (2013). Het onderzoek van Engbers (2013) heeft zich bezig gehouden met de vraag hoe de samenhang van identiteitsherinneringen en geestelijke gezondheid eruit ziet en of er überhaupt een samenhang bestaat. De resultaten van dat onderzoek komen over het algemeen overeen met de bestaande literatuur. Er zijn echter kleine afwijkingen gevonden.

Dat ouderen het liefst generieke herinneringen beschrijven (Levine et al., 2002) komt overeen met de resultaten van Engbers (2013). De resultaten van Engbers stellen samenvattend dat de meest beschreven herinneringen door ouderen beschrijvende, negatieve, generieke herinneringen zijn en dat ze over sociale relaties gaan. Positieve herinneringen staan volgens Engbers (2013) in negatief verband met depressieklachten. Dit komt overeen met de literatuur, waaruit eveneens bleek dat positieve herinneringen een positief effect kunnen hebben op de geestelijke gezondheid (Wildschut et al., 2006). Andersom is er uit de literatuur gebleken dat teveel aandacht voor negatieve herinneringen de kans op depressiviteit verhoogt (Ahmen & Boisvert, 2013). Ook dit komt naar voren in het onderzoek een half jaar eerder (Engbers, 2013). Dit blijkt uit de grote hoeveelheid negatieve herinneringen en de relatief hoge percentages van personen uit de steekproef die last hebben van mogelijke angst- of depressieklachten.

Niet overeenkomend met het onderzoek van Engbers (2013) is dat redemptie tot een positief gevoel van welzijn kan leiden (McAdams, 2009). In de steekproef van het onderzoek van een half jaar eerder (Engbers, 2013) is er bijna geen sprake van redemptie of contaminatie, al komt redemptie iets vaker voor dan contaminatie. Vanwege deze resultaten zou het welzijn iets beter moeten zijn binnen de steekproef van Engbers (2013) volgens McAdams (2009). Dit lijkt echter niet het geval te zijn wanneer er naar de percentages van angst- of depressieklachten wordt gekeken.

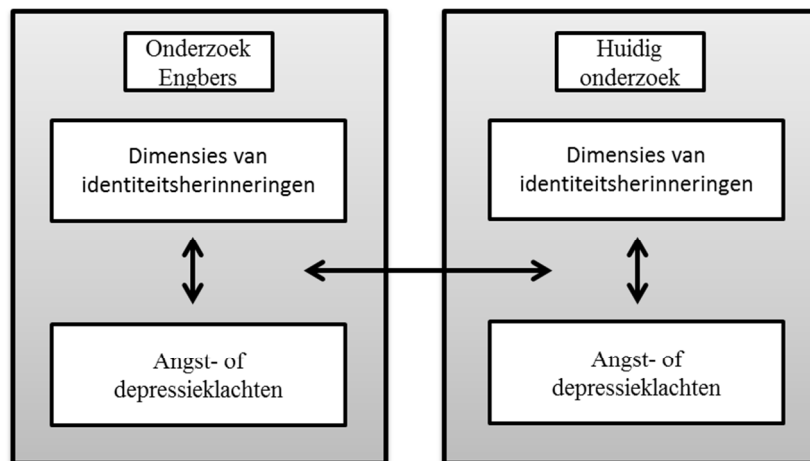
Samenvattend is uit het onderzoek van Engbers (2013) gebleken dat er een samenhang bestaat tussen bepaalde dimensies van identiteitsherinneringen en geestelijke gezondheid. Dit wordt in de literatuur bevestigd (Ahmed & Boisvert, 2013). Er is echter nog niet onderzocht of er veranderingen plaatsvinden in de genoemde samenhang gedurende een half jaar. Ook is er tot nu toe voornamelijk onderzoek gedaan naar jonge mensen en hun autobiografische geheugen en niet zo zeer naar oude mensen. Het is daarom belangrijk dat het huidige onderzoek zich, evenals dat van Engbers (2013), op mensen boven de 75 jaar richt. Er is namelijk gebleken dat er binnen deze leeftijdsgroep een grote kans op mogelijke angst- of depressieklachten bestaat en dat er daardoor een verminderde levenskwaliteit ervaren wordt (Zantinge et al., 2011). Ook herinneren 75-plussers zich volgens Butler (1963) veel meer dan jonge mensen. Dat maakt het belangrijk om meer onderzoek bij ouderen te doen naar een mogelijke verandering in de resultaten uit het huidige onderzoek ten opzichte van die van Engbers (2013), om zo meer betrouwbare en valide uitspraken te kunnen doen over de samenhang tussen identiteitsherinneringen en geestelijke gezondheid bij 75-plussers. Het onderzoek van Engbers (2013) zal daarbij worden vergeleken met de data uit het huidige onderzoek, om zo mogelijke tegenstrijdigheden ten opzichte van de literatuur te kunnen verklaren. Mogelijke overeenkomsten, zoals een negatief verband tussen een positieve valentie en geestelijke gezondheid, kunnen van belang zijn voor bijvoorbeeld de gezondheidszorg. Bestaande programma's voor het onthouden van herinneringen zouden kunnen worden aangepast door de nadruk te leggen op een positieve valentie, waardoor een verbetering in het welzijn kan optreden. De onderzoeksopzet wordt grafisch weergegeven in figuur 1.

1.6.1 Onderzoeksvraag, deelvragen en hypothesen

Dit leidt tot de volgende onderzoeksvraag:

Verandert de samenhang tussen identiteitsherinneringen en geestelijke gezondheid van Nederlandse ouderen met een leeftijd van 75 jaar of ouder in de loop van een half jaar?

Figuur 1: De opzet van het onderzoek



Om de hierboven genoemde onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden, wordt deze in deelvragen opgesplitst:

Deelvraag 1: Hoe ziet de verdeling van de kenmerken van identiteitsherinneringen eruit gemeten op de vier dimensies (inhoud, valentie, specificiteit en betekenisconstructie) bij 75-plussers, ten opzichte van voorgaand onderzoek?

Deelvraag 2: In hoeverre is er bij 75-plussers sprake van een mogelijke angst- of depressieve stoornis ten opzichte van voorgaand onderzoek?

Deelvraag 3: In hoeverre zijn de verschillende dimensies van identiteitsherinneringen gerelateerd aan angstklachten bij Nederlandse ouderen ten opzichte van voorgaand onderzoek?

Deelvraag 4: In hoeverre zijn de verschillende dimensies van identiteitsherinneringen gerelateerd aan depressieklachten bij Nederlandse ouderen ten opzichte van voorgaand onderzoek?

Deelvraag 5: In hoeverre is er een samenhang van redemptie of contaminatie bij 75-plussers met angstklachten ten opzichte van voorgaand onderzoek?

Deelvraag 6: In hoeverre is er een samenhang van redemptie en contaminatie bij 75-plussers met depressieklachten ten opzichte van voorgaand onderzoek?

Aan de hand van de boven genoemde literatuur worden de volgende hypothesen opgesteld:

Hypothese 1: Op basis van het vorige onderzoek wordt er verwacht dat de meest beschreven herinneringen inhoudelijk over sociale relaties gaan.

Hypothese 2: Op basis van het vorige onderzoek wordt er verwacht dat er bij een vergelijkbaar percentage van de steekproef sprake is van een mogelijke angst- of depressieve stoornis bij de Nederlandse ouderen.

Hypothese 3: Op basis van het vorige onderzoek wordt er verwacht dat er een positieve correlatie tussen een negatieve valentie en angstklachten bij Nederlandse ouderen bestaat.

Hypothese 4: Op basis van het vorige onderzoek wordt er verwacht dat er een negatieve correlatie tussen herinneringen over activiteiten in de vrije tijd en depressieklachten bij Nederlandse ouderen bestaat.

Hypothese 5: Op basis van het vorige onderzoek wordt er verwacht dat er geen significant verschil bestaat tussen de beschrijving van redemptie of contaminatie van Nederlandse ouderen met angstklachten en Nederlandse ouderen zonder angstklachten.

Hypothese 6: Op basis van het vorige onderzoek wordt er verwacht dat er geen significant verschil bestaat tussen de beschrijving van redemptie of contaminatie van Nederlandse ouderen met depressieklachten en Nederlandse ouderen zonder depressieklachten.

2. Methode

In dit onderdeel zal de procedure binnen dit onderzoek verder worden uitgelegd. Ook wordt de manier van de werving van de patiënten uitgelegd. Daarna volgen de gegevens van de participanten en een beschrijving van de gebruikte meetinstrumenten in dit onderzoek. Tot slot wordt er ingegaan op de analyse van de onderzoeksgegevens. Daaruit zal duidelijk worden hoe de verkregen data geanalyseerd zullen worden.

2.1 Procedure

Het huidige onderzoek vergelijkt data met resultaten uit eerder onderzoek van Engbers (2013) en bouwt deze longitudinaal uit. Dankzij dit longitudinaal onderzoeksdesign kunnen er veranderingen worden herkend die hebben plaatsgevonden tussen de verschillende meetmomenten en variabelen. Aan de hand van het huidige onderzoek zullen de nieuwe resultaten worden vergeleken met de door Engbers (2013) gevonden resultaten, om te kijken of er veranderingen hebben plaatsgevonden in een half jaar tijd. Om deze veranderingen valide en betrouwbaar vast te kunnen stellen, is het huidige onderzoek na een half jaar nogmaals uitgevoerd aan de hand van het onderzoek van Engbers (2013). Dit gebeurde wederom aan de hand van de *Self-defining Memory Task* (SDMT) van Jefferson Singer (Blagov & Singer, 2004) en door middel van de *Hospital Anxiety and Depression Scale*

(HADS) van Spinhoven, Ormel, Sloekers, Kempen, Speckens en Van Hemerta (1997). Ook is er, zoals bij Engbers (2013), gebruik gemaakt van een steekproef met 75-plussers. De vragenlijsten zijn afgenomen tijdens zowel het huidige onderzoek als het onderzoek van Engbers (2013) op twee meetmomenten. Tussen deze meetmomenten zat een half jaar tijd.

Het huidige onderzoek vond plaats met behulp van een langlopende internetstudie (LISS-panel) voor de sociale wetenschappen (Scherpenzeel, 2011). Als beloning voor het maandelijks deelnemen aan het panel kregen de deelnemers een kleine vergoeding. In het huidige onderzoek zijn personen aselect geselecteerd en vervolgens schriftelijk geïnformeerd met verzoek tot deelname aan het LISS-panel. Daarop volgde bij iedereen telefonisch contact of een huisbezoek. De enige voorwaarde voor deelname was, naast een uitnodiging om aan de studie mee te doen om zelfselectie te voorkomen, dat personen ouder dan 16 jaar moesten zijn. Door weinig eisen te stellen aan participanten konden er zo veel mogelijk mensen in de steekproef terecht komen. Zo werd er geprobeerd om zoveel mogelijk personen met een mogelijke angststoornis en/of depressie aan het onderzoek te laten deelnemen. Daarnaast zorgt een grote en aselechte steekproef voor een meer kenmerkend beeld van de Nederlandse bevolking (Scherpenzeel, 2009). Uiteindelijk is er aselect één persoon per huishouden uitgenodigd om aan het onderzoek deel te nemen. Deelnemers moesten vervolgens een *informed consent* ondertekenen alvorens ze in het onderzoek mochten participeren. Het onderzoek op zich bestond uit twee vragenlijsten. Eerst werden de participanten naar drie identiteitsherinneringen gevraagd met behulp van de *Self-defining memory task* (SDMT). De tweede vragenlijst, de *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), had betrekking op hun geestelijke gezondheid op het gebied van angst- en/of depressieklachten. In totaal kost het invullen van de twee vragenlijsten ongeveer 20 minuten. Wanneer een participant geen toegang had tot het LISS-panel vanwege bijvoorbeeld een gebrek aan internetverbinding of computertoegang, is dit verzorgd door de onderzoekers.

2.2 Participanten

In totaal maken 5000 Nederlandse huishoudens deel uit van een online panel genaamd het LISS-panel. Deze participanten hebben met elkaar gemeen dat ze gedurende enkele jaren online vragenlijsten invullen en zo meewerken aan wetenschappelijke onderzoeken. Uit de deelnemers van dit LISS-panel zijn 3020 mensen aselect geselecteerd, welke zijn gevraagd om mee te doen aan het onderzoek naar identiteitsherinneringen in relatie tot geestelijke gezondheid. Van dit aantal hebben er uiteindelijk $n=2327$ participanten deelgenomen aan het onderzoek van Engbers (2013) tijdens het eerste meetmoment in mei 2012. Tijdens het

binnen dit onderzoek uitgevoerde tweede meetmoment in november 2013 hebben er $n = 1724$ deelnemers meegedaan. In de steekproef van dit tweede meetmoment varieerde de leeftijd tussen 16 jaar en 92 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 58.86 jaar ($SD = 15.69$).

Het huidige onderzoek richt zich net als het onderzoek van een half jaar daarvoor (Engbers, 2013) specifiek op oude mensen. Daarom zijn slechts de resultaten uit de leeftijdsgroep 75-plussers bekeken. Dat betekent dat er uit de totale steekproef een selectie is gemaakt van mensen die ouder zijn dan 75 jaar. Deze leeftijdsgroep bestond uiteindelijk uit $n = 239$, waarbij de jongste deelnemer 75 jaar was en de oudste 92 jaar. De gemiddelde leeftijd was 79.77 ($SD = 3.86$). Bij de verdeling van mannen en vrouwen in de steekproef waren er iets meer vrouwen (50.2 %) dan mannen (49.8%). Zie Tabel 1 om de huidige cijfers met het aantal 75-plussers in de steekproef van een half jaar geleden uit het onderzoek van Engbers (2013) te kunnen vergelijken. De demografische factoren van de participanten uit het huidige onderzoek en uit het onderzoek van Engbers (2013) zijn eveneens weergegeven in Tabel 1. Uit Tabel 1 blijkt dat er bijna geen verschil bestaat tussen de verdeling van de demografische factoren in het huidige onderzoek en in het onderzoek van een half jaar eerder (Engbers, 2013).

Tabel 1. Het aantal 75-plussers en hun demografische kenmerken in het huidige onderzoek en in dat van Engbers

		Onderzoek Engbers (mei 2012) ($n = 225$)	Huidig onderzoek (november 2012) ($n = 239$)
Geslacht	man	52.9 %	49.8%
	vrouw	47.1 %	50.2%
Gem. leeftijd (jaren)		80,65	79.77
Standaard deviatie		3.55	3.86
Range (jaren)		76– 92	75-92
Burgerlijke staat	gehuwd	46.2 %	51%
	gescheiden	7.6 %	5.9%
	weduwe of weduwnaar	40.9 %	37.2%
	nooit getrouwd	5.3 %	5.0%
Hoogste behaalde opleiding	basisonderwijs	15.1 %	22.6%
	vmbo	31.1 %	28.5%
	havo/vwo	8.9 %	9.2%
	middelbaar	11.6 %	12.6%
	beroepsonderwijs	18.7 %	19.7%

	hoger beroepsonderwijs	5.8 %	6.7%
Belangrijkste bezigheid	verricht betaald werk	2.2 %	2.1%
	verzorgt de huishouding	10.7%	14.2%
	vrijwilligerswerk	5.3 %	5.4%
	pensioen	80.9 %	77.0%
	anders	0.8%	0.8%
Groep van herkomst	autochtone herkomst	87.6 %	86.2%
	niet- Nederlandse, (niet)- Westerse afkomst	10.6 %	12.1%
	afkomst niet bekend	1.8 %	1.7%

n= Aantal respondenten

2.3 Meetinstrumenten

2.3.1 Self-defining Memory Task (SDMT)

Om de identiteitsherinneringen van de participanten te kunnen meten, is er gebruik gemaakt van de *Self- defining Memory Task* (SDMT). Binnen deze test zijn de participanten gevraagd om drie identiteitsherinneringen te benoemen. Daarmee worden herinneringen bedoeld die kenmerkend en belangrijk voor iemand zijn. De herinneringen moesten minstens een jaar oud zijn. Het mochten herinneringen zijn die een positieve of een negatieve betekenis hebben voor de participant. Voordat dit aan bod kwam werd er echter van de participant gevraagd om de herinnering in één regel te beschrijven. Achter elke herinnering moest de participant op een 6-punten schaal aangeven hoe de gevoelens bij deze herinnering waren en hoe belangrijk de herinnering voor degene was. De antwoordmogelijkheden varieerden van 1= helemaal niet tot 6= helemaal wel (Blagov & Singer, 2004). In het huidige onderzoek wordt er bij het scoren slechts gelet op de drie te beschrijven herinneringen, niet op de vragen welke per herinnering zijn beantwoord. Een reden daarvoor is dat slechts de scores per herinnering belangrijk zijn binnen dit onderzoek, niet wat bijvoorbeeld de gevoelens per herinnering zijn. De afnameduur van de totale test bedroeg ongeveer vijftien minuten. Volgens Blagov en Singer (2004) werd de SDMT als een valide en betrouwbare test beoordeeld. Ook hebben Blagov en Singer (2004) een codeerschema ontwikkeld dat uit de volgende dimensies en coderingen bestaat:

De eerste dimensie is 'Inhoud', waarbij slechts de inhoud van de gebeurtenis of herinnering wordt gecodeerd. Deze dimensie bestaat uit de volgende subcategorieën: (1) Sociale relaties, (2) School/opleiding/studie/werk/loopbaan, (3) Activiteiten in de vrije tijd,

(4) Gezondheid, (5) Materiële en historische omstandigheden, (6) Bepaalde periode uit het eigen leven, (7) Overige en (9) Niet van toepassing.

De tweede dimensie is 'Valentie', waarbij het erom gaat hoe een gebeurtenis door iemand wordt beleefd en beoordeeld. Deze dimensie bestaat uit de volgende subcategorieën: (1) Positieve gebeurtenis of periode, (2) Neutrale gebeurtenis of periode, (3) Negatieve gebeurtenis of periode en (9) Niet van toepassing.

De derde dimensie is 'Specificiteit', waarbij het om het coderen van een specifieke of een generieke herinnering gaat. Deze dimensie bestaat uit de volgende subcategorieën: (1) Specifieke herinnering, (2) Generieke herinnering, (9) Niet van toepassing.

De vierde dimensie is 'Betekenisconstructie', waarbij er gecodeerd wordt of er sprake is van een evaluatie van een gebeurtenis of van een grote betekenis voor de persoon zelf. Deze dimensie bestaat uit de volgende subcategorieën: (1) Beschrijving, (2) Positieve evaluatie van de gebeurtenis of periode, (3) Negatieve evaluatie van de gebeurtenis of periode, (4) Positieve betekenis voor de eigen persoon/leven, (5) Negatieve betekenis voor de eigen persoon/leven en (9) Niet van toepassing.

De frequentie van de variabelen in alle drie herinneringen werd berekend door het aanmaken van nieuwe schaalvariabelen (zie hierboven voor de schaalvariabelen). Per schaalvariabele geeft een code aan hoe vaak de betreffende variabele in alle drie herinneringen voor komt. Met andere woorden, een variabele kan met een cijfer van 0 tot en met 3 zijn gecodeerd.

De Cohen's kappa voor de SDMT is acceptabel gebleken. De Cohen's kappa was 0.85 voor de dimensie inhoud, 0.72 voor de dimensie valentie, 0.58 voor de dimensie specificiteit en 0.51 voor de dimensie betekenis. Vanwege deze waarden is de test ook tijdens het huidige onderzoek gebruikt. De vragenlijst is toegevoegd als bijlage.

2.3.2 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Om de geestelijke gezondheid, in het huidige onderzoek angst- en / of depressieklachten, bij participanten te kunnen meten, werd er gebruik gemaakt van de *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS). Dit is een zelfevaluatieschaal, welke in totaal 14 items bevat. De 14 items kunnen worden opgesplitst in een 7-item depressieschaal en een 7-item angstschaal. De items kunnen worden beantwoord op een 4-punten schaal met scores tussen de 0 en 3. De antwoordmogelijkheden bestaan uit een rangorde van totale overeenstemming tot geen overeenstemming met de gegeven stelling. Een voorbeeld uit de angstschaal is 'ik voel me gespannen' en een voorbeeld uit de depressieschaal is 'ik kan lachen en de dingen van de

vrolijke kant zien'. Voor zowel de angst- als de depressieschaal kan een maximum score van 21 worden behaald. Dat betekent dat de range van mogelijke scores van 0 tot 21 loopt. 0 betekent dat er geen klachten aanwezig zijn en 21 betekent dat het maximum aantal klachten aanwezig is. Daarom kan er worden gesteld dat hoe hoger de score is, hoe meer klachten er aanwezig zijn. Bij een score van 0-7 bevindt de participant zich in een normaal bereik. Vanaf een score van 8-10 kan er sprake zijn van een angststoornis en/of depressie. Een score van 11-21 is een indicatie voor een angststoornis en/of depressie (Snaith, 2003).

Daarnaast hebben Spinhoven et al. (1997) en Zigmond en Snaith (1983) gevonden dat de HADS een valide instrument is om de ernst van stemmingsstoornissen mee te meten. Verder bedraagt de totale afnametijd slechts ongeveer vijf minuten. Door middel van de Cronbach's Alfa is de interne betrouwbaarheid berekend. De Cronbach's α is voor de angstschaal 0.83 en voor de depressieschaal 0.72. Cronbach's α had niet meer dan 0.02 verhoogd kunnen worden door items te verwijderen (respectievelijk 0.82 en 0.72). De vragenlijst is toegevoegd als bijlage.

2.4 Data-analyse

De data is geanalyseerd met de software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versie 21. Eerst zijn de ontbrekende waarden als ontbrekend gecodeerd en per geval van de verdere analyse uitgesloten. Om een uitspraak over de verdeling van de participanten te kunnen doen, zijn de descriptieve statistieken van de participanten berekend. Verder werden negatief geformuleerde items van de HADS omgeschaald om valide uitspraken over de scores van de HADS te kunnen doen. Vervolgens is de interne consistentie van zowel de angstschaal als de depressieschaal van de HADS gecontroleerd aan de hand van Cronbach's alfa. Daaropvolgend heeft de onderzoeker het coderen getraind op andere datasets. Het coderen vond plaats aan de hand van het codeerschema voor identiteitsherinneringen van Blagov en Singer (2004) (zie bijlage). Er werd aan de participanten gevraagd om drie herinneringen te noemen, waardoor er een totaal aantal van 717 herinneringen kon worden gecodeerd (239 per herinnering).

Vervolgens werden de hypothesen getoetst. Deelvraag 1 en de daarmee verbonden hypothese zijn getoetst door middel van een aangemaakte frequentietabel. Aan de hand hiervan kon er een totaalbeeld van alle drie herinneringen worden geschetst. Zo is er een goed beeld gegeven van welke dimensies er van belang zijn voor Nederlandse 75-plussers met betrekking tot hun herinneringen. Deze gegevens zijn vervolgens vergeleken met de gegevens uit eerder onderzoek in mei 2012.

Bij deelvraag 2 en de daaruit afgeleide hypothese zijn er HADS items omgeschaald en zijn de deelnemers in bepaalde groepen ingedeeld. Dit gebeurde aan de hand van de categorieën van de HADS. Dat een resultaat terecht komt in categorie één wijst erop dat de persoon klachtvrij is. Een resultaat in categorie twee indiceert dat er mogelijk sprake is van een depressie of angststoornis. Een resultaat in categorie drie is een indicatie voor een depressie of angststoornis. Na het opstellen van de verschillende groepen werden er frequentietabellen opgesteld met behulp van kruistabellen. Ook hierbij zijn de gegevens uit het huidige onderzoek vergeleken met de gegevens uit eerder onderzoek in mei 2012.

Deelvraag 3 en daarmee ook hypothese 3 werden getoetst door middel van een correlatieanalyse. Omdat het over ordinale categorieën gaat, is er gebruik gemaakt van *Spearman's rho* als correlatiecoëfficiënt. De waarde van *Spearman's rho* geeft aan in welke mate er een verband bestaat tussen de verschillende dimensies van identiteitsherinneringen en angstklachten bij 75-plussers. De resultaten worden wederom vergeleken met de data uit het onderzoek een half jaar eerder (Engbers, 2013). Verder is voor een significantieniveau van 5% ($\alpha = 0.05$) gekozen, omdat dan de kans klein is dat de gevonden effecten op toeval berusten.

Deelvraag 4 en hypothese 4 werden getoetst door middel van een correlatieanalyse. Daarnaast werd er gebruik gemaakt van categorieën, zodat bivariaat getoetst kon worden door middel van *Spearman's rho* met een significantieniveau van 0.05. Ook hier werden de waarden uit mei 2012 (Engbers, 2013) bekeken om de data met elkaar te kunnen vergelijken.

Bij deelvraag 5 en de daarmee verbonden hypothese 5 zijn nieuwe totaalvariabelen van contaminatie en redemptie aangemaakt, om na te kunnen gaan of er bij Nederlandse ouderen met angstklachten wel of geen significant verschil bestaat bij het voorkomen van redemptie of contaminatie. De totaalschaal van redemptie telt hoe vaak iemand binnen de dimensie valentie een negatief gebeurtenis omschrijft (code = 3), terwijl deze herinnering binnen de dimensie betekenis iets positiefs voor zijn eigen leven betekent (code = 4). De totaalschaal van contaminatie telt hoe vaak iemand binnen de dimensie valentie een positieve gebeurtenis omschrijft (code = 1), maar aangeeft dat deze herinnering binnen de dimensie betekenis iets negatiefs voor zijn eigen leven betekent (code = 5). Uiteindelijk is hypothese 5 getoetst met een *Mann-Whitney U test* om te kunnen kijken hoe redemptie en contaminatie samenhangen met een mogelijke angststoornis. Ook hier zijn de data uit het huidige onderzoek vergeleken met die uit onderzoek van een half jaar eerder.

Om deelvraag 6 en daarmee ook hypothese 6 te kunnen beantwoorden, is ook hier gebruik gemaakt van een *Mann-Whitney U test*. Hierbij werd er gekeken naar het verband

tussen de nieuw aangemaakte totaalscores van redemptie (code 3 bij valentie en code 4 bij betekenis) en contaminatie (code 1 bij valentie en code 5 bij betekenis) en een mogelijke depressieve stoornis. Wederom zijn de data uit het huidige onderzoek met de data uit het onderzoek in mei 2012 vergeleken.

3. Resultaten

Deelvraag 1: Hoe ziet de verdeling van de kenmerken van identiteitsherinneringen eruit, gemeten bij de vier dimensies (inhoud, valentie, specificiteit en betekenisconstructie) bij 75-plussers, ten opzichte van voorgaand onderzoek?

Uit de kleine gevonden verschillen blijkt dat er over het algemeen een vrij consistent gebruik van de dimensies van identiteitsherinneringen aanwezig was in zowel het onderzoek van een half jaar eerder (Engbers, 2013) als in het huidige onderzoek (zie Tabel 2).

Uit de resultaten blijkt dat in de dimensie inhoud de categorie ‘sociale relaties’ in beide onderzoeken het meest wordt gebruikt (37.6%; 39.5%). De meeste herinneringen gaan dus over partners, familie of vrienden. Een voorbeeld hiervan is de volgende herinnering: *‘overlijden van mijn zuster, heb de laatste week van haar leven dag en nacht in het ziekenhuis meegemaakt moest daarbij slapen op matras in een soort noodopvang vlak bij haar kamer’* (man, 86 jaar). Binnen de dimensie valentie herinneren de 75-plussers zich in het onderzoek een half jaar eerder (Engbers, 2013) meer negatieve gebeurtenissen (40.4%) en in het huidige onderzoek meer positieve gebeurtenissen (40.2%). Toch is het opvallend dat er geen groot verschil bestaat tussen het onderzoek van Engbers (2013) met een positieve valentie (30.1%) en het huidige onderzoek met een negatieve valentie (37.4%). Een voorbeeld van een negatieve herinnering is: *‘mijn scheiding, 3 weken voor ons 50 jarig huwelijk werd mij medegedeeld dat mijn man bij me wegging’* (vrouw, 79 jaar). Een positieve valentie is bijvoorbeeld: *‘geboorte van dochter, ben zeer gelukkig met geboorte van dochter in 1959 die nog steeds in ons midden is. Het is fantastisch mee te maken hoe de opvoeding is verlopen’* (man, 81 jaar). Verder maken ouderen binnen beide onderzoeken het meest gebruik van generieke herinneringen (59%; 66.4%). Ze beschrijven dus voornamelijk een algemene gebeurtenis of periode uit hun eigen leven. Een voorbeeld hiervan is: *‘een leuke reis naar Spanje, heb toen nieuwe vrienden gemaakt en een heel leuke tijd gehad’* (vrouw, 77 jaar). Binnen de dimensie betekenis wordt er in het onderzoek een half jaar eerder (Engbers, 2013) het meest op beschrijvende wijze geformuleerd (32.9%). Een voorbeeld hiervan is: *‘onze zon heeft weer een baan, vorig jaar geen vast werk baan en nu wel’* (man, 83 jaar). In het huidige

onderzoek wordt een herinnering het meest positief geëvalueerd (33.8%). Een voorbeeld hiervan is: *‘promotie van dochter, het is zo fantastisch om mee te maken als je eigen kind het zover heeft gebracht terwijl je zelf die kansen nooit had’* (man, 81 jaar).

Tabel 2. Verdeling van de dimensies van identiteitsherinneringen

		Onderzoek Engbers (mei 2012)	Huidig onderzoek (november 2012)
		n = 675	n= 717
Inhoud	sociale relaties	37.6 %	39.5%
	school, opleiding, studie, werk, loopbaan.	10.4 %	11.6%
	activiteiten in vrije tijd	13.3%	12.8%
	gezondheid	8.7%	5.5%
	materiële en historische omstandigheden	12.3%	44.8%
	bepaalde periode uit het eigen leven	3.6%	2.5%
	niet van toepassing	14.1%	10.7%
Valentie	positieve gebeurtenis of periode	30.1%	40.2%
	neutrale gebeurtenis of periode	15.9%	11.7%
	negatieve gebeurtenis of periode	40.4%	37.4%
	niet van toepassing	13.6%	10.7%
Specificiteit	specifieke herinnering	27.4%	22.9%
	generieke herinnering	59.0%	66.4%
	niet van toepassing	13.6%	10.7%
Betekenis	beschrijving	32.9%	21.2%
	positieve evaluatie van de gebeurtenis of periode	26.4%	33.8%
	negatieve evaluatie van de gebeurtenis of periode	10.4%	21,1%
	positieve betekenis voor de eigen persoon of het eigen leven	9.0%	7.8%
	negatieve betekenis voor de eigen persoon of het eigen leven	7.6%	5.4%
	niet van toepassing	13.8%	10.7%

n= Aantal deelnemers

Deelvraag 2: In hoeverre is er bij 75-plussers sprake van een mogelijke angst- of depressieve stoornis ten opzichte van voorgaand onderzoek?

Over het algemeen blijkt dat de percentages voor een mogelijke angst- of depressiestoornis bijna hetzelfde zijn in de beide onderzoeken, ondanks dat slechts 221 van de oorspronkelijke 225 deelnemers aan het onderzoek van een half jaar eerder (Engbers, 2013) de vragenlijst hebben ingevuld en dat alle 239 deelnemers aan het huidige onderzoek de vragenlijst hebben ingevuld (zie Tabel 3).

In het onderzoek van Engbers (2013) heeft ongeveer 16% van de deelnemers te maken met een mogelijke angststoornis, terwijl in het huidige onderzoek ongeveer 18% van de deelnemers een mogelijke angststoornis heeft. Verder hebben ongeveer 15% van de deelnemers van het onderzoek een half jaar eerder (Engbers, 2013) en ongeveer 17% van de deelnemers aan het huidige onderzoek een mogelijke depressieve stoornis. Daarbij zijn er bijna evenveel mensen in beide onderzoeken die zowel een mogelijke angststoornis als een mogelijke depressieve stoornis hebben (ca. 8% en 9,2%).

Tabel 3. Geestelijke gezondheid bij Nederlandse ouderen aan de hand van de HADS

	Onderzoek Engbers (mei 2012)	Huidig onderzoek (november 2012)
	Totaal (n=221)	Totaal (n=239)
geen angststoornis*	81.8%	82.0%
geen depressieve stoornis*	83.1%	83.3%
mogelijke angststoornis**	16.4%	18.0%
mogelijke depressieve stoornis**	15.1%	16.7%
mogelijke angst- én depressieve stoornis	8.0%	9.2%

* Een score lager dan 8 op de respectievelijke schaal van de Hospital Anxiety and Depression Scale

** Een score van hoger dan 8 op de respectievelijke schaal van de Hospital Anxiety and Depression Scale

n= Aantal deelnemers

Deelvraag 3: In hoeverre zijn de verschillende dimensies van identiteitsherinneringen gerelateerd aan angstklachten bij Nederlandse ouderen ten opzichte van voorgaand onderzoek?

Over het algemeen lijken sommige correlaties uit het onderzoek van een half jaar eerder (Engbers, 2013) overeen te komen met die uit het huidige onderzoek. Wel is het opvallend

dat de gevonden correlaties vrij laag waren (zie Tabel 4). Verder zijn er verschillen gevonden in sommige relaties tussen het onderzoek van een half jaar eerder (Engbers, 2013) en het huidige onderzoek.

Uit de resultaten van de correlatieanalyse blijkt dat er een positieve correlatie is gevonden tussen een negatieve valentie en angstklachten in zowel het onderzoek van een half jaar eerder (Engbers, 2013) als in het huidige onderzoek (Spearman's $\rho = 0.24$; $p < 0.01$ & Spearman's $\rho = 0.20$; $p < 0.01$).

Verder is er een verschil gevonden in het positieve verband tussen de inhoud van een herinnering over gezondheid en angstklachten (Spearman's $\rho = 0.15$; $p < 0.05$) in het onderzoek van een half jaar eerder (Engbers, 2013). Binnen het huidige onderzoek is dit verband niet gevonden, echter is er een negatief verband tussen een positieve valentie en angstklachten gevonden (Spearman's $\rho = -0.17$, $p < 0.01$).

Tabel 4. Spearman's rho correlaties tussen angstklachten en dimensies van de SDMT

		Onderzoek Engbers (mei 2012)	Huidig onderzoek (november 2012)
Inhoud	sociale relaties	0.09	.10
	opleiding/werk	-0.12	-.03
	activiteiten in vrije tijd	-0.04	-.07
	gezondheid	0.15*	.06
	materieel & historie	0.09	.08
	bepaalde periode	-0.79	-.01
	niet van toepassing	-0.93	-.07
Valentie	positief	-0.07	-.17**
	neutraal	-0.23	.05
	negatief	0.24**	.20**
	niet van toepassing	-0.10	-.07
Specificiteit	specifiek	0.06	-.06
	generiek	0.04	-.01
	niet van toepassing	-0.10	-.07
Betekenis	beschrijving	0.04	.03
	positieve evaluatie	0.01	-.04
	negatieve evaluatie	0.08	.12
	positieve betekenis	-0.01	-.11
	negatieve betekenis	0.04	.10
	niet van toepassing	-0.10	-.07

* correlatie is significant op het niveau van 0.05 (tweezijdig)

** correlatie is significant op het niveau van 0.01 (tweezijdig)

Deelvraag 4: In hoeverre zijn de verschillende dimensies van identiteitsherinneringen gerelateerd aan depressieklachten bij Nederlandse ouderen ten opzichte van voorgaand onderzoek?

Over het algemeen lijkt de samenhang tussen bepaalde dimensies van identiteitsherinneringen en depressieklachten bij de meeste dimensies vrij consistent te zijn, ondanks dat er redelijk lage correlaties zijn gevonden in zowel het onderzoek van een half jaar eerder (Engbers, 2013) als in het huidige onderzoek (zie Tabel 5).

Uit de resultaten van de correlatieanalyse blijkt dat er in beide onderzoeken een negatief verband bestaat tussen de inhoud van herinneringen over activiteiten in de vrije tijd met depressieklachten (Spearman's $\rho = -0.14$; $p < 0.05$ & Spearman's $\rho = -0.14$; $p < 0.05$). Verder is er binnen beide onderzoeken een negatief verband gevonden tussen een positieve valentie en depressieklachten (Spearman's $\rho = 0.15$; $p < 0.05$ & Spearman's $\rho = 0.27$; $p < 0.01$). Bovendien is er in beide onderzoeken een positieve correlatie gevonden tussen een negatieve valentie en depressieklachten (Spearman's $\rho = 0.16$; $p < 0.05$ & Spearman's $\rho = 0.15$; $p < 0.05$). Een ander positief verband, dat slechts uit het onderzoek van Engbers (2013) naar voren kwam, is dat tussen het negatief evalueren van een herinnering en depressieklachten (Spearman's $\rho = 0.14$; $p < 0.05$). Binnen het huidige onderzoek zijn er andere verbanden gevonden. Er is een negatief verband gevonden tussen het positief evalueren van herinneringen en depressieklachten (Spearman's $\rho = -0.20$; $p < 0.01$). Verder is er slechts binnen het huidige onderzoek een positief verband gevonden tussen het beschrijven van materiële en historische omstandigheden binnen een herinnering en depressieklachten (Spearman's $\rho = 0.14$; $p < 0.05$).

Tabel 5. Spearman's rho correlaties tussen depressieklachten en dimensies van de SDMT

		Onderzoek Engbers (mei 2012)	Huidig onderzoek (november 2012)
Inhoud	sociale relaties	.11	-.05
	opleiding/werk	-.10	.00
	activiteiten in vrije tijd	-.14*	-.14*
	gezondheid	.09	.01
	materieel & historie	.03	.14*
	bepaalde periode	-.10	-.06
	niet van toepassing	.03	.08
Valentie	positief	-.15*	-.27**
	neutraal	-.04	.11

	negatief	.16*	.15*
	niet van toepassing	.03	.08
Specificiteit	specifiek	-.07	-.02
	generiek	.04	-.05
	niet van toepassing	.03	.08
Betekenis	beschrijving	.00	.04
	positieve evaluatie	-.09	-.20**
	negatieve evaluatie	.14*	.12
	positieve betekenis	-.04	-.08
	negatieve betekenis	.03	.11
	niet van toepassing	.04	.08

* correlatie is significant op het niveau van 0.05 (tweezijdig)

** correlatie is significant op het niveau van 0.01 (tweezijdig)

Deelvraag 5: In hoeverre is er een samenhang van redemptie of contaminatie met angstklachten bij 75-plussers ten opzichte van voorgaand onderzoek?

Over het algemeen lijkt contaminatie consistent te zijn in zowel het onderzoek van een half jaar eerder (Engbers, 2013) als in het huidige onderzoek (zie Tabel 6). Redemptie lijkt echter niet consistent te zijn.

Uit de resultaten is gebleken dat er zowel binnen het onderzoek van een half jaar eerder (Engbers, 2013) als binnen het huidige onderzoek geen relatie is gevonden tussen contaminatie en angstklachten. Er is echter eveneens geen samenhang tussen redemptie en angstklachten gevonden binnen het onderzoek van een half jaar eerder (Engbers, 2013), terwijl er in het huidige onderzoek wel een samenhang tussen redemptie en angstklachten lijkt te zijn.

Tabel 6. Verband van redemptie- en contaminatiesequenties met angstklachten

		Onderzoek Engbers (mei 2012)		Huidig onderzoek (november 2012)	
HADS- vragenlijst	contaminatie/redemptie	n	Mean Ranks	n	Mean Ranks
	geen contaminatie	218	110.07	237	120.18
HADS- Angst	contaminatie	3	178.67	2	98.50
	geen redemptie	202	110.11	219	121.96*
	redemptie	19	120.45	20	98.50*

* Verschil is significant op het niveau 0.05, n= Aantal deelnemers

Deelvraag 6: In hoeverre is er een samenhang van redemptie of contaminatie met depressieklachten bij 75-plussers ten opzichte van voorgaand onderzoek?

Over het algemeen is er zowel uit het onderzoek van een half jaar eerder als uit het huidige onderzoek gebleken dat redemptie en contaminatie niet consistent lijken te zijn in relatie met depressieklachten (zie Tabel 7).

Uit de resultaten is gebleken dat er binnen het onderzoek van een half jaar eerder (Engbers, 2013) een relatie is gevonden tussen depressieklachten en contaminatie. Verder is er geen relatie van depressieklachten met redemptie te zien. Daarentegen kon er in de resultaten van het huidige onderzoek geen relatie van contaminatie of redemptie met betrekking tot depressieklachten worden aangetoond. Dat betekent, dat in het huidige onderzoek redemptie of contaminatie ongeacht van depressieklachten optreden.

Tabel 7. Verband van redemptie- en contaminatiesequenties met depressieklachten

		Onderzoek Engbers (mei 2013)		Huidig onderzoek (november 2012)	
HADS-vragenlijst	contaminatie/redemptie	n	Mean Ranks	n	Mean Ranks
HADS-Depressie	geen contaminatie	218	109.93*	237	120.17
	contaminatie	3	188.67*	2	100.00
	geen redemptie	202	110.65	219	120.74
	redemptie	19	114.74	20	111.95

* Verschil is significant op het niveau 0.05, n= Aantal deelnemers

4. Discussie

In het volgende gedeelte wordt er ingegaan op de gevonden resultaten en hoe deze in relatie staan met het onderzoek van een half jaar eerder (Engbers, 2013). Hierbij wordt er kort naar de opgestelde onderzoeksvraag, deelvragen en hypothesen teruggekoppeld. Daarna worden de sterkte punten en beperkingen van dit onderzoek besproken en worden er suggesties voor vervolgonderzoek gegeven.

Over het algemeen is er gebleken dat de meeste resultaten van het huidige onderzoek en het onderzoek van een half jaar eerder (Engbers, 2013) onderling en met de literatuur overeenkomen. In het huidige onderzoek is er gevonden dat de meeste dimensies van identiteitsherinneringen na een periode van een half jaar op dezelfde manier worden

genoemd, dat er ongeveer evenveel deelnemers aan de steekproef te maken hebben met een mogelijke angst- of depressiestoornis en dat sommige dimensies van identiteitsherinneringen wel vrij laag samen hangen met geestelijke gezondheid.

Er zijn echter ook dingen gevonden die de literatuur tegenspreken en niet overeenkomen met vindingen uit het onderzoek van een half jaar eerder (Engbers, 2013). Dit kan op verschillende manieren worden verklaard. De grootste verschillen tussen de beide onderzoeken over de periode van een half jaar hebben betrekking op redemptie en contaminatie en de samenhang hiervan met angst- of depressieklachten. Dit duidt erop dat de samenhang tussen identiteitsherinneringen en de geestelijke gezondheid van Nederlandse ouderen met een leeftijd van 75 jaar of ouder niet compleet consistent is over een periode van een half jaar. In het volgende volgt een nadere toelichting van de overeenkomsten en verschillen tussen beide onderzoeken.

4.1 Uitkomsten van het onderzoek

Verdeling van de kenmerken van identiteitsherinneringen

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat identiteitsherinneringen inhoudelijk het vaakst over sociale relaties gaan in zowel het huidige onderzoek als in het onderzoek van een half jaar eerder (Engbers, 2013). Deze vinding past bij het onderzoek van Carstensen (1992), die aantoonde dat hoe ouder men wordt, hoe meer men heeft te maken met het verliezen van vrienden en familie. Daardoor is men steeds meer bezig met het herinneren of afscheid nemen van dierbare mensen.

Verder zijn zowel in het huidige onderzoek alsook in het onderzoek van een half jaar eerder (Engbers, 2013) de meeste identiteitsherinneringen generiek van aard. Dit komt overeen met het onderzoek van Sargeant en Unkenstein (2001). Zij toonden aan dat hoe ouder een mens wordt, hoe minder specifiek diens herinneringen zijn. Ook herinneren ouderen zich dingen iets minder gedetailleerd en geven ze hun herinneringen meer in een geheel weer (Singer, Rexhaj & Baddeley, 2007). Een mogelijke verklaring is dat er op hogere leeftijd cognitieve veranderingen bij ouderen plaatsvinden, die ervoor zorgen dat ouderen zich minder tijdsgebonden informatie herinneren (Levine, Svoboda, Hay, Winocur & Moscovitch, 2002).

Daarnaast is er in het huidige onderzoek en het onderzoek van een half jaar daarvoor (Engbers, 2013) amper verschil gevonden tussen de hoeveelheid herinneringen aan positieve of negatieve gebeurtenissen. Dit komt niet overeen met de constatering van Carstensen en Mikels (2005), die stelden dat ouderen een voorkeur hebben voor positieve herinneringen en

dat ze negatieve gebeurtenissen proberen te onderdrukken. Misschien valt het resultaat uit het huidige onderzoek en uit dat van Engbers (2013) te verklaren door de stemming op het moment van de metingen. Volgens de '*mood congruent memory recall*' (Williams & Broadbent, 1986) herinneren mensen zich voornamelijk dingen waarvan de valentie overeenkomt met diens tegenwoordige stemming. Omdat er slechts een periode van een half jaar tussen beide onderzoeken bestaat, zou dit ervoor gezorgd kunnen hebben dat er bijna evenveel positieve en negatieve herinneringen zijn genoemd in het huidige onderzoek als in het onderzoek van een half jaar eerder (Engbers, 2013). Echter, hoezeer stemmingen fluctueren in de loop der tijd moet nog verder onderzocht worden.

Verder laat huidig onderzoek zien dat mensen hun herinneringen meer positief dan negatief evalueren (Bower & Gilligan; 1979). Dit is goed nieuws, want positief gewaardeerde herinneringen kunnen een positief effect hebben op de geestelijke gezondheid (Wildschut, Sedikides, Arndt & Routledge, 2006). Er zijn binnen het onderzoek van een half jaar eerder (Engbers, 2013) voornamelijk beschrijvende herinneringen genoemd. Dit resultaat is onverwacht op grond van de hoeveelheid positieve herinneringen die binnen het onderzoek van Engbers (2013) zijn genoemd. Het past daarnaast niet bij de literatuur, omdat Bower en Gilligan (1979) hebben gevonden dat positieve gebeurtenissen veel levendiger en met meer emoties worden herinnerd.

Een mogelijke verklaring voor het verschil in de dimensie betekenis tussen het huidige onderzoek en het onderzoek van Engbers (2013) zou de setting van het onderzoek kunnen zijn. Eigenlijk worden er bij een online onderzoek voornamelijk gesloten vragen verwacht (Thielsch, Lenzner & Melles, 2012). In deze setting zijn er echter open vragen gesteld. Door de periode van een half jaar tussen het huidige onderzoek en het onderzoek van Engbers (2013) zou het zo kunnen zijn dat de deelnemers in de loop van het half jaar meer aan de open vragen gewend zijn geraakt, waardoor ze meer over hun positieve en negatieve gevoelens konden vertellen in plaats van slechts beschrijvingen van herinneringen te kunnen geven zoals in het onderzoek van Engbers (2013).

Kortom, de uitkomsten van het huidige onderzoek komen grotendeels overeen met de literatuur en de vooraf opgestelde verwachting dat de meeste herinneringen inhoudelijk over sociale relaties gaan kan worden bevestigd. Het lijkt erop dat herinneringen van 75-plussers met betrekking tot de inhoud, valentie en specificiteit vrij consistent blijven binnen een half jaar. De betekenis van een herinnering verandert echter per meetmoment, dit vraagt om verder onderzoek.

Mogelijke depressieve- of angststoornis

Uit de resultaten van het huidige onderzoek is gebleken dat de percentages voor een mogelijke depressiestoornis bij 75-plussers iets boven de verwachting van 13% tot 14% (Beekman et al., 1999) liggen binnen zowel het huidige onderzoek als het onderzoek van een half jaar eerder (Engbers, 2013). Dat betekent dat er binnen het huidige onderzoek en het onderzoek van een half jaar eerder (Engbers, 2013) een relatief hoog aantal 75-plussers last heeft van een mogelijke depressieve stoornis.

De gevonden percentages voor een mogelijke angststoornis zijn bijna hetzelfde binnen het huidige onderzoek en het onderzoek van een half jaar eerder (Engbers, 2013) (18% en 16%) en komen ongeveer overeen met eerdere studies van ruim 10.2% (Beekman et al., 1998). Verder is er binnen het huidige onderzoek en het onderzoek van een half jaar eerder (Engbers, 2013) bij een relatief groot deel van de ouderen mogelijk sprake van zowel een angst- als een depressieve stoornis. Dit valt met behulp van Dobson (1985) te verklaren, omdat hij beweerde dat de comorbiditeit tussen angst en depressie verklaard kan worden doordat mensen met depressie een negatievere kijk op hun leven/toekomst hebben en ze gevoelens van angst krijgen als ze erover na moeten denken.

In totaal komen de gevonden percentages uit beide onderzoeken ongeveer overeen met de prevalentiepercentages uit de literatuur en met de vooraf opgestelde verwachting dat een vergelijkbaar percentage van de deelnemers aan het huidige onderzoek en het onderzoek van een half jaar eerder (Engbers, 2013) een angst- of depressieve stoornis heeft. Dat betekent dat er van uitgegaan kan worden dat er binnen een steekproef van 75-plussers consistent een relatief groot deel van de deelnemers te maken heeft met een mogelijke angst-en/of depressiestoornis.

Relatie tussen identiteitsherinneringen en angstklachten

De resultaten van het huidige onderzoek tonen aan dat zowel het huidige onderzoek alsook het onderzoek van een half jaar eerder (Engbers, 2013) suggereren dat hoe meer negatieve gebeurtenissen men zich herinnert, hoe meer angstklachten er aanwezig zijn. Dit komt overeen met het onderzoek van Ahmed en Boisvert (2013), omdat teveel aandacht aan negatieve gedachten volgens hen kan leiden tot een bevordering van angst- en depressieklachten. Andersom wordt aandacht voor voornamelijk positieve herinneringen geassocieerd met minder psychische klachten (Westerhof, 2010; Wildschut et al., 2006). Dat wordt weerspiegeld in het huidige onderzoek, waaruit zichtbaar wordt dat er minder sprake is

van angstklachten naarmate men zich meer met positieve herinneringen bezig houdt en andersom.

Ook suggereert het onderzoek van een half jaar eerder (Engbers, 2013) dat hoe meer een inhoud van een herinnering over gezondheid gaat, hoe meer er sprake is van angstklachten. Dit kan voortkomen uit de grotere kans op ziektes van 75-plussers (Zantinge et al., 2011). Mogelijk zijn ze daarom meer bezig met het onderwerp 'gezondheid'. Verder hangen lichamelijke beperkingen bij ouderen vaak samen met angststoornissen (Zarit & Zarit, 1998).

Een mogelijke verklaring voor waarom er tussen het huidige onderzoek en het onderzoek van een half jaar eerder (Engbers, 2013) deels verschillende verbanden gevonden zijn, is dat de onderzoeken in andere maanden zijn afgenomen. Het huidige onderzoek hanteert data afkomstig uit november 2013, terwijl het voorgaande onderzoek data gebruikte uit mei 2012. Het weer wordt geassocieerd met stemmingsveranderingen, wat een verklaring zou kunnen zijn voor de aangeduide verschillen in verschillende maanden (Partonen & Pandi-Perumal, 2009). Dit effect wordt '*seasonal affective disorder*' genoemd en houdt in dat het welzijn / de stemming negatief beïnvloed kan worden door donkere dagen en dat mensen in de zomer vrolijker zijn (Partonen & Pandi-Perumal, 2009).

Over het geheel genomen komen de uitkomsten van het huidige onderzoek overeen met zowel de literatuur als met de vooraf opgestelde verwachting dat er een positieve correlatie bestaat tussen een negatieve valentie en angstklachten bij Nederlandse ouderen. Er lijkt een consistente toename in angstklachten te zijn wanneer men zich op het negatieve richt en zich negatieve dingen herinnert. Volgens het huidige onderzoek en eerder onderzoeken lijkt het er op dat angstklachten gereduceerd kunnen worden door positieve herinneringen te versterken. Aan de hand van deze informatie kan de gezondheidszorg zich erop richten het welzijn van 75-plussers te verbeteren.

Relatie tussen identiteitsherinneringen en depressieklachten

Uit de resultaten van het huidige onderzoek is gebleken dat er in zowel het huidige onderzoek als het onderzoek van een half jaar eerder (Engbers, 2013) meer sprake is van depressieklachten wanneer er meer negatief gekleurde herinneringen worden beschreven. Ook werd binnen beide onderzoeken het verband gevonden dat er minder depressieklachten voorkomen wanneer er meer positief gekleurde herinneringen worden beschreven. Dit komt overeen met het onderzoek van Wildschut et al. (2006) waarin beweerde werd dat positief gewaardeerde herinneringen tot een positief gevoel over het zelf kunnen leiden en daarmee

een positief effect hebben op de geestelijke gezondheid. Ook valt op dat negatieve, globale herinneringen het meest door depressieve mensen werden genoemd (Williams, 1996). Verder is uit het huidige onderzoek en het onderzoek van een half jaar eerder (Engbers, 2013) gebleken dat herinneringen over activiteiten in de vrije tijd negatief samenhangen met depressieklachten. Het blijkt van belang te zijn om positieve ervaringen op te doen door verschillende activiteiten uit te voeren en om een dagstructuur te hebben die tot een goede leefsituatie leidt (Pot, Kuin & Vink, 2009).

Verder zijn er tussen het huidige onderzoek en het onderzoek van een half jaar eerder (Engbers, 2013) verschillende verbanden gevonden tussen enkele dimensies van identiteitsherinneringen en depressieklachten. Zo is er in het huidige onderzoek een negatief verband gevonden tussen depressieklachten en de mate van positieve evaluatie van herinneringen. Dit komt overeen met het onderzoek van Wildschut et al. (2006). Ook werd er in het huidige onderzoek een positief verband gevonden tussen depressieklachten en het beschrijven van materiële en historische omstandigheden binnen een herinnering. Dat suggereert dat hoe meer de inhoud van herinneringen over materiële en historische omstandigheden gaat, hoe meer er sprake is van depressieklachten. Dit past wederom bij de literatuur, aangezien gebleken is dat ervaringen uit de oorlog de geestelijke gezondheid negatief kunnen beïnvloeden (Murthy & Lakshminarayana, 2006). Volgens het codeerschema van Blagov & Singer (2004) worden oorlogservaringen onder materiële en historische omstandigheden gecodeerd, waardoor het resultaat van Murthy en Lakshminarayana (2006) goed past bij het negatieve verband dat werd gevonden in het huidige onderzoek.

Met betrekking tot het onderzoek van een half jaar eerder (Engbers, 2013) is er een positief verband gevonden tussen depressieklachten en het negatief evalueren van een herinnering. Het focussen op negatieve herinneringen en negatieve gebeurtenissen kan de kans op depressie- of angstklachten bevorderen (Ahmed & Boisvert, 2013). Een mogelijke oorzaak voor het vinden van verschillende verbanden binnen het half jaar is dat er omgevingsveranderingen (zoals een verhuizing) zouden kunnen hebben plaatsgevonden of dat er veranderingen hebben plaatsgevonden met betrekking tot het individu (bijvoorbeeld dood van een dierbare). Er is namelijk gebleken dat dit soort factoren tot een verandering in het welzijn, in de persoon of in het gedrag kunnen leiden (Hayden, 2009).

Samenvattend lijken identiteitsherinneringen en hun relatie met depressieklachten niet erg consistent te zijn. Er zijn slechts enkele verbanden consistent gebleken, waardoor de vooraf opgestelde verwachting dat er een negatieve correlatie bestaat tussen herinneringen over activiteiten in de vrije tijd en depressieklachten bij Nederlandse ouderen kan worden

bevestigd. Toch verschilt het merendeel van de correlaties van elkaar. Waarom er verschillen zijn gevonden tussen het huidige onderzoek en het voorgaande onderzoek (Engbers, 2013) kan nader worden beschouwd in toekomstig onderzoek. Er zijn nu geen duidelijke oorzaken naar voren gekomen.

Relatie van redemptie of contaminatie met angstklachten

Uit het huidige onderzoek is naar voren gekomen dat Nederlandse ouderen uit zowel het huidige onderzoek als het onderzoek van een half jaar eerder (Engbers, 2013) een positieve gebeurtenis aan een negatieve evaluatie koppelen, ongeacht hun angstklachten. Daarnaast zijn er in het huidige onderzoek aanwijzingen tot een samenhang tussen angstklachten en het optreden van redemptie gevonden. Dat houdt in dat Nederlandse ouderen die vaker een negatieve betekenis aan een positieve gebeurtenis koppelen meer last van angstklachten hebben. Het valt op dat redemptie iets vaker voorkomt dan contaminatie. Dit kan te maken hebben met verschillen binnen een cultuur. Zo worden levensverhalen volgens McAdams (1996) zowel gevormd door de cultuur waarin een individu zich bevindt als door het individu zelf. Elk cultuur kent zijn eigen regels en gewoonten over hoe een verhaal over het leven wordt verteld (Rosenwald & Ochberg, 1992). Op dit moment is er meer onderzoek naar redemptie en contaminatie bij Amerikaanse dan bij Nederlandse ouderen (King & Smith, 2004). Een derde meetmoment bij Nederlandse ouderen zou kunnen helpen bij het doen van een betere uitspraak over de samenhang tussen redemptie en angstklachten.

Over het geheel genomen blijkt dat de vooraf opgestelde verwachting dat er in zowel het huidige onderzoek als in het onderzoek van een half jaar eerder (Engbers, 2013) geen verschil zou worden gevonden tussen het optreden van contaminatie en het optreden van angstklachten kan worden bevestigd. Verder is er gebleken dat redemptie consistent vaker voorkomt dan contaminatie. Dat is een goede uitkomst, aangezien hieruit blijkt dat een relatief groot deel van de Nederlandse 75-plussers met angststoornissen toch een positieve kijk op het leven heeft en iets positiefs uit iets negatiefs kan halen. Gezien de hoge prevalentie cijfers op gebied van angstklachten is dit een onverwachte uitkomst. Er zou namelijk kunnen worden verwacht dat contaminatie in relatie staat met angstklachten. Echter is gebleken dat contaminatie vrij consistent optreedt, onafhankelijk van angstklachten.

Relatie van redemptie of contaminatie met depressieklachten

Binnen het huidige onderzoek is er naar voren gekomen dat ouderen ongeacht hun depressieklachten een positieve gebeurtenis koppelen aan een negatieve evaluatie. Dit resultaat is onverwacht, omdat contaminatie samenhangt met een laag gevoel van welzijn,

waardoor de kans op depressie hoger is (McAdams, 2001). Een mogelijke verklaring voor dit onverwachte resultaat zou kunnen zijn dat McAdams (2001) zich in zijn onderzoek heeft gericht op welzijn, terwijl er in het huidige onderzoek en het onderzoek van een half jaar daarvoor (Engbers, 2013) naar geestelijke gezondheid (concreet: angst- of depressieklachten) is gekeken. Dit is een ander aspect dan welzijn, wat zou kunnen verklaren dat het verwachte resultaat van McAdams (2001) niet overeenkomt met de resultaten uit het huidige onderzoek en het onderzoek van een half jaar eerder (Engbers, 2013). De eigenlijk verwachte, maar onbevestigde samenhang tussen depressieklachten en contaminatie komt binnen de literatuur naar voren. Hier vond men namelijk dat mensen door mogelijke depressiviteit geen positieve betekenis meer kunnen geven aan een positieve gebeurtenis. Optimistische mensen of mensen met een goed welzijn zouden dit eerder doen (Pot et al., 2009). Verder is er in zowel het huidige onderzoek als ook in het onderzoek van een half jaar eerder (Engbers, 2013) geen verband gevonden tussen depressieklachten en redemptie.

Samenvattend wijzen de uitkomsten van het huidige onderzoek op onverwachte resultaten met betrekking tot contaminatie en op enkele vindingen die in tegenstelling staan tot de literatuur. Daarnaast kon de vooraf opgestelde verwachting dat er een verband bestaat tussen depressieklachten en het noemen van redemptie of contaminatie bij Nederlandse ouderen niet worden bevestigd. Uit de resultaten blijkt dus dat contaminatie niet consistent voorkomt bij mensen met een depressie. Dit houdt in dat mensen negatieve gebeurtenissen, ongeacht hun depressieklachten, aan een positieve evaluatie koppelen. Verder lijkt redemptie vrij consistent voor te komen over een periode van een half jaar, al is dit wederom ongeacht depressieklachten. Kortom, er lijkt een samenhang tussen depressieklachten en redemptie en contaminatie te bestaan die niet consistent is en niet te verklaren valt op grond van de literatuur. Er zou meer onderzoek naar deze uitkomsten moeten worden gedaan.

4.2 Sterkten, beperkingen, aanbevelingen en implicaties voor vervolgonderzoek

Het eerste positieve dat opvalt, is dat de gebruikte steekproeven binnen het huidige onderzoek en het onderzoek van een half jaar eerder (Engbers, 2013) groot en aselekt gekozen zijn (239 en 225 deelnemers). Door het aselekt kiezen van de deelnemers kon er in beide onderzoeken een representatief beeld worden verkregen van de Nederlandse bevolking. Ook varieerde de leeftijd binnen de steekproeven van 75 tot en met 92 jaar in het huidige onderzoek. Er deed dus een brede, aselekt verdeelde groep van 75-plussers mee aan het onderzoek. Dat betekent

dat de resultaten uit het onderzoek gegeneraliseerd kunnen worden wat betreft Nederlandse ouderen van 75 jaar tot en met 92 jaar.

Een ander positieve punt in dit onderzoek naast de grootte en diversiteit van de steekproef, is het longitudinaal karakter van het onderzoeksdesign. Binnen een longitudinaal onderzoek worden er twee of meer meetmomenten met elkaar vergeleken. Op deze manier kunnen er mogelijke overeenkomsten door bijvoorbeeld dezelfde verbanden worden gevonden, maar kan verandering tussen verbanden ook eerder worden gezien (Howitt & Cramer, 2007). Dit zorgt ervoor dat de resultaten betrouwbaarder en valide zijn.

Daarnaast zijn de gebruikte meetinstrumenten, de SDMT en de HADS, valide en betrouwbaar met een goede interne consistentie (Blagov & Singer, 2004; Zigmond & Snaith, 1983; Spinhoven et al, 1997). Uit de hoge waarden van Cronbach's alfa kan worden afgeleid dat de deelnemers aan het onderzoek geen problemen ondervonden bij het invullen van de vragenlijsten. De HADS is een goede test om een mogelijke depressie na te gaan bij de meeste leeftijdsgroepen (Zigmond & Snaith, 1983), maar volgens Davies, Burn, McKenzie, Brothwell en Wattis (1993) zou de keuze voor de HADS nogmaals moeten worden overdacht wanneer men deze wil gebruiken voor de leeftijdsgroep 'ouderen'. Volgens hen is de HADS te sensitief en specifiek voor afname bij ouderen, omdat deze vaak op hun lichamelijke klachten letten en somatiseren. De HADS sluit lichamelijke problemen echter uit. De test wordt over het algemeen meer gebruikt bij mensen met een klinische depressie (Davies et al., 1993), niet bij mensen met een mogelijke depressie- of angststoornis. Toch wordt de HADS in het huidige onderzoek en het onderzoek van een half jaar eerder (Engbers, 2013) gebruikt. Volgens ander onderzoek zou de Geriatrische Depressie Schaal-30/15 geschikter zijn dan de HADS voor afname bij ouderen (Baldwin & Wild, 2004). Door in vervolgonderzoek de Geriatrische Depressie Schaal-30/15 te gebruiken, zou er kunnen worden gekeken of de resultaten hetzelfde zijn als de binnen het huidige onderzoek gevonden resultaten aan de hand van de HADS, of dat deze veranderen.

Verder is er in zowel het huidige onderzoek als in het onderzoek van een half jaar eerder (Engbers, 2013) opgevallen dat vrouwen meer aan depressie- en angstklachten lijden dan mannen. Deze bevinding wordt gesteund door het onderzoek van Gotlib en Hammen (2010). Dit zou ermee te maken kunnen hebben dat vrouwen beter in staat zijn zich emotioneel beladen beelden te herinneren dan mannen (Canli, Desmond, Zhao & Gabrieli, 2002). Ook herinneren depressieve vrouwen zich meer en sneller negatieve herinneringen dan mannen (Ciccotti, 2008). Dit zou voor een vertekende, te negatieve analyse van herinneringen kunnen leiden indien een steekproef meer vrouwen dan mannen bevat en de

beiden geslachten samen worden bekeken. In vervolgonderzoek zou er daarom moeten worden gelet op het verschil tussen mannen en vrouwen met betrekking tot hun identiteitsherinneringen, omdat er een verschil kan worden verwacht.

Verder is er binnen het huidige onderzoek en het onderzoek van een half jaar daarvoor (Engbers, 2013) naar veel demografische factoren van de deelnemers gevraagd, welke uiteindelijk niet zijn betrokken bij de analyse. De demografische gegevens lijken ongelijk verdeeld (zie Tabel 1), waardoor de vraag rijst of deze gegevens van invloed zouden kunnen zijn op de herinneringen of op de geestelijke gezondheid. Zo toont eerder onderzoek aan dat het hebben van een partner en de daar bij horende steun (categorie 'burgerlijke staat', zie Tabel 1) een groot effect kan hebben op zowel het psychische als het lichamelijke welzijn (Groenewegen, van de Bos & van Megchelen, 2004). Ook blijkt uit de literatuur dat iemands werksituatie invloed heeft op de geestelijke gezondheid, omdat gepensioneerd zijn samenhangt met het welzijn en mensen zich mogelijk minder goed voelen wanneer ze gepensioneerd zijn (Cattan, 2009). De data bieden dus de mogelijkheid om effecten van de demografische gegevens op herinneringen of de geestelijke gezondheid van deelnemers in een vervolgonderzoek te onderzoeken.

Bovendien zijn er al vrij veel herinneringen verzameld van de deelnemers aan zowel het huidige als het voorgaande onderzoek (Engbers, 2013). Een aanbeveling voor toekomstig onderzoek is om te kijken in hoeverre het moment waarop vragenlijsten worden ingevuld invloed kan hebben op de wijze van invullen. Het is namelijk mogelijk dat gebeurtenissen die recent voor het invullen hebben plaatsgevonden een rol spelen in de manier waarop men de vragenlijst invult. Dit kan worden verklaard door het werkende zelf, dit is een van de twee componenten van het *SMS* (Conway, 2005). Het werkende zelf wordt beïnvloed door actieve doelen van het individu en door bepaalde gebeurtenissen die personen ervaren of waar ze zich mee bezig houden (Conway, 2005). Hierdoor worden herinneringen op lange termijn aangepast aan het zelf. Voorbeelden van zulke gebeurtenissen zijn een huwelijk of de dood van een dierbare. Zo kan een huwelijk dat een paar weken voor het invullen van de vragenlijst heeft plaatsgevonden voor een goed welzijn en voor ruime tevredenheid zorgen, waardoor er kans is op verandering van herinneringen (Schacter, 1996; Lucas, 2007). Daarom is het belangrijk om in eventueel vervolgonderzoek een vragenlijst toe te voegen aan het onderzoek, waarin wordt gevraagd naar voorafgaande gebeurtenissen. Zo kan de kans op verandering beter worden ingeschat.

Een andere aanbeveling voor vervolgonderzoek is om causaliteit te onderzoeken. Op dit moment is er gevonden dat er verbanden bestaan tussen enkele dimensies van

identiteitsherinneringen en angst- en depressieklachten. Echter kan vanuit de data niet geconcludeerd worden waardoor deze verbanden worden veroorzaakt. Kennis over de causaliteit is nuttig om binnen de gezondheidszorg te gebruiken. Als er bijvoorbeeld wordt aangetoond dat positieve herinneringen angstklachten kunnen verminderen, kan er in de toekomst aan worden gewerkt dat ouderen zich meer op positieve herinneringen gaan focussen, om zo hun geestelijke gezondheid te kunnen verbeteren.

4.3 Conclusie

Uit het huidige onderzoek is naar voren gekomen dat er kleine veranderingen hebben plaatsgevonden in de samenhang tussen identiteitsherinneringen en de geestelijke gezondheid van Nederlandse ouderen met een leeftijd van 75 jaar of ouder. Echter konden de meeste verwachtingen reeds op grond van het eerdere onderzoek (Engbers, 2013) worden bevestigd. Overeenkomend is er gevonden dat herinneringen bij Nederlandse 75-plussers meestal over sociale relaties gaan, positief of negatief gekleurd zijn (en niet neutraal) en generiek zijn. Ook is er een positief verband gevonden tussen zowel angstklachten als depressieklachten en negatieve herinneringen. Verder is er een negatief verband gevonden tussen depressieklachten en positief gekleurde herinneringen en herinneringen die over activiteiten in de vrije tijd gaan. Daaruit is het idee voortgekomen om positieve herinneringen bij Nederlandse 75-plussers te bevorderen, om zo hun geestelijke gezondheid te verbeteren en om herinneringen aan bepaalde onderwerpen te bevorderen. Daarnaast lijkt het belangrijk om nogmaals naar redemptie en contaminatie te kijken in samenhang met angst- of depressieklachten. Er blijkt namelijk dat deze samenhang niet erg consistent is over een periode van een half jaar.

Verder kunnen de resultaten uit het huidige onderzoek en het onderzoek van een half jaar daarvoor (Engbers, 2013) worden vergeleken met de resultaten van jongvolwassenen (Sicking, 2014), omdat er enige parallellen te vinden zijn. Uit het onderzoek van Sicking (2014) is gebleken, dat er bij jongvolwassenen minder sprake is van depressieklachten dan bij 75-plussers, maar dat jongvolwassenen ook een relatief hoog prevalentiecijfer voor angststoornissen hebben, evenals 75-plussers (Sicking, 2014). Verder lijken dezelfde dimensies van identiteitsherinneringen vrij consistent te zijn bij jongvolwassenen (Sicking, 2014) als bij 75-plussers. Dat betekent dat de gezondheidszorg zich op de gevonden consistente dimensies van identiteitsherinneringen kan richten, omdat deze blijkbaar ook in andere leeftijdsgroepen consistent zijn. Verder wordt er gesuggereerd dat geestelijke gezondheid wordt bevorderd door het bekrachtigen van positieve herinneringen.

In vervolgonderzoek zou verder specifieker naar de verschillen tussen identiteitsherinneringen en geestelijke gezondheid kunnen worden gekeken door een ruimer tijdperk tussen de herinneringen aan te houden (bijvoorbeeld een periode van een jaar). Daardoor zouden er betrouwbaardere en valide resultaten aan de gezondheidszorg kunnen worden geleverd, waardoor deze de geestelijke gezondheid van 75-plussers op de lange termijn zou kunnen verbeteren. Dit kan worden gedaan door naast reeds bestaande preventies voor een beter geestelijke gezondheid, ook de aandacht te richten op bepaalde dimensies van identiteitsherinneringen en deze te bevorderen.

5. Referenties

- Ahmed, M. & Boisvert, C.M. (2013). *Mind stimulation therapy. Cognitive interventions for persons with schizophrenia*. New York: Routledge.
- Allewijn, M. & Miesen, B. (2006). *Zorg om ouderen. Een leidraad voor mantelzorgers*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Anderson, M.C., Bjork, E.L. & Bjork, R. A. (2000). Retrieval-induced forgetting: Evidence for a recall-specific mechanism. *Psychonomic Bulletin & Review*, 7(3), 522-530.
- Baldwin, R. & Wild, R. (2004). Management of depression in later life. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 131-139.
- Beekman, A.T., Bremmer, M.A., Deeg, D.J., Van Balkom, A.J., Smit, J.H. & De Beurs, E. (1998). Anxiety disorders in later life: a report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(10), 717-726.
- Beekman, A.T., Copeland, J.R. & Prince, M.J. (1999). Review of community prevalence of depression in later life. *The British journal of psychiatry*, 174, 307-311.
- Beike, D.R., Lampinen, J.M., & Behrend, D.A. (2004). *The Self and Memory*. New York: Psychology Press.
- Blagov, P.S. & Singer, J.A. (2004). Four dimensions of self-defining memories (specificity, meaning, content, and affect) and their relationships to self-restraint, distress, and repressive defensiveness. *Journal of personality*, 72 (3), 481-511.
- Bluck, S., & Alea, N. (2009). Thinking and Talking about the past: Why remember? *Applied Cognitive Psychology*, 23(8), 1089-1104.
- Bluck, S., Alea, N., Habermas, T., & Rubin, D.C. (2005). A tale of three functions. The self-reported use of autobiographical memory. *Social Cognition*, 23(1), 91-117.
- Bohlmeijer, E.T. (2008). De verhalen die we leven: Autobiografische reflectie als psychologische interventie. *Psycholoog*, 43, 87-92.
- Bower, G.H. & Gilligan, S.G. (1979). Remembering information related to one's self. *Journal of Research in Personality*, 13(4), 420-432.
- Butler, R.N. (1963). The Life Review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry, Journal for the Study of Interpersonal Processes*, 26(1), 65-76.

- Butler, R.N. (1974). Successful aging and the role of the life review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 22(12), 529-535.
- Canli, T., Desmond, J.E., Zhao, Z. & Gabrieli, J.D.E. (2002). Sex differences in the neural basis of emotional memories. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 99(16). DOI: 10.1073/pnas.162356599.
- Carstensen, L.L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: Support for socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, 7, 331-338.
- Carstensen, L.L. & Mikels, J.A. (2005). At the intersection of emotion and cognition: Ageing and the positivity effect. *Current Directions in Psychological Science*, 14, 117-121.
- Cattan, M. (2009). *Mental health and well-being in later life*. New York: McGraw-Hill International.
- Chorost, M. (2011). *World Wide Mind: The Coming Integration of Humanity, Machines, and the Internet*. New York: Simon and Schuster.
- Ciccotti, S. (2008). *Huilen mannen sneller dan vrouwen?* Houten- Antwerpen: Unieboek – Spectrum.
- Ciechanowski, P., Wagner, E., Schmalting, K., Schwartz, S., Williams, B., Diehr, P., Kulzer, J., Gray, S., Collier, C. & LoGerfo, J. (2004). Community-integrated home-based depression treatment in older adults: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 291(13), 1569-1577.
- Cohen, D. & Eisdorfer, C. (2011). *Integrated textbook of geriatric mental health*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Cohen, G. & Taylor, S. (1998). Reminiscence and ageing. *Ageing and Society*, 18(5), 601-610.
- Conway, M.A. (2005). Memory and the self. *Journal of Memory and Language*, 53(4), 594-628.
- Conway, M.A. & Pleydell-Pearce, C.W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, 107(2), 261-288.
- Conway, M.A., Singer, J.A. & Tagini, A. (2004). The self and autobiographical memory: correspondence and coherence. *Social cognition*, 22(5), 491-529.

- Davies, K.N., Burn, W.K., McKenzie, F.R., Brothwell, J.A. & Wattis, J.P. (1993). Evaluation of the HADS as a screening instrument in geriatric medical inpatients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8(2), 165-169.
- Dobson, K.S. (1985). The relationship between anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 5, 307-324.
- Engbers, E. (2013). *Identiteitsherinneringen van ouderen en hun geestelijke gezondheid: Een onderzoek naar de relatie tussen identiteitsherinneringen van Nederlandse ouderen in de leeftijd van 75 jaar en ouder en de mate van angst- of depressieklachten die zij ervaren*. (Niet gepubliceerde masterthesis). Universiteit Twente, Enschede.
- Erikson, E.H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.
- Fischer, R.J. (1993). Social desirability bias and the validity of indirect questioning. *Journal of Consumer Research*, 20(2), 303-315.
- Godfrey, M. & Denby, T. (2004). *Depression and older people: Towards securing well-being in later life*. Bristol: The Policy Press.
- Godlib, I.H. & Hammen, C.L. (2010). *Handbook of depression*. New York: Guilford Press, 387.
- Gordon, B. & Berger, L. (2003) *Intelligent Memory*. New York: Penguin Books.
- Groenewegen, P.P., van den Bos, G.A.M. & van Megchelen, P.J. (2004). *Zorg, opvang en begeleiding van chronisch ziekten*. Assen: Van Gorcum, 53.
- GVU's 10th WWW user survey. (2013). Verkregen op 10 november, 2013, van http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=538&richtlijn_id=59.
- Havighurst, R.J. & Glasser, R. (1979). A exploratory study of reminiscence. *Journal of Gerontology*, 27(2), 24-253.
- Hayden, J. (2009). *Introduction to health behavior theory*. New Jersey: Jones & Bartlett Learning.
- Howitt, D. & Cramer, D. (2007). *Methoden en technieken in de psychologie*. Benelux: Pearson Education, 213.

- Kensinger, E.A., Garoff-Eaton, R.J., & Schacter, D.L. (2006). Memory for specific visual details can be enhanced by negative arousing content. *Journal of Memory and Language*, 54(1), 99–112.
- King, L., & Smith, N. G. (2004). Gay and straight possible selves: Goals, identity, subjective well-being, and personality development. *Journal of Personality*, 72(5), 967–994.
- Levine, L.J., Lench, H.C. & Safer, M.A. (2009). Functions of remembering and misremembering emotion. *Applied Cognitive Psychology*, 23(8), 1059 – 1075. DOI: 10.1002/acp.1610.
- Levine, B., Svoboda, E., Hay, J.F., Winocur, G. & Moscovitch, M. (2002). Aging and autobiographical memory: Dissociating episodic from semantic retrieval. *Psychology and Aging*, 17(4), 677-689.
- Lucas, R.E., 2007, Adaptation and the set-point model of subjective well-being: does happiness change after major life events? *Current directions in Psychological Science* (16)2, 75-79.
- McAdams, D. P. (1996). Personality, modernity, and the storied self: A contemporary framework for studying persons. *Psychological Inquiry*, 7, 295-321.
- McAdams, D.P. (2001). The psychology of life stories. *Review of General Psychology*, 5(2), 100-122. DOI: 10.1037/1089-2680.5.2.100.
- McAdams, D.P. (2009). *The person: An introduction to the science of personality psychology*. Hoboken: John Wiley & Sons.
- McAdams, D. P., Reynolds, J., Lewis, M., Patten, A. H. & Bowman, P. J. (2001). When bad things turn good and good things turn bad: Sequences of redemption and contamination in life narrative and their relation to psychosocial adaption in midlife adults and students. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(4), 474-485.
- McLean, K. C. & Pasupathi, M. (2006). Collaborative narration of the past and extraversion. *Journal of Research in personality*, 40(6), 1219 – 1231.
- Murthy, R.S. & Lakshminarayana, R. (2006). Mental health consequences of war: a brief review of research findings. *World Psychiatry*, 5(1), 25-30.
- Nevid, J.S. (2011). *Psychology: Concepts and Applications*. Belmont: Wadsworth Cengage Learning.

- Partonen, T. & Pandi-Perumal, S.R. (2009). *Seasonal affective disorder: Practice and Research*. Oxford: University Press.
- Pasupathi, M., Weeks, T., & Rice, C. (2006). Reflecting on Life: Remembering as a Major Process in Adult Development. *Journal of Language and Social Psychology*, 25(3), 1-20.
- Pot, A.M., Kuin, Y. & Vink, M. (2009). *Handboek Ouderenpsychologie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Rosenwald, G. & Ochberg, R.L. (1992). *Storied lives: The cultural politics of self-understanding*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Rubin, D.C. (1982). On the retention function for autobiographical memory. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 21(1), 21-38.
- Rubin, D.C. (1995). *Remembering our past: Studies in autobiographical memory*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rubin, D.C. (2005). A basic-system approach to autobiographical memory. *American Psychological Society*, 14(2), 79-83.
- Salaman, E. (1970). *A collection of moments: A study of involuntary memories*. London: Longman.
- Sargeant, D. & Unkenstein, A. (2001). *Remembering well: How memory works and what to do when it doesn't*. Australia: Allen & Unwin.
- Schacter, D.L. *Searching for memory: the brain, the mind and the past*. New York: Basic Books; 1996.
- Scherpenzeel, A. (2009). *Start of the Liss panel: Sample and recruitment of a probability-based internet panel*. Tilburg: Centerdata.
- Scherpenzeel, A. (2011). Data-collection in a probability-based internet-panel: How the LISS panel was built and how it can be used. *Bulletin de Méthodologie Sociologique*, 109(56), 57. DOI: 10.1177/0759106310387713.
- Schoevers, R.A., Beekman, A.T.F., Deeg, D.J.H., Jonker, C. & Tilburg, W. van (2003). Comorbidity and risk-patterns of depression, generalised anxiety disorder and mixed anxiety-depression in later life: results from the AMSTEL study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(11), 994-1001.

- Sicking, J. (2014). *Onderzoek naar een mogelijke verandering in de samenhang van identiteitsherinneringen en angst- en depressieklachten gedurende een half jaar bij Nederlandse jongvolwassenen met een leeftijd van 16 tot en met 30 jaar*. (Niet gepubliceerde masterthesis). Universiteit Twente, Enschede.
- Singer, J., Rexhaj, B. & Baddeley, J. (2007). Older, wiser and happier? Comparing older adults and college students' self- defining memories. *Memory*, 15(8), 886-898.
- Singer, J.A., & Salovey, P. (1993). *The remembered self: Emotion and memory in personality*. New York: Free Press.
- Snaith, P. (2003). The Hospital Anxiety And Depression Scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(29), 1-4. DOI:10.1186/1477-7525-1-29.
- Spinoven, P.H., Ormel, J., Sloekers, P.P. A., Kempen, G.I.J.M., Speckens, A.E.M. & Van Hemerta, A.M. (1997). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychological Medicine*, 27(2), 363- 370.
- Stigsdotter, A., & Bäckman, L. (1989). Multifactorial memory training with older adults. *Gerontology*, 35(5-6), 260–267.
- Thielsch, M.T., Lenzner, T. & Melles, T. (2012). Wie gestalte ich gute Items und Interviewfragen? In M.T. Thielsch & T. Brandenburg (Hrsg.), *Praxis der Wirtschaftspsychologie II. Themen und Fallbeispiele für Studium und Anwendung*, 221-240. Münster: Monsenstein und Vannerdat.
- Watson, L.A., Berntsen, D., Kuyken, W. & Watkins, E.R. (2012). The characteristics of involuntary and voluntary autobiographical memories in depressed and never depressed individuals. *Consciousness and cognition*, 21(3), 1382-1392.
- Westerhof, G.J. & Bohlmeijer, E.T. (2010). *Psychologie van de levenskunst*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Williams, J.M.G., & Broadbent, K. (1986). Autobiographical memory in suicide attempters. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 144-149.
- Williams, J.M.G., (1996). *Depression and the specificity of autobiographical memory*. In: Rubin, D.C. (Ed.), *Remembering Our Past: Studies in Autobiographical Memory*. Cambridge University Press, Cambridge, UK, 244–267.

- Williams, J.M.G. & Scott, J. (1988). Autobiographical memory in depression. *Journal of Psychological Medicine*, 18(3), 689 – 695.
- Wildschut, T., Sedikides, C., Arndt, J. & Routledge C. (2006). Nostalgia: Content, Triggers, Functions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(5), 975–993.
- Wilson, A.E. & Ross, M. (2003). The identity function of autobiographical memory: Time is on our side. *Memory*, 11(2), 137-149. DOI:10.1080/741938210.
- Zantinge, E.M., Van der Wilk, E.A., Van Wieren, S. & Schoemaker, C.G. (2011). Gezond ouder worden in Nederland. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM): Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en sport, 5-9, 31.
- Zarit, S.H., & Zarit, J.M. (1998). *Mental disorders in older adults: Fundamentals of assessment and treatment*. New York: Guilford Press.
- Zigmond, A.S. & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-70.

6. Bijlagen

Vragenlijst identiteitsherinneringen

Persoonlijke Herinneringen

Bij de volgende vragen gaat het om persoonlijke herinneringen. Het gaat om herinneringen aan gebeurtenissen die voor je eigen persoon het meest belangrijk zijn. We vragen je straks drie herinneringen uit je eigen leven te beschrijven.

Vooraf hebben we een paar belangrijke opmerkingen.

1. Het is belangrijk dat zoveel mogelijk mensen van alle leeftijden en uit alle lagen van de bevolking meedoen. We willen namelijk een zo goed mogelijk beeld krijgen van de herinneringen die in het leven van Nederlanders een rol spelen.
2. Er zijn geen speciale schrijftalenten nodig: het gaat er niet om een “mooi” verhaal te schrijven.
3. Herinneringen ophalen kan heel persoonlijk zijn. Je persoonlijke herinneringen worden **daarom anoniem** en **vertrouwelijk** verwerkt. Verwijzingen naar personen en plaatsen worden eruit gehaald, zodat de herinneringen nooit naar jou persoonlijk herleid kunnen worden.

Om je privacy nog beter te waarborgen kun je hier aangeven hoe we je herinneringen mogen gebruiken:

0 Mijn herinneringen mogen alleen door onderzoekers gelezen en gebruikt worden in het kader van het onderzoeksproject.

0 Nadat mijn herinneringen anoniem gemaakt zijn, mogen ze gebruikt worden als voorbeelden in wetenschappelijke publicaties en voordrachten en in onderwijs voor studenten.

In de volgende vragen gaat het om je persoonlijke herinneringen. Wil je de volgende uitleg goed doorlezen voordat je de vragen beantwoordt?

Als we aan andere mensen moeten uitleggen wie we zijn, vertellen we vaak iets uit ons verleden. We willen je vragen om enkele persoonlijke herinneringen te beschrijven die laten zien wie je bent. Het gaat dus om herinneringen die heel *kenmerkend* zijn voor jouw persoon.

Hoe kun je deze herinneringen herkennen? Het zijn persoonlijke herinneringen die belangrijk voor je zijn. Ze staan je helder voor de geest. Ook roepen ze sterke positieve en/of negatieve gevoelens op. Je zult er ook al vaak over nagedacht hebben.

We willen je vragen drie herinneringen te beschrijven die ten minste één jaar oud zijn.

Herinnering 1 (idem voor herinnering 2 en 3):

1. Wil je kort benoemen waar de eerste herinnering over gaat?

.....

2. Wil je deze herinnering zo gedetailleerd mogelijk beschrijven? Wil je daarbij ook uitleggen waarom deze kenmerkend is voor jouw persoon?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3a. Hoe lang geleden vond deze herinnering plaats?

... jaar geleden

3b. Hoe levendig is deze herinnering *tegenwoordig* voor je?

1=helemaal niet t/m 6=helemaal wel

3c. Hoe positief voel je je *tegenwoordig* over deze herinnering?

1=helemaal niet t/m 6=helemaal wel

3d. Hoe negatief voel je je *tegenwoordig* over deze herinnering?

1=helemaal niet t/m 6=helemaal wel

3e. In hoeverre denkt je aan deze herinnering als je je afvraagt wie je bent?

1=helemaal niet t/m 6=helemaal wel

3f. In hoeverre denk je aan deze herinnering als je een probleem hebt en daarvoor een oplossing zoekt?

1=helemaal niet t/m 6=helemaal wel

3g. In hoeverre deel je deze herinnering met andere mensen?

1=helemaal niet t/m 6=helemaal wel

Vragenlijst HADS

Stemming

Deze vragenlijst dient als hulpmiddel om te weten te komen hoe u zich voelt. Lees iedere vraag en kruis het antwoord aan dat het beste weergeeft hoe u zich gedurende de laatste week gevoeld heeft. Denk niet te lang na over uw antwoord.

Uw eerste reactie op elke vraag is waarschijnlijk betrouwbaarder dan een lang doordacht antwoord.

1. Ik voel me gespannen:	☐ Meestal
	☐ Vaak
	☐ Af en toe, soms
	☐ Helemaal niet

2. Ik geniet nog steeds van de dingen waar ik vroeger van genoot:	☐ Zeker zo veel
	☐ Niet zo veel als vroeger
	☐ Weinig
	☐ Haast helemaal niet

3. Ik krijg een soort angstgevoel alsof er elk moment iets vreselijks zal gebeuren:	☐ Heel zeker en vrij erg
	☐ Ja, maar niet zo erg
	☐ Een beetje, maar ik maak me er geen zorgen over
	☐ Helemaal niet

4. Ik kan lachen en de dingen van de vrolijke kant zien:	☐ Net zoveel als vroeger
	☐ Niet zo goed als vroeger
	☐ Beslist niet zoveel als vroeger
	☐ Helemaal niet

5. Ik maak me vaak ongerust:	☐ Heel erg vaak
------------------------------	-------------------------------------

	☐ Vaak ☐ Af en toe maar niet te vaak ☐ Alleen soms
6. Ik voel me opgewekt:	☐ Helemaal niet ☐ Niet vaak ☐ Soms ☐ Meestal
7. Ik kan rustig zitten en me ontspannen:	☐ Zeker ☐ Meestal ☐ Niet vaak ☐ Helemaal niet
8. Ik voel me alsof alles moeizamer gaat:	☐ Bijna altijd ☐ Heel vaak ☐ Soms ☐ Helemaal niet
9. Ik krijg een soort benauwd, gespannen gevoel in mijn maag:	☐ Helemaal niet ☐ Soms ☐ Vrij vaak ☐ Heel vaak
10. Ik heb geen interesse meer in mijn uiterlijk:	☐ Zeker

	☐ Niet meer zoveel als ik zou moeten ☐ Waarschijnlijk niet zoveel ☐ Evenveel interesse als vroeger
11. Ik voel me rusteloos en voel dat ik iets te doen moet hebben:	☐ Heel erg ☐ Tamelijk veel ☐ Niet erg veel ☐ Helemaal niet
12. Ik verheug me van tevoren al op dingen:	☐ Net zoveel als vroeger ☐ Een beetje minder dan vroeger ☐ Zeker minder dan vroeger ☐ Bijna nooit
13. Ik krijg plotseling gevoelens van panische angst:	☐ Zeer vaak ☐ Tamelijk vaak ☐ Niet erg vaak ☐ Helemaal niet
14. Ik kan van een goed boek genieten, of van een radio- of televisieprogramma:	☐ Vaak ☐ Soms ☐ Niet vaak ☐ Heel zelden

Compleet codeerschema naar Blagov en Singer (2004)

I. Inhoud van de herinnering

NB. Hier wordt de inhoud van de gebeurtenis of de herinnering gecodeerd, dus niet de evaluatie of les die eruit getrokken wordt, bijvoorbeeld: De dood van mijn broer, daardoor ben ik beter keuzes gaan maken wat ik echt belangrijk vind in mijn werk dan wordt dood van de broer gecodeerd en niet werk.

NB. Als er sprake is van een middel en een doel dan wordt het doel gecodeerd, bijvoorbeeld: Ik ben voor mijn werk verhuisd dan wordt werk gecodeerd en niet verhuizing.

1. Sociale relaties

BV. ontmoeten partner, huwelijk of bruiloft, geboorte kinderen, scheiding, afscheid nemen, activiteiten samen met anderen, leven van kinderen en kleinkinderen, ziekte dierbaren, overlijden dierbaren

NB. Het gaat hier meer om de belangrijke levensgebeurtenissen. Als het gaat om activiteiten met anderen, zoals samen met anderen op vakantie gaan of kerst vieren dan activiteiten in de vrije tijd coderen.

2. School, opleiding, studie, werk en loopbaan

BV. schoolervaringen, studie, examen, eerste baan, werkervaringen, ontslag, pensioen

3. Activiteiten in de vrije tijd

BV. hobby's, sport, vrije tijd, verjaardag, feestje, kerstmis

4. Gezondheid

BV. eigen ziekte, ongeval

NB. als het gaat om ziekte of ongeval van iemand anders, zoals de partner dan sociale relaties coderen

5. Materiele en historische omstandigheden

BV. geld verdienen, iets kopen of krijgen, huis kopen, verhuizing, armoede, oorlog, Pim Fortuyn

6. Bepaalde periode uit het eigen leven

BV. kindertijd, jeugd, volwassenwording

NB. deze code alleen geven als het niet duidelijk is wat de inhoud is. Dus mijn middelbare schooltijd wordt als school gecodeerd.

7. Overig

9. Niet van toepassing

Deze code wordt gebruikt indien er niets is ingevuld of als het niet om een herinnering gaat.

II. Valentie van de herinnering

NB. Het gaat hier om de gebeurtenis die beschreven wordt, niet om de evaluatie die de deelnemer er achteraf aan geeft. Volg hierin het algemene spraakgebruik. Als het duidelijk is wat de deelnemer ervan vindt dan kan de mening van de deelnemer gevolgd worden. Maar let wel op: als het gaat om een expliciete evaluatie of betekenis dan wordt die gecodeerd bij dimensie IV.

1. Positieve gebeurtenis of periode

Bv. huwelijk, bruiloft, examen, kinderen krijgen, opa of oma worden, activiteiten als vakantie

2. Neutrale gebeurtenis of periode

Bv. pensioen, verhuizing

3. Negatieve gebeurtenis of periode

Bv. ziekte, ongeluk, overlijden, scheiding, afscheid

9. Niet van toepassing

III. Specificiteit

1. Specifieke herinnering

Het gaat hier om een herinnering aan een gebeurtenis die op één dag heeft plaatsgevonden. Ook als er meer omheen verteld wordt, maar er duidelijk een herinnering aan een gebeurtenis op één dag onderdeel van is, dan wordt de herinnering als een specifieke herinnering gecodeerd.

Bv. bruiloft wordt als specifiek gecodeerd, maar huwelijk niet, omdat de bruiloft op één dag plaatsvond en het huwelijk als een langere periode wordt gezien. Als bruiloft wordt genoemd, maar daarna beschreven wordt dat men ook een goed huwelijk had, dan wordt toch de code voor specifieke herinnering gegeven.

2. Generieke herinnering

Bij generieke herinneringen gaat het om herinneringen aan langere periodes, zoals mijn studietijd, mijn huwelijk, mijn jeugd. Het kan ook gaan om zich herhalende activiteiten, zoals onze vakanties in Frankrijk. Ook als het niet helemaal duidelijk is wat bedoeld wordt, zoals bij mijn rijbewijs halen, dit als een generieke herinnering coderen.

9. Niet van toepassing

IV. Betekenisconstructie

NB. Hier wordt vastgehouden hoe een bepaalde herinnering beschreven wordt. Vooral is van belang of er een evaluatie gegeven wordt of dat er een bredere betekenis wordt toegekend. Als er sprake is van een evaluatie van de beschreven gebeurtenis of periode dan wordt dit als evaluatie gecodeerd (code 2 of 3). Als er sprake is van een betekenis voor de eigen persoon of het eigen leven dan wordt dit als betekenis gecodeerd (code 4 of 5).

1. Beschrijving

Deze code wordt gegeven als er alleen een feitelijke beschrijving van een herinnering gegeven wordt

2. Positieve evaluatie van de gebeurtenis of periode

Deze code wordt gegeven als er naast een beschrijving ook een positieve evaluatie aan de herinnering gegeven wordt. Mensen geven dan bijvoorbeeld aan dat ze iets leuk vonden of dat het de beste tijd van hun leven was.

3. Negatieve evaluatie van de gebeurtenis of periode

Deze code wordt gegeven als er naast een beschrijving ook een negatieve evaluatie aan de herinnering gegeven wordt. Mensen geven dan bijvoorbeeld aan dat ze iets niet leuk vonden of dat het een van de slechtste tijden van hun leven was.

4. Positieve betekenis voor de eigen persoon of het eigen leven

Deze code wordt gegeven als mensen aangeven dat de herinnering iets over hun eigen persoon zegt en wel op een positieve manier. Het kan daarbij zowel gaan om een positieve of negatieve gebeurtenis, als mensen maar aangeven dat ze nu een positief beeld van zichzelf hebben. Het kan dus zijn dat mensen een negatieve gebeurtenis beschrijven, maar daar een positieve les uit trekken: bv. in de tijd dat ik ziek was heb ik geleerd wat echt belangrijk voor me was of door de scheiding heb ik pas geleerd om voor mezelf op te komen.

5. Negatieve betekenis voor de eigen persoon of het eigen leven

Deze code wordt gegeven als mensen aangeven dat de herinnering iets over hun eigen persoon zegt en wel op een negatieve manier. Mensen geven dus aan dat ze nu een negatief beeld van zichzelf hebben. Het zal niet vaak voorkomen, maar ook als het gaat om een positieve gebeurtenis dan kan het zijn dat mensen er een negatieve les uit trekken: bv. door mijn eerste huwelijk ben ik erachter gekomen dat ik veel te goed gelovig ben. Ook als mensen beschrijven dat een gebeurtenis een flinke impact op hun leven gehad heeft zonder dat dit verder gespecificeerd wordt, dan wordt het bij deze code ingedeeld.

9. Niet van toepassing

Kort overzicht van het codeerschema naar Blagov & Singer (2004)

Dimensies	Inhoud	Valentie	Specificiteit	Betekenisconstructie
Categorieën	1: Sociale relaties	1: Positieve gebeurtenis of periode	1: Specifieke herinnering	1: Beschrijving
	2: School, opleiding, studie werk en loopbaan	2: Neutrale gebeurtenis of periode	2: Generieke herinnering	2: Positieve evaluatie van de gebeurtenis of periode
	3: Activiteiten in de vrije tijd	3: Negatieve gebeurtenis of periode		3: Negatieve evaluatie van de gebeurtenis of periode
	4: Gezondheid			4: Positieve betekenis voor de eigen persoon of het eigen leven
	5: Materiële en historische omstandigheden			5: Negatieve betekenis voor de eigen persoon of het eigen leven
	6: Bepaalde periode uit het eigen leven			
	7: Overig			
	9: Niet van toepassing	9: Niet van toepassing	9: Niet van toepassing	9: Niet van toepassing