

NARRATIEVE TOEKOMSTVERBEELDING EN GEESTELIJKE GEZONDHEID; 'EEN VERGELIJKEND ONDERZOEK NAAR DE NARRATIEVE TOEKOMSTVERBEELDING VAN EEN KLINISCHE EN NIET-KLINISCHE GROEP EN DE SAMENHANG MET HET WELBEVINDEN.'



Universiteit Twente

Faculteit Gedragwetenschappen

Masterthesis Psychologie, Geestelijke Gezondheidsbevordering

Eerste begeleider: Prof. Dr. G.J. Westerhof

Tweede begeleidster: Dr. A.M. Sools

Datum: juli 2014

Auteur: BSc. M. Kangus

Studentnummer: s0220396

Plaats: Enschede

*The Future is not a result
Of choices among alternatives
Paths, offered by the present,
But a place that is created
Created first in the mind and
Will, created next in activity
The future is not some place we are going to,
But one we are creating
The paths are not to be found, but made;
And the activity of making them
Changes both
The maker and the destination
John Schaar (1928-2011)*

Voor mijn ouders, broers en zussen.

Voorwoord

Het gezegde “De laatste loodjes wegen het zwaarst” kan ik wel beamen! Ik herinner me een gesprek met mijn begeleidster bij *De Posten* in Enschede. Hier heb ik mijn werkervaring opgebouwd als ouderenpsycholoog i.o. en dat vond ik geweldig. Vooral het toepassen van belevingsgerichte zorg was voor mij van onmiskenbare waarde. De ouderen hebben veel te geven; vooral prachtige verhalen en ieder op zijn/haar eigen manier. Ze gaven mij het gevoel alsof ze een geheim hadden onthuld en stiekem een schat hebben meegegeven. In die verrijkende verhalen zitten veel verborgen elementen. Met mijn begeleidster gz-psycholoog Kristel Koenders-Richters had ik het over mijn drukte. “Waar ben je zoal druk mee dan?” luidde haar vraag, waarop ik antwoordde: “Ik ben druk met alles...; ik ben druk met alles en niets...” Toen heb ik eens flink geoefend met narratieve toekomstverbeelding en hier ben ik dan: Aan het afstuderen!

De waarheid gebiedt mij te schrijven dat ik me op de Masterthesis verheugde voordat ik aan mijn Bachelorthesis begon. Met dit vooruitzicht heb ik de afronding van de Bachelor dan ook als een generale repetitie gezien. Het is helaas niet gegaan zoals gepland, maar ik realiseer me dat het niet altijd kan gaan volgens de planning; dat zou veel te saai zijn. Een vleugje uitdaging of eens wat anders; dat zijn juist de dingen waar ik naar uitkijk. Een grote uitdaging en een droom die werkelijkheid wordt, zou zijn wanneer ik de onderzoekswereld in zou gaan om te promoveren!

Over mijn keuze en het proces van dit onderzoek: Narratieve psychologie is kwalitatief en er is m.i. ook daadwerkelijk sprake van kwaliteit, omdat ik ervan overtuigd ben dat het succesvol is: Het kijkt verder en dieper dan de neus lang is, toont medeleven & begrip, is verwelkomend, accepteert en vervult hoop & wensen. Ieder mens is zijn/haar verhaal en is uniek. Elk domein in het leven is een boek en al deze boeken samen vormen het grote boek van een mens zoals een encyclopedie.

Met mijn hoge dosis optimisme en liefde voor het narratieve koos ik voor de opdracht *narratieve toekomstverbeelding*. Deze is echter niet gemakkelijk; zelfs met voorliefde niet. Het is of zou nou eenmaal de passie moeten zijn. Dan doe je veel meer dingen die je minder leuk vindt. En dat allemaal voor niets? Je doet het voor alles, iedereen en voor jezelf. Succes en veel plezier met het lezen van mijn thesis.

Enschede, juni 2014

BSc. Meryem Kangus

Woord van dank

Graag wil ik dit kantie benutten om de mensen te bedanken die hetzij bewust, hetzij onbewust een bijdrage hebben geleverd aan dit eindresultaat.

Ik wil graag prof. Gerben Westerhof bedanken voor zijn betrokken begeleiding en begrip, vooral voor zijn hartelijke en open houding; ook in tijden van drukte. Dit was precies wat ik nodig had na een time-out. Beste Gerben, hartelijk bedankt! Daarnaast gaat mijn dank uit naar dr. Anneke Sools voor haar tijd, moeite en bijdrage voor mijn begeleiding in het kader van deze thesis. Vervolgens wil ik mijn tweede begeleidster (vóór mijn time-out) dr. Saskia Kelders bedanken, omdat ze tamelijk veel tijd heeft besteed aan mijn onderzoek.

Bovendien wil ik graag degene bedanken die mij het volgende spreekwoord letterlijk en figuurlijk liet ervaren: ‘‘Help me help you’’! Deze is voorgevallen toen mijn Duitse studiegenoot en vriendin mij om hulp vroeg bij haar Masterthesis. Door haar te helpen, hielp ik mijzelf ook in de richting om dit onderzoek weer op te pakken en af te studeren. Lieve Anke Kolberg, bedankt!

Verder bedank ik een prachtig en bijzonder mens die ik jammergenoeg niet vanaf het begin van mijn studieloopbaan al ontmoet heb, maar gelukkig wel op het voor mij juiste moment: Mijn studentendecaan Renate van Luyk. Tevens gaat mijn dank uit naar het team van psychologie en het BOZ, met name Anneke Laarhuis en de bibliotheekmedewerk(st)ers. Jullie geven het afstuderen een aangename sfeer door al het papierwerk te regelen.

Tot slot bedank ik Marjolijn Bakir en Luuk Meijerink voor het fungeren als tweede lezer. *Last but not least* wil ik graag afsluiten door de eer te doen toe komen aan mijn ouders, broers en zussen voor hun betrokkenheid.

Samenvatting

Dit onderzoek richt zich op de verschillen in narratieve toekomstverbeelding tussen een klinische en niet-klinische groep en de samenhang met het welbevinden. Het in kaart brengen van de verschillen tussen deze groepen maakt ons rijk aan informatie en is vooral relevant in het kader van de geestelijke gezondheidsbevordering.

Voor dit onderzoek is data verzameld in het levensverhalenlab, aan de universiteit van Twente en een Duitse kliniek. De data zijn verzameld in de vorm van het schrijven van een toekomstbrief, en het invullen van een welbevindenvragenlijst. De steekproef bestaat uit 43 klinische en 43 niet-klinische deelnemers. In dit onderzoek is het verschil in narratieve toekomstverbeelding geanalyseerd aan de hand van een bestaand codesysteem van 23 psychologische functies, welke vanwege het hoge aantal zijn ingedeeld in zes clusters: *vooruitblikken*, *terugblikken*, *negatief en kwalijknemend*, *inzicht*, *plannen en adviseren* en *positief en dankbaar*.

Uit de resultaten blijkt dat narratieve toekomstverbeelding op twee manieren verschillend is voor de klinische en niet-klinische groep. De niet-klinische groep maakt én meer gebruik van narratieve toekomstverbeelding én gebruikt andere psychologische functies. Door de klinische groep meest gebruikte psychologische functies zijn onder andere *catastroferen*, *verkennen van mogelijkheden*, *stappenplan* en *positief re-interpretatie en acceptatie*. Bij de niet-klinische groep waren dat *voorstellen*, *ervaren d.m.v. verbeelding*, *geven van existentieel advies*, *droomverwerkelijking*, *emotionele ondersteuning/empathie* en *loven*, *zelfverheffing*. Bij de clusters waren de verschillen voor de niet-klinische groep *vooruitblikken* en voor de klinische groep *negatief en kwalijknemend* en *inzicht*. Binnen de clusters is er een verband geconstateerd bij de klinische groep tussen *inzicht en negatief kwalijknemend*, *plannen en adviseren*, *positief en dankbaar* en tussen *plannen en adviseren* en *positief en dankbaar*. Bij de niet-klinische groep was er een verband tussen *terugblikken* en *vooruitblikken* en tussen *terugblikken* en *negatief en kwalijknemend*. Bij de correlatie-analyse tussen de clusters met het welbevinden bleek er géén samenhang te bestaan tussen narratieve toekomstverbeelding en het welbevinden.

Concluderend kan er worden gezegd dat narratieve toekomstverbeelding verschillend is voor een klinische en niet klinische groep. Aan de hand van de bevindingen verkregen uit een post-hoc analyse is er een aantal significante verschillen gevonden in de correlaties tussen narratieve toekomstverbeelding en het welbevinden. Derhalve wordt verder onderzoek ten zeerste aanbevolen om meer en gedetailleerder uitspraken te kunnen doen over narratieve toekomstverbeelding in relatie met het welbevinden.

Summary

This research focuses on the differences in narrative future imagination between a clinical and non-clinical participant and the relation with well-being. Mapping the differences and similarities between these groups makes us rich in information and is particularly relevant in the context of mental health promotion. With this knowledge, we could promote more mental health through narrative future imagination.

Data was collected in the levensverhalenlab, at the University of Twente and at a German clinic. The data were collected in the form of writing ‘a letter from the future’, and filling in a well-being questionnaire. The sample consists of 43 clinical and 43 non-clinical participants. The analysis of future narrative imagination is made on the base of an existing coding system of 23 psychological functions, which due to the high number are divided into six clusters: *looking forward*, *looking back*, *negative and resentful*, *insight*, *plan and give advice* and *positive and thankful*.

The results show that narrative future imagination is different in two ways for a clinical and non-clinical group. The non-clinical group makes more use and uses other psychological functions of imagination. The most common of psychological functions in clinical group include: *catastrophize*, *explore options*, *plan steps* and *positive re-interpretation and acceptance*. The most common in non-clinical group include: *imagine/experienced through imagination*, *giving existential advice*, *dreams come true*, *emotional support/empathy* and *praise one self*. With regarding to the clusters, most used by non-clinical group was *looking forward* and by the clinical group it was *negative and resentful* and *insight*. Within the clusters, there is a correlation observed in the clinical group between *insight and negative resentful*, *plan and give advice*, *positive and thankful* and between *plan and give advice* and *positive thankful*. In the non-clinical group, there was a link between *looking back* and *looking forward* and *looking back* and *negative and resentful*. Regarding to the correlation analyses between narrative future imagination and well-being, there was no correlation.

In conclusion, future narrative imagination is different for a clinical and non-clinical group. On the basis of the findings from post-hoc analyze, there is a number of significant differences in correlations found between the clinical and non-clinical group for well-being. Therefore, further research is strongly recommended, so that more detailed statements can be made, regarding future narrative imagination in relation to well-being.

Inhoudsopgave

Inleiding	7
1 Theoretische achtergrond	8
1.1 Narratieve psychologie.....	8
1.2 Geestelijke gezondheid	9
1.3 De relatie van toekomstverbeelding met het welbevinden	10
1.4 De relatie van toekomstverbeelding en psychopathologie	11
1.5 Narratieve toekomstverbeelding.....	12
1.6 Onderzoek	14
2 Methode.....	15
2.1 Dataverzameling	15
2.1.1 Werving en gegevens respondenten	15
2.1.2 Procedure	16
2.2 Materialen.....	17
2.2.1 Brieven vanuit de toekomst	17
2.2.2 Mental Health Continuum Short Form.....	18
2.3 Analyse	19
2.3.1 Data-analyse.....	19
3 Resultaten	21
3.1 Deelvraag 1	21
3.2 Deelvraag 2	23
3.3 Deelvraag 3	25
3.4 Deelvraag 4	27
4 Discussie en conclusie	28
4.1 Sterke- en minder sterke kanten van het onderzoek.....	33
4.2 Conclusie	36
Literatuur.....	37

Inleiding

Dit onderzoek richt zich op de verschillen in narratieve toekomstverbeelding tussen een klinische en niet-klinische groep en de samenhang met het welbevinden. Narratieve toekomstverbeelding houdt in; toekomstverbeelding via verhalen. Recentelijk is expliciete aandacht ontstaan voor de rol van toekomstverbeelding en zijn er aanwijzingen dat toekomstverbeelding helpt om de geestelijke gezondheid te bevorderen (Sools & Mooren, 2012). Toekomstverbeelding heeft een wederkerige samenhang met het welbevinden (Sools & Mooren, 2012). Enerzijds kunnen we in een sombere bui de toekomst niet positief inzien, anderzijds kan een plezierig vooruitzicht onze stemming juist aanmerkelijk verbeteren (Lombardo, 2007; Sools & Mooren, 2012). Daarnaast blijkt dat de wijze waarop wij ons levensverhaal redigeren van grote invloed kan zijn op onze geestelijke gezondheid. Een levensverhaal maakt een persoonlijk ideaal zichtbaar, waardoor zin en richting van het leven ontstaan (Bohlmeijer, 2007). Het vertellen van een levensverhaal heeft ook een helende werking (Adler, Wagner & McAdams, 2007; Ruben, Boals & Berntsen, 2008) welke toe te schrijven is aan het ordenen van de (emotionele) gebeurtenissen tot een samenhangend verhaal (Sarbin, 1987). Daarmee zorgt een goed levensverhaal dan ook voor een hoger welbevinden (King, Scollon, Ramsey & Williams, 2000). Wanneer een persoon niet in staat is om een coherent en uitgewerkt beeld van de toekomst te maken heeft dit gevolgen voor de geestelijke gezondheid (Melges, 1982). Mensen die minder bezig zijn met toekomstverbeelding hebben meer angstige en depressieve klachten. Andersom geldt dat mensen die angstig en depressief zijn, minder in staat zijn om de toekomst positief te verbeelden (Fortunato en Furey, 2010).

Dit onderzoek is wetenschappelijk relevant omdat er nog niet eerder is gekeken naar de verschillen in narratieve toekomstverbeelding tussen een klinische en niet-klinische groep. Het in kaart brengen van de verschillen in narratieve toekomstverbeelding tussen deze groepen maakt ons rijk aan informatie en is vooral relevant in het kader van de geestelijke gezondheidsbevordering. Met meer kennis en ervaring van narratieve toekomstverbeelding zouden we beter van dienst zijn voor en gericht kunnen inspelen om de geestelijke gezondheid te bevorderen door middel van narratieve toekomstverbeelding.

De kernbegrippen in dit onderzoek zijn: narratieve psychologie, geestelijke gezondheid, de relatie tussen toekomstverbeelding en geestelijke gezondheid, de relatie tussen toekomstverbeelding en psychopathologie en tot slot narratieve toekomstverbeelding.

1 Theoretische achtergrond

1.1 Narratieve psychologie

Narratieve toekomstverbeelding is een onderwerp binnen de narratieve psychologie. In narratieve psychologie staat het levensverhaal centraal. Verhalen hebben communicatieve, onthullende, ordenende, identificerende en motiverende functies. Door verhalen leggen we contact met anderen en laten iets van onszelf zien. We creëren een zinvol levensperspectief waarin het verleden, heden en de toekomst in relatie tot elkaar komen. We laten zien met welke ideeën en ideologieën we ons binden en welke doelen we nastreven (Bohlmeijer, 2007).

Aristoteles stelt zich in zijn filosofie op het standpunt dat het vermogen om structuren en betekenis te onderkennen een onderscheidend kenmerk van de menselijke geest is. Dit vermogen staat ook centraal in de narratieve psychologie, sinds haar ontstaan in de jaren tachtig van de 20ste eeuw (Bohlmeijer, 2012). Het menselijk denken, interpreteren, voorstellingen maken en het maken van morele keuzes gebeurt in verhaalstructuren. Verhalen geven vorm aan de identiteit en leefwereld van de verteller (Polkinghorne, 1988).

Door het vertellen van ons levensverhaal krijgen we de mogelijkheid om onze levensgebeurtenissen vanuit andere invalshoeken en posities te bekijken. Hierdoor zien we details, maar ook structuren die we voorheen niet zagen (Bohlmeijer, 2012). Door herhaaldelijk vertellen van het levensverhaal krijgt de verteller, die oorspronkelijk de rol van acteur had, de mogelijkheid nu als observator terug te blikken (Bluck & Levine, 1998). Daarnaast wordt door het maken van een levensverhaal een persoonlijk ideaal zichtbaar, waardoor zin en richting van het leven ontstaan (Bohlmeijer, 2007). Omdat het levensverhaal nauw samen hangt met de identiteit verandert de identiteit mee wanneer het levensverhaal verandert (Bohlmeijer, Mies & Westerhof, 2007).

Het vertellen van een levensverhaal kan ook een helende werking hebben (Adler, Wagner & McAdams, 2007; Ruben, Boals & Berntsen, 2008), welke volgens Sarbin (1987) toe te schrijven is aan het ordenen van de (emotionele) gebeurtenissen tot een samenhangend verhaal (Sarbin, 1987). Een goed levensverhaal zorgt voor een hoger welbevinden, en het maken van een eigen levensverhaal wordt als een belangrijk onderdeel voor het welbevinden gezien (King, Scollon, Ramsey & Williams, 2000).

Het proces van het creëren van een levensverhaal balanceert tussen herinnering en ontwikkeling (Freeman, 1993). Hierdoor kan de wijze waarop wij ons levensverhaal redigeren en dus vormgeven van grote invloed zijn op ons welbevinden en ons gedrag (Bohlmeijer, 2007). Derhalve wordt de laatste tijd veel onderzoek gedaan in narratieve psychologie over

hoe mensen door het vertellen van hun verhaal en door daarover te reflecteren zichzelf kunnen ontwikkelen. Op deze wijze draagt de narratieve psychologie bij aan de geestelijke gezondheid. In de volgende paragraaf wordt daarom de geestelijke gezondheid nader toegelicht.

1.2 Geestelijke gezondheid

De geestelijke gezondheid is lange tijd gedefinieerd als de afwezigheid van psychische problemen en richt zich traditioneel op de behandeling en preventie van psychische stoornissen (Westerhof & Keyes, 2008). Selingman en Csikszentmihaly (2000) pleiten in hun introductie op de positieve psychologie voor een radicale verandering in de psychologie; in plaats van alleen op de mechanismen van disfunctioneren te letten zou men zich ook moeten richten op de vraag of de mechanismen en processen van optimaal functioneren zijn. Tegenwoordig is de positieve psychologie de wetenschap geworden van het welbevinden en optimaal functioneren (Bohlmeijer, Bolier, Steeneveld, Westerhof & Walburg, 2013). Daarmee vallen alle benaderingen en interventies die zich primair richten op het vergroten van het welbevinden -en niet op het verminderen van de klachten- onder een brede opvatting van de positieve psychologie (Westerhof & Bohlmeijer, 2010). Zodoende wordt er in plaats van symptoomreductie/defecten gewezen op de noodzaak van het welbevinden (Keyes, 2007) en sterker de nadruk gelegd op het optimaal functioneren, want zelfverwerkelijking zou namelijk het hoogste goed moeten zijn voor de mens (Westerhof & Keyes, 2008). De drie centrale concepten van de geestelijke gezondheid zijn: het individueel welbevinden, het effectief functioneren van het individu en het effectief functioneren in de maatschappij (Westerhof & Keyes, 2008; 2010).

Om de geestelijke gezondheid van een persoon te kunnen bepalen moet men kijken naar gevoelens van geluk, tevredenheid en interesse, maar ook of hij/zij optimaal functioneert in de zin van een psychologisch en sociaal welbevinden (Westerhof & Keyes, 2008). Mensen die een psychische aandoening hebben zijn over het algemeen minder geestelijk gezond (Westerhof & Keyes, 2008). Hierdoor ontstaat een misvatting: hoe meer geestelijke aandoeningen des te minder geestelijk gezond en vice versa. Derhalve werd gedacht dat psychopathologie en geestelijke gezondheid twee uiteinden van een zelfde continuüm zijn (Lamers, 2012). Maar dit blijkt genuanceerder te zijn. Het is een complementair verband en wordt door Keyes (2005) het twee-continua model genoemd (Lamers, 2012). Het blijkt namelijk dat een continuüm, dat de aan- en afwezigheid van psychopathologie weerspiegelt, gerelateerd is aan een ander continuüm dat de aan- en afwezigheid van de geestelijke

gezondheid weerspiegelt (Lamers, 2012). Dit houdt in dat een individu kan lijden aan een psychische aandoening en tegelijkertijd een relatief hoge geestelijke gezondheid kan ervaren. Omgekeerd betekent het ook dat de afwezigheid van psychopathologie geen voorwaarde is voor het hebben van geestelijke gezondheid (Lamers, 2012).

In de eerst volgende paragraaf wordt de relatie van toekomstverbeelding met het welbevinden én in de daarop volgende paragraaf de relatie met psychopathologie behandeld.

1.3 De relatie van toekomstverbeelding met het welbevinden

Toekomstverbeelding heeft een wederkerige samenhang met het welbevinden (Sools & Moren, 2012). Aan de ene kant heeft onze actuele toestand invloed op onze toekomstbeelden, een toekomst die we vrezen of één waar we juist naar uit kijken. Aan de andere kant heeft het verbeelden van een bepaald toekomsteffect op ons voelen, handelen en denken in het heden (Lombardo, 2007). Een positieve toekomstverbeelding, of tenminste het hebben van dingen om naar uit te kijken blijken van belang voor het welbevinden (MacLeod & Conway, 2007).

Van oudsher is bekend dat een voorstelling van een situatie in de toekomst van levensbelang is. Dit belang benadrukt zich onder andere in evolutionair, (neuro) psychologisch en sociaal domein (Suddendorf & Corballis, 2007). Volgens Atence (2001) is iedere volwassene in staat om over de toekomst na te kunnen denken (Atance, 2001). Wat dit betreft zijn ook Sools en Mooren (2013) van mening dat het vermogen om de toekomst te verbeelden geen kwestie is van: 'je hebt het of je hebt het niet', maar juist een vaardigheid is die kan worden aangeleerd (Sools & Mooren, 2013). Indien men niet in staat is om een coherent en uitgewerkt beeld van de toekomst te kunnen maken heeft dit gevolgen voor de geestelijke gezondheid, aldus Melges (1982). Bovendien blijkt het beoefenen van toekomstverbeelding goed te zijn voor de mentale flexibiliteit, die bijdraagt aan het welbevinden van een individu (Bohlmeijer, 2012).

Uit een onderzoek van Husman (2008) is gebleken dat (door op een bepaalde manier) denken aan en gedachten hebben over de toekomst op verschillende domeinen van het leven een positief effect heeft. Zo blijkt dat toekomstverbeelding een gunstige invloed heeft op motivatie en leren (Simons, Vansteenkiste, Lens & Lacante, 2004). Uit prestaties blijkt dat het gunstig is als je wensen en doelen op een actieve manier voor de geest haalt (Husman, 2008). Dit gunstige effect wordt verklaard door de strategie van koppeling naar goalsetting, waar het bewust kiezen van sociale en psychologische doelen een actieve rol speelt bij de kwaliteit van het leven en welbevinden (Couding & Lima, 2011). Verder blijkt ook dat het hebben van doelen het welbevinden bevordert, voor minder ziektesymptomen zorgt en positieve

gevoelens oproept (Visser, 2012). Hiermee wordt juist het gevoel van *locus of control* en de motivatie om doelen te behalen verhoogd (Trash, Elliot, Maruskin & Cassity, 2010). Daarnaast zorgt toekomstverbeelding voor een verbeterde zingeving (Hicks, Trent, Davis & King, 2012) en toename van geluk, creatief denken en het welbevinden (Chiu, 2012).

Opgesomd kan de volgende samenvatting worden gegeven. Toekomstverbeelding is een vaardigheid die kan worden aangeleerd. Het heeft een positief effect op o.a. motivatie en leren en draagt bij aan de mentale flexibiliteit, zingeving en kwaliteit van het leven. Het niet beheersen van deze vaardigheid kan gevolgen hebben voor de geestelijke gezondheid. Toekomstverbeelding lijkt veel voordelen met zich mee te brengen die de mens in staat stelt om zich aan te passen aan de continu wisselende omgevingsomstandigheden.

Nu er wat gezegd is over de relatie van toekomstverbeelding met de geestelijke gezondheid, waaruit blijkt dat het vooral een positieve bijdrage betreft, rijst de vraag wat de mogelijke effecten of gevolgen kunnen zijn van de afwezigheid ervan.

1.4 De relatie van toekomstverbeelding en psychopathologie

In de relatie van toekomstverbeelding en psychopathologie wordt er eerst gekeken naar de werking van het effect en de manier van verbeelding.

Het blijkt dat het verbeelden van een mogelijke uitkomst de kans op het verwezenlijken van deze uitkomst verhoogt (Holmes & Mathews, 2010). Dit is ook terug te zien bij het opstellen en behalen van doelen. Als een gewenst doel goed verbeeld wordt neigt men via verhoogde actie 'readiness' (=bereidwilligheid) dit doel vaker te bereiken (Conway, 2004; Holmes & Mathews, 2010). Wellicht gebeurt het op een zelfde wijze als de mentale simulatie, want volgens Holmes en Mathews (2010) evalueren mensen de toekomst vaak via een mentale simulatie om te bepalen wat te gaan doen in een bepaalde situatie. Bovendien is de mentale simulatie van een positieve uitkomst (bv. dagdromen) gecorreleerd met een positieve stemming. Dagdromen over bv. een negatieve uitkomst is dan ook gecorreleerd met een negatieve stemming. Verbeelding kan dus maladaptief gedrag oproepen, maar ook verminderen. Bij herhaaldelijk verbeelden van 'het kalm benaderen van een aanvankelijk bedreigende situatie' zal de situatie ook daadwerkelijk kalm worden benaderd. Bovendien gaan diverse psychologische stoornissen vergezeld met verbeelding. Zo gaat post traumatische stress stoornis (PTSS) vergezeld met flash-back, sociale angst met verbeelding van afgang, agorafobie met verbeelding van inadequate coping en catastrofe, obsessie met verbeelding van bv. besmetting, etc. Mensen die gedeprimeerd zijn zien vaak geen

optimistische toekomst voor zich; het verbeelden van een dergelijke toekomst kan echter de stemming verbeteren, aldus Holmes en Mathews (2010).

Mensen die minder bezig zijn met toekomstverbeelding hebben meer angstige en depressieve klachten dan mensen die frequenter hun toekomst verbeelden (Fortunato & Furey, 2010). Aan de ene kant leven mensen met angst toekomstgericht, maar aan de andere kant doen ze dat op een negatieve manier vanwege hun angst voor wat de toekomst zal brengen; ze zijn bang voor wat er komen gaat. In tegenstelling tot angstige mensen leven depressieve mensen meer gericht op hun verleden. Ze koppelen de nare ervaringen uit het verleden aan de toekomst en creëren daardoor een negatief beeld van de toekomst. Hierdoor zijn ze er op tegen om toekomstgericht te zijn. Gerelateerde studies toonden aan dat in tegenstelling tot niet-depressieve mensen depressieve mensen niet in staat zijn de toekomst positief te verbeelden (Dickson & Bates, 2006; MacLeod & Cropley, 1995 in Hotta et al., 2012).

1.5 Narratieve toekomstverbeelding

Sools en Mooren (2012) beschrijven narratieve toekomstverbeelding als: “de toekomst verbeelden door het vertellen van verhalen.” Wahle (2012) definieert narratieve toekomstverbeelding in meer operationele en gedetailleerde termen: “the creative process by which one uses imagination and draws upon the knowledge and experience from the past and present, in order to construct a narrative about how the future could possibly be like” (Wahle, 2012, P.9). Het is dus een creatief proces van verbeelding, die gebaseerd is op kennis en ervaring uit het verleden en heden, om een verhaal over een waarschijnlijke toekomst te construeren. Derhalve wordt er recentelijk aandacht besteed aan narratieve toekomstverbeelding (Sools & Mooren, 2012). In narratief onderzoek is tot dusver veel aandacht aan herinneren en terugkijken besteed, maar het vormen van verbeeldende verhalen over de toekomst zijn een onderbelicht terrein (Levensverhalenlab, 2014). Een manier van omgaan met de toekomst is gebaseerd op het institutionele en conceptuele kader van het verleden (Loeber, 2004). Met andere woorden betekent dit dat omgaan met de toekomst afhangt van meerdere en geheel samenhangende factoren uit het verleden. Een verhalende benadering blijkt een geschikte ingang voor het activeren van toekomstverbeelding en voor het bieden van ruimte aan persoonlijke betekenisverlening (Sools & Mooren, 2012). Daarnaast hebben verhalen zoals al eerder benoemd een psychologische impact. Ze helpen verklaren waarom dingen op een bepaalde manier kunnen gebeuren en geven orde en betekenis aan gebeurtenissen; een cruciaal aspect van het begrip toekomstmogelijkheden (Schwartz, 1991).

Uit een exploratief onderzoek van Wahle (2012) zijn er in totaal 23 psychologische functies en drie clusters: ‘reminiscence’, ‘goal setting’ en ‘Value/Belief’ geëxploreerd (Wahle, 2012). De psychologische functies kunnen worden gezien als een zelfreflectief hulpmiddel dat functioneert door verbeelding en activatie/regulatie van emoties. Om om te gaan met het verleden en heden, het verkennen van mogelijke toekomstige doelen, en zich te concentreren op de intrinsieke motivationele aspecten van waarde en geloof. De psychologische functies worden dus gezien als een achterliggende betekenis die de aard van een uitspraak helpen verklaren (Wahle, 2012). Deze geëxploreerde psychologische functies zijn in verschillende onderzoeken gerepliceerd waarin de relatie van narratieve toekomstverbeelding en het welbevinden werd onderzocht (Wahle, 2012; Kolberg, 2013; Nolden, 2013; Schwaiger, 2013). Uit nader onderzoek bleek narratieve toekomstverbeelding een positieve samenhang (Kolberg, 2014; Leussink, 2014; Nolden, 2013; Preen, 2013; Schwaiger, 2013; Wahle, 2012) en een algemeen organiserend en motiverend effect te hebben op de geestelijke gezondheid (Sools & Mooren, 2012).

Hoewel er reeds (in)direct een relatie is gevonden tussen toekomstverbeelding en psychopathologie, zoals depressie (Dickson & Bates, 2006; MacLeod & Cropley, 1995 in Hotta et al., 2012) en angst (Fortunato & Furey, 2010), is er nog vrij weinig bekend over de verschillen in narratieve toekomstverbeelding tussen een klinische en niet-klinische groep en de relatie met het welbevinden. Daar richt het huidige onderzoek zich op.

1.6 Onderzoek

De focus van dit onderzoek is gericht op: *de verschillen tussen psychologische functies in narratieve toekomstverbeelding van een klinische en niet-klinische groep en de relatie met het welbevinden*. Dit onderzoek is wetenschappelijk relevant omdat er nog niet eerder gekeken is naar de verschillen in narratieve toekomstverbeelding tussen een klinische en niet-klinische groep. Het in kaart brengen van de verschillen in narratieve toekomstverbeelding tussen een klinische en niet-klinische groep maakt dat er gericht wordt ingespeeld op de gevoeligheid en de kwetsbaarheid van beide groepen. Aan de hand hiervan kan een aangepaste interventie worden ontworpen, met het doel om de geestelijke gezondheid te bevorderen.

Hieronder volgen vier deelvragen:

- 1) Verschillen de psychologische functies voor een klinische en niet-klinische groep?
- 2) Zijn bepaalde clusters verschillend voor een klinische en niet-klinische groep?
- 3) Hoe is de onderlinge samenhang tussen de clusters in een klinische en niet-klinische groep?
- 4) In hoeverre hangen de clusters samen met het welbevinden?

Met de gestelde deelvragen wordt het antwoord gevormd op de overkoepelende onderzoeksvraag. Hiermee komen we te weten of narratieve toekomstverbeelding verschillend is voor een klinische en niet-klinische groep. En zo ja, waarin ze verschillen en of deze verschillen te verklaren zijn. Verder wordt gekeken naar de samenhang tussen narratieve toekomstverbeelding en het welbevinden. Er worden geen verwachtingen en/of hypothesen geformuleerd, dit onderzoek wordt als een explorerend onderzoek aangenomen.

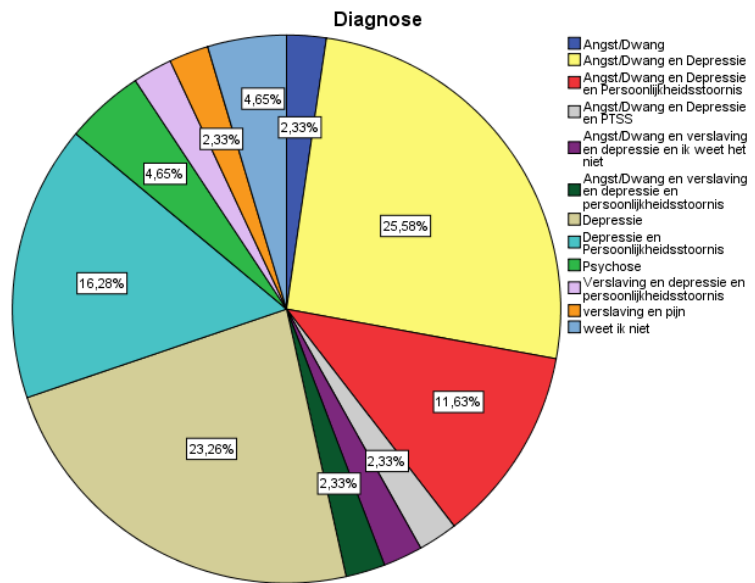
2 Methode

2.1 Dataverzameling

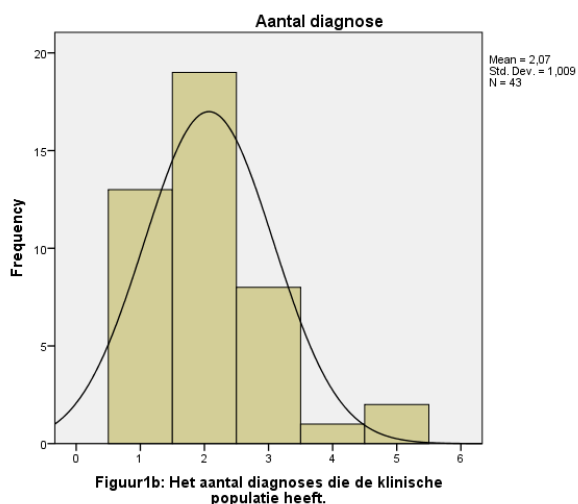
2.1.1 Werving en gegevens respondenten

De werving van de klinische deelnemers heeft plaats gevonden tijdens een groepssessie in een Duitse kliniek door Daniela Preen, in de periode van december 2012 tot februari 2013. Deze kliniek was bestemd voor psychiatrie en psychotherapie, waarin onder

andere zorg werd verleend aan dagklinische zorg, de psychosomatische afdeling en een polikliniek. De patiënten verbleven gemiddeld acht weken waarin ze werden behandeld voor angst-, affectieve- en persoonlijkheidsstoornissen, psychoses en verslavingsziektes. De werving vond plaats door middel van een *purposive sample*. Het meest voorkomende



Figuur 1a: Overzicht van de diagnoses van de klinische populatie.



Figuur 1b: Het aantal diagnoses die de klinische populatie heeft.

ziektebeeld was angst/dwang en depressie (26%), depressie (23%), depressie en persoonlijkheidsstoornis (16%), angst/dwang depressie en persoonlijkheidsstoornis (12%) en psychose (5%). Overigens had in de klinische groep 44% 2 diagnoses, 30% 1 diagnose en 18% 3 diagnoses. Zie Figuur 1a voor de diagnose, Figuur 1b voor het aantal diagnoses en Tabel 1 voor respondentengegevens.

De werving van de niet-klinische groep vond plaats via een online platform, van december 2011 tot juni 2012, op enerzijds *convenience sampling* door de sociale omgeving van de onderzoekers aan de Universiteit Twente. Anderzijds door *snowball sampling* bij psychologiestudenten, in het kader van het vak Klinische Psychologie aan de Universiteit Twente, waarbij de psychologie studenten werden uitgenodigd om deel te nemen aan het

onderzoek in ruil voor een bonuspunt. Er waren veel deelnemers waardoor er is gekozen voor enkel 43 deelnemers (Zie Tabel 1). Deze keuze is gemaakt om twee redenen. Ten eerste om de evenredige verdeling over de twee te vergelijken groepen gelijk te houden en ten tweede is met deze keuze ook zoveel mogelijk getracht een variatie binnen de groep te waarborgen.

Tabel 1: Demografische gegevens van een klinische en niet-klinische groep

		Klinische (N=43)	Niet-klinische (N=43)	Totaal
Geslacht	Man	20	12	32
	Vrouw	23	31	54
Leeftijd	16-25 jaar	9	32	41
	26-35 jaar	7	4	11
	36-45 jaar	8	-	8
	46-55 jaar	16	5	21
	56-65 jaar	3	1	4
	66 en ouder	-	1	1

2.1.2 Procedure

Op vrijwillige basis hebben beide groepen deelgenomen aan dit onderzoek. De deelnemer was gevraagd om een brief te schrijven vanuit het oogpunt van een imaginerend positief perspectief. Wel is in verband met de kwetsbaarheid van een klinische groep een aanpassing gedaan aan de originele procedure waarbij de respondenten zelfstandig de online procedure doorlopen via: www.levensverhalenlab.nl.

De procedure voor de klinische groep was aangepast omdat het niet via een online tool is verzameld, maar in de vorm van een papieren versie. Hiervoor is bij het schrijven van de brief een formulier gebruikt met aanwijzingen en zijn de vragenlijsten als bijlage toegevoegd. Belangrijkste redenen hiervoor waren dat de online tool in het Nederlands is opgesteld en het ontwikkelen van een Duitse versie gezien het tijdsbestek niet haalbaar zou zijn. Tevens beschikte de kliniek niet over voldoende computers. Een positief punt was wel dat de brief tijdens de groepsessie is geschreven. Zo bestond er de mogelijkheid tot begeleiding door een therapeut die ook klaar stond om de vragen over de instructies te beantwoorden. Tevens konden de opkomende emoties of stress worden behandeld. De respondenten hadden in totaal

60 minuten de tijd voor het schrijven van de brief. Wanneer toch bleek dat de deelnemers niet voldoende tijd hadden om de brief helemaal af te maken mochten ze de brief alsnog meenemen om het verder af te maken in hun eigen kamer en uiterlijk binnen twee weken (weer) in te leveren. Ook bestond de mogelijkheid om aan het eind van het schrijven een kopie van de brief mee te nemen voor eigen administratie/interventiedoeleinden. Bij deze kwetsbare groep is ook gebruikgemaakt van een mondelinge feedbacksessie over het schrijven van de brief. Hieruit is naar voren gekomen dat het schrijven van de brief grotendeels als positief en waardevol werd ervaren. Alle deelnemers voelden zich gemotiveerd bij het schrijven van de brief. Verder bracht het ook geen stress en/of negatieve emoties met zich mee. Het positieve verloop van het schrijven van de brief was deels te danken aan de duidelijke uitleg, structuur en de gezamenlijke bespreking van de aanwijzingen (Preen, 2013).

De procedure voor de niet-klinische groep verliep wel volgens de originele procedure. Daarbij is de respondenten gevraagd om een zo levendig mogelijke verbeelding te maken van een moment in de toekomst, waarbij een positieve gebeurtenis gerealiseerd wordt. De respondent was vrij om te bedenken aan wie de brief gericht zou zijn. Na het schrijven van de brief werd de respondent geleid naar het beantwoorden van een aantal vragen over de ervaring met betrekking tot het schrijven van de brief, waarna de vragenlijst met betrekking tot het welbevinden werd ingevuld. Tot slot zijn er nog een aantal vragen gesteld over de demografische gegevens van de respondenten.

2.2 Materialen

Voor dit onderzoek werd gebruikgemaakt van de brieven vanuit de toekomst en de scores op de vragenlijst van Mental Health Continuum- Short Form (MHC-SF). Gezien de meerwaarde van de uitkomsten, de breedte van het onderzoek en het beschikbare tijdsbestek werden de antwoorden op de ervaringsvragen(lijst) over het schrijven van de brief, voor dit onderzoek, buiten beschouwing gelaten.

2.2.1 Brieven vanuit de toekomst

‘De brieven vanuit de toekomst’ was een kwalitatieve meetmethode om op een narratieve wijze de toekomstverbeelding te onderzoeken. Bij deze methode was de deelnemers gevraagd een brief vanuit een fictief tijdstip/fictieve plaats in de toekomst aan zichzelf of iemand anders in de huidige tijd te schrijven. De opdracht bij het schrijven van de brief was dat het schrijven moest gaan over een toekomstige verandering in het leven die positief of als positief ervaren

werd, zoals een opgelost probleem. Het maximaal aantal woorden voor het schrijven van de brief was 400 woorden. Deze opdracht zag er als volgt uit:

Aan het begin van de brief werd gevraagd naar een plaats waar de brief wordt geschreven (bv. in Stockholm of in de keuken) en het jaartal waarin de brief wordt geschreven (bv. het jaar 2053). Vervolgens werd gevraagd om een aanhef (bv. Beste..., of Lieve...,) en een afsluiting (bv. Tot gauw, Doe!). Tussen de aanhef en afsluiting bevond zich een kader voor de brieftekst.

2.2.2 Mental Health Continuum Short Form

De Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF) is een gevalideerde vragenlijst die geestelijke gezondheid meet (Lamers et al., 2011). Zoals vermeld vertegenwoordigt geestelijke gezondheid een soort ‘syndroom van symptomen’ (Keyes, 2002) van het welbevinden. Daarom bestaat de MHC-SF uit drie subschalen. Elke subschaal meet één ‘symptoom’ van welbevinden. Één subschaal voor *emotioneel*, één voor *psychologisch* en één voor *sociaal* welbevinden. In het geheel bestaat de MHC-SF uit 14 items. Mensen geven middels een continuüm *nooit, één of twee keer, ongeveer één keer per week, twee of drie keer per week, bijna elke dag* en *elke dag* aan hoe vaak ze bepaalde gevoelens in de afgelopen maand hebben ervaren. De Cronbachs alpha’s van MHC-SF zijn voor een klinische groep en de niet-klinische groep hieronder weergegeven (zie Tabel 2). Tevens is voor een volledig overzicht de betrouwbaarheid volgens Lamers et.al (2011) bijgevoegd om in een oogopslag een vergelijking mogelijk te maken. De betrouwbaarheid van de MHC-SF van zowel klinische als niet-klinische groep blijkt in vergelijking met die van Lamers et. al (2011) hoog te zijn.

Tabel 2: Betrouwbaarheid van de MHC-SF

MHC-SF	Klinische	Niet-klinische	Lamers et.al (2011)
Emotioneel welbevinden	.83	.73	.83
Sociaal welbevinden	.88	.85	.74
Psychologisch welbevinden	.96	.92	.83
Totaal MHC-SF	.85	.84	.89

2.3 Analyse

2.3.1 Data-analyse

Voor de data-analyse werd gebruikgemaakt van een kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethode. De data-analyse werd aan de hand van drie stappen voldaan.

Stap één: functies coderen. Voor het kwalitatieve gedeelte werden eerst de psychologische functies van de klinische groep gecodeerd aan de hand van het bestaande codesysteem (Wahle, 2013). De psychologische functies van de niet-klinische groep waren reeds gecodeerd door Wahle (2012), Kolberg (2013), Nolden (2013) en Schwaiger (2013). Aan iedere geschreven zin in ‘de toekomstbrief’ werd een code toegekend. Elke code was één van de 23 psychologische functies. Tevens bestond de mogelijkheid om meerdere codes aan een zin toe te kennen. Zinnen waarin geen psychologische functie werd herkend, kregen de code ‘andere psychologische functie’ toegekend. Voor deze genoemde codetoepassing werd gebruikgemaakt van het data-analyseprogramma Atlas.ti. Vervolgens werd het codesysteem handmatig gecheckt. Hierna werden de data geëxporteerd naar het SPSS programma en gekoppeld aan de demografische gegevens van de deelnemers.

Stap twee: frequentie-analyse en clustering. Eerst werd een frequentie analyse gemaakt van de psychologische functies van de klinische en niet-klinische groep. Dit werd gedaan aan de hand van een frequentietoets in SPSS om te objectiveren of er specifieke, hetzij dezelfde psychologische functies optreden tussen beide groepen. Ook werd er een onafhankelijke T-toets toegepast om de significantie en verschillen tussen beide groepen te onderzoeken. Daarna werden de psychologische functies handmatig/kwalitatief in familiäre groepen (hier na te noemen clusters) ingedeeld vanwege het hoge aantal psychologische functies. Dit werd gedaan door te kijken naar de inhoudelijke boodschap van elke psychologische functie, dus op basis van betekenisovereenkomst. Bij sprake van overeenkomsten werden de bij elkaar horende psychologische functies in dezelfde groep gezet. De psychologische functie ‘andere psychologische functie’ is niet opgenomen. De psychologische functies ‘catastroferen’ en ‘betreuren’ vielen bv meer onder negatief dan positief beladen informatie en dus horden ze in een negatief beladen groep thuis. Zo werden de bij elkaar hoorden psychologische functies samengevoegd via het SPSS programma met de Compute Variable toets, waarna er een onafhankelijke T-toets werd toegepast om de significantie en verschillen tussen de klinische en niet-klinische groep te onderzoeken.

Stap drie: samenhang clusters en welbevinden. Vervolgens werden er nog enkele correlatie analyses uitgevoerd, waarbij in het bijzonder werd gekeken naar de samenhang tussen de clusters en de uitkomsten op MHC-SF. Deze laatste uitkomsten werden per groep in aparte tabellen gepresenteerd.

Post-hoc analyse: verschil in correlaties tussen clusters en welbevinden. Tot slot werd er een post-hoc analyse uitgevoerd. Er werden berekeningen gedaan door middel van een Fisher r-to-z transformatie programma (Vassarstats, 2014). Bij deze berekeningen is het verschil tussen de correlaties coëfficiënt vergeleken bij de klinische en niet-klinische groep naar de significantie. Bij het invoeren van correlatie waarden ($=r$.) in het Fisher-programma, werden de waarden getransformeerd waarbij aangegeven werd of het verschil tussen de samenhang significant was.

3 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten per deelvraag weergegeven.

3.1 Deelvraag 1

Hieronder worden de resultaten weergegeven van de eerste deelvraag: *Versillen de psychologische functies voor een klinische en niet-klinische groep?*

Uit de frequentie-analyse-tabel is te zien dat er significant verschillen zijn in de psychologische functies die in de brieven voorkomen tussen de klinische en niet-klinische groep.

Over het algemeen gebruikt de klinische groep significant minder psychologische functies bij het schrijven van een toekomstbrief dan de niet-klinische groep ($t(84) = -1.44$, $p = .006$). Bij deze onafhankelijke T-toets is de functie ‘andere psychologische functies’ geëxecuteerd.

De psychologische functies *catastroferen*, *karakteriseren van zichzelf*, *verkennen van mogelijkheden*, *existentiële doelstelling*, *motivatie*, *stappenplan* en *positieve re-interpretatie/acceptatie* worden in de brieven van de klinische groep vaker gebruikt dan in de brieven van de niet-klinische groep. Deze verschillen zijn significant.

In de brieven van de niet-klinische groep komen de psychologische functies *droom verwekelijking*, *emotionele ondersteuning/empathie*, *geven van existentieel advies*, *voorstellend/ervaren d.m.v. verbeelding* en *loven/zelfverheffing* significant vaker voor ($p < 0.01$).

Tabel 3: Frequentie-analyse tabel inclusief het verschil in frequentie

Psychologische functie	Klinische (n=43)	Niet-klinische (n=43)	Vershil	T-toets
Voorstellend, ervaren d.m.v. verbeelding	3.81	6.00	-2.19	-.2.35**
Terughalen van verleden gebeurtenissen	3.21	2.74	.47	.55
Catastroferen	.44	.00	.44	2.15**
Biechten/zichzelf kwalijk nemen	-	.00	0	-
Betreuren/spijt	.35	.40	-.05	-.25
Karakteriseren van zichzelf	.33	.05	.28	2.19**
Conclusie/Inzicht	3.65	4.19	-.54	-.61
Verkennen van mogelijkheden	.09	.00	.09	1.67**
Wereldse wijsheid	.05	.07	-.02	-.46
Geven van existentieel advies	.28	1.33	-1.05	-4.03*
Geven van praktisch advies	.51	.02	.49	2.02**
Existentiële doelstelling	.19	.00	.19	1.84**
Aspirant levensloopdoelstelling	.07	.02	.05	.82
Stappenplan	.02	.00	.02	1.00*
Droomverwerkelijking	.14	.40	-.26	-1.94**
Emotionele ondersteuning/empathie	-	.09	-.09	-1.43**
Hoop opwekkend	.51	.70	-.19	-.92
Motivatie	.28	.05	.23	2.43**
Wensen/hoop	.81	.35	.46	1.19
Positieve re-interpretatie/ acceptatie	.05	.00	.05	1.43**
Loven, zelfverheffing	.30	.74	-.44	-1.89**
Tevredenheid/dankbaarheid	2.30	2.28	.02	.05
Andere psychologische functie	2.05	1.95	.10	.19
Totaal	16.90	19.40	-2.50	-1.44**

*, P < 0.05, **, P < 0.01

3.2 Deelvraag 2

Hieronder worden de resultaten weergegeven van de tweede deelvraag: *zijn bepaalde clusters verschillend voor de klinische en niet-klinische groep?*

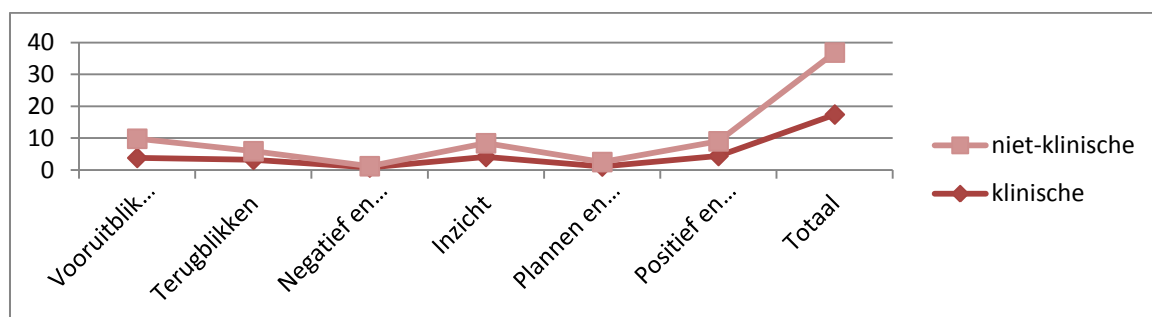
In onderstaand figuur (zie figuur 3, p.24) zijn de zes clusters waarin 22¹ van de 23 psychologische functies ingedeeld te zien zijn. De volgende zes clusters zijn gevormd: 1: Vooruitblikken, 2: Terugblikken, 3: Negatief en kwalijknemend, 4: Inzicht, 5: Plannen en adviseren 6: Positief en dankbaar. Zie figuur 3 voor de indeling van de psychologische functies in groepen.

De clusters ‘Vooruitblikken’, ‘Negatief en kwalijknemend’ ($p < 0.01$) en ‘Inzicht’ ($p < 0.05$) verschillen tussen een klinische en niet-klinische groep. De clusters ‘Vooruitblikken’ en ‘Inzicht’ worden vaker door de niet-klinische groep gebruikt. De functiegroep ‘Negatief en kwalijknemend’ wordt vaker door een klinische groep gebruikt (zie figuur 2). Deze verschillen zijn significant. Zie tabel 4 voor de T-toets en de gemiddelde uitkomsten van de groepen van de klinische en niet-klinische groep.

Tabel 4: De clusters met de gemiddelde uitkomsten

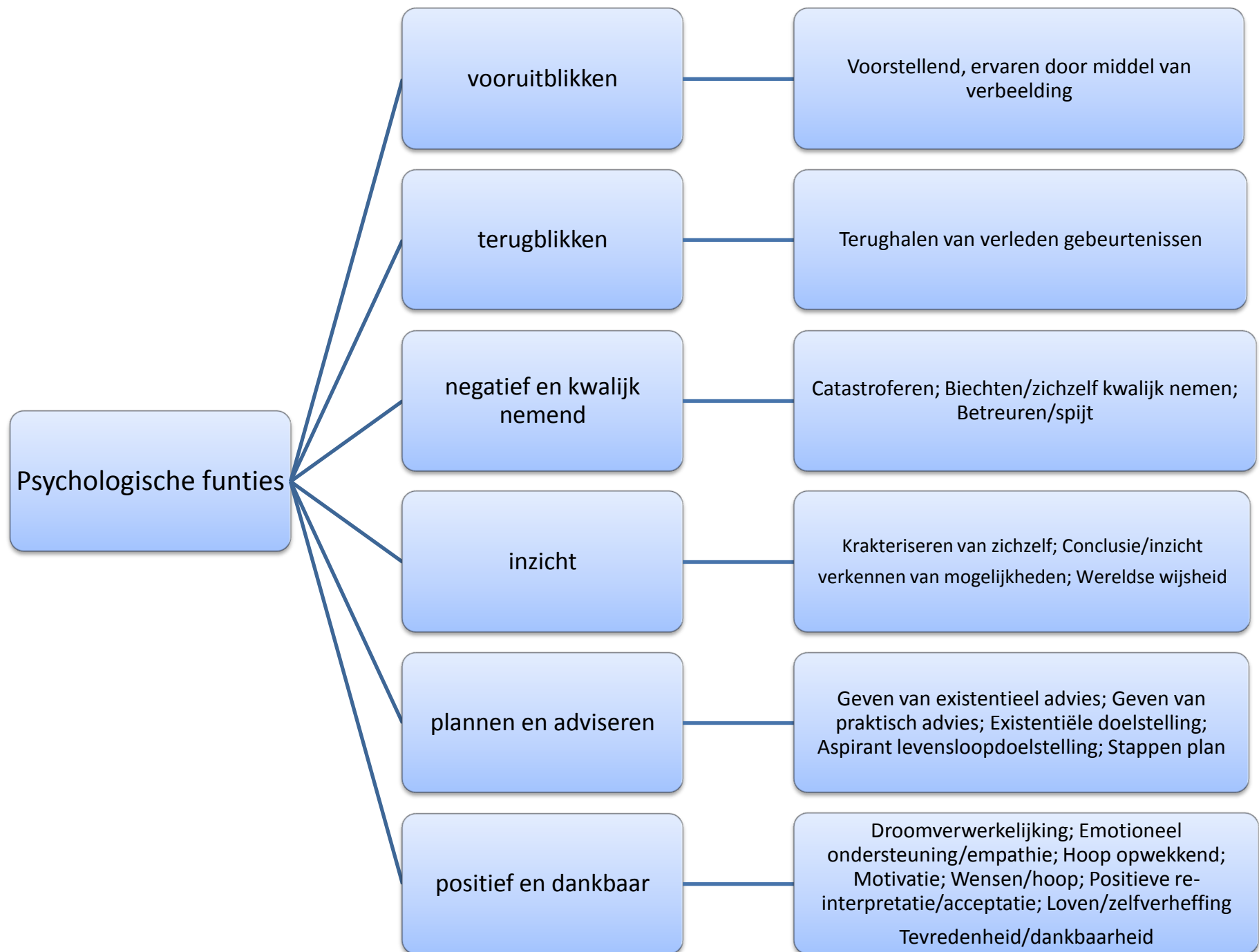
Groeperingen	Klinisch (n=43)	Niet-klinisch (n=43)	T-toets
Vooruitblikken	3.8	6.0	-2.40**
Terugblikken	3.2	2.7	.55
Negatief en kwalijknemend	0.8	0.4	1.40**
Inzicht	4.1	4.3	-.20*
Plannen en adviseren	1.1	1.4	-.80
Positief en dankbaar	4.4	4.6	-.30
Totaal groepen	17.40	19.42	-1.11**

*, $P < 0.05$, **, $P < 0.01$.



Figuur 2: verschil in gebruik van de clusters

¹ De psychologische functie “andere psychologische functie” is niet ingedeeld.



Figuur 3: Clustering van de psychologische functies

3.3 Deelvraag 3

Hieronder worden de resultaten weergegeven van de derde deelvraag: *Hoe is de onderlinge samenhang tussen de clusters in de klinische en niet-klinische groep?*

De samenhang tussen de clusters zijn weergegeven in tabel 5a en 5b. Bij deze correlatie-analyse is te zien dat er geen sterk verband bestaat tussen de clusters onderling. Dit geldt zowel voor de klinische als de niet-klinische groep. In figuur 4 (a en b, p.26) wordt de samenhang gevisualiseerd weergegeven.

In een klinische groep laat 'Negatief en kwalijknemend' een matig positief verband zien met 'Inzicht' en een positief zwak verband met 'Plannen en adviseren'. 'Inzicht' laat een zwak positief verband zien met 'Plannen en adviseren' en 'Positief en dankbaar'. Deze verschillen in de samenhang zijn significant.

Bij de niet-klinische groep laat 'Vooruitblikken' een zwak negatief verband zien met 'Terugblikken'. Verder laat 'Terugblikken' een matig positief verband zien met 'Negatief en kwalijknemend' (zie tabel 5b). Deze verschillen in de samenhang zijn significant.

Tabel 5a: Samenhang tussen de clusters, klinische groep (n=43)

	VB	TB	Neg.K	I	PA	Pos.D
VB	-	-.14	-.13	-.10	-.20	-.09
TB		-	.29	-.02	.24	.07
Neg.K			-	.58**	.44**	.24
I				-	.32*	.45**
PA					-	.22
Pos.D						-

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Not: VB=Vooruitblikken, TB=Terugblikken, Neg.K=Negatief en kwalijknemend, I=Inzicht, PA=Plannen en adviseren en Pos.D=Positief en dankbaar.

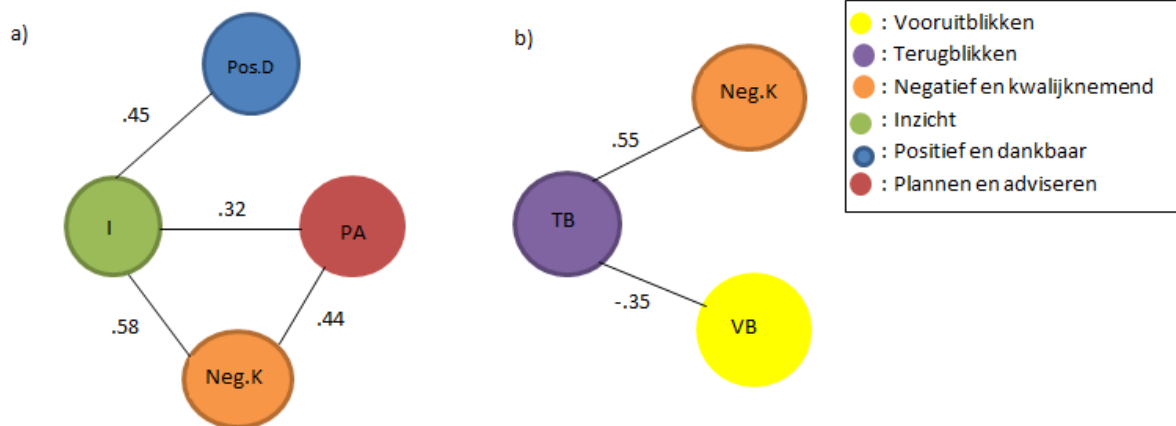
Tabel 5b: Samenhang tussen de clusters, niet-klinische groep (n=43)

	VB	TB	Neg.K	I	PA	Pos.D
VB	-	-.35*	-.27	-.25	-.30	-.25
TB		-	.55**	-.04	.01	-.04
Neg.K			-	-.03	-.04	-.17
I				-	.27	.00
PA					-	.20
Pos.D						-

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Not: VB=Vooruitblikken, TB=Terugblikken, Neg.K=Negatief en kwalijknemend, I=Inzicht, PA=Plannen en adviseren en Pos.D=Positief en dankbaar.



Figuur 4: Samenhang clusters van (a) de klinische groep en (b) niet-klinische groep

3.4 Deelvraag 4

Hieronder worden de resultaten weergegeven van de vierde deelvraag: *In hoeverre hangen de clusters samen met het welbevinden in een klinische en niet-klinische groep?*

Uit de correlatie analyse naar de samenhang tussen de clusters en het welbevinden blijkt dat er geen samenhang bestaat tussen de clusters en het welbevinden, dit geldt zowel voor de klinische als de niet-klinische groep (zie tabel 6a en 6b).

Tabel 6a: Samenhang tussen de clusters en het welbevinden, klinische groep (n=43)

	Emotioneel welbevinden	Sociaal welbevinden	Psychologisch welbevinden	Geestelijke gezondheid
Vooruitblikken	.12	.07	.22	.17
Terugblikken	-.14	-.14	-.13	-.15
Negatief en kwalijsnemend	-.22	-.16	-.20	-.21
Inzicht	-.20	-.03	-.19	-.16
Plannen en adviseren	-.22	-.05	-.15	-.15
Positief en dankbaar	-.23	-.06	-.05	-.11

Tabel 6b: Samenhang tussen de clusters en het welbevinden, niet-klinische groep (n=43)

	Emotioneel welbevinden	Sociaal welbevinden	Psychologisch welbevinden	Geestelijke gezondheid
Vooruitblikken	-.03	.13	-.01	.04
Terugblikken	-.26	-.17	-.22	-.22
Negatief en kwalijsnemend	-.15	-.14	-.23	-.23
Inzicht	.16	.03	-.1	-.10
Plannen en adviseren	-.03	.23	.03	.03
Positief en dankbaar	.22	.18	.31	.31

Echter, uit de post-hoc analyse waarbij het verschil tussen de correlaties is berekend is een aantal significante verbanden naar voren gekomen tussen de clusters en het welbevinden bij de klinische en niet-klinische groep. Er blijkt een verschil te zijn in de correlaties tussen ‘Emotioneel welbevinden’ en ‘Inzicht’ ($z = -1.63$, $p \leq 0.05$) en ‘Positief en dankbaar’ ($z = -2.05$, $p < 0.05$). Daarnaast ook tussen ‘Psychologisch welbevinden’ en ‘Positief en dankbaar’ ($z = -1.66$, $p < 0.05$), en tussen ‘Geestelijke gezondheid’ en ‘Positief en dankbaar’ ($z = -1.93$, $p < 0.05$). Deze verschillen in samenhang zijn significant.

4 Discussie en conclusie

De onderzoeksvraag was gericht op *de verschillen in narratieve toekomstverbeelding tussen een klinische en niet-klinische groep deelnemers en de samenhang met het welbevinden*. Per deelvraag wordt nagegaan in hoeverre dit onderzoek een antwoord heeft kunnen vinden op de betreffende vraag. Vervolgens komen de sterke- en minder sterke kanten van dit onderzoek aan bod met advies voor vervolgonderzoek. Tot slot volgt er een nieuwe paragraaf met een algemene conclusie.

Deelvraag 1 focust zich op de verschillen in de psychologische functies tussen de klinische en niet-klinische groep. De psychologische functies in ‘de brieven vanuit de toekomst’ verschillen voor een klinische en niet-klinische groep. Daarnaast bleek ook dat over het algemeen de niet-klinische groep meer gebruik maakt van psychologische functies dan de klinische groep. Wat zou kunnen verklaren, of in ieder geval inzicht geven, in de richting van verschillen van narratieve toekomstverbeelding tussen een klinische en niet-klinische groep? Atence (2001) stelde al dat iedere volwassene in staat is om over de toekomst na te kunnen denken, en dus een voorstelling te kunnen maken van de toekomst. Bij aanname dat meer gebruik van psychologische functies in die zin automatisch meer toekomstverbeelding betekent, sluit deels aan bij Lombardo (2007). Volgens hem zijn mensen die zich de toekomst meer/vaker kunnen voorstellen, zekerder van zichzelf en krijgen ook meer zekerheid. Dit betekent dus hoe meer toekomstverbeelding, hoe zekerder men kan worden. Met dit gegeven kan ervan worden uitgegaan dat de niet-klinische groep op dit gebied sterk staat.

Daarnaast bleek de klinische groep andere functies te gebruiken dan de niet-klinische groep, want meer dan de helft van de psychologische functies waren verschillend. Bij de klinische groep waren dat de functies *catastroferen*, *karakteriseren van zichzelf*, *verkennen van mogelijkheden*, *geven van praktisch advies*, *existentiële doelstelling*, *motivatie*, *positieve re-interpretatie/acceptatie* en *stappenplan*. Dat *catastroferen* vaker door een klinische groep is gebruikt was goed voorstelbaar, aangezien in het bijzonder depressieve patiënten gekenmerkt worden door depressogene schema's/denkpatronen die voortdurend op het verleden zijn gericht en catastrofistisch zijn (Fortunato & Furey, 2010; Melges, 1982; Mineka & Sutton, 1992; Muste, Weertman & Classen, 2012; Vandereyken, Hoogduin & Emmelkamp, 2004) en gepaard gaan met negatieve emoties en een slechte geestelijke gezondheid (Melges, 1982). Opmerkelijk aan de verkregen resultaten is dat de klinische groep in tegenstelling tot de niet-klinische groep in de toekomstbrieven meer gebruik maakte van de functies *motivatie*, *karakteriseren van zichzelf* en *positieve re-interpretatie/acceptatie*. Wat deze resultaten

verrassend maakt is de positieve belading ervan, want volgens Melges (1982) en Scharfetter (2002) is juist het niet kunnen verbeelden van een positieve toekomst kenmerkend voor een bepaalde psychiatrische achtergrond. Ondanks dat niet expliciet wordt vermeld om welke psychiatrisch achtergrond het gaat, lijkt het voor de hand dat de klinische groep meer negatieve en minder positieve psychologische functies zou gebruiken. Deze resultaten zijn tegenstrijdig met Melges en Scharfetter, want de klinische groep heeft juist meer positief beladen psychologische functies gebruikt. Ondanks de tegenstrijdigheid sluiten deze resultaten aan bij Sools theorie (2013) over narratieve toekomstverbeelding; narratieve toekomstverbeelding is een impliciete uitnodiging om onbewuste doelen zichtbaar te maken. Dit betekenen dat er bij de klinische groep sprake is van onbewuste positieve doelen. Daarmee pleiten deze bevindingen voor het complementaire verband van Keyes (2005) en Lamers (2012); geestelijk gezond voelen en geen last hebben van psychiatrische klachten twee verschillende domeinen zijn (Slade, 2010; Westerhof & Bohlmeijer, 2010). Overigens is het mogelijk dat narratieve toekomstverbeelding wellicht direct resultaten laat zien in het bevorderen van de geestelijke gezondheid. Uit een onderzoek (Nolden, 2013) naar de belevenis van narratieve toekomstverbeelding kwam naar voren dat narratieve toekomstverbeelding als leerzaam en over het algemeen maar liefst 60% als zeer positief en positief werd ervaren, 38% van de deelnemers beschouwde het als neutraal (Nolden, 2013).

Door de niet-klinische groep werden de psychologische functies *droomverwerking*, *geven van existentieel advies*, *voorstellen*, *ervaren d.m.v. verbeelding* en *loven*, *zelfverheffing* vaker gebruikt. Deze uitkomsten kunnen worden toegeschreven aan enerzijds karakteristieke verschillen en anderzijds inhoud van de opdracht. Wat de karakteristieke verschillen betreft, lijkt de niet-klinische groep toch niet zo een kwetsbare groep te zijn als de klinische. Met andere woorden staat een hoog vermogen tot toekomstverbeelding gelijk aan meer zekerheid (Lombardo, 2007), meer mogelijkheden en een hoger aanpassingsvermogen aan situaties (Sools & Mooren, 2013). Via verbeelding kan men zich zodanig voorbereiden op een toekomstige, onbekende gebeurtenis, dat nieuw gedrag, gevoel en denken mogelijk maakt. Zeker in tijden van crisis en in een samenleving die steeds complexer wordt, kan toekomstverbeelding van groot belang zijn om de veerkracht van mensen te verhogen (Sools & Mooren, 2012). Anderzijds wordt het toegeschreven aan de inhoud van de opdracht. Het is logisch dat de functies *droomverwerking*, *geven van existentieel advies*, *voorstellen*, *ervaren d.m.v. verbeelding* en daarmee ook *loven*, *zelfverheffing* vaker worden gebruikt. De niet-klinische groep bleek hier dan ook beter toe in staat. Wellicht doordat in de aanwijzingen voor het schrijven van de brief wordt

aangemoedigd om volop gebruik te maken van verbeeldingskracht en dat het gaat om iets dat nog niet gebeurd is met een positief einde en om te verzinnen wat er zou kunnen gebeuren.

In antwoord op deelvraag 2 of bepaalde clusters verschilden voor een klinische en niet-klinische groep, bleek dat de niet-klinische groep meer gebruikmaakt van *vooruitblikken* terwijl de klinische groep vaker *terugblijkt*. Deze bevindingen sluiten aan bij Fortunato en Furey (2010); mensen die minder bezig zijn met toekomstverbeelding/vooruitblikken ervaren meer angstige en depressieve klachten. De hypothese is dat mensen die reeds angstige en depressieve klachten ervaren en hier al dan niet voor in behandeling zijn, naar alle waarschijnlijkheid minder vaak vooruitblikken en de toekomst verbeelden. Bovendien kunnen vooruitblikken en terugblikken niet tegelijkertijd worden gedaan. Je kunt maar een ding tegelijk doen, of vooruitblikken of terugblikken. Uit eerdere literatuur (Fortunato & Furey, 2010; Melges, 1982; Mineka & Sutton, 1992) bleek al dat depressieve mensen meer gericht zijn op hun verleden en geneigd zijn nare ervaringen uit het verleden te koppelen aan de toekomst en zo een negatief beeld van de toekomst te creëren. Verder werd ook aangetoond dat in tegenstelling tot niet-depressieve mensen, depressieve mensen níet in staat zijn de toekomst positief te verbeelden (Dickson & Bates, 2006; MacLeod & Cropley, 1995 in Hotta et al., 2012). Bepaalde psychische stoornissen kenmerken zich dan ook door ambivalentie en een dreigend toekomstbeeld zoals bv. neurose, angst en depressie (Melges, 1982; Lombardo, 2007). Verder bleek uit de resultaten dat de klinische groep meer *negatief en kwalijknemend* is, terwijl de niet-klinische groep meer *vooruitblijkt* en meer *inzicht* heeft wat aansluit bij de literatuur van Holmes en Mathews (2010); Depressieve mensen zien vaak geen optimistische toekomst voor zich en dat diverse psychologische stoornissen vergezeld gaan met negatieve verbeelding. Hierin werd verder ook beschreven dat posttraumatische stress stoornis (PTSS) vergezeld gaat met flashback, sociale angst met verbeelding van afgang, agorafobie met het verbeelden van inadequate coping en catastrofe, obsessie met verbeelden van bv. besmetting, etc. (Holmes & Mathews, 2010).

Deelvraag 3 focust zich op de onderlinge samenhang tussen de clusters in de klinische en niet-klinische groep, waaruit bleek dat er een aantal significante verbanden bestaan. In de klinische groep laat *negatief en kwalijknemend* een matig verband zien met *inzicht* en een zwak verband met *Plannen en adviseren*. Verder laat *inzicht* een zwak verband zien met *plannen en adviseren* en *positief en dankbaar*. De richting van deze samenhang is positief.

Het eerste verband is opmerkelijk, omdat het een positief verband betreft. Het houdt in dat hoe meer *negatief en kwalijknemend* des te meer *inzicht en plannen en adviseren*. Gezien de karakteristieke achtergrond - klinische populatie lijdt aan een psychische stoornis- zou het aannemelijker zijn wanneer dit verband negatief was in plaats van positief. De positieve samenhang kan hoogstwaarschijnlijk worden toegeschreven aan de therapie of behandeling die iemand volgt met psychische stoornis. Een klinische groep is onder behandeling voor de aandoening waaraan ze lijden. Een behandeling tot herstel, waarbij men psycho-educatie en/of in de meeste gevallen cognitieve gedragstherapie toepast wat valt onder een psychotherapeutische behandeling. Psychotherapie is een steunend en/of structurerend proces op zichzelf. Waarbij men leert om afspraken na te komen, mee te denken en een actieve houding aan te nemen wat *inzicht* vereist. Men leert nieuw gedrag, in de loop der tijd kan men een meer *inzichtgevend* karakter krijgen. Het doel van psychotherapie is het verminderen van psychische klachten. Men leert zichzelf beter kennen en beter om te gaan met gevoelens en gedachten. Het heft stagnaties in de ontwikkeling op en bevordert groei (Vandereyken, Hoogduin & Emmelkamp, 2004; Muste, Weertman & Classen 2012). Of het is een hele reflectieve groep.

Bij de niet-klinische groep laat *vooruitblikken* een negatief verband zien met *terugblikken*. Als vooruitblikken wordt gezien als verbeelding van de toekomst, dan is daar het volgende over te zeggen: via verbeelding kan men zich zodanig voorbereiden op een toekomstige, onbekende gebeurtenis dat nieuw gedrag, gevoel en denken mogelijk maakt. *Vooruitblikken* is geassocieerd met anticiperend en creatieve toekomstverbeelding; je kan dus niet anticiperen met het verleden (Sools, Mooren & Tromp, 2013). Zoals eerder benoemd kan men maar een ding tegelijk doen; óf terugblikken óf vooruitblikken. Verder liet *terugblikken* een matig positief verband zien met *negatief en kwalijknemend*. Op deze wijze wordt *terugblikken* in relatie gebracht met *negatief en kwalijknemend* zoals bij depressieve mensen vaker gebeurt, is de toekomst afgesloten, leeg en zinloos (Melges, 1982; Sools & Mooren, 2012; Sools, Mooren & Tromp, 2013).

In antwoord op deelvraag 4, er is géén samenhang gevonden tussen de clusters met het welbevinden.

Hoewel verschillende studies pleiten voor de samenhang tussen (narratieve) toekomstverbeelding en het welbevinden (Bohlmeijer, 2012; Chiu, 2012; Couding & Lima, 2011; Husman, 2008; MacLEod & Conway, 2007; Melges, 1982; King, 2001; Simons, Vansteenkiste, Lens & Lacante, 2004; Sools & Mooren, 2013; Vissers, 2012) is er in huidig

onderzoek geen samenhang geobjectiveerd tussen (de clusters van) narratieve toekomstverbeelding en het welbevinden. De klinische en niet klinische groep verschillen wel met betrekking tot de pathologie, maar een verband met het welbevinden bleef achterwege. Volgens het tweecontinua model zijn psychopathologie en positieve geestelijke gezondheid twee verschillende elkaar aanvullende indicatoren van de geestelijke gezondheid. Hoewel het gevonden verband beperkt is, is uit onderzoek gebleken dat de samenhang tussen de beide indicatoren negatief is, wat inhoudt dat psychopathologie vaker samen gaat met een slechte positieve geestelijke gezondheid dan met een goede positieve geestelijke gezondheid (Lamers, Smit & Hutschemaekers, 2013). Dit betekent eigenlijk dat er wel een samenhang werd verwacht in de correlaties tussen narratieve toekomstverbeelding en het welbevinden, maar dat dit verband voor beide groepen niet het zelfde hoefde te zijn. In een onderzoek van Schwaiger (2013) zijn gerelateerde bevindingen gevonden, waarbij terugblikken negatief en vooruitblikken positief is gecorreleerd met het welbevinden. In een exploratief onderzoek van Kolberg (2013) naar de psychologische functies en het welbevinden bleken er slecht weinig significante correlaties te zijn, de meeste van de correlaties waren dan ook negatief gecorreleerd. Deze significante correlaties lieten met name een verband zien met emotioneel welbevinden.

Opvallend was wel dat er een variërend beeld naar voren kwam in de correlaties tussen de clusters en de subschalen van het welbevinden bij de klinische en niet-klinische groep. De correlaties waren níet significant maar varieerden in de groepen van negatief naar positief en andersom. Met uitzondering van *vooruitblikken* was bij de klinische groep de richting van de correlaties overal negatief terwijl bij de niet-klinische groep de richting meer verdeeld was. Dit variërend beeld in de correlaties tussen de clusters en het welbevinden was een aanleiding voor nader onderzoek, een post-hoc analyse. Aan de hand van de post-hoc analyse berekeningen naar het verschil tussen de correlatie-vergelijkingen zijn significante verschillen naar voren gekomen in sommige correlaties tussen de klinische en niet-klinische groep. De subschaal *emotioneel welbevinden* laat een positief verband zien met de clusters *inzicht* en *positief en dankbaar*. De cluster *positief en dankbaar* laat een positief verband zien met de subschaal *psychologisch welbevinden* en de *geestelijke gezondheid*. Voorzichtig gezegd kan het volgende worden gezegd. Hoe meer *inzicht* des te meer *emotioneel welbevinden*. Hoe meer *positief en dankbaar* des te meer *psychologisch welbevinden* en *geestelijke gezondheid*.

4.1 Sterke- en minder sterke kanten van het onderzoek

Op de eerste plaats komt de relevantie van dit onderzoek als een sterke kant aan bod, want dit draagt de meeste kracht bij aan het onderzoek. Hoewel er recentelijk onderzoek wordt gedaan over toekomstverbeelding is er nog weinig bekend over. Wat dit onderzoek onderscheidend maakt is dat er tot nu toe nog geen onderzoek is gedaan naar de verschillen in narratieve toekomstverbeelding middels het schrijven van een toekomstbrief door psychiatrische patiënten en de relatie met het welbevinden. Dit is belangrijk om te onderzoeken. Immers, de wijze waarop wij ons levensverhaal redigeren kan van grote invloed zijn op ons welbevinden; doordat een levensverhaal een helende werking heeft en zorgt voor een persoonlijk ideaal, waardoor zin en richting van het leven ontstaan. Daarnaast zorgt het beoefenen van toekomstverbeelding voor positieve gevoelens, gedragingen en verwachtingen en de mentale flexibiliteit welke weer bijdraagt aan het welbevinden. Het in kaart brengen van de verschillen in narratieve toekomstverbeelding tussen een klinische en niet-klinische groep zorgt voor meer kennis. Meer kennis en ervaring over narratieve toekomstverbeelding zou beter dienst doen en gericht kunnen inspelen om de geestelijke gezondheid van een klinische en niet-klinische groep te bevorderen middels narratieve toekomstverbeelding.

Op de tweede plaats lijkt het onderzoeksinstrument ‘de toekomstbrieven’ op drie manieren een waardevol onderzoeksinstrument. Ten eerste door de geobjectiveerde verschillen/resultaten tussen een klinische en niet-klinische groep. Ten tweede door de geleverde hoeveelheid informatie vanwege de afname/vraagstelling. Het is een openvraag; een uitnodiging tot het vertellen van een levensverhaal vanuit de toekomst. Ten derde door de geleverde informatie op onbewust niveau. Dit laatst genoemde levert een positieve bijdrage aan het projectieve karakter van onderzoeksinstrumenten, daar het impliciet beladen informatie betreft. Daarnaast is dit vooral gunstig voor mensen die moeite hebben om zich verbaal en of bewust te uiten.

Op de derde plaats kan de aangepaste procedure voor de klinische groep worden gezien als een beperking maar tegelijkertijd ook als een sterke kant van het onderzoek. De aangepaste procedure was op twee punten verschillend en dus anders. Het verschil betreft geen gebruik van computers én de aanwezigheid van een therapeut/behandelaar tijdens het schrijven van de brief. Verklaringen hiervoor zijn dat de online tool in het Nederlands was opgesteld en het ontwikkelen van een Duitse versie was gezien het tijdsbestek niet haalbaar. Daarnaast beschikte de kliniek niet over voldoende computers om er gebruik van te maken. Enerzijds kan deze aanpassing als beperking worden gezien alleen al omdat het is aangepast, want het onderzoek is bij de groepen niet op dezelfde wijze verlopen. Anderzijds is het een

sterke kant, want er is op deze aangepaste wijze rekening gehouden met de kwetsbaarheid van een klinische groep. Een computer zou wellicht te veel prikkels geven, wat de prestatie van de deelnemers mogelijk negatief zou kunnen beïnvloeden. Wat betreft de aanwezigheid van een therapeut, aan de ene kant kan de aanwezigheid van de therapeut wellicht de deelnemers hebben gestimuleerd door aanmoediging, maar aan de andere kant kan de aanwezigheid juist als negatief worden ervaren. In dit geval kan het als onderdruk zetten, een soort push, worden gezien. In hoeverre deze aangepaste versie invloed zou hebben op de verkregen resultaten, is niet bekend. Echter, er zijn geen aanwijzingen voor twijfel.

Als minder sterke kant van het onderzoek komt de geringe data aanbod. Met zulke geringe data is het vrij lastig om de resultaten te generaliseren. Hierdoor worden ook de karakteristieke verschillen in de klinische groep als een beperking van het onderzoek gezien. In de klinische groep waren er 43 mensen met maar liefst 13 verschillende diagnoses. Dit zijn er te veel om één uitspraken te kunnen doen over een bepaald soort aandoening. Volgens de bevindingen uit de resultaten is er een verschil in narratieve toekomstverbeelding tussen een klinische en niet-klinische groep deelnemers. Ofschoon er verschillen zijn in narratieve toekomstverbeelding op basis van de psychologische functies tussen mensen met depressie, angst, persoonlijkheidsstoornis en chronische pijn kan met deze data niet veel over worden gezegd. De data zijn niet groot genoeg en dus niet representatief voor een van de aandoeningen. Derhalve wordt geadviseerd om te letten op een goede en evenredige verdeling tussen de diagnoses onderling. Daarmee is het ook interessant om de demografische gegevens te analyseren in relatie met de gevonden psychologische functies. Om te achterhalen in hoeverre de demografische gegevens invloed hebben op narratieve toekomstverbeelding. Zo zou er bijvoorbeeld kunnen worden onderzocht of het geslacht of leeftijd een rol speelt in de frequentie van het aantal gebruikte psychologische functies. Het zou ook interessant zijn om naar de verschillen te kijken tussen het geslacht en de gevormde clusters; zijn vrouwen meer geneigd om terug te kijken dan mannen?

Experimenteel kan het interessant zijn om narratieve toekomstverbeelding neutraal toe te passen. In het huidige geval was het de bedoeling dat men de toekomst positief ging verbeelden; ‘stel je voor dat een aantal positieve wensen, veranderingen en dromen in je leven is uit gekomen. Of een probleem hebt opgelost of een goede manier hebt gevonden om ermee om te gaan, of wat achteraf het meest heeft geholpen.’ Wellicht kan de opdracht ook als neutraal worden toegepast, zonder vermelding van de bovengenoemde positieve aanwijzingen. Hiermee is het mogelijk dat een samenhang wordt geobjectiveerd tussen

narratieve toekomstverbeelding en het welbevinden tussen een klinische en niet-klinische groep.

Verder wordt aanbevolen om narratieve toekomstverbeelding toe te passen bij mensen met verschillende doelgroepen en aandoeningen, onder andere chronische pijn, persoonlijkheidsstoornis, vluchtelingen etc. Dit kan zeer interessante bevindingen opleveren op de vraag of narratieve toekomstverbeelding bij die doelgroepen verschillend is en de relatie samenhangt met de geestelijke gezondheid. Eventueel kan ook een nameting worden gedaan naar de geestelijke gezondheid om te checken of het schrijven van een toekomstbrief het welbevinden ook op lange termijn behouden blijft. Aan de hand hiervan kan zondermeer de ontwikkeling van narratieve toekomstverbeelding met betrekking tot de geestelijke gezondheid worden geëvalueerd.

Tot slot wordt aanbevolen om narratieve toekomstverbeelding preventief toe te passen. Door de positieve effecten van het narratieve en de voordelen van de toekomstverbeelding is nu al een indruk van de verschillen tussen mensen met een psychiatrische aandoening en mensen zonder een psychiatrische aandoening. Hiermee kan worden ingespeeld op de gevoeligheid en de kwetsbaarheid van beide groepen door een aangepaste interventie te ontwerpen, met het doel om de geestelijke gezondheid te bevorderen. Derhalve is het toepassen van narratieve toekomstverbeelding in de behandelingen belangrijk, omdat een therapie die zich op de toekomst richt helpt bij het kiezen van realistische doelen en het opstellen van een effectief plan van aanpak ter voorbereiding voor de ontwikkelingsfasen van het leven (Melges, 1982). Verder wordt dit ook door Sools en Mooren (2013) bevestigd. Bovendien wordt men door toekomstverbeelding in staat gesteld zich ontelbaar meer mogelijkheden voor te stellen en zich aan te passen aan de zich altijd wisselende omgevingsomstandigheden (Fortunato & Furey, 2010; Sools & Mooren, 2012). In dit kader is narratieve toekomstverbeelding, het schrijven van een toekomstbrief, het perfecte voorbeeld voor een effectieve therapie.

4.2 Conclusie

Concluderend kan er worden gezegd dat narratieve toekomstverbeelding op twee manieren verschillend is voor een klinische en niet-klinische groep. De niet-klinische groep maakt én meer gebruik van narratieve toekomstverbeelding én van andere psychologische functies bij narratieve toekomstverbeelding. De niet-klinische groep kenmerkt zich door *vooruitblikken* en de klinische groep door *negatief en kwalijknemend* en *inzicht*. Bij de onderlinge samenhang van de clusters bij de klinische groep is er een verband geconstateerd tussen *inzicht en negatief kwalijknemend*, *plannen en adviseren*, *positief en dankbaar* en tussen *plannen en adviseren* en *positief en dankbaar*. Bij de niet-klinische groep was dit verband tussen *terugblikken* en *vooruitblikken* en *negatief en kwalijknemend*. Bij de correlatie-analyse tussen de clusters met het welbevinden bleek er géén samenhang te bestaan tussen narratieve toekomstverbeelding en het welbevinden. Echter, aan de hand van de bevindingen verkregen uit een post-hoc analyse is er een aantal significante verschillen in de correlatie gevonden tussen narratieve toekomstverbeelding en het welbevinden. Derhalve wordt verder onderzoek ten zeerste aanbevolen om meer en gedetailleerder uitspraken te kunnen doen over narratieve toekomstverbeelding in relatie met het welbevinden.

Literatuur

- Adler, M.J., Skalina, L.M., McAdams, D.P. (2008). The narrative reconstruction of psychotherapy and psychological health. *Psychotherapy Research*, 18 (6), 719-734
- Adler, M. J., Wagner, J. W, McAdams, D. P. (2007). Personality and the coherence of psychotherapy narratives. *Journal of Research in Personality* 41, 1179–1198.
- Atance, C.M. & O'Neill, D.K. (2001). Episodic Future Thinking. *Trends in Cognitive Sciences*. 5, (12) 533-539.
- Bluck, S., Levine, L.J. (1998). Reminiscence as autobiographical memory: a catalyst for reminiscence theory development. *Aging and Society*, 18, 185-208
- Bohlmeijer, E.T. (2007). *De verhalen die we leven: Narratieve psychologie als methode*. Uitgeverij Boom, Amsterdam.
- Bolmeijer, E.T. (2012). Eudaimonia. Voer voor psychologen. Pleidooi voor een herorientatie van de geestelijke gezondheidszorg. [Eudaimonia. Food for psychologists. Plea for a change of direction in mental health care]. Enschede: University of Twente
- Bohlmeijer, E.T., Bolier, L., Westerhof, G. & Walburg, J. A. (2012). *Handboek Positieve Psychologie*. Uitgeverij Boom, Amsterdam.
- Bohlmeijer, E.T., Mies, L., Westerhof, G. (2007). *De betekenis van levensverhalen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Chiu, F.C. (2012). Fit between future thinking and future orientation on creative imagination. *Thinking Skills and Creativity*, 7 (3), 234– 244.
- Coudin, G.& Lima, M.L. (2011). Being Well as Time Goes By: Future Time Perspective and Well Being. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11 (2), 219-232.
- Hicks, J., Trent, J., Davis, W., & King, L. (2012). Positive Affect, Meaning in Life, and Future Time Perspective: An Application of Socio-emotional Selectivity Theory. *Psychology and Aging*, 27, 181-189.
- Fortunato, V. J., & Furey, J. T. (2010). The Theory of MindTime: The relationships between thinking perspective and time perspective. *Personality and Individual Differences*, 48(4), 436-441. doi: DOI: 10.1016/j.paid.2009.11.015
- Keyes, C. L. M. (2002). The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life, *Journal of Health and Social Research*, 43, 207-222.
- King, L. A. (2001). The health benefits of writing about life goals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, Vol. 27, 798-807.

- King, L. A., Scollon, C.K., Ramsey, C. & Williams, T. (2000). Stories of Life Transition: Subjective Well-Being and Ego Development in Parents of Children with Down Syndrome. *Journal of Research in Personality*, 34, 509–536.
- Kolberg, A. F. (2013). *Exploratiestudie naar psychologische functies van narratieve toekomstverbeelding*. Bachelor thesis, University Twente, Enschede, Nederland.
- Kolberg, A. F. (2014). *Exploratieve studie naar culturele verschillen in psychologische functies van narratieve toekomstverbeelding*. Master thesis, University Twente, Enschede, Nederland.
- Lamers, S. M. A. (2012). Positive mental health: Measurement, relevance and implications. Enschede, the Netherlands: University of Twente.
- Lamers, S.M.A., Smit, A. & Hutschemaekers, G.J.M. (2013). Het meten van welbevinden en optimaal functioneren. In Bohlmeijer, E.T., Bolier, L., Westerhof, G. & Walburg, J. A. (2012). *Handboek Positieve Psychologie*. Uitgeverij Boom, Amsterdam.
- Levensverhalenlab. (2012). *Onderzoek*. retrieved via: <http://www.levensverhalenlab.nl/site/Onderzoek/>
- Loeber, A. (2004). Practical wisdom in the risk society. Methods and practice of interpretive analysis on questions of sustainable development. Proefschrift Universiteit van Amsterdam.
- Lombardo, T. (2007). The Evolution and Psychology of Future Consciousness. *Journal of Future studies*, 12, 1-24.
- Meevissen, Y., Peters, M. L. & Alberts, H. J. E. M. (2011). Become more optimistic by imagining a best possible self: Effects of a two week intervention. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 42 (3), 371-378.
- Melges, F. T. (1982). *Time and the inner future: A temporal approach to psychiatric disorders*: Wiley New York.
- Muste, E., Weertman, A. & Classen, A.M (2012). *Werkboek klinische schematherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Niedenthal, P. M., Setterlund, M. B., & Wherry, M. B. (1992). Possible self- complexity and affective reactions to goal-relevant evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 5-16.
- Nolden, L. (2013). *Analyses of the functions and experienced effects of narrative futuring*. Bachelor thesis, University Twente, Enschede, Nederland.
- Polkinghorne, D. (1988). *Narrative Knowing and the Human Sciences*. Albany (NY), State University of New York Press.

- Preen, D. (2013). *Hoe tikt jouw klok? Een exploratief onderzoek naar de tijdsbeleving in narratieve toekomstverbeelding aan de hand van toekomstbrieven bij mensen met een psychiatrische achtergrond*. Master thesis, Universiteit Twente, Enschede, Nederland.
- Ruben, D. C., Boals, A. & Berntsen, D. (2008). Memory in Posttraumatic Stress Disorder: Properties of voluntary and involuntary, traumatic and non-traumatic autobiographical memories in people with and without PTSD symptoms.; *137* (4), 591-614.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, *57*, 1069-1081.
- Scharfetter, C. (2002). *Allgemeine Psychopathologie: Eine Einfuhrung*. Stuttgart, New York: Thieme.
- Scheier, M. F., & Carver, S.C. (1982). Self-consciousness, outcome expectance, and persistence. *Journal of Research in Personality*, *16*, 409-418.
- Schwaiger, T. (2013). *Analyse van de Psychologische Functies van 'Brieven vanuit de Toekomst' en hun Relatie met Geestelijke Gezondheid*. Exploratief onderzoek binnen de Narratieve Toekomstverbeelding. Bachelor thesis, University Twente, Enschede, Nederland
- Schwartz, P, 1991. *The art of long view*. Doubleday Currency, New York.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology. *American Psychologist*, *55* (1), 5-14.
- Simons, J., Vansteenkiste, M., Lens, W., & Lacante, M. (2004). Placing Motivation and Future time Perspective Theory in a Temporal Perspective. *Educational Psychology Review*, *16*, 121-139.
- Slade, B.M.C. (2010). Mental Illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *Health Services Research*. *10*, 26.
- Sools, A. & Mooren, J. H. (2012). Towards narrative futuring in psychology: becoming more resilient by imagining the future.
- Sools, A., Mooren, J., Tromp, T. (2013). Positieve gezondheid versterken via narratieve toekomstverbeelding. In Bohlmeijer, E.T., Bolier, L., Westerhof, G. & Walburg, J. A. (2012). *Handboek Positieve Psychologie*. Uitgeverij Boom, Amsterdam.
- Suddendorf, T. & Corballis, M. C. (2007). The evolution of foresight: What is mental time travel, and is it unique to humans? *Behavioral and Brain Sciences*, *30* (3), 299-312.

- Universiteit Twente. (2012). *Vakgroep Psychologie, Gezondheid & Technologie, Onderzoeksthema's, Narratieve psychologie*. retrieved via:
<http://www.utwente.nl/gw/psyvandlevenskunst/onderzoek/narratievepsy.doc/>
- Vandereyken, W., Hoogduin, C.A.L., Emmelkamp, P.M.G (2004). *Handboek Psychopathologie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Wahle, J. (2012). *Exploring Psychological Functions in Narrative Futuring: a qualitative analysis of the 'letters from the future'*. Master thesis, Universiteit Twente, Enschede, Nederland.
- Westerhof, G.J. (2008). De analyse van levensverhalen: een psychologisch perspectief. *KWALON*, vol. 38 (2), 17-22
- Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T. (2010). *Psychologie van de levenskunst*, Amsterdam: Boom
- Westerhof, G. J. & Keyes, C. L. M. (2008). Geestelijke gezondheid is meer dan de afwezigheid van geestelijke ziekte. *Maandblad geestelijke volksgezondheid*, 63 (10), 808-820.