

Het gebruik van reminiscentiekoffers als een interventie bij ouderen met dementie

The use of reminisceboxes in an intervention for elderly with dementia

Maria Zappeij

Universiteit Twente

Bachelorthese Psychologie

Positieve Psychologie & Technologie

Faculteit Gedragwetenschappen

Afstudeerbegeleiders:

Prof. Dr. E. Bohlmeijer

Prof. Dr. G.J. Westerhof

Dr. J. Korte

Samenvatting

Achtergrond: Door de vergrijzing in onze samenleving zal dementie een steeds groter probleem gaan vormen. Naast het cognitieve verval lijden veel van de patiënten aan depressie en ervaren ze vaak een verminderde tevredenheid over hun leven. Remiscentie is een veelbelovende manier om de kwaliteit van leven toe te laten nemen en de mate van depressie af te laten nemen onder personen die aan dementie lijden. Een nieuwe vorm van remiscentie is het stimuleren van remiscentie met behulp van oude voorwerpen. Deze voorwerpen zitten in een koffer, iedere koffer betreft een ander thema. Dit onderzoek is opgezet als pilotstudie om eerste bevindingen op te doen over het effect van een interventie die gebruikt maakt van remiscentiekoffers.

Methode: Aan het onderzoek hebben elf ouderen met dementieklachten deelgenomen, zij hebben deelgenomen aan een zes weekse interventie. De data is verkregen met behulp van de verzorgenden van zorginstelling Livio, zij hebben wekelijks vragenlijsten ingevuld over de participanten. Deze kwantitatieve data is geanalyseerd met SPSS, er is een t-toets voor twee afhankelijke steekproeven uitgevoerd met de resultaten van voor en na de interventie.

Resultaten: Er is een kleine toename te zien in de kwaliteit van leven, deze is echter niet significant. De subschaal “positief affect” laat na afloop van de interventie wel een significante toename zien. In stemmingsgerelateerde kenmerken van depressie is ook een kleine toename te zien, maar ook deze is niet significant. Het grootste resultaat kan worden gezien na de eerste week, twee subschalen van de kwaliteit van leven ondergaan een significante stijging na de eerste week. Dit betreffen “sociaal isolement” en “rusteloos gespannen gedrag”.

Conclusie: Aan de hand van de bevindingen kunnen de onderzoeksvragen niet aangenomen worden. Dit zou mogelijk kunnen komen door de beperkingen van dit onderzoek. Het aantal participanten was erg klein. Ook was er geen controlegroep aanwezig. Om tot meer inzicht te komen over het effect van het gebruik van remiscentiekoffers wordt verder onderzoek aanbevolen.

Summary

Background: Due to the aging of our society dementia will become a rising problem. Besides cognitive decline many of the patients suffer from depression and they often experience a decreased satisfaction with their lives. Reminiscence is a promising way to increase the quality of life and to decrease the rate of depression among people who suffer from dementia. A new form of reminiscence intervention is to stimulate reminiscence by using old objects. These objects are in a suitcase, every case has a different subject. This study was designed as a pilot study to gain some basic findings about the effect of an intervention that uses reminisceboxes.

Method: Eleven elderly have participated in the study, they have participated over a time period of six weeks. The data was obtained by questionnaires. The caretakers of Livio care institution have completed weekly questionnaires on the participants. This quantitative data was analyzed using SPSS, a t-test for two independent samples performed with the results of the pre- and post-test.

Results: Our method led to a slight increase in the quality of life, this is however not significant. The subscale "positive affect" showed an significant increase after the intervention. Mood related characteristics of depression are also slightly increased, but again not significant. The major result can be found after the first intervention, two subscales of quality of life undergo an immediate significant increase. This concerns "social isolation" and "restless tensed behavior".

Conclusion: Based on the findings, the hypothesis cannot be accepted. This could possibly be due to the limitations of this study. The number of participants was very small. Also, there was a lack of a control group. To get more insight about the effect of reminisceboxes further investigation is recommended.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	5
1.1 Dementie	5
1.2 Reminiscentie	7
1.3 Reminiscentie interventies bij ouderen met dementie	9
1.4 Onderzoeksvragen	10
2. Methode	11
2.1 Participanten	11
2.2 Materialen	11
2.3 Meetinstrumenten	12
2.4 Onderzoeksprocedure	13
2.5 Data-analyse	13
3. Resultaten	14
3.1 De kwaliteit van leven	14
3.2 Stemmingsgerelateerde kenmerken van depressie	17
4. Discussie	18
4.1 Doel van het onderzoek	18
4.2 Bespreking resultaten	18
4.3 Beperkingen	19
4.4 Conclusies en aanbevelingen	20
5. Referenties	21
6. Bijlagen	25
6.1 Qualidem	25
6.2 Cornell Scale	27

1. Inleiding

1.1 Dementie

Dementie is een groeiend probleem in Nederland, momenteel lijden ruim 260.000 mensen aan een vorm van dementie (Alzheimer Nederland, 2014). Dementie is daarmee ook de ziekte met de hoogste zorgkosten. In 2014 is er 4 miljard uitgegeven, dit is 5% van de totale gezondheidszorgkosten in Nederland. Verwacht wordt dat door de vergrijzing het aantal mensen met dementie sterk zal toenemen. Geschat wordt dat er in 2040 een half miljoen mensen met dementie zijn in Nederland.

Het belangrijkste kenmerk van dementie is het algehele verval van de cognitieve functies (Van der Molen, Perreijn & Van den Hout, 2010). Op de voorgrond staat vergeetachtigheid. In het begin betreft de vergeetachtigheid vooral recente informatie, in het verdere verloop vergeet men ook steeds meer informatie dat in het lange-termijn-geheugen is opgeslagen. Daarnaast valt ook het abstracte denkvermogen weg. Dit komt doordat de hogere hersenfuncties uitvallen. Vaak verandert ook de persoonlijkheid, dit kan inhouden dat de persoonlijkheid vervaagt over en gaat in een overheersende apathie. Maar in sommige gevallen worden persoonlijkheidskenmerken juist geaccentueerd, deze persoonlijkheidskenmerken kunnen zo erg naar de voorgrond komen dat er sprake kan zijn van een pathologische aanwezigheid van dat kenmerk.

In 1989 in de DSM-III R werd dementie nog als één overkoepelende ziekte gezien, in de DSM-IV TR (2000) wordt het onderverdeeld in zes aandoeningen (Jonker et al., 2012). Deze komen tot stand met behulp van de oorzaken achter de dementie: dementie van het alzheimertype, vasculaire dementie, dementie door andere somatische aandoeningen (Parkinson, Huntington en Creutzfeldt-Jacob vallen hieronder), persisterende dementie door middelen teweeg gebracht, dementie door verscheidene oorzaken, dementie niet anders omschreven (Van der Molen et al., 2010). De dementie van het Alzheimertype en de vasculaire dementie zijn de meest voorkomende vormen van dementie, respectievelijk 65% en 15% (Trimbos, 2010). De oorzaak van dementie is een beschadiging van de hersenen. Per aandoening verschilt de oorzaak van deze beschadiging. Bijvoorbeeld bij het Alzheimertype is de oorzaak de ophoping van eiwitten, waardoor de hersencellen beschadigen (De Visscher & Moereart, 2000; Van Halem, Van Herpen & Van Roojen, 2011). De oorzaak van de ophoping van deze eiwitten is tot op heden nog niet bekend. Bij vasculaire dementie ligt de oorzaak bij de bloedvaten in de hersenen. Door de onvoldoende toestroom van bloed naar

bepaalde gebieden ontstaat er een tekort aan zuurstof en andere essentiële stoffen voor de hersenen wat er voor zorgt dat er hersendelen afsterven.

Om tot de diagnose van dementie te komen wordt vaak de DSM-IV TR gebruikt. De kenmerken die de DSM-IV TR omschrijft voor dementie zijn als volgt (Van der Molen et. al., 2010):

1) Geheugenstoornissen oftewel een verminderd vermogen nieuwe informatie te leren of zich eerder geleerde informatie te herinneren

(2) Eén (of meer) van de volgende cognitieve stoornissen:

Afasie: taalstoornis waarbij een persoon woorden niet goed begrijpt en zich niet goed kan uitdrukken.

Apraxie: de persoon heeft moeite handelingen uit te voeren ondanks functionerende spieren.

Agnosie: iemand kan geen personen, voorwerpen en geuren herkennen ondanks dat de zintuigen wel nog werken.

Stoornis in hogere sturende functies zoals plannen maken, organiseren, opeenvolgend handelen, abstraheren, logische conclusies trekken.

Om de diagnose dementie te stellen moeten de stoornissen die zijn genoemd bij punt 1 en 2 allebei een duidelijke verslechtering in het sociaal of beroepsmatig functioneren veroorzaken. Dit betekent ook een duidelijke achteruitgang ten opzichte van het vroegere niveau van functioneren. Ook mogen de stoornissen niet uitsluitend voorkomen tijdens het beloop van een delirium. Naast de algemene symptomen die horen bij dementie zijn er vaak ook nog bijkomende symptomen zoals zelfverwaarlozing, incontinentie, vermagering, gevoeligheid voor infecties, problemen met lopen, problemen met kauwen en slikken en onregelmatig slapen (Trimbos, 2010).

De prognose voor mensen met dementie is niet positief. De ziekte kent een progressief verloop. Het proces kan met behulp van medicijnen worden vertraagd, maar niet meer worden stilgezet of teruggedraaid (Alzheimer Nederland). Het is daarom van groot belang dat de ziekte zo snel mogelijk wordt gediagnosticeerd. Uiteindelijk moet bijna iedere patiënt opgenomen worden in een verpleeghuis. Doordat de stoornis in ernst toeneemt met de tijd, lukt het vaak niet meer om de defecten die samengaan met de ziekte te maskeren (Van der Molen et al., 2010). Dit leidt vaak tot angst en depressie. Vooral depressie komt vaak voor onder ouderen met dementie. In verzorgingstehuizen betreft het de helft van de ouderen met dementie (Alexopoulos, Abrams, Young & Shamoian, 1988). Naast medicatie bestaat de

behandeling vooral uit zorg, hulp en opvang en bescherming van de patiënt.

Omdat het aantal patiënten met dementie zal toenemen in de zorg door de algehele vergrijzing van de bevolking is het erg belangrijk hier onderzoek naar te doen. Om kwaliteit van leven te definiëren wordt in dit onderzoek de stelling van Ettema, de Lange, Droës, Mellenbergh & Ribbe (2005) overgenomen. Deze stelt dat kwaliteit van leven de multidimensionale evaluatie is van de persoon in zijn omgeving in termen van adaptie aan de waargenomen gevolgen van dementie. Dit houdt in dat de kwaliteit van leven voor ouderen met dementie afhangt van een aantal factoren die allen betrekking hebben de mate van adaptie aan de gevolgen van dementie. Deze factoren zijn: omgaan met de eigen invaliditeit, ontwikkelen van een adequate zorgrelatie met het personeel, handhaven van een emotioneel evenwicht, behouden van een positief zelfbeeld, voorbereiden op een onzekere toekomst, ontwikkelen en onderhouden van sociale relaties en het omgaan met de verpleeghuisomgeving (Droës, 1991).

1.2 Reminiscentie

Een manier die mogelijk effectief is om de kwaliteit van leven te verhogen onder ouderen is reminiscentie (Bohlmeijer, Roemer, Cuijpers & Smit, 2007; Lin, Dai & Hwang, 2003). Er is echter nog veel onderzoek nodig op dit gebied, beide meta-analyses geven namelijk aan dat veel van de onderzoeken van elkaar verschillen op het gebied van theorie, methodologie en meetinstrumenten. Hierdoor is het moeilijk conclusies te trekken, desalniettemin zijn de verwachtingen positief. Ook zijn er de verwachtingen dat reminiscentie interventies een positief effect kunnen hebben bij de mate van depressie onder ouderen (Bohlmeijer, Smit & Cuijpers, 2003; Hsje & Wang, 2003; Pinguart & Frostmeijer, 2011).

In dit onderzoek zal een brede definitie van reminiscentie aangehouden worden. De definitie van Bluck en Levine (1998) wordt overgenomen: *“Reminiscence is the volitional or non-volitional act or process of recollecting memories of one’s self in the past. It may involve the recall of particular or generic episodes that may or may not have been previously forgotten, and that are accompanied by the sense that the remembered episodes are veridical accounts of the original experiences. This recollection from autobiographical memory may be private or shared with others.”*

Reminiscentie kan acht verschillende functies hebben (Westerhof & Bohlmeijer, 2014). Als men het ophalen van herinneren gebruikt om de dood te accepteren wordt dit *Death preparation* genoemd. Als men het ophalen van herinneringen gebruiken om erachter te komen wie men eigenlijk is valt het onder de functie *Identity construction*. Als reminiscentie wordt gebruikt om eerder gebruikte strategieën op te halen om problemen op te lossen wordt

het *Problem solving* genoemd. Het delen van ervaringen en levenslessen met andere valt onder de functie *Teach/inform*. De vijfde functie is *Conversation*, dit is het gebruiken van herinneringsverhalen om (opnieuw) met anderen in contact te komen. Als men herinneringen ophaalt om verveling tegen te gaan wordt dit *Boredom reduction* genoemd. Het ophalen van herinneringen waarin men onrecht is aan gedaan, heet *Bitterness revival*. Hierdoor kan men zich blijven vasthouden aan negatieve attitudes tegenover andere personen. Het terughalen van herinneringen met betrekking tot een overleden persoon die veel voor iemand betekend heeft wordt *Intimacy maintenance* genoemd. Reminiscentie is een natuurlijk proces. Er is gebleken dat mensen al op jong volwassen leeftijd reminisceren, maar ook later in de rest van de levensfasen gebruikt men reminiscentie om met verschillende situaties om te gaan. Wel verschillen de functies van reminiscentie tussen jongeren en ouderen. Jongeren blijken vooral gebruik te maken van ‘bitterness revival’, ‘boredom reduction’, ‘identity construction’ en ‘problem solving’. Ouderen daarentegen maken vooral gebruik van ‘death preparation’ en ‘teach/inform others’. Gebleken is dat ‘death acceptance’, ‘identity construction’ en ‘problem solving’ een positieve werking hebben op de geestelijke gemoedstoestand. ‘Bitterness revival’, ‘intimacy maintenance’ en ‘boredom reduction’ lijken juist een negatieve werking te hebben op de geestelijke gemoedstoestand.

Er worden door Westerhof et al. (2010) drie verschillende soorten basisvormen van reminiscentie interventies onderscheiden. De eerste betreft “basis reminiscentie”, dit is een vorm van reminiscentie geschikt voor ouderen zonder psychische klachten. Het belangrijkste doel van deze vorm van reminisceren is het ophalen van positieve herinneringen en daarmee positieve gevoelens te stimuleren. De tweede soort betreft “life-review”, deze soort is vooral geschikt voor mensen die moeite hebben met het vinden van de betekenis van het leven of moeite hebben met het omgaan met tegenslagen in hun leven. Het voornaamste doel van deze soort reminisceren is het versterken van de mentale gezondheid. Dit kan bijvoorbeeld door het zelfvertrouwen te verhogen of door inzicht te creëren in de betekenis van het leven. Deze vorm van reminiscentie is meer gestructureerd dan de “basis reminiscentie”: er wordt bewust gefocust op de gehele levensloop en zowel positieve als negatieve herinneringen worden geëvalueerd en geïntigeerd. De derde vorm van reminiscentie interventies betreft de “life-review therapie”, deze vorm van reminiscentie interventies wordt gebruikt in een therapeutische omgeving. Het doel van deze interventies is het stimuleren van zelfverandering en de symptomen van de mentale ziekte te verminderen. De focus bij deze interventies ligt op het verminderen van de reminiscentie strategieën ‘bitterness revival’ en

'boredom reduction' en daarnaast ook de positieve vormen van reminisceren te stimuleren.

1.3 Reminiscentie interventies bij ouderen met dementie

Bijna 30 jaar geleden werd door Norris in 1986 voor het eerst een reminiscentie interventie uitgevoerd bij personen met dementie (Woods, Spector, Jones, Orrell & Davies, 2009). Sindsdien zijn er verscheidene onderzoeken gedaan naar het effect van reminiscentie interventies bij ouderen met dementie. Zo blijkt uit een onderzoek van Wang (2007) dat door een interventie met gestructureerde reminiscentie zowel cognitieve functies als affectieve attitudes verbeterend waren bij de participanten. In een onderzoek van Ito, Meguro, Akanuma, Ishii en Mori (2007) wordt echter geen verschil gevonden tussen de controle groep en de interventiegroep. Beide groepen bestonden uit ouderen met vasculaire dementie. Het uitgebreidste onderzoek op het gebied van reminiscentie en ouderen met dementie betreft de gerandomiseerde gecontroleerde trial van Lai, Chi en Kayser-Jones (2004). Aan deze interventie namen 101 participanten deel. De resultaten lijken veelbelovend, er worden namelijk positieve veranderingen gevonden. Echter zijn deze niet significant ten opzicht van de controle groep. Er kunnen dus tot op heden nog geen sterke conclusies uit getrokken worden.

Door de verschillende resultaten in de verscheidene onderzoeken naar dit onderwerp zijn conclusies moeilijk te trekken. Lin et al. (2009) geven in een review aan dat er in veel onderzoeken nog gebrek is aan een duidelijke theorie. Verschillende onderzoeken gebruiken andere constructen om de effectiviteit van de interventie te meten. Dit maakt vergelijking moeilijk. Uit de review van Woods et al. (2009) blijkt daarnaast dat er gebrek aan een duidelijk protocol is voor reminiscentie interventies, waardoor het moeilijk is de verschillen tussen interventies aan te wijzen en wat vergelijking en het samennemen van resultaten bemoeilijkt. Daarnaast wordt er in veel onderzoeken gebruikt gemaakt van een te kleine groep participanten (Lin et al., 2009; Woods et al., 2009).

1.4 Onderzoeksvragen

Het doel van dit onderzoek is om eerste bevindingen te kunnen rapporteren over een nieuwe interventie die gebruik maakt van reminiscentiekoffers te onderzoeken. Het gebruik van reminiscentiekoffers voor de stimulatie van reminiscentie is een nieuw concept.

Reminiscentie is een veelbelovende manier om de kwaliteit leven van ouderen met dementie te verhogen en mate van depressie af te laten nemen. Het is dus belangrijk verschillende stimulaties te exploreren om inzicht in de toevoeging hiervan te krijgen. Hierbij spelen pilotstudies een belangrijke rol. Deze interventie is opgezet om inzicht te krijgen in de veranderingen in de kwaliteit van leven en de mate van depressie onder de ouderen met dementie. Dit leidt tot de volgende 2 onderzoeksvragen:

1. Na deelname aan de 6 weekse reminiscentie interventie door ouderen met dementie is er een significante verbetering te zien in de kwaliteit van leven.
2. Na deelname aan de 6 weekse reminiscentie interventie door ouderen met dementie is er een significante vermindering te zien in de mate van depressie.

2. Methode

2.1 Participanten

De participanten van dit onderzoek waren allen opgenomen in woon- en zorgcentrum de Meergaarden te Eibergen van zorginstelling Livio en lijdten aan het syndroom dementie. De participanten voor dit onderzoek hebben in drie verschillende groepen deelgenomen aan de interventie. Deze groepen zijn gebaseerd op de woonsituatie van de ouderen. De eerste groep was de kleinschalig wonen (KSW) groep. Deze bestond uit vijf deelnemers. De tweede groep was de psychogeriatrische groep (PG). Deze bestond uit drie deelnemers. De derde groep was de dag zorg groep (DZ). Deze bestond eveneens uit drie deelnemers. Er waren in totaal elf participanten voor het onderzoek, $n=11$. Er hebben 2 mannen en 9 vrouwen deelgenomen aan het onderzoek. De gemiddelde leeftijd was $M=87,2$ jaar ($SD=4,7$).

2.2 Interventie

De interventie bestond uit zes sessies, iedere week werd er één sessie georganiseerd. Bij de interventies werd er gebruik gemaakt van reminiscentiekoffers om reminiscentie te stimuleren. De koffers die in deze interventie werden gebruikt bevatten objecten uit de jaren '50. Deze objecten evenals de koffers zelf waren afkomstig uit museum "De Scheper" in Eibergen. De medewerkers van dit museum hebben de koffers met behulp van vooraf bepaalde onderwerpen samengesteld. Er is door Nolte (2014) onderzoek gedaan naar welke onderwerpen geschikt waren om de koffers naar in te richten. In deze interventie zijn de volgende onderwerpen aanbod gekomen: eten & drinken, school & speelgoed, vrouwenkoffer, mannenkoffer, de grote schoonmaak en gereedschap. Tijdens de interventie zaten de ouderen aan de eettafel in hun eigen woonomgeving. De interventie werd gehouden met groepen tussen de 4 en 6 ouderen. Door een verzorgende werden tijdens de interventie de objecten één voor één getoond, om de aandacht van de ouderen vast te houden. Tevens leidde de verzorgende het gesprek en de liet ze de ouderen actief participeren aan het groepsgesprek. Op deze manier werd reminiscentie gestimuleerd.

2.3 Meetinstrumenten

Qualidem

De Qualidem is een observatie-instrument dat de kwaliteit van leven bij mensen met dementie kan inschatten. Deze vragenlijst is ontworpen door Ettema et al. (2005). De Qualidem is geschikt voor ouderen met dementie in alle fasen van de ziekte. De Qualidem is onderverdeeld in verschillende subschalen, refererend aan de meerdere aspecten die meegenomen moesten worden volgens een uitgebreid literatuur onderzoek en de meningen van professionals in de zorg. De negen subschalen zijn als volgt: zorgrelatie, positief affect, negatief affect, rusteloos gedrag, positief zelfbeeld, sociale relaties, sociaal isolement, zich thuis voelen en iets om handen hebben. Deze subschalen samen bevatten 40 items. Bij ieder item moet men inschatten hoe vaak een gebeurtenis of gedraging is voorgekomen in de voorgaande week. De schaal is een Likert die schaal die bestaat uit de mogelijkheden nooit-zelden-soms-vaak. De items worden beoordeelt met respectievelijk 0-1-2-3 punten. Bij omgekeerde items dienen de punten in omgekeerde volgorde toegekend te worden. Een hoger punten totaal op de Qualidem staat voor een hogere kwaliteit van leven. Het maximale aantal punten is 120. De test wordt als voldoende betrouwbaar en valide beschouwd door Bouman, Ettema, Wetzels, van Beek, de Lange & Droës (2011).

Cornell Scale for depression in dementia

De Cornell Scale for depression in dementia (Alexopoulos et al, 1988) is een observatie-instrument dat de mate van depressie meet bij mensen die dementie hebben. Een lage score op duidt op weinig kenmerken die passen bij depressieve klachten, een hoge score duidt op meer kenmerken. De observeerder wordt gevraagd in te schatten hoe vaak een bepaalde gebeurtenis of gedraging is voorgekomen de voorgaande week. Als het gedrag niet is voorgekomen kan hij dit beoordelen met ‘afwezig’, hiervoor worden geen punten toegekend. Mocht het gedrag af en toe aanwezig zijn of in milde mate kan de observator ‘licht of afwisselend aanwezig’ invullen, hiervoor wordt 1 punt toegekend. Mocht het gedrag erg aanwezig zijn kan de observator hiervoor “ernstig” invullen, hiervoor worden 2 punten toegekend. Mocht de observator niet genoeg informatie hebben om te oordelen, kan de observator “niet te beoordelen” invullen. De Cornell Scale for depression dementia bestaat uit de volgende vijf subschalen: stemmingsgerelateerde kenmerken, gedragsstoornissen, lichamelijke kenmerken, cyclische functies en stoornissen in de gedachteninhoud. Besloten is om alleen onderdeel “A. stemmingsgerelateerde kenmerken” mee te nemen in de analyse van het effect van de interventie. Dit omdat in deze categorie de meeste verandering verwacht wordt en zo de

resultaten op dit onderdeel niet afgevlakt worden door de onderdelen waar geen effect wordt verwacht. In deze subschaal zijn er vier items en is de maximale score acht. Volgens Müller-Thomsen, Arlt, Mann, Maß & Ganzer (2005) is de Cornell Scale for depression in dementia een goed meetinstrument om kenmerken van depressie onder ouderen met dementie te meten.

2.4 Onderzoeksprocedure

Een andere taak die de verzorgenden hadden was het wekelijks per participant invullen van de Qualidem en de Cornell Scale for depression in dementia omdat de ouderen hier zelf in verband met hun ziekte niet meer toe in staat waren. De verzorgenden hebben een training gehad in het invullen van de observatie-instrumenten. Gevraagd werd aan de verzorgenden om deze observatie-instrumenten in te vullen op basis van de ervaringen in de voorgaande week. De observatielijst die in week één is ingevuld geeft dus de nulmeting weer. Vervolgens zijn de observatielijsten gesorteerd en verwerkt. De scores op de observatielijsten vormen de data van dit onderzoek.

Twee participanten waren de eerste interventiebijeenkomst niet aanwezig. Bij hen zijn de scores handmatig een week naar voren geschoven, om zo ook de nulmeting van deze twee personen mee te kunnen nemen bij de totale nulscore. De laatste metingen van deze participanten zijn wel bij de laatste interventieweek genomen om ook een totaalbeeld te krijgen van de totale eindscore van de nameting. Door deze verschuiving zijn er in week vijf slechts van negen participanten gegevens.

2.5 Data-analyse

Om inzicht te krijgen in de veranderingen op gebied van kwaliteit van leven en depressie tijdens de interventieperiode zal er een data-analyse uitgevoerd worden. Voor deze data-analyse wordt van zowel de Qualidem als van de Cornell Scale for depression in dementia het gemiddelde van de nulmeting vergeleken met de gemiddelde score in week zes. Bij de Qualidem zullen zowel de totaalscores als de scores op de subschalen geanalyseerd worden. Om de data te analyseren wordt SPSS gebruikt: er wordt een t-toets voor twee afhankelijke steekproeven uitgevoerd. Er wordt eenzijdig getoetst, omdat er een positief effect verwacht wordt. De resultaten van deze analyses zullen hieronder worden gepresenteerd.

3. Resultaten

3.1 De kwaliteit van leven

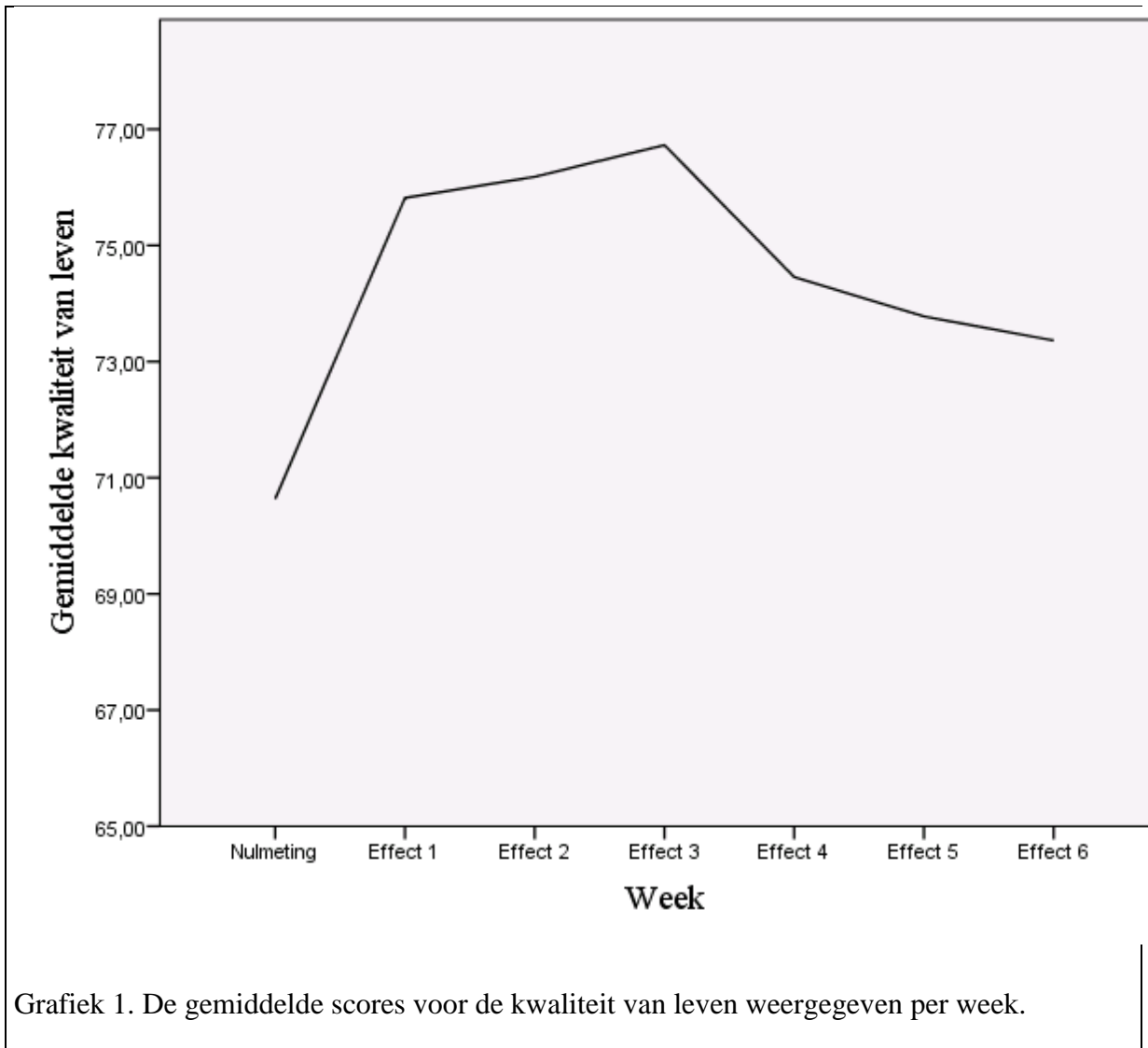
De eerste vraag betrof of er na deelname aan de 6 weekse interventie door ouderen met dementie een significante verbetering is te zien in de kwaliteit van leven. In tabel 1 en grafiek 1 wordt de gemiddelde totaal score op de kwaliteit van leven per week weergegeven. Er is een klein verschil te zien in de nulmeting ($M=70,6$, $SD=20,5$) en de laatste meting ($M=73,4$, $SD=16,6$). Het verschil is niet significant $t(10)=-,609$, $p=,278$.

Tabel 1

Gemiddelde score voor de kwaliteit van leven

Week	n	M (SD)
T ₀	11	70,6 (20,5)
T ₁	11	75,8 (19,2)
T ₂	11	76,2 (23,8)
T ₃	11	76,7 (23,2)
T ₄	11	74,5 (22,2)
T ₅	9	73,8 (23,7)
T ₆	11	73,4 (16,6)
Gemiddeld		74,5 (20,5)

Het verloop van de gemiddeldes gedurende de interventie is grafisch weergegeven in grafiek 1. Vooral het verschil tussen de nulmeting en de tweede meting valt op. Dit verschil is net niet significant te noemen $t(10)=-1,792$, $p = 0,052$. In de subschaal “Rusteloos gespannen gedrag” wordt wel een significant verschil gevonden tussen de nulmeting ($M=3,90$, $SD= 2,12$) en de tweede meting ($M=5,73$, $SD=2,10$), $t(10)=-2,221$, $p=0,005^*$. Daarnaast is ook in de subschaal “Sociaal isolement” een significant verschil gevonden tussen de nulmeting ($M=5,09$, $SD= 2,17$) en de tweede meting ($M=6,73$, $SD=1,68$), $t(10)=-2,695$, $p=0,011^*$). Bij de andere subschalen werd er geen significant verschil gevonden tussen de nulmeting en de tweede meting.



In tabel 2 is gemiddelde score op iedere subschaal van de nulmeting vergeleken met de laatste meting. De subschaal “positief affect” blijkt significant te zijn toegenomen. Ook bij de overige subschalen neemt het gemiddelde toe, behalve bij de subschalen “Negatief affect”, “Sociale relaties”, “zich thuis voelen” en “Iets om handen hebben”. Echter zijn deze dalingen heel minimaal en niet significant.

Tabel 2

Gemiddelde voor- en nameting weergegeven per subschaal van kwaliteit van leven

Subschaal	T ₀	T ₆	t	Sig.
	(n=11) M (SD)	(n=11) M (SD)		
Zorgrelatie	15,0 (3,9)	15,7 (3,1)	-1,077	,154
Positief affect	11,3 (5,6)	13,6 (3,9)	-1,907	,043*
Negatief affect	5,7 (1,9)	5,0 (2,2)	1,234	,123
Rusteloos gespannen gedrag	3,9 (2,1)	4,8 (2,8)	-1,287	,114
Positief zelfbeeld	6,2 (2,6)	6,2 (2,5)	0,000	,500
Sociale relaties	11,5 (5,4)	10,6 (4,3)	,676	,257
Sociaal isolement	5,1 (2,2)	6,3 (1,6)	-1,633	,067
Zich thuis voelen	9,6 (2,5)	9,2 (3,2)	-,547	,298
Iets om handen hebben	2,5 (2,7)	2,1 (2,2)	,740	,476
Totaal	70,6 (20,5)	73,4 (16,6)	-,609	,278

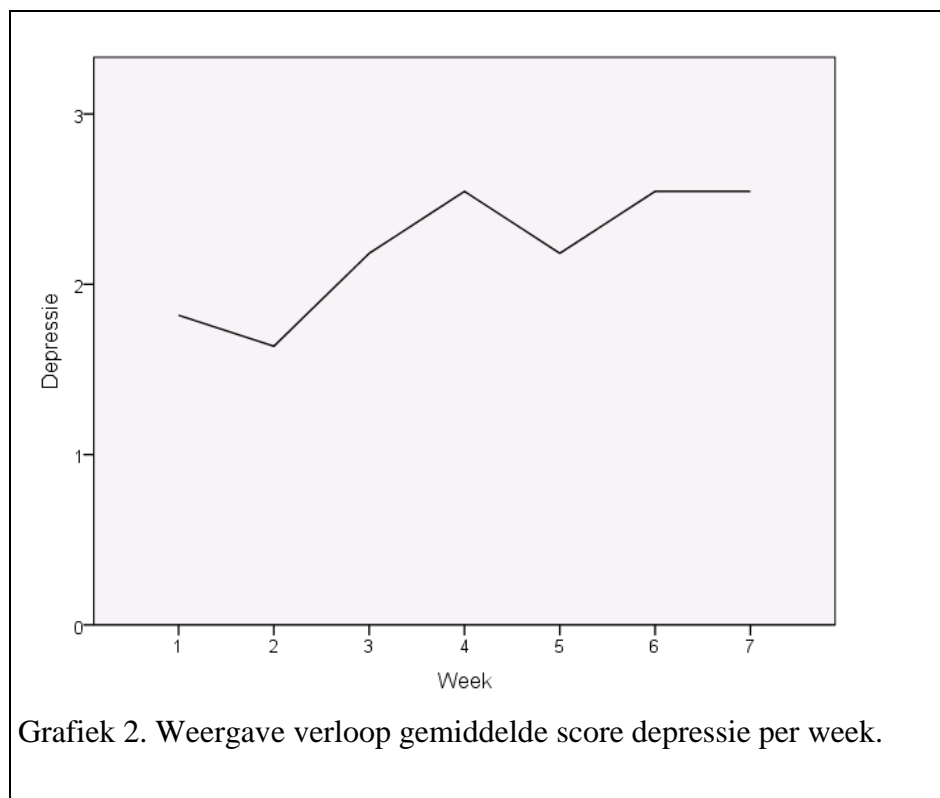
3.2 Stemminggerelateerde kenmerken van depressie

De tweede onderzoeksvraag betrof de vraag of er na deelname aan de 6 weekse reminiscentie interventie door ouderen met dementie er een significante vermindering is te zien in de mate van depressie. Hieronder worden de onderzoeksresultaten van de stemminggerelateerde kenmerken van depressie weergegeven. In tabel 3 is te zien dat de gemiddelde score op de stemminggerelateerde kenmerken van depressie op het moment van de laatste meting hoger is dan de gemiddelde score tijdens de nulmeting. Echter is deze toename net niet significant te noemen. Daarnaast wordt het verloop tussen de nulmeting en de laatste meting grafisch weergegeven in grafiek 2. Hierin is te zien dat de niet significante stijging redelijk gelijkmatig verloopt.

Tabel 3

Gemiddelde stemminggerelateerde klachten voor en na afloop van de interventie.

T ₀ , n=11	T ₆ n=11	t	Sig.
M(SD)	M(SD)		
1,82 (1,60)	2,55 (1,70)	-1,789	,052



4. Discussie

4.1 Doel van het onderzoek

Het doel van dit onderzoek was om eerste bevindingen op te doen met betrekking tot een nieuwe reminiscentieinterventie bij ouderen met dementie. Aan de interventie namen elf ouderen deel. Het betrof een 6 weekse interventie waarin gebruik gemaakt werd van koffers met daarin voorwerpen van vroeger om reminiscentie te stimuleren. In de zes weekse interventie was er wekelijks een bijeenkomst van ongeveer twee uur. In iedere bijeenkomst werd het gesprek door een verzorgende geleid en werd reminiscentie gestimuleerd. Met behulp van observatielijsten werd de data van het onderzoek verkregen.

4.2 Bespreking resultaten

Als eerste is er gekeken naar de kwaliteit van leven. De resultaten lieten zien dat er sprake is van een lichtelijke toename in de kwaliteit van leven, echter is deze toename niet significant. De score op de subschaal “positief affect” neemt wel significant toe tijdens de interventie. Dit kan verklaard worden doordat de interventie positieve gevoelens van vroeger naar boven kan brengen en de ouderen bewust maakt van wat ze zich nog wel herinneren.

De grootste verandering lijkt gevonden te kunnen gevonden worden in de week na de eerste interventiebijeenkomst. Bij de twee van de negen subschalen, “rusteloos gespannen gedrag” en “sociaal isolement”, bleek de stijging na de eerste interventiebijeenkomst significant. Mogelijk laat de subschaal “rusteloos gespannen gedrag” significante verbetering zien na de eerste interventie omdat de participanten zich weer meer verplaatsten naar de herinneringen van vroeger in plaats van de frustraties die ze in het leven van nu tegenkomen. Mogelijk kunnen ze daar rust in vinden en biedt het geruststelling dat ze zich nog wel veel herinneren van vroeger. De toename op de schaal “sociaal isolement” is te verklaren doordat de interventie de bewoners dichter bij elkaar brengt. Er werden aan tafel herinneringen van vroeger gedeeld. Je leert op die manier je mede-bewoners beter kennen. Ook bouw je op die manier een band op doordat de ouderen veel overeenkomstige herinneringen koesteren en deze interventie ze hiermee dichter bij elkaar brengt. Hierdoor valt het uitblijven van een verandering op de schaal “sociale relaties” mogelijk ook te verklaren. De schaal focust zich vooral het zoeken van toenadering, in tegenstelling tot de schaal “sociaal isolement” die zich vooral richt op het

afwijzen/afgewezen worden. Er zal zich eerst een afname van negatief contact moeten ontwikkelen voordat er een toename in positief contact kan ontstaan. Het zal dus waarschijnlijk langer duren voordat er op deze subschaal een verandering te zien valt. Het uitblijven van veranderingen op de subschalen “zorgrelatie”, “positief zelfbeeld”, “zich thuis voelen” en iets om handen hebben” kan verklaard worden doordat die schalen afhankelijk zijn van relatief stabiele factoren zoals: ‘Helpt graag mee met karweitjes op de afdeling’. Dit zal lastig veranderen door een interventie die hier niet specifiek op is gericht.

Vervolgens werd er gekeken naar de stemminggerelateerde kenmerken van depressie. Deze resultaten lieten ook een lichtelijk stijgende lijn zien, echter is deze net niet significant te noemen. Dit zou betekenen dat de mate van stemminggerelateerde kenmerken van depressie is toegenomen onder de participanten tijdens de interventie. Mogelijk valt dit te verklaren doordat reminiscentie de participant confronteert met alles wat er niet meer is en de participanten hierdoor een verminderde stemming toonden. Een persoon kan daarnaast ook een negatieve associatie hebben met zijn/haar verleden en reminisceren zou dat gevoel negatieve gevoel weer omhoog kunnen brengen.

4.3 Beperkingen

De grootste beperking in dit onderzoek was dat de groep van participanten erg klein was. Door het kleine aantal participanten kunnen er moeilijk significante verschillen tussen de voor- en nametingen aangetoond worden. Een andere beperking van het onderzoek was het gebrek aan een controle groep, waardoor er niet gecontroleerd kon worden voor niet-specifieke factoren zoals aandacht. Mogelijk kan het jaargetijde invloed hebben gehad op de resultaten, met name het positieve affect. De interventie is gestart in maart. Er gebeurt in dat jaargetijde veel in de natuur en door het mooie weer zijn er meer mogelijkheden tijd buiten door te brengen. Het kan zijn dat de ouderen hierdoor positiever gehumeurd waren. Ook hierin had een controlegroep uitsluitel kunnen geven. Daarnaast hadden de verzorgenden voor de start van de interventie nog geen ervaring met de vragenlijsten. Het zou kunnen dat de verzorgenden naarmate de interventie vorderde steeds beter wisten waar ze op moesten letten. Hierdoor worden bepaalde gedragingen misschien niet meer of minder vertoont, maar wel meer opgemerkt.

4.4 Conclusies en aanbevelingen

Er kan geconcludeerd worden dat de nieuwe reminiscentie interventie op de korte termijn mogelijk kan bijdragen aan de kwaliteit van leven van ouderen met dementie. Daarnaast kan er geconcludeerd worden dat de interventie mogelijk een negatieve invloed heeft op de mate van depressie. Een uitgebreider onderzoek met meer participanten is belangrijk. In een vervolg onderzoek is het ook van belang een controleconditie te creëren. Tevens is meer onderzoek naar de lange-termijn-effecten wenselijk. Om te voorkomen dat de mate van depressie onder de ouderen toeneemt zou men zich tijdens de interventie kunnen richten op de positieve reminiscentie functies, zoals *death acceptance* en *identity construction*.

5. Referenties

Alexopoulos, G.S., Abrams, R.C., Young, R.C. & Shamoian, C.A. (1988). Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biomedical Psychiatry*, 23(3), 271-284. DOI: 10.1016/0006-3223(88)90038-8

Alzheimer Nederland. Cijfers en feiten over dementie. Verkregen op 17 januari, 2015.
http://www.alzheimer-nederland.nl/media/840711/factsheet_dementie_algemeen_-_publieksversie_01-07-2014.pdf

Alzheimer Nederland. Medische behandeling bij dementie. Verkregen op 9 november, 2014.
<http://www.alzheimer-nederland.nl/informatie/leven-met-dementie/medische-behandeling.aspx>

Bohlmeijer, E., Roemer, M., Cuijpers, P. & Smit, F. (2007). The effects of reminiscence on psychological well-being in older adults: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 11(3), 291-300. DOI: 10.1080/13607860600963547

Bohlmeijer, E., Smit, F. & Cuijpers, P. (2003). Effects of reminiscence and life review on late-life depression: a meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(12), 1088-1094. DOI: 10.1002/gps.1018

Bluck, S. & Levine, L. J. (1998). Reminiscence as autobiographical memory: a catalyst for reminiscence theory development. *Ageing & Society*, 18(2), 185-208.

Bouman, A.I.E., Ettema, T.P., Wetzels, R.B., van Beek, A.P.A., de Lange, J. & Droës, R.M. (2010). Evaluation of Qualidem: a dementia-specific quality of life instrument for persons with dementia in residential settings: scalability and reliability of subscales in four Dutch field surveys. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(7), 711-722. DOI: 10.1002/gps.2585

De Visscher, C.C. & Moeraert, R. (2000). *Van totaalzorg naar zorgplan Kwaliteitsvolle zorg voor dementerende ouderen*. Deventer: Kluwer

Dröes, R. M. (1991). *In beweging: over psychosociale hulpverlening aan demente ouderen*. Utrecht: De Tijdstroom

DSM-IV TR (2000)

Ettema, T., de Lange, J., Droës, R., Mellenbergh, D. & Ribbe, M. (2005). *Handleiding Qualidem*. Verkregen op 6 november, 2014, via Trimbos instituut.

http://www.trimbos.nl/~media/programmas/ouderen/qualidem_handleiding.ashx

Hsje, H. & Wang, J. (2003). Effect of reminiscence therapy on depression in older adults: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 40(4), 335-345. DOI: 10.1016/S0020-7489(02)00101-3

Ito, T., Meguro, K., Akanuma, K., Ishii, H. & Mori, E. (2007). A randomized controlled trial of the group reminiscence approach in patients with vascular dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 24(1), 48-54. DOI: 10.1159/000103631

Jonker, C., Slaets, J.P.J. & Verhey, F.R.J. (2012). *Handboek dementie*. Springer Science & business media/bohn stafleu van loghum.

Lai, C.K.Y., Chi, I. & Kayser-Jones, J. (2004). A randomized controlled trial of a specific reminiscence approach to promote the well-being of nursing home residents with dementia. *International Psychogeriatrics*, 16(1), 33-49. DOI: 10.1017/S1041610204000055

Lin, Y., Dai, Y., Hwang, S. (2009). The effect of reminiscence on the elderly population: A systematic review. *Public health nursing*, 20(4), 297-306

Müller-Thomsen, T., Arlt, S., Mann, U., Maß, R. & Ganzer, S. (2005). Detecting depression in Alzheimer disease: evaluation of four different scales. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 20(2), 271-276. doi:10.1016/j.acn.2004.03.010

Nolte, I., 2014. *Reis naar het verleden*. Verkregen op 28 september, 2014.

<http://essay.utwente.nl/64864/1/Nolte,%20I.%20-s0194603%20%28verslag%29.pdf>

O'shea, E., Devane, D., Cooney, A., Casey, D., Jordan, F., Hunter, A., Murphy, E., Newell, J., Connolly, S. & Murphy, K. (2014). The impact of reminiscence on the quality of life of residents with dementia in long-stay care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(10), 1062-1070. doi : 10.1002/gps.4099

Pinquart, M. & Forstmeier, S. (2011). Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: A meta analysis. *Aging & mental health*, 16(5), 541-558.
doi:10.1080/13607863.2011.651434

Trimbos (2010). Verkregen op 6 november, 2014.

<http://www.trimbos.nl/onderwerpen/psychische-gezondheid/dementie/subtypen/vasculaire-dementie>

Trimbos (2010). Verkregen op 6 november, 2014.

<http://www.trimbos.nl/onderwerpen/psychische-gezondheid/dementie/subtypen/ziekte-van-alzheimer>

Trimbos (2010). Verkregen op 6 november, 2014.

<http://www.trimbos.nl/onderwerpen/psychische-gezondheid/dementie/symptomen>

Van der Molen, H.T., Perreijn, S. & Van den Hout, M.A. (2010). *Klinische psychologie*. Noordhof uitgevers, Groningen/Houten

Van Halem, N., Van Herpen, C., Van Roojen, M. (2011). *Zakboek Psychogeriatric*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Wang, J. (2007). Group reminiscence therapy for cognitive and effective function of demented elderly in Taiwan. *International journal of geriatric psychiatry*, 22(12), 1235-1240.
DOI: 10.1002/gps.1821

Westerhof, G.J. & Bohlmeijer, E.T. (2014). Celebrating fifty years of research and applications in reminiscence and life review: State of the art and new directions. *Journal of Aging Studies*, 29, 107 -114. DOI:10.1016/j.jaging.2014.02.003

Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T. & Webster, J.D. (2010). Reminiscence and mental health: a review of recent progress in theory, research and interventions. *Ageing and Society*, 30(4), 697-721

Woods, B. Spector, A.E., Jones, C.A., Orrell, M. & Davies, S.P. (2009). *Reminiscence therapy for dementia (review)*. John Wiley & Sons, LTD.

6. Bijlagen

6.1 Qualidem

QUALIDEM

Eerste versie (mei 2005)

© Ettema, De Lange, Dröes, Mellenbergh, Ribbe

De vragenlijst bevat 40 vragen. Het is de bedoeling dat je samen met een collega de vragen beantwoordt over de afgelopen week waarin je de bewoner hebt geobserveerd. Geef op elke vraag een antwoord. Als je twijfelt tussen over de mogelijkheden, omcirkel dan het cijfer onder het antwoord dat het beste bij jouw observaties past. Een antwoord is nooit fout, maar geeft altijd aan wat volgens jou de werkelijkheid het beste benadert. Denk niet te lang na over een antwoord; het eerste antwoord dat bij je opkomt, is vaak het beste. Probeer over de vragen waar jij en je collega verschillend over denken tot overeenstemming te komen.

Nooit = Nooit
Zelden = Hoogstens eenmaal per week
Soms = Enkele keren per week
Vaak = Vrijwel dagelijks

1	Is vrolijk	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3	B
2	Maakt rusteloze bewegingen	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	D
3	Heeft contact met andere bewoners	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3	F
4	Wijst hulp van verzorgende af	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	A
5	Heeft een tevreden uitstraling	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3	B
6	Maakt een angstige indruk	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	C
7	Is boos	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	A
8	Kan genieten van dingen in het dagelijkse leven	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3	B
9	Wil niet eten	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	J
10	Is goed gestemd	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3	B
11	Is verdrietig	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	C
12	Reageert positief bij toenadering	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3	F
13	Geeft aan dat hij of zij zich verveelt	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	H
14	Heeft conflicten met verzorgenden	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	A

15	Geniet van de maaltijd	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3	J
16	Wordt afgewezen door andere bewoners	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	G
17	Beschuldigt anderen	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	A
18	Zorgt voor andere bewoners	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3	F
19	Is rusteloos	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	D
20	Wijst contact met anderen openlijk af	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	G
21	Heeft een glimlach om de mond	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3	B
22	Heeft een gespannen lichaamstaal	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	D
23	Huilt	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	C
24	Stelt hulp op prijs die hij of zij krijgt	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3	A
25	Sluit zich af van de omgeving	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	F
26	Heeft bezigheden zonder hulp van anderen	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3	I
27	Geeft aan meer hulp te willen	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	E
28	Geeft aan zich opgesloten te voelen	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	H
29	Trekt vriendschappelijk op met één of meer bewoners	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3	F
30	Wil graag (in bed) liggen	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	J
31	Accepteerd hulp	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3	A
32	Roept	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	G
33	Heeft kritiek op de gang van zaken	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	A
34	Is op zijn of haar gemak in gezelschap van anderen	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3	F
35	Geeft aan niets te kunnen	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	E
36	Voelt zich thuis op de afdeling	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3	H
37	Laat blijken zichzelf niets waard te vinden	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	E
38	Helpt graag mee met karweitjes op de afdeling	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3	I
39	Wil van de afdeling af	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	H
40	Stemming is positief te beïnvloeden	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	B

Scoreberekening: achter elke vraag staat met een hoofdletter aangegeven tot welke subschaal de vraag behoort. Tel de scores per subschaal op.

<i>Subschaal (aantal vragen)</i>	<i>Scorebereik</i>		<i>Score</i>
A: Zorgrelatie (7)	0-21		A
B: Positief Affect (6)	0-18		B
C: Negatief Affect (3)	0-9		C
D: Rusteloos Gespannen Gedrag (3)	0-9		D
E: Positief Zelfbeeld (3)	0-9		E
F: Sociale Relaties (6)	0-18		F
G: Sociaal Isolement (3)	0-9		G
H: Zich Thuis Voelen (4)	0-12		H
I: Iets om Handen Hebben (2)	0-6		I
J: Overige vragen bedoeld voor verder onderzoek			

6.2 Cornell Scale

CORNELL SCALE FOR DEPRESSION IN DEMENTIA

(ned. Vertaling: R.M. Dröes, Vakgroep Psychiatrie, Vrije Universiteit, Amsterdam, 1993)

Naam : _____

Geboren : _____

Datum : _____

Naam invuller : _____

Scoringssysteem

a = niet te beoordelen 1 = licht of wisselend aanwezig

0 = afwezig 2 = ernstig

De beoordelingen zijn gebaseerd op symptomen en kenmerken zoals waargenomen in de week voorafgaande aan het interview. Er dient geen score te worden gegeven wanneer symptomen het resultaat zijn van lichamelijke beperkingen of ziekte.

A. Stemningsgerelateerde kenmerken

- | | |
|---|---------|
| 1. Angst angstige gezichtsuitdrukking, peinzend, zorgelijk | a 0 1 2 |
| 2. Verdrietig verdrietige gezichtsuitdrukking, verdrietige stem, huilerig | a 0 1 2 |
| 3. Reageert niet op plezierige gebeurtenissen | a 0 1 2 |
| 4. Prikkelbaarheid gauw kwaad, slecht gehumeurd | a 0 1 2 |

B. Gedragsstoornissen

5. Agitatie rusteloos, handenwringen, haarplukken a 0 1 2
6. Vertraging trage bewegingen, langzame spraak, trage reacties a 0 1 2
7. Meervoudige lichamelijke klachten (scoor 0 indien GI symptomen) a 0 1 2
8. Interesseverlies t.a.v. gebruikelijke activiteiten (scoor alleen indien er een plotselinge verandering is opgetreden, d.w.z. binnen een periode van 1 maand) a 0 1 2

C. Lichamelijke kenmerken

9. Vermindering van eetlust eet minder dan gewoonlijk a 0 1 2
10. Gewichtsverlies (scoor 2 indien meer dan 2 kilo in 1 maand) a 0 1 2
11. Gebrek aan energie gauw moe, niet in staat activiteiten vol te houden (scoor alleen indien er een plotselinge verandering is opgetreden, d.w.z. binnen een periode van 1 maand) a 0 1 2

D. Cyclische functies

12. Dagelijkse stemmingsschommelingen 's morgens meer symptomen a 0 1 2
13. Moeite met inslapen later dan gewoonlijk voor deze persoon a 0 1 2
14. Wordt 's morgens meerdere malen wakker a 0 1 2
15. Wordt 's morgens vroeg wakker vroeger dan gewoonlijk voor deze persoon a 0 1 2

E. Stoornissen in de gedachteninhoud

16. Suïcide gedachten vindt het leven niet de moeite waard, heeft doodswensen of doet een poging tot zelfmoord a 0 1 2
17. Lage zelfwaardering zelfverwijten, minacht zichzelf, gevoel te falen a 0 1 2
18. Pessimisme verwacht het ergste a 0 1 2
19. Wanen die overeenstemmen met de stemming wanen m.b.t. armoede,

ziekte, verlies

a 0 1 2