

# Een tijdreis door het leven

Een pilot studie naar het ophalen van specifieke positieve herinneringen bij ouderen met een verminderd welbevinden en depressieklachten



Bente Huijsman

S1244930

Faculteit der Gedragwetenschappen

Universiteit Twente

Positieve psychologie en technologie

Eerste begeleider: Prof. Dr. E.T. Bohlmeijer

Tweede begeleider: Dr. H. R. Trompetter

Enschede, februari 2015

## Voorwoord

Voor u ligt de masterthese geschreven ter afronding van de masterspecialisatie *Positieve psychologie en technologie* van de opleiding Psychologie aangeboden aan de Universiteit Twente te Enschede.

Hoewel ik de doelgroep ouderen in combinatie met de positieve psychologie interessant vind, verliep het proces niet altijd even vlekkeloos. Wegens omstandigheden (gezondheid ouderen, opnameapparatuur) zijn het aantal deelnemers voor de huidige pilot studie beperkt tot vijf personen. Daarnaast heeft het een paar maanden geduurd voordat alle gesprekken afgerond waren.

*“Sometimes you will never know the value of something, until it becomes a memory.”*

~Dr. Suess

Een speciale dank gaat uit naar de deelnemers, voor het delen van hun verhalen. Door dit proces ben ik mij bewust geworden dat het ook erg belangrijk is om aandacht te besteden aan de geestelijke gezondheid van ouderen.

Mijn dank gaat uit naar Jojanneke Korte, die tijdens een groot deel van de pilot studie mijn eerste begeleider is geweest. Daarnaast gaat mijn dank uit naar Ernst Bohlmeijer, die daarna de taak als eerste begeleider heeft opgepakt. Ik heb veel van jullie geleerd. Bij deze wil ik Hester Trompetter als tweede begeleider bedanken voor de adviezen die ik gekregen heb.

De vrijwilligers die de gesprekken hebben gevoerd wil ik daarnaast bedanken, zonder jullie kon ik deze these geen vorm geven. Tot slot wil ik Tom, mijn ouders, schoonouders, Holger, Naomi, familie en al mijn lieve vrienden bedanken voor jullie hulp en mentale support.

Enschede, februari 2015

## Abstract

**Introduction:** The life-review intervention ‘Dierbare herinneringen’ was applied to improve the well-being of elderly and to decrease their depressive symptoms. In this study the relationship between specific, positive memories and depressive symptoms and well-being of the elderly was researched. In previous studies the elderly spoke with therapists, in the present study the elderly spoke with volunteers.

**Method:** During five interviews, the elderly tried to retrieve specific, positive memories from different periods of life. The conversations were recorded. The memories have been divided into different categories (specific positive and negative, generally positive and negative). There was a pre- and post test in which well-being (MHC-SF) and depressive symptoms were measured. In order to be able to see whether there is a significant difference between pre- and post test on both the GDS-8 as the MHC-SF, paired t-tests have been carried out. To compensate for the small sample size an individual analysis of the ‘reliable change’ (RC) was performed, for both depressive symptoms as well-being. A Friedman test was carried out to examine whether there are more specific memories retrieved during the intervention. A spearman correlation was performed, to see if there is a possible correlation between the types of memories and the depressive symptoms and well-being. Finally, there is a case study designed to describe the life story of some of the participants.

**Results:** The results show that there is no significant relationship between the retrieval of various types of memories and the depression and well-being. At group level no significant differences were found in depressive symptoms or well-being. However, at the individual level significant differences were found on depressive symptoms and well-being. The relationship between retrieving specific, positive memories shows movement towards a trend. Other types of memory show no significant relationship with well-being or depressive symptoms.

**Discussion:** At the individual level significant results were found. These results show proof that the intervention ‘Dierbare herinneringen’ can be carried out by volunteers instead of trained healthcare professionals. There are enough suggestions to carry out further research of this particular intervention, however, it is highly recommended this is done with a larger sample size.

## Samenvatting

**Inleiding:** Doormiddel van de life-review interventie Dierbare herinneringen zijn herinneringen opgehaald bij ouderen met als doel om de depressieklachten te verminderen en het welbevinden te verbeteren. Daarnaast is ook gekeken of er een relatie is tussen de specifieke, positieve opgehaalde herinneringen en de depressieklachten en het welbevinden van de ouderen.

Doorgaans gaan therapeuten en onderzoekers met de ouderen in gesprek, in de huidige pilot studie gaan vrijwilligers met de ouderen in gesprek om de specifieke herinneringen op te halen.

**Methode:** De vrijwilligers zijn met de vijf ouderen in gesprek gegaan en de ouderen hebben daarbij specifieke, positieve herinneringen opgehaald uit verschillende perioden van het leven, deze gesprekken zijn opgenomen. Aan de hand van deze gesprekken zijn de herinneringen in verschillende categorieën ingedeeld (specifiek positief en negatief, algemeen positief en negatief). Om te kunnen zien of er een significant verschil is tussen de voor- en nameting op zowel de GDS-8 als de MHC-SF is er een gepaarde t-test uitgevoerd. Vanwege de kleine steekproef is gekozen voor een individuele analyse van de 'reliable change'(RC), voor zowel de depressieklachten als het welbevinden. Er is een Friedman toets uitgevoerd om te onderzoeken of naarmate de interventie vorderende meer specifieke, positieve herinneringen zijn opgehaald. Er is een correlatie van Spearman uitgevoerd, om te kijken of er een mogelijke trend te zien is tussen de soorten herinneringen en de depressieklachten en het welbevinden.

**Resultaten:** Op groepsniveau kan niet worden gesproken van een significante verandering op depressieklachten en het welbevinden. Op individueel niveau zijn er significante verschillen gevonden (depressieklachten en welbevinden). Tussen het ophalen van specifieke, positieve herinneringen en de depressieklachten is een beweging richting een trend gevonden. Voor de overige soorten herinneringen en depressieklachten en het welbevinden is geen verband gevonden.

**Discussie:** Vanuit de individuele analyse zijn er significante verschillen gevonden. Aan de hand van de uitkomsten kan gesteld worden dat vrijwilligers de interventie Dierbare herinneringen kunnen uitvoeren. Voor toekomstig onderzoek verdient een grotere steekproef de aanbeveling. Er zijn nog voldoende aanknopingspunten om verder onderzoek uit te voeren binnen deze specifieke interventie.

# Inhoudsopgave

<b>Voorwoord</b>	1
<b>Abstract</b>	2
<b>Samenvatting</b>	3
<b>1. Inleiding</b>	5
1.1 Reminiscentie interventies	6
1.2 Life-review en de werking van het autobiografisch geheugen	8
1.3 Doelstelling	10
<b>2. Methode</b>	12
2.1 Deelnemers	12
2.2 Werving en procedure	12
2.3 Interventie	13
2.4 Meetinstrumenten	13
2.5 Analyse	15
<b>3. Resultaten</b>	18
3.1 Depressieklachten en welbevinden na afloop van de interventie	18
3.2 Opgehaalde specifieke, positieve herinneringen tijdens de interventie	19
3.3 De relatie tussen de specifieke, positieve herinneringen en de depressieklachten en het welbevinden.	20
3.4 De relatie tussen de overige opgehaalde herinneringen en de depressieklachten en het welbevinden.	21
<b>4. Discussie</b>	22
4.1 Sterke kanten en beperkingen	24
4.2 Conclusie en aanbevelingen	25
<b>Referenties</b>	27
<b>Bijlage(s)</b>	

# 1. Inleiding

De levensverwachting is in de afgelopen eeuw in het westen enorm gestegen en stijgt nog steeds (Kullberg, 2005). Met de vergrijzing neemt de prevalentie van ziekten en aandoeningen toe (Kempen, 2009) en door deze vergrijzing is er meer dan vroeger vraag naar zorg voor ouderen. Ongeveer dertien tot twintig procent van de ouderen heeft te maken met psychische problematiek zoals symptomen van depressie, angst of eenzaamheid (Beekman, Copeland & Prince, 1999; Metha et al., 2003; van Tilburg, Havens & de Jong Gierveld, 2004). Hoewel psychische problematiek bij ouderen vaak goed behandelbaar is, krijgen weinig ouderen gespecialiseerde psychiatrische of psychologische hulp (Comijs, 2012). Uit onderzoek van Lamers, Westerhof, Bohlmeijer en Keyes (2013) blijkt dat ouderen over het algemeen minder positieve gevoelens van welbevinden ervaren dan de jongere volwassenen. Omdat een lage positieve geestelijke gezondheid of vermindering in het welbevinden voorspellers zijn van toekomstige psychische klachten en stoornissen (Keyes et al., 2008; Wood & Joseph, 2009), is het belangrijk om onderzoek te doen naar het bevorderen van het welbevinden van ouderen.

De huidige pilot studie richt zich op het ophalen van specifieke positieve herinneringen bij ouderen, afgenomen door vrijwilligers gedurende vijf gesprekken. Vernieuwend in de huidige studie is het inzetten van vrijwilligers. In voorgaande, vergelijkbare interventies, gingen de ouderen in gesprek met therapeuten (Karimi et al., 2010; Korte, Bohlmeijer, Cappeliez, Smit & Westerhof, 2012). Naast het verminderen van de depressieklachten bij ouderen is de huidige studie gericht op het vergroten van het welbevinden bij deze doelgroep. Het vergroten van het welbevinden bij ouderen door middel van dit soort interventie is vernieuwend. Er is toe nu toe weinig onderzoek gedaan naar deze positieve uitkomstmaten van het welbevinden door middel van het ophalen van specifieke positieve herinneringen.

Welbevinden is te verdelen in emotioneel welbevinden, psychologisch welbevinden en sociaal welbevinden. De subjectieve ervaring van welbevinden wordt emotioneel welbevinden genoemd (Bohlmeijer, Bolier, Westerhof & Walburg, 2013). Emotioneel welbevinden heeft een gunstig effect op overleving en herstel van mensen met lichamelijke aandoeningen (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster & Keyes, 2011). Een hoger emotioneel welbevinden is van belang bij de doelgroep in de huidige pilot studie omdat ouderen vaker lichamelijke klachten ervaren dan bijvoorbeeld jongeren (Versteegh & Westerhof, 2007). Psychologisch welbevinden omvat de evaluatie van het optimale individuele functioneren in de zin van zelfrealisatie

(Bohlmeijer, Bolier, Westerhof & Walburg, 2013). Carol Ryff (Ryff, 1989; Ryff & Singer, 1998) definieerde zes criteria die een rol spelen bij het psychologisch welbevinden: doel in het leven, persoonlijke groei, autonomie, omgevingsbeheersing, zelfacceptatie en positieve relaties. Sociaal welbevinden verwijst naar de evaluatie van het optimale sociale functioneren in de maatschappij (Bohlmeijer, Bolier, Westerhof & Walburg, 2013). Keyes (1998) onderscheidt vijf dimensies die samen het sociaal welbevinden vormen. De vijf dimensies beschrijven een persoon die een positieve visie heeft op andere mensen en gelooft in maatschappelijke vooruitgang, die de maatschappij begrijpt, erin participeert en er zich in thuis voelt. Bolier, Haverman, Westerhof, Smit en Cuijpers (2013) geven aan dat positieve psychologische interventies effectief kunnen zijn voor het verbeteren van het psychologisch welbevinden, evenals in het verminderen van depressieve symptomen. Onderzoek van Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster en Keyes (2011) toont aan dat welbevinden een beschermende factor is voor psychopathologie. Het investeren in welbevinden kan een bijdrage leveren aan preventie van psychische stoornissen.

## **1.1 Reminiscentie interventies**

Naast het investeren in welbevinden is het ook van belang om psychische klachten bij ouderen te verminderen. Hierbij wordt de laatste jaren steeds vaker gebruik gemaakt van reminiscentie. *Reminiscentie is de (on)willekeurige activiteit of het proces van het ophalen van persoonlijke herinneringen. Het kan gaan om herinneringen aan bijzondere of algemene episoden die al dan niet vergeten waren, en die vergezeld gaan van het gevoel dat de herinnerde episoden waarachtige waarnemingen zijn van de oorspronkelijke ervaringen. Deze herinneringen uit het autobiografisch geheugen kunnen privé blijven of worden gedeeld met anderen* (Bluck & Levine, 1998). Er zijn aanwijzingen dat reminiscentie interventies niet alleen de psychische klachten verminderen maar ook werkzaam zijn bij het verbeteren van het welbevinden van ouderen (Korte, Bohlmeijer & Smit, 2009).

Webster, Bohlmeijer & Westerhof (2010) onderscheiden drie basistypen van reminiscentie interventies. De eerste categorie is simpele of ongestructureerde reminiscentie, de tweede wordt de gestructureerde reminiscentie of life-review genoemd en de derde categorie is life-review therapie.

Reminiscentie sluit aan bij een natuurlijke, laagdrempelige activiteit van veel ouderen: het ophalen van herinneringen. Webster, Bohlmeijer en Westerhof (2010) beschrijven dat (simpele)

reminiscentie vaak plaats vindt in een relationele sfeer, bijvoorbeeld een verjaardag, een reünie of bij familie en vrienden. Dit soort reminiscentie wordt gebruikt bij interventies in verpleeghuizen waarbij positieve herinneringen worden opgehaald. Een voorbeeld van simpele reminiscentie is het bevorderen van de band tussen verschillende generaties (van Kordelaar, Vlak, Kuin & Westerhof, 2007).

Vergeleken met simpele reminiscentie wordt life-review meer gestructureerd aangeboden en ligt de focus op de integratie van positieve en negatieve levensgebeurtenissen en evaluatie van het leven (Haight & Dias, 1992; Webster & Young, 1988). Life-review helpt mensen inzicht te krijgen in hoe zij zich hebben ontwikkeld en hoe zij de personen zijn geworden zoals ze nu zijn. Daarnaast is life-review gericht op succesvolle coping strategieën in het verleden en waarden die mensen hebben geleid tot het succesvol aanpassen aan veranderingen in het heden (Webster, Bohlmeijer & Westerhof, 2010). Life-review wordt voornamelijk als een preventieve interventie ingezet, waarbij geen sprake is van ernstige psychische klachten. Individuele life-review interviews (Haight, 1988), het schrijven van een levensverhaal onder begeleiding (Birren, 1987) en preventieve life-review (Westerhof, Bohlmeijer & Valenkamp, 2004; Bohlmeijer, Valenkamp, Westerhof, Smit & Cuijpers, 2005) zijn voorbeelden van dit type reminiscentie. Uit verschillende onderzoeken (Bohlmeijer, Roemer, Cuijpers & Smit, 2007; Pinquart & Forstmeier, 2012) komt naar voren dat life-review leidt tot een toename van welbevinden bij ouderen, in het bijzonder bij de aanwezigheid van lichamelijke ziekten.

Het derde type reminiscentie interventie wordt gewoonlijk toegepast in een therapeutische setting. Life-review therapie is een gestructureerde vorm van reminiscentie en bedoeld voor mensen met een (sub)klinische depressie of angststoornis. De focus ligt hierbij niet alleen op het bevorderen van samenhang en continuïteit maar juist ook op het verminderen van de negatieve reminiscentie functies zoals het terughalen van bittere herinneringen en verminderen van verveling. Mensen met psychische klachten (bijvoorbeeld bij een depressie) hebben vaak de neiging om negatieve herinneringen op te halen en gebeurtenissen in het leven negatief te interpreteren (Cappeliez, 2002; Payne, 2000). In deze vorm van reminiscentie wordt life-review gecombineerd met een specifiek therapeutisch referentiekader zoals narratieve therapie (Bohlmeijer, Westerhof & Emmerink- de Jong, 2008; Bohlmeijer, Kramer, Smit, Onrust & van Marwijk, 2009), oplossingsgerichte therapie en cognitieve therapie (Watt & Cappeliez, 2000)



waarbij begeleiders actief vragen stellen vanuit dit kader. Door middel van deze vraagstelling komt de persoon tot alternatieve verhalen of andere interpretaties over zijn of haar leven.

## **1.2 Life-review en de werking van het autobiografisch geheugen**

Een aantal reminiscentie interventies, bijvoorbeeld life-review, zijn gebaseerd op het gegeven dat depressieve ouderen meer moeite hebben met het ophalen van bepaalde soorten autobiografische herinneringen (Serrano, Latorre, Gatz & Montanes, 2004). In het autobiografische geheugen, ook wel episodisch geheugen genoemd, worden dagelijkse ervaringen opgeslagen. Birren en Schroots (2006) geven de volgende definitie voor het autobiografisch geheugen: “*Iemands levensverhaal gebaseerd op de verzameling van herinneringen aan gebeurtenissen uit zijn of haar leven*”. Het autobiografisch geheugen heeft verschillende functies; het draagt onder andere bij aan het zelfbesef of zelfconcept. De herinneringen van een persoon helpen diegene om een gevoel van continuïteit en eenheid van zijn zelf te ervaren. Daarnaast heeft het autobiografisch geheugen een sturende functie. Het geheugen ondersteunt op basis van opgedane ervaringen het oplossen van problemen en het maken van beslissingen. Dit geheugen kan ook helpen bij het stellen en bereiken van levensdoelen die in overeenstemming zijn met het eigen leven. Eerdere ervaringen van de persoon kunnen de reacties in de toekomstige situaties voorspellen. Ten slotte heeft het autobiografisch geheugen een sociale functie omdat het helpt bij het ontwikkelen en onderhouden van sociale contacten (Bohlmeijer, Steunenbergh, Leontjevas, Mahler & Gerritsen, 2010).

In de jaren 80 van de vorige eeuw is een begin gemaakt in het onderzoek naar het fenomeen overgeneralisatiebias (Van Vreeswijk & Wilde, 2004) of overalgemeen geheugen (Williams & Broadbent, 1986). Hierbij zijn mensen meer geneigd om globale (negatief getinte) herinneringen op te halen in plaats van herinneringen aan specifieke gebeurtenissen die plaatsvonden op een bepaald moment en bepaalde plaats (Williams, 1996). Uit de studie van Williams, Barnofer, Crane, Raes, Watkins en Dalgleish (2007) blijkt dat personen die depressief zijn vaak moeite hebben om zich specifieke momenten of gedetailleerde herinneringen uit hun leven te herinneren. Deze uitkomst wordt omschreven als overgeneralisatie van het autobiografisch geheugen. In de afgelopen jaren zijn verschillende onderzoeken gedaan naar de trainbaarheid van het autobiografisch geheugen. Uit onderzoek van Watkins, Teasdale en Williams (2000) blijkt dat het geheugen bij mensen met een depressie meer aanpasbaar is dan in eerste instantie werd

aangenomen. In andere onderzoeken (Williams, Teasdale, Segal & Soulsby, 2000; Kremers, Spinhoven, van der Does & van Dyck, 2006) is naar voren gekomen dat de overgeneralisatie van het autobiografisch geheugen, zoals hierboven genoemd, veranderbaar en beïnvloedbaar is. Uit onderzoek van Raes, Williams en Hermans (2009) is gebleken dat patiënten met een depressieve episode door middel van een training significant meer specifieke herinneringen ophaalden naarmate de training vorderde.

Serrano, Latorre, Gatz en Montanes (2004) hebben onderzoek gedaan naar training in het ophalen van autobiografische herinneringen bij depressieve ouderen. 43 ouderen werden willekeurig toegewezen aan de interventiegroep en de controlegroep. Bij de interventie groep werd iedere week de focus gelegd op een bepaalde levensperiode, waarbij specifieke herinneringen zijn opgehaald. De controle groep kreeg bezoek van een maatschappelijk werker. Bij de nameting vertoonden de ouderen uit de interventie groep significant minder depressieve symptomen, minder hopeloosheid, verbeterde levenstevredenheid en het ophalen van meer specifieke gebeurtenissen. In 2012 hebben Serrano et al. onderzoek gedaan naar de werkzaamheid van life-review gebaseerd op het ophalen van autobiografische herinneringen bij de behandeling van depressie bij ouderen. De 37 klinisch depressieve ouderen (64-83 jaar), werden willekeurig toegewezen aan de interventiegroep met life-review therapie of aan de controle groep met ondersteunende therapie. De deelnemers in de controle groep spraken een uur per week met een psycholoog over hun huidige problemen. Resultaten gaven geen significante verschillen tussen de controlegroep en de interventiegroep. Bij ouderen die meer specifieke herinneringen ophaalden ten opzichte van de andere ouderen in de interventiegroep verminderden de depressieklachten in korter tijdsbestek. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat op de lange termijn ouderen die meer specifieke herinneringen hebben opgehaald vergeleken met de ouderen die minder hebben opgehaald, minder depressieklachten rapporteren. Aan de hand van deze uitkomsten kan gesteld worden dat het belangrijk is om reminiscentie interventies te ontwikkelen gericht op het ophalen van die specifieke herinneringen voor mensen met depressieklachten. Doorgaans worden deze life-review interventies uitgevoerd door therapeuten (Karimi et al., 2010; Korte, Bohlmeijer, Cappeliez, Smit, & Westerhof, 2012) of eventueel wetenschappelijk onderzoekers (Davis, 2004; Hsieh et al., 2010).

### 1.3 Doelstelling

Tijdens de huidige pilot studie is gebruik gemaakt van een life-review interventie genaamd Dierbare herinneringen (Bohlmeijer et al., 2010). Deze interventie is gebaseerd op het protocol van Serrano, Latorre, Gatz en Montanes (2004). Bij de interventie Dierbare herinneringen wordt life-review ook gekoppeld aan inzichten over de werking van het autobiografisch geheugen bij mensen met een depressie (Bohlmeijer, Steunenbergh, Leontjevas, Mahler, Daniel & Gerritsen, 2010). Het vernieuwende aan de interventie Dierbare herinneringen ten opzichte van de interventie van Serrano, Latorre, Gatz en Montanes (2004) is dat deze interventie grotendeels wordt uitgevoerd door vrijwilligers (Bohlmeijer et al., 2010). Het inzetten van vrijwilligers kan wanneer dit goed wordt uitgevoerd, effectiever zijn qua kosten en tijd dan wanneer dit wordt uitgevoerd door therapeuten of wetenschappelijke onderzoekers.

In de huidige pilot studie is kwantitatief gekeken naar het effect van life-review therapie gekoppeld aan autobiografische herinneringen. Dit is onderzocht door een voor- en nameting op de vragenlijsten gericht op depressieklachten en welbevinden. Er is niet alleen geanalyseerd op groepsniveau: vanwege de beperkte omvang van de steekproef is er een individuele analyse (Reliable change) uitgevoerd. Uit voorgaande onderzoeken (Serrano, Latorre, Gatz en Montanes, 2004; Serrano et al., 2012) is gebleken dat het ophalen van specifieke herinneringen effectief is voor het verminderen van depressieklachten bij ouderen. Gekeken naar het verbeteren van het welbevinden is life-review effectief bij ouderen (Bohlmeijer, Roemer, Cuijpers, Smit, 2007). In de huidige pilot zijn de opgenomen gesprekken van de vijf deelnemers getranscribeerd. De opgehaalde herinneringen (specifiek en algemeen) tijdens de gesprekken zijn in een schema verwerkt. Er is gekeken naar een relatie tussen deze herinneringen en de depressieklachten en het welbevinden (algemeen, sociaal, emotioneel, psychologisch). Een dalende trend op depressieklachten werd in de huidige pilot verwacht bij ouderen die meer specifieke (positieve) herinneringen ophaalden in vergelijking tot ouderen die minder specifieke (positieve) herinneringen ophaalden. Een stijgende trend op het welbevinden werd verwacht wanneer ouderen meer specifieke (positieve) herinneringen ophalen in vergelijking tot ouderen die minder specifieke (positieve) herinneringen ophalen.

Aan de hand van bovenstaande literatuur zijn de volgende onderzoeksvragen opgesteld:

**1. Is er een afname in depressieklachten en een toename in welbevinden na afloop van de interventie Dierbare herinneringen?**

- a. Is er na het voltooien van de interventie een significante afname van depressieklachten bij de deelnemers?
- b. Is er na het voltooien van de interventie een significante toename in welbevinden bij de deelnemers?

**2. Wat is de relatie tussen het ophalen van specifieke, positieve herinneringen en depressieklachten en het welbevinden?**

- a. Halen de deelnemers meer specifieke, positieve herinneringen op naarmate de interventie vordert?
- b. Leidt het ophalen van specifieke, positieve herinneringen tot minder depressieklachten?
- c. Leidt het ophalen van specifieke, positieve herinneringen tot een verbeterd welbevinden?
- d. Leidt het ophalen van specifieke, positieve herinneringen tot een verbeterd emotioneel, sociaal en psychologisch welbevinden ?
- e. Bestaat er een relatie tussen de overige soorten herinneringen en de depressieklachten en het welbevinden?

## **2. Methode**

### **2.1 Deelnemers**

Vijf ouderen hebben deelgenomen aan de interventie. De ouderen waren ten tijde van de interventie 65 jaar of ouder en bekend binnen de zorgorganisatie (thuiszorg, dagopvang, verzorgingshuis- of verpleeghuiszorg). In totaal zijn er tien deelnemers gevraagd die in eerste instantie hebben ingestemd met deelname aan de interventie. Twee deelnemers zijn afgevallen vanwege gezondheidsredenen. Daarnaast zijn er problemen geweest tijdens de opnames van de gesprekken waardoor de gegevens van drie andere deelnemers niet konden worden meegenomen in deze pilot. Van de vijf overgebleven deelnemers hebben er vier vijf gesprekken gevoerd met de vrijwilliger en één persoon heeft vier gesprekken gevoerd. De uitkomsten van deze laatste deelnemer zijn vanwege de kleine steekproef meegenomen in de resultaten. De ouderen ervoeren bij aanvang van de interventie een verminderd welbevinden, dit is gemeten met de Mental Health Continuüm Short Form. Bij een score van 4.8 of lager was deelname mogelijk (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster & Keyes, 2011).

Verschillende exclusie criteria zijn toegepast. Er is gekeken naar ernstige cognitieve beperkingen door middel van de Mini Mental State Examination (MMSE; Folstein, Folstein & McHugh, 1975). Bij een score van achttien of lager was deelname niet mogelijk. Daarnaast was het niet mogelijk wanneer er bij de oudere sprake was van een ernstige depressieve episode. Dit is gemeten door middel van de Mini International Neuropsychiatrisch Interview (MINI) (Sheehan et al., 1998), waarbij bij acht of negen van de negen DSM-IV depressiesymptomen deelname was uitgesloten. Wanneer de oudere in de drie maanden voorgaand aan de interventie is gestart met een medicamenteuze behandeling voor depressieklachten was deelname niet mogelijk. Ten slotte was het niet mogelijk om deel te nemen aan de interventie wanneer de oudere de Nederlandse taal slecht beheerste.

### **2.2 Werving en procedure**

De werving vond plaats in samenwerking met de eerst verantwoordelijke verzorgenden (EVVs) binnen de deelnemende verpleeg- en verzorgingstehuizen. Bij interesse kreeg de oudere een informatiepakket over het verloop van het onderzoek, de EVV gaf de naam van de geïnteresseerde door aan de hoofdonderzoeker van de Universiteit Twente.

Vervolgens introduceerde de EVV een derde of vierdejaars psychologie student tijdens een kennismakingsgesprek. Tijdens dit gesprek is het doel en de procedure van het onderzoek uitgelegd en heeft de oudere een informed consent formulier ondertekend, daarnaast zijn de in- en exclusiecriteria nagegaan. Wanneer er aan deze in- en exclusiecriteria is voldaan, werden de overige uitkomstmaten gemeten. De EVV heeft de oudere op de hoogte gesteld van de deelname aan het onderzoek en heeft de vrijwilliger aan de oudere voorgesteld.

Tijdens de interventie is zoveel mogelijk gestreefd naar het ophalen van (eenmalige) positieve specifieke herinneringen. Het protocol voor de interventie staat beschreven in het daarvoor ontwikkelde cursusboek Dierbare herinneringen (Richters, Korte, Westerhof & Bohlmeijer, 2013). De vrijwilligers stelden vragen als *'Kunt u me vertellen over een uitje dat u met uw ouders (of een andere dierbare) heeft gemaakt? (eventueel specifiek maken: uitje naar het strand, de kermis, carnaval etc.)'*. Na het afronden van de vijf gesprekken heeft het tweede meetmoment plaatsgevonden (t1).

## **2.3 Interventie**

Het eerste gesprek is een oriënterend gesprek met als doel om de vrijwilliger en de deelnemer kennis te laten maken en om algemene dingen over de deelnemer te weten te komen. Tijdens het tweede gesprek zijn herinneringen opgehaald over de kindertijd, van 0 tot 12 jaar. Het derde gesprek ging over de jeugd, van 12 tot 18 jaar en het vierde gesprek over de volwassenheid. In het vijfde gesprek zijn herinneringen opgehaald over het leven in het algemeen, het afsluitende gesprek. De vrijwilliger moest in staat zijn empathie te tonen, te luisteren, het gesprek te structureren en ook het doorvragen was van belang. De vrijwilligers volgden één dag een training, waarin de bovengenoemde vaardigheden zijn geoefend. De vrijwilligers zijn gecoacht en stonden tijdens de interventie onder supervisie van een psycholoog. De vrijwilligers kregen een cursusboek mee waar alle informatie nog eens kunnen doorlezen, onder andere de structuur van de gesprekken met vragen. Op internet konden de vrijwilligers via een e-learning programma oefenen met de gespreksvaardigheden.

## **2.4 Meetinstrumenten**

### *Mental health Continuum-Short Form (MHC-SF)*

Door middel van de MHC-SF (Keyes et al., 2008; Lamers et al., 2011) is het welbevinden gemeten (zie bijlage 4). Deze vragenlijst bestaat uit 14 items, de items worden ingevuld op een

zespunt schaal van nooit (0) tot elke dag (5), de frequentie is de afgelopen maand. Niet alleen het totale welbevinden wordt door de vragenlijst gemeten maar ook de mate van emotioneel welbevinden, (3 items), sociaal welbevinden (5 items) en psychologisch welbevinden (6 items). Hoe hoger de score, hoe meer welbevinden de persoon ervaart. De betrouwbaarheid en validiteit zijn hoog genoeg om positieve, geestelijke gezondheid te kunnen meten in Nederland. Dit geldt ook voor de constructen sociaal, emotioneel en psychologisch (Lamers et al., 2011).

#### *Geriatric Depression Scale (GDS-8)*

De depressieklachten zijn gemeten door middel van de Nederlandse versie van de verkorte Geriatric Depression Scale (Jongenelis et al., 2007). De vragenlijst bestaat uit acht items naar symptomen van depressie, hierbij kan met een ja (0) of een nee (1) geantwoord worden (zie bijlage 3). Hoe hoger de score hoe meer depressieklachten de persoon heeft. Bij een score van 2 of meer is er sprake van klinisch relevante depressieklachten. Dit instrument is specifiek ontwikkeld voor ouderen en het is betrouwbaar en valide (Jongenelis et al., 2007).

#### *Specifieke positieve herinneringen bij dierbare herinneringen (SPH-DH)*

Om de specifieke positieve herinneringen van de deelnemers te kunnen onderzoeken is een meetinstrument (zie bijlage 1) voor het meten van de specifieke positieve herinneringen in de interventie ‘Dierbare herinneringen’ ontwikkeld. In dit meetinstrument worden specifieke (positief of negatief) herinneringen gedefinieerd als een eenmalige positieve gebeurtenis die niet langer duren dan één dag (Williams & Broadbent, 1986). Nadat de gesprekken met de bewoners zijn afgerond, zijn deze gesprekken getranscribeerd en in het schema verwerkt. De herinneringen zijn ingedeeld in specifieke positieve, specifieke negatieve, algemene positieve en algemene negatieve herinneringen. Herinneringen die langer duren dan één dag of die tijdens meerdere gebeurtenissen plaatsvond zijn ingedeeld in algemeen positief of algemeen negatief. In steekwoorden wordt vervolgens de herinnering genoteerd. Wanneer er in twee verschillende gesprekken twee identieke herinneringen zijn opgehaald, worden deze in beide gesprekken genoteerd en meegeteld. Een voorbeeld van een ingevuld schema is als bijlage (zie bijlage 2) toegevoegd.

## 2.5 Analyse

De verkregen resultaten uit de huidige pilot studie zijn geanalyseerd met behulp van SPSS 20. De demografische gegevens van de deelnemers zijn beschreven (Tabel 1). Om de twee onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden zijn meerdere vragen opgesteld;

2.5.1 Is er een afname in depressieklachten en een toename in welbevinden na afloop van de interventie Dierbare herinneringen?

Om te kunnen zien of er een significant verschil is tussen de voor- en nameting op zowel de GDS-8 als de MHC-SF is er gekozen voor een gepaarde t-test. Er is daarnaast gekozen voor een individuele analyse van de 'reliable change'(RC) (Jacobsen & Truax, 1991). In plaats alleen te kijken naar het groepsgemiddelde, zijn er patronen van verandering onderzocht op individueel niveau. Er is bepaald hoe groot de kans is dat een gevonden verandering op toeval berust of niet. Deze keuze is gemaakt vanwege de kleine steekproef. Voor iedere deelnemer is bepaald of er een betrouwbare klinische verandering of herstel is opgetreden. De standaarddeviatie van de voor meting van de twee instrumenten (GDS-8 en MHC-SF) is berekend aan de hand van de gegevens van de deelnemers van het huidige pilot studie.

De volgende formule is gebruikt:

$$RC = (X_{post} - X_{pre}) / \sqrt{2(S_{pre} \sqrt{1 - \alpha})^2} = X_{post} - X_{pre} / S_{diff}$$

$$-1.96 \geq RC \geq 1.96$$

Wanneer de RC 1.96 is of groter of de RC is -1.96 of kleiner dan is het verschil statistisch significant.

2.5.2 Halen de deelnemers meer specifieke, positieve herinneringen op naarmate de interventie vordert?

Er is gebruik gemaakt van de Friedman toets. Vanwege de kleine steekproef is gekozen voor een non parametrische toets. Vier deelnemers hebben vijf gesprekken gevoerd met vrijwilligers en één deelnemer heeft vier gesprekken gevoerd met de vrijwilliger. Er is gekeken of er een toename is in specifieke positieve herinneringen per gesprek. Door het aantal opgehaalde



specifieke positieve herinneringen per gesprek met elkaar te vergelijken is gekeken of er een significant verschil is tussen het aantal opgehaalde specifieke positieve herinneringen. In tabel 6 zijn het aantal opgehaalde specifieke, positieve herinneringen per gesprek per deelnemer beschreven.

#### 2.5.3 Leidt het ophalen van specifieke, positieve herinneringen tot minder depressieklachten?

Voor het beantwoorden van deze onderzoeksvraag is gebruik gemaakt van de voor- en nameting op de vragenlijsten die de depressieklachten (GDS-8) meet, waarbij de verschillcores tussen de voor- en nameting van de GDS-8 zijn berekend. Deze verschillcores zijn samen met de totale specifieke, positieve herinneringen gemeten per persoon door middel van een non-parametrische toets. Er is gekozen voor de correlatie van Spearman omdat deze een mogelijke samenhang meet tussen de positieve specifieke herinneringen en het welbevinden of depressieklachten. Er werd verband verwacht tussen de depressieklachten en de specifieke, positieve herinneringen.

#### 2.5.4 Leidt het ophalen van specifieke, positieve herinneringen tot een verbeterd welbevinden?

Een non-parametrische toets, de correlatie van Spearman is ingezet om deze vraag te beantwoorden. De verschillcores van de voor- en nameting op de vragenlijst MHC-SF zijn voor deze vraag gebruikt. Er werd een verband verwacht tussen het (totale) welbevinden en specifieke, positieve herinneringen.

#### 2.5.5 Leidt het ophalen van specifieke, positieve herinneringen tijdens de interventie tot een verbeterd emotioneel, sociaal en psychologisch welbevinden?

Er is gebruik gemaakt van een non-parametrische toets, de correlatie van Spearman. De verschillcores van de onderdelen op de MHC-SF op de voor- en nameting (t1-t0) van de emotioneel, sociaal en psychologisch welbevinden zijn berekend. Deze verschillcores zijn per onderdeel berekend en samen met het totaal aantal specifieke positieve herinneringen getoetst door middel van een non-parametrische toets (Spearman correlatie).

2.5.6 Bestaat er een relatie tussen de overige soorten herinneringen en de depressieklachten en het welbevinden?

Voor het beantwoorden van deze vraag zijn de uitkomstmaten van per soort herinneringen opgeteld per deelnemer (specifiek positief, specifiek negatief, algemeen positief, algemeen negatief). De verschilscore van depressie en welbevinden zijn met het soort herinnering berekend door middel van een non-parametrische toets (correlatie Spearman), vanwege de kleine steekproef. Deze uitkomstmaten tonen mogelijk aan of er een verband bestaat tussen de soort herinnering en de uitkomstmaten op depressie en/of welbevinden.

Tabel 1. *Overzicht demografische gegevens*

Uitkomstmaat	Participanten ( $n=5$ )
<b>Leeftijd</b>	<b>M= 87.2 (SD=7.395)</b>
Min.-Max.	79-99
<b>Geslacht</b>	
Man	2
Vrouw	3
<b>Burgerlijke staat</b>	
Gehuwd	1
Gescheiden	1
Weduwe/Weduwnaar	3
<b>Woonsituatie</b>	
Samenwonend	1
Alleenstaand	4
<b>Nationaliteit</b>	
Nederlands	5
<b>Opleiding</b>	
Lagere school	1
Lager beroepsonderwijs	2
Middelbaar beroepsonderwijs	2

### 3. Resultaten

#### 3.1 Depressieklachten en welbevinden na afloop van de interventie

De gepaarde t-test laat zien dat er geen significant verschil optreedt in depressieklachten na afloop van de interventie ( $t(4) = 0.255$ ,  $p = 0.811$ ). Analyse van de 'reliable change' laat zien dat de significante score verschil tussen voor en nameting op de Geriatric Depression Scale 8 (GDS-8) 2 punten is (Tabel 2). De gemiddelde score op voor- en nameting waren respectievelijk  $M_1=2.2$  en  $M_2 = 1.8$ . Het gemiddelde van de verandering in score tussen voor en na meting was  $M_{2-1} = -0.4$  (Tabel 3). Na afloop van de interventie zijn bij twee deelnemers de depressieklachten gedaald, waarvan bij een deelnemer een significante afname. Bij twee deelnemers zijn de depressieklachten significant gestegen, voor aanvang van de interventie rapporteerden zij geen depressieklachten. Een deelnemer had zowel voor als na de interventie geen depressieklachten.

Tabel 2. *Overzicht psychometrische eigenschappen en significant verschil op de GDS-8*

GDS-8	
Cronbachs's $\alpha$	0.9
SD	3.0
Sediff	0.6
Significant verschil	2

Tabel 3. *Overzicht Reliable Change GDS-8*

GDS-8	Xpre	Xpost	Xpost- Xpre	RC
<b>Deelnemer</b>				
1	6	0	-6	-9.430*
2	0	0	0	0
3	5	4	-1	-1.571
4	0	2	+2	3.14*
5	0	3	+3	4.72*
M	2.2	1.8	-0.4	

\*Significant RC

Gekeken naar het welbevinden is te zien dat er geen significant verschil optreedt in welbevinden na afloop van de interventie ( $t(4) = 0.212$ ,  $p = 0.843$ ).

De ‘reliable change’ analyse van de MHC-SF laat zien dat het significante verschil tussen voor- en nameting 19 punten is (Tabel 4). De gemiddelde score op de voor- en nameting zijn respectievelijk  $M_1 = 45.2$  en  $M_2 = 44$ . Het gemiddelde verschil tussen voor- en nameting is  $M_{2-1} = -1.2$  (Tabel 5). Bij twee deelnemers was een stijging te zien ten opzichte van de voormeting op het welbevinden, waarvan één stijging significant. Bij drie deelnemers was bij de nameting een daling te zien op het totale welbevinden.

Tabel 4. *Overzicht psychometrische eigenschappen en significant verschil MHC-SF*

<b>MHC-SF</b>	
<b>Chronbach's <math>\alpha</math></b>	0.5
<b>SD</b>	10.9
<b>Sediff</b>	9.8
<b>Significant verschil</b>	19

Tabel 5. *MHC-SF Reliable Change*

<b>MHC-SF</b>	<b>Xpre</b>	<b>Xpost</b>	<b>Xpost- Xpre</b>	<b>RC</b>
<b>Deelnemer</b>				
<b>1</b>	50	51	1	0.10
<b>2</b>	31	51	20	2.02*
<b>3</b>	58	48	-10	-1.01
<b>4</b>	50	40	-10	-1.01
<b>5</b>	37	30	-7	-0.71
<b>M</b>	45.2	44	-1.2	

\*Significant RC

### **3. 2 Opgehaalde specifieke, positieve herinneringen tijdens de interventie**

Er was geen (significante) toename in het ophalen van de specifieke, positieve herinneringen naarmate de interventie vordert,  $X^2(4) = 2.894$ ,  $p = .576$ .

In tabel 6 zijn het aantal opgehaalde positieve specifieke herinneringen per deelnemer en gesprek weergegeven. Daarnaast zijn de scores op de voor- en nameting van de MHC-SF en de GDS-8 weergegeven.

Bij deelnemer 1 en 5 zijn de meeste specifieke, positieve herinneringen opgehaald tijdens het tweede, derde en vierde gesprek. Deelnemer drie heeft de meeste specifieke, positieve herinneringen opgehaald tijdens de eerste drie gesprekken. Bij deelnemer twee en vier zijn het aantal opgehaalde specifieke, positieve herinneringen relatief gelijk gebleven per gesprek.

Tabel 6. *Aantal opgehaalde specifieke positieve herinneringen en de voor- en nameting op de MHC-SF en de GDS-8*

Aantal opgehaalde positieve specifieke herinneringen per gesprek per deelnemer							<i>n</i> =5			
Gesprek	1	2	3	4	5	Totaal	MHC-SF		GDS-8	
							t0	t1	t0	t1
Deelnemer 1	2	15	6	8	1	32	50	51	6	0
Deelnemer 2	2	3	2	3	-*	10	31	51	0	0
Deelnemer 3	12	11	12	8	10	53	58	48	5	4
Deelnemer 4	2	1	3	1	3	10	50	40	0	2
Deelnemer 5	0	8	6	6	3	23	37	30	0	3

Note \* = Gesprek heeft niet plaatsgevonden, zie bovenstaande informatie voor meer uitleg over hoe dit is berekend

### 3.3 De relatie tussen de specifieke, positieve herinneringen en de depressieklachten en het welbevinden.

Er was geen significante correlatie tussen de depressieklachten (t1-t0) en de totale specifieke positieve herinneringen ( $r_s(4) = -.564, p = .161$ ). Er was ook geen sprake van een significante correlatie tussen de uitkomstmaten op welbevinden (t1-t0) en specifieke positieve herinneringen ( $r_s(4) = -.462, p = .217$ ).

Gekeken naar het sociaal welbevinden (t1-t0) en de totale specifieke, positieve herinneringen was er geen significante correlatie ( $r_s(4) = .000, p = 1.000$ ). Tussen het emotioneel welbevinden(t1-t0) en de opgehaalde specifieke positieve herinneringen ( $r_s(4) = .103, p = .870$ ) was ook geen correlatie. Tot slot bleek er een sterke, negatieve correlatie te zijn tussen het psychologisch welbevinden en de opgehaalde specifieke, positieve herinneringen ( $r_s(4) = -.975, p = .005$ ).

In tabel 7 zijn het totaal aantal opgehaalde specifieke, positieve herinneringen en de scores op de verschillende soorten welbevinden weergegeven. In deze tabel is te lezen dat deelnemer 3, de meeste specifieke, positieve herinneringen heeft opgehaald en als enige een afname te zien is op psychologisch welbevinden. Deelnemers 2 en 4 hebben de minste specifieke, positieve herinneringen opgehaald en is het psychologisch welbevinden het meest gestegen vergeleken met de andere deelnemers.

Tabel 7. *Totaal aantal specifieke, positieve herinneringen en de verschilscores van het sociaal, emotioneel en psychologisch welbevinden op de MHC-SF*

		X-post - Xpre			n=5
	Totaal positief specifieke herinneringen	sociaal	emotioneel	psychologisch	
<b>Deelnemer 1</b>	32	-4	+3.99	+1.0	
<b>Deelnemer 2</b>	10	+8	+9.99	+5.4	
<b>Deelnemer 3</b>	53	-5	-0.99	-3.98	
<b>Deelnemer 4</b>	10	-6	-3.99	+2.0	
<b>Deelnemer 5</b>	23	-5	-3.0	+1.29	

### 3.4 De relatie tussen de overige opgehaalde herinneringen en de depressieklachten en het welbevinden.

Gekeken naar de algemeen positieve herinneringen en depressieklachten bleek geen sprake te zijn van een significante correlatie ( $r_s(4) = -.600, p = .285$ ). Bij de correlatie van Spearman tussen depressieklachten en specifieke negatieve herinneringen bleek dat er geen significante correlatie was ( $r_s(4) = -.600, p = .285$ ). Tussen de depressieklachten (t1-t0) en algemene negatieve herinneringen was ten slotte geen significante correlatie ( $r_s(4) = -.500, p = .391$ ).

Er was geen significante correlatie tussen de specifieke negatieve herinneringen en het welbevinden ( $r_s(4) = -.700, p = .188$ ). Tussen de algemene negatieve herinneringen en het welbevinden was geen correlatie ( $r_s(4) = -.300, p = .634$ ). Tot slot was er ook geen correlatie tussen algemene positieve herinneringen en het welbevinden ( $r_s(4) = -.300, p = .624$ ).

## 4. Discussie

Dertien tot twintig procent van de ouderen heeft te maken met psychische problematiek waaronder symptomen van depressie (Beekman, Copeland & Prince, 1999; Metha et al., 2003; van Tilburg, Havens & de Jong Gierveld, 2004). Een behandeling van depressie bij ouderen brengt meer kosten met zich mee dan wanneer er preventief kan worden ingezet op depressieklachten. Voor de huidige pilot studie is gebruik gemaakt van de interventie Dierbare herinneringen (Bohlmeijer et al., 2010). In de huidige pilot is onderzocht of de interventie Dierbare herinneringen effectief is voor het verminderen van depressieklachten en verbeteren van het welbevinden.

Op groepsniveau kan niet worden gesproken van een significante verandering. Er is daarnaast per deelnemer gekeken naar de verschillen op de voor- en nameting van de GDS-8 en de MHC-SF. In tegenstelling tot de meting op groepsniveau kan er op individueel wel gesproken worden van significante veranderingen ten opzichte van de depressieklachten en het welbevinden.

Van de vijf deelnemers waren er voor aanvang van de interventie twee deelnemers (1 en 3) met depressieklachten (GDS-8). Na afloop rapporteerden deze twee deelnemers minder depressieklachten dan voor de interventie, bij deelnemer 1 zijn de depressieklachten zelfs significant afgenomen en rapporteerde hij na afloop geen depressieklachten. Onderzoek van Seranno (2012) leverde aanwijzingen op dat ouderen die meer specifieke herinneringen hebben opgehaald vergeleken met ouderen die minder hebben opgehaald minder depressieklachten rapporteren op de lange termijn. Mogelijk nemen de depressieklachten voor deelnemer 3 op de lange termijn verder af, deelnemer 1 en 3 hebben de meeste specifieke, positieve herinneringen opgehaald vergeleken met de andere drie deelnemers. Deze uitkomst ondersteunt ook de theorie (Williams, Teasdale, Segal & Soulsby, 2000; Kremers, Spinhoven, van der Does & van Dyck, 2006) dat overgeneralisatie van het autobiografisch geheugen veranderbaar en beïnvloedbaar is.

Deelnemers 2, 4 en 5 rapporteerden voor aanvang van de interventie geen depressieklachten, deelnemer 2 rapporteerde ook na afloop geen depressieklachten. Opvallend is dat bij deelnemer 4 en 5 na afloop van de interventie de klachten significant zijn toegenomen. Een mogelijke verklaring is dat de ingezette interventie Dierbare herinneringen (Bohlmeijer et al., 2010) gebaseerd is op een protocol gericht op het autobiografisch geheugen (Serrano, Latorre, Gatz & Montanes, 2004; Serrano et al., 2012). Aan de hand van theorieën en onderzoeken over de effecten van depressie op autobiografisch geheugen, is deze life-review therapie protocol voor

ouderen met depressie (klachten) ontwikkeld en getoetst. Alleen ouderen met een depressie zijn geselecteerd (Serrano, Latorre, Gatz & Montanes, 2004; Serrano et al., 2012), dit in tegenstelling tot de huidige pilot. Mogelijk heeft deze interventie een andere werking op mensen die voor aanvang geen depressieklachten hebben. Daarnaast is het mogelijk dat de depressieklachten op de lange termijn bij deze twee deelnemers afnemen omdat ze bezig zijn met het verwerken van de gebeurtenissen in het leven. Deelnemer 4 heeft in het laatste gesprek vertelt dat sinds haar man is overleden ze nergens meer komt, daarvoor ondernamen ze veel en deed hij veel voor haar. Deelnemer 5 vertelde ook dat zijn vrouw het mooiste in zijn leven is geweest wat hem is overkomen. Bekend is dat rouw en life-review parallel kunnen lopen (Silver, 1995; Viney, Benjamin, & Preston, 1989), mogelijk geeft de t-2 meting een daling in de depressieklachten aan bij deze deelnemers.

Een significante verbetering in het welbevinden is gevonden bij deelnemer 2, in tegenstelling tot de overige vier deelnemers waarbij geen significante verandering heeft opgetreden. Deelnemer 2 heeft daarnaast geen depressieklachten gerapporteerd, zowel voor als na de interventie. Deze deelnemer vertelde dat zij na 31 jaar huwelijk is gescheiden, in de jaren 80. Dit gebeurde niet vaak, de deelnemer voegde daaraan toe dat wanneer je van de boer kwam dit helemaal niet vaak voorkwam. Zij werd geestelijk mishandeld en kon hierdoor het huwelijk niet langer in stand houden. Na de scheiding moest ze haar eigen weg weer vinden. Onderzoek toont aan (Sin & Lyubomirsky, 2009) dat positieve psychologische interventies waaronder life-review mensen beter leert om te gaan met negatieve ervaringen en als gevolg hiervan ervaren zij een verbeterd welbevinden.

Tussen het ophalen van specifieke, positieve herinneringen en de depressieklachten is een beweging richting een trend gevonden. Aan de hand van de literatuur (Serrano, Latorre, Gatz & Montanes, 2004; Serrano et al. 2012) werd aangetoond dat het ophalen van specifieke herinneringen effectief is voor het verminderen van depressieklachten.

Er is geen trend gevonden voor het ophalen van specifieke, positieve herinneringen en het totale welbevinden. Tussen het ophalen van specifieke, positieve herinneringen en het welbevinden zowel sociaal als emotioneel is geen trend gevonden. Op het gegeven na dat life-review therapie in het algemeen effectief is voor het verbeteren van het welbevinden (Bohlmeijer, Roemer, Cuijpers & Smit, 2007), is er op het moment van schrijven weinig bekend over de werking van het ophalen van specifieke (positieve) herinneringen met het welbevinden.



Toekomstig onderzoek zal moeten uitwijzen of het ophalen van specifieke, positieve herinneringen ook effectief is voor het verbeteren van het welbevinden.

Opvallend is het significante negatieve verband tussen het ophalen van het specifieke, positieve herinneringen en het psychologisch welbevinden. Onder psychologisch welbevinden vallen zelfacceptatie, persoonlijke groei, doel in het leven, omgevingsbeheersing, autonomie en positieve relaties (Westerhof & Keyes, 2008). Volgens de levensfasen theorie van Erikson (1959), is een grote uitdaging in het latere leven om de balans op te maken. Onderdeel van dit proces is de erkenning van de nadelen van het leven: bijvoorbeeld dromen en plannen die niet zijn gerealiseerd, beslissingen die niet zijn gemaakt of beslissingen waar men achteraf spijt van heeft, conflicten die nog niet zijn opgelost. Butler (1963) merkte op dat bij oudere mensen een stijging te zien was qua reminisceren en beschreef dit als een natuurlijk proces waarbij terug wordt gekeken op het leven. Een deel van dit proces is het vermogen om bepaalde dingen los te kunnen laten en de aanvaarding van de dood (Garland & Garland, 2001). De deelnemer die de meeste specifieke, positieve herinneringen heeft opgehaald, is als enige gezakt qua score op psychologisch welbevinden. Mogelijk heeft het ophalen van meer herinneringen het reminiscentie proces meer gestimuleerd, waardoor de deelnemers tijdens de t1-meting nog bezig zijn geweest met de verwerking van bovengenoemde processen (Erikson, 1959; Butler, 1963). Zes maanden na afloop van de interventie wordt een t2-meting uitgevoerd, mogelijk trekt dit verschil bij. Op het moment van schrijven hebben deze metingen nog niet plaatsgevonden.

Tot slot is naar voren gekomen dat er geen trend is gevonden tussen het ophalen van de andere soorten herinneringen (specifieke negatieve, algemene positieve en algemene negatieve) en de depressieklachten of het welbevinden. De resultaten uit deze studie laten dus ook niet zien dat het ophalen van negatieve herinneringen zorgen voor meer depressieklachten.

#### **4.1 Sterke kanten en beperkingen van deze pilot studie**

Een sterk punt in deze pilot studie is de individuele analyse. De ‘reliable change’ werd gebruikt om een betrouwbare verandering in depressieklachten en welbevinden voor en na de interventie te bepalen bij iedere deelnemer afzonderlijk. Op groepsniveau vond er geen significant verschil plaats, terwijl op individueel niveau bij meerdere deelnemers de depressieklachten afnamen en het welbevinden is gestegen.

Een beperking van deze studie is de omvang van de steekproef vijf deelnemers. Om de resultaten te kunnen interpreteren is meer data nodig. Bij drie deelnemers waren de geluidsopnames niet bruikbaar. Daarnaast zijn twee deelnemers uitgevallen vanwege kwetsbaarheden rondom hun gezondheid. De ouderen die hebben deelgenomen aan een interventie als Dierbare herinneringen zijn in hun vierde levensfase. Deze vierde levensfase wordt gekarakteriseerd door toenemende beperkingen als gevolg van gezondheidsproblemen (van Tilburg, 2005). Een deelnemer geeft aan “*de benen willen niet meer, ik begin slechter te zien, alles wordt minder*”.

Een andere beperking is het ontbreken van een procesbeschrijving, om inzichtelijk te krijgen waar en wat er gebeurt tijdens de gesprekken met de deelnemers. De gesprekken zijn getranscribeerd, gezien de kleine steekproef en de opvallende resultaten had hier meer informatie uitgehaald kunnen worden. Een gesprek met de vrijwilligers had meer inzicht kunnen geven in het proces van de gesprekken maar ook eventueel processen buiten de interventie. Er had dan gekeken kunnen worden naar de manier van vragen stellen voor het ophalen van specifieke herinneringen. Bij gesloten vragen kunnen de deelnemers worden beperkt in hun uitingen (Lang & van der Molen, 2012). Dergelijke vragen kunnen voortkomen uit een bepaald vooropgezet, idee die vaak suggestief zijn (Lang & van der Molen, 2012), een aantal vrijwilligers maakten vaak gebruik van deze suggestieve vragen. Tot slot kan het zo zijn dat de deelnemer zich niet meer uitgenodigd voelt samen iets te bespreken en hoeft alleen maar te antwoorden op wat de vrijwilliger dan bedenkt (Lang & van der Molen, 2012). Het open kunnen vertellen is erg belangrijk bij het ophalen van specifieke herinneringen.

## **4.2 Conclusie en aanbevelingen**

Gekeken naar de eerste onderzoeksvraag met betrekking tot de depressieklachten en het welbevinden is de interventie Dierbare herinneringen voor een aantal deelnemers succesvol geweest. Bij de deelnemers die depressieklachten rapporteerden zijn de depressieklachten gedaald na afloop van de interventie. Opmerkelijk is dat bij twee andere deelnemers de klachten significant zijn gestegen. Dit terwijl zij voor aanvang van de interventie geen depressieklachten rapporteerden. De interventie Dierbare herinneringen is ontwikkeld voor ouderen met depressieve klachten, waarbij theorieën over het autobiografisch geheugen bij depressieve ouderen zijn meegenomen. De vraag is hoeveel winst er te behalen is op depressieklachten

wanneer de ouderen voor aanvang geen depressieklachten rapporteren (GDS-8).

Voor één deelnemer is het welbevinden significant toegenomen. Hoewel niet significant steeg het welbevinden voor een andere deelnemer en daalde het welbevinden voor de overige drie deelnemers. Voor vervolgonderzoek is het ten eerste belangrijk om een grotere steekproef samen te stellen, zodat er betrouwbare uitspraken gedaan kunnen worden over de relatie van de positieve, specifieke herinneringen en de depressieklachten en het welbevinden. Daarnaast is het goed om te kijken of mensen zonder depressieklachten kunnen deelnemen aan de interventie Dierbare herinneringen. Tot slot kan een controle groep voor toekomstig onderzoek worden ingezet om te onderzoeken welk effect het vrijwilligerscontact heeft op de depressieklachten en het welbevinden. Voornamelijk voor het welbevinden is dit belangrijk omdat er minder onderzoek naar is gedaan in verhouding tot de depressieklachten.

Middels deze pilot zijn inzichten verkregen over het ophalen van specifieke, positieve herinneringen en de relatie met de depressieklachten en het welbevinden. Tussen het ophalen van specifieke, positieve herinneringen en depressieklachten is een beweging richting een trend gevonden. Er is geen relatie gevonden tussen het ophalen van specifieke, positieve herinneringen en het welbevinden. Vanwege de beperkte steekproef zal een grotere steekproef in toekomstig onderzoek moeten uitwijzen over een relatie tussen specifieke, positieve herinneringen en de depressieklachten en het welbevinden.

Aan de hand van de uitkomsten kan gesteld worden dat vrijwilligers de interventie Dierbare herinneringen kunnen uitvoeren. Life-review therapie zoals Dierbare herinneringen wordt gewoonlijk toegepast in een therapeutische setting, dit vraagt veel van onder andere de gespreksvoering van de vrijwilliger. Om meer specifieke, positieve herinneringen op te halen bij de ouderen zijn er verschillende mogelijkheden. Shin en Kleiner (2003) benoemen dat het een voordeel is om vrijwilligers te werven met een relevante achtergrond. Een andere optie is een extra trainingsdag waarbij de gespreksvaardigheden door middel van rollenspellen worden geoefend. Rollenspel is effectief bij het aanleren van gesprekstechnieken (Baker & Daniels, 1989).

## Referenties

- Baker, S. B., & Daniels, T. G. (1989). Integrating research on the microcounseling program: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 213.
- Beekman, A. T., Copeland, J. R., & Prince, M. J. (1999). Review of community prevalence of depression in later life. *The British Journal of Psychiatry*, 174(4), 307-311.
- Birren, J. E. (1987). The best of all stories. *Psychology Today*, 21(5), 91-92.
- Birren, J. E., & Schroots, J. J. (2006). Autobiographical memory and the narrative self over the life span. *Handbook of the psychology of aging*, 477-498.
- Bluck, S., & Levine, L. J. (1998). Reminiscence as autobiographical memory: A catalyst for reminiscence theory development. *Ageing and Society*, 18(2), 185-208.
- Bohlmeijer, E., Valenkamp, M., Westerhof, G., Smit, F., & Cuijpers, P. (2005). Creative reminiscence as an early intervention for depression: Results of a pilot project. *Aging and Mental Health*, 9(4), 302-304.
- Bohlmeijer, E.T., Roemer, M., Cuijpers, P., & Smit, F. (2007). The effects of life-review on psychological well-being in older adults: a meta-analysis. *Aging and Mental Health*, 11(3), 291-300.
- Bohlmeijer, E. T., Westerhof, G. J., & Emmerik-de Jong, M. (2008). The effects of integrative reminiscence on meaning in life: Results of a quasi-experimental study. *Aging and Mental Health*, 12(5), 639-646.
- Bohlmeijer, E., Kramer, J., Smit, F., Onrust, S., & van Marwijk, H. (2009). The effects of integrative reminiscence on depressive symptomatology and mastery of older adults. *Community mental health journal*, 45(6), 476-484.
- Bohlmeijer, E., Steunenberg, B., Leontjevas, R., Mahler, M., Daniel, R., Gerritsen, D. (2010). Dierbare herinneringen Protocol voor individuele life-review therapie gebaseerd op autobiografische oefening. Enschede: Universiteit Twente.
- Bohlmeijer, E. T., Bolier, L., Walburg, J. A. & Westerhof, G.J. (2013) *Handboek positieve psychologie. Theorie onderzoek en toepassingen*. Uitgeverij Boom.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13, 119.
- Butler, R. N. (1963). The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26(1), 65-76.
- Cappeliez, P. (2002). Cognitive-reminiscence therapy for depressed older adults in day hospital and long-term care. *Critical advances in reminiscence work: From theory to application*, 300-313.

- Comijs, H. C. (2012). Somatische en psychische problematiek bij ouderen; samenhang en zorggebruik.
- Davis, M.C. (2004). Life review therapy as an intervention to manage depression and enhance life satisfaction in individuals with right hemisphere cerebral vascular accidents. *Issues in Mental Health Nursing*, 25, 503–515.
- Erikson, E. H. (1959). Identity and the life cycle: Selected papers. *Psychological issues*.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). “Mini-mental state”: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3), 189-198.
- Garland, J., & Garland, C. (2001). *Life review in health and social care: A practitioner's guide*. Psychology Press.
- Haight, B. K. (1988). The therapeutic role of a structured life review process in homebound elderly subjects. *Journal of gerontology*, 43(2), P40-P44.
- Haight, B. K., & Dias, J. K. (1992). Examining key variables in selected reminiscing modalities. *International psychogeriatrics*, 4(04), 279-290.
- Hsieh, C.J., Chang, C., Su, S.F., Hsiao, Y.L., Shih, Y.W., Han, W.-H., & Lin, C.C. (2010). Reminiscence group therapy on depression and apathy in nursing home residents with mild- to-moderate dementia. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 2, 72–78
- Jongenelis, K., Gerritsen, D. L., Pot, A. M., Beekman, A. T., Eisses, A. M., Kluiters, H., & Ribbe, M. W. (2007). Construction and validation of a patient and user friendly nursing home version of the Geriatric Depression Scale. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(9), 837-842
- Karimi, H., Dolatshahee, B., Momeni, K., Khodabakhshi, A., Rezaei, M., & Kamrani, A.A. (2010). Effectiveness of integrative and instrumental reminiscence therapies on depression symptoms reduction in institutionalized older adults: An empirical study. *Aging & Mental Health*, 14, 881–887.
- Kempen, G. I. J. M. (2009). Psychosociale aspecten van gezondheid en zelfredzaamheid bij ouderen: van determinanten naar interventie. *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie*, 40(6), 253-261.
- Keyes, C.L.M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61, 121-140.
- Keyes, C. L. M., Wissing, M., Potgieter, J. P., Temane, M., Kruger, A., & van Rooy, S. (2008). Evaluation of the mental health continuum-short form (MHC-SF) in Setswana-speaking South Africans. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 181–192.

- Korte, J., Bohlmeijer, E. T., Cappeliez, P., Smit, F., & Westerhof, G. J. (2012). Life review therapy for older adults with moderate depressive symptomatology: a pragmatic randomized controlled trial. *Psychological medicine*, 42(06), 1163-1173.
- Kremers, I. P., Spinhoven, P., Van der Does, A.J.W., & Van Dyck, R. (2006). Social problem solving, autobiographical memory and future specificity in outpatients with borderline personality disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(2), 131-137.
- Kullberg, J. (2005). *Ouderen van nu en van de toekomst: hun financiële spankracht, zorgbehoefte en woonwensen*. Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Lamers, S., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M., & Keyes, C. L. (2011). Evaluating the psychometric properties of the mental health Continuum-Short Form (MHC-SF) in the Dutch Population. *Journal of clinical psychology*, 67(1), 99-110.
- Lamers, S.M.A., Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T. & Keyes, C.L.M. (2013). Mental health and illness in relation to physical health across the lifespan. In J.D. Sinnott (Ed.), *Positive Psychology: Advances in understanding adult motivation* (pp. 19-33). New York: Springer.
- Lang, G. & van der Molen, H. T. (2012). *Psychologische gespreksvoering*. Een basis voor hulpverlening. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Mehta, K. M., Simonsick, E. M., Penninx, B. W., Schulz, R., Rubin, S. M., Satterfield, S., & Yaffe, K. (2003). Prevalence and Correlates of Anxiety Symptoms in Well-Functioning Older Adults: Findings from the Health Aging and Body Composition Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(4), 499-504.
- Payne M., *Narrative therapy, an introduction for counselors*. (2000) London: Sage
- Pinquart, M., & Forstmeier, S. (2012). Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Aging & mental health*, 16(5), 541-558.
- Raes, F., Williams, J. M. G., & Hermans, D. (2009). Reducing cognitive vulnerability to depression: A preliminary investigation of MEMory Specificity Training (MEST) in inpatients with depressive symptomatology. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 40(1), 24-38.
- Richters, K., Korte, J., Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E.T. (2013). *Dierbare herinneringen, informatie voor trainers*. De schrijverij.
- 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.
- Ryff, C.D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9, 1-28.
- Serrano, J. P., Latorre, J. M., Gatz, M., & Montanes, J. (2004). Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with depressive symptomatology. *Psychology and Aging*, 19(2), 272.

- Serrano, S. J., Latorre, P. J., Ros, S. L., Navarro, B. B., Aguilar, C. M., Nieto, L. M., Trives, J.J. & Gatz, M. (2012). Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with clinical depression. *Psicothema*, 24(2), 224-229
- Sheehan, D.V., Janavs, J., Baker R, Harnett-Sheehan, K., Knapp, E., Scheehan, M.F. & Dunbar, G.C. (1998). M.I.N.I. – Mini International Neuropsychiatric Interview- English version 5.0.0. – DSM-IV. *Journal of Clinical psychiatry*, 59, 34-57.
- Shin, S., & Kleiner, B. H. (2003). How to manage unpaid volunteers in organisations. *Management Research News*, 26 (2/3/4), 63-71.
- Silver, M. H. (1995). Memories and meaning: Life review in old age. *Journal of Geriatric Psychiatry*.
- Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of clinical psychology*, 65(5), 467-487.
- van Tilburg, T., Havens, B., & de Jong Gierveld, J. (2004). Loneliness among older adults in the Netherlands, Italy and Canada: A multifaceted comparison. *Canadian Journal on aging*, 23, 169-180.
- Van Tilburg, T. G. (2005). Gesloten uitbreiding. Sociaal kapitaal in de derde en vierde levensfase. *Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar Sociale Gerontologie aan de faculteit der Sociale Wetenschappen van de Vrije Universiteit*. Vrije Universiteit Amsterdam.
- van Kordelaar, K., Vlak, A., Kuin, Y., & Westerhof, G. J. (2007). *Tijdreizen: Een Handleiding en Werkboek Voor Intergenerationele Gesprekken*. Nijmegen, the Netherlands: Centre for Psychogerontology.
- van Vreeswijk, M.F., & De Wilde, E.J. (2004). Autobiographical memory specificity, psychopathology. Depressed mood and the use of the Autobiographical Memory Test: a meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 731-743.
- Versteegh, E., & Westerhof, G. J. (2007). Wederzijdse stereotypen van jongeren en ouderen en hun relatie met zelfbeeld en zelfwaardering. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 2007, 38(1), 24-31.
- Viney, L. L., Benjamin, Y. N., & Preston, C. A. (1989). An evaluation of personal construct therapy for the elderly. *British journal of medical psychology*, 62(1), 35-41.
- Watkins, E., Teasdale, J.D., & Williams, R.M. (2000). Decentring and distraction reduce overgeneral autobiographical memory in depression. *Psychological Medicine*, 30, 911-920.

- Watt, L. M., & Cappeliez, P. (2000). Integrative and instrumental reminiscence therapies for depression in older adults: Intervention strategies and treatment effectiveness. *Aging & mental health, 4*(2), 166-177.
- Webster, J. D., & Young, R. A. (1988). Process variables of the life review: Counseling implications. *The International Journal of Aging and Human Development, 26*(4), 315-323.
- Webster, J. D., Bohlmeijer, E. T., & Westerhof, G. J. (2010). Mapping the future of reminiscence: A conceptual guide for research and practice. *Research on Aging, 32*, 527-564.
- Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E., & Valenkamp, M. W. (2004). In search of meaning: A reminiscence program for older persons. *Educational Gerontology, 30*(9), 751-766.
- Williams, J. M. G., & Broadbent, K. (1986). Autobiographical memory in suicide attempters. *Journal of Abnormal Psychology, 95*, 144-149.
- Williams, J.M.G. (1996). Depression and the specificity of autobiographical memory. In D.C. Rubin (Ed.). *Remembering our past: Studies in autobiographical memory* 244-267. New York: Cambridge University Press.
- Williams, J.M.G, Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Soulsby, J. (2000). Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 150-155.
- Williams, J.M.G., Barnofer, T., Crane, C., Raes, D.H., Watkins, E. & Dalgleish, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin, 133*, 122-148.
- Wood, A. M., & Joseph, S. (2009). The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: A ten year cohort study. *Journal of Affective Disorders, 122*, 213-217.



## Bijlage 1. Meetinstrument Specifieke positieve herinneringen bij dierbare herinneringen

Dit meetinstrument is ontwikkeld om meten of en welke herinneringen er worden opgehaald tijdens de interventie dierbare herinneringen. Er zijn verschillende soorten herinneringen, namelijk;

- Specifieke herinneringen, eenmalige gebeurtenis die niet langer duurde dan één dag.
  - Algemene herinneringen, wanneer de herinnering tijdens meerdere gebeurtenissen plaatsvond.
- Daarnaast worden de specifieke en algemene herinneringen verdeeld tussen negatief of positief. Onder het onderwerp wordt ingevuld waar de oudere over praat, in steekwoorden. Onder leeftijd wordt wanneer mogelijk de leeftijd van de oudere tijdens de herinnering genoteerd.

Een voorbeeld hoe de tabel het beste kan worden ingevuld:

Herinneringen bij gesprek 1				
Specifiek		Algemeen		Onderwerp
positief	negatief	positief	negatief	
x				Roze pop, verjaardag, blij

In dit voorbeeld is een specifieke positieve herinnering opgehaald met als onderwerp een pop.

Wanneer alle herinneringen van het gesprek zijn genoteerd kan de score per categorie (specifiek positief, specifiek negatief, algemeen positief, algemeen negatief) worden opgeteld en genoteerd. Onder de laatste tabel wordt de totaalscore per categorie genoteerd. Het kan voorkomen dat er in een gesprek geen enkele herinnering wordt opgehaald, dan kan er bij iedere subscore 0 worden ingevuld. Rechts naast deze subscores kan in steekwoorden een eventuele reden worden vermeld. Bijvoorbeeld 'slechte dag', 'geen herinneringen periode', 'wil niet denken aan periode'.

## Bijlage 2. Schema gesprek

Herinneringen gesprek 1 ---				
Specifiek		Algemeen		Onderwerp
positief	negatief	positief	negatief	
x				Ontmoeting man, Twentse volksdansen, camping, rode kruis
		x		Cursus, Appelscha, voorlezen, oude spullen naar ziekenhuis
		x		Ziekenhuis Enschede, na bevrijding,
			x	Fabriekswerk, laag loon, spinnerij, geld ouders, 14 jaar werken,
		x		Tekenleraar, werken huishouding, dag en nacht
		x		Opleiding verpleegster, Enschede, ziekenhuis, een van de oudsten, doorgroeid, aantekeningen behaald, sub hoofd kraamafdeling
		x		Man, graficus, Haarlem, vertrokken naar Haarlem, getrouwd
		x		Drie kinderen, tweeling, jongens, blij
		x		Rutgers stichting, huwelijk, parttime, leuk werk, spreekuur, verhuizingen, Deventer,
			x	Verhuizing Maastricht, baan man, katholiek Maastricht, heidenen
x				Pastoor, middag, leuke man, goed kinderen
		x		Buitenbeentjes Maastricht, pastoor, praatje maken
		x		Maastricht, werk, consultatiebureau, kapelaan bidden voor deur

			x	Heimwee Enschede, na 25 jaar verhuisd, niet geaccepteerd Enschede, buitenbeentje, huilen
		x		Reiziger, Appelscha, Zandvoort, Amsterdam, afwisselend, enige ondernemer gezin,
		x		Liften, vrachtauto's
	x			Liften, slecht gevoel, man deuren op slot, raam geklommen, riskant, nachtmerries
		x		Fiets naar werk, Amsterdam-Apeldoorn, Boot naar Zwolle, 's nachts op fietsen boot, Zuiderzee
		x		Wilde niet trouwen, nooit verkering, veel vrienden, armoede in omgeving, buitenbeentje
			x	Achterin klas lei, pesten, hele klas, strafwerk geweigerd, strafwerk gemaakt, directeur
	x			Rotdag, 600 jaar Enschede, kleur klas oranje, niet koningsgezind, weigeren, naar huis, teleurgesteld in vader
2	2	13	4	

### Bijlage 3: Geriatric Depression Scale GDS-8

Jongenelis et al. (2007)

Deze lijst bevat vragen waarop u met JA of NEE kunt antwoorden. Het is de bedoeling dat u de vragen leest en bedenkt welk antwoord u hierop zult geven. U geeft het antwoord dat u het beste weergeeft hoe u zich de afgelopen week, met vandaag erbij heeft gevoeld. Om het door u gekozen antwoord zet u een cirkeltje.

Naam:

Geboortedatum:

Datum invullen:

- |   |    |     |
|---|----|-----|
| 1. Bent u innerlijk tevreden met uw leven?        | JA | NEE |
| 2. Hebt u het gevoel dat uw leven leeg is?        | JA | NEE |
| 3. Verveelt u zich vaak?                          | JA | NEE |
| 4. Hebt u meestal een goed humeur?                | JA | NEE |
| 5. Voelt u zich meestal wel gelukkig?             | JA | NEE |
| 6. Voelt u zich vaak hulpeloos?                   | JA | NEE |
| 7. Vindt u het fijn om te leven?                  | JA | NEE |
| 8. Hebt u het gevoel dat uw situatie hopeloos is? | JA | NEE |

## Bijlage 4: Dutch mental health Continuum- Short Form

Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster, Keyes (2011)

Lees iedere uitspraak zorgvuldig door en kruis het antwoord aan dat uw situatie het beste omschrijft.

In de <b>afgelopen maand</b> , hoe vaak had u het gevoel:	Nooit	Eén of twee keer	Ongeveer 1 keer per week	2 of 3 keer per week	Bijna elke dag	Elke dag
1. Dat u gelukkig was?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Dat u geïnteresseerd was in het leven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dat u tevreden was?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dat u iets belangrijks heeft bijgedragen aan de samenleving?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dat u deel uitmaakte van een gemeenschap (zoals een sociale groep, uw buurt, uw stad)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Dat onze samenleving beter wordt voor mensen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dat mensen in principe goed zijn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Dat u begrijpt hoe onze maatschappij werkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Dat u de meeste aspecten van uw persoonlijkheid graag mocht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Dat u goed kon omgaan met uw alledaagse verantwoordelijkheden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Dat u warme en vertrouwde relaties met anderen had?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Dat u werd uitgedaagd om te groeien of een beter mens te worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Dat u zelfverzekerd uw eigen ideeën en meningen gedacht en geuit heeft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Dat uw leven een richting of zin heeft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>