

De relatie tussen specifieke, positieve autobiografische herinneringen
en geestelijke gezondheid bij ouderen.

Marieke Boumeester

Universiteit Twente

Eerste begeleider: Sanne Lamers

Tweede begeleider: Jozanneke Korte

Abstract - English

Introduction. Because a lot of elderly people suffer from depressive and anxiety symptoms and their well-being is low, this study investigates if there is a relation between the recollection of specific, positive autobiographical memories and mental health in elderly people. It is expected that this relation is present.

Method. A questionnaire is taken from 40 people of 65 years and older. This questionnaire contained the GDS-8, the HADS-A, the AMT and the MHC-SF. There was searched for coherence between these variables by calculation correlations and doing a regression analysis.

Results. Significant correlations were found between positive mental health and depressive symptoms ($r = -.54$) and anxiety symptoms ($r = -.38$). Also significant correlations were found between specific, positive autobiographical memories and depressive symptoms ($r = -.50$) and positive mental health ($r = .41$). Psychological well-being was the only significant predictor of specific, positive autobiographical memories ($\beta = .407, p < .05$).

Conclusion. This study shows that specific, positive autobiographical memories are related to mental health of elderly people. There was found a relation with both depressive symptoms and well-being. This knowledge can be used for future research about interventions to reduce depressive symptoms and enhance well-being.

Abstract - Nederlands

Inleiding. Om dat veel ouderen last hebben van depressie- en angstklachten en hun welbevinden laag is, wordt er in dit onderzoek gekeken of er een relatie is tussen het ophalen van specifieke, positieve autobiografische herinneringen en geestelijke gezondheid bij ouderen. Verwacht wordt dat dit verband aanwezig is.

Methode. Een vragenlijst is afgenomen bij 40 personen van 65 jaar of ouder. Deze vragenlijst bevatte de GDS-8, de HADS-A, de AMT en de MHC-SF. Er is gekeken of deze factoren samenhangen door correlaties uit te rekenen en er is een regressie analyse gedaan.

Resultaten. Er zijn significante correlaties gevonden tussen positieve geestelijke gezondheid en depressieve klachten ($r = -.54$) en angstklachten ($r = -.38$). Ook zijn er significante correlaties gevonden tussen specifieke, positieve autobiografische herinneringen en depressieve klachten ($r = -.50$) en positieve geestelijke gezondheid ($r = .41$), maar niet met angstklachten. Psychologisch welbevinden was de enige significante voorspeller voor specifieke, positieve autobiografische herinneringen ($\beta = .407, p < .05$).

Conclusie. Deze studie laat zien dat specifieke, positieve autobiografische herinneringen gerelateerd zijn aan geestelijke gezondheid van ouderen. Er is een verband gevonden met zowel depressie als met positieve geestelijke gezondheid. Deze kennis kan worden meegenomen naar volgend onderzoek gericht op interventies om depressie te verminderen en positieve geestelijke gezondheid te verhogen.

De relatie tussen specifieke, positieve autobiografische herinneringen
en geestelijke gezondheid bij ouderen.

Ouderen zijn een kwetsbare groep in onze samenleving. De kans op lichamelijke of geestelijke klachten wordt op hogere leeftijd steeds groter. Nu er sprake is van vergrijzing in Nederland en men eveneens steeds ouder wordt, is het belangrijk om aandacht te besteden aan deze groep. Een aantal van deze ouderen kunnen in het bijzonder kwetsbaar genoemd worden, dat wil zeggen dat ze last hebben van verschillende lichamelijke en/of geestelijke klachten en hierdoor zorgbehoevend zijn. Dit onderzoek richt zich op personen van 65 jaar of ouder. Er zal gekeken worden of deze ouderen in staat zijn specifieke, positieve autobiografische herinneringen op te halen en naar de aanwezigheid van depressieve klachten, angstklachten en positieve geestelijke gezondheid. In het bijzonder zal worden onderzocht of er een relatie is tussen deze vier factoren bij ouderen.

Specifieke, positieve autobiografische herinneringen

Omdat veel ouderen geestelijke klachten ondervinden, bijvoorbeeld in de vorm van depressie- en angstklachten, is recentelijk vaak onderzoek gedaan naar factoren die deze klachten kunnen verminderen, bijvoorbeeld door middel van interventie of preventie. Uit deze onderzoeken blijkt dat het ophalen van herinneringen een positief effect kan hebben op de geestelijke gezondheid van ouderen (Gonçalves, Albuquerque, & Paul, 2009; Korte, Bohlmeijer, Cappelliez, Smit, & Westerhof, 2012; Serrano, Latorre, Gatz, & Montanes, 2004). Het ophalen van herinneringen, *reminiscentie*, is een belangrijke bezigheid in het dagelijks leven van mensen. Iedereen doet aan een vorm van *reminiscentie*, maar er bestaan veel onderlinge verschillen in hoe mensen herinneringen ophalen, wat de inhoud is van deze herinneringen en hoe mensen hun herinneringen ervaren (Westerhof, Bohlmeijer, & Webster, 2010; Blagov & Singer, 2004; Boumeester, 2012). Westerhof et al. (2010) vonden dat de positieve invloed van *reminisceren* op geestelijke gezondheid afhangt van de verschillende functies die *reminiscentie* kan hebben en zij onderscheidde acht *reminiscentiefuncties*. Zo bleek dat de functies *verveling opheffen* en *herleven van bitterheid* negatief gerelateerd waren aan geestelijke gezondheid en dat de functies *conversatie* en *informer* positief samenhangen met geluk. Ander onderzoek toont aan dat de functies *identiteit versterken* en *probleem oplossen* positief samenhangen met geestelijke gezondheid (Korte, 2012).

Bekend is nu dat *reminisceren* een positief effect kan hebben op het welbevinden van mensen (Afonso, Bueno, Loureiro, & Pereira, 2011), daarom zijn de laatste jaren verschillende *reminiscentie-interventies* ontwikkeld. Uit een meta-analyse van Pinquart en Forstmeier (2012) bleek dat er een positief, direct effect was van *reminiscentie-interventies* op

alle onderzochte uitkomstmaten, waaronder depressie. Angst is ook meegenomen in de vorm van “state-trait-anxiety”, maar deze werd geschaard onder andere psychologische symptomen, en “death anxiety”. Over de effecten van reminiscentie-interventies op angst is dus nog niet veel bekend. Piquart en Forstmeier (2012) vonden verder dat life-review therapie sterkere invloed heeft op depressie dan life-review of gewone reminiscentie. Ook vonden ze dat er een groter effect was onder mensen met een fysieke aandoening dan onder mensen die verder gezond waren. Dit is interessant voor het huidige onderzoek omdat ouderen vaak last hebben van fysieke klachten. Ander onderzoek toonde aan dat door oefening in life-review de stemming van de deelnemers verbeterde (Serrano et al., 2004). Wat echter nog onduidelijk was, is hoe dit positieve effect van life-review tot stand komt. Korte (2012) heeft gezocht naar mogelijke mediators van life-review en heeft gevonden dat positieve gedachten samenhangen met depressie- en angstklachten. Omdat aangeleerde reminiscentie een positief effect kan hebben op geestelijke gezondheid, zou het zo kunnen zijn dat spontane reminiscentie, waar geen interventie aan te pas komt, positief samenhangt met geestelijke gezondheid. Dit is wat het huidige onderzoek wil onderzoeken. Verwacht wordt dat het aantal positieve herinneringen dat iemand ophaalt negatief samenhangt met zowel depressie als angst en dat het positief samenhangt met positieve geestelijke gezondheid.

Boals, Hathaway, en Rubin (2011) hebben zich gericht op het ophalen van positieve en negatieve autobiografische herinneringen en de effecten hiervan op welbevinden. Ze lieten de deelnemers autobiografische herinneringen ophalen om te zien wat het effect hiervan was op psychische klachten en vonden dat het op deze manier ophalen van herinneringen aan een negatieve gebeurtenis therapeutische effecten heeft. Autobiografische herinneringen zijn herinneringen over het eigen leven en de ervaringen van een persoon. Met autobiografische herinneringen ontwikkelen personen een narratieve identiteit, dit is een geïnternaliseerd verhaal over de zelf gebaseerd op deze levenservaringen (Pathman, Doydum, & Bauer, 2013). In autobiografische herinneringen kan onderscheid gemaakt worden tussen een herinnering van één bepaald moment, ook wel specifieke herinneringen, en een herinnering die een samenvatting is van meerdere momenten, ook wel algemene herinneringen (Williams & Broadbent, 1986; Halbach Moffitt, Singer, Nelligan, Carlson, & Vyse, 1994). Door Gonçalves et al. (2009) is er een verband gevonden tussen specificiteit van herinneringen en verhoogde levensvoldoening. Verder is het is gebleken dat personen die last hebben van depressie moeite hebben met het ophalen van specifieke herinneringen (Halbach Moffitt et al., 1986) en dat dit ook geldt voor ouderen (Serrano et al., 2004). Het huidige onderzoek zal proberen deze resultaten te repliceren. Er zal gekeken worden naar een bepaald soort herinneringen,

namelijk specifieke, positieve autobiografische herinneringen, en of ouderen deze herinneringen op kunnen halen. Dit zal gemeten worden in het aantal specifieke, positieve autobiografische herinneringen dan een persoon ophaalt. Verwacht wordt dat de ouderen moeite zullen hebben met het ophalen van specifieke herinneringen in overeenkomst met onderzoek van Serrano et al. (2004). Uit de resultaten van dat onderzoek bleek dat ouderen die geen training hadden gehad gemiddeld drie specifieke herinneringen ophaalden aan de hand van 15 stimulus woorden.

Depressieve klachten

Depressiviteit is een veel voorkomend probleem in de samenleving, van alle Nederlandse volwassenen van 18 tot 65 jaar lijdt 5,8% per jaar aan depressie (Smit, Beekman, Cuijpers, De Graaf, & Vollebergh, 2004). Wanneer iemand lijdt aan depressiviteit, heeft deze persoon volgens de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR, 2000) last van neerslachtigheid en ongeïnteresseerdheid. Er kan verder sprake zijn van een veranderd eetpatroon, slaapproblemen, geagiteerdheid, vermoeidheid, een laag zelfbeeld, concentratieverlies en gedachten aan de dood.

Uit onderzoek van Cole, Bellavance, en Masour (1999) blijkt dat depressie onder ouderen eveneens een groot probleem is. Zij toonden aan dat 1% tot 3% van de ouderen aan een klinische depressie lijdt en 8% tot 16% last heeft van depressieve symptomen in zoverre dat er nog geen sprake is van een klinische depressie. In verzorgingshuizen is dit percentage nog hoger, met voor klinische depressie 6% tot 16% en voor milde depressie 30% (Bohlmeijer, Roemer, Cuijpers, & Smit, 2007; Smalbrugge, Jongenelis, Pot, Beekman, Eefsting, 2005). Uit het literatuuronderzoek van Cole et al. (1999) blijkt dat depressieve klachten ervoor zorgen dat ouderen slechter functioneren en het gebruik van medische diensten toeneemt evenals de gemaakte kosten voor gezondheidszorg. Wat dit probleem groter maakt, is dat depressie bij ouderen vaak niet gedetecteerd wordt en daarom onbehandeld blijft. Verdere negatieve gevolgen van depressie zijn een verhoogd risico op hart- en vaatziekten (Williams, 2005); vermoeidheid; en hopeloosheid; en afgenomen motivatie (Schubert, Taylor, Lee, Mentari, & Tamaklo, 1992).

Cole et al. (1999) hebben zich in hun literatuurstudie vooral gericht op de prognose van depressie bij ouderen, deze blijkt zeer slecht te zijn. Uit de 12 studies die ze gebruikt hebben, bleek dat na 24 maanden 21% van de personen was overleden, 33% nog aan depressie leed en slechts 33% gezond was. Uit een ander onderzoek blijkt dat er een verhoogde mortaliteit is onder mensen met depressie (Cuijpers & Smit, 2002). Hieruit blijkt dat het vooruitzicht voor ouderen met depressieve klachten erg negatief is, daarom is het van

belang om er aandacht aan te besteden. Wat verder opviel aan het onderzoek van Cuijpers en Smit (2002) was dat er bij milde depressie sprake is van een vergelijkbaar risico als bij een klinische depressie, dus ook met slechts enkele depressieve symptomen is er al sprake van een verhoogde mortaliteit. Ander onderzoek sluit hierbij aan en toont dat niet alleen een klinische depressie maar ook een milde depressie een groot effect heeft op kwaliteit van leven en een sterk verhoogd risico op klinische depressie met zich meebrengt (Cuijpers, De Graaf, & Van Dorsselaer, 2004; Nierenberg et al., 2010). Hieruit kan opgemaakt worden dat de ernst van milde depressie, hetgeen vaak voorkomt bij ouderen, niet onderschat moet worden. Omdat er nog niet veel laagdrempelige middelen zijn om ouderen met lichte tot matige depressieve klachten te helpen, zal er in dit onderzoek gekeken worden of specifieke, positieve autobiografische herinneringen samenhangen met depressieve klachten bij ouderen. In toekomstig onderzoek kan dit wellicht gebruikt worden bij interventies gericht op het verminderen van depressieve klachten.

Angstklachten

Naast dat ouderen vaak last hebben van depressieve klachten, is er ook veel sprake van angstklachten. Angst heeft invloed op kwaliteit van leven, er wordt zelfs verwacht dat de negatieve gevolgen van angstklachten op kwaliteit van leven even groot zijn als die van depressie (De Beurs, Beekman, Deeg, Van Dyck, & Van Tilburg, 2000). In het onderzoek van Smalbrugge en collega's (2005) wordt gevonden dat er sprake is van comorbiditeit tussen depressie en angst bij ouderen in verzorgingshuizen. Er wordt zelfs gesuggereerd dat depressie, angst en comorbide depressie en angst wellicht als een dimensie moeten worden gezien in plaats van als drie losse categorieën, omdat zij over het algemeen dezelfde risicofactoren hebben en omdat de mate van comorbiditeit afhangt van de ernst van de depressie of van de angst.

Uit een onderzoek van Kirmizioglu, Doğan, Kuğu, en Akyüz (2009) bleek de prevalentie van angststoornissen bij ouderen in Turkije ruim 17%. Onder Nederlandse ouderen liggen de percentages iets anders. In een longitudinaal onderzoek onder Nederlandse ouderen vonden Beekman et al. (1998) dat de prevalentie van angststoornissen ongeveer 10% was. De meest voorkomende stoornis was de gegeneraliseerde angststoornis (7,3%), paniekstoornis en obsessieve compulsieve stoornis waren juist zeldzaam. Uit beide onderzoeken bleek dat vrouwen significant vaker last hebben van angststoornissen dan mannen. De Beurs et al. (2000) hebben gekeken naar angstklachten in plaats van angststoornissen, uit hun onderzoek bleek dat 26% tot 30% van de Nederlandse ouderen last

hebben van angstklachten. Ook vonden zij dat angstklachten significant toenamen over de drie jaar die de studie duurde.

Omdat de prevalentie van angstklachten hoog is onder ouderen en de invloed van angstklachten op kwaliteit van leven groot, is het ook hier verder onderzoek van belang. In deze studie zal gekeken worden naar de mate van angstklachten bij ouderen en naar de samenhang met depressieve klachten. Ook zal er gekeken worden of sprake is van een samenhang tussen angstklachten en specifieke, positieve autobiografische herinneringen.

Positieve geestelijke gezondheid

Tenslotte zal in het kader van dit onderzoek welbevinden, of positieve geestelijk gezondheid, nog besproken worden. Positieve geestelijke gezondheid is een belangrijke factor voor kwaliteit van leven. Er is echter nog niet veel onderzoek gedaan naar positieve geestelijke gezondheid bij ouderen, maar omdat deze groep steeds groter wordt, is het belangrijk om hier aandacht aan te besteden (Wolff, 2013). Geestelijke gezondheid is meer dan de afwezigheid van psychopathologie, maar beiden zijn aan elkaar gerelateerd en aanvullende aspecten van geestelijke gezondheid (Lamers, 2012). Volgens de World Health Organization (WHO) gaat geestelijk gezondheid erover dat een persoon zijn vaardigheden kan ontwikkelen, om kan gaan met stress, productief kan werken, en iets bij kan dragen aan de gemeenschap. Anders gezegd is positieve geestelijke gezondheid de aanwezigheid van emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, Ten Klooster, & Keyes, 2011). Emotioneel welbevinden wil zeggen het ervaren van plezierige emoties, de afwezigheid van negatieve emoties en tevredenheid met het leven in het algemeen. Sociaal welbevinden gaat over het goed functioneren in het sociale leven. Psychologisch welbevinden wil zeggen dat men uitdagingen aangaat om hun potentieel te bereiken (Lamers et al., 2011; Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2002). Positieve geestelijke gezondheid wordt door Keyes en collega's in verband gebracht met een optimale geestelijke gezondheid, goed functioneren in de maatschappij en lagere prevalentie van psychiatrische aandoeningen.

Positieve geestelijke gezondheid hangt samen met depressie. Nierenberg et al. (2010) deden onderzoek naar positieve geestelijke gezondheid en kwaliteit van leven bij personen met milde depressie. Het meetinstrument dat is gebruikt meet zowel psychologisch als sociaal welbevinden en past hiermee in de eudaimonische traditie (Lamers, 2012). Nierenberg en collega's (2010) vonden dat het gebrek aan psychologisch en sociaal welbevinden ernstig is bij personen met een milde depressie en dat dit gebrek vergelijkbaar is met personen die lijden aan een klinische depressie. Verder wordt positieve geestelijke gezondheid bevorderd door

depressieve klachten te verminderen (Blazer, 2002). Verwacht wordt dat er in het huidige onderzoek een negatief verband zal zijn tussen positieve geestelijke gezondheid en depressieve klachten. Omdat positieve geestelijke gezondheid ook negatief samenhangt met psychopathologie, hoewel deze relatie niet één op één is (Lamers, 2012), wordt er eveneens een negatief verband verwacht met angst, maar hier is nog niet veel onderzoek naar gedaan.

Lamers (2012) vond dat psychologisch welbevinden negatief gerelateerd is met leeftijd en dat ouderen juist meer emotioneel welbevinden ervaren. In dit onderzoek zal gekeken worden of deze resultaten kunnen worden gerepliceerd. Bij het meeste onderzoek naar positieve geestelijke gezondheid en depressie, wordt alleen psychologisch welbevinden meegenomen.

Positieve geestelijke gezondheid heeft ook een link met reminiscentie. Uit het onderzoek van Bohlmeijer et al. (2007) blijkt dat het psychologisch welbevinden van mensen verhoogd kan worden door reminiscentie in de vorm van life-review. Ook Afonso en collega's (2011) onderzochten een reminiscentie-interventie bij ouderen met depressieve klachten, zij vonden dat reminiscentie het psychologische welbevinden kan verhogen. Waarschijnlijk omvat de term psychologisch welbevinden in deze onderzoeken ook sociaal welbevinden, maar de terminologie is verwarrend. Deze resultaten zijn in overeenstemming met de meta-analyse van Piquart en Forstmeier (2012) waarin ook het effect van interventies op geestelijke gezondheid werd gemeten. In het huidige onderzoek wordt gekeken of personen die hoger scoren op de aspecten van positieve geestelijke gezondheid ook uit zichzelf al beter zijn in reminisceren, spontane reminiscentie, en dus meer specifieke, positieve autobiografische herinneringen ophalen.

Huidig onderzoek

Recentelijk is er regelmatig onderzoek gedaan naar manieren waarop positieve herinneringen bijdragen aan de geestelijke gezondheid van mensen, vooral in onderzoeken naar interventies om welbevinden te verbeteren of psychopathologie te verminderen. Hier is al veel over bekend en het blijkt dat reminiscentie en vooral life-review therapie samenhangen met de positieve geestelijke gezondheid van ouderen (Piquart & Forstmeier, 2012; Bohlmeijer et al., 2007; Boumeester, 2012). Waar echter nog weinig aandacht aan besteed is, is het effect van spontane reminiscentie. Ook is angst in de meeste onderzoeken onderbelicht, terwijl er veel aandacht is voor depressie. Tenslotte gaan veel onderzoeken over reminiscentie of life-review, onderzoek naar specifieke vormen van reminiscentie, in dit geval specifieke, positieve autobiografische herinneringen, verdienen daarom extra aandacht.

Het huidige onderzoek is gericht op personen van 65 jaar of ouder, er wordt gekeken naar de aanwezigheid van lichte tot matige depressieve klachten en angstklachten. Onderzocht wordt of deze klachten samenhangen met positieve geestelijk gezondheid, zoals verwacht uit de literatuur, en of er een verband is tussen het kunnen ophalen van specifieke, positieve autobiografische herinneringen en deze drie factoren. De hoofdvraag van dit onderzoek is als volgt: is er een relatie tussen specifieke, positieve autobiografische herinneringen en geestelijke gezondheid bij ouderen?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden zijn de volgende deelvragen opgesteld:

Is er een verband tussen depressie- en angstklachten en positieve geestelijke gezondheid bij deze groep ouderen?

Is er een verband tussen het aantal specifieke, positieve autobiografische herinneringen en depressie en angst?

Is er een verband tussen het aantal specifieke, positieve autobiografische herinneringen en positieve geestelijke gezondheid?

Wat is de sterkste voorspeller voor specifieke, positieve autobiografische herinneringen?

Mede door de inclusiecriteria, die verderop worden besproken, maar ook in overeenstemming met de hoge prevalentie die genoemd wordt in de literatuur, wordt verwacht dat er sprake zal zijn van depressie- en angstklachten bij de ouderen en dat deze klachten met elkaar zullen samenhangen. Eveneens wordt verwacht dat positieve geestelijke gezondheid negatief samenhangt met zowel depressie als angst. Voor alle drie de subschalen wordt een negatief verband verwacht. De volgende hypothese is dat het aantal specifieke, positieve autobiografische herinneringen sterk negatief samenhangt met depressie en enigszins negatief samenhangt met angst. Tenslotte wordt een positieve samenhang verwacht tussen het aantal specifieke, positieve autobiografische herinneringen en positieve geestelijke gezondheid. Voor psychologisch welbevinden wordt hier in ieder geval een verband verwacht, maar ook voor de andere twee subschalen.

Methode

Participanten

Voor dit onderzoek zijn 77 mensen geïnterviewd, 40 van hen hebben de vragenlijst tot het einde ingevuld, de overige deelnemers zijn afgefallen omdat ze niet aan de inclusiecriteria voldeden. De inclusiecriteria worden onder het volgende kopje behandeld. Er deden 14 mannen mee (35%) en 26 vrouwen (65%). De gemiddelde leeftijd was 80.78 ($SD = 6.55$). Van alle deelnemers waren 14 personen (35%) verbonden aan lokale zorginstellingen, de

overige deelnemers (65%) kwamen uit de omgeving van de onderzoekers. De meeste deelnemers waren van Nederlandse afkomst (80%), verder kwamen er enkelen uit Duitsland (18%) en iemand uit Indonesië (3%). Van hen had 85% een Nederlandse nationaliteit. De helft van de deelnemers was getrouwd (50%), één persoon was nooit getrouwd geweest (3%) en de overige deelnemers waren weduwe of weduwnaar (48%). Slechts twee deelnemers (5%) hadden in de afgelopen vier weken contact gehad met een psycholoog, een psychiater of een psychotherapeut.

Op twee personen na (5%) hadden alle deelnemers een opleiding afgerond. Het lager beroepsonderwijs was het meest voorkomend met 35%, lagere school volgde met 28%, middelbaar algemeen voortgezet onderwijs met 13%, middelbaar beroepsonderwijs met 10%, nog 5% had hoger algemeen beroepsonderwijs gevolgd, 3% hoger beroepsonderwijs en 3% viel onder overige opleidingen. De meeste deelnemers waren met pensioen (73%), enkelen deden nog huishoudelijk werk (13%) of vrijwilligerswerk (13%), en één persoon had nog andere dagelijkse activiteiten (3%).

Procedure

Het huidige onderzoek was een onderdeel van het grotere onderzoek “Vrijwilligerscontact” aan Universiteit Twente van Jozanneke Korte. In dat onderzoek zal het effect van een interventie worden onderzocht voor ouderen met lichte tot matige depressieve klachten. Deze interventie hield in dat de ouderen leerden om meer positieve, specifieke autobiografische herinneringen op te halen. Voor dat onderzoek, zijn deelnemers geworven via regionale zorginstellingen, waar de eerst verantwoordelijke verzorgenden (EVV's) werden gevraagd naar ouderen die zorg ontvingen en last hadden van lichte tot matige depressieve klachten. Voor het huidige onderzoek zijn de deelnemers aangevuld met personen uit de omgeving of kennissenkring van de onderzoekers.

Bij de deelnemers zijn een aantal vragenlijsten afgenomen door derdejaars psychologiestudenten. Zij gingen bij de ouderen thuis langs om de lijsten af te nemen. De inclusiecriteria voor het onderzoek Vrijwilligerscontact waren: 65 jaar of ouder; in de afgelopen twee maanden niet gestart met antidepressiva; een score van 2 of hoger op de GDS-8; minder dan 8 symptomen op de MINI, met andere woorden: er is wel sprake van depressieve klachten, maar niet van een ernstige depressieve episode; en een score van 19 of hoger op de MMSE: er is geen sprake van sterke cognitieve beperkingen. Voor de deelnemers uit de omgeving of kennissenkring van de onderzoekers gold alleen de leeftijdsgrens van 65 jaar en dat er geen sprake was van ernstige cognitieve beperkingen.

Wanneer de deelnemer aan de criteria voldeed, werden alle overige meetinstrumenten afgenomen: specifieke, positieve autobiografische herinneringen, demografische gegevens, functionele beperkingen, angst, positieve geestelijke gezondheid, mastery, en eenzaamheid. Voor het huidige onderzoek zijn alleen de meetinstrumenten voor demografische gegevens, herinneringen, depressie, angst en positieve geestelijke gezondheid gebruikt. De afname van de vragenlijsten duurde één tot twee uur. De studenten hebben om deze vragenlijsten te kunnen afnemen, een uitleg en training ontvangen op de universiteit van Jozanneke Korte, de hoofdonderzoeker van Vrijwilligerscontact.

Instrumenten

Voor dit onderzoek werden de volgende instrumenten gebruikt: Geriatric Depression Scale (GDS-8); Autobiographic Memory Test (AMT); Hospital Depression and Anxiety Scale – Anxiety scale (HADS-A); Mental Health Continuum- Short Form (MHC-SF). Verder werd aan de hand van een losse vragen nog geïnformeerd naar de demografische gegevens en het zorggebruik van de deelnemers in de afgelopen maand.

De GDS-8 (Jongenelis et al., 2007) is een schaal bestaande uit 8 items en bedoeld om depressieve klachten bij ouderen te meten, hiervan werd de Nederlandse versie gebruikt. De items gaan over depressieve klachten en kunnen beantwoord worden met *ja* of *nee*. Voorbeelden van items zijn: “*Bent u innerlijk tevreden met uw leven?*” en “*Voelt u zich vaak hopeloos?*”. Wanneer de vraag negatief wordt beantwoord - de klacht is aanwezig - wordt er een 1 gescoord, anders een 0. Wanneer een participant een score van 2 of hoger haalt, is er sprake van klinisch relevante depressieve klachten. De GDS-8 heeft goede psychometrische eigenschappen. Er werd gekozen voor de korte versie omdat deze minder belastend is voor de deelnemers en goed geschikt voor ouderen in verzorgingshuizen (Jongenelis et al., 2007). De Cronbach’s Alpha voor de 8 items was .83.

De AMT (Williams & Broadbent, 1986) wordt gebruikt om te meten hoe goed de participanten zijn in het ophalen van specifieke, positieve autobiografische herinneringen. Aan de hand van 10 stimuluswoorden, zoals *blij*, *succesvol* en *kalm*, wordt gekeken of de participant inderdaad een specifieke, positieve herinnering ophaalt. De herinnering kan vervolgens gecodeerd worden als *geen herinnering (0)* wanneer de deelnemer niets noemt, als *algemene herinnering (1)* wanneer de deelnemer een herinnering noemt die tijdens meerdere gelegenheden plaatsvond, of als *specifieke herinnering (2)* wanneer de deelnemer één bepaalde gebeurtenis noemt die op één bepaalde dag plaatsvond. Ten slotte worden de aantallen per categorie opgeteld.

De Nederlandse versie van de HADS-A (Snaith, 2003) wordt gebruikt om angst te meten. Deze bestaat uit 7 items die beantwoord moeten worden aan de hand van een vierpuntschaal (0 = nauwelijks/nooit; tot 3 = meestal/altijd). Hierbij is een minimale score van 0 en een maximale score van 21 te halen. Bij een hogere score is er sprake van meer angst. Voorbeelden van items zijn: *“Ik maak me ongerust.”* en *“Ik krijg plotseling gevoelens van panische angst.”*. In deze steekproef was de Cronbach's Alpha voor de 7 items .75.

De MHC-SF (Lamers et al., 2011) meet drie kerncomponenten van positieve geestelijke gezondheid. Deze vragenlijst bestaat uit 14 items ($\alpha = .84$) en drie subschalen, 3 items gaan over emotioneel welbevinden ($\alpha = .76$), 5 items over sociaal welbevinden ($\alpha = .52$), en 6 items over psychologisch welbevinden ($\alpha = .77$). De vragen kunnen beantwoord worden op een zespuntschaal (0 = nooit; tot 5 = elke dag). De vragen worden als volgt gesteld: *“In de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel...”* met als vervolg *“Dat u gelukkig was?”* of *“Dat u warme en vertrouwde relaties met anderen had?”*. Voor de totale lijst en voor iedere subschaal kan de gemiddelde score worden berekend. Een hogere score betekent hogere positieve geestelijke gezondheid.

Analyses

Voor de analyses is gebruikt gemaakt van het programma SPSS, versie 20. Allereerst werd een demografische schets gemaakt van de doelgroep door het uitrekenen van percentages, gemiddelden en de spreiding. Ook van de scores op de GDS-8, de HADS-A, de MHC-SF en de AMT werd de som of het gemiddelde berekend. Om de eerste hypothese *“depressie- en angstklachten hangen sterk samen”* te testen, is een bivariate correlatie uitgevoerd, hiervoor zijn de totale scores op de GDS-8 en de HADS-A gebruikt. Een positieve correlatie is sterk wanneer deze hoger is dan .50 en zwak wanneer deze tussen de .25 en de 0 ligt, dit geldt omgekeerd voor negatieve correlaties.

Om de tweede hypothese *“positieve geestelijke gezondheid hangt negatief samen met zowel depressie als angst”* te toetsen, werden de Pearson correlaties tussen de gemiddelde score op de MHC-SF, de score op de GDS-8 en de score op de HADS-A uitgerekend. Hiervoor is eveneens een bivariate correlatie gebruikt. Om te kijken of er verschillen zijn op de subschalen van de MHC-SF is voor elke subschaal gekeken naar de correlatie tussen de gemiddelde score en de scores op de GDS-8 en de HADS-A. Om te kijken of depressie of angst sterker samenhangt met positieve geestelijke gezondheid is hier ook nog een meervoudige regressieanalyse uitgevoerd met de scores op de GDS-8 en de HADS-A als voorspellende variabelen en de gemiddelde score op de MHC-SF als afhankelijke variabele.

De derde hypothese was dat er “*een sterke negatieve correlatie is tussen het aantal specifieke, positieve autobiografische herinneringen en depressie en een matige negatieve correlatie tussen deze herinneringen en angst*”. Tenslotte wordt voor de laatste vraag “*een positieve correlatie verwacht tussen het aantal specifieke, positieve autobiografische herinneringen en positieve geestelijke gezondheid*”. Hiervoor zijn bivariate correlaties uitgerekend. Om te zien welke variabele het sterkst samenhangt met specifieke, positieve autobiografische herinneringen werd er ook een meervoudige regressie analyse gedaan met de scores op de GDS-8, de HADS-A, de MHC-SF als voorspellende variabelen en de score op de AMT als afhankelijke variabele.

Resultaten

Depressie, angst en positieve geestelijke gezondheid

Allereerst is voor iedere deelnemer de som op de GDS-8 en de HADS-A uitgerekend. In Tabel 1 staan de gemiddelden en standaarddeviaties op deze vragenlijsten.

Tabel 1

Gemiddelde Scores GDS-8 en HADS-A

		Zorginstelling (N = 14)		Geen zorg (N = 26)		Totaal (N = 40)	
		M	SD	M	SD	M	SD
GDS-8*	(0-8)	3.71	1.77	.12	2.27	1.38	2.03
HADS-A*	(0-21)	7.64	4.20	.33	1.87	4.15	3.90

Note: * is een significant verschil tussen beide groepen, $p < .01$.

In Tabel 1 is te zien dat deelnemers van de zorginstellingen significant hoger scoren dan de overige deelnemers zowel op depressieve klachten, $t(13) = 7.53$, $p < .01$, als op angstklachten $t(16) = 4.55$, $p < .01$. In totaal had 35% van de deelnemers een score van 2 of hoger op de GDS-8, dit komt overeen met de deelnemers uit de zorginstellingen en is te wijten aan de inclusie criteria. Een score van 2 of hoger betekent dat er sprake is van klinisch relevante depressieklachten.

In Tabel 2 staan de gemiddelde scores en standaarddeviaties van de deelnemers op de MHC-SF en de subschalen van de MHC-SF. Hier valt op dat de deelnemers van de zorginstellingen significant lager scoren op de totale schaal dan de overige deelnemers, $t(38) = -3.52$, $p < .01$. Ook op de subschalen emotioneel welbevinden, $t(38) = -4.39$, $p < .01$, sociaal welbevinden, $t(38) = -2.31$, $p < .05$, en psychologisch welbevinden, $t(38) = -2.81$, $p < .01$, is dit verschil significant.

Tabel 2

Gemiddelde Scores MHC-SF

		Zorginstelling (N = 14)		Geen zorg (N = 26)		Totaal (N = 40)	
		M	SD	M	SD	M	SD
MHC-SF	(0-5)	2.65	.95	3.54	.65	3.23	.87
Emo. welbevinden	(0-5)	3.17	1.12	4.33	.57	3.92	.97
Soc. welbevinden	(0-5)	1.99	1.12	2.72	.86	2.46	1.01
Psy. welbevinden	(0-5)	2.94	1.25	3.84	.78	3.53	1.05

Om de eerste twee hypothesen te testen zijn vervolgens de correlaties tussen de drie genoemde variabelen uitgerekend, deze zijn te zien in Tabel 3. Hier valt af te lezen dat depressie- en angstklachten positief met elkaar samenhangen dat dit verband significant is. De correlatie tussen de MHC-SF, de GDS-8 en de HADS-A zijn beiden negatief en eveneens significant. Dit betekent dat zowel depressie- als angstklachten negatief samenhangen met positieve geestelijke gezondheid.

Tabel 3

Correlaties tussen GDS-8, HADS-A, MHC-SF en subschalen MHC-SF

	1	2	3	4	5	6
1. GDS-8	-					
2. HADS-A	.65**	-				
3. MHC-SF	-.54**	-.38*	-			
4. Emo. welbevinden	-.55**	-.36*	.72**	-		
5. Soc. welbevinden	-.40*	-.23	.87**	.51**	-	
6. Psy. welbevinden	-.47**	-.39*	.91**	.52**	.66**	-

* $p < .05$, tweezijdig. ** $p < .01$, tweezijdig.

De GDS-8 correleert verder negatief met alle subschalen van de MHC-SF. De HADS-A correleert negatief met emotioneel en psychologisch welbevinden, maar niet met sociaal welbevinden. Wat opvalt is dat het verband tussen emotioneel en psychologisch welbevinden en depressieve klachten sterker is dan dat voor sociaal welbevinden en depressieve klachten. Verder zijn de negatieve correlaties tussen depressieve klachten en positieve geestelijke gezondheid sterker dan die tussen angstklachten en positieve geestelijke gezondheid.

Meervoudige regressie analyse werd gebruikt om te kijken of positieve geestelijke gezondheid het sterkst voorspeld wordt door depressieve klachten of door angstklachten.

Hieruit bleek dat de twee voorspellers 29% van de variantie voorspelden ($R^2 = .29$, $F(2,37) = 7.55$, $p < .01$). Er werd gevonden dat positieve geestelijke gezondheid significant werd voorspeld door depressieve klachten ($\beta = -.50$, $p < .01$) maar niet door angstklachten ($\beta = -.05$, $p > .05$).

Positieve autobiografische herinneringen

De deelnemers konden minimaal 0 en maximaal 10 herinneringen ophalen. Opvallend is het verschil tussen de stimulus woorden. Voor het woord *blij* hadden 32 deelnemers een specifieke herinnering opgehaald en de woorden *verrast* en *succesvol* hadden eveneens veel specifieke herinneringen. Het woord *kalm* daarentegen had maar zeven specifieke herinneringen en voor de woorden *zorgeloos* en *toegewijd* was dit aantal ongeveer gelijk. De overige woorden zaten hier tussenin. In Tabel 4 zijn de gemiddelde scores te zien voor het aantal specifieke en het aantal algemene herinneringen dat de deelnemers hebben opgehaald.

Tabel 4

Gemiddelde Scores MHC-SF

		Zorginstelling (N = 14)		Geen zorg (N = 26)		Totaal (N = 40)	
		M	SD	M	SD	M	SD
Specifiek*	(0-10)	2.93	2.27	4.50	1.94	3.95	2.71
Algemeen	(0-10)	4.14	1.56	4.08	1.79	4.10	1.69

Note: * is een significant verschil tussen beide groepen, $p < .05$.

Het gemiddelde voor specifieke herinneringen ligt bij deelnemers van de zorginstellingen significant lager dan bij de overige deelnemers, $t(38) = -2.30$, $p < .05$. Het is opvallend dat de deelnemers vaak wel een herinnering ophaalden, maar dat vooral de deelnemers uit de zorginstellingen moeite hadden om een specifieke herinneringen op te halen.

Tabel 5

Correlaties tussen de AMT en de GDS-8, HADS-A, MHC-SF en subschalen MHC-SF

	AMT
GDS-8	-.50**
HADS-A	-.19
MHC-SF	.41**
Emotioneel welbevinden	.35*
Sociaal welbevinden	.53**
Psychologisch welbevinden	.52**

* $p < .05$, tweezijdig. ** $p < .01$, tweezijdig.

In Tabel 5 zijn de correlaties tussen de AMT en de andere geestelijke gezondheidsvariabelen te zien. Er is af te lezen dat depressie en specifieke herinneringen negatief met elkaar samenhangen. Er is geen verband gevonden met angst. Voor positieve geestelijke gezondheid is ook een verband gevonden met specifieke herinneringen, dit verband is positief. Ten slotte valt op dat het verband tussen specifieke herinneringen en sociaal en psychologisch welbevinden sterker is dan dat tussen specifieke herinneringen en emotioneel welbevinden.

Als laatst is een meervoudige regressie analyse gebruikt om te kijken of specifieke herinneringen sterker voorspeld wordt door depressie of door positieve geestelijke gezondheid. De twee voorspellers voorspelden 34% van de variantie ($R^2 = .34$, $F(2,37) = 9.37$, $p < .01$). Specifieke herinneringen werden alleen significant voorspeld door positieve geestelijke gezondheid ($\beta = .35$, $p < .05$). Vervolgens is dezelfde analyse nog eens gedaan maar nu met de subschalen van de MHC-SF. Het bleek dat de vier voorspellers 37% van de variantie voorspelden ($R^2 = .37$, $F(4,35) = 5.15$, $p < .01$), en er werd gevonden dat specifieke herinneringen significant werden voorspeld door psychologisch welbevinden ($\beta = .407$, $p < .05$), maar niet door de andere drie factoren.

Discussie

Het doel van het huidige onderzoek was om te kijken of er een relatie is tussen specifieke, positieve autobiografische herinneringen en geestelijke gezondheid bij ouderen. Uit eerder onderzoeken kwam naar voren dat depressie en angst veel voorkomende problemen zijn onder ouderen (Cole et al., 1999; Beekman et al., 1998). Ook bleek dat reminiscentie de laatste tijd vaak onderzocht is als interventie om welbevinden, of positieve geestelijke gezondheid, te verhogen (Pinquart & Forstmeier, 2012). Het effect van spontane reminiscentie is echter nog niet veel onderzocht. Verder is angst vaak buiten beschouwing gelaten, terwijl er wel veel aandacht is voor depressie. Ten slotte gaan veel onderzoeken over reminiscentie in het algemeen, over de invloed van specifieke, positieve autobiografische herinneringen op de geestelijke gezondheid van ouderen is nog niet veel bekend.

In dit onderzoek is gelet op spontane reminiscentie en niet om reminiscentie die wordt getraind via een interventie. Specifiek is gekeken naar (a) of er een verband is tussen depressie- en angstklachten bij deze groep ouderen; (b) of er een verband is tussen deze twee factoren en positieve geestelijke gezondheid; en (c) of er een verband is tussen het aantal specifieke, positieve herinneringen en depressie, angst en (d) positieve geestelijke gezondheid. Uit de resultaten blijkt dat de meeste verbanden inderdaad aanwezig zijn, alleen tussen angst en specifieke herinneringen is geen verband gevonden. Depressie is de sterkste

voorspeller voor positieve geestelijke gezondheid en psychologisch welbevinden is de sterkste voorspeller voor specifieke herinneringen. Dit komt grotendeels overeen met de verwachtingen vanuit eerder onderzoek.

Allereerst werd gevonden dat depressie en angst positief met elkaar samenhangen, dit is niet verwonderlijk aangezien zowel de prevalentie van depressie als de prevalentie van angst onder ouderen hoog is (Cole et al., 1999; Bohlmeijer et al., 2007; Beekman et al., 1998). Dit verband komt ook overeen met de comorbiditeit die eerder gevonden is door Smalbrugge en collega's (2005). De samenhang tussen depressie en angst zou verklaard kunnen worden doordat de meeste risicofactoren voor depressie en angst hetzelfde zijn, zoals Smalbrugge et al. al in hun onderzoek genoemd hebben (2005). Een andere verklaring is dat mensen met angstklachten, zeker ouderen, vaak teruggetrokken zijn en in een sociaal isolement kunnen raken, dit werkt depressie in de hand. Het zou echter ook andersom kunnen werken, dat de depressieve klachten vooraf gaan aan de angstklachten, maar dit moet nader onderzocht worden.

De verwachting dat depressie- en angstklachten negatief zouden samenhangen met positieve geestelijke gezondheid is eveneens uitgekomen: er is een negatief verband gevonden. Dat depressie negatief samenhangt met positieve geestelijke gezondheid is ook gevonden in eerder onderzoek van Blazer (2002), maar nu is dit bevestigd in een specifieke doelgroep, namelijk ouderen. Blazer vond dat door depressieve klachten te verminderen, de geestelijke gezondheid werd bevorderd. Over angst en positieve geestelijke gezondheid was nog niet veel literatuur beschikbaar, maar de samenhang tussen angst en positieve geestelijke gezondheid is in deze steekproef wel significant aanwezig, zoals ook werd verwacht. Deze relatie kan verklaard worden door dat de negatieve gevolgen van angst effect hebben op kwaliteit van leven, wat De Beurs et al. (2000) eerder al gevonden hadden. Dit laatste geldt waarschijnlijk ook voor depressie. Uit de analyses bleek dat depressie, en niet angst, positieve geestelijke gezondheid kon voorspellen. Dit was al te verwachten uit het feit dat het verband tussen depressie en positieve geestelijke gezondheid sterker was dan die tussen angst en positieve geestelijke gezondheid. Het zou kunnen dat het effect van angst op het algehele positieve geestelijke gezondheid minder sterk is dan dat van depressie, maar er is een studie naar mediators nodig om dit te kunnen bevestigen. Opvallend aan de resultaten is dat het verband tussen sociaal welbevinden en depressie en angst minder sterk is dan het verband tussen emotioneel en psychologisch welbevinden en depressie en angst, terwijl voor elke subschaal hetzelfde resultaat werd verwacht. Dit zou te maken kunnen hebben met dat angst en depressie vooral effect hebben op de emoties van mensen en dat het de zelfredzaamheid

van mensen beperkt, sterker dan dat ze invloed hebben op het sociale leven van mensen. Maar ook dit laatste speelt een rol bij depressie en angst, vervolg onderzoek is daarom nodig om verdere duidelijkheid te geven over dit resultaat.

Ten slotte is naar het belangrijkste aspect van dit onderzoek gekeken, namelijk het aantal specifieke, positieve autobiografische herinneringen. Uit de analyses bleek dat veel ouderen het lastig vonden om tien specifieke, positieve autobiografische herinneringen op te halen. Dit komt overeen met de resultaten van Serrano et al. (2004). Doordat in de literatuur gevonden werd dat reminiscentie een positief effect heeft op depressie (Gonçalves et al., 2009; Korte et al., 2012), werd verwacht dat er ook een negatief verband zou zijn tussen specifieke, positieve autobiografische herinneringen en depressie. Dit is bevestigd in de huidige resultaten. Dit verband zou verklaard kunnen worden door de therapeutische effecten die het ophalen van autobiografische herinneringen volgens Boals et al. (2011) hebben. Ook zou het verklaard kunnen worden doordat de herinneringen positief moesten zijn, wat aansluit bij de bevindingen van Korte (2012) dat positieve gedachten negatief samenhangen met depressie- en angstklachten. Een laatste verklaring is dat mensen met depressieve klachten meer moeite hebben met het ophalen van specifieke herinneringen wat ook werd gevonden door Halbach Moffitt et al., (1986).

Verwacht werd dat voor angst hetzelfde verband met specifieke, positieve autobiografische herinneringen zou gelden, ondanks dat er over angst en specifieke herinneringen nog niet veel te vinden is in de literatuur. In dit onderzoek is er echter geen verband tussen angst en specifieke, positieve autobiografische herinneringen gevonden. Dit zou verklaard kunnen worden doordat angst meer gericht is op de toekomst, om angst te voorkomen en veiligheid te verzekeren, en daarmee niet zoveel te maken heeft met herinneringen. Dit zijn echter speculaties en onderzoek is nodig om dit verder uit te zoeken. Het is nog niet duidelijk of specifieke, positieve autobiografische herinneringen een positief effect hebben op depressie en angst, daarvoor is een effect studie nodig, bijvoorbeeld door middel van de interventie Dierbare herinneringen die onderzocht wordt in het onderzoek Vrijwilligerscontact.

In de literatuur is ook te lezen dat het ophalen van herinneringen een positief effect heeft op het welbevinden van mensen (Afonso et al., 2011), daarom werd er een positief verband verwacht tussen specifieke herinneringen en positieve geestelijke gezondheid en deze samenhang is gevonden. Zoals Afonso en collega's (2011) al noemen, is de bijdrage van reminiscentie aan welbevinden wellicht te wijten aan de manier waarop ouderen omgaan met verliezen en hoe zij zich verder ontwikkelen. Ook helpt het bij hoe ze zichzelf zien, het

verwerken van ervaringen en deze in het kader van hun hele leven plaatsen. Een interessant resultaat is dat emotioneel welbevinden minder sterk samenhangt met specifieke herinneringen dan sociaal en psychologisch welbevinden. Het zou kunnen dat specifieke herinneringen niet veel te maken hebben met emoties en tevredenheid met het leven, maar eerder onderzoek geeft aan dat reminisceren juist helpt om verder te ontwikkelen en het verwerken van ervaringen (Afonso et al., 2011). Wellicht is een verklaring te vinden door te kijken naar de functies van reminiscentie die Webster heeft gevonden (Westerhof et al., 2010). Deze functies zijn namelijk beter onder te verdelen bij de eudaimonische traditie van welbevinden en hebben weinig betrekking tot emotioneel welbevinden. Toch blijft hierover onduidelijkheid en wellicht kan vervolg onderzoek meer helderheid geven.

Beperkingen en aanbevelingen

Er zijn nog enkele kanttekeningen te maken bij dit onderzoek. Allereerst moesten de deelnemers een deel van de vragenlijst zelf invullen, vaak moesten ze hierbij antwoorden op een schaal waarbij ze één antwoord moesten aankruisen of omcirkelen. In tegenstelling tot de huidige generatie, zijn veel ouderen niet aan dit soort enquêtes gewend en gaven sommigen van hen aan moeite te hebben met het beantwoorden van de vragen. Er kunnen daarom vraagtekens gezet worden bij de betrouwbaarheid van deze data. Wellicht was het beter geweest om alle vragenlijsten in interviewvorm af te nemen. Ook is het mogelijk dat de deelnemers sociaal wenselijke antwoorden hebben gegeven. Verder bleek in de loop van de dataverzameling voor het onderzoek Vrijwilligerscontact dat er door de inclusie criteria een te beperkt aantal deelnemers overbleef om analyses mee te doen. Er moesten daarom nog een aantal deelnemers geworven worden door de derdejaars studentes zelf. Deze deelnemers komen uit de omgeving van de onderzoekers, hierdoor is de diversiteit in de groep hoog. Zelfs na toevoeging van deze deelnemers was het totale aantal 40 personen, dat maakt deze steekproef eigenlijk te klein. Ten slotte hebben een aantal deelnemers een Duitse nationaliteit. Om hen mee te kunnen nemen in het onderzoek, zijn de vragenlijsten vertaald, maar dit is niet gevalideerd. Hierdoor is het mogelijk dat de deelnemers de vragen op een andere manier geïnterpreteerd hebben wat invloed kan hebben op de resultaten.

Voor toekomstig onderzoek is het van belang dat er rekening wordt gehouden met eventuele uitval van deelnemers door de inclusie criteria, bijvoorbeeld door een grotere steekproef te nemen of door de eerst verantwoordelijke verzorgenden (EVV'ers) goed op de hoogte te stellen van het doel van het onderzoek en de gewenste doelgroep. Hierdoor kunnen zij bij het doorgeven van namen beter letten op de aanwezigheid van, in dit geval, depressieve klachten. Als de EVV'ers zien dat de klachten niet aanwezig zijn, hoeven deze personen ook

niet geïnterviewd te worden. In dit onderzoek is een verschil gevonden in samenhang tussen de subschalen van de MHC-SF. Voor de toekomst is het van belang dit verder uit te werken en na te gaan wat de aard is van deze verschillen er zou gekeken kunnen worden naar achterliggende factoren die deze verschillen verklaren. Ten slotte is het goed om een interventie te baseren op specifieke, positieve autobiografische herinneringen en te kijken wat het effect hiervan is. Het gemiddelde aantal specifieke herinneringen in deze steekproef was nog geen vier, hier kan uit opgemaakt worden dat ouderen het lastig vinden om dit soort herinneringen op te halen. Er is echter wel sprake van een negatieve samenhang met depressie en een positieve samenhang met positieve geestelijke gezondheid aanwezig. Wanneer ouderen leren om meer van deze specifieke herinneringen op te halen door middel van een interventie, zou dat een positief effect kunnen hebben op hun geestelijke gezondheid.

Conclusies

Al met al kan geconcludeerd worden dat specifieke, positieve autobiografische herinneringen gerelateerd zijn aan geestelijke gezondheid van ouderen. Er is een verband gevonden met zowel depressieve klachten als met positieve geestelijke gezondheid, echter niet met angstklachten. Ondanks enkele beperkingen in het huidige onderzoek, kan waarschijnlijk gezegd worden dat deze verbanden aanwezig zijn in de populatie ouderen. Deze kennis kan meegenomen naar volgend onderzoek wat zich kan richten op interventies om depressie te verminderen en positieve geestelijke gezondheid te verhogen, bijvoorbeeld door ouderen te leren om meer specifieke, positieve autobiografische herinneringen op te halen. Met een pre- en posttest op depressie- en angstklachten en positieve geestelijke gezondheid kan het effect onderzocht worden. Als dit effect aanwezig is, kan de interventie toegepast worden, bijvoorbeeld in verzorgingshuizen waar de prevalentie van depressie- en angstklachten hoog is.

Referenties

- Afonso, R.A., Bueno, B., Loureiro, M.J., & Pereira, H. (2011). Reminiscence, psychological well-being, and ego integrity in Portuguese elderly people. *Educational Gerontology, 37*(12), 1063-1080.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Beekman, A.T.F., Bremmer, M.A., Deeg, D.J.H., Van Balkom, A.J.L.M., Smit, J.H., De Beurs, E., Van Dyck, R., & Van Tilburg, W. (1998). Anxiety disorders in later life: A report from the longitudinal aging study Amsterdam. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 13*(10), 717-726.
- Blagov, P.S., & Singer, J.A. (2004). Four dimensions of self-defining memories (specificity, meaning, content, and affect) and their relationships to self-restraint, distress, and repressive defensiveness. *Journal of Personality, 72*, 481-511.
- Blazer, D.G. (2002). Self-efficacy and depression in late life: A primary prevention proposal. *Aging & Mental Health, 6*(4), 315-324.
- Boals, A., Hathaway, L.M., & Rubin, D.C. (2011). The therapeutic effects of completing autobiographical memory questionnaires for positive and negative events: An experimental approach. *Cognitive Therapy and Research, 35*, 544-549.
- Bohlmeijer, E.T., Roemer, M., Cuijpers, P., & Smit, F. (2007). The effects of life-review on psychological well-being in older adults: a meta-analysis. *Aging and Mental Health, 11*, 291-300.
- Boumeester, M.N. (2012). Het verschil in gebruik van reminiscentie functies tussen jongeren en ouderen en het effect van psychopathologie op reminiscentie.
- Cole, M.G., Bellavance, F., & Masour, A. (1999). Prognosis of depression in elderly community and primary care populations: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry, 156*, 1182 -1188.
- Cuijpers, P., De Graaf, R., & Van Dorsselaer, S. (2004). Minor depression: risk profiles, functional disability, health care use and risk of developing major depression. *Journal of Affective Disorders 79*, 71-79.
- Cuijpers, P., & Smit, F. (2002). Excess mortality in depression: a meta-analysis of community studies. *Journal of Affective Disorders, 72*, 227-236.
- De Beurs, E., Beekman, A.T.F., Deeg, D.J.H., Van Dyck, R., & Van Tilburg, W. (2000). Predictors of change in anxiety symptoms of older persons: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Psychological Medicine, null*, 515-527.

- Gonçalves, D.C., Albuquerque, P.B., & Paul, C. (2009). Life review with older women: an intervention to reduce depression and improve autobiographical memory. *Aging Clinical and Experimental Research*, *21*, 369-371.
- Halbach Moffitt, K., Singer, J.A., Nelligan, D.W., Carlson, M.A., & Vyse, S.A. (1994). Depression and memory narrative type. *Journal of Abnormal Psychology*, *103*(3), 581-583.
- Jongenelis, K., Gerritsen, D.L., Pot, A.M., Beekman, A.T., Eisses, A.M., Kluiters, H., & Ribbe, M.W. (2007). Construction and validation of a patient- and user-friendly nursing home version of the Geriatric Depression Scale. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *22*, 837-842.
- Keyes, C.L.M., Shmotkin, D., & Ryff, C.D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, *82*(6), 1007-1022.
- Kirmizioglu, Y., Doğan, O., Kuğu, N., & Akyüz, G. (2009). Prevalence of anxiety disorders among elderly people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *24*, 1026-1033.
- Korte, J. (2012). *The stories we live by: The adaptive role of reminiscence in later life*. Enschede: Universiteit Twente.
- Korte, J., Bohlmeijer, E.T., Cappeliez, P., Smit, F., & Westerhof, G.J. (2012). Life-review therapy for older adults with moderate depressive symptomatology: A pragmatic randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, *42*, 1163–1173.
- Lamers, S.M.A. (2012). *Positive mental health: Measurement, relevance and implications*. Enschede: Universiteit Twente.
- Lamers, S.M.A., Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T., Ten Klooster, P.M., & Keyes, C.L.M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, *67*(1), 99-110.
- Nierenberg, A.A., Rapaport, M.H., Schettler, P.J., Howland, R.H., Smith, J.A., Edwards, D., Schneider, T., & Mischoulon, D. (2010). Deficits in psychological well-being and quality-of-life in minor depression: Implications for DSM-V. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, *16*, 208-216.
- Pathman, T., Doydum, A., & Bauer, P.J. (2013). Bringing order to life events: Memory for the temporal order of autobiographical events over an extended period in school-aged children and adults. *Journal of Experimental Child Psychology*, *115*, 309-325.
- Pinquart, M., & Forstmeier, S. (2012). Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: A meta-analysis, *Aging & Mental Health*, *16*(5), 541-558.

- Schubert, D.S.P., Taylor, C., Lee, S., Mentari, A., & Tamaklo, W. (1992). Physical consequences of depression in the stroke patient. *General Hospital Psychiatry, 14(1)*, 69-76.
- Serrano, J.S., Latorre, J.M., Gatz, M., & Montanes, J. (2004). Life-review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with depressive symptomatology. *Psychology and Aging, 2*, 272-277.
- Smalbrugge, M., Jongenelis, L., Pot, A.M., Beekman, A.T.F., & Eefsting, J.A. (2005). Comorbidity of depression and anxiety in nursing home patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 20*, 218-226.
- Smit, F., Beekman, A., Cuijpers, P., De Graaf, R., & Vollebergh, W. (2004). Selecting key variables for depression prevention: results from a population-based prospective epidemiological study. *Journal of Affective Disorders, 81*, 241-249.
- Snaith, R.P. (2003). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Health and Quality of Life Outcomes, 1(29)*.
- Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E., & Webster, J.D. (2010) Reminiscence and mental health: a review of recent progress in theory, research and interventions. *Ageing & Society, 30*, 697-721.
- Williams, J.M.G., & Broadbent, K. (1986). Autobiographical memory in suicide attempters. *Journal of Abnormal Psychology, 95(2)*, 144-149.
- Williams, J.R., (2005). Depression as a mediator between spousal bereavement and mortality from cardiovascular disease: Appreciating and managing the adverse health consequences of depression in an elderly surviving spouse. *Southern Medical Journal, 98(1)*, 90-95.
- Wolff, F.C. (2013). Well-being of elderly people living in nursing homes: The benefits of making friends. *Kyklos, 66(1)*, 153-171.