

Dierbare herinneringen

Protocol voor individuele life-review therapie gebaseerd op autobiografische oefening

Ernst Bohlmeijer
Bas Steunenberg
Roeslan Leontjevas
Margje Mahler
Riët Daniël
Debby Gerritsen

Colofon

Auteurs

E. Bohlmeijer
B. Steunenberg
R. Leontjevas
M. Mahler
R. Daniël
D. Gerritsen

Realisatie

Dit protocol werd in eerste instantie ontwikkeld door E.T. Bohlmeijer en Bas Steunenberg in het kader van een samenwerkingsproject tussen de Universiteit Twente en de Vrije Universiteit. Het protocol is gebaseerd op een protocol dat werd ontwikkeld door Juan Serrano. Met zijn toestemming is het protocol aangepast. Het protocol werd vervolgens aangepast in het kader van een samenwerkingsproject tussen het UMC St. Radboud, de Vrije Universiteit en de Universiteit Twente.

© 2010 E.T. Bohlmeijer & B. Steunenberg

Dit protocol mag onder vermelding van bron vrij worden toegepast in zorg. Bronvermelding is als volgt: Bohlmeijer, E., Steunenberg, B., Leontjevas, R., Mahler, M., Daniël, R., Gerritsen, D. (2010). Dierbare herinneringen Protocol voor individuele life-review therapie gebaseerd op autobiografische oefening. Enschede: Universiteit Twente.

Alle (onderzoeks)rechten zijn voorbehouden. Het protocol kan alleen voor onderzoek worden gebruikt na schriftelijke toestemming van de auteurs. Niets uit deze uitgave mag worden aangepast zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteurs

Inhoud

1	Inleiding	3
2	Empirische onderbouwing life-review therapie	5
2.1	Definitie reminiscentie	5
2.2	Functies van reminiscentie en geestelijke gezondheid	5
2.3	Type interventies	7
3	Het autobiografisch geheugen.....	9
4	Effectonderzoek	14
5	Het protocol	16
5.1	Algemene toelichting	16
5.1.1	Oriënterend gesprek (45 min)	17
5.1.2	Tweede en volgende gesprekken (steeds 45 min)	20
5.2	Thema's en vragen	21
5.2.1	De kindertijd (0-12 jaar)	21
5.2.2	De jeugd (12 – 18 jaar).....	24
5.2.3	De volwassenheid	26
5.2.4	Het leven in het algemeen	30
6	Aandachtspunten bij de uitvoering.....	33
7	Referenties.....	36

1 Inleiding

De belangstelling voor life-review als een vorm van behandeling van depressie bij ouderen gaat terug tot 1963 toen Robert Butler zijn inzichten in de rol van terugkijken op het leven bij mensen in hun laatste levensfase publiceerde. Op basis van klinische ervaringen constateerde hij een toename van reminiscentie - 'the act of process of recalling the past' - bij ouderen. Hij interpreteerde dit gedrag als een natuurlijke en universele behoefte van mensen in de laatste levensfase om het eigen leven te evalueren en de balans op te maken (life-review). Butler veronderstelde dat dit proces wordt uitgelokt door de naderende dood en het besef van toenemende persoonlijke kwetsbaarheid. Hij spreekt over life-review als een 'reorganisatieproces' waarbij alle belangrijke ervaringen nog eens de revue passeren en geherwaardeerd worden binnen het perspectief van de hele levensloop. Ook conflicten die in het verleden niet zijn opgelost komen opnieuw naar voren en kunnen alsnog worden verwerkt en geïntegreerd. In positieve zin zou life-review leiden tot verzoening met het eigen leven, nieuwe betekenisgeving en daarmee ook acceptatie van de dood. In negatieve zin leidt de evaluatie van het eigen leven tot wanhoop en depressie. Dit is vooral het geval wanneer schuldgevoelens, bitterheid, en faalgevoelens blijven overheersen. In 1974 introduceert Butler het concept van life-review therapie (Butler, 1974). Nog nadrukkelijker positioneert hij life-review als een ontwikkelingspsychologische taak die nodig is om succesvol oud te kunnen worden. Daarom pleit hij voor een ruime toepassing van de methodiek van life-review in allerlei settings (psychiatrie, verpleeg- en verzorgingshuizen, community), zowel in de vorm van preventie als psychotherapie. Life-review therapie omschrijft hij als het actief naar voren halen van emotionele herinneringen met onder meer als doelen: het verwerken van schuldgevoelens, oplossen van intra-psychische conflicten en verzoening van familierelaties en het overdragen van kennis, wijsheid en waarden aan volgende generaties.

Vanaf de jaren zeventig in de 20e eeuw werd onderzoek gedaan naar de effecten van life-review op geestelijke gezondheid (depressie, levenstevredenheid, zelfvertrouwen) van ouderen. De effecten vielen vaak tegen. Dat had verschillende oorzaken:

- Life-review werd meestal niet goed gedefinieerd en onderscheiden van algemene reminiscentie.
- Het ontbrak aan empirische studies naar de functies van reminiscentie en de relatie met geestelijke gezondheid.
- Er werd niet gespecificeerd hoe life-review ingrijpt op processen die ten grondslag liggen aan depressie.

Juist de laatste 20 jaar is de empirische en theoretische onderbouwing van het werken met herinneren sterk toegenomen (Westerhof, Bohlmeijer & Webster, 2010). Er is een nieuwe generatie life-review interventies ontwikkeld dat op deze inzichten is gebaseerd. Dierbare Herinneringen vormt een van deze interventies. Dierbare Herinneringen is gebaseerd op life-review en kennis over de werking van het autobiografisch geheugen bij ouderen met een depressie.

Opbouw van het protocol

Het volgende hoofdstuk beschrijft de empirische onderbouwing van life-review therapie. Vervolgens licht hoofdstuk 3 de specifieke inhoud van Dierbare Herinneringen toe vanuit de werking van het autobiografisch geheugen. Hoofdstuk 4 is het protocol zelf. Vervolgens worden in Hoofdstuk 5 aanbevelingen gedaan voor de uitvoering van het protocol en worden tips voor gespreksvoering gegeven.

2 Empirische onderbouwing life-review therapie

Westerhof, Bohlmeijer en Webster (2010) deden een uitgebreide review naar het onderzoek over de relatie tussen reminiscentie en geestelijke gezondheid. Dit hoofdstuk vat hun belangrijkste bevindingen samen. Omdat in life-review therapie het werken met herinneringen centraal staat, beschrijven we eerst een definitie van reminiscentie en het onderzoek naar de functies van reminiscentie. Vervolgens laten we zien hoe life-review interventies kunnen worden gebaseerd op dit onderzoek.

2.1 Definitie reminiscentie

Bluck en Levine (1998; p. 188) definieerden reminiscentie als *'the volitional or nonvolitional act or process of recollecting memories of one's self in the past. It may involve the recall of particular or generic episodes that may or may not have been previously forgotten, and that are accompanied by the sense that the remembered episodes are veridical accounts of the original experiences. This recollection from autobiographical memory may be private or shared with others'*.

Deze definitie maakt drie zaken duidelijk. (1) Remiscentie is een natuurlijk, dagelijks fenomeen. (2) We kunnen herinneringen actief ophalen, ook de herinneringen die tijdelijk 'vergeten' waren. Het actief ophalen van herinneringen ligt ten grondslag aan reminiscentie als interventie (3). Herinneren is een constructief proces (Bluck & Levine, 1998; Conway, Singer en Tagini, 2004). Bestaande zelfschema's en de sociale situatie op het moment van herinneren hebben invloed op hoe de herinneringen vorm krijgen.

2.2 Functies van reminiscentie en geestelijke gezondheid

Webster (1993, 1997) deed het meest uitgebreid onderzoek naar de functies van reminiscentie. Op basis van een factoranalyse ontdekte hij acht verschillende functies van reminiscentie, die hij als volgt omschreef:

Identiteit: het existentiële gebruik van ons verleden om te ontdekken, verhelderen wie we zijn.

Voorbereiding op de dood: het gebruik van ons verleden om ons te verzoenen met onze eindigheid.

Problemen oplossen: het gebruik van herinneringen om om te gaan met problemen in het hier en nu.

Informereren: het gebruik van herinneringen om ervaringen en lessen over te dragen aan anderen.

Conversatie: het gebruik van herinneringen om zich te verbinden met anderen.

Afname verveling: het gebruik van herinneringen om het (saaie) heden te ontvluchten.

Herleven van bitterheid: het herhalen van negatieve gebeurtenissen om ontevredenheid en negatieve opvattingen te bevestigen.

Behoud van intimiteit: het koesteren van herinneringen aan dierbaren om aan deze persoon vast te houden.

Later onderzoek (Cappeliez, Rivard en Guindon, 2007) laat zien dat deze acht functies in drie clusters samenvallen. Identiteit, problemen oplossen en voorbereiding op de dood behoren tot het 'positieve zelf' cluster. Ze dragen bij aan een coherent, betekenisvol, positief zelfbeeld. Afname van verveling, herleven van bitterheid en behoud van intimiteit behoren tot het negatieve zelfcluster. Ook zij dragen bij aan continuïteit van de identiteit maar op een negatieve manier. Informeren en conversatie behoren tot het sociale cluster. Deze functies dragen bij aan het verbinden met onze sociale omgeving.

Divers onderzoek laat zien dat de drie clusters van functies verschillend samenhangen met onze geestelijke gezondheid (Webster, 1998; Cully, Lavoie & Gfeller, 2001; Cappeliez en O'Rourke, 2002; Cappeliez en O'Rourke, 2007). De conclusie die uit dit onderzoek getrokken kan worden, is dat de negatieve zelffuncties (met name het herleven van bitterheid, afname van verveling) sterk gecorreleerd zijn met depressie en angst. De positieve zelffuncties correleren met psychologisch welbevinden. De sociale functies hebben geen directe relatie, positief of negatief met geestelijke gezondheid.

De belangrijkste consequentie is dat wanneer we willen werken met herinneringen bij ouderen met een depressie, expliciet gemaakt moet worden hoe omgegaan wordt met vooral het herleven van bitterheid. Reminiscentie zal herinneringen oproepen die samenhangen met depressie. De vraag is hoe een nieuwe reconstructie van die herinneringen wordt gerealiseerd die tot minder depressie zal leiden?

2.3 Type interventies

Op basis van het onderzoek naar de functies van reminiscentie en geestelijke gezondheid stellen Westerhof, Bohlmeijer en Webster voor drie typen interventies te onderscheiden. Deze typen interventies hebben verschillende doelstellingen en passen bij verschillende doelgroepen.

Sociale reminiscentie. Deze interventies richten zich op het ophalen en uitwisselen van herinneringen als een betekenisvolle sociale activiteit. Het kan sociale relaties versterken en het positieve gevoel van mensen versterken. Het stimuleert de sociale functies van reminiscentie. Het kan grotendeels spontaan, op basis van 'cues' (foto's, oude journaalfragmenten, liedjes etc.) plaats vinden.

Life-review. Life-review is sociale reminiscentie maar richt zich vooral ook op het versterken van de functies identiteit, probleem oplossen en voorbereiding op de dood. Het herinneren gebeurt meer systematisch en gestructureerd. Doelstellingen zijn ook evaluatie en betekenisgeving, en het integreren van positieve en negatieve ervaringen. Dit type interventie leent zich optimaal voor mensen die worstelen met overgangen in het leven of levensgebeurtenissen zonder dat er sprake is van ernstige psychische problemen (depressie, angst). Het draagt bij aan de versterking van een positieve, vertrouwen gevende zelfidentiteit. Het is belangrijk dat de begeleiders voldoende algemene therapeutische gespreksvaardigheden hebben: structureren, empathisch reageren, 'reframen', doorvragen.

Life-review therapie. Dit type interventie bouwt voort op life-review maar richt zich actiever op het ontwikkelen van nieuwe reconstructies van het eigen leven. Zij is noodzakelijk bij mensen met een depressie. Immers bij hen kan worden verondersteld dat het ophalen en geven van betekenis aan herinneringen op een manier gebeurt die de depressie veroorzaakt of in stand houdt. Dit zal meestal inhouden dat life-review wordt gekoppeld aan andere therapieën als probleemoplossende therapie, cognitieve therapie, narratieve therapie. Het doel is om niet alleen de positieve zelfidentiteit te versterken maar de negatieve zelfidentiteit te verminderen. Life-review therapie moet daarom eerder worden opgevat als een vorm van psychotherapie. Uitvoering van life-review therapie maakt dat de begeleiders geschoold moeten zijn in die psychotherapeutische vaardigheden.

Dierbare herinneringen is bedoeld voor ouderen in verzorgings- en verpleeghuizen met een (lichte) depressie. Zij is dus een vorm van life-review therapie. Life-review wordt in deze interventie niet gekoppeld aan een vorm van psychotherapie maar aan inzichten over de werking van het autobiografisch geheugen bij mensen met een depressie. Het voordeel van deze interventie is dus dat geen specialistische psychotherapeutische gespreksvaardigheden vereist zijn maar wel voldoende ervaring met algemene therapeutische gespreksvaardigheden. In het volgende hoofdstuk wordt nu eerst dieper ingegaan op de autobiografische processen.

3 Het autobiografisch geheugen

Het autobiografisch geheugen wordt ook wel aangeduid als het episodisch geheugen, je persoonlijk geheugen of 'the recollective memory' genoemd. De meest gehanteerde definitie is "dat onderdeel van het geheugen dat zich richt op het herinneren van persoonlijk ervaren gebeurtenissen uit het verleden". Birren en Schroots (2006) definiëren het autobiografisch geheugen dan ook kortweg als iemands levensverhaal gebaseerd op de verzameling van herinneringen aan gebeurtenissen uit zijn of haar leven. Mark Williams (2007) was het die als een van de eersten dit autobiografisch geheugen koppelde aan een depressieve stemming. Uit zijn studie in 2007 blijkt dat personen die depressief zijn, vaak moeite hebben om zich specifieke momenten of gedetailleerde herinneringen uit hun levensgeschiedenis te herinneren. Deze bevinding wordt aangeduid met de term overgeneralisatie van het autobiografisch geheugen.

Nu eerst wat meer uitleg over de werking en functie van dit autobiografisch geheugen. Dit deel van je geheugen draagt bij aan je zelfbesef of wel zelfconcept, immers je herinneringen helpen je om een gevoel van eenheid en continuïteit van je zelf te ervaren. Het autobiografisch geheugen heeft ook een sturende functie, het helpt je met het maken van beslissingen en bij het oplossen van problemen. Dit geheugen kan je ook helpen bij het stellen en proberen te bereiken van belangrijke levensdoelen. Daar komt bij dat je geheugen je de mogelijkheid geeft te voorspellen hoe je zult reageren in toekomstige situaties. Tot slot heeft het autobiografisch geheugen een sociale functie, want herinneringen helpen bij het ontwikkelen en onderhouden van sociale contacten.

Het autobiografisch geheugen heeft naar op dit moment wordt aangenomen een hiërarchische opbouw (Conway en Pleydell-Pearce, 2000). De persoonlijke herinneringen zijn in dit model in drie verschillende hiërarchische niveaus georganiseerd. Deze niveaus zijn, ten eerste, levensfasen of wel "life time periods", zoals de puberteit, je middelbare schooltijd. Dit niveau verwijst naar langdurige perioden in het leven. Het tweede niveau "algemene of categorieën van gebeurtenissen", verwijst naar zich regelmatig herhalende ervaringen (verdeelt over dagen, weken of jaren, zoals kerstmis, de vakanties in Frankrijk) en het derde niveau richt zich op "specifieke gebeurtenissen" en verwijst naar op de minuut nauwkeurig

opgeslagen herinneringen, die niet langer duren dan een aantal uur of een dag (bijvoorbeeld je trouwdag of het behalen van je rijbewijs). Volgens dit hiërarchische model moeten om specifieke herinneringen op te kunnen halen, eerst herinneringen van een hoger, meer algemeen niveau worden geactiveerd, om vervolgens de specifieke herinneringen te kunnen reconstrueren. Deze gebeurtenisspecifieke kennis verschilt onder meer van de andere niveaus dat bij dit niveau concrete gevoels- of zintuiglijke informatie (vaak visueel) wordt herinnerd, in plaats van de meer globale abstracte en verbale samenvattingen van ervaringen uit het verleden op de globalere eerste 2 niveaus van het autobiografisch geheugen.

Terug naar de relatie tussen depressie en het autobiografisch geheugen. Normaal gesproken heb je vrije doorgang in deze hiërarchische structuur en heb je controle over in hoeverre je het lukt meer specifieke (niveau 3) of meer globale herinneringen (niveaus 1 en 2) op te halen, afhankelijk van wat iemand in een bepaalde situatie het meest geschikt acht. Onderzoeken naar dit autobiografisch geheugen wijzen echter uit dat mensen met een depressieve stoornis moeite hebben met het genereren van specifieke autobiografische herinneringen. Depressieve patiënten lijken de neiging te hebben om meer globale (negatief gekleurde) herinneringen op te halen, in plaats van herinneringen aan specifieke gebeurtenissen die plaatsvonden op een bepaald moment en plaats (Williams, 1996).

Ter illustratie een voorbeeld. Als je aan een depressieve patiënt vraagt te vertellen hoe het uitje naar de dierentuin was, dan zal dat bijvoorbeeld de volgende reactie opleveren; "oh, leuk". Na doorvragen lukt het om er uit te krijgen dat de patiënt veel dieren heeft gezien. Niet-depressieven die dezelfde dag hebben beleefd zouden een gedetailleerde beschrijving geven van de leeuwen, ijsberen, de safari, de vlindertuin, het weer, de reis er heen etc. Depressieven lukt dit niet, het lukt ze blijkbaar niet om de herinneringen, hoe kort geleden het ook gebeurd is, op te halen.

Deze overgeneralisatiebias, ofwel er niet in slagen specifieke herinneringen op te halen, blijkt een kenmerk van zowel patiënten met een depressie in engere zin, als wel met een subklinische depressie (Van Vreeswijk en de Wilde, 2003; Williams, 2007). Overgeneralisatie van het autobiografisch geheugen wordt veelal gezien als een duurzame en stabiele eigenschap die als belangrijke kwetsbaarheidfactor geldt voor het ontwikkelen van

depressie, uit sommige studies zou zelfs blijken dat ook na herstel van een depressie of verbetering van de klachten de verminderde specificiteit behouden bleef (Brittlebank et al., 1993; Spinhoven et al., 2006). De overgeneralisatiebias blijkt een voorspeller van een slechte prognose van depressie en een grotere kans op terugval (Dalglish et al., 2001).

Er zijn verschillende mogelijke verklaringen voor het fenomeen van de overgeneralisatie bij depressieve patiënten. Een van de mogelijkheden is het idee van "functional-avoidance", waarmee wordt aangegeven dat de overgeneralisatiebias het resultaat is van een aangeleerde manier van omgaan met gedachten, ofwel cognitief proces, waarbij de ervaring aan pijnlijke herinneringen zoveel mogelijk wordt vermeden. Daarnaast bestaat er de theorie van de "mnemonic interlock"; depressieve patiënten raken hierbij "gevangen" in de bovenste niveaus in de hiërarchische structuur van het autobiografisch geheugen, kortom het lukt ze hierdoor niet af te dalen naar de lagere en specifiekere niveaus (Williams, 1996).

Is er door middel van bijvoorbeeld psychotherapie iets te doen aan die overgeneralisatiebias? Op dit moment slaat de balans van onderzoeksresultaten door naar de aanname dat het autobiografisch geheugen trainbaar is (Watkins et al., 2000; Williams et al., 2000; Kremers et al., 2006). Of in andere woorden dat de overgeneralisatie van het autobiografisch geheugen in plaats van een onveranderbare stabiele eigenschap, beïnvloedbaar en veranderbaar is. Gebaseerd op deze aanname is het protocol "Dierbare Herinneringen" ontwikkeld. "Dierbare Herinneringen" richt zich op het trainen van de ouderen in het ophalen van specifieke positieve herinneringen uit het eigen leven. Gedurende enkele life review gesprekken worden de deelnemers volgens het protocol getraind in het specificeren van hun herinneringen.

Het autobiografisch geheugen van ouderen

Ouderen die gevraagd worden om herinneringen uit hun verleden op te halen vertonen een kenmerkend herinneringspatroon. Ten eerste is er vaak sprake van een gebrek aan herinneringen uit de kindertijd, ofwel de kindertijd amnesie – childhood amnesia. De meeste herinneringen halen ouderen op uit de afgelopen 10-20 jaar, en er is een relatieve toename in herinneringen van de adolescentie tot de vroege volwassenheid (leeftijd van 10 tot 25 jaar), die

de *reminiscentie bump* wordt genoemd (Gidron and Alon, 2003). Deze *reminiscentie bump* zou verklaard kunnen worden door het grote belang van en het aantal gebeurtenissen dat plaatsvindt in de adolescentie, zeg maar alles is nieuw, een belangrijke fase in je ontwikkeling en je leert je zelf en je grenzen kennen. De enige verklaring die ondersteund wordt door wetenschappelijk onderzoek gaat er van uit dat de herinneringen uit deze periode beter gecodeerd worden in je geheugen dan in de andere perioden van je leven (Rubin en Schulkind, 1997). Er is een klein aantal studies gedaan naar de relatie tussen specificiteit van geheugen en depressie bij ouderen. De relatie blijkt alleen te bestaan wanneer de ouderen worden gevraagd herinneringen op te halen uit hun adolescentie en uit het recente verleden, en dit sluit weer aan bij de theorie hierboven beschreven dat ouderen uit hun adolescentie en recente verleden beter herinneringen kunnen ophalen, dan uit hun kindertijd en de periode van 25-65 jaar. Dus, wanneer ouderen gevraagd worden naar herinneringen uit hun recente verleden of adolescentie hebben depressieve ouderen meer moeite met het ophalen van specifieke herinneringen dan de niet-depressieven. Bij de herinneringen uit de kindertijd en volwassenheid is dit verband er niet. Hier hebben allebei de groepen moeite met het ophalen van specifieke herinneringen.

Uit een tweetal recente studies blijkt dat ook bij depressieve ouderen de overgeneraliteitsbias te vinden is (Serrano et al., 2007; Birch and Davidson, 2007). Echter, er dient bij de conclusies getrokken in deze studies wel aandacht te zijn voor de werking van het geheugen en de veroudering. Zowel bij de "mnemonic interlock" theorie van Williams (2007) als de theorie van Conway and Playdal-Pierce (2000) speelt het werkgeheugen een belangrijke rol in het niet kunnen genereren van specifieke herinneringen bij depressieven. Echter verscheidene studies hebben aangetoond dat de snelheid of het functioneren van het werkgeheugen afneemt met de leeftijd (Lezak, 1995). De enige studie die ooit gekeken heeft naar de invloed van de kwaliteit van het werkgeheugen op de specificiteit van herinneringen tussen depressieve en niet-depressieve ouderen, concludeert dat depressie daadwerkelijk een negatief effect heeft op de specificiteit van het geheugen en het verschil niet te wijten is aan de werking van het geheugen, daar er geen verschil was in reactietijd tussen beide groepen ouderen. Tot slot, werd

er wel aangetoond dat ouderen met een beter functionerend werkgeheugen ook meer specifieke herinneringen ophaalden (Birch and Davidson, 2007).

Er zijn helaas nog geen studies bekend die onderzocht hebben of ouderen met lichte geheugenproblemen het minder doen bij life reviewprotocollen dan de ouderen met een goed werkend geheugen. Omdat *Dierbare Herinneringen* met name een beroep doet op het autobiografische geheugen worden echter ook positieve effecten in een groot deel van de verpleeghuispopulatie verwacht. Bovendien is dit life-review protocol mede toegesneden op ouderen in verpleeghuizen. Er wordt rekening gehouden met hun beperkte belastbaarheid en het protocol besteedt aandacht aan het op gang helpen van het ophalen van herinneren.

4 Effectonderzoek

Steunenbergh, Bohlmeijer, et al. (ingediend) deden onderzoek naar de effecten van 'Dierbare herinneringen' op bewoners van verzorgingshuizen met depressieve klachten. 100 ouderen met depressieve klachten toegelaten tot het onderzoek. 73 ouderen rondden de interventie ook daadwerkelijk af. 43 ouderen in de experimentele groep en 30 in de wachtlijstcontrolegroep. Voor de afname van depressieve klachten werd een middelgroot effect gevonden ($d = .67$). Ook op gevoelens van eenzaamheid ($d = .51$) en het aantal opgehaalde specifieke herinneringen ($d = .65$) werden middelgrote effecten gevonden. Op angstklachten had de interventie geen effect. Van de ouderen met een diagnostisch depressieve stoornis knapten 30% zo op dat er na de interventie geen sprake meer was van een stoornis. De ouderen met een depressieve stoornis hadden op dit resultaat in de experimentele groep 5,5 (Odds Ratio = 5.5; 95 % betrouwbaarheidsinterval 1.1-27.0) keer meer kans dan de ouderen in de wachtlijstcontrolegroep. Van de ouderen in de groep met depressieve klachten die niet voldeden aan de criteria van een stoornis, was bijna de helft klachtenvrij na de interventie. In de wachtlijstcontrolegroep trad 'spontaan' herstel bij 25% van de groep op. Dit verschil bleek niet klinisch significant (OR = 2.7; 95% BI 0.65-11.5). Na controle voor de afname van de eenzaamheid bleven de effecten op depressie significant. Het idee van een 'aandachtseffect' lijkt hiermee uitgesloten.

Het protocol *Dierbare Herinneringen* werd ook toegepast bij een onderzoek naar een stepped-care behandelprogramma van depressie in verzorgingshuizen (Dozeman et al., ingediend). De deelnemers waren ouderen met depressieve klachten maar zonder stemmingsstoornis. De eerste stap bestond uit tijdelijk wachten, de tweede stap betrof een zelfhulpinterventie, de derde stap betrof DH. Wanneer er na elke stap geen sprake was een substantiële afname van depressieve klachten, ontvingen de deelnemers de volgende stap. De auteurs concluderen dat het stepped-care programma effectief de incidentie van depressies bij ouderen omlaag brengt.

Op dit moment wordt DH gebruikt in een onderzoek naar een nieuw zorgprogramma in verpleeghuizen door het UMC St. Radboud en in een onderzoek naar de effecten van life-review als palliatieve zorg voor mensen

met ongeneeslijke kanker. De resultaten van deze onderzoeken zijn nog niet bekend.

Al met al kan het ophalen van positieve specifieke herinneringen als een veel belovende interventie worden gezien voor ouderen met depressieve klachten in verzorgingshuizen.

5 Het protocol

5.1 Algemene toelichting

Het protocol Dierbare Herinneringen (DH) wordt in beginsel aanbevolen voor cognitief competente cliënten, maar is mogelijk ook toe te passen bij mensen met cognitieve beperkingen.

Doelen van de therapie

De doelstelling van DH is dat ouderen met een depressie op een gestructureerde wijze specifieke positieve herinneringen ophalen aan hun leven. Het accent wordt vooral gelegd op het leren om specifieke positieve herinneringen op te halen en minder op betekenisgeving of integreren van negatieve ervaringen.

Bij DH is het uitgangspunt dat de herinneringen aan het eigen leven van een depressieve cliënt globale, negatief gekleurde verhalen zijn. Er is geen toegang meer tot allerlei specifieke, positieve gebeurtenissen in het eigen leven. Door het ophalen van deze specifieke positieve herinneringen worden uitzonderingen op de negatieve verhalen over het eigen leven versterkt en wordt een positieve zelfidentiteit versterkt. De negatieve herinneringen en negatieve interpretaties worden minder dominant. De depressie zal daardoor afnemen. In narratieve termen: de uitzonderingen op de dominante, negatieve levensverhalen worden actief bevraagd en versterkt of verdikt.

Opbouw van Dierbare Herinneringen

In de life review gesprekken train je de deelnemers volgens het protocol in het specificeren van hun herinneringen. In beginsel worden 5 behandelgesprekken van ongeveer 45 minuten aanbevolen, maar meer kan ook wanneer de behandelaar denkt dat dit nuttig is. De opbouw is als volgt:

Gesprek 1: Een oriënterend gesprek

Gesprek 2: Training in ophalen van herinneringen uit de kindertijd (0-12 jaar)

Gesprek 3: Training in ophalen van herinneringen uit de jeugd (12 -18 jaar)

Gesprek 4: Training in ophalen van herinneringen volwassenheid

(eventueel te verdelen in twee of meer gesprekken)

Gesprek 5: Training in ophalen van herinneringen uit het leven in het algemeen en afsluitend gesprek

De paragrafen 4.1.1. tot en met 4.2.4. gaan dieper in op de opbouw van de afzonderlijke behandelgesprekken en geven suggesties voor te stellen vragen. Hoofdstuk 5 bevat aanbevelingen en adviezen over de toe te passen gesprekstechnieken en de benodigde vaardigheden.

Is DH altijd toe te passen?

Wanneer de cliënt het pertinent niet zien zitten, is het uiteraard van belang om dit te respecteren. Andere cliënten zullen tegensputteren of aarzelen. In dat geval kan het de moeite waard zijn om voor te stellen om het te proberen:

'We spreken af dat we beginnen en als u na een tijdje niet verder wilt, dan stoppen we er direct mee, is dat goed?'

Het kan zijn dat cliënten er niet iets positiefs of 'helpends' aan ervaren of dat de gesprekken onrust veroorzaken. Het spreekt voor zich om in dat geval niet verder aan te dringen.

5.1.1 Oriënterend gesprek (45 min)

De doelen van het oriënterende gesprek zijn:

1. (verdere) opbouw van de relatie met de cliënt en bespreken van doel en opzet van DH.
2. inschatten of DH aansluit bij de behoeften en (cognitieve) mogelijkheden van de cliënt;
3. motiveren en uitleg rationale, achterliggende theorie en werkingsmechanismen van DH;
4. zich oriënteren op het leven van de cliënt en daarmee op levensfasen, relaties en gebeurtenissen die geschikt kunnen zijn als bron van positieve herinneringen;
5. bepalen therapiedoelen, planning en opbouw van de volgende gesprekken, in samenspraak met de cliënt. Afhankelijk van de (cognitieve) capaciteiten van de cliënt, de ernst van de klachten en jullie beider agenda kun je eens per week of eens per twee weken een gesprek plannen;

6. (wanneer mogelijk) wat eerste vragen stellen en oefenen. Eventueel huiswerk bepalen en/of oefeningen bedenken die in het activiteitenplan kunnen worden opgenomen.

Het voeren van het oriënterende gesprek

Introductie

Begin het eerste gesprek met een korte introductie over de reden waarom je de cliënt wilt spreken. Vertel in de voor de cliënt begrijpelijke taal over de achterliggende theorie en werkingsmechanismen van DH.

Bijvoorbeeld:

'We hebben het de vorige keer (of: in eerdere gesprekken) gehad over dat u wel eens somber bent. Het blijkt nu zo te zijn dat mensen die somber zijn, moeite hebben om zich positieve gebeurtenissen te herinneren. Ze zijn de goede herinneringen als het ware kwijt. Daarom lijkt het alsof het leven alleen maar naar is geweest. Maar het blijkt ook dat je wel weer bij die goede herinneringen kunt komen door dat te trainen. Het blijkt dat wanneer iemand getraind is in het ophalen van goede herinneringen, de stemming kan verbeteren. Er is hiervoor een speciale methode ontwikkeld die echt blijkt te werken en waarin ik ook speciaal ben getraind. Ik denk dat deze methode goed bij u toepasbaar is, zodat we samen naar verbetering van uw stemming kunnen gaan.'

Vertel dat het belangrijk is om specifieke positieve herinneringen op te halen en geen algemene herinneringen. Maak een voorbeeld van een specifieke herinnering versus een algemene herinnering. Een algemene herinnering is bijvoorbeeld dat de grote broer van een cliënt heel aardig was voor hem/haar als kind, een specifieke herinnering is dat die broer van zijn eerst verdiende geld een bal voor haar heeft gekocht.

'Ik zou dat heel graag eens met u willen proberen. We gaan dus juist op zoek naar specifieke momenten in u leven die voor u dierbaar zijn.'

Oriëntatie op het leven van de cliënt

Leg uit dat je je eerst moet voorbereiden en daarom wilt oriënteren op het leven van de cliënt. Breng globaal de kindertijd (0-12), de jeugd (12-18) en de volwassenheid in kaart en vraag naar belangrijke personen. Deze inhoudelijke oriëntatie zal tevens belangrijke informatie geven voor de inschatting of DH aansluit bij de cliënt.

Oefenen en afsluiting

Probeer verder even te oefenen door vragen te stellen uit de periode die als meest positief naar voren is gekomen tijdens de oriëntatie op het leven van de cliënt. Probeer daarmee de cliënt te motiveren en een positieve stemming te bewerkstelligen. Bespreek – wanneer mogelijk – de therapiedoelen en de planning met de cliënt. Sluit het gesprek af met een nieuwe afspraak en – wanneer dit mogelijk is – met een huiswerkopdracht. De cliënt kan zich bijvoorbeeld voorbereiden op het volgende gesprek door na te denken over de te bespreken periode en eventueel hulpmateriaal (bijvoorbeeld, foto's) te zoeken.

Tip: Bedenk oefeningen die zijn gericht op de levensfase van het volgende gesprek en in het activiteitenplan kunnen worden opgenomen. Bespreek met relevante collega's de afgesproken voorbereidingen voor het volgende gesprek evenals de input voor het activiteitenplan. Afdelingsmedewerkers kunnen bijdragen aan DH door tijdens contactmomenten naar specifieke positieve herinneringen te vragen.

Vorbereiding van de volgende gesprekken

Maak voor jezelf een globale planning voor de volgende gesprekken. Op de volgende pagina's van dit protocol staat een aantal te stellen vragen afgedrukt. Per levensfase zijn enkele vragen voorgeselecteerd, dit zijn steeds de eerste 3 vragen, behalve bij het laatste gesprek. In dat gesprek is de eerste vraag en zijn de laatste 3 vragen voorgeselecteerd. Houd de volgorde 'kindertijd', 'jeugd', 'volwassenheid' en 'leven in het algemeen' aan en behandel in één gesprek niet meer dan één fase.

Na het oriënterende gesprek selecteer je per levensfase een paar aanvullende vragen die jij geschikt vindt om te gebruiken. Je kunt ook andere vragen bedenken naar aanleiding van de informatie uit het oriënterende gesprek. Je kunt een fase overslaan als uit het oriënterende

gesprek is gebleken dat bepaalde fasen in het leven van de cliënt (bijvoorbeeld de fase waarin de oorlog valt, of de fase waarin de overleden partner jaren ziek is geweest) zoveel negatieve emoties oproepen dat zij niet geschikt zijn voor het ophalen van specifieke positieve herinneringen.

5.1.2 Tweede en volgende gesprekken (steeds 45 min)

In de volgende gesprekken train je gedurende ongeveer drie kwartier de cliënt om op een gestructureerde wijze specifieke positieve herinneringen op te halen uit diverse perioden van zijn of haar leven. Uitgangspunt is dat er 4 of 5 gesprekken plaatsvinden, maar meer is prima als je inschat dat dit nuttig is. Het is belangrijk om per gesprek meerdere specifieke gebeurtenissen op te halen en niet heel diep op één van de gebeurtenissen in te gaan. Hoe meer vragen, hoe beter. Houd per vraag 3 tot 4 minuten aan. Geef per vraag feedback over de specificiteit van de herinnering. Check geregeld of iemand in de goede levensfase zit. Foto's kunnen goed helpen bij het ophalen van specifieke herinneringen. Geef daarom altijd ruimte om foto's te bekijken.

Hoofdstuk 5 bevat aandachtspunten bij de uitvoering van DH.

Inhoud van de gesprekken:

1. een korte inleiding en herhaling van de rationale,
2. eventueel – een korte bespreking van een huiswerkopdracht,
3. de eigenlijke training in het ophalen van de herinneringen (8 á 10 vragen)
4. evaluatie en feedback.
5. bespreking van een nieuwe huiswerkopdracht (wanneer van toepassing) en planning van een volgend gesprek.

In het laatste gesprek rond je de DH af en kun je eventueel afspraken maken voor mogelijke (zelfstandige) stappen in de toekomst. Indien nodig spreek je af wanneer en onder welke voorwaarden een follow-up gesprek plaats kan vinden.

We bevelen aan om ieder gesprek te beginnen met wat algemene vragen die betrekking hebben op de levensfase waar je vragen over gaat stellen. Zo ontstaat er context en draait het autobiografisch geheugen 'warm'. Na vijf á tien minuten kun je dan de eerste vraag naar een specifieke positieve herinnering stellen.

5.2 Thema's en vragen

5.2.1 De kindertijd (0-12 jaar)

Doel

Het trainen van de cliënt in het ophalen van specifieke, positieve herinneringen. De periode in dit gesprek is de kindertijd tot 12 jaar.

Opbouw (is steeds gelijk in gesprekken 2, 3 en 4):

1. een korte inleiding en herhaling van de rationale,
2. – eventueel – een korte bespreking van een huiswerkopdracht,
3. de eigenlijke training in het ophalen van de herinneringen (8 á 10 vragen)
4. evaluatie en feedback,
5. bespreking van een nieuwe huiswerkopdracht (wanneer van toepassing) en planning van een volgend gesprek.

Introductie

'Vandaag wil ik het met u hebben over uw kindertijd. De periode tot uw 12e jaar. Het is dus de periode dat u op de lagere school zat.

Ik ben vooral heel benieuwd naar specifieke gebeurtenissen in deze periode die voor u bijzonder waren. Het gaat mij dus om momenten die eenmalig waren.

U heeft me de vorige keer al iets over uw kindertijd verteld, daar wil ik u nog wat meer over vragen.'

Loop kort met de cliënt na wat zij/hij je verteld heeft over de kindertijd in het oriënterende gesprek en stel wat aanvullende vragen of vraag de cliënt om over bepaalde onderwerpen wat meer te vertellen. Wanneer de cliënt goed op de kindertijd gefocust is, kun je overgaan tot het stellen van vragen over specifieke herinneringen:

'Ik heb nu een beeld gekregen van uw kindertijd. Nu stel ik u een aantal vragen over specifieke gebeurtenissen in uw kindertijd.'

Thema's en vragen

Startvragen

1. Herinnert u zich een favoriet of speciaal speelgoed of spelletje dat u vaak deed en u veel plezier gaf?
2. Had u een juf of meester waar u dol op was? Wat vond u zo geweldig aan hem of haar?
3. Had u een vriendje of vriendinnetje (buurjongen -meisje) waar u veel mee speelde? Kunt u zich een leuk moment herinneren toen u met hem/haar speelde, toen u bijvoorbeeld leuk kattenkwaad hebt uitgehaald?

Overige vragen

4. 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.)
5. Kunt u zich een leuk moment herinneren dat u had met één van uw broers of zussen, toen u jong was? (Als er geen broers of zussen waren, dan een dierbaar iemand).
6. Kunt u zich een verjaardag herinneren uit die tijd die voor u speciaal was? Wie waren er en wat gebeurde er?
7. Kunt u zich een leuk sinterklaasfeest/ een leuke feestdag herinneren?
8. Met wie kon u het goed vinden toen u op de lagere school zat?
9. Kunt u zich een moment op de lagere school herinneren waarin u zich heel blij voelde?

10. Heeft u, toen u zo klein was, wel eens een cadeau ontvangen waar u heel erg blij mee was? Kunt u me daar wat meer over vertellen?
11. Kunt u zich een zeer gelukkige dag herinneren die u als kind samen met uw ouders beleefde?
12. Kunt u me een voorval vertellen waarbij uw vader of moeder iets deed toen u nog een kind was en dat u heel blij of gelukkig maakte?
13. Herinnert u zich dat u een keer iets bijzonders heeft gedaan met een vriendje of vriendinnetje, wat u bijstaat als een heerlijke tijd? Waarom was deze dag zo speciaal voor u als kind?
14. Herinnert u zich een moment uit uw jeugd dat u zich geliefd of ondersteund voelde door iemand?
15. Kunt u een voorbeeld noemen van een dag of voorval dat uw vader of moeder iets deed waardoor u heel trots op hem of haar was en u erg van hem of haar hield?
16. Herinnert u zich een dag waarop u een kus of een knuffel kreeg van iemand omdat u iets had gedaan?

5.2.2 De jeugd (12 – 18 jaar)

Doel :

Het trainen van de cliënt in het ophalen van specifieke, positieve herinneringen. De periode in dit gesprek is de jeugd, van 12 tot 18 jaar.

Opbouw:

1. een korte inleiding en herhaling van de rationale,
2. – eventueel – een korte bespreking van een huiswerkopdracht,
3. eigenlijke training in ophalen van de herinneringen (8 á 10 vragen)
4. evaluatie en feedback,
5. bespreking van een nieuwe huiswerkopdracht (wanneer van toepassing) en planning van een volgend gesprek.

Introductie

'Als u het goed vindt, wil ik nu graag stil staan bij uw herinneringen aan de tijd dat u ongeveer 12 tot 18 jaar oud was. Ik zal u vragen stellen over specifieke gebeurtenissen die bijzonder waren en die niet terugkwamen. Gebeurtenissen die u heel goed zijn bijgebleven en die u als het ware nog helemaal voor de geest staan. Het eerste dat bij u opkomt is goed. Maar zullen we nog even terugkomen op wat u mij al verteld heeft over uw jeugd?'

Loop kort met de cliënt na wat hij/zij je verteld heeft over zijn/haar jeugd in het oriënterende gesprek en stel wat aanvullende vragen of vraag de cliënt om over bepaalde onderwerpen wat meer te vertellen. Wanneer de cliënt goed op zijn/haar jeugd gefocust is, kun je overgaan tot het stellen van vragen over specifieke herinneringen:

'Ik heb nu een beeld gekregen van uw jeugd. Nu stel ik u een aantal vragen over specifieke gebeurtenissen in uw jeugd. Zullen we beginnen?'

Thema's en mogelijke vragen

Startvragen

1. Kunt u zich een verjaardag herinneren uit die tijd die voor u speciaal was? Wie waren er en wat gebeurde er?
2. Herinnert u zich nog een moment als tiener dat u heel enthousiast was over een boek, een film, een persoon of iets anders?
3. Herinnert u zich een dag of een viering op school of uw werk waarbij iedereen veel plezier had? Of is er een ander feest of feestdag geweest die u is bijgebleven?

Overige vragen

1. Herinnert u zich een speciaal moment dat u bijvoorbeeld uw eerste kus kreeg of dat u verliefd was op iemand? [realiseer dat deze vraag bij sommige mensen wat ongemak kan veroorzaken]
2. Is er een moment geweest tussen uw 12de en 18de levensjaar dat u iets bijzonders deed in de kerk, op school of een sportvereniging, dat u altijd is bijgebleven?
3. Herinnert u zich een plezierige dag of moment dat u met uw ouders er op uit trok?
4. Herinnert u zich een dag, tussen uw 12de en 18de, dat u zich heel gelukkig voelde? Een bijzondere dag waar u later nog vaak aan moest denken? Wat gebeurde toen?
5. Is er wel eens een dag geweest tussen uw 12e en 18e dat u uw ouders heeft geholpen met een moeilijke klus en dat het u veel voldoening gaf toen deze klus was geklaard?

6. Had u in uw tienertijd een speciale vriend/vriendin? Waarom was hij/zij zo speciaal voor u? Heeft u met hem/haar iets bijzonders doorgemaakt? (dorvragen en specifiek maken)
7. Vertelt u me eens over een speciale dag, toen u tussen de 12 en 18 was, die u doorbracht met één van uw beste vrienden/vriendinnen (evt. broers of zussen).
8. Herinnert u zich een moment tussen uw 12de en 18de, dat u zich beschermd of geliefd voelde terwijl u bij iemand was?
9. Wat is de plezierigste herinnering die u heeft aan uw grootouders toen u tussen de 12 en 18 was? (Indien geen grootouders, dan andere familie).
10. Wanneer u al deze vragen beschouwt, welk moment was voor u het gelukkigst? Kunt u dat uitleggen?

5.2.3 De volwassenheid

Doel:

Het trainen van de cliënt in het ophalen van specifieke, positieve herinneringen. De periode in deze gesprek is de volwassenheid. Deze periode kan verdeeld worden over twee gesprekken: de eerste over de volwassenheid tot het 45ste levensjaar, de tweede over de jaren daarna.

Opbouw:

1. een korte inleiding en herhaling van de rationale,
2. eventueel – een korte bespreking van een huiswerkopdracht,
3. eigenlijke training in ophalen van de herinneringen (8 á 10 vragen)
4. evaluatie en feedback,
5. bespreking van een nieuwe huiswerkopdracht (wanneer van toepassing) en planning van een volgende gesprek.

Introductie van training binnen het gesprek

De volwassenheid beslaat een grote periode en er zijn veel vragen mogelijk. Welke vragen relevant zijn, is erg afhankelijk van het leven van de cliënt en

het oriënterende gesprek zal daarvoor richting hebben gegeven. We geven veel vragen weer, waaruit je een keuze kunt maken. Je kunt dit ook in overleg doen met de cliënt.

'Als u het goed vindt, wil ik nu graag stil staan bij uw herinneringen aan de tijd dat u volwassen was. Ik zal u vragen stellen over specifieke gebeurtenissen die bijzonder waren en die niet terugkwamen. Gebeurtenissen die u heel goed zijn bijgebleven en die u als het ware nog helemaal voor de geest staan. Het eerste dat bij u opkomt is goed. Maar zullen we nog even terugkomen op wat u mij al verteld heeft over uw volwassen leven?'

Loop kort met de cliënt na wat hij/zij je verteld heeft over zijn/haar volwassen leven in het oriënterende gesprek en stel wat aanvullende vragen of vraag de cliënt om over bepaalde onderwerpen wat meer te vertellen. Wanneer de cliënt goed op zijn/haar volwassenheid gefocust is, kun je op basis van het oriënterende (eerste) gesprek zelf kiezen voor een periode die veel mogelijkheden biedt voor het ophalen van specifieke positieve herinneringen of dit met de cliënt bespreken:

1. 'Ik heb nu een beeld gekregen van uw leven.
2. Als het gaat om uw volwassen leven, wat was voor u de beste periode?
3. Hoe kwam dat zo?
4. Kunt u daar een voorbeeld van geven?'

En dan doorgaan met vragen naar specifieke positieve gebeurtenissen in de betreffende periode.

'Als u het goed vindt, wil ik nu graag stil staan bij uw herinneringen aan de tijd dat u volwassen was. Ik zal u vragen stellen over specifieke gebeurtenissen die bijzonder waren en die niet terugkwamen. Gebeurtenissen die u heel goed zijn bijgebleven en die u als het ware nog helemaal voor de geest staan. Het eerste dat bij u opkomt is goed. Zullen we beginnen?'

Thema's en mogelijke vragen

Startvragen

1. Is er een bepaalde plaats of plek die veel voor u betekende in de periode van uw 18de tot ongeveer uw 45ste levensjaar? Aan welke gebeurtenis of moment is die betekenis of plek gekoppeld? Hoe zag deze plek eruit?
2. Kunt u iets vertellen over een belangrijke relatie in uw leven? Hoe heeft u deze persoon leren kennen? Kun u mij een of enkele momenten noemen die uw relatie dierbaar voor u maken? Wat gebeurde er toen? (Verder concretiseren, hoe oud was toen etc.) Wat was een moment in deze relatie dat u heel erg dierbaar is?
3. Wat is een heel belangrijke positieve gebeurtenis geweest voor u na uw 18e levensjaar? (eventueel doorvragen, wanneer was dit, hoe oud was u toen etc. concreet maken)

Overige vragen

4. Kunt u zich een dag herinneren dat u iets moest bereiken (organiseren, prestatie etc.) waarin u ook slaagde en waardoor u zich erg trots op uzelf voelde?
5. Herinnert u zich een moment dat u deelnam aan een team of groep (kerk, sport, natuur) dat u erg gelukkig was?
6. Kunt u nog een bijzondere gebeurtenis noemen die er voor u uit springt tussen uw 20ste en 40ste levensjaar? (eventueel doorvragen, wanneer was dit, hoe oud was u toen etc. concreet maken)
7. Op welke wijze maakte u plezier of zocht u ontspanning? Kunt u zich daarbij nog een moment herinneren die als voorbeeld kan dienen?
8. Wat was een moment in uw dagelijkse bezigheden dat u heel erg trots was op u zelf?

9. Kunt u zich een moment herinneren uit de periode van tussen de 18de en de 45ste levensjaar dat u zich heel erg geliefd voelde? Of verrast? Of ontroerd?
10. [een vraag over kinderen] Herinnert u zich de geboorte van uw dochter/zoon (specifiek maken)? Kunt u een leuk grappig voorval herinneren toen hij/zij klein was? Wat was een moment dat u heel erg trots op hem/haar was?
11. Is er moment geweest dat u moest opkomen voor u zelf of een dierbare en dat ook lukte?
12. Is er een periode geweest die veel van u vroeg, maar dat u er uiteindelijk goed door heen bent gekomen? Herinnert u zich nog het moment dat u besepte dat het goed was gekomen?
13. Herinnert u zich een dag dat u iets bijzonders heeft gedaan voor iemand en dat u dat erg gelukkig maakte?

Vragen die meer gaan over tweede levenshelft

Startvragen

1. Heeft u in deze periode een reis/vakantie gemaakt die u nooit meer zal vergeten? Wat was een bijzonder moment tijdens deze vakantie/reis?
2. Vertelt u eens over een mooi moment uit uw huwelijk? Bijvoorbeeld een reis die samen maakte of een dat samen iets bereikte waar u heel trots op was.
3. In deze periode, wie was de meest belangrijkste persoon voor u? Waarom? Kunt u over een mooie gebeurtenis met hem/haar vertellen?

Overige vragen

4. Kunt u zich iets herinneren over uw kinderen toen ze al wat groter waren, dat u heel erg trots op ze was? (specifiek maken: waar was u zo trots op, etc.?)
5. Vertelt u eens over goede vrienden waar mee u een langdurige mooie vriendschap had tijdens uw leven. Was er iets wat u speciaal met deze vriend/-in deed waar u met plezier aan kunt denken?
6. Welke bezigheden had u buiten het werk waar u een goed gevoel over had? Vertelt u daar eens wat meer over, wat vond u er zo leuk aan?
7. Wat staat u bij uit deze periode, zeg maar een levenswijsheid die u graag door zou willen geven aan de volgende generatie.
8. Heeft u kleinkinderen? Wat doet of deed u zoal met hen? Kunt u zich een dag herinneren dat u met uw kleinkinderen iets gedaan heeft, een hele speciale dag?
9. Herinnert u zich een voorval van uw werk, dat u iets moest doen of regelen, waar u nog steeds heel trots op bent?
10. Herinnert u zich nog een publiek persoon uit die tijd die veel indruk op u heeft gemaakt?
11. Herinnert u zich een dag dat u iets bijzonders heeft gedaan voor iemand en dat u dat erg gelukkig maakte?

5.2.4 Het leven in het algemeen

Doel:

Het trainen van de cliënt om specifieke, positieve herinneringen op te halen en het afsluiten van de therapie.

Opbouw:

1. korte inleiding en uitleg doel van het laatste gesprek
2. terugkijken naar de vorige gesprekken, algemene feedback,

3. training met vragen over het leven in het algemeen (5 á 8) en feedback;
4. afbouwen therapie en afspraken over mogelijke zelfstandige stappen door de cliënt;
5. afspraken over eventueel follow-up gesprek

In dit gesprek bespreek je kort wat het doel is van de laatste bijeenkomst, kijk je samen naar de vorige gesprekken, oefen je nog met een paar vragen over het leven in het algemeen en sluit de therapie af met een algemene evaluatie. Indien mogelijk maak je afspraken over oefeningen die de cliënt zelf kan doen en bespreek je de voorwaarden voor een eventueel follow-up gesprek.

Introductie

De vragen over het leven in het algemeen komen in het laatste gesprek aan de orde. Nu is het niet nodig om iemands geheugen te richten op een specifieke periode en kun je direct beginnen met de vragen.

'Als u het goed vindt, wil ik nu graag stil staan bij uw herinneringen aan uw leven in het algemeen. Ik zal u vragen stellen over specifieke gebeurtenissen die belangrijk voor u zijn. Gebeurtenissen die u heel goed zijn bijgebleven en die u als het ware nog helemaal voor de geest staan. Het eerste dat bij u opkomt is goed. Zullen we beginnen?'

Thema's en vragen

Startvraag (zie ook afsluitende vragen)

Stel u mag een moment uit uw leven nog een keer meemaken. Welk moment uit uw leven zou u dan kiezen?

Afsluitende vragen

1. Laten we het nog even hebben over uw leven nu, wat vindt u het fijnste aan uw leven zoals het nu is?
2. Aan welke gebeurtenis in uw recente verleden (de laatste jaren) heeft u een fijne herinnering?

3. Wat hoopt u nog mee te maken in de komende tijd?

Overige vragen

1. Wat is een heel gelukkig moment geweest in uw leven?
2. Wat is een belangrijke positieve les die het leven u heeft gegeven? Weet u nog wanneer u dit beseftte?
3. Wat is de mooiste herinnering aan een moment in uw leven?
4. Wat was de gelukkigste periode in uw leven? Welke gebeurtenis luidde deze periode in? Welk moment symboliseert deze periode het meest?
5. Welk moment in uw leven is voor u verbonden met de meeste fijne emoties?
6. Wat ziet u nu als het belangrijkste positieve keerpunt in uw leven?
7. Wanneer was u het meest trots op u zelf in u leven?
8. Wanneer was u het meest trots op een dierbare ander in uw leven?
9. Wie bent u voor altijd dankbaar omdat hij of zij iets belangrijks voor u heeft gedaan? Aan welke gebeurtenis/moment is dat vooral verbonden?
10. Als u uw hele leven dezelfde leeftijd zou kunnen houden, welke leeftijd zou dat dan zijn?

6 Aandachtspunten bij de uitvoering

Stel jezelf voortdurend de vraag: 'vertelt de ander mij nu een specifieke, positieve herinnering die hem/haar bekrachtigt?'.

Het belangrijkste is om steeds als begeleider na te gaan of de verhalen die de cliënt vertelt **specifiek** en **positief** zijn, dat wil zeggen bijdragen aan de doelstelling van de gesprekken. Let goed op non-verbale gedragingen (lichaamsgedrag, gezichtsexpressie) die zichtbaar maken of het onderwerp de ander 'goed' doet. Zo niet, probeer het gesprek weer naar specifieke, positieve ervaringen te leiden.

Neem de tijd om door te vragen.

- Hoe ging dat dan precies?
- Wat deed u (de ander) toen?
- Hoe zag de omgeving er precies uit?
- Weet u nog hoe u zich toen voelde?
- Wat deed u toen precies?

Liever zes vragen goed behandeld dan alle vragen afgeraffeld. Ga aan de andere kant door met een volgende vraag wanneer je merkt dat een vraag weinig oproept. Het kan ook goed zijn om de cliënt te vragen of hij/zij het een leuke of geen leuke vraag vindt.

In het begin zullen sommige deelnemers moeite hebben om zich details weer te herinneren. Neem de tijd om de herinnering in al zijn facetten te verkennen. Neem vooral de tijd voor herinneringen waarvan duidelijk is dat zij veel (positiefs) voor hem/haar betekenen. Als het goed gaat hoef je in de loop van de gesprekken steeds minder door te vragen en kun je steeds meer een stapje terug doen.

De kunst is om de balans te vinden tussen doorvragen en niet teveel aandringen. Juist in het begin kost het de cliënt veel moeite om zich specifieke positieve gebeurtenissen te herinneren. Het vraagt geduld en doorzettingsvermogen om de cliënt toch op dat spoor te zetten. Zoek naar een thema dat toegang geeft tot specifieke herinneringen. Probeer daarbij de cliënt niet te frustreren, en voorkom dat ze het gevoel krijgen niet te kunnen

voldoen aan wat er wordt gevraagd. In dat geval kan het beter zijn om wat meer ruimte te nemen voor algemene herinneringen en dan gaandeweg te zoeken naar specifieke momenten. Het is echter niet de bedoeling te lang op het algemene niveau te blijven. De interventie zal dan niet werken.

Stel je empathisch en begripvol op

Wees belangstellend en leef je in, maar let op dat het hoofddoel van een gesprek – het leren om specifieke, positieve herinneringen op te halen – niet verloren gaat. Met andere woorden: het gaat niet om het levensverhaal, maar om de training. Dit betekent dat je actief en sturend moet zijn –in plaats van volgend- en uitweidingen moet inperken. Ook moet je loslaten inzichtgevend te willen zijn.

Wees je bewust van de betekenis van de gesprekken

Dit lijkt misschien vanzelfsprekend, maar het is belangrijk om je te realiseren dat je nogal iets van mensen vraagt. In een aantal gesprekken staan zij stil bij belangrijke ervaringen in hun leven en maken zij 'de balans op'. Dit kan zeer emotioneel voor mensen zijn.

Wees genereus met complimenten maar wel gemeend.

Complimenten kunnen zowel gegeven worden naar aanleiding van het vertelde 'Dat is wel heel moedig van u geweest!' als het proces van vertellen 'ik vind dat u zich nog veel kan herinneren'. Maar niets is zo dodelijk als een 'onecht' compliment.

Nog mooier is het wanneer je de deelnemers kunt verleiden om zichzelf complimenten te geven. Dit werkt krachtiger. Dit is mogelijk door bijvoorbeeld te vragen: wat vindt u er nu van dat u dat toen zo deed? Wat zeiden anderen in uw omgeving over uw prestatie?

Geef regelmatig gevoelsreflecties

Een gevoelsreflectie is een kort antwoord waarbij de je de kern van de beleving terugkoppelt. 'Dat moet wel heel spannend voor u zijn geweest', 'voelde dat voor u als een overwinning?'. Dit kan de evaluatieve afsluiting van een vraag zijn, waarin subtiel het positieve, bekrachtigende van de vertelde ervaring wordt uitgelicht.

Wees voorzichtig met algemene evaluatieve opmerkingen als 'u heeft toch wel een mooi leven gehad'.

Want er bestaat dan de kans dat de cliënt gaat tegensputteren en juist de negatieve evaluatie gaat belichten. Geef iemand de tijd om zelf het beeld van zijn leven bij stellen. Vertrouw op het proces en ga niet te veel 'trekken'.

Breng iemand vanuit begrip weer terug naar het onderwerp

Als je merkt dat iemand afdwaalt, klaagt, of vooral op negatieve ervaringen focust, probeer dan iemand op een begripsvolle wijze weer naar de doelstelling van de gesprekken te leiden. Dein mee en neutraliseer. 'Ik begrijp dat dit voor u heel moeilijk is geweest maar zou u nog iets meer kunnen vertellen over...'.

Houd de spanningsboog van de cliënt goed in de gaten.

De richtlijn voor een gesprek is drie kwartier. Dit is redelijk lang. Vooral wanneer er emotionele onderwerpen aan de orde zijn geweest. Let daarom goed op signalen van vermoeidheid bij de cliënt. Aarzel niet om zo nodig eerder te stoppen.

Omgaan met emoties

Het is zeer goed mogelijk dat cliënten tijdens de gesprekken emotioneel worden. De herinneringen kunnen veel oproepen. Geef iemand de tijd om te herstellen. 'Dit onderwerp raakt u erg'. 'Neemt u maar even de tijd'. Aanwezig zijn is op deze momenten het belangrijkste. Probeer niet vanuit onmacht te gaan 'redderen'. De meeste mensen kunnen na een paar minuten de draad van het gesprek weer oppakken. Je kunt de vraag stellen of 'de ander juist nog even over door wil praten of liever op een ander onderwerp doorgaat'.

7 Referenties

- Birch, L.S. and Davidson, K.M. (2007). Specificity of autobiographical memory in depressed older adults and its relationship with working memory and IQ. *British Journal of Clinical Psychology*, 46, 175-186.
- Bohlmeijer, E.T., Smit, F., Cuijpers, P. (2003). Effects of reminiscence and life review on late-life depression: a meta-analysis. *Int J Geriatric Psychiatry*, 18: 1088-1094.
- 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.
- Brewin, C.R., Reynolds, M., Tata, P. (1999). Autobiographical memory processes and the course of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 108 (3): 511-517.
- Butler, R. (1963). The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26, 65-76.
- Bluck, S. and Levine, L. J. (1998). Reminiscence as autobiographical memory: a catalyst for reminiscence theory development. *Ageing and Society*, 18: 185-208.
- Brittlebank, A.D., Scott, J., Williams, J.M.G., Ferrier, I.N. (1993). Autobiographical memory in depression: State or trait marker? *British Journal of Psychiatry*, 162: 118-121.
- Butler, R.N. (1963). The life-review: an interpretation of reminiscence in the aged *Psychiatry*, 26: 65-76.
- Cappeliez, P. and O'Rourke, N. 2002. Personality traits and existential concerns as predictors of the functions of reminiscence in older adults. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 57, 116-23.
- Cappeliez, P., Rivard, V. and Guindon, S. 2007. Functions of reminiscence in later life: Proposition of a model and applications. *European Review of Applied Psychology*, 57, 151-56.
- Conway, M. A., Singer, J. A. and Tagini, A. (2004). The self and autobiographical memory: Correspondence and coherence. *Social Cognition*, 22: 491-529.
- Conway, M.A. and Pleydell-Pearce, C.W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, 107, 261-288.

- Cully, J. A., LaVoie, D. and Gfeller, J. D. 2001. Reminiscence, personality, and psychological functioning in older adults. *Gerontologist*, **41**, 89-95.
- Dalgleish, T., Spinks, H., Yiend, J., Kuyken, W. (2001). Autobiographical memory style in seasonal affective disorder and its relationships to future symptom remission. *Journal of Abnormal Psychology*, 110:335-340.
- Dalgleish, T., Perkins, H., Williams, J.M.G., Golden, A.M., Barnard, P.J., Au-Yeung, C. et al. (2007). Reduced specificity of autobiographical memory and depression: The role of executive processes. *Journal of Experimental Psychology: General*. 136, 23-42.
- Dozeman, E., Marwijk, H.W.J. van., Schaik, D.J.F. van., Smit, F., Stek, M.L., Horst, H.E., van der., Bohlmeijer, E.T., Beekman, A.T.F. Prevention of Depression and Anxiety in Residents in Homes for the Elderly; a Pragmatic Randomised Controlled Trial
- 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 and Psychotherapy*, 13: 131-137.
- Lezak, M.D. (1995). *Neuropsychological assessment* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- Serrano, J.S., Latorre, J.M., Gatz, M. and Montanes, J. (2004). Life Review Therapy Using Autobiographical Retrieval Practice for Older Adults With Depressive Symptomatology. *Psychology and Aging*, 2, 272-277.
- Spinhoven, P., Bockting, C.L.H., Schene, A.H., Koeter, M.W.J. Wekking, E.M., Williams, J.M.G. Autobiographical memory in the euthymic phase of recurrent depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 13: 590-600.
- Steunenberg, B., Bohlmeijer, E.T., Westerhof, G.J., A., Cuijpers, P. The Effectiveness of Life Review Therapy Using Autobiographical Memory Retrieval in a Depressed Residential Home Population: a Randomized Controlled Trial. *Ingediend voor publicatie*.
- Vreeswijk, van , M.F., and Wilde, de, E.J. (2004). Autobiographical memory specificity, psychopathology, depressed mood and the use of the Autobiographical Memory Test: a meta-analysis. *Behav Res Ther*; Jun;42(6):731-43.
- Webster, J. D. (1993). Construction and validation of the Reminiscence Functions Scale. *Journals of Gerontology*, 48: 256-262.
- Webster, J. D. (1994). Predictors of reminiscence: A lifespan perspective. *Canadian Journal on Aging*, 13: 66-78.

- Webster, J. D. (1997). The reminiscence function scale: A replication. *International Journal of Aging and Human Development*, 44: 137-148.
- Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T. & Webster, J. (2010). Reminiscence: Recent progress in conceptual understanding, empirical study and implications for practice. *Ageing & Society*. 30: 697-721
- Williams, J.M., Barnhofer, T., Crane, C., Herman, D., Raes, F., Watkins, E. and Dalgleish, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin*, 133, 122-148.
- Williams, J.M.G, Teasdale, J.D., Segal, Z.V. and 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. and Dritschel, B. (1992). Categorical and extended autobiographical memories. In M. Conway, H. Rubin, W. Spinnler and W. Wagenaar (Eds.). *Theoretical perspectives on autobiographical memory* (pp. 391-409). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Williams, J.M.G. (1996). Depression and the specificity of autobiographical memory. In D.C. Rubin (Ed.). *Remembering our past: Studies in autobiographical memory* (pp. 244-267). New York: Cambridge University Press.