

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

UCS-reinstatement en UCS-inflatie bij verworven visuele beperking. Illustratie aan de hand van een gevalsbeschrijving

Kees H. Edskes¹ en Bas F. Van Heycop ten Ham²

SAMENVATTING

Het krijgen van een visuele beperking heeft een aantal ingrijpende psychosociale consequenties. In de literatuur wordt steeds uitgegaan van ziektespecifieke en ziektegenerieke aanpassingstaken, die verondersteld worden min of meer universeel op te treden. Er is betrekkelijk weinig aandacht voor de activering van geconditioneerde emotionele kernthema's door de verworven beperking. In deze gevalsbeschrijving van een 59-jarige vrouw met blanco psychiatrische voorgeschiedenis wordt geïllustreerd hoe de aanpassingstaken worden bemoeilijkt doordat de visusachteruitgang twee emotionele kernthema's activeert (UCS-reinstatement) en sensitiseert (UCS-inflatie).

Door behandeling van deze kernthema's middels traumaverwerking wordt de aanpassing aan de slechthoortheid vergemakkelijkt.

We doen een voorstel tot een model om aanpassing aan een verworven beperking of chronische ziekte in brede zin en de rol van eerdere traumatisering te beschrijven.

INLEIDING

Het krijgen van een chronische ziekte of lichamelijke handicap, waaronder een visuele beperking, heeft een aantal ingrijpende psychosociale consequenties. Er kunnen moeilijkheden ontstaan binnen sociale contacten en partnerrelaties, problemen in het uitvoeren van werk en problemen met betrekking tot de eigen zelfredzaamheid (Kaptein, 1997; Mahat, 1997; Rao, Huber & Bornstein, 1992; Whalley, McKenna, De Jong & Van der Heide, 1997). Ook psychische klachten zoals depressie, angst en zingevingsproblematiek zijn vaak inherent aan het krijgen van een chronische ziekte of beperking (Gurevich, Devins & Rodin,

1 Koninklijke Visio, Expertisecentrum voor slechthoortende en blinde mensen, Waldeck-Pyrmontstraat 31, 7315 JH Apeldoorn

2 Praktijk "Busara", Broerenstraat 4a, 8011 VB Zwolle

Correspondentie: info@praktijkbusara.nl

2002; Wahl, Heyl & Langer, 2008). Aanpassing aan een chronische ziekte of beperking verschilt per persoon. De uitkomst van deze aanpassing wordt gemedieerd door copingstrategieën, intelligentie, flexibiliteit, genetische factoren, sociale vaardigheden, kenmerken van de ziekte of beperking zelf, en de sociaal-maatschappelijke omgeving (Livneh & Antonak, 1997). Protectieve factoren in het omgaan met een (lichamelijke) stressor en een visuele beperking zijn onder meer sociale steun, optimisme, hoger gevoel van eigenwaarde, subjectief ervaren controle en het betekenis geven aan de gebeurtenis (Benn, 1997; Schneiderman, Ironson & Siegel, 2005).

Verondersteld wordt dat de aanpassing aan een verworven aandoening zowel ziektegenerieke als ziektespecifieke kenmerken kent. Bij ziektegenerieke kenmerken zijn de aanpassingskenmerken van verschillende ziekten gelijk, en bij ziektespecifieke kenmerken heeft de aard van de aandoening invloed op de adaptatie aan de ziekte of handicap. Ziektespecifieke aanpassingskenmerken van een verworven visuele beperking hangen samen met gevoelens van onveiligheid vanwege het verminderde overzicht in een situatie. Door een beperkt gezichtsveld (bijv. 30 graden in het horizontale vlak) worden naderende objecten of personen (bijv. in het verkeer) te laat opgemerkt en kunnen deze een schrikreactie geven. Bovendien zijn slechtzienden aangewezen op andere zintuigen en moeten zij meer een beroep doen op hun geheugenfunctie. Daarnaast worden zij afhankelijker van anderen voor informatie. Typerend voor mensen met een verworven visuele beperking is de toegenomen vermoeidheid, die mogelijk toe te schrijven is aan de veranderende aandachtsregulering en aandachtsselectie (Wouters, 2000a, 2000b).

De patiënte die in deze casus wordt besproken heeft meerdere netvliesloslatingen in beide ogen gehad. Bij een netvliesloslating komt het netvlies los van de achterwand van het oog en gaat het zweven. Het netvlies bestaat uit zenuwcellen, die het licht omzetten in elektrische signalen die naar de hersenen gestuurd worden. Bij een netvliesloslating komt het netvlies anders in het oog te liggen en komt het beeld niet goed meer door. Specifieke aanpassingskenmerken voor netvliesloslatingen hebben te maken met de onvoorspelbaarheid van nieuwe loslatingen, die zorgen voor grote onzekerheid. Bij klachten is het zaak zo snel mogelijk medisch hulp te zoeken om het netvlies te repareren of terug te zetten om de schade te beperken.

Invloed van eerdere traumatische gebeurtenissen: UCS-inflatie en UCS-reinstatement

Algemeen wordt onderkend dat eerder doorgemaakte traumatische gebeurtenissen kwetsbaar maken voor het ontwikkelen van depressie en angststoornissen (zie bijv. Cichetti, 2005; Kendler, Hettema, Butera, Gardner & Prescott, 2003; McMahan, Grant, Compas, Thurm & Ey, 2003). Uit onderzoek naar post-traumatische stress-stoornis (PTSS) is bekend dat opeenvolgende traumatische gebeurtenissen een cumulatief effect hebben op de ernst van een actuele

stressreactie (UCS-inflatie) en dat confrontatie met een huidige stressor, zoals een chronische ziekte, oude stressreacties kan reactiveren (UCS-reinstatement) (Breslau, Chilcoat, Kessler & Davis, 1999; Solomon, Garb, Bleich & Grupper, 1987).

Bij UCS-inflatie gaat het steeds om een versterking van de emotionele betekenis van de UCS (Korrelboom & Kernkamp, 1993). Door opeenvolgende blootstellingen aan UCS'sen met een zelfde emotionele valentie wordt de emotionele respons bij confrontatie met de UCS of de CS die naar deze UCS-representatie verwijst, versterkt (Davey, 1989; De Jong, Muris & Merckelbach, 1996). De emotionele valentie kan positief of negatief zijn. Een UCS-representatie kan worden opgevat als een geheugenbestand t.a.v. stimulusaspecten, betekenisaspecten en responsaspecten van eerder doorgemaakte confrontaties met daadwerkelijke UCS'sen (Korrelboom en Kernkamp, 1993; Lang, 1985). Korrelboom en Kernkamp (1993) en Korrelboom en Ten Broeke (2004) maken onderscheid in kerngebeurtenissen en kernthema's om een UCS-representatie te beschrijven. Kerngebeurtenissen zijn eenmalige of enkele afgebakende emotioneel beladen gebeurtenissen. Kernthema's verwijzen naar een reeks van emotioneel beladen gebeurtenissen, die een cumulatief effect hebben in de vorming van een UCS-representatie. Meestal beschrijft een kernthema een emotioneel beladen betekenis t.a.v. het zelfbeeld.

UCS-reinstatement verwijst naar een procedure waarbij proefdieren na extinctie (uitdoving van een emotionele respons na herhaalde blootstelling aan een voorspellende CS zonder dat de UCS er op volgt) opnieuw aan de UCS worden blootgesteld. Hierbij werd in verschillende onderzoeken bij proefdieren en bij mensen aangetoond dat:

1. de verwerving van de nieuwe associatie tussen CS en UCS versneld verloopt t.o.v. de oorspronkelijke verwervingsprocedure;
2. de blootstelling aan de CS na extinctie en reinstatement van louter de UCS opnieuw de geconditioneerde respons kan uitlokken;
3. de UCS een andere kan zijn dan de oorspronkelijke UCS (wel met dezelfde emotionele valentie) om dezelfde geconditioneerde respons uit te lokken bij de oorspronkelijke CS;
4. dit context-onafhankelijk kan plaatsvinden bij mensen, niet bij muizen of ratten (Mueller & Stewart, 2000; Rescorla & Heth, 1975; Van Damme, Crombez, Hermans, Koster & Eccleston, 2006).

Ofwel: een actuele blootstelling aan een UCS maakt latente CS-UCS associaties weer actief bij blootstelling aan de CS'sen. Deze bevindingen zijn in de klinische praktijk van belang gebleken om terugval in bijv. verslavingsgedrag en vermijdingsgedrag bij angststoornissen te verklaren.

Overigens kunnen UCS-representaties ook aan deflatie onderhevig zijn: gebeurtenissen die een tegenovergestelde emotionele lading of betekenis hebben kunnen UCS-representaties met een negatieve emotionele lading

inhiberen. Zo ook kunnen positieve UCS-representaties gevormd worden die de negatieve UCS-representatie kunnen wegdrukken (Dachowski & Flaherty, 1991). Als bijvoorbeeld het thema 'machteloosheid' zich in iemand heeft genesteld, kunnen gebeurtenissen waarin de persoon zich sterk en competent voelt het thema 'machteloosheid' afzwakken. Positieve gebeurtenissen worden zo een buffer om toekomstige negatieve gebeurtenissen op te vangen.

Rol van eerdere traumatische gebeurtenissen in ziekte-aanpassing

Er is relatief weinig literatuur te vinden over de rol van eerder doorgemaakte traumatische gebeurtenissen in de actuele aanpassingsproblematiek aan een ernstige en/of chronische ziekte, en verworven lichamelijk letsel. Olley, Sedat en Stein (2006) vonden onder HIV-patiënten dat een groter aantal negatieve life-events (die opgevat kunnen worden als traumatische gebeurtenissen) meer depressie voorspelden in het aanpassingsproces. Eerdere traumatisering is als etiologische factor opgenomen in een model voor chronische vermoeidheid (Van Houdenhove & Egle, 2004). In hun review geven Gurevich et al. (2002) een overzicht van de tot dan toe bekende literatuur over de rol van eerdere traumatisering in de activering van een stress response syndroom bij kanker. Eerste episodes van kanker geeft bij 20% van de patiënten een stress response syndroom, terwijl dit bij recidief episodes oploopt tot 80% (Cella, Mahon & Donovan, 1990). De ziekte zelf is al een traumatische gebeurtenis, en eerdere, andersoortige traumatische gebeurtenissen geven een extra negatieve impact op het psychisch welbevinden (en het beloop van de kanker zelf) (Andrykowski & Cordova, 1998; Green et al., 2000).

De rol van eerdere traumata in de aanpassing aan een chronische ziekte of beperking is op verschillende manieren te begrijpen. Verschillende auteurs vonden dat eerder doorgemaakte traumatische gebeurtenissen het risico op PTSS vergroten bij een nieuwe stresserende gebeurtenis, zoals het krijgen van een ernstige ziekte (Andrykowski & Cordova, 1998; Kemp, Green, Hovanitz & Rawlings, 1995; King, King, Foy & Gudanowski, 1996). Verondersteld wordt dat er een sensitisatie optreedt bij confrontatie met nieuwe traumatiserende stimuli, die de drempel voor het uitlokken van PTSS verlagen en de ernst vergroten (Schumm, Stines, Hobfoll & Jackson, 2005).

Meer specifiek: een huidige stressor kan door de aard van de stimuli herbelevingen of een negatief zelfbeeld activeren. Zo kunnen kanker en de behandeling daarvan een gevoel van kwetsbaarheid heractiveren, of doen denken aan eerdere fysieke mishandeling vanwege de gelijkenis met de aantasting van de lichamelijke integriteit (Green et al., 2000). Deze herbelevingen en een negatief zelfbeeld kunnen een adequate aanpassing in de weg staan. Zo ook kunnen geactiveerde depressieve en angstgevoelens versterkt zijn vanwege eerdere traumatisering. Tot slot kan de copingstijl (zowel emotioneel als praktisch/probleemoplossend) en de mate van adequaat sociale steun ervaren ondermijnd zijn door eerdere stresserende gebeurtenissen (Luszczynska, Benight &

Cieslak, 2009). Mutatis mutandis geldt hetzelfde voor de aanpassingsproblemen aan een verworven visuele beperking (Benn, 1997; Reinhardt, 2001).

Het belang van het verminderen van de actuele stressrespons op een chronische ziekte of beperking is in verschillende studies onderzocht. Naast een beter psychisch welbevinden en daardoor een meer adequate coping met de ontstane situatie leidt vermindering van stress tot een snellere rehabilitatie (Du Hamel et al., 2000), verminderde medische consumptie (Duhault, 2002) en verminderde lichamelijke co-morbiditeit, zoals hypertensie, verminderde immuniteit en obesitas (McEwen, 2003).

In dit artikel wordt beschreven hoe een verworven visuele beperking (netvliesloslating) bij een 59-jarige vrouw leidde tot activering van representaties van eerder doorgemaakte traumatische gebeurtenissen. De visuele beperking fungeerde zowel als een context waarbinnen bepaalde stimuli UCS-representaties activeerden (UCS-reinstatement) als een directe UCS waardoor UCS-representaties opnieuw actief en versterkt werden (UCS-reinstatement en UCS-inflatie).

Na een korte inleiding over de aard van de visuele beperking (netvliesloslating) komt de casusbeschrijving aan bod, waarna in de discussie de termen UCS-reinstatement en UCS-inflatie op deze casus worden toegepast.

VISUELE BEPERKING

In Nederland waren in 2005 ruim 298.000 mensen met een visuele beperking. Hiervan zijn ruim 78.000 mensen blind, 220.000 mensen zijn slechtziend (cijfers Nederlands Oogheelkundig Gezelschap [NOG], 2004). Slechtziendheid wordt gedefinieerd als een gezichtsscherpte kleiner dan 0,3 (1 of hoger is normaal) of een gezichtsveld kleiner dan 30 graden (normaal is 180 graden horizontaal, en 130 graden verticaal). De definitie van blindheid is een gezichtsscherpte kleiner dan 0,05 en/of een gezichtsveld kleiner dan 10 graden. In beide definities wordt uitgegaan van een optimale refractie of correctie (bril).

Opvallend is dat de meeste visuele beperkingen voorkomen bij mensen van 50 jaar en ouder. Het gaat daarbij om een verworven visuele beperking, na een groot gedeelte van hun leven als goedziende te hebben gefunctioneerd. Veelal gaat het om refractieafwijkingen (= vervormingen in het beeld) (69.000 patiënten), macula degeneratie (= aantasting van de macula of gele vlek; het gebied op het netvlies waarmee wij scherp zien en details kunnen waarnemen) (67.000 patiënten) en cataract oftewel staar (= ooglenstroebeling) (83.000 cliënten) (Limburg, 2007).

Netvliesloslating is eveneens een verworven aandoening. De incidentie is 1 op 10.000 mensen (Heij & Hendrikse, 1999), waarbij de meeste netvliesloslatingen plaatsvinden tussen het 50^e en 65^e levensjaar. Elke netvliesloslating geeft een grotere kans op een recidief.

Tekenen dat er een netvliesloslating heeft plaatsgevonden zijn:

- a. het zien van lichtflitsen;
- b. het zien van zwevende deeltjes, veroorzaakt door troebelingen in het glasvocht;
- c. een verminderde visus.

CASUSBESCHRIJVING

Patiënte is een 59-jarige alleenstaande vrouw. De gedragstherapeutische behandeling vindt plaats in het bredere kader van een revalidatie t.a.v. haar slechtziendheid. Sinds 2000 is zij bekend met netvliesloslatingen en zij heeft daardoor een forse visusdaling doorgemaakt. De laatste netvliesloslating was in 2004. Bij aanvang van de revalidatie ziet patiënte met haar rechteroog alleen licht/donkerverschillen. Met haar linkeroog ziet zij 2%. Dit houdt in dat wat een goedziende scherp ziet op 10 meter afstand, patiënte dit pas scherp ziet op 20 centimeter. Haar gezichtsveld is 30 graden. Hierdoor heeft zij een sterk verminderd overzicht in bijv. mobiliteitssituaties.

Als gevolg van de visuele beperking is patiënte afhankelijker van anderen geworden. Ze heeft een blindengeleidehond. De revalidatie is nodig vanwege toenemende vermoeidheid vanwege te weinig gebruik van andere zintuigen c.q. te veel gebruik van haar restvisus, en vanwege angst voor de toekomst. Tijdens de revalidatie wordt duidelijk dat er sprake is van aanpassingsproblematiek: zij durft te weinig om adequate hulp te vragen, zij ervaart te weinig sociale steun, en zij put zichzelf uit door te leven alsof zij nog goed ziet.

Patiënte komt voor psychologische behandeling omdat zij merkt dat zij steeds meer uitgeput raakt. Daarnaast merkt zij dat zij steeds angstiger wordt. Uit een nadere klachtenanalyse blijkt dat er sprake is geweest van meerdere ingrijpende gebeurtenissen in haar leven die de huidige angst en klachten erger maken. Op basis van de uitgevraagde levensgeschiedenis wordt een holistische theorie opgesteld. Belangrijkste elementen uit deze holistische theorie zijn dat patiënte tot haar 16^{de} levensjaar een gezonde ontwikkeling heeft doorgemaakt. Op haar 16^{de} overleed haar moeder plotseling en veranderde haar leven dramatisch. Door de gebeurtenissen rondom haar 16^{de} levensjaar zijn er twee emotionele kernthema's gevormd (Korrelboom & ten Broeke, 2004): 'misbruik en mishandeling/angst voor afhankelijkheid' en 'emotioneel tekort zijn gedaan'. Deze kernthema's waren vervolgens in haar hele leven onderhevig aan inflatie door opeenvolgende nare gebeurtenissen, en ook aan deflatie door positieve gebeurtenissen waar patiënte een duidelijke invloed in had. Pas bij de eerste netvliesloslatingen in 2000 begonnen de beide kernthema's zo actief te worden dat patiënte er klachten van kreeg.

Het eerste kernthema 'angst voor afhankelijkheid' is ontstaan na het overlijden van haar moeder. Patiëntes vader werd erg claimend naar haar; zij

moest haar moeder vervangen en ook voor haar vader zorgen. Hij hertrouwde 1,5 jaar later. De stiefmoeder was boosaardig naar zijn kinderen. Patiënte vertelde bijvoorbeeld dat als haar vader terugkwam van het werk stiefmoeder de vader regelmatig naar boven stuurde om zijn kinderen te slaan, zonder dat daar een reden voor was. In het latere leven van patiënte heeft er een aantal gebeurtenissen plaatsgevonden die dit kernthema exciteerden. Dit betroffen onder andere gebeurtenissen als het vreemdgaan van haar man, het krijgen van netvliesloslatingen, haar scheiding, het verlies van haar baan en een mishandeling in haar tweede relatie.

Het tweede thema 'emotioneel tekort' heeft te maken met het verlies van haar moeder en het liefdeloze, claimende gedrag van vader nadien. Latere gebeurtenissen die verwezen naar dit thema zijn de langdurige psychische en fysieke afwezigheid van haar echtgenoot, een zelfmoordpoging van haar zoon toen hij 16 was, de scheiding en het gedwongen verlies van haar baan.

Inhibitair op beide thema's waren het vroegtijdig uit huis gaan, het volgen van een studie, een baan die haar financieel onafhankelijk maakte, en haar kinderen.

Beide thema's worden nu geactiveerd als zij hulp moet vragen: zij is bang voor de afhankelijkheid van anderen omdat dit kan leiden tot misbruik, en zij is ook bang voor afwijzing, verwijzend naar het thema 'emotioneel tekort'. De visuele beperking is daarbij niet alleen een context waarbinnen stimuli beide thema's activeren, maar ook een directe aanleiding voor gevoelens van onveiligheid omdat zij de omgeving niet meer in de gaten kan houden. De gevoelens van onveiligheid verwijzen naar de angst voor afhankelijkheid c.q. misbruik.

Over de aanpassingstoornis en het blijven functioneren als slechtziende is een functieanalyse opgesteld. Als bekrachtigers zijn opgesteld het uitblijven van 'kwetsbaar/afhankelijk zijn' en het uitblijven van het gevoel 'tekort gedaan zijn (door het leven)'. Het gaat ten koste van de toenemende vermoeidheid, frustratie en angst.

Op basis van de holistische theorie in relatie met de kernthema's en de functieanalyse is gekozen om in eerste instantie beide kernthema's aan te pakken omdat deze thema's de adaptatie aan haar slechtziendheid hinderen.

In de behandeling verwerkt zij middels 'life review' (Bolhmeijer, Smit & Cuijpers, 2003) en 'rescripting' de belangrijkste negatieve gebeurtenissen waardoor beide thema's worden afgezwakt. Bovendien komen er nieuwe positieve ervaringen op haar pad, die de beide thema's verder inhiberen. Doordat de kernthema's sterk zijn afgezwakt lukt het patiënte om tijdens de multidisciplinaire revalidatie haar slechtziendheid beter te integreren in haar. Voor een uitgebreide beschrijving van deze casus wordt verwezen naar de N=1 studie van Edskes (2009).

DISCUSSIE

In dit artikel is een casus gepresenteerd van een patiënte met een verworven visuele beperking. Het verwerven van een chronische ziekte of lichamelijke beperking vraagt om emotionele, gedragsmatige en cognitieve aanpassingen door de patiënt. Daarbij kunnen opnieuw geactiveerde emotionele thema's uit het verleden de aanpassing bemoeilijken.

In deze casus bleken eerdere negatieve ervaringen met misbruik in een afhankelijkheidsrelatie en verlatingen door belangrijke anderen te leiden tot een gebrekkige aanpassing aan ernstige slechtiendheid. De visuele beperking vraagt van de patiënte het vermogen om adequaat hulp te kunnen vragen aan anderen. Juist dit werd door patiënte op grond van haar negatieve ervaringen uit het verleden in eerste instantie sterk vermeden, waardoor zij uiteindelijk vastliep in haar zelfstandigheid. Bovendien voelde zij zich vaak onveilig als gevolg van haar slechtiendheid, leidend tot vermijding van activiteit en sociale contacten.

Aan de hand van deze casus zullen de leertheoretische principes van UCS-reinstatement en UCS-inflatie toegelicht worden, waarna de relevantie van deze begrippen in de aanpassingsproblematiek aan een verworven lichamelijke beperking of ziekte in bredere zin wordt besproken.

In deze casus kan elke netvliesloslating en de daarmee gepaard gaande visusachteruitgang gezien worden als een UCS in zichzelf, die bij patiënte tevens het latente kernthema 'misbruik door anderen/angst voor afhankelijkheid' activeert. De emotionele valentie van beide UCS'sen is een sterk gevoel van onveiligheid. Door de afwijzing door haar partner (hij wil niet gehuwd blijven met een slechtiende) wordt het kernthema 'emotioneel tekort' weer geactiveerd. De slechtiendheid is hier niet de directe trigger, maar heeft wel een context gecreëerd waarin de kans op afwijzing door anderen vergroot is.

Bij patiënte in de gepresenteerde casus werden gedurende haar leven beide emotionele thema's door verschillende aversieve gebeurtenissen versterkt: 'misbruik door anderen/angst voor afhankelijkheid' cumuleerde door de nare stiefmoeder en vaders gedrag daarop naar de kinderen, het moeten stoppen met werken in de verpleging vanwege eerste zwangerschap en daardoor terug naar vader in de zaak, het vreemdgaan in het huwelijk door echtgenoot, de netvliesloslatingen met de daarmee gepaard gaande gevoelens van hulpeloosheid, onveiligheid en afhankelijkheid, en de mishandeling door nieuwe vriend. Het thema 'emotioneel tekort' werd in haar leven versterkt door overliden moeder, verkillig in het huwelijk, zelfmoordpoging zoon, scheiding en verlies baan, en mishandeling in tweede relatie. De toenemende slechtiendheid was een directe UCS, die door de overeenkomstige emotionele valentie het kernthema 'misbruik door anderen/angst voor afhankelijkheid' versterkte, en ook een context of occasionsetter (Bouton, 1994) waarbinnen hulp vragen sterk associeerde met dit thema. T.a.v. het andere thema (emotioneel tekort) was de

slechtziendheid een context die het risico op afwijzing vergrootte. Vanwege de afwijzingen tijdens haar slechtziendheid (echtgenoot, mishandelende partner, verlies baan) was ook dit thema aan inflatie onderhevig.

Patiënte bleek in haar leven ook in staat om de beide kernthema's te inhiberen (UCS-deflatie, zie: Dachowski & Flaherty, 1991), door indertijd uit huis te gaan en de inservice-opleiding A-verpleegkundige te volgen, door het krijgen van kinderen, door het opnieuw vinden van werk en sociale contacten tijdens de verkilling in het huwelijk, en ook nu tijdens de behandelperiode nieuwe bemoedigende sociale contacten aan te gaan.

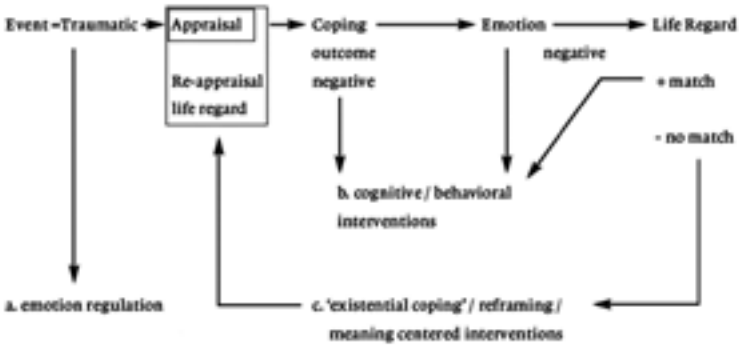
Relevantie van UCS-reinstatement en UCS-inflatie voor een copingmodel bij chronische ziekten en verworven lichamelijke beperking

Huidige stresscopingmodellen gaan uit van de actuele evaluatie van de stressor, het mobiliseren van adequate coping, met een mediërende invloed op beide van persoonlijkheid, intelligentie, social support, etc. Doorgaans wordt het model van Lazarus en Folkman (1984) als uitgangspunt voor adaptatie aan een stressor genomen. Het model gaat uit van een inschatting (appraisal) van de stressor zelf en van de mogelijke oplossingen om de stressreactie te verminderen. Hoewel de invloed van eerdere stresservaringen wel wordt onderkend in dit inschattingsproces, wordt in dit model niet beschreven hoe de actuele stressor direct verwijst naar eerdere traumatische gebeurtenissen. De tweede mediërende factor in dit model is coping, zowel cognitief-emotioneel als praktisch/handelend. Ook hierin is wel een persoonlijke variatie, maar weer niet expliciet verwijzend naar eerdere traumatisering. Verschillende auteurs elaboreren op dit model van Lazarus en Folkman (Galvin & Godfrey, 2001; Glanz, Rimer & Lewis, 2002; Maes, Leventhal & De Ridder, 1996), waarbij wel de invloed van eerdere negatieve life events wordt meegenomen in de inschatting van de stressor, maar weer zonder de directe reactivering van UCS-representaties van eerdere traumatische gebeurtenissen in het model op te nemen.

Jonker-Pool (2000) neemt in haar aanpassingsmodel het begrip ziekte als traumatische stressor expliciet op. Zij breidt het model van Lazarus en Folkman uit met gegevens uit de traumatheorie, en pleit voor traumaverwerking t.a.v. de ziekte of behandeling naast de andere begeleidingsaspecten vanuit het algemene stress-appraisal-copingmodel (zie fig. 1).

Vanuit dit model doorloopt de diagnostiek en de behandeling een aantal stappen:

- a. geeft de ziekte of fysieke beperking direct PTSS-reacties? Zo ja, dan zijn de eerste interventies gericht op het verwerken van deze elementen (bijv. verwerking van het ongeval, het moment van de verwerving van de beperking, de diagnose door de specialist, etc.)
- b. een taxatie van de coping, zowel gedragsmatig als emotioneel. Is deze negatief, dan volgen cognitieve en gedragsmatige interventies;

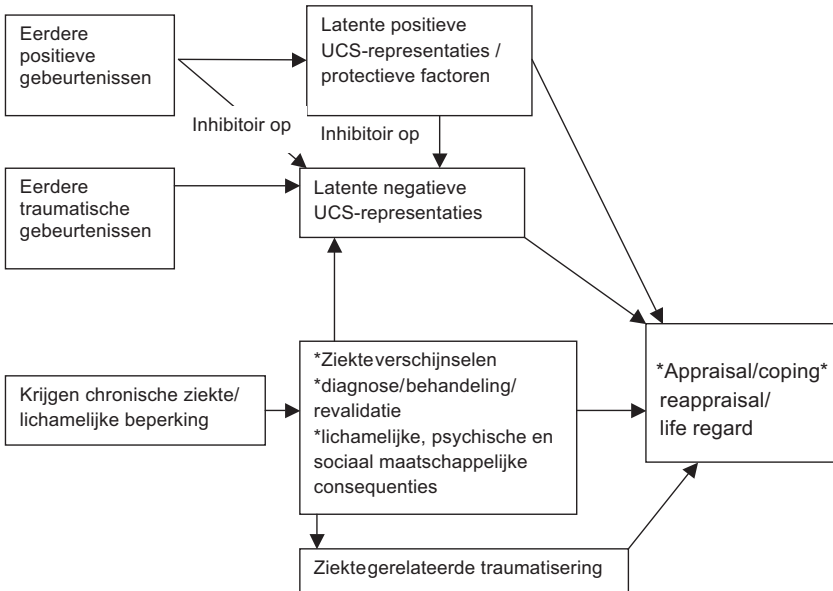


Figuur 1. Interventiemodel van Jonker-Pool (2000).

- c. Een taxatie van de betekenis van de ziekte of beperking m.b.t. de levensdoelen. Als de patiënt moeite heeft om opnieuw betekenis te geven aan zijn huidige ziekte of beperkingen en de consequenties daarvan voor zijn leven, dan zijn interventies t.a.v. de existentiële consequenties van belang.

Vanuit de begrippen UCS-reinstatement en UCS-inflatie zouden wij bovendaand model willen uitbreiden met diagnostiek van eerdere traumatisering, activering van UCS-representaties door de huidige ziekte of beperking, de behandeling, het beloop en de consequenties. Ook zijn positieve UCS-representaties of gebeurtenissen die negatieve UCS-representaties kunnen inhiberen in het model opgenomen.

Ons schematisch voorstel is als volgt:



Een actuele ziekte of lichamelijke beperking vergt aanpassingen in het omgaan met de ziekteverschijnselen, de behandeling en/of revalidatie, en de biopsychosociale consequenties. De uitkomst van dit aanpassingsproces wordt bepaald door de inschatting of appraisal en de coping. De aanpassingsvaardigheden kunnen mede negatief beïnvloed worden door geactiveerde negatieve UCS-representaties en positief beïnvloed worden door protectieve factoren en geactiveerde positieve UCS-representaties.

Vanuit dit model is een taxatie van geactiveerde negatieve (en positieve) UCS-representaties van aanvullend belang om aanpassingsmoeilijkheden mede te kunnen verklaren en te behandelen.

Zeer interessant zou zijn om bij patiënten met uiteenlopende chronische ziekten en lichamelijke beperkingen te onderzoeken in hoeverre pre-morbide negatieve life events ook daadwerkelijk in de actualiteit leiden tot activatie van negatieve UCS-representaties, en of behandeling van deze UCS-representaties een gunstig effect op het aanpassingsproces heeft.

SUMMARY

UCS-reinstatement and UCS-inflation in acquired visual impairment. Illustrated by means of a case study

Acquired visual impairment implies some serious psychosocial consequences. In the literature adjustment to chronic illness or impairment is based on current specific and generic aspects, with relatively little attention for conditioned responses from prior negative life events. In this article we present a case of a 59-years old woman with acquired visual impairment. Her adaptation to this new situation was hampered by activation and sensitization of UCS-representations of earlier serious life events (UCS-reinstatement and UCS-inflation, resp.). Treatment of these UCS-representations led in this case to a better adaptation to the acquired visual impairment.

We make a proposal for a model which describes the adjustment to an acquired physical impairment or chronic illness in general, including the role of prior negative life events.

Key words: UCS-inflation; UCS-reinstatement; adaptation; chronic illness; visual impairment; prior traumatization

LITERATUUR

- Andrykowski, M.A., & Cordova, M.J. (1998). Factors associated with PTSD symptoms following treatment for breast cancer: test of the Anderson model. *Journal of Trauma and Stress, 11*, 189-203.
- Benn, D.T. (1997). The role of personality traits and coping strategies in late-life adaptation to vision loss. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and End Engineering, 58*, 2251.

- Bohlmeijer, E., Smit, F., & Cuijpers, P. (2003). Effects of reminiscence and life review on late-life depression: a meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *18*, 1088-1094.
- Bouton, M.E. (1994). Context, ambiguity, and classical conditioning. *Current Directions in Psychological Science*, *3*, 49-53.
- Breslau, N., Chilcoat, H.D., Kessler, T.C., & Davis, G.C. (1999). Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: results from the Detroit Area Survey of Trauma. *American Journal of Psychiatry*, *156*, 902-907.
- Cella, D.F., Mahon, S.M., & Donovan, M.I. (1990). Cancer recurrence as a traumatic event. *Behavioral Medicine*, *16*, 15-22.
- Cicchetti, D. (2005). Child maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, *1*, 409-438.
- Dachowski, L., & Flaherty, C.F. (Eds.). (1991). *Current topics in animal learning. Brain, emotion and cognition*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Damme, S. van, Crombez, G., Hermans, D., Koster, E.H.W., & Eccleston, C. (2006). The role of extinction and reinstatement in attentional bias to threat: A conditional approach. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 1555-1563.
- Davey, G.C.L. (1989). UCS reevaluation and conditioning models of acquired fears. *Behaviour Research and Therapy*, *27*, 521-528.
- Du Hamel, K.N., Ostroff, J.S., Bovbjerg, D.H., Pfeffer, M., Morasco, B.J., Papadopoulos, E., & Redd, M.H. (2000). Trauma-focused intervention after bone marrow transplantation: a case study. *Behaviour Research and Therapy*, *31*, 175-186.
- Duhault, J.L. (2002). Stress prevention and management: a challenge for patients and physicians. *Metabolism*, *51*, 46-48.
- Edskes, K.H. (2009). *De tussenstop. CGT-behandeling van chronische PTSS een aanpassingsstoornis bij een 59-jarige vrouw met verworven visuele beperking*. Niet gepubliceerd.
- Galvin, L.R., & Godfrey, H.P.D. (2001). The impact of coping on emotional adjustment to spinal cord (SCI): review of the literature and application of a stress appraisal and coping formulation. *Spinal Cord*, *39*, 615-627.
- Glanz, K., Rimer, B.K., & Lewis, R.M. (2002). *Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice*. San Francisco: Wiley & Sons.
- Green, B.L., Krupnick, J.L., Rowland, J.H., Epstein, S.A., Stockton, P., Spertus, I., & Stern, N. (2000). Trauma history as a predictor of psychological symptoms in women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, *18*, 1084-1093.
- Gurevich, M., Devins, G.M., & Rodin, G.M. (2002). Stress syndrome responses and cancer: conceptual and assessment issues. *Psychosomatics*, *43*, 259-283.
- Jong, P.J. de, Muris, P., & Merckelbach, H. (1996). UCS inflation and human aversive autonomic conditioning. *Biological Psychology*, *43*, 227-239.
- Jonker-Pool, G. (2000). *Meaning in life after the trauma of cancer. Research proposal for the Dutch Cancer Society*. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken.
- Kaptein, A. (1997). Asthma. In: A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West & C. McManus (Eds.), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*, (371-372).
- Kemp, A., Green, B.L., Hovanitz, C., & Rawlings, E.I. (1995). Incidence and correlates of posttraumatic stress disorder in battered women: shelter and community samples. *Journal of Interpersonal Violence*, *10*, 43-55.
- Kendler, K.S., Hettema, J.M., Butera, F., Gardner, C.O., & Prescott, C.A. (2003). Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety. *Archives of General Psychiatry*, *60*, 789-796.
- King, D.W., King, L.A., Foy, D.W., & Gudanowski, D.M. (1996). Prewar factors in combat-related posttraumatic stress disorder: Structural equation modeling with a national sample of female and male Vietnam veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 520-531.
- Korrelboom, C.W., & Broeke, E. ten (2004). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie: Handboek voor theorie en praktijk*. Muiderberg: Coutinho.

- Korrelboom, C.W., & Kernkamp, J.H.B. (1993). *Gedragstherapie*. Muiderberg: Coutinho.
- La Heij, E.C., & Hendrikse, F. (1999). Stand van zaken. Netvliesloslatingen en netvlieschirurgie. *Nederlands tijdschrift voor de geneeskunde*, 143, 781-785.
- Lang, P.J. (1985). The cognitive psychophysiology of emotion: fear and anxiety. In: A.H.Tuma & J. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, New Jersey, London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Limburg, H. (2007). *Epidemiologie van visuele beperkingen en een demografische verkenning*. Grootebroek: Health Information Services.
- Livneh, H., & Antonak, R.F. (1997). *Psychosocial adaptation to chronic illness and disability*. Gaithersburg, MD: Aspen.
- Luszczynska, A., Benight, C.C., & Cieslak, R. (2009). Self-efficacy and health-related outcomes of collective trauma: A systematic review. *European Psychologist*, 14, 51-62.
- Maes, S., Leventhal, H., & Ridder, D.T.D. de (1996). Coping with chronic diseases. In: M. Ziender & N. Endler (Eds.), *Handbook of coping*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Mahat, G. (1997). Perceived stressors and coping strategies among individuals with rheumatoid arthritis. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 1144-1150.
- McEwen, B.S. (2003). Mood disorders and medical illness. Mood disorders and allostatic load. *Biological Psychiatry*, 54, 200-207.
- McMahon, S.D., Grant, K.E., Compas, B.E., Thurm, A.E., & Ey, S. (2003). Stress and psychopathology in children and adolescents: Is there evidence of specificity? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 107-144.
- Mueller, D., & Stewart, J. (2000). Cocaine-induced conditioned place preference: reinstatement by priming injections of cocaine after extinction. *Behavioural Brain Research*, 115, 39-47.
- Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG). Richtlijn "Verwijzing van Slechtzienden en Blinden" (2004). VU Medisch Centrum, Amsterdam.
- Olley, B.O., Seedat, S., & Stein, D.J. (2006). Persistence of psychiatric disorders in a cohort of HIV/AIDS patients in South Africa: a 6-month follow-up study. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 479-484.
- Rao, S.M., Huber, S.J., & Bornstein, R.A. (1992). Emotional changes with multiple sclerosis and parkinson's disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 369-378.
- Reinhardt, J.P. (2001). Effects of positive and negative support received and provided on adaptation to chronic visual impairment. *Applied Developmental Science*, 5, 76-85.
- Rescorla, R.A., & Heth, C.D. (1975). Reinstatement of fear to an extinguished conditioned stimulus. *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes*, 1, 88-96.
- Schneiderman, N., Ironson, G., & Siegel, S.D. (2005). Stress and health: Psychological, behavioral, and biological determinants. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 607-628.
- Schumm, J.A., Stines, L.R., Hobfoll, S.E., & Jackson, A.P. (2005). The double-barreled burden of child abuse and current stressful circumstances on adult women: The kindling effect of early traumatic experience. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 467-476.
- Solomon, Z., Garb, R., Bleich, A., & Grupper, D. (1987). Reactivation of combat-related post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144, 51-55.
- Van Houdenhove, B., & Egle, U.T. (2004). Fibromyalgia, a stress disorder? Piecing the biopsychosocial puzzle together. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 267-275.
- Wahl, H.W., Heyl, V., & Langer, N. (2008). Lebensqualität bei Seheinschränkung im Alter. *Der Ophthalmologe*, 105, 735-741.
- Whalley, D., McKenna, S.P., de Jong, Z., & van der Heide, D. (1997). Quality of life in rheumatoid arthritis. *British Journal of Rheumatology*, 36, 884-888.
- Wouters, B. (2002a). Blindheid en slechtziendheid. In: G.A.H ten Dam-Boschloo. (Red.), *Handboek handicap & chronische ziekte*. III-3-2-1/25. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Wouters B. (2002b). Revalidatie van mensen met een visuele beperking. In: G.A.H. ten Dam-Boschloo (red.), *Handboek handicap & chronische ziekte*. III-3-2-1/22. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.