

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



Secundaire ziektewinst

Een verwarrend begrip

Jacques van Egmond

Onder psychoanalytici staat de inhoud van het begrip 'secundaire ziektewinst' niet ter discussie. Echter buiten de analyse heeft de invulling van dit door Freud geïntroduceerde begrip wel verschil van mening opgeleverd en daardoor verschillende accenten gekregen. Dit geeft aanleiding tot conceptuele verwarring.

Inleiding

Door de patiënt ervaren voordelen van de ziekte die het herstel belemmeren, worden wel samengevat onder de term 'ziektewinst'. Als het gaat om een infantiel onbewust conflict dat aan de ziekte ten grondslag ligt, spreekt men meestal van 'primaire ziektewinst'. Bij een voorbewust vasthouden aan de ziekte vanwege vermeende of reële voordelen spreekt men gewoonlijk van 'secundaire ziektewinst'. Deze secundaire ziektewinst is de eerste weerstand die de therapeut tegenkomt wanneer hij tracht verbetering te bereiken in het neurotische symptomencomplex dat als 'primaire ziektewinst' wordt aangeduid.

Als u een collega hoort spreken over de secundaire ziektewinst kan het zeer verhelderend zijn om te vragen wat deze bedoelt met dit begrip. Vragen die u zou moeten stellen om erachter te komen wat de collega bedoelt zijn de volgende:

Koppelt de collega het begrip uitsluitend aan een neurotisch symptomencomplex of kan het ook het complement zijn van een andere psychische of zelfs somatische aandoening?

Is er een voorbewust of bewust streven bedoeld?

Wordt er gedoeld op een intrapsychisch of een sociaal mechanisme?

Het gegeven antwoord kan niet fout zijn, daar het begrip secundaire ziek-

J.J. van Egmond, zenuwarts-psychoanalyticus,
is inhoudelijk manager ambulante zorg Stichting
Adhesie GGZ Midden-Overijssel.

Correspondentieadres: Adhesie,
Pikeursbaan 3, 7411 GT Deventer;
e-mail: j.vanegmond@adhesie.nl

tewinst nu eenmaal in verschillende betekenissen gebruikt wordt. Wel kunnen deze vragen verhelderen vanuit welke context de spreker gebruikmaakt van dit begrip. Immers met bovenstaande vragen zijn er in theorie acht mogelijke definities.

Aan de hand van bovenstaande vragen zal in dit artikel worden geschetst in welke richtingen die verschillende betekenissen zich in de loop der tijd ontwikkeld hebben. Deze verschillende betekenissen zullen aan de hand van gepubliceerd empirisch onderzoek en casuïstiek worden toegelicht. Het gerefereerde empirisch onderzoek is een historisch overzicht. De gekozen casuïstiek daarentegen is eigentijds. In de huidige praktijkvoering, die deels bepaald is door de eigentijdse wetgeving zoals de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst, speelt een bepaald soort secundaire ziektewinst een belangrijke rol. Ik doel hier op de afhankelijkheidsrelatie die gecreëerd wordt doordat cliënten naast de behandeling ook verwachten en zelfs eisen dat er informatie wordt verschaft over hun psychisch (on)welzijn aan instanties, die beschikken over materiële (bijvoorbeeld: uitkering, huisvesting) of immateriële toekenningen (bijvoorbeeld: verblijfsvergunning, vrijstelling van werkzaamheden) dan wel sancties (bijvoorbeeld in strafrechtelijke zaken). In deze 'moderne' vorm van secundaire ziektewinst gaat het niet om een directe beloning, maar, om in beurstermen te spreken, de verwachtingswaarde. Waarschijnlijk een sterkere prikkel nog dan een directe beloning.

Indien we het begrip secundaire ziektewinst ook in de huidige tijd op zijn waarde willen beoordelen zullen we eerst de geschiedenis moeten bestuderen. Dan dient als eerste Freuds definiëring zich aan en tegelijk de verwar- ring die foutief citeren van zijn omschrijving heeft gegeven.

Geschiedenis van een begrip

Een mooi voorbeeld van de verwarring omtrent de oorspronkelijke en latere betekenis van het begrip ziektewinst is te vinden in een overzichtsartikel over dit onderwerp van Fishbain e.a. (1995). Zij openen hun artikel met de bewering dat het begrip 'secundaire ziekte- winst' nog steeds in dezelfde betekenis wordt gebruikt als in de tijd van Freud, die het geïntroduceerd heeft. Freud zou het volgens Fishbain e.a. hebben omschreven als 'interpersonal or social advantage by the patient in the context of his/her illness'. Fishbain e.a. geven aan deze definitie te hebben aangetroffen in *Vorlesungen* (1917). Het lijkt op voorhand echter onwaarschijnlijk dat Freud 'secundaire ziektewinst' als een interpersoon- lijk of sociaal fenomeen zou hebben beschreven, omdat hij geen gelegen- heid voorbij liet gaan om de beleving van een uitwendige gebeurtenis als psychologisch mechanisme te beschrijven. De gegeven definitie is dan ook noch in *Vorlesungen*, noch elders in Freuds werk te vinden.

Fishbain e.a. hebben het bij het rechte eind als zij zeggen dat het begrip 'secundaire ziektewinst' het meest uitvoerig behandeld wordt in Freuds

Vorlesungen (1917). Freuds beschrijving is echter heel wat complexer dan de definitie die Fishbain e.a. aan hem toeschrijven. Freud verbindt namelijk het begrip aan de verschillende metapsychologische gezichtspunten. In die zin is secundaire ziektewinst een adaptieve, voorbewuste activiteit van het ego. Voor wat het adaptieve gezichtspunt betreft maakt Freud in *Vorlesungen* een vergelijking met een kreupel geworden leidekker die zijn invaliditeit uitbuit om als bedelaar aan de kost te komen. Hij zegt, na deze vergelijking gemaakt te hebben: 'Was bei der Neurose einer solchen sekundäre Nützung Krankheit entspricht, können wir als sekundären Krankheitsgewinn zum primären hin zuschlagen' (Freud 1917, p. 397 e.v.). Voor wat betreft het dynamische en structurele gezichtspunt betoogt Freud dat het Ik een vredelievende organisatie is, die een ambivalente houding aanneemt tegenover het neurotische symptoom dat uit de primaire ziektewinst ontstaan is. Enerzijds wil het Ik alles doen om het neurotische symptoom te bestrijden, anderzijds waardeert het Ik innerlijke en uiterlijke beloningen voor de vlucht in de ziekte wel degelijk en helpt het de verdringing een handje. In de opvatting van Freud is secundaire ziektewinst een voorbewust vasthouden aan een op onbewuste wijze totstandgekomen ziekte. Vanuit het economisch gezichtspunt hoeft dit vasthouden niet alleen door uiterlijke beloningen gevoed te worden, maar kan dat ook door innerlijke beloningen gebeuren (bijvoorbeeld poetsdwang, die toch ook het genoeg geeft netter te zijn dan de meeste anderen).

Vanuit het topische gezichtspunt heeft Freud reeds in 1909 aangegeven in *Allgemeines über den hysterischen Anfall* dat de primaire en secundaire ziektewinst samenvallen met respectievelijk het primaire en secundaire psychische proces. Hij spreekt daar over ziektewinst bij de hysterische aanval als 'im Diensten der primären Tendenz' en 'im Diensten der sekundären Tendenz' (p. 240). Freud heeft in een 1923 toegevoegde aantekening bij de gevalsbespreking van Dora (1905) nog eens expliciet aangegeven dat de stelling niet houdbaar is dat primaire ziektewinst een uitsluitend intern gebeuren zou zijn. Er bestaat ook de mogelijkheid van externe primaire ziektewinst. Freud geeft als voorbeeld een vrouw die reageert met ziekteverschijnselen op de onderdrukking door haar man. Indien zij deze ziekteverschijnselen in haar jeugd reeds effectief heeft aangewend om liefde van haar ouders te verkrijgen, is er sprake van externe primaire ziektewinst.

In Freuds opvattingen vallen primaire en secundaire ziektewinst uiteindelijk dus niet samen met respectievelijk interne of externe beloningen. Wel blijft staan dat primaire ziektewinst tot het primair psychisch proces behoort en secundaire ziektewinst tot het secundair psychisch proces.

Met of zonder primaire ziektewinst

Freud heeft secundaire ziektewinst uitsluitend beschreven als *volgend* op een neurotisch symptomencomplex. Oorspronkelijk doelde hij dus op een fenomeen dat uitsluitend kan optre-

den indien er ook sprake is van primaire ziektewinst. Voor het onbewust tegenhouden van verbetering bij somatische aandoeningen gebruikte men in Freuds tijd het begrip 'compensatieneurose' (Strauss en Savitsky 1934). In 1966 publiceerden Raskin e.a. echter een onderzoek naar de secundaire ziektewinst, geoperationaliseerd als extra aandacht van de familie, bij vijftig patiënten met een initiële diagnose 'conversie'. Uiteindelijk bleken achttien patiënten een organisch lijden te hebben. De secundaire ziektewinst bleek echter niet verschillend voor beide groepen patiënten. Dit is het eerste onderzoek waarin het begrip 'secundaire ziektewinst' is losgemaakt van zijn oorspronkelijke betekenis, namelijk een complement van een neurotische stoornis. Sindsdien wordt er ook in het geval van een somatische aandoening gesproken over secundaire ziektewinst. In de Angelsaksische literatuur wordt het begrip 'compensatieneurose' vanaf die tijd gereserveerd voor neurotische ontwikkelingen bij letselschade, de zogenaamde 'accident neurosis'.

Het Nederlandse en Duitse begrip 'renteneurose' heeft een betekenis die min of meer overeenkomt met de psychoanalytische definitie van secundaire ziektewinst, met dien verstande dat deze definitie betrekking heeft op zowel psychiatrische als somatische aandoeningen. Rümke (1971) schrijft over renteneurose: 'Deze patiënten kunnen geheel te goeder trouw zijn en werkelijk niet weten, dat zij hun klachten "psychogeen" vasthouden' (p. 292).

Dat secundaire ziektewinst in de psychoanalytische betekenis mogelijk is blijkt uit het onderzoek van Schoen (1993). Schoen heeft aan de hand van uitvoerige casuïstiek laten zien dat er ook in het geval van een somatische ziekte sprake kan zijn van voorbewust verzet tegen genezing. Patiënten verzetten zich, vaker dan vermoed, voorbewust tegen maatregelen die hun toestand zouden kunnen verbeteren of tot genezing zouden kunnen leiden. Voorbewust wil hier zeggen dat patiënten zich in eerste instantie niet bewust zijn van hun verzet, maar dat het bewustzijn hiervan wel tamelijk aan de oppervlakte ligt en als mogelijke stand van zaken verbaal bespreekbaar en voor de patiënt aanvaardbaar is. Meestal past de komst van de ziekte goed in het afweerpatroon dat patiënten ook in de premorbide periode reeds hanteerden. Afweerpatronen die gemakkelijk tot secundaire ziektewinst leiden, zijn volgens Schoen onder andere overdekking met het tegendeel bij de afweer van passieve liefdesbehoeften en conflictvermijding. In de beschrijving van Schoen gaat het dus om secundaire ziektewinst in de oorspronkelijke freudiaanse betekenis. Hij onderzocht honderdtien patiënten met somatische aandoeningen, die tevens in psychotherapeutische behandeling waren en vond bij veertig procent een psychologische toerusting die het beloop van de ziekte negatief beïnvloedde door onbewust verzet tegen rationele maatregelen. Dit voorbewuste verzet was tevens focus van de behandeling.

Casus Patiënte A wordt door haar huisarts wegens depressieve klachten verwezen, met de verzuchting dat er waarschijnlijk weinig te bereiken zal zijn. Hij vertelt, dat zij van hem en vele andere specialisten extreem veel aandacht heeft gevraagd en dat hij haar graag enige tijd aan mij wil overdoen. Patiënte is een achtenzestigjarige vrouw, die tijdens de gesprekken een zeer vitale en levendige indruk maakt. Ze heeft een indringende, zo niet dwingende blik. Haar toon is boos, geagiteerd en klagend. De intelligentie wordt geschat op iets minder dan het gemiddelde. De stemming is niet somber, zoals de huisarts schrijft; eerder maakt patiënte een verongelijkte en teleurgestelde indruk. Er zijn geen vitale kenmerken en geen suïcidale ideeën. Het affect moduleert met de gespreksinhoud. Het bewuste streven is gericht op een instantoplossing voor klachten die al langer dan twintig jaar bestaan. Ziektebesef is aanwezig, ziekte-inzicht zo goed als afwezig. De belangrijkste klachten waar zij verlichting voor zoekt, zijn pijn in de rug, uitstralend naar beide benen, en angstklachten. De angsten beleeft zij vooral als fysiek en zijn volgens haar beschrijving altijd en overal aanwezig. Zij verhinderen haar om alleen het huis te verlaten. Haar man vergezelt haar dan ook bij elk consult. Patiënte meldt dat de angstklachten ontstaan zijn sinds een caudografie in 1979, gemaakt naar aanleiding van haar toen reeds bestaande rugklachten. Zij geeft de schuld aan de contrastvloeistof. Zij heeft verschillende neurologen geraadpleegd, academisch en niet academisch. Hierbij is nooit enige bijzonderheid aan het licht gekomen die haar heftige pijnklachten nader kunnen verklaren. Bij elk neurologisch consult heeft zij aangedrongen op een CT-scan, later op een MRI van het hoofd, omdat zij meent dat de contrastvloeistof hoger is terechtgekomen dan de bedoeling was en door verklevingen van de hersenvliezen schade heeft veroorzaakt aan de hersenen. Zij heeft voor dit idee overigens steun gevonden bij een patiëntenvereniging.

Patiënte is de oudste uit een arbeidersgezin van vier kinderen. Moeder is in de herinnering van patiënte altijd ziekelijk geweest. Vader wordt beschreven als een zachte, vriendelijke man. Vanaf de leeftijd van tien jaar deed patiënte een groot deel van de huishouding; zij nam met name de zorg voor haar jongere zus en broers op zich. Patiënte had hier extra moeite mee omdat zij als kind zelf vaak ziek was. Patiënte volgde de huishoudschool, maar maakte deze opleiding niet af in verband met veelvuldige ziekte, en ook door de oorlogssituatie. Wel voltooide zij na 1945 een opleiding tot naaister. Zij leerde haar man kennen op vierentwintigjarige leeftijd en huwde vijf jaar later. Sinds een gynaecologische operatie op veertigjarige leeftijd is er geen seksueel contact meer. De seksuele relatie zou daarvoor goed zijn geweest. Het echtpaar is kinderloos gebleven maar patiënte zegt hier geen moeite mee te hebben.

Patiënte zegt tot de caudografie in 1979 altijd een ongecompliceerde, vrolijke vrouw te zijn geweest. Dit wordt beaamd door haar man, maar tegengesproken door de rapportage van neuroloog, gynaecoloog en huisarts van

voor 1979. Patiënte heeft de laatste twintig jaar tientallen medische specialisten geraadpleegd. Evenzoveel behandelingen zijn zonder enig resultaat gebleven. Het is moeilijk om haar klachten van somberheid en heftige angst op hun waarde te schatten. Alle beschikbare antidepressiva en anxiolytica zijn zonder succes toegepast. Het enige dat volgens patiënte korte tijd geholpen heeft is het gebruik van een MAO-remmer in 1989. De laatste werd echter door een volgende psychiater gestaakt. Later is patiënte op eigen verzoek tot tweemaal opnieuw ingesteld op dezelfde MAO-remmer. Deze instelling bleef in tegenstelling tot de eerste zonder enig resultaat. Ook gedragstherapie (zowel desensitisatie als cognitieve gedragstherapie) bleef zonder resultaat.

Het gegeven dat patiënte al vroeg de taken van haar ziekelijke moeder moest overnemen en mogelijk hieraan ontsnapte door zelf vaak ziek te zijn, doet vermoeden dat er bij haar sprake is van externe primaire ziektewinst. Ondanks buitengewoon veel onderzoek is er nooit een lichamelijke oorzaak voor haar klachten gevonden. Patiënte maakt een klagerige, maar geen depressieve of angstige indruk. Anamnestic is patiënte tussen haar twintigste en vijftigste zonder noemenswaardige problemen geweest, hetgeen gelogenstraft wordt door medisch onderzoek voor 1980. Patiënte blijft volhouden dat haar lichamelijke en psychische klachten iatrogeen tot stand zijn gekomen. De aandacht die zij aan huisarts en andere specialisten vraagt is extreem en de teleurstelling over negatieve bevindingen bij onderzoek en talloze mislukte behandelingen doen haar niet besluiten een punt te zetten achter haar zoektocht naar een oorzaak. Dit vragen en krijgen van aandacht is blijkbaar geheel onbewust (patiënte is zich alleen bewust van haar zoektocht naar een instantioplossing) en te rekenen tot de primaire ziektewinst. Daarnaast is er een aanzienlijke externe secundaire ziektewinst.

Bewust of onbewust

Is het wel juist om te vragen of het een bewust of onbewust proces betreft? Is 'bewuste secundaire ziektewinst' geen contradictio in terminis? Ik ben geneigd om te zeggen dat secundaire ziektewinst nooit bewust kan zijn, omdat bewust vasthouden van ziektesymptomen grenst aan overdrijving of zelfs simulatie. Toch wordt secundaire ziektewinst wel als zodanig gedefinieerd. Barsky en Klerman (1983) bijvoorbeeld formuleren secundaire ziektewinst als volgt: 'Acceptable or legitimate interpersonal advantages that result when one has the symptom of a physical disease' (p. 276). In de definitie van Barsky en Klerman gaat het niet meer om belemmering van het herstel, maar om een beschrijving van de rechten en plichten van een zieke. Hun definitie ligt dicht in de buurt van het sociologisch begrip 'ziekerterol', dat wil zeggen het uitoefenen van de rechten en het uitvoeren van de plichten welke in het geval van ziek zijn door de cultuur worden voorgeschreven (Parsons 1951) en het sociaal-psychologische

begrip 'ziektegedrag', dat is de legitimatie voor een zekere mate van regressief gedrag (Mechanic en Volkert 1960).

De definitie van Barsky volgend, deed Stout (1984) onderzoek naar secundaire ziektewinst bij migrainepatiënten, onder andere om te laten zien dat zij zich geheel bewust zijn van de voordelen van hun ziekte. Echter de voordelen, die ook de patiënt constateert, liggen bij het onderzoek van Stout geheel in de sfeer van concrete rechten die bij een lichamelijke aandoening horen, zoals het mogen rusten in een donkere kamer. Maar dan rek je het begrip erg op, want in een donkere kamer mogen liggen is vooral symptoombestrijding, niet ongelijk aan het innemen van een pil.

Radley en Green (1985) onderzochten veertig patiënten met een coronaire 'graft' naar hun adaptieve vermogen ten aanzien van het ziekteproces. Slechts één van de veertig patiënten gaf aan zich bewust te zijn van door de omgeving geconstateerde voordelen, verbonden aan hun ziekte en de revalidatie daarvan. In dit onderzoek was echter in tegenstelling tot dat van Stout de secundaire ziektewinst zo geformuleerd dat de precieze interpretatie aan de patiënt werd overgelaten. Zo werd er gevraagd of men meer vrije tijd voor zichzelf had gekregen. Vrijwel alle deelnemende patiënten ontkenden dit, terwijl slechts vijftig procent het werk weer geheel of gedeeltelijk had hervat. Uit dit onderzoek komt goed naar voren dat het om een voordeel gaat waarvan de patiënt zich liever niet bewust is, maar dat met enige moeite wel bewust te maken zou zijn.

De volgende casus is een voorbeeld van een man die, ondanks aanzienlijke verbetering, baat heeft bij het continueren van de behandeling vanwege herkeuring in het kader van de WAO. Het is onduidelijk in hoeverre hij zich ervan voorbewust is waarom hij zich verzet tegen ontslag uit de behandeling.

Casus Patiënt B is een allochtone man van vijfenveertig jaar, die de Nederlandse taal goed beheerst. De huisarts verwijst hem wegens hypochondere klachten. Herhaald en uitgebreid intern onderzoek bracht geen afwijkingen aan het licht. Patiënt is echter niet gerust te stellen.

Bij de intake wordt de DSM-IV-diagnose gesteld op generaliseerde angststoornis (As I) en narcistische trekken (As II). Het behandelplan voorziet in kortdurende steunende psychotherapie door een psychiater in opleiding en zonodig medicatie. In de behandelgesprekken stelt patiënt de voortdurende angst en bezorgdheid over zijn lichamelijke conditie zeer centraal. Een poging om zijn angst te verminderen met een serotonineheropnameremmer en vervolgens een benzodiazepine mislukt, omdat de patiënt na enkele dagen de medicatie staakt wegens bijwerkingen. In de loop van een jaar behandeling treedt een sterke verbetering op. Uiteindelijk is de verbetering zodanig dat de behandelend psychiater in opleiding met hem afsprekt de behandeling te beëindigen. In deze periode van afsluiten blijkt een herkeuring in het kader van de WAO een onverwachte goedkeu-

ring van vijftig procent te hebben opgeleverd. Deze 'tegenslag' belemmert de voorgenomen beëindiging van de behandeling. De patiënt wordt daarom voor nog enkele afsluitende gesprekken overgedragen aan de opvolgende arts. Hij verschijnt niet op het afscheidsgesprek met zijn behandelend arts, maar wel bij het eerstvolgende gesprek met haar opvolger. Zoals afgesproken probeert deze opvolger na een vijftal gesprekken af te sluiten, ook omdat patiënt enkele keren niet op de afspraak is verschenen. De patiënt reageert hier zeer verbolgen op. Hij eist een duidelijker behandelplan en een andere behandelaar. Op een klinische bespreking enkele maanden later vertelt patiënt uiteindelijk toch voorlopig voor tachtig tot honderd procent te zijn afgekeurd. Hij zegt zich een stuk beter te voelen, maar geen genoegen te willen nemen met het tot dan toe bereikte resultaat. Hij klaagt over de stroperige besluitvorming in ons ziekenhuis. Hij heeft naar eigen zeggen vrij snel aangegeven dat de nieuwe arts hem niet lag. Hij laat weten een ontslag uit de behandeling niet te zullen accepteren nu hij al een tijdje 'van het kastje naar de muur gestuurd is'.

Het is moeilijk te zeggen of patiënt de behandeling rekt in verband met toekomstige herkeuringen of dat hij echt niet tevreden is met een toch aanzienlijke verbetering. Wellicht beide. Hij kiest terecht of ten onrechte voor de aanval.

Patiënte A was zich in het geheel niet bewust van haar afhankelijke houding ten opzichte van de medische stand. Zij leefde in de overtuiging dat zij slechts medische hulp zocht. Het is echter moeilijk voorstelbaar dat patiënt B zich in het geheel niet bewust zou zijn afhankelijke houding ten opzichte van ons instituut. Is er nog wel sprake van secundaire ziektewinst in de zin van een voorbewust mechanisme of is het bewuste manipulatie? In de bovengenoemde klinische patiëntenbespreking kreeg patiënt het voordeel van de twijfel. De onderhandeling met hem eindigde met een plaats op de wachtlijst voor gedragstherapie.

Psychologisch mechanisme of externe beloning

Buiten de psychoanalyse wordt secundaire ziektewinst de laatste decennia in toenemende mate gedefinieerd als het externe gerief dat een ziekte meebrengt, in plaats van het te beschrijven als een intrapsychisch mechanisme. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de ontwikkeling van de derde naar de vierde editie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). In de DSM-III (1980) is er nog sprake van een psychologisch mechanisme 'Secondary gain' naast het psychologische mechanisme 'Primary gain'. Secondary gain wordt in de DSM-III tenminste gedefinieerd als een pathologisch mechanisme waarbij de patiënt activiteiten vermijdt die hij om innerlijke redenen als schadelijk beschouwt, en ondersteuning zoekt voor zijn neurotische symptomen, bijvoorbeeld conversieverschijnselen. Voor een atheoretisch classificatiesysteem, dat de DSM pretendeert te zijn, is dit juist een heel psychodynamisch

getinte omschrijving. Helaas wordt in de DSM-IV (1994) secundaire ziektewinst in het geheel niet meer gedefinieerd als psychologisch verschijnsel, maar uitsluitend als externe beloning. Dit hangt mede samen met de ontstane voorkeur voor meetbare begrippen. Het begrip 'secundaire ziektewinst' lijkt eenvoudiger en beter te operationaliseren wanneer het verwijst naar een tastbare beloning dan naar een intrapsychisch fenomeen. Dit is deels schijn.

Zo is er een goed, zij het zeldzaam voorbeeld van experimenteel onderzoek naar de secundaire ziektewinst als intrapsychisch mechanisme. Craig e.a. (1994) onderzochten de neiging tot secundaire ziektewinst in relatie tot vroegere traumatisatie. Zij vonden dat naarmate er meer ernstig bedreigende *life events* zijn geweest, er meer neiging is tot secundaire ziektewinst. Anderzijds is onderzoek met extern voordeel als geoperationaliseerde onafhankelijke variabele niet zonder haken en ogen. Hoe definieer je secundaire ziektewinst? Welk voordeel neem je als meetbare variabele?

Het externe voordeel is op vele wijzen geoperationaliseerd, onder andere als 'aandacht van de omgeving' (Nemiah 1963), als 'ontsnapping aan werkdruk' (Finneson 1978) of 'druk van andere sociale rollen' (Connors 1985) als 'machtsmiddel tegenover de naaste familie' (Bokan e.a. 1981) en uiteraard het meest als 'geldelijk gewin'. Het probleem hierbij is dat wat in het ene onderzoek als de gemeten onafhankelijke variabele 'secundaire ziektewinst' fungeert in een ander onderzoek met een andere operationalisatie de storende variabele kan zijn. Laten we, om een idee van deze moeilijkheid te krijgen, kijken naar het meest eenvoudig te meten externe voordeel, namelijk geld.

Mendelson (1983) schrijft in een literatuurstudie dat het onderzoek naar een verband tussen enerzijds herstel van revaliderenden of patiënten met chronische pijn en anderzijds secundaire ziektewinst in de vorm van een uitkering slechts in één richting wijst en wel die van een positief verband. Uit een jonger overzicht (Weighill en Buglass 1989), alsmede recent onderzoek (Maldofsky e.a. 1993) komt echter naar voren dat er geen correlatie is tussen secundaire ziektewinst, gemeten als financieel voordeel en mate van herstel. Mayou e.a. (1997) concluderen op grond van eigen onderzoek dat het verschil in uitkomst tussen ouder en jonger onderzoek gelegen is in de tijdsduur van pijn of handicap, die weer zou kunnen samenhangen met de ernst van de aandoening. Patiënten met klachten die langer dan vijf jaar bestaan, zouden met name beïnvloed worden door het secundair gewin. De onderzoeken naar het belang van financieel gewin voor revaliderende patiënten spreken elkaar tegen en dat is niet verwonderlijk, omdat secundaire ziektewinst een complex gebeuren is waarbij het al dan niet financieel gecompenseerd worden maar één van de factoren is. Bij de hieronder beschreven patiënt eindigt de behandeling met het verkrijgen van een financiële regeling. In de Angelsaksische literatuur heet dit wel 'cured by verdict'. Toch is ook duidelijk dat niet alleen geld een rol speelt.

Casus Patiënte C is een drieëntwintigjarige vrouw, die door de huisarts wordt verwezen in verband met een dissociatieve stoornis. Bij het intake-gesprek geeft patiënte aan dat zij, wanneer zij alleen is, plotseling kan worden overvallen door het zien van beelden, die naar haar mening achteraf een voorspellende waarde blijken te hebben gehad. Een belangrijke belastende factor is het werk als ongediplomeerd ziekenverzorger. Met betrekking tot dat werk geeft patiënte aan dat het zeer belangrijk is voor haar gevoel van eigenwaarde om dit beroep te kunnen uitoefenen. Het niet kunnen volhouden van dit geestelijk voor haar zware beroep heeft voor haar iets zeer dreigends en zou haar in eigen ogen tot mislukkeling bestemmen. De in consult gevraagde neuroloog constateert naar aanleiding van het EEG geen temporale epilepsie, maar wel andersoortige epileptische activiteit. Gedurende de tijd dat patiënte bij de neuroloog in onderzoek is, krijgt zij een toeval op het werk ondanks instelling op valproïnezuur. Andere toevallen volgen. Steeds op het werk. Uiteindelijk besluit patiënte het werk te verlaten, nadat zij met haar werkgever tot een bevredigende financiële afwikkeling is gekomen. Tot de voorgenomen egoversterkende behandeling komt het niet, omdat patiënte zonder bericht wegblijft.

Het is duidelijk dat de toevallen een psychogene grond moeten hebben. Zij treden pas op nadat er epileptische activiteit op het EEG is geconstateerd en zij is ingesteld op een anti-epilepticum. De secundaire ziektewinst die zij van haar conversieve toevallen heeft, is echter niet alleen financieel. Er is ook sprake van interne secundaire ziektewinst: haar gevoel van eigenwaarde is namelijk afhankelijk van het niet mislukken als ziekenverzorger, alhoewel dit beroep mogelijk haar vermogens te boven gaat. Wellicht maakt een echte organische ziekte het voor haar superego meer acceptabel om andersoortig werk te zoeken.

Conclusie

Als iemand het begrip 'secundaire ziektewinst' gebruikt is het niet op voorhand duidelijk wat hij bedoelt. Mogelijk doelt hij op een onbewust mechanisme met een intrapsychische beloning voor het vasthouden aan een neurotisch symptomencomplex, maar evengoed kan een bewust streven naar een externe beloning voor ongeacht welke aandoening bedoeld worden. Alle varianten tussen deze twee uitersten zijn ook mogelijk.

Secundaire ziektewinst is een complex begrip. Ook Freud, die het begrip introduceerde, veranderde enkele malen de definitie. Voor psychoanalytisch geschoolden is het een intrapsychisch mechanisme waarbij, vanwege intern en/of extern voordeel, voorbewust wordt vastgehouden aan op een onbewust conflict berustende ziekteverschijnselen. Buiten de psychoanalyse heeft het begrip echter ook andere betekenissen gekregen. Het wordt niet altijd als voorbewust, maar ook als bewust mechanisme gezien. In het laatstgenoemde geval valt secundaire ziektewinst vrijwel samen met de begrippen 'ziekterol' of 'ziektgedrag'. Buiten de psycho-

analyse wordt het begrip niet alleen gebruikt als complement van primaire ziektewinst, maar ook zonder dat er van primaire ziektewinst sprake is. Bij een neurotisch symptoom helpt de secundaire ziektewinst bij de verdringing van het onbewuste conflict dat aan de ziekte ten grondslag ligt. In het geval van een somatische aandoening kan daar uit de aard der zaak geen sprake van zijn. Wel kan een verbetering van de ziekte-toestand met voorbewuste kennis worden tegengehouden. Bij vrijwel alle empirische onderzoeken naar secundaire ziektewinst wordt het externe voordeel gemeten. Zelden is het onderzoek op het intrapsychisch functioneren gericht. Het meten van een zichtbare externe variabele heeft weliswaar voordelen, maar heeft weinig eenduidige resultaten opgeleverd. Een verklaring voor dit ontbreken van eenduidigheid zou gelegen kunnen zijn in de complexiteit die Freud met het begrip secundaire ziektewinst heeft willen beschrijven.

Literatuur

- Barksy, A.J., G.L. Klerman (1983), Overview: hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. *The American Journal of Psychiatry* 140, p. 273-283.
- Bokan, J.A., R.K. Ries, W.J. Katon (1981), Tertiary gain and chronic pain. *Pain* 10, p. 331-335.
- Connors, D.D. (1985), Women's 'sickness': a case of secondary gains of primary losses. *Advances of Nursery Science* 7 (3), p. 1-17.
- Craig, T.K.J., H. Drake, K. Mills, A.P. Boardman (1994), The South London Somatisation Study II. Influence of stressful life events, and secondary gain. *British Journal of Psychiatry* 165, p. 248-258.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed.) (1980), American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.) (1994), American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Finneson, B.E. (1978), Modulating effect of secondary gain on the low back pain syndrome. *Advances of Pain Research and Therapy* 1, p. 949-952.
- Fishbain, D.A., H.L. Rosomoff, R.B. Cutler, e.a. (1995), Secondary gain concept: a review of the scientific evidence. *The Clinical Journal of Pain* 2, p. 6-21.
- Freud, S. (1905), Bruchstück einer Hysterie-Analyse. *Gesammelte Werke* V. S. Fischer Verlag, Frankfurt, p. 202-203.
- Freud, S. (1909), Allgemeines über den hysterischen Anfall. *Gesammelte Werke* VII. S. Fischer Verlag, Frankfurt, p. 235-245.
- Freud, S. (1917), Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. *Gesammelte Werke* XI. S. Fischer Verlag, Frankfurt, p. 397-400.
- Maldofsky, H., M.T. Wong, F.A. Lue (1993), Litigation, sleep symptoms and disabilities in postaccident pain (fibromyalgia). *Journal of Rheumatology* 20, p. 1935-1940.
- Mayou, R., S. Tyndel, B. Bryant (1997), Long-term outcome of motor vehicle accident injury. *Psychosomatic Medicine* 6, p. 578-584.
- Mechanic, D., E.H. Volkart (1960), Illness behavior and medical diagnoses. *Journal of Health and Human Behavior*. 1, p. 86-94.
- Mendelson, G. (1983), The effect of compensation and litigation on disability following compensable injuries. *American Journal of Forensic Psychiatry* 4, p. 97-112.
- Nemiah, J.C. (1963), Psychological complications in industrial injuries. *Archives of Environmental Health* 7, p. 482-486.
- Parsons, T. (1951), *The Social System*. The Free Press, Glencoe.
- Radley, A., R. Green (1985), Styles of adjustment to coronary graft surgery. *Society of Scientific Medicine* 20, p. 461-472.
- Raskin, M., J.A. Talbott, A.T. Meyerson (1966), Diagnosis of conversion reactions. *Journal of the American Medical Association*, 197, p. 102-106.

Rümke, H.C. (1971), *Psychiatrie*. Deel 1. Scheltema en Holkema, Utrecht, p. 291-292.
Schoen, M. (1993), Resistance to Health: when the mind interferes with the desire to become well. *American Journal of Clinical Hypnosis* 36, p. 47-54.
Stout, M.A. (1984), A cognitive-behavioral study of selfreported factors in migraine.

Psychopathology 17, p. 290-296.
Strauss, I., M. Savitsky (1934), The sequence of headinjury, the psychogenic factor. *American Journal of Psychiatry* 91, p. 189-201.
Weighill, V.E., D. Buglass (1989), An updated review of compensation neurosis. *Pain Management* 2, p. 100-105.

Summary

This article deals with the historical development of the idea of 'secondary gain'. Freud introduced this concept as a complement of 'primary gain'. In the course of his career Freud modified the scope of both ideas, but his conception stayed within the boundaries of an intrapsychic mechanism. Outside psychoanalysis, the concept of 'secondary gain' has acquired a further meaning with more emphasis on interpersonal and social aspects.

Consequently, it is often unclear what a writer or speaker means when he uses the term.

The different meanings of 'secondary gain' in and outside psychoanalysis are illustrated with reference to research literature and case histories.

Manuscript ontvangen: 4 februari 2000

Definitieve versie: 26 april 2000