

# Preventie van somatische fixatie V\*

## Het doorbreken van somatische fixatie

R. GROL\*\*\*, J. VAN EIJK\*\*, F. HUYGEN, G. VAN MIERLO\*\*\*,  
H. MOKKINK\*\*\* EN A. SMITS\*\*\*

In vier voorgaande artikelen is beschreven welke factoren ertoe kunnen bijdragen, dat mensen vastlopen in het medische kanaal terwijl er eigenlijk niet-medische problemen spelen; op welke wijze deze mensen zich presenteren aan hun huisarts; welke pressie zij op hem uitoefenen en welke rol hijzelf speelt in het proces van somatische fixatie; en voorts op welke wijze de huisarts in een vroeg stadium kan signaleren, dat patiënten in een proces van somatische fixatie dreigen te geraken.

In dit artikel zullen wij nader ingaan op hetgeen de huisarts zou kunnen doen met die signalen en hoe hij een bijdrage zou kunnen leveren aan het doorbreken van het proces van somatische fixatie.

Wanneer de huisarts een signaal opvangt, zal hij moeten beslissen wat hij daarmee zal gaan doen: laat hij het rusten of confronteert hij de patiënt met hetgeen hij opmerkt? Hoewel de oplossing, die hij kiest ook te maken heeft met zijn persoonlijke stijl en zijn vaardigheid in het omgaan met patiënten, zijn er wellicht toch methoden te vinden, die de arts kunnen helpen bij het functioneel maken van die signalen en die kunnen bijdragen aan het doorbreken van het proces van somatische fixatie. Wij beschouwen een drietal uitgangspunten daarbij als fundamenteel: het leggen van de verantwoordelijkheid bij de patiënt, het accepteren en serieus nemen van de klacht en het werken volgens een gericht handelingsplan.

Op basis van deze uitgangspunten zullen wij ingaan op de actie, die de huisarts kan ondernemen om het vastlopen in het medische kanaal tegen te gaan of te doorbreken. Wij maken daarbij onderscheid tussen indirecte en directe, op de patiënt gerichte actie.

### Uitgangspunten

*Het leggen van de verantwoordelijkheid bij de patiënt.* In de vorige artikelen is meermalen gewezen op het verschijnsel dat de patiënt, die dreigt vast te lopen in

het medische kanaal, een sterke druk op de huisarts kan uitoefenen om de juistheid van de overtuiging dat hij ziek is, te bevestigen, terwijl hij tegelijkertijd een krachtig beroep doet op de arts: „U bent de dokter, u moet me helpen, u moet me beter maken.” De patiënt vertoont een sterke neiging, de huisarts verantwoordelijk te maken voor zijn genezingsproces. Het is voor het doorbreken van somatische fixatie van groot belang, dat de activiteiten die de huisarts ontplooit, gericht zijn op het leggen van de verantwoordelijkheid bij de patiënt zelf. De arts moet duidelijk maken waar zijn grenzen liggen.

Daar komt nog iets anders bij: de huisarts kan veel signaleren wanneer hij goed kijkt; hij behoeft echter niet per se met alle signalen ook iets te doen. Veel problemen zijn van voorbijgaande aard, ze worden opgelost door het verstrijken van de tijd, of de patiënt weet zelf adequate oplossingen te vinden. Van belang is, dat de huisarts iets onderneemt wanneer werkelijk gevaar voor somatische fixatie bestaat, maar anderzijds voorzichtig is met interventies. Wanneer de arts te vroeg ingrijpt, bijvoorbeeld door de patiënt te motiveren tot gezinstherapie, kan hij hem de verantwoordelijkheid ontnemen om zelf aan het werk te gaan.

*Het accepteren en serieus nemen van de klacht.* Wij hebben gezien, dat het hardnekkig vasthouden aan klachten een functie kan hebben binnen het gezin van de patiënt (bijvoorbeeld de mogelijkheid, zich te onttrekken aan bepaalde verantwoordelijkheden of om conflicten uit de

weg te gaan). Op die manier kan de patiënt macht uitoefenen binnen een relatie, hij kan die relatie controleren.

Iets soortgelijks kan zich voordoen tussen patiënt en huisarts: ook binnen die relatie kan een machtsstrijd ontstaan. De patiënt vraagt om erkenning van zijn klacht. Wanneer de arts die klacht niet accepteert en serieus neemt, laat hij zijn patiënt in de kou staan. De patiënt ervaart immers zijn klachten aan den lijve, hij heeft pijn, zijn onlustgevoelens zijn voor hem heel reëel, ook al beoordeelt de arts de klacht heel anders. In zo'n geval kan gemakkelijk een machtsstrijd ontstaan over de vraag of er wel of niet iets aan de hand is.

Om dit te voorkomen moet de huisarts de klacht serieus nemen. Dat betekent echter niet, dat hij daaraan dan ook dezelfde consequenties dient te verbinden als de patiënt, namelijk dat hij zich nu moet uitsloven om hulp te bieden.

*Het werken volgens een gericht handelingsplan.* Het signaleren van het risico van somatische fixatie en de daaraan gekoppelde actie moeten een plaats krijgen binnen de totale hulpverleningsstrategie van de huisarts. Deze strategie is gericht op de beantwoording van twee vragen: „Waarom komt deze patiënt op dit moment met deze klacht bij mij?” en „Met wat voor soort hulp is deze patiënt het meest gebaat?”.

Het hulpverleningsproces is een proces in de tijd: het kan niet in één consult afgevoerd worden; het moet zo opgebouwd worden, dat tijdens een volgend consult de draad weer opgepakt wordt, terwijl de patiënt in de tussentijd de gelegenheid heeft om opdrachten uit te voeren of een aantal zaken te overdenken.

Het is daarom zinnig om samen met de patiënt een expliciet handelingsplan op te stellen (*Van Aalderen*). Patiënt en arts weten dan waar zij aan toe zijn en wat er tijdens de volgende consulten gaat gebeuren. Zo'n plan moet gefaseerd zijn, zodat het hulpverleningsproces zich stap voor stap kan voltrekken, en het moet aan een termijn gebonden zijn.

### Indirecte actie

*Het herkennen van cruciale momenten.* De huisarts dient vast te stellen, hoe groot in een bepaald geval het risico van somatische fixatie is, in hoeverre hij de zaak nog op zijn beloop mag laten en kan rekenen op spontaan herstel; hij moet de cruciale momenten herkennen, waarop hij zelf het proces van somatische fixatie sterk gaat bevorderen en dit anderzijds zou kunnen afremmen via interventies. Om een voorbeeld te geven: een patiënt is een aantal keren op het spreekuur geweest met

\* Een serie artikelen onder redactie van Prof Dr F J A. Huygen, directeur Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut

\*\* Wetenschappelijk medewerker, projectleider van het onderzoek

\*\*\* Wetenschappelijk medewerkers van de sectie onderzoek van het N.U.H.I.

Het onderzoek werd mogelijk gemaakt door subsidie van het Praeventiefonds

hoofdpijnen; de huisarts heeft hem gerustgesteld en geprobeerd zijn klacht in verband te brengen met mogelijke spanningen; tevens heeft de arts hoofdpijnpoeders voorgeschreven, waardoor echter weinig verbetering is opgetreden. Deze keer komt de patiënt weer met dezelfde klacht en hij oefent sterke pressie uit om naar een specialist te worden verwezen. De arts moet zich thans afvragen, of dit nu zo'n cruciaal moment is.

*Het interpreteren van irritaties.* Het gedrag van de patiënt leidt vaak tot gevoelens van irritatie bij de huisarts. Zulke gevoelens kunnen als uitgangspunt dienen bij het bespreekbaar maken van de signalen die de arts opvangt. Hij dient zich dan wel te realiseren waardoor zijn irritatie eigenlijk veroorzaakt wordt.

– in hoeverre berust zijn irritatie op moeilijke werk- of privé-omstandigheden? Heeft hij een gestoorde nachtrust achter de rug? Heeft hij ruzie gehad met zijn vrouw en was er geen tijd om die uit te praten?

– in hoeverre wordt de irritatie opgeroepen door de houding van de arts zelf, door zijn waarde- of vooroordelen, door een stereotype kijk op de mensen? Zo zal een tamelijk autoritaire arts zich vlug geïrriteerd voelen door een mondige patiënt. Reflectie hierop is vaak alleen achteraf mogelijk, bijvoorbeeld tijdens het bespreken van patiënten met collega's of in een gesprek met een gedragswetenschapper.

– in hoeverre wordt de irritatie opgeroepen door de houding van de patiënt? Probeer de patiënt zijn eigen verantwoordelijkheden af te schuiven op de huisarts? Wat is het doel van zijn pressie op de arts? In hoeverre probeert hij zijn omgeving te controleren via zijn ziektegedrag?

*Registratie.* Ook registratie is een manier om iets te doen met de signalen die de arts opvangt. Hij kan bijvoorbeeld alle contacten met signaalwaarde rood onderstrepen, zodat hij in een oogopslag het klachtenpatroon van de afgelopen tijd kan overzien (het proces van somatische fixatie gevisualiseerd). Hij kan verder relevante achtergrondgegevens noteren (bijvoorbeeld bovenaan de kaart), zodat hij deze bij bepaalde beslissingen en bij het bespreken van signalen kan betrekken. Daarnaast kan de arts aantekening maken van zijn eigen emoties en irritaties tijdens het contact met de patiënt. Bovendien kan hij zich voor de volgende keer een bepaalde gedragslijn voornemen en deze vastleggen. Op die manier kan registratie een wezenlijk onderdeel vormen van een gerichte, gefaseerde hulpverleningsstrategie.

## Directe actie

Binnen de huisartsgeneeskunde zijn tot nu toe weinig methoden ontwikkeld, die de huisarts in staat stellen, om te gaan met patiënten die somatisch gefixeerd zijn of dreigen te worden. De huisarts moet daardoor grotendeels zijn toevlucht nemen tot ziens- en benaderingswijzen uit de psychosociale hulpverlening.

Terwille van de overzichtelijkheid zullen we in het volgende de directe actie onderscheiden in een probleemverhelderingsfase en een behandelingsfase, hoewel beide fasen elkaar in de praktijk soms sterk overlappen.

*De probleemverhelderingsfase.* De huisarts heeft bepaalde signalen opgevangen, die hem hebben gealarmeerd. Hij probeert erachter te komen, wat de betekenis van een klacht is. Vaak heeft hij al een hoeveelheid achtergrondinformatie verzameld tijdens vorige contacten. Wanneer hij verder in wil gaan op wat er aan de hand zou kunnen zijn, moet de relatie met de patiënt zodanig zijn, dat deze een confrontatie met de signalen en een verder doorvragen niet als te bedreigend ervaart. Daarom zal de arts de klacht waarmee de patiënt komt, accepteren en serieus nemen; dat werkt ondersteunend. De huisarts gaat in op hetgeen de patiënt vertelt en vraagt daarover door. Hij toont zijn belangstelling voor de levensomstandigheden van de patiënt en hij probeert de afstand tot de patiënt te verkleinen, bijvoorbeeld door zich aan te passen aan diens omgangsstijl en taalgebruik.

Daarnaast zal de arts proberen, ook vat te krijgen op de psychosociale aspecten van de klacht. Hij kan dit doen via het „werken op twee sporen”: de huisarts stapt tijdens het doorvragen handig over van de somatische naar de psychosociale aspecten van de klacht en vice versa, wanneer dit laatste te bedreigend wordt. Op deze manier laat hij de patiënt voldoende ruimte. De huisarts neemt de klacht serieus, maar brengt tegelijkertijd het gevoel over, dat er meer aan de hand is. *Van Lidth de Jeude* noemt deze wijze van zeer voorzichtig exploreren de „fluctuerende benaderingswijze”: merkt de arts weerstanden op, bijvoorbeeld bij het peilen van emoties, dan zal hij terugvallen op de somatische aanpak; zodra zich in het gesprek een nieuwe gelegenheid voordoet, kan hij opnieuw proberen terug te komen op de achterliggende problematiek.

Het verrichten van verder lichamelijk onderzoek kan een belangrijk onderdeel vormen van deze strategie. De arts kan dan psychosociale thema's vervlechten in zijn somatische aanpak. Bovendien kan een dergelijke benadering een gerust-

stellend effect hebben en angsten wegnemen, waardoor een opening ontstaat voor het bespreken van andere problemen. De arts zou na onderzoek bijvoorbeeld kunnen zeggen: „Ik kan niets vinden, hebt u zelf een idee over de oorzaak van uw klacht?”

Op dat moment stapt de huisarts over op een ander communicatieniveau. Een voorbeeld kan verduidelijken wat daarmee bedoeld wordt. We gaan uit van de situatie, dat een patiënt herhaaldelijk komt met slikklachten en keelpijn, terwijl de arts steeds niets kan vinden. Na een aantal bezoeken zijn er dan verschillende mogelijkheden: de arts kan reageren met „We zullen u voor de zekerheid toch maar even naar de keelarts sturen” of met „Nou, er is totaal niets aan de hand hoor”; hij kan de klachten ook min of meer negeren. In het eerste geval loopt hij de kans somatische fixatie te bevorderen, in beide andere gevallen laat hij de patiënt in de kou staan. Een geheel andere mogelijkheid is dan het overstappen op een ander communicatieniveau. De arts stelt dan vragen als „U maakt zich nogal zorgen over uw keel, nietwaar?” en „Hebt u zelf enig idee wat er aan de hand zou kunnen zijn?”. Op die manier wordt een functioneel gebruik gemaakt van de klacht van de patiënt en wordt deze gestimuleerd, zelf te onderzoeken waarom hij de hulp van de arts inroept. De arts neemt niet alleen de klacht serieus, maar legt tegelijkertijd de verantwoordelijkheid bij de patiënt. Wanneer de arts tijdens zo'n gesprek vermoedt dat de patiënt bang is voor een ernstige ziekte, kan hij dit hardop uitspreken: „Bent u soms bang voor kanker?” Hij maakt het op die manier eenvoudiger voor de patiënt om over zulke moeilijke onderwerpen te spreken.

De huisarts kan de patiënt ook confronteren met hetgeen hij ziet, de signalen die hij opvangt. Een dergelijke aanpak kan de inleiding vormen tot een nader gesprek. De arts kan bijvoorbeeld zeggen: „U maakt op mij zo'n nerveuze indruk, zijn er soms nog meer dingen die u dwars zitten?” of „Wat mij opvalt, is dat u altijd kreunend en steunend binnenkomt; bent u bang dat ik u niet geloof, als u gewoon zegt wat er aan de hand is?” Over het algemeen zal voor zulke confrontaties een veilige relatie vereist zijn, omdat de arts anders op weerstanden stuit.

Om zulke weerstanden te vermijden kan de huisarts de confrontatie in een positieve vorm gieten, zoals bijvoorbeeld in het volgende geval. Een moeder komt regelmatig op het spreekuur met een kind dat allerlei klachten heeft. Het gaat steeds om onbelangrijke dingen, maar de moeder gedraagt zich zeer bezorgd, terwijl het

kind een schuwe indruk maakt. De arts kan nu de moeder als volgt met haar gedrag confronteren: „U maakt op mij de indruk dat u erg veel over heeft voor uw gezin en uw kinderen, klopt dat? Een groot gevoel voor verantwoordelijkheid is iets heel belangrijks, maar soms kan zulke bezorgdheid wel eens verkeerd uitpakken . . . enzovoort.” De huisarts laat aldus zijn waardering blijken voor het verantwoordelijkheidsgevoel van de moeder, maar verbindt daaraan onmiddellijk een relativerende opmerking.

Wanneer het niet mogelijk blijkt enige greep op de problematiek te krijgen, kan de huisarts ingaan op de gevolgen in plaats van de oorzaken van de klachten. Hij kan informeren, hoe de patiënt zich thuis gedraagt en hoe zijn huisgenoten op de klachten reageren. Op die manier krijgt de arts wellicht een indruk van de mate waarin de patiënt de ziekte gebruikt om zich aan zijn verplichtingen te onttrekken of anderen tot dienstverlening te bewegen (ziektewinst). De huisarts kan bijvoorbeeld vragen: „U zit nu met deze klachten en het is moeilijk om erachter te komen waardoor ze worden veroorzaakt. Laten we eens nagaan op welke manier u er in het dagelijkse leven last van ondervindt? Hoe reageert uw vrouw erop en uw kinderen; en hoe gaat het nu verder met uw werk?”. Op deze manier verkrijgt men misschien zicht op de mogelijke functie, die de klachten voor de patiënt en zijn omgeving hebben gekregen, bijvoorbeeld in hoeverre de patiënt de ziekte nodig heeft om zich aan iets te kunnen onttrekken of om dingen van anderen gedaan te krijgen. Voorts kan de huisarts ingaan op de gevolgen van het bezoek van de patiënt aan hem. De patiënt geeft namelijk aan de mensen in zijn omgeving een bepaalde lezing van het bezoek aan de huisarts, waardoor de huisarts in de relatie tussen de patiënt en zijn omgeving ongemerkt partij wordt. Door bijvoorbeeld te vragen: „Wat gaat u straks thuis over dit bezoek aan mij vertellen? Wat zou u liever thuis niet vertellen en waarom niet?” kan de huisarts erachter komen welke rol hij in het leven van de patiënt speelt.

**De behandelingsfase.** Tijdens de behandelingsfase zal de huisarts proberen de houding van de patiënt tegenover zijn ziekte of problemen te beïnvloeden. In de eerste plaats zal hij dan duidelijk maken, waar de mogelijkheden van de arts ophouden en de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt begint. Hij kan daarbij de nadruk leggen op de vrijheid van keuze voor de patiënt: „Het is uw leven en uw lichaam; u kunt zelf bepalen wat u ermee wilt doen, maar u bent daar zelf ook ver-

antwoordelijk voor”. Ook kan de huisarts een slaafse houding van de patiënt aan de orde stellen. Hij kan erop aandringen dat de patiënt alles vraagt wat hij wil weten en zich niet laat afschepen; dat hij protesteert wanneer hij het met iets niet eens is. Hij kan de patiënt uitdagen en stimuleren om bepaalde stappen te ondernemen. Het tonen van onzekerheid is een manier waarop de arts de grenzen van zijn mogelijkheden kan duidelijk maken. Hij kan bijvoorbeeld zeggen: „Ik kan nu niets vinden. Eerlijk gezegd weet ik ook niet precies wat er aan de hand zou kunnen zijn. Misschien hebt u zelf een idee?” Op die manier wordt de traditionele arts-patiënt-relatie doorbroken. Voor de arts is het moeilijk zijn status van allesweter op te geven, maar voor de patiënt is het vaak nog veel moeilijker zijn eigen verantwoordelijkheid te accepteren. De arts kan dit laatste bevorderen door zijn onvermogen om de patiënt te helpen, uit te spreken: „Ik wil u graag helpen, maar wat ik ook doe, het haalt allemaal niets uit. Dat heeft tot gevolg, dat ik me erg machteloos ga voelen. Wat vindt u daarvan?”

Bij een gericht handelingsplan dat tot doel heeft de verantwoordelijkheid bij de patiënt te laten, is het geven van informatie van groot belang. *Van Loon* en *Schmidt* vonden in een onderzoek naar de verwachtingen ten aanzien van de arts, dat de belangrijkste wens van de patiënt is, dat hij voortdurend en diepgaand geïnformeerd wordt over de aard van zijn kwaal en over de redenen voor bepaalde voorschriften, geneesmiddelen en verwijzingen.

Informatie moet in de eerste plaats realistisch zijn, de zaken moeten niet mooier voorgesteld worden dan ze zijn; wel moet de informatie zo mogelijk een geruststellend effect hebben. Na lichamelijk onderzoek kan de betekenis van de klacht en de aard van de ziekte worden verduidelijkt: hoe vaak de kwaal optreedt, hoe de prognose en het verloop is enzovoort. Verder moet de informatie gericht zijn: ze moet aansluiten bij datgene waarvoor de patiënt komt. Vaak wil de patiënt niet per se, dat er iets gedaan wordt; hij wil alleen weten wat de klacht te betekenen heeft en wil gerustgesteld worden. Wanneer de arts dan meteen begint met een behandeling en medicijnen gaat voorschrijven, slaat hij een stap over. De patiënt denkt dan dat er echt iets aan de hand is, terwijl hij daarvan tevoren misschien nog niet overtuigd was. Op die manier kan somatische fixatie sterk bevorderd worden.

Voorts kan informatie gegeven worden over het functioneren van het lichaam bij bepaalde klachten, over het verband tussen lichamelijke klachten en achterliggende psychosociale problematiek, over

de wijze waarop mensen zichzelf ziek kunnen maken enzovoort. De arts kan hierbij gebruik maken van voorlichtingsbrochures en deze met de patiënt bespreken om zo het ontstaan van een andere attitude tegenover ziekte te bevorderen.

In dat laatste geval is de arts ook „heretiketterend” bezig. We hebben in de voorgaande artikelen gezien, dat patiënten die het risico van somatische fixatie lopen, vaak mensen zijn die elk conflict uit de weg gaan, bang zijn voor veranderingen enzovoort. De arts kan de houding van dergelijke patiënten beïnvloeden door ruzie en conflicten anders te etiketteren, door het positieve van af en toe een ruzie te benadrukken.

Ook bij het doorbreken van door angsten ontstane klachten, die op zichzelf iemand angstig kunnen maken, zoals hartziektefobieën (*Stam; Orlemans*), kan de arts van deze methode gebruik maken. Hierbij kan voorlichtingsmateriaal over ademhalings- en ontspanningsoefeningen van dienst zijn.

Veel patiënten verkeren voortdurend in onzekerheid over de betekenis van hun klachten en de aandacht die ze daaraan moeten besteden. In zulke gevallen kan de arts iets vertellen over zijn eigen reacties op lichamelijke klachten en de eventueel achterliggende psychosociale problematiek. Hij kan bijvoorbeeld vertellen dat hij zich ook wel eens zorgen maakt, dat hij een ernstige ziekte zou hebben, en hoe hij zichzelf dan gerust weet te stellen. Hij kan daarbij de nadruk leggen op de moeite, die hem dat soms kost. De arts moet hier natuurlijk geen succesverhaal van maken of de patiënt de indruk geven dat deze op precies dezelfde wijze zijn problemen moet oplossen. Waar het om gaat, is dat de patiënt merkt dat hij niet de enige is met zulke angsten of problemen.

Wanneer de achtergrondproblematiek wat duidelijker is geworden, kan de arts met de patiënt gaan zoeken naar alternatieven. Het is niet de bedoeling dat de arts zelf met allerlei oplossingen komt aandragen, maar hij kan bijvoorbeeld samen met de patiënt inventariseren, welke mogelijkheden bestaan en de patiënt daaruit vervolgens laten kiezen. Een volgende keer kan de patiënt komen vertellen, hoe het hem is vergaan en kunnen nieuwe stappen worden overwogen.

Een andere mogelijkheid is het belonen van pogingen van de patiënten zelf meer verantwoordelijkheid te accepteren en het afremmen van gedrag dat tot somatische fixatie leidt. Het voortdurend geruststellen van de patiënt dat hem niets ernstigs mankeert, kan zo'n belonende uitwerking hebben: op die manier verdwijnt de angst van

de patiënt langzamerhand en wordt de weg naar het accepteren van meer verantwoordelijkheid geopend.

**Terugbestellen.** Een speciaal onderdeel van de behandelingsfase is het beleid van de huisarts met betrekking tot het terugbestellen van de patiënt. In het algemeen geldt dat dit terugbestellen gericht moet gebeuren, in het kader van een plan dat samen met de patiënt is opgesteld. Men moet zich hoeden voor terugbestellen als automatisme of uit onzekerheid. Wanneer de arts iemand terugbestelt, terwijl hij niets gevonden heeft, zal de patiënt denken dat er toch wel iets aan de hand moet zijn. Verder roept onlogisch gedrag ongerustheid op, bijvoorbeeld in het geval dat de arts zegt dat er weinig aan de hand is, maar wel elke dag komt kijken.

De genoemde behandelingsmethoden kunnen worden ingepast in een dergelijk gericht en gefaseerd plan. Zo zou het geven van informatie over het verband tussen klacht en problematiek en het „heretiketteren” stap voor stap in verschillende consulten opgebouwd kunnen worden. De patiënt krijgt voorlichtingsmateriaal mee, dit wordt de volgende keer besproken en daarna wordt nieuw materiaal meegegeven. Dit kost niet meer tijd dan lichamelijk onderzoek en levert een maximum aan zelfwerkzaamheid op voor de patiënt.

Veel huisartsen zijn geneigd een patiënt, die „steeds maar weer komt zeuren”, zo snel mogelijk de spreekkamer uit te werken en niet terug te bestellen. *Stam* adviseert voor zulke gevallen een tegengestelde aanpak: zo'n patiënt moet meteen terugkomen, wanneer hij nog twijfels heeft over zijn klachten. Zo iemand is bang dat anderen zullen denken dat hij zich aanstelt, hij gaat twijfelen of hij wel naar het spreekuur zal gaan en krijgt er zo een nieuw probleem bij. Wanneer de huisarts hem zelf een nieuw consult voorstelt, voelt zo'n patiënt op den duur minder de behoefte, zijn klachten te overdrijven om op die manier gehoor te krijgen.

Een goede methode is wellicht ook om de patiënt aan het eind van het consult te vragen of hij aan zijn trekken is gekomen, bijvoorbeeld met een vraag als „Wat verwachtte u van mij toen u binnenkwam? Bent u tevreden met wat we gedaan hebben?”. Men voorkomt zo dat patiënten naderhand teleurgesteld vaststellen, dat ze vergeten zijn iets te vragen, en daardoor misschien sneller terugkomen dan nodig zou zijn geweest.

Het kan in bepaalde gevallen nuttig zijn, een patiënt een aantal malen kort na elkaar te laten terugkomen om op een aantal dingen dieper in te gaan. Vage klachten verdwijnen dan naar de achtergrond en

het persoonlijke contact komt naar voren. Op die manier kan de arts proberen een doorbraak te forceren en de problemen achter een klacht op tafel te krijgen, zeker wanneer hij de patiënt hieraan intussen ook thuis laat werken. Hij kan deze aanpak ook gebruiken als crisisinterventie-methode. Zo zou hij tegen iemand met depressieve buien kunnen zeggen: „Laat het maar met je gebeuren, hou het niet tegen en kom steeds naar mij toe als het te moeilijk wordt.” Tenslotte kan hij deze methode gebruiken om mensen te motiveren voor psychosociale hulpverlening. Wanneer de huisarts somatische fixatie wil voorkomen, zal hij zeer voorzichtig moeten zijn met verwijzingen naar specialisten, met name naar orgaan-specialisten als internisten en gynaecologen. Wanneer zo'n verwijzing toch onvermijdelijk is, moet hij duidelijk in zijn verwijsbrief uiteenzetten wat de bedoeling is en verzoeken, de patiënt zo snel mogelijk naar hem terug te verwijzen. Dergelijke verwijzingen blijven echter gevaarlijk omdat de patiënt toch dikwijls bij de specialist blijft „lopen”.

Betrekkelijk ongevaarlijk is het opsturen van bloed naar het laboratorium, het doorsturen naar het consultatiebureau voor longziekten en het doorsturen naar een röntgenoloog; de huisarts kan hierbij het heft in eigen hand houden.

Een ander punt is het verwijzen naar psychosociale hulpverleners: ook daarmee moet de huisarts zeer voorzichtig zijn. Hij moet eerst nagaan in hoeverre de patiënt zelf zijn problemen kan oplossen en in hoeverre de huisarts de benodigde steun kan geven. Psychosociale fixatie doet namelijk niet onder voor somatische fixatie. Indien een dergelijke verwijzing wel nodig is, moet de patiënt gemotiveerd worden en voorbereid op wat verder gaat gebeuren. Ook hierbij kan de arts gebruik maken van voorlichtingsmateriaal.

## Conclusie, of liever, hoe nu verder?

In het voorgaande hebben we een aantal benaderingswijzen beschreven, waarmee de huisarts kan voorkomen dat patiënten vastlopen in het medische kanaal of waarmee hij kan proberen een chronisch „verzielte” relatie met een bepaalde patiënt alsnog een andere wending te geven. We zijn daarmee gekomen aan een voorlopig einde van deze serie artikelen, waarin het verschijnsel somatische fixatie vanuit verschillende gezichtshoeken is belicht: vanuit de theoretische en de empirische kant, vanuit de specifieke gezichtshoek van de huisarts en vanuit de mogelijkheden om het verschijnsel te signaleren en te beïnvloeden.

Op het gebied van de beïnvloeding van de patiënt zijn wij thans bezig onze handelingen te inventariseren en procedures en brochures te ontwerpen, die door de huisarts als hulpmiddel bij zijn bespreking met de patiënt gebruikt kunnen worden. Daarnaast zijn wij bezig met het ontwerpen van trainingsprogramma's voor huisartsen in opleiding en tenslotte experimenteren wij met gezins- en groepstherapeutische activiteiten die in het bijzonder gericht zijn op de preventie van somatische fixatie bij patiënten die dit risico in hoge mate lopen. Wij hopen hierover in de toekomst verder te kunnen berichten.

*Samenvatting. In dit laatste artikel wordt nagegaan, welke bijdrage de huisarts kan leveren aan het voorkomen of doorbreken van het proces van somatische fixatie. Daarbij komen uiteenlopende benaderingswijzen en gesprekstechnieken aan de orde. Deze verschillende methoden hebben echter een drietal uitgangspunten gemeen: de huisarts probeert de verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid bij de patiënt te leggen; de huisarts neemt de klacht van de patiënt serieus, maar accepteert niet alle consequenties die de patiënt aan de klacht verbindt; de huisarts probeert te werken volgens een gericht, gefaseerd handelingsplan.*

*Summary. Prevention of somatic fixation V. This final article considers the possible contribution which the general practitioner can make to the prevention or arrest of the process of somatic fixation. Approaches and interviewing techniques are discussed which have always been based on three basic postulates: the general practitioner attempts to give the patient the responsibility for his own health; he takes the patient's complaints seriously but does not accept all the consequences which the patient connects with them; he attempts to work in accordance with a purposeful, phased plan of action.*

- Aalderen, H. J. van. Methoden van hulpverleners. Intern Rapport Vrije Universiteit Amsterdam, 1976.
- Lange, A. en D. van der Hart. Gedragsverandering in gezinnen. Tjeenk Wilink, Groningen, 1975.
- Lidth de Jeude, H. van. De huisarts in de maalstroom der emoties. Stenfert Kroese, Leiden, 1971.
- Loon, A. J. van en H. G. Schmidt (1977) *Medisch Contact* 32, 274.
- Orlemans, J. W. G. (1976) *huisarts en wetenschap* 19, 332.
- Stam, J. (1977) *Intermediair* 13, 11.