

Preventie van somatische fixatie III*

Somatische fixatie in de huisarts-patiëntrelatie

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

In het vorige artikel is beschreven, welke factoren een bijdrage kunnen leveren aan het proces, waarin mensen belemmerd worden psychosociale problemen op te lossen, door de nadruk te leggen op de somatische kant van emotionele spanning en daarbij vooral het contact met medici aan te grijpen om die problemen op te (laten) lossen of juist uit de weg te gaan. Het eindpunt in een dergelijk proces hebben wij „somatische fixatie” genoemd: een chronische situatie, die door de arts moeilijk te doorbreken valt, maar die hem vaak irritatie, frustratie en machteloze gevoelens oplevert.

In dit artikel wordt ingegaan op vragen als: wat ziet een huisarts van deze somatische fixatie? Waaraan kan hij merken dat er risico van somatische fixatie dreigt? En welke bijdrage levert hijzelf aan somatische fixatie, wat is zijn rol in het proces? Daarbij zal vooral worden ingegaan op de subjectieve ervaring van de huisarts van het contact met somatisch gefixeerde patiënten, hetgeen vanuit de patiënt gezien een vertekend beeld kan opleveren.

Aan het geven van een beeld van „de somatisch gefixeerde patiënt” kleven nogal wat moeilijkheden. Somatische fixatie komt in vele varianten voor, kent verschillende gradaties en verschillende uiterlijke verschijningsvormen. Dat maakt het ontwikkelen van „harde” criteria erg moeilijk. Daarom zal het fenomeen somatische fixatie voorlopig beschrijvend worden benaderd via drie elkaar overlappende en op elkaar inwerkende invalshoeken: somatische fixatie als eindpunt van een proces: een chronisch klachtenpatroon; somatische fixatie als omgang van de patiënt met zichzelf en zijn omgeving; somatische fixatie als probleem in de arts-patiëntrelatie.

De nadruk zal komen te liggen op somatische fixatie als relatiekenmerk, dat wil zeggen het is geen eigenschap van bepaalde patiënten, maar het is een kenmerk van de relaties, die bepaalde patiënten met hun omgeving en met name met be-

paalde huisartsen hebben. In zoverre sluiten wij ons aan bij de beschrijving die *Verhulst* geeft van de arts-patiëntrelatie: „Of de patiënt zich verder als een zware zieke gaat gedragen of als een gezonde zal in de eerste plaats afhangen van wat er zich tussen hem en zijn dokter afspeelt, de relatie die daar ontstaat”.

Somatische fixatie als eindpunt van een proces: een chronisch klachtenpatroon

Waaraan kan de arts merken dat een patiënt vastgelopen is in het medisch kanaal? Uitsluitend daarover geeft meestal het feit dat hij de patiënt letterlijk heeft opgegeven en niet meer gelooft in zijn eigen mogelijkheden om verandering te brengen. De verhouding is min of meer gestabiliseerd. Het lijkt alsof arts en patiënt een soort stilzwijgend contract hebben afgesloten om het alleen nog maar over bepaalde dingen, met name somatische klachten, te hebben. Wij zien dan grofweg ongeveer het volgende beeld:

Er is sprake van een chronisch klachtenpatroon gedurende een lange periode, soms geconcentreerd rond één ziektebeeld of één serieuze somatische aandoening. Soms is er sprake van een grote wisseling van klachten (dan weer hoofdpijn, dan weer rugpijn, buikpijn enzovoort),

die moeilijk diagnostiseerbaar zijn en onvoldoende door objectieve aandoeningen worden verklaard. De klachten blijven bestaan ondanks therapeutische interventies en als de behandeling wel succes heeft dan is dit meestal maar van korte duur. De patiënt komt al snel weer met dezelfde of andere klachten.

Bij objectiveerbare aandoeningen ziet de arts een grote discrepantie tussen de subjectieve beleving van de klacht door de patiënt en de objectieve ernst van de afwijking naar het oordeel van de arts. Essentieel is dan niet dat iemand ten onrechte klaagt, maar dat hij of zij alleen maar klaagt, terwijl andere gebieden van het functioneren worden verwaarloosd. Deze patiënten wekken de indruk regelmatig acute hulp nodig te hebben (spoedvisites, 's avonds en 's nachts telefoontjes), terwijl daar achteraf gezien meestal geen noodzaak toe was. Ze dringen nogal eens aan op medicijnen, verwijzingen, onderzoek, operaties enzovoort. Soms weet de huisarts van problemen in de relationele of de psychosociale sfeer, maar het bespreekbaar maken daarvan wordt gewoonlijk hardnekkig uit de weg gegaan. Lukt het om er over te praten, dan verandert dit in feite weinig aan het klachtenpatroon, noch aan de problemen.

De hier beschreven waarnemingen zijn een eindpunt, waaraan al veel is voorafgegaan, zowel in de directe leefomgeving als in de interactie huisarts-patiënt. Overigens moet het woord „eindpunt” hierbij als betrekkelijk worden opgevat. Somatische fixatie is geen specifiek kenmerk van een patiënt, maar van de relaties die de patiënt met zijn omgeving heeft. Het is dus een relatiekenmerk, dat vooral in de relatie met de huisarts een belangrijke rol speelt. Het is een relatie tussen deze patiënt en deze omgeving en deze huisarts op dit moment. Zodra er iets verandert in de interactie, dus als één van de interacterende partners zijn communicatie wijzigt, verandert ook de relatie en dus de somatische fixatie. In zoverre is somatische fixatie als „eindpunt” nogal betrekkelijk.

Somatische fixatie als omgang van de patiënt met zichzelf en zijn omgeving

In het vorige artikel (*Smits en anderen*) is benadrukt, welke risicofactoren een rol spelen bij het proces, waarin mensen somatische onlustgevoelens aangrijpen om veranderingen uit de weg te gaan; waarin mensen oplossingen kiezen, die leiden tot instandhouding van klachten en problemen. Afgezien van de stressoren is enerzijds het probleem-oplossend vermogen van mensen van groot belang (dus hoe zij omgaan met stress, veranderingen, cri-

*Een serie artikelen onder redactie van Prof. Dr. F. J. A. Huygen, directeur van het 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.

ses; hoe de relaties zijn met hun gezinsleden; hoe zij betrokken zijn bij familie, buurt, werksituatie enzovoort), anderzijds is de wijze waarop mensen met ziekte en gezondheid omgaan (de neiging om de ziekenrol te accepteren, hulp van de arts in te roepen enzovoort) bepalend voor het feit of zij een eenzijdige nadruk zullen leggen op de somatische component bij emotionele spanning.

Wat kan de huisarts hiervan bij zijn vastgelopen patiënten waarnemen? Hij kan onder andere (door zijn eenzijdige bril) zien dat somatisch gefixeerde patiënten allerlei stresssituaties veel minder goed aan kunnen, dat zij decompenseren bij lichte belasting en bij het minste of geringste uit het lood geslagen zijn. Hun vermogen om zelfstandig problemen op te lossen is klein. Het lijkt alsof zij zich continu aan de verantwoordelijkheid voor normale problemen onttrekken en op iedere hulpverlener (onder meer de huisarts), die zich aandient, even zwaar gaan leunen.

Vaak hebben zij moeilijkheden om bevredigende relaties te vestigen en te houden: relaties met gezinsleden, familie, collega's, werkgever en hulpverleners zijn vaak chaotisch en vol crisismomenten. Dikwijls zijn zij overdreven bezorgd voor en bezig met hun kinderen en andere familieleden en kunnen zij hun kinderen maar moeilijk loslaten.

Overdreven bezorgdheid en bezig zijn geldt ook ten aanzien van allerlei gezondheidsstoornissen. Opvallend is daarbij dikwijls dat ondanks voortdurende noodkreten om hulp op alle mogelijke tijden de actieve participatie in hun eigen behandeling minimaal lijkt. Zij geven eerder het gevoel dat andere mensen en dingen buiten hen verantwoordelijk zijn voor hun moeilijkheden.

Zij voelen zich niet in staat zichzelf te helpen en menen dan ook snel verwaarloosd te worden door allerlei mensen in hun omgeving, onder wie de huisarts. Ondanks hun schijnbare machteloosheid lijken zij echter toch een sterke druk op hun directe omgeving uit te oefenen en op alle mogelijke manieren die omgeving te controleren (onder andere via steeds klagen, dramatiseren, steeds een appèl te doen, enzovoort). Blijkbaar vervult de ziekte of onlust een functie in de sociale interactie: naast nadelen levert de ziekte ook voordelen op voor de patiënt of zijn directe omgeving, bijvoorbeeld rechtvaardiging voor onvermogen, vermijden van conflicten, stabilisering van het gezinssysteem (Smits en anderen).

Verhulst beschrijft treffend hoe de ziekte wordt geïntroduceerd en hoe de arts erbij wordt betrokken. Als iemand zegt: „Ik ben

ziek”, dan is dat een omschrijving die men van zichzelf geeft. Wie zich namelijk ziek verklaart, definieert zichzelf als iemand, die buiten zijn wil om overvallen is door een geheimzinnige kracht van buitenaf. Deze definitie houdt tevens een definiëring van anderen in. De mensen, met wie de patiënt in contact komt, worden als gezonden gedefinieerd, die hem moeten helpen, steunen, troosten of verzorgen. Zij mogen hem zijn toestand niet verwijten: hijzelf kan er immers niets aan doen. Dit ziek zijn heeft derhalve grote consequenties voor de gezinsleden en de onderlinge relaties.

Daarom roept men er een expert bij, die de definitie „ik ben ziek” moet onderzoeken en op grond daarvan moet bekrachtigen of afwijzen. Op dat moment komt de huisarts in beeld. Iedere huisarts weet echter hoe moeilijk het is de zelf-definitie – „ik ben ziek” – van de patiënt af te wijzen. Dat zal hem zelden in dank worden afgenomen en meestal zeer grote weerstanden oproepen. Als hij daarentegen een ziekte benoemt, er een etiket opplakt, geeft hij daarmee de patiënt het recht zich een tijd aan bepaalde verantwoordelijkheden te onttrekken. Dit kan soms nodig zijn, maar het kan ook een grote bijdrage zijn aan het laten ontstaan van somatische fixatie. In de volgende paragraaf zullen wij daarop uitgebreid ingaan.

Somatische fixatie, als probleem in de arts-patiënt-relatie

Somatische fixatie als chronisch klachtenpatroon en als gestoorde interactie met de omgeving krijgt uiteindelijk zijn bekrachtiging binnen de interactie van de patiënt en de arts: de patiënt komt steeds de nadruk leggen op de somatische kant van zijn problematiek, de arts weet niet meer wat hij nog moet doen, geruststelling helpt niet en vaak schrijft hij maar wat voor om zo snel mogelijk van de patiënt af te komen of verwijst hij de patiënt voor verder onderzoek, bijvoorbeeld „omdat je nooit kunt weten”. Dit versterkt het gedrag van de patiënt om de nadruk te leggen op zijn klachten, waardoor de cirkel gesloten is.

De patiënt komt met steeds meer klachten of blijft hameren op zijn klacht: de arts stelt gerust: „het loopt allemaal niet zo'n vaart”. De communicatie tussen arts en patiënt wordt op zo'n moment gekenmerkt door een relatiestrijd: wie is de sterkste, wie krijgt het gelijk aan zijn kant? Daarvoor overbieden zij elkaar voortdurend. Arts en patiënt houden elkaar zo gevangen in een spel, dat zij samen hebben opgebouwd en waaraan zowel patiënt als arts een eigen bijdrage hebben geleverd (zie bijvoorbeeld de beschrijving van het „loven en

bieden” door Van Lidth de Jeude).

Wij zullen eerst ingaan op de rol van de patiënt en daarna op de rol van de arts, hoewel er in werkelijkheid natuurlijk sprake is van een doorlopende interactieketen van elkaar versterkende acties en reacties.

De patiënt-kant van de arts-patiëntrelatie

Gebruikelijk is dat een patiënt aan de arts een zelfomschrijving presenteert, maar het aan de arts overlaat deze zelfomschrijving al dan niet te bevestigen. „Ben ik ziek, is er iets ernstigs met mij aan de hand?”, vraagt de patiënt feitelijk. Problematisch wordt het als de patiënt de zelfomschrijving zo dwingend brengt, dat dit de arts weinig ruimte laat om anders over de patiënt te denken dan de patiënt zelf voorschrijft. De patiënt definieert zichzelf meteen als een zieke („Ik ben ziek, ik ben er heel erg aan toe”) en niet als iemand, die alleen maar wil worden nagekeken en geïnformeerd.

Tegelijk met de boodschap „Ik ben heel ziek” doet de patiënt namelijk een emotioneel beroep op de arts („Neem mij alsjeblieft serieus”), waardoor een emotionele reactie bij de arts wordt opgeroepen. De bedoeling van dat emotionele beroep is, dat de zelfdefinitie ook inderdaad door de arts wordt gehonoreerd. Het is een opdracht, een bevel om de zelfdefinitie te bevestigen.

Volgens Watzlawick heeft men drie reactiemogelijkheden op dergelijke opdrachten: bevestigen, ontkennen en negeren. Geen van de drie zal echter én de arts én de patiënt tevreden stellen. De arts kan in een opdracht worden gevangen en de zelfdefinitie bevestigen: op dat moment levert hij wellicht een sterke bijdrage aan somatische fixatie. Somatische fixatie kan dan ook worden beschreven als het eindpunt van een proces, waarin de arts langzamerhand volledig gevangen raakt in de voortdurende sterke opdrachten, die aan hem worden gegeven.

Hij kan echter ook de zelfdefinitie van de patiënt ontkennen of negeren en de nood van de patiënt niet serieus nemen. Het gevolg daarvan is meestal dat de patiënt zich in de kou voelt staan. Hij heeft immers klachten, pijn, hij voelt zich ziek en ervaart dat ook als zodanig.

Hoe de arts de klacht toch serieus kan nemen zonder mee te werken aan somatische fixatie wordt in een volgend artikel beschreven.

Welke vormen kan het emotionele beroep op de arts aannemen? De patiënt kan zijn zelfdefinitie op verschillende manieren presenteren, die allemaal tot gevolg kunnen hebben dat de patiënt de arts op een

bepaalde manier beïnvloedt. Zonder te streven naar een typologie, kan een aantal van die vormen worden beschreven. Bijvoorbeeld:

Appèl van zieligheid: de patiënt probeert de arts te beïnvloeden via de zielige rol. De arts krijgt medelijden met hem, omdat hij het steeds zo moeilijk heeft. Het kan belangrijk zijn dat de arts zich afvraagt of dit een signaal kan betekenen dat de patiënt op deze wijze ook zijn directe omgeving controleert.

De lastige patiënt: patiënten die eisend zijn, op een agressieve wijze de arts beïnvloeden, die conflicten inbouwen in de relatie met de arts, die het onmogelijke van hem vragen. Zij zorgen voor veel frustratie, omdat zij de arts voortdurend lijken af te breken. Hij doet het nooit goed; zij zijn nooit tevreden.

De zeurderige patiënt: de patiënten die voortdurend overal over klagen, die aan elke kwaal een enorme betekenis hechten. Zij beïnvloeden de arts door voortdurend een beroep te doen op zijn medische kennis.

De sympathieke patiënt: de aardige patiënten, die niet per se irriteren, maar toch steeds weer met nieuwe klachten komen. Zij kunnen een sterke controle uitoefenen op de arts door hem „op te vrijen”, hem te raken in zijn zwakke plekken: „Als ik u niet had dokter, dan was ik nergens”. Vooral de arts, die onzeker is en het graag goed wil doen, zal zich door deze patiënten erg gestreeld voelen.

De flinke patiënt: patiënten, die niet willen klagen, altijd heel flink zijn, steeds doorzetten, niet zelig willen doen, maar ondertussen toch steeds met klachten komen. Door hun houding van flinkheid kan de arts worden misleid en ertoe neigen het somatische te overschatten en ze sneller door te sturen met alle gevolgen voor mogelijke fixatie.

In al deze gevallen komt het er op neer, dat de patiënt meestal onbewust bepaalde „wapens” hanteert (*Bakker en Bakker-Rabdau*) om inbreuk te maken op het beslissingsterrein van de arts, waarbij de arts zich niet meer vrij voelt een beslissing te nemen. Als wapens dienen bijvoorbeeld de „definiëring”, „Dokter, u bent echt iemand die het zekere voor het onzekere neemt, daarom vertrouw ik op u”; zelfdefinitie „U weet wel dat ik nooit kom als het niet nodig is”; „schulductie” „Had u mij maar eerder doorgestuurd, dokter”; of „Waarom bent u niet eerder gekomen?”; hulpeloosheid, „Helpt u mij alsjeblieft, ik weet niet meer hoe ik verder moet”; vlieën, „Als ik u niet had...”; en zielige indruk maken; de ander verantwoordelijk maken, „U hebt mijzelf dit toch voorgeschreven of verboden of aangeraden” enzovoort.

Langzamerhand zijn wij meer en meer in de buurt gekomen van de rol, die de huisarts in dit spel van opdrachten speelt.

De arts-kant van de arts-patiëntrelatie

Schuller definieert de „probleempatiënt” als „iemand ten opzichte van wie de arts zich machteloos en uitgeput voelt”. In deze definitie wordt het zwaartepunt gelegd bij de ervaring van de arts, (gezien door de bril van de huisarts), van zijn relatie met de somatisch gefixeerde patiënt, bij het subjectieve gevoel, dat deze patiënt bij hem oproept.

Deze patiënten roepen gevoelens van boosheid, frustratie enzovoort op. Hoezeer de arts ook zijn best doet, het lijkt alsof de patiënt weigert beter te worden. Elk contact wordt ervaren als wéér een frustrerende ervaring, zonder dat er vooruitgang bij de patiënt is. Steeds komt de patiënt met nieuwe (vage) klachten of hij lijkt niet mee te werken aan het behandelingsplan. Naarmate de arts zijn patiënt beter gaat kennen, gaat hij zich even hulpeloos en gecontroleerd voelen door zijn patiënt als de patiënt zich hulpeloos en afhankelijk voelt van zijn omgeving.

De arts heeft het voor zijn gevoel vaak erg moeilijk met deze patiënten. Hij zou hen graag kwijt willen, maar het is opvallend dat zij blijven terugkomen, ook al doet de arts pogingen hen af te stoten. Zij zitten even vastgebakken aan de arts als hij aan hen. Zij laten hem zelfs niet los, ook al hebben zij een hekel aan hem en roddelen zij over hem.

De arts heeft het gevoel, dat hij wordt gecontroleerd, gemanipuleerd, dat hij gevangen zit in een web. Dat kan hem een benauwd gevoel geven. Hij gaat anders reageren dan hij gewend is, omdat er ook een ander beroep op hem wordt gedaan. De eigen waarden en normen van de arts kunnen in dit soort relaties een grote rol gaan spelen. Hij voelt dat hij niet neutraal aan de kant kan blijven staan. Hij wordt als het ware binnen het leefmilieu van de patiënt gezogen. Hij wordt vaak gedwongen tot uitspraken over relaties, kinderen, opvoeding, burens enzovoort. Er wordt geprobeerd met hem coalities te sluiten tegenover anderen in het leefsysteem, hem aan een bepaalde kant te krijgen of hem invloed te laten uitoefenen op anderen.

In dit spel, waarin de arts betrokken is geraakt, spelen twee soorten factoren een rol, die bevorderend werken op het proces van somatische fixatie en die duidelijk maken dat de arts minstens even verantwoordelijk is voor het op gang brengen van dit proces als de patiënt: namelijk factoren, verbonden aan de rol van de arts en

factoren, verbonden aan de persoon van de arts.

Factoren verbonden aan de rol van de arts

De cultureel bepaalde rol van de huisarts is die van „hulpverlener”, iemand die altijd beschikbaar is, op wie mensen altijd een beroep kunnen doen. Daarvan kan gemakkelijk misbruik worden gemaakt. De arts kan zich nauwelijks veroorloven fouten te maken, om niet beschikbaar te zijn: dat wordt hem zwaar aangerekend. Door in te spelen op zijn schuldgevoelens kan getracht worden de arts onder controle te krijgen. Juist bij patiënten die een sterke neiging tot somatiseren hebben, kan dit tot moeilijke situaties leiden. Pakt men het somatisch aan dan bevordert men de fixatie, richt men zich op de psychosociale achtergronden, dan kan men fouten maken.

Steeds moet er somatische aandacht worden gegeven, omdat er ooit echt iets kan zijn. Zoals bij de vrouw, die altijd over rugpijn klaagt, terwijl er nooit iets is te vinden en die dan plotseling een nierbekkenontsteking blijkt te hebben. Juist door die ene keer, zal zij bij elk contact opnieuw de nadruk op het somatische leggen. Per slot van rekening kan er iets ernstigs aan de hand zijn en iedereen kan een carcinoom krijgen.

De cultureel bepaalde rollenverhouding, de klassieke arts-patiëntrelatie en de verwachtingen, die hieraan wederzijds zijn gekoppeld, werken dit patroon extra in de hand: de arts als „machtige allesweter” en de patiënt als „onmondige nietsweter” (*Bakker*). Beide partijen laten deze stilzwijgende overeenkomst maar moeilijk los. De zaken, die op het spel staan, zijn voor beide partijen te groot. De arts-hulpverlener verliest niet graag zijn macht en de patiënt verliest niet graag zijn vertrouwen, dat de arts het wel voor hem zal opknappen.

Ook *Goosmans* benadert deze problematiek in termen van macht. Een van de belangrijkste middelen, waarmee men macht krijgt is kennis en daarover beschikt de arts. Hij heeft veel meer kennis dan de patiënt, die zich enerzijds door die kennis bedreigd voelt en anderzijds van die kennis en macht afhankelijk is. Ook de patiënt beschikt echter over macht: hij weet dat pijn niet vaak te controleren is. Hij weet dat de arts moet helpen en dat als deze in gebreke blijft, hij beroepsinstanties heeft, bij wie hij zich kan vervoegen. In een dergelijke machtssituatie tussen huisarts en patiënt kan manipulatie als psychologisch mechanisme in werking treden.

De maatschappelijke opvattingen over ziekte versterken dit patroon nog: voor

een zieke is men aardig, iemand met problemen wordt gemedend. Zo wordt bevorderd dat men zijn problemen gaat vertalen in ziekte. De gezondheidszorg kent voldoende ingangen voor mensen, die conflicten en problemen uit de weg willen gaan (W.A.O.-problematiek).

Factoren verbonden aan de persoon van de arts

Niet iedere arts is even gevoelig voor manipulatie van de kant van de patiënten. Wij hebben somatische fixatie dan ook als relatiekenmerk beschreven: de patiënt is somatisch gefixeerd in de relatie met deze arts. Bepaalde artsen hebben waarschijnlijk ook meer somatisch gefixeerde patiënten dan anderen. Blijkbaar trappen sommige artsen gemakkelijker in de valkuilen, die de relatie met bepaalde patiënten met zich brengt, zijn zij gevoeliger voor pressie of laten zij zich gemakkelijker binnen het leefsysteem van de patiënt zui- gen. Niet alleen patiënten, maar ook artsen hebben persoonlijke kenmerken, die bevorderend kunnen werken op somatische fixatie.

In de eerste plaats valt hierbij te denken aan de pure somaticus, die altijd alleen maar medische aandacht geeft en weinig oog heeft voor andere aspecten dan het somatische. Patiënten komen lang niet altijd om zichzelf als zieke te definiëren. Soms willen zij alleen weten óf er iets aan de hand is en eventueel worden gerustgesteld, dat er niets aan de hand is. Of zij gebruiken de klacht als ingang, omdat men bij een arts nu eenmaal niet meteen met allerlei vage klachten of problemen kan aankomen. Een arts, die meteen medicijnen gaat voorschrijven, verwijzen enzovoort zorgt er voor, dat mensen, die zelf nog niet overtuigd waren van het bestaan van lichamelijke klachten, daarvan overtuigd raken en zeker geneigd zullen zijn in de toekomst meer aandacht te gaan besteden aan somatische aspecten van hun klachten. De arts jaagt hen op deze manier de somatische fixatie in.

Niet alleen de louter somatisch gerichte huisarts kan somatische fixatie bevorderen, de goedwillende, psychosociaal gerichte arts evengoed. Met name huisartsen, die erg zwaar tillen aan hun rol als „hulpverlener“, die erge hoge eisen aan zichzelf stellen, die bij iedereen problemen trachten op te sporen en die iedereen moeten helpen, lopen het risico dat zij patiënten aan zich binden en de verantwoordelijkheid van hun patiënten overnemen. Zij zullen het moeilijk hebben, als patiënten teleurgesteld weggaan, omdat er aan hun klachten onvoldoende aandacht wordt geschonken.

Omdat zij het gevoel hebben dat zij steeds

hulp moeten bieden, bevorderen zij als het ware een houding van hulpeloosheid en zieligheid bij hun patiënten. Of zij stimuleren door hun benadering, dat patiënten de arts laten merken dat hij het nooit goed doet, hoe hard hij zich ook uitslooft.

Hetzelfde geldt in feite voor artsen, die erg onzeker zijn: is er niets over het hoofd gezien, doe ik het wel goed enzovoort? Huisartsen, die het gevoel hebben, dat elk risico volledig moet worden uitgeschakeld, zullen weinig weerbaar zijn tegenover bijvoorbeeld voortdurend vage klachten presenterende patiënten. Voorts zijn er huisartsen, die door hun patiënten in hun artsenrol moeten worden bevestigd en die onvoldoende beseffen, dat zij hun patiënten nodig hebben voor hun eigen zekerheid.

In al deze gevallen levert de arts een grote bijdrage aan somatische fixatie.

Besluit

In het voorgaande is in zwart-wit een wat gechargeerde voorstelling van zaken gegeven. De somatisch gefixeerde patiënt kan daardoor ongunstig afgeschilderd lijken. Wij willen echter juist benadrukken dat vastlopen in het medische kanaal beslist niet alleen op rekening van de patiënt valt te schrijven.

Er is in de regel sprake van een problematische arts-patiëntrelatie, waarin arts en patiënt een even belangrijke rol vervullen. De patiënt gaat in feite meestal met de arts op dezelfde manier om, als waarop hij met de rest van zijn omgeving omgaat. Die omgeving (met name de primaire leefgroep, het gezin) gaat de patiënt langzamerhand erkennen als een chronisch zieke met een tere gezondheid, iemand met wie constant rekening moet worden gehouden. De ziekenrol verdringt langzamerhand alle andere sociale rollen. De omgang van de patiënt met zijn omgeving is ziek, evenals de arts-patiëntrelatie. De arts heeft het opgegeven deze patiënt te genezen; hij is uitgeput ten aanzien van interventies en therapieën en voelt zich machteloos.

Onmiddellijk doemt dan de vraag op: hoe valt een dergelijke uitzichtloze vicieuze cirkel te doorbreken of te voorkomen? Op deze vraag zal in de volgende artikelen nader worden ingegaan: eerst op de wijze waarop de arts in een vroeg stadium kan signaleren, dat er risico voor somatische fixatie aanwezig is en vervolgens op de wijze, waarop de arts van deze signalen gebruik kan maken om het proces van somatische fixatie te doorbreken.

Samenvatting. In dit derde artikel over somatische fixatie wordt ingegaan op voor de huisarts waarneembare aspecten

van deze ontwikkeling. Hiervoor zijn drie ingangen gekozen: somatische fixatie als chronisch klachtenpatroon, somatische fixatie als omgang van de patiënt met zichzelf en zijn omgeving en tenslotte somatische fixatie als probleem in de huisarts-patiëntrelatie. Het accent komt voornamelijk op het laatste te liggen, waarbij duidelijk wordt, welke bijdrage huisarts en patiënt aan dit proces leveren.

Summary. Prevention of somatic fixation. III. This third article on somatic fixation discusses such aspects of this evolution as can be observed by the general practitioner. Three items were selected in this respect: somatic fixation as chronic syndrome; somatic fixation as a way in which the patient handles himself and his environment; and somatic fixation as a problem in the doctor-patient relationship. Emphasis is mainly on the last-mentioned item, in which it is explained how the general practitioner and the patient contribute to this process.

- Bakker, F. R. (1976) huisarts en wetenschap 19, 386.
- Bakker, C. B. en M. K. Bakker-Rabdau. Verboden Toegang. Nederlandse Boekhandel, Antwerpen/Amsterdam, 1975.
- Huygen, F. J. A. (1978) huisarts en wetenschap 21, 363.
- Lidth de Jeude, A. H. van. De huisarts in de maalstroom der emoties. Stenfert Kroese b.v., Leiden, 1971.
- Schuller, A. B. (1977) J. Fam. Pract. 4, nummer 4.
- Smits, A., J. van Eijk, R. Grol, F. Huygen, G. van Mierlo en H. Mokkink (1978) huisarts en wetenschap 21, 366.
- Verhulst, J. Pokerspel Geneeskunde. Nederlandse Uitgeverij, Antwerpen, Utrecht, 1974.
- Watzlawick, P. De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie. Van Loghum Slaterus, Deventer, 1972.

Nota Bene

Pathologisch-anatomische, klinische en experimentele gegevens bieden sterke steun aan het denkbeeld dat afsluiting van een coronaire arterie (tak) niet de aanleiding tot, maar een gevolg is van myocard„infarct“.

Medici kunnen terzake van voorlichting aan patiënten veel leren van journalisten.

(Twee stellingen van H. S. Verbrugh. Paradigma's en begripsontwikkeling in de ziekteleer. Erasmus Universiteit, Rotterdam, 6 september 1978).