

Somatische fixatie

Een nieuw leven voor een oud begrip

PLBJ Lucassen, TC olde Hartman, M Borghuis

Uit consulten blijkt dat huisartsen veel psychosociale signalen van patiënten niet oppikken en dat huisartsen zelf vaker dan patiënten een somatische benadering van klachten inzetten. Waar is de somatische fixatie gebleven – dat construct uit Nijmegen dat het denken van veel huisartsen diepgaand heeft beïnvloed? Het ging hier toch om een opvatting die aanleiding gaf tot heftige polemieken in dit blad! Is het concept een stille dood gestorven? Is er geen onderzoek gedaan om die theorie te staven? Is het idee nutteloos gebleken? Of is inmiddels duidelijk geworden dat somatisatie een veel nuttiger begrip is voor dokters?

We willen – vanuit Nijmegen – opnieuw ‘somatische fixatie’ onder de aandacht brengen en wel op basis van recent wetenschappelijk onderzoek bij patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten.

Samenvatting

Lucassen PLBJ, olde Hartman TC, Borghuis M. Somatische fixatie. Een nieuw leven voor een oud begrip. *Huisarts Wet* 2007;50(1):11-5.

De theorie van somatische fixatie leidt tot een aantal vooronderstellingen bij huisartsen: vage onbegrepen klachten hebben vaak een psychosociale achtergrond; patiënten ontkennen die achtergrond; patiënten vragen vaak om onnodig medisch handelen en onnodig medisch handelen is schadelijk voor patiënten. Dit gedachtengoed wordt bij empirisch onderzoek inderdaad aangetroffen bij huisartsen. Patiënten met onbegrepen lichamelijke klachten hebben het gevoel niet serieus genomen en als psychisch geval beoordeeld te worden. Uit registraties van consulten van patiënten die met onverklaarde lichamelijke klachten hun huisarts bezoeken blijkt dat de vooronderstellingen van huisartsen niet kloppen. Patiënten ontkennen psychosociale oorzaken niet en het zijn niet patiënten maar huisartsen die onnodig medisch handelen veroorzaken. Huisartsen exploreren de klachten onvoldoende en schatten niet goed in waar patiënten voor komen. Zij tonen weinig empathie en medeleven waar dergelijke patiënten nu juist het meest behoefte aan hebben. Wil de huisartsgeneeskunde de pretentie van echt patiëntgericht werken waarmaken, dan zal de huisarts allereerst zijn vooronderstellingen moeten veranderen en vervolgens zijn gedrag in de spreekkamer.

UMC St Radboud, afdeling Huisartsgeneeskunde: dr. P.L.B.J. Lucassen; T.C. olde Hartman, huisartsen, M. Borghuis, huisarts in opleiding.
Correspondentie: p.lucassen@hag.umcn.nl
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

In zekere zin zijn de uitkomsten van dat onderzoek verrassend, zeker voor wie denkt dat huisartsen goed geschoold worden in consultvoering en communicatie. Wij pleiten voor een revisie van de theorie over somatische fixatie. Deze nieuwe inzichten kunnen dokters helpen bij consultvoering en patiëntgericht werken en daarmee bijdragen aan betere uitkomsten bij patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten.

De theorie: somatische fixatie

Grol geeft in zijn boek *Huisarts en somatische fixatie* de volgende definitie: ‘Van somatische fixatie spreken we als mensen door een proces van voortdurend inadequaat omgaan met en reageren op ziekte, onlustgevoelens, klachten of problemen, door henzelf, door hun sociale omgeving of door vertegenwoordigers van de gezondheidszorg, meer dan nodig afhankelijk worden van anderen, met name van (medische) hulpverlening of zelfs gaan vastlopen in het medisch kanaal.’ En: ‘Inadequaat reageren kan men begrijpen als een wijze van omgaan met het welbevinden die niet in overeenstemming is met de werkelijkheid ervan.’¹ Somatische fixatie is in feite een theorie over het omgaan met ziekte en gezondheid in combinatie met een opvatting over consultvoering die daarop aansluit. Deze theorie onderscheidt processen op drie niveaus die aanleiding zouden kunnen geven tot het onnodig blijven bestaan van klachten, hulpzoekgedrag en tot het uiteindelijk ontstaan van afhankelijkheid, te weten: 1) de patiënt zelf; 2) de directe omgeving van de patiënt en 3) het contact tussen huisarts en patiënt. De huisarts moet voortdurend alert zijn op signalen uit een van die drie gebieden om een beginnend proces van fixatie te kunnen voorkomen.

Op het niveau van de patiënt zelf gaat het om signalen als de neiging om met lichamelijke onlustgevoelens te reageren op moeilijkheden zonder die in verband te brengen met de moeilijkheden, de neiging om met lichte of vage klachten naar de huisarts te gaan, de neiging onnodig ongerust of in paniek te raken door lichamelijke onlustgevoelens, of de neiging de ziekenrol op zich te nemen. Het boek over somatische fixatie geeft hier ook voorbeelden van: ‘de patiënt vertelt te komen naar aanleiding van iets dat hij gelezen heeft of op TV heeft gezien; de patiënt vertelt over een sterfgeval of een ernstige ziekte in de directe omgeving; de patiënt blijkt zeer intensief medische literatuur te raadplegen’.¹ Het laatste voorbeeld zou inmiddels aangevuld kunnen worden met: de patiënt neemt een uitdraai mee van het internet. Wanneer de patiënt vertelt gestuurd te zijn door anderen, onnodige huisbezoeken aanvraagt of gezinsleden heeft die vaak met relatief lichte klachten komen, zijn dit volgens de theorie signalen

voor somatische fixatie op het niveau van de directe omgeving van de patiënt.

Ten slotte zijn er de signalen die de dokter zelf, op het niveau van het directe contact tussen huisarts en patiënt kan waarnemen: een patiënt die het alleen wil hebben over somatische zaken, een patiënt die stellig alle psychosociale problemen ontkent, een patiënt die een gevoel van irritatie of juist streling bij de dokter oproept.

Om nu somatische fixatie te voorkomen, heeft de huisarts, volgens de theorie, vooral het wapen van de consultvoering in handen. Dat wapen bestaat uit gericht en systematisch werken, adequaat hanteren van de arts-patiëntrelatie, adequaat somatisch en psychosociaal handelen. Een belangrijk punt hierbij is dat de huisarts zeer terughoudend is met overbodig laboratorium- en röntgenonderzoek, want 'het risico op somatische fixatie is bij deze vormen van onderzoek veel groter!' Ook aan injecties en inhalaties schreef men altijd een grote fixerende invloed toe om nog maar te zwijgen van verwijzen.

Hoewel somatische fixatie in alle consulten bevordert of afgeremd kan worden – dus zowel bij verklaarde als bij onverklaarde lichamelijke klachten – heeft de theorie vooral nadruk gekregen in consultvoering bij onverklaarde lichamelijke klachten. Daarbij moet men de onverklaarde lichamelijke klachten – hoewel er natuurlijk overlap bestaat – afgrenzen van het begrip somatisatie. Met onverklaarde lichamelijke klachten bedoelen wij elke klacht waarvoor de (huis)arts na adequaat onderzoek geen verklaring kan vinden. Onder somatisatie verstaan wij de neiging van patiënten om klachten te ervaren en uiten, die niet verklaard kunnen worden door pathologische afwijkingen, het toeschrijven van die klachten aan lichamelijke ziekte en het zoeken van medische hulp daarvoor.²

De praktijk: uitgangspunten vanuit de theorie

De bovenbeschreven theorie van somatische fixatie leidt impliciet, maar slechts beperkt onderbouwd, tot een aantal uitgangspunten voor de dagelijkse praktijk:

- Vage, onbegrepen klachten hebben vaak een psychosociale achtergrond.
- Patiënten ontkennen deze psychosociale achtergrond meestal.
- Patiënten vragen vaak onnodig om allerlei medisch ingrijpen.
- Het verrichten van aanvullend onderzoek of verwijzen bij vage, onbegrepen klachten is schadelijk voor de patiënt.

Deze basisideeën zijn vrij algemeen en nog steeds in zwang.³ Ze zijn onderdeel van het koor aan stemmen dat uitdraagt dat de geneeskunde altijd oplossingen heeft voor lijfelijke gevoelde klachten. Wat somatische fixatie tot een specifiek begrip maakt, afgegrensd van bijvoorbeeld somatisatie, is dat het een *proces* is waarbij de rol van de dokter van groot belang is. In onze perceptie van de theorie is de rol van de dokter met name een preventieve.

De hier verwoorde ideeën klinken nog steeds door in de opleiding

De kern

- ▶ Dokters denken dat patiënten het verband niet zien tussen klachten en psychosociale factoren en dat patiënten steeds vragen om somatische benaderingen van de klachten.
- ▶ Patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten voelen zich vaak veroordeeld als 'psychisch geval'

tot huisarts en spelen nog steeds een rol in de dagelijkse praktijk en leiden tot vragen als: moet ik bloed prikken bij ongeruste mensen die ergens iets gelezen hebben; moet ik een foto maken bij mensen die erg verontrust zijn na een sterfgeval; moet ik iemand verwijzen met buikpijn terwijl ik zeker weet dat de specialist ook niets zal vinden en zich waarschijnlijk net zo irriteert als ik aan die patiënt? Of is het beter om helemaal geen bloed te prikken, een foto te maken of te verwijzen?

De feiten: wat speelt zich af in het hoofd van de dokter?

Dat dokters patiënten die vaak onverklaarde lichamelijke klachten hebben als moeilijk ervaren en moeilijk te managen, is algemeen bekend en wordt ook in onderzoek bevestigd.^{4,5} Dokters denken vaak dat deze patiënten een persoonlijkheidsprobleem hebben of een psychiatrische stoornis.⁶ Patiënten hebben volgens dokters klachten als uiting van psychologische distress en daarnaast zouden zij het verband niet zien tussen de klachten en de distress.^{5,7} Volgens dokters zijn de gepresenteerde klachten dus niet het echte probleem.⁷ De communis opinio is ook nu nog steeds om onverklaarde klachten te classificeren als psychiatrisch.³ Daarnaast staan dokters in het algemeen sceptisch tegenover klachten zonder objectief meetbare afwijkingen.⁸ Ze hanteren een model waarbij klachten die niet passen in een ziekte minder belangrijk zijn. Dit kwam duidelijk tot uiting in een case-vignetonderzoek.⁹ In dit onderzoek bleek dat het oordeel van de dokter over de intensiteit van de pijn bij de patiënt afhing van het al dan niet aanwezig zijn van objectief gemeten medische feiten. Hoewel de patiënt in de casusbeschrijving aangaf veel pijn te hebben, waardeerde de dokter die pijn als minder intens als er geen onderliggend medisch bewijs voor objectieve afwijkingen was. Was er wel objectief bewijs, dan volgde de dokter het oordeel van de patiënt over de pijnintensiteit. Dokters vinden dat er bij patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten in het algemeen een discrepantie bestaat tussen de presentatie van de klacht en de werkelijke last.⁸

Veel huisartsen hebben het gevoel dat patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten vaak druk op hen uitoefenen en snel om medische interventies vragen. Dokters gebruiken aanvullend onderzoek dan ook regelmatig met het idee dat ze daarmee patiënten geruststellen en hopen dat negatieve testuitslagen de angst voor ziekte verminderen. Hetzelfde geldt voor verwijzingen naar de tweede lijn.¹⁰ Een verwijzing naar de psychiater zou volgens sommige artsen een veel betere verwijzing zijn, maar daar staan patiënten niet voor open.

Het zal gezien het bovenstaande duidelijk zijn waar de irritatie van dokters vandaan komt. Maar ondanks deze irritatie en ondanks de

scepsis vinden huisartsen zichzelf wel de aangewezen personen om patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten te helpen.⁶

De feiten: wat speelt zich af in het hoofd van de patiënt?

In zekere zin zijn de zieleroerselen in het hoofd van de patiënt de keerzijde van die van de dokter. Patiënten hebben het gevoel dat de dokter de echtheid van de klachten niet erkent en dat ze moeten strijden tegen de scepsis van de dokter.⁴ Patiënten voelen zich beoordeeld als 'psychisch geval'.^{10,11} Uit onderzoek bij patiënten met chronische pijn met en zonder duidelijk organische oorzaak bleken patiënten met chronische pijn zonder duidelijke oorzaak vaker van de huisarts te horen dat de pijn psychisch was ('all in the mind').¹¹ Patiënten krijgen dan te horen: 'het is niks' of 'u bent niet ziek' en voelen zich hierdoor niet serieus genomen, niet geaccepteerd of afgewezen.^{4,12-15}

Patiënten zijn vaak ontevreden over dokters.^{10,16} Dat speelt vooral een rol bij functionele syndromen met een naam, zoals fibromyalgie en whiplash. Patiënten hebben in die gevallen sterk het gevoel te moeten strijden om erkenning als fibromyalgie- of whiplash-patiënt. Zeker in die gevallen ervaren ze hun dokter als incompetent en beschouwen ze zichzelf als veel deskundiger op het gebied van hun eigen klachten.¹⁷ Patiënten die het idee hebben niet gehoord te worden, proberen verschillende strategieën uit om toch de aandacht van de dokter te vangen: meer lichamelijke symptomen presenteren, vragen stellen in vermomming ('Mijn buurman, arts, zegt dat...'), assertief zijn, extremere methoden als huilen of smeken, of overstappen naar een andere dokter.^{14,18} Patiënten geven in vragenlijsten aan dat ze niet zozeer aanvullend onderzoek willen, maar veeleer gewoon uitleg, geruststelling en emotionele ondersteuning. Zij willen een medische naam voor hun klachten^{12,17,19} en denken dat een dergelijk label ook de dokter een stuk verder helpt.²⁰

Ten slotte is het belangrijk op te merken dat de patiënt zeker niet altijd een psychosociaal probleem ter sprake wil brengen bij de dokter, omdat hij die niet de geëigende persoon vindt voor dergelijke problemen.²¹ Dit komt overigens aardig overeen met wat huisartsen beschouwen als de grens van hun werkgebied.²²

De feiten: wat speelt zich af in de consulten?

Als dokters achter onverklaarde lichamelijke klachten altijd psychische problemen denken te kunnen vinden terwijl patiënten niet willen dat hun dokter hen als psychische gevallen bestempelt, moet dat wel tot problemen leiden.

Er is recent veel interessant materiaal gepubliceerd over dit onderwerp. Dat komt grofweg uit 2 bronnen die wij gemakshalve de 'GB-connectie' en de 'VS-connectie' noemen.

Bij het onderzoek van de VS-connectie gaat het om 178 opgenomen consulten bij 89 Amerikaanse huisartsen.²³ Elke huisarts deed 2 consulten met simulatiepatiënten: één patiënt met pijn op de borst en verder een klassiek verhaal van gastro-oesofageale reflux en één patiënt met vagere pijn op de borst die niet goed paste bij een van de bekende klinische beelden met bovendien allerlei andere vage klachten. Beide patiënten gaven op een

bepaald punt in het consult aan dat ze bezorgd waren voor een hartkwaal of kanker. De simulatiepatiënten hadden echt lijkende verzekerings- en identiteitspapieren en hadden zich officieel als nieuwe patiënt bij de assistente aangemeld. De consulten werden opgenomen met apparatuur die verborgen was in de kleding van de patiënten. Analyse van het materiaal gebeurde met een vragenlijst voor patiëntgerichte communicatie.

In het onderzoek van de GB-connectie gaat het om 2728 opgenomen consulten bij 42 Engelse huisartsen; 357 consulten hadden betrekking op patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten.^{24,25} Vóór de consulten was aan de patiënten gevraagd welk type hulp ze zochten: medisch onderzoek en behandeling of uitleg en geruststelling of emotionele ondersteuning. De onderzoekers analyseerden de transcripten van de consulten met een instrument voor het kwantitatief analyseren van verschillende soorten verbale communicatie. Ze vergeleken de consulten van de 357 patiënten met onverklaarde klachten met die van 357 patiënten met medisch wel verklaarde lichamelijke klachten.

De bevindingen uit deze onderzoeken zijn van groot belang, vooral omdat huisartsen minder goed blijken te communiceren dan gedacht. Allereerst blijkt dat huisartsen bij patiënten met onverklaarde klachten veel minder goed de klachten, gevoelens, opvattingen en verwachtingen van de patiënt exploreren dan bij patiënten met een duidelijk te verklaren klacht. Dat is merkwaardig omdat huisartsen juist bij patiënten met onverklaarde klachten strikt somatisch niet zo veel te bieden hebben. Het lijkt erop dat de interactie minder patiëntgericht is bij patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten, dus in een situatie waarin dat juist meer gewenst is. De auteurs suggereren dat dit leidt tot minder vertrouwen in de arts en zodoende bijdraagt aan conflicten in consulten en hogere medische consumptie.²³

Vervolgens blijkt dat patiënten met onverklaarde klachten niet vaker vragen om somatische interventies dan patiënten met wel verklaarde lichamelijke klachten. Dat zij vaker somatische interventies krijgen, kan dus niet op hun conto worden geschreven. Ook vragen zij niet vaker om uitleg of geruststelling. Het enige verschil was dat patiënten met onverklaarde klachten vaker emotionele ondersteuning van de huisarts vragen.²⁴ Ten derde blijkt dat huisartsen in consulten vaker aan patiënten met onverklaarde klachten een recept aanbieden dan dat zij daarom vragen (70% versus 58%). Hetzelfde gaat op voor het voorstellen van nader onderzoek (35% versus 13%) of het aanbieden van een verwijzing (20% versus 14%). De mening van dokters dat patiënten vaak onnodige medische interventies vragen komt hierdoor op z'n zachtst gezegd op losse schroeven te staan. Bovendien is het maar zeer de vraag of patiënten gerust worden gesteld of de angst voor ziekte afneemt door negatieve testuitslagen.²⁶ Ten vierde geven de meeste patiënten met onverklaarde klachten in het consult aan dat er een psychosociaal probleem is of dat de klachten er misschien door veroorzaakt of beïnvloed worden. Meer dan 95% van de patiënten gaf dergelijke 'cues' in het consult.²⁵ De opvatting dat patiënten psychosociale oorzaken ontkennen gaat

dan ook niet op. Ten slotte blijkt dat huisartsen weinig empathie tonen bij patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten.²⁵ Dat is navrant omdat deze patiënten juist behoefte hebben aan emotionele ondersteuning en omdat huisartsen juist bij deze patiënten geen medische mogelijkheden hebben.²⁵

Conclusie op basis van feiten

In tegenstelling tot wat dokters denken, is het niet zo dat patiënten psychosociale achtergronden van onverklaarde klachten ontkennen en dat patiënten de oorzaak zijn van de vele overbodige medische interventies. Dokters schatten niet goed in waarvoor de patiënt komt en doen ook onvoldoende moeite om daarachter te komen. Dokters zagen de poten onder hun eigen stoel vandaan door weinig empathie en medeleven te tonen, datgene waar de patiënt misschien wel het meest op zit te wachten. Eigenlijk werken dokters niet echt patiëntgericht bij mensen met onverklaarde lichamelijke klachten. Dokters lijken in een ivoren toren te zitten waarbij alleen echte ziekte telt. Een 'echte' zieke, iemand met klachten die biomedisch verklaard kunnen worden, krijgt de nodige zorg en wordt niet met scepsis bejegend. Mensen met klachten die niet direct in het ziektemodel passen, hebben daarentegen een groot probleem. 'I can't hear you while I'm listening' is een treffende verwoording van hoe dokters luisteren naar dergelijke patiënten.²⁷ Het idee niet gehoord te worden maakt dat veel patiënten met krachtiger methoden toch aandacht vragen voor hun problemen.

Deze conclusies zijn niet voor de volle honderd procent gerechtvaardigd vanwege het volgende: onze uitspraken berusten op onderzoeken die ofwel maar één contactmoment in een langdurige arts-patiëntrelatie bestuderen^{24,25} ofwel maar één contact met een patiënt met wie tevoren nog geen relatie bestond.²³ Beide situaties doen geen recht aan het bij uitstek longitudinale karakter van somatische fixatie en de huisarts-patiëntrelatie. Daarnaast heeft het geciteerde onderzoek vooral betrekking op patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten terwijl somatische fixatie betrekking heeft op elke lichamelijke klacht.

Wat nu?

Keren we van de onverklaarde lichamelijke klachten terug naar het concept somatische fixatie. Welk licht werpen de onderzoeksresultaten op dat idee? Somatisch fixeren als het concept waarbij de patiënt en zijn omgeving de neiging hebben te somatiseren en de dokter preventief moet werken, blijkt niet langer houdbaar. Wij willen ook af van de term 'somatiseren', al zal het ijdele hoop zijn dat dit begrip uit het medisch taalgebruik verdwijnt. Het begrip 'somatiseren' is immers veel te veel gebaseerd op een veronderstelde neiging van de patiënt en laat de rol van de dokter buiten beschouwing. Maar het concept 'somatisch fixeren' blijft volgens ons de moeite waard omdat daarin ruimte is voor het onderzoeken van de rol van de dokter. De dokter bevordert actief het proces waardoor de patiënt uiteindelijk ongerichte aandacht krijgt voor de klachten, met als gevolg dat de patiënt daarin blijft steken. Dat doet de dokter niet door te lakse preventie, maar door onvoldoen-

de patiëntgerichtheid. Aandacht voor somatische fixatie waarbij dokters preventief moeten werken, leidt tot dokters die verkrampd de patiënt van alles weigeren. Aandacht voor somatische fixatie waarbij dokters attenter zijn op wat patiënten vertellen, lijkt ons betere perspectieven te hebben.

Daarbij zullen bovenstaande bevindingen allereerst moeten leiden tot hernieuwde aandacht voor consultvoering. Bensing en Verhaak stellen dat ook terecht in een recent editorial.²⁸ Het is echter de vraag of bijvoorbeeld de extra aandacht voor het tweesporenbeleid waar zij over schrijven voldoende is gezien de aandacht die daar al in wordt geïnvesteerd. Echter, als tweesporenbeleid betekent: aandacht voor klachten, verwachtingen, ideeën en gevoelens rond een klacht, dan zijn wij het met hen eens. Een goed begrip van de klacht, zoeken naar 'common ground' en opbouwen van wederzijds vertrouwen moeten meer dan nu het geval is de basis vormen van het consult.²⁹ Wij zouden zeker niet willen pleiten voor meer aandacht voor psychische of sociale problemen die de patiënt niet als zodanig presenteert.

Vervolgens, als aangeleerde ideeën in hoofden van dokters zo'n belangrijke rol spelen, dan moet de aandacht ook uitgaan naar de basisopleiding en wel speciaal naar de monolithische positie van de medische methode. Er mag daar meer benadrukt worden dat het medisch model slechts een manier van kijken is. We moeten daarbij de blik speciaal richten op het gegeven dat dokters klachten slechts zien als uitingen van ziekte en op het feit dat dokters symptomen met medische onderbouwing reëler vinden dan symptomen zonder objectief vaststelbare basis. Er is, zeker in Nijmegen, aandacht voor dit punt, maar die aandacht weegt waarschijnlijk niet op tegen de invloed van de kliniek.

Ten slotte zal in toetsend onderzoek vastgesteld moeten worden of een dokter die beter patiëntgericht werkt bij patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten ook effectiever is in het verminderen van de last die patiënten hebben van hun klachten of effectiever in het geruiststellen van patiënten zodat ze beter kunnen leven met de hinder van hun symptomen. We weten inmiddels al wel dat een positieve arts-patiëntinteractie tijdens een eerste consult bij de dokter geassocieerd is met een duidelijke vermindering van het aantal vervolgsconsulten.³⁰

Het concept 'preventie van somatische fixatie' is wel oud, maar volgens ons niet nutteloos. Wij moeten als dokters alleen niet denken dat we lui achterover kunnen leunen in de veronderstelling dat we het wel weten. Er is werk aan de winkel.

Dankbetuiging

Wij bedanken Evelyn van Weel-Baumgarten, Eloy van de Lisdonk en André Haverkort voor hun nuttige aanvullingen.

Literatuur

- 1 Grol RPTM, redactie. Huisarts en somatische fixatie. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1983.
- 2 Van der Horst H. Somatisatie, een veelzijdig fenomeen. Epidemiologie, verschijningsvorm en classificatie. In: van der Feltz-Cornelis C, Van der Horst H, redactie. Handboek somatisatie. Lichamelijk onverklaarde klachten in de eerste en tweede lijn. Utrecht: de Tijdstroom, 2003.

Abstract

Lucassen PLBJ, olde Hartman TC, Borghuis M. Somatic fixation. New life for an old concept. *Huisarts Wet* 2007;50(1):11-5.

The theory of somatic fixation leads to a number of presumptions in the minds of GPs: vague and unexplained symptoms are frequently caused by psychosocial problems; patients deny the psychosocial causes; patients frequently request unnecessary medical interventions; the unnecessary interventions are harmful for patients. This mind-set has been demonstrated in empirical research. On the other hand, patients with unexplained somatic symptoms feel that they are not being taken seriously and are being assessed as a 'psychological case'. As appears from consultation records of patients with unexplained somatic symptoms, the presumptions of GPs are not correct: patients do not deny psychosocial causes; it is not the patients but the doctors who are the cause of unnecessary medical interventions; GPs fail to investigate adequately the complaints of patients with unexplained symptoms; they are not clearly aware of the patients' reasons for seeking help and fail to show empathy and compassion – things patients need most. If general practice really wants to realise its pretensions to work in a patient-centred way then GPs have to change not only their presumptions but also their consultation behaviour.

- 3 Sharpe M, Mayou R, Walker J. Bodily symptoms: new approaches to classification. *J Psychosom Res* 2006;60:353-6.
- 4 Malterud K. Symptoms as a source of medical knowledge: understanding medically unexplained disorders of women. *Fam Med* 2000;32:603-11.
- 5 Woivalin T, Krantz G, Mäntyranta T, Ringsberg KC. Medically unexplained symptoms: perceptions of physicians in primary health care. *Fam Pract* 2004;21:199-203.
- 6 Reid S, Whooley D, Crayford T, Hotopf M. Medically unexplained symptoms – GPs' attitudes towards their cause and management. *Fam Pract* 2001;18:519-23.
- 7 Wileman L, May C, Chew-Graham CA. Medically unexplained symptoms and the problem of power in the primary care consultation: a qualitative study. *Fam Pract* 2002;19:178-82.
- 8 Åsbring P, Närvaänen A. Ideal versus reality: physicians' perspectives on patients with chronic fatigue syndrome (CFS) and fibromyalgia. *Soc Sci Med* 2003;57:711-20.
- 9 Tait RC, Chibnall JT. Physician judgement of chronic pain patients. *Soc Sci Med* 1997;45:1199-1205.
- 10 Page LA, Wessely S. Medically unexplained symptoms: exacerbating factors in the doctor-patient encounter. *J R Soc Med* 2003;96:223-7.
- 11 Kouyanou K, Pither CE, Rabe-Hesketh S, Wessely S. A comparative study of iatrogenesis, medication abuse and psychiatric morbidity in chronic pain patients with and without medically explained symptoms. *Pain* 1998;76:417-26.
- 12 Peters S, Stanley I, Rose M, Salmon P. Patients with medically unexplained symptoms: sources of patients' authority and implications for demands on medical care. *Soc Sci Med* 1998;46:559-65.
- 13 Salmon P, Peters S, Stanley I. Patients' perceptions of medical explanations for somatisation disorders: qualitative analysis. *BMJ* 1999;318:372-6.
- 14 Johansson EE, Hamberg K, Lindgren G, Westman G. 'I've been crying my way' – qualitative analysis of a group of female patients' consultation experiences. *Fam Pract* 1996;13:498-503.
- 15 Nettelton S, Watt I, O'Malley L, Duffey P. Understanding the narratives of people who live with medically unexplained illness. *Pat Educ Couns* 2005;56:205-10.
- 16 Deale A, Wessely S. Patients' perceptions of medical care in chronic fatigue syndrome. *Soc Sci Med* 2001;52:1859-64.
- 17 Salmon P. Patients who present physical symptoms in the absence of physical pathology: a challenge to existing models of doctor-patient interaction. *Pat Educ Couns* 2000;39:105-13.
- 18 Werner A, Malterud K. It is hard work behaving as a credible patient: encounters between women with chronic pain and their doctors. *Soc Sci Med* 2003;57:1409-19.
- 19 Woloshynowych M, Valori R, Salmon P. General practice patients' beliefs about their symptoms. *Br J Gen Pract* 1998;48:885-9.
- 20 Ogden J, Branson R, Bryett A, Campbell A, Febles A, Ferguson I, et al. What's in a name? An experimental study of patients' views of the impact and function of a diagnosis. *Fam Pract* 2003;20:248-53.
- 21 The MaPle Research Group. Do patients want to disclose psychological problems to the GPs? *Fam Pract* 2005;22:631-7.
- 22 Dowrick C, May C, Richardson M, Bundred P. The biopsychosocial model of general practice: rhetoric or reality? *Br J Gen Pract* 1996;46:105-7.
- 23 Epstein R, Shields G, Meldrum SC, Fiscella K, Carroll J, Carney PA, et al. Physicians' responses to patients' medically unexplained symptoms. *Psychosom Med* 2006;68:269-76.
- 24 Salmon P, Ring A, Dowrick CF, Humphris GH. What do general practice patients want when they present medically unexplained symptoms, and why do their doctors feel pressurized? *J Psychosom Res* 2005;59:255-62.
- 25 Ring A, Dowrick CF, Humphris GM, Davies, Salmon P. The somatising effect of clinical consultation: what patients and doctors say and do not say when patients present medically unexplained physical symptoms. *Soc Sci Med* 2005;61:1505-15.
- 26 McDonald IG, Daly J, Helinek VM, Panetta F, Gutman JM. Opening pandora's box: the unpredictability of reassurance by a normal test result. *BMJ* 1996;313:329.
- 27 Baron RJ. An introduction of medical phenomenology: I can't hear you while I'm listening. *Ann Intern Med* 1985;103:606-11.
- 28 Bensing JM, Verhaak PFM. Somatisation: a joint responsibility of doctor and patient. *Lancet* 2006;367:452-4.
- 29 Steward M. Reflections on the doctor-patient: from evidence and experience. *Br J Gen Pract* 2005;55:793-801.
- 30 Owens DM, Nelson DK, Talley NJ. The irritable bowel syndrome: long-term prognosis and the physician-patient interaction. *Ann Intern Med* 1995;122:107-12.