

## Somatische fixatie

door R. Grol

### Inleiding

In dit artikel wordt één van de moeilijker aspecten van de hulpverlening aan patiënten met lichamelijke klachten besproken. Het betreft lichamelijke problemen die, ondanks allerlei medische en vaak ook niet-medische ingrepen, niet minder worden. Situaties waarin een andere dan lichamelijke benadering door patiënten afgewezen wordt. In dit soort situaties lopen patiënten steeds meer vast in en worden steeds afhankelijker van de hulpverlening. Huisartsen, maar ook medisch-specialisten en psychosociale hulpverleners, worden frequent met dergelijke situaties geconfronteerd. Een indruk van de omvang van de problemen, die hieraan zijn verbonden, krijgt men uit een onderzoek van Huygen (1984a en b). Bijna 10% van alle gezondheidsproblemen waar de huisarts mee te maken krijgt heeft betrekking op vage, moeilijk objectiveerbare klachten en aandoeningen. Dit soort klachten vormt tevens de meest voorkomende reden of aanleiding tot een verwijzing naar een medisch specialist. En in de rangorde van oorzaken van een ziekenhuisopname nemen ze de derde plaats in, na bevallingen en hartinfarct. Een gemiddelde huisartspraktijk kent 100-150 patiënten met een chronisch patroon van vage klachten. Dit betrekkelijk kleine aantal (3-5% van de praktijkpopulatie) zorgt echter voor een groot deel van de werklust in die praktijk (naar schatting ongeveer 20-25%).

In dit artikel wordt een eenvoudig theoretisch model voorgelegd, waarmee processen, die leiden tot somatische fixatie, beter begrepen kunnen worden. Met dit model worden op het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut de bestaande theorieën over ziekte en ziektegedrag aan huisartsen inzichtelijk gemaakt. Om te beginnen worden enkele wezenlijke elementen van processen van somatische fixatie

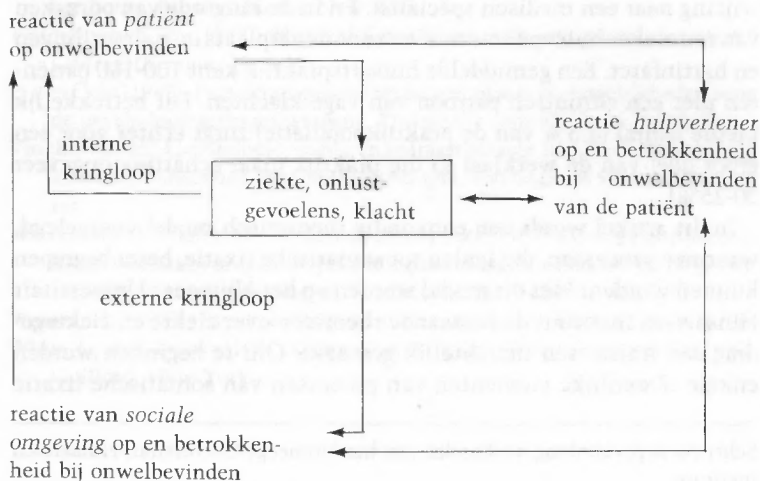
---

Schrijver is psycholoog, verbonden aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut

besproken. Met somatische fixatie wordt bedoeld de situatie, dat mensen door een voortdurend inadequaat reageren op of omgaan met hun ziekte, onlustgevoelens of problemen steeds meer vastlopen en steeds afhankelijker worden van met name medische hulp (Grol e.a., 1983). Zoiets vindt niet van het ene op het andere moment plaats. Meestal gaat het om langdurige processen, waarin het om allerlei redenen steeds slechter gaat met een patiënt. Somatische fixatie ziet men niet alleen bij zogenaamde 'nerveuze' of 'vage' klachten en psychosomatische ziekten. In principe kan zo'n proces bij elke vorm van lichamelijk onwelbevinden op gang komen. Dus net zo goed bij de moeder, die voor elke verkoudheid van haar kind de dokter raadpleegt, als bij de patiënt met aanhoudende moeheids- en hoofdpijnklaarten, als bij een hartinfarctpatiënt, die ondanks een ogenschijnlijk goed verlopende revalidatie er niet in slaagt zijn leven op bevredigende wijze voort te zetten.

In processen van somatische fixatie speelt uiteraard de patiënt zélf een centrale rol, maar zulke processen spelen zich verder vooral af in de relatie *tussen* mensen. Mensen uit de sociale omgeving van de patiënt kunnen betrokken raken bij de ziekte of problemen van de patiënt. En in de relatie tussen een patiënt en de gezondheidszorg, dat wil zeggen tussen patiënten en hulpverleners als de huisarts, de medisch-specialist of een psychosociale hulpverlener, krijgt zo'n proces meestal zijn definitieve vorm. De patiënt zélf, de sociale omgeving en de hulpverlener hebben alle drie een aparte plaats gekregen in een model van drie op elkaar ingrijpende kringlopen, waarmee men processen van somatische fixatie kan herkennen en begrijpen (zie figuur 1).

Figuur 1: Processen van somatische fixatie.



### De interne kringloop

Het is voldoende bekend, dat zowel het optreden van stress als de wijze van interpreteren van en omgaan met lichamelijke klachten, van invloed kunnen zijn op ziekte en ziektegedrag, (o.a. Van den Willige e.a., 1983). Van belang is vast te stellen dat processen van somatische fixatie op gang gebracht en versterkt kunnen worden door de wijze waarop een individu reageert op het moment dat hij zich niet lekker voelt of pijn heeft. Uit onderzoek (Huygen e.a., 1983) blijkt dat ieder mens gemiddeld 4-5 lichamelijke klachten heeft: 20% van de mensen zelfs meer dan 10. In slechts 10% van de gevallen wordt voor die klachten een beroep gedaan op de gezondheidszorg. Maar het wel of niet een beroep doen is vaak niet afhankelijk van de ernst van de klachten. De reactie op het onwelbevinden blijkt voor een belangrijk deel persoonsgebonden. Vooral emotionele factoren – gevoelens van angst en onzekerheid die men ervaart ten aanzien van de eigen gezondheidstoestand – blijken in die reactie bepalend (zie o.a. Mootz, 1983; Huygen e.a., 1984a en b). De reactie op het onwelbevinden kan bij voortdoring zodanig zijn, dat er geen voorwaarden voor herstel zijn, de klachten niet minder worden en de patiënt zich steeds zieker en machtelozer gaat voelen. We spreken dan van somatische fixatie in de interne kringloop. Twee voorbeelden:

- Als een patiënt alsmaar piekert en op de lichamelijke sensaties die hij ervaart steeds opnieuw ten onrechte het etiket 'dit is ernstig' plakt, komt hij in een cirkel terecht waarin de angst én daarmee de klachten steeds sterker worden (Orlemans, 1976).

- Als een patiënt het gevoel heeft door zijn ziekte uitgerangeerd te zijn, of als hij zich als te zwak of niet in staat ervaart om enige bijdrage aan het eigen herstel te leveren zal hij zich dienovereenkomstig gedragen. Hierdoor zal hij vervolgens ook in zijn gevoel bevestigd worden.

### De externe kringloop

Als men het ziektegedrag van een patiënt beschouwt, dan zegt diens gedrag niet alleen iets over de persoon zelf, maar evenzeer iets over de relatie van die patiënt tot zijn omgeving (Watzlawick e.a., 1971). Volgens de systeem- en communicatietheorie is elk gedrag communicatief van aard. Dus zeker ook het ziek zijn, of het uiten van klachten. Ziekte of onwelbevinden gaat dan ook zelden onopgemerkt voorbij aan de omgeving. Men merkt de gevolgen ervan, bijvoorbeeld doordat bepaalde dingen niet meer mogelijk zijn of doordat men taken moet overnemen. En men geeft er meestal een reactie op in de trant van: 'ga naar bed, doe het rustig aan of stel je niet zo aan'. De omgeving zal zo in sterke of minder sterke mate betrokken raken bij het onwelbevinden van de patiënt. Ziekte of onlustgevoelens kunnen, als er niet goed mee wordt omgegaan een zodanige plaats krijgen in de relatie tussen een persoon en zijn leefomgeving, dat een proces van somatische fixatie op

gang komt of versterkt wordt. We spreken dan van de externe kringloop.

De rol die ziekte in relaties kan spelen is vooral beschreven vanuit de gezinstherapeutische hoek. In de huisartsgeneeskunde heeft dit ingang gekregen via het begrip 'gezinsgeneeskunde' of 'family systems medicine' (Huygen, 1978). Op het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut zijn op dit gebied een aantal onderzoeken verricht (Smits, 1975; Huygen e.a., 1983). Het blijkt onder meer, dat de frequentie, waarmee medische hulp wordt ingeroepen, per gezin sterk verschilt. Patiënten die vaak de dokter raadplegen komen uit gezinnen, waarin andere gezinsleden ook vaak naar de dokter gaan. Als beide ouders vaak de dokter bezoeken is de ziektefrequentie van de kinderen ruim 2 x zo hoog als wanneer de ouders weinig medische hulp inroepen. Vooral de invloed van de moeder is sterk. Men ziet uit de gegevens, dat een bepaald patroon van morbiditeit, klachteneigenschap, ziektegedrag en medische hulp inroepen van generatie op generatie wordt doorgegeven. Daarbij doet noch het geslacht en het milieu noch de aard van de ziekte, dat wil zeggen of het een strikt organische of meer psychosomatische ziekte is, er veel toe. Voor hulpverleners betekent dit dat er veel aandacht gegeven zal moeten worden aan de rol van de sociale omgeving, en met name het gezin, als iemand met klachten een arts bezoekt. Men zal moeten leren lichamelijk onwelbevinden en processen van somatische fixatie ook te begrijpen in termen van de betekenis, die deze kunnen hebben binnen relaties tussen mensen. Hieronder worden enkele voorbeelden hiervan gegeven:

— *Ziekte kan dienen als aandachtafleider*: Als men ziek is of het ergens moeilijk mee heeft, dan vraagt dat meestal veel aandacht van de omgeving. De patiënt kan die erg nodig hebben, maar het kan ook zijn dat de ziekte in de omgeving welkom is, omdat daarmee vermeden kan worden dat aandacht besteed moet worden aan conflicten of moeilijk oplosbare problemen.

— *Ziekte als machtsmiddel*: Een zieke kan grote macht ontlenen aan zijn klachten. Immers: 'met een zieke hou je rekening, voor een zieke doe je iets extra's'. Op hun beurt kunnen ook anderen de ziekte van de patiënt benutten om hem te beïnvloeden of aan banden te leggen.

— *Ziekte kan ook dienen als stabilisator*: Elk leefsysteem kent zijn vaste regels en patronen met betrekking tot de wijze waarop men met elkaar omgaat. Ziekte brengt binnen een gezin al gauw een nieuwe rolverdeling mee. Een gezin kan zo gewend raken aan het nieuwe patroon, dat herstel van de ziekte het gevonden evenwicht zou verstoren en voor ontwrichting zou zorgen.

— *Ziekte als bescherming*: Een proces van somatisch fixeren kan voor sommige patiënten een bij uitstek positieve en beschermende functie hebben. Het is bijvoorbeeld de enige acceptabele uitweg uit een als ondraaglijk of onoplosbaar ervaren situatie. Of het wordt ervaren als

de enige mogelijkheid om te ontsnappen aan pijnlijke of angstoproeppende stimuli. Of het is de enige manier geworden om te communiceren of met mensen in contact te treden. Of het is zelfs de enige wijze waarop men het leven nog zin en inhoud kan geven.

Individuele hulp kan vastlopen als men geen rekening met dergelijke functies van ziekte en ziektegedrag houdt.

### De hulpverlener-patiëntkringloop

Tenslotte komt een voor somatische fixatie cruciale relatievorm aan de orde, namelijk die tussen een patiënt enerzijds en de gezondheidszorg en hulpverleners anderzijds. Als iemand ziek wordt of zich niet lekker voelt kan er een moment komen waarop men, op eigen initiatief of op initiatief van de omgeving, besluit om de hulp van experts uit de gezondheidszorg in te roepen. Op het moment dat dat gebeurt worden deze hulpverleners betrokken in een mogelijk proces van somatische fixatie. Zij kunnen door hun aanpak zo'n proces bestendigen of versterken, maar ook zélf zo'n proces in gang zetten. Een interessante illustratie hiervan kan men vinden in de beschrijving van een studie bij patiënten, die een hartcatheterisatie hadden ondergaan en die te horen hadden gekregen dat alles goed was en er geen beperking in activiteit noodzakelijk was. Een jaar na dat onderzoek bleek 41% regelmatig last van pijn op de borst te hebben, 50% last te hebben van onverklaarbare benauwdheid, 46% te lijden aan fobische klachten, 63% regelmatig de huisarts te blijven consulteren voor hun gezondheidstoestand en 25% van de patiënten niet in staat te zijn hun werk te hervatten (Bass e.a., 1983).

Op het moment dat hulp gevraagd wordt is men als hulpverlener geen objectieve buitenstaander meer. Men wordt onderdeel van het sociale systeem van de patiënt. De klachten of ziekte kunnen een zodanige rol gaan spelen in de relatie tussen patiënt en hulpverlener, dat in feite dááardoor óók het herstel belemmerd wordt. Dit is weergegeven via een derde kringloop, die aan de andere twee is toegevoegd. De gezondheidszorg is vaak onvoldoende gevoelig voor de rol, die ze zélf speelt in de bestendiging van de klachten van hun patiënten. Hulpverleners worden dan ook met allerlei valkuilen geconfronteerd, die in de relatie met de patiënt een rol kunnen spelen en die een proces van somatische fixatie kunnen bevorderen. Een paar voorbeelden:

– In de eerste plaats is er de *valkuil van de onduidelijke wederzijdse verwachtingen*. Patiënten hebben vaak overspannen verwachtingen van wat de gezondheidszorg en wat hulpverleners hen te bieden hebben. Sommigen hebben het gevoel dat elk symptoom uiteindelijk verklaarbaar of oplosbaar is met voldoende onderzoek, therapie of ingrepen. Dergelijke verwachtingen worden weliswaar niet direct uitgesproken, maar zijn in de houding van de patiënt toch merkbaar (o.a. Rooymans, 1983b). Hulpverleners bestendigen zulke verwachtingen

door hun handelen voortdurend, althans ze ontzenuwen ze zelden. Op hun beurt hebben hulpverleners het idee precies te weten wat patiënten van hen verwachten. Het kan echter zijn dat een patiënt alleen een verklaring of geruststelling wil voor zijn klachten, maar toch met een recept, een advies of een verwijzing de deur uitgaat. Veel hulpverleners voelen zich falen als ze de patiënt niets concreets mee naar huis geven. Hulpverlener en patiënt kunnen zo verstrengeld raken in wederzijdse onduidelijkheid over wat ze van elkaar willen en wat ze voor elkaar moeten en kunnen doen.

— Een tweede valkuil is gelegen in de *tegenstelling soma-psyche*, waarmee vooral medische hulpverleners voortdurend worden geconfronteerd. De verwevenheid van somatische en psychische aspecten bij klachtenpresentatie en ziekte is zeer groot (o.a. Rooymans, 1983a). Een proces van somatische fixatie neemt echter vaak de vorm aan van een continue strijd over de vraag of de klachten somatisch dan wel psychisch verklaarbaar zijn. Artsen werken vaak bij de inschatting van de aard van de klachten eerst de vraag: 'is het ernstig of niet?' af. Vervolgens, als het niet ernstig lijkt, gaan ze na of het somatisch bepaald is of niet. Vindt men geen aanwijzing in de richting van een objectiveerbare aandoening, dan worden de klachten psychisch geïdioid. De patiënt krijgt te horen: 'Er is niets aan de hand, u hoeft zich geen zorgen te maken'. Merkwwaardigerwijs blijkt een groot deel van de patiënten helemaal niet blij met zo'n constatering (De Groot en Krol, 1984). Ze vertalen het in 'ik stel me aan, het zijn zeker weer de zenuwen'. Op zo'n moment start er vaak een proces van tegen elkaar opbieden. Beide partijen proberen elk op eigen wijze de ander te overtuigen van het gelijk. In de strijd die volgt probeert de arts de patiënt regelmatig te laten terugkomen of door te verwijzen naar een medisch specialist. Dit heeft meestal erg weinig effect, aangezien dit voor de patiënt juist een bevestiging inhoudt van de ernst van de klachten. Ook worden soms psychosociale hulpverleners ingezet door de arts om de patiënt toch te overtuigen. Het zal duidelijk zijn, dat waar de psychotherapeut wordt ingezet als argument in de strijd tussen patiënt en arts, een vruchtbare hulpverlening sterk bemoeilijkt wordt. Ondertussen raakt men verstrikt in een proces, waarbij alle partijen zich steeds ongelukkiger en machtelozer gaan voelen.

— Een derde valkuil gaat over de *verdeling van de verantwoordelijkheid* bij het oplossen of verminderen van de klachten. Ziekte, je niet lekker voelen of in de problemen zitten roept vaak gevoelens van onmacht en hulpeloosheid en tevens behoefte aan steun, aan een sterke hand op. De gezondheidszorg heeft het imago die steun te kunnen bieden, deels ook terecht. Hulpverleners beschouwen zo'n steunfunctie ook als hun taak en kunnen deze tot op zekere hoogte ook waarmaken. Maar er zijn grenzen waarboven de inbreng, de initiatieven en de adviezen van hulpverleners niets meer vermogen, of zelfs het herstel gaan belemmeren. Somatische fixatie kan op zo'n moment

inhouden, dat patiënt en hulpverlener verstrikt raken in verhoudingen, waarin de patiënt steeds meer afhankelijk, hulpeloos en onmachtig wordt en de hulpverlener steeds meer gefrustreerd raakt.

– Hiermee hangt de vierde valkuil samen, die *de omgang met eigen onzekerheid* betreft. Voor veel patiënten is het niet eenvoudig te accepteren dat er geen directe oplossing is voor de klachten, waar ze mee worstelen. Hetzelfde geldt vaak voor hulpverleners. Het is soms moeilijk te aanvaarden dat sommige mensen niet goed te helpen zijn, of dat het oplossen van bepaalde problemen of het wegnemen van de klachten niet binnen het eigen vermogen ligt. Dit wordt ervaren als een falen. Als men als hulpverlener dergelijke fundamentele onzekerheden niet heeft leren hanteren is de kans groot dat men steeds opnieuw zonder resultaat hulp aanbiedt. Men ziet niet hoe men zelf onderdeel van het probleem aan het worden is. Dat de relatie patiënt-hulpverlener in feite een nieuw probleem is geworden.

### **Behavioural Medicine en preventie van somatische fixatie**

Welke rol kan de behavioural medicine nu spelen bij het voorkomen en doorbreken van processen van somatische fixatie? Mijns inziens zijn de ideeën, die hierboven zijn geschetst goed te interpreteren binnen het theoretisch kader, dat door de behavioural medicine wordt gehanteerd. Men zo er op een tweetal manieren gebruik van kunnen maken:

– In de eerste plaats kunnen psychosociale hulpverleners artsen in consultatieve zin helpen. Door hun kennis van leerprocessen kunnen ze de artsen, waarmee ze samenwerken, inzicht geven in ziektegedrag van patiënten en in de consequenties van inadequaat reageren op onlustgevoelens van patiënten. Ze kunnen medici gevoelig maken voor signalen van somatische fixatie uit de drie kringlopen, zodat zij zulke processen al in een vroeg stadium kunnen herkennen. En vooral zouden psychosociale hulpverleners artsen kunnen helpen bij het analyseren van hun relaties met patiënten, waarin ze dreigen vast te lopen.

– Daarnaast kunnen hulpverleners, dat wil zeggen huisartsen, medisch-specialisten, psychologen, ook zélf, somatische fixatie proberen te voorkomen of te doorbreken. Uiteraard in de eerste plaats door het bestrijden van de lichamelijke klachten met allerlei beschikbare therapeutische middelen (zie andere bijdragen in dit nummer). Daarnaast ook door de patiënt inzicht te geven in fixatieprocessen. En vooral door de patiënt te leren op een goede manier om te gaan met en gebruik te maken van de gezondheidszorg. Bijvoorbeeld door hem te leren zijn verwachtingen duidelijk te formuleren. Door de patiënt te helpen bij het leren kennen van de grenzen en de mogelijkheden van de medische zorg. En door hem méér te leren vertrouwen op zijn eigen oordeel ten aanzien van gezondheid en ziekte.

Voorwaarde hiervoor is dat men als hulpverlener ook zicht heeft op de eigen rol in processen van somatische fixatie. Dit geldt niet alleen

voor medische hulpverleners. Voor psychosociale en psychotherapeutische hulpverleners dreigen namelijk dezelfde valkuilen in hun contacten met patiënten met lichamelijke klachten. Daarbij valt bijvoorbeeld te denken aan de situatie, waarin men als psychosociale hulpverlener met biofeedback, ontspanningstherapie of assertieve training hardnekkige hoofdpijnklachten tracht weg te nemen zonder aandacht te besteden aan de betekenis van die klachten voor de cliënt, of aan diens behoefte aan een zorgzame therapeut. Psychotherapeutische of psychosociale fixatie is even denkbaar en herkenbaar als somatische fixatie.

### Literatuur

- Bass, C., C. Wade, D. Hand en G. Jackson (1983), Patients with angina with normal and near normal coronary arteries: clinical and psychosocial state 12 months after angiografie. *British Medical Journal* 284, 1505.
- Grol, R. (1983), *Huisarts en somatische fixatie*. Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht.
- Groot, L. de, en L. Krol (1984), Klachten zonder diagnose. *Medisch Contact*, 48, 1537.
- Huygen, F. (1978), *Family Medicine, the medical life-history of families*. Dekker & v.d. Vegt, Nijmegen.
- Huygen, F., H. van den Hoogen en W. Neefs (1983), Gezondheid en ziekte; een onderzoek van gezinnen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 127, 36, 1612.
- Huygen, F., H. van den Hoogen, A. van der Logt en A. Smits (1984a), Nerveus-functionele klachten in de huisartspraktijk I: een epidemiologisch onderzoek. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 128, 28, 1321.
- Huygen, F., H. van den Hoogen, A. van den Logt en A. Smits (1984b), Nerveus-functionele klachten in de huisartspraktijk II: diagnostisch en therapeutisch beleid. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 128, 29, 1372.
- Mootz, H. (1983), De geneigdheid tot het gebruik van medische voorzieningen. *Gezondheid en Samenleving* 4, 42.
- Orlemans, J. (1976), 'Patiëntenbrochure: angst voor ernstige ziekten'. *Huisarts en Wetenschap*, 19, 332.
- Rooymans, H. (1983a), De verwevenheid van somatische en psychische ziekten. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 127, 51, 2323.
- Rooymans, H. (1983b), Wat verwacht de patiënt van zijn dokter. *Medisch Contact*, 20, 603.
- Smits, A. (1975), *Kind, huisarts en gezin*. Katholieke Universiteit Nijmegen, dissertatie.
- Watzlawick, P., Beavin J. Helmick en D. Jackson (1971), *Pragmatische aspecten van de menselijke communicatie*. Van Loghujm Slaterus, Deventer.
- Willige, G. van de, M. Sorbi, R. Kluver, G. Godaert, P. Scheurs en J. Vink (1983), Gedrag en gezondheid: en interactionele benadering. *Gezondheid en Samenleving*, 1, 32.