

De behandeling van chronische spanningshoofdpijn: effecten en knelpunten

door F.W. Kraaimaat en C.M.J. van Dam-Baggen

Inleiding

Hoofdpijn is een veel voorkomende klacht. Op grond van een bevolkingsonderzoek schat Leviton (1978) dat 14% van de mannen en 28% van de vrouwen in de USA last hebben van frequent optredende hoofdpijn. In ons land is hoofdpijn een van de 10 meest voorkomende klachten in de huisartspraktijk (Post, 1980).

Een eenduidige classificatie van hoofdpijntypen is tot nu toe niet tot stand gekomen. De meest gangbare classificatie door de ad-hoc-commissie (Friedman, 1962) baseert zich noodgedwongen op symptomen en op de pathofysiologie voor zover deze bekend is. Van de 15 onderscheiden typen hoofdpijn wordt aangenomen dat op 4 ervan psychologische factoren van invloed zijn: spanningshoofdpijn, migraine, een mengvorm van migraine en spanningshoofdpijn, en psychogene of conversiehoofdpijn. De meeste hoofdpijnklachten behoren tot het spannings- en/of migrainetype. Algemeen wordt verondersteld dat het langdurig samentrekken van schouder-, nek- en/of schedelspieren een centrale factor zou zijn bij spanningshoofdpijn. Een craniaal vasculair dysfunctioneren zou ten grondslag liggen aan migraine. Duidelijke permanente structurele veranderingen worden bij spanningshoofdpijn en migraine niet gevonden. De categorie psychogene of conversiehoofdpijn waarbij een specifiek pijnmechanisme niet kan worden aangetoond, krijgt weinig aandacht in de literatuur. Aangezien in veel onderzoek de classificatie van hoofdpijntypen vooral plaatsvindt op symptomen zonder aanvullend fysiologisch en/of neurologisch onderzoek, is de kans groot dat in het onderzoek naar migraine en spanningshoofdpijn ten onrechte ook patiënten met psychogene hoofdpijn betrokken worden (Thompson & Figueroa, 1983).

Schrijvers zijn als psycholoog verbonden aan de Psychiatrische Universiteitskliniek, Academisch Ziekenhuis Utrecht, Hoofddijk 23, 3584 CW Utrecht.

Vanuit de Behavioural Medicine heeft onderzoek vooral op spanningshoofdpijn en in mindere mate op migraine plaatsgevonden. Deze belangstelling heeft in belangrijke mate te maken met het feit dat op de universitaire centra, waar dit onderzoek gecentreerd is, in ruime mate studenten met spanningshoofdpijnklachten voorhanden zijn. Ook leende het aanvankelijk gehanteerde simplistische verklaringsmodel voor spanningshoofdpijn (stressvolle omstandigheden – spierspanning – hoofdpijn) zich uitstekend voor evaluatieonderzoek, waarin de effecten van enkelvoudige behandelingsprocedures als ontspanningstraining of EMG-biofeedback werden nagegaan. Blanchard e.a. (1980) vergeleken middels een meta-analyse de effecten die in 19 verschillende onderzoeken werden gevonden bij ontspanningstraining, EMG-biofeedback, de combinatie ontspanningstraining/EMG-biofeedback, placebocondities en het enkel registreren van spanningshoofdpijn. Een verbeteringspercentage van ongeveer 60% werd gevonden direct na behandeling met ontspanningstraining, EMG-biofeedback of de combinatie van beide. Met psychologische en medicatie-placebocondities werd een verbetering van ongeveer 35% bereikt. Het alleen registreren van hoofdpijn bewerkstelligde een lichte verslechtering. Uit deze vergelijking van Blanchard e.a. kan afgeleid worden dat het er weinig toe doet of bij spanningshoofdpijn ontspanningstraining en EMG-biofeedback afzonderlijk of in combinatie worden toegepast. Een dergelijke conclusie is echter voorbarig. Zo blijken de onderzoeken die werden samengenomen nogal van elkaar te verschillen in de wijze waarop de 'patiënten' geworven en geselecteerd werden. Ook verschilden de behandelingsprocedures nogal in de wijze waarop ze werden toegepast. Daarbij zijn er aanwijzingen dat sommige patiënten er bij gebaat zijn dat de ontspanningstraining wordt aangevuld met EMG-biofeedback (Blanchard e.a., 1982).

Een meer fundamenteel probleem bij de genoemde behandelingsmethoden is dat de relatie tussen spiercontractie en pijnklachten veel minder eenduidig is dan werd aangenomen (o.a. Haynes, 1981; Phillips & Hunter, 1982). Slechts een beperkt deel van de variantie in frequentie, duur en intensiteit van de hoofdpijn blijkt door het spierspanningsniveau verklaard te kunnen worden (Haynes e.a., 1982). Hoewel er nog nauwelijks gegevens uit onderzoek beschikbaar zijn ligt de veronderstelling voor de hand dat, evenals bij de meer algemene chronische pijnklachten, ook op langdurige hoofdpijnklachten diverse psychosociale factoren van invloed zijn. De invloed van negatieve en positieve consequenties op algemene chronische pijnklachten vinden we uitvoerig door Fordyce (1976) beschreven. Sorbi e.a. (1984) vestigden de aandacht op de strategieën die migrainepatiënten hanteren om spanningen te verminderen en belastingen het hoofd te bieden. Een exploratie van mogelijke mediërende cognitieve factoren als aandacht, attributies en aspiratieniveau vinden we bij Van der Burg e.a. (1976), Orlemans e.a. (1976) en Kraaimaat e.a. (1982).

Bij de diagnostiek en behandeling van chronische spanningshoofdpijn zal onzes inziens met de volgende factoren rekening moeten worden gehouden:

- stresserende omstandigheden die negatieve emotie en/of hoofdpijn kunnen uitlokken (negatieve 'life events', sociale angst e.d.);
- mediërende cognitieve factoren die van invloed zijn op de pijnbeleving en/of verhoogde spierspanning (o.a. attentie op pijn, hoog aspiratieniveau, irrationele attributies);
- gedragsstrategieën die erop gericht zijn om de pijn of de stresserende omstandigheden het hoofd te bieden (bijvoorbeeld het vermijden van lichamelijke inspanning en probleemsituaties);
- positieve en negatieve consequenties van pijngedrag (o.a. 'ziektewinst' en sociaal isolement).

Niet alle hiergenoemde factoren zullen bij elke patiënt met spanningshoofdpijn relevant zijn. Zo bleek in een eerder evaluatieonderzoek dat met een behandelingsprogramma dat beperkt is in aangrijpingspunten, een behoorlijke vermindering van hoofdpijnklachten bereikt kon worden (Kraaimaat e.a., 1982). Geen enkele verbetering werd gevonden bij de niet behandelde controlegroep. De behandeling bestond uit spanningstraining, EMG-biofeedback en een activiteiten-regulatie-training. Deze studie had betrekking op een zo klein aantal patiënten dat verder onderzoek naar patiënten die niet verbeterden of de therapie voortijdig beëindigden weinig zinvol was. In het eerste deel van dit artikel zullen de effecten van deze behandeling bij een grotere groep patiënten worden nagegaan. Vervolgens zullen de knelpunten van het behandelingsmodel geëxploreerd worden aan de hand van de gegevens van patiënten die geen verbetering te zien gaven en van patiënten die de behandeling afbraken.

Methodie

Patiënten – Aan het onderzoek namen 38 patiënten met chronische spanningshoofdpijn deel, die via de poliklinieken van Neurologie en Psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis te Utrecht en via huisartsen uit de regio voor behandeling werden aangemeld. Selectiecriteria waren:

- de diagnose spanningshoofdpijn is op grond van neurologisch onderzoek gesteld,
- er zijn geen aanwijzingen voor organische pathologie,
- de klachten bestaan minstens 2 jaar en
- naast de pijnklachten zijn geen andere interfererende problemen van psychologische aard aanwijsbaar.

De gemiddelde leeftijd was 37.5 jaar (s.d. 9.59) met een range van 18 tot 55 jaar. De gemiddelde duur van de klachten was 7.6 jaar (s.d. 7.6) met een range van 2 tot 30 jaar. Er waren 23 mannelijke en 15 vrouwelijke patiënten; 21 patiënten waren in de ziektewet of WAO, de overige 17

oefenden een beroep uit, volgden een schoolopleiding of waren actief in de huishouding. De patiënten hadden de volgende opleidingsniveaus: 16 patiënten LO, 10 patiënten ULO, MAVO of LBO, 10 patiënten HAVO, MBO of VWO en 2 patiënten HBO of universitaire scholing.

Behandelaars – De behandelingen werden uitgevoerd door twee gedragstherapeutische assistenten en 8 gedragstherapeuten in opleiding. De behandelaars werden vooraf getraind in het toepassen van de behandelingsonderdelen. Daarbij observeerden zij eerst een behandeling via een one-way screen voordat ze zelf met een behandeling begonnen. Wekelijks vond groepssupervisie plaats door een ervaren gedragstherapeut.

Behandeling – In het intakegesprek werd het probleemgedrag geïnventariseerd aan de hand van door de patiënt ingevulde zelfbeoordelingslijsten (SCL-90, Arrindell, 1981; Sociale Angst Schaal, Willems e.a., 1973; Inventarisatielijst Dagelijkse Bezigheden, Kraaimaat e.a., 1976; Inventarisatielijst Lichamelijke Verschijnselen, Kraaimaat e.a., 1981). Aan het eind van dit gesprek werden de doelen en werkwijze van de behandeling uiteengezet. De rationale en de werkwijze van de behandeling werden tevens geëxpliciteerd in een brochure en een behandelingsovereenkomst. Ook werd, indien aan de orde, de afspraak gemaakt dat de patiënt de hoofdpijnmedicatie in overleg met de behandelend arts bij het begin van de behandeling geleidelijk zou afbouwen. De behandelingsovereenkomst werd in de eerste behandelzitting ondertekend door patiënt en behandelaar.

In deze individuele behandeling vonden gedurende 18 weken twee zittingen per week plaats van elk 45 minuten. De behandeling was opgebouwd uit de volgende onderdelen:

- ontspanningstraining (12 zittingen) gebaseerd op de progressieve relaxatiemethode van Jacobson. Vanaf de 3e zitting werden huiswerkopdrachten meegegeven.

- EMG-biofeedback (12 zittingen). De elektroden werden geplaatst op de m. frontalis (tweezijdig) en/of de pars descendens van de m. trapezius. Gebruik werd gemaakt van biofeedback-apparatuur van het type Myotron (R) 220 (Enting Cybernetics).

- activiteiten-regulatietraining (12 zittingen). Dit onderdeel was gericht op het leren van de volgende vaardigheden: eisen stellen aan jezelf die zijn afgestemd op de situatie en de eigen mogelijkheden, subdoelen en prioriteiten stellen, afwisselen van inspannende en ontspannende activiteiten, weigeren en delegeren van opdrachten. Ook werd, indien nodig, aandacht besteed aan het hervatten of uitbreiden van werkzaamheden, hobby's en sociale contacten.

Metingen – De volgende metingen werden gebruikt:

Hoofdpijnintensiteitsschaal. Op drie momenten van de dag (na het

ontbijt, voor het middag- en avondeten) gaven de patiënten de mate van hun hoofdpijn aan op een grafische schaal. Deze was in 20 punten onderverdeeld met als extremen 'geen hoofdpijn' en 'de sterkste hoofdpijn die ik ooit heb gehad'. De hoofdpijnintensiteit werd geregistreerd vanaf 1 week voor het begin van de behandeling tot aan het eind ervan en nogmaals gedurende 1 week bij de follow-up-meting (6 maanden na het beëindigen van de behandeling).

Hoofdpijnlijst. Gedurende een week voor het begin van de behandeling gaven patiënten dagelijks op een zogenaamde hoofdpijnlijst aan of ze die dag hoofdpijn hadden, het tijdstip en de duur ervan en het gebruik van medicatie. Deze lijst werd eveneens gedurende een week ingevuld aan het eind van de behandeling en bij de follow-up-meting.

Interne-Externe Controle Schaal (I-E, Rotter, 1966; Nederlandse bewerking door Andriessen, 1972). Deze schaal werd ingevuld bij voor-, na- en follow-up-meting. De schaal werd gebruikt als operationalisatie van de gegeneraliseerde verwachtingen van patiënten over de gevolgen van hun gedrag: worden deze gevolgen toegeschreven aan eigen gedrag of aan externe factoren (Klandermans & Visser, 1983). In de verschillende fasen van de behandeling werden de verwachtingen van patiënten beïnvloed doordat zij leren actief in te grijpen op pijngedrag, stressreacties en stresserende condities. We verwachten daarom dat patiënten na de behandeling de gevolgen van hun gedrag meer zullen toeschrijven aan hun eigen gedrag dan daarvoor.

Resultaten

Evaluatie van de behandeling – Van de 38 patiënten die aan het onderzoek deelnamen, stopten er 10 om diverse redenen met de behandeling. Het effect van de behandeling werd nagegaan bij de 28 patiënten die aan de gehele behandeling deelnamen. Met behulp van een variantieanalyse werd getoetst of er veranderingen optraden in hoofdpijnintensiteit, aantal dagen hoofdpijn per week en de I-E-scores (variantiea-

Tabel 1: Variantieanalyses voor hoofdpijnintensiteit, aantal dagen hoofdpijn en I-E-scores over voor-, na- en follow-up-meting

		metingen (df = 2)	error (df = 54)
hoofdpijnintensiteit	MS	91.74	5.11
	F	17.95**	
dagen hoofdpijn	MS	40.55	2.12
	F	19.13**	
I-E-schaal	MS	113.82	10.56
	F	10.78**	

** $p < .01$

nalyse met herhaalde metingen op een factor; Winer, 1971). De resultaten van de variantieanalyses zijn in tabel 1 samengevat.

Er werden significante verschillen gevonden tussen de metingen op de hoofdpijnintensiteit, het aantal dagen hoofdpijn per week en de I-E-schaal. De aard van de verschillen tussen de 3 meetmomenten werd nagegaan met een Newman-Keuls-toets (Winer, 1971). De hoofdpijnintensiteit, het aantal dagen hoofdpijn per week en de I-E-score bleken te verschillen tussen voor- en nameting en tussen voor- en follow-up-meting. Geen verschillen werden gevonden tussen na- en follow-up-meting. De behandeling resulteerde in een afname van de hoofdpijnintensiteit (voormeting $\bar{x} = 6.8$, nameting $\bar{x} = 3.9$ en follow-up-meting $\bar{x} = 3.5$), een afname van het aantal dagen hoofdpijn per week (voormeting $\bar{x} = 6.07$, nameting $\bar{x} = 4.11$ en follow-up-meting $\bar{x} = 3.89$) en een toename van de interne controle (voormeting $\bar{x} = 20.81$, nameting $\bar{x} = 18.07$ en follow-up-meting $\bar{x} = 16.78$). Bij de nameting bleek dat er meer patiënten weer aan het werk waren dan bij de voormeting (16 patiënten bij de voormeting en 24 bij de nameting; $p < .01$). Ook was het aantal dagen per week dat er medicatie werd ingenomen, drastisch vermindert (voormeting $\bar{x} = 3.9$ dagen per week, nameting $\bar{x} = 0.9$ dagen per week; Wilcoxon-toets, $p < .01$).

Evenals in het vorige onderzoek (Kraaimaat e.a., 1982) werd nagegaan welke variabelen het behandelingseffect voorspelden. Onderzocht werd de relatie van leeftijd, sekse, opleidingsniveau, duur van de klachten, aantal dagen medicatie per week en I-E-score bij de voormeting met de verbeteringspercentages op hoofdpijnintensiteit en aantal dagen hoofdpijn per week bij nameting en follow-up. Geen van de berekende rangordecorrelaties bereikte een significantiegrens van $p = .05$. Dit betekent dat geen van de genoemde variabelen bijdroeg tot de voorspelling van het behandelingsresultaat.

Knelpunten van de behandeling – De 28 patiënten die aan de behandeling deelnamen bleken als groep baat te hebben bij de behandeling. Een gelijksoortig resultaat vonden we in het onderzoek dat bij een geringer aantal patiënten werd uitgevoerd (Kraaimaat e.a., 1982). Aangezien het in beide onderzoeken ging om chronische spanningshoofdpijnpatiënten, die allen eerder zonder succes aan uiteenlopende andere vormen van behandeling hadden deelgenomen, kunnen we met dit resultaat tevreden zijn. Jammer genoeg kon geen antwoord gevonden worden op de vraag welke patiënten bij een dergelijke behandeling baat hebben. Zo bleken bijvoorbeeld leeftijd, opleidingsniveau en duur van de klachten geen verband te houden met verbetering aan het eind van de behandeling. Ook is nog onduidelijk wat er met de patiënten aan de hand was die geen enkele verbetering te zien gaven of de therapie voortijdig beëindigden. In evaluatiestudies wordt veelal niet ingegaan op drop-outs. Op zich is dat wel begrijpelijk daar er van deze patiënten veelal geen na- en follow-up-metingen beschikbaar zijn. In een kwanti-

tatief georiënteerd onderzoek valt er met deze groep patiënten dan ook niet veel te doen. Aan de andere kant verdienen kwalitatieve gegevens de voorkeur boven stilzwijgen. We zullen nu de gegevens weergeven die beschikbaar zijn van de patiënten die nauwelijks of niet verbeterden en van patiënten die met de behandeling stopten.

Patiënten die niet of nauwelijks verbeterden: van de 28 behandelde patiënten zijn er 8 die bij de nameting minder dan 33% verbetering vertoonden op hoofdpijnintensiteit en/of aantal dagen hoofdpijn per week. Zoals we eerder zagen werd het behandelingsresultaat niet voorspeld door variabelen als leeftijd, sekse, opleiding, duur van de klachten, het aantal dagen per week dat medicatie gebruikt werd en de voormetingscore op de I-E-schaal. Een analyse van de behandelingsverlagen van deze patiënten leverde de volgende gegevens op:

- de dagelijkse hoofdpijnscores zijn relatief hoog en fluctueren nauwelijks (3 patiënten);
- de patiënt rapporteert dat hij geen steun ondervindt van zijn omgeving of zelfs wordt tegengewerkt in het nastreven van de behandelingsdoelen (2 patiënten);
- in de behandelzittingen en daarbuiten is er sprake van een geringe mate van zelfwerkzaamheid. Zo worden bijvoorbeeld huiswerkopdrachten slechts na veel aandringen uitgevoerd (3 patiënten);
- tijdens de behandeling zoekt de patiënt een lichamelijke oorzaak voor zijn klachten. Soms wordt dit aangewakkerd door controlebezoeken aan en vervolgonderzoek van huisarts, neuroloog of een andere medisch-specialist (4 patiënten);
- ondanks de uitgebreide intakeprocedure komen bij twee patiënten tijdens de behandeling niet eerder gesignaleerde interfererende problemen naar voren. Bij de ene patiënt betrof dit een controledwang, bij de andere patiënt was dit een onverwerkt rouwproces.

Patiënten die de behandeling afbraken: van de 38 patiënten in ons onderzoek stopten er 10 voortijdig met de behandeling. Direct na de assessment en het ondertekenen van de behandelingsovereenkomst vielen 6 patiënten uit, 4 patiënten stopten met de behandeling na 4 tot 17 zittingen. Deze 10 uitvallers verschilden bij de aanvang van de behandeling niet van de patiënten die de gehele behandeling afmaakten in: leeftijd, sekse, opleidingsniveau, burgerlijke staat, duur van de klachten, verwijzende instantie (polikliniek psychiatrie of neurologie, huisarts), hoofdpijnintensiteit, aantal dagen hoofdpijn per week en score op de I-E-schaal (Mann-Whitney U-toets). Wel bleken de uitvallers in vergelijking met de andere patiënten meer dagen per week medicatie voor de hoofdpijn te gebruiken (uitvallers $x = 6.40$, overigen $x = 3.89$; Mann-Whitney U-toets: $p < .02$). De medicamenten die werden gebruikt behoorden tot de pijnstillers, tranquillizers en antidepressiva.

De argumenten om de behandeling af te breken die veelal bij telefonische navraag genoemd werden, geven enig inzicht in de achtergronden.

De patiënten die direct na de assessment en het ondertekenen van de behandelingsovereenkomst wegbleven, noemden de volgende redenen:

- achteraf toch best tevreden zijn met de WAO-uitkering (2 patiënten);
- geen vrij durven vragen voor de therapie bij de werkgever uit angst voor ontslag (1 patiënt);
- de tijdsinvestering is bij nader inzien te groot (1 patiënt);
- vrij zijn van hoofdpijn op dat moment (1 patiënt);
- neurotisch worden van het hele gedoe (1 patiënt, informatie via partner).

De 4 patiënten die tijdens de behandeling wegbleven noemden de volgende argumenten:

- medicatieafbouw vind ik een te groot probleem (2 patiënten);
- er is toch iets lichamelijks mis met mij, ik wil een medische aanpak (1 patiënt);
- hoofdpijn hebben vind ik minder vervelend dan een minder prestatiegerichte levenswijze (1 patiënt).

Discussie

Het behandelingsprogramma bewerkstelligde bij chronische spanningshoofdpijnpatiënten een afname van de hoofdpijnintensiteit, een afname van het aantal dagen hoofdpijn per week, een afname van het medicatiegebruik, een toename van interne controle en werkhervatting. De behandelingsresultaten stabiliseerden zich 6 maanden na de behandeling. Kennelijk hebben de patiënten in voldoende mate geleerd ook zonder behandelaar actief in te grijpen op pijngedrag en de condities die daarop van invloed zijn. De resultaten ondersteunen de bevindingen van een eerder verricht evaluatieonderzoek bij een geringer aantal patiënten (Kraaimaat e.a., 1982). Een gematigd optimisme is echter gepast omdat 29% van de behandelde patiënten nauwelijks of geheel niet verbeterden. Evenals in de vorige studie bleek ook nu geen van de biografische variabelen en klachtkenmerken het behandelingsresultaat te voorspellen. Evenmin werden tussen uitvallers en behandelde patiënten verschillen op deze variabelen gevonden, met uitzondering van een hoger medicatiegebruik bij de uitvallers. Dit houdt in dat criteria voor de indicatiestelling als leeftijd, opleidingsniveau en duur van de klachten niet relevant zijn voor de beschreven behandeling.

De kwalitatieve gegevens over de patiënten die niet verbeterden of voortijdig met de behandeling stopten, laten geen verregaande conclusies toe. Wel komen aspecten naar voren die voor bijstelling van de behandeling van belang zijn zoals: de invloed van de omgeving op de klachten, het toeschrijven van de klachten aan een lichamelijke oorzaak, afbouwen van het medicatiegebruik, de tijdsinvestering en zelfwerkzaamheid.

Allereerst zal in een aantal gevallen de invloed van de omgeving op het pijngedrag meer onder controle gebracht moeten worden. We denken daarbij aan de aanpak van de klachten consoliderende rol van de partner middels een beperkt aantal partner-relatiezittingen. De wenselijkheid daarvan kan nagegaan worden door de partner bij het intakegesprek te betrekken. Belangrijk lijkt het ook om de uiteenlopende contacten die patiënten soms onderhouden of weer opnemen met huisarts, medisch-specialisten en paramedici op vaste tijdstippen tijdens de therapie zichtbaar te maken en zoveel mogelijk op een lijn te brengen. Een nauwelijks op te lossen knelpunt bij patiënten die reeds lang een WAO-uitkering ontvangen en die geheel of gedeeltelijk verbeteren, is dat vermindering van de klachten soms nadelige financiële gevolgen heeft. Door de huidige ingezakte arbeidsmarkt is werkherwinning vaak een illusie en staat bij arbeidsongeschiktheid op langere termijn een vermindering van inkomen voor de deur.

Een tweede aspect dat aandacht verdient is voorlichting aan patiënten en significante anderen over hoe uiteenlopende psychosociale factoren en een bepaalde leefstijl van invloed kunnen zijn op lichamelijke klachten. De optie 'ziek, gek of simulant' leidt ertoe dat het als uiterst krenkend wordt ervaren als geconstateerd wordt dat er geen lichamelijke oorzaken voor de klachten aanwezig zijn en de hoofdpijn dus 'psychisch' is.

Een derde aandachtspunt is het afbouwen van het medicatiegebruik. Bij een deel van de 38 patiënten in dit onderzoek (ongeveer 30%) is er sprake van een excessief en langdurig gebruik van pijnstillers en/of tranquillizers. Een bijkomend probleem bij deze groep is dat het feitelijk gebruik door de patiënten aanvankelijk nogal onderschat wordt. Duidelijk is dat de aanpak die wij volgden (geleidelijke afbouw via een schema door de behandelend arts of specialist) bij sommige patiënten te kort schiet.

Een vierde element van belang is de investering die een behandeling vergt. Als behandelaars hebben wij vaak de neiging deze te onderschatten. Inclusief zittingen, reistijd en tijd nodig voor het uitvoeren van huiswerkopdrachten kost de hier beschreven behandeling ongeveer 6 uur per week. Het aspect van de tijdsinvestering zal explicieter in het intakegesprek besproken dienen te worden.

Als laatste verdient het ook aanbeveling om nog meer nadruk te leggen op de zelfwerkzaamheid van de patiënt in het uitvoeren van adequaat coping-gedrag. Wij denken daarbij aan het zelf registreren van de frequentie waarmee bepaald coping-gedrag wordt toegepast: bijvoorbeeld toepassen van differentiële ontspanning, bijstellen van eisen, stellen van prioriteiten, weigeren of delegeren van opdrachten en verzoeken. De zelfwerkzaamheid kan in de eindfase van de behandeling vergroot worden door het invoeren van een zogenaamde thuish therapie zonder behandelaar. In hoeverre een bijstelling van de behandeling op deze aspecten effectief is zal uit verder onderzoek moeten blijken.

Tot slot een kanttekening bij dit evaluatieonderzoek. Om de behandeling voor iedere patiënt zoveel mogelijk gelijk te houden werd gewerkt met een vast aantal zittingen en een gestructureerd behandelingsprogramma. Dit was nodig om een indruk te krijgen van wat een modale patiënt aan het behandelingsprogramma zou hebben. In de dagelijkse praktijk is een modale patiënt een fictie en zal maatwerk geboden zijn.

Literatuur

- Andriessen, J.H.T. (1972), Interne of externe beheersing. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 27, 173-198.
- Arrindell, W.A., en H. Ettema (1981), Dimensionele structuur, betrouwbaarheid en validiteit van de Nederlandse bewerking van de Symptom Checklist (SCL-90). *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 36, 77-108.
- Blanchard, E.B., F. Andrasik, T.A. Ahles, S.J. Teders en D. O'Keefe (1980), Migraine and tension headache: a meta-analytic review. *Behavior Therapy*, 11, 613-631.
- Blanchard, E.B., F. Andrasik, D.F. Neff, S.J. Teders, T.P. Pallmeyer, J.G. Arena, S.E. Jurish, N.L. Saunders, T.A. Ahles en L.D. Rodichok (1982), Sequential comparisons of relaxation training and biofeedback in the treatment of three kinds of chronic headache or, the machines may be necessary some of the time. *Behaviour Research and Therapy*, 20, 469-481.
- Fordyce, W.E. (1976), *Behavioral methods for chronic pain and illness*. The C.V. Mosby Company, Saint Louis.
- Friedman, A.P. (1962), Ad hoc committee on classification of headache: classification of headache. *Journal of the American Medical Association*, 179, 717-718.
- Haynes, S.N. (1981), Muscle-contraction headache: a psychophysiological perspective of etiology and treatment. In: *Psychosomatic disorders: a psychophysiological approach to etiology and treatment*. S.N. Haynes and L.R. Gannon (eds.), Gardner Press.
- Haynes, S.N., J. Cuevas en L.R. Gannon (1982), The psychophysiological etiology of muscle-contraction headache. *Headache*, 22, 122-132.
- Klandermans, P.G., en A.Ph. Visser (1983), Interne-externe beheersing en de theorie van het sociaal leren. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 38, 1-6.
- Kraaimaat, F.W., en C.M.J. van Dam-Baggen (1976), Ontwikkeling van een zelfbeoordelingslijst voor obsessief-compulsief gedrag. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 31, 201-211.
- Kraaimaat, F.W., L.H.P. Cuyper en C.M.J. van Dam-Baggen (1981), De Inventarisatielijst Lichamelijke Klachten. *Interne publikatie Academisch Ziekenhuis Utrecht*.
- Kraaimaat, F.W., C.M.J. van Dam-Baggen en P.K. van Dijk (1982), Spanningshoofdpijn: determinanten en behandeling. *Gedragstherapie*, 15, 2, 62-80.
- Leviton, A. (1978), Epidemiology of headache. In: *Advances in Neurology* (Vol. 19). Raven Press, New York.
- Orlemans, J.W.G., en R.J.A. Ten Doesschate (1976), Hartziektefobie: een ge-

dragstherapeutisch werkmodel voor behandeling. *Huisarts en wetenschap*, 19, 323-332.

Phillips, C., en M. Hunter (1982), A psychophysiological investigation of tension headache. *Headache*, 22, 162-165.

Post, D. (1980), *De huisarts en zijn hoofdpijnpatiënten*. Stafleu, Alphen aan den Rijn.

Rotter, J.B. (1966), Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80.

Sorbi, M., B. Tellegen en L. Vreeswijk (1984), Copingstrategieën bij migraine. *Gedragstherapie*, 17, 45-56.

Thompson, J.K., en J.L. Figueroa (1983), Critical issues in the assessment of headache. In: *Progress in Behavior Modification*. Hersen M., R.M. Eisler en P.M. Miller (eds), p. 81-111, Academic Press, New York.

Burg, M. van der, P. Defares, A. Garssen, J. Hoevenaars, H. Schipperheyn en J. Zwaan (1976), Het beïnvloeden van cognitieve processen bij psychosomatische en functionele klachten. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 2, 21-29.

Willems, L.F.M., H.A. Tuender-de Haan en P.B. Defares (1973), Een schaal om sociale angst te meten. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 28, 415-422.