

Psychologische factoren bij hoofdpijn

door J. A. R. Schulkes

Inleiding

Dit artikel draagt als titel psychologische factoren bij hoofdpijn. Het feitelijke onderwerp is echter beperkter dan de titel wellicht suggereert. Niet van alle vormen van hoofdpijn zullen hier de psychologische aspecten worden belicht. Hoofdpijnvormen die primair organisch bepaald zijn worden buiten beschouwing gelaten. Hiermee wordt niet geïmpliceerd, dat psychologische aspecten geen rol zouden spelen bij ontstaan en voortbestaan van deze hoofdpijnvormen. De organische determinanten van de hoofdpijn zijn hier echter primair, de rol van de psyche op zijn best secundair. Door deze uitsluiting laat het onderwerp van dit artikel zich reduceren tot die hoofdpijnvormen, die in belangrijke mate een psychogene oorsprong hebben. Het betreft de hoofdpijn van psychofysiologische en conversief/hypochondere aard. Dit is weliswaar een inperking van het onderwerp; het aantal patiënten met hoofdpijnklahten echter, dat in deze categorieën kan worden ondergebracht is en blijft immens. Bij het zoeken naar verlichting voor hun klachten consulteren zij vaak een veelvoud aan medische specialisten van diverse signatuur. In een tamelijk vroeg stadium van hun medische carrière worden zij gezien door de neuroloog. Indien geen duidelijk organisch defekt verantwoordelijk kan worden gesteld voor de klachten, worden deze patiënten in een later stadium – soms moet worden gesproken van een allerlaatste stadium – verwezen naar de psychiater. Verwezen, want deze gang is meestal niet geheel vrijwillig en hij wordt vaak gemaakt zonder grote positieve verwachtingen.

De conceptie van dit artikel vond dan ook plaats in de vrijwel dagelijkse confrontatie met mensen die hoofdpijn ook figuurlijk als hoofdklaht hebben. Tenslotte werd een tweeledige vraag geboren.

Schrijver is als klinisch psycholoog verbonden aan de vakgroep Psychiatrie van de Vrije Universiteit te Amsterdam. Hij is werkzaam op de polikliniek Psychiatrie en verricht daarnaast consultatieve werkzaamheden binnen de vakgroep Neurologie van de Vrije Universiteit. Beide vakgroepen zijn ondergebracht in de Valeriuskliniek te Amsterdam.

Eerstens: Is er enige systematiek in het psychologisch (dys-)functioneren van patiënten met hoofdpijnlachten? En ten tweede: Wat zijn de meest geëigende psychologische behandelingsmethoden voor deze categorie patiënten?

Ofschoon deze beide vragen nauw aan elkaar zijn gelieerd zal in dit artikel vooral worden getracht een antwoord te vinden op de eerste vraag en wel aan de hand van de literatuur die op het onderwerp betrekking heeft. Om de klachten in een psychologisch juist perspectief te zien, lijkt het noodzakelijk dat eerste enkele andere aspecten van hoofdpijn worden besproken. Summier worden daarom enkele historische, sociale en culturele facetten, die in relatie staan met hoofdpijn, aangeduid. Naar specifiek medische aspecten als symptomatologie, diagnostiek en classificatie wordt vervolgens beknopt verwezen. Bij het begrip pijn en de relatie tussen pijn en hoofdpijnlachten wordt iets uitgebreider stilgestaan.

Tenslotte wordt een overzicht gegeven van de psychologische factoren die een rol spelen bij hoofdpijnlachten.

Pijn en hoofdpijn

Hoofdpijn is een zeer frequent voorkomende kwaal. Dit feit wordt met niet aflatende ijver benadrukt door alle auteurs die het onderwerp behandelen. Martin (1966) noemt het zelfs met uitzondering van honger en vermoeidheid de meest voorkomende bron van fysiek ongemak van de mens. Interessante algemene beschouwingen over hoofdpijn worden gegeven door Frazier (1969), Fine (1969), Dalessio (1970), Lance (1975).

Wanneer we langs de sporen van de geschiedenis teruggaan in de tijd dan blijkt dat hoofdpijn ook een zeer oud verschijnsel is. Vrijwel overal ter wereld zijn schedels van aanzienlijke ouderdom gevonden die duidelijk de tekenen van trepanatie dragen. Uit cultureel-antropologische onderzoeken bij nog bestaande schriftloze of primitieve culturen leren we dat dergelijke schedelboringen ten doel hadden de ingevaren "hete, boze duivel" een uitgang naar buiten te bieden. Ook in onze eigen Friese terpen zijn dergelijke getrepaneerde schedels aangetroffen. Vaak overleefden de "geopeerden" hun behandeling kennelijk enige tijd. Of zij ook hoofdpijnvrij waren blijft gissen. In de oudste geschreven documenten treffen we reeds uiteenzettingen over hoofdpijn aan. Zeer oude Egyptische papyrusrollen, antieke Babylonische kleitabletten, millennia oude Indiase literatuur, bevatten allen beschrijvingen en behandelingsvoorschriften.

Lance (1975) haalt een 5000-6000 jaar oude Babylonische tekst aan, die een poëtisch relaas geeft van wat een helse kwaal kan zijn. Een paar regels kunnen dit illustreren.

Hoofdpijn zwerft over de woestijn, waait
als de wind
Flitst als de weerlicht, zij breekt beneden
en boven los

Psychologische factoren bij hoofdpijn

Ze staat vijandig tegen de reiziger,
verzengt hem als de dag
Deze man heeft zij getroffen en
Als iemand met een ziek hart wankelt hij
Als iemand beroofd van zijn verstand is
hij gebroken
Hoofdpijn waarvan men de koers evenmin
kent als de orkaan
Niemand weet hoelang zij zal duren
of met wie zij in verbinding staat.

Onze eigen culturele voorouders, de oude Grieken en Romeinen, maken in hun geschriften regelmatig gewag van hoofdpijn. Hippocrates (400 v. Chr.), beschouwd als een directe afstammeling van Asklepios en grondlegger van de medische ethiek, gaf al een heldere beschrijving van de klinische symptomen van migraineuze hoofdpijn. Aretaeus uit Cappadocië (90 n. Chr.) benadrukt dat hoofdpijn vaak gelokaliseerd is in één helft van het hoofd. Hij sprak van heterocrania. Deze zelfde eenzijdige hoofdpijn werd later door Galenus ($\pm$ 150 n. Chr.) hemicrania genoemd. De huidige term migraine stamt hier rechtstreeks vanaf.

Vanaf de derde eeuw na Christus tot de negentiende eeuw worden weinig ontwikkelingen gemaakt met betrekking tot wetenschappelijke bestudering van hoofdpijn. Men valt kritiekloos terug op oude descripties en prescripties.

In de 19e eeuw ondergaat de geneeskunst een hernieuwde bloei; beschrijving, klassificatie en therapie nemen een nieuwe wending en vlucht. Dit geldt ook voor het hoofdpijn-onderzoek. Bekend en klassiek zijn de werken van Tissot (1783), "Traite des nerfs et de leur maladies"; W. H. Day (1877), "Headaches"; E. Liveing (1873), "On megrim: sick, headache and some allied disorders: a contribution to the pathology of nerve-storms"; Gowers (1893), "Diseases of the nervous system". Tot de moderne klassieken behoort het werk van Harold G. Wolff: "Headache and other head pain" (1948/1963). Wolff en zijn leerlingen hebben baanbrekend werk verricht op alle terreinen van hoofdpijnonderzoek. Klinkende namen op dit gebied zijn verder Graham, Friedman en Dalessio.

Hoofdpijn is niet alleen een zeer frequent voorkomende ziekte, het is, zo zagen we, ook een zeer oude kwaal. Bovendien komt het wijdverbreid over de wereld voor. Op de rijstvelden van Java b.v. kan men vrouwen zien werken met "hoofdpijnbanden" om het hoofd.

Deze constatering met betrekking tot frequentie van voorkomen, ouderdom en verbreidheid van hoofdpijn hebben niet alleen waarde als curiositeit. Immers men stelt wel eens dat hoofdpijnklachten relatief vaker voorkomen in deze moderne tijd en binnen onze westerse cultuur. De oorzaak wordt dan veelal aangeduid als stress. Stress kan worden omschreven als een min of meer chronische onbalans tussen de capaciteit van een mens en de gelever-

de inspanning, vooral op psychologisch gebied. Het loon van de stress is veelal een lichamelijke kwaal. Het geïndustrialiseerde leven zou dit proces bevorderen. Het is even moeilijk bovenstaande stelling te ontkrachten als hard te maken. Interessanter is dan ook dat eruit blijkt, dat de notie, dat psychologische factoren een rol spelen bij ontstaan van hoofdpijnlachten, algemeen ingang heeft gevonden.

Als oorzaak voor hoofdpijn zijn in de loop der tijd diverse zaken aangewezen, waarbij zeker niet altijd verband werd gelegd met het psychologisch functioneren van de mens. Een interessant voorbeeld van een geheel andere causaliteit wordt gegeven door Charles Lepois (1714). Via nauwkeurig bijgehouden en beschreven observaties van zijn eigen hoofdpijnlachten komt hij tot de constatering dat er een oorzakelijke relatie bestaat tussen veranderingen in het klimaat en zijn klachten. Vooral het opkomen van de westenwind met regen en storm zou de klachten veroorzaken. Minder onderlegde mensen dan hij kan men ook nu tot soortgelijke spitsvondige conclusies horen komen. Het bewijst slechts met welk een wanhopige ijver mensen een verklaring en een oplossing zoeken voor hun kwaal. Dat zij er telkens weer in slagen om te zoeken op de verkeerde plaats is iets wat een psychologisch georiënteerde beschouwer geen toeval zal noemen.

De laatste honderd jaar heeft het zoeken naar psychologische factoren bij hoofdpijn, waarvoor geen duidelijke organische afwijkingen verantwoordelijk kunnen worden gesteld, een grote omvang genomen. De opkomst van de psychologie als wetenschap is hier zeker mede debet aan. De relevante psychologische factoren worden gezocht geheel binnen de persoon (intrapsychisch) of in de relatie tussen de persoon en zijn omgeving (interpsychisch of situationeel). Waar het accent wordt gelegd is afhankelijk van de theoretische oriëntatie van de onderzoeker binnen het studieveld der psychologie.

Vormen van hoofdpijn: klassificatie

Het belangrijkste kenmerk van hoofdpijn is, zoals het woord al aangeeft, pijn in het hoofd. Dalessio (1970) zegt ervan dat deze pijnklacht slechts in een minderheid der gevallen wordt veroorzaakt door een organische ziekte zoals b.v. een hersentumor. In verreweg de grootste meerderheid der gevallen vertegenwoordigt hoofdpijn een reactie van de kant van het individu op een omgevingsprikkel of op een stemmingsafwijking.

Het Ad Hoc Committee on the Classification of Headache (1962) komt tot een classificatie van alle hoofdpijnvormen in 15 categorieën. Niet alle categorieën zullen hier worden genoemd, omdat de organisch bepaalde hoofdpijnvormen hier niet op de eerste plaats van belang zijn. Psychiatrische of psychogene aspecten van hoofdpijn zijn volgens Frazier (1969) en Boag (1968) vooral aanwezig bij vijf van deze hoofdpijn categorieën. Het zijn:

1. vasculaire hoofdpijn: migraine

- A. klassieke migraine,
 - B. gewone migraine,
 - C. cluster migraine,
 - D. hemiplegische en ophthalmoplegische migraine,
 - E. gezichtsmigraine (onderste-helft-migraine);
2. musculaire hoofdpijn of spanningshoofdpijn;
 3. gecombineerde hoofdpijn van vasculaire en musculaire aard;
 4. hoofdpijn van het naso-vasomotore type;
 5. hoofdpijn van delusionele, conversieve en hypochondere aard.
- Deze vijf categorieën kunnen op hun beurt worden teruggebracht tot twee supra-categorieën. De eerste vier zijn te vangen onder de gemeenschappelijke noemer: hoofdpijn van psychofysiologische oorsprong. De laatste categorie kan wellicht worden aangeduid als de puur psychogene hoofdpijn-variant.

Frazier (1969) wijst erop dat elke behandelaar van hoofdpijn, inclusief de psychotherapeut, op de hoogte dient te zijn van de belangrijkste klinische symptomen van de bovengenoemde hoofdpijnvormen. Hier zullen ze niet worden herhaald, maar bekend worden verondersteld. Het is echter van minstens even grote importantie dat de behandelaar er weet van heeft hoe pijnklachten in het algemeen en in de regio van het hoofd in het bijzonder tot stand kunnen komen. Dit is niet alleen noodzakelijk voor een goed begrip, maar evenzeer van belang voor een juiste (psycho)therapeutische behandeling.

Pijn en hoofdpijn

Pijn: algemeen

Het onderwerp pijn mag zich de laatste jaren verheugen op een expansieve belangstelling. Wetenschappers van uiteenlopende discipline interesseren zich voor dit topic. De overweldigende mondiale en multidisciplinaire belangstelling van zowel referenten als auditoren voor het "Second World Congres on Pain" (1978) te Montreal is hiervan een goed voorbeeld. Tamelijk talrijk zijn de voordrachten die gewijd zijn aan hoofdpijn.

Aan pijn zijn fysiologische en psychologische kanten te onderkennen. Dikwijls zijn ze wel te onderscheiden, maar moeilijker te scheiden. Merskey en Spear (1967) beschouwen pijn als een psychofysiologisch fenomeen. Er bestaan diverse fysiologische theorieën om pijn te beschrijven. Pijn kan worden beschreven als veroorzaakt door prikkels die langs zenuwvezels gaan. De frequentie van de prikkeloverdracht bepaalt of deze op zich normale zenuwactiviteit wordt ervaren als pijn. Een uitbarsting van activiteit langs de zenuwvezels wordt centraal geïnterpreteerd als pijn (Noordenbos, 1959). De moderne neurofysiologische opvattingen over pijn steunen zwaar op het werk van Melzack en Wall (1965; Melzack 1973). Hun theorie staat bekend als de gate-control theorie. Zij postuleren in het ruggemerg een "poort" (de substantia gelatinosa) die bemiddelend optreedt zowel t.a.v. opstijgende zenuwprikkels van de diverse zenuwbanen als t.a.v. de afdalende impulsen die

een psychologische oorsprong hebben, zoals aandacht, anticipatie, vroegere ervaringen, angst. Deze theorie is hoofdzakelijk een neurofysiologische theorie, maar er worden pogingen gedaan om psychologische processen te verdisconteren. De beleving van pijn is hier afhankelijk gesteld van zowel fysiologische als psychologische factoren.

In een serie anatomische studies op neurochirurgische patiënten toonden Ray en Wolff (1940) aan dat niet alle structuren van het hoofd pijngevoelig zijn. De pijngevoelige structuren omvatten de huid van het hoofd en de bloedtoevoerende vaten, de hoofd- en nekspieren, de grote veneuze sinussen, delen van de dura aan de hersenstam, de durale arterieën, de intracerebrale arterieën, de 5e, 6e en 7e craniale zenuwen en de cervicale zenuwen. De schedel, het hersenweefsel, grote delen van de dura en pia mater, het ependym van de ventrikels en de plexa choroïdea bleken ongevoelig voor pijn.

Psychologisch gezien is pijn een subjectief fenomeen, een subjectieve ervaring. Het verschilt van andere perceptuele en sensoriële ervaringen in die zin, dat het gepaard gaat met belangrijke emotionele ervaringen en tamelijk subjectief wordt beleefd. Het pijngevoel en de pijndrempel zijn in objectieve zin bij ieder ongeveer hetzelfde, de reacties op de pijnprikkels verschillen echter nogal van individu tot individu op grond van persoonlijkheidsfactoren, waaronder vroegere ervaringen. In deze zin is ook hoofdpijn een subjectieve ervaring. Lance (1975) stelt nadrukkelijk: "Hoofdpijn is bijna geheel subjectief".

Merskey en Spear (1967) vatten de theoretische literatuur over psychologie en pijn samen in de drie volgende hoofd-theorieën. 1 - Pijn komt voort uit vijandigheid, en wel óf als een substituuat van onderdrukte vijandigheid (Eisenbud 1937, Weiss 1947) óf als een uitdrukking van schuld wegens openlijk getoonde vijandigheid (Engel 1951, 1956).

2 - Pijn hangt samen met een bepaald persoonlijkheidstype. De zogenaamde "pain-prone" patiënt gebruikt de pijnklacht als een communicatie middel en als een manier om emoties tot uitdrukking te brengen (Engel, 1958, 1959).

3 - Pijn ontstaat als gevolg van bedreiging van de integriteit van het lichaam. Het gevoel van bedreiging kan subjectief zijn en niet waarneembaar voor een buitenstaander: in dit geval wordt gesproken van "psychogene" pijn (Szasz, 1957).

Pijn en psychogene hoofdpijn

Onder psychogene hoofdpijn wordt hier verstaan, die hoofdpijn die niet organisch is bepaald en evenmin van psychofysiologische oorsprong is. Patiënten met dit type hoofdpijn klagen over pijn, terwijl er geen fysieke redenen voor zijn (Lance, 1978). Delusionele, conversieve, hypochondere hoofdpijnvormen horen boven in deze categorie thuis. Boag (1968) is van mening dat deze psychogene hoofdpijn in zuivere vorm slechts zelden voorkomt. Volgens hem is er steeds wel een lokaal focus te vinden, een locus minoris

resistentiae, waaromheen de symbolische spanning zich centreert.

Pijn en psychofysiologische hoofdpijn

Pijn in het hoofd is vrijwel altijd een gevolg van een psychofysiologische aandoening (Boag, 1968). De term psychofysiologische aandoening heeft de oudere benaming psychosomatische ziekte vervangen.

In de Diagnostic and Statistical Manual (DSM II, 1968, blz. 46) lezen we de volgende definitie: een psychofysiologische kwaal "... wordt gekarakteriseerd door fysieke symptomen, die worden veroorzaakt door emotionele factoren, en heeft betrekking op een enkel orgaansysteem, dat meestal onder controle staat van het autonome zenuwstelsel". Onder condities van angst of stress reageert het autonome zenuwstelsel met lichamelijke veranderingen, waarvan het doel ruwweg kan worden omschreven als "prepareren voor actie".

Cannon (1929) stelt nu, dat wanneer door het achterwege blijven van actie bij aanhoudende stress, een langdurige staat van "arousal" blijft gehandhaafd, dit tenslotte kan leiden tot irreversibele lichamelijke schade (zie ook Meijer en Chesser, 1970; Dunbar, 1954). Maar ook indien het niet tot irreversibele aandoeningen komt, kan een aanzienlijke hoeveelheid pijn worden gegenereerd. Stresserende omstandigheden zorgen voor activering van het sympathische deel van het autonome zenuwstelsel: bloedvaten en spieren zijn hier nauw bij betrokken. Juist deze structuren zijn van groot belang bij hoofdpijnvormen van psychofysiologische aard: de vasculaire en musculaire hoofdpijnvormen.

Het fysiologische mechanisme van pijn bij migraine-hoofdpijn wordt gewoonlijk verklaard op basis van het strekken van cerebrale en craniële arteriën als gevolg van vasodilatatie na een periode van vasoconstrictie. De gevoelige zenuwstelsels en zenuwknooppunten rond de vaten worden overmatig geprikkeld (Dalesio 1970).

Bij spierspanningshoofdpijn wordt de pijn veroorzaakt door een aanhoudende contractie van de spieren van de nek, de schedelhuid, de schouders en het gezicht. Deze contractie is chronisch, intens en abnormaal. De hoofdpijnlachten die hiervan het gevolg zijn kunnen weken, maanden of zelfs jaren aan een stuk voortduren. Wellicht ten overvloede zij er nogmaals op gewezen dat vasculaire en musculaire hoofdpijn vaak gemengd voorkomt.

Psychologische factoren bij hoofdpijn

Hoofdpijn: geconditioneerd gedrag of conflict

Hoofdpijn die niet primair organisch van aard is kan worden opgevat als gedrag. Ter verklaring van menselijk gedrag zijn twee uitgewerkte psychologisch theoretische systemen beschikbaar: de psychodynamisch/psychoanalytische theorie en het gedrags/leertheoretisch model.

Ook al zijn hun visies nogal uiteenlopend, basaal hebben zij in ie-

der geval één ding gemeenschappelijk nl. de niet altijd even duidelijk gestelde opvatting dat een mens een doelgericht wezen is. Dat betekent dat een mens voor hem (subjectief) belangrijke doelen tracht te verwezenlijken en dat hij evenzeer (subjectief) negatieve konsekwenties tracht te vermijden.

De leertheorie verklaring stelt dat gedrag tot stand komt en gehandhaafd blijft als gevolg van een drietal leerprocessen: klassiek conditioneren, operant conditioneren en imitatie-leren. Gedrag, waaronder ook lichamelijke reacties op situaties wordt verstaan, is conditioneerbaar. Dalessio (1962) denkt dan ook dat hoofdpijn ontstaat als onderdeel van een aangeleerd onjuist somatisch antwoordpatroon. In een serie ingenieuze experimenten toont Miller (1969) aan dat reacties van het autonome zenuwstelsel ook zeer goed instrumentaal en niet alleen klassiek te conditioneren zijn. Een deel van zijn onderzoek betreft met name de vasomotore responsen. Binnen deze opvattingswijze gehoorzaamt hoofdpijn aan dezelfde leertheoretische wetten als elk ander gedrag. Er is geen behoefte aan een speciale theorie.

De psychodynamische verklaring van gedrag verschilt nogal fundamenteel van de voorgaande. Uitgangspunt is dat een mens zich niet altijd bewust is van zijn innerlijke drijfveren. Onbewuste behoeften en driften kunnen met elkaar in conflict komen. Omgevingsvariabelen kunnen een sluimerend conflict actualiseren. Een conflict geeft angst en innerlijke druk. De uitingsvorm hiervan kan een lichamelijke klacht zijn, zoals hoofdpijn. De "keuze" van het orgaan waaraan de innerlijke spanning zich uit wordt in het geval van puur psychogene hoofdpijn bepaald door zijn functionele en symbolische betekenis. In het geval van psychofysiologische hoofdpijn wordt verwezen naar een specifieke constellatie van conflicterende aandriften. De eerste systematische studies naar de correlatie tussen persoonlijkheid en bepaalde organische ziekten werd gedaan door Dunbar (1935). Gesteld wordt dat de verschillende psychofysiologische ziektes het produkt zijn van onbewuste emotionele conflicten die specifiek zijn voor elke ziekte. Bij een ulcus ventriculi hoort een ander conflict, een andere persoonlijkheid dan bij astma. Lang voordat zij haar studies op schrift stelde werd reeds door vele onderzoekers naar de specifieke persoonlijkheid van de hoofdpijnpatiënt gezocht.

Hoofdpijn en persoonlijkheid

A. Persoonlijkheid en psychogene hoofdpijn

Eerder is al gesteld dat we hier onder psychogene hoofdpijn verstaan die hoofdpijnvarianten waarbij geen somatische aspecten in het geding zijn.

Hoe is deze hoofdpijn te begrijpen? Wat is te zeggen over de persoonlijkheid van patiënten die deze hoofdpijn hebben?

Pijn is voor de soma wat angst is voor de psyche: een waarschuwing tegen bedreiging van de integriteit. Wanneer men het Descartaans dualistisch denken eenmaal heeft laten varen, is het niet langer verwonderlijk dat pijn zo vaak geassocieerd wordt met angst

en angst met pijn. Zeker indien op grond van een ontwikkelingsstoornis de menselijke persoonlijkheid zich niet voldoende heeft gedifferentieerd, zal angst en pijn makkelijk in de ervaring van het subject dooreenvloeden en onderling verwisselbaar zijn. De aandacht voor het lichaam kan tegelijkertijd een afweersfunctie hebben ten aanzien van de psychische angst. Delusionele, conversieve, hypochondere hoofdpijnvormen kunnen zo worden begrepen. Patiënten met deze typen van hoofdpijn klagen over pijn terwijl er geen fysieke redenen voor zijn. Wel is steeds sprake van afgeweerde angst. Het lijkt niet overbodig om op te merken dat in deze gevallen er geen sprake is van "malingering", maar van een subjectieve ervaring die als pijn wordt bestempeld, ook al is die pijn gehallucineerd (Kolb, 1963).

Verschillende hypothesen zijn opgesteld om te verklaren waarom dit type juist bij een aantal patiënten in de regio van het hoofd wordt gelocaliseerd. Psychoanalytici hebben in navolging van Freud (1899) veel aandacht besteed aan de symbolische betekenis van deze hoofdpijn. Het hoofd representeert in deze gevallen de genitaalstreek. Er worden om dit te onderstrepen parallellen getrokken tussen beide regio's, waarbij wordt gewezen op de overeenkomstige aanwezigheid van lippen resp. uitsteeksel. Seidenberg (1947) beschrijft een patiënt bij wie de sexualiteit bijna letterlijk naar het hoofd was gestegen, en die hoofdpijn ontwikkelde. Alexander (1950) benadrukte dat hoofdpijn als conversie symptoom een grote verscheidenheid aan symbolische betekenissen kan hebben, afhankelijk van de subjectieve behoefte van elke individuele patiënt. Een andersoortige verklaring voor deze vorm van hoofdpijn wordt gegeven door Gittleson (1962). Hij stelt dat psychogene somatische symptomen worden gelocaliseerd in dat deel van het lichaam dat de patiënt beschouwt als van het grootste vitale belang, omdat het voor hem het symbool is van zijn ego.

Kolb (1963) meent dat leerprocessen m.b.t. "body-image, body concept" een belangrijk aandeel hebben in ontstaan van dit hoofdpijntype. Immers het hoofd heeft als zetel van ons bewustzijn, geheugen, intellectuele activiteiten een centrale plaats in onze opvattingen over onszelf en ons lichaam.

B. Persoonlijkheid en psychofysiologische hoofdpijn

1. Algemeen – Het idee van een specifiek emotioneel conflict behorend bij de verschillende psychofysiologische ziektes, is zo ver doorgevoerd, dat men de vasculaire en musculaire hoofdpijnvormen als twee fundamenteel andere ziektes beschouwde, waarbij ook onderscheiden persoonlijkheidsstructuren behoren. De resultaten van het onderzoek hiernaar zullen we apart bespreken voor beide typen van hoofdpijn.

2. Migraine hoofdpijn – Tot rond 1930 wordt in de psychiatrisch neurologische literatuur de constitutie aangewezen als hoofdverantwoordelijk voor het ontstaan van migraine (Ulrich 1912; Jelliffe en White 1915). Langzaamaan wordt het accent verlegd naar de rol die persoonlijkheidsfactoren spelen in het klachtenpatroon.

De opkomst van de psychoanalyse speelt hierin een belangrijke rol. Crookshank (1926) beschouwt constitutionele factoren als meebepalend bij migraine-hoofdpijn. Hij beschrijft zijn patiënten ook als onevenwichtig en gereserveerd. Hij vindt ze eerder denkers dan doeërs. Met Adler (1924) is hij de mening toegedaan dat aangeboren fysieke afwijkingen aanleiding geven tot minderwaardigheidsgevoelens en (over-)compensatie en dat op deze wijze de orgaanneurosen zoals hoofdpijn kunnen ontstaan.

Touraine en Draper (1934) gaan eveneens uit van de constitutionele meebepaaldheid van migraine. Volgens hen wordt de migraine-patiënt gekarakteriseerd door fysieke acromegaloïde trekken tezamen met een vertraagde emotionele ontwikkeling en een superieure intelligentie. Een dergelijk individu ontwikkelt migraine wanneer hij op eigen benen moet gaan staan. De feitelijke aanleiding is dan ook meestal het verlaten van het ouderlijk huis, d.w.z. het verlies van het beschermende milieu of liever nog van de moederlijke zorg. Alleen is hij niet opgewassen tegen de verantwoordelijkheden van het leven. Er ontstaat een innerlijk conflict tussen zijn hang naar vrijheid en zelfstandigheid en zijn gelijktijdige afhankelijkheid en angst.

Een soortgelijke opvatting was reeds eerder door Hilda Weber (1932) uiteengezet. Zij legt ook enige nadruk op het aspect van vijandigheid, dat in latere beschrijvingen van de persoonlijkheid van de migraine patiënt steeds meer opduikt. Migraine patiënten beschrijft ze als mensen met sterke onderdrukte schuldgevoelens, die voortkomen uit vijandige sentimenten t.o.v. mensen met wie ze in een nauwe affectieve relatie staan. Ze gedragen zich alternerend onderworpen of vijandig, wanneer ze oppositie ontmoeten.

Terzijde zij opgemerkt dat het element van boosheid in feite al veel langer bekend was. We lezen bij Jonckheere (1971) dat al in 1734 ene Junkerius kwaadheid als hoofdoorzaak voor migraine beschouwde en wel onderdrukte boosheid: "ira, in primis tacita et suppressa".

Op grond van psychotherapeutische ervaringen met een aantal migraine patiënten komt Frieda Fromm-Reichmann (1937) tot identieke conclusies als Weber. Zij meent dat migraine voorkomt bij mensen die hun gevoelens van vijandigheid en jaloezie, die in eerste instantie gericht waren tegen intellectueel briljante en/of geliefde personen, uit schuldgevoel op zichzelf richten.

Een tamelijk nieuw element wordt door Olga Knopf (1935) aan de beschrijving toegevoegd. Zij rapporteert uitgebreid over de seksuele problematiek van de migraine patiënt: bevredigende heteroseksuele relaties zijn zeldzaam. De gemiddelde migraine patiënt is volgens haar "of the goody-goody type, very ambitious, reserved, repressed, and "dignified", sensitive, domineering, resentful and possess very little sense of humor" (Knopf 1935, p 413).

Baanbrekend werk op het gebied van migraine hoofdpijn werd verricht door H. G. Wolff (1937, 1948). Zijn beschrijving van de persoonlijkheid van de migraine patiënt valt samen te vatten met de term compulsief karakter. Trefwoorden bij deze term zijn: am-

bitieus, perfectionistisch, twijfels, gebrek aan flexibiliteit, competitief. Hij komt tot deze conclusie op grond van een onderzoek bij een betrekkelijk kleine groep patiënten, maar beroept zich op steun van Fenichel (1934), die eenzelfde persoonlijkheidsprofiel schetst bij migraine patiënten. Herhaalde frustratie, onderdrukte boosheid en angst veroorzaken spanningen die de voedingsbodem vormen voor een migraine-aanval. Deze sentimenten ontstaan wanneer uit hun plichtsgetrouwe gedrag en grote inzet niet de verlangde liefde volgt vanuit de omgeving, maar slechts bewondering tesa-men met toenemende verantwoordelijkheden.

Selinsky (1939) sluit zich aan bij deze vergelijking tussen een migraine patiënt en een persoon met een compulsief karakter. Hij wordt getroffen door de schijnbare zelfverzekerdheid en zelfcon-trôle die deze patiënten aan de dag leggen. Na de 2e wereldoorlog blijft in de literatuur de beschrijving van de persoonlijkheidsstruc-tuur van de migraine patiënt ongeveer identiek aan wat tot dan toe was weergegeven. De accenten die gelegd worden verschillen ook nu van auteur tot auteur. Compulsiviteit, onderdrukte boosheid, (psycho-)sexuele problematiek zijn echter wel steeds terugkerende thema's.

Lippmann (1954), die droominhouden en droomvormen gebruikt als diagnosticum voor de vaststelling van migraine stelt nadrukke-lijk dat onderdrukte woede de aanleiding vormt voor de migraine aanval. Hij voegt eraan toe dat een aanval eindigt en wel vaak ab-rupt, indien de patiënt zich bewust wordt van zijn woede en er uit-ting aan geeft.

De personality-make-up van de migraine patiënt wordt door Kolb (1963) beschreven in de volgende termen: gespannen, bevreesd, angstig, sensitief voor het oordeel van anderen, snel verlegen, tob-berig, vol minderwaardigheidsgevoelens, besluiteloos, faalangstig, ambitieus en overconciëntieus. Voorwaar een heel arsenaal aan be-grippen. Via een analyse van de gezinstheorie van deze patiënten blijkt dat de etiologische momenten moeten worden gezocht in een opvoedingspatroon waarin vitterig, zeurderig en soms sadis-tisch gedrag veel voorkomt, terwijl normale assertiviteit niet wordt toegestaan en als onwelgevoeglijk wordt bestraft. Het kind ontwik-kelt op deze manier weinig of geen gevoelens van eigenwaarde. Integendeel, door de overprotectiviteit van de ouders staat een zo opgevoed persoon zonder adequate voorbereiding of ervaring in het leven. Hij is niet in staat aangepast uitdrukking te geven aan zijn gevoelens. Boosheid wordt onderdrukt, maar eveneens de sexualiteit, omdat hierop een zwaar sociaal taboe rust. De hoofd-pijn kan dan worden begrepen in symbolische termen als een po-ging om het hoofd boven water te houden. De spieren van het hoofd en de nek worden letterlijk gebruikt om het hoofd rechtop te houden, en in uiterlijke houding de angst en onzekerheid te verbergen.

De tot hier beschreven studies hebben vooral een anekdotisch en retrospectief karakter. De persoonlijkheidsbeschrijvingen van de diverse auteurs zijn gebaseerd op (min of meer systematische) kli-

nische observaties, psychotherapeutische behandelingsgegevens en algemene ervaringen. In recentere onderzoekingen wordt meer en meer gebruik gemaakt van psychologische onderzoekstechnieken: in eerste instantie klassiek projectieve technieken zoals de Rorschach, later ook gestructureerde interviews, systematische observaties en persoonlijkheidsvragenlijsten.

Ross en McNaughton (1945) vergeleken de Rorschach protocollen van vijftig personen met migraine met die van diverse contrôle groepen: patiënten met neurotische problematiek, intelligente personen zonder klachten, patiënten met hersenletsel, patiënten met psychogene hoofdpijn en patiënten met hoofdpijn zonder bekende oorzaak. Zij concludeerden dat alle genoemde persoonlijkheidskarakteristieken significant vaker voorkomen bij de migrainegroep met één restrictie nl. dat zij problemen in de agressieregulatie niet zo duidelijk konden vaststellen. De obsessief-compulsieve trek trof hen het meest.

In een goed gecontroleerde studie van Bihldorff, King en Parnes (1971) worden migraine patiënten, spanningshoofdpijn patiënten en niet-hoofdpijn patiënten met elkaar vergeleken, met betrekking tot persoonlijkheidstrekken, de expressie van boosheid en opvoedingspatronen. Data werden verzameld door middel van gestructureerde interviews, adjective check lists en scale items. Zij concluderen dat het algemene profiel van de hoofdpijngroep er een is van contrôle, van inhibitie van emotionele reacties van alle soorten, en van trekken die gewoonlijk met een compulsieve karakterstructuur worden geassocieerd. Bovendien benadrukken zij nog eens dat deze patiënten zich nauwelijks bewust zijn van het grootste deel van hun problematiek.

Al lijken de uitkomsten van alle onderzoeken steeds in dezelfde richting te wijzen, toch blijven twijfels bestaan over deze gegevens. Deze twijfels worden gevoed door het gezonde besef dat goed vergelijkend onderzoek met andere patiëntengroepen achterwege is gebleven en dat de data verzameld zijn op een geselecteerde populatie nl. van diegenen die een arts, meestal in een gespecialiseerd behandelingsinstituut, consulteren voor hun klachten.

Een psychodynamisch opgezette studie van Jonckheere (1971) ondervangt een deel van deze bezwaren. Hij vergelijkt migraine patiënten met twee patiënten-contrôle groepen, een bestaande uit patiënten met cardiovasculaire klachten en een uit hypertensiepatiënten. Zijn mening is dat chronische hoofdpijn en migraine gekoppeld zijn aan een obsessief karakter én onderdrukte agressie. Zij verschillen in dit opzicht van de contrôle groepen. Op grond van deze resultaten stelt hij vast dat de specificiteitshypothese niet alleen vruchtbaar, maar ook houdbaar is, mits zij wordt gemodificeerd in die zin dat men de specificiteit bestudeert op drie onderscheiden niveau's. De drie niveau's waarop specifieke oorzaken voor psychomatische ziekten kunnen worden bestudeerd zijn dan: 1. de ziekte komt voort uit speciale opvoedkundige attitudes van de ouders; 2. de ziekte is toe te schrijven aan een speciaal type persoonlijkheid; 3. de ziekte is gerelateerd aan een speciaal pa-

troon van actuele psychische gevoelens en omgevingsfactoren of beide. Bij migraine patiënten is er volgens Jonckheere sprake van specificiteit op het derde niveau. Een obsessieel karakter alleen leidt nog niet tot hoofdpijn. Hij benadrukt hiermee nog eens het zinvolle onderscheid tussen de tot een migraine aanval praedisponerende persoonlijkheidskarakteristieken en de actueel provocerende omstandigheden.

Vergelijkend onderzoek van Rogado, Harrison en Graham (1974) met behulp van de MMPI toont aan dat de obsessief-compulsieve trekken bij hoofdpijn patiënten, waaronder migraine patiënten, sterker zijn dan bij controle groepen, gezien het significante verschil in hoogte op de psychasthenie schaal. Er werd geen poging gedaan vijandigheid of boosheid te meten.

Een epidemiologisch onderzoek van Waters en O'Connor (1971) naar het voorkomen van migraine onder vrouwen, geeft als interessante uitkomst dat slechts de helft van de migraine patiënten zich voor onderzoek en behandeling aanmelden bij de geëigende medische instanties. Ook Rees (1971, 1974) wijst op dit probleem. De generaliseerbaarheid van het aangehaalde onderzoek wordt twijfelachtig. De mogelijkheid bestaat dat onder de "hulpzoekers" meer personen voorkomen met persoonlijkheidstrekken zoals angst, obsessionaliteit, preciesheid, zorg over hun gezondheid, dan onder hen die geen hulp inroepen. Uit de gegevens van eigen epidemiologisch onderzoek uitgevoerd met behulp van gestructureerde interviews en psychometrische tests, waarin vergelijkingen worden gemaakt tussen twee groepen hoofdpijn patiënten – zij die wel om hulp/behandeling komen en zij die dat niet doen –, een ander type psychofysiologische patiënten nl. astmalijders en niet-patiënten, concludeert Rees (1974) het volgende Emotionele factoren en stress zijn zaken die in belangrijke mate aanleiding kunnen geven tot migraine aanvallen. De aan een aanval voorafgaande stresserende levenssituaties zijn niet specifiek. Obsessionele trekken konden door hem niet worden vastgesteld bij migraine patiënten, wel een grotere mate van algemeen neuroticisme. De migraine groep bezat veel vijandigheid. In vergelijking met de random-sample groep, waren de trekken van vijandigheid groter bij de patiënten die hulp zochten voor hun kwaal. Rees benadrukt dan ook dat verder onderzoek plaats zou moeten vinden op random-samples van hoofdpijn patiënten.

Mersky (1975), een expert op het gebied van psychologische factoren bij pijn, deelt deze opvatting. Hij oppert de mogelijkheid dat de ziekte, in casu migraine, de persoonlijkheid van de zieke zodanig beïnvloedt, dat veranderingen optreden die tenderen naar een min of meer uniform beeld. Concluderend stelt hij dat het nog onbewezen is dat speciale persoonlijkheidstrekken anders dan angst praedisponeren tot migraine.

3. Spanningshoofdpijn – Onderzoek naar een specifieke persoonlijkheidsstructuur bij patiënten met spanningshoofdpijn is van relatief recente datum.

Friedman (1959) rapporteert dat spanningshoofdpijn is gerelateerd

aan een constant of periodiek emotioneel conflict. Ook Martin (1966, 1972) onderschrijft deze opvatting. Hij geeft de navolgende beschrijving. Spanningshoofdpijn is de fysieke expressie van een chronische staat van angst, soms geassocieerd met een obsessief-compulsieve reactie of met depressie. Deze patiënten zijn gewoonlijk sensitief, perfectionistisch, tobberig, chronisch gespannen. Als gecorreleerde symptomen worden vaak gevonden, gevoelens van irritatie, slaapproblemen en rusteloosheid. Ten aanzien van de genese van deze angst geeft hij een uiteenzetting die in alle opzichten gelijksoortig is aan die van migraine patiënten. Zijn onderzoeksmethodes bestaan uit psychiatrische interviews en psychometrische tests. Veel van zijn patiënten laten geen manifeste angst zien, maar gebruiken ontkenning om emotionele conflicten te hanteren. Het type conflicten bestrijkt het hele scala van situaties die normaal worden geassocieerd met angst, woede, frustratie. De problemen hebben dan te maken met afhankelijkheid, sexualiteit, controle over boosheid. In één derde van de onderzochte groep kwam ook psychoneurotische depressie voor als verschijnsel (zie ook Dalessio 1970). Hierbij kwam nadrukkelijk vaak slecht gecontroleerde boosheid of vijandigheid voor. De boosheid bleef covert. Ze staat in relatie tot ambivalentie t.a.v. een significante ander. De afhankelijkheidsbehoefte is vaak indrukwekkend. De afhankelijkheid is ambivalent en roept ook boosheid op. De behandelaar wordt hier vaak in betrokken (zie ook Sommer en Overbeck 1977).

In meer dan de helft van de gevallen was ook de secundaire winst indrukwekkend in de vorm van aandacht, onttrekken aan verantwoordelijkheden, controle over de omgeving.

Zoals gezegd is deze beschrijving vrijwel geheel overplaatsbaar naar migraine patiënten. Bihldorf (1971) vindt een duidelijk verschil tussen spanningshoofdpijn en migraine patiënten. Het verschil is echter niet kwalitatief, maar kwantitatief. Hij meent uit vergelijkend onderzoek te kunnen concluderen dat spanningshoofdpijn patiënten vergelijkenderwijs meer beschikking hebben over hun agressie en minder rigide zijn. Zij kunnen de bron van spanning eerder identificeren.

Dit onderscheid tussen spanningshoofdpijn patiënten en migraine patiënten krijgt meer betekenis in het licht van de door Alexander (1950) beschreven relatie tussen emotie en lichaamsreactie. Hij onderscheidt in het psychologisch/fysiologisch verloop van boosheid drie achtereenvolgende, in sequentie vastliggende fasen. Het zijn: de conceptuele fase, de fase van vegetatieve preparatie, en de neuromusculaire fase. In het eerste stadium wordt de agressieve daad in fantasie opgeroepen, gepland en voorbereid, vervolgens bereidt het lichaam zich voor op activiteit door middel van metabole veranderingen en distributie van het bloed en tenslotte wordt de agressieve handeling in spieractiviteit tot uitdrukking gebracht. Naarmate dit verloop zich verder afwikkelt, lijkt het moeilijker te worden zich onbewust te blijven van de agressieve emotie. Bij spanningshoofdpijn patiënten ligt de storing in de (re-)actie keten later dan bij migraine patiënten.

4. Varianten – Bij twee varianten van migraine, de "gewone" migraine en de cluster-hoofdpijn worden eveneens psychologische factoren (mede) verantwoordelijk gesteld voor het ontstaan van de klachten.

Dalessio (1970) noemt niet nader omschreven stressfactoren als bron van de pijnklachten bij "gewone" migraine. Deze hoofdpijn variant wordt ook wel aangeduid met termen als "weekend-hoofdpijn", "zondag-morgen hoofdpijn" of "ontspanningshoofdpijn". In rustperiodes zou de krampachtige spanning die deze patiënten normaal kenmerkt wegvallen, hetgeen de klachten zou oproepen (vasodilatatie).

Een andere verklaring wordt gegeven door Kolb (1963). Hij noemt de mogelijkheid dat in rustperiodes juist allerlei onbewuste fantasieën van conflictueuze aard zich opdringen. Daardoor ontstaat angst en daardoor meer hoofdpijn. Tenslotte moet het zeker niet uitgesloten worden geacht dat de feitelijke en actuele situatie, zoals sluimerende huwelijksconflicten, de reden vormen voor het ontwikkelen van hoofdpijn in zogenaamde rustperiodes.

Een poging om de persoonlijkheidskenmerken van "klassieke" migraine patiënten en clusterhoofdpijn patiënten van elkaar te differentiëren werd ondernomen door Rogado, Harrison en Graham (1974). Zij schrijven dat clusterhoofdpijn patiënten veelal de indruk wekken mensen te zijn met een grote mond en een klein hartje. Zij konden met behulp van de MMPI geen onderscheid in persoonlijkheidskenmerken aantonen tussen beide groepen, al lag de score voor hypochondere klachten hoger bij de clusterhoofdpijn groep. Alle hoofdpijnpatiënten konden worden beschreven met de inmiddels van migraine patiënten bekende kenmerken.

5. Samenvatting – Wanneer we de beschrijvingen van de persoonlijkheidsstructuur van de patiënten met diverse typen psychofysiologische hoofdpijn overzien dan valt op dat ze in hoofdlijn identiek zijn aan elkaar. Binnen alle variaties in persoonlijkheidstreken die de verschillende auteurs opnoemen blijken enkele gemeenschappelijke elementen steeds weer op te duiken. Deze hoofdpijn patiënten kunnen als volgt worden gekarakteriseerd: zij onderdrukken boosheid over gefrustreerde afhankelijkheidsbehoeften, zij inhiberen hun emotionaliteit, zij zijn rigide, ze hebben psychosexuele identiteitsproblemen.

Het is echter geenszins zeker dat alle hoofdpijn patiënten deze kenmerken bezitten. Mogelijk zijn ze alleen van toepassing op behandeling zoekende patiënten (Rees, 1974). En dan nog blijft de vraag bestaan of de kenmerken exclusief zijn voor behandeling zoekende hoofdpijnpatiënten. Wellicht is het "... a common personality syndrome associated with pain of non-organic origin" (Rogado e.a., 1974 p. 237). Ook Merskey en Spear (1967) wijzen in hun overzicht van psychologische theorieën over pijn op deze mogelijkheid. In een later geschrift gaat Merskey (1975) nog verder door te stellen dat sinds Dunbar te weinig is onderzocht welke invloed ziekte kan hebben op persoonlijkheidsverandering. De voor hoofdpijn patiënten als typisch beschreven gedrags- en re-

actiewijze is in dit geval eerder een gevolg van hun kwaal, dan een oorzaak ervoor. Het is zeker noodzakelijk om na te gaan of ziekte in het algemeen en bepaalde aandoeningen in het bijzonder leiden tot omschreven karakter (de-)formaties, al dan niet specifiek voor de betreffende kwaal.

Toch lijkt het wel vast te staan dat de persoonlijkheidsconstellatie gecombineerd met de daartoe geëigende omstandigheden ziekte (-gedrag) doen ontstaan.

Het onderzoek van Lange (1978) naar angst en neuroticisme bij het ontstaan van postpunctionele hoofdpijnlachten bevestigt dit nog eens. Deze studie is des te interessanter, omdat nu eens in prospectief werd gewerkt. Een willekeurig geselecteerde groep patiënten, die een lumbaalpunctie moest ondergaan, werd vooraf met gestandaardiseerde vragen en psychometrische tests (Eysenck-Personality-Inventory) onderzocht. Er bleek een duidelijk significant verschil te bestaan in angst- en neuroticisme scores tussen de groep die postpunctioneel hoofdpijn ontwikkelde en de postpunctioneel hoofdpijnvrije groep.

Het laatste woord in de kwestie van persoonlijkheidskarakteristieken en hoofdpijn is nog niet gezegd. De aandacht van de meeste onderzoekers echter is de laatste jaren verplaatst naar het terrein van de psychotherapeutische behandeling van hoofdpijnlachten, met name door middel van gedragstherapeutische technieken (Hay en Madders 1971, Yen en McIntire 1971, Mitchell 1971a, 1971b, 1976; Wickramasekera 1972, Budzynsky e.a. 1973; Sargent, Green en Walters 1973 a en b).

Algemene behandelingsaspecten

Bij het ontstaan en de verwerking van hoofdpijnlachten zijn twee groepen factoren van belang nl. fysiologische en psychologische. Meestal zijn ze sterk met elkaar verweven. Soms ligt het accent op de fysiologische determinanten, soms op de psychologische. De fysiologische processen die aanleiding geven tot hoofdpijnlachten voltrekken zich vooral aan de bloedvaten en de spieren in de betreffende regio. Diverse organische factoren kunnen reacties in deze structuren doen ontstaan die tot pijn leiden.

Conditionering volgens het klassieke of operante paradigma kan deze reacties eveneens teweeg brengen. Persoonlijkheidskarakteristieken die aanleiding geven tot een innerlijk conflict zorgen vaak voor aanhoudende fysiologische vigilantie die tenslotte pijnprikkels kan veroorzaken. Provocerende omstandigheden kunnen een conflict actualiseren en fysiologische reacties oproepen. Klachtgedrag over hoofdpijn kan zijn basis vinden in het voorbeeld van significante anderen en een middel vormen om (onbewuste) subjectieve doelen te bereiken. De hoofdpijnlachten zijn in een aantal gevallen symbolische uitdrukkingen van angst en bedreiging van de psychische integriteit en tegelijk een middel om deze angst af te weren.

De belangstelling voor psychologische factoren bij het ontstaan

van hoofdpijn kwam enerzijds voort uit de psychotherapeutische praktijk en heeft anderzijds deze zelfde praktijk hevig gestimuleerd. Naast de klassieke psychotherapeutische behandeling is het arsenaal van behandelingstechnieken de laatste decennia sterk toegenomen.

Als behandelingsmethoden voor de meer psychologisch bepaalde hoofdpijnvormen zijn nu te onderscheiden: farmacologische technieken (voornamelijk in de vorm van spierrelaxanta en vasoconstrictors i.e. ergotaminepreparaten), fysiologische-gedragstechnieken (biofeedback, relaxatie), gedragstherapeutische technieken (zoals desensitisatie, assertieve training), psychodynamische technieken (gesprekstherapie, psychoanalyse) en interpersonal, omgevingsbeïnvloedende technieken.

Elke oriëntatie claimt succes bij de behandeling van hoofdpijn. Het is echter waarschijnlijk dat een groter succes-percentages of een blijvender succes zou kunnen worden bereikt indien deze oriëntaties geen concurrerende positie t.o.v. elkaar zouden innemen, maar broederlijk zouden samenwerken in een behandeling die zo goed mogelijk is afgestemd op de individuele patiënt en diens omstandigheden, zoals Lambley (1978) deze beschrijft in zijn zeer genuanceerde "multiple paradigm treatment programme for migraine headache".

Literatuur

- Ad hoc committee on the Classification of headache, (1962) Special Report, *J. Amer. Med. Ass.* 179, blz. 717-718.
- Adler, A., (1924), *The practice and theory of individual psychology*, Harcourt, Brace & Co., New York.
- Alexander, F., (1950), *Psychosomatic Medicine*, New York.
- Bihldorff, J. P., S. H. King en L. P. Barnes, (1971), Psychological factors in headache, *Headache*, 11/13, 117-127.
- Boag, T. J. (1968), Psychogenic headache, in: P. J. Vinken en G. W. Bruyn (Eds), *Handbook of Clinical Neurology* (Vol. 5), Amsterdam, North-Holland Publishing Co.
- Budzynski, T. H., J. M. Stoyva, C. S. Adler en D. J. Mullaney (1973), EMG biofeedback and tension headache: A controlled-outcome study, *Psychosom. Med.*, 35, 484-496.
- Cannon, W. B., (1929), *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage*, New York, Appleton, Century, Crofts (2e Ed).
- Crookshank, F. G., (1926), *Migraine and other common neuroses*, London K. Paul.
- Dalessio, D. J., (1962), On migraine headache serotonin and serotonin antagonism, *J. Amer. Med. Ass.*, 181, (4).
- Dalessio, D. J., (1970), Headache, in: Costello Ch. G., (Ed.), *Symptoms of psychopathology: A Handbook*, New York, Wiley.
- Day, W. H., (1877), *Headaches: their nature, causes and treatment*, Churchill London.
- Diagnostic and Statistical Manual II, 1968.
- Dunbar, F. (1935), *Emotions and bodily changes*, Columbia University Press, New York.
- Dunbar, F., (1943), *Psychosomatic diagnosis*, New York, Hoeber-Harper.

- Eisenbud, J., (1937), The psychology of headache, *Psychiat. Quart.* II, 592-619.
- Engel, G. L., (1951), Primary atypical facial neuralgia. An hysterical conversion symptom, *Psychosom. Med.*, 13, 375-396.
- Engel, G. L., (1956), Studies of ulcerative colitis: IV. The significance of headache, *Psychosom. Med.*, 18, 334-346.
- Engel, G. L., (1958), "Psychogenic" pain, *Med. Clin. N. Amer.*, 42, 1481-1496.
- Engel, G. L., (1959), "Psychogenic" pain and the pain prone patient, *Amer. J. Med.*, 26, 899-918.
- Fenichel, O., (1934), *Outline of clinical psychoanalysis*, New York, Norton and Cie.
- Fine, B. D., (1969), Psychoanalytic aspects of head pain, in: Friedman A. P., (Ed.), *Research and Clinical Studies in Headache: an international review*, Vol. 2., blz. 169-194, Karger, Basel, New York.
- Frazier, S. H., (1969), The psychotherapy of headache, in: Friedman A. P. (Ed.), *Research and Clinical Studies in Headache: an international review*, Vol. 2., blz. 195-200, Karger, Basel, New York.
- Freud, S., (1954), *The origins of psychoanalysis, Sigmund Freud's letters*, Kris., E. (Ed), Basic Books, New York, blz. 272, brief 102.
- Friedman, A. P. en C. Benner, (1950), Psychological mechanisms in chronic headache, *Ass. Res. New. Dis. Proc.*, 29, 605-608.
- Friedman, A. P., (1958), Mechanism and treatment of migraine and tension headache, *Mississippi V. Med. J.* 80, 141-146.
- Fromm-Reichmann, F. (1937), Contribution to the psychogenesis of migraine, *Psychoanal. Rev.*, 24, 26.
- Galenus (1876) *De Compositione Medicamentorum Secundum Locos*, in Kuhn (Ed), *Tomus XII, Liber II, Cap. III (De Hemicrania)*, blz. 591, Lipsiae, C. Cnobochii, 1876.
- Gittleson, N. L., (1962), Psychogenic headache and the localization of the ego. *J. Ment. Sci.*, 108, 47-52.
- Gowers, W. R., (1893), *A manual of diseases of the nervous system*. Vol. 2 Churchill, London.
- Hay, K. M. en J. Madders, (1971), Migraine treated by relaxation therapy, *J. Ray. Coll. Gen. Practit*, 21, 664-669.
- International Association for the study of pain, (1978), *Second World Congres on Pain. Pain Abstracts: Vol. I*, Montreal, Canada.
- Jelliffe, S. E. en White, (1933), *Diseases of the nervous system*, Philadelphia, Lea & Felinger.
- Jonckheere, P., (1971), The chronic headache patient. A psychodynamic study of 30 cases: compared with cordio vascular patients, *Psychother. psychosom.* (Basel), 19/1-2, 51-61.
- Jonckheere, P., (1973), Les migraines psychosomatiques. A propos de 30 cas, *Psychother. psychosom.* (Basel), 21/1-6, 294-297.
- Knopf, O., (1935), Preliminary report on personality studies in 30 migraine patients, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 82, 270-285, 400-414.
- Kolb, L. C., (1963), Psychiatric aspects of the treatment of migraine, *Neurology*, 13, 34.
- Lambley, P., (1978), A multiple paradigm treatment programme for migraine headache, *Br. J. Med. Psychol*, 51, 103-110.
- Lance, J. W., (1969), *The mechanism and management of headache*, Butterworth, London.
- Lance, J. W., (1974), *Headache: understanding and alleviation*, Charles Scribnes & Sons, New York.
- Lange, H. U., (1978), Angst und Neurotizismus in der Genese von post-

- punctionellen Kopfschmerzen, *Nervenarzt* 49, 47-49.
- Lepois, C., (1714), *Selectorium observationum*, in: Boutestein, C., en Lange-rak J. A. (Eds.), *De Hemicrania*, Lugd. Batav. blz. 67-77.
- Lippman, C. W., (1954), Recurrent dreams in migraine: an aid to diagno-sis., *J. Nerv. Ment. Dis.* 120, 273-276.
- Leveing, E., (1873), *On megrim: sick-headache and some allied disorders*, Churchill, London.
- Martin, M. J., (1969), Tension headache, a psychiatric study, *Headache* 6, 47-54.
- Martin, M. J., (1972), Muscle-contraction headache, *Psychosomatics* Vol. 13, 16-19.
- Melzack, R., en P. D. Wall (1965), Pain mechanisms: a new theory, *Science* 150, blz. 971-979.
- Melzack, R., (1973), *The puzzle of pain*, Penguin education, London.
- Merskey, H. en F. G. Spear (1967), *Pain: psychological and psychiatric as-pects*, Baillière, London.
- Merskey, H., (1975), Psychiatric Aspects of migraine, in *Modern Topics in Migraine*, John Pearce (Ed), Medical Books London.
- Meijer, V. en E. S. Cheser (1970), *Behavior therapy in clinical psychiatry*, Baltimore: Penguin Books.
- Miller, N. E., Learning of visceral and glandular responses, *Science*, Vol. 163, 434-445.
- Mitchell, K. R., (1971a), A psychological approach to the treatment of mi-graine, *Brit. J. Psychiat.* 119, blz. 533-534.
- Mitchell, K. R. (1971b), Note on treatment of migraine using behavior the-rapy techniques, *Psychological Reports*, 28, 171-172.
- Mitchell, K. R., (1976), Self-management of tension headaches: a case stu-dy, *Behav. Ther. Exp. Psychiat.*, Vol. 7, blz. 387-389.
- Noordenbos, W., (1959), *Pain*, Amsterdam, Elsevier Publ. Co.
- Ray, B. S. en H. G. Wolff, (1959), Experimental studies on headache; pain sensitive structures of the head and their significance in headache, *Arch. Surg.* (Chic), 41, 813-856.
- Rees, W. L., (1971), Psychiatric and psychological factors in background to migraine, *The 4th migraine symposium*, Ed, J. H. Cunnings; Heine-mann, London.
- Rees, W. L., (1974), Personality and psychodynamic mechanisms in mi-graine, *Psychother. Psychosom*, (Basel), 23/1-6, 111-122.
- Rees, W. L., (1974), A controlled epidemiological study of the role of psy-chological factors in migraine, *Archivos de Neurobiologia*, Tomo 28, no. Extraordinario.
- Rogado, A. Z., R. H. Harrison en J. R. Graham, (1974), Personality pro-files in clusterheadache, migraine and normal controls, *Archivos de Neurobiologia*, Tomo XXXVII, No. Extraordinario.
- Ross, W. D. en F. L. McNaughton (1945), Objective personality studies by means of Rorschach method, *Psychosom. Med.* 73-79.
- Sargent, J. D., E. E. Green en E. D. Walters, (1973a), Preliminary report on the use of autogenic feedback training in the treatment of migraine and tension headaches, *Psychosom. Med.*, Vol. 35, no. 2, blz. 139-136.
- Sargent, J. D., E. E. Green en E. D. Walters, (1973b), Psychosomatic self-regulation of migraine headaches, *Seminars in Psychiatry*, Vol. 5, no. 4, blz. 415-429.
- Seidenberg, R., Psychosexual headache, (1947), *Psychiatr. Quart.*, 21, 351-360.
- Selinsky, H., (1939), Psychological study of the migranous syndrome, *Bull. New York, Acad. Med.*, 15, 757.

- Sommer, M. en G. Overbeck, (1977), Zur Psychodynamik der Kopfschmerzen, *Praxis der Psychotherapie*, Band XXII 117-127.
- Szasz, T. S. (1957), *Pain and pleasure: a study of bodily feelings*, London Tavistock Publications.
- Tissot, S. S. D. (1783), *Traité des Nerfs et de leurs maladies*, Paris, Lousanne.
- Touraine, G. A. en G. Draper, (1934), The migrainous patient: a constitutional study, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 80, 1 en 183.
- Ulrich, M., (1912), Beitrage zur Aetologie und klinische Stellung der Migraine, *Monat f. Psychat. u Neurol.*, 31, Eng. H., 134-203.
- Waters, W. E. en P. J. O'Connor, (1971), Epidemiology of headache and migraine in women, *J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.*, 34, blz. 149-153.
- Weber, H. (1932), The psychological factor in migraine, *Brit. J. M. Psychol.*, 12, 151.
- Weisse, E., (1947), Psychogenic rheumatism, *Am. Intern. Med.*, 26, 890-900.
- Wickramasekera, J. (1947), Electromyographic feedback training and tension headache: preliminary observations, *The American Journal of Clinical Hypnosis*, Vol. 15, no. 2, blz. 83-86.
- Wolff, H. G. (1948), *Headache and other head pain*, New York, 1963.
- Yen, S. en R. W. McIntire, (1971), Operant therapy for constant headache complaints: a simple response-cost approach, *Psychological reports*, 28, 267-270.