

# Psychische aspecten van hoofdpijn\*

DOOR PROF. DR. J. BASTIAANS TE LEIDEN

*Algemene inleiding.* Hoofdpijn is een speciale manifestatie van pijn. Van neuropsychiatrische zijde is over pijn veel gepubliceerd. Zo gaf *Buytendijk* belangrijke beschouwingen over dit probleem, in het bijzonder over de samenhang van pijn met het fysiologische, psychologische, pathologische en het persoonlijke gebeuren, kortom met het dierlijke en het menselijke Zijn.

Veel bekendheid in de neuropsychiatrische wereld verwierven *Wolf en Wolff*. De meeste later verschenen werken grijpen steeds weer op hun fundamentele studie terug. In Duitsland kreeg *Krischek* de nodige aandacht, doch in feite wordt in zijn boek aan de zuiver psychiatrische aspecten van hoofdpijn minder aandacht besteed dan aan de neurologische en internistische aspecten. Voor Nederland mogen verder worden genoemd *Noordendbos* en *Metz*. Een verzamelwerk verscheen onder leiding van *Bruyn*. Van belang voor psychiaters en huisartsen is vooral het recente verzamelwerk van *Friedman*. Hierin geeft Fine, een psychoanalyticus, een samenvatting van wat bekend is over de zuiver psychoanalytische aspecten van hoofdpijn, terwijl de psychiater Frazier een goed overzicht geeft over de classificatie van hoofdpijn en over de mogelijkheden van eenvoudige vormen van psychotherapie.

Vrijwel in alle studies komt naar voren dat hoofdpijn een van de meest voorkomende klachten is van de mens van deze tijd. *Wolf en Wolff* stelden reeds dat 80 procent van de volwassenen wel op enig tijdstip van het leven aan hoofdpijn lijdt. Men moet aannemen dat in tien tot vijftien procent van deze gevallen een grondig medisch onderzoek is geïndiceerd, ook al zou slechts één op de honderd patiënten een lijder kunnen zijn aan een duidelijk organisch bepaalde hoofdpijn, waarbij derhalve met de mogelijke aanwezigheid van een ernstige cerebrale aandoening moet worden rekening gehouden. De moderne neuropsychiater zal doorgaans hoofdpijn eerst dan behandelen wanneer het organische onderzoek zo volledig mogelijk is verricht. Toch bemerkt men in de praktijk nog te vaak dat hoofdpijn te snel als louter psychogeen wordt beschouwd. Dit moge aan de hand van een klinisch probleem worden toegelicht.

*Klinische inleiding.* Kort geleden is in een supervisie-situatie een korte psychotherapie betreffende het volgende probleem aan de auteur voorgelegd.

\* Voordracht, gehouden tijdens de Boerhaave-cursus Hoofdpijn in praktijk en kliniek, Leiden, mei 1969.

Een 27-jarige studente is sinds enkele jaren in behandeling wegens een ernstige vorm van migraine. Aanvankelijk werd zij geruime tijd door haar huisarts behandeld, doch deze droeg tenslotte de behandeling over aan een psychiater die tevergeefs gedurende een aantal maanden een poging deed om met gesprekstherapie de hoofdpijn te doen verminderen. Een tweede psychiater, ervaren in speciale ontspanningstechnieken, zag een soortgelijke poging evenmin met succes bekroond. Patiënte kwam daarna terug bij haar huisarts die, in het kader van een werkgroep voor medische psychologie, het geval aan de supervisor en de leden van zijn groep voorlegde.

Patiënte is verloofd met een student die op dezelfde dag jarig is als de vader van het meisje, een man die als een zeer dictatoriale en harde zakenman is getypeerd. Vader heeft in het verleden steeds op het standpunt gestaan dat meisjes niet moeten studeren. Moeder, die als gevoeliger wordt beschreven, heeft het karakterdefect van vader niet voldoende kunnen compenseren, althans niet in relatie tot het omgaan met de kinderen. Patiënte heeft als oudste van een groot aantal kinderen steeds haar best gedaan. Voordat zij kon gaan studeren heeft zij eerst een technisch baantje gehad waardoor zij zelf reeds enigszins in haar onderhoud kon voorzien. Daarna heeft zij bijzonder hard gestudeerd. Tijdens haar studie heeft zij door haar intelligentie en werkracht reeds zozeer de aandacht getrokken van haar universitaire leermeesters dat haar reeds voor het einde van de studie een universitaire loopbaan werd aangeboden.

Wat de psychiater opvalt is dat bij dit intelligente meisje de produktiviteit vooral in het laatste jaar is verminderd. Gemakkelijk is men geneigd om dit te interpreteren in de zin van: nu het erop aankomt moet zij falen in haar mentale produktie. Wanneer door de onderzoekers vragen werden gesteld in de richting van de psychoseksuele ontwikkeling, wist zij deze meestal sterk rationaliserend af te doen met opmerkingen als: „O ja, alle studenten coïteren wel eens”. De psychiaters, die haar behandelden, rapporteerden dat zij over schuld- en schaamtegevoelens slechts rationaliserend zou hebben gesproken. Van angst of onderdrukte angst zou niets zijn gebleken. Een der psychiaters sprak zelfs van een rancuneuze fallische persoonlijkheid, een vrouw die alle mannen en rivalen, onder wie wellicht ook de artsen en de verloofde, zou moeten castreren. Door een andere psychiater werd zij beschouwd als een ambitieus meisje met een geweldige „struggle for power”, terwijl ook de veel misbruikte term viel van „een masochiste die zichzelf uiteindelijk te gronde zal richten”.

De artsen, die haar behandelden, rapporteerden dat zij haar vrijwel nooit zagen huilen. Wanneer dat een enkele maal gebeurde wist zij het steeds stoer en krachtig te onderdrukken. De term „hardnekkig” is niet zonder zin gehanteerd bij de bespreking van haar persoonlijkheidsstructuur. De hoofdpijnaanvallen, waaraan zij lijdt, zijn inderdaad heftig, langdurig, hardnekkig, meestal van het type „tension headache”, doch soms ook meer traditioneel migraineus.

In de supervisie-situatie wordt dit geval naar voren gebracht door een der onderzoekers als een typisch voorbeeld van medische onmacht bij de behandeling. Aan de supervisor wordt de vraag voorgelegd wat er met deze patiënte verder kan of moet gebeuren.

Het antwoord is duidelijk: „Is dit meisje werkelijk volledig onderzocht? Indien dit niet zo is, dan

moet men niet klakkeloos met een nieuwe vorm van psychotherapie beginnen. Dit is slechts dan geïndiceerd wanneer men werkelijk positieve gronden heeft voor het aannemen van een psychogene hoofdpijn”.

Het is niet onmogelijk dat in het kader van de groepsbespreking het een opluchting zou kunnen zijn voor de groepsleden wanneer ook de supervisor in deze zijn medische onmacht zou moeten erkennen. Daarvoor is het echter nog te vroeg. Vandaar dat het zin heeft om, tegen de achtergrond van de in dit geval bedreven polypragmasie, de neuropsychiatrische denkmodellen te hanteren, die thans voor de analyse van psychoneurotische en psychosomatische beelden beschikbaar zijn.

*Een bruikbaar denkmodel voor de analyse en de rubricering van hoofdpijn en andere orgaanneurotische of psychosomatische symptomen.* In de Leidse psychiatrie wordt in de laatste jaren systematisch gebruik gemaakt van een psychodynamisch persoonlijkheidsmodel, waarbij wordt uitgegaan van de indeling in psychische structuren van ego, superego en Es. Daarbij wordt het ego of Ik in psychobiologische zin opgevat als het regelcentrum van de psyche dat de activiteit van de in het instinctieve gefundeerde actiepatronen regelt. In psychologische zin wordt het Ik aangeduid als het centrum van denken, beleven en ervaren. Intelligentie, bewustzijn en beleven worden dan als voornaamste aspecten van het Ik beschouwd, ook al kan men daaraan ook tal van andere aspecten onderkennen.

Om aan te geven op welke wijze het evenwicht van de persoonlijkheid-in-situatie kan worden verstoord, wordt gebruik gemaakt van een model van de „traumatische situatie”. Wanneer, door welke stress dan ook, het psychofysische organisme wordt aangetast, wanneer de normale aanpassingspatronen niet toereikend zijn om doorbraak van de „Reizschutz” af te wenden, dan kan het organisme — indien dit niet terstond in shock geraakt — zodanig worden gealarmeerd, dat men van de traumatische situatie kan spreken. De symptomatologie van de alarmsituatie is overwegend een neurastheen-symptomatologie. Deze symptomatologie kan het beste worden begrepen wanneer men uitgaat van een overmatig gebruik van de actiemogelijkheden van de normale oriëntatie-reflex van Pavlov. De daaraan inherente attentie-activiteit — men heeft wel gesproken van de „wat-is-het-reflex” — wordt in overmaat tot een psychobiologische alarmactiviteit van de verschillende orgaan-systemen, die zich dan manifesteert in symptomen van prikkelbaarheid, onrust, nervositeit. Tot de voornaamste affectieve aspecten van deze humane alarmapparatuur worden gerekend pijn, angst, schuldgevoel en schaamtegevoel, ook al dient erop te worden gewezen dat in feite alle gevoelens een zekere alarmfunctie hebben; zij lichten het subject in hoe het met hem staat en wat het op een bepaald moment kan verwachten.

*Pijn* is bij uitstek alarm bij de ervaring en de beleving van lichamelijke beschadiging. Pijn stimuleert tot doeltreffend verweer. Hoe pijnlijk ook het pijngevoel kan zijn, dit „malum” is in feite een voortreffelijke assistent bij het ontwikkelen van een plan tot aanpassing en verdediging, mits dan ook pijn in een zodanige intensiteit wordt gebruikt, dat deze is aangepast aan de beschadiging en dat hierdoor ook de kans optimaal wordt om aanpassing of optimale ontwikkeling van aanpassing te garanderen.

*Angst* is bij uitstek alarm bij bedreigde existentie. In het vlak van het humane is angst vóór alles verwachtingsangst, verwachting voor dreiging van binnen uit, vanuit de eigen lichamelijke of psychische structuur, of verwachting voor dreiging vanuit de buitenwereld.

*Schaamtegevoel* is bij uitstek alarm van de ideaalkant van het superego. Schaamte laat de mens weten dat hij achterblijft of dat hij is achtergebleven bij het realiseren van zijn gezonde of neurotische idealen.

*Schuldgevoel* is bij uitstek alarm van het geweten, alarm derhalve van de strenge zijde van het superego. Schuldgevoel roept in feite steeds het besef op dat de mens, al dan niet tijdelijk, buiten spel is in de gemeenschap waarin hij leeft.

Aangezien in de humane belevingswereld ervaring van aantasting van de lichamelijke of van de gehele existentie en verwachting van te ervaren aantasting uiterst nauw met elkander zijn verbonden, is het ook begrijpelijk dat de activiteit van de humane alarmapparatuur nu eens meer met verwachting (angst), dan weer met de ervaring van traumatisering (pijn) is verbonden en dat ook de verschillende alarmfacetten vicariërend kunnen fungeren in dienst van de waarschuwing. Aldus kan angst tot pijnlijke angst worden en kan pijn een zeer beangstigende of angstwekkende ervaring zijn. Men spreekt van pijnlijke schaamte en van pijnlijk schuldgevoel. Daarmede wordt ook in de taal reeds aangegeven hoezeer de alarmemoties die zowel naar het gevoels- als naar het gedragsaspect kunnen worden geanalyseerd, ten nauwste met elkander zijn verbonden. Ook is bekend hoe de ervaring van pijn in feite steeds optreedt bij de-mens-in-situatie en hoe derhalve het optreden van pijn onlosmakelijk is verbonden met de attitude van de betrokkene tegenover deze situatie, dus ook met de verwachtingen welke hij ten aanzien van deze situatie koestert.

In de Leidse Psychiatische Universiteitskliniek vond Schlemper (1964) een mogelijkheid om met de door hem gevonden C.N.V.-bepaling — dus via meting van de zogenaamde „expectancy-wave” van Grey Walter — aan te tonen hoe de sensatie van pijn direct afhankelijk is van de verwachting in de situatie. Deze pijnsensatie kon met behulp van hypnose tot verdwijnen worden gebracht wanneer in de hypnotische situatie de verwachting ten opzichte van de situatie werd veranderd. Werde de-

ze als mild en niet-bedreigend voorgesteld dan nam de pijn af.

Ten aanzien van het functioneren door middel van verwachting en alarm kan, zoals ook bij andere humane functies, worden gesteld dat deze actiemogelijkheden in de loop van de ontwikkeling moeten worden geleerd. Dit geldt in het bijzonder voor het leren omgaan met de alarmgevoelens en derhalve ook met elk gevoel waaraan ook maar enigszins het aspect van alarm kan worden onderkend. Aldus ontwikkelt de mens zijn emotionele actiemogelijkheden, door Huxley ook wel de „non-verbal human potentialities” genoemd. Aan het leerproces ten aanzien van deze actiemogelijkheden hapert in onze cultuur nog veel.

Sommige gevoelens en emoties worden te vroeg, andere worden te laat geleerd en gecultiveerd met als gevolg dat men nimmer soepel er mede omgaat. Veel vroeg-kinderlijk gevoel wordt, vooral onder de druk van de leerprocessen van de zogenaamde kennende functies van de rationele intelligentie, te vroeg gesmoord met als gevolg dat de betrokkenen in hun latere levensfasen te weinig over de nuttige „feed-back” rapportage van hun gevoelsleven kunnen beschikken. Educatie, onderontwikkeling, neurotisering, psychopathisering en dergelijke zijn alle processen die de integratie van gevoel en verstand onder bepaalde omstandigheden zowel kunnen bevorderen als kunnen doen mislukken. Dit heeft tot gevolg dat bij een disharmonische ontwikkeling in deze zin soms te weinig efficiënt of te disharmonisch wordt gebruik gemaakt van de mogelijkheden van de alarmapparatuur.

Wat de pijn betreft impliceert deze beschouwing dat hyperesthesie en hypesthesie niet alleen fenomenen kunnen zijn van een organisch of fysiologisch tekort, doch ook eindresultaten van een bepaalde disharmonische functietraining op psychisch niveau.

In de meest onspecifieke zin kan pijn dan ook worden ervaren bij die aantasting van de lichamelijke welke gepaard gaat met de neurasthene labiliteit die de alarmtoestand van het organisme kan kenmerken en die vaak als hyperesthetisch emotioneel syndroom wordt aangeduid. Soms ook spreekt men daarbij van een toestand van pijnlijke angst of van pijnlijke spanning. Dan is pijn op te vatten als de normale begeleider in de belevingswereld van verstoring van evenwicht, meestal vergezeld door de wekroep van de andere alarmfenomenen. Op deze wijze kan ook de meest gezonde mens onder invloed van oververmoeidheid, infectie of een ander organisch gebeuren, op een gezonde wijze pijn ervaren. Hoofdpijn maakt hierop geen uitzondering en in deze context behoeft hoofdpijn slechts als deelfenomeen van een algemene overgevoeligheid te worden beschouwd.

In de laatste jaren is in de psychiatrie vooral het inzicht gegroeid dat de alarmsituatie, te zien als een situatie van „arousal”, het individu principieel kan aanzetten tot de twee fundamentele actie-

of reactiemogelijkheden, namelijk van gevecht („fight”) en van vlucht („flight”), of tot een combinatie van deze twee. De grote psychopathologische syndromen en reactiewijzen kunnen daarbij elk voor zich worden gezien als de overdreven en eenzijdige kristallisaten van een aanpassingsproces dat zich overwegend in een der beide genoemde dimensies van vechten of vluchten voltrekt.

Lukt de aanpassing, dan kunnen de activiteiten van de alarmapparatuur worden beëindigd. Zij hebben het organisme en het individu dan kennelijk in een nieuwe evenwichtstoestand gebracht. Lukt evenwel de aanpassingsstrategie niet of komt deze slechts gedeeltelijk tot ontwikkeling, dan ontstaan in klinische zin syndromen die zijn gekenmerkt door een compromis van alarm- en aanpassingssymptomatie. Een angstige depressie is, psychopathologisch gezien, te beschouwen als een compromis van een bepaalde fight-flight verwerking, geassocieerd aan het alarmfenomeen van de angst.

Gaat men na wat zich in onze cultuur veelal manifesteert bij beginnende aanpassing, dan is dat een psychobiologische overactiviteit. Wanneer deze overactiviteit niet uitgroeit tot ongecontroleerde agressie, dan ontstaan de zogenaamde spanningsyndromen die als manifestaties van overmatige beheersing, controle en verdringing kunnen worden aangeduid. Het klinische eindresultaat is veelal een neurotische of psychosomatische toestand waarbij soms meer het pathologische aanpassingsaspect, soms meer het alarmspect overheerst.

Komt het organisme vanuit de alarmsituatie terstond in een toestand van vlucht, apathie of uitputting, dan zullen de spanningsfenomenen uitblijven. Welke symptomen men ook ziet, hoofdpijn zal in dat geval meestal uit het klinische beeld verdwijnen; er blijft als het ware te weinig energie of te weinig vechtlust over om het ook maar tot pijn te kunnen brengen.

Treedt tenslotte als gevolg van een persisterend alarm of een persisterend spanningsyndroom de pijn langdurig in verhoogde intensiteit op, dan dient de vraag te worden gesteld wat in deze de specificiteit van het alarm is en welke specificiteit aan de aanpassingsstrategie mag worden toegekend.

*Vormen van hoofdpijn tegen de achtergrond van alarm- en aanpassingsactiviteit.* In de psychiatrische literatuur zijn de twee grootste groepen van psychogene hoofdpijn doorgaans die van „tension headache” en migraine. Frazier (1969) refereert de opvatting dat psychogene hoofdpijn symptoom kan zijn van een symbolisch pogen om een probleem op het niveau van de intrapsychische fantasie op te lossen. Daarnaast kan hoofdpijn een component zijn van een intrapsychisch conflict dat somato-psychisch of psychosomatisch kan ontstaan. In de meeste gevallen treft men bij onderzoek van de patiënt met psychogene hoofdpijn onderdrukte agressie, protest tegen autoriteit, vaak ook remming

van seksuele impulsen aan. Bij het onderzoek moet worden gelet op de psychosomatische interrelaties, op psychogene verandering van de contractie van bloedvaten, op psychogene spiercontractie vooral in nek en hoofd-nekovergang, op psychogene verandering van endocriene activiteit en op een dispositie om psychische conflicten overwegend in het lichamelijke te converteren.

Tegen de achtergrond van de voorafgaande beschouwingen over alarm en aanpassing moet de „muscle tension headache” overwegend worden gezien als een spanningssyndroom tengevolge van een musculaire overactiviteit bij aanpassing vanuit de alarmsituatie in de richting van „fight”. Bij het klinische onderzoek geven deze patiënten met hoofdpijn dan ook meestal blijk van een langdurig ingehouden overactiviteit.

De vraag evenwel waarom de pijn zich dan vooral aan het hoofd manifesteert laat zich echter niet zonder meer beantwoorden. Het is bekend hoe bij de „tension headache” in sommige gevallen het conversiemechanisme een rol kan spelen. Dan dient de vraag te worden gesteld of de hoofdpijn symptoom is van een hysterische conversie, dat wil zeggen vorm van een persisterende noodkreet of onderdrukte noodkreet waarmee de betrokkene in-de-overdrijving aandacht van de omgeving tracht te vragen. De histerie is in de moderne opvatting te zien als ziekte van de overdrijving. Het kind, dat zich door de ouders verlaten voelt, tracht normaliter door middel van een versterkte schreeuw of een andere vorm van versterkte activiteit de aandacht van de omgeving te herkrijgen. Een dergelijke psychische strategie moet als onderdeel van een normaal aanpassingsproces worden beschouwd. De kinderlijke aandachtstrekker wordt echter pas dan tot hystericus of tot kandidaat voor histerie, wanneer het opvoedingsmilieu hem langdurig doet oscilleren tussen de belevingen van „groot” en van „klein”, waarbij het kleine in feite steeds groot moet worden om de eenmaal ervaren insufficiëntie van het klein-zijn of klein-moeten-zijn te compenseren.

Soms kan de hysterische hoofdpijn verdwijnen wanneer de betrokkene voldoende aandacht van de omgeving heeft gekregen. Meestal zal men echter moeten trachten de grondstructuur van de histerie zodanig af te zwakken dat het aandacht trekken niet meer tot pijn kan leiden.

Doorgaans is in onze cultuur het reageren met overmaat of met overdrijving van acties van angst, schuld, schaamte en pijn, een weinig geaccepteerde of weinig beloonde aanlegenschap. Reeds bij het jonge kind wordt men veelal getroffen door een pogen om het reageren in overmaat niet zozeer te investeren in de expressie van emotie als wel in de remming daarvan. Resultaat is het bannen van gevoelens uit de belevingswereld, doch dit geschiedt in een toestand van gespannenheid. Men kent dan geen schuld en geen schaamte of angst; men houdt zich groot, doch de musculaire overactiviteit, die in

dienst staat van de verdringing van deze gevoelens, leidt op den duur tot pijn, vooral wanneer de beheerste en gespannen aanpassing het individu in feite zich meer tegenover de wereld doet opstellen dan dat hij soepel of tactvol aan deze wereld deel heeft.

Volgens deze zienswijze kan „tension headache” worden beschouwd als het capitale symptoom van een intrapsychische strijd van, wat Prick (1967) noemt het cultuurlijke en het natuurlijke.

„Muscle tension headache” komt bij de thans heersende westerse cultuurpatronen bijzonder veel voor. Volgens *Friedman* kan men binnen een groep van patiënten met evidente hoofdpijn veelal bij 40 procent van deze patiënten een „tension” headache” aantreffen. Veelal gaat deze hoofdpijn dan gepaard met andere orgaanneurotische of andere psychosomatische syndromen. Ook in de Leidse kliniek wordt dit soort hoofdpijn gezien als symptoom van een orgaanneurose; lichaam, bewegingsapparaat, in het bijzonder de hoofd-nek-rompverbinding, krijgen daarbij een bijzondere betekenis voor het afreageren van spanning, een vorm van reageren waarbij de symbolische motivatie zelden ontbreekt.

Wanneer de psychogene „tension headache” evenwel in een migraine van psychogeen-vasculaire origine overgaat, dan wordt deze hoofdpijn veelal meer eenzijdig en bij uitstek een monosymptomatisch symptoom, waarin de onverwerkte spanningen van een op specifieke wijze gespannen persoonlijkheid zich manifesteert.

Reeds in 1877 werden deze migrainelijders door W. H. Day beschreven als: „Persons of nervous temperament and delicate organization. They tend to surrender themselves to the irresistible evil without comment and without murmur. They feel it approaching as a certainty from which there is no escape; whose blood is neither diminished nor impoverished, and whose musculature development and robust appearance indicate the soundest health”. En even later: „It selects persons of high culture and vivid imagination”.

Eerst veel later worden de migrainelijders in de psychosomatische en psychiatrische literatuur beschreven als te zijn gekenmerkt door een uiterst sensitieve persoonlijkheid: „meticulous and neat, rigid in thinking, tense, ambitious, apparently submissive and yet domineering”. In Nederland gaf Van der Does de Willebois (1950) een fraaie beschrijving. Groen en zijn medewerkers omschreven destijds vanuit de Amsterdamse psychosomatische werkgroep de lijder aan migraine als een dwangmatige persoonlijkheid, „hoofs” en beschaafd in optreden, uiterst gevoelig voor narcistische krenking, sterk geremd in het afreageren van agressie, waarbij de agressie, voor zover geuit, meestal „in het puntje van de tong” wordt geëffectueerd.

De levenssituatie waarin de psychogene migraineaanval kan optreden induceert bij de betrokkene meestal een narcistische krenking. Prompt

daarna kan de betrokkene zichzelf ervaren als in zijn menselijke en intellectuele capaciteiten te zijn aangetast, vooral juist in dat wat hij met zijn hoofd kan presteren of heeft gepresteerd. Meestal heeft hij daarbij op een in feite overdreven wijze het gevoel van af te gaan in de ogen van de omgeving.

Het is opmerkelijk dat de migrainepatiënten hun gevoelens van angst, schuld en schaamte meestal zo sterk beheersen dat deze niet tot bewustzijn komen. Nog opmerkelijker is dat de vele studies in de literatuur vrijwel niets vermelden over het omgaan van deze patiënten met genoemde gevoelens, kennelijk een gevolg van het feit dat zij zo moeilijk erover konden spreken.

In vele opzichten kan men de lijder aan psychogene migraine vergelijken met lijdens aan andere psychosomatische ziekten. Steeds weer staat de dwangmatig aangepaste persoonlijkheid op de voorgrond, een persoonlijkheid derhalve die niet in staat is een nuttig gebruik te maken van de eigen alarminstallatie van emotie, gevoel en affect. Daarbij is de persoonlijkheidsstructuur van de lijder aan migraine het meeste verwant aan de structuur die bij lijdens aan psychogene hypertensie is gevonden. In fenomenologisch opzicht zou men mogen stellen dat de migrainepatiënt zijn agressie nog beter kan beheersen en verdringen dan de lijder aan hypertensie die fenomenologisch zich manifesteert als een in uiterlijk en voorkomen „gekooide tijger”.

Bestudeert men de psychiatrische studies over de persoonlijkheid van de migraine lijder zorgvuldig, dan blijken bij nadere beschouwing vele trekken niet specifiek. Het onderdrukken van agressie, een karaktertrek die in de meeste studies wordt genoemd, is kenmerk bij nagenoeg alle psychosomatische ziekten en daarnaast ook bij vele psychiatrische ziekten. Onverwerkte orale strevingen, zich manifesterend in derivaten van insufficiënt hechtgedrag, zijn vrijwel ubiquitair. Evenwel blijft het nog een onbeantwoorde vraag in hoeverre het in fenomenologisch opzicht verantwoord is de beheerste migraine lijder te onderscheiden van de verbeterde lijder aan een maagzweer of van de gespannen lijder aan hypertensie. Hier bestaat nog de behoefte aan een fenomenologie van de zelfbeheersing in gespannen-zijn en verbetering.

Wanneer de literatuur wijst op het vóórkomen van seksuele conflicten bij de migraine patiënt blijken ook deze niet specifiek te zijn. Wel dient men zich af te vragen welke seksuele impulsen en fantasieën in het bewustzijn worden toegelaten en welke daaruit worden verdrongen. In de literatuur over migraine hebben psychoanalytici gewezen op de betekenis van het fenomeen van „verschuiving-van-onder-naar-boven”. Daarmede wordt bedoeld dat de vroeg-kinderlijke preoccupatie met het genitale wordt verschoven naar een preoccupatie met het hogere, het „capitale”. Het hoofd wordt in deze neurotische strategie tot een soort biseksueel orgaan, het zij phallus of uterus, een orgaan van machtsvertoon en kennis of van spirituele produk-

tie, waaruit bij vader Zeus, bijgestaan door diens helper Poseidon, de godin der wijsheid Pallas Athene tevoorschijn kwam. Hoe pijnlijk deze ervaring wel moet zijn geweest kan ons slechts de bijl van Poseidon verhalen. Moderne psychiaters, concurrerend met deze god der oudheid, meenden nog niet lang geleden vanuit de wereld van Franse wetenschap te mogen stellen: „Toutefois nos psychothérapies sont plus douces”.

Men moge bedenken dat wij zonder Pallas Athene wellicht nooit tot onze uitspraken zouden zijn gekomen. In dit verband moet men ook niet onderschatten wat op spiritueel niveau met spanning en inspanning uit het hoofd kan worden gebaard, ook al is dan dit hoofd in biologische zin toch wel uitgesproken anders op produktie en reproductie gebouwd dan de baarmoeder.

Niet onvermeld mag blijven dat de lijder aan migraine soms stamt uit een milieu waar trots in relatie tot intellectueel kunnen een grote rol speelt. Deze trots bestaat zeker bij de betrokkene die evenwel, vanuit zijn neurotische structuur, trots aan onzekerheid paart. Daarnaast zijn het vaak de buitenbeentjes, de enkele intelligente of intellectuele telgen uit een gezin dat juist niet op het intelligente en op het intellectuele is geconditioneerd. Dan is de intellectuele uitzonderingspositie een kwetsbare en dan moet de betrokkene bij de mentale produktie over een grote frustratie-tolerantie kunnen beschikken; de geesteskinders worden nu eenmaal niet in één dag en vaak ook niet in negen maanden geboren.

Wat de auraverschijnselen bij migraine betreft, door enkele psychoanalytici, van wie vooral Greenacre (1947) moet worden genoemd, is opgemerkt dat een overweldigende visuele ervaring in de vroege jeugd met betrekking tot het zien van geslachtsorgaan of geboorteproses, een nawerking kan hebben bij de eerste visuele fenomenen zich manifesterend in flikkerscotomen. Uiteraard mogen dergelijke interpretaties, steekhoudend voor bepaalde patiënten, niet zonder evidentie worden gegeneraliseerd. Een andere bekende auteur, Garma (1955), accentueerde eveneens de betekenis van de vroeg-kinderlijke visuele ervaringen, vooral het belang daarvan bij het ontstaan van sommige psychosomatische ziekten.

De fenomenen van misselijkheid, braken en diarree zouden volgens de psychoanalytische literatuur overwegend op walging wijzen en op het afreageren van door walging geactiveerde agressie.

Schrijver dezes kreeg tijdens zijn psychotherapeutische behandelingen van patiënten met migraine enkele malen de indruk dat in de belevingswereld en in het lichaamsschema het hoofd soms door speciale traumatische ervaringen werd gesensibiliseerd. Een universitair docent, psychotherapeutisch behandeld wegens een ernstige vorm van migraine, was als kind onverhoeds door een hond in het gelaat gebeten zonder dat hem bij deze psychofysisch traumatische ervaring enige bijstand of liefdevolle hulp werd geboden. Hij onderging het trauma met een gevoel van beschamende insufficiëntie waarover hij later met niemand dorst te spreken.

Uiteraard zal men bij het toekennen van pathogene of pathoplastische betekenis aan dergelijke lichamelijke verwondingen, uiterst zorgvuldig moeten zijn met extrapolatie van ervaringen. Een op vroege leeftijd optredend trauma capitis, als hierboven bedoeld, kan immers langs verschillende wegen de functionele basis creëren voor het ontstaan van migraine, niet alleen op psychische bodem doch ook op organische grondslag, bijvoorbeeld door een ongunstige persisterende standverandering van het hoofd als gevolg van een cefalo-cervicale contusie die op de duur tot een abnormale druk op of trek aan zenuwen, bloedvaten en spieren aanleiding geeft. Dit is bij uitstek het schakelgebied van de psychosomatische en somatopsychische interactie. Daarbij dient de vraag te worden gesteld of de ongunstige standverandering overwegend wordt bepaald door een „innere Haltung” in verbinding met angst of schrik, dan wel dat deze innerlijke houding het gevolg is van een ongunstige scheefstand die bijvoorbeeld het persisteren van een hoofdstand in gevechtshouding („fight”) onmogelijk maakt. De ietwat stijve migraine-psychomotoriek dient aldus te worden geanalyseerd, niet alleen naar het aspect van psychische remming, doch ook naar het aspect van een motorische remming die de psychische flexibiliteit in ongunstige zin beïnvloedt.

In dit verband zijn ook van belang de inzichten van Gutmann die met anderen de aandacht vestigde op de ingewikkelde problematiek van de hoofdpijn bij het schoolkind of de schoolgaande adolescent. Vaak werd van psychiatrische zijde gesteld dat het wat gespannen, eierzuchtige, onderdrukt angstige, neurotische kind in de schoolbanken gemakkelijk tot hoofdpijn komt wanneer de ouders te dwangmatig en te dominerend betekenis toekennen aan de schoolprestatie met voorbijgaan van de betekenis van een ongedwongen psychomotoriek voor de gezondheid van het kind. Dit neurotische kind zit „blokkend” vaak urenlang voorover in een voor de circulatie van het vertebraalgebied ongunstige houding.

Dit vooroverzitten kan dan enerzijds een fenomeen zijn van een pedagogisch klimaat, anderzijds kan het reeds een symptoom zijn van een „Schutzhaltung” die automatisch wordt ingenomen na een licht trauma van de wervelkolom. Hoe dit ook zij, of de houding psychogeen dan wel somatogeen is bepaald, op de duur kan het gedwongen vooroverzitten aanleiding geven tot een verslapping van het ligamentum transversum atlantis. Daardoor wordt door de geretroflecteerde dens van C2 een ongewenste druk op het myelum uitgeoefend, terwijl eveneens prikkeling van de arteriae vertebrales of afklemming daarvan niet ondenkbaar is (het zogenaamde scheerstoel-fenomeen van De Kleyn). Ligt het accent op de psychische aspecten die een ongunstige houding bepalen, dan zal een ontspannende psychotherapie eventueel gecombineerd met ontspanningsoefenin-

gen veelal een verdwijnen van de hoofdpijn kunnen bewerkstelligen. Ligt echter het accent primair op het organische of op wat vooral in Duitsland wordt genoemd de functioneel statische afwijking, dan zal men door verandering van de tafel (bijvoorbeeld door een schuine leesplank) en door een betere zithoek en/of door fysiotherapie een zodanige verandering moeten bewerkstelligen dat het cervicale gebied met de arteriae vertebrales en in het bijzonder de overgang tussen schedelbasis en eerste halswervels worden ontlast.

Met het bovenstaande moet ook de huisarts vertrouwd zijn. Eerst dan kan hij bepalen of hij zijn patiënt voor fysiotherapie dan wel voor psychotherapie in aanmerking zal laten komen.

*Psychotherapie.* Ook de psychiater moet met deze verschillende benaderingswijzen bekend zijn. Er is een tijd geweest waarin de psychiaters meenden de meeste patiënten met hoofdpijn uitsluitend met psychotherapie te kunnen behandelen. Het bleek de auteur dat men bij een dergelijke benadering — mits de proefserie maar groot genoeg is — steeds met een psychotherapie-refractaire restgroep te doen krijgt. Is de organische of functioneel-statische factor minder belangrijk dan de psychogene, dan kan zelfs een korte vorm van psychotherapie leiden tot een belangrijke opluchting, zo niet verdwijning van het symptoom.

Frazier geeft de huisarts een aantal eenvoudige regels die, volgens zijn ervaring, bij een korte behandeling van voordeel kunnen zijn. Deze zijn de volgende.

- 1 Deze wereld is niet perfect. Ook gezinnen en vrienden kunnen hun fouten hebben en kunnen falen. Perfectie wordt zelden bereikt. Neem daarom genoegen met wat minder.
- 2 Verdraagzaamheid maakt het u veel gemakkelijker om de medemens of de ander te verstaan. Verdraagzaamheid vormt de basis voor een bereikbare norm.
- 3 Wees geen slaaf van de klok. Werk in uw eigen tempo. Doe zo veel werk als u kunt. Wanneer u teveel aan termijnen, aan deadlines, wilt voldoen dan geraakt u in spanning.  
Men kan niet iedereen behagen of tevreden stellen. Houd er dus mee op dat steeds weer te proberen. Populariteit verwerft u pas wanneer u uw vrienden en familieleden een kans geeft om van u te houden omdat u het bent, niet vanwege uw geweldige prestatie.
- 5 Wees efficiënt, ja, maar niet in die mate dat perfectie tot stress wordt.
- 6 Uit u zich toch als u dat wilt. U kunt het niet iedereen naar de zin maken. Eerlijkheid en directheid kunnen barrières doorbreken en vriendschappen gemakkelijker maken.
- 7 Wees tevreden met u zelf. U bent net zo goed als uw naaste buurman.
- 8 Houd er toch mee op om zo kritisch te zijn, vooral ten opzichte van uw negatieve gevoelens. Iedereen is bij tijd en wijle ambivalent, pieker dus niet zo veel over liefde en haat.
- 9 Houd er nu eens mee op om u zo schuldig te voelen. Wij zijn nu eenmaal allen mensen en we maken allemaal onze fouten.
- 10 Geef eens wat meer en u zult veel krijgen; misschien zelfs een vermindering van uw hoofdpijn.

In deze eenvoudige regels is de psychiatrische

wijsheid verdisconteerd dat het kunnen relativeren een zeer belangrijke capaciteit is. Een mens kan beter relativeren wanneer hij zichzelf kent, indien hij zijn gevoelens niet te diep verdringt en wanneer hij deze in dienst kan stellen van wat men in moderne terminologie zou kunnen noemen: de tactvolle of zachte landing in het menselijke contact.

Het spreekt vanzelf dat bij het toepassen van een dergelijke psychogogische techniek ook de grondregels van elke psychotherapie gelden, dat wil zeggen van het creëren van een klimaat van zekerheid en vertrouwen waardoor het dokter-patiënt-contact in positieve zin op gang kan komen.

Bij somatische symptomen kan men dan meestal het beste beginnen met de zogenaamde incidentanalyse. Dit houdt in dat men primair nagaat in of na welke emotie oproepende situaties (precipiterende conflictsituaties) het symptoom is opgetreden. Kent men de basismodellen van de persoonlijkheid en weet men iets van de fundamentele reacties bij alarm en aanpassing, dan vindt men meestal wel een weg om de patiënt duidelijk te maken hoe en waarom hij zich tegen het bewust worden van bepaalde emoties verzet. Wel zal men zich daarbij er voor moeten hoeden om voortijdig een verband tussen emotie en symptoom — ook al lijkt dit voor de deskundige vanzelfsprekend — aan de patiënt voor te leggen of hem dit ook maar op te dringen.

Werkt men met patiënten met psychogene hoofdpijn dan zal men, rekening houdend met hun mogelijke persoonlijkheidsstructuur, een zo groot mogelijke openheid betrachten. Men zal in overeenstemming met de onbewuste strevingen van de patiënt trachten de bespreking zo productief mogelijk te doen zijn; de patiënt is nu eenmaal „performance oriented”. Daarom zal men hem zeker in de eerste uren niet al te veel desillusioneren door een te zwijgend afwachtende houding; men moet als het ware „mee-deinen” met het verlangen naar een „capitale” prestatie.

Bij de incident-analyse zal men terloops ook vragen naar de familieleden omdat deze, soms op basis van identificatie, aanleiding kunnen geven tot hoofdpijn. Daarbij moet men steeds ervoor oppassen de patiënt niet te krenken, bijvoorbeeld door hem het gevoel te geven dat men hem met anderen vergelijkt. Ook zal men, wanneer de patiënt aangeeft dat zijn produktiviteit is afgenomen, dezelfde voorzichtigheid betrachten. Immers, juist vanwege zijn produktiviteit en prestaties wil de patiënt worden bewonderd; daarom betekent het afnemen daarvan voor hem reeds een bewijs van onvermogen.

Wanneer de korte vormen van therapie niet voldoende zijn, zal men in sommige gevallen tot een verdere ontsluiting van de persoonlijkheid en tot een openleggen van de symptoom-genese moeten komen. Heeft men echter de indruk dat de hoofdpijn direct is geassocieerd aan een hypochondrische waan (de waan dat het hoofd kapot is) dan zal men zich realiseren dat in dergelijke gevallen

de hoofdpijn de functie heeft van een vacuüm-vuller bij een geestelijke leegte. Men zal de patiënt het symptoom dan niet ontnemen, tenzij eerst langs andere wegen de oorzaken van de psychische leegte zijn opgespoord. Men begint in dergelijke gevallen dus niet met het spreken over de hoofdpijn, maar men richt zich op een beter aangrijpbaar aspect van de conflicten oproepende problematiek.

Een uitgebreide openleggende psychotherapie of psychoanalyse is vooral geïndiceerd bij uitgesproken dwangmatige persoonlijkheidsstructuren. Dan dient de huisarts de patiënt zonder verwijf naar een deskundige op dit gebied te verwijzen.

Naast de psychotherapieën op verbale grondslag kunnen nog steeds de ontspanningstechnieken worden genoemd. Het welslagen van deze behandelingsmethoden wordt vooral bepaald door de mate waarin men de patiënt gedurende lange tijd tot ontspanning kan brengen, niet alleen in algemene zin, doch ook juist daar waar lokaal de spierspanning te groot is. Bij de migrainepatiënten en ook bij de lijdens aan „tension headache” treft men meestal de habituele neiging aan om bij elke denkprestatie het hoofd star en stil te houden — bij autorijden, bij een ingewikkeld gesprek of bij denkwerk tijdens studie — waardoor de spanning in het nekgebied aanzienlijk wordt versterkt. Soms geeft het simpele advies om het hoofd bij deze arbeid steeds soepel in beweging te houden reeds een hoofdpijn voorkomende of verminderende werking. Een dergelijke ervaring werd voor de schrijver aanleiding om reeds bij een eerste diagnostische exploratie zorgvuldig op te letten hoe de patiënt bij het gesprek het hoofd fixeert en in hoeverre zijn zit- casu quo werkhouding als een ongunstige in psychomotorische zin kan worden aangemerkt. Daarmede wordt de brug geslagen tussen fysiotherapie en psychotherapie, waarbij vooral aan de manuele therapie een belangrijke plaats kan worden toegewezen. Gedurende een aantal jaren werd door mij samengewerkt met Gutmann, een van de pioniers van de Duitse „Manuelle Medizin”. Een zorgvuldige analyse van vijftig Nederlandse patiënten met hoofdpijnsyndromen en „low back”-syndromen, die in de jaren 1959 tot 1963 door mij naar Gutmann werden verwezen leerde, dat de pijn bij de betreffende syndromen zelden door een enkele oorzaak ontstaat en dat deze meestal is gedetermineerd door een combinatie van gewoonte-houding, arbeidshouding en neurotische conflicten die tezamen als „trigger” mechanisme bij het ontstaan van de pijn fungeren. Een dergelijke ervaring werd tevens argument voor het toepassen van een combinatietherapie, namelijk fysiotherapie, manuele therapie en psychotherapie, in de meerderheid van de vermelde gevallen.

Het doen verdwijnen van hoofdpijn onder invloed van psychotherapie en soms ook onder invloed van een der vormen van fysiotherapie betekent zeker niet dat men bij alle patiënten inderdaad een causale therapie heeft toegepast. Vooral

wanneer de psychotherapie soms de verwachting wekt dat de arts de kernstructuur van de persoonlijkheid met alle daarmee geassocieerde „geheimen” gaat veranderen, kan daardoor ook een zodanige angst voor het dokter-patiënt-contact ontstaan, dat de vlucht in de gezondheid wordt geprefereerd boven het betrokken raken in een als dreiging ervaren psychotherapeutische situatie. Niettemin kan het feit van het verdwijnen van het symptoom toch zijn symptoom-therapeutische waarde behouden.

Tenslotte mag niet onvermeld blijven dat een nieuw gebied voor de behandeling van hoofdpijn wellicht is ontsloten door de psycho-endocrinologie. Daarmede wordt bedoeld dat bij een aantal patiënten hoofdpijn kan optreden op de basis van een lichte hormonale insufficiëntie, vooral wat betreft de geslachtshormonen. Soms is deze insufficiëntie een zo geringe, dat deze door de endocrinoloog niet of nauwelijks als zodanig wordt beoordeeld. Toch kan een gering tekort voor de psycho-endocrinoloog die de deficiëntie ook beoordeelt volgens gedragscriteria, aanleiding worden tot toediening van een bepaalde hoeveelheid mannelijk hormoon of oestrogenen waardoor het gedrag kan veranderen in mannelijke of in vrouwelijke richting of in de richting van meer of minder agressieve activiteit. In de Leidse Psychiatrische Universiteitskliniek werden in de laatste jaren enkele patiënten met een combinatie van psychotherapie en hormoontherapie behandeld, zulks met een opvallend gunstig resultaat, hetgeen niet kon worden bereikt door uitsluitende behandeling met een van de genoemde vormen van therapie.

*Slotbeschouwing.* De behandeling van patiënten met hoofdpijn moet worden voorafgegaan door een nauwkeurig psychosomatisch onderzoek. In dit artikel is erop gewezen dat zowel het psychiatrische als het somatische onderzoek zo volledig mogelijk dienen te zijn.

Aan de hand van een voorbeeld is aangetoond

dat men soms te snel uitsluitend aan psychologische factoren betekenis toekent bij het ontstaan of verergeren van hoofdpijn. Bij de besproken patiënt ontbraken weliswaar de psychogene factoren niet, doch een therapeutisch resultaat bleek mede afhankelijk te zijn van een posttraumatische fixatie van bepaalde bewegingen van de halswervelkolom die noch door de behandelende psychiaters, noch door de somatisch aangrijpende artsen als zodanig was herkend. Een gerichte vorm van manuele therapie leidde tot een aanzienlijke verbetering. Afgewacht dient te worden of het bereikte resultaat van blijvende aard zal zijn. Aannemelijk is dat ook bij deze patiënt een juiste combinatie van psychotherapie en fysische therapie, zo mogelijk toegepast kort na het doorgemaakte ongeval, de optimale vorm van behandeling zou zijn geweest.

In het kader van dit artikel zijn de psychogene oorzaken van hoofdpijn behandeld. In de praktijk blijken deze onlosmakelijk te zijn verbonden met afwijkingen van het bewegingsapparaat of van de psychomotoriek in het algemeen.

- Bastiaans, J. Die Manuelle Therapie im Rahmen der psychomotorischen Betrachtung des Menschen. Physikalisch-Diätetische Therapie, Blume & Co., Hamburg, 1964.
- Bruyn, G. W. Headaches and cranial neuralgias. Handbook of Clinical Neurology N. Holl. Publ. Comp., Amsterdam, 1968.
- Buytendijk, F. J. J. Over de pijn. Het Spectrum, Utrecht, 1943.
- Friedman, A. P. Research and clinical studies in headache. S. Karger, Basel/New York, 1969.
- Gutmann, G. Schulkopfschmerz und Kopfhaltung. Ein Beitrag zur Pathogenese des Anteflexions-Kopfschmerzes und zur Mechanik der Kopfgelenke. Zeitschr. f. Orthopädie u. ihre Grenzgebiete. 105, 4, S. 497-515, 1968  
Herausg. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.
- Krischek, J. Kopfschmerzen. S. Karger, Basel/New York, 1958.
- Metz, W. Het verschijnsel pijn. Academisch proefschrift Leiden, 1964.
- Noordenbos, W. Pain. Elsevier, Amsterdam/London/New York/Princeton, 1959.
- Wolf, S. en H. G. Wolff. Hoofdpijn. Elsevier, Amsterdam/Brussel, 1954.