



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Kortdurende groepstherapie van migraine

Hendrik Van Eeghem*

Samenvatting

In deze bijdrage beschrijft de auteur een kortdurende, gestructureerde groepstherapie voor migraine. Leren omgaan met stress en migraine is het belangrijkste doel. In zeven sessies leren patiënten verschillende procedures die zij kunnen toepassen bij de eerste signalen van migraine: relaxatie, ademhalingsstraining, cognitieve therapie, bevorderen van levenshygiëne, pijngerichte interventies en specifieke sociale-vaardigheidstraining. De groepsleden stellen op het einde van de training zelf hun persoonlijk therapeutisch pakket samen door een selectie te maken van die procedures die ingrijpen op hun individuele probleemsituaties. Deze aanpak wordt geïllustreerd aan de hand van een gevalbeschrijving.

Inleiding

Migraine is een chronische hoofdpijnklacht, waarbij de pijn aanvalsgewijs optreedt gedurende 4 tot 72 uren. De pijn is kloppend en situeert zich unilateraal rond het oog of aan de slaap. De pijn is daarbij zo hevig dat normaal functioneren niet mogelijk is. Migraine gaat vaak gepaard met misselijkheid of overgeven. Licht en geluid worden tijdens de aanval zo veel mogelijk vermeden. In een klein aantal gevallen komen ongeveer een uur voor de aanval auraverschijnselen voor. Dit zijn tijdelijke neurologische verschijnselen. De patiënt ziet zigzaglijnen of voelt tintelingen die vanaf de hand via de arm opstijgen naar het gezicht. Deze verschijnselen houden op als de acute migraineaanval begint.

Migraine is een vaak voorkomende klacht. Deze aandoening komt voor bij negen procent van de mannen en zestien procent van de vrouwen. In de Verenigde Staten bedragen deze aantallen respectievelijk vijftien en vijfentwintig procent (Holroyd & Penzien, 1993). Voor Nederland schat men de prevalentie op dertien van de bevolking (Sorbi & Spierings, 1996). Een chronische pijnklacht als migraine kan tientallen jaren duren. De kosten voor de gezondheidszorg zijn daardoor en door de opkomst van de effectieve, maar dure triptaan-geneesmiddelen, erg hoog. Er is behoefte aan korte, sterk gestructureerde psychologische interventies waarmee zo veel mogelijk migrainelijders kunnen worden bereikt. Groepsbehandelingen die gebruikmaken van gedragstherapeutische procedures lenen zich daar uitstekend toe (voor een bespreking van groepstherapie bij hoofdpijn zie Holroyd, Lipchik, & Penzien, 1998; Martin, 1993). In deze bijdrage beschrijf ik een intensieve, kortdurende groepstherapie voor volwassenen, die gericht is op het leren omgaan met stress en migraine. Dit moet ertoe leiden dat migrainelijders beter gewapend zijn tegen hun klacht. Maar ook dat gevoelens van machteloosheid en hulpeloosheid die migrainelijders zo dikwijls ervaren jegens hun klacht sterk verminderen en dat hun zelfcontrole groter wordt.

* DRS. H. VAN EEGHEM (licentiaat) is klinisch psycholoog en werkt in een zelfstandige praktijk. Hij geeft reeds jarenlang gedragstherapeutische groepstrainingen aan hoofdpijnlijders. Correspondentieadres: Gustaaf Baertstraat 34, 8200 Sint-Michiels Brugge, België.

De International Headache Society (Olesen, 1988) stelt een classificatie van migraine voor in zeven hoofdcategorieën:

- migraine met aura;
- migraine zonder aura;
- oftalmoplegische migraine;
- retinale migraine;
- syndromen tijdens de kindertijd die voorlopers van migraine zijn of ermee zijn geassocieerd;
- gecompliceerde migraine;
- migraineuze stoornissen die niet aan de bovenvermelde criteria voldoen.

Van deze categorieën komen hoofdzakelijk de migraine mét en zonder aura in aanmerking voor psychologische interventie. De training is dan ook bedoeld voor mensen bij wie *door een arts* een van deze twee typen migraine is vastgesteld. Ook voor diegenen bij wie de gemengde hoofdpijn werd vastgesteld (zowel migraine als spanningshoofdpijn zijn bij dezelfde persoon aanwezig), is deze training toegankelijk.

Voor een algemeen overzicht van de classificatie, de fysiologie, de etiologie, de leertheorie bij migraine of de individuele gedragstherapie ervan zij verwezen naar Holroyd et al. (1998), Olesen (1988), Martin (1993), Sorbi en Spierings (1996), en Van Eeghem (2001) .

Doelstelling

Mits men enkel de uitlokkende factoren van migraine kan aanpakken en niet de oorzaak (Sorbi & Swaen, 1999) heeft psychotherapie bij deze hoofdpijnklacht een beperkt bereik. De belangrijkste doelstelling van de hier beschreven groepstherapie is dan ook het aanleren of uitbreiden van klachtgericht gedrag. Lazarus en Folkman (1984) introduceerden in dit verband het begrip *coping*. Volgens hun stressmodel wordt het optreden van stress bepaald door de beoordeling (*appraisal*) van de situatie in twee fasen. In de eerste fase (*primaire appraisal*) beoordeelt men de betekenis van de situatie en de gevolgen ervan voor het eigen welzijn. In de tweede fase (*secundaire appraisal*) schat men in wat men moet doen om deze situatie te kunnen hanteren en of men in staat is dat ook te doen. Als men de situatie als bedreigend beoordeelt, gaat men over op probleemgerichte coping (hanteren van de stress-situaties) of op emotiegerichte coping (hanteren van de stressreacties).

De groepstraining heeft als doel het wijzigen of aanvullen van probleemgerichte en emotiegerichte coping bij de migrainelijder. Deze breedspectrumbenadering wordt voorgesteld als een experiment om met nieuwe hanteringsmogelijkheden met betrekking tot migraine te leren omgaan. Men leert en oefent met verschillende technieken.

Indicaties en contra-indicaties

Migraine is een complexe psychofysiologische aandoening die door de meest uiteenlopende factoren kan worden uitgelokt. Bij aanwezigheid van een erfelijke factor kan men verschillende onmiddellijke determinanten vaststellen: stress, hormonale factoren bij vrouwen, bepaalde voedingswaren, vermoeidheid, slaap en

omgevingsfactoren als weersveranderingen, hitte, koude, fel licht, lawaai en bepaalde geuren (zie Martin, 1993; Sorbi & Swaen, 1996; Van Eeghem, 2001). Deze factoren kunnen alleen of in combinatie met elkaar een migraineaanval uitlokken. Dit impliceert dat deze gedragstherapeutische groepstraining in principe is beperkt tot diegenen bij wie stress een min of meer duidelijke rol speelt, wat niet uitsluit dat gedragstherapie ook invloed heeft bij migraine die door andere factoren wordt uitgelokt, zoals hormonale migraine (Holroyd et al., 1998).

De groepstraining is niet aangewezen voor personen met getransformeerde hoofdpijn. Dit is hoofdpijn die is ontstaan door het overmatig gebruik van pijnstillende medicatie of door het plots ophouden met het innemen van pijnstillers. Ook is de training ongeschikt voor mensen die aan een ernstige depressie lijden of bij wie de migraine bijzonder hardnekkig is (Bakal, Demjen, & Kaganov, 1981; Holroyd et al., 1998; Sorbi & Spierings, 1996). Vanzelfsprekend staat de groepstherapie ook niet open voor mensen die nooit een arts hebben geraadpleegd over hun migraine.

Opzet van de groepsbehandeling

De groep bestaat uit minimaal acht en maximaal tien volwassen deelnemers. Aangezien deze groepstraining een sterk gestructureerde agenda heeft, is heterogeniteit (leeftijd, geslacht, sociale klasse) in de groep geen bezwaar. De leeftijd van de groepsleden kan variëren tussen achttien en vijftenzestig jaar. De groep komt wekelijks samen gedurende zeven sessies in een vormingscentrum onder leiding van één of twee therapeuten. Elke bijeenkomst duurt ongeveer tweeënhalf uur, onderbroken door een korte pauze. Een typische sessie bestaat uit een korte evaluatie en bespreking van het huiswerk, het aanleren of oefenen van nieuwe technieken en een huiswerkopdracht.

Huiswerkopdrachten zijn korte oefeningen van de procedures die in de sessie werden geleerd. Patiënten kunnen het nieuwgeleerde gedrag op die manier in het dagelijks leven testen, met de mogelijkheid tot feedback achteraf in de volgende sessie. Bespreking van het huiswerk geeft tevens de mogelijkheid om te evalueren hoe ver een groepslid reeds is gevorderd met een bepaalde procedure, waarbij dan eventueel nieuwe persoonlijke doelstellingen kunnen worden opgesteld. De nadruk ligt immers op het zélf leren hanteren van moeilijke situaties. Een stevig uitgewerkte handleiding voor elk groepslid, waarin de rationale en de verschillende procedures eenvoudig en helder worden beschreven, moet dit principe van zelfwerkzaamheid ondersteunen.

Inhoud van het groepsprogramma

De groepstraining is opgesteld vanuit een algemene analyse van migraine en haar uitlokkende en instandhoudende factoren (zie bijvoorbeeld Martin, 1993; Van Eeghem, 2001). Dit houdt in dat een groepstherapie voor migraine een complex therapeutisch pakket vereist dat ingrijpt op uiteenlopende stress-situaties en -reacties en op de migraine zelf. Verschillende procedures worden daarom aangeleerd en geoefend. De groepsleden stellen op het einde van de training zélf hun persoonlijk therapeutisch pakket samen door een selectie te maken van die procedures die inhaken op hun individuele probleemsituatie. Tabel 1 geeft een overzicht van de behandelde onderdelen per sessie.

Tabel I Schematisch overzicht van het groepsprogramma.

Sessie	Agenda
1	<ul style="list-style-type: none"> – kennismaking – uitleg opzet en doel van de training – psycho-educatie – introductie hoofdpijndagboek – ademhalingstraining – huiswerkopdracht (hoofdpijndagboek invullen; ademhalingstraining oefenen)
2	<ul style="list-style-type: none"> – evaluatie en bespreking van het huiswerk – progressieve relaxatie (zestien spiergroepen + geconditioneerde ontspanning) – cognitieve therapie – huiswerkopdracht (hoofdpijndagboek invullen; oefenen met progressieve relaxatie)
3	<ul style="list-style-type: none"> – evaluatie en bespreking van het huiswerk – progressieve relaxatie (zestien spiergroepen + geconditioneerde ontspanning) – cognitieve therapie (vervolg) – huiswerkopdracht (hoofdpijndagboek invullen; oefenen met cognitieve therapie; oefenen met progressieve relaxatie)
4	<ul style="list-style-type: none"> – evaluatie en bespreking van het huiswerk – progressieve relaxatie (zeven spiergroepen) – bevorderen levenshygiëne – huiswerkopdracht (hoofdpijndagboek invullen; levenshygiëne bij zichzelf onderzoeken; verder oefenen met cognitieve therapie en progressieve relaxatie)
5	<ul style="list-style-type: none"> – evaluatie en bespreking van het huiswerk – progressieve relaxatie (zeven spiergroepen) – pijngerichte interventies – sociale-vaardigheidstraining: kritiek geven/reageren op kritiek – huiswerkopdracht (hoofdpijndagboek invullen; oefenen met progressieve relaxatie en aandachtsafleiding; korte oefening met kritiek geven/reageren op kritiek)
6	<ul style="list-style-type: none"> – evaluatie en bespreking van het huiswerk – progressieve relaxatie (vier spiergroepen + Recall) – pijngerichte interventies (vervolg) – sociale-vaardigheidstraining: verzoek doen/weigeren/reageren op weigering – huiswerkopdracht (hoofdpijndagboek invullen; oefenen met progressieve relaxatie en verbeeldingstechnieken; korte oefening met verzoek doen/weigeren/reageren op weigering)
7	<ul style="list-style-type: none"> – evaluatie en bespreking van het huiswerk – progressieve relaxatie (vier spiergroepen + Recall met tellen + differentiële ontspanning) – handverwarmingstechniek – sociale-vaardigheidstraining: eigen mening geven – invullen zelfobservatieopdracht twee – huiswerkopdracht (hoofdpijndagboek invullen; oefenen met progressieve relaxatie en handverwarmingstechniek; korte oefening met voor zijn mening opkomen) – afsluiting

an = anorexia nervosa met eetbuien; bn = boulimia nervosa; bed = binge-eating disorder (eetbuisstoornis)

Psycho-educatie

Psycho-educatie over migraine is een belangrijk onderdeel van het therapeutisch proces, aangezien het een betekenis kader verschafft waarmee de deelnemers de aangeleerde technieken zinvol kunnen toepassen. Minstens zo belangrijk in deze voorlichting is het herlabelen van percepties en attributies over migraine (de ziekte theorie), van een oncontroleerbare erfelijke ziekte naar een aandoening waarin hanteerbare psychosociale factoren een belangrijke rol spelen.

Eerst geeft de therapeut een kort overzicht van de verschillende uitlokkende factoren van migraine (hormonale factoren bij vrouwen, voeding, externe omstandigheden en stress), waarbij hij aangeeft dat dagelijkse stress de grootste uitlokker is van migraine. Ook de verschillende componenten van hoofdpijn en stress komen aan bod: gevoelens (kloppende, bonzende pijn), negatief denken (Ik kom nooit van die hoofdpijn af, of: Waarom moet ik nu hoofdpijn hebben?) en handelen (medicatie of bedrust). Migraine is dus het resultaat van deze drie componenten. Aan de hand van een eenvoudig schema bespreekt de therapeut vervolgens de functionele relaties tussen stress-situaties, stress, migraine en haar gevolgen. Het accent ligt daarbij telkens op de toegepaste coping als beslissingsmoment.

Een derde punt in de uitleg is het begrip 'pijnopbouw' (Van Eeghem, 2001). De pijn bij een migraineaanval is dermate hevig dat er op dat ogenblik weinig psychologische technieken met enig resultaat kunnen worden gebruikt. Bij migraine hebben deze procedures vooral zin als men ze toepast bij de eerste signalen die erop wijzen dat een migraineaanval op komst is. Hoewel deze signalen uniek zijn voor elke migrainelijder, maken ze meestal deel uit van de volgende categorieën: auraverschijnselen, stress, graad van vermoeidheid en negatieve gemoedstoestanden, zoals angst of depressie. Elke deelnemer wordt aangespoord om bij zichzelf nauwkeurig na te gaan welke signalen bij hem of haar de migraineaanval aankondigen. Aangezien migraine als reactie op stress vooral optreedt als de stress voorbij is (Martin, 1993; Sorbi & Swaen, 1996) raadt de therapeut de groepsleden aan te onderzoeken of deze signalen zijn voorgekomen gedurende de laatste drie dagen vóór de aanval.

In het laatste onderdeel van de voorlichting worden de procedures die in de training aan bod komen, toegewezen aan de verschillende momenten waarop kan worden ingegrepen, namelijk bij het optreden van stress-situaties, bij het ingrijpen op de stressreacties of bij het hanteren van de migraine. Met andere woorden: wanneer men welke techniek kan toepassen.

Het hoofdpijndagboek

Het hoofdpijndagboek is een zelfobservatieopdracht die de deelnemers vanaf de eerste tot aan de laatste sessie invullen telkens wanneer stress of migraine optreedt. Het gebruik van het hoofdpijndagboek dient niet alleen om informatie te verkrijgen over probleemsituaties, stressreacties en reacties op hoofdpijn, maar ook om de deelnemers steeds meer het verband te laten ontdekken tussen bepaalde psychosociale situaties, migraine en gedrag. Men registreert de intensiteit van stress of pijn (waarbij de deelnemers de graad van stress of pijn moeten scoren op een schaal van 0 tot 10); de situatie waarin stress of migraine optrad; welke gedachten en welke gevoelens men

daarbij had; en ten slotte wat men deed om die stress of hoofdpijn te doen verminderen. Aan de hand van recente ervaringen die de deelnemers aanbrengen, worden een paar voorbeelden in het dagboek ingevuld.

In de derde sessie wordt bij het onderdeel cognitieve therapie een tweede observatielijst uitgedeeld waarin drie soorten gegevens dienen te worden opgenomen: de situatie waarin stress of migraine optrad (deze situaties worden ongewijzigd overgenomen uit de eerste observatieopdracht); rationele gedachten (welke gedachten kan men in de plaats stellen van de oorspronkelijke negatieve gedachten) en ten slotte anders handelen (wat kan men anders doen om stress of hoofdpijn te doen verminderen). De derde kolom wordt helemaal op het einde van de laatste sessie ingevuld nadat alle hanteringsmogelijkheden werden voorgesteld.

Progressieve relaxatie

Ontspanningsoefeningen hebben van meet af aan een vaste plaats verworven in de behandeling van migraine (Holroyd et al., 1998; Martin, 1993; Sorbi & Spierings, 1996). Ontspanningsoefeningen helpen het hoofd te bieden aan stress-situaties en stressreacties. Men kan ze ook toepassen bij de eerste signalen van een migraineaanval. Dit vereist dat in uiteenlopende probleemsituaties snelle ontspanning kan worden bereikt. Onder de vele soorten ontspanningsoefeningen die er bestaan, komt het uitgebreide progressieve relaxatieprogramma van Bernstein en Borcovec (1977; zie ook Bernstein & Carlson, 1993) in aanmerking. Het volledige oefenprogramma wordt in deze groepstraining in enigszins gewijzigde vorm aangeleerd. De tien sessies die Bernstein en Borcovec voorstaan worden herleid tot zes, wat naar mijn ervaring geen enkel probleem vormt.

Ademhalingstraining

Ademhalingstraining is niet alleen een effectieve methode om stress te verminderen, maar heeft bij een klein aantal migrainelijders ook een opmerkelijk pijnreducerend effect en is daarom onontbeerlijk in het therapieprogramma. De techniek van een trage buikademhaling waarbij men de uitademing verlengt, is eenvoudig aan te leren en uit te voeren en kan vlot gecombineerd worden met ontspanningsoefeningen. Voor een beschrijving van de methodiek leze men Fried (1993) en Sorbi en Swaen (1996).

Cognitieve therapie

Cognitieve therapie (Beck, 1995; Bögels & van Oppen, 1999; Van der Heyden, 1999) richt zich op het wijzigen van disfunctionele gedachten die bij migraine (pijngedachten als onderdeel van de totale pijnervaring) en bij de gerelateerde problemen een negatieve rol spelen. Verschillende punten komen in de rationale van cognitieve therapie aan bod: de invloed van het denken op negatieve gevoelens, stress en migraine; het na verloop van tijd automatisch optreden van negatieve gedachten bij migraine en stress; het onderscheid tussen positieve en negatieve gedachten; een overzicht van de verschillende soorten denkfouten en uiteindelijk het feit dat men deze gedachten kan afleren en vervangen door positieve, nuttige gedachten (zie Beck, 1995; Bögels & van

Oppen, 1999; Sorbi & Swaen, 1996). Het geheel is doorspekt met voorbeelden die vaak voorkomen bij migrainelijders, zoals catastrofale pijngedachten.

Met behulp van de handleiding bespreekt de therapeut de verschillende fasen om het negatief denken te veranderen:

- verzamelen van de lichamelijke verschijnselen en de daarbijbehorende negatieve gedachten (wat reeds gebeurt door het invullen van het hoofdpijndagboek);
- deze ideeën uitdagen en in vraag stellen;
- vervangen door meer adequate gedachten;
- oefenen en uitproberen van deze nieuwe denkwijzen.

In de volgende sessie wordt uitgebreid geoefend met de tweede en de derde fase van de cognitieve therapie. De therapeut vormt groepen van drie à vier mensen. Elke groep krijgt een lijst met vijftien negatieve gedachten die dikwijls voorkomen bij mensen die lijden aan migraine (bijv.: Wat zullen ze op het werk niet van me denken dat ik alweer afwezig ben?). De opdracht is om elke negatieve gedachte met behulp van gerichte vragen uit te dagen en vervolgens samen in de groep te zoeken naar een positieve, nuttige gedachte. Ook het achterhalen van de typische denkfout bij elke negatieve gedachte is een nuttige oefening. Nadat elk groepje de volledige lijst heeft afgewerkt, worden de resultaten in de totale groep besproken.

Nu de deelnemers wat beter vertrouwd zijn geraakt met de werkwijze van cognitieve therapie, kunnen zij de eigen negatieve gedachten uit het hoofdpijndagboek aanpakken. In deze fase worden slechts de eerste twee kolommen ingevuld van zelfobservatieopdracht twee, te weten probleemsituaties en rationele gedachten. Aan elke deelnemer wordt gevraagd om voor iedere situatie uit zijn hoofdpijndagboek de negatieve gedachten in vraag te stellen en te vervangen door positieve. De therapeut gaat ondertussen bij iedereen langs om te helpen of te verbeteren. Ten slotte geeft de therapeut aan hoe de deelnemers cognitieve therapie in het dagelijks leven kunnen toepassen telkens als ze terechtkomen in een stress- of pijnsituatie. In dergelijke situaties moeten ze bij zichzelf nagaan welke gedachten stress of pijn veroorzaakten, deze gedachten uitdagen en ten slotte vervangen door positieve.

Levenshygiëne

Levenshygiëne wordt hier gebruikt als overkoepelende term voor allerhande levensgewoonten die stress en migraine in de hand kunnen werken, zoals roken, drinken, voeding, beweging nemen, slaapgewoonten, tijdsbeheer en medicatiegebruik. Met behulp van de handleiding en door middel van een groepsdiscussie worden al deze factoren, alsook hun invloed op stress en hoofdpijn, besproken. Bijzondere aandacht gaat naar de bespreking van voedings- en dieetgewoonten en van geneesmiddelenmisbruik die het optreden van getransformeerde hoofdpijn kan veroorzaken. In de handleiding staat voor elke foutieve levensgewoonte een aantal tips die de deelnemers zelf kunnen uitproberen.

Pijngerichte interventies

Met het argument dat pijnervaringen bij migraine worden verhevigd door gevoelens van hulpeloosheid en onmacht, worden oplossingsstrategieën voorgesteld die rechtstreeks ingrijpen op de stress- en pijnervaring, namelijk gedachteafleiding en verbeeldingstechnieken (voor een overzicht zie Martin, 1993; Sorbi & Swaen, 1996; Tan, 1982; Vlaeyen, Kole-Snijders, & Van Eek, 1996). Dergelijke technieken hebben vooral zin bij stress en bij lichte tot matige hoofdpijn en dienen daarom dan ook op het juiste moment te worden toegepast, in het bijzonder vóór of bij het begin van een migraineaanval. De groepsleden experimenteren met een aantal van deze technieken. De procedures die een gunstige invloed hebben, kunnen ze dan later gebruiken bij stress of bij het opkomen van pijn.

Aandachtsafleiding behelst het gedrag of de gedachten die onverenigbaar zijn met pijn. Na het geven van een rationale voor deze procedure, bespreekt de therapeut de uitgebreide lijst van alle mogelijke interne en externe afleidingsstrategieën die in de handleiding terug te vinden zijn. Vervolgens wordt geoefend met een van de soorten aandachtsafleiding om het effect ervan te demonstreren. Daarbij geeft de therapeut aan in welke situaties men aandachtsverschuiving kan toepassen en met welke andere procedures (relaxatie, ademhalingstraining) men dit best kan combineren. Verder wijst hij op het feit dat aandachtsafleiding een vaardigheid is die verbetert door veel te oefenen (tien minuten per dag), zodat men voorbereid de werkelijke situaties kan confronteren.

In een andere sessie wordt het tweede deel van de pijngerichte interventies voorgesteld: *de verbeeldingstechnieken*. Technieken die gebruikmaken van de verbeelding of fantasie grijpen in op de pijnervaring door de betekenis van de pijn te wijzigen. Tevens hebben ze een aandachtsafleidend en ontspannend effect. In de rationale legt de therapeut aan de groepsleden uit wat verbeelding is, hoe het werkt en ook dat men deze functie willekeurig kan gebruiken bij het bestrijden van ongewenste gevoelens, zoals stress en opkomende migraine. De invloed van verbeelding kan bijvoorbeeld worden geïllustreerd door de groepsleden hun ogen te laten sluiten en zich voor te stellen dat iemand met zijn nagels op een schoolbord krast. Vervolgens bespreekt de therapeut de lijst uit de handleiding met allerhande transformatorische en onverenigbare verbeeldingstechnieken. Zo kan men zich de pijn voorstellen als een grote cirkel of bol; telkens als men rustig uitademt verkleint de cirkel of bol, totdat hij na een tijdje een kleine stip is geworden die ten slotte helemaal verdwijnt. Of men stelt zich voor dat men zonet een zware pijnstillert in de arm heeft ingespoten waarbij de koele verdoving steeds verder door de aderen naar het hoofd kruipt en steeds meer de hoofdpijn vermindert. De groepsleden worden daarbij aangespoord om te experimenteren met die technieken die hen aanspreken (Martin, 1993, p. 169). Het kan daarbij nuttig zijn navraag te doen naar welke beelden of kenmerken (grootte, kleur en vorm) zijn geassocieerd met hun migraine. Ze krijgen de opdracht te oefenen met verbeeldingstechnieken onmiddellijk na de ontspanningsoefening, terwijl men nog in diepe ontspanning is. Eenmaal deze vaardigheid verworven, kunnen de verbeeldingstechnieken worden toegepast bij het hanteren van de migraine zelf of in situaties die migraine uitlokken. Analooq aan de procedure bij aandachtsafleiding oefent men met een van de verbeeldingstechnieken om het effect te doen ervaren door de groepsleden. De adviezen die voor aandachtsafleiding werden gegeven (toepassings- en combinatiemogelijkheden), gelden onverminderd voor de verbeeldingstechnieken.

Een aparte techniek bij de behandeling van migraine is de *handverwarmingstechniek*. Het is gebleken dat veel migrainelijders een hoofdpijnaanval kunnen voorkomen door de temperatuur van de dominante hand te verhogen bij de eerste signalen van migraine (Holroyd et al., 1993; Martin, 1993). Om dit te bewerkstelligen wordt meestal gebruikgemaakt van temperatuur-biofeedback (Holroyd et al., 1993; Passchier, 1996), waarbij de combinatie met ontspanningsoefeningen de beste kans op hoofdpijnreductie zou bieden. Maar dit is voor de gemiddelde hulpverlener moeilijk te realiseren in een groepstraining. In deze training is biofeedback vervangen door het aanleren van differentiële ontspanning, specifiek gericht op het teweegbrengen van ontspanning en warmte in de dominante hand. Ook autogene training komt aan bod (bijvoorbeeld: Mijn rechterhand wordt nu heel warm). De handverwarmingstechniek dient eveneens elke dag te worden geoefend.

Specifieke sociale-vaardigheidstraining

In een niet onbelangrijk aantal gevallen is migraine de door stress gemedieerde consequentie van sociale fobie of van sociale-vaardigheidstekorten (Martin, 1993; Van der Helm-Hylkema, 1986). In een onderzoek van Sorbi, Tellegen en Vreeswijk (1984) naar het effect van verschillende copingstrategieën op migraine, vonden zij dat minder migraine optreedt naarmate men meer gevoelens uit (vooral kwaadheid). Daarom vormt een gerichte sociale-vaardigheidstraining een voornaam onderdeel van deze groepstraining. Het accent ligt op het verwerven van reactieve vaardigheden als kritiek geven en reageren op kritiek; een verzoek doen of weigeren en reageren op weigering; en een eigen mening geven. De rationale verschaft een korte uitleg over de begrippen subassertiviteit, assertiviteit en agressiviteit, met telkens de consequenties van dergelijk gedrag op korte en lange termijn. Ook de rol van subassertiviteit (of agressiviteit) op stress en vervolgens op migraine komt aan bod.

In een rollenspel oefent de groep elk item aan de hand van vijf situaties die de deelnemers vanuit hun hoofdpijndagboek aanbrengen, eventueel aangevuld met standaardsituaties uit de handleiding.

Casus: Myriam

Een aantal punten uit het programma zal ik kort toelichten aan de hand van de ervaringen van een van de groepsleden met deze groepstraining. Myriam is een vrouw van 37 jaar, die door de huisarts naar de groepstraining werd verwezen. Uit de kennismakingsronde in de eerste sessie leren we dat ze is gehuwd en twee kinderen heeft. Ze werkt als bediende in een groot bedrijf. Haar hoofdpijn is ontstaan in de puberteit en sedertdien onafgebroken aanwezig. Deze pijn die ze als 'spanningsmigraine' omschrijft, geeft de volgende symptomen: kloppende hoofdpijn ter hoogte van de rechterslaap en misselijkheid. De hoofdpijn komt op in aanvallen die minstens twee dagen duren. Verder heeft ze last van spierpijn in de nek die aan de aanvallen voorafgaat. Auraverschijnselen komen niet voor. Deze aanvallen komen minstens driemaal per maand voor, waarvan steevast één aanval in de premenstruele periode. De pijn is ernstig (op de pijnbarometer van het dagboek geeft ze scores tussen zeven en negen). Deze hoofdpijn is dermate hevig dat ze haar werk moet verlaten om thuis te gaan rusten.

De oorzaken van de migraine schrijft ze toe aan stress in het algemeen en aan haar werksituatie in het bijzonder. Ze volgt deze groepscursus om wat aan die spanning te kunnen doen en misschien minder afhankelijk te worden van de pijnstillers (die ze overmatig gebruikt). Na eerdere ervaringen met homeopathie en acupunctuur geeft ze aan zich niet veel illusies te maken omtrent het verminderen van haar migraine door deze cursus. De ademhalingsoefeningen die in de eerste sessie aan bod komen, heeft ze vroeger reeds geleerd in een yogacursus.

In de tweede sessie begint de therapeut met het aanleren van progressieve relaxatie, wat bij Myriam voor een gunstig effect zorgt. Ze vindt deze oefeningen erg nuttig. Hoewel ze aanvankelijk sceptisch staat tegenover het onderdeel cognitieve therapie, herkent ze bij zichzelf een aantal van de algemene voorbeelden die dikwijls voorkomen bij mensen met migraine (Ik raak nooit af van die hoofdpijn; Ik zal die hoofdpijn die nu komt opzetten nooit aankunnen; Het zal steeds erger worden; Misschien heb ik wel een hersentumor). Ook de gegevens van haar hoofdpijndagboek tonen aan dat negatieve gedachten bij haar voor een behoorlijke portie spanning zorgen. Vooral ideeën rond perfectionisme (Alles moet helemaal in orde zijn, anders is mijn werk waardeloos), rond ernstige ziekten (Er is iets ernstigs met mij aan de hand), rond werkverzuim en rond machteloosheid komen voor in stress- en pijnsituaties.

Derde sessie. Nadat Myriam het hoofdpijndagboek gedurende twee weken heeft ingevuld, blijkt dat haar problemen vooral te maken hebben met de werksituatie. De werkdruk is volgens haar zeer hoog. In combinatie met haar perfectionisme krijgt ze daardoor haar werk niet af en komt ze onder spanning te staan. Dit heeft tot gevolg dat ze nogal eens bits reageert op collega's, waardoor conflicten niet uitblijven.

Het oefenen met de progressieve relaxatie gaat steeds beter. Aangezien het haar niet lukt om regelmatig te oefenen, zoekt de therapeut samen met Myriam naar een geschikt tijdstip waarop ze tijd voor zichzelf heeft.

De cognitieve-therapieoefening, waarin Myriam haar negatieve gedachten uit de tweede zelfobservatieopdracht moet uitdagen en vervangen door positieve, verloopt moeilijker. Ze heeft vooral problemen met het in vraag stellen van haar negatieve gedachten: Waarom mag mijn werk niet perfect in orde zijn? of: Hoe weet die psycholoog nu dat er met mij niets ernstigs aan de hand is? Myriam brengt deze opmerkingen in de groep. In de discussie die daarop volgt wordt erop gewezen wat de gevolgen zijn van een perfectionistische opstelling op werkgebied (werk niet afkrijgen) en op persoonlijk gebied (stress en conflicten met collega's). Het tweede punt wordt besproken aan de hand van de herhaalde medische onderzoeken die Myriam heeft ondergaan.

Figuur 1 Voorbeelden uit het hoofdpijndagboek één van Myriam.

Datum	Intensiteit pijn/ stress(0-10)	Waar was ik mee bezig of wat was er voordien gebeurd?	Wat dacht ik daarbij?	Hoe voelde ik me?	Wat deed ik om de hoofdpijn of de spanning te doen afnemen?
21/9	7-8	Ik ging aan mijn bureau zitten en zag dat er een berg werk op mij lag te wachten.	Ik kan dat allemaal niet meer aan; ik kan niet alles tegelijk doen.	Zenuwachtig, gespannen spieren en scherpe hoofdpijn.	Twee pijnstillers genomen.
10/10	9	Naar huis gekomen toen ik op het werk een zware migraine-aanval kreeg.	Die hoofdpijn zal steeds erger worden; ik zal dat nooit kunnen volhouden.	Heel erge hoofdpijn; angstig en gedeprimeerd.	Pijnstillers genomen en op bed gaan liggen.

an = anorexia nervosa met eetbuien; bn = boulimia nervosa; bed = binge-eating disorder (eetbuistoornis)

Uit de bespreking van de huiswerkopdracht in de vierde sessie blijkt dat Myriam hoe langer hoe meer overtuigd raakt van het nut van cognitieve therapie bij haar problemen. Ze is echter nog niet in staat om op het moment zelf (bijv. in de werksituatie) haar negatieve gedachten te veranderen, maar vult ze achteraf wel correct in op de formulieren. Ze krijgt de raad om voor regelmatig terugkerende probleemsituaties op haar werk te reageren met pasklare positieve gedachten die ze vooraf opgesteld heeft, zoals: het is echt het einde van de wereld niet als deze taak vandaag niet af is. Bij de bespreking van het onderdeel 'Levenshygiëne' gaat haar belangstelling vooral uit naar het aspect timemanagement. Dit geeft haar de mogelijkheid haar werk efficiënter te organiseren naar de criteria belang en prioriteit. In de vijfde sessie brengt Myriam enthousiast verslag uit over de vorige week. Het gebruik van cognitieve therapie en van principes uit de timemanagement hebben geleid tot heel wat meer rust op het werk. De positieve gedachten heeft ze, zoals afgesproken, voorbereid en toegepast in de probleemsituaties. Een betere tijdsindeling van haar werk (gecombineerd met cognitieve therapie) heeft haar geleerd om niet-dringende taken te leren uitstellen zonder gevoelens van onrust te ervaren. Tijdens deze bijeenkomst geeft de therapeut een uiteenzetting over aandachtsafleiding. Hij geeft daarop aansluitend een huiswerkopdracht om een aantal van deze technieken te selecteren en uite te proberen. In het onderdeel sociale-vaardigheidstraining (waar ze naar eigen zeggen geen behoefte aan heeft), leert ze toch om op een minder agressieve manier haar wensen te uiten.

De zesde sessie begint met navraag naar het verrichte huiswerk. Daarin verklaart Myriam dat ze aandachtsafleiding op haar werk toepast tijdens de korte rustpauzes die ze sinds een week inlast. Ze concentreert zich dan op voorwerpen in haar bureauruimte en beschrijft de kenmerken ervan: waar bevindt het voorwerp zich, hoe groot is het, welke vorm heeft het, welke kleur heeft het, uit welk materiaal bestaat het, hoeveel zou het kosten, enzovoort. Dit stelt haar in staat om de ervaren spanning af te bouwen. In deze bijeenkomst komt bij de progressieve relaxatie het aspect Recall aan bod: snelle ontspanning zonder voorafgaand aanspannen van de spiergroepen. Na het uitproberen van deze techniek krijgt Myriam de raad om Recall toe te passen bij het opkomen van spanning en migraine (op het moment dat haar nekspieren gespannen raken, wat bij haar een signaal voor een migraineaanval is), maar ook tijdens de rustpauzes op haar werk. De verbeeldingstechnieken zijn een volgend punt op de agenda; Myriam kiest ervoor zich de migraine voor te stellen als een grote, stekelige zwarte bol die klopt als een hart en die in haar hoofd een grote, pijnlijke druk op haar rechterslaap uitoefent. Door middel van trage buikademhaling doet ze de bol verkleinen telkens als ze langzaam uitademt. In de komende week zal ze met dit beeld 'droog' oefenen, onmiddellijk na de progressieve relaxatie.

In de laatste sessie worden de ervaringen met deze verbeeldingstechnieken besproken. Waar Myriam aandachtsafleiding vooral gebruikt voor spanningssituaties, reserveert zij de verbeeldingstechniek voor pijnsituaties. Bij migraineaanvallen vermeldt zij dikwijls het zogenaamde 'bunkersyndroom': het opzoeken van plaatsen zonder licht en lawaai. In haar geval is dit de slaapkamer, waar ze met gesloten overgordijnen op haar bed gaat liggen zodra de eerste tekens van de migraineaanval zich manifesteren. Terwijl ze daar ligt, past ze de Recall-procedure toe, gevolgd door ademhalingsoefeningen en verbeeldingstechniek. Daardoor verkrijgt ze niet dat de pijn verdwijnt, maar dat deze in ieder geval draaglijker wordt. Na de huiswerkbespreking begint de therapeut met het aanleren van differentiële ontspanning: het toepassen van de ontspanningsoefening in het dagelijkse leven. Voor Myriam betekent dit vooral het leren ontspannen in de werksituatie.

Na het uitvoeren van de relaxatie, wordt de handverwarmingstechniek geoefend: met behulp van differentiële ontspanning en autogene suggesties (bijvoorbeeld: Mijn rechterhand wordt nu heel warm), wekt zij gevoelens van warmte op in de dominante hand. Evaluatie achteraf geeft aan dat het gebruik van deze techniek niet veel effect heeft bij Myriam.

Bij de afsluiting evalueerde Myriam deze groepstraining als heel positief. Ze had hoofdpijn en stress beter in de hand. Sommige technieken gingen aan haar voorbij: de sociale-vaardigheidstraining, de ademhalingstraining en de handverwarmingstechniek.

In deze gevalsbeschrijving kwam Myriam aan bod: een vrouw die zich vlot integreerde in de groep en die kritisch maar gemotiveerd aan het groepsgebeuren deelnam. Drie maanden na de training volgde een evaluatie van het effect van deze groepstherapie. Van de drie belangrijkste variabelen waarop men een behandeling voor migraine kan evalueren (frequentie van migraineaanvallen, intensiteit van de pijn en duur van de migraine) zijn bij Myriam vooral de frequentie en de intensiteit verbeterd. De migraineaanvallen komen nu een- tot tweemaal per maand voor en door het gebruik van pijngerichte technieken kon de intensiteit van de pijn gemiddeld worden teruggebracht van zeven tot negen op de pijnbarometer tot vier tot zeven. Ook de comorbiditeit was verbeterd: Myriam rapporteerde minder stress en daardoor minder conflicten op het werk. Ook was het gebruik van pijnstillers sterk verminderd.

Een belangrijk bijkomend effect van deze groepsbehandeling is dat het besef van zelfcontrole bij Myriam gevoelig is verbeterd.

Figuur 2 Voorbeelden uit het hoofdpijndagboek twee van Myriam.

Situatie	Wat anders gedacht?	Wat anders gedaan?	Intensiteit pijn/stress (0-10)
Aan mijn bureau gaan zitten en zien dat er een berg werk op mij ligt te wachten.	Blijf rustig. Ik kan maar één ding tegelijk doen; ik zal alles eerst eens vlug doornemen en vervolgens de meest dringende zaken doen; de rest moet maar wachten. We zien wel!	Eerst snelle ontspanning toepassen, daarna rustig de taken afwerken naargelang belangrijkheid en prioriteit; na ongeveer anderhalf uur stoppen en Recall + aandachtsafleiding toepassen	4-5
Naar huis gekomen toen ik op het werk een zware migraine-aanval kreeg.	Ik heb het al iedere keer kunnen volhouden; dus ook nu moet het wel lukken. Niet in paniek raken! Ik moet gewoon proberen om het wat draaglijker te maken.	Beginnen met snelle ontspanning, daarna trage buikademhaling uitvoeren en als ik rustig genoeg ben de verbeeldingstechniek doen.	5-6

an = anorexia nervosa met eetbuien; bn = boulimia nervosa; bed = binge-eating disorder (eetbuistoornis)

Bespreking en evaluatie

In dit artikel beschreef ik een groepstraining in verschillende procedures. Een dergelijke werkwijze veronderstelt een behoorlijke motivatie van elke deelnemer, maar dit is zelden een probleem, net als bij de meeste chronische pijnklachten. Vanuit de gedachte dat elke migraine uniek is, leren patiënten verschillende technieken: er zijn immers allerlei soorten factoren die migraine uitlokken, die telkens een andere aanpak vergen. Elk groepslid maakt op het einde van de therapie een keuze van die technieken waar hij baat bij heeft en werkt na de training daar zelfstandig mee verder. De inspraak van de patiënt is groter dan gebruikelijk, maar volgens mij benadert dit meer de werkelijkheid: patiënten werken verder met die procedures die hun iets opleveren en laten de rest vallen.

Deze groepstraining wordt reeds jarenlang gegeven aan mensen met migraine. In totaal volgden ongeveer 140 personen deze groepstraining, waarbij opvallend weinig mensen (zeven) de behandeling voortijdig hebben afgebroken. Minstens 75 procent van de groepsleden bestempelden deze cursus als positief. Dit betekent niet dat ze door deze benadering definitief verlost werden van migraine, die tenslotte een chronische somatische aandoening blijft. Maar het betekent wel dat veranderingen optraden in duur, intensiteit en frequentie van de migraineaanval, of dat andere factoren (zoals comorbide stress, angst, depressie of geneesmiddelenmisbruik) gunstig werden beïnvloed. Vooruitgang werd vooral geboekt in het verhogen van de controle over migraine. De meeste groepsleden geven aan dat ze vooral relaxatie en ademhalingstraining nuttig achten. Cognitieve therapie en verbeeldingstechnieken zijn doorgaans de moeilijkste onderdelen om aan te leren of te gebruiken. In de loop van de tijd werd de sociale-vaardigheidstraining in het programma ingevoegd; ongeveer dertig procent van de groepsleden heeft positieve ervaringen met dit onderdeel.

Men kan zich de vraag stellen of de frequentie van één bijeenkomst per week niet te hoog is, omdat er weken kunnen zijn dat geen migraine optreedt. Mijns inziens is dat niet het geval: de volledige groepstraining strekt zich uit over bijna twee maanden, een periode waarin vrijwel zeker migraine optreedt. Het niet-optreden van migraine kan anderzijds belangrijke informatie opleveren over bepaalde uitlokkende situaties (Wat gebeurt er precies in die periode dat er geen klachten zijn?). Het verlengen van de tijd tussen twee bijeenkomsten kan daarentegen vaartverlies inhouden of de groepsinteracties negatief beïnvloeden.

In de toekomst zal waarschijnlijk de nadruk meer komen te liggen op vereenvoudiging van deze groepstherapie. Dit vereist echter een grondig ontmantelingsonderzoek.

Abstract

The article describes a brief, structured group therapy for migraine. The most important aim is to have patients acquire coping behaviour with respect to stress and migraine. During seven group sessions many procedures are acquired that can be used when the first signals of migraine appear: relaxation, breathing techniques, cognitive therapy, amelioration of the lifestyle, coping behaviour directed towards pain management and specific social skills training. Towards the end of the training the group members assemble their own therapeutic package by selecting the coping that suits their individual problem situations best. This approach is illustrated with a case.

Referenties

- Bakal, D.A., Demjen, S.M., & Kaganov, J.A. (1981). Cognitive behavioral treatment of chronic headache. *Headache*, 21, 81-86.
- Beck, J.S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York/Londen: The Guilford Press.
- Bernstein, D.A., & Borkovec, Th.D. (1977). *Leren ontspannen: Handleiding voor de therapeutische beroepen*. Nijmegen: Dekker & Van de Vegt.
- Bernstein, D.A. & Carlson, C.R. (1993). Progressive relaxation: abbreviated methods. In P.M. Lehrer & R.L. Woolfolk, *Principles and practice of stress management* (pp. 53-87). New York: The Guilford Press.

- Bögels, S.M., & Oppen, P. van (1999). *Cognitieve therapie: theorie en praktijk*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Dobson K.S., & K.D. Craig (Eds.) (1998). *Empirically supported therapies: Best Practice in Professional Psychology*. Thousand Oaks, Londen: Sage Publication.
- Eeghem, H. van (2001). Migraine: theorie en gedragstherapeutische praktijk. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 27, 1, 5-22.
- Fried, R. (1993). The role of respiration in stress and stress control: toward a theory of stress as a hypoxic phenomenon. In P.M. Lehrer & R.L. Woolfolk, *Principles and practice of stress management* (pp. 301-331). New York: The Guilford Press.
- Helm-Hylkema, H. van der (1986). Hoofdpijn. In A.A. Kaptein, H.M. van der Ploeg, B. Garssen, P.J.G. Schreurs & R. Beunderman (red.), *Behavioral Medicine. Psychologische behandeling van lichamelijke aandoeningen* (pp. 49-64). Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Heyden, C. van der (1999). De cognitieve therapie van Beck. *Gedragstherapie*, 32, 3-31.
- Holroyd, K.A., Lipchik, G., & Penzien, D.B. (1998). Psychological management of recurrent headache disorders. In K.S. Dobson & K.D. Craig (Eds.), *Empirically supported therapies: Best Practice in Professional Psychology* (pp. 187-237). Thousand Oaks, Londen: Sage Publication.
- Holroyd, K.A., & Penzien, D.B. (1993). *Self-management of recurrent headache*. Geneva: World Health Organisation. Division of mental health. Behavioural science learning modules.
- Kaptein, A.A., Ploeg, H.M. van der, Garssen, B., Schreurs, P.J.G., & Beunderman, R. (red.) (1986). *Behavioral Medicine. Psychologische behandeling van lichamelijke aandoeningen*. Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Keijsers, G.P.J., Minnen, A. van, & Hoogduin C.A.L. (red.) (1999). *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg 2*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lehrer, P.M., & R.L. Woolfolk (1993). *Principles and practice of stress management*. New York: The Guilford Press.
- Martin, P. (1993). *Psychological management of chronic headache*. New York, Londen: The Guilford Press.
- Olesen, J. (1988). Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias, and facial pain. Headache Classification Committee of the International Headache Society, *Cephalgia*, 8 (Suppl. 7).
- Passchier, J. (1996). Migraine, spanningshoofdpijn en stress. *Pijn-informatorium*, HP1500-1-HP1500-13. Alphen aan den Rijn: Samsom/Stafleu.
- Sorbi, M.J., & E.L.H. Spierings (1996). Migraine. In W.T.A.M. Everaerd (red.), *Handboek Klinische Psychologie*, D2000, 1-24. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Sorbi, M.J., & Swaen, S. (1996). *Psychologische interventie bij hoofdpijn: trainingsboek en trainingsmanual*. Utrecht: Ambulatorium Faculteit Sociale Wetenschappen, Universiteit Utrecht.
- Sorbi, M., Tellegen, B., & Vreeswijk, L. (1984). Copingstrategieën bij migraine. *Gedragstherapie*, 17, 45-56.
- Sorbi, M.J., & Swaen, S.J. (1999). Protocollaire behandeling van patiënten met migraine en spierspanningshoofdpijn: Ontspanningstraining en cognitieve training. In G.P.J. Keijsers, A. van Minnen & C.A.L. Hoogduin (red.), *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg 2* (pp. 124-161). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Tan, S.Y. (1982). Cognitive and cognitive-behavioral methods for pain control: a selective review. *Pain*, 12, 201-228.
- Vlaeyen, J.W.S., Kole-Snijders, A.M.J., & Eek, H. van (1996). *Chronische pijn en revalidatie*. Praktijkreeks Gedragstherapie. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.