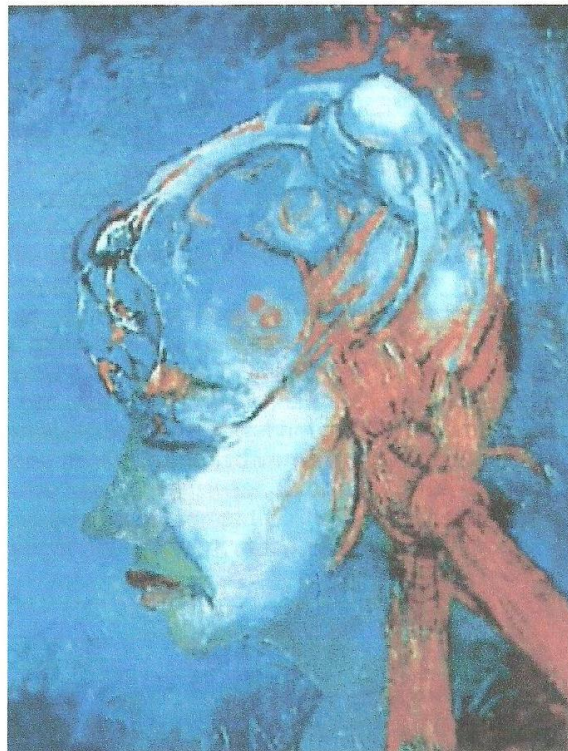


# Osteopathie en hoofdpijn.

## Wetenschappelijke onderzoeksverkenning & Behandelrichtlijnen.



Thesis tot het behalen van de graad osteopaat-DO.

Drs. V.A.M. Nijhuis,

International Academy of Osteopathy, Gent, mei 2002.

## Voorwoord.

Voor u ligt welhaast een boekwerk over osteopathie en hoofdpijn. Voordat ik met de studie osteopathie begon heb ik in twijfel gestaan om óf osteopathie óf acupunctuur te gaan studeren. Vanwege het feit dat osteopathie zowel de taal van de klassieke geneeskunde als van de natuurgeneeswijzen spreekt is het osteopathie geworden. Het is een feit dat er zeer véél, niet-osteopathische, literatuur over hoofdpijn voorradig is. Het is moeilijk hierin een rode draad in te ontdekken. Toch is er in alle eenvoud systematiek te ontdekken in de osteopathische behandeling van hoofdpijnpatienten. Dat wil zeggen in een duidelijk osteopathisch kader, met het instand houden van de osteopathische uitgangspunten en peilers en die méér recht doet aan de lichaam-geest-energetica. Klassieke osteopathie en osteopathie in een breder perspectief. Vitalisme in een osteopathische context in relatie met hoofdpijn. Hoofdpijn vereist qua behandeling en wetenschappelijk zo'n aanpak. Osteopathie kan daarmee aangevuld en uitgebouwd worden.

Het stuk is lang, maar wetenschappelijk verantwoord. Opgedeeld in overzichtelijke hoofdstukken aan de hand van verschillende aspecten die van belang zijn bij de osteopathische behandeling van hoofdpijn, welke een vergelijking van de (recente) experimentele onderzoeksliteratuur toelaat. Deze zijn evtl. ook afzonderlijk te beoordelen. Ik realiseer me dat, ook vanwege het feit dat het wetenschappelijke taal betreft, er soms (te) veel in één zin opgesomd staat. Ook typisch is dat in wetenschappelijke stukken wel erg vaak woorden als "mogelijk", "waarschijnlijk", "misschien", etc. staan. Het lijkt wel véél kennis en wéinig weten!. Iets wat praktisch triviaal is of lijkt, kan wetenschappelijk als "paradigmatisch relatief nieuw" bestempeld worden. In wetenschappelijke benaderingen is het zaak je de juiste selectieve vragen te stellen, waar je antwoorden op wilt, om het maar eens in de woorden van dr. Viola Frymann DO te zeggen. Conclusies worden wetenschappelijk gebaseerd op de gekozen variabelen. Alleen is er wel verschil in kennis en wijsheid!

Mijn dank gaat uit naar Luc van Roggen DO-MROB B.Sc.(Hons) Ost. Med. voor zijn "promotorschap" (het is geen thesis en promotie in klassieke zin!) en zijn goede adviezen. Mijn dank gaat ook uit naar Luc Peeters DO-MROB B.Sc (Hons) Ost. Med. voor de permissie om in plaats van een osteopathisch experimenteel onderzoek een osteopathisch literatuuronderzoek te mogen doen, alhoewel het experimenteel onderzoek in dit geval misschien toch beduidend minder werk had vereist. Het is derhalve een "thesis" in de oudere stijl geworden, met nieuwe criteria weliswaar. Eveneens dank ik mw. drs. Publiekhuysen voor correctie van het engels in de "summary". Tevens spreek ik mijn dank uit voor al diegenen die het volbrengen van dit werk mede mogelijk hebben gemaakt!

Vincent Nijhuis,  
Nijmegen, 19 april 2002.

<b><u>Inhoud Overzicht.</u></b>	<b><u>Pg.</u></b>
1. Voorblad.....	I.
2. Voorwoord.....	II.
3. Inhoudsopgave.....	III.
4. Lijst Illustraties en Tabellen.....	VI.
5. Eindbesluit en een visie over hoofdpijn.....	VIII.
6. Samenvatting.....	X.
7. Summary.....	XI.
8. Outline Hoofdpijn & Osteopathie.....	XIII.

<b><u>Inhoud Thesis.</u></b>	<b><u>Pg.</u></b>
<b><u>Inleiding.</u></b> .....	1.
<b><u>1. Klassieke geneeskunde en hoofdpijn.</u></b>	
1.1. Inleiding.....	3.
1.2. Klassificatie schema's, klinische klachten, onderzoek en klassieke (medicinale) behandeling.....	3.
<b><u>2. Ontstaanswijze, differentiaal diagnose en aspecten van hoofdpijn: een vergelijking tussen de klassieke geneeskunde en osteopathie.</u></b>	
2.1. Neurofysiologisch (pijn)mechanisme, segmentale samenhang en centrale regulatie.....	9.
2.1.1. Pijngevoelige structuren en indeling.....	9.
2.1.2. Intra- en extracraniale vascularisatie.....	12.
2.1.3. Organisatie en functie van het LCS.....	14.
2.1.4. De neuro-humorale werking van de suturen.....	16.
2.1.5. Centrale afferentie en nocisensorische verwerking en centrale regulatie.....	16.
2.1.6. Fasciale viscerale relaties met het hoofd.....	20.
2.1.6.1. Neurotransmitters betrokken bij pijn en pijnmodulatie.....	22.
2.1.6.2. (Co)existentie van aminerge en peptiderge transmitters in zenuwvezels bij de regulatie van de hersencirculatie.....	23.
2.1.6.3. Neurotransmitters betrokken bij gedrag en de biogenetische basis van persoonlijkheid.....	25.
2.1.6.4. Naar een relatief nieuw paradigma, alvorens de pathofysiologie van de verschillende soorten hoofdpijnvormen een gemeenschappelijk kader te geven.....	27.
2.1.7. Enkele recentere inzichten over pijn(modulatie).....	35.
2.1.8. Emotie en het ZS.....	43.
2.2. (Klassieke) theorieën over de pathogenese van hoofdpijn.....	48.
2.2.1. Inleiding.....	48.
2.2.2. Overzicht van de pathogenese van hoofdpijn (klassiek).....	49.
2.2.2.1. De vasculaire theorie.....	50.
2.2.2.2. Biochemische en neurohumorale theorieën.....	52.
2.2.2.3. Autonome dysbalans.....	53.
2.2.2.4. De neurologische hypothese.....	53.
2.2.2.5. Korte aanvullende opmerkingen over de pathogenese van clusterhoofdpijn en spanningshoofdpijn.....	56.

2.3.	Osteopathische aspecten van belang bij hoofdpijn.....	58.
2.3.1.	Cranio-sacrale osteopathie nader onder de loep bij de behandeling van hoofdpijn.....	64.
2.3.1.1.	Inleiding.....	64.
2.3.1.2.	Cranio-sacrale osteopathie van belang bij hoofdpijn.....	65.
2.3.2.	De invloed van het PAM op het bindweefsel en fasciën van het gehele lichaam en de reabsorptie van LCS door lymfe.....	68.
2.4.	Systematisch literatuurvergelijk aan de hand van de zoektermen: “mechanisch, vasculair (cerebrale bloedstroom), neurogeen (neurotransmitters), emotioneel/visceraal, metabool/immunologisch, LCS/lymfogeen en energetisch” & hoofdpijn van vóór 1995, en van 1995-2001.....	71.
2.4.1.	Mechanische aspecten van belang bij hoofdpijn.....	71.
2.4.2.	Vasculaire (cerebrale bloedstroom) aspecten van belang bij hoofdpijn.....	73.
2.4.3.	Neurologische aspecten van belang bij hoofdpijn.....	74.
2.4.4.	Viscerale aspecten van belang bij hoofdpijn (incl. enkele genetische aspecten).....	76.
2.4.5.	Emotionele aspecten van belang bij hoofdpijn.....	78.
2.4.6.	LCS en lymfatische/immunologische aspecten van belang bij hoofdpijn.....	80.
2.4.7.	Metabolische, chemische/vrije radicalen/hormonen, aspecten van belang bij hoofdpijn.....	82.
2.5.	Integratie klassieke geneeskunde en osteopathische integratie.....	87.
2.5.1.	De gemeenschappelijkheid van primaire hoofdpijnen, m.n. migraine en spanningshoofdpijn, en enkele hoofdpijnmodellen.....	87.
2.5.2.	Osteopathische integratie.....	90.
<b>3.</b>	<b><u>Het vitaliteitsconcept in osteopathische context in relatie met hoofdpijn.</u></b>	
3.1.	Inleiding.....	95.
3.2.	BBSR, biofysische regulatie, lichaam-geest energetica, een relatief nieuw paradigma.....	96.
3.3.	Kort overzicht van de relatie tussen viscera en emotie a.d.h.v. de MEDLINE.....	97.
3.4.	Verdere uiteenzetting van de BBSR, bio-electriciteit, biofysische regulatie en bio-energetica.....	99.
3.5.	Orgaan-energetische functies en dysfuncties in de lichaam-geest-energetica en de relatie met hoofdpijn, vitalisme in osteopathische context en visie op hoofdpijn.....	107.
<b>4.</b>	<b><u>Osteopathisch effectonderzoek bij de behandeling van hoofdpijn. Een kort overzicht van osteopathisch effectonderzoek, een uitgewerkt mogelijk onderzoeksprotocol en enkele aanbevelingen voor verder osteopathisch onderzoek.</u></b>	
4.1.	Osteopathisch effectonderzoek bij de behandeling van hoofdpijn met meta-analytische beoordeling.....	116.
4.2.	Osteopathisch effectonderzoek bij de behandeling van hoofdpijn waarbij osteopathiebehandeling werd uitgevoerd zoals in de dagelijkse praktijk, aangevuld met effectonderzoek van behandelingen bij hoofdpijn die osteopathiebehandeling daarin ondersteunt.....	122.
4.3.	Protocol onderzoek “de effecten van de cranio-sacrale ten-steps methode bij spanningshoofdpijn” (eigen uitgewerkt voorbeeld).....	124.
4.4.	Toekomstige aandachtspunten bij osteopathisch effectonderzoek.....	127.
<b>5.</b>	<b><u>Osteopathische behandelwijze en – technieken.</u></b>	
5.1.	Conclusies uit het literatuuronderzoek en aanwijzingen voor osteopathische hoofdpijnbehandeling.....	129.

5.2.1.	Safety's bij de behandeling.....	139.
5.2.2.	Behandelstrategie en richtlijnen (incl. aanwijzingen voor technieken).....	144.
<b><u>Samenvatting.</u></b> .....		154.
<b><u>Summary.</u></b> .....		155.
<b><u>Bijlagen.</u></b>		
<b><u>Bijlage I. Hoofdpijnklassificatie - en andere bijlagen.</u></b> .....		157.
I-1.	Hoofdpijnklassificatieschema's.	
I-1A.	Klassificatie van de International Headache Society (1988, Zweedijk vertaling 1996).....	157.
I-1B.	Klassificatie van Ward (1982).....	159.
I-1C.	Klassificatie van symptomatische en "gewone of mechanische" cervicale hoofdpijn en de differentiaal diagnose van cervicale hoofdpijn.....	160.
I-1D.	Hoofdpijndiagnose schema.....	162.
I-2.	Durapijn/sinuspijn, functie van het durale systeem, gevolg van durale spanning en veneuze/lymfeflow.....	163.
I-3.	Liquorsamenstelling, liquorstroming in het ruggemergkanaal en factoren van de schedelbeweging.....	165.
I-4.	Neurologische-hypothalamische banen/regelmechanismen en een overzicht van de neurotransmitters.....	166.
I-5.	"Viscerale emotionele brein", spierketen in relatie met o.a. psycho-motoriek, houding in relatie met bepaalde emoties.....	169.
I-6.	Toegepaste kinesiologie en orgaan-energetische relaties.....	172.
I-7.	Enkele relaties in de lichaam-geest-energetica: regel van acht, vijf fasen verbandenreeks en gekoppelde meridianen.....	174.
I-8.	Neuro-immunologische modulatie, enkele modellen.....	175.
<b><u>Bijlage II. "Spiritueel fulcrum", spirituele anatomie en fysiologie van het menselijk lichaam en polariteits behandeling.</u></b> .....		178.
<b><u>Bibliografie.</u></b> .....		182.

## Lijst van illustraties en tabellen.

<u>1. Illustraties.</u>	<u>Pg.</u>
Fig. 2.1. Schematisch overzicht van de (huid)innervatie van het hoofd/halsgebied.....	10.
Fig. 2.2. Schema van de liquorcirculatie.....	15.
Fig. 2.3. De verschillende kernen van de n. trigeminus.....	18.
Fig. 2.4. Segmentatie van het hoofd/halsgebied.....	19.
Fig. 2.5. Functionele relatie van het vegetatieve zenuwstelsel tot het metabolisme.....	21.
Fig. 2.6. De hoofdwegen van drie neurotransmitters: dopamine, serotonine en noradrenalinale.....	26.
Fig. 2.7. Temperamentvolle stoffen: de innige relatie tussen onze persoonlijkheid en drie boodschapperstoffen: dopamine, serotonine en noradrenalinale.....	27.
Fig. 2.8. Centrale peesketen in verbinding met het tuberculum pharyngeum.....	29.
Fig. 2.9. Functionele driehoeken en de diafragmae in de inspiratiefase.....	30.
Fig. 2.10. Headse pijnzônes.....	31.
Fig. 2.11. Fasen in gezondheid en ziekte; regressieve en progressieve vicariatie.....	34.
Fig. 2.12. Concept neurofysiologisch werkingsmodel voor pijnmodulatie / acupunctuur analgesie.....	36.
Fig. 2.13. Substanties en lokale banen die betrokken zijn bij hyperalgetische triggering in de darm.....	41.
Fig. 2.14. Geïdentificeerde mediators in spinaal projecterende viscerale afferente neuronen en pre- en postsynaptische receptoren betrokken bij transmissie van nociceptische impulsen op dorsale hoorn niveau.....	42.
Fig. 2.15. Cerebrale hoofdstructuren die worden geactiveerd bij somatische en viscerale stimulatie a.d.h.v. functionele beeldvormende studies.....	43.
Fig. 2.16. Neuro-immuno-modulatie. Schematische weergave van de wisselwerkingen tussen het CZS en het immuunsysteem (RES). Schematisch diagram van de duale regulatie van immuunsysteemactivatie door de hypothalamus-hypofyse-adrenale as en het AZS.....	46.
Fig. 2.17. Neuro-humorale integratie en emotionele toestand.....	47.
Fig. 2.18. Pijnbanen relevant bij hoofdpijn (het trigemino-vasculaire systeem).....	51.
Fig. 2.19. Het trigemino-vasculaire systeem.....	51.
Fig. 2.20. Trigeminaal neuronen en (sub)corticale betrokkenheid.....	55.
Fig. 2.21. Schematisch diagram die de uitstroom routes illustreren van de craniale en spinale subarachnoïdale ruimte door de arachnoïde villi en langs bepaalde craniale en spinale zenuwen. Schematisch diagram die het model van interstitiële vloeistof turn-over in de hersenen illustreert.....	70.
Fig. 2.22. De verschillende BBB-transport eigenschappen en mogelijkheden voor geneesmiddelen, alsmede de lokalisatie van het P-glycoproteïne (Pgp) effluxsysteem.....	80.
Fig. 2.23. De verschillende endotheel signaal-transductieroutes en de intra-cellulaire intermediairen die betrokken zijn bij de verandering van de permeabiliteit van endotheel na liposaccharide (LPS) stimulatie.....	81.
Fig. 2.24. Bloeddrukverlaging en amplitudeverlaging van de LCS pulsaties na intra-veneuze histaminetoediening.....	84.
Fig. 2.25. Mono-amine hoofdpijn en gedrag.....	84.
Fig. 2.26. Het continuüm van benigne hoofdpijn en een "ernstmodel" van essentiële hoofdpijn.....	87.
Fig. 2.27. Hoofdpijnmodel van Post.....	88.
Fig. 2.28. Voorspelde belangrijkheid van supraspinale, vasculaire en myofasciale inputs naar hersenstamneuronen bij de verschillende vormen van migraine en spanningshoofdpijn.....	88.
Fig. 2.29. Schema van het hypothetische migraineproces.....	89.
Fig. 2.30. Migraine in relatie tot diverse verwante stoornissen.....	89.
Fig. 3.1. Het grondstelsel volgens Pischinger.....	100.
Fig. 3.2. Tussen focus en RES bestaan immunologische wisselwerkingen.....	102.
Fig. 3.3. Factoren die coronastructuren produceren gedurende een elektro-positieve fase. Veronderstelde principe voor de ontwikkeling van biologische membranen als orgaan-capsules. Veronderstelde mechanisme van elektrische transfer tussen vasculaire en interstitiële takken van vasculaire interstitiële gesloten cellen (VICC). Veronderstelde basismechanisme voor acupunctuur. Samenvatting van de rol van beschadigings bio-potentialen in weefselherstel. Samenvatting van de rol van spanningsgerelateerde potentialen in botweefsel en ,stiltzweigend, kraakbeen en bindweefsel adaptatie op mechanische stress; contrôlesysteem wet van Wolf.....	105.
Fig. 3.4. De vijf fasen en OS/PS.....	109.
Fig. 3.5. Vitaliteitsmodel.....	113.
Fig. 3.6. Twee regulatie systemen, voeding en controle, in relatie met het 5-fasenschema.....	114.
Fig. 5.1. Verandering van het cranio-sacrale mechanisme; craniale osteopatische technieken.....	149.

<b>2. Tabellen.</b>	<b>Pg.</b>
Tab. 1.1 Hoofdpijntriggers bij hoofdpijn.....	5.
Tab. 1.2 Migraine medicatie en medicijnen bij de behandeling van (acute) migraine aanvallen...	6.
Tab. 1.3 Classificatie van serotonine receptoren.....	8.
Tab. 2.1 Functie van het LCS.....	15.
Tab. 2.2 Samenvatting van factoren die het kaliber van arteriolen beïnvloeden.....	25.
Tab. 2.3 Headse pijnzônes.....	32.
Tab. 2.4 Functie van de fasciën.....	33.
Tab. 2.5 Clusterhoofdpijn.....	57.
Tab. 2.6 dysfuncties van de synchondrosis sphenobasilaris (SSB).....	66.
Tab. 2.7 Perifere en centrale neurochemische activiteiten. Neurochemische parameters bij organische (somatische) en functionele (psycho-somatische) ziekten.....	94.
Tab. 4.1 Criteria voor de methodologische beoordeling van behandelexperimenten naar het effect van in dit geval osteopathie op hoofdpijn.....	117.
Tab. 4.2 Effectonderzoek van osteopathie bij hoofdpijn.....	118.
Tab. 5.1 Beslissingsschema, diagnostiek. De belangrijkste vragen.....	139.
Tab. 5.2 Hoofdpijn: anatomische lesie?.....	140.
Tab. 5.3 Mogelijke alarmtekens bij hoofdpijn.....	140.
Tab. 5.4 Differentiële diagnose.....	141.
Tab. 5.5 Indicaties voor ziekenhuis verwijzing. ....	142.

### **Eindbesluit en een visie over hoofdpijn:**

Aan de hand van het overzicht over emotie en het viscerale systeem (2.1.8., 2.4.5. en 3.3.), in relatie met hoofdpijn en andere experimentele ondersteuning over al of niet integratie in de externe - (buitenwereld) en interne (binnenwereld) informatie bij de hoofdpijnpatient (bvb. Ward 1982, Lachner 1999) is er verantwoord een bepaalde visie over hoofdpijn en migraine in het bijzonder te geven. Deze wordt goed verwoord door Huibers (1998).

De hypothalamus is een grote centrale waarin verschillende informatiestromen samenkomen, niet alleen de "onbewuste" informatie die nodig is voor het biologisch functioneren van het lichaam, maar ook "bewuste" waarnemingen, emoties, fantasieën en gedachten (Rutten 2000), zie ook 2.1.7. (somatische en viscerale informatie). Zo kan het voorkomen dat op grond van psychologische beïnvloeding, v.w.b. de mogelijke immunreactie, een plastic roos een allergische reactie kan uitlokken bij een bestaande allergie voor (echte) rozen. In de lichaam-geest energetica helpt het juist bij de verwerking van emoties, bij pijn, bij spanning, bij blokkades etc. om diep tot in het bekken te ademen. Bij het uitademen kan men zich voorstellen dat die ingeademde lucht en zuurstof naar elk lichaamsdeel gaat. Met andere woorden kan het zijn dat als men wil ontspannen en met positieve gedachten dus naar de plek gaat waar men dán spanning, pijn etc. voelt, men de spanning voelt wegvloeien of de pijn minder scherp wordt of weggaat. Die positieve gedachte kan bvb. zijn: laat er maar rozen groeien, niet zonet genoemd van plastic, en rozen hebben water en licht nodig. Of: de roos is goed geworteld en groeit in het licht.

***Misschien is dit wel de essentie: hoofdpijn patienten "vergeten" nog wel eens in het algemeen de rest van hun lichaam (t.o.v. hun hoofd), maar vergeten dat ze daarmee voorbij kunnen gaan aan de doorléving van (onverwerkte) emoties. De "drives bij hoofdpijn" lijken van onder te komen met al of niet bepaalde neuro-humorale substanties vanuit het somatische - viscerale - cranio-sacrale. Men wordt dan (weer) prettig herinnerd aan het feit dat het hoofd (bewustzijn), het hart (gevoel, levensstroom) en de buik (persoonlijkheid, levenskracht) een eenheid is en behoort te zijn binnen de lichaam-geest energetica! Met beide benen op de grond dus en toch wijzer en bewuster: geheel-der!***

Welnu dit geldt natuurlijk voor iedereen, maar niet iedereen krijgt hoofdpijn of niet dezelfde soort hoofdpijn: de triggers/belasting zijn anders, de belastbaarheid is anders. Dit is bij iedereen verschillend. De balans hierin heeft bij iedereen weer andere betekenis. Specifieke selectieve triggering/orientatie speelt daarin een rol. De integratie van de informatie stroom van externe afferenten (omstandigheden, omgevingsoriëntatie) en van interne afferenten (o.a. viscerale emotionele toestand) is van belang. Niet zozeer beïnvloeden de emoties de hartwerking of andere viscerale verwerkingstoestanden, maar zijn deze een uiting van een ***beweging ("emovere")***, c.q. ***vitale energie/vitalisme***, en heeft dus emotie tot resultaat! (Huibers 1998). In het huidige causale denken (met sterk materialistische inslag), worden emoties beschouwd als iets wat vooral van buitenaf ons wezen beïnvloedt. De oorsprong van onze emoties is niet primair buiten ons gelegen, maar is het gevolg van hetgeen zich in ons hart afspeelt. Het hart als overgang tussen buik en hoofd, onbewust en bewust, lichaam-geest energetica, lichamelijke beleving (stofwisseling/voeding belangrijk) en geestelijke beleving (ademhaling belangrijk). Vaatvernauwing en vaatverwijding worden veroorzaakt door de werking van het autonome ZS, zie ook het begin van 3.5. over de OS/PS activiteit. Dat autonome ZS wordt op haar beurt weer beïnvloed door hetgeen men in onze buitenwereld waarnemen, en met hetgeen men zelf aan innerlijke voorstellingen gemaakt hadden omtrend deze buitenwereld (denk ook aan neuro-humorale aspecten). De migraine patient legt zich in wezen niet neer bij het gedrag dat hij of zij zelf ten beste geeft: de migraine patient kiest voor het bovenpolige (hoofd, bewustzijn) als manier van bestaan, maar houdt ook vast aan hetgeen zijn diepste wilsroerselen zijn (onderpool-buik, persoonlijkheid, levenskracht). Daarbij treden er in het lichaam twee tegenstrijdige functies tegelijkertijd op: vaatverwijding en vaatvernauwing. De migraine patient sluit zich voor het oog van de wereld af voor de wilsroerselen van zijn onderpool. Toch blijft de invloed hiervan aanwezig, is dus een soort negatieve aanpassing. De onderpool verdraagt deze negatieve aanpassing niet : ze zendt signalen uit. Het is de hypofyse



die deze signalen vertaalt naar het vegetatieve ZS. Als de onderpool blijft opdringen en aandacht blijft vragen, ondanks de rationele wijze van bestaan, wel dan ontstaat migraine. Als de onderpool niet al te sterk is en tijdelijk afgesloten wordt ontstaat onvruchtbaarheid. Dus het is voor de migraine patient zaak om naar de onderpool durven te gaan (voeding speelt daar ook een rol bij). In wezen is iedere ziekte van het lichaam, aldus Huibers (1998), een manifest van verstoring tussen buiten- en binnenwereld. Osteopathisch is dit te vertalen in somato-emotionele cysten, discontinuüm in willen-voelen-denken, stagnatie van de levensstroom (vitalisme), (wervel)blokkaden, fascieletsels, motiliteitsstoornissen, SSB letsels, PAM verstoringen, viscerale letsels, progressieve vicariatie (zie 2.1.6.4.), knobbels, verklevingen etc. Je pijn (juist hoofdpijn) is daarbij het breken van de schaal, die je inzicht omsluit ; heeft dus betekenis!

## Samenvatting.

Juist in het hoofd lijken de lijnen mechanisch-neurogeen-circulatoir (arterieel, veneus, lymfatisch, interstitieel, LCS)-visceraal-metabool-psycho/emotioneel-energetisch samen te komen, zoals dat doorleefd is en wordt in het hele wezen. Conclusies, aan de hand van enkele literatuur zoekmachines, over de rol van deze hoofdpijnaspecten in de osteopathische behan-deling van hoofdpijnpatienten worden samengevat in een schema. Bij 90-95 % van de gevallen van hoofdpijn zijn er (klassiek geneeskundig) geen organische oorzaken te vinden. Zowel allopathisch als osteopathisch is men geneigd hoofdpijn niet als ziekte te beschouwen, maar meer als symptoom. Er is een verschil in somatotopische, viscerotopische en secundair idiopathische hoofdpijn. De osteopathie werkt dit echter anders uit dan de klassieke geneeskunde. De osteopaat spreekt zowel de taal van de klassieke geneeskunde (ook van belang voor de safety en het inzicht in de pathogenese) als de taal van de meer vitaliserende natuurgeneeswijzen. Ook klassiek geneeskundig wetenschappelijk onderzoek wordt integratiever van aard. Maar juist binnen een relatief nieuw paradigma over het BBRS (met een belangrijke rol voor de fasciën en de fasciale viscerale relaties met het hoofd, zowel mechanisch als neuro-humoraal-energetisch) en de lichaam-geest-energetica, kunnen principes die reeds als osteopathische uitgangspunten gelden, aangevuld en uitgebouwd worden in de osteopathische behandeling én in osteopathisch wetenschappelijk onderzoek. De huidige kennis en theorie met betrekking tot deze issues worden gevormd door een centraal raamwerk van algemeen geaccepteerde feiten en theorieën, gelardeerd met nog in de discussiesfeer liggende bevindingen en hypothesen. Een werkelijk geïntegreerde geneeskunde lijkt in het verschiet te liggen.

Hoofdpijnpatienten neigen nog wel eens in 't algemeen de rest van hun lichaam t.o.v. hun hoofd te negeren, maar vergeten dat ze daarmee voorbij kunnen gaan aan de doorléving van (onverwerkte) emoties. De "drives bij hoofdpijn" lijken van onder te komen met al of niet bepaalde, in deze thesis zeer uitgebreid beschreven, neuro-humorale substanties die hun weg vinden vanuit en in het somatische/viscerale/cranio-sacrale. Het hoofd (bewustzijn), het hart (gevoel, levensstroom) en de buik (persoonlijkheid, levenskracht) is en behoort een eenheid te zijn binnen de lichaam-geest-energetica. De integratie, richting en oriëntatie van de interne en externe informatie stroom, gezien de bovengenoemde in schema gezette hoofdpijnaspecten, zijn hierbij belangrijk. Als aansluiting op de algemene en specifieke osteopathische anamnestiche/klinische gegevens, incl. aan de hand van het vitalismeconcept in osteopathische context, wordt een compleet overzicht van osteopathische behandelrichtlijnen bij de behandeling van patienten met hoofdpijn aangegeven in deze thesis. Tot in de kern van het probleem te komen, het afbouwen van oorzaak-gevolg relaties en prioriteiten in de behandeling aangeven. Met een korte verwijzing naar het scala van osteopathische technieken variërend van de "stevigere" manipulatieve technieken tot de als "lichtere" bekende technieken, variërend van meer mechanisch-lokaal tot energetisch-geheel. Van belang is het hoofdpijnspecifiek (weefselspecifiek, en qua werkingsniveau), zo mogelijk, vrijmaken van mechanische blokkades, neurogene dysregulatie, veneuze congestie, arteriële doorbloeding, lymfe/interstitiële afvoer, LCS doorstroming, behandelen van gerelateerde viscerale organen, chemische belastende stoffen en toxica elimineren, psycho-emotionele blokkades en energetische cystes vrijmaken. Let wel: het releasen van psycho-emotionele blokkades en energetische cystes kan ook plaats vinden door een soms benodigde geaccentueerde fysieke benadering. Het (her)balanceren van dysharmonieën staat het totale organisme wezenlijk toe om naar de graad van adaptatie en compensatie(laag) van ónder de hoofdpijndrempel terug te keren!

Onderzoek naar het effect van osteopathie bij de behandeling van hoofdpijnpatienten is nog zeer schaars. Meta-analytische beoordeling van de kwalitatief matige osteopathische (veelal manipulatie) effectstudies laten een hoofdpijnspecifiek effect van meer dan 50 % zien:

bij cervicogene hoofdpijn > tension-type hoofdpijn > migraine (alhoewel bij migraine een kleine groep 90 % verbetering). Het meeste blijvende effect, voorbij de "placebo" werking van

ongeveer 50 %, lijkt gesorteerd te worden voor die behandelingen die niet alleen de werkzame OAA en CTO (cervicale en thoracale) manipulatie betreffen maar volgens de complete osteopathische richtlijn uitgevoerd worden! Ook reflexologische osteopathische behandeling heeft wetenschappelijke ondersteuning. Alternatieven voor de traditionele outcome methodologie worden aangegeven, waarbij belangrijk is rekening te houden met oosteopathische uitgangspunten en – peilers. Speciale aandacht gaat daarbij uit naar de getrapte of intermitterende tijdserie (cross-over) experimentele opzet, al of niet gecombineerd met andere behandelmethoden. Één mogelijk onderzoeksprotocol is daartoe uitgewerkt, met enkele aanbevelingen voor verder onderzoek die meer aansluiten bij het besproken relatief nieuwe paradigma.

### **Summary.**

Right in the head the lines mechanical-neurogenic-circulatory (arterial, venous, lymfatic, interstitial, LCS)-visceral-metabolic-psycho/emotional-energetic seem to come together as it is experienced in the whole being. By means of a few literature search machineries, the role of these headache aspects in osteopathic treatment is summarized. In 90-95 % of the cases of headache no organic causes can be found by classical medical standards. Both allopathy and osteopathy tend to see headache not as a disease but more as a symptom. Difference has to be made between somatotopic, viscerotopic and secondary idiopathic headache. In osteopathy it is worked out differently from classical medicine. The osteopath speaks the language of both classical medicine (also of importance for the safety and the insight in the pathogenesis of headache) and the language of the more vitalising naturopathy. Classical medicine science however is getting integrative. But exactly within a relatively new paradigm of the BBRIS (with an important role for the fascia and the fascial visceral relations to the head, both mechanically and neuro-humoral-energetic) and the body-spirit-energetics, principles which are already being considered as osteopathic can be supplemented and extended by osteopathic treatment and osteopathic scientific research. The present knowledge and theory in relation to these issues consists of a central framework of generally accepted facts and theories, together with findings and hypotheses which are still to be discussed. A truly integrated medicine seems to lie ahead.

Headache patients tend to neglect the rest of their bodies with regard to their heads, but they forget that in this way they can ignore to live through emotions that are still to be got over. The “drives for headache” seem to come peripherally, with more or less specified neuro-humoral substances, extensively described in this thesis, which find their way out of or in the somatic/visceral/cranio-sacral. The head (consciousness), the heart (feeling, life-stream) and the abdomen (personality, life-strenght) is and should be a unity within the body-spirit-energetics. Integration, direction and orientation of the internal and external information stream are, as far as the above mentioned schematized headache aspects goes, important issues. Referred on the general and specific osteopathic anamnestic/clinical information, also by means of the vitalismconcept in osteopathic context, a complete survey of osteopathic treatment guidelines in the treatment of headache patients is given in this thesis. To come into the core of the problem, to phase out cause-consequence-relations and to give treatmentpriorities. With short reference to series of osteopathic techniques varying from the “firmer” manipulative techniques to the “lighter” techniques, varying from the more mechanic-local to the more energetic-whole.. Specifically for headache it is important (tissue specific, and as regards workingslevel), as it is possible, to free mechanical blockades, neurogenic disregulation, venous congestion, arterial blood flow, lymfatic/interstitial discharge, LCS flow ; to treat related visceral organs, to eliminate chemical charging and toxic substances; to release psycho-emotional blockades and energetic cystes. Mind: releasing psycho-emotional blockades and energetic cystes can also take place through a sometimes necessarily accented fysical approach. (Re)balancing disharmonies allows the total organism really to retrace to the degree of adaptation and compensation(layer) beneath the headache threshold!

Research about the effect of osteopathic treatment of headache patients is still very scarce. Meta-analytic review of the qualitatively moderate osteopathic (mostly manipulation) effect studies shows a headache specific effect of more than 50 % : in the case of cervicogenic headache > tension-type headache > migraine (although in the case of migraine for a small group 90 % effect). The most lasting effect, ahead the “placebo-effect” of approximately 50 %, seems to come from the osteopathic treatment according to the complete osteopathic treatment guidelines and not only after effective OOA and cervical-thoracic area manipulation. It has to be recommended that reflexologic osteopathic treatment has also scientific support. Alternatives for the traditional outcome methodology is given. Thereby it is important to account for the osteopathic treatment starting-points and points of support. Special attention has to be paid to the intermittent or levelled time-serial cross-over designs, possibly combined with other methods of treatment. One possible research protocol has been developed, together with some recommendations for further research in agree with the relatively new paradigm discussed in this thesis.

# Outline Hoofdpijn & Osteopathie Thesis

1.

Klassificatie/klinische klachten

Fasciale viscerale relaties met het hoofd

Recentere inzichten in pijn(modulatie)

somatisch

neuro-humorale integratie

visceraal

Klassieke theorieën > integratie (ook pg 137)

Osteopathische aspecten > integratie (ook pg 137)

viscerale relaties

cranio-sacraal

LCS/lymfe in het PAM

Vitalisme in osteopathische context (pg 111)

BBRS/focusleer/bipolariteitsveranderingen

Seem & Kaplan (1989)

També (1996)

Heydenreich (1986)

Martina (1999)

Rijntjes & Heijboer (1989) Spirituele inzichten: geestelijke achtergronden van  
het materiële bestaan

Gordon (1991) polariteitsbehandeling

## ➤ **Eindbesluit en visie over hoofdpijn**

2. wetenschappelijk onderzoek-osteopathisch effectonderzoek  
meta-analytische beoordeling  
nieuw kwalitatief onderzoek, o.a geschikt voor n=1 etc./individueel  
objectiveerbare materiële axioom  
objectiveerbare geestelijke axioom
3. Osteopathische behandelwijze/-technieken  
Overzicht literatuuronderzoek  
Osteopathische behandeling

## **Klassificatie, klinische klachten**

dikwijls geen afwijkingen , geen duidelijkheid over oorzaak/mechanisme

90 % idiopathisch

10 % primair

gemeenschappelijk

neuro-fysiologisch substraat (pijninnervatie, ontsteking/immunititeit)

vitaliteitsconcept

juist in het hoofd lijken de lijnen

mechanisch

neurogeen

circulatoir (arterieël, veneus, lymfatisch, interstitieël, LCS)

metabool

psycho-emotioneel

energetisch

samen te komen, zoals dat doorlééfd is en wordt in het hele wezen

plaats van de pijn is geen goede aanwijzing voor de plaats van de lesie

structureel/functioneel

intra-craniaal/extra-craniaal

functioneel/organisch-neurologisch/organisch-niet neurologisch/psychogeen

idiopathisch/primair

## **Objectiveerbare geestelijke axioom (uitgangspunt)**

spirituele inzichten: geestelijke achtergronden van het materiële bestaan

steeds meer onderzoek die ondersteuning biedt:

recentere pijn(modulatie) inzichten

neuro-humorale integratie: er is maar 1 fysiologie etc.

bvb. verschil emotie > hart (hartfrequentie omhoog etc.)

emotie vanuit het hart:

uiting van blokkades van “weg naar binnen”

vitaliteitskern bewust te worden

(accepteren van die emotie, om-laten-zetten van  
negatieve emotie in positieve emotie)

emotie komt van e-movere = energie in beweging