

همبودی علائم افسردگی و سردردهای اولیه

دکتر جلال شاکری (MD)^۱ - احترام ابراهیمی (MSc)^۱ - سیدعلی موسوی (MSc)^۱

*نویسنده مسئول: گروه روانشناسی، بیمارستان فارابی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

پست الکترونیک: psy.mousavi@gmail.com

تاریخ دریافت مقاله: ۹۴/۰۲/۲۱ تاریخ ارسال: ۹۴/۰۶/۱۸ تاریخ پذیرش: ۹۴/۰۹/۰۷

چکیده

مقدمه: افسردگی اختلال شایعی در بیماران دچار سردرد است، اما در ایران پژوهش‌های صورت گرفته در مورد همبودی افسردگی و سردردهای اولیه محدود بوده است.

هدف: تعیین ارتباط علائم افسردگی و سردردهای اولیه.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش مورد-شاهدی همبودی علائم افسردگی و سردردهای اولیه و نیز برخی عوامل تاثیرگذار مانند سن، جنس و نوع سردرد اولیه بررسی شدند. ۱۳۱ بیمار دچار سردردهای اولیه در سن ۱۵ تا ۶۴ سالگی مراجعه‌کننده به درمانگاه اعصاب و روان بیمارستان فارابی کرمانشاه و ۱۳۱ نفر به عنوان گروه شاهد که از جمعیت عمومی شهر کرمانشاه انتخاب شدند. داده‌ها با مصاحبه بالینی و با توجه سنج‌های انجمن بین المللی سردرد (IHS) و نیز "پرسشنامه افسردگی بک" (BDI) گرد آوری شدند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار Spss-۱۸ تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: میزان همبودی افسردگی و سردردهای اولیه ۵۸/۵٪ در گروه مورد و میانگین نمره افسردگی بزرگ‌تر از گروه کنترل ($p < ۰/۰۰۱$) بود. افسردگی ۳/۸ برابر شانس ابتلای به سردردهای اولیه را بالا می‌برد. ارتباط افسردگی و سردردهای اولیه در همه گروه‌های سنی به غیر از گروه سنی ۴۵-۶۴ ساله معنی‌دار است ($p < ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: بین افسردگی و سردردهای اولیه ارتباط وجود دارد.

کلید واژه‌ها: افسردگی / درد / سردرد

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیست و پنجم، شماره ۹۸، صفحات: ۸۸-۸۰

مقدمه

متمرکز بودند، اما پژوهش‌ها همچنین نشان داده‌اند که عوامل زیستی نمی‌توانند تمام جنبه‌های سردرد را به خوبی تبیین کنند. عوامل روانشناختی مانند تدبیر سردرد، جایگاه مهار، خودکارآمدی و حالت‌های هیجانی منفی تاثیرگذار می‌توانند بر راه‌اندازی حملات سردرد، شدت درد ناشی از سردرد و میزان تاثیر سردرد بر عملکردهای مختلف و پیش‌آگهی نیز موثر باشد (۳).

از حدود ۳۰ سال پیش تاکنون ارتباط سردرد و افسردگی در بررسی‌های علمی نشان داده شده و همبودی سردرد با افسردگی هم در نمونه‌های بالینی و هم در جمعیت عادی بارها دیده شده است (۴ و ۵). نتایج پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهد ارتباط دو طرفه معنی‌دار بین افسردگی و سردردهای اولیه وجود دارد (۱۷-۶) و مبتلایان به افسردگی، سردردهای

یکی از شایع‌ترین نشانه‌های نورولوژی سردرد است که کم و بیش هر کس آن را تجربه می‌کند و یکی از علل مراجعه به بیمارستان‌ها، درمانگاه و مطب‌هاست و بیش از ۳۰۰ بیماری ارگانیک وجود دارد که می‌تواند سبب آن شود (۱). شیوع تمام عمر سردرد در جمعیت انگلیسی ۹۰ درصد است و برآورد شده که ۶۶ درصد افراد در هر سال از سردرد رنج می‌برند (۲). توجه به بهداشت عمومی سردرد از لحاظ شیوع بالای آن اهمیت ویژه‌ای دارد و کم‌وبیش ۶۶ درصد بزرگسالان این بیماری را گزارش می‌کنند. درمانگران برای کاهش فراوانی حمله‌های سردرد، کاهش شدت آنها و کم کردن تاثیر منفی آنها بر کارکردهای گوناگون بایستی عوامل تاثیرگذار بر ایجاد سردرد، مدت و شدت سردرد افراد را مشخص کنند. تاکنون بیشتر پژوهش‌ها بر جنبه‌های زیستی

در گروه شاهد بیشترین افراد (۴۷/۲ درصد) بدون افسردگی بودند. در مقایسه میانگین نمره افسردگی بین گروه مورد و شاهد و همین‌طور اضطراب، بین دو گروه اختلاف معنی‌دار وجود داشت به طوری که در گروه مورد، میزان افسردگی و اضطراب بیشتر بود ($P < 0/001$) ولی در میزان افسردگی بین بیماران با سردرد میگرنی با او را و گروه شاهد اختلاف معنی‌داری وجود نداشت. با توجه به اطلاعات بدست آمده از این مطالعه که همراهی افسردگی و اضطراب را در سردرد میگرنی و تنشی و همچنین تشدید میگرن و تداوم آن بویژه با اضطراب را نشان می‌دهد. چنین می‌توان نتیجه‌گیری کرد که غربالگری مبتلایان با سردردهای میگرنی و تنشی از جهت افسردگی و اضطراب سودمند است. این امر می‌تواند کاهش هزینه‌های درمانی و جلوگیری از مزمن شدن سردرد را بدنبال داشته باشد (۲۱). در پژوهشی نشان داده شد که شیوه درمان شناختی- رفتاری گروهی به‌طور معنی‌دار سبب کاهش ناتوانی ناشی از سردرد و افسردگی در بیماران دچار سردرد شد ($P < 0/001$). شیوه درمان شناختی- رفتاری می‌تواند به عنوان شیوه‌ای مستقل یا در کنار سایر شیوه‌های درمانی مانند دارو درمانی در درمان متغیرهای جانبی سردردهای تنشی و میگرن مانند افسردگی و ناتوانی ناشی از سردرد به کار برده شود (۲۲). یافته‌های یک پژوهش نشانگر آن بود که افسردگی و سردرد نورویبولوژی مشترک دارند (۱۲) و این یافته‌ها موجب شده‌است که از داروهای ضدافسردگی و روان درمانی نیز برای درمان سردردهای اولیه استفاده شود. در ایران نیز پژوهش‌هایی در زمینه شیوع نشانه‌های افسردگی در مبتلایان به سردردهای میگرنی و تنشی انجام شده که نتایج آن با یافته پژوهش‌های سایر نقاط جهان همخوانی دارد و بر پایه این نتایج غربالگری مبتلایان به سردردهای میگرنی و تنشی از لحاظ افسردگی سودمند تشخیص داده شده‌است (۱۹ و ۲۳). چون بین سردرد و افسردگی ارتباط دو سویه وجود دارد، برآن شدیم تا این مطالعه را با هدف تعیین میزان همبودی علائم افسردگی و سردردهای اولیه بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه اعصاب و روان بیمارستان فارابی کرمانشاه انجام دهیم و بر نیاز مبرم به توجه بیشتر و بررسی‌های موثر تر برای این مشکل ناتوان‌کننده تاکید کرده و به سهم برخی عوامل

شدیدتری تجربه می‌کنند و برعکس (۱۵ و ۱۱). افسردگی با اختلال آشکار در خلق مشخص می‌شود، افسردگی اساسی بیشتر مبهم و همراه با دلواپسی است که با یک یا چند تظاهر جسمی مانند سردرد همراه است. مطالعات پیشین انجام شده نشان داد که خطر افسردگی همراه سردرد حدود یک سوم است و سردرد و افسردگی تاثیر دو جانبه بر یکدیگر دارند، به طوری که وجود هر کدام از این اختلال خطر ایجاد دیگری را بالا می‌برد و حتی یک علت‌شناسی مشترک برای سردرد و افسردگی جلب توجه می‌کند و ارتباط سردرد و افسردگی را مطرح کرده‌اند. ارتباط معنی‌داری بین سردردهایی که از هنگام کودکی یا بلوغ شروع می‌شوند و بروز افسردگی در سال‌های بعد وجود دارد. افراد افسرده، دو برابر افراد غیرافسرده شانس بروز سردرد دارند و وجود افسردگی اساسی در هنگام بلوغ در فردی که هیچ شکایتی از سردرد نداشته، حاکی از شروع سردرد در آینده است که می‌توان نتیجه گرفت ارتباط عصبی شیمیایی و داروشناختی بین افسردگی و سردرد وجود دارد. در بررسی ریان و ویلاریل نشان داده شد که افسردگی و اضطراب یکی از مسائل مهم منجر به بستری بیماران دچار سردرد مزمن در بیمارستان است (۱۸). اضطراب و افسردگی با سردرد رابطه مثبت و معنی‌دار دارند. افزون بر این، همبستگی چندگانه اضطراب و افسردگی با سردرد معنی‌دار بود (۱۹). در مطالعه‌ای، روش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری به طور معنی‌داری باعث کاهش افسردگی، اضطراب و تعداد سردردهای میگرنی شد و تفاوت نمره‌های پیش آزمون و پس آزمون معنی‌دار بود. بنابراین، روش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر افسردگی و اضطراب و تعداد سردردهای میگرنی موثر است ($P < 0/001$) (۲۰). در مطالعه‌ای که افسردگی و اضطراب در بیماران با سردرد در اصفهان بررسی کرد در سنجش با افرادی که سردرد نداشتند نشان داد، ۲۹/۶ درصد افراد مرد و ۷۰/۴ درصد زن بودند. میانگین نسبی افراد ۲۶ سالگی بود و در ۱۶ درصد با او را و در ۴۴ درصد موارد میگرن بدون او را و در ۴۰ درصد موارد سردرد تنشی شناسایی شد. شیوع افسردگی در گروه مورد ۶۵/۲ درصد و در گروه شاهد ۵۲/۸ درصد بود و در گروه مورد بیشترین افراد (۳۶ درصد) افسردگی متوسط و

مانند جنس، سن و نوع سردرد پردازیم.

سپس، همه بیماران فرم پارسی "پرسشنامه افسردگی بک" (Beck Depression Inventory (BDI) را تکمیل کردند. BDI پرسشنامه خود گزارشی ۲۱ ماده‌ای است که برای سنجش و میزان و شدت علائم شناختی و جسمی افسردگی به کار می‌رود. پرسشنامه از ۰-۶۳ درجه‌بندی شد و نمره‌های بیشتر نشانگر افسردگی شدیدتر است، نمره بالاتر از ۱۶ پرسشنامه نشان‌دهنده افسردگی بالینی است. روایی و اعتبار این ابزارها پیش از این در مطالعات مختلف اثبات شده است (۲۴). افراد مورد مطالعه با مصاحبه بالینی زیر نظر متخصصان مغز و اعصاب، با توجه به معیار انجمن بین‌المللی سردرد (IHS)، تشخیص سردرد نوع اولیه دریافت نموده و توسط روان‌شناسان بالینی و زیر نظر روانپزشک، با استفاده از "پرسشنامه افسردگی بک" از لحاظ داشتن نشانه‌های افسردگی بررسی شدند. از همه افراد شرکت‌کننده در این پژوهش رضایت آگاهانه گرفته شد و پیش از دعوت آنها به همکاری در این پژوهش توضیح لازم به آنها ارائه شد. همچنین، در این مطالعه هیچ‌گونه مداخله درمانی انجام نشد و همه اطلاعات بیماران محرمانه نگهداری (۲۵) و داده‌های حاصل از اجرای آزمون با نرم‌افزار SPSS-18 تجزیه و تحلیل شد.

نتایج

در این مطالعه ۱/۶۴٪ افراد زن و ۹/۳۵٪ مرد بودند. از لحاظ سن ۶۰/۶۲٪ در گروه سنی ۱۵ تا ۲۹ سالگی، ۲۴/۲۸٪ ۳۰ تا ۴۴ ساله و ۱۶/۹٪ در گروه سنی ۴۵ تا ۶۴ ساله بودند. یافته‌های پژوهش نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مورد و کنترل از لحاظ جنس و سن وجود ندارد و دو گروه از لحاظ سن و جنس همگن بودند (جدول ۱).

مواد و روش‌ها

بیماران از سن ۶۴-۱۵ ساله مراجعان دچار سردرد اولیه (میگرن، سردرد تنشی، سردرد خوشه‌ای و سردرد کرونیک پاروگزیسمال همی کرانیا) مراجعه‌کننده به درمانگاه اعصاب و روان بیمارستان فارابی کرمانشاه در سال ۱۳۸۸ انتخاب شدند. نمونه‌گیری به صورت در دسترس تا تکمیل حجم نمونه بود. حجم نمونه با نرم‌افزار PS و فرض $\alpha=0/05$ و قدرت $0/99$ ، همچنین، احتمال مواجهه با عامل خطر افسردگی در گروه کنترل ($p=0/158$) و نسبت شانس برابر با ($OR=3/4$)، ۱۳۱ نفر در هر گروه (۲۶۲ نفر) ارزیابی شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: ابتلای به سردرد، داشتن توانایی و علاقه‌مندی به شرکت در پژوهش و نداشتن بیماری جسمی شدید. معیارهای خروج دربردارنده نداشتن تمایل به ادامه همکاری، ابتلای به هرگونه بیماری جسمی و روانی کنونی (غیر از افسردگی) و اعتیاد به مواد مخدر و روان‌گردان بود. یک گروه ۱۳۱ نفری از افراد سالم بدون سردرد جمعیت عمومی شهر کرمانشاه برای مقایسه انتخاب شدند. این افراد نیز پیش از تکمیل "پرسشنامه افسردگی بک" شماره و مشخصات دموگرافی را تکمیل نمودند و در صورتی که هرگونه بیماری جسمی و روانی کنونی (غیر از افسردگی) و اعتیاد به مواد مخدر و روان‌گردان داشتند از مطالعه حذف می‌شدند. افراد گروه کنترل از لحاظ متغیرهای سن و جنس با گروه مبتلایان به سردرد اولیه هم‌تا شدند. یک پرسشنامه دموگرافی برای سنجش سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل و وضعیت شغلی به کار رفت. سردرد اولیه نیز برپایه معیارهای انجمن بین‌المللی سردرد (International Headache Society (IHS) ارزیابی شد.

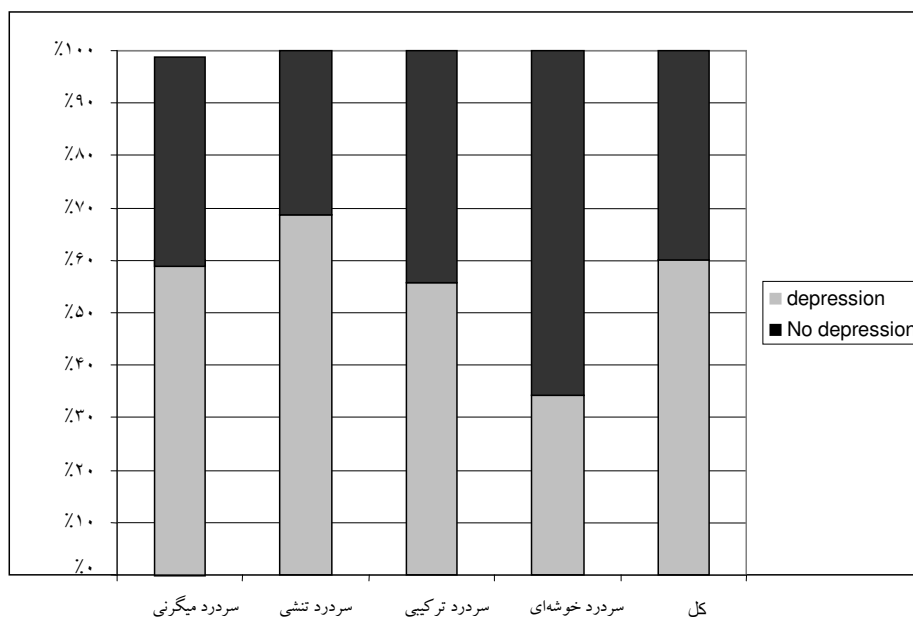
جدول ۱. مقایسه تفاوت دو گروه مورد (باسردرد) و کنترل (بدون سردرد) از لحاظ زیر گروه‌های متغیرهای جنس و سن

جنس	مورد (%)	کنترل شاهد (%)	P
زن	۶۴/۸	۶۴/۱	۰/۸۹۷
مرد	۳۵/۲	۳۵/۹	
گروه سنی			
۱۵ تا ۲۹ ساله	۵۴/۹۶	۶۲/۶۰	۰/۴۳۵

۲۸/۲۴٪	۳۵/۱۱٪	۳۰ تا ۴۴ ساله
۹/۱۶٪	۹/۹۳٪	۴۶ تا ۶۴ ساله

سردرد خوشه‌ای ۶/۸٪ (۹ نفر) بود. هیچ‌کدام از افراد این‌گروه، دچار سردرد مزمن پاروگزیسمال همی‌کرانیا نبودند. میزان همبودی افسردگی و سردردهای اولیه ۵۸/۸٪ بود که به ترتیب میزان همبودی افسردگی با میگرن ۵۸٪، سردرد تنشی ۶۸٪، سردرد ترکیبی (ابتلای توام به سردرد میگرنی و تنشی) ۵۶٪ و سردرد خوشه‌ای ۳۳٪ بود. البته با ادغام سردرد ترکیبی با مواردی که تنها دچار میگرن یا سردرد تنشی بودند، میزان همبودی افسردگی و میگرن به ۵۷/۴٪ و میزان همبودی افسردگی و سردرد تنشی به ۶۳/۳٪ تغییر یافت (نمودار ۱). بر پایه یافته‌های این پژوهش بین نوع سردرد و ابتلای به افسردگی ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت ($p=0/27$).

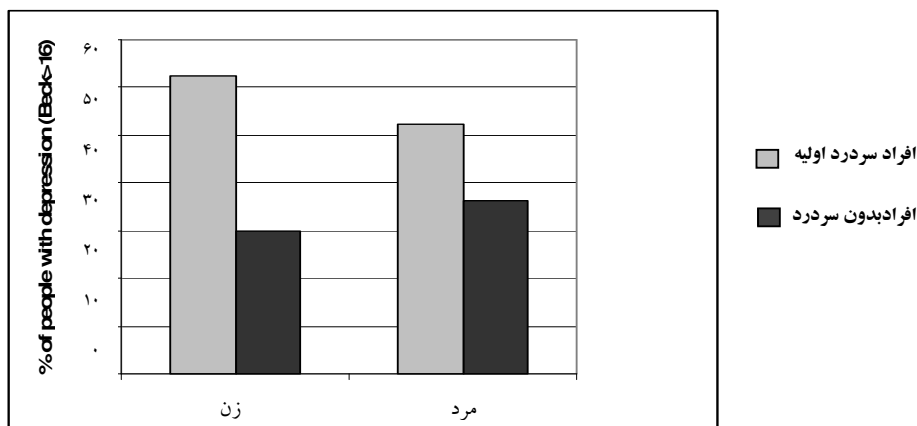
در افراد گروه مورد، میانگین نمره افسردگی بزرگتر از گروه کنترل بود ($21/6 \pm 14/2$ در برابر $13/117 \pm 9/2$) و این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار است ($p < 0/001$). افزون بر آن با تقسیم نمره بک به دو گروه (افراد بدون افسردگی بالینی با نمره مساوی یا کمتر از ۱۶ و افراد دارای افسردگی بالینی، با نمره بک بالاتر از ۱۶) دیده شد درحالی‌که در گروه دارای سردرد ۵۸/۸٪ افراد درجاتی افسردگی بالینی دارند اما این میزان در گروه کنترل ۳۲/۱٪ بود ($p < 0/001$). در گروه مورد، بالاترین میزان سردرد مربوط به سردرد میگرنی ۴۷٪ (۶۲ نفر) و پس از آن به ترتیب سردرد تنشی ۲۶/۷٪ (۳۵ نفر)، ابتلای توام به سردرد میگرنی و سردرد تنشی ۱۹٪ (۲۵ نفر) و



نمودار ۱. میزان همبودی سردرد و افسردگی بر اساس نوع سردرد

معنی‌داری نرسید (نمودار ۲).

همچنین، گرچه ارتباط آماری بین سردرد و افسردگی در زنان معنی‌دار بود ($p < 0/05$) ولی این ارتباط بین مردان به سطح



نمودار ۲. میزان ابتلا به افسردگی در دو گروه بر حسب جنس

در گروه‌های مختلف سنی ارتباط افسردگی و سردرد در الگوی چند متغیره متشکل از سن و جنس نیز ارزیابی و دیده شد که افسردگی کماکان شانس ابتلای به سردرد را بالا می‌برد (OR = ۳/۰۴ و ۹۵ % CI: ۱/۱۸-۵/۱). این ارتباط گرچه در الگوی چند متغیره در پایان از نظر آماری معنی‌دار نبود ولی نتایج ارائه شده در جدول ۲ نشان می‌دهد که حتی پس از تطابق برای سایر متغیرهای زمینه‌ای دیگر افسردگی می‌تواند تا ۳/۸ برابر شانس ابتلای به سردرد را بالا ببرد.

در جدول ۲ ارتباط متغیرهای مختلف با سردرد (درالگوی لجستیک) نشان داده شده است. چنان‌که دیده می‌شود افسردگی، زندگی در روستا، هر یک از حالت‌های تاهل نسبت به مجرد بودن، خانه‌دار بودن و سایر مشاغل نسبت به مشاغل دولتی همگی شانس سردرد را بالا می‌برند ($p < 0/05$). از سوی دیگر تحصیل در پایه دبیرستان و دانشگاه نسبت به سطح سواد راهنمایی یا سواد ابتدایی شانس کمتری برای سردرد دارد ($p < 0/05$).

با توجه به تفاوت ارتباط سردرد و افسردگی در دو جنس و

جدول ۲. ارتباط بین عوامل مختلف و سردرد در مدل یک متغیره و چند متغیره (رگرسیون لجستیک)

نام متغیره	یک متغیره		چند متغیره	
	OR	CI/۹۵	OR	CI/۹۵
سن				
۲۹ تا ۱۵	۱/۰		۱/۰	
۴۴ تا ۳۰	۴/۱	۰/۸۳-۲/۴	۰/۴۲	۰/۱۴-۱/۲۲
۶۴ تا ۴۵	۱/۲	۰/۵۳-۲/۹	۰/۴۱	۰/۱۰-۱/۷
محل سکونت (روستا)	۱۱/۶	۲/۷-۵۰/۸	۶/۴	۱/۰۵-۳۹/۴
وضعیت تاهل				
مجرد	۱/۰		۱/۰	
متاهل	۵/۰	۲/۹-۸/۶	۳/۵	۱/۱-۱۰/۸
مطلقه	۴/۴	۱/۱-۱۸/۳	۲/۰	۰/۲۳-۱۷/۱
بیوه	۵/۵	۱/۱-۲۹/۴	۲/۵	۰/۱۶-۳۷/۲
سطح سواد				
ابتدایی	۱/۰		۱/۰	
راهنمایی	۰/۴۴	۰/۰۴-۴/۵	۰/۵۹	۰/۰۵-۶/۸
دبیرستان	۰/۱	۰/۰۱-۰/۷۹	۰/۳۱	۰/۰۳-۳/۱
دانشگاه	۰/۰۱	۰/۰۰۱-۰/۰۸	۰/۰۷	۰/۰۰۶-۰/۷۴

دولتی	۰/۱	۱/۰	۰/۱
آزاد	۲/۵	۰/۸۵-۰/۷	۱/۹
دانش آموز و دانشجو	۰/۵۸	۰/۲۶-۱/۳	۰/۳۰-۳/۳
بیکار	۰/۲	۰/۷۲-۵/۵	۰/۴۴-۸/۲
خانه دار	۲۸/۲	۹/۸-۸۱/۶	۱/۵-۲۳/۱
سایر موارد	۸/۸	۲/۲-۳۵/۰	۰/۸۲-۲۶/۴
افسردگی	۳/۰	۱/۸-۵/۰	۱/۹

بحث و نتیجه گیری

بر پایه یافته‌های این پژوهش در ۵۸/۵٪ افراد گروه مورد، تشخیص ابتلای به افسردگی داده شد در حالی که این میزان در گروه کنترل ۳۲،۱٪ بود. این تفاوت از لحاظ آماری معنی دار است ($p < 0/001$). نتایج پژوهش‌های بسیاری این یافته را تایید می‌کند (۲۳-۶). دیده شد که احتمال ابتلای به سردرد در افسردگی متوسط ۲/۳۵ برابر افراد بدون افسردگی بود ($P = 0/01$). شانس ابتلای به سردرد میگرنی و تنشی در اضطراب متوسط، ۲/۶۷ برابر کسانی بود که اضطراب نداشتند ($p < 0/001$). با توجه به ارتباط معنی دار سردردهای مزمن با افسردگی و اضطراب در تشخیص، پیش‌آگهی و درمان سردردهای مزمن، بایستی ارزیابی جنبه‌های روانی همراه سردرد مد نظر باشد و توجه کرد که غربالگری مبتلایان به سردردهای میگرنی و تنشی از نظر افسردگی سبب پیشگیری از مزمن شدن سردرد می‌شود (۱۸).

در این پژوهش میزان همبودی افسردگی و میگرن ۵۷/۴٪ بدست آمد. در بررسی یافته‌های تعدادی از پژوهش‌ها میزان همبودی افسردگی و میگرن بین ۴۷٪ تا ۶۰٪ بوده است (۸، ۶، ۱۱-۱۶) که با نتایج این پژوهش همخوانی دارد. میزان همبودی افسردگی و سردرد تنشی ۶۳/۳٪ بود. یافته‌های بیشتر پژوهش‌ها میزان همبودی افسردگی و سردرد تنشی را بین ۵۱٪ تا ۶۸٪ گزارش می‌دهد که با یافته‌های این پژوهش همخوانی دارد (۱۵، ۱۴، ۱۵). اما در مطالعه هانگ و همکاران (۲۰۰۵) این میزان ۲۱٪ گزارش شده است که با یافته‌های این پژوهش تفاوت چشمگیری دارد (۸). همان‌گونه که در یافته‌های پژوهش نشان داده شده، میانگین نمره افسردگی در سردردهای اولیه بزرگتر از میانگین این نمره در افراد بدون سردرد است. این یافته نشان می‌دهد که شدت

افسردگی در مبتلایان به سردرد اولیه در مقایسه با افراد بدون سردرد بیشتر است. پژوهشگران دیگری نیز بر اساس یافته‌های خود به این نتیجه رسیدند که سردردهای اولیه تشدیدکننده افسردگی هستند (۱۱ و ۱۵).

از دیگر یافته‌های این پژوهش این بود که افسردگی می‌تواند ۳/۸ برابر شانس ابتلای به سردردهای اولیه را بالا ببرد. هاملسکی و لپیتون در یک مطالعه مروری که بر تعدادی از پژوهش‌ها انجام دادند به این نتیجه رسیدند که اشخاص دچار میگرن ۲/۲ تا ۴ بار بیشتر دچار افسردگی می‌شوند و شواهد مربوط به مطالعات طولی از یک ارتباط دو طرفه بین میگرن و افسردگی پشتیبانی می‌کند، به نحوی که هر اختلال، خطر ابتلای به اختلال دیگر را افزایش می‌دهد (۷). در مطالعه‌ای نیز دیده شد که افسردگی ۴/۷ برابر شانس ابتلای به سردرد میگرنی را بالا می‌برد (۱۳). در پژوهشی در ایران احتمال ابتلای به افسردگی در افراد مبتلا به میگرن و سردرد تنشی ۲/۷ برابر بود (۱۸).

یافته‌های پژوهش کنونی همچنین نشان می‌دهد که بین نوع سردرد اولیه و افسردگی ارتباط معنی دار نیست. در این راستا نتایج مطالعه زیوارت و همکاران نشان داد که اختلال افسردگی با وجودی که هم با سردردهای میگرنی و هم با سردردهای غیرمیگرنی (دیگر سردردهای اولیه) مرتبط است ولی این ارتباط بیشتر به فراوانی سردرد اولیه (در مقایسه با نوع سردرد اولیه) وابسته است (۱۵).

ارتباط افسردگی و سردردهای اولیه در گروه‌های سنی ۱۵ تا ۲۹ ساله و ۳۰ تا ۴۴ ساله معنی دار بود ولی این ارتباط در گروه سنی ۴۵-۶۴ سال معنی دار نبود. این بدین معناست که با بالا رفتن سن ارتباط افسردگی و سردردهای اولیه کمتر می‌شود. این یافته با نتایج مطالعه شوارتز و همکاران در مورد

افسردگی بک برای نمونه‌های بزرگسال مبتلا به سردردهای بازگشت کننده مناسب نبوده است (۴).
آخرین یافته این پژوهش این بود که ارتباط آماری بین سردردهای اولیه و افسردگی تنها در زنان معنی دار بود این یافته با نتایج مطالعه شوارتز و همکاران همخوانی دارد، ولیکن در مطالعه دیگر ارتباط بین سردردهای اولیه و افسردگی به‌طور چشمگیر در مردان زیادتر بود (۱۳). برای رفع پیچیدگی در این مورد، باید مطالعات دیگری که عوامل مداخله‌گر را به نحو مناسب‌تری کنترل کنند، انجام شود. نتایج این پژوهش و سایر پژوهش‌ها نشان می‌دهد که به‌طور قطع بین علائم افسردگی و سردردهای اولیه ارتباط وجود دارد و با توجه به نتایج پژوهش کنونی و بیشتر پژوهش‌های بررسی شده، به نظر می‌رسد، این ارتباط به نوع سردرد اولیه بستگی ندارد. در این پژوهش نشان داده شده که شدت افسردگی در مبتلایان به سردرد اولیه در مقایسه با افراد عادی بیشتر است ولی چون در این پژوهش شدت سردردهای اولیه اندازه‌گیری نشده نمی‌توان گفت که سردرد نیز تشدیدکننده افسردگی و دارای اثر متقابل آن باشد. با توجه به اینکه نتایج این پژوهش با برخی پژوهش‌های دیگر در مورد تفاوت‌های سنی و جنسی ارتباط بین افسردگی و سردرد متناقض است و تبیین قطعی در این تناقض‌ها وجود ندارد، پیشنهاد می‌شود که بررسی‌های دیگری در این مورد و با دقت بالاتری انجام شود.
تشکر و قدردانی: از همه عزیزانی که در مراحل مختلف پژوهش به پژوهشگر یاری رسانند بویژه بیماران محترم و کارکنان دلسوز بیمارستان فارابی کرمانشاه، سپاسگزاری می‌شود.
نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

سردرد میگرنی همخوانی دارد (۱۶). ولی با یافته‌های کاماردا و همکاران در مورد سردرد میگرنی و نیز یافته‌های دیگری در مورد سردرد میگرنی و سردرد تنشی ناهمخوان است (۲۶) و (۲۷). در مطالعه شوارتز و همکاران میزان بروز اختصاصی سنی افسردگی در مبتلایان به سردرد میگرنی در سن جوان‌تر بالاتر است، در حالی که در مطالعه دیگری نشان داده شد که، با بالا رفتن سن از بزرگسالی به سالمندی، علائم افسردگی همبندی بالاتری در مبتلایان به میگرن افزایش می‌یابد (۲۸).
همچنین، در مطالعه‌ای بر سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر همبندی بالایی بین افسردگی با میگرن و سردردهای تنشی در سالمندان دیده شده است (۲۹). به نظر می‌رسد با توجه به اینکه این مطالعات از ابزارهای متفاوتی برای تشخیص افسردگی در مبتلایان به سردردهای اولیه استفاده کرده‌اند، علت این نتایج ناسازگار مربوط به این جستار باشد. البته در اینجا اشاره به نتایج پژوهش هال و همکاران نیز چه بسا راه گشا باشد. در پژوهشی تاثیر منفی آسیب ناشی از تشخیص‌های متغیر، در هنگامی که بیماران هم علائم افسردگی و هم علائم سردرد را نشان می‌دادند بررسی شد. جامعه آماری دربردارنده افراد بزرگسالی بود که از سردردهای عودکننده رنج می‌بردند. در این پژوهش افراد افسرده را با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک، غربالگری کردند. تحلیل عوامل دو مورد مجزا و در عین حال همبسته را شناسایی کرد؛ عوامل منعکس‌کننده علائم شناختی/عاطفی و نشانه‌های جسمی. تجزیه و تحلیل همبستگی‌ها ارتباطات محکمی بین عامل علائم جسمی و اندازه‌گیری فعالیت سردرد پیدا کرد. ولی ارتباط بین عوامل شناختی/عاطفی و فعالیت سردرد وجود نداشت. برداشت آنها این بود که در مطالعه آنها نشانه‌های افسردگی مقیاس

منابع

1. Okumura T, Tanno S, Ohhira M, Tanno S, Nozu T. Characteristics in patients with headache in an outpatient clinic in Japan. *Asia Pac Fam Med* 2010; 9(1): 10.
2. Watson DP. Easing the pain: challenges and opportunities in headache management. *Br J Gen Pract* 2008; 58(547): 77-78.
3. Nicholson RA, Houl TT, Rhudy JL, Norton PJ. Psychological Risk Factors in Headache. *Headache* 2007; 47(3): 413-426.
4. Hol JE, Penzie DB, Holroy KA. Headache & Depression: Confounding effects of transdiagnostic symptoms. *Headache* 2005; 34 (7): 418-423.
5. Volpe FM. An 8-week, open-label trial of Duloxetine for comorbid major depressive disorder &

- choronic headache. Clin J Psychiatry Brazil 2008; 15:1-6.
6. Jung KD, Wang SJ, Fuh JL, Su TP. Comorbidity of depressive & anxiety disorders in choronic daily headache & its subtypes, Headache 2000; 40(10): 818-23.
7. Hamelsky SW, Lipton RB. Psychiatric comorbidity of migraine. Headache 2006 ;46(9): 1327-1333 .
8. Hung CI, Wang SJ, Hsu KH, Juang YY, Liu CY. Risk factor associated with migraeine or chronic daily headache in out-patient with major depressive disorder. Acta Psychiatrica Scandinavica 2005; 111 (4) :310-315.
9. Breslau N, Schultz LR, Stewart WF, Lipton RB, Lucia VC, K MA. Headach & major depression(Is the association specific to migraine?). Jurnal of Neurology (American Academy of Neurology 2000; 54: 308 .
10. Breslau N, Lipton RB, Stewart WF, Schultz LR, K MA. Comorbidity of migraine & depression. Jurnal of Neurology2003; 60: 1308-1312.
11. Hung CI, Liu CY, Juang YY, Wang SJ. The impact of migraeine on patient with major depressive disorder. Headache2006; 46 (3) : 469-477.
12. Lipton RB, Hamelsky SW, Kolodner KB, Steiner TJ, Stewart WF. Migraine, quality of life & depression. Neurology 2000; 55: 629-635.
13. Camarda C, Pipia C, Tagliavori A, Difiore P, Camarda R, Monastero R. Comorbidity between depressive symptoms & migraine. Jurnal of Neurol Sci 2008; 20: 49-51.
14. Janke E, Holroyd K, Romanek K. Depression increases onset of tension-type headache following laboratory stress. Pain 2003; 111(3): 230-238.
15. Zwart JA, Dyb G, Hagen K, eds. Depression & anxiety disorders associated with headache frequency. European Journal of Neurology 2002; 10 (2):147-152.
16. Swartz KL, Pratt LA, Armenian HK, Lee LCH, Eaton WW. Mental disorders & the incidence of migraine headache in a community sample. Archives of General Psychiatry 2000; 57: 945-950.
17. Beghi E, Allais G, Cortelli P, D'Amico D. Headache & anxiety-depressive disorder comorbidity. Neurol Sci Italy 2007; 28: 217-219.
18. Chitsaz A, Ghobani A. Study of frequency NESBY of depression and anxiety in migraine and tension patients and compare them with nonheahechs. J Sci and Research of Mental Health principle Iran 2005; 7 (25, 26): 41-46.[Text in presion]
19. Shirzadi A, Mehrabizadeh Honarmand M, Haghighi J. Study of simple and muliti variable of perfectionism, anxiety trait and depression with migraine dethatch in university students. Journal Tarbiati science and psychology Iran 2007;126-109. [Text in presion]
20. Danaiesij Z, Dehghani Firozabadi , Sharif Zadeh GH. The effectiveness of cognitive-behavior stress manage of woman migrinair. New care Journal 2013;10(3):157-164. [Text in presion]
21. Ghobani A, Chitsaz A. The comparson of depression and anxiety Isfahan headache patient and normal group. Iranian Journal of nuresciences 2005;10(11/72). [Text in presion]
22. Sajadi Nejad MS, Mohammadi N, Taghavi SMR, Ashjazadeh N. The effectiveness of cognitive-behavior group therapy on depression and disability due to migraine and tension headache. Journal of psychiatry and clinical psychology 2008(14);4(55):411-418. [Text in presion]
23. Frssi Z, Jabbari M, Markazi Moghadam N. Study of frequency of headache migraine in major depression patients BASTARI in chosen hospital in Tehran, Iran, in 1384. Journal of Medical Science Army University of Iran 2005; 11: 6-11. [Text in presion]
24. Lee S, Tsang A, Von Korff M, Graaf R, Benjet C, Haro J M, et al. Association of headache with childhood adversity and mental disorder: cross-national study. Br J Psychiatry 2009; 194(2): 111-116.
25. Marmorstein NR, Iacono WG, Markey CN. Parental psychopathology and migraine headaches among adolescent girls.Cephalalgia 2009; 29(1): 38-47.
26. Pompili M, Serafini G, Cosimo DD, Dominici G, Innamorati M, Lester D, et al. Psychiatric comorbidity and suicide risk in patients with chronic migraine. Neuropsychiatr Dis Treat 2010; 6: 81-91.
27. Kalaydjian A, Merikangas K. Physical and Mental Comorbidity of Headache in a Nationally Representative Sample of U.S. Adults. Psychosom Med 2008 September; 70(7): 773-780.
28. Vgontzas A, Cui L, Merikangas KR. Are Sleep Difficulties Associated With Migraine Attributable to Anxiety and Depression?. Headache 2008; 48(10): 1451-1459.
29. Wang SJ, Liu HC, Fuh JL, Liu CY, Wang PN, Lu SR. Comorbidity of Headache & Depression in the elderly. Pain 1999 Sep; 82(3) : 239-243.

Depression and Primary Headache Symptoms Comorbidity

Shakeri J (MD)¹- Ebrahimei E (MSc)¹- *Mousavi SA (MSc)¹

*Corresponding Address: Psychiatry Faculty, Farabi Hospital, Kermanshah University of Medical Sciences,
Kermanshah, Iran

Email: psy.mousavi@gmail.com

Received: 11/May/2015 Revised: 09/Sep/2015 Accepted: 28/Nov/2015

Abstract

Introduction: Having depression is common in patients with headache, but research on this issue in Iran is limited.

Objective: Investigating depression and Primary headache symptoms comorbidity

Materials and Methods: Study of depression and headache comorbidity and some influential factors such as age, gender and type of headache is the goal of this case-observation study. 131 client patients of nerves and mental clinic of Kermanshah Farabi Hospital, and 131 people as a control group were selected among general population of Kermanshah city randomly. Data were collected by clinical interview and based on criteria of International Headache Society (IHS) and with Beck Depression Inventory.

Results: We found comorbidity of depression and headache in 58.8% of cases, with the average depression score larger than that in the control group ($p < 0.001$). 3.8 times of depression raises the risk of primary headaches. The relationship between depression and headaches in all age groups except the 45-64 year age group was significant ($p < 0.05$).

Conclusion: Data analysis indicated a correlation between depression and headaches

Conflict of interest: none declared

Key words: Depression/ Headaches / Pain

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 98, Pages: 80-88

Please cite this article as: Shakeri J, Ebrahimei E, Mousavi SA. Depression and Primary Headache Symptoms Comorbidity. J of Guilan Univ of Med Sci 2016; 25(98):80-88. [Text in Persian]