

第二章 文獻探討

本研究主要在於探討八週運動介入對學生憂鬱傾向改善成效之情形，本章文獻探討部分共分為三節，第一節憂鬱症的成因與症狀；第二節探討憂鬱症的診斷與治療；第三節探討運動治療與憂鬱症的關係，相關整理如下：

第一節 憂鬱症的成因與症狀

本節主要在探討憂鬱症之病因及兒童與青少年憂鬱症之症狀，在憂鬱症之病因部份從生理因素、心理因素及社會文化因素等三層面進行探討，在分析兒童與青少年憂鬱症之症狀部分，則從憂鬱的情緒表現、對於大部分的事物或活動失去興趣、社交能力或人際關係退縮、睡眠習慣及食慾改變、疲累或失去活力、思考或專注力減退、自尊低落或缺乏自信心、對於未來沒有期待及其他症狀等八點進行探討。

一、憂鬱症之病因

形成憂鬱症的可能原因眾多，目前確定引發憂鬱症的成因仍屬未定論的階段(方麗華、陳昭姿、陳純誠，1998)，大多數的憂鬱症病因可從生理、心理及社會文化等層面來進行探討。

(一)生理因素

1.遺傳因素

一些研究指出，憂鬱症可能與遺傳有直接的關係，家族性的遺傳佔了相當大的因素，雖然如此，但不表示每一個憂鬱症者的家族成員均會得到憂鬱症，憂鬱症的發生狀況也會因後天外在環境狀況而有差異。有很多因素影響憂鬱症的產生和嚴重性，第一個是基因遺傳。根據同卵雙胞胎的研究發現，雙胞胎同時得憂鬱症的比率是 46%，遠高於異卵雙胞胎的 20%，因此，憂鬱症有遺傳的傾向（林美吟，2001）。

2.生物化學因素

醫學界研究發現，憂鬱藥是由於血清素(serotonin)、多巴胺(Dopamine)與正腎上腺(nor-epinephrine)等單胺神經傳導物的缺乏有關，神經傳導物質是神經細胞與神經細胞用來做為聯繫的一些化學物質，由於這些神經傳導物質的缺乏導致憂鬱情緒的表現，一些研究發現，這些促進神經傳導物質分泌的藥物，可能對 70% 的憂鬱症患者都有療效，所以目前醫學界在抗憂鬱藥的治療與研發也多與促進這些神經傳導物質的分泌有關。

(二)心理因素

1.精神動力學說

憂鬱症患者的人格特質通常有過度順從、情感矛盾和強烈的依賴性。所以面對壓力時，容易情緒崩潰失常而產生憂鬱症狀，想要發洩憤怒的情緒，但又不敢向外發洩，過度壓抑情緒，進而導致自殺或自傷的傾向，此攻擊本能內轉學說雖然被普遍地接受，但缺乏臨床的驗證(蕭淑貞，2003)。另外，無法正常的度過哀傷過程，但是卻又不敢向外宣洩失落所產生的敵意和不滿，轉而內射(introjection)回自己的身上，產生自責、罪惡感。最後，心理分析有一學說認為是早年與母親分離的經驗或與母親的關係不好，經常感受到缺乏母愛、失落感，如此皆會誘發憂鬱現象(潘玲菁、李佩琪，2005)。

2.憂鬱症認知理論

貝克(Beck)根據其臨床經驗的觀察，提出憂鬱症的認知理論，他認為憂鬱症患者具備三種認知上的特性，而這三種特性容易讓他們產生憂鬱的情緒，第一種是認知三元素(cognitive triad)，憂鬱症的患者常採用負面的看法來看待自己、總是採用負面的觀點來解釋目前的經驗、對於未來充滿了種種負面、悲觀的想法。第二種是認知錯誤(cognitive error)，憂鬱症患者常採用二分化的思考方式，扭曲對事情的詮釋，產生不合邏輯的推論，例如沒有得到第一名，人生就是失敗的；選擇性的摘錄，例如在一段話語當中只會注意到負面的部分；獨斷的推論，無法客觀地對事情進行評論；災難化，對於擔心的事情給予誇大、渲染；過度類化，

根據一些負面的事情就下通則；標籤化，根據某些過失或錯誤，經由自我標示而製造了對自己的負面觀點；誇大或貶低，對於自己的標準過高，誇大缺點、貶低優點。第三種為負面自我基模(negative self-schema)，這套憂鬱性負面自我架構使得他們在處理外界環境或與他們自己有關的訊息時，容易選擇性地吸收負面的、不好的訊息，對於自己、生活及未來都抱持著負向的想法(柯慧貞、陸汝斌，2002)。

3.生活壓力事件的影響

國外研究顯示在青少年的生活壓力事件與憂鬱症有關，兒童與青少年的負向生活事件數量與得到憂鬱症的機率成正相關，當發生二個以上的生活事件跟憂鬱症狀會有顯著相關，而在生活事件的內容方面，顯示一些特定的生活事件會與憂鬱症狀有關，例如：家人失業、與家人爭吵、家人死亡等，(周桂如，2002)。而在國內關於生活事件對憂鬱症的影響研究指出，升學問題、人際關係問題、課業問題與家人的相處問題等生活事件與憂鬱症狀相關(蔡嘉惠，1998)。

4.人際關係的影響

Hammen 等人(1995)認為個體若有不安全的、功能失衡的人際關係認知，則將會特別地將有壓力的人際關係事件詮釋為拒絕，而且將此拒絕當作將來個人無用的證據，進而導致憂鬱症和其他病症。研究指出朋友越少，憂鬱的程度越嚴重；與親密朋友的接觸次數越少、以及被拒絕的次數越多，都會使得青少年憂鬱更加嚴重(Vernberg, 1990)。國內的研究也指出，在國中階段青少年如果缺乏同儕互動、沒有好朋友、人際關係不佳，都很容易使得他們陷入憂鬱之中(周桂如，2002)。

5.因應策略缺乏的影響

國外的相關研究發現，憂鬱症者在面對無法解決的事件時會出現較大的行為障礙，這是由於他們無法使用有效的因應策略去面對問題、解決問題(周桂如，2002)。相關青少年憂鬱症研究亦顯示，在面對壓力事件時，高憂鬱傾向者比一般人更容易採取「情緒取向」的因應策略，而較少採用「問題解決」之因應策略。「情緒取向」之因應策略如幻想或逃避、對抗式因應、自我控制、接受責任等，

且較常有厭惡、生氣和擔憂、害怕的反應 (周桂如, 2002)。

(三)社會文化因素

社會對於某些特定族群有著過高或不當的期待,而這些期待或觀念可能是因長期的文化傳統所造成,當自我價值與社會文化產生衝突時,可能會引起憂鬱症的發生。部分的社會文化因素而引起的憂鬱症也有區域性的差異存在。例如在亞洲地區,女性往往受到傳統文化觀念的束縛影響較深,社會對於女性的家庭當中角色扮演要求較高,例如女性就應該遵從三從四德、相夫教子的觀念,導致女性在角色扮演無法遵從自己的自由意志扮演生活中的實際角色,因而這些社會文化因素所造的的影響,也可能是女性憂鬱症患者盛行比率高於男性的可能因素之一。研究顯示女性性別角色社會化的影響導致女性在生活上承受比男性較大的壓力,則容易導致心理疾患(周桂如, 2002)。

二、兒童與青少年憂鬱症之症狀

發生在兒童與青少年身上的憂鬱症狀雖然部分會與成人相同,但部分憂鬱的症狀在兒童與青少年身上有其獨特性。例如:逃家、覺得被誤解、不合作、退縮或不注重外表等 (Stark, 1991)。兒童與青少年憂鬱症在情緒、認知、行為及生理各方面上常會出現一些症狀可供判定,少部分重度憂鬱症患者則可能合併出現幻覺、妄想等精神錯亂的現象(柯慧貞、陸汝斌, 2002),這些症狀的來源與判斷應包括兒童與青少年本身、家長、教師、同儕與專業人員等支持脈絡。相關人員可從以下幾個面向進行觀察以了解孩子是否處於憂鬱的狀態中:

(一)憂鬱的情緒表現

幾乎有 90%的憂鬱症以及 70%的情感低落性疾患的青少年皆有嚴重的憂鬱情緒(Muse,1990),而這種憂鬱的情緒不是偶發性的,可能已經持續一段時間。他們看起來悶悶不樂、空虛、悲傷、易怒、焦慮或是情緒不穩定,有時甚至會有莫名的悲從中來,不自覺的哭泣流下眼淚,而且這樣的情緒不佳狀況可能已經持續了一段時間。

(二)對於大部分的事物或活動失去興趣

Muse(1990)指出，約有 54%的重度憂鬱症病童會出現失樂(anhedonia)症狀，失去樂趣是指對於過去喜愛的活動或事物突然失去興趣，對於新鮮的事物也不在感到好奇，同時感受樂趣的能力也逐漸減少或喪失。

(三)社交能力或人際關係退縮

大多數的憂鬱症兒童與青少年有社交能力及人際交往能力退縮的現象，普遍的狀況可能是足不出戶，把自己關在家裡，拒絕或不願意與他人接觸或往來。他們與家人、朋友或同學的接觸在病發之後會明顯減少，逃避面對人群。與某些情緒障礙或社交障礙者不同的是，他們在病發之前的社交及人際互動的這一個部分可能是正常並且很活躍的。

(四)睡眠習慣及食慾改變

相關研究指出 88.6%的青少年憂鬱症者有睡眠障礙。顯示大多數的重度憂鬱症患者有睡眠障礙的問題，睡眠障礙又可分為失眠或嗜睡兩種狀況，通常發生在兒童及青少年憂鬱症患者的情形以失眠狀況較多，他們通常晚上難以入眠，白天則是呈現昏昏沉沉的狀況。憂鬱症會也導致食慾改變，有 79.5%的學生因憂鬱症而導致食慾改變。有的患者食慾變差，嚴重者可能會出現厭食症的狀況；有的患者則是胃口大增，導致體重增加，在兒童及青少年的憂鬱症患者中，食慾降低者的狀況多於食慾增加者(Lewinsohn, Rohde, & Seeley, 1998)。

(五)疲累或失去活力

正常的兒童與青少年屬於學習階段，通常是精力充沛對外界事物充滿好奇及興趣，但兒童及青少年憂鬱症患者除了外表看起來鬱悶不樂、缺乏精神，他們總是感到疲累、無精打采，缺乏活力、體力變差甚至無法完成日常生活的例行性工作，動作也變得較為遲緩，由於缺乏專注力，他們可能需要花更久的時間才能完成日常生活瑣碎之事。

(六)思考或專注力減退

Stark(1999)指出，約有 77%的兒童及青少年憂鬱症患者有注意力無法集中及難以做決定的困擾。Lewinsohn 等人(1998)指出青少年思考困難的百分比佔 81.8%。例如常常丟三落四、忘東忘西，忘記該完成的功課或作業，注意力無法集中而出現恍神的狀態，這些可能會造成其學業成就低落。

(七)自尊低落或缺乏自信心

憂鬱症的兒童及青少年常會出現低自尊的狀況，他們否定自我的價值，往往認為自己什麼事情都無法做好，覺得自己不如他人，沒有自信，往往變得對任何事情裹足不前。

(八)對於未來沒有期待

兒童或青少年憂鬱症患者對於目前的生活感到茫然、無所適從，找不到生活的重心，對於未來也沒有期待，部分重度鬱症者會產生自殺輕生的想法，甚至會有將自殺意念付諸行動的可能性，Lewinson 等人.(1998)指出有 54.5%的憂鬱症青少年會產生與自殺、死亡的有關想法。

(九)其他症狀

憂鬱症也可能伴隨著其他持續性的生理疼痛，例如：頭痛、胃痛、肌肉疼痛、消化不良及慢性疼痛，另外也可能出現行為障礙、性成癮高危險群及酒精或其他物質濫用。

發生在兒童及青少年憂鬱症患者身上的憂鬱症狀可能會因地區、國別而有所差異。張高賓(2005)特別針對台灣地區進行調查，彙整了台灣地區兒童及青少年的憂鬱症狀表現，將台灣地區兒童及青少年的長出現的憂鬱症狀分為四個層面，包含認知、行為、情緒、生理等四個面向，如表 2-1。

表 2-1

臺灣地區兒童青少年憂鬱核心症候群

認知(想法)	行為	情緒	生理
失去興趣	疲倦	憂鬱心情	失眠或嗜睡
無價值感	哭泣	悲傷/難過	失眠或嗜睡
低自我概念	缺乏活力	無精打采	食慾改變
自殺想法	少話語	悶悶不樂	身體症狀抱怨
悲觀	拒學	煩躁不安	心裡動作遲緩或激動
無助	人際關係不好	易怒	體重減輕
無望	學業成就低落	情緒不穩	
自責	外顯行為	意志消沉	
記憶能力減退	自傷	焦慮	
難做決定	交代的事情無法完成	沮喪	
專注能力減退	品行問題		
	退化行為		
	活動量減低		

資料來源：張高賓（2005）。兒童及青少年憂鬱篩選量表編製及應用之研究，國立高雄師範大學輔導與諮商研究所（未出版博士論文）。高雄市。

第二節 憂鬱症的診斷與治療

本節在於探討憂鬱症診斷與治療，在憂鬱症診斷部份從憂鬱症診斷標準、ICD-10 的診斷標準及憂鬱症診斷工具三部份進行探討，而憂鬱症治療部分則由藥物治療、電擊療法及心理治療三部份進行探討。

一、憂鬱症診斷

(一)憂鬱症診斷標準

目前對於憂鬱症的診斷，最常使用的診斷標準為美國精神醫學會所出版的精神疾病診斷及統計手冊第四版(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder IV，簡稱 DSM-IV)或世界衛生組織(WHO)所出版的國際診斷分類標準(International Classification of Diagnosis，簡稱 ICD-10)，在診斷標準的定義上，兒童與成人憂鬱症的標準相似，以下就兩種常用憂鬱症的診斷標準說明：

1.DSM-IV 的診斷標準依據美國精神醫學會出版之精神疾病診斷手冊第四版(DSM-IV)定義，符合憂鬱症診斷的條件如下：

- 1.情緒沮喪、低落。
- 2.明顯對事物失去興趣或得不到樂趣。
- 3.明顯的體重下降或上升。
- 4.嗜睡或失眠。
- 5.思考動作遲緩呆滯。
- 6.容易疲倦或失去活力。
- 7.沒有價值感或具備強烈罪惡感。
- 8.注意力不集中或猶豫不決。
- 9.不斷地出現死亡的想法，甚至計畫自殺或付諸執行。

以上為基礎的診斷標準，但不代表憂鬱症必須具備全部以上的九種標準，其診斷之確立必須包含上述 1、2 項，並同時具備五項以上的症狀，且出現症狀時間延續兩週以上。

(二)ICD-10 的診斷標準

根據 ICD-10 的標準，憂鬱症有以下的症狀：

A.情緒低落

(1)對事情不感興趣也無法享受

(2)沒有精神而且減少活動

B.比較無法專心

(1)減少自尊心和自信心

(2)有自責感而且覺得自己沒有價值

(3)想法悲觀

(4)睡眠思緒顯著變化

(5)失去胃口

(6)想要傷害自己

依據 ICD-10 之診斷標準，憂鬱症共分為輕、中、重度三個級別，確診為輕度憂鬱症要有至少兩項 A(1) 和至少兩項 B(2)的症狀，確診為中度憂鬱症要有至少兩項 A 和至少三項 B 的症狀，確診為嚴重憂鬱症要有全部三項 A 和至少四項 B 的症狀，症狀時間延續兩週以上(Carr, 2008)。

(三)憂鬱症診斷工具

本研究以兒童及青少年為主要研究對象，在診斷工具資料的蒐集上以能運用在兒童及青少年上為主要範圍，目前普遍被用來鑑定學齡及青少年憂鬱症的工具包括：

1.貝克憂鬱量表(BDI)

貝克憂鬱量表(Beck Depression Inventory II,簡稱 BDI-II)是由 Beck 等人於 1961 年發展而成，屬於自陳式量表，量表題目共 21 題，該量表題目內容根據憂鬱症患者本身的描述，評估受試者過去兩個星期以來，與憂鬱症相關的情感上與生理上的狀況。該量表 2000 年時翻譯成中文版，該量表為四等量表，依據嚴重程度分數從 0 到 3 分，各題加總之後即為量表總分，總分在 0-13 分為正常範圍，

14-19 分為輕度憂鬱，20-28 分為中度憂鬱，29-63 分為重度憂鬱(陳心怡，1995)。

2.兒童及青少年憂鬱量表(CDI)

兒童憂鬱量表(Children Depression Inventory, 簡稱 CDI)是用來測量七到十七歲兒童的憂鬱症，是目前全球使用率最高的兒童及青少年憂鬱症量表。該量表由 Kovacs(1983)根據「貝克憂鬱量表」改編發展而成，量表由 27 道題目所構成的自我陳述量表，由受試者以自己最近兩個星期的狀況來加以圈選，該量表用來測試兒童認知、情緒及行為等三個面向的症狀，量表可分為負向情緒、沒有效率、人際問題、興趣喪失及負向自尊等五個分量表(Abela, Parkinson, Stolorow, & Starrs, 2009)。魏麗敏(1994)以 Kovacs 的兒童憂鬱量表為基礎，編製台灣青少年適用之憂鬱量表。編修後之正式量表共有 38 題，內部一致性系數(Cronbach alpha)為.89，重測信度為.76。目前國內心理出版社已出版台灣版兒童青少年憂鬱量表可以供使用。

3.漢彌爾頓憂鬱症量表(HRDS)

漢氏憂鬱量表(Hamilton Depression Rating Scale, HAM-D) 是英國學者 Hamilton 1960 年發展出來的憂鬱症評量表，該量表是由評量者針對受試者進行施測，施測者通常是專業人員，例如精神科醫師、臨床心理師或是精神醫療相關從業人員。該量表共分為三個版本，分別為 17 題、21 題及 24 題版本，一般使用 17 題版本，各題加總之後得到總分，總分介於 0-52 分；總分 7 分以下是正常，8-10 分為臨界分數，11-13 分為輕度憂鬱，14-17 分為中度憂鬱，大於等於 18 分為嚴重憂鬱。

4.青少年憂鬱情緒自我檢測表

青少年憂鬱情緒自我檢測表由董氏基金會編製而成，該量表為簡易自陳式量表，適用於青少年階段的學生自我檢測其憂鬱情緒狀況。該量表共 31 道題目，將憂鬱症狀分為認知、情緒、生理、行為四個層面。受試者以是否題方式勾選，每道題目勾選「是」選項得一分，勾選「否」者得零分；將各題得分加總之後即為量表總分，量表總分「19」分以上者為「高危險群」；「13-18」分者為「需關

懷群」；「12」分以下者為「自我紓解」群。

5. 臺灣版兒童青少年憂鬱量表

英文版兒童憂鬱量表 (CDI) 是一份國際間使用率相當高的兒童青少年憂鬱量表，擁有良好的信效度與相關研究。而本研究所使用之台灣版兒童青少年憂鬱量表則是由陳淑惠 (2008) 取得原作者 M. Kovacs 和出版社的同意和授權後所翻譯修訂而成，研究者向心理出版社購買台灣版兒童青少年憂鬱量表進行施測。台灣版之兒童青少年憂鬱量表的轉譯歷程完全遵守雙向轉譯之條件，由臨床心理學者帶領的研究群先譯成中文，再透過三位中英文皆流利的心理學家與語言病理學家分次作中譯英的比對。最後再由數名青少年協助確定題意的明確性和可理解性。量表之面向，包括負向情緒、人際問題、效率低落、失去樂趣、負向自尊。

二、憂鬱症治療

目前對於憂鬱症的治療方法有很多，例如：藥物治療、照光治療、電擊療法、心理治療及運動治療(李昭慶，2000)。各種療法皆有本身先天上的優點及限制，故目前在憂鬱症治療方面多採行多重的治療方法，並持續性地接受治療，對於憂鬱症的改善才能有顯著的成效。以下說明目前較常見的憂鬱症治療方式，並進一步分析各種治療方式之優點及限制所在。

(一) 藥物治療

藥物治療為最直接、最能快速減緩憂鬱症病情的方法，目前臨床常使用的抗憂鬱劑可分為四大類：三環類抗憂鬱劑(TCA)、異環類抗憂鬱劑單胺氧化鈎抑制劑(MAOI)、血清素選擇性回收抑制劑(SSRI)等，目前新一代的血清素選擇性回收抑制劑(SSRI)類藥物其副作用較少，目前國內在憂鬱症的治療上大多採用此類藥物(方麗華等人，1998)。使用抗憂鬱劑的治療一般在二至三週內會產生效用，六至八週左右憂鬱症狀會改善，需持續服藥三至六個月以預防憂鬱症復發。一般藥物治療雖然快速立即有效，但同時也會伴隨著其他藥物所帶來的副作用，抗憂鬱症藥物也不例外，抗憂鬱症藥物會出現的副作用包括噁心、想吐、頭暈、煩躁

等之類的症狀。另外許多憂鬱症患者常因藥物之副作用或其他心理因素而自行停藥，突然停藥可能會增加憂鬱症復發的機率，或造成停藥症狀(discontinuation syndrome)(Haddad, 2001)。擅自的突然停藥，憂鬱症在八週內復發的機率為 36.6%。而相關研究亦指出，接受足夠治療的憂鬱症患者，仍有百分之七十的患者會再復發(Prien & Kupfer, 1986)。

(二)電擊療法(electroconvulsive therapy, ECT)

電擊療法通常適用嚴重憂鬱症、藥物治療無效或有強烈自殺意圖的患者，實施電痙攣治療是將一對充有150 到170 伏特的電極放在病人的頭上進行電擊，一次療程約需6~12 秒，整個療程需要進行約6-12次，並可使用全身性麻醉劑及肌肉鬆弛劑以增加其安全性，又稱電擊療法(electric shock therapy, EST)。通常會與抗憂鬱劑合併進行治療，此療法會有記憶力喪失、頭痛甚至骨折等副作用。

(三)心理治療

目前針對憂鬱症患者除了最直接的藥物治療之外，在臨床上通常會搭配心理治療一起進行，Carr(2008)指出罹患憂鬱症的兒童及青少年，在接受心理治療之後，有 63%的患者其憂鬱症狀的減少優於未接受治療者。常運用於治療兒童及青少年的心理治療方法大致上可分為「認知行為治療」、「人際治療」、「家庭治療」等各類治療方法，以下簡述各種心理治療法：

1.認知行為治療

認知行為治療假設低落的情緒是來自於憂鬱的思考模式以及受到壓抑的生活型態(Carr, 2008)。兒童及青少年的認知行為治療法著重在兩個面向，第一是教導兒童及青少年以開放積極和問題解決的取向來改變思考及思考的過程，在改變思考的過程中學習情緒的掌控及拋開負面的想法；第二是改變其行為模式，針對其日常生活模式進行組織再造，加入更多能夠使其快樂的生活事件，例如運動、社交活動等，另外也會教導他們一些社會互動技巧、放鬆技巧、問題解決及溝通技巧等等，介入的最終目的在尋求使患者在情緒及行為上獲得改善。Harrington, Whittaker, Shoebridge, 與 Campbell(1998)研究發現透過認知行為治療，有 62%的

兒童及青少年憂鬱症患者病情獲得改善。Lewinsohn 與 Clarke(1999)等人的研究當中也有 63%的憂鬱症患者的症狀獲得臨床上的顯著改善。

2.人際治療

兒童及青少年的人際治療應著重於五個面向：(1)處理患者與其所愛的人有關的悲傷(2)患者與家人或朋友間的角色紛爭(3)人生角色的轉變，例如搬家或畢業等人生重要的轉銜階段(4)人際交往的障礙，特別是結交或維持人際關係的技巧(5)單親家庭中的關係障礙等。相關研究顯示人際關係治療與認知行為治療的成效一樣好(Carr, 2008)。

3.家庭治療

家庭治療幫助家人理解家庭與憂鬱症患者之間的關聯性，幫助家人發展一套更為安全的依附關係，並且重塑有問題的家庭脈絡，讓患者及家人理解如何處理壓力及適應家庭生活週期的轉換，研究指出短期的家庭治療較不具療效，但長期的家庭治療其對於憂鬱症的療效與認知治療法一樣有效(Carr, 2008)。Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, 與 Isaacs(2002)的研究發現，81%的青少年憂鬱症患者在經過家庭治療後症狀得到改善，而其中 87%的患者在六個月之後憂鬱症得到康復。

由以上得知，目前相關研究當中多數的療法對於憂鬱症大多能產生一定程度的效果，但最佳的治療策略乃是採以多重策略介入最為有效。在兒童及青少年憂鬱症患者方面，使用兒童為焦點(child-focused)的介入策略包含提升情緒的監控能力、增加運動的機會與時間、增進社交活動參與及製造令人愉快的經歷、重塑導致憂鬱的思考型式、維持憂鬱的防禦機制、培養問題解決技巧及培養病情再復發的技巧。以及家庭為焦點的介入策略包含家人的心理教育、提升家人對於憂鬱症的理解與支持。由於引發憂鬱症的可能病因並非單一原因所導致，所以家庭與學校也需做一個良好的溝通及配合，形成一個全面性的憂鬱症防護網，以協助患者重新建立正常家庭與學校間的日常生活規則及程序(郭志通、張進上, 2012; Carr, 2008)。

第三節 運動治療與憂鬱症

由於藥物對於治療憂鬱症有很大的副作用，常造成憂鬱症患者在服用藥物後自行停藥，造成藥物療效不佳。故近年來許多專家學者致力於其他療法的研究，除了藥物治療、心理治療外，運動治療即是被認為是憂鬱症有效的治療方式之一，甚至目前英國醫學界已經把運動當成憂鬱症的第一線療法。美國運動醫學會指出，規律運動是預防憂鬱症及促進健康的有效方式，每日進行30 分鐘以上的步行或相等的能量消耗之身體活動，即能獲得臨床上顯著的健康效益（ACSM, 2000）。藉由適度規律的運動，不僅可以直接的提升體適能，加強身體對於環境的適應能力，降低冠狀動脈疾病的發生率及死亡率(Leon, Connett, Jacobs, & Rauramaa, 1987)，同時對於心理、情緒、精神、社交與智慧等各種層面都有正面的影響（林晉榮，2002）。所以運動不僅能提升憂鬱症患者的體適能，對於患者的心理、情緒的改善亦有相當的助益。

運動被認為是對憂鬱症有效的治療方法之一，但如何以運動治療憂鬱症，其介入方式及準則則成為了當前在實施運動治療的最重要課題之一，運動治療介入方式的準則包含所採用運動的形式、運動的強度及頻率，以下擬就運動的形式、頻率及強度探討運動治療憂鬱症的介入方式及其成效。

一、不同的運動形式的介入對於憂鬱症的影響

目前對於運用在憂鬱症治療上的運動行式可分為有氧運動、無氧運動及運動配合醫藥治療等三種不同型式，有氧運動與無氧運動皆為人們經常採用的運動形式之一，但在運動的內容及方式上卻有所差異，以下為有氧運動及無氧運動之比較摘要表。

表 2-2

有氧運動及無氧運動之比較

運動方式 變項	有氧運動	無氧運動
運動強度	適度，約 50-90%最大心跳率	很高，接近個人最大心跳率 90% 以上
運動時氧氣供應	足夠	不足
能量來源	主要來自葡萄糖與脂肪	葡萄糖和身體貯存能量
能量產生	產生較多能量(ATP)	產生較少能量
乳酸產生	乳酸濃度不增加或增加不多	大量產生乳酸
運動感受	有負荷但尚可講話，舒暢	呼吸急促、困難、肌肉會痠痛、感受艱困
受傷程度	較少	稍高
訓練效果	增進心肺功能、控制體重、減少脂肪	增強速度、力量、爆發力、反應時間
例子	快走、慢跑、有氧舞蹈	100 或 200 公尺快跑
運動持續時間	較長	短暫

資料來源：方進隆（1997）。**有氧運動，教師體適能指導手冊**，國立臺灣師範大學學校體育研究與發展中心主編。

以下進一步分別就各種運動治療型式進行探討：

(一) 有氧運動

有氧運動係指保持一段時間進行一項運動，在運動過程中控制運動強度，適時地提高呼吸與心跳數達一定程度。運動時能量來自有氧代謝，需要消化大量的

氧氣，就是有氧運動。例如：健走、跑步、游泳、有氧舞蹈、登山及單車運動等。以人體最大心跳率來說，約介於最大心跳率 60%-90% 區間，在計算最大心跳率時，大多以(220-年齡)的公式進行計算，以一個 20 歲成年人為例，最大心跳率為一分鐘 200 下，以 60%-90% 最大心跳率計算，也就是說在進行有氧運動時，其心跳率需維持在 120-180 下。有氧運動能的益處包含促進健康、提升心肺耐力、燃燒脂肪、控制體重等。

有氧運動一直是被認為在憂鬱症治療上較常採用及較佳的運動型式。在比較不同運動型式介入憂鬱症治療的相關研究當中，Klein(1985)針對 74 位輕、中、重度憂鬱症患者進行研究，將所有研究對象分為有氧運動組、靜坐放鬆組及團體心理治療組，在經過為期 12 週的治療後，各組受試者的憂鬱量表分數皆達到明顯的降低，研究後續經過九個月的追蹤，在治療效果的持續性方面，有氧運動組與靜坐放鬆組的憂鬱症療效持續性較佳。戴彰佑(2004)以瑜珈運動促進憂鬱症患者生理心理健康的研究中，探討瑜珈運動對於憂鬱症患者的健康體適能、睡眠品質、憂鬱情緒及內分泌荷爾蒙的影響，研究對象分為瑜珈運動組及控制組，瑜珈課程進行時間 8 週共 24 堂課，每堂課 60 分鐘，研究結果顯示瑜珈運動能改善憂鬱症患者的健康體適能、睡眠品質、憂鬱情緒及內分泌荷爾蒙。Knubben 等人(2007)針對 38 名憂鬱症患者進行運動介入，受試者分為運動組及對照組(給予安慰劑)，運動組進行跑步的有氧訓練，運動強度設定為 80% 最大心跳率，經過為期 10 天的介入之後，運動組在憂鬱分數的降低上達到顯著的改善，對照組在介入前後則無差異。

相關研究指出，運動對於改善輕度或中度憂鬱症有相當不錯的治療效果(Hales & Yudofsky, 1996)，但不論是有氧及無氧運動對於憂鬱症的症狀或程度的改善皆有一定的效果(彭鈺人、張淑玲，1997)，但大多數的研究結果顯示有氧運動的治療效果顯著優於無氧運動。

(二)無氧運動

無氧運動系指運動時能量來源為無氧代謝，通常運動時持續時間較短、運

動強度較高，所以很難持續一段時間，運動時會產生大量的乳酸，所以在運動後所產生的疲勞消除也比較慢，此種運動由於時間較短，所以比較不會燃燒脂肪，例如：短距離跑步衝刺等運動、跳高、跳遠、肌力訓練、拔河等運動。

Elizabeth et al. (1987)以 40 名憂鬱症患者為研究對象，將受試者分為跑步訓練組、舉重訓練組及控制組等三組，前兩組進行持續 8 週的運動訓練，研究結果指出兩組運動組的憂鬱程度皆有明顯的降低，而跑步訓練組的改善效果則優於舉重組。Eriksson, Arvidsson, 與 Sundquist (2011)進行文獻探討時也發現如肌力訓練等無氧運動對於改善憂鬱症的效果與有氧運動一樣有效，但有氧運動相較於無氧運動對於改善病情來的快速有效。也有部分學者認為與其關注運動的形式，更應該關注運動強度的重要性，憂鬱症患者在透過逐漸增加運動強度的阻力訓練後，憂鬱的症狀獲得明顯的改善，進一步發現漸進式的的阻力訓練與有氧運動一樣有效(Dunn, Trivedi, Kampert, Clark, & Chambliss, 2005)。

(三)運動合併藥物治療

在運動治療憂鬱症的研究當中，大多數的研究會採以運動合併藥物治療作為對照組，藉以觀察單純運動治療介入與運動合併藥物治療介入之間療效的差異性。這樣的研究設計除了為了研究多重方式治療憂鬱症的療效之外，同時也能觀察藥物治療對於運動治療會產生如何的影響。Blumenthal 等人 4 (1999)進行一項「SMILE」(Standard Medical Intervention and Long Term Exercise,)標準醫療介入及長期運動，這項研究以 156 名重度憂鬱症患者為對象，將所有研究對象隨機分為運動組、運動合併藥物治療組及服用藥物組(服用樂復得)等三組，運動組進行 16 週的有氧運動課程，訓練課程之運動強度設定為最大心跳率 70-85%，每週進行三次，每次 30 分鐘，研究結果顯示三組的受試者的憂鬱症的症狀都有明顯減少的情形，運動對於憂鬱症狀的改善與藥物的效果一樣好。賴炫政(1998)探討運動對憂鬱症的影響研究中，以 10 位接受藥物治療的憂鬱症患者為研究對象，分為實驗組及對照組，實驗組從事 60%-80%運動強度的步行運動，持續時間一個月，研究結果顯示運動能有效的改善憂鬱程度，且運動的次數越多，憂鬱改善

的效果越好，但隨著運動強度越高，憂鬱改善的程度未必就越好。Khatri 等人(2001)針對 84 位憂鬱症患者進行運動及藥物治療研究，研究對象分成運動組、運動合併藥物治療組及藥物治療組等三組，前兩組進行最大心跳率 70-85%強度的有氧運動訓練，每週進行三次運動為期四個月，研究結果顯示所有受試組別的憂鬱症狀皆有明顯的改善。

適度地運動配合藥物治療在大多數的病症上似乎皆能達到不錯的效果，在憂鬱症的治療上也是如此。Blumenthal 等人(1999)的 SMILE 研究在半年後進行受試者的追蹤調查，結果發現，如果以療效的持續性來看，運動療法在憂鬱症的治療上似乎比藥物治療更為有效，在研究當中，運動組有百分之三十的人仍然有憂鬱症狀，而藥物治療組是百分之五十，運動合併藥物治療組是百分之五十五。另外在運動組裡有百分之八的人憂鬱症復發，藥物治療組則高達有百分之三十八，此結果顯示運動治療的療效在持續性方面優於藥物治療。

二、不同的運動強度對於憂鬱症的影響

運動強度指的是運動時的激烈程度，也就是運動時間內帶給身體的負荷程度，運動強度越強，則身體負荷越大。運動強度多以最大攝氧量或最大心跳率做為界定標準，不同的運動強度對於生理或健康的改善亦有不同的效果。例如：50-60%心跳率運動的目的在於維持身體健康，60-70%心跳率的運動對於體重的控制有一定的效果，70-80%即達到有氧代謝的效果，而 85-100%心跳率的運動已達到無氧的區間，屬於高強度的運動

Morgan(1987)進行實驗性研究結果顯示，只有在最大心跳率達到 70%的健身運動才能有效降低焦慮，低度或中度的運動強度對於減少焦慮並無成效。Raglin and Wilson(1996)指出達到 40%、60%、70%最大攝氧量的運動，皆能有效降低焦慮。賴炫正(1998)認為運動強度越高，其憂鬱的改善程度未必越好，亦有可能產生其他的不良副作用，例如患者覺得不堪負荷中途退出治療，或是在治療的過程中發生運動傷害。Dunn et al. (2005)與 Singh et al. (2005)也認為運動對於憂鬱症的

治療，不管是何種形式的運動，運動的強度比運動的形式更為重要，例如很多證據顯示漸進式性阻力訓練其效果與有氧運動一樣好，所以應更聚焦於運動的強度更甚於運動的頻率(Dunn et al., 2005)。

姑且不論運動型式、運動強度或運動的頻率，運動是現代人紓解壓力的一個管道，運動可以降低焦慮、減輕壓力，不啻是治療憂鬱症的一項良方。運動介入憂鬱症的主要目的在於透過運動提升患者的運動自我效能，進而提升患者本身的自信，自信心促使人們可以往正面積極思考。能投入運動對於患者本身而言等於是第一步打開了自己的心防，相信運動能夠對於本身的憂鬱症改善會有所幫助，所以相對的在接受運動治療後病情獲得改善。