

本文章已註冊DOI數位物件識別碼

▶ 憂鬱症與運動

doi:10.6162/SRR.2000.50.21

大專體育, (50), 2000

Sports Research Review, (50), 2000

作者/Author：李昭慶

頁數/Page：82-88

出版日期/Publication Date：2000/10

引用本篇文獻時，請提供DOI資訊，並透過DOI永久網址取得最正確的書目資訊。

To cite this Article, please include the DOI name in your reference data.

請使用本篇文獻DOI永久網址進行連結:

To link to this Article:

<http://dx.doi.org/10.6162/SRR.2000.50.21>



DOI Enhanced

DOI是數位物件識別碼（Digital Object Identifier, DOI）的簡稱，是這篇文章在網路上的唯一識別碼，用於永久連結及引用該篇文章。

若想得知更多DOI使用資訊，

請參考 <http://doi.airiti.com>

For more information,

Please see: <http://doi.airiti.com>

請往下捲動至下一頁，開始閱讀本篇文獻

PLEASE SCROLL DOWN FOR ARTICLE



憂鬱症與運動

李昭慶 / 淡江大學

摘要

憂鬱症是一個經常受到忽視和沒有被診斷出來的疾病，世界衛生組織（WHO）預測憂鬱症將成為二十一世紀影響人類生活最重要的疾病之一。本文將以憂鬱症的臨床診斷、分類及其可能發生的病因加以探討，並針對憂鬱症產生的生化上機轉，探究憂鬱症的治療方法。在憂鬱症的治療方法中，包括藥物與非藥物的治療，其中藥物的治療由於有很大的副作用，因此精神醫學專家一直致力於新療法的研究，非藥物治療除精神療法外，運動對憂鬱的影響也受到相當的重視。由相關文獻探討運動治療憂鬱症的效果，證明運動療法確實對憂鬱症的治療，具正面的效果。

關鍵詞：憂鬱症、運動

壹、前言

日前由新聞媒體得知，自去年九二一大地震以來以有將近二十件自殺的案例，經深入了解其自殺原因，大多是因承受不了地震

後所產生的生活壓力，最後罹患憂鬱症，因而走上人生的不歸路。

每一個人一生當中可能因為不如意或挫折，都有過情緒低潮的經驗，例如親友驟逝、感情挫折、事業或學業不順、久病不癒、或是如同此次台灣大地震後的變故等種種的生活困擾，都可能造成悶悶不樂、愁煩落寞、鬱鬱寡歡，甚至易發脾氣等憂鬱的情緒，這些憂鬱性的情緒症狀（depressive symptoms），有時可能會隨時間而自然消退，有的憂鬱情緒可能相當激烈，讓人突然喪失活力、退縮，甚至覺得活著沒啥意義而有自殺的傾向，但有時候憂鬱症（depression）的病發也並不是明顯的來自這類的心理、社會因素。憂鬱的感覺除了沮喪、絕望外，有許多憂鬱症的患者可能會對工作和休閒活動失去興趣，甚至會對先前喜歡的事物感到厭惡、沒有食慾而導致體重下滑，性慾減低在憂鬱症患者中也很常見。憂鬱症患者常會覺得全身沒力、疲勞，有些人看起來行動遲緩，有的顯得躁動不安，許多患者容易覺得愧疚而自責，常有自我了斷以謝天下的想

法。嚴重的憂鬱症患者，也有可能會有精神病症狀的幻覺或妄想（方麗華等人，1998）。

憂鬱症是一個經常受到忽視及沒被診斷出來的疾病，目前已經成為成人病患中最常見的精神疾病之一；根據世界衛生組織的統計，全世界約有百分之三的人口罹患各式各樣的憂鬱症；依此估計，全世界的憂鬱症患者多達一億多人（陸汝斌、柯慧貞，1988）。美國心理衛生研究院（National Institute of Mental Health；NIMH）的研究報告指出憂鬱症終生盛行率約 15%，其中男性為 8~12%，女性為 20~26%，平均發病年齡約 40 歲，更有 50% 以上患者於 20 至 50 歲間發病，此正值人生精華時期罹患此種精神疾病對患者身心及社會功能所產生的影響遠超過糖尿病、關節炎、高血壓等慢性疾病。常有高比例的患者合併如焦慮症等精神科疾病，故容易失去工作，且常因身體不適而到處求診，接受過多非必要的檢查而浪費醫療資源，不僅對患者本身及家庭造成極大的負擔，憂鬱症所帶來嚴重社會成本的損失。因此，對於憂鬱症的診斷、病因的了解有其必要，並尋求適當有效的治療方法，是一個刻不容緩的課題。

貳、憂鬱症的診斷

根據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, Fourth

Edition），（DSM-IV）所列為最新的診斷標準，其診斷憂鬱症的條件有 9 個，分別是：

- 一、幾乎每天都是憂鬱的心情。
- 二、對日常生活中大部份的事物都失去興趣；或從事各種活動時，感覺不出快樂的心情。
- 三、在未刻意改變飲食習慣下，體重改變超過 5%。
- 四、幾乎每天都失眠或嗜睡。
- 五、思考行動變的躁動不安或遲緩呆滯。
- 六、每天都覺得疲累不堪或失去能量。
- 七、覺得活著沒有價值或心中充滿過多的罪惡感。
- 八、思考及專注能力下降，猶豫不決無法做決定。
- 九、一再地想起死亡和自殺的主題，甚至嘗試自殺的舉動。

一般診斷是否患有憂鬱症，並不需要備其以上九種症狀，其診斷的重要原則為，至少有 1 或 2 項的條件再加上 3 至 9 項的任何一項條件，就得考慮是否罹患了憂鬱症（詹佳真，1999）。

參、憂鬱症的病因及其分類

造成憂鬱症原因很多，大致可分為外因性和內因性因素，外因性主要為生活中遭受挫折，無法順利的調適情緒所致，而內因性的因素則是個人體質所致，有些也與遺傳因素有關，一些學者認為內因性的憂鬱症（endogenous depression），是中樞神經中的兒茶

酚胺 (catecholamine) 缺少有關，尤其是正腎上腺素 (norepinephrine) 或血清素 (serotonin) 過低造成的，也有人認為憂鬱症病人所呈現的症狀，如胃口變差、失眠、體重減輕、失去性慾都可能與荷爾蒙失調有關，例如在憂鬱症病患發現有異常的可松體、生長激素、甲狀腺激素，及產後憂鬱症等即為明顯的例子 (阮煒，1994)。此外，例如某些藥物容易引起抑鬱，像中樞性抗高血壓藥 reserpine、醣質性類固醇 (glucocorticoids) 及同化性類固醇 (anabolic steroids) 其副作用皆會引起不同程度的抑鬱，亦有許多藥物會造成沮喪感。此外，某些疾病也可能引起憂鬱的情緒，甲狀腺疾病為最常見造成憂鬱症的原因之一。

迄今憂鬱症分類在臨床精神醫學上尚未有完全一致的定論 (陸汝斌，1988；方麗華等人，1998)。目前醫界較常用的診斷分類，主要是根據臨床精神病歷配合長期流行病學追蹤研究及相關遺傳學的研究所擬出的診斷標準其中較常用的包括世界衛生組織所編撰的國際診斷分類標準 (International Classification of Diagnosis, 目前為 ICD-10) 以及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, Fourth Edition)，(DSM-IV)

此外，由於憂鬱症可能為異質性的群體，因此依不同的狀況，作適當的分類，以採取因應的策略。國內學者陸汝斌、柯慧貞

(1993) 以回顧文獻的方式，採用症狀學、臨床病程、多變項分析法、精神內分泌學、對抗憂鬱劑的療效、社會及心理等七種分類指標，探討憂鬱症生化上的異質性，其研究發現，將憂鬱症重新在分類成更具同質性的亞型 (sub-types)，進一步的了解治療上的效果，以評估預測效度。

在最新的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中，再增列一種經前情緒不安患疾 (premenstrual dysphoric disorder) 又稱為晚黃體其情緒不安疾患 (late luteal phase dysphoric disorder) 或經前症候群 (premenstrual syndrome, PMS)，主要包括情緒症狀 (如憂鬱、焦慮、情緒易變)、行為症狀 (飲食及睡眠型態改變) 與身體症狀 (乳房壓痛、水腫、頭痛)，出現於行經前數天且在兩經期間症狀至少完全消失達一週以上 (楊斯年，1996)。

憂鬱症的分類，對於病因的研究、治療模式的選擇、療效的預測及預後的評估皆有很大的助益。

肆、憂鬱症的生物化學上的機轉

藉由精神藥理研究發現，抗憂鬱劑均可抑制腦神經細胞對血清素 (serotonin) 及正腎上腺素 (norepinephrine) 的攝入 (reuptake) 或抑制單胺氧化酶 (monoamine oxidase) 的活性，而使腦內突觸間隙 (synaptic cleft) 可利用的單胺量增加，因此認為憂鬱症可能是因為這兩種神經傳導物質功能不足所引發的 (陳純

誠，1998）。

其他生化上的假說如隨意假說（The premissive hypothesis），接受體敏感性理論（The receptor-sensitivity theory），及不良調節假說（The dysregulation hypothesis）是最近較廣為接受的理論，其所描述為神經傳導物質系統的聯結與改變，包括接受體敏感異常及功能異常，一般相信抗憂鬱劑可使這些接受體再平衡，及增加可能影響之化學物質的量（毛乾泰，1996）。

伍、憂鬱症的治療方法

憂鬱症的治療方法可分為非藥物及藥物治療兩種，非藥物治療有一般支持性心理治療（supportive psychotherapy）與認知心理治療（cognitive therapy）兩種精神療法（psychotherapy）以及電擊抽搐法（electroconvulsive therapy, ECT）。

（一）精神療法（psychotherapy）

對於中度憂鬱症與藥物治療一樣有效，一般支持性心理治療與認知心理治療可應用於，因一時失意的過渡性憂鬱情緒反應或生活適應不良的憂鬱症狀，利用行為療法、認知療法與思考、人際關係的治療，讓病患有傾訴心聲、宣洩情緒的機會，藉由鼓勵支持來改善憂鬱的心情。

（二）電擊抽搐法（electroconvulsive therapy, ECT）

對於嚴重且藥物治療無效或自殺意

念特別強烈的病患，一次療程約需6~12"shock treatment，可使用全身性麻醉劑及肌肉鬆弛劑以增加其安全性。通常建議併用抗憂鬱劑或每月持續作一次ECT治療以維持其抗憂鬱劑的效果，但記憶力喪失為最常見的副作用，但其機轉仍不是很清楚。

（三）藥物治療

憂鬱症如果症狀較嚴重，甚至出現如疲倦、食慾性減退、睡眠障礙集體重減輕等身體症狀，則需配合抗憂鬱劑治療。心理治療加上藥物都要比單一療法效果要來得好。持續藥物治療可減低復發率，心理療法可改善精神社會功能、人際關係。藥物療法與心理療法兩者可視為有效而可互補的治療方式。

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（Tricyclic Antidepressants, TCAs）、異環類抗憂鬱劑（Heterocyclic Antidepressants, HCAs）、單胺氧化酶抑制劑、血清素選擇性回收抑制劑（Serotonin-Selective Reuptake, SSRI）等（方麗華等人，1998）。

陸、運動對憂鬱的影響

由於藥物的治療有很大的副作用，因此精神醫學專家一直致力於新療法的研究，非藥物治療除精神療法外，運動對憂鬱的影響也受到相當的重視。近年來已經有許多研究指出，運動不僅能改善生理機能，對心理健

一般論述

大專體育第五十期 89 年 10 月

康同樣具有良好的作用(Goldwater and Collis, 1985)。此外, Steptoe 和 Cox (1988)的研究也建議, 以運動作為憂鬱症治療的一種形式; 並且也是一些研究證明顯示, 各種不同形式的運動在情緒狀態上具有正面的改善效果, 例如緊張、憂鬱、發脾氣 (Barabasz, 1991; Berger, 1988; McCann, 1984; Perri, 1985; Stein, 1992) 是種有效的壓力管理的調節作用。運動對治療憂鬱症歷經多年的研究以有相當不錯的成果, 以下就文獻加以探討運動治療憂鬱症的效果:

1982 年 Rueter 等人以 18 位未經正式診斷之高分數貝氏憂鬱量表 (Beck Depression Inventory; BDI) 的憂鬱症病患作研究, 將受試者以隨機分配的方式, 分成心理輔導組 (每週一次的心理輔導) 與輔導+跑步混合治療組 (每週 20 分鐘心理輔導及三次跑步的實驗)。結果發現: 心理輔導組之受試者其憂鬱分數並無明顯下降, 而輔導+跑步混合治療組的受試者之憂鬱分數則顯著降低。

1985 年 Klein 以 74 位輕、中、重度憂鬱症的門診病人為研究對象, 受試者隨機被分配到有氧運動組、靜坐—放鬆組及團體心理治療組 (meditation-relaxation), 經 12 週之後, 各組受試者的憂鬱分數皆明顯下降, 且經過九個月的追究發現, 有氧運動組與靜坐—放鬆組的持續效果較佳。

1987 年 Sime 以 15 位中度憂鬱症患者做研究, 受試者接受數週的影片欣賞, 兩週的安慰劑服用及十週的有氧運動訓練, 結果顯

示: 憂鬱分數在影片欣賞與服用安慰劑期間並未明顯改變, 但在有氧運動期間卻有顯著的降低。

1987 年 Elizabeth 以 40 名被診斷為患有輕、重憂鬱症的女性病人作研究, 將受試者分成三組, 一組施以 8 週的跑步 (running)、一組實施 8 週的舉重 (weight-lifting) 訓練, 其餘為控制組, 受試者已貝氏憂鬱量表、魯賓氏憂鬱檢查表 (Lubin's Depression Adjective Check List) 與漢米爾頓憂鬱量表 (Hamilton Rating Scale for Depression; HDRS) 持續監控追蹤第一、七、十二個月的治療情況, 研究結果發現運動 (跑步、舉重) 組明顯的降低憂鬱程度, 但並沒有發現有氧運動 (跑步) 較無氧性運動 (舉重) 具有顯著的差異。

在運動與藥物合併治療方面, Martinsen (1987a, 1989b) 指出以三環抗憂鬱劑治療的憂鬱病患配合有氧運動, 其研究結果發現運動與藥物合併治療並沒有比單獨服用三環抗憂鬱劑的效果顯著。Wearden 等人 (1998) 針對慢性疲勞症候群 (Chronic fatigue syndrome) 的患者以藥物 (fluoxetine-20mg) 加上運動 (運動強度約為 75%VO₂max) 與僅服用抗憂鬱劑的病患進行六個月的研究發現, 兩組均有抗憂鬱的效果, 但兩組並無顯著的差異。

賴炫政 (1998) 以十位以接受藥物治療的憂鬱症患者為研究對象, 將受試者分為實驗組與對照組, 實驗組以 60~80%HR_{max} 運動強度的步行運動一個月, 並於實驗前後兩組受試者同時以貝氏憂鬱量表、與漢米爾頓憂鬱

量表作為改善憂鬱程度的標準並運用聽覺刺激大腦之事象關聯電位 (N100、P200、P300 潛質和 P300 相對振幅) 的變化來了解運動前後，其與憂鬱程度的改善關係，結果發現實驗組比對照組織憂鬱改善程度較為明顯。

Martinsen (1990) 以回顧文獻的方式，研究運動對於憂鬱症患者的影響，最初發現一般憂鬱症患者比正常人，有較少的身體活動的傾向及減少身體活動能力的特質。並認為對於憂鬱症患者的治療應整合身體適能的訓練 (physical fitness training) 到治療的計劃之中。同時他也認為要以運動作為治療的模式困難在於，讓患者能接受運動。雖然大多數運動療法的研究都強調有氧運動的重要，但 Martinsen 發現有氧運動對抗憂鬱的效果與非有氧 (nonaerobic) 的運動方式在憂鬱症的臨床治療效果是一樣的。他另外也發現，持續作規律運動一年的病患比沒有什麼活動的患者，有較低的憂鬱分數 (depression scores)。Martinsen 亦闡述患者的話，將運動列為是治療憂鬱症計劃的一項最重要的元素。

1990 年 North 等人，自 1969 ~ 1989 年間以綜合統計八十個研究結果，認為運動與憂鬱症的關係提供正面的支持。他們也認為包括短期 (acute) 與長期 (chronic) 的運動都能有效地降低臨床的憂鬱。在他的患者群中，無論性別、年齡、健康狀況其抗憂鬱的效果，運動療法是藥學、精神療法中最有益處的。他同時也探討運動的方式 (mode) 和運動時間 (duration)，發現無論是有氧或無氧

性的運動都能有效地抗憂鬱症。雖然這些學者也提到活動計劃的時間長短 (length of exercise programme) 與活動為期次數 (number of sessions)，但在運動的強度 (intensity) 及頻率 (frequency) 並沒有明確的指出。他們的研究仍提到增加活動為期的次數，更能減低憂鬱的程度。

近來 North 等人的統計資料受到質疑，對於他們的推論存有爭議。相反的，Morgan (1994) 便較傾向於以專題研究有氧運動訓練對心理層面的效果作為議題。無論如何，這些研究都再證明不管是男性或女性、成年的患者、以調查方式或實驗的研究，從事有氧運動後，對於降低憂鬱情緒，在臨床的例子中都是最有效的 (Scully, 1998)。

最近 Nicoloff and Schwenk (1995) 企圖整合近年來的研究，以生理學家的角度提供實際的指引來擬定運動處方 (exercise prescription)，藉以作為精神療法的輔助工具。運動療法的處方公認美國運動醫學會 (ACSM) 所主張的有氧運動課程較具公信力，包括：應以最大心跳率的 60 ~ 70% 強度，每次運動 30 ~ 40 分鐘，每星期 2 ~ 5 次。綜合以上文獻的結論，似乎運動療法對於憂鬱症具有正面的影響是可被人接受的，尤其是臨床的患者更是有效。根據這些證明也可以建議，有氧運動應更具效果，其中的活動內容可以包括：走路 (walking)、慢跑 (jogging)、騎腳踏車 (cycling)、較輕的循環訓練 (light circuit training) 與重量訓練

一般論述

大專體育第五十期 89 年 10 月

(weight training)，運動療法若能持續幾個月以上，應更具正面的效果 (Scully, 1998)。

柒、運動治療的限制

運動對於憂鬱症的改善雖然具有很好的效果，但實際實施在憂鬱症患者身上，似乎有許多困難存在。因為憂鬱症患者一般而言具有疲勞感、沒精神、低自尊及心理動作障礙等 (張宏亮, 1993) 等症狀，加上服用藥物 (如 TCAs) 配合治療，這些藥物常會使人覺得口乾舌燥、昏睡、心跳加快等，這些症狀都可能讓運動訓練無法持續下去。因此，不斷的鼓勵與支持對患者持續運動下去是相當重要。

此外，接受運動治療的病患應事前作過嚴格的體檢，特別是患有心肺疾病的患者，應由心臟呼吸相關的專科醫生作必要的檢測，否則不可隨意接受運動治療。有些患者常以藥物與運動配合治療，應需注意藥物所產生的副作用，配合適當的運動強度，確實掌控以策安全。

捌、結語

面臨目前社會急速變遷的各種環境壓力下，憂鬱的情緒常不知不覺地找上你，身為忙碌的現代人，對於憂鬱症的瞭解與認識是重要的。從許多研究發現，憂鬱症患者大都平時缺乏規律運動者，因而在忙碌的生活中找個時間運動，進而鼓勵週遭的朋友一起來運動，不僅讓生活過的愉快、充實，揮別藍

藍的憂鬱海，讓我們的人生是彩色。

參考文獻

- 毛乾泰 譯 (1996)：憂鬱症的治療。醫學雜誌 (第 12 卷第 2 期)，頁 157 ~ 166。
- 方麗華、陳昭姿、陳純誠 (1998)：憂鬱症的治療。台灣醫學 (第 2 卷第 4 期)，頁 456 ~ 463。
- 阮偉 (1994)：抑鬱症醫護錦囊。香港，珠海文化事業有限公司。
- 陸汝斌、柯慧貞 (1993)：憂鬱症在生物化學上的異質性。中華精神醫學 (第 7 卷第 1 期)，頁 3 ~ 9。
- 張宏亮 (1993)：運動與憂鬱症。國民體育季刊 (第 22 卷第 3 期)，頁 86 ~ 93。
- 詹佳真 (1999)：什麼是憂鬱症？。大家健康 (166 期)，頁 6 ~ 8。
- 賴炫宏 (1998)：運動對憂鬱症的影響。碩士論文，國立台灣師範大學體育研究所。
- 楊斯年、陸汝斌 (1996)：憂鬱症。醫學繼續教育 (第 6 卷第 5 期)，頁 433 ~ 440。
- Doyne EJ, Ossip-Klein DJ, Browman ED, Osborn KW, et al. Running versus weight lifting in treatment of depression. J of Consulting and Clinical Psychology 1987 ; 55:748-754.
- Elizabeth J.D., Doyne J.O., Eric D.B., Kent M.O., Ilona B.M., Robert A.N. Running Versus Weight Lifting in the Treatment of Depression. Journal of Consulting and Clinical psychology 1987 ; 5: 748-754.