

癌末病人的憂鬱問題

黃建勳 鄭逸如 邱泰源 呂碧鴻 陳慶餘

摘要

近三十年來由於安寧緩和醫療的發展，癌末病人在疼痛和其他症狀的控制上已有長足的進展，然而憂鬱的問題仍存在至少四分之一的病人身上，但是憂鬱症狀並不等於「重鬱症」。探討癌末病人的憂鬱問題應區分清楚是「調適障礙合併的憂鬱情緒」或是「重鬱症」。事實上「重鬱症」是一種嚴重影響病人生活品質的疾病，然而其在癌末病人中的診斷卻非易事。最主要的困難在於沒有任何生理標記、身體表徵或診斷工具，可用來區辨是「調適障礙合併憂鬱情緒」或「重鬱症」。

癌末病人的「重鬱症」診斷，必須著重其心理特徵：無助、無價值感、罪惡感、迴避人群、和自殺企圖，而非以生理或認知功能的改變作判斷。基本上，這必須靠醫療團隊高度的臨床敏感度與觀察力和良好的溝通技巧，才能幫助病人表達出內心的想法與感受，否則可能會有評估與診斷上的偏差。

在緩和醫療中，對憂鬱問題的理想處置除心理、社會與靈性的支持外，有時也會考慮到藥物的合併使用，尤其是對「重鬱症」及疼痛緩解不佳的病人。原則上「調適障礙」以支持性的心理治療為主，「重鬱症」則可配合抗鬱劑的使用。而抗鬱劑的選用是依據藥物副作用和病人現有的症狀而定。

儘管目前已有安全有效的抗鬱劑，臨床醫護人員在使用上仍有很多疑慮或誤解。事實上，只有很少的癌末病人使用抗鬱劑，而且常因太晚使用，以致沒有足夠的時間讓它發揮功效。將來隨著對癌末病人憂鬱問題之身心機轉的了解，及其和疼痛之關連的進一步闡明，抗鬱劑的角色應會更加明朗，而當病人預期存活日不多時，精神興奮劑和抗焦慮藥物則不失為較合宜的選擇。

(安寧療護 2003; 8; 2: 185-198)

Key Words : advanced cancer major depression adjustment disorder antidepressant palliative care

台大醫院家庭醫學部

通訊作者：邱泰源 地址：台北市中山南路7號 台大醫院緩和醫療病房 電話：2312-3456ext2878

前 言

四分之一的癌末病人(patients with advanced cancer)有憂鬱症狀^[1]，但是憂鬱症狀並不等於「重鬱症」(major depression)。癌末病人中罹患「重鬱症」的比例可能在5-15%之內，另外有10-15%的病人雖有一部份的憂鬱表現，卻屬於「調適障礙合併的憂鬱情緒」(adjustment disorder with depressed mood)^[2]。

憂鬱問題會加重病人的生理症狀，並導致社交退縮，嚴重影響病人的生活品質。一項針對癌症病人自殺的調查報告指出，32%的自殺病人有重鬱症、30%有未歸類的憂鬱問題、12%有調適障礙^[3]。癌症病人合併疼痛和憂鬱者，也比只有疼痛的人有較高的自殺或尋求安樂死的傾向^[4]。

然而據估計有高達八成的癌末病人，其心理精神層面的問題疏於被正視或診療^[5]，憂鬱也是其中之一。其原因有以下幾個：首先是醫療人員可能對談論病人情緒等敏感話題會不自在、感覺浪費時間或難以處理。不過證據顯示，當病人有機會表露心情時，常可令病人覺得舒緩^[6]；其次有不少醫療人員，甚至精神科醫師都相信憂鬱在末期病人是屬於不可避免的^[7]。另外，由於許多憂鬱相關的生理表現，與疾病本身衍生的疲勞、虛弱、食慾減退等不易區分，也使其診斷易

被忽略。不過相反的，也不可因病人哀傷或哭泣，就認為是憂鬱症狀，甚至診斷為「重鬱症」。

事實上，若末期病人表現出心中的悲苦、哀傷，可以被視為正常反應，但重鬱症卻不應被如此看待。研究顯示多數癌末病患未達到重鬱症的程度，不過重鬱症患者若能被正確診斷，接受治療後常有不錯的療效^[6]。

接受重鬱症治療的病患，八成以上都有不錯的療效^[2]，這點使其診斷更具有意義。但實際上在非癌症病人中，只有不到四分之一的重鬱症患者接受治療，癌末病人中這個比例恐怕更低^[5]。

總括癌末病人的憂鬱問題可從「調適障礙合併的憂鬱情緒」與「重鬱症」兩者來討論，由於前者已受到廣泛的重視，本文將偏重在癌末病患「重鬱症」的診治新知和要點。

「重鬱症」的診斷

重鬱症的診斷一定要先排除器質性的原因，以及藥物的副作用。在器質性原因方面，最常見的例如腦部轉移、全腦放射治療、類固醇的使用和高血鈣症等；在藥物副作用方面，如calcium blocker、propranolol、indomethacin、metoclopramide、diazepam、haloperidol、macrolides、fluoroquinolones、

morphine等都有相關的報告^[8-9]。由這些原因所導致的類似重鬱症的表現，必須與真正的重鬱症作鑑別。

DSM-IV的「重鬱症」診斷標準

有關重鬱症的診斷，首先參考DSM-IV^[10]的診斷標準：

病人至少已持續兩週，幾乎每天大部份的時間都有以下五個或五個以上的症狀。病人的症狀中至少要有以下前兩項之一，如果前兩項都沒有，就不符重鬱症的診斷，不用再作進一步的評估。

- 1.常感到情緒低落、沮喪或失望。
- 2.對日常活動失去興趣或樂趣。
- 3.體重顯重減輕或增加。
- 4.失眠或睡眠過度。
- 5.精神運動激昂或遲滯。
- 6.疲勞或缺乏活力。
- 7.精神不集中，注意力減退。
- 8.無價值感或過度不適當的罪惡感。
- 9.反覆的想到死亡或有自殺的念頭。

由於癌末病人生理病理上的特質，使得DSM-IV診斷標準中有關身體症狀的項目，較不易區分是憂鬱的緣故或是癌症本身的病變，因此在安寧緩和醫療的領域裏，以上診斷標準中的3-7項較不可靠，而1、2、8、9等四項則較為有用。

相關的量表

目前尚無確切的「重鬱症」診斷工具，已有的量表只能作為篩檢或參考之用。過去曾經廣泛使用的量表如BDI(the Beck Depression Inventory)、HAM-D(the Hamilton Depression Rating Scale)等，對非癌症病人的憂鬱問題，檢測效果不錯，但因其內容涵蓋的生理層面，與癌症患者常見的身體表徵不易區分，所以實用性有限。後來發展的「焦慮與憂鬱的醫院量表」(HAD:the Hospital Anxiety and Depression Scale)^[11]，雖已減除生理層面的誤差，但被證實只對癌症病人在疾病緩解期或積極治療期才有較佳的評量效果^[12]，因此不適合在癌末病人中當作例行性的篩檢工具。此外許多量表也無法排除適應障礙或性格違常，同樣不適合作為重鬱症的評量工具。

「重鬱症」在緩和醫療中的診斷要點

有鑑於DSM-IV的診斷標準中只有四項較適合用在癌末病人身上，而已有的各種量表又不適用，Endicott提出以下幾個癌末病人重鬱症表現的特點^[13]：

- 一、在肢體或表情上顯得沮喪落寞或面無表情。(Dysphoria)
- 二、無法提振心情、失去笑容、對好消息或好玩的情境也無反應。(Anhydmania)

三、罪惡感。(Guilt)

四、無價值感和無助。

(Worthlessness/Helplessness)

五、逃避人群或減少話語。

(Social withdrawal)

六、厭世或有自殺意念。(Suicidal ideation)

簡而言之，在癌末病人的評估上，必須著重病人情緒與行為的特徵，而非以生理或認知功能的改變作判斷。另外，針對癌末病人作評估時，須注意以下幾點：1. 進行仔細的生理評估，並先積極緩解病人難以控制的症狀；2. 察覺並治療可能的器質性病因；3. 區辨是「合理的悲傷」或「過度的憂鬱」；4. 提供病人心理支持或心理治療；5. 對其家庭成員給予支持^[14]。

「重鬱症」與「調適障礙合併憂鬱情緒」的區分

探討癌末病人的憂鬱問題，首先須區分其兩大類型的診斷：一是重鬱症(Major Depressive Disorder)；二是調適障礙合併憂鬱情緒(Adjustment Disorder with Depressed Mood)(表一)。

重鬱症是一種好發在年輕或成年女性的疾病，可能有家族傾向或過去病史，一般盛行率約5%，但在某些重大疾病，如心肌梗塞、癌症或腦中風的調查中，可高達25%。雖然目前被視為一種腦部的病變^[15]，但臨床上重大的生活事件常可誘發其首次的發作^[16]。

調適障礙的定義是一個人在生活事件結束的三個月內，發生情緒或行為上的適應困

表一、癌末病人「重鬱症」與「調適障礙合併憂鬱情緒」的比較

| | 重鬱症 (Major Depression) | 調適障礙合併憂鬱情緒 (Adjustment Disorder with Depressed Mood) |
|----------|---------------------------|---|
| 同義詞/相近語 | Depressive Illness | Demoralization; Situational or Reactive Depression |
| 症狀 | 較重 | 較輕 |
| 家族史/過去病史 | 可能有 | 可能無 |
| 制病機轉 | 偏重腦部生理病變 | 偏重心理因素 |
| 壓力事件 | 不一定有 | 有 |
| 社會功能 | 喪失 | 減退 |
| 自殺風險 | 有(較高) | 有(較低) |
| 治療 | 心理治療與藥物治療 | 心理治療為主 |

難，其症狀通常在事件結束後的六個月內解除，但如果面臨的是慢性壓力(如持續惡化的癌症)，則症狀可超過半年以上，謂之慢性的調適障礙(chronic adjustment disorder)。

臨床上的重點在如何區辨「調適障礙合併憂鬱情緒」和「重鬱症」，因為前者著重在心理治療，而後者對抗鬱劑可能有不錯的療效。簡單的區別方法是：調適障礙者，仍可以接收到別人的同理心，重鬱症患者即使面對親人或照顧者也顯得茫然無助^[7]。另一種區別方法是重鬱症患者會沈陷在憂鬱中，幾乎不處理外界的訊息，也不對環境做因應，但調適障礙合併憂鬱情緒的患者，雖受憂鬱的困擾，卻表現出不想留在現況，希望有所改變的因應動機，並對因應的困境感到挫拆、懊惱^[16]。事實上由於每位病患都有程度不等的調適反應，臨床上的重點並不在鑑別各種診斷的微細差異，只要區分出罹患「重鬱症」與否即可。

憂鬱問題與疼痛

究竟是憂鬱症狀會增加疼痛的敏感度，或是疼痛是憂鬱問題的成因，目前尚無定論。事實上憂鬱與疼痛常相伴存或互相影響。研究顯示憂鬱與未能緩解的疼痛，兩者

間有密切關連。許多常與憂鬱並存的症狀，如失眠、食慾減退、和疲勞等，在疼痛得到緩解時也常隨之解除，其原因除了兩者都有耗弱精神的共通點外，所牽涉的神經傳導物質可能也是關鍵^[17]。

因此，在診斷重鬱症之前，也要先檢討病人的疼痛是否已得到滿意的控制；相對的，一位病人如果有中重度的疼痛，在幾日之內都無法有效緩解，而且對鴉片類藥物的反應不佳，即使重鬱症的診斷未定，也可以是併用抗鬱劑的時機^[7]。

值得一提的，許多抗鬱劑常有特殊的止痛效果，而且在抗鬱作用發揮前就已生效。由於癌末病人中，有高達74%的疼痛比率，且神經性的疼痛約佔三分之一，使得抗鬱劑的適用時機更加寬廣。事實上，抗鬱劑的止痛劑量往往低於其抗鬱作用所需的藥量^[18]，而且適量下在一週內即可達止痛效果^[7]。一般相信這種止痛作用與其抗鬱作用無關，甚至曾在正常的志願者實驗中得到證實^[19]。這可能與正腎上腺素和血清素有關，也可能是藉由增進鴉片類止痛作用的機轉而來^[20]。三環抗鬱劑因為同時影響正腎上腺素和血清素的濃度，所以止痛作用可能優於單純的血清素製劑^[21]。

癌末病人的「重鬱症」治療

對於「調適障礙合併憂鬱情緒者」，以支持性的心理治療為主；「重鬱症」則偏重抗鬱劑的使用。但由於癌末患者持續存在的重大壓力，即使發生重鬱症，也應重視其心理層面上的調適，而合併藥物與非藥物的療法^[7]。

非藥物療法

照會心理諮詢的專家是常用的方法之一，但對憂鬱的病人若只透過照會尋求解決，到目前為止只有很少的證據顯示有實質的幫助，除非被照會人員與癌末病人有深入而密切的互動，甚至在病人去世前常來探視^[22]。在美國，心理治療在癌症病人中是應用頗多的方式，Spiegel強調心理治療有四個基本要素：(1)團體的支持；(2)情感的紓發；(3)認知的重整；(4)處理問題技巧的訓練^[23]。這樣的架構基本上是認為，病人的心理憂傷源自疾病對他的意義，以及他面對問題的態度和解決困難的能力。當然除了心理治療外，一般相信許多癌末病人會從生命回顧或與病友的互動中獲益^[24]，因此緩和醫療病房或其他日間照護機構都可以提供這樣的功能。此外，放鬆技巧、音樂療法、藝術治療和芳香療法等，都是值得運用的方式。

在與病人的互動過程中，鼓勵病人多談

論其生命中重要的經歷，對困擾病人的問題，包含對死亡的疑懼，也盡量採取開放和接納的態度。尤其可以直接或婉轉地讓病人了解到：不會發生醫療團隊無法掌控或減緩的症狀、病人不會失去主控權、不會有任何違背病人心願的作為、病人也絕不會被拋棄。

藥物治療

一、抗鬱劑

I. 抗鬱劑的種類與作用

常用的抗鬱劑主要有兩種：(1)三環抗憂鬱劑（Tricyclic Antidepressants; TCA）、(2)選擇性血清素再吸收抑制劑（Selective Serotonin Reuptake Inhibitor; SSRI）。一般認為只要給予適當的劑量，兩者的抗鬱作用是相同的^[24]。已知的抗鬱劑作用乃在增加神經突觸間血清素、正腎上腺素或多巴胺的濃度，但為何抗鬱劑常需一段時間才發揮抗鬱作用，可能還與體內其他微細難解的變化有關^[25]。

三環抗鬱劑因為具有抗乙痺膽鹼的作用，口乾和便秘的副作用可能較明顯，另外也要慎防用在有心臟傳導疾病的病人身上，可能會發生心律不整的問題。當末期病人如果年紀大或使用鴉片類藥物時，也要小心發生急性意識紊亂的可能，還有姿勢性低血壓也要注意，尤其是劑量較大或病人已有脫水現象時；相反的，它也可能有增加體重的作

用，這點在癌末病人反而有利，另外利用它嗜睡的效果，於睡前投予，也有不錯的安眠作用。

相較於三環抗鬱劑，SSRI沒有抗乙烯膽鹼的作用，雖有噁心、焦躁不安等副作用，通常輕微或短暫，而且安全性較高。所以在一項大規模的社區調查中顯示，SSRI因有較少的毒性和較佳的耐受性，病人的順從性或接受度優於三環抗鬱劑^[26]。

大部份抗鬱劑需兩至三週的時間以發揮抗鬱效果，不過其抗焦慮或鎮靜的功效則會較早出現。首次治療的反應率約在60-85%之間，睡眠障礙的改善會最早達到^[7]。相反的，突然停止抗鬱劑可能會有焦慮、憂慮或渾身不適等戒斷症候群的產生。

2. 藥物動力學與交互作用

抗鬱劑即使在腸道吸收功能不良的病人，仍可透過被動運輸而吸收，之後大多經由肝臟代謝後由腎臟排除，所以在肝腎衰竭或嚴重惡病質的病人，一般的抗鬱劑建議減半使用^[7]。然而其在肝臟代謝的速率也會有個體差異。

肝臟中主要有關的代謝酵素是CYP2D6，由於尚有許多常用藥物也賴CYP2D6作用，例如SSRI中的Fluoxetine、Paroxetine、三環抗鬱劑中的Amitriptyline、Desipramine、Imipramine、精神作用藥中的

Haloperidol、Risperidone、抗心律不整藥如Mexiletine、心血管藥物如Propranolol、抗組織胺的Cimetidine、和鴉片類的Codeine、Tramadol、Dextromethorphan等，因此藥物間的交互作用要格外小心，以免因藥物累積而毒性增加。尤其Codeine可能因其代謝受阻，其轉化成嗎啡的止痛作用會因而消失，其他如oxycodone和hydrocodone也有相同的現象。

值得一提的是，SSRI除sertraline和nefazodone外，大多經由CYP2D6代謝，一旦發生明顯的藥物交互作用，致使血清素過量累積時，可導致血清素症候群(serotonin syndrome)，病人會有意識紊亂、激躁、流汗、發燒、震抖等情形。事實上幾乎每種抗鬱劑都有藥物動力學上的交互作用，其中venlafaxine和citalopram可能是危險性最低的。儘管如此，在緩和醫療的領域裏，只要衡量其效益大於副作用，即符合抗鬱劑的使用原則。

3. 抗鬱劑之使用原則

Maguire等人認為抗鬱劑的使用原則在癌末病人與其他病人之間並無不同，其效果也與非癌症病人相當^[27]。但是關於抗鬱劑的使用普遍存在著許多誤解，包括認為癌末病人有明顯的憂鬱理由，所以不應給予抗鬱劑，或只需強調心理治療，甚至認為精神藥物的使用和心理治療並不相容、過度擔心藥物成癮或依賴等等問題^[24]。只是令人難以理解

的，為何醫師和大眾對於身體健康者的憂鬱問題，同意予以藥物治療，當面臨重大疾病患者的重大憂鬱症，卻對藥物使用有所遲疑？也許是因為多數癌末患者都被視作只有「調適障礙合併憂鬱情緒」，或是因為「調適障礙合併憂鬱情緒」與「重鬱症」之間的鑑別不易。

依據臨床指引^[28]的參考，藥物治療首先需視病人生命期長短的評估，如果存活期超過一個月者，可以依不同的藥物副作用考量而選用TCA或SSRI，二週後未達療效可以增加劑量，如果因副作用不適或治療一個月後療效尚不顯著，二種藥物可以互換，或用第二線的藥物，如venlafaxine或mirtazapine。至於存活期在一個月以內者，則以精神興奮劑或抗焦慮藥物的選用為宜。

4. 抗鬱劑在癌末病人的療效和使用經驗

許多專家都建議對癌症的重大憂鬱症患者使用TCA或SSRI，但對於其療效的研究報告並不是很多，且使用的多是三環抗鬱劑或精神興奮劑^[29-34]。至於這些藥物對癌末患者是否和一般癌症病人一樣有療效呢？Holland曾對四十位癌症晚期的女性病人進行雙盲對照研究，結果顯示Fluoxetine和Desipramine均有效改善病人的憂鬱症狀和生活品質^[35]。雖然這一類的研究報告不易進行，一般相信即使在癌末病人中，抗鬱劑的使用仍然有效。Kuyaga就曾報告五位癌末的重大憂鬱症病人在使

用三環抗鬱劑後，自覺情緒改善且停止自殺意圖^[36]。

事實上，癌末病人中只有很少的人使用到抗鬱劑，而且常因太晚使用，以致沒有足夠的時間讓它發揮功效。一項針對接受緩和醫療患者抗鬱劑使用的調查報告指出^[37]，1046位病人中只有約10%的人使用過抗鬱劑，其中20%病人是在門診或居家照顧時即開始使用，其餘80%病人多在入院後，且是去世的前兩週才開始使用（71%用SSRI，26%用TCA），以致常無足夠時間發揮療效。

二、精神興奮劑

精神興奮劑如dexamphetamine，可帶給病人滿足安適的感覺，也會提振食慾和心情。有研究報告指出，83%的癌症病人於使用兩天後症狀即改善^[38]。Burns和Eisendrath也曾報告過其用在癌末病人所帶來的效益^[39]。雖然它在美國是常用處方，但目前在英國使用仍不多。Methylphenidate則是另一種臨牀上廣泛使用的精神興奮劑，它可改善病人虛弱、疲憊、精神不繼的現象，甚至可以促進注意力集中，並減少鴉片類藥物的副作用^[2,7]。當病人預期存活日不多時，精神興奮劑不失為抗鬱劑外的另一種選擇。

三、抗焦慮藥物

抗焦慮藥物的使用，也可有效減輕憂鬱相關的焦慮問題，尤其在等待抗鬱劑發揮作用

用的期間更有其角色^[40]。這類藥物中，Alprazolam也曾被證實有抗鬱作用^[41]。

結 語

安寧療護的宗旨在於盡可能減輕病人的痛苦，給予病人心靈社會的支持以及靈性照顧，以期讓病人得到最好的生活品質。癌末患者除了生理的痛苦，也常默默承擔憂鬱的侵蝕，連帶使得疼痛等症狀控制更加困難，嚴重影響病人的生活品質。對病人的憂鬱問題，若能早期發覺，早期治療，提供心理支持與必要時抗鬱劑的適切使用，對其身心舒適應能提供更佳的保障。

目前在緩和醫療的領域裏，對疼痛問題普遍都有「整體痛」(Total Pain)的共識，或許憂鬱問題也應以「整體憂鬱」(Total Depression)的角度來衡量，也就是說憂鬱是綜合病人的生理病程、心理衝擊和靈性不安的整體問題。因此在處理上同樣可包含藥物與非藥物兩種方式，而依病人個別的情形著重在心理支持、靈性照護、或藥物選用上。僅管確切的機轉和治療方式未定，憂鬱問題仍應是緩和醫療中值得重視與探究的課題!

參考文獻

1. Barraclough J. Cancer and emotion. Chichester: Wiley, 1994.
2. Robert Twycross and Andrew Wilcock: Symptom Management in Advanced Cancer. Cornwall: Radcliffe Medical Press. 2001: 192-99.
3. Henriksson MM, Isometsa ET, Hietanen PS, et al. Mental disorders in cancer suicides. J Affect Dis 1995; 36: 11-20.
4. Emmanuel EJ, Fairclough DL, Daniels ER, et al. Euthanasia and physician-assisted suicide: attitudes and experiences of oncology patients, oncologists, and the public. Lancet 1996; 347:1805-18.
5. Maguire P. Improving the detection of psychiatric problems in cancer patients. Soc Sci Med 1985; 20:819-23.
6. Razavi D, Stiefel F. Common psychiatric disorders in cancer patients. I. Adjustment disorders and depressive disorders (see comments)(review). Support Care Cancer. 1994;2:223-32.
7. A. Berney et al. Psychopharmacology in supportive care of cancer: a review for the clinician III. Antidepressants. Support Care Cancer. 2000;8:278-86.

- 8.McCoy DM. Treatment considerations for depression in patients with significant medical comorbidity. *J Fam Pract.* 1996;43[Suppl]:35-44.
- 9.Valente SM, Saunders JM, Cohen MZ. Evaluating depression among patients with cancer. *Cancer Pract.* 1994;2: 65-71.
- 10.American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th Ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
- 11.Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67:361-70.
- 12.Ibbotson T, Maguire P, Selby T, et al. Screening for anxiety and depression in cancer patients: the effects of disease and treatment. *Eur J Cancer* 1993;30A:37-40.
- 13.Endicott J. Management of depression in patients with cancer. *Cancer* 1984; 53:2243-8.
- 14.Haig R. Management of depression in patients with advanced cancer. *Med J Aust* 1992; 156:499-503.
- 15.McHugh PR, Slavney PR. The perspectives of psychiatry, 2nd edn. JHU Press, Baltimore.
- 16.Zeidner M. & Endler N.S.(1996). Handbook of coping: theory, research, applications.
- New York: John Wiley & Sons.
- 17.Strang P. Cancer pain-a provoker of emotional, social and existential distress. *Acta Oncol* 1998; 37:641-44.
- 18.Bryson HM, Wilde Mi. Amitriptyline: a review of its pharmacological properties and therapeutic use in chronic pain states. *Drugs Aging.* 1996;8:459-76.
- 19.Coquoz D, Porchet HC, Dayer P. Central analgesic effects of desipramine, fluvoxamine, and moclobemide after single oral dosing: a study in healthy volunteers. *Clin Pharmacol Ther.* 1993; 54: 339-44.
- 20.Breitbart W. Psychotropic adjuvant analgesics for pain in cancer and AIDS. *Psychooncology.* 1998; 7:333-45.
- 21.Walsh EM. The psychopharmacology of chronic pain. *J Psychopharmacol.* 1991; 5:364-69.
- 22.Linn M, Linn B, Harris R. Effects of counseling for late stage cancer patients. *Cancer* 1982; 49: 1048-55.
- 23.Spiegel D. Cancer and depression. *Br J Psychiatry.* 1996; 168: 109-16.
- 24.Mari Lloyd-Williams. Difficulties in diagnosis and treating depression in the terminally ill cancer patient. *Postgrad Med J* 2000;

- 76:555-8.
- 25.Hyman SE, Nestler EJ. Initiation and adaptation: a paradigm for understanding psychotropic drug action. *Am J Psychiatry*. 1996; 153(2); 151-62.
- 26.Edwards JG, Anderson I. Systemic review and guide to selection of selective serotonin reuptake inhibitors. *Drugs*. 1999;57:507-33.
- 27.Maguire P. Psychological morbidity associated with cancer and cancer treatment. *Clinics in Oncology*. 1985; 4:559-75.
- 28.Robert Twycross and Andrew Wilcock: Symptom Management in Advanced Cancer. Cornwall: Radcliffe Medical Press. 2001: 389-90.
- 29.Costa D, Mogos I, Toma T. Efficacy and safety of mianserin in the treatment of depression of women with cancer. *Acta Psychiatr Scand* 1985;72[Suppl 320]: 85-92.
- 30.Fernandez F, Adams F. Methylphenidate treatment of patients with head and neck cancer. *Head Neck Surg* 1986; 8: 296-300.
- 31.Fernandez, Adams F, Holmes VF, et al. Methylphenidate for depressive disorders in cancer patients: an alternative to standard antidepressants. *Psychosomatics* 1987;28:455-61.
- 32.Evans DL, McCartney CF, Haggerty JJ Jr, et al. Treatment of depression in cancer patients is associated with better life adaptation: a pilot study. *Psychosom Med* 1988;50:72-6.
- 33.Olin J, Masand P. Psychostimulants for depression in hospitalized cancer patients. *Psychosomatics* 1996; 37:57-62.
- 34.van Herringen K, Zivkov M. Pharmacological treatment of depression in cancer patients. A placebo-controlled study of mianserin. *Br J Psychiatry* 1996; 169:440-3.
- 35.Holland JC, Romano SJ, Heiligenstein JH et al. A controlled trial of fluoxetine and desipramine in depressed women with advanced cancer. *Psychooncology*. 1998; 7: 291-300.
- 36.Kuyaga A, Akechi T, Nakano T, et al. Successful antidepressant treatment for five terminally ill cancer patients with major depression, suicidal ideation and a desire for death. *Support Care Cancer* 1999;7:432-6
- 37.Lloyd-Williams M, Friedman T, Rudd N. A survey of antidepressant prescribing in hospice. *Palliat Med*. 1999;13(3):243-8.
- 38.Frierson R, Wey J, Boswell Tabler J. Psychostimulants for depression in the medically ill. *Am Family Phys* 1991; 43:163-70.

- 39.Burns M, Eisendrath S. Dextroamphetamine treatment for depression in terminally ill patients. *Psychosomatics*. 1992; 35: 80-4.
- 40.Stiefel F, Berney A, Mazzocato C. Psychopharmacology in supportive care in cancer: a review for the clinician. I. Benzodiazepines. *Support Care Cancer*. 1999;7:379-85.
- 41.Holland JC, Morrow G, Schmale A, et al. A randomized clinical trial of alprazolam versus progressive muscle relaxation in cancer patients with anxiety and depressive symptoms. *J Clin Oncol*. 1991;9:1004-11.

Depression in the terminal cancer patients

Chien-Hsun Huang Tih-Ru Cheng Tai-Yuan Chiu Bee-Horng Lue Ching-Yu Chen

Abstract

The advancement in palliative care for management of pain and other symptoms of the terminal cancer patients in the past 30 years prove to be a major development in medicine. Nevertheless, at least a quarter of these patients suffer from depression. But “depression” is not equal to “major depressive disorder”. Major depressive disorder is a psychologically illness which will greatly affect ones quality of life. It is, however, not easy to identify whether a terminal cancer patient is suffering from “major depression” or “adjustment disorder with depressed mood” in the absence of overt physical signs, biological markers or the diagnostic tools. Therefore, to explore the problem of depression in these patients, we should differentiate them at first.

To find out whether the terminally ill cancer patient has the disease of major depression, it should not base on the patient's change in physiological or cognitive function alone. It is important to identify the presence of psychological characteristics that include feeling of helplessness; lack of self worth; guilt; social withdrawal symptoms; and suicidal attempt. Confirmation of diagnosis relies heavily on care providers' sensitivity, alertness, keen observation and a good communication skill to elicit patient's innate feeling and their orbit of thinking. Failure to do so may result in discrepancies in the assessment and diagnosis of depressive illness among the terminally ill cancer patients.

In principle of hospice care, psychological, social and spiritual support is the main treatment for all cancer patients with depression. However antidepressants are sometimes taken into consideration especially for patients with “major depression” or those who have poor pain control. Supportive psychotherapy is mainly for adjustment disorder but it can also be a combined therapy for treating major depression. The choice to antidepressants depends on their side effects and the patient's condition.

Although antidepressant has been proven to be safe and effective to use, but it is not uncommon to find clinician and nurses who misunderstand and doubt their usefulness. In fact, antidepressants are only prescribed to the minority among terminally ill cancer patients

and in the vast majority of cases at a very late stage when there is insufficient time for therapeutic effect. With better understanding of the mechanism of depression and associations with pain among the terminally ill cancer patients in the future, it is hoped that the antidepressants will then play a much clear role for treatment process. For patients who are living in limited days, the psychostimulants and anxiolytics may be a better choice for them.

(*Taiwan J Hosp Palliat Care* 2003 ; 8 ; 2 : 185-198)

關鍵詞：癌症末期 重鬱症 調適障礙 抗鬱劑 緩和醫療

Palliative Care Unit, Department of Family Medicine, National Taiwan University Hospital

¹Department of Nursing, College of Medicine, National Taiwan University.

²Taipei National University of the Art