

【原 著】

癌末病人憂鬱症之靈性照顧

釋慧岳 釋宗惇 陳慶餘

摘 要

癌症病人的憂鬱症是一般人的三倍，而高達六成的癌末病人曾經驗憂鬱症，四分之三
的自殺事件中，憂鬱症列為重要因素之一。幫助癌末病人善終是安寧緩和醫療的主要目標，
能否有充份的死亡準備則與病人的善終息息相關。然而病人在死亡準備的過程中，憂鬱症
與自殺事件的發生常會阻礙或中斷了病人的死亡準備。本報告就臨床佛教宗教師的角色來
照顧癌末病人的憂鬱及其靈性課題，以期改善其生活品質，且能有充份的死亡準備以達到
善終的目標。在研究方法上採用臨床個案和分析，提出生存法則之挫敗與自責是次發性憂
鬱症病人主要原因。本土化的照顧模式，是從關係的建立開始，漸次加強家庭社會的支持，
恢復自我尊嚴、改善自我放棄、舒緩不捨及完成心願等靈性課題，而解脫之道在於應用佛
法提升內在力量，超越死亡恐懼。

(安寧療護 2007: 12: 3: 273-286)

Key Words : clinical Buddhist chaplain terminal cancer patient depression survival principle

台大醫院家庭醫學部緩和醫療病房

通訊作者：陳慶餘 台北市中山南路7號 臺大醫院家庭醫學部



前言

我們每一個人在面對生命威脅的重大疾病如癌症時，都會經驗到一連串深刻的情緒反應。首先其不祥的含意，在診斷開始的過程中、病情告知會導致強烈的感受，通常會包括震驚或不信；接著是一段有著焦慮、悲傷、易怒、失眠、食慾不振的混亂期；幾週之後，大都數的病人會經驗到某種程度的舒緩。這樣的表現形式，預期會在初診斷、獲悉復發、治療無效時出現。癌症病人也會有種種的害怕，包括害怕失能、角色喪失、外形的受損、變成依賴、喪失控制、無法自主以及生活失序。有的病人會担心事情變得無法忍受，担心自己被遺棄，有的害怕死亡的過程及死亡本身⁽¹⁾。癌症病人的憂鬱是一般人的三倍，約有 20~25% 的癌症病人曾經經驗憂鬱⁽²⁾，而在癌症末期更高達 58%⁽³⁾。

自殺及要求死亡特別是憂鬱的併發症，75% 的自殺事件中，憂鬱列為一項重要因素。癌症病人的自殺風險是常人的兩倍，而辨別危險因子是預防自殺的起始點，危險因子包括不良的預後、憂鬱及無望(hopelessness)的感覺⁽¹⁾。在癌末病人自殺的調查報告指出，無法控制的症狀、無助、精疲力竭、體弱與疼痛有比較高可能性的關聯。憂鬱、先前曾患精神疾病、有過自殺經驗、家族中有精神病史者，也是高自殺危險因子。強烈地希望死亡的癌末病人大約有 8~10%。抑鬱、疼痛及缺乏社會性支持，經常是形成渴望死亡的重要

因素⁽¹⁾。

幫助癌末病人善終是安寧緩和醫療的最主要目標，而能否有充份的死亡準備則與病人的善終息息相關⁽⁴⁾。然而病人在死亡準備的進程中，憂鬱與自殺事件的發生常會阻礙或中斷了病人的死亡準備。因此本報告試圖以本土化靈性照顧模式來照顧癌末病人的憂鬱及其靈性課題，以期改善癌末病人的生活品質、防治自殺事件，其最終目的乃在於幫助病人能有充份的死亡準備以達到善終的目標⁽⁵⁾。

個案報告

個案一

46 歲胰臟癌並有多處肝轉移的男性。在診斷後一個月左右，經醫師建議入住安寧病房，18 天後於醫院往生。小學、瓷磚工人、未婚。與同居人在一起 5、6 年，兩人感情十分依戀，同居人與前任丈夫育有一 18 歲女兒。由於病人發病才約二個月，知道癌末診斷才一個多月，面對病情的急遽變化，在心理調適上是非常困難的。病人在被診斷後的初期常哭泣，入住安寧病房後雖不曾再哭泣，但讓人感覺是憂鬱、自我放棄、寡言。病人在住院的第 11 天，身上藏有多顆安眠藥打算服用。於往生前兩天出現瀕死症狀。

臨床法師從建立關係開始與病人及病人



的同居人互動。關心病人的發病情形、病史、對病情的調適和家庭背景並觀察兩人的互動情形。法師曾問病人：「這輩子覺得最得意的事？」，病人：「因為有太太（同居人）」，法師：「這輩子覺得最遺憾的事？」，病人：「無法再照顧太太」。同居人紅著眼眶安慰病人說她會照顧好自己，而且她也還有女兒陪，要他放心。法師問同居人：「為何在無婚姻關係下，對病人肯如此用心照顧呢？你是看上他那一優點呢？」同居人：「因為覺得他老實、人很好，又不會遊手好閒，正常用心的在工作。」法師藉同居人的話來肯定病人的為人（病人微笑）。法師也曾問病人：「發病到現在才二個月，如何調適的？」，病人：「還好，漸漸接受了」「因為來了，也沒法改變，所以就接受了。就是安樂死也不要緊。」。法師先同理病人無奈的心情，接著與病人分享“接受”是可以有“消極的接受”與“積極的接受”，引導病人從無奈、無助的心情轉向為未來準備的正向心態。在此次的互動中病人的接收度並不理想，因為隔天護士搜出了病人放在口袋中準備服用的多顆安眠藥(同居人密告護士的)。法師前往關心，對病人說：「我們知道你真的很痛苦，不然你不會這麼做，我們知道你的心情。但是你知道嗎？你這麼做會傷了我們大家的心，會讓我們都很難過，因為我們大家是這麼努力地在陪你，想幫你的忙。假如還痛，我們可以請醫師再把藥量調高。」病人沒精神、很虛弱，但有聽

到法師所講的話。往後病人更虛弱了，但意識仍清楚，雖無法說話但可以輕微地點頭、搖頭回應。病人往生前兩天，法師安慰病人，「身體越來越虛弱你是知道的，雖然辛苦但會過去的，我們看到你很堅強。你並不孤單喔！我們都在陪你。師父想跟你說再來你身體可能會有的變化、內心可能會看到的影像」，病人在瀕死過程中時時輕微點頭回應，並將原本曲著、誇開的雙腿併攏，好像立正一般。法師鼓勵病人用平靜的心看待自己身心的變化，它只是一個過渡期並不可怕，穩住自己的心不要受內心感受、影像的影響而害怕。不要因為生病而對自己灰心、失望，未來是光明的。法師並建議病人，若擔心自己定力不夠，我們最常用的方法是念佛。念佛可以穩定我們的心，陪伴我們度過身心的動蕩不安。並問病人：「試試看好嗎？」法師在陪伴念佛一會兒之後，問病人：「你有在念佛嗎？若有請跟師父眨眼一下。」病人眨了很大一下，之後又恢復原來“開口睜眼”的不動表情。法師請病人用「專注的心、感恩的心、放鬆的心」念佛，病人緩緩側向法師邊。在病人臨終前，法師首先肯定病人是個好人，強調別擔心害怕。法師詢問病人會害怕嗎？病人輕搖頭回應。法師對病人說，「我知道你最捨不得的是你的太太。我們不會怪你的，因為我們知道你只是生病了，所以必須離開。」（同居人哭泣）「二人在一起 5、6 年的時光，要互相感恩、互相珍惜，但也要



有勇氣互相說再見、祝福對方」，此時病人掙扎著比著同居人，很勉強地說出「手」，表示想要牽同居人的手。二人牽手的同時，同居人再次安慰病人安心的走，她會照顧好自己，而且她也還有女兒陪。法師引導病人與同居人「打勾勾」互相約定極樂世界相見。念佛過了一會兒，法師勸病人「太太的手也會酸喔！也該鬆手，讓太太休息。」（法師順勢將二人的手鬆開）「再來你的手就要去牽阿彌陀佛的手了。」「你準備好了要跟太太說再見的心情了嗎？」（病人微點頭）「只是暫時的分開而已，就好像去出差幾天的心情一樣。」、「聽！好軟柔的佛號聲，聲聲佛號聲都是在提醒我們要有智慧、放開心情。」病人在持續的念佛聲中安詳地往生。

個案二

43 歲肺癌並有骨頭轉移的女性。在 94 年 8 月發現肺癌，96 年 3 月轉移，經醫師建議 6 月底轉入安寧病房，15 天後於醫院往生。住院時主要症狀為左腿和右肋嚴重疼痛、痰多和虛弱。

病人雖未婚，但家庭的支持度十分良好。研究所畢業，曾任財政部公務員。病人在病情轉移時有很大的不安，曾尋求精神科醫師與心理師的協助，也參加過漢傳佛教、藏密佛教、基督教、新生命團體課程等的輔導，但效果有限。住院期間大都是憂鬱、焦慮、無價值感、自責生病對不起家人。

法師共計 7 天與病人、家屬互動。第一天：法師見病房擺設有佛像、念珠請問病人是否有宗教信仰？病人說：「我不是佛教徒，只是小時候會跟奶奶念觀世音菩薩，我不舒服時會念佛或持咒」。法師肯定她的善根，鼓勵念菩薩名，增強內心的力量，有菩薩保佑，也比較安心。病人母親拿出病人以前考上某名校榜首時的照片向法師說病人的優秀與傑出，引以為榮及不捨的言詞溢於言表。在第一天法師與他們關係建立的不錯。第二天：病人問法師：「我一直在追尋生命的意義，我的存在到底有什麼意思？」。法師請病人多說自己的想法。病人告訴法師：「我認為自己做的事都不是有意義的事，因為那對造福人類沒有好處，我相當讚歎能夠做善事利益別人的事，自己所作都是小我的事。我不如我弟弟，他常做公益」。第二天下午：法師覺得病人一直想讓自己的生命更有意義、價值，所以跟病人分享《追逐日光》⁽⁶⁾中的點滴，想讓病人思考她也可以讓自己的死亡變得有意義進而積極地做死亡準備。病人聽完後沉思並感謝法師給予不同的想法。病人又說：「對生病的事感到自責，不夠孝順，對不起父母」。「我現在都有跟家人說：謝謝他們對我的照顧，以前我有時會對媽媽生氣，剛發病時也是，但是家人對我都很體諒，我很感謝他們到現在還一直都支持我、照顧我到現在，我很感恩」。法師同理她的心情。第三天：病人痰多、疼痛，法師陪伴病人弟弟與父親。第



四天：病人知道感染肺炎，又開始焦慮，變得比較喘。法師教導隨息念佛法，病人焦慮獲得改善。第五天(往生前两天)：病人呼吸開始出現嘎嘎聲(death rattle)。病人對病情還是抱持希望治癒的想法，告訴法師：「我想要大口大口的呼吸」，為此她希望繼續加油。法師告訴病人：「面對生病或者死亡我們都必須有內在的力量去面對，並盡心盡力去克服與面對疾病所帶來的不適，甚至死亡所帶來的種種感覺」。病人今天用幽默的態度回應法師。第六天：因為喉嚨的嘎嘎聲而無法表達，也因呼吸方式的改變，病人顯得焦慮。法師將手放在病人胸口引導病人：「○真、○真注意聽師父的聲音，提起妳內心的力量，看到內心的光明，將注意力集中在妳的心裡。」「○真，妳現在要面對一場生死的考試，就像以前參加每一次的考試一樣，現在專心、注意把心念集中，把內在的力量提起來，看著內心的力量與光明。」、「○真，準備的很好也做的很好了，妳放心的往前走，不要怕，往前看；我們都在後面為妳加油！加油！」，此時，爸爸一直為病人鼓勵加油。法師再提醒病人：「將注意力集中在內在的光明，在光明裡面阿彌陀佛在那裡等著妳，阿彌陀佛就像妳的父親一樣，在那裡等待著妳回家，專心的看著那光明；透過阿彌陀佛的無量光明，讓妳的心越來越明亮、穩定，使妳的內在力量越來越明顯、清楚有力。」原本無法言語的病人竟然情緒較緩和地說了：「不怕了！」

「不怕了！」。(父親曾說：病人有恐慌症，會害怕在不熟悉的地方。)法師繼續：「那我們現在來念佛唷！」病人有力且肯定地說：「好」。法師陪著念佛。病人情緒穩定，弟弟在一旁提醒：「姐姐、姐姐記得要念佛，不要擔心父母親我會照顧的，姐姐要專心念佛喔！」。此時，病人竟然跟著念了兩聲清清楚楚的「阿彌陀佛」、「阿彌陀佛」。第七天：病人一早見到法師，笑的好開心、好燦爛，並比了 V 的勝利手勢，說：「沒問題！沒問題了」，法師恭喜她，錄取了最高學府。在法師離開不久，病人父親急忙跑來：「師父快來、師父快來，○真不好了！」，進入病房見病人因缺氧而嘴唇發紫，法師握著病人的手：「○真提起正念，念阿彌陀佛；看著那光明，阿彌陀佛在那裡等著妳不要怕，往前走！」。在念佛聲中，病人吐了三口長長的氣，安詳地往生。法師帶家屬在旁一起為病人祝福與念佛，看著病人安詳的臉龐、嘴角又笑得那麼開心，病人善終家人安心。

個案三

58 歲男性胰臟癌病人，確定癌症診斷後曾做過手術、放射線治療、化療。已婚，有二女一子，平日與妻及兩子女同住。初中畢業，從事裝潢業，一般民間信仰，過去健康狀況良好，無慢性病史。

病人個性求完美、挑剔、權威、剛強、負責任。向來是盡責、認真、生活規律的好



先生、好爸爸，無不良嗜好。日常生活規律，單純。在家中是主要決策者，親子關係有距離，情感表達含蓄，家庭支持系統佳。

入院前小女兒至安寧療護門診時表示：病人知道罹癌，醫師表示無法再做化療了，最近病人每天都很痛苦，希望安排住院控制症狀。病人身體不舒服或痛苦時總表示“希望能安樂死”，但又很忌諱住安寧病房，認為是“等死的病房”。小女兒表示病人曾說“若我病的很嚴重，請不要告訴我，以免承受不了”，也要求團隊勿向病人提及“末期”兩字，以免其無法承受。

病人住院時主要身體症狀有疼痛、噁心、嘔吐、腹脹、腹水、虛弱，住院症狀改善後，病人主動尋求原腫瘤科醫師評估再作化療機會。腫瘤科醫師會診後仍向女兒表示已不適合再作化療。隨著症狀控制的穩定及營養照顧的需求，醫師建議為病人放置鼻胃管，並需著手安排出院安置計畫。但是因為病人無法忍受鼻胃管帶來的不適，以及病人吃不慣醫院及外面伙食，需仰賴病妻每日由家中送伙食來醫院，但病人對住家附近的醫院，均不滿意也不想再去住，出院安置有困難。

在相關的醫療決策如放置鼻胃管的問題，家屬擔心不知如何為病人解釋不致讓他有絕望感；由於病人的自主性強，家屬透過各種方式希望病人能事先交代後事，也因病人避談，屢次都得不到答案，病人心理靈性

的問題陷入困頓的狀態。最後在家庭會議中決定先回家休養一陣子後再轉到其他醫院慢性病房。

病人出院一週後因腹部絞痛回急診，穩定後回家休養，數日後住回原先的腫瘤科病房。此次出院時，主治醫師曾主動向病人提及疾病預後不佳的事實。出院當晚，病人在沐浴後向女兒表示不用貼止痛貼布。隔日家屬發現病人未攜帶任何證件離家失蹤。兩日後警方通知家屬認屍，研判病人於失蹤當日凌晨，從離家不遠處的一棟大樓頂跳樓身亡。

個案分析

憂鬱症之成因來自內外資源的匱乏造成持續性無助與無望之臨床心理表現。根據美國國家精神醫學會精神疾病診斷準則手冊第四版(DSM-IV)將憂鬱歸納於情感性疾患(Mood Disorders)。重鬱症(Major Depressive Disorder)的特徵是有一或多次重鬱發作，意即有至少兩週時期的下列所提 9 項症狀中之第一項及第二項，並伴隨出現至少第 3 項~第 9 項中四項的憂鬱附屬症狀：

1. 心情常被個案描述為憂鬱的、悲傷的、無望的、令人沮喪的、或「掉到谷底」。
2. 個案或多或少總有著失去興趣或喜樂。
3. 食欲通常減少，亦可能增加食欲及渴求特殊食物。
4. 失眠或睡眠過多(嗜睡症)。



5. 心理性肌肉運動變化，包含激動（如：無法安靜坐著、踏步、絞扭雙手；或拉或磨擦皮膚、衣物或其他物件）或遲滯（如：語言、思考及身體動作變緩慢；回答問題前的遲疑時間增加；語言的音量、抑揚起伏、話語量、內容多變性等皆減少，甚至緘默不語）。
6. 失去活力及勞累疲倦。
7. 無價值感或罪惡感，包含對自己價值的不實際負向評價（低自尊）或對於過去小小的失敗有罪惡感的專注意念或一再回想。
8. 思考能力、專注能力或決斷力減退。
9. 常有死亡想法、自殺意念或自殺嚐試。⁽⁷⁾

癌症病人隨著病情惡化約有 6~8 種以上所述的症狀。重度憂鬱的診斷雖以 DSM-IV 為黃金準則，但不適用於癌末病人。主要在於難以區分器質性（與疾病相關）所引發的身體反應，與癌症病人普遍會經驗的心理生理反應的區別⁽⁸⁾，因此另有兩套診斷方法被建議用來支援診斷癌症病人的憂鬱症，即 Endicott 取代準則⁽⁹⁾及 Cavanaugh 排除準則⁽¹⁰⁾。

Endicott 提議對於癌末病人憂鬱的評估，將身體上的症狀取代為認知、情感方面的憂鬱特徵：

1. 將「食欲減少/體重增重」取代為「表現在臉部或身體的擔心或沮喪的外貌」。
2. 將「失眠或嗜睡」取代為「社會、人際的抽離或變不愛說話」。
3. 將「失去活力及勞累疲倦」取代為「沉思、自憐、悲觀的情緒」。

4. 將「思考變慢、思考能力、專注能力或決斷力減退」取代為「無法愉悅、笑，對於好消息、有趣的情境沒有反應」。

Cavanaugh 也將身體的症狀排除在外，只依心理上的症狀來診斷。身體的症狀例如：體重減輕或增加、睡眠混亂、體能喪失、心理性肌肉運動的遲緩。心理症狀例如：注意力集中困難、罪惡感、低自尊、自殺或死亡的念頭。

Koenig⁽¹¹⁾等人證明以上的兩種診斷方法，用於診斷罹病成人的憂鬱是具敏感度與可信賴性的。因此癌末病人憂鬱的評估，需修正 DSM-IV 準則，排除或取代身體方面的症狀，修正為靠心理方面的症狀來為病人做憂鬱的診斷。因此修正後的癌末病人憂鬱診斷準則內容是：

1. 心情常被個案描述為憂鬱的、悲傷的、無望的、令人沮喪的、或「掉到谷底」。
2. 個案或多或少總有著失去興趣或喜樂。
3. 表現在臉部或身體的擔心或沮喪的外貌。
4. 社會、人際的抽離或變不愛說話。
5. 沉思、自憐、悲觀的情緒。
6. 無價值感或罪惡感，包含對自己價值的不實際負向評價（低自尊）或對於過去小小的失敗有罪惡感的專注意念或一再回想。
7. 無法愉悅、笑，對於好消息、有趣的情境沒有反應。
8. 常有死亡想法、自殺意念或自殺企圖。

影響癌末病人的憂鬱，可能與以下生存



法則之挫敗(死亡的預後：得知癌末、生命存活期不久有關)：

無望之因素

一、內在資源之匱乏(神經傳導分子包括 dopamine、norepinephrine、serotonin 等的不足)所引起:例如醫療狀態引起新陳代謝異常(高血鈣，鈉、鉀不平衡、貧血、甲狀腺機能亢奮或過低)、內分泌如腎上腺素異常、疾病的進展直接影響中樞神經系統、可能導致憂鬱併發症如高血鈣、腫瘤所製造出的毒素、自我免疫的反應、病毒所引起的感染、營養的不足、內分泌功能障礙⁽¹⁾。

二、外在資源之匱乏(醫療之失敗)所引起:例如多重症狀難控制⁽¹²⁾、藥物的交互作用與副作用⁽¹³⁾。

無助之因素

一、內在資源之匱乏所引起: 例如個人過去即是憂鬱症患者、企圖自殺者以及家族中有人自殺或是憂鬱症患者^(1,12)。

二、外在資源之匱乏所引起:例如喪失生活功能(例如:臥床，無法下床活動)⁽¹³⁾、社會性支持不足、社會性的孤立⁽¹⁴⁾。

審視以上各種因素，將癌末病人的憂鬱區分為原發性和次發性的憂鬱兩類。原發性的憂鬱指的是純粹心理障礙並排除臨床器質性疾病或失能，即符合重鬱症診斷者；次發性的憂鬱則是來自身體疾病引發之憂慮，即“調適障礙合併憂鬱情緒”⁽¹⁵⁾。癌末病人大都是次發性，憂鬱是表面的，深層的是死亡

恐懼。因此若能改善病人的疼痛及症狀，是改善憂鬱的方法中最明顯有效的⁽¹⁶⁾，症狀改善後進一步才能處理死亡恐懼。由於癌末病人終將進入不可逆的階段，如何預防或改善次發性憂鬱是臨床緩和照護的重要課題。

臨床上早期診斷乃為上策，篩檢工具無法做為診斷的方法，但有助於辨識。簡述如下：

1.依據 DSM-IV 診斷準則。

2.使用單一問句。如：「您感覺情緒低落或憂鬱嗎？」。

3.使用篩檢調查表。如：Hospital Anxiety and Depression Scale、Hamilton Rating Scale For Depression、Beck Depression Inventory、Zung Self-Rating Depression Scale。

4.診斷性會談⁽¹²⁾。

“DSM-IV”不適用於癌末患者，建議用本文所提的“修正 DSM-IV 後的憂鬱診斷準則”；“單一問句法”簡單、有效率，但不明確、不夠嚴謹；“使用篩檢調查表”可由病人或家人完整的呈顯但費時；“診斷性會談”能提供嚴謹的訊息，但費時且對病人而言太嚴苛。以上四種篩檢方法可整合於癌末病人使用。

Chochinov 認為對於重度憂鬱，精神病藥物治療聯合心理治療或心理性支持法仍是主要的介入法⁽¹⁾。Lloyd-Williams 提及因應對策有：仔細評估、解除身體上控制不好的症狀、偵察出器質性因素及盡可能的處理之、支持



性心理療法以減低孤離感及使用抗憂鬱藥⁽¹⁷⁾。Valente 及 Saunders 報告結合藥物、心理治療和認知行為治療能有效改善 80%~90% 的憂鬱病人⁽¹⁸⁾。Andrea 等人研究指出行為治療、諮商、心理治療、社會性支持等及結合教育訓練的各種方法均有效於降低憂鬱⁽¹⁹⁾。Manber⁽²⁰⁾等人、Rogers⁽²¹⁾則提及想像引導、建構性呼吸法、按摩、針灸、營養等輔助療法。

綜合以上，因應對策計有：調整醫療處置、使用抗抑鬱藥、加強家庭社會系統的支持、心理治療、認知行為治療、諮商的介入及運用輔助療法。分述如下：

1. 醫療處置的調整有助於改善因症狀控制不良或因藥物的交互作用、副作用及疾病進展而引起的憂鬱。

2. 抗抑鬱藥的使用，是從神經生理學的角度改善病患的神經傳導素，如多巴胺、正腎上腺素及血清素。

3. 加強家庭社會系統的支持，可改善因社會性孤離而引起的憂鬱。例如：害怕失能、角色喪失、外形的受損、變成依賴、喪失控制感、對於嚮往的事物變成受限。有的病人會担心事情變得無法忍受，担心被遺棄。

4. 心理治療、認知行為治療、諮商的介入則是著重於探索解決問題的技巧、重新修正負向、自我挫敗的思考方式。

5. 輔助療法，可幫助舒緩但非主流。

由以上來看，需加強對癌末病人憂鬱的

評估，得以針對導致病人憂鬱的原因，適切提供改善憂鬱症狀的資源及專業人員介入。從臨床佛教宗教師的觀點來看，不論原發性或次發性的憂鬱症病人皆具學習能力。以上述個案為例，若能改變病人的生存法則即使在生命的最後階段仍有脫困的機會。

若用“修正 DSM-IV 後的憂鬱診斷準則”來檢視個案。個案一，在 8 個項目中有 7 項符合，尤其已有嚐試自殺的行為出現；個案二，8 個項目有 6 項符合；個案三，絕望的心情、沮喪的外貌、人際的抽離、希望能安樂死及實際的自殺行為等。所以三名個案均符臨床憂鬱的診斷，但因均未有原發性憂鬱症病史，所以是隨癌症病情惡化發生調適障礙併發的次發性憂鬱。

個案一在非常短的時間內面對病情的急遽變化即將面對死亡，心理的調適困難而有“因為來了，也沒法改變，所以就接受了，就是安樂死也不要緊”的無奈心情甚至有預藏多顆安眠藥打算服用的自殺企圖，但又放不下同居人。個案二以前就有恐慌症，從病情轉移到入住安寧病房，非常在乎身體的變化，時時都是處於焦慮、憂鬱的狀態，對生病的事感到自責，不夠孝順，對不起父母。個案三有強烈的自我尊嚴感受損和自我放棄，從始至終都無法接受病情，也就是說病人在這部分並沒有成長。三個個案同樣地，在與癌症抗爭中所持之生存法則遭到嚴重的挫敗，靠自己的力量找不到新的出路，也就



是面對疾病的不可治癒、死亡的迫近，以往所持的生存法則無法因應，而引發無望、無助、喪失生存的意義。

討論

癌末病人在面對死亡的預後，產生了一連串身、心、社會、靈性等各層面複雜的交互作用，如此巨大的整體痛(total pain)通常是個人無法超越的，因此會產生無望、無助的憂鬱心情，並隨之衍生了各種靈性課題包括自我放棄、心願未了、自我尊嚴感受損或喪失、不甘願、不捨親人、放不下(如身體、財產、地位等)、死亡恐懼等。此類課題的根本源頭乃在於對死亡的迷思。若以佛法的觀點而言似乎應該從根本處即死亡的迷思處理，但在臨床上癌末病人通常處於強烈的整體痛的處境之中，障礙吾人無法直接從根本處處理。因此本土化的靈性照顧，揉和了“加強家庭社會系統的支持”、“心理性支持”和“佛法法門”，先舒緩七大靈性課題之困擾之後，再傳授病人相應的法門，引導病人體會萬法一如、生死一如的智慧。換言之臨床佛教宗教師從與病人、家屬建立良好關係開始，漸次加強病人的家庭社會支持系統、給與心理性支持，恢復自我尊嚴感、改善自我放棄、完成心願、舒緩不捨等靈性課題，而解脫之道在於幫助病人應用佛法來提升內在力量，超越死亡恐懼。

憂鬱的原因就是面對生命的末期，個人無法超越種種身心靈社會的問題，因此病人覺得無望無助。無助的部份就是外在、內在資源不夠，外在的資源，如：使用抗憂鬱劑、舒緩身體的痛苦、心願的達成等，這些團隊其他人員能給與協助，但重要的是內在資源的補充，法師的角色就是補充內在資源，幫助病人提昇內在力量，從憂鬱中解脫出來面對死亡不想自殺。這樣的力量不在於他身體的功能好不好，如本文個案一和個案二身體因疾病而漸漸喪失功能，個案三在自殺前身體功能尚佳可看出，而在病人想法的改變。在安寧緩和醫療，讓病人認知到法師的幫助是重要的一環，不在幫助的多寡，而在於內在力量的開啓。內在力量的產生，就是要接受病情，進而做死亡準備，從關鍵裡能接受法師找到一個方向，從無望轉為有方向、有希望，所以隨病情進展，個案問題雖不一樣，但共同的重點是內在力量的產生，找到一個方向就能脫困。內在力量的產生，從生死調適的方向學習成長，就是從生存法則轉變為因緣法則，才有成長的動力，期許有一個好的來生，這是安寧療護靈性照顧的重點。而這必需建立在良好的症狀控制、心理的調適及生命意義的肯定等基礎上，所以面對憂鬱症的病人，需要團隊所有專業人員的共同合作。

佛教經典《大寶積經》中說：「若金銀琉璃真珠馬瑙珊瑚諸寶及諸樂具，不能令人離



於生老病死憂悲苦惱。彌勒，唯有正法能大利益，離於生老病死憂悲苦惱，是名如來微密之法」⁽²²⁾，又《大智度論》中說：「有中生著心，著心因緣生諸煩惱，煩惱因緣往來生死，生死因緣憂悲苦惱」⁽²³⁾，我們會在種種現象中產生執著、染著之心，此乃導致憂悲苦惱的原因。又《別譯雜阿含經》卷第十六中說：「過去未來現在。都無有我亦無我所。如實知見。賢聖弟子見是事已。即名多聞。於色解脫。受想行識亦得解脫。憂悲苦惱一切解脫」⁽²⁴⁾。《別譯雜阿含經》卷十：「因於無明。則有行生。因行故有識。因識故有名色。因名色故有六入。因六入故有觸。因觸故有受。因受故有愛。因愛故有取。因取故有有。因有故有生。因生故有老死憂悲苦惱眾苦聚集因。是故有果滅。無明滅則行滅。行滅則識滅。識滅則名色滅。名色滅則六入滅。六入滅則觸滅。觸滅則受滅。受滅則愛滅。愛滅則取滅。取滅則有滅。有滅則生滅。生滅則老死憂悲苦惱眾苦聚集滅盡。則大苦聚滅」⁽²⁵⁾。

由以上經文，佛陀說明的是吾人憂悲苦惱、痛苦不斷重覆的根源乃在於“無明”，無明的內容則是對宇宙萬法，包括對於自己的身、心、社會，產生了錯誤的認知，萬法皆無有實在性即無我、平等，卻認為一切法皆截然不同各有它的實在性，於自己的處境中，不論是有機體與環境、生與死、身與心、我與他者，皆以二分法區別之，意識的認知

與真相相違，處於如此的矛盾中，於是產生了憂悲苦惱。由於萬法的呈顯有著「此有故彼有，此生故彼生；此無故彼無，此滅故彼滅」⁽²⁶⁾的軌則，在這樣的緣起軌則中，揭示的是萬法雖宛然似真地存在，卻是具有無常、無我、變異的性質。緣起法則具有普遍性、必然性、可驗證性⁽²⁷⁾，若能如實深觀悟入萬法如幻的空性則自然會“清醒”，此即《金剛經》所說：「若見諸相非相，即見如來」⁽²⁸⁾。

誌謝

本研究期間感謝蓮花基金會支持研究經費，台大醫院緩和醫療病房同仁和實際從事靈性照顧法師的共同照顧，在此致上最深的感謝與祝福。

參考文獻

1. Chochinov, H.M : . Depression in cancer patients. 2001 ; Lancet Oncology, 2 : 499-505.
2. Bottomley, A : Depression in cancer patients: A literature review. European . 1998 ; Journal of Cancer Care, 7 : 181-91.
- van't Spijker, A., Trijsburg, R.W., & Duivenvoorden, H.J : (1997). Psychological



- sequelae of cancer diagnosis: A meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosomatic Medicine*, 59 : 280 – 93.
3. Breitbart, W., Bruera, E., Chochinov, H., & Lynch, M. : Neuropsychiatric syndromes and psychological symptoms in patients with advanced cancer. 1995 ; *Journal of Pain and Symptom Management*, 10 : 131–41.
 4. 釋宗惇、釋德嘉、陳慶餘、釋宏琳、釋印本、釋印適、釋德球、釋慧岳、釋惠敏：安寧緩和醫療之死亡準備，2006；*安寧療護*，11(2)：117-36。
 5. 陳慶餘：癌末病人本土化靈性照顧模式。2004；*台灣醫學*，8(5)：664-71。
 6. 尤金·歐凱利著(Eugene O`Kelly)，張琇雲譯：追逐日光，2006；商周出版社。
 7. 孔繁鍾、孔繁錦編譯：DSM-IV 精神疾病診斷準則手冊。1998；合記圖書出版社。
 8. Lovejoy, N.C., & Matteis, M. : Cognitive-behavioral interventions to manage depression in patients with cancer: Research and theoretical initiatives. 1997 ; *Cancer Nursing*, 20, 155–67.
 9. Endicott, J : Measurement of depression in patients with cancer. 1984 ; *Cancer*, 53(10 Suppl.) : 2243–9.
 10. Cavanaugh, S.V : Diagnosing depression in the hospitalized patient with chronic medical illness. 1984 ; *Journal of Clinical Psychiatry*, 45(3 Pt.2), 13–7.
 11. Koenig, H.G., George, L.K., Peterson, B.L., & Pieper, C.F : Depression in medically ill hospitalized older adults: Prevalence, characteristics, and course of symptoms according to six diagnostic schemes. 1997 ; *American Journal of Psychiatry*, 154 : 1376–83.
 12. Libby Bowers and Deborah A. Boyle : Depression in patients with advanced cancer', *Clinical 2003 ; Journal of Oncology Nursing*, 7(3): 281-8.
 13. Roth, A.J., & Holland, J.C : Treatment of depression in cancer patients. 1994 ; *Primary Care and Cancer*, 14, 23–9.
 14. Breitbart, W : Psycho-oncology: Depression, anxiety, delirium. 1994 ; *Seminars in Oncology*, 21, 754 –69. Tataryn, D., & Chochinov, H.M : Predicting the trajectory of will to live in terminally ill patients. 2002 ; *Psychosomatics*, 43, 370–7. Roth, A.J., & Holland, J.C. : Treatment of depression in cancer patients. 1994 ; *Primary Care and Cancer*, 14, 23–9.
 15. 黃建勳、鄭逸如、邱泰源、呂碧源、陳慶餘：癌末病人的憂鬱問題。2003；*安寧療護*



- 護 8(2) : 185-98。
16. Spiegel, D., Sands, S., & Koopman, C : .Pain and depression in patients with cancer. 1994 ; *Cancer*, 74, 2570-8.
 17. Lloyd-Williams, M : Difficulties in diagnosing and treating depression in the terminally ill cancer patient..2000 ; *Postgraduate Medical Journal*, 76, 555-8.
 18. Valente, S.M., & Saunders, J.M. : Diagnosis and treatment of major depression among people with cancer. 1997 ; *Cancer Nursing*, 20, 168-77.
 19. Andrea M. Barsevick, Carole Sweeney, Eileen Haney, and Esther Chung : 2002 ; A systematic qualitative analysis of psychoeducational interventions for depression in patient with cancer ,29(1) : 73-84.
 20. Manber, R., Allen, J.J., & Morris, M.M : Alternative treatments for depression: Empirical support and relevance to women. 2002 ; *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 628-40.
 21. Rogers, P.J. : A healthy body, a healthy mind: Long-term impact of diet on mood and cognitive function. 2001 ; *Proceedings of the Nutrition Society*, 60, 135-43.
 22. 大正藏 11 冊 310 經，《大寶積經》卷第十八。
 23. 大正藏 25 冊 1509 經，《大智度論》釋遍學品第七十四。
 24. 大正藏 2 冊 100 經，《別譯雜阿含經》卷十。
 25. 大正藏 2 冊 100 經，《別譯雜阿含經》卷第十六。
 26. 大正藏 2 冊 99 經，《雜阿含經》卷第十。
 27. 印順法師，《佛法概論》，1998，正聞出版社。
 28. 大正藏 8 冊 235 經，《金剛經》。



【Original Articles】

Spiritual Care of Terminal Cancer Patients with Depression

Hwei-Yue Bhikkhuni Tsung-Tueng Bhikkhuni Ching-Yu Chen

ABSTRACT

People with cancer are three times more likely than the general public to experience a depressive disorder. In the advanced stages of cancer, the incidence of major depressive syndromes increases to 60%. Suicide events occur in 75% of patients with depression. Good death is the main goal of hospice palliative care. It is correlated with sufficient preparation for death. However, depression and suicide always distract patients from death preparation. The report introduces clinical Buddhist chaplains to take care of terminal cancer patients with depression by resolving their spiritual issues to improve their life quality and prevent them from committing suicide. The final goal is to help terminal cancer patients to make sufficient preparation for a good death. We adopt modified DSM-IV criteria to diagnose major depression in terminal cancer patients. Clinically, depressed patients can be effectively treated with combinations of enhancing social support, pharmacologic, psychotherapeutic, counseling, complementary, and cognitive-behavioral interventions. The study using cases report is intended to illustrate the way of clinical Buddhist chaplains to take care of terminal cancer patients with depression. Starting from building up good relationship with the patient, we gradually strengthen the family and social support, resolving spiritual issues such as low self-esteem, self-abandon, unwillingness, and unfinished wishes. We highlight the Buddhist way to get rid of suffering from depression mainly from defeated principle of survival and self-blame by enhancing the inner power to overcome the fear of death.

(Taiwan J Hosp Palliat Care 2007 ; 12 : 3 : 273-286)

關鍵詞：臨床佛教宗教師 癌末病人 憂鬱症 生存法則

Departments of Family Medicine, National Taiwan University Hospital

286 安寧療護雜誌 第12卷 第3期 民國96年8月
Taiwan Journal of Hospice Palliative Care Vol.12 No.3 Aug. 2007

