

第 一 部 分

正确认识自己的情绪健康

第一章 打破沉寂

珍妮的故事

我之所以对该书的主题具有浓厚的兴趣是具有一定的个人原因的。我于 1971 年毕业于美国特拉华大学，获得了护理学学士学位。由于对死亡具有特别的兴趣，我工作之后选择了心脏病患者的特护工作。结婚之后，我开始攻读精神病护理学硕士学位，希望将来能够开办一家收容所，以照顾那些行将离开人世的患者。然而我万万没有想到的是，第一次生孩子之后我经受了一次死亡般的考验，这一经历彻底改变了我整个的生活和事业。

时间要追溯到 1976 年 4 月 11 日，我第一个女儿洛兰在那天诞生了。我在分娩过程中采用的是脊髓麻醉法。手术之后，值班护士过来帮助我去卫生间。作为一名护士，我知道患者在接受脊髓麻醉之后应该平躺以防止头痛。我问护士自己是否应该躺在床上。“不，”那位护士回答道，“你不需要卧床，麻醉时的穿刺孔非常细小，几乎不会出现头痛。”从那时起我清楚地认识到，作为病人我应该学会自己照顾自己，而且要相信自己的直觉。24 小时之后，我感觉好像有人正在从我的耳孔向外吸我的大脑似的。已经产后 3 个星期了，我的头痛症状依然没有消退。当时，给孩子哺乳简直就是一场噩梦，我的乳头出现了好多裂口，非常疼痛。我感觉

自己怪怪的，就像一个机器人似的。我极力掩饰自己的痛苦，假装自己感觉很好。可实际上呢，原先所期望的做母亲之后的那种幸福和喜悦正在变作一种痛苦和迷惑的现实。

有一天晚上，洛兰哭个不停，我用尽了所有的办法，但是根本无法使她安静下来。最后，我把她放（用“扔”来表达也许更为贴切）到了摇篮里。刚开始的时候，洛兰哭得更厉害了，但是过了一会儿就停下来了。尽管洛兰已经睡着了，但是我总担心自己可能已经把她害死了。我在洛兰的鼻孔前放置了一面镜子，看到镜面上出现蒸汽时我才确信她还活着。洛兰安然无恙，但是我却出现了问题。我担心洛兰可能会死去，这种想法开始在我的脑子里面不断地回响，我内心的恐惧和焦虑越来越严重。

我根本无法将这些可怕的景象驱除到脑外。不久之后的一天，我在照看洛兰的时候突然冒出了这样一个想法：丈夫大卫下班回家后发现我和洛兰都躺在血泊中死去了。产生这个想法的时候，我的心脏怦怦直跳，脉搏变得很不规律，当时简直不能呼吸了。我想我可能不能自制了，可能很快就要死了。

对此我感到非常耻辱和恐惧，但是又不能向大卫诉说这一切。我担心警察或其他社会机构可能会因为我虐待女儿而把我从自己的家中赶出去。如果有人知道了我的这些想法的话，那么我将如何面对这一切？这简直太可怕了！

最后，当我把自己的躯体症状（没有讲述自己的内心想法）告诉了一位朋友的时候，她帮我预约了一名心脏病专家。经过两个小时的心电图监测，医生告诉我并没有发现任何异常。医生还告诉我，他的妻子也曾经给自己的婴儿哺乳，但是她从未出现过类似的症状。朋友把我送回家中，在停车场我的症状又出现了，但是我不打算再去医院检查了。

尽管我的心电图检查结果是正常的，但是我坚信自己的心脏一定出了问题。这些症状都属于躯体性的，但是又有谁能够想到它们都是由焦虑引起的呢？我虽然在精神病护理学专业获得了硕士学位，但是我并没有把这些异常想法与躯体症状联系在一起，对我进行护理的工作人员也同样没有做到这一点。

在接下来的几个月的时间里，这些躯体症状和异常想法慢慢地消退了。当我发现自己又有了身孕的时候，我非常担心这些想法还将卷土重来。

十分不幸的是，这些想法真的出现了，而且比第一次出现得更早、更迅猛。我的第二个女儿卡蒂是在 1978 年 4 月出生的。在产后第二天，我的头脑中出现了这样的想像：如果我亲吻自己的女儿（无论洛兰还是卡蒂），我可能会把她们的脸颊吸下来，她们可能会因此流血而死。与此同时，我又感觉到了心律失常、头晕、气短以及相伴而来的对死亡的恐惧感。

这次医生给我进行了详细的检查，其中包括甲状腺功能检查、血细胞计数以及其他激素化验。结果与第一次一样，一切都很正常。医生们对我的病因感到束手无策，他们依旧没有将这些症状与我刚刚分娩这一事实联系在一起。

在接下来将近一年的时间里，对我来说每天都是一场痛苦而严峻的考验。大约在产后 10 个月的时间，这些可怕的想法才最终消退。

对于自己的这一不幸遭遇，而且也没有人能够了解其中的困惑，我感到非常气愤。根据我一贯的风格，我开始学习和研究女性产后精神健康这一课题，期间我阅读了大量的有关分娩、哺乳和产后护理等问题研究论文。我在产后发生了很多事情，但是在所有文献和书籍中都找不到有关这种经历

的描述。无论精神病学教材还是产科学教材，在讨论母性和精神异常时都是一带而过。

我知道自己并未患有精神病。“精神异常”一词指的是一种精神状态，患者对现实世界的感觉受到了破坏——可能会产生幻觉、语无伦次、出现妄想或表现出奇异的行为。我患病期间并没有产生幻觉，而且与现实世界的联系也非常密切。我知道自己不会按照内心的奇怪想法行事，可是我仍然感到害怕。我的症状持续时间太长，无法用常理进行解释。虽然我的经历是一个谜，但是这一经历改变了我的生活和职业。

我现在肩负着巨大的使命，我打算把自己“具有创造性的愤怒”转变为积极的行动。我把自己对死亡的兴趣投入到了对女性产后和哺乳期心理学的研究当中。我准备用自己的切身体会来帮助他人。我现在成了一名分娩教育工作者、哺乳咨询工作者和育儿教育工作者。我对这项工作充满了无限的热情。

在 1981 年，我的两个孩子已经长到 3 岁和 5 岁了，此时我在一家妇幼保健院开始我新的职业——精神病临床护理专家。我决定用自己的努力来改变人们多年来形成的错误认识：初为人母的经历总是让人感觉心旷神怡、欣喜若狂的，分娩之后只需进行简单的调整。我打算把自己可怕的经历变成一种积极的力量，我要告诉人们一个事实——初为人母的感觉并不是如此美好，我要帮助广大女性朋友变得坚强起来。

在医院工作的第一年里，我认识了黛博拉博士。初次见面的时候，我立刻就感觉到了我们志趣相投。在我的印象中，黛博拉博士虽然是一名精神病医生，但是她工作起来就像一名护士似的，我认为这是一个非常高的赞美。黛博拉博

士对患者的关心和照料是全面的：精神、躯体和灵魂。当黛博拉博士离开医院并开设了自己的私人诊所之后，我们之间的关系丝毫没有因此而中断。由于当时医院里没有一位精神病医生重视或喜欢这类工作，所以我经常把病人介绍给黛博拉博士。

我们相识 8 年之后，我也离开了医院，以精神治疗医师和心理咨询医师的身份开始了我的个人行医生涯。我与黛博拉之间的合作和友谊关系进一步加强了。该书正是基于这些基本经验而编写出的。

黛博拉的故事

当我第一次认识珍妮的时候，我正在医院里进行我的研究课题，这课题主要是关于妇产科精神病学的。我是在自己的出生地——南非读的医学院。由于南非比较重视家庭医疗，因此与美国相比南非医学院对学生的教育和培训包括了更多的妇产科护理。事实上，我对妇产科工作的热爱在南非上学期间就已经达到了高峰，当时有好几位著名教授对我产生了深刻的影响，使我在理解和关心女性患者方面有了一个很好的认识。

之后，我来到美国波士顿大学学习精神病学，在那里我开始对女性生殖阶段的精神疾病产生了浓厚的兴趣，这是医学、精神病学和妇产科学之间的一个交汇点。实际上，现在我在产房和新生儿特护中心里的感觉与我在精神病学临床工作中的感觉一样舒服、自在。由于现在的许多医学或精神病学问题已经成为教条，因此我对任何事情都不会贸然接受。在传统观念和官僚势力面前我决不会屈服、决不会被吓倒，我喜欢独立进行观察和研究，喜欢根据患者的需求来调整自

自己的工作。

事实上，我在 20 年的临床工作过程中已经发现，我可以通过全面的考虑来为患者提供最好的服务。我从来都不会片面或孤立地看待病人，我总是将其作为一个整体来对待，把有关她们的医学、产科学和精神病学问题整合在一起。因此，谈到我在工作初期对产后精神疾病所产生的浓厚兴趣时人们也就不会感到非常惊讶了。

在我多年临床经验的基础上，我开始探索和重新考虑传统医学对产后疾病的种种假设。有些妇女在产后很短时间内（有时在分娩后几天之内）就出现了抑郁症或精神病，我对此产生了浓厚的研究兴趣。我的上级大夫通常把这些问题归咎于患者初为人母时的矛盾情绪，患者可能是由于突然失去了十月怀胎的经历而感到悲痛或难过，也可能是由以前的内心冲突所导致的敌对情绪。但是我认为问题决不会如此简单，这一现象并不是通过简单的精神分析就能够解释清楚的。

一错再错

在美国，人们对女性激素相关性精神疾病的认识和了解还远远不够。例如，在 20 世纪 80 年代早期，人们面对产后抑郁症患者时主要是通过心理咨询进行治疗的，以此来帮助患者解决其内心假定的情感冲突或丧失。所谓的心理咨询主要是通过谈话方式来鼓励患者讲述自己的精神紧张和照顾孩子方面的无能。医生认为，如果患者在心理咨询过程中能够很好地配合的话，那么她就会康复。然而事实并非如此，许多患者在接受这种治疗之后病情并未好转，其抑郁症状甚至一直延续到产后第二年。对于那些患有产后精神病的妇女来

说，医生常常给她们使用抗精神病药物进行治疗。

我认为，这种解释和治疗方法是没有意义或没有效果的。绝大多数产后抑郁症患者在怀孕期间和分娩过程中都是非常健康的，但是在产后如此短的时间内就出现了如此强烈的精神应激，如果单纯用情感冲突或初为人母的矛盾情绪来解释我认为这是不科学的。在这类疾病当中还出现了许多躯体症状，如焦躁不安、心跳加快、呼吸困难、腹泻、恶心以及食欲和睡眠的改变等等，对此我无法找到满意的解释。依我看，单纯这些应激症状即可影响患者照顾孩子的能力，更不用说其内心的情感冲突了。

另外，有些妇女在产后身体状况很差，此时进行心理咨询或精神治疗不会收到什么效果。随着时间的过去，我逐渐认识到女性情绪的许多方面被人们严重误解了。我发现，对于女性在怀孕期间、产后以及其他生殖阶段（如经前期综合征发作时或者是在更年期）所出现的情绪症状，过去的种种解释不仅毫无意义，而且还常常会进一步伤害她们。

尽管女性生物学因素是其精神健康的基础，但是对大多数医务工作者来说，其中仍然存在许多不为人知的问题。女性生殖系统的生物学特性对其精神健康可以产生深远的影响，但是我们在诊断疾病的时候并没有将这一因素考虑进去。例如，在不同的激素环境下，患者的情绪和焦虑障碍可能会出现不同程度的病情加重或恶化。人们如果认识不到这一问题的重要性，那么患者的症状很可能会被误解，因此也就谈不上科学有效的治疗，结果患者的症状仍旧存在或越来越严重。

研究人员发现，女性生殖激素发挥作用的大脑区域与调节情绪稳定性和行为的大脑区域非常吻合。无论在什么情况下，只要患者出现情绪和行为症状，那么我们医务人员就应

该考虑其激素状态。然而，当患者因情绪障碍而去医院进行咨询的时候，我发现很少有医生会询问她的月经周期或其他方面的激素状态。事实上，这种询问是很有必要的，它不仅可以帮助医生做出准确的诊断，而且还能够为问题的解决找到最有效的方法。

更为糟糕的是，在现实生活中很少有女性能够为自己的情感需求获得正确的评价和治疗。当她们感觉情绪低落或精神紧张时，绝大多数人不会去精神科临床医生那里寻求帮助。相反，她们总是最先求助家庭医生、内科医生、护士或妇产科医生。这可能是因为躯体症状占优势，也可能是因为她们希望在考虑情绪问题之前能够为自己的异常感觉找出具体的躯体方面的原因。如果存在某种形式的抑郁症或焦虑性情绪障碍，那么医生可能会介绍她们去看心理医生或社会工作者。当然，也有一些人可能会去寻求牧师的帮助。

我们可以肯定地说，患者去哪里求助将直接决定她会获得什么样的帮助。如果患者去看临床医生的话，那么她将会接受一系列的医学检查，以找出头痛、胃痛或胸闷等躯体症状的病因所在，尽管这些症状很可能是焦虑症的结果。如果患者去看心理医生的话，那么她可能会在那里接受精神治疗或心理咨询，一般很少进行必要的医学检查（患者的症状可能与其生殖阶段或激素波动有关）。但是，无论患者求助于谁，几乎没有人会告诉她其症状可能起源于受到应激因子刺激的大脑。

事实上，我发现临床医生在绝大多数情况下不能准确描述这类症状的发生原因或发展过程。面对女性患者，医生们不是把她们当作一个整体来看待，不能对引起精神健康的所有因素进行综合考虑。结果，很少有医生能够正确理解精神、大脑化学结构和生殖状态之间的交互作用。

十分不幸的是，看错医生可能会大大地延误治疗。相反，正确的求医可以帮助患者认识自身的情绪或焦虑障碍以及引起这一问题的可能原因，如激素波动。另外，大多数女性缺乏必要的医学常识，她们并不清楚不同的生殖阶段可能会对她们的情绪产生不同的影响。因此，一旦患上情绪障碍（如重度经前期综合征或产后抑郁症）的时候，她们可能会发现自己大部分的生育期都要遭受这类问题的困扰，直至绝经期为止。

更为开通的观点

有关大脑生物学的一些最新研究逐渐开始证明，女性生殖期间出现的情绪症状与其大脑具体的解剖结构和化学因子具有直接关系。5-羟色胺就是其中比较常见的一种化学因子，它在大脑神经细胞之间担当化学信使的角色（又称神经递质）。研究早已发现，抑郁症患者存在明显的5-羟色胺失衡现象。

当我还在妇幼保健院进行研究工作时，就已经有许多关于雌激素的研究报告了。雌激素是由卵巢释放的主要激素，是区分女性各个生殖阶段（从青春期到更年期）的重要激素，它对大脑中的5-羟色胺具有重要影响。

我根据这些发现推测，雌激素水平变化对5-羟色胺及其他脑内化学物质的影响可能会对女性生殖期的精神症状产生巨大的作用。我相信，产后妇女的大多数症状都能够反映出因分娩后激素变化而出现的机体对脑内某些化学物质的敏感性的升高。

在1986年，珍妮参加了由“产后抑郁症学会”组织的一次学术会议。在会上，珍妮认识了詹姆斯·哈密尔顿博士。

多年来，哈密尔顿博士一直致力于产后抑郁症治疗方法方面的研究工作。哈密尔顿博士指出，这类情绪障碍的发病具有一定的生化基础。会议结束之后，珍妮对哈密尔顿博士的理论深感兴奋。珍妮把哈密尔顿博士独特的理论和思路一一介绍给我，并敦促我尽快与哈密尔顿博士取得联系，一起讨论我们的观点。

第二年，我和珍妮一起参加了“产后抑郁症年会”。在会上我们见到了哈密尔顿博士。对于哈密尔顿博士所做的研究工作以及他为广大女性患者所付出的一切努力，我感到很受鼓舞。针对产后疾病的一系列问题，我与哈密尔顿博士进行了详细的讨论。哈密尔顿博士认为，这类问题有其相应的生物学基础，大多数患者通常得不到准确的诊断和有效的治疗。这类问题一直没有得到现代医学（包括精神病学）的重视，因此人们也就缺乏足够的诊断和治疗手段。

哈密尔顿博士还指出，雌激素及其他类型的激素对这类疾病的发病起着非常相似的作用。另外，哈密尔顿博士还最先开创了使用雌激素来预防这类疾病的新举措。在探索这类疾病发病机制的研究过程当中，哈密尔顿博士将各种各样的疾病分为几个典型。

随着临床经验的不断增多，我也逐渐意识到，以前所谓的“产后抑郁症”实际上包括好几种不同的疾病。根据症状开始出现的时间及其具体的特征，我们可以对这类疾病产生一个新的认识。

发现一种新的综合征

有一类产后妇女对我和珍妮的启发非常大。尽管这些妇女最初的表现与焦虑以及对婴儿的过度担心有关，但是她们

在电话里所描述的恐惧感与我们后来实际见到的情绪状态很不符合。在电话里，她们好像特别紧张。“事情很严重，”她们可能会这样跟我们讲，“我必须守候在孩子旁边。”然后她们可能会说出一些近似狂乱的话语，如“当我单独守候在孩子旁边的时候会感到害怕”，“我需要有其他成年人在家里陪着我”；“我不想给孩子洗澡”；“抱孩子的时候我担心会把孩子摔到地上”等等。

然而，当患者坐在我们面前时，她们的行为与她们所描述的所谓紧急情况根本不相符。在我们办公室里，她们看上去都很平静。我们感觉她们是在故意隐瞒一些事情，可是她们会隐瞒什么呢，我们无从得知。

当患者对我们逐渐产生信任之后，问题开始变得越来越明了了。她们开始承认自己存在着激烈的想法，有时甚至会伤害自己的孩子。由于这些妇女对内心的强迫性想法非常痛恨，因此她们一般都羞于启齿，一直保持着沉默，不能向自己的丈夫或朋友诉说。通过进一步的了解，我们意识到这些妇女的表现与产后抑郁症或精神病不相符合。

尽管不能确定这些患者的症状意味着什么，但是如果她们能够与那些有同样经历的患者一起交流、互相支持的话，我们感觉她们肯定能够从中受益。考虑到新的病例越来越多（几乎每个星期都会有新的病人出现），我们决定对她们进行群体疗法。

如本书第十五章所述，当我们开始使用新的抗抑郁药物（如氟西汀、氯丙米嗪）为这些患者进行治疗时，她们的强迫性思维神奇般地得到了解决，其焦虑症也消失了。但是在接下来的时间里，一些患者的强迫性思维在经前期又复发了，尽管她们一直坚持药物治疗和群体疗法。但是在月经开始的时候，这些想法又消失了。

上述种种迹象表明，这些症状与精神错乱或潜在的心理敌对情绪根本毫不相关。相反，这些精神症状与患者的激素状态和大脑化学结构关系密切。这些患者的大脑在分娩之后出现了某些类型的暂时性化学失调，其中 5-羟色胺失调最为常见。

正是产后雌激素水平的急剧下降破坏了脆弱的大脑 5-羟色胺平衡，从而引发了一系列的生化变化，并由此导致强迫性思维的出现。我们把这一新的综合征称为“产后强迫性精神障碍（OCD）”，对此我们将会在本书第四章进行具体的描述。

向前发展

在这段日子里，我除了个人行医之外还在马萨诸塞州精神病总医院兼职工作。在那里，我经历了一件足以改变我整个生活的事情。当时我被诊断患上了恶性黑色素瘤，这是一种恶性程度非常高的皮肤癌，如果在发病早期不及时给予治疗的话，那么只有死路一条。三位外科医生为我进行了手术，他们把所有黑色素瘤细胞全部切除了，并一致认为我的预后非常乐观。但是，当时并不能确定癌细胞绝对没有进入血液循环（癌细胞进入血液循环将会导致转移性癌症）。如果真的出现转移性癌症的话，我想自己肯定是必死无疑了。

我现在仍然清楚地记得那天珍妮陪伴我进入手术室的情景。在整个手术过程中，我一直在思考着同一个问题：作为医生或者作为患者，我们应该如何帮助他人或自己踏上康复之路？“你还记得吗？我们一直梦想着能够建立一个基地或机构，在那里我们能够为广大女性朋友提供更加全面的服务或护理。”我问珍妮，“也许现在到了该付诸行动的时候了，

也许多年前我们在新生儿监护病房的相遇是上天安排的，也许这一切真的是命中注定的，是我们两个人前世修来的缘分。”

强烈地意识到这一点之后，我决定辞掉医院里的工作，专心实施上天赋予我的伟大使命——建立一个社区性的女性精神健康帮助中心，进一步拓宽教育面，使更多的女性能够接受或享受我们的服务。

带着极大的热情，我们找到了一个合适的地方，在那里我们可以开始实施我们伟大的社区方案。1995年12月，我们搬到了位于马萨诸塞州韦尔兹利市的新办公室，同时又配备了三名经验丰富的医生。我们的同事关系非常密切，几乎是无话不谈。我们一致同意将中心命名为赫斯提（希腊神话中的女灶神）研究所：女性与家庭帮助中心。

到目前为止，我们已经走过了很长的一段时间。

发病模式

在刚刚参加工作的时候，我们接触过许多患有产后情绪和焦虑障碍的妇女。随着认识的不断加深，我们开始尝试着帮助那些受PMS、怀孕、不育症治疗药物以及更年期等因素困扰的患者。

每次面对患者的时候，我们都会特别注意她们的月经周期，这一点是非常重要的。例如，PMS患者在月经来临之前的那个星期会感到无精打采、不愿活动，但是几天之后很快就会恢复正常。

在临床实践中，我们开始关注患者月经周期、生殖事件（如生育或绝经）以及情绪紊乱之间的内在关系。通过这种联系，我们可以预见患者在什么时候会进入精神疾病发生或

加重的危险时期。例如：

- 在怀孕期间，大约有 10% 的妇女会持续抑郁症发作，其中有许多患者的病情在生完孩子之后会加重。
- 在服用避孕药的女性当中，有 50% 的人会出现抑郁症，这是由避孕药中的激素所导致的。口服避孕药还可以引起焦虑症发作，并且可以加重抑郁症患者的病情。
- 在美国，约有 15% 的育龄妇女及其配偶存在不育症。其中大多数夫妇会向那些专门研究不育症治疗的妇产科专家求助。为了能够刺激卵巢产生较多的卵子，患者常常需要服用强烈的药物（如克罗米酚、绝经促性素）。但是，治疗不育症的药物可以引起严重的情绪和焦虑问题，这是因为这类药物能够作用于大脑内与这些症状的表达有关的化学通路。在停止服用这类药物之后，患者的上述症状可能消失，但是也可能会持续存在。
- 严重情绪障碍——如躁狂抑郁症（请参阅本书第四章中的有关内容）——患者的症状常常在经前期加重。对这类患者来说，其病情在经前期加重是很常见的，对此她们常常需要进行住院治疗。但是当她们住院之后，没有医生会将患者精神状态的恶化与其月经周期联系在一起。
- PMS 患者在生完孩子之后常常会出现抑郁症和焦虑症，但是医务人员很少会在孕期对她们进行必要的指导和教育。
- 在绝经之前，许多妇女会出现情绪和焦虑障碍，这是激素波动非常明显的时期。遗憾的是，并不是所有妇女都适合进行激素替代疗法，而且妇产科医生很

少会认真考虑患者独特的生活经历和大脑生化结构的敏感性。

- 由于雌激素水平的下降，许多女性是在更年期首次出现抑郁症发作的。

在临床实践过程中我们还发现，除非认真考虑患者的月经周期以及其他激素波动（如青春期、经前期、使用避孕药、使用不育症治疗药物、怀孕、流产、分娩或绝经等）对大脑的影响，否则人们是很难准确理解其发病机理的。

激素之外的一些因素

把激素波动视作情绪症状的惟一影响因素是很容易的，但是这样做将会掩盖其他一些重要的影响因素。由于所有这些症状都源自于大脑，因此正确理解大脑的工作原理以及大脑维持平衡所必需的各种因素是非常关键的。在第三章里，我们将集中讲述一下大脑的工作原理，尤其是与情绪和激素相关的一些机制。

遗传因素也起着非常重要的作用，对此我们将在以后的内容里进行具体讲述。抑郁症和躁狂抑郁症之类的疾病经常呈现家族性发病，因此仔细询问患者的家族史可以帮助我们判断其发病危险性。

另外，生活事件也会对大脑产生深远的影响。与其他机体器官一样，大脑也会受到各种因素的伤害。当大脑受到伤害的时候，患者就会出现一系列的情绪和躯体症状。因此，将生活中的生殖事件与各种应激因子联系起来考虑是非常重要的。为了全面理解情绪障碍，我们必须注意了解患者的生活经历。

在临床实践中，我们常常为患者绘制情绪生活的变化