

Depression

[[心理健康系列]]

不要恐惧

Die verkannte
Krankheit

抑郁症

〔德〕 乌尔苏拉·努贝尔著

Ursula Nuber

王泰智 沈惠珠 译

生活·读书·新知三联书店

R749.4
17/52

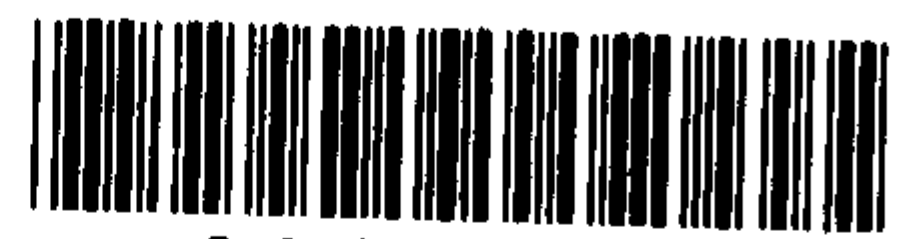
Depression

不安心
抑郁症

〔德〕乌尔里希·努贝尔著

Ursula Nuber

王... 沈惠珠 译



A1029238

三联书店

图书在版编目(CIP)数据

不要恐惧抑郁症/(德)努贝尔著;王泰智,沈惠珠译.
北京:生活·读书·新知三联书店,2003.1
(精神健康系列)
ISBN 7-108-01764-4

I. 不… II. ①努… ②王…③沈… III. 抑郁症-
诊疗 IV. R749.4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2002)第 069845 号

Copyright: 1991, 2000 Kreuz Verlag Zürich
Obtained by HERCULES Business & Culture Development GmbH, Germany

精神健康系列

策划编辑 薛晓源 张艳华
责任编辑 张艳华
封扉设计 海 洋

出版发行 生活·读书·新知三联书店
(北京市东城区美术馆东街 22 号)

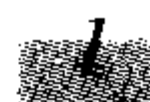
邮 编 100010
经 销 新华书店
印 刷 北京市隆昌伟业印刷有限公司
版 次 2003 年 1 月北京第 1 版
2003 年 1 月北京第 1 次印刷
开 本 850×1168 毫米 1/32 印张 6.5
字 数 101 千字
印 数 0,001-8,000 册
定 价 12.40 元

新版前言



本书的首版是 1991 年问世的。8 年之后，当我的出版社问我，要不要根据现实情况进行修改时，我是多么想说：不，现实情况已经使它没有这个必要，因为人们今天不再需要这本书了。不论是医生还是患者及其亲属，现在都已经知道了抑郁症这种疾病。谈论这个问题不再是禁区。例如，1998 年秋，几乎所有报纸都刊登了在 90 年代初几乎不可想像的一条新闻：“挪威首相谢尔·蓬纳维克 (Kjell Bondevik) 由于负担过重患了抑郁症，首相办公室宣布，这位政府首脑因此将休息一周放松一下。鉴于这一病症，蓬纳维克取消了定于 9 月 7 日至 12 日的中东之行。”

一个政治家竟然承认自己患有抑郁症！这是多么了不起





的进步！然而，我们是不是可以据此就得出结论说，抑郁症已不再是被忽视了的疾病了呢？很可惜，情况并非如此。抑郁症尽管已被承认是个多发病，但仍然有很多患者，虽然每天经受着它的折磨，却并不知道他们自己出了什么问题。因为，他们一直以为，自己的身体其实并没有什么不适。他们只是觉得，一切都不那么顺利，而他周围的人——至少在他看起来——却总能心想事成。

这个问题的严重性目前已经受到了重视，联邦教育和研究部 1999 年向研究项目“Med - Net 抑郁症、自杀倾向”提供 500 万马克的资助，就是一个证明。该项研究的目标是：改善对抑郁症的治疗和对自杀倾向的预防。1996 年一年，有 12000 人自杀身亡，25 万人企图自杀被送进医院抢救。这些轻生的人中的大多数都患有抑郁症。在这一点上，专家的意见是一致的。

患有抑郁症，不仅使患者及其亲属痛苦不堪，而且也铸成了巨大的经济负担：医疗保险公司每年为患者支付的诊断和治疗费用，已经高达 5500 亿马克。其中的 1000 亿马克用于神经系统疾病，而这其中又有相当一部分记在了抑郁症患者的账上。



这样一些数字，在当今医学和心理治疗取得很大进步的情况下，确实令人吃惊。据估计，在所有抑郁症患者中，有百分之七十至八十今天是可以得到有效治疗的——前提条件当然是及时发现，并采取综合治疗措施。

目前，在抑郁症的领域内，还现存着巨大的宣传缺口。而缩小这一缺口，就是本书的主要意图。它面向所有想了解抑郁症的人群：他们或许是知道或怀疑自己患有抑郁症，或许是与抑郁症患者在一起共同生活和工作的人。本书所收集的资料，旨在对抑郁症作一个实事求是的评估。它将表明，对抑郁症既不能漠然视之，也不能悲观失望。它同时也表明：对抑郁症并没有一个简单的答案、处方和治疗建议。谁要是想得到一个“最快治愈抑郁症”的模式，那他是会失望的。抑郁是一个综合征，解决综合征是不可能有简单的办法的。有一句格言，同样适用于抑郁症患者：“知识就是力量。”有关患者及其亲属，对这个病症知道得越多，他们也就越容易找到一条对待抑郁症的正确途径。

拉登堡，1999 年夏

目 录

新版前言..... 1

时尚的话题：抑郁症为什么有增无减(导语)..... 1

第一部分 到底什么是抑郁症？ 21

一、什么人患有抑郁症..... 23

二、为什么抑郁症患者女性多于男性..... 36

(一)荷尔蒙的影响..... 37

(二)传统妇女地位的影响..... 42

(三)消极思维方式的影响..... 49

(四)早期童年经历的影响..... 53

三、人为什么会患抑郁症..... 58



(一) 抑郁症的生物学原理…… 64

(二) 精神、环境和抑郁…… 72

(三) “虚假的自我”…… 79

第二部分 抑郁症能治愈吗…… 89

一、什么时候治疗是有效的…… 91

二、药物治疗的必要性…… 97

三、心理治疗加药物治疗是最有效的…… 108

四、谁可以帮忙…… 125

五、建立抑郁症病房的治疗方案…… 131

六、患者如何进行自我治疗…… 137

(一) 学会感觉…… 139

(二) 学会乐观思维…… 144

(三) A—B—C 方法适用于儿童…… 149

(四) 学会轻松地生活…… 151

(五) 社会支持…… 156

第三部分 抑郁症：患者及其身边的其他人…… 159

一、抑郁症患者为什么不能“随欲而为”…… 161

二、抑郁症患者之间的关系…… 169

三、每一个抑郁者都可能走上自杀的绝路…… 182

四、抑郁症是否可以成为生活中一次积极的经历…… 187

导 语

时尚的话题：抑郁症为什么有增无减



患抑郁症的人自古有之。从历史的记载中，我们可以得到验证。早在 3000 年前，埃及的祭司们就曾经治疗过一种疾病，当时它虽然没有被赋予确切的名称，但从其描述看来，却和抑郁症相符：祭司们观察到，人们经历失败之后，就会陷入一种沮丧的情绪之中，而且持续的时间长，并有阶段性复发的特点。

《圣经旧约》中讲述了扫罗王的故事，说他一直遭受“恶魔”的折磨，失去了生活的兴趣，只有大卫的琴声可以使他摆脱这种情绪的困扰。这个“恶魔”被认为是上帝所派遣，就像当时的一切精神上的不适，都被看成是上帝的惩罚。后来，希波克拉底(Hippokrates)才把精神疾病定性为大脑的异常，首次





把这一现象描写为“躁狂”和“伤感”——这一描写时至今日仍然没有过时。

也就是说，抑郁症并不是一种新的发现。自古以来就有人被阴郁的情绪所困扰，从而极力地企图寻求帮助和解释。

像扫罗王那样找到那种简单而有效的办法，是很少有人能够做到的。很多人在同抑郁症的搏斗中遭到了失败。公众很少能听到抑郁症患者所遭受的痛苦。他们只是在名人患有抑郁症，或结束自己的生命时，才有所察觉。例如著名作家海明威在长期病患之后饮弹自尽；库尔特·图霍尔斯基（Kurt Tucholsky）无法忍受生活之苦而超量服用佛罗纳身亡。还有，玛琳·梦露（Marilyn Monroe）服用安眠药结束了自己的生命。她的丈夫阿图尔·米勒（Arthur Miller）写道，他开始时还以为，“她是一个受到所有男人所钟爱的幸福的姑娘”，但很快就发现，“恰恰相反，她是一个不幸的女人，不论她向何方寻找出路，最终都以更大的绝望而告终。”

除了自杀看不到摆脱抑郁症其他出路的，还有女作家茜尔维娅·普拉特（Silvia Plath）。她年方 30 岁，就用玻璃片结束了自己的生命。这是充满艰辛和成就的一生，也是竭力把抑郁隐藏在成就后面的一生。



和茜尔维娅·普拉特、玛琳·梦露或者海明威一样,还有很多名人和艺术家在同抑郁症搏斗:不论是弗吉尼亚·沃尔夫(Virginia Woolf)还是古斯塔夫·马勒(Gustav Mahler)、温斯顿·丘吉尔、亚伯拉罕·林肯(Abraham Lincoln)、凡·高、列夫·托尔斯泰,他们都曾遇到生活的困惑。还有荷兰女王贝娅特丽克丝(Beatrix)的丈夫克劳斯·封·阿姆斯贝格(Claus von Amsberg)亲王也患有这一疾病。在新闻界长期猜测之后——当时曾谈到一种“难言”的病症——王室终于决定向公众澄清此事,正式承认是抑郁症。两名意大利作者乔万尼·卡萨诺(Giovanni Cassano)和塞蕾娜·索利(Serena Zoli)在他们关于克劳斯·阿姆斯贝格的书中透露,这位“忧伤的亲王”曾在一个电视节目中,描绘了他所经受的痛苦:“那是——让我怎么说呢?——一种精神上的痛苦。直到痊愈之后,我才知道,我们社会中有很多人都曾经患有或正在患这种疾病。我很同情现在仍在遭受折磨的人,因为我知道这意味着什么。那真是可怕……我敢断言,那是在生活中所能经历的最可怕的事情。对于我来说,那是我一生中最不幸的时期。”

患抑郁症是不分阶级、名誉和财富多寡的——从外表来看——一个富足的生活,并不能充实患者内心的空虚。

患抑郁症也是不分年龄的——在任何一个年龄段或在任何时候都有可能患上此症。甚至幼童也不能幸免。美国曾在全国范围内对 8 至 10 年级的学生进行调查,结果是一幅令人震惊的画面:百分之六十一的少年男女患有抑郁性情绪低落和失望感;百分之四十五的人表示,他们承受不了学校和家庭的重负;百分之三十四的人认为,生活中根本就没有使他们高兴的事情;另有百分之三十四的人曾经考虑过自杀的问题。

抑郁症看起来已经成为生活中不可缺少的经历。可惜的是,这种经历进入了越来越多人的生活之中。近年来,它已在疾病中占据了特殊的地位:重度抑郁症现在的发病率,要比 50 年前高出 10 倍。越来越多的人患上了抑郁症——而且大多数出现在其生命的中兴时期。这一发展使抑郁症上升到了常见心理疾病的首位。有人甚至说,它已成了心理障碍中的“伤风感冒”。比较严肃的说法,出自美国社会心理学家马丁·塞利格曼(Martin P. Seligman)的结论,他说:“我们现在正处于一场抑郁症传染期当中。”

患者数量的增加,是否可以看成是对抑郁症的认识今日已经好于过去呢?今天人们对这一疾病的了解更多,因而也能够更好的诊断,肯定有其中的重要因素,但这还远不能算是



对此的充分解释。瑞典的科学家 30 多年来一直对斯德哥尔摩的一个郊区进行了定期调查,结果不仅发现,被医生诊断为抑郁症的患者人数在几十年来有所上升,而且也证明,整个居民中抑郁障碍也呈上升趋势。

根据北欧、英国和纽约的调查,所有成年人中有百分之十五到百分之三十都曾在他们的生活中患过一次重度的抑郁症。世界卫生组织估计,世界范围内大约有一亿人患有抑郁症。在德国,居民中有百分之五到百分之十的人口患有抑郁症。谨慎的估计,至少有 400 万人。另有百分之十五的人患有轻度抑郁障碍。

在过去的几十年中,不仅是患者的数目发生了变化,而且年龄段也发生了变化。第二次世界大战结束以来,越来越多的年轻人患上了此病。过去,人们认为 50 岁左右为高发群体,而现在却主要是年轻人为患病对象。

这种消极的发展趋势应该如何解释呢?纵观专家的观点和现有的研究成果,我们可以推测,主要有三个社会因素决定了抑郁症增加的趋势:

1. 生活条件的改变,给每一个人都提出了更高的要求;



2. 人们日益增长的对自己的思考——主题词：“个性化”；

3. 后物质社会给人带来的负担使越来越多的人难以承受。

越来越多的事实证明,对个体的人来说,生活条件变得日益艰难了:每三个婚姻中就有一个去找离婚法官;单亲家庭的主人,必须承担教育和抚养的双重任务;相当数量的人群面临失业的威胁或者已经失业;独身者在近 20 年中增加了一倍;在工作岗位上和在马路上一样,其行为准则是:每个人都视对方为对手。在这样的氛围中,我们实际上特别需要别人的支持——然而这个“别人”却常常是不存在的。如果说,过去还能从家庭、宗教、村镇集体获得依靠的话,那么,今天很多人就只能依靠自己。抑郁症专家,如巴塞尔的心理学家保罗·基尔霍茨 (Paul Kielholz) 也认为,传统的衰落是这一疾病有增无减的主要原因:“家庭的衰落是抑郁症的主要原因,宗教联系的丧失也是如此。当前起主导作用的‘唯物观念’,实际意味着斗争——而这又反过来——导致人与人之间接触的削减。人群中出现的孤独化,是一个决定性的因素。”

而苏黎世的医生尤尔格·温德利 (Jürg Wunderli) 则坚信:“单个人在集体中的根系一旦开始消失,那里的个性就会得以



增长,在‘我’代替了‘我们’的地方,人也就会特殊地感到自己的脆弱和不安。”

近几年来,这样一些人的数量急剧增加了,这些人真正完全依靠自己,他们可以百分之百地信赖的人非常之少。

在他们的生活中,能够获取力量的“逃逸”场所越来越少。一旦在职业上碰壁,他们应该向何处求援呢?一旦身体不适,谁又会照顾他们呢?一旦生了病,谁又会把茶端到他们床上呢?在他们想说话的时候,谁又会去听呢?像电话心理服务中心一类的设施,每天都会听到有多少人感到自己被周围的世界所抛弃。在德国,每一分钟就会有一个人拨通心理服务中心的电话,因为没有其他人可以和他们说话。打电话的人大多是感到孤独,正像西柏林电话心理服务中心的干事讲述的那样:“每一个人看来都能实现自我,也都能满足自己的兴趣,但聚集在一起,则会产生另一种质量。相互的关系是肤浅和不稳定的。所以,我们实际是生活在一个特别促发孤独的时代。”

各种关系往往被(不得已)看成是一种目的:“会给我带来什么?”不论职业还是个人生活:结果必须合算。如果在其他人身上投资了力量、时间和能量,那就必须值得。人们对自己

的要求是很高的,因为他必须在生活斗争中经受考验,始终证明他的个性和独立——因而对别人的期望值也就相应地高。生活的意义就在于最大限度地实现自我,所以就永远也不能失去对自我的关注。由于外在的模式和传统不再是行动的准则,所以每个个人就能够——至少在理论上——自由选择:他的生活伴侣、他的职业、他的业余爱好,他是否愿意生孩子,是否愿意一个人生活,还是愿意和别人一起生活,以及其他等等。

众多的选择可能导致了一个严重的后果:如果根据现有的模式,生活在传统当中,那么他的生活方式既不需要在自己面前,也不需要在他面前进行辩解。然而,如果是他选择了他自己的生活方式,他就必须自己负责,并且认为有必要在别人面前加以解释。

漫画家克罗德维格·波特(Chlodwig Poth)在一套连环画里以幽默的形式描绘了这个问题。

两个朋友相逢在一家酒馆里,于是产生了下列谈话:

A: 天啊,又回到国内真好。你们这些强盗怎么样啊?比方说克罗格一家?

B:他们早就分手了。他现在和另一个女人生活在萨克森豪森,他的妻子到哪儿去了,我不知道。

A:啊,是吗?那奇尔费德一家呢?

B:他们最近吵翻了。他搬了出去,生活在一个聚居的集体里面,妻子生活在伯恩海姆,和那个教师弗尔克在一起。我不知道,你是不是认识他。你们现在怎么样?

A:唉,也不行了。苏茜住在另外的地方,和一个挺帅的家伙。我还住在老房子里,和卡琳在一起。你们呢?有什么问题吗?

B:我们?怎么说呢?我们还在一起,但你明白吗?我们也考虑过分手的问题,真的。可是,还有孩子,反正你明白,奇怪的是,我们还总是又和好了,我不知道,你是不是明白。很奇怪,可情况就是这样,你能明白吗?

A:你不必道歉,哥们儿,我很明白,你也不必太在意。

在一个从伴侣那里寻求最大幸福的时代,如果一个人长期和同一个伴侣满意地生活,就会被人怀疑,他没有为个人的



发展尽力。谁要是没有不断地追求“更好的”(更好的关系、更好的职业、更好的汽车)，他就是没有遵守游戏规则。这个规则的要求是：“你只要还有可能从生活中获取更多，就不能满足于平庸。”于是，每一个人就都以自己的方式施展才能，以便能从群体中脱颖而出，从自身攫取最高的分值。我们确信，我们的命运操纵在我们自己手中。如果在职业上没有更大的进展，只是我们自己的责任；如果我们的身体出现了疲惫和衰老，那也是我们自己的责任；如果我们和伴侣在一起不幸福，这仍然是我们自己的责任。因为，在一个看来一切都是可行的、都是可以达到的时代，是没有原谅和借口可言的。谁做不到最大限度地实现自我，他就是一个失败者。

和我们的前辈相反，我们不再相信上帝，不再相信偶然和命运——我们只相信我们自己。只有我们自己才是我们幸福的铸造者。由于我们对幸福的期望值很高，所以我们的任务也很重。

我们就是这样误认为我们完全控制了自己的生活。只要正确地去去做一切，那么，我们的世界就是媒体每日向我们传送的广告世界的复制品。

然而，我们头脑中的想像，不可避免地会在什么时候或多



或少地和我们生活的现实发生碰撞。在这些碰撞中，我们不得不承认，我们给予全部关注的“自我”是非常脆弱的。即使在困难时期，我们也只有我们自己——而这常常是不够的，正像社会心理学家马丁·塞利格曼所说的那样：“我们一再经历不可避免的个人失败。我们很少能够获得我们所追求的东西。失意、挫折和碰壁是我们的日常经历。我们个性化了的文化，在我们自我之外是没有什么价值的；单个的人如果受到损失，在社会中只能得到很少的支持。‘比较原始’的社会，十分重视对受害者的帮助，防止受害者从无助变成无望。”

由于我们首先关注我们自己，所以我们就不再会去关照别人。一旦我们需要有人和我们站在一起的时候，别人就出于同样的原因不会这样做。

很多人看到这一点时，往往逃入一种傲慢的姿态。“我不需要任何人。我自己一个人完全可以很好地生活。其他人大多是多余的累赘和时间的浪费”——这是对孤独人痛苦的一种辩解。

这种把个性作为追求目标的社会，使得人与人之间共处日益困难，也促成了诱发抑郁环境的产生。这并不意味着，重视传统和固定准则的社会，必然有利于人的心理稳定和心理



健康。而且也不是说,一切传统的东西必然好于新生事物,而时代的车轮应该倒转。传统的丧失,为我们留下一个真空,使我们不得不用尝试和谬误去加以填充。如果它没有达到我们所期望的结果,如果我们不得不看到我们在寻找自我的时候失去了别人,那么,我们就会坠入抑郁的黑洞。

除了西方社会的自我崇拜和与此相连的个人孤独之外,还有另一个社会发展趋势,对抑郁症的增加有着不可推卸的责任:那就是紧张。

“生活变得更为紧张和艰难了”,美国心理学家迈克尔·亚普克(Michael Yapko)这样说。他认为,每个人都可以用简单的问题加以检查:“您今天的时间比10年前更多了吗?或者是更少了?您现在的业余活动还是和过去一样轻松而有助于您的休闲吗?还是您觉得在业余时间也仍然很紧张?和过去相比,您觉得更能驾驭自己的生活吗?还是相反?”

现在比过去更在重负下生活的感觉,并不是一个个人的问题,研究紧张问题的专家里夏德·拉赫(Richard Rahe)证实了这一点。他研究的成果表明:自1960年以来,我们社会的紧张程度提高了百分之四十四。这个数字的取得,是他向很多男人和女人问讯的结果。他的问题是,他们在一定的时间里,



有过多少积极的和消极的经历。这些经历的多少和对情感的冲击程度,就要求对生活的或多或少的修正,这就是拉赫对紧张程度的衡量。一个人对变化了的情况不得不适应的频率和速度决定了他的紧张程度,也就决定了他患躯体疾病和心理疾病的危险程度。

在过去的几十年中,生活变得更加复杂、更加难以捉摸了。“我们在很多社会中,经历了始料未及的、彻底而急速的变化。”马格德堡大学政治学教授彼得·弗里彻 (Peter Fritzsche) 这样写道:“界限的拆除、取消和超越,使社会的剪影发生了变化。多极化、个性化和机动化的介入,留下了明显的痕迹。冷战的结束,国家社会主义专制的结束,导致了新的自由的出现,从而也导致了新的安全感。”然而,这些新的情况又给人们带来了困惑。新的自由并未被每个人当做积极因素所接受。“太多的压力和要求覆盖了太少的权限和资源”,弗里彻教授这样认为,“这种不和谐制造了紧张——对过高要求的恐惧感。”对很多人来说,他们生活在其中的社会,是一个“紧张的社会”,弗里彻教授继续说,对变化了的条件的适应能力,今天在很多领域变成了受欢迎的品格。但只有具备突出坚强和稳定的心理素质的人士,才有可能在心理上面对急速

的变革和新的挑战。只有具备“后现代性格”的人，才有可能经受住感情的矛盾和变幻莫测的环境，才能使现代化进程为己所用。

很多人在精神上无法适应社会变革的步伐，不仅可以从抑郁症这个全民疾病上得到证实。恐惧感也随之增加了。德国居民“从90年代初开始，恐惧感超过了二战结束后的40年。”这是《时代周刊》的报道(1998年12月4日)。根据埃姆尼特研究所的调查，1989年有百分之十七的被调查者承认“对未来有恐惧感。”到了1992年这个数字增加了一倍——西部为百分之三十四，东部为百分之三十五。

“恐惧是界限拆除的心理征兆”，柏林的女心理学家乌尔苏拉·普洛格(Ursula Plog)如是说。彼得·弗里彻的概念是，人们在传统方面如家庭、职业和宗教发生根本变化，即其被削弱后所经历的“分化”。对某些人来说，这种变化完全可以成为“光明”的，弗里彻说。他们看到了与此相连的机会和决策的自由。而对另外一些人来说却正好相反，这种变化主要是阴暗的一面：变化对他们意味着“孤立、寂寞、迷茫和无力。选择的可能性在这里仍然和茫然的成长相伴在一起……”

在这个“紧张的社会”中，到底是什么东西使人感到茫然



呢？这些年里到底发生了什么事情？在人们的生活里到底是什么发生了根本的变化，而使他们作出恐惧或者抑郁的反应呢？心理学家迈克尔·亚普克列举了一些诱发抑郁的紧张现象，过去时代的人们都没有或很少受到过它们的困扰：

——紧张因素：生活的不稳定性

几乎没有人——官员除外——今天能说，他们的工作岗位是保险的。不仅如此：一个人越是年轻，他就越是要做好准备，在他的一生中将多次更换职业。选择一个终生的职业，在老一代人那里还是理所当然的事情，而现在却越来越成为例外了。所谓前程，社会学家里夏德·塞内特(Richard Sennett)认为，它原来的意思不过是“马车行走的道路”。还在几年以前，谁要是设计自己的职业前程，还可以预期，他的发展会像马车道路一样笔直向前。一个雇员在今天早就不能有这个指望了。一个魔术词叫做“灵活性”，长期计划和长期目标已经不再时髦了。“开放性和灵活性已经变成了生存的必要，因为，职业在今天已经不再是人们可以一生从事的事情。”马尔堡大学的心理学家克里斯蒂娜·沙赫特纳(Christina Schachtner)是这样解释的。

职业的机动性,不仅意味着工作岗位的变换,也意味着与其相关的地理和社会环境的变化。地区的改变,使得人们建立和维持长期友谊和关系变得越来越困难了。谁要是一再重新开始,那他对新遇到的人来说,就是一个没有过去的人。也就是不存在可以建立温馨和信任的共同的经历。孤独、寂寞和缺少温馨感,就是这种情感脱离根基的后果。

“未来需要历史。”哲学家约阿希姆·里特尔 (Joachim Ritter) 如是说。谁丢失了自我,不再同其他的人有共同的历史,在社会变革时期,就会比那些还有几个可靠的有支柱的人的生活要困难得多。

此外,工作结构的改变,导致了劳动的密集——这就制造了更加剧烈的紧张。新的方式,例如“简捷管理”就导致了现有的工作越发落到更少的人肩上。企业对它的职员和领导层不断地提出新的要求,但它却忽视了在人们克服变革的过程中应该给予支持。卡尔斯鲁厄的劳动和社会卫生研究所对6000名领导人员进行了考察后,得出结论说:百分之八十五的人患有非病理性不适症。卡尔斯鲁厄的科学家的诊断是:病症的原因为过度紧张。由此而带来的损失也是可以用数字来表明的:德国经济每年因紧张引起的疾病所造成的损失高



达 1000 亿马克之巨。

——紧张因素：信息泛滥

自 1945 年以来，我们所获得的知识与信息量等于以前所有世纪的总和。在极短的时间里，现有的知识出现了爆炸的趋势。专家们认为，以每 5 年为一周期，现存的知识量就会再翻一番。知识积累的结果就是：人们的负担过重，他们只能掌握表面的东西，出现一叶障目的现象。在他们必须表现解决问题能力的场合，往往不得不很快就放弃努力，因为他们没有能力，在信息的洪流之中，找出对他们实用的东西来。于是就出现了无助、失败和无能的感觉。

——紧张因素：增速

新技术，像电脑、传真、电子邮件和抑郁症增加有什么关系吗？迈克尔·亚普克认为关系很大。因为，对数据传递和信息交流起积极作用的增速，在进入了生活的其他领域时，却可能给人带来有害的效应。不论是对躯体疾病的痊愈，还是对友谊的建立或亲密关系的形成——这些生活中的基础性的进程——急于求成的期望，越来越普遍了。心理学家亚普克认



为,在众多的原因当中,人们对媒体的享用也应承担责任:谁要是每天数个小时坐在电视机前,观看着故事片中即使重大问题也能在短时间里得以解决的表现,时间久了,他就会低估在现实生活中解决问题时所需要的努力和耐心。如果他一旦发现其所追求的目标不能很快地实现,他就会感到自己是个失败者。自卑感、自我价值低落,以及对下一个挑战的恐惧,就是其后果。

——紧张因素:“婴儿潮”的一代

“婴儿潮”(Baby Boomer)是在二战后出生,五六十年代长大的一代。“婴儿潮”一代,今天正是在40多岁到50多岁之间,他们没有经历过物质匮乏时期,职业上已经有所成就——尽管如此,他们仍然面对着特殊的紧张状况,遭受抑郁困扰的危险急剧增加,甚至把位居危机名单第一位的老年人群排挤出列,取而代之。“婴儿潮”一代的亲属,是在生活水平不断提高的富裕状态下成长起来的,因而对自己的生活有着很高的期望:不断向上发展的前程,富裕的生活,幸福的家庭。然而,富裕的界限早已达到,职业中的竞争日益激烈,离婚率的居高不下,表明个人的幸福是很脆弱的。如果一个人看到,高期望



值和实际达到的情况之间的鸿沟是如此无法忍受的深远，那他就很容易变得抑郁。

里夏德·塞内特还提出了其他造成重负的因素：谁要是失业或者看不到工作的意义，他就会在“谁还需要我”这个问题上，找不到满意的答案。“制度本身包含着冷漠的内容，对人的处理原则是，人人都可以毫无问题地被取代，或者是多余的。这就降低了个人的价值感。”塞内特认为，“合乎逻辑的后果”必然是冷漠。

冷漠还可以扩大，如果单个人在社会的不断变革中，找不到可以应对生活中紧张的出路，如果他在充满紧张的大千世界里丧失自我，无法在这个日益迷茫的世界中掌握自己的生活全貌，那么，就有可能发展成抑郁症。

第一部分

抑郁症

到底什么是
抑郁症？

10.29.23

一、什么人 患有抑郁症



谁要是和上司产生了矛盾,他就会感到“抑郁”;度过一个阴雨连绵的假期,也会使人“抑郁”;有的人“抑郁”,是因为女友离开了他;一个女人在其丈夫死后只是“抑郁”地呆在自己的房间里。“通货膨胀”式地滥用“抑郁”这个词,导致了把一切对困难、危机或者不顺利的经历的反应,一律说成是“抑郁”。

毋庸置疑,所有的人在他们的这一生中,都曾在或长或短的时间里,有过痛苦的经历,产生过和抑郁不无相似的感觉。根据对 1 万名健康人的调查,每两个人当中就有一个人承认,曾“有时感到压抑”,或者感到“沮丧”,每 10 个被调查的人当中,有一人曾在较长时间内处于悲伤的状态。然而,这些感觉不

能看成是抑郁症。

情绪不好和情绪不稳定，都是对日常的负担之不快和失望的完全正常的反应。

悲伤，同样不是一种病态，而是对重大损失的自然反应。悲伤的周期应该多长，是没有什么一定“标准”的，而是因人而异。周围的人不应该敦促一个悲伤的人返回“正常”状态，如果他还没有这个准备的话。至于“生活还应该继续下去”，“要想想孩子们”，或者“还是把她(他)的衣服送到收集站吧”之类的劝解，不但不合时宜，而且也是有害的。

一次可怕的经历之后，例如一次意外事故、一次自然灾害、一次绑架等类似的事件之后，往往会产生一种**后发的噩梦压抑反应**。其症状和抑郁症相似，但绝不能把它们混为一谈。一次后发的噩梦压抑反应，需要另外一种治疗方法。

那么，我们如何才能辨别一个人是患有抑郁症，还只是情绪不稳定，或者完全是自然的悲伤反应呢？维也纳的心理医生汉斯·伦茨(Hans Lenz)曾把抑郁症称之为“俱无病”。患有抑郁症的人，感觉一切俱无价值、无快感、无力量、无感情、无欢乐，而且到了夜里，常常会躺在那里清醒而无睡意。

只有某些症状持续较长时间(至少两周)时，才能谈得上



是抑郁症。一个患抑郁症的人，主要在四个方面发生明显的变化：

1. 思维

“悲观解释模式，是抑郁症患者思维的核心。对未来、对自己、对世界的消极观点，源于把消极事件的原因持久化，包括全球的和个人的；而把积极事件的原因则看成是暂时的、特殊的和表面的。”马丁·塞利格曼如是说。一个抑郁的人把失败的责任完全归咎于自己，而把成绩的取得则看成是“运气”或者“偶然”。他把别人的拒绝立即加以普遍化，认为自己根本不被别人喜爱。而与他无关的其他解释（如：“上司今天情绪不好。他的情绪和我无关。”），他根本就不予考虑。

2. 情绪

抑郁症的第二个特征是情绪消极：抑郁症患者感觉不幸和绝望。过去曾带来欢乐的一切，突然变成了无聊和空虚。一个抑郁的人，什么都不喜欢，感到一切都没有希望，失去了一切信念，对自己、对别人——他如果是个信教的人——也对上帝，而且失去了做出任何决定的能力。（一个伤心或悲伤的

人,在这方面还是有能力的。)抑郁症患者的典型特征是“无感觉的感觉”,或“无泪的悲伤”。

3. 行为

无所作为、六神无主和自杀倾向,也是抑郁症患者的典型特征。他们似乎想做些什么,但又感到无能为力。他们感觉自己已经“僵木”,内心里感到一种痛苦的茫然和不知所措。他们的状况就像一个人想从一张椅子上站起来,而被强力胶水粘到了座位上。

另一个症状是精神运动的缓慢:一个抑郁症患者说话比非抑郁的人慢(他的声音没有了抑扬顿挫),走路慢,很短一段路程,需要使出很大的力气。抑郁症患者能感觉到自己全身的重量,有时甚至感到,他们不得不像在泥潭中运动。

4. 躯体上的征兆

最后,可以从患者躯体的变化来判断:性冷淡、食欲减退或者亢进、睡眠障碍或者嗜睡、背部、胸部或心脏部位疼痛,呼吸困难等,均是抑郁症患者的典型症状。

从这四组症状上就可以判断,一个人是否只是悲伤和沮

丧,还是已经患有抑郁症。这些症状不需要同时具备。但在一个人身上的症状越多,他患有抑郁症的可能性也就越大。

可惜的是,在日常生活中,很少有人区分各种不同的感觉,如悲伤、沮丧、失恋等。它们往往统统被放入到抑郁症的“抽屉”之中。这反而导致真正的抑郁症难以判断。

因此,某些患者轻描淡写自己的状态,不把抑郁当做一种疾病对待,也就不足为奇了。这也是为什么很多抑郁症患者(在美国估计有百分之七十)没有得到恰当的帮助,而带着这个心理问题经受着不必要的痛苦折磨的原因之一。所有抑郁症患者的一个特征是,他们都试图尽可能长地躲藏在“一切正常”的表象的后面。

我痛苦地度过每一天:“勇敢一些,振作起来,你能成功,不要让人察觉,你的家庭需要你……你是一个有能力、有开拓精神、欢快、有承受能力和能够自我约束的人……多看美好的一面,多想积极的事情……”我这样告诫自己。我为自己戴上一副假面具,对外人满面笑容,始终和蔼可亲。我想做一名好母亲,我的孩子应该无忧无虑地成长。我有一个职业,我照顾我的家庭。这是一种非

人的搏斗,因为绝望在吞噬所有的力量。

正像瑞士人拉赫尔·贝格林格(Rahel Beglinger)用绘图和文字对抑郁症患者所描绘的那样,很多患抑郁症的人都是以这种态度对待自己的。他们知道,自己有些不对头,但他们的巨大的自控能力和强大的意志,仍然使他们去履行每日的义务和要求,而把他们的病痛留给自己,不让身边的人有所察觉。他们最多因为头痛或胃痛、消化不良和睡眠不好,或者心脏不适去看医生,在大多数情况下,医生当然无法帮助他们。这也不奇怪,因为真正的问题是抑郁症,但它却不为人所知。这种状况,专家们称之为蛹式(也叫伪装性)抑郁症:百分之九十的蛹式抑郁症患者,都期望普通医生能解除他们的痛苦,因而开始了从一个医生到另一个医生诊室的长年“漂泊”。

柏林弗兰克林大学医院的一个研究小组,对130名患者进行了调查,得出的结论是,因躯体不适——如睡眠和消化问题、四肢疼痛或性障碍——去看他们的家庭医生。其中,有百分之十实际患有抑郁症。“其中只有一半被诊断为抑郁症,只有三分之一得到了心理医生的治疗”,研究小组组长伯恩特·阿伦斯(Bernd Ahrens)不无抱怨地说。另一个令人震惊的数字是:抑郁症患者中有百分之十至十五的人,由于没有得到治疗



或错误的治疗而走上了自杀的绝路。

家庭主妇玛丽·卡尔，也是经历了长期痛苦和错误治疗后才得到了正确的诊断。今年 60 岁的她，几十年来一直患有强烈的偏头痛和无名的背痛。最早的疼痛是在婚后大约半年开始的，她当时正从南方的家乡迁居到了北德。开始时她从医生那里得到了一般的止痛片，然后是越来越厉害的药剂。但药物往往只能短期起作用。她找了一个又一个专家——但没有人能够真正帮助她。后来，不知什么时候开始，她已经不能没有药了，而且不再离开家里——在“危机时期”她每天要吞下 15 颗药片。除了剧痛之外，她还产生了药物依赖性。当她的家庭医生也觉得问题严重以后，她被送到了一家疼痛诊所去治疗。只是在这儿——玛丽·卡尔此时已经 55 岁——医生才确认了她所患的真正病症是什么：医生的诊断是抑郁症，但玛丽·卡尔开始时却不愿意承认。“我可没有发疯”，这是她的第一个反应。她觉得，躯体生了病，就已经够受的了，但“精神上还有问题”——这是个多大的耻辱！

这个反应是很典型的：这不仅仅是抑郁症很难被发现，因为心理病症一直还被认为是危险和可怕的。“我宁可患癌症”，一个抑郁症患者曾对医生这样说，“我至少还可以讲出来

这是什么。可是,这抑郁症,人们却看不出来,感觉不到,什么都没有。”

患有抑郁症的女记者维蕾娜·霍内,在写给她的同事卢迪·尤苏兰的信件中,也有过类似的顾虑:“我也曾考虑过,如果我患了其他的疾病,会怎么样。我自己有过结核病的经历。我小时候曾因患股结核在一年当中一直睡在牵引床上……我也曾患过甲状腺病,做手术时我差一点死去。但是同抑郁症相比,所有这些病都是微不足道的,因为,当时我还可以斗争,还可以向医生证明,他们悲观的诊断是错误的,我可以借助意志和乐观努力战胜疾病,重新健康起来。我不想也无法对癌症作出判断,但在某些昏暗的时刻里,我曾在头脑里思考过这种可怕的疾病,我想过,它至少还能激起别人对我的同情。”

现在,医生们在接待患有莫名其妙症状的病人时,已经警觉多了,但也还有不少医生,习惯于立即拿出处方单,而不愿意把背景原因搞清楚。很多立即开处方的医生辩解说,患者正是希望得到这个。“如果我不给开一个处方,那么其他同事也会这样去做的。”这经常是家庭医生的出发点,他们就是据此为患者作出常规的诊断和开出处方的。但这并不是惟一的原因。家庭医生为什么不能成为抑郁症患者合适的求助对

象,是另有原因的。他们往往缺乏这方面的知识和经验,无法诊断出抑郁症,也无法进行相应的治疗。谁要是长期出现莫名其妙的症状,谁要是长期在医生那里得不到确诊,却每次都得到一张处方,他就应该自己进行一次诚实的反省。这有可能会产生恐慌,也可能很多人对他们的病痛已经习以为常。然而,只有那些愿意了解实情,而不把自己的疾病“隐藏”在躯体痛苦中的人,才能有机会获得帮助。

下列的测验题可以帮助您确认,您是否患有抑郁症。请您根据这些问题,检查下列状况是否在上一周以何等程度困扰过您。如果是“根本没有”,那您就在 1 上面打一个叉;如果稍有符合,即选择 2;如果基本符合,则是 3;如果完全符合,则把叉画在 4 的上面:

1. 我感到全身乏力和懒散 1 2 3 4
2. 我想结束自己的生命 1 2 3 4
3. 我的食欲很差 1 2 3 4
4. 我很容易哭 1 2 3 4
5. 我感到很压抑和同外界隔离 1 2 3 4
6. 我感到无谓的恐惧 1 2 3 4

7. 我感到悲伤 1 2 3 4
8. 我感到执行某些工作时受到阻碍 1 2 3 4
9. 我常常为自己担心 1 2 3 4
10. 我感到,对很多事情都丧失了兴趣 1 2 3 4
11. 我很难做出决定 1 2 3 4
12. 我觉得未来是没有希望的 1 2 3 4
13. 我有精神集中障碍 1 2 3 4
14. 我想到死亡 1 2 3 4
15. 我感觉,干什么都很费力 1 2 3 4
16. 即使在人群中间我也感到孤独 1 2 3 4

评价:

请把打了叉的数字加在一起。总和在 30 以下者,说明您虽有时沮丧,但还远不是抑郁。总和超过 30,您就有些接近抑郁症了,但还不很严重。总和如果达到了 40,那您就有必要去找专家咨询一下了。您可以先和一位您信任的医生谈一谈。必要时,让他向您介绍一名心理学家或心理医生,去进行彻底的检查。这个测试只提供线索,并不是确诊。如果您的数字总和过高,也不必过于紧张,而应把这看成是一种鼓励,去



找一名专业人员求助,详细向他进行咨询。

除了上列测试,还应该关注您过去的警戒症状,以便能够找到隐蔽的或初期抑郁症的痕迹。这些过去的症状尤其包括睡眠障碍和突然出现的身体不适,如头痛、背痛或胃痛。特别是妇女,饮食方式的改变,有可能是初期抑郁症的先兆。饮食常常被当成一种自我用药的直觉反应。一方面,是试图用饮食填补内在的空虚,以“奖励”自己;另一方面,是妇女较男子具备更少的可能去“麻醉”失意的感觉。在这种情况下,男子一般可以借助酒精,同伙伴一起前往酒馆,或者试图用性行为来应对抑郁情绪。

美国的研究表明,服用大量含碳水化合物的食品和甜品,可以提高体内的内啡肽(Endorphin)的水平(Endorphin是体内一种鸦片制剂,专司心理平衡)——因此,可以把饮食当做短期制造快感的麻醉剂使用。超量饮食确实可以转移抑郁情绪,但效果一旦过去,就会以强劲的方式重新坠入到黑洞中去。

拉赫尔·贝格林格在一次严重的自杀未遂之后,曾经产生过向别人讲述他的抑郁症经历的愿望。在他的描绘中,显

现了一个患者的极其切身的体会：

我的躯体无比沉重，深深的忧伤笼罩着我，我产生了对亲人的愧疚感：我还能够履行我的责任和义务吗？

我的所有力量都已到了终点，再也无能为力——尽管我其实还很愿意做些什么。我无法决定做什么，说话和运动都很困难，我越来越沉默无言了。

抑郁症对我来说就像一座玻璃钟罩：我还能够穿行其中，我看到，里面有人，有东西，有风景，但我却与这一切所隔离，被切断。然而，我的面孔仍在微笑。我想参与进去，但我做不到。这个感觉使我无法看清现实——一切都歪曲着。走路、上街、离开家都越来越困难了。

不仅白天很可怕，夜里也如此。再也无法休息。失眠常常折磨着我。即使能够入睡，可怕的噩梦也在向我袭来。我感到生活是如此艰辛，如此压抑，难以忍受，十分残酷。为了逃脱这种沉重的感觉，我在严重抑郁的时刻，想到了自杀的可能性，而且也做过自杀的尝试。头脑里始终围绕着死亡和自杀——但我却没有对人说过这件事。

在这篇自我描述中,我们可以清楚地看到,患者是在多么孤独的状态下与痛苦搏斗。他可以感到,身体里发生了变化,感到了不正常,但同时又找不到合理的解释,这是一个很危险的经历。因此,抑郁症能在早期发现,也就十分重要。要防止抑郁的“栅栏”在患者周围越来越紧密而最终封闭起来。

二、为什么抑郁症患者女性多于男性

世界卫生组织（WHO）把抑郁症定为导致妇女生病的精神负担（leading disease burden）。这就意味着：妇女生病或死亡的主要原因是抑郁症。根据世界卫生组织的统计，世界范围内，在发达国家，有百分之二十的女性居民患有此症。男性的发病率为女性的一半。或者我们换一种说法：妇女患上抑郁症的几率高于男子一倍。对这一区别的解釋，有各种见解和估测：妇女比男子更倾向于去找医生，容易承认自己的心理问题，习惯于谈论自己的感情，而男子却往往在出现问题时借助酒精解决问题。初看起来，有一种估计似乎特别能说明问题：荷尔蒙障碍是妇女抑郁症发病率高的一个原因。在荷尔蒙的作用下，妇女“天然”就比男子更脆弱和不稳定。当男人直截

了当和不以感情用事地去对待自己的生活时——传统的说法是——妇女却是难以捉摸的。在她们身上时刻都会产生感情爆发，她们也很容易失去平衡。事实上，妇女确实受到强烈的荷尔蒙不稳定的左右，从而影响到她们的心理状态，但它并不是必然的。

（一）荷尔蒙的影响

有些妇女生过小孩之后会患上抑郁症。即使怀孕和生产完全顺利，妇女对孩子也很喜欢，她的精神仍然有可能在产后几天坠入黑洞之中。据估计，大约有半数的母亲有过这种经历。这种现象被称为“产床抑郁症”，民间称之为“嚎哭期”。但遗憾的是，此病对妇女的压抑却一直被人们所低估。很多妇女对这种抑郁的情绪感到茫然，因为，她们实际上——依据天然母爱的神话——应该高兴才对。但事实上正相反，她们的反应却是突如其来的嚎啕大哭，以及躯体的疲惫和感情的淡漠，对任何事情，包括对她们孩子都失去了兴趣。这又反过来使她们产生了愧疚感，进一步恶化了她们的的情绪。在大多数

情况下,这种抑郁情绪会在很短时间内消失,就像它在很短时间内出现一样。有四分之一到三分之一的妇女,她们的这种阴暗的感觉会持续一周左右,有百分之十的妇女,产后几个月仍然会有这种重度抑郁的感觉。医学界对这种现象往往不予重视,因为对此有一个合理的解释:妇女产后荷尔蒙的变化是很大的。

在很短的几个小时内,孕期最重要的两种荷尔蒙(雌激素和孕酮)会减少,同样,甲状腺激素值也会下降。这只是一些最重要的变化。与此同时,妇女在生产过程中还需要承受其他的变化。

荷尔蒙的变化和情绪的变化有着直接的联系,这是众所周知的:孕酮(Progesteron)和雌激素(Östrogen)以及甲状腺激素(Schilddrüsenhormon)等荷尔蒙的急剧减少,也会减少大脑的神经递质(Neurotransmitter)中血清素(Serotonin)、多巴胺(Dopamin)和去甲肾上腺素(Noradrenalin)的含量。而这些神经递质又对抑郁症极为重要(见第三章第1节)。

同样,“经期综合征”(Prämenstruelle Syndrom)也会使三分之二的妇女月复一月地陷入抑郁之中。如果这些妇女在月经之前或月经当中“有些疯癫”,那么,根据医学研究结果,它可

能是孕酮缺少或雌激素或催乳激素(Prolactin)超量的结果,或者是紧张激素(Stresshormon)和甲状腺激素(Schilddrüsenhormon)过剩所致。

对于很多妇女来说,经期综合征(PMS)的“发现”是一个很大的解脱,她们终于感觉自己受到了重视。尤其是她们终于对自己的情绪变化找到了合理的解释。在一些欧洲国家,妇女如果能够证明,她们的行为是在经期综合征期间发生,甚至可以在法庭上获得较轻的惩罚,因为她们在这个时期不具备为自己的行为完全负责的能力。对此我们还是持怀疑立场为好,因为经期综合征的“解脱书”同样会被当做反对男女平等的理由。如果妇女每月都有一个“无行为能力”的时期,那么,也就不能赋予她们重大的责任,而且必须时刻估计到她们在关键的时刻恰巧处于不适的几天。

如果用荷尔蒙来解释一个妇女的行为,那么也就没有必要去研究其生活状态了。因而也就忽视了荷尔蒙水平的变化可能是各种原因造成的事实。近一个时期以来,有越来越多的迹象表明,妇女对环境影响和季节变化的反应不同于男子,而且由于其社会状况的不同,也比男性对抑郁症更为敏感。科学研究还远没有达到对这一现象给予最终答案的程度。某

些研究成果促使专家们得出了下列谨慎的推测：

——男性和女性的大脑，由于在子宫中 X 和 Y 染色体的不同，它们所处的荷尔蒙环境也不同。这个区别有可能影响到大脑的发展，使得女性对环境紧张程度的反应比男性更为敏感。

——女孩子在青春期开始时，比男孩子更容易受到抑郁情绪的干扰这一事实，显示孕酮和雌激素这两种荷尔蒙在抑郁症形成中起着作用。

雌激素似乎对身体的紧张反应起着消极的作用。在紧张时期，副肾上腺加大排出可的松 (Kortisol)，从而激活新陈代谢和免疫系统，使人体准备应付各种各样的“威胁”。紧张时期一过去，可的松的排出水平随即下降。有迹象表明，女性雌激素不仅能够激发可的松的过量产生，同时也会抑制紧张荷尔蒙的生产，而在“危险过去”之后，可的松就会有所减少。后果是：女性经历紧张处境的感应程度要强于男性，她们对紧张的反应也持续更久。在大约一半重度抑郁症的患者当中，可以确认可的松水平的提高和抑郁症的发生有着联系。如果雌激素在妇女身上可以加剧和延长紧张荷尔蒙可的松的产生，那



么,就可以估计,这种雌激素在女性特别敏感的情况下,对抑郁症的发生起着作用。

——美国精神健康研究所的研究人员发现,女性对光线变化的心理反应明显比男性强烈。科学家们十分关注所谓的“冬季抑郁症”(SAD, seasonal affective disorder)以及荷尔蒙松果体(Melatonin)所起的作用。在冬季抑郁症方面,人们发现,女性发病率为男性的3倍。

松果体激素是在黑暗中由身体产生的,也就是当体内生物钟告诉你:“现在已是夜里”的时间。天亮以后,体内的松果体素的水平就会重新下降。研究人员认为,在冬天,男性和女性的松果体产生水平是不同的:女性夜里产生的松果体的持续时间比男性长。而男性的这种季节性因素却无法测定出来。美国研究人员得出结论说,女性对自然光线的变化反应敏感。现在还不清楚,松果体产生的增加是否对其他荷尔蒙,如紧张荷尔蒙可的松或雌性激素有什么影响。这种极其复杂的关系,现在正在积极的研究当中。

——今天,神经递质血清素的关键作用已被普遍承认。它既影响着可的松,也影响着松果体的产生。在动物身上所做的试验表明,动物大脑中的血清素体系和动物的社会环境之

间存在着联系。不仅紧张和自然光线的变化，而且社会结构也在改变着这个体系。一系列研究表明，血液中和大脑中的血清素的水平，似乎会随着一只动物在它的种群中地位的变化而增减。比如，一只占据统治地位的雄性猴子的血清素水平，就高于握有较少社会威望的猴子。不论动物世界还是人类世界，似乎都存在着血清素组合的不同。美国科学家研究证明，男性的血清素组合比女性高出百分之五十二。这种血清素生产较少的现象，看来是妇女患抑郁症高发的原因所在，尤其是在紧张状态下和在冬天，她们的血清素储存几乎等于零。

(二)传统妇女地位的影响

尽管这些研究成果十分诱人和有趣，但不能因此得出结论，说它们可能是抑郁症生物基础的惟一原因。生物因素和社会因素是相互影响的。还没有一个妇女仅仅由于她们的基因风险高，就患上抑郁症的。抑郁症是紧张引起的疾病：一个妇女的生活越紧张，患抑郁症的危险也就越大。紧张使一个

妇女在生活中可以具有各种面孔。

你突然感到，你什么都做不成了——一切都变得那么吃力，无休止的家务劳动，连续不断的饮食安排。你想反抗，没有任何明显的理由。“为什么必须是我去做这些事情？”你绝望地问自己。“我结婚之前，还不需要做这些，现在为什么要做呢？”和每天早上一样，你起床，去准备早点，你的丈夫还在浴缸里洗澡。你在半睡中爬下床，拖着沉重的步伐走下楼梯，突然发觉，头脑中产生了一种反抗情绪。楼上欢快的口哨声，更增加了你的反感。面包片无缘无故地烤焦了，小香肠也不像平日那样安静地躺在平锅中，而是开始喷油和裂肚了。你赶紧设法去拯救面包片，但它已经变成了垃圾。小香肠也已经变得面目全非了，你也把它们扔进了垃圾桶。你的毫无所知的夫君，打开厨房的门，期望着已经准备好了的早点，但所看到的却是满屋油烟和筋疲力尽的妻子。你的精神崩溃了，你无助地哭了起来。

调查表明，抑郁症和家庭状况显然是有联系的。未婚妇



女患有抑郁症的比例少于已婚妇女。与此相反，未婚男子却比已婚男子更容易出现心理问题。婚姻显然是男子患抑郁症的保护伞，而对妇女来说，婚姻却使她们更加脆弱。只有家庭主妇、学龄前儿童的母亲，比职业妻子和母亲更容易患抑郁症。所以，诱发抑郁症的原因，并不一定是很多妇女所承受的家庭和职业的双重负担，而更是社会隔离和人际关系造成了妇女抑郁的产生。

——已婚男子受抑郁的困扰，比未婚男子少。已婚妇女却正好相反，比未婚者更易变得抑郁。这在很大程度上说明，婚姻的紧张状态和对夫妻关系的不满意，婚姻中的矛盾、配偶的不忠诚或者对妻子的不理解，都意味着——尤其对非职业妇女——比男子更大的精神负担。

——研究表明，即使是照顾幼童这样一件事情，也可以构成女性产生抑郁的重要因素。与一般的看法相反，如果孩子离开家门，妇女反倒很少会患有抑郁症。

——一般情况下，就业会对妇女的心理平衡起到积极的作用。最新研究表明，妇女一旦从事“非典型范畴”的职业，情况就发生了变化。进入男性领域的妇女（中高级管理层、教授

岗位等)其抑郁症发病率甚高。

——妇女甚至感觉自己是对伴侣间和家庭中的气氛承担主要责任,而男子却不受危机和争吵的影响。一个调查表明,抑郁的妇女承受婚姻矛盾负担的比例,明显比非抑郁的妇女高。妇女承担“关系工作”,她们感觉不仅应负责丈夫和孩子的躯体舒适,而且也负责他们的心理健康。但谁又关心她们的心事和心理的平衡呢?在很多调查报告中都确认,一个不健全的社会网络,一个欠缺的亲情关系,都是抑郁症的重要诱因。资料表明,妇女比男子更需要亲情。她们对亲近和密切的关系有着强烈的需求,但却被社会贬低为“依赖性”。所以,妇女也就学会了把她们对亲情的需求看成是“神经官能症”和“不正常”。因此,妇女实际上被禁闭在一种自相矛盾的状态当中:社会一直期望妇女能够在营造关系网络中起主导作用,但同时又贬低建立密切关系的重要性。这种自相矛盾的状态会导致抑郁症的产生。

心理治疗师埃伦·麦格拉思(Ellen McGrath)认为,传统的妇女角色是女性抑郁症的主要发病原因,其中有五种形式:

——牺牲型抑郁症。它来自对暴力和压迫作出适当反应的无能,它既是一种习惯的,也是一种现实的无助状态。

——关系型抑郁症。它的产生,是由于妇女把她们对关系及关系的形成理想化,但在现实中这种理想是无法成立的。

——年龄惧怕型抑郁症。妇女随着年龄的增长,抑郁症发病的危险也在增加。特别是那些把自身价值或多或少放在外表的妇女。

——疲惫型抑郁症。它的产生是由于传统的妇女地位,如对其他人的关心和非传统愿望,如独立性和职业成就,发生了碰撞。使人人得到照顾的愿望和建立自己生活的需求,会对抑郁症的发生起促进作用。

——体形至上型抑郁症。很多妇女,当她们发现,她们的体形和公众标准如美貌、苗条、性感和青春不相符合时,就会以抑郁作出反应。饮食障碍,如厌食或暴食以及持续性节食,都是绝望地企图应付抑郁所采取的手段。

在妇女的一生中,有足够多的机会陷入无助的感觉。而无助恰恰会导致一种悲观的生活观,从而也会导致抑郁症。社会心理学家马丁·塞利格曼曾有力地证明了这一点。在全

德国范围内，对 900 名患有抑郁症程度轻重不等的女性的问讯中，汉堡的一个女心理学家小组证明，抑郁症和传统的妇女地位之间确实存在着关联。调查中提出的问题是：她们受到的教育情况，她们认为一个女人应该是什么样子，她们对自己的看法。而这些女患者的回答却存在着巨大的矛盾。她们所受的教育使她们更倾向于传统的妇女形象（一个女人应该喜爱秩序，应该谦逊、温柔、护家、耐心和关怀别人），但她们自己却更喜欢其他的東西。她们很愿意具有男性的一些特征，如坚定性、自信、活跃、自立和勇敢。特别值得注意的是，她们对“攻击行为”的看法：被询问的妇女中只有百分之十七的人认为，一个女人应该允许有攻击行为，但百分之五十一的人，却认为自己是具备攻击行为能力的。

这些女科学家们估计，“很多妇女原则上把攻击性的举止看成是不良行为，在她们所受的教育中，她们不仅学会了要压抑发怒和气愤（只有百分之二点四的人表示，她们在父母家中允许有这样的感觉），而且从原则上讲，这个攻击行为的概念对妇女来说也是应该拒绝的。我们认为，这种被拒绝的不被喜爱的情感，常常是针对自己的，这样，对自己内心发泄的攻击行为，也就表现为自恨、缺少自信、抑郁性、自我封锁。”

从这里我们也可以看出，过去的女孩子所受到的顺从和贤淑的教育。这都是男孩子受教育时不需要包括的内容。这种专门为女性制造的社会氛围所产生的消极影响，到了女孩青春期到来时就会显现出来。各种调查都得出过这个结论。女孩在10岁之前，在自我感受和自我评估方面和男孩子还没有什么区别，但到了青春期，就会发生急剧的变化。这时，女孩子比男孩子明显地对自己不满，包括对她们的外表和她们的生活。她们所希望的完全是另外一个样子，所以感觉不被喜爱和不幸福。她们对自己的健康状况也不像同龄的男孩子那样满意。年轻的女孩子就已经开始患有头痛和胃痛症状，睡眠不好，感到沮丧。因此，服用止痛药的人数也相应地高（这可以一直延续到成年）。

成长中男孩子和女孩子的这种差别，按社会学家的看法，原因是女孩子自我感觉比男孩子要不平衡得多。她们的自我价值观较弱，常常怀疑自己，直至今日她们也不知道，在社会中应占据什么样的位置。美国社会心理学家马丁·塞利格曼认为，女孩子不得不经历相当多的无助状况：“男孩子的行为受到父母和教师的表扬或批评，而女孩子却常常被忽略。男孩子被培养成自信和活跃的人，而女孩子则被教育成被动和



依附别人。当她们长大以后,女人就会发现,她处在一种轻视家庭主妇和母亲角色的文化之中。妇女一旦走进劳动世界,她就会发现,她们的成绩不像男人那样受到承认。如果她们在一个会议上发言,很多人都会感到无聊。”

(三) 消极思维方式的影响

如何对待抑郁情绪,是妇女在这方面的又一个问题:男人总是试图转移自己的注意力,而妇女却在思考,并试图去加以分析。

弗里堡大学的瑞士心理学家古伊·波登曼 (Guy Bodenmann) 似乎已经弄清楚,为什么妇女患抑郁症的危险更大。波登曼可以证明,如果人在紧张状况下采取“不太符合实际的应对方式”,那么抑郁症的发病危险就会提高。

这是波登曼对 70 对男女进行试验的主要成果。参与者当时被告知,他们将参加一次“双人智力测验”,而实际上是测验如何应对紧张状态。每对男女共同选择两个“智力测验”中的一个,然后分别在两个不同的房间完成得到的任务。他们可

以通过对讲设施交换完成任务的意见。为了发出或接收信息,他们必须输入固定的密码。就在这里,波登曼安置了错误源。如果一方三次错误地使用对讲设施,测验即宣告中止。测验主持人任意宣告测验中止的责任方,有时是男方,有时是女方。

波登曼所关心的问题是,测验参与者如何对待自己的或伙伴的“失败”,以及在测验过程中他们的状况有何变化。

测验开始之前,男女在他们的身体感觉值上并没有差别:两个性别都在题卷中把自己的情感状态描写为中性。但在测验过程中,女性就表现出了明显的沮丧——这一差别一直十分明显地持续到测验结束和“失败之后”。

古伊·波登曼认为,性别的这一差异,主要是由于男性和女性对处置方式的不同认识所致。例如,对于女性来说,十分重要的是不要使同伴(或两人)在测验中丢脸,而男性则更注重自己取得好结果,不使自己的声誉受损。女性为她的同伴表现的“护他性”努力,显然比她的男性同伴承担更大的紧张。

在问到他们如何解释自己在测验中的失败时,女性的回答是,自己的“不机灵”和“使用技术设施的无能”。当测验主

持人有意让男性参加者犯错误时，他们的解释就完全是另一种样子：他认为他当天的状况不太好，或者他没有尽最大的努力。此外，男性参加者还倾向于把责任推给他的女性同伴。认为她太不机灵，而且女伴也——男性参加者毫无顾忌地告诉测验主持人——缺少必要的智力。

女性参加者即使认为失败的原因在于男性同伴，其评价也是较温和的：她们最多说男性同伴没有尽力。

这个测验清楚地表明，同男性相反，女性“即使在较弱的紧张状态面前，也会作出对自己不利的反应”，这位瑞士心理学家如是说。更严重的是，测验还表明，她们的“这种行为还会由于社会环境的变化而有所加剧”。女性对平时出现的问题所作出的沮丧反应，“容易在紧张状态加剧的情况下转为抑郁。”这也是波登曼的看法。

这位心理学家还发现：女性和男性相比，女性不仅具有自损的思维方式，而且她们解决问题的办法也并不是为了摆脱困境。有一份问卷请参加者回答他们在测验过程中是以什么样的自我对白应对紧张状态的。他们可以选择的回答是：对自己、同伴以及其他人的埋怨，自我安慰（“也许并不那么严重”），寻找信息（“怎么办？”）以及消极的自我对白（“我要是

不参加就好了！”）。

男性在“我暗地里埋怨我的女伴和其他人”一款上选择的比例比女性多3倍，而女性却更多选择消极的自我对白，对自己不满。但这很容易陷入冥思苦想。心理学家认为，冥思苦想是抑郁症的主要征兆。

两位女心理学家苏珊·诺伦-霍克泽马（Susan Nolen-Hoeksema）和贝尼塔·杰克逊（Benita Jackson）在一次专门的调查中证明，喜欢冥思苦想的人抑郁症发病危险较高。两位心理学家认为，冥思苦想对当事人有三大不利：

- 他们对自己当前、过去和未来的思维都是消极的。
- 他们不愿意采取恰当的行动以改善他们的情绪，或建立可以控制局面的感觉。
- 他们很难找到解决问题的相应方法。

在这份对515名女子和612名男子进行调查的结果中，两位女科学家试图说明，人们到底为什么要冥思苦想，这其中是否有性别上的不同。

结果是一目了然的：女性比男性更喜欢冥思苦想。

她们是否有特殊的原因呢？

两位科学家断定，这不可能是由于生活经历中消极面过多而造成的。男子在一年的生活中经历消极事物的比例要比女子多。但如果问到，这种消极经历是否经常涉及亲人的问题和命运时，那么，女子记起这类事件的数量远比男子多。看来女性对其他人发生的事情反应得更为强烈，并更多表现出对别人的关心。

另一个发现是，女性也明显地对这种事件耿耿于怀。当问到，他们为职业、家务、儿童教育和对老年人照顾花费多少时间时，女性所花费的时间远远超过男性。例如，25 岁至 35 岁的女性每周花费的时间达到 90 小时，而同一年龄段的男性则只有 68 小时。经常性的超压负荷，会导致产生无法控制局面和无能为力的感觉。失去控制又导致无助，而无助的感觉则是抑郁症的主要标志。

(四) 早期童年经历的影响

妇女抑郁症发病率高的根源，或许还可以从她们童年时

的经历和女性特有的社会环境中找出。具体地说：在母女之间的特殊亲密的关系中，存在着与母子关系不同的内涵。由于性别相同，母亲倾向于把小女儿看成是自己身体的一部分，所以给予她们的独立性和独立发展的机会也就比儿子少。美国女社会学家南希·乔多洛夫(Nancy Chodorow)在她的《母亲的遗传》一书中，引用了罗伯特·弗利斯(Robert Fliess)的著作，后者在其中令人吃惊地认为，神经质的和有神经官能症的母亲，会把她的病症主要遗传给女儿。这些母亲的共同特征是，在女儿需要全面呵护的时期，没有足够地把感情投入到关照中去。乔多洛夫认为，她们的行为是“抵制共生”。而当女儿成长到一个孩子开始脱离母亲将发展自我的年龄时，母亲又变成了“超级共生”。乔多洛夫最后总结说：“最初，她们拒绝了女儿所渴望的早期共生及充满信任的稳定和安全之后，现在又要限制女儿的任何离异和自立的空间。”

其后果是：她们的女儿也出现了精神官能性的症状，直至产生严重的自我障碍和体能障碍。

女心理治疗师伊妮德·巴林特(Enid Balint)在实践中也有类似的报道：母亲们认为——由于性别相同——理解女儿的需要，但在很多情况下是把自己的需要强加到女儿的身上，

让她们在这样的条件下生活(而不是根据自己的需要)。巴林特根据她的实践描绘了母亲和女儿之间的特殊关系:

莎拉的母亲拒绝谈论任何与她理想中的女儿的形象不同的话题。结果是,莎拉无法理解同母亲的交流,并感到她的母亲从来没有看到她的真实面貌;两个人无法从对方找到回应;所以在成长和环境之间就只能出现一种不真实的往来。

同样,女作家塞纳·哈默(Signe Hammer)在采访 75 名母亲、女儿和祖母时,也一再遇到女儿难以建立独立于母亲的自我的现象:

在一定程度上,母亲和女儿容易凝固在一种密切的情感关系之中,我们可以称之为亚共生关系,在这种关系中,双方都不把对方看成是独立的人。

而儿子却正好相反,很少有这样的问题。他们显然不一样,母亲们比较容易不去干扰他们的自主倾向。



所有的作者都不愿意把这种关系结构归罪于母亲。他们更愿意指出,母亲自己也很少发展自我,她们自己也感到空虚和抑郁。值得注意的是,没有发展稳定自我的母亲,往往是限制而不是促进女儿的自立。这不仅会影响女儿未来与一个男人共同生活期望温馨和安全的爱情关系,而且也会引发抑郁症的形成。

尽管大家一致认为,抑郁症很少是由一个惟一的原因所生成,而是各种因素的综合结果,在探讨女性抑郁症发病率高的原因时,往往还是把生理原因放在首位。难道这里面隐藏着所谓女性是天然的弱者的老生常谈吗?但不管怎么说,这种观察问题的方式,还是对如何治疗女性抑郁症有影响的。可悲的是,同对待男子相反,医生对女性患者的诊断常常是“神经性疲劳”、“植物神经张力障碍”或“恐惧症”等。一个妇女来到诊所,述说她经常疲乏、背痛和头痛,那么,很多医生立即就会知道:一切都是神经性的——对此,现有“缺少母爱的”(Mother's little helpers)一种专治神经性症状的彩色药片。医生开给女性患者的镇静剂(Tranquilizer)、神经镇定剂(Neuroleptika),以及抗抑郁药物的比例,要比开给男性患者高出百分之三十。至于他们的生活状况,则是无人问津的,甚至不考虑女



性服用了这些药物是否反而会生病。很多这些药物是会使人产生药物依赖的,而且不可能根治她们的病痛。然而,医生们只要是单纯考虑生理和体质方面的因素,就不会关心其他方面的问题。

因此,对于妇女患者而言,尤为重要的是寻找抑郁症的根源,并极其慎重地对待医生的诊断和治疗。

三、人为什么会患抑郁症



早在 1621 年，教士和学者罗伯特·伯顿（Robert Burton）在他的毕生之作《伤感的解剖》中，提出了这一病症的三种形式，并指出，“这种三分法可以在希波克拉底和大部分现代学者那里找到确认”。在他的三分法模式中，分为“由大脑引起的头脑伤感”，由“黑胆”失去平衡而引起的波及全身的伤感以及由内脏引起的“多疑性”或“夸张性”的伤感。伯顿还认为，“伤感症常常和其他病症结合在一起，即使行医经验丰富，也难免诊断失误。”

直到近期，人们仍然把抑郁症形式基本分为三种，和伯顿的分类仍有共同之处：躯体源型（somatogene）、体内源精神分裂型（endogen – psychotische）和神经反应官能型（psychoreaktiv –



neurotische)抑郁症。今天这种划分已被看成过时了。然而,根据最新的研究成果,严格地区分体内源型(无外在事件所诱发的)和神经官能型(某一事件,如配偶离异所诱发的)抑郁症,是没有依据的。对抑郁症的研究越深入,人们也就越清楚地看到,没有一种抑郁症是单纯由体内源(遗传、基因等)所诱发或完全是精神官能性的(外界影响或早期童年的原因)。研究人员和心理治疗师普遍认为,根据症状的数量和严重程度的分类是最合适的分类。

1. 多症状抑郁症(双向或单向)

“多症状抑郁症”(Major Depression)至少诊断出下列症状中的五种方能成立:

- 几乎每日情绪不佳;
- 欢乐兴趣和能力减弱;
- 明显的体重减少或增加;
- 失眠或嗜睡;
- 精神运动的加剧或障碍;
- 疲乏或无力;



●思考能力下降和精神集中障碍；

●死亡情绪、自杀想法、自杀尝试。

据估计,百分之二十的抑郁症患者为“多症状抑郁症”,进程可以是双向或单向的,即躁狂阶段和抑郁阶段交替出现(双向)或者患者完全处于抑郁阶段(单向)。在躁狂阶段,患者处于高度兴奋之中,睡眠很少,或根本无睡眠,其行为大多是自损性的。比如贷款购买大件物品,辞去现有的工作,提出离婚,买一张飞机票,只是为了到另一个城市去喝一杯咖啡等。较突出的例子是,维也纳萨赫饭店老板彼得·居特勒的自杀。他属于躁狂抑郁症。在躁狂阶段他向社会宣告,他想担任下届奥地利的联邦总统。他将放弃总统的薪俸,因为他拥有足够的财产。躁狂阶段过去之后,他立即陷入了黑洞之中。兴奋亢进变成了索然无味和无所作为。在这样一个抑郁的阶段,彼得·居特勒饮弹自尽。

各个阶段的感觉截然不同,差别之大令人感到恐怖,一位女性患者曾作过相应的描述:

这种病症使人经受的是一种特殊的痛苦、欢乐、孤独

和恐怖。到了“兴奋期”，一切都是那么激动人心。各种想法和感觉一下子都涌了出来，这时他就只想跟随这种感觉走，直到又一个更好的感觉出现。这时他就不再有任何顾虑，突然找到了正确的语言和姿态，他就会感到有能力去影响和诱导别人。甚至连他平时不屑一顾的人，也突然发现了其可用之处。他感到轻松、强大、兴奋，在经济上也无比的富有。但不知在什么时候，这一切就会发生变化。好的想法太多了，它们过快地涌到了一个人的身上；原来清晰的头脑一下子变得混乱了，而且，突然失去了记忆和幽默——很容易变得不知所措，胆战心惊。在震惊之下，又变得失去了控制，好像被关进了灵魂的最阴暗的小室之中，感到永世不得解脱。自身的现实创造了疯狂……这些感觉当中，哪些是现实的呢？我又是谁呢？难道我就是那个野蛮、活跃、混乱、充满能量和疯狂了的生灵吗？或者说，难道我就是那个怯懦、退缩、绝望、自残、受诅咒和疲惫的生灵吗？

“多症状抑郁症”在百分之七十五的患者中是单向型的，也就是说，不存在躁狂的阶段。即使双向型症状，也并不是在



每一个抑郁阶段之后就必然出现一次躁狂阶段(反之亦然)。实际情况是,抑郁阶段远远多于躁狂阶段。

2. 忧郁或神经官能型抑郁症

和多症状抑郁症不同,忧郁(Dysthymia)或神经官能型抑郁症(Neurotische Depression)是一种轻度抑郁症。它的主要症状是周期性抑郁情绪,但至少已存在两年。其他症状是低下的自我价值观,追求十全十美,过分期望赞赏,难以和其他人划清界限,难以说“不”,负罪倾向,害怕离别。这种抑郁症的根源,可能来自童年和青年时代,所以也被称为“抑郁型个性障碍”。抑郁症发病率日益增高,主要是因为这种形式的抑郁症增加所致。

3. 反应型抑郁症

反应型抑郁症(Reaktive Depression)可以明确找出诱发原因:一个亲近人的死亡,配偶的离异,孩子搬出父母家,失去工作岗位。像这类特殊的生活经历,都可以诱发抑郁的反应,但大多数情况下几周后即可过去。





4. 症状型抑郁症

症状型抑郁症（Symptomatische Depression）相当于“过去的”躯体源型抑郁症。估计有百分之十的患者属于此种类型。周期性疼痛、心脏病、病毒感染、糖尿病、癌症、甲状腺缺陷症、中风、肾上腺症、风湿症，常常和抑郁症同时出现。同样，抑郁症也可能在帕金森症或艾滋病爆发之前出现，或者在一次躯体疾病如黄疸症之后出现。躯体源型抑郁症的一个特殊分支是药物型抑郁症，即通过某种药物所诱发。其中甚至包括抗抑郁症药物（特别是神经镇定剂）以及镇静剂、抗帕金森症药物、抗生素、可的松等。对个案都应该首先弄清楚它是否存在诱发抑郁症的病症，或者是服用了什么已知的可诱发抑郁症的药物。因为，躯体源型抑郁症既不能使用药物，也不能使用心理治疗，而应该首先去治疗存在的其他躯体疾病。很多常年用药物或心理治疗的患者均未取得疗效，就是因为没有进行全面的躯体或心理上的检查。

5. 冬季型抑郁症

在冬天，白天变短之后，有些人的病痛就开始发作了。此



时,患冬季型抑郁症(Seasonal Affective Disorder, SAD)的人感到沮丧,开始躲避其他人,对一切都丧失兴趣,甚至希望能够进入冬眠。除此之外,他们还常常感到对甜食和碳水化合物食品的贪嗜欲。到了春天,这种冬季抑郁症会突然好转。

光线的缺少是诱发此类抑郁症的主要原因,这可以从阳光充足和阳光缺少的地区患者比例的不同中认定。在阿拉斯加的居民中,有百分之二十的人患冬季抑郁症,而在佛罗里达,这个比例只有百分之二点六。

(一) 抑郁症的生物学原理

只有双向型带有躁狂阶段的多症状抑郁症,科学家才认为其存在着遗传因素。其根据是研究成果的表明,家庭中有这类病史的人,有可能患抑郁症。发病率为百分之十到二十。对双胞胎的调查也证明了遗传因素的存在。一个单卵双胞胎患有躁狂抑郁症时,另一个双胞胎患此症的或然率高达百分之五十到七十。而双卵双胞胎的发病率却只有百分之十到二十。双胞胎两人尽管基因相同却不一定同时患病,这一事实

表明,除基因因素之外,环境的影响也不能忽视。

主张“遗传理论”者,手中握有一个特殊的研究对象,即位于宾夕法尼亚的所谓的严谨派的人(Amish - People)。这一人群在 30 多年的时间里完全与其他人隔离,严格按照他们祖先的传统规范生活。人群的每一个成员,自 18 世纪初起,无一例外地都是 20 至 30 代前始祖夫妻的直系子孙。迈阿密大学的女医学社会学家贾尼丝·埃格兰(Janice Egeland)对这个家族的 81 名成员(其中有 19 人患有抑郁症)的遗传因素进行了详细的调查。她在 11 个与躁狂抑郁症有关的染色体中发现了损伤。这就在很大的程度上证明了,遗传因素对双向性抑郁症的产生有关——但我们仍然要说的是:即使在这里,也不能得出结论,说这种少见的抑郁症形式就是来自遗传。

科学试图通过很多途径,探索抑郁症秘密的踪迹,但也常常不得不走弯路。50 年代末,医生们吃惊地发现,一种治疗高血压的药物“利血平”,会诱发患者产生强烈的抑郁情绪。内科医生爱德华·弗赖斯(Edward Freis)为高血压患者开出“利血平”之后,出现了多名患者自杀的后果,才首次发现了这种药物的严重的副作用。这些患者在服用“利血平”之前,并没有发现心理不平衡的症状。“利血平”的这种副作用引起了科



学家——首先是在动物身上进行试验——对此的积极研究。在老鼠身上的试验,也证明了“利血平”所具有的安定的效应:它们变得懒散。人们由此证明,“利血平”会导致神经递质去甲肾上腺素和血清素的短缺,它们对大脑的供应不足引起了抑郁症状的产生。

我们的神经系统由大约 100 亿个神经元组成,它们是相互连结的神经细胞。神经的兴奋是从一个神经元经过一个缝隙即突触向另一个神经元传递。为了传递信息,每一个神经元经过它的“出口”即突触前(Präsynapse),承担传送化学物质的任务。信息,即神经兴奋将被对面一个神经元的突触后(Postsynapse)所接受。这种化学物质即称为神经递质,它共分为两类:单胺(Monoamine)和苯邻二酚胺(Katecholamine)。通过“利血平”作用被大量减少的递质去甲肾上腺素和血清素,均属单胺类。为了抑制单胺的下降,发明了一种药物,在抑郁症治疗上被称为单胺下降抑制剂。

鉴于服用“利血平”所出现的意外的副作用,有人得出结论说,抑郁症是去甲肾上腺素和血清素缺少的结果。今天,抑郁症研究者普遍认为,这样的看法过于简单了。因为,在这个期间,又有很多“马赛克拼块”被集中了起来,虽然还没有形成



一幅抑郁症的清晰的图像,但是可以认为,抑郁症是同身体的很多变化相关的。

例如,有一个专业称为周期生物学,它旨在研究抑郁症患者的睡眠障碍特点。抑郁症患者很难入睡,往往会夜里醒来,睡眠很不塌实,且清晨醒得很早。睡眠实验室对抑郁症患者的检查表明,他们很少有深睡阶段。特别值得注意的是,所谓的“快速眼动睡眠”(paradoxe Schlaf),以眼球快速转动为其特征,在抑郁症患者身上有着特殊的表现。一般情况下,快速眼动睡眠状态在一夜间出现多次,一般持续 10 至 30 分钟,每 90 分钟重复一次。一个健康的人,大约在入睡后 50 分钟,就会出现快速眼动睡眠状态,而且频率增加,每次持续时间延长。但在抑郁症患者那里却不是这样。他们在夜里的前三分之一的时间里出现强烈的快速眼动睡眠状态,但在后三分之一的时间里却明显减弱。

对这一现象的解释之一是,同快速眼动睡眠状态相关的 24 小时节奏,出现了阶段性加速。人们在这方面再次估计,神经递质在其中起了作用,具体地说是乙酰胆碱(Acetylcholin)。这种神经递质的迅速减少,会使入睡后的做梦阶段人为加速。这在动物试验中得到了证实。给动物注射一种类似乙酰

胆碱的药剂,其睡眠状态和抑郁症患者极其相似。

这一研究成果得出的结论就是,在治疗中采用剥夺睡眠疗法以及光线疗法,其疗效只能是短期的。如果剥夺患者在夜里的全部或部分睡眠,他们在第二天的感觉就会很好,这一效果可以持续一到两天。

同样,光线疗法的疗效也是短期的。这种疗法是让患者在一周多的时间里,每天早上和晚上都置于强光之下(2500Lux,做个对比:一般的写字台台灯的光度为100Lux)。但这种疗法只适用于那些所谓“冬季抑郁症”的患者。这就是说,抑郁症在冬季严重,而到了夏季就会有好转。像我们在上一章中所阐述的那样,主要是妇女患这种“冬季抑郁症”。尽管对抑郁症的生物学研究如此可信和激动人心——但迄今为止,仍有很多问题尚无答案。恩斯特·洪齐克(Ernst Hunziker)和居里诺·马佐拉(Guerino Mazzola)两位科学家都认为,对大脑进行研究“只是了解抑郁症现象的部分工作”,因为始终存在着很多“相互矛盾的地方”。某些固定的药物虽然可以立即使神经递质的含量提高,但抗抑郁的效果要到7至14天之后才能出现。其他一些药物,例如毒品可卡因同样可以提高胺的水平,但它却没有任何抗抑郁的效果。洪齐克和马佐拉还

提出了“第三个值得注意的不同看法”：再好的抗抑郁药物，它只可以平衡神经递质的水平，但它却不能降低自杀率。在每两个自杀者中就有一人患有抑郁症。

其他科学家，如慕尼黑普朗克心理研究所的临床研究所所长弗洛里安·霍尔茨博尔(Florian Holsboer)教授，就在致力于研究荷尔蒙体系在心理疾病的产生中的作用。

在人类的身体中存在着 50 多种荷尔蒙，承担着不同的“任务”，很多荷尔蒙存在于大脑之中，履行它们的使命，在保证心理健康上起着重要的作用。大脑的两个部分，下丘脑和脑垂体，都以其特有的形式负责荷尔蒙的协调。在正常人身上，荷尔蒙的含量保持稳定，而一旦其中的一部分出现障碍，荷尔蒙的调节机制就会失灵。抑郁症看来是荷尔蒙可的松发生特殊变化的结果。霍尔茨博尔的研究表明，在抑郁症患者身上，紧张荷尔蒙可的松明显长期超量，但却找不到外界的影响。只有在抑郁症改善之后，可的松的水平则相应下降。

弗洛里安·霍尔茨博尔说：“早在 20 年前，人们就知道，重度抑郁症是和紧张荷尔蒙的增加同步发生的。”在“慕尼黑易损性研究”中，他的小组几年来一直对抑郁症患者以及对抑郁症具有较高遗传发病危险的家庭，进行了紧张荷尔蒙变化



的临床试验。研究的结果是：可以把超度活跃的紧张荷尔蒙，看成是使一个人对抑郁症敏感的危险因素。阿姆斯特丹的“荷兰脑研究所”的科学家们也证明了紧张荷尔蒙可的松的作用。荷兰科学家维特·霍根迪克(Witte Hoogendijk)指出：“紧张和抑郁具有相互交替的关系。”抑郁症患者的大脑里产生的紧张荷尔蒙可的松细胞，比一般人多4倍。在正常人身上，血液中可的松过量集中的时候，大脑就会停止这种荷尔蒙的继续产生，但在抑郁症患者身上却不是这样。“在他们那里，紧张中枢极度活跃”，霍根迪克如是说。此外，外界的紧张也会诱发抑郁症，例如失去工作岗位。

同有关神经递质缺少的理论一样，紧张荷尔蒙可的松也是如此：它对抑郁症的发生起一定作用，但不能断言就是它诱发的。像弗洛里安·霍尔茨博尔这样的科学家坚信，没有基因方面的影响，发生心理疾病的危险是很小的。他们也不排除，生活艰难或者其他外部影响起一定的作用，但也只能是在基因影响存在的前提下才如此。否则，怎么能解释并不是所有遭受命运打击的人都患有抑郁症呢？

英国科学家理查德·佩蒂(Richard Petty)和汤姆·森斯基(Tom Sensky)用形象的方法来阐述各种因素的综合作用：如



果一个人学会了骑自行车，他就很容易把握平衡。即使在大风天气，他也不会失去平衡。然而，如果一只轮胎爆裂了，或者道路很滑，那么他保持平衡的本事就没有了用处，他就会摔倒。在正常情况下，我们的大脑也是保持平衡的，即使其中的一部分运转不完全正确（不论荷尔蒙的抑制还是递质的产生），在一定情况下还可以由大脑的其他部位加以平衡。但如果出现了外部因素（轮胎爆裂），那就会导致整个体系的失灵，产生了抑郁症。

但即使如此，在这个比喻中，仍然还有一个未能解决的问题，即原有的平衡是如何被破坏的。难道不是外部因素首先诱发了一次生物化学变化的进程吗？法国心理分析家达尼埃尔·维德洛谢（Daniel Widlöcher）认为这完全有可能。“通过环境的影响，可以诱发一次抑郁反应，从而引起大脑状态出现……生物化学变化……我们可以有理由估计，受到一次痛苦的悲伤事件打击的人，在几个小时的时间之内，会出现生物化学的反常，其变化的情况和严重的抑郁症状态完全一样。我们可以说，心理的社会事件和大脑的状态之间的影响向着两个方向发展，大脑状态决定于对这一事件的反应，而反过来又确认这一反应。生物上的缺陷不能片面地被理解为抑郁症



发生的第一原因。”我们更应该把它看成是心理的社会负担和神经生理因素相互间影响的结果。维德洛谢认为，这就意味着，我们不能把一切解释都推到生物学研究上。

同样，基尔大学心理学教授约尔格·阿尔登霍夫（Jörg Aldenhoff）也持同样的观点。他曾制定了一个抑郁症产生的完整的模式：有些人患上了抑郁症，因为他们在大脑中继承了“生物疤痕”。这些“疤痕”可能来自亲情的缺少，来自严重的疾病，或者来自遗传的对紧张反应敏感的性格。成年以后，这些“疤痕”会通过特殊的生活经历（亲人的死亡、疾病、孤寂）重新破裂，引起相应的荷尔蒙或神经生物的基础再次活跃起来。根据这一模式，实际上，后来发生的抑郁症是在早期就已注定了。至于说是否真的发病，就要看后来的生活环境了。

（二）精神、环境和抑郁

“神经官能型”和“反应型”抑郁症，是大部分患者所具有的形式。据估计，他们占全部抑郁症患者的百分之七十左右。现在谈到的“时尚疾病”，或者所谓的抑郁症急剧增加，所指的



也是这种形式的抑郁症。这一抑郁症形式的旧名称为“疲惫型抑郁症”、“精神型抑郁症”、“自我陶醉型抑郁症”。诱发的原因可能是过去的特殊经历(如亲人的死亡、离异、失去工作岗位等等),持续的紧张状态(长期照顾一名生病的家庭成员,和一个酗酒的配偶在一起生活),或者童年所经历过的某一事件。

人们估计,直接发病的原因可能是一些特殊的生活事件,如离婚、意外事故、亲人的死亡等,都可能诱发抑郁症的发生。对生活事件的研究,已经成为一个门类。从这个项目的研究一再发现,抑郁症患者发病之前常常经历过一些消极事件,大多是遭受损害或离异性的事件。而对生活危机的看法女性和男性各有不同。对女性患者而言,发病的主要原因是爱情矛盾、婚姻矛盾、配偶的不忠或酗酒,以及寂寞、孤独、失落和离异。而对男性患者而言,发病原因占据首位的则是对工作感觉负担过重、工作气氛不好,或失去工作岗位。在各种研究报告中都可以看到,失业的男人,也包括失业的青年人,都表现出明显的抑郁症状。他们的行为是自损性的,如过度饮酒或者服用其他毒品,他们都在经受失眠和恐惧的折磨——只要重新找到工作,上述症状会即刻消失。



第一个有关生活事件题目的重要研究报告诞生于 70 年代，出自伦敦的科学家乔治·布朗（George W. Brown）和蒂里尔·哈里斯（Tirril Harris）。他们调查了 100 名患有抑郁症的女性病人，并把她们同另外一组健康的妇女进行对比。大部分抑郁症的妇女患者都讲述了生病前的几个星期所发生的使她们感到压抑的事件。科学家们发现，并不是事件本身增加了发病的危险，而是某种“脆弱性”起着重要的作用。事件之后发病的妇女，大多没有可靠的配偶，她们又没有职业，还必须照顾 2 到 3 个 14 岁以下的孩子。特别是她们自己也都在 11 岁之前与母亲分离。

在下述的调查中，也一再证明：并不是事件本身增加了发病的危险性，而是当事人对事件如何评价的方式，以及当事人在危机时刻所获得社会支持的程度使发病成为可能。

影响力低且得不到周围的人认可和喜爱的人，对“命运打击”的评价也就较消极。“如果我们想知道，一个生活事件是否和生病有关，那我们就必须弄清楚，人们是如何评价这一事件以及如何对待它的。”社会学家布莱尔·贾斯蒂斯（Blair Justice）是这样认为的。谁如果有可能和其他人谈他的感受和经历，他就可以减少心理上患病的危险。

美国心理学家詹姆斯·彭尼贝克 (James Pennebaker) 在一系列的研究中证实了这种关系。他多次发现，那些长期不能把所遭受的消极压力说出来的人，容易患心理和生理的疾病。在这里再次出现了和体内生物化学变化进程的关联。如何对待特殊生活事件的方式，是否能够把它们说出来并得到支持，会影响体内生物化学的变化程度。如果我们没有被一个事件完全从根本上所动摇，而且没有被孤立起来，那么，我们的身体反应——主要是神经递质的变化——也就不那么剧烈，不至于对我们造成威胁。“如果有人很少能左右自己的生活，或者环境总是违背他的基本需求，如爱情和人际关系，那么他也就容易生病。由于他们的影响力较小，得到的支持也较少，所以他们对生活事件的评价也是比较消极的。从长远看，肾上腺髓质和下丘脑、脑垂体以及肾上腺皮质协调的系统都会受到强烈的刺激。”布莱尔·贾斯蒂斯这样写道。而这些“刺激”又会影响荷尔蒙的调整。

在这里，我们看得很清楚，生物化学的变化并不是抑郁症发病的惟一原因，而是很多因素相互影响的结果。

以上谈到了对生活事件的评价和抑郁症病因的影响，除了社会支持的因素之外，还有另外一个因素在起作用：那就是



无助和对个人生活失去控制的感觉。所谓“无奈的无助”学说,是心理学家马丁·塞利格曼的发明,这是他从动物试验中所得出的结论。在试验中,他们给狗以轻度疼痛的电击,同时又防止这一消极刺激扩大。在下一个试验中,他们电击狗并给它以可能逃脱的机会——但动物却和在前面的试验一样,坚持留在对它们不利的环境之中。它们已经在第一次试验中习惯并学会了留在无法逃脱的环境。塞利格曼把这一试验的观察用在了人的身上,并在多次试验中得到了证实。当人们无法控制一个消极事件时,就会表现出无助的状态。

如果这种经验反复出现,他们就会在一切他们认为无法施加影响的情况下,自动作出无助状态反应。塞利格曼可以证明,这种无助状态,完全可以和抑郁症相比:

- 处于无法控制的噪音下或者难以胜任工作的人在述说,他们感到陷入了抑郁的情绪之中。
- 受到无法避免打击的动物,会失去对习惯活动的兴趣。
- 受到无法避免打击的动物,会失去食欲。
- 无助的动物会患失眠,而且醒得早,这和抑郁症患者的情况一样。



- 无助的人和动物会作出减缓精神运动的反应和失去身体活动能力。
- 无助的人把他们解决问题中的失败归结于缺少智慧和自我价值低下。
- 无助的人思考问题时不清晰而且精神不集中。

马丁·塞利格曼在试验中看到的现象，在美国心理治疗师和心理分析家阿伦·贝克（Aaron Beck）给他的抑郁症患者的治疗中得到印证。他发现，这些患者在评价事件时有笼统和不准确的倾向，而且评价总是消极的和对自己不利的。而不抑郁的人“总是保持对生活的兴趣，对生活的其他非噩梦方面给予实事求是的评价……倾向抑郁的人的思维则明显狭窄，总是对他们生活的各个方面产生消极的想像。”贝克这样写道。抑郁症患者的特殊认知结构的标志是：

- 所有的经历都被看成是消极的，甚至在客观上积极的事件也是如此。
- 消极的自我形象：典型的思维模式是“我什么都不能成功”，“我没有用”，“我是一个废物”。如果取得了一次成

功，也不认为是自己的成绩，而认为是“运气”或“偶然”。抑郁症患者总是把消极的经验归咎于自己，而把积极的经验归功于别人或环境。

●消极的未来观：患有抑郁症的人不会相信有“好时代”的到来。对他要做的一切，他都事先认定要失败。因此，他在行动中犹豫不决，并表现为淡漠和麻木不仁，也就不奇怪了。“没有任何影响力”的思想，导致了一种观点：“我最好什么都别干，因为反正是没有什么意义的。”

抑郁症患者的认知理论认为，上述思想体系是由早年经历的“思维模式”演变而成的。这一思维模式一般随着年龄的增长和阅历的丰富而发生变化，以至童年的“简单”的模式被较成熟的思想体系所取代。根据阿伦·贝克的理论，童年时期的思维模式并没有完全被忘却，因而就可能通过特殊的生活经历重新被激活起来。

比如，一个人可能对别离作出重度抑郁反应，因为他童年时曾被父母遗弃，从而把现实的别离联系起来。他的思维模式——“大家都离我而去，我在世界上孤独一人”——都是由



于伴侣的离去而恢复了过去的回忆。

(三)“虚假的自我”

不仅早期童年的思维模式会在其后来的生活中诱发神经性抑郁症,而且童年所经历环境的方式方法,也会对成年人在生活中能否自觉地摆脱抑郁症起着重要的作用。如果孩子能得到一种无条件的爱和呵护,学会了信任别人,那就为其打下了一个基础,在今后将成为一个心理平衡的人。可惜的是,很多父母没有能力为他们的孩子创造一个积极的教育环境。他们常常被自己的问题所困惑,没有力量去满足孩子生活必需的要求。不少人只把孩子看成是他们的财产,看成是他们的延续,只是使孩子满足父母自己的愿望。对孩子的教育,只是为了使他们的行为符合父母的设计。连业内人士也把孩子自身的需求称之为“自恋”。因此,孩子无人过问,孩子得不到关注,得不到理解,也得不到无条件的呵护。相反,孩子却很早就知道了父母对他们的期望到底是什么:如果他是一个乖巧听话的孩子,时刻为父母所用,便是符合了父母的心愿,那他



就不必担心会被父母遗弃。而有些情感如愤怒或攻击行为则是很危险的，这很有可能导致他们突然变得孤立无援。这种反应则将成为严重的后果，正像曾经做过心理分析医生的作家爱丽丝·米勒(Alice Miller)所写下的那样：

对待孩子，在他们的头两年中，是可以做很多事情的，可以塑造他，可以占有他，教他学会好的习惯，甚至教训和惩罚他。这时教育者不必担心会发生什么事情，孩子也不会进行报复。孩子只有在可以反抗和表达他的痛苦和气愤时，才会摆脱强加在他身上的不公正，这时无需担心出现严重后果。但如果他的父母不能容忍他的反应（哭喊、悲伤、愤怒），并借助目光或其他教育手段加以制止，他则被剥夺了以他的方式来作出反应，这样孩子就学会了沉默……如果孩子必须忍受对他们的伤害、屈辱和广义的强奸而不能作出反应，那么，这些事件也就无法融入他的个性之中，情感则被压抑，对需求的表达无法得到满足，而且没有希望得到满足。这就是一种无望的状态……会使大部分人陷入精神困惑之中。



一个学会压抑自己感情的孩子，不可能形成健康的自我价值观。为此必须使孩子持着一种信念成长起来：“我知道自己是谁”，对自己的躯体和精神力量充满信心，并且坚信自己会得到其他人的毫无保留的爱戴。如果知道情况并非如此，那将是十分痛苦的。为了摆脱这种痛苦的感觉，就只能忘却自己的需求。儿童心理学家和心理治疗师，在6个月至3岁之间的儿童中也观察到了这样的过程。例如约翰·鲍尔比(John Bowlby)就曾对和母亲分离的幼童进行调查，描写了典型的三个阶段。第一阶段是幼童的抗议，第二阶段是抗议升级至绝望程度——他们大哭大叫，拒绝同任何人接触——而在第三阶段，孩子则突然完全安静下来。他们终于以无动于衷的态度认可了他们所处的环境。这些表现同成年人的抑郁症有很多类似之处。所以，这种现象被勒内·斯皮茨(Rene Spitz)称为“情感依附型抑郁症”。

并不是所有的孩子都对分离作出这种淡漠的反应——重要的是取决于分离和当时孩子所受到别人呵护的情况。

如果一个幼童在很短的时间内就能对分离作出退缩和无动于衷的反应，那么他在整个童年时期则必定是在这种威胁下生活——如果他不是一个“乖孩子”的话，失去了父母的爱



和呵护,他又会怎么样呢?他也要退缩,也要表现出无动于衷和心态平衡。他显示了一个“虚假的自我”。这是心理分析家D·W·温尼科特(D.W.Winnicott)的看法。这个“虚假的自我”所做的一切,都是别人所要求的,没有自己的需求和愿望——而且根本就不知道,他是否曾有过什么愿望。这种表象所付出的代价是很高的:空虚、无为和无家的感觉——最终的结果就是抑郁症,因为到了成年,他的内心深处仍然只知道自己还是一个“乖孩子”,并不是他的真正自我受到别人喜爱,而是他所表现的假象。他这时对外的表现虽然仍是成绩斐然和强大无比,但是这种对外部世界所表现出的积极的形象,却和他的真实感觉大相径庭。这种真实感觉虽然遭到压抑,但在他的下意识中仍然存活着。

一个带着“虚假自我”生活的实例,是女作家茜尔维娅·普拉特(Silvia Plath)的命运,她30岁绝命。自杀之前她还给她的母亲写过一封快乐的信。即使在最后的一封信里,她还表现了对各种压力的乐观态度。没有人,连她的母亲也没有料到,她当时已经到了生命的终点。正如爱丽丝·米勒指出的那样,茜尔维娅·普拉特甚至无法向她的母亲讲述自己的绝望和愤怒。就像很多抑郁症患者那样,茜尔维娅·普拉特在



内心深处感到她真实的情感会伤害自己的父母，因而不能把它表白出来。

成年人如果被欺骗，被人忽视，或受到不公的惩罚，负担过重，或受到蒙蔽，他们都可以咒骂上帝、命运、政府和社会，但一个孩子却不能咒骂他们的上帝即父母和养育者。他们绝不能发泄自己的情感，只能压制或忍下情感的反应，甚至使其一直延续到成年时期，然后再以一种转换了的形式发泄出来。这种发泄形式可以借助教育来压制自己的孩子，也可以表现为程度不同的各种心理疾病，或者吸毒、犯罪直至自杀。

茜尔维娅·普拉特自杀了，因为没有人希望她是一个真实的她，她也没有一个可以使她公开自己真实情感的人。

借助各种不同的策略，神经抑郁症患者常常可以长时期地压制自己的抑郁。但有时他们不一定意识到这一点。然而，这一个表象是不能永远维持下去的：诱发抑郁症，不一定非得遭遇命运的严重打击不可；有时，一些疾病或小小的不适或日常的一些困难，就能使这“罐水”漫出来。不知道什么时候，压

力就会上升到难以忍受的地步，“虚假的自我”便再也无法继续在生活能力背后隐藏下去了。

45岁的伊丽莎白·海因里希（Elisabeth Heinrich）的故事清楚地表明，一个人能以虚假的健康生活多久，直到终于有一天整个体系崩溃：

两年前的一个星期四，我的家庭生活还完全正常。我的丈夫和我共同建立起了一个堪称美好的氛围。我们省吃俭用积攒下钱来购买了一座住宅，并养育了两个孩子，他们几乎已经长大成人。我是这一切的“马达”。没有我，这一切都无法运转。如果我不去照料他们，我就会感到一切都不会成功。我把自己看成是不可缺少的，也让自己成为这样的人。他们都应该爱我。就这样，过去了几十年，一切都很顺利，直到那个该死的星期四。

这一天，她收到了一封信，是寄给她19岁的儿子的。这是一封情书——寄信人是一个男人。她这时突然意识到：“我的儿子是一个同性恋。”

这是一个多么大的耻辱，多么大的失败。我立即感到了自责，我知道，是我做错了什么。从这一刻起，一切都和以前不一样了。我首先想，这是一个打击，我必须设法去克服它。但是，我的状态却一天比一天恶化。开始时，我常常哭泣，然后，不知什么时候，我没有了眼泪，似乎一切都已到了终点。我不再照管家务，我不再要求自己。甚至一些简单的事情，如梳洗或购物都成了不可逾越的障碍。我记起了一次想到街角的面包店买面包的情景。我刚走到一半，就不得不返回，因为我的两条腿已经无法前进。我的卧室成了我的避难所。我放下百叶窗，目光死盯在天花板上，就这样度过每一个小时的时光。

伊丽莎白·海因里希的经历十分清楚地显示了对一次悲伤事件的正常反应和抑郁症的反应之间的区别。父母发现子女的发展不符合自己的设想，当然会震惊。很遗憾，同性恋在我们的社会里，仍被看做是一种不能接受的变态，所以当然要在父母的心里引起特殊的反响。但伊丽莎白·海因里希却因无法处理这一事件而变成了抑郁。“我的儿子是个同性恋”这

一事实，使她精心搭起的纸牌建筑毁于一旦。一向努力把一切都做好的她，突然变成了失败者。

实际上，被她称为“命运打击”的事件使她清楚地看到，她所创立的理想家园，只不过是建立在不稳定的基础之上的。

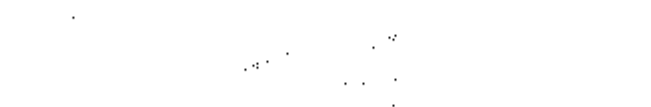
有些人的一生，其形象或许只产生过某些裂痕。他们有可能会感到，他们的生活陷入了一种灰暗之中；他们永远不会感到他们的基础已经不复存在。然而，大部分在童年时就不得不向世界显示“虚假的自我”的人，不知什么时候就会临界他们力量的边缘。

本章试图说明抑郁症和抑郁症的异同。抑郁性的疾病，可以有十分不同的表现形式和发展过程，它可以是一次性的经历，也可以是其一生的伴侣。对“什么是抑郁症，它是怎么发生的”这样的问题，我们很难给出一个明确的答案。它是因为某种神经递质的缺少而造成的吗？它是遗传或者是对特殊生活事件即紧张状态的反应吗？或者它是不良的呵护和教育的结果吗？这些都可能是产生病症的因素，但并不是所有这些因素都存在于单个患者的身上。特别是，有一个很重要的问题尚未弄清楚，或许永远也弄不清楚：大脑中可观察和可测

量的生物化学变化以及抑郁症患者的荷尔蒙存量，难道是抑郁症的原因或后果吗？或许，童年的经历是解开这种疾病谜底的钥匙？或者，某些科学家认为，生活状况如何和社会支持的程度是人们应对命运打击的关键所在，难道是他们找到了解决问题的正确途径吗？

抑郁症也有可能是一幅拼图：只有把各个小拼块正确地拼全的时候，人们才有可能得到它的全貌。那些对抑郁症进行治疗的医生们早就看到：他们不去问抑郁症的原因，而是用现有的知识制订治疗方案，以适应当事人的需求。如果需要，他们就会把药物治疗、心理治疗和社会治疗结合起来，而避免让这幅抑郁症的大拼图中的某一拼块过于突出。因为他们知道，这个心理疾病的谜底还远没有被揭开。

第二部分



抑郁症能 治愈吗

一、什么时候 治疗是有效的



有的人在一生中只有过一次抑郁,也有的人在生活中,抑郁成了他的基本情绪,时而轻微,时而强烈,还有的人是在固定的时期里经历抑郁(或者躁狂)的袭击。但有一点却是共同的,那就是他们都希望有一个不受抑郁困扰的生活,宁愿付出一切代价,免于受到抑郁的袭击,健康地生活下去。这个希望,对某些患者来说,是不无道理的。谁如果患上神经性抑郁症,或者反应性抑郁症,并得到了正确的治疗,在一定的条件下,他完全可以生活在一个没有病痛的环境当中。但是,很多患者——特别是多症状抑郁症患者——却不得不接受抑郁症是他们生活中的一部分的事实。这听起来似乎很残酷,令人感到失望,但情况并非如此。他们需要了解我们对健康和生

病的看法。我们认为,健康是一种完全无病痛的状态——连世界卫生组织都赞成我们的这个观点。对于这个组织来说,健康就是一种“心理和社会的完全良好的状态”。这是一个很高的要求,同时,这个要求也促使人们在不健康的情况下想到必须“做些什么”,并且借助医生、心理治疗师和药物能够“做些什么”。我们的医疗制度也向人们发出了明确而诱人的信息:疼痛不一定要忍耐,疾病是可以“治好”的。因此,我们只要不舒服,就去找医生,而且在大多数情况下,离开诊所的时候,总是带一个处方出来。

有一种观点看来是绝对错误的,那就是认为完美无缺的健康是不存在的。从一定意义上讲,疾病是我们生活的一部分。持有这种观点的人中有一位名叫安德鲁·韦尔的医生。他认为“在我们这个相对的世界里,完全的健康是不存在的”。实际上我们是不断地游离在“相对疾病”和“相对健康”的状态之间。谁如果断言,他从未生过病,那他就说错了。“有些人是没有察觉,不把它称之为生病,患者不让它影响正常的生活,这或许是应对身体变化的一种好方式”,韦尔如是说。

然而,我们之中的大部分人却没有采用这种“好方式”;我们时刻在观察我们的躯体和精神状态,一旦发现有什么不对



头,立刻就去找专家。和对待我们的汽车一样,我们要送我们的身体去“维修”,并且希望通过这样的“保养”之后,一切又都恢复正常。虽然只是经过“治疗”,但我们却称之为“痊愈”,如果所期望的结果没有出现,我们就会说医务人员和心理治疗师“无能”。以这样一种态度来对待躯体的疾病已经是很危险了。如果这样对待心理障碍如抑郁症,就会产生严重的后果。周期性疼痛、持久性气管炎、高血压或者其他病症,都还可以容忍,比方说糖尿病患者就要始终依赖胰岛素和相应的保健食谱,而心理疾病得到彻底的“痊愈”却只能是期望。“再也不要抑郁了”的目的,实际上在每一个患者身上是可能的,虽然患有抑郁症,仍能过一个充实的生活。

为了达到这样的目的,抑郁症患者必须首先承认,抑郁情绪是他身体反应的一部分,而且这一经历永远也无法从生活中消失,他必须随时准备着去克服将会出现的抑郁期。“必须承认,一想到我还会生病,就认为这已经是很糟糕的事情。”已经两次住院治疗的45岁的女商人利亚娜·林德纳讲述说。第一次,她是被迫来住院的,因为她的家庭医生已经束手无策,只好让她到医院去检查治疗。而第二次,她则是自愿的:她需要帮助。尽管如此,她仍然还不甘心承认这样的事



实,即她将终身带着这一心理疾病生活,或许要终身依赖药物度过一生。“我当然梦想着有一天不再需要吃药。我从未放弃过这一梦想。但当前我不得不接受这一事实,而且在这个期间我也有某种安全感。我知道,像以前发生的严重的病情,是不会再出现了。感到不适的时候,我不再孤独一人。我现在知道,在哪里可以得到帮助,以及如何去应对。”

这位抑郁症患者和高血压患者有什么区别呢?她和后者一样带着疾病生活,一样需要药物的帮助(当然不是每一种心理疾病都是如此),一样需要准备应对可能出现的下一次“发病期”。

惟一的区别就在于我们对待心理疾病的态度。和躯体的疾病相比,我们总是把心理疾病看得更为可怕。(不容忽视的是,每一种躯体疾病也都带有一定的心理因素。)

正如西格蒙德·弗洛伊德(Sigmund Freud)所说的那样,对待抑郁症和其他疾病的原则是一样的:任何治疗方法的目,都不是彻底的痊愈,只要能够恢复性欲和工作能力,一个人就算是“健康”了。只要他能够在相对没有病痛的情况下生活,只要他能够在相应的生活环境下克服经常变化着的压力,只要他能够以积极的态度对待自己——也就是对待抑郁症——



那么,这个目的就达到了。

在这个背景下,我们应该介绍一下应对抑郁障碍的各种有效的治疗思路。在这里,我们必须再次提醒读者注意,关于抑郁症的成因,还远远没有弄清楚,这种疾病有着各种不同程度的表现。因此,我们没有必要讨论,哪些是惟一正确的治疗方法,或者哪一种方法是无效的,甚至是有害的。遗憾的是,在医学界和心理学界的争论中,相互的指责从未停止过,都把自己看做是心理障碍治疗的权威。对于治疗抑郁症到底哪一种疗法有效——心理治疗还是心理药物——的问题,始终争论不休。然而,这个问题的提法就是错误的。真正了解这种疾病的人,根本不会参与这样的争论。巴特皮尔蒙特心身医学院门诊部的主任和心理学家罗尔夫·梅尔曼(Rolf Meermann)曾警告说,由于人们对心理障碍的知识掌握有限,我们应该表现出“恭顺和谦逊”的态度。“我们今天必须恭顺地说,我们对精神疾病的了解还很少。因此,我们应该认真对待一切严肃的研究成果,并努力把这些小的拼块组合起来。”为了患者的健康,梅尔曼认为应该对现有的一切知识进行认真的研究。

我们现在已经知道,两种治疗方法——药物和心理治疗——都有它们的价值。根据抑郁形式的不同,治疗的重点也

就有所区别：有时是心理治疗方法或者一些辅助疗法很有成效，但在大多数情况下，结合使用药物也是有必要的。

在这方面，最为关键的是要看疾病的类型，看它是属于多症状抑郁症（例如带有躁狂性抑郁期），还是神经官能型，或反应型抑郁症。在处方研究过程中，应该对抗抑郁药物的疗效和心理治疗的疗效进行研究。对于轻度抑郁症患者的治疗，其药物和心理疗法的疗效接近；但对于重度抑郁症患者的治疗，其药物治疗的效果明显。而既接受药物治疗，又接受心理治疗的患者，感觉却是最好的。

二、药物治疗的必要性



有些人很难理解使用药物治疗的必要性，这也是因为心理药物名声不佳的缘故。对此，医药企业和医务人员也不无责任：过于笼统地甚至狂热地推销他们的商品，并不加分析地开出这样或那样的处方。镇静剂和抗抑郁药物只能在经过认真诊断后以正确的剂量开给患者。开业医生在这方面往往难负其责，常常——不论是出于常规还是没有时间的原因——开出高剂量药物，给患者带来相当的副作用——例如出现药物依赖性。

长期以来，苯甲二氮卓（一种镇静剂）是最常使用的药物。根据 AOK 梅特曼药物咨询服务中心的格尔德·格莱斯克的计算，“1986 年开出的 3400 万个心理药物处方中，有一半

多，即 1800 万个是镇静药物，如 Lexotanil*、Adumbran*、Tavor*、Tranxilium* 或者 Valium*……而这其中有三分之二是开给妇女的。”这些镇静剂均属于所谓的苯甲二氮卓类，相应的研究已经证明了它们会使服用者产生药物依赖。

美国电视女记者巴巴拉·戈登在她的《我尽量地快速跳舞》一书中，以恐惧而急迫的心理描述了她服用初看起来无害的药片“Valium”*，日后产生了依赖性，最终陷入了危险的抑郁之中。10 年来她不断去看心理医生，一直服用 Valium*：“这已成为习惯，成为像每日刷牙一样的常规行为——如同我的很多熟人那样。他给我 Valium*，我像吃糖块那样把它吞下去。为什么我的恐惧感日益严重呢？我只能和他谈谈，只能取来更多的药丸，只能做些什么来消磨时光。”像她这样的故事，并非个别现象，她有所醒悟，想用这个故事向世人警示，要注意“医生的无知”：

那些从他们的内科医生、妇科医生和牙科医生——
更不要说心理医生了——得到大剂量镇静剂的人数之

* 镇静剂药物名称。

多,简直令人难以置信。他们所得到的不仅仅是药物,而且是可以麻痹感觉的毒品。突然停药,就会诱发心理障碍。在某些情况下,甚至导致死亡。

80年代初,在德意志联邦共和国终于取得了共识,认定长期服用镇静剂会导致药物依赖。对此,开业医生立即作出反应,在广告的普遍影响之下,越来越倾向于开出神经镇静剂和抗抑郁药物。神经镇静剂是一种治疗精神病和精神分裂症的有效药物,而抗抑郁药物则是在使用得当时治疗内因型抑郁症和恐慌症的“不可缺少的药物”(格莱斯克语)。但由于被大量滥用于仅有轻微症状的患者(如睡眠障碍、一般性不适、疲倦等),使其名声不佳。这显然是不无道理的,因为其副作用并非有限,其中包括低血压、晕眩、心律障碍、口干,直至定向障碍、肌肉震颤和所谓的运动障碍(如面部歪曲、下颚封闭、丧失表情等)。这种药物经常被错误处方或错开剂量。但我们不应忘记,对某些人来说,镇静剂和抗抑郁药物还是很有帮助的。

医学界并不否认,这些药物只能缓解症状,但它不能解决深层次的根本问题。心理治疗则可能承担这一任务,但条件

是抑郁症患者不再被这些症状完全困扰。在严重的抑郁状态下,没有人能够接受心理治疗,他甚至会因为心理治疗而病情加重,症状继续恶化。

在这种情况下,短期使用镇静剂,对于轻微抑郁症或疲劳型抑郁症完全是合理的。原则上对使用药物持批评态度的心理学家阿斯穆斯·芬岑(Asmus Finzen)写道,当患者自己使用酒精或药物麻醉自己之前,在“紧急时刻”给予低剂量的镇静剂,肯定是有帮助的。但必须时刻注意:药物虽然只是一支“拐杖”,但“不能低估其效用。就像拐杖对行走障碍的人有帮助一样,否则就会产生无法解决的困难。它也可以有助于增强精神抑郁者尚存的健康部分,促进其自我治疗机制发挥作用。在同心理医生协调的情况下,它也可以在一定的阶段对心理治疗起辅助的作用。”阿斯穆斯·芬岑以此表明,治疗抑郁病症使用镇静剂和抗抑郁药物只是辅助手段,不能取代心理治疗,只能协助心理治疗。

当今使用的治疗抑郁症的各类药物有下列几种:

1. 三环类抗抑郁药物(Trizyklische Antidepressiva)

三环类抗抑郁药物[其中包括丙咪嗪(Imipramin)或阿米

替林 (Amitriptylin)] 的名字来源于其化学结构, 包括三个环形。特别在估计含有生物因素的抑郁症患者身上是一种选择。它们有可能影响抑郁症患者所缺少的神经递质, 也就是说, 它们可能会导致去甲肾上腺素和血清素含量的增多。但这却不能从反面来说明, 生物性变化即是抑郁症的病因。

三环类抗抑郁药物的效应不会立即出现, 一般要在两周后才见效。条件是定期服用合适的剂量。大部分患者开始时 would 感到它的副作用(口干、嗜睡, 男性可能出现射精障碍, 血压不稳或者心律障碍等), 但在治疗过程中会逐渐减弱。主治医生必须向患者说明这一点, 以免副作用给患者造成不必要的恐惧感, 甚至引起患者自动减少剂量, 或者提前停药。

英国心理医生理查德·吉勒特 (Richard Gillett) 建议, 从低剂量开始(每日 2—3 次, 各 50—75 毫克), 然后每日增加 25 毫克, 直至 150 毫克。大约两周以后, 患者才能感到效果: 睡眠改善和食欲增加, 往往是药物起作用的第一个标志。正常情况下, 服药时间最多为 3 个月, 然后再逐渐减下来。其他一些治疗抑郁症的专家如心理医生福尔克尔·福斯特 (Volker Faust)、京特·霍勒 (Günter Hole) 和曼弗雷德·沃尔弗斯多夫 (Manfred Wolfersdorf) 则建议, 开始时剂量不要太高, 在门诊治



疗中,最快于 5 至 10 天后再增加剂量。他们还建议,服药时间最好在晚上或临睡之前,因为有些抗抑郁药物有助于睡眠,而且也可以使出现的副作用“睡过去”。

如果服用一种药品在一个月后仍无效果,主治医生大多会更换药物。

使用抗抑郁药物的一种特殊方式是输液疗法(Infusionstherapie)。此法为巴塞尔大学心理治疗医院所发明,并用于患有多症状抑郁症、或疲劳型抑郁症,以及有自杀倾向的患者身上。这种方法是把抗抑郁药物[盐酸氯米帕明(Clomipramin)和麦普替林(Maprotilin)的效果均佳]以点滴形式输给患者,同药片形式相比,其优点如下:

- 见效较快;
- 小剂量也有效果;
- 副作用少;
- 过去服用抗抑郁药物不适的患者,通过打点滴感觉良好。

一般情况下,输液疗法只适合在医院中进行,而且只适用



于有严重抑郁症状的患者，特别是对其他疗法感到不适的人。

2. 血清素再生抑制剂

再生抑制剂类药物包括百忧解（Fluctin，在美国是Prozac）、Seropram*、Deroxat*、左洛复（Zoloft）、Gladem*等。80年代末，这些抗抑郁药物出现在欧洲市场上，被看做是新一代抗抑郁药物。

其中百忧解引起了特别大的轰动，在美国和欧洲，新闻界称之为“幸福药”。百忧解将把抑郁症赶出世界，这就是医药业界的预言，不少心理医生和患者也随声附和。上百万的抑郁症患者和担心者都对这种药物感到“良好”，心理医生彼得·克拉默（Peter Kramer）在书中这样写道：“我感到很吃惊，一颗药丸竟能在几天之内达到这样的效果，这是在过去几年时间，心理医生企图用其他手段所要达到的效果：重新给一个人……活动的空间。”

这种狂热的惊喜逐渐让位于清醒的评估：像百忧解这样

* 再生抑制剂类药物名称。

的药物虽然对治疗抑郁症有帮助，同三环类抗抑郁症药物相比，它的副作用明显地没有那么严重。尽管如此，它的副作用也是不容轻视的：恶心、泻肚、疼痛、内在骚动、快感障碍、睡眠障碍等症状都有可能出现。瑞士心理医生丹尼尔·黑尔（Daniel Hell）认为，这些副作用有可能“通过缓慢增加剂量来排除。但有时其表现十分强烈，不得不更换另一类药物。”

3. 单胺氧化酶抑制剂（Monoaminoxidasehemmer, MAOH）

这种药物的名称来源于其原理：它对破坏神经递质（血清素、去甲肾上腺素）的单胺类酶起抑制作用。“老一代”的单胺氧化酶药物的副作用和三环类抗抑郁症药物类似，只是在一个危险的副作用上有差异：由于单胺氧化酶对单胺类酶起抑制作用，所以对某些食品中含有的单胺——酪胺（Tyramin）——无法排解。服用的后果就是引致血压升高。为了防止这一副作用的出现，使用单胺氧化酶药物的患者就不得不遵守固定的食谱（比方服用 Parnate 或 Jatrosom N）。禁用的食品有：奶酪、各种酸腌食品、巧克力、鸡肝、干腊野味和红葡萄酒。由于考虑到单胺氧化酶的副作用，所以一般只是在三环类抗抑郁症药物无效时才使用它。



现在,已经有了“新一代”的单胺氧化酶抑制剂,它不再有上述危险的副作用。所以,也不再需要特殊的食谱了。

4. 锂盐

如果说人们常常对抗抑郁症药物有许多怀疑和成见的话,那么对待锂盐疗法就更是如此。究其原因,可能是某些使用锂盐疗法的医生没有对症施药,错误地判断了抑郁症的类形。锂盐疗法主要适用于躁狂抑郁症或者单纯躁狂症。在这方面,如果剂量合理,锂盐既能用以预防也可用以治疗。虽然这简单的锂盐的药理大家还不清楚。但对其他类型的抑郁症,如神经官能型和神经反应型抑郁症,使用锂盐非但没有疗效,而且也是很危险的。因此,在对每种病症治疗之前,必须进行缜密的诊断方可——最保险的办法是,由抑郁科专门医院的专业医生诊断。开业医生,尤其是家庭医生,内科或其他科的医生,一般情况下都没有受过足够的专业培训,难以实施如此复杂的治疗。心理医生阿斯穆斯·芬岑就曾警告,不要“过于随便地”就开始实施锂盐疗法。“患者和医生都必须清楚,只有长年实施这种疗法,才是有意义的。有效的锂盐预防疗法要求患者高度配合……为了防止病情反复发作,不仅要

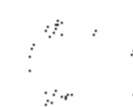
使患者知道，服用锂盐需要几个月之后才能见效，而且要记住，一旦停药，或短暂的中断用药，以及任何不规范用药，都会使数月的努力前功尽弃。”

接受锂盐治疗的患者，必须以特殊的方式学会如何带着这种疾病生活。他们必须接受可能一生都离不开锂盐的事实，只有这样才不至于出现严重的反复。锂盐可以使躁狂抑郁症患者重新接受生活，条件是必须专业地和正确地使用这种药物。

使用锂盐治疗，值得患者注意的事情，恰恰也是使用其他药物治疗的患者应注意的事情：家庭医生、内科医生或者其他医生，他们很少对抑郁症及其治疗方法有足够的了解，常常会作出错误的诊断，而且随意地长时间给患者服用大剂量的镇静剂或抗抑郁症药物。因此，每一个认为自己患有抑郁症的人，都应该去找一位专家咨询，也就是找一位神经科医生、心理医生或同神经科医生合作的心理学家。

5. 草药类 (Phythopharmaka)

几千年来，人们就知道，使用草药治疗抑郁症有良好的效果。轻度抑郁症状可使用穿叶金丝桃 (Johanniskraut)；内躁、神



经质和激动,可使用缬草根 (Baldrianwurzel) 和啤酒花;紧张疲劳状态,可使用缬草和穿叶金丝桃;而睡眠障碍则可使用缬草、滇荆芥 (Melisse) 和啤酒花。

草药可以在药店无处方购买,其优点是没有副作用。下列穿叶金丝桃方剂以每日至少 900 毫克至 1800 毫克最为有效: Jarsin*、景天 (Seda)、Kira*、Helarium*、Esbericum forte*、Divinal*。

* 均为草药名。

三、心理治疗加药物治疗是最有效的

使用药物治疗抑郁症,可以缓解现有的症状,给患者带来轻松。但真正得到帮助,即从根本上得到治疗——或许严重的躁狂抑郁症除外——还是做不到的。因为,一个患者的生活状况和内在的态度,单用药物是无法改变的。

反过来说,也很少有抑郁症患者只用心理疗法,即使花几年的时间,也未必能够从根本上或局部地改变其症状。对心理疗法持批评态度的人不禁要问,一个人整年躺在心理分析家的沙发上,到底有什么用?他或许可以知道,是什么使他得了抑郁症,但他却仍然是抑郁的。

在实践中,人们早已得出结论:应该力图根据不同的抑郁形式,寻求最佳的治疗方案。在大多数情况下是采用综合治



疗方案:药物加心理治疗。这主要取决于疾病的类型,看其是否以药物治疗为主,心理治疗为辅,还是相反。然而,特别是在反应型或神经官能型抑郁症的治疗上,也可以不用药物,而采取特殊的心理治疗方法。

再者,有一类患者使用抗抑郁症药物是根本无效的。只有百分之六十至六十五的人,可以取得明显的疗效。那么,其余的百分之三十五至四十的人该怎么办?所以,心理治疗也就成了治疗抑郁症不可缺少的部分。从原则上说,每一个使用药物治疗方案的患者,都应该辅以心理治疗,因为,抑郁症使患者的身上有一种沉重的精神压力。而且,它很可能是由困难的生活环境所诱发,只用药物是无法治愈的。因此,有实践经验的医生一致认为:心理治疗加药物治疗,是当今认识水平上最有效的治疗方案。

现在的问题是哪一种心理治疗有效,我们几乎可以这样回答:每一种治疗都有效。治疗研究表明,百分之八十接受过心理治疗的患者都确有改善。治疗的效果主要不是取决于治疗的方法,而是取决于治疗医生的人格。如果医生和患者建立了良好的关系,如果患者对医生的信任是真诚的,那么方法问题几乎就是次要的。而且,现在大多数心理医生也并不拘



泥于单一常规的方法,而是把各种方法结合起来使用。

在了解下面介绍的几种治疗抑郁症有效的方法时,我们必须记住上述的道理。一个抑郁症患者,或许很难在他所生活的城市里找到一位心理医生,他可以采取这种或那种方法进行治疗。但是,如果只认准一种固定的方法,反而是有害的。正如前面所说的,心理医生的人格,比他采用的方法更为重要。

尚未接受过心理治疗的患者,如果遇到医生向你建议采用非常规的方法时,要格外谨慎。治疗方法的名称越奇特,就越难以评价医生的专业水平,也就越需要谨慎小心。

哪些方法在治疗抑郁症时有过疗效呢?首先要提及的是美国心理医生阿伦·贝克(Aaron Beck)的认知疗法(Kognitive Therapie)。这种短期疗法的出发点是:一个人的感情和行为是由其思维方式所决定的。一个人早期经历的不同,将决定其以不同的态度评价以后的经历。贝克认为,抑郁症有一个典型的特征,就是患者从根本上消极地评价自己的经历,因为他在童年就已经形成了固定的思维模式,并且它占据了他的思维活动的空间。比如一个孩子可能有这样一种思维模式:“我不论做什么,都是不够好的。”这种观念很可能长期地留在了

他的下意识里面，直到有一天，一个外部的事件把它激活起来，例如下岗或别离。

认知疗法可以帮助患者第一次意识到自己的思维模式，并对照现实加以验证，直到最后得到纠正。阿伦·贝克列举了一些可能诱发抑郁症的思维模式：

“为了幸福，我必须在做一切事情上都获得成功。”

“为了幸福，我必须永远为所有的人所接受。”

“如果犯了错误，就意味着我是无用的。”

“没有你，我无法生活。”

“如果其他人的观点和我的不同，就意味着他不喜欢我。”

“做人的价值，取决于别人对我的看法是什么。”

长期抑郁的人根本就不知道，这些想法贯穿了他的一生。他们丝毫不否认他们的想法，而是认为这就是事实。这种基本的思维方式，引致他们进入了认知的误区，使其抑郁情绪继续发展下去。例如“如果我失败了，那我将在一切类似的情况下都会失败”。当这样的想法成为一种程式化的结论时，当事者也就没有能力接受和他的想法不一致的情况，即使他不



会失败。

——“只有失败才是规律,成功只是偶然的”。这种想法会导致抑郁症患者只能有选择地去感觉。失败被高估,而成功则不被看成是自己的成绩。

——“我总是遇到一些可能最坏的事情”。这种想法会导致患者产生灾难性倾向。他们多次面对发生的不是最坏的事情,但就是不能接受这些事实。

首席女秘书格林德·卡尔洛夫就是一个典型的实例,它说明消极思维和消极信念会长期凝固,并会诱发抑郁症。她的父亲在二战中阵亡,自小由母亲抚养长大。格林德对母亲的依赖性很强,但母亲对女儿的态度却是矛盾和复杂的。有时对女儿过分溺爱,有时又突然以孩子无法理解的方式退缩,使孩子感到无依无靠。她有时整夜外出不归,尽管事先曾许诺留在家里;她许诺给孩子以奖励,但又很快地忘记了——简而言之,她很少遵守自己的诺言。所以,格林德很早就体会到:“不能相信任何人。”在她 30 岁认识她后来的丈夫时,这种思维模式再次被激活。她回忆说:“我早已放弃了希望,不相



信还能遇到一个和我的理想哪怕有一丝接近的人。但一见到他,我立即就意识到,这是我的梦中人。”她得到了这个梦中人,并住在一起。在后来的两年中,他们的关系很好,直到她发现他常常和另一个女人幽会。她觉得整个世界崩溃了。“不能相信任何人”的思维模式,代替了一切理智的思考。她陷于对男友秘密行为的巨大失望,以至失去了对他的一切信任。不管他说什么,她都一律不予相信。而她越来越疏远她的男友,就越加抑郁。一个偶然的机会,她认识了一位受过阿伦·贝克认知疗法的心理医生。在那里,她很快就意识到,在她的思维中除了被欺骗的想法之外,已经没有容纳任何其他想法的空间。她男友的优点和他的举止,她都视而不见。个别的事件被早期的经历所激活,进而触发她对现实产生扭曲的感觉。

像这种思维模式,在认知疗法中,可以通过谈话和行为疗法得以挖掘,并通过具体训练加以改变。大多情况下见效较快——一个疗程一般为12周——做法是,不去纠缠过去,重点放在当前的思想和行为。患者在每次治疗期间都要完成“家庭作业”(例如,根据每日时间表的要求,具体检查自己的接受程度,并通过日记把自己的感受记下来)。所有这些将帮

助他克服失望的感觉,认识自己的消极思维方式,并找出这种思维方式对他的感觉有哪些影响,以便逐步建立起对事物的积极态度。

贝克的认知疗法疗效显著。据调查,抗抑郁药物的疗效(如丙咪嗪)和认知疗法的疗效相比较表明:只接受心理治疗的患者改善程度超过使用药物治疗的患者。

同阿伦·贝克的基本出发点类似者,还有心理医生艾伯特·埃利斯(Albert Ellis),他是“理性情感疗法”(Rational-emotive Therapie)的创始人。谈到这一疗法时,人们往往提到哲学家爱比克泰德(Epiktet)的一句名言,这位哲人在公元一世纪所认识到的东西,正是埃利斯在20世纪70年代创建这一疗法的核心:“不是事物本身,而是对事物的看法使人类不安。”埃利斯也认为,不是某个固定的事件导致了心理上的问题,而是我们如何看待这一事件。比如,一个人变得抑郁了,但不是因为生活伴侣离开了他,而是因为他不适当地过于看重了这一事件。例如一个人和妻子分手后,长期为一种想法困惑:“我已经太老了,不会再找到另一个女人,我将孤独地死去。”离别当然令人悲伤、丧气、气愤,在特定时期也会使当事人绝望。但抑郁情绪的产生却取决于对这一事件的评估。哲

人爱比克泰德以死亡的恐惧为例来说明这个问题：“比方，死亡并没有什么可怕的——否则它也会使苏格拉底感到恐惧——而是认为它是可怕的想法，才是真正可怕的。”

在理性情感疗法中，人们试图披露患者同某一事件相联系的估价和想法，并考察其真实的程度。这种疗法把感觉区分为冷漠、温暖和炽热三种。冷漠的感觉是，如果无激情地去感觉所发生的一切，比如：“我看到我的同事在笑。”从情感角度评价，下述表态则是温暖的感觉：“我很高兴看到我的同事在笑。”“他们在向我笑。”这些都是一种积极的温暖感觉。如果认为“我的同事在笑我”，则是一种消极的温暖感觉。炽热的感觉也有正负两种，但都不是理性的：“我一来，大家就笑，因为我很伟大。”（正面的夸张）或者：“大家都在笑我，因为我是个废物。”（负面的夸张）根据理性情感疗法的理论，炽热感觉最为危险，它可导致抑郁、恐惧和负罪感。理性情感疗法试图用各种治疗技术，发掘这种自损性的炽热感觉。

决定采用心理分析的人，必须付出更多的耐心、时间和费用。这种疗法对抑郁症的作用争议很多。心理学家马丁·塞利格曼的态度为很多人所赞同，他说：“尽管有成千上万的人参加过几十万次治疗，但至今却没有证明说心理分析疗法对

抑郁症有什么帮助。”

作家爱丽丝·米勒更加明确地反对心理分析疗法。她曾长期从事心理分析工作,通过漫长的充满痛苦的实践之后,她终于看到,心理分析方法不适合接近患者的真正情感:

我发现自己曾是一个受虐待的孩子,从生命的一开始就只能惟父母的要求和感情是从,根本就没有机会感觉到自我。这一发现使我感到十分意外。我当时发现这种无助的状态,向我显示了使我一生远离实际的抑制力量,同时也显示了心理分析的无能,它的误导理论凝固了这种抑制。我在学习时期曾参与过两次实习性分析,为我做心理分析的女士们却没有能够改变我确认有一个幸福童年的观点。

爱丽丝·米勒认为,心理分析的方法,如自由联想,增强了“维护感情的智能反抗”。患者虽然在谈论感情,但却没有感觉。心理分析医生正是钻入了心理分析的僵直的框架,扮演着(专权的)父母的角色,同样和实在的父母一样,无法接触到真正的感情。尤其是抑郁症患者,他们在早期就习惯了,在



其他人面前最好把自己的需求和感情掩饰下去。爱丽丝·米勒认为，心理分析是童年梦魇经历的继续，不可能寻求到解脱。爱丽丝·米勒的这种观点，遭到了很多人的批评——当然主要是心理分析医生们——但她也帮助很多人理解了，为什么经过多年的心理分析治疗，仍然不能克服他们的抑郁情绪。

在治疗抑郁症时，心理分析不一定是首选的治疗方法。但在这里，我们也像开始时对一切治疗方法一样，必须指出心理治疗医生的人格比他们的方法更重要。心理分析疗法也完全可以产生效果，如果心理治疗师能够和患者建立起良好的关系，而不是根据“纯粹的理论”去进行治疗。

谁要是决定接受心理分析治疗，他就必须准备每周两到三次，每次一个小时，持续多年去接受治疗。“传统”的心理分析疗法，使患者，即被分析者躺在一张沙发上，而心理分析医生则坐在他的旁边。用“自由联想”的方法——患者想到什么就说什么——让过去的经历暴露出痕迹来。分析医生大多是沉默地聆听，通过谨慎的暗示，促使患者在他的述说中暴露出隐蔽的含义。

经典意义上的心理分析，是一种使头脑超载的方法，不

是任何人都能胜任的。现在,有不少心理分析医生也都同意了爱丽丝·米勒的观点,认为只是通过谈论感情,反而会把感情遮盖起来。他们虽然还没有把这种方法全部否定,但在尝试突破严格的心理分析程式,把躯体也纳入到疗程之中。

心理分析医生蒂尔曼·莫泽(Tilman Moser)就是其中的一名“改革者”。他的改革思路是由个人经历所激发起来的。经过7年的心理分析治疗,他仍然处于严重的抑郁之中,他首先为自己寻找其他的经历方式。他参加了躯体治疗座谈,并从中切身体会到了疗效。

虽然经过了多年的分析,一再对我造成威胁的抑郁根源仍未能消除。后来我发现,一定形式的对躯体的关注,或者对躯体的分析,会引起我特殊的反应。从我的家庭历史看,我还从未有过如此强烈的感觉,心理分析也没有使我获得过这种感觉。

躯体的治疗性锻炼,看来恰恰适合抑郁症患者摆脱退缩,重新获得他们早年就痛苦地失去的温馨。精神抑郁的人很早

就学会了不去关注自己的感情和需求。他们——出于害怕失去爱和回绝——去适应别人的好恶，而把自己的需求深深地埋在心里。对他们来说，重新去体验被隐藏起来的情感，是很困难的事情。只靠言语的诱导常常达不到目的。很多人都可以巧妙地蒙骗自己和别人，而且沉默，常常很深沉，几乎找不到想要说的词语。当理智——出于对痛苦的恐惧——拒绝承认真理的时候，躯体却可以作出反应，正像蒂尔曼·莫泽说的那样：

很多患者在家庭中就没有学会用语言表达自己的感情，他们甚至没有学会去感觉自己的情感。对这样一些患者，触发躯体反射作为象征性的原始形式，有时是有帮助和有必要的。有很多人一再告诉我，他们多年进行心理分析，但始终没有被任何触动，只是感到僵化和不解。估计这些患者遇到的心理分析医生所使用的手段是不尽如人意的。

经过4年心理分析治疗的43岁的海克·诺伊贝特也痛苦地认识到了这一点。她始终没有摆脱抑郁。她现在虽然对



自己有了更多的了解，也可以解释她的很多抑郁反应。但她的感觉却丝毫没有得到改善。她中断了心理分析，确信自己是个“无望的案例”。然后，她听说有一位女心理治疗医生，完全采取另外的方法，也包括躯体疗法。经过长期犹豫，直到她又多次不知什么原因重新坠入“黑洞”之后，终于预约了一次治疗：

开始时，我还感到有些拘谨。女医生先是和我说话，谈我的问题和我对这种疗法的疑虑。然后，她开始按摩，不，只是触摸。非常温柔。我的手，我的胳膊，我的脚。她知道，我非常惧怕身体的接触，所以也就特别小心。就在第二次治疗时，意想不到的情况发生了：她用这种特殊的方法抚摸我的胳膊，我突然开始哭泣。哭泣触动了我的全身，我抽泣着，抽泣着，突然有一种感觉，永远不想再停下来。我从来没有这样哭过，也从来没有像这一刻那样强烈地意识到我的绝望。这种经历使我震惊，治疗过后，我感到了从未有过的舒服。我们虽然也谈到了过去所发生的一切，但并不是谈话导致了这一结果。女医生的触摸，在我身上解开了什么，解开了我在过去的治疗中通过



谈话和分析没有摆脱的困惑。通过这种触摸，使我感觉到，我是多么孤独和寂寞，我是多么渴望我从未得到过的温馨。这些我从理性上都是知道的，在分析疗法中也谈论过此事。但我却从未感觉过。直到这一刻，我感到，现在才找到了一条可以把我从抑郁的“鬼圈”中解救出来的道路。

海克的治疗医生采用的是一种新的方法，来源于“人道疗法”(Humanistischen Therapie)和“生物动力疗法”(Biodynamik)。在各种人道疗法中，有“生物唯能说”或“塑造疗法”等。生物动力疗法是一种较温和的方法，主要是研究内在的搏动。对生物动力治疗医生来说，“推促”、“剥开”、不厌其烦、改造和给予明智的建议的时代已经过去。他们把精力几乎直接地集中在患者自发提供的东西之上，主要是借助对躯体和呼吸，关注与躯体有关的作用和细腻情感的理解。

人道心理学的其他借用躯体的疗法，除了上述的“生物唯能说”和“塑造疗法”之外，还有内聚疗法(Focusing)*、精神分

* 内聚法主要是引导患者把精力聚集到自己身体的各种反应上。



析诊断与治疗方法(Primärtherapie)*、哈科米疗法(Hakomi)**、集中运动疗法,或者呼吸疗法。这些疗法的共同之处,躯体疗法医生韦尔纳·埃波维因(Werner Eberwein)总结如下:

- 在我们头脑深处本已存在的具有活力的经历可以被释放出来;
- 把躯体作为情感驻地加以利用;
- 努力使不自觉变为自觉;
- 启发自觉和真诚;
- 同医生直接的和人格的接触,作为治疗的一部分(“我和你”);
- 着重现实的经历(此地此时);
- 关注整个躯体,躯体和精神的一体,情感和关系的一体,过去、现在、未来的一体;
- 更关注生活、经历和新生,而不是理智上的理解、暗示

* 精神分析诊断与治疗方法主要是引导患者回忆起使他造成心理与躯体症状的那些原始的、未被患者意识到的事件,也叫溯源法。

** “Hakomi”这个词来自美洲的何比印第安族语言。这是近年来美国的社会心理治疗方法。它不使用传统的催眠术与兴奋剂,而是试图通过意识与潜意识的边界状态,解开患者心理上的疙瘩。



和诠释；

- 努力在治疗过程中首先建立起爱心和尊重的关系，这既有利于治疗，也是治疗的目的；
- 用非常规和常规方法试验被抛弃的经验；
- 以开放的态度对待超直觉的和超理性的经验，以及非常规的意识形态；
- 启发人类高层次的本能，如爱情和活力，创造力和自发力，批判力和决策力，责任感和牺牲精神，游戏中的宁静和欢乐，自立和接触，坚定和存在；
- 启发个人发展、负责任的人际关系，以及社会改造之间的关联意识；
- 拒绝伤痕普遍化、标签化和病理模式化，以及淫威、权势和暴力；
- 以乐观的态度确信人可以在自由中生活，个人的幸福不必建立在其他人的不幸之上；
- 建立对正常病理学的泛滥的批判意识。

这听起来虽然很诱人，但只凭理论和计划，还是不能保证一个医生在具体案例中就能取得效果。如前所说，同医生的



人格相比,方法只能退居第二位。重要的是关系,求助者和医生之间的关系;第二位才是采取何种治疗方案。但这并不意味着,可以放弃正规的基础训练。选择治疗医生时,除了看其人格之外,还必须注意他所受到的专业教育。如果他只能提供其组织过座谈会或来历不明的讨论会的资历,那就必须持谨慎的态度。在有疑问的情况下,可以向各个心理治疗师协会咨询,了解该医生是否具备行医许可。

四、谁可以帮忙



对于感到沮丧和抑郁的人来说，很难找到一个对他合适的医生或心理治疗师。这不仅是因为专业力量缺乏，而且在寻找治疗的过程中也需要积极的活动和坚持不懈的努力。但这种性格恰恰是抑郁症患者所不具备的；对他们来说，为此而采取的必要行动，是难以承担的巨大负担。因此，他们所面临的危险就是很快地失去勇气或者满足于一种难有成效的治疗。但我们仍有一些办法，可以减轻寻找帮助时的负担，避免出现失望情绪。

当事人当然不会自己作出诊断，也常常不知道，他们是否真的患了抑郁症，即使知道了，也难以明了是哪一种类型。所以，对个人来说，就难以回答这样的问题：采用药物治疗还是



心理治疗？对于受过心理疾病专业训练的医生，神经科医生和心理医生，仍然存在着很大的疑虑。出于这个原因，很多出现精神症状的人还是去找自己的家庭医生，或者——由于主要症状为躯体不适——去找内科医生。神经科医生是专治“疯子”的，谁也不愿意被看成是疯子。然而，家庭医生也好，内科医生也罢，都很少能成为恰当的与你谈话的人，他们一般都对精神障碍所知甚少，也很难判断疾病的性质和严重程度，从而采取正确的治疗方法。说家庭医生和内科医生常常给精神障碍者开出“重剂”药物，这并不是耸人听闻。大部分神经药物是由普通医生（占整个处方的几乎百分之六十）和内科医生（占百分之十八点九）开出的。而真正由神经科医生开出的神经药物的处方却很少（只占百分之十四点八）。因此，在后者那里，受到错误的——或者不必要的——药物治疗的风险也就很小。某些神经科医生也受过从事心理治疗师的专门培训，可以在重度抑郁症案例中，双管齐下进行治疗：药物加心理治疗。

这里必须说明一点：所谓“医生兼心理治疗师”的头衔，并不说明他的治疗质量。这种医生只是在速成班学了一些上述知识，而且一般也很少对心理疗法给予足够的重视。这一点，



您必须在决定进入治疗之前的谈话中加以注意。不要选择一位没有当过心理治疗师的神经科医生，最理想的办法是和一位心理治疗师或心理学家进行合作。这也应是选择医生时的一种考虑。

如果您可以肯定，您的抑郁情绪不是来自肌体原因，而是对您的生活经历或某种压力的反应，那您就不一定去找一名神经科医生咨询。这一原则特别适于不愿服用精神药物的患者，也就是想不用靠药物的支撑去同抑郁症抗争的人。在这种情况下，必须澄清的问题是：我自己能否独自解决，还是需要一种心理疗法来帮助？如果您决定寻求专业帮助，您就必须首先明确，您想达到什么目的，哪种治疗方法您最能接受。在这里，您必须考虑到，不是所有的心理治疗师的费用都可以由医疗保险公司支付的。原则上您可以确定，心理分析和行为疗法（例如阿伦·贝克的认知疗法）的费用可由保险公司支付，如果心理治疗师具有国家颁发的开业许可证书的话，这是1999年1月1日生效的心理治疗法规中有关医疗保险公司承担费用的规定。您最好能在决定一个固定的心理治疗师之前，先到您的医疗保险公司咨询一下，了解哪些疗法的费用由他们支付。保险公司大多也都备有一份心理治疗师的地址和



名单。

此外,在每一个大城市都设有心理治疗咨询站,一般都设在大学医院之中,他们可以向您提供免费咨询,并在寻找治疗师上给予协助。对一些您无法判断其可靠性的广告,尤其要谨慎从事。“生活顾问”、“心理学顾问”、“实践心理学家”之类的头衔,大多是虚构的,它们的主人未必都接受过正规的学习。正像心理治疗师埃克哈特·吉泽(Eckhard Giese)所强调的那样:

谁如果根据城市报纸的广告内容,接受了心理治疗自由市场上的非专业治疗,他就应该清楚,他那深藏了数十年的问题很难在那里得到缓解。戈梅拉岛上的一个治疗集体,或者威斯特法利亚的一次萨满人的聚会,或许会给人以灵魂上的启迪;但严肃的个人问题,在这种集体工作的放大镜下却只能进一步加剧。谁要是被这种原始的治疗方法所吸引,那他就必须意识到这种集体活动的高度风险,而且至少要弄清楚,他是不是真的找到了一个严肃的治疗师。



如果您终于找到了一名心理治疗师，那您就应该永远相信自己的感觉。感觉大多是很可靠的，它可以清楚地告诉您，治疗中您是否真的感觉良好。心理分析家蒂尔曼·莫泽总结了一系列问题，可以为您同一名心理治疗师或神经科医生第一次谈话时提供决策帮助：

您是否认识了自己，甚至是重新认识了自己……您是否看到了他的眼睛……他是否变得不情愿，不耐烦……您能够耐心地思考您的感觉，这是很好的，如果您有疑问，可以要求另约一次新的治疗时间，这并非不礼貌……如果您难以表达一个明确的思想，可以尝试用书面形式……您是个自由的合同伙伴，即使您认为，形势迫使您采取紧急行动……您是否能够向他提出疑问……您是否感到，他能否承受疑虑、批评和犹豫？

您是否感觉对自己有了理解，甚至有了新的发现？您是否遇到了尊重并体谅您的人？为了明白，为了听懂，您是否付出了精神代价？您觉得什么是好的，什么使您觉得奇怪？您是否感到这次会晤有些勉强，不太适合您的胃口？他的举止自然吗？还是有些做作？坦率还是拘



谨？对您是否有针对性，还是笼统的？您是否能够说出您想说的话？您能够把握住您自己的思想和感觉吗？

当您与一名心理治疗师或一名医生第一次谈话后，带着“不好的感觉”离开时，那您就应该再去找另一个医生。您千万不要因为候诊时间过长，而匆忙作出承诺，因为不好的治疗会造成损害，还不如没有治疗。

如果您长期遭受抑郁症的严重困扰，一直服用相关的药物，并觉得已经无法离开这些药物，或者您感觉，您的主治医生已经不再听取您的陈述，那您就可以再找一家医院进行咨询。住院治疗并不像很多人以为的那样是终点或放弃，它很可能是一个新的开始。

五、建立抑郁症 病房的治疗方案



小组成员到齐了：3名男子和4名妇女围坐成一圈，中间是心理治疗师。“今天早上大家感觉怎么样？”治疗师宣布集体治疗开始，他期待的答复，首先是沉默。然后，一个年轻的妇女开始说话，她的手紧紧地夹在膝盖中间，好像要防止自己的身体出现急剧震动：“我今天感觉很不好。我总是这么不好。我放纵自己。对我来说，最大的问题就是我自己。”她说话的时候，眼睛看着地面，坐在那里一动也不动。

“我今夜睡得很坏，感觉很不好。”坐在她身旁的一名男子说。然后，就又是一片沉默。一位老年妇女开始哭泣，最后终于吃力地说：“我已经第三次到这里来。我已经绝望了。我是一个真正的废物。”



小组的其他成员看起来都无动于衷地听着别人说话。没有语言,没有慰藉的表情。但他们的外部表情只是假象。他们绝不是无动于衷。他们都知道,别人在说什么,他们有着共同的体验——抑郁。

这一组人都是拉芬斯堡—魏森瑙州立精神疾病医院抑郁症病房的患者,这里有德国这方面最老的设施。现在,又建立了一系列这样的病房,在身心医学院也开始采用类似的治疗方案。

百分之十五的抑郁症患者为慢性病患者,而其中的百分之十至十五,一生中都曾一次或多次住院治疗。所谓的慢性抑郁症和急性抑郁症的区别,就在于患病时间的长短、严重程度和病症的过程,以及患病的开始状态。这类患者中的大部分人,发病时间都较早,或者经过急性阶段之后病情长期反复发作。慢性抑郁症的症状要比急性抑郁症更为明显。

患反应型抑郁症的人,是因为亲人的死亡、伴侣的离异,或其他特殊事件而引发患病的,一般情况下不需要住院治疗。

拉芬斯堡抑郁症病房的心理学学士沃尔夫冈·科皮特克(Wolfgang Kopittke),就家庭D的实例,描述了抑郁症的产生及



其对这一家人生活的影响：

9年来,由于D夫人的抑郁症一再发作,一直接受门诊和住院治疗。她的亲人们说,他们的家庭早就困难重重:首先是D夫人的母亲长期需要人照顾,使全家不得安生;17年前母亲去世之后,又出现了儿子的问题;但这个困难也得到了克服。D夫人在这些年里,间或出现了偏头痛和退缩的倾向,但持续时间较短,症状很快就消失了。

休假期间,她去佛罗里达的姐姐那里停留了3周,在那里她享受了和自己家庭相比天堂般的生活,回到家中之后,她突然出现了失眠;日益增长的不安,使她在房间里跑来跑去。过去参加各种休闲活动的兴趣急剧下降,一种无法解释的恐惧感开始出现,使她不得不去看她的家庭医生。过去,这位医生曾用镇静药物为D夫人治疗过偏头痛。

短期好转之后,这些症状又以更加剧烈的形式重新出现,内部和外部的不安,莫名其妙的苦思,经常性的哭泣和抱怨,以及自杀欲望的显露,使得全家处于不知所措

的状态当中。随后把她送入精神病医院去治疗，家人不得不承认，这是无能为力的结果——从此以后，变换着接受门诊和住院治疗，治疗的时间越来越长，最后一次竟持续了6个月之久……

同医生和心理治疗师的多次接触，结果是令人失望的；问起下一步应如何运作时，得到的只是笼统的回答，这使得D夫人全家产生了孤立无援的感觉。各种各样的药物，各式各样的配合和剂量都做过尝试；好转只是短期的现象，之后，很快又恢复了原来的状态。经过半年的住院治疗，D夫人基本上还是以原来的不良状态出院回家，又回到了她的家庭成员当中……

接受住院治疗的抑郁症患者，大部分都有类似的苦闷经历。很多人都已患病数月乃至数年，其中不少的人把住院治疗看成是终点站。他们逐渐地才明白，住院治疗只是一个阶段，一个新的开始。前提是，他们必须承认抑郁是一种疾病——这对很多人来说是很困难的，因为“什么也看不出来”。

建立抑郁症病房是必要的，因为同其他精神障碍者相比，在各个州立医院中的抑郁症患者，几乎没有突出的表现。抑



郁症患者最怕遭受医生和护理人员的不重视,因为,抑郁症与依赖性障碍及精神分裂症不同,是一种“安静的”疾病。拉芬斯堡—魏森瑙州立医院的德国第一个抑郁症病房的主任曼弗雷德·沃尔弗斯多夫教授 (Manfred Wolfersdorf), 和他的同事一致坚信:

1. 抑郁症患者能够集体住院治疗是有好处的——这更是一条伦理和人道上的理由。
2. 从治疗的角度看,也是有意义的,因为住院可以为整个病区制订全面的治疗方案……患者可以相互成为典型,在集体互动效应的框架内,他们都是积极的一员,也是传播希望的代表。
3. 一个相对和谐的集体,可以为治疗和研究提供一个有利的氛围。

抑郁症病房的工作人员、医生、心理治疗师,以及护理人员,均经过适应抑郁症环境的培训。他们均根据一个“心理治疗基础方案”工作,照顾到抑郁症患者的需求。这个方案要求工作人员创造一个被患者接受并感觉舒适的感情氛围。创造



和患者亲近的环境，消除与患者的隔阂。其中包括，每一个患者都要从一开始就和病房融为一体：他获得一名“关系人”——可以是护理人员，也可以是一名住院时间较长的患者——“关系人”从一开始就对他“负责”。

除了这些特殊的治疗方式，还特别重视“活跃”。集体治疗和个人治疗都是治疗的一部分，同样也包括体育和文艺方面的活动。放松疗法和集体社会疗法，都旨在使患者惧怕和忘却的社会活动能力得以恢复。

对患者有利的方面还有，病房中的所有人都存在同样的问题。这肯定不会使抑郁病症状加剧，如果一个患者住院八周——这是一般的平均时间——在这个集体中生活。正好相反：他们体验类同，可以加强他们的凝聚感，并使他们可能终于无所顾忌地谈吐出一切。家人、同事或者朋友对患者不再表现出不理解和不帮助的态度，正在住院的患者也不再难以忍受。在这里，抑郁症患者的体验都会得到认真的对待。

六、患者如何 进行自我治疗



为了避免误解,我们必须指出:如果抑郁症已经发展到严重阶段,没有外界的帮助是很难使自己从中解脱出来的。即使是轻度的抑郁情绪,如果是急性发作,也有可能使一个人完全陷入麻木之中。我们说的自助,千万不要和下面这些建议混为一谈:“不去想它就是了”,或者“别老是胡思乱想”,或者“干点美好的事情”。自助始终是指无抑郁时期,也就是抑郁的阴影尚未完全控制一个人的时候。正是这个时期,才使人有机会为自己做些预防抑郁的准备。人们当然不能自己治愈自己,但可以借用相对简单的手段逐步为自己安装上一层“厚皮”,帮助自己在较长的时间里不再被动地陷入抑郁之中。心理学家和医务人员现在已经确信,即使在精神症状严重的人

身上，也潜伏着自愈的力量，一旦它被激活，就可以成为心理治疗和药物治疗的得力助手。因此，专家们越来越把目光集中到每个人都具备的“健康意识”之上。这是被医务界长期遗忘的东西。

心理治疗师理查德·奥康纳(Richard O'connor)坚信，“人是能够克服抑郁的，而且他自己——和心理治疗及药物治疗一样——也可以成为治疗手段的重要组成部分。”奥康纳把抑郁症患者比做不会游泳的人。不会游泳的人缺乏在深水中存活的能力，而抑郁症患者则不知道如何在生活的“深处”存活。游泳是可以学会的，对付抑郁症也是如此。现在已经有很多疗效不错的自助方案，可以向抑郁症患者介绍下列一些手段：

- 由于抑郁症患者以自损的方式对待自己的感觉，所以
他们应该学会感觉。
- 由于抑郁症患者常常消极思维，所以他们应该学会以
乐观的态度看待事物。
- 由于抑郁症患者处于长期紧张状态之中，所以他们应
该学会轻松地对待生活。



- 由于抑郁症患者倾向于退缩，所以他们应该去寻求社会支持。

(一)学会感觉

抑郁的人往往不知道他有什么感觉，或者是否还有感觉。这种“无感觉状态”对他来说，完全是“从天而降”，没有任何原因。“在抑郁中存在一种无法解释的东西。谁如果痛苦或难过，他总会知道，他为什么痛苦，为什么难过。如果问一个抑郁的人，他忧伤的原因是什么，到底是什么压抑在他身上，他就会回答；我不知道，我无法解释。而这其中隐藏着无边无际的忧伤。”自己也身患抑郁症的索伦·克尔恺郭尔（Søren Kierkegaard）就是这样描述的。

心理治疗的任务，就是为抑郁症患者打开通往感觉的大门。理查德·奥康纳认为，患者自己也可以为此做些事情。他们可以设法找到感觉瘫痪的动因，办法是借助“情绪日记”。患者应该把每日发生的事情记在这本日记中：谁都干了什么？事情是在什么情况下发生的？我这一天有过什么思考、幻



想和回忆？奥康纳承认，对抑郁症患者来说，记录这些事情，一开始是很困难的。但只要他们能够坚持下去，随着时间的推移，他们就可能会发现事件和抑郁之间的关联。他们就能够学会会有意识地去感觉事件的发生，他们就会发现他们的抑郁并不是突然“从天而降”，而是在很多情况下都是有其动因的。一个人一旦发现了他的抑郁来自固定的被压抑的感觉，他们就可以迈出下一步，去尝试把埋藏在心里的感觉表达出来。

这最好是用书面的方式。心理治疗师奥康纳的建议是：“您最好每天在同一时间写日记。不要限制您的思想和感觉。想到什么就写什么。每周翻阅一遍您写的东西。设法总结出您的感觉模式。”

很多人在年轻时代都写日记，有些人还能回忆起，每天写日记对他们有多么大的意义。写日记是一种自我对话，它可以减轻压力，并能像和朋友谈话一般，澄清很多问题。

谁要是能把思想和感觉写下来，他就可以避免受到抑郁的困扰，就可以发现和抑郁状态相关的感觉。把写下的东西加以分类，也是很有意义的，特别要注意下列四点：



- 探寻感受,即:您感觉到什么?看到什么和听到什么?您的心跳吗?腹部疼痛吗?脸上流泪吗?或者您感到完全麻木、完全没有感觉吗?
- 抓住感觉:作为第二步,您应该设法弄清楚,您所观察到的一切,对您意味着什么。在您实现您的行为时,有哪些感觉会出现?您是否会怨恨自己,因为您再次感到沮丧?您是不是想,这将永无止境?您担心不能完成自己的使命吗?
- 追根寻源:如果您已经清楚了您的感受,那您就应该开始追问您的感觉和处境:您为什么现在又感觉不好?这样忧伤的感觉,对谁有用?在您抑郁之前发生了什么事情?您觉得您做错了什么?
- 明确需求:如果您对自己很诚实,没有压制真正的思想,那您最终可以发现,您的真正需求是什么。最理想的是把对您有利和有害的东西区分开来。提出这四个步骤的瑞士心理治疗师康拉德·施泰特巴赫(Konrad Stettbacher),以一名年轻的妇女露特为例,对这一程序做了演示。这位妇女用书面的形式分析了她自己的感觉:



在第一步中,她是这样描述自己的处境的:“昨天,由于一个同事在我的房间里,我感觉十分忙乱……我不很清楚,你的存在为什么会使我慌乱。只要你在这里,其他的一切都退居到了后面。我的每一个动作,都在你的控制之下,我感觉被人监视,感到不知所措。”

走向第二步是很流畅的:“我始终强迫自己让你开心。这使我失去信心,不再能够自由行动和思考……我的需求是:你必须觉得我好,必须重视我,喜欢我,其他的一切都被这一需求排除在外。我始终如一地期待着你的信号,那就是向我显示,你是如何对我感兴趣的。”

第三步是以一连串提问开始的:例如:“是什么阻止我向你表示好感?你的存在为什么会使我失去自信?……我惧怕自己暴露在光天化日之下,惧怕遭到拒绝,这种惧怕到了我难以忍受的程度。你的情况当然很好。你有属于你的人。你没有必要像我这样需要扶持、尊重和爱……你在摇头。你这是怎么了?是你吗,爸爸?我还是一直怀念你的那个小姑娘吗?我那未能得到满足的渴望仍然是我可以依附的父亲吗?……我一直没有自信,因为我一直有一种感觉,我不能来到你的身边,是你

不愿意吗？是你不喜欢我吗？”

实际上，第四步的出现已经顺理成章了，露特说：“我需要从你那里听到和感觉到，你觉得我是个聪明、活泼、漂亮的姑娘，你对有我这样的生气勃勃的女儿感到自豪……我多么需要一个爱我的爸爸，我可以走到他的身边，接受他的抚摸，我可以在他那里撒娇和亲昵。”

在这个经过删节了的自我分析中，我们可以清楚地看到，一个看来很平常的事件是如何使这个年轻的妇女心神不定，深深地陷入了迷惘。通过上述的系统分析，她避免了坠入抑郁之苦，同时逐渐找到了她迷惘的根源。

写日记可以是一种治疗，美国的心理学家詹姆斯·彭尼贝克(James W. Pennebaker)也证实了这一点。在他进行的一次关于这个题目的试验中，他要求试验的对象，连续3至5日拿出15至30分钟的时间，就一个“深刻影响您和您生活情感的极其重要的题目”（把试验说明中的要求）写出材料来。试验对象写出的有关题目有：爱情的苦恼，亲人的死亡，以及他们遭到失败的情况。“写作时间”过去之后，当问到试验对象的感觉时，他们普遍地感到轻松，并认为写作的过程对他们很



“有价值”和“很重要”。尽管这次写作是个痛苦的经历，但事情过后，他们的情绪和感觉都有所改善。

为什么写作会有这样的效果呢？詹姆斯·彭尼贝克认为：如果心理压力不能用语言表达出来（口头或书面），那么它就会变成紧张的因素。这种紧张会削弱免疫系统，从而加大了精神和躯体生病的风险。

（二）学会乐观思维

抑郁症患者的一个主要标志，就是患者对自己永远不满意。他们对自己提出的期望很高——过高。他们认为，只有绝对达到目的，才能说是成功，稍差一些，他们就永远不能满意。抑郁症专家阿伦·贝克对这种绝对化压迫感举过一个生动的例子：

他的一个抑郁症患者讲述说，他曾为厨房粘贴壁纸，但他却不满意。心理治疗师随即询问他不满意的理由。

患者：“因为上面的图案不协调。”



医生：“您确实做完了这项工作吗？”

患者：“是的。”

医生：“是您的厨房吗？”

患者：“不是，我是帮助邻居。”

医生：“主要是他贴的吗？”

患者：“不，其实几乎都是我一个人干的。他还从未贴过壁纸。”

医生：“还出了别的问题吗？您是不是把胶水撒到了地上？把很多壁纸弄破了？最后把房间弄得乱七八糟？”

患者：“不，不。惟一的问题就是上面的图案没有合到一块。”

医生：“两个图案相差有多远？”

患者：（用手比了大约3毫米）“就这么远。”

医生：“是每条壁纸吗？”

患者：“不……有2到3条。”

医生：“还有别人察觉了吗？”

患者：“没有。我的邻居还觉得干得特棒。”

医生：“如果您的邻居在您的厨房干了同样质量的工作，您会怎么说？”

患者：“很好！”

这是一个很典型的实例，说明抑郁的人是如何使自己感觉不好的。追求最高水平的感觉，是“认知三段论”的组成部分。阿伦·贝克根据这一论点描绘了三种对自我感觉会产生持久危害的典型的抑郁思维模式：

1. 对自己的消极思维：“我有错误，我有缺陷，我处于劣势。”
2. 错误评价事情和人物：“我如果不能随时做出卓越的成绩来，我就是个废物。”“如果我取得成功，那只是偶然的，如果失败，那是我自己的责任。”
3. 对未来的消极期待：“我永远也做不到。”“我永远也不会幸福。”

这种消极思维结构，用认知疗法可以得到有效的治疗。但抑郁症患者本人也可以借助自己的能力学会减少自损式思维。美国心理学家马丁·塞利格曼制定了一种方案，十分适合自我治疗：A—B—C 方法。三个字母分别代表：

- | | | |
|-------|---------------------------|-----|
| 事件的诱因 | Auslösendes Ereignis | (A) |
| 事件的评价 | Bewertung des Ereignisses | (B) |

感觉的结论 Gefühlsmäßige Konsequenz (C)

这种方法背后的哲理是：我们的思维方式和感觉对象，在很大程度上是相互依附的。一个事件过后，我们的感觉是抑郁的，这必然与我们对事件不适宜的过度悲观反应有关。

当我们遇到消极事件时，A—B—C 链条即开始发生作用。对抑郁症患者来说，重要的是自己的 A—B—C 链条的质量如何，是否形成了惟一的一种反应。几个消极 A—B—C 链条的例子：

A：您的女友没有回电话，尽管她曾答应这样做。

B：您想：“她肯定有什么地方反对我！我到底说了什么，干了什么，让她把我抛弃呢？”

C：您感觉被人抛弃，沮丧。

A：您申斥您的孩子，因为他还没有做家庭作业。

B：您想：“我是一个多么不能自控的坏母亲。”

C：您感觉很坏，感到羞耻。

在这个思维链条中的自我对话是悲观的，另外的可能解



释，根本不予考虑，一个个别的事件被一般化了。在下面的A—B—C链条中，结论却完全是不同的：

A:最好的女友没有回电话。

B:您想：“她肯定太忙或遇到了什么问题，没有时间打电话。我得问问她，出了什么事。”

C:您打了电话，谈话后感到轻松。

A:您申斥您的孩子。

B:您想：“我今天真是太紧张了。”

C:您表示道歉，并用平静的话语督促孩子。

两种思维链条的区别表明：我们对一个事件，一个人物，或我们自己如何思考，主动权完全在我们自己的手中。谁要是只倾向于悲观的评价，就会给自己带来伤害，所以应该学会考虑各种可能性。

尤其是抑郁症患者应该练习和自己展开讨论：“你怎么会想到，那个女友不愿意再理你了呢？你有足够的证据吗？”“你难道真是个好妈妈吗？只是因为你出于可知的原因失去了耐



心吗？”在这样一些讨论中，人们很快就会发现，很多事情只是自己幻想的结果，而没有真正的依据。

(三) A—B—C 方法适用于儿童

马丁·塞利格曼在各种试验中证明，A—B—C 方法特别适用于教会儿童掌握较乐观的思维方式，以预防产生抑郁倾向。

为了让儿女学会这种方法，有必要让孩子了解自我对话的作用。这方面的困难，在于 10 岁以下的孩子还无法自觉地进行自我对话。所以，塞利格曼建议施行“陆上训练”：请告诉您的孩子，每个人都对自己说话，这是很正常的事情。您可以编一些故事，说明这种自我对话是如何进行的：

——安德烈娅理完发回家，可她不喜欢这个发型。她站在镜子前面，会对自己说些什么呢？

现在您和孩子一起想像一下自我对话的各种可能的内容，并分别写在纸片上：“我怎么是这个模样？”“别人会笑我

的。”“它还会长出来。”“我把它梳成绺,看起来就潇洒一点。”您要注意,让孩子既作出正面的反应,也作出负面的反应。然后,您画一副高兴的脸和一副难过的脸。您可以问孩子:“安德烈娅如果对她的发型反应消极,她会有什么感觉?如果她对她的模样不在乎,又怎么样?”这时,您可以让孩子把写在纸片上的不同反应,配到相应的脸型上去。

用这种方式让您的孩子了解思维和感觉之间的关系,然后您就可以从您的生活中选择现实的例子来,和孩子一起再收集不好的事件:坏分数,学校体育课上犯的小错误,不忠诚的女友……然后问孩子有什么想法:脑子里在想什么?进行了什么样的自我对话?对这一事件进行什么样的评价?如果您的儿子或女儿只产生了负面的和悲观的想法,您就应该和孩子一起寻找其他的解释。

在这其中,您必须注意正面解释方式的三个特征:

- 您要把消极的事件讲成是暂时的。如果女友今天不想和您的女儿说话,这并不等于她就不再理您的女儿了。您可以说:“她今天没有兴致。这没有什么要紧。你可以看到,她明天又会高兴和你说话了。”

- 您要告诉您的孩子，糟糕的事件，是个别的事件，不应该把它普遍化。您的孩子洗碗时，把碗打碎了，您不要申斥说：“你老是这么不小心！”这样，您就不恰当地把事情普遍化了，使您孩子会产生：“我就是没用。”良性的反应应该是一种正面的解释方式，比如您说：“你今天可能有点走神了。下次你会留心的。”
- 您要指导孩子不要把发生的什么事情都揽到自己身上。如果进入青春期的女儿还没有找到男友，那并不是她想像的那样，是因为她的相貌，而是因为男孩还不适应她的聪明……

马丁·塞利格曼向家长建议，尽可能每天晚上睡觉之前和孩子一起回忆一下一天的经历，并为每一件事都尽可能找出不同的解释。

(四)学会轻松地生活

有人曾对 900 名抑郁症女患者进行调查，当问到，患有抑



郁症,什么对她们有帮助时,所获得的回答是各式各样的。其中认为对她们最有帮助的,是同理解她们的人交谈。同样重要的还有理解她们的自我感觉和生活环境,并去研究抑郁症的病因。其他一些可以使她们从抑郁中得以摆脱的可能性还有:活动、爱好、退缩、痛哭、把感觉写下来、睡觉以及体育等。

一系列心理学方面的考察表明,身体的活动,特别是慢跑具有抗抑郁的作用。在一些医院里,经常性跑步已经成为治疗方案的组成部分。同样,开业的心理治疗师也越来越多地要求他们的抑郁症患者集体去森林跑步。他们已经认识到,体力的活动不仅仅对躯体、也对精神产生积极的影响。“经常性的运动锻炼,可以使肌肉全面放松,使呼吸正常,有利于身体的血液循环,从而减少良性神经系统的紧张,也会促使鸦片类物质、寄生物质(Endorphine)加快释放,这样对于抗抑郁和激发情绪都有好处,而且减少疼痛,没有副作用。”心理学教授和心理治疗师赖因哈德·陶施(Reinhard Tausch)这样写道。和很多其他人一样,他也坚信,跑步锻炼对精神抑郁症患者可以起到心理治疗的作用。

跑步疗法对严重抑郁症是否有效,大家的意见还不一致。某些心理医生认为这是一种对病人的折磨,因为,严重抑



郁症的一个征兆，恰恰是没有活动能力，即使他有这样的愿望。但只要运动得当，慢跑方案是可以使重度抑郁症患者重新焕发起来的。而名副其实的第一步，就会成为成功的经历，从而促进他的活动能力。对于抑郁症患者来说，重要的是，在进行体力活动时要有正确的指导和伴跑人员。谁要是想单独试验一下跑步对他是否有益（或者进行其他活动），他就应该选择一个在他自我感觉良好的时候进行。关键的是经常性和坚持，而不在于追求好的成绩。为了不使第一次尝试之后就沮丧地放弃，最好事前做好充分准备。现在，在书籍市场上，有足够多的参考书，可以指导你进行正确的慢跑或其他有意义的体力活动。在开始跑步之前，最好和您的主治医生就您的个人承受能力问题作出正确的判断。

正如开头时所指出的那样，抑郁症也是一种紧张疾病。在抑郁症患者身上，摆脱躯体和精神所处于警戒状态而安静下来的能力，同非抑郁症患者相比十分缺乏。哈佛教授赫伯特·本森（Herbert Benson）在这方面的一个发现，恰是抑郁症患者的福音。本森指出：我们具备天生的松弛能力。但可惜的是，我们在几百年的进程中，越来越忘却了这种能力，因而需要某种固定的方法，去激发我们的“松弛反应”。而且人人都



可以学会如何激发松弛能力，并不需要举办昂贵而费时的训练班。为此所需要的一切，就是耐心。只需要几周的时间，就可以产生令人感到舒适的效果。

放松的最简单的途径，就是下列几个阶段：

1. 您选择一句话，一个概念，一句祷告词，作为您入静的口诀。
2. 选择舒服的姿势安静地坐下。
3. 闭上眼睛。
4. 肌肉放松。
5. 缓慢而自然呼吸，呼气时默念您选择的口诀。
6. 如果您的思想走神，设法收回到口诀上来。
7. 坚持这个练习 10 到 20 分钟。
8. 每日至少一次，最好两次做这种练习。

另外一种释放松弛反应的方法，是所谓的“行走静思”：

利用十分钟的时间，找一个不受干扰的地方。缓慢迈步，让您的脚从脚跟向脚尖缓慢移动。集中精神感受行走和脚掌接触地面的感觉。如果出现杂念：任其自然，不予理会，重新

把意念集中到脚上。

这种简单而美妙的方法所产生的效果是“巨大”的，赫伯特·本森是这样描述的：除去躯体的很多其他问题之外，“它还可以减弱恐惧感和轻度至中度的抑郁情绪。通过松弛反应，常规的思维程序得以中断，那种使我们发疯的可怕的思维链条得以中断：如果……可该怎么办，我是不是最好……如果没有那样就……”本森解释说，“我把它称之为 awfulizing——在阴暗的思想里碰撞。”

其他形式的放松方法，也同样是轻度和中度的抑郁症可以利用的自我疗法。除了自我放松、肌肉放松和呼吸练习之外，人们还发现瑜珈功也有很好的效应。正如理查德·陶施指出的那样，这种形式在不同的调查中一再证明了它对放松产生了积极的影响。

他写道，瑜珈功“是非常柔和非常缓慢的锻炼，它从不会超越疼痛极限；适用于任何年龄段。它为什么会有效果呢？首先是通过其缓慢的运动使我们的肌肉得以伸展。这就意味着血液循环的改善，从而改善了细胞的营养……此外，通过缓慢的运动，使我们的呼吸趋于正常。恐惧和激动都会使我们的



呼吸发生变化，但我们却往往不自觉地保持了这种变化。呼吸的正常化，会通过呼吸中枢使我们的感觉发生重要的变化，从而安定下来。然后，如果我们全身的肌肉得以放松，我们在精神上也会感到轻松，变得从容和少有冲动。”

(五) 社会支持

从美国心理学家詹姆斯·彭尼贝克的研究中我们知道，长期不能同人谈及自己的问题和忧虑的人，常常患有精神或躯体疾病。谁总想或不得不自己去解决生活难题，谁得不到其他人的支持，而且也无法和别人交流，从长远看，他会很难承受这种压力而生病的。精神健康的一个重要的支柱，就是和别人分担忧愁和面对问题的本事。

然而，抑郁症患者却总是认为，无法和任何人谈论他们的体验。他们更倾向于从别人身边退缩。谁如果拘囿“我心的事情和别人无关”的座右铭，他就需要具有巨大的能源和力量。因此，抑郁症专家告诫一切当事人：即使您感到为难，也要把它说出来。您可以选择任何一个您认为能够正确评价和



分担您忧愁的人。

如果在周围找不到这样的人，那么一个自助小组或许有可能是一个有益的帮助。“很多人没有机会——既不能在家中，也不能在工作岗位上——谈论自己的问题。这时他来到一个小组，他就会感到很幸运，终于可以谈这些问题了。”这是自1983年就参加自助小组的霍斯特的经验之谈。现在，在德国已经建立了300多个这样的小组，其男女成员聚会在一起，“共同分享他们的整体力量和希望，并解决他们的情感问题。”（自助小组章程中的内容）“在那里不需要反馈（Feed-back），不需要建议。到那里去的人，甚至常常不想听到什么。他们平时听到的建议已经足够多了。他们这时想说话，希望有人能够听他们说话。”已经在自助小组有6年经历的安娜说，“他们经常去参加活动，就是他们的相互帮助，通过说话，也通过听别人说话，试图使自己得到解脱。在听的过程中，他们会突然发现，自己并不孤独，其他人情况也是如此。”1983年参加自助小组的霍斯特证实了这样的效果。“如果我能谈自己的问题，我就可以得到解脱。人们就可以对自己的问题认识得更加清楚。没有人会打断你，没有人会提出相反的问题，也没有人回答。这就使人有可能集中精神，可以学会更好



地理解自己的问题。等下一个人说话的时候，你就可以从他的经验中获益，可以相互学习。”

安娜和霍斯特都从自己的经验中知道，走出自家的“围墙”，这对抑郁症患者是个可怕的设想。霍斯特在开始时得到了小组成员的鼓励，才参加到小组中来的。今天他已经知道：“即使自己感觉很坏，也应该到小组来。来过之后每次都感觉良好。”

这是抑郁症患者应该牢记的一句话，它适用于一切自我疗法。谁患有抑郁症，看到这个进行自疗的意见时，可能会说：“这我做不到！”这是可以理解的。因为抑郁症的一个标志就是，患者完全变得麻木，变得无所事事。但即使最严重的抑郁症也会出现“可干点什么”的瞬间。这一瞬间是应该利用的。您不应该由于惧怕下一轮抑郁的到来而无所事事地度过这一时期。安娜的经验是：“抑郁总是波浪式出现的。但如果走上逐渐改善的道路，那么波浪出现的间隔就会越来越大。”

第三部分

抑郁症

抑郁症：患者及其 身边的其他人

一、抑郁症患者为什么不能“随欲而为”



拍一下抑郁症患者的肩膀，对他说：“会好的，要振作起来。”这就等于对一名糖尿病患者说，他的身体应该多生产一些胰岛素一样没有意义。特别是与他亲近的人，也包括他的朋友、熟人或同事，却常常面对抑郁症患者的行为提出这样的建议。但这也是完全可以理解的，因为当事人并不完全了解抑郁症的实质。抑郁症患者给人的印象，往往好像是他们有意这样做的，似乎只要他们拿出一点毅力来，病情就会有好转。“人们老是说，情况会好的，总会有好光景出现。”拉赫尔·贝格林格说。“大多情况下，我就只能保持沉默，不再说什么了。”这类建议和要求完全没有考虑到抑郁症患者的实际情况。他们是想振作起来，但他们却做不到。不能“随欲而



为”，恰恰是抑郁症患者的一个重要标志。越是向他们的意愿呼吁，他们就越感到，单纯有意愿还是做不成什么的。同样，要求他们坚持住或者让他们散散心，也是错误的。比如建议“去散散步吧！”“去看电影吧！”“给谁打个电话吧！”等等，这恰恰是把手指捅到了他们的“伤口”上：抑郁症患者想“随欲而为”，但他们无法拿出足够大的力量去做这些事情。

所有这些好心的建议和要求当然都是出于善意，但也常常是这个“标志”，使得患者的家人也感到了过多的压力和迷惘。医生和治疗师们往往忽视把家人纳入到治疗的方案之中，让他们能够学会对患者的反应和可能性作出正确的评价。人们越来越认识到，对与患者生活在一起的人进行教育和帮助，也是很有必要的，因为，他们同样受到这种疾病的困扰。他们和抑郁症患者同样需要帮助和支援；如果他们懂得了这些，就会对患者病情的改善起到不可忽视的作用。

家人和朋友们可以向抑郁症患者提出哪些建议呢？拜洛伊特区立医院心理治疗所所长曼弗雷德·沃尔弗斯多夫，在他长期做患者家属的工作中一再看到，患者身边的人是如何对待他们生病的亲人的。他列举了九个方面的行为，告诫人们哪些是错误的，哪些是应该做的：



错误的是：

1. 摆出治疗者的姿态；
2. 过分照顾和限制抑郁症患者的生活；
3. 对患者不信任，怀着畏惧的心情去监视他；
4. 拍着肩膀说：“会好的。”
5. 作出攻击性和拒绝性的反应；
6. 和患者争论是非对错；
7. 要求或估计自己过高；
8. 在患者面前表现过于乐观，或者相反表现绝望；
9. 受抑郁思想和情绪的感染看轻自己。

正确的是：

1. 尽可能表现同情和理解；
2. 对待抑郁症患者和对待其他病人一样给予呵护；
3. 既要亲近，又要保持一定距离；
4. 对自己和对患者要有耐心；
5. 接受和认可别人的帮助；
6. 不要故作姿态，认识自己的攻击行为和失望心理，并



允许存在,但不能任其发展;

7. 患者不发表抑郁性言论并积极活动时,要给予表扬;
8. 要求患者进行共同的活动,但不能过度,也不能过轻;
9. 和患者共同安排和计划每日的活动。

这些都是很高的要求。像如此精确的规定,在实践中不总是可以做到的。因为,如果一个家庭成员患了抑郁症,那就意味着整个家庭都会发生根本的改变。健康人必须照顾病人,但同时又不能放下日常职业上的事情不管。这是很沉重的负担,可以使家人疲惫不堪。在患者面前表现愤怒和发生攻击性行为,大多数情况是难免的。他们的情绪一旦得到了发泄,紧跟着就会后悔和自责。有时,家人自己也会陷入抑郁情绪之中,因为他们无法长期忍受这种令人沮丧的气氛,而且经常错误地理解抑郁症患者的行为。这常常发生在生活伴侣之间,结果是健康的一方感觉似乎被患者抛弃。

在某出版社工作的一位职员维利·索莫尔,根据切身体会叙述了这种情况:

当我还不知道我的妻子患有抑郁症的时候,我总以



为,她在回避我。几次想消除这一隔膜,都没有成功。对我提出的问题,她总是用单词来回答,然后就莫名其妙地陷入了茫然状态,她的思想似乎又跑到了其他什么地方。我开始时试图直接地提问题,例如,“你这是怎么了?”或者,“你是不是对我有什么意见?”来弄清楚,是不是因为我的原因她才变成这个样子。后来,我逐渐感到,不管我过去做过什么,都不可能是她退缩的动因。由于我一直想和她谈一谈,是否因为我,她才产生了这种退缩和懊恼,但我始终得不到回应,所以我越来越感到愤懑。我向她提出批评,比如对她的心不在焉和冷漠无情。然而,这样做的后果,反而使她越来越远离我,她越来越孤僻了。我也感到孤独和被冷落。我常问自己,她是否对我还有一点感情,或是在这背后还隐藏着什么其他东西。她对我没有了兴趣,是不是不再爱我了?我觉得受到了伤害,遭到了拒绝,有时感到自己成了累赘和令她讨厌的人。

有一段时间我想,她应该向我解释清楚,这到底是怎么回事,可她为什么不这样做呢?不知是什么时候,我终于看到,提问和劝说是无济于事的,甚至还会使情况进



一步恶化。为了使自己免于被折磨，我不知道是什么时候，也开始回避她，以便能保护自己，得到一些松弛。

尽管如此，我还是逐渐产生了一种恐惧，要长期和一名有精神疾病的人打交道。早上一起床，就得面对一个悲伤和沮丧的人，自己肯定也不会欢快的。我特别担心的是，这种状况会加剧，最后毁掉了我们的爱情和共同的生活。我的思绪开始围绕这个问题旋转，我担心，终有一天，自己也被卷入这悲伤、失望和沮丧的旋涡中去。

许多人由于家中有心理疾病患者而感到耻辱。他们常常有一种负罪感——或者在家族史中寻找原因——并试图在邻居、同事和朋友面前掩饰这一“耻辱”。例如，埃丽卡·舍恩菲尔德就把长年患抑郁症的丈夫说成是“心脏病”，以避免邻里“说三道四”。然而，这一谎言持续时间久了以后，她自己也会感到孤立。她的精神终将有一天在护理的负担下崩溃。她自己反而需要帮助。

几年来，我只能自己承担一切。不论是家务劳动还是教育孩子，而且我还有自己的职业。最可怕的是，我无



法再邀请别人到我们家来做客。时间长了，很多熟人都感到奇怪，因为他们会想，为什么一个心脏病患者不能接待客人呢？实际上，是我无法忍受他们看到我的丈夫现在的这种冷漠状态。他根本就不想也不能和他们谈什么。于是，几乎所有的人都不再和我往来。我把全部仇恨都发泄在丈夫身上，我大喊大闹了一场——最后还哭了起来。医生说，这是真正的精神崩溃。

如果家属不知道这种疾病的实质，他们就会陷入一个怪圈之中，最后必然以极其疲惫而告终。我们以一个母亲患有抑郁症的家庭为例，就可以清楚地看到：每天早上，丈夫和孩子都必须首先照顾她。他们好言好语劝她起床，去洗脸，去吃一些早点。然而，他们越是这样劝说并尝试让她活跃起来，这位家庭主妇就越是表现得软弱无力和无动于衷。在一天当中，她的情绪也会出现好转，这也是抑郁症的典型表现：早上情况最差，白天可能出现情绪好转，感觉最好的时间是晚上。这位母亲也是如此。当她和家人一起吃晚餐时，孩子和丈夫都感到他们的努力没有白费。但是，当第二天早上又故态重演时，家人只能感到十分的失望。他们又得重新开始他们的



努力,又去照顾这位家庭主妇,又好像取得了成果——到了第二天,一切希望又都破灭了。当和抑郁症患者单独在一起时,愤怒、攻击行为、极端的疲惫是必然的、不可避免的后果。

每一个主治医生、心理治疗师或者心理学家,都应该始终把患者的家人放到治疗方案中来考虑。他们如果不主动这样做,那么患者的家属就应该提出这个要求。在“抑郁症病房”治疗时,与家属合作,早已是治疗方案的一部分。这些医院以“家属小组”的形式,向家属提供有关抑郁症患者的情况、信息,以及正确对待患者的方法,患者家属可以在其中学习如何照顾患者,同时,也不忘却照顾自己。

如果抑郁症患者只进行门诊治疗,那么家属也可以和其他病人的家属组织“自助小组”采取共同的措施。因为,所谓“我自己可以解决问题”的态度,不仅对抑郁症病人是错误的,而且对他们的家属而言,也是不对的。

二、抑郁症患者之间的关系



抑郁者其实不应该是孤独的——很多文章都列举过抑郁症患者的“特殊公关能力”，而且肯定了他们的这种积极的性格。有人说，抑郁者具有认真负责、团结忠诚、乐于助人、体贴入微的性格。他们善于同情别人，始终意识到自己的责任，攻击性是与他们格格不入的，他们永远囿于过高地要求自己的危机之中。

尽管具有这些“积极”的性格，但孤独却始终像一条线贯穿着抑郁者的一生。这个矛盾应该如何解释呢？

抑郁者虽然喜欢照顾别人，但他们自己却极少得到他们所需要的温馨。

甚至他们周围那些可亲可爱的人，都无法给他们提供可



靠的保障。因为,他们早期童年时得到的太少,而他们对其他人的期望实在太高,即使最可亲的人也无法给予满足。

心理医生雷蒙德·巴特盖(Raymond Battegay)写道:“抑郁症患者即使有很多人关照,却仍然是寂寞和孤独的,因为,除非他们完完全全每时每刻和他在一起(融为一体),否则他是感觉不到别人的存在的。他常常处于一种境界,虽然能看见别人在他身边,但他还是觉得中间有一面玻璃墙壁把他们隔开了。他无法体验到和别人直接在一起的气氛,因为只有和别人完全融为一体,他才能有这种感觉。”如果一个人总是在感觉,则他所渴望的和人的亲近是无法达到的。应该说他必须时刻感觉来自童年的痛苦经历,所以他就只能退缩,陷入到自己不受别人所爱,也不值得别人爱的困惑之中。他的本已不强的自我价值感和自信心变得越来越薄弱。

因为,抑郁症患者所渴求的爱——早期无条件的父爱和母爱——在现在的成年人身上,他是永远无法找到的。不论他如何关怀其他人,如何把自己的需求掩盖起来,他却总是感到不为人所爱和自惭形秽。由于别人所给予的呵护对他十分重要,所以他几乎不敢批评别人或对别人的误解进行辩解。尤



其在生活伴侣之间表现得格外突出：出于对失去爱情的惧怕，抑郁症患者始终对伴侣委曲求全，把自己的需求置于对方的需求之下——因而使他自己常常变成这种关系的俘虏，而这又加剧了他的抑郁情绪。心理分析家 P·C·凯珀(P.C.Kuiper)曾描写过抑郁症患者在伴侣关系或在其他关系中常常出现的麻木状态：

像一个婴儿不能从母亲的怀里拉开一样，一名抑郁症患者也很难做到从与他紧密相关的令他失望的那个人物中解脱出来……如果我们比较一下抑郁症的表现和健康人的反应，那么我们就可以使我们的观察有一个更清晰的轮廓。一个健康的人会怎么做呢……如果有人……对他所爱的人感到失望或苦恼……那么这个人，如果是健康的话，就会生气，而且并不会把所有的责任揽到自己身上，同时也能看到对方的毛病。有时候，也可以把这种气愤表露出来，实际上这是给对方一个信号，让他改变自己的行为。如果发现给对方所发出的信号无济于事，因为对方有意要折磨自己，那么我们就必须离开对方……中断关系的前提是人的成熟，因为童年时的依附关系是



无法中断的。所谓成熟,这里特别是指具备攻击性行为,具备一种保存自我的欲望,以及自立的感觉……

如前所述,患抑郁症的女性为男性的两倍。这尤其涉及到那些一生都为别人服务的女性,她们甚至否定自我,把自己禁锢在她得不到满足的关系当中。

罗宾·诺伍德(Robin Norwood)的书《如果女人过于爱》所以能成为畅销书,也间接印证了女性抑郁症患者和伴侣选择之间的关系。诺伍德在他的心理治疗实践中一再发现,“过于爱”的女人具有典型的经历和典型的特征——这些特征不仅对“过于爱的女人具有典型意义”,而且也对所有抑郁症患者具有根本性的典型意义:

1. 典型的案例是,她们均出自一个不和谐的家庭,他们的感情需求没有得到满足。
2. 她们自己很少得到照顾,试图以对别人的特殊关照,来满足自己没有获得的需求,特别是对在某种意义上需要帮助的男人。
3. 由于她们没有从父母那里得到她们所渴望的爱抚和



温柔，所以对她们所熟悉的“感情上不容易接近的男人”作出下意识的反应，试图用自己的爱加以改变。

4. 由于自己十分害怕被抛弃，她们付出一切努力，防止关系的破裂。
5. 只要能够“帮助”和她们生活在一起的男人，做出多少努力，花费多少时间，付出多少代价，她们都在所不惜。
6. 由于她们在个人关系中十分熟悉缺少爱的感觉，所以她们情愿等待和希望，并做出一切努力试图讨对方喜欢。
7. 在与伴侣的关系中，她们宁愿承担一半以上的责任和过错。
8. 对自己的尊重程度降到危险的最底线，在内心深处，她们不认为有资格获得幸福。她们更相信，她们必须去争取享受生活的权利。
9. 她们急切地需要控制她们的伴侣和左右他们的关系，因为她们的童年很少经历过安全。她们企图控制人和环境的努力，被她们定位为“助人为乐”。
10. 从某种意义上说，她们对待关系的态度更多地出于理想的梦幻，而不是现实生活。



11. 她们受男人和精神痛苦的摆布。
12. 她们在精神和生理上更容易染上对毒品、酒精和固定食品的依赖性。
13. 她们更倾向于亲近那些要求别人关注自己问题的人,或者卷入她们的精神无法忍受的混乱中去,而却回避她们对自己应该承担的责任。

心理分析一再发现,我们很愿意不断地重复我们过去的经历,包括那些消极的和痛苦的经历——总是希望现在把它们做得好一点。如果我们曾在童年时不得不遭遇和忍受我们父母的强暴,则我们在以后的关系中很可能又会选择实施这种强暴的人。如果我们遇到了和我们父母的行为类似的人,或者其他和我们亲近的人,或者外表上相似的人,那么我们就产生一种熟识感。但我们并不在乎,它是来自好的还是坏的回忆——重要的是我们对它很熟悉。

美国心理治疗师霍华德·哈尔彭(Howard M. Halpern)借助一个笑话,描述了我们是如何把童年的经历和现实联系起来的:



迈伦参军时，曾有一个关于他的笑话。他从来没有吃过不是母亲烧的饭。母亲既不让他和朋友家（你怎么知道，他们的厨房干净呢？）也不让他在饭馆（你怎么知道，他们在饭菜里都放了些什么？）吃饭。这就是说，他迄今为止只知道母亲的厨艺。迈伦一生都患有胃灼痛。他参军几天之后，突然他手捂着胃部向医务室跑去，眼睛里充满恐惧：“快，”他喊道，“找一个医生来。我要死了，我肚子里的火熄灭了。”

霍华德·哈尔彭认为，很多笑话里都包含着真理，这则也不例外：“我们看到了一种过去特定的呵护，这个形式——不论它是好的还是坏的——是我们所十分熟悉的。有了这种呵护，我们就会有回家的感觉，而且我们也认为，我们正需要这种呵护，为了活下去，我们必须维护那把火。”

抑郁症患者在童年时基本上不得不接受这三种教育方式。英国心理治疗师托尼莱克(Toni Lake)曾对此有过描写：

压制（“你如果还这么干，我就走，而且永远也不再回来”）；



否定(“到你的房间去,认识了错误再出来”),或者拯救(“别回来太晚,否则我会担心的”)。

谁要是受到过父母的压制、否定或被看成是“救星”加以滥用,他就会有类似举止的伙伴和朋友。他成年以后,不但不会对这样的举止表示抗议和反对,而且会和童年时一样作出反应:体贴、理解、自己委曲求全、愿意帮助,愿意作出牺牲,并希望得到绝对的呵护和爱。

28岁的女电脑专家茜尔维娅的故事,就是这样一种再现的例子。她曾是英国典型的“乖孩子”,从未表现过没教养或攻击行为。她的弟弟正好相反:调皮、捣蛋、不听话。一旦母亲不满意了,茜尔维娅就会受到威胁:“你快和你弟弟一样了,”(意思是:我也不会再爱你了。)或者:“我真想离开你。现在就连你,我也不敢相信了。我真想立刻就离开你”。这对小女孩来说,几乎是性命攸关的表态,当然也就产生了效果:她更加努力让母亲满意。

现在,茜尔维娅和一个男人生活在一起。他是因为她才离开自己家庭的,但最终并没有和他的家庭分开。谈到离婚,他总是借口说自己对妻子和孩子应该承担责任,他虽然和茜

尔维娅生活在一起，但实际上只是把他的衣服从与妻子共同生活的住宅里拿过来而已。他可以随时回去——并以此控制茜尔维娅。茜尔维娅虽然试图理解，而且没有对他提出异议，但这样的处境有时使她无法忍受。如果她想和那个男人谈谈这个问题，或者向他显示了悲伤，他就会以气愤和埋怨进行回报。“他老是说，他在妻子那里麻烦已经很多，不想在我这里还要遭受这样的折磨。”茜尔维娅讲述了她的遭遇，却无法掩饰她的伤心和恐惧。因为，她不仅难以忍受他时刻把自己与他的妻子相比，而且更难以忍受她的男友不断地威胁：“如果你不能接受我的这个状态，那我可以走。”他开始装箱想要离开的情景不止曾一次发生。这个信号使茜尔维娅记起了从她母亲那里得来的同样征兆：“如果你不像我所希望的那样，我就离开你。”

茜尔维娅并不是一个“过于爱”的女人，她更是一个很早就学会想要被爱就必须完全屈服的人。“过于爱”对她并不是主要的问题；早期的经历已经“夺去”了她自己的需求，从而导致了抑郁的发展。

罗宾·诺伍德所列举的“过于爱”的女人在人际关系中的表现，是一种针对所有抑郁症患者——不论是男性还是女



性——的描绘。女性患抑郁症的人数是男性的两倍,所以女性也就特别感到诺伍德的书是为她们写的。但男性抑郁症患者同样可以从列举的 13 点中找到与自己相吻合的东西。32 岁的记者沃尔夫冈·赫尔曼就是一个例子。他被家庭医生转到了一名女心理治疗师那里,是因为他出现了严重的自杀欲念。4 年前他和一个已婚女人发生了关系,这个女人无法在他和自己的丈夫之间作出选择。沃尔夫冈·赫尔曼长期希望用自己的耐心和无私的爱减轻他女友的决策困难。“但是,时间越长,我就越是感到被人利用。只要她愿意,随时都会出现在我身边。有时只停留 10 分钟,有时超过一个小时。我从不知道,她想干什么。她有全权占有我的时间。假期她当然是和‘他’一起度过的——如果我要是‘闹事’,那就坏了,她先是根本就不来了。其实我应该愤怒才是,可是我害怕,那样她就更不会来了。于是我等她的电话,等她再次来访,如果她能在我这儿过夜,我对她是感激涕零。”

攻击性行为和愤怒,这本应是沃尔夫冈·赫尔曼针对女友行为所产生的情感,但他却把这种反应针对了自己——他变得严重抑郁,再也看不到生活还有什么意义。他的行为完全是按照早期学会的样子去做的。他的母亲离婚后,一个人



把他抚养长大。她母亲经常更换和其他男人的关系。她晚上外出,则把男孩单独留在家里,“到了早上,一个陌生的男人又坐在了早餐桌旁”,沃尔夫冈还记得这些事情。他从来就不知道他自己的位置,他总是害怕,如果不按照母亲的意愿行事,不知什么时候母亲可能便在夜里外出之后,永远不再回来。

那么,伴侣又扮演什么角色呢?他患了抑郁症,伴侣又有什么责任呢?作出一个笼统的结论当然是不可能的,但通过试验,人们描述了两种典型的模式,要看抑郁症患者是男性还是女性:

- 起主导作用的女人和被动抑郁的男人;
- 抑郁的女人和虚假健康的男人。

如果是男人患抑郁症,那么他的妻子就扮演活跃的起主导作用的角色。丈夫的软弱,使她有可能在夫妻关系中接受“权力”。在另外一个情况下,如果女人是抑郁症患者,那么男人就常常扮演一个健康的完全没有压力的角色。他对女伴很少理解和体贴。对他来说,问题十分清楚:她生病了,但这与他毫无关系。然而,不论是“健康”的妻子,还是“健康”的丈

夫,都会从伴侣的抑郁症中获得好处。在这种状况下,他们都可以作为强者出现,并否认自己身上的抑郁成分,把责任全部推到伴侣的身上,维持控制局面的地位。这种结构在术语中称为“互补性”,虽然不能在所有案例中得以确认,但在很多单方患有抑郁症的伴侣关系中得到证实。

在治疗中,很重要的是,要考虑到一个抑郁症患者生活在什么样的关系结构之中。有不少的案例,恰恰是这种关系结构使得抑郁情绪凝固,甚至诱发抑郁症。理想的方法是,把双方都纳入治疗方案之中。如果不可能,就应该和患者本人谈及这个问题。在个案中很难弄清楚这个问题,因为这种关系结构常常数年无法改变,而一旦改变就会引发比抑郁更为严重的恐惧感。

一对结婚 26 年的夫妇的例子说明了这个问题:丈夫因患严重的抑郁症,54 岁就提前退休了。现在他 60 岁,这些年来,他实际上没有亲自动手做过任何事情。他的同岁的妻子包揽了一切:帮助别人做家务,以改善自己退休后微薄的收入;照顾丈夫,只要他需要,她就会立即出现在他的面前。她控制了家庭中的一切事务。但丈夫的抑郁症却日益加重,使他得不到一家心理治疗医院住院治疗。过了一段时间,他情绪好

转,病情得到了改善。他的妻子也被纳入谈话治疗方案之中。谈话中也涉及到妻子在家庭中的主导地位和她对丈夫抑郁症日趋加重的责任问题。她拒绝承担这一责任,认为她对丈夫的关照完全被误解。每次讨论会之后,她都劝说她的丈夫,但她的丈夫总是沉默不语。到了最后,一切又回到了原样。丈夫害怕失去妻子对他的呵护和照顾,因而也没有兴趣弄清他的抑郁症和妻子的行为之间有什么关联。另一方面,如果妻子认识到,是她使丈夫陷入无助和对她依赖的状态,那她就必须彻底改变自己的做法,从而放弃作为强者的地位。

如果单单把抑郁症患者说成是伴侣关系结构中惟一的“黑彼得”,那就是把问题过于简单化了:抑郁症患者当然是伴侣和家庭的很大负担和不安定因素,而且由于他们对呵护和爱的巨大需求而使他们周围的人筋疲力尽。但伴侣的非抑郁的一方,却也从抑郁症患者身上获益:患者所表现出的无条件的爱心和献身,不仅是个负担,而且也是一颗定心丸,而他们的软弱则使另一方有可能产生强者和权威的感觉。

三、每一个抑郁者都可能走上自杀的绝路

1996年,德国有12000人自己结束了生命。这是一个远远超过交通事故死亡的数字。试图自杀的人数,我们就只能估计了。每年大约有25万自杀未遂者被送进了医院。说这些绝望的人都是抑郁症患者,肯定是错误的。但有一点可以肯定,很多抑郁症患者走上了自杀的道路。神经病学家理查德·雷斯塔克(Richard M. Restak)估计,试图自杀的年轻人和成年人中的大多数患有抑郁症。按照他的估计,约占自杀未遂和自杀者的百分之六十至八十。

另一种估计是,百分之五十六的抑郁症患者,在他们的一生中都有过一次自杀的尝试,百分之十五的人死于自杀。

每一个抑郁症患者都有或强或弱的死亡欲望,抑郁症病



房中的患者，有三分之一是在试图自杀后被送进医院的，或者在他们的或长或短的生活经历中有过自杀的尝试。大约百分之十五的患者有过具体的自杀意念，另外百分之四十的患者有过蒙眬的自杀想法。所以说，抑郁症是一种倾向死亡的疾病，这是心理治疗师曼弗雷德·沃尔弗斯多夫的看法。很多人把自杀看成是摆脱难以忍受状态的最后出路。他们放弃了重建无抑郁生活的希望。

“我渴望死亡的到来，它是我惟一的出路，它是一种解脱。死亡，并不是狞笑的死神。他将用他的无限的温柔把我覆盖，把我保护。”拉赫尔·贝格林格曾描写过他试图自杀之前的心情，“我的思想围绕着死亡在旋转。我感到无比疲惫，死一般的疲惫，生活已使我筋疲力尽，它要求我面对太多的痛苦、恐惧和威胁。”

只有很少的当事人能够如此清晰地表达他们的思想，他们周围的人常常看不到这种危险的存在。拉赫尔·贝格林格继续写道：“抑郁所以十分恐怖，就因为人们看不到它有什么外部标志，看不到伤口，看不到伤疤，看不到肿瘤，就因为他们的内心在流血，内心在燃烧，直至死亡。”

一个人想自杀，总是有征兆的，这种征兆应该被认真地看

成是求救的信号——百分之七十到八十的企图自杀者，都在自杀之前曾去找过他们的家庭医生，述说过一种什么奇怪的病痛。同样，对他们的家属，他们也会做出某种暗示，应该引起人们的警觉。想自杀的人，典型的表态如下列：

“如果我再不成功，那我就是一个废物，最好的方法就是走。”

“反正没有人喜欢我，我对任何人都没有价值，我是个没用的人。最好杀死自己。”

“对我的家庭来说，我最好不存在。我只是一个负担，而且不会改变。我的丈夫可以再找一个妻子，孩子们也就有了照顾。”

如果抑郁症患者开始想像自杀，或者想到某种固定的自杀方法，那所有的人都应该立即警觉起来。神经病学家理查德·雷斯塔克还认为，另一个信号就是抑郁症患者陷入绝望状态：“极度的失望是一个明显的信号，说明患者面临自杀的危险——即使自杀未遂，他仍然可能做下一次尝试。”

尽管很多哲学观点把自杀美化成人类的最后选择，但大



多数想自杀的人还是希望活下去。他们所以把自杀看成是最后的出路，是因为在抑郁中生活使他们难以忍受。他们并不是想逃避生活，而只是想逃避他们所生活的状态。

所以，抑郁症患者周边的人在其中负有很大的责任，他们应该对上述的表现作出敏锐的反应。他们必须知道，“这种事情”是会发生。自杀欲是抑郁症的一部分。消除对自杀的错误观念是极其重要的。

对自杀的错误与正确的看法——

错误的：说想自杀的人，不会去自杀。

正确的：10名自杀者中有8名事先明确表示过自己的意念。

错误的：自杀事先没有征兆。

正确的：想自杀的人，事先都曾发出信号。

错误的：想自杀的人，就是绝不想再活下去了。

正确的：尝试自杀的人大多是向人发出求救的信号。其

含义是：我虽然想活下去，但不是这个活法。

错误的：如果一次自杀危机过后出现好转，那就不会再有



危险了。

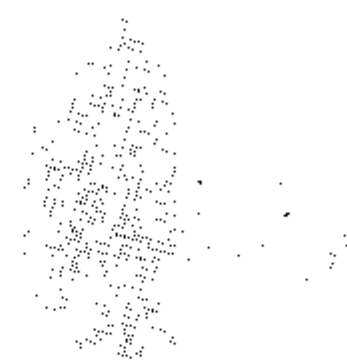
正确的：大多数自杀都发生在“好转”后的3个月，这时自杀者又恢复了能够自杀的能力。这常常发生在抑郁症患者通过服用药物后从完全麻木的状态中恢复之后。在治疗之前，他是没有能力和力量实施自杀行为的。

错误的：自杀倾向是遗传。

正确的：自杀倾向不是遗传。

如果一个有自杀危险的人所发出的信号，没有被他周围的人察觉，也没有作出适当的反应，那么，怎么办呢？每一个认为除了自杀没有别的出路的人，都应该利用最后的机会进行自救。现在，到处都设有咨询机构，在这样的危机时刻可以提供专业帮助，也会根据当事人的愿望提供匿名帮助，它还将尝试为当事人寻找到适合他本人的解决办法。

四、抑郁症是否可以成为生活中一次积极的经历



抑郁的经历会有什么积极之处呢？所有曾受过这种疾病困扰的人都会这样反问。抑郁是人们都想尽快摆脱的东西。在抑郁阶段，人们对在自己身上所体验的变化是如此的恐怖，他甚至都不希望自己最仇恨的敌人患有此病。然而，抑郁症这种疾病却不仅仅具有消极的特征，抑郁病症也可以是有创造性的。比如美国的女心理治疗师埃米·古特(Emmy Gut)就持这种观点。她认为，如果抑郁阶段之后出现明显的学习和成熟过程，行为方式将重新组合，计划将发生变化，以至抑郁症患者能够更加现实地规范自己的目标，那么，这就是具有“创造性的抑郁症”。

抑郁症的这一视角是不寻常的，埃米·古特自己也承认：

“这不是我们所熟知的图像，抑郁症在特定的条件下可以是一种积极情感的适应反应。我们一般只是把抑郁症同疾病和讨厌的软弱联系在一起。”自我心理学家海因茨·哈特曼(Heinz Hartmann)早在1939年就提出了他的观点，很少有人知道，也很少被接受，他说：“一个健康的人应该有能力去经受痛苦和抑郁。”在生活中会出现很多必然诱发抑郁情绪的状况，我们必须去克服它们。

对埃米·古特来说，抑郁是一种正常的情感反应，它可以帮助一个人去适应变化了的情况，或者找回失去的意念。“如果我们认识到，常常是无意识地，一次重要的体力上的或精神上的努力没有达到目的，如果我们不知道原因是什么，那么，我们就会作出抑郁的反应。”这种抑郁的意义的意义就在于，使我们集中精力，抓住和认识情况的各个可能的角度，看一看这种情况能不能或者如何能加以改变。

抑郁症如何才能取得“创造性”的结果呢？为此，我们必须重温抑郁症是如何产生的。埃米·古特把这一过程分为五个阶段：

第一阶段：一个人努力想达到一个固定的目的，为此付出



了体能和精神上的代价。(目的可以是:维持工作岗位,职业上进一步发展,维护家庭团结……)

第二阶段:这个人不知什么时候发现他的一切努力都是不够的,他对失败作出了反应。但他不知道失败的原因是什么,也找不到合适的解释。他日益烦恼和感到不安,但他还是继续生活下去。

第三阶段:在这个阶段,当事人急切地尝试找到失败的原因:是否使用的手段不对?或者做错了什么?是看错了自己和别人?他越来越茫然,越来越难以忍受。

第四阶段:当事人再次集中自己的精力,寻求新的解决方法。这大多是无意识的(和在其他各阶段一样),同时出现了初发抑郁症的症状:失眠障碍,食欲减弱,严重疲劳,在其他人的面前退缩。如果当事人对这些症状的信号有所认识,那他就会知道:“我必须分析我的失败和我的无效劳动,并找到新的解决方法。”

第五阶段:这个阶段可以提供重要的信息——前提条件是,不用药物、酒精或其他手段压制抑郁的经历。比如,睡梦可以启发新的认识。漫长的不眠之夜可以为失望创造正确的空间,去寻找其原因。抑郁的反应促使人进入安宁,同时还提

供了继续自由联想的可能,并等待下意识的东西浮现出来。

为了使一个抑郁阶段变成具有创造性,就有必要进行“抑郁工作”。通过这一工作,可以使一个抑郁症患者找到迄今在下意识中的意图和感觉。

从这五个阶段的分类中,我们可以清楚地看到,抑郁症患者最迟在第四阶段常常走错方向(或被专家误导)。麻醉手段,如药物、酒精、性放纵,也包括错误的非创造性的心理治疗或药物治疗,都会使摆脱茫然的机会失之交臂。一个抑郁的过程,只有在当事人能够抵挡一切误导和紧急建议的情况下,才能具有创造性。这是很不容易的,埃米·古特不得不承认这一点。人们不总是期望,时刻要有行动能力并履行自己的义务。

谁要是想听到疾病发出的信息,他就必须放弃这样的期望。躯体生病时或发高烧时,被认为是正常的现象,同样也适用于在生活中出现心理低潮时:退缩和安宁。“抑郁就像一个身着黑衣的贵妇。她如果出现,就不要把她赶走,而是要请她坐在桌旁,并聆听她想说什么。”这是C·G·荣格(C.G.Jung)的建议。为了真正能够听到黑衣贵妇想告诉你什



么,就必须创造合适的环境,只是在平日的常规当中是很难成功的。当事人必须尝试为自己创造自由的空间。一切有助于思想自由奔驰的,都是有意义的:有些人“从事一些和常规完全不同的活动。”埃米·古特说,“这都是些使他可以放松的活动,下意识地寻求未解之谜团。他们可能突然决定去劈木柴,或者清理家务,进行一次长时间的散步,编织一件毛衣,或者去修理屋顶。他们做这些事情,只是为了进行体力活动。或者他们干脆坐在那里,眼睛盯着天花板看,或者望着窗外,或者不经心地听着收音机。”

以这种方式,他们和“黑衣贵妇”进行对话,目的是寻找对抑郁反应的理解。

在发掘抑郁症创造性的过程中,下列研究成果会提供帮助。它们表明,抑郁者比非抑郁症患者更能现实地认识世界。他们对不公正和谎言的反应更为敏感。抑郁症患者好像是地震仪,可以测出社会中的不公正。调查表明,同非抑郁症患者相比,抑郁症患者普遍能够较正确地评价现实。他们较少幻想,他们不装模作样,他们知道得很清楚,自己对生活具有多大的影响。

宾夕法尼亚大学的一份研究报告中,进行了下列试验:一



组试验对象可以自己决定他们何时开灯或关灯；另一组则完全没有控制灯光的可能：有时他们按开关，灯就亮了，但有时却不是这样。所有试验对象都要估计一下，他们对灯光有多大的控制率。结果证明：事先经过检查证明患有抑郁症的试验对象，对他们控制灯光的可能性的估计十分现实；而非抑郁症患者，当他们可以开关灯光时，虽然有正确的估计，但当他们没有可能控制灯光时，却过高地估计了自己的可能性。

在评价自己能力的时候，也是抑郁症患者更诚实一些。美国研究人员在一次试验中，让抑郁症患者和非抑郁症患者讨论一个题目。然后，每个参加者都要评价一下他们在讨论会上的发言所受到病人欢迎的程度。另外，一些独立的观察员也将提出他们客观的看法。结果是抑郁症患者的成绩不如非抑郁症患者。这也是抑郁症的一个标志，社会交往困难。当事人自己也意识到这一点：觉得自己在讨论会上的发言没有什么说服力。非抑郁症患者却表现得十分自信：他们的自我评价高于观察员的评价。

研究成果还表明，抑郁症患者更容易记住消极而不是积极的事件——研究还证明了：抑郁症患者对消极事件的回顾并无歪曲，而是符合实际的。

社会心理学的这一最新研究成果，是和一些著名的心理学家和心理治疗师的理论格格不入的，例如埃里克·埃里克松（Erik Erikson）、埃里希·弗罗姆（Erich Fromm）亚伯拉罕·马斯洛（Abraham Maslow）等，他们认为，心理健康取决于对现实的正确估计。现在看起来，他们错了：“准确地感受现实，已经不再是心理健康的支柱，而幻想也不再是心理障碍者所具有的‘特权’了”。心理学家海克·恩斯特（Heiko Ernst）在对这个题目进行研究后总结说：“正好相反，幻想实际上是正常的，而失去它反倒是失去心理和躯体健康的一个标志。”

得出这个结论的，还有纽约的心理学家哈罗德·萨克凯姆（Harold Sackeim），他专门研究过自我欺骗这一现象：故作姿态的人，总是为了自身之利而歪曲现实，但在心理上却比诚实的人更为健康。比如，他为试验对象准备一张答卷，要求他们说明，是否曾对自己产生过怀疑，或者产生过“坏”想法。结果发现，恰恰那些对这种尴尬的问题持抗拒态度的人，在心理上是最健康的。而另外一些不把自己看成是“伟大人物”和永远正确的人，却是心理上的脆弱者。

几乎每个人都在日常生活中见过这种现象：我的汽车比别人开得好，我有洞察力，而我的同事却没有，我有正确的政

治观点——以及,不幸的事反正总是降临在别人身上。

社会心理学家谢莉·泰勒(Shelley Taylor)认为,这种过高估计自己的现象,来自三方面的原因:

- 我们误认为已经控制了生活,相信即使在危机时刻也能运用自如。
- 只要做成了什么事,总是记在自己的账上,而一次失败,则是大家的责任。
- 陷入一种不现实的乐观之中:比如,我们坚信,永远不会发生车祸,在我们国家,永远不会发生核电站泄漏事故,未来只能是好的。这种不现实的乐观,促使我们美化严酷的现实。

抑郁症患者却不参与这种自我欺骗的活动——即使他们愿意,他们也做不到。他们知道得很清楚,自己对生活具有多大的控制能力;他们知道,他们什么时候失败过,他们只看事物的本来面目——而不经粉红色的美化幻觉的过滤。抑郁症患者似乎缺少一把能将严酷的现实遮挡起来的保护伞。至于这把保护伞是通过生物因素、童年的经历还是躯体生活环



境而遭到了破坏,看来已经变成了第二位的问题。因为,我们怀疑,这把保护伞是否会重新恢复——而且,是否有这个必要。

心理学家和科学记者丹尼尔·戈勒曼(Daniel Goleman)也发现,“生活中的谎言”可能对我们是至关重要的,它使我们远离痛苦和不良的感受。我们的精神中存在着“黑洞”,使我们处于忘却和处于免于感受的保护之中。“它们影响我们的注意力,就像一个魔术师一样,把观众的注意力转移到其他方向,好让他使一个重要的物件消失。”戈勒曼是这样描写其过程的。

借助这些“黑洞”(精神,而不是抑郁),很多妻子不去感受丈夫不忠诚的某些蛛丝马迹,或者“忘却”了丈夫有一个情妇的事实。我们也可以借助它只记忆起积极的事件,而回避那些痛苦的经历。很多曾被认为无法抹掉的遭遇,随着时间的推移竟不再起任何作用,对这种现象我们不都曾大惑不解吗?我们感受中的很多盲点,实际上是在帮助我们更好地生活下去。易卜生曾在他的很多作品中,描绘过人的自我欺骗的能力,并指出过自欺的重要功能:“剥夺普通人的生活谎言,就等于剥夺了他的幸福。”这个观点的一个悲惨的例子就是

维利·罗曼，他是阿图尔·米勒的小说《推销员之死》的主人公。几十年中，他一直在自己和家庭面前显示自己的成功和幸福。一切警示他都不顾——甚至在早已失去工作的情况下，他仍在自欺欺人。最终，他费尽心机建立起来的谎言和欺骗的“大厦”终于倒塌——他再也看不到出路，只好以自杀了却自己的生命。从这个故事里，我们可以清楚地看到，生活中的谎言可以起到什么样的平衡作用，而到了自我欺骗不再成为可能时，他又是多么的脆弱。

自我欺骗的危险，抑郁症患者是没有的。别人刻意躲闪的东西，他们却刻意感受，他们知道自己的界限和可能——他们从虚伪的献媚或平静的自我安慰中看不到慰藉。

抑郁症患者难道是因为诚实和尊重现实而生病的吗？这听起来似乎很荒诞，但很多研究成果表明，这的确是不能完全排除的病因。但这对治疗有什么意义呢？难道应该让抑郁症患者去学习自我欺骗，从而使自己的生活不再充满绝望吗？一切与此相违的治疗方法岂不都是有害的吗？很多方法不正是旨在让他们意识到那些被遗忘的东西吗？在家庭治疗中很多世代相传的“家庭秘密”被揭露出来，让家庭成员面对这样一些“实情”。这岂不是剥夺了人们借谎言以维持平衡的权利

吗？看来，这种情况是经常出现的。往往经过长达一年的治疗，虽然对自己的身世了解得更多，但从根本上说，却没有出现好转的迹象。在抑郁症治疗中，阿伦·贝克的认知疗法所以取得成效，或许就是因为它在训练患者学会自我欺骗。他的出发点就是，抑郁症患者过于消极地看待自己和周围环境，因而必须对事物得到更为现实一些的看法。难道不是相反的思维更能说明问题吗？抑郁症患者过于现实地看待事物，所以必须学会把自己伪装起来。如果认为只有粉饰现实，我们才能接受生活，那确实不是一个美好的观念。而另一方面，如果永远追求绝对的完美，则也是我们无法消受的。我们会把电视关上，把报纸扔开，如果上面的内容过于伤感，如果我们不想明白人怎么会走到了这一地步。在生活里，我们同样具备这样的能力，把危及我们的东西挡在视线以外。那些做不到这一点的人，就会在现实的重压之下崩溃。能够关闭眼睛和捂着耳朵的人日益减少，敢于制造谎言的人日益减少，这就是抑郁泛滥给我们发出的一个信号。难道现在压迫我们的事物越来越多，我们灵魂的“黑洞”已经满盈？难道这就是我们充满忧虑地讨论抑郁症患者增多的原因？难道那些现在还有能力自我欺骗的人也面临着危机？

这或许是因为正常人无法接受抑郁者的社会原因，因为抑郁者观察事物的角度，正是其他人希望避免的。时代精神要求积极地思维，但抑郁的人们却对此无所适从。在我们的生活中，尽管使人感到绝望的理由比比皆是，但大多数人还是愿意遵循像“要快乐，不要忧愁”和“经常看到生活中光明的一面”这样的要求。欢娱的使者处处受到欢迎，积极思维的奋斗大军赢得了金杯。抑郁者的诚实，却在这“一切都会好起来的大环境”中只能受到摒弃。然而，如果世界上没有了诚实的悲观主义者，没有了伤感主义者，没有了遭受现实困扰而追求改革的人，那我们这个社会也就变成了一出“肥皂剧”——也就变得单调和停滞不前了。

封面
书名
版权
前言
目录
正文