

翟书涛 编著

妇女精神卫生

人民卫生出版社

R749
Z51
C1

109801

翟书涛 编著

妇女精神卫生

HA23/18



人民卫生出版社

主编 翟书涛
著者 翟书涛

北京出版集团北京人民卫生出版社
(北京丰台区右安门内大街100018号)

北京市版权局登记

书号 100-001-2

1989年7月第1版

解放军医学图书馆 (书)



C0204177

图书在版编目 (CIP) 数据

妇女精神卫生 / 翟书涛编著. - 北京: 人民卫生出版社,
1999

ISBN 7-117-03306-1

I. 妇… II. 翟… III. 妇女-精神卫生-研究 IV. R749

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (1999) 第 08513 号

妇女精神卫生

翟书涛 编著

人民卫生出版社出版发行
(100078北京市丰台区方庄芳群园3区3号楼)

三河市潮河印刷厂印刷

新华书店经销

787×1092 16开本 16.5印张 384千字
1999年7月第1版 1999年7月第1版第1次印刷
印数:00 001—5 000

ISBN 7-117-03306-1/R·3307 定价:26.00 元

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

妇女精神卫生 (women mental health) 是妇女健康 (women health) 的重要组成部分, 日益受到全球的重视。从世界范围来说, 妇女与男子比较, 处于相对贫困的状态。第三次世界妇女代表大会《行动纲领》中指出: 生活在贫困状态的妇女在全球约有 5.64 亿, 而贫困是影响妇女健康和心理健康 (mental health) 的主要因素之一。妇女是“半边天”, 是社会发展的主要动力, 改善妇女的地位, 全面提高包括心理禀赋在内的妇女素质, 消除各种不良的心理社会因素, 从而促进妇女健康和心理健康是当前需要重点关注的领域。

我国政府一直关心着女性和儿童的健康与保健, 随着卫生事业的不断发展和妇幼卫生工作的加强, 中国妇女的健康水平就整体而言在逐年提高。1994 年 10 月 29 日公布《中华人民共和国母婴保健法》, 并于 1995 年 6 月 1 日起施行, 对保障母亲和婴儿健康, 提高出生人口素质, 进一步增进妇女健康是一个重要的里程碑。

妇女精神卫生或妇女精神健康的研究领域是广阔的。一开始研究集中于性别对精神疾病和内科疾病诊断、治疗和结局等方面的重要作用, 生物因素和心理社会因素介入并区分疾病的展现和症状表达, 以及对诊断步骤、疾病治疗和诊断的影响。区分整个生命周期两性独特的体验亦是关注的焦点。目前则主要从以下几方面开展研究: ①基于遗传和生理因素的两性差异, 可赋予致病率和死亡率的不同风险。②心理社会因素和妇女精神卫生间渗透和复杂的关系。③生命周期事件包括婴幼儿阶段、青春期、产后阶段、绝经期发生的一些心理问题和医学事件。妇女绝经本是一正常生命过渡, 但它也是医学事件, 因此近年来围绕绝经开展的研

究甚多。④应激在精神疾病发生上所起的作用如何？有证据表明，遗传因素通过改变个体对应激性生活事件效应的敏感性而影响发生抑郁症的风险。妇女是否较男性体验到更多的生活应激。⑤性别和精神疾病，即精神疾病的性别差异，包括患病率、精神症状、精神药理学的性别效应、病程和结局等。

本书的目的是介绍国外发展妇女精神卫生服务的经验，并介绍我国在有关方面进行的一些研究，希望有助于我国精神卫生工作者进一步了解这一领域研究的重要意义，为提高我国妇女的精神健康水平做出贡献。

作者长期从事女精神病病区工作，对这一领域有深厚的兴趣，主观上想写一本介绍妇女精神卫生的书，但限于作者水平有限，查阅的资料不多，书中不当之处和错误在所难免，欢迎读者批评指正。

瞿书涛

1998年8月26日

目 录

目

录

目

录

第 1 章	妇女的心理特征	(1)
第 2 章	妇女的生理特征	(6)
第 3 章	心理社会因素和妇女精神卫生	(10)
第 4 章	妇女的教育、健康和就业	(24)
第 5 章	精神疾病的性别差异	(34)
第 6 章	妇女和精神分裂症	(42)
第 7 章	妇女和抑郁症	(48)
第 8 章	神经症和人格障碍的性别差异	(56)
第 9 章	妇女与癫痫	(69)
第 10 章	妇女与性病和卖淫问题	(79)
第 11 章	其他精神疾病的性别差异	(87)
第 12 章	精神药理学的性别效应	(93)
第 13 章	妇女正常性活动和性障碍	(102)
第 14 章	月经障碍	(110)
第 15 章	经前综合征	(120)
第 16 章	妇女周期性精神病	(147)
第 17 章	绝经	(154)
第 18 章	妇女与生育	(165)
第 19 章	妊娠期母体变化	(170)
第 20 章	生育有关问题——妊娠	(177)
第 21 章	生育有关问题——分娩	(192)
第 22 章	精神疾病患者孕、产期用药	(225)
第 23 章	妇女虐待	(234)
第 24 章	妇女恶性肿瘤患者的心理学侧面	(247)

随着妇女政治地位的改变，传统的和封建的观念对妇女的影响受到有力冲击。过去男女双方在社会生活中的作用是被确定的，即丈夫养家糊口，维持生计，妻子严守家门，操理家务；丈夫是一家之主，有权在家庭事务中作出重要决定，妻子则应服从丈夫。现在妇女走上职业岗位，夫妻双方的关系发生深刻变化，男女是平等的，家务劳动由双方共同分担，社会联系和娱乐活动双方共享。然而妇女运动也带来心理卫生问题，诸如妇女参加劳动后并不能减少家务劳动的负担，繁重的负担（工作、家务、养育孩子、照料丈夫）与妇女素质（生理的、心理的）之间的矛盾；妇女对自己所担任的社会角色不满意而招致心理紧张。

妇女心理特征是人类学家和心理学家研究的课题，为了更好地了解妇女精神卫生问题，此处略加介绍。

古代希腊哲学家亚里士多德曾断言妇女是发育不全和能力低下的。后来，妇女被视为长大了的儿童，或属于儿童型，她们在许多方面保留儿童属性。近年研究有力地驳斥上述论点，恰恰相反，女性无论在躯体或脑髓的发育上均居优势。

优势首先表现在生命力方面，自出生到成年，女性死亡率低于男性，妇女对几乎所有疾病的抵抗力强；医院统计资料表明，妇女很少患风湿病、出血、恶性肿瘤和脑疾病；由于内部原因而猝死者的妇女少见，她们耐受外科手术较男性好，刀口恢复快；妇女不易衰老，寿命长，百岁老人女性较男性高 2 倍；妇女勤劳，较长时间应用手脚，头发变白晚，较少因年老听力、视力和记忆力下降而烦恼。总之，妇女较男性强壮，具有较大的生命力储备。

关于妇女脑髓的大小是长时期来争论的问题，经过多方面研

究，现在于一些主要方面已接近解决。妇女脑髓重量较男性轻，二者之比为 9:10，如果脑髓与体重之比进行两性比较，妇女脑髓在比率上大于男人。妇女脑髓不同部位的大小与男性有别，额叶不似以往所想象的妇女小，相反是较大的；枕叶亦然，妇女较大；女性顶叶较小；脑髓的低位中枢与半球比较，女性较大。有证据表明，妇女脑髓血液循环较多。

男女大脑功能的差异：近年来人们已知道男性和女性的心理、精神等智力（数据）的（编制）多少有些不同。男人显示出一种侧面的偏重性，他们的言谈举止分别地由大脑的左或右半球控制，而女子的这种功能却几乎散布于大脑的两个半球。临床注意到，在病变损害到大脑的左半球时，男性患者比女性更容易发生语言障碍，而损害发生在右半球时，男性的非语言功能即空间推理能力也比女性容易丧失。不管哪个半球受到损害，妇女都很少出现功能障碍。

女性的知觉较男性敏捷，她们阅读快速，领会较快。对事物的知觉上，她们对一些完整的或群体的领会快，对出现的直觉能迅速的予以非理解性知觉联系。妇女对细节的知觉不如男性准确，她们对事物的联系仅限于一般经验。在统觉方面，妇女主观因素较大，从个人经验，希望和偏见的角度出发看待事物。与男性比较，女性不易做出较客观的评论，较少提出较公正的判断。在抽象概念的形式上女性不如男性，她们的思维是具体的和个体的。简单的联想实验可以区别两性间的思维习惯，如令同等人数的两性尽快写出 100 个单词。女性列出的词多与具体的事物有关而不是抽象的；与整体相联系而不是部分的，更不是综合的；与空间相连而不是时间的。有人指出，女性较多以空间次序安排事物，男性多以时间次序处理问题（Lotze）。男性试图按照一般规律处理事务而不考虑后果的恰当和匀称。女性较少关心一般规律，倾向于仅注意目前即刻的结果，目的是使每件事做得完整并且与周围协调。

女性的记忆是具有优势的。记忆测验表明，女大学生胜过男生。在理解快速联想类问题时，女性较男性适当，但在缓慢逻辑性理解上，无论是推论的或是归纳的女性均较差。她们缺乏逻辑的感知，不因不一致而扰乱。妇女不情愿分析事物，她们较少领会局部与整体间关系。因此妇女较不适合从事于复杂的分析性工作。一般认为妇女的思维是条理性较差和不甚深刻。女性特别适合声乐、舞台、写小说、艺术等方面职业。由于妇女具有较大的耐性和良好直觉与记忆，在教学上的成就往往大于男性。

女性虽然失去深度，却得到速度。她们比较机智，往往以惊人的灵敏自困难处境中解脱出来。在言语上，她们较男性贴切，女孩学话早于男孩，有半数年轻妇女向周围倾诉烦恼，藉以消除压力。老年妇女较老年男性健谈。在未受教育的人中，女性较男性能聪明地表达她们的思想。男女同校的学校中，女性较男性忠实和谨慎，学习成绩也较好。女性的精神成熟较早，此后即发展较慢。在许多需要耐性的常规工作，女性优于男性，但她们往往不能忍受持久而繁重的作业。不同年龄妇女有不同的消除压力的方法：年轻妇女以倾诉心事来解除压力，但中老年（55~65 岁）妇女，则多以消极的方法来解除压力，例如饮酒和服用药物等。

女性的躯体和精神活动能力似乎不如男性，大多数天才是男性，但这些人狂热者。女性思想好遵循旧的信条，而不是新的。女性趋向复制，而男性多为产新。妇女喜爱老的，备受困苦的和惯例的事物。女性是较为保守的，充当社会平衡轮的角色；而男

性代表变革，他们勇于改革、揭露，想出新路子。

两性间最显著的区别在情绪方面，妇女易于表达自己的情感，无论是愉快的或是厌恶的。妇女的神经系统具有较大的兴奋性，容易激惹，对任何刺激易于发生反应。妇女的自主神经较易兴奋，在她们的情绪生活中得到即刻反应。在叙述同一事态时，女性较男性富于情绪性，表情和体态均至，如笑、叫喊、脸红、心率加快等。妇女的表情可反映其精神状态，即情绪较多由面部表达出来。妇女容易接受暗示，大部分可达于催眠境地。恍惚状态下从事迷信活动（巫师、巫医）的多属于女性。临床观察亦证明，与超自然的观念相连的精神病多见于妇女。妇女的同情心、怜悯、慈善较强，她们往往在慈善事业和人道主义运动中做出贡献。妇女较为心地善良，从其母性的本能出发，她们同情弱者和无助者。她们照顾病者，保护孤弱者，但有时只看到眼前，未考虑远期后果，她们给乞丐施舍饭食，甚至原谅罪犯。

妇女遇到不良心理因素时，往往诉述较多心理生理不适，易于找医生会诊。在平时，妇女对健康较为关注，她们也具有较多的健康知识，与人交谈时容易流露，甚至当丈夫不在场时把配偶的不适也讲出来。同样情况下，男性多表现为良好感觉的降低，不产生不愉快感觉或躯体不适。

女性犯罪者显较男性少，一般估计为 1:6，这可能与妇女富于同情心和爱，体力软弱，胆怯，忙于家务等有关。女性犯罪多采用毒药杀人、偷窃、杀婴等方式。有时妇女一旦成为罪犯，其犯罪情节往往极其凶恶和残忍或堕落。Lombroso 及其学派曾指出，妇女犯罪在残忍性方面往往超过男性，特别是她们对付同性被害者时。

妇女的欲望不强，情感（热情）也不高，因此她们不致于无节制地去做坏事。最为显著的美德是妇女的利他主义，在国外反映在基督徒中妇女的爱和自我牺牲的利他主义精神。妇女的宗教信仰较男性强，她们是忠实的、献身的、崇敬的和虔诚的。害怕和胆怯是女性特征，而信仰对妇女是很自然的，因此她们往往失于轻信，而不是对事抱怀疑态度，报纸上多次报道教育水平高的妇女受骗被拐卖即为其例。

妇女一词被视为癡症性人格的同义语，后者是女性气质的画像（Chodoff 和 Lyons, 1958）。有的认为女性性格与癡症型性格是一样的（Lerner, 1974）。妇女的性格受社会经济地位的影响往往依赖性强，在重大问题上要听从父兄或丈夫的意见。女性操家务较多，参加工作后亦与社会接触较少。一般的心胸不够开阔，遇有不快之事容易在情绪上表现出来，如哭泣或发怒，一旦问题解决则又破啼为笑。妇女藏不住话，倾向于“长舌”，好议论别人；她们的保密能力差，容易将私事泄露给亲友和同事。长期受封建主义男权思想的束缚，比较顺从，害羞，对性的问题较为收敛而且含蓄。妇女完成一项任务倾向表现自己，遇到困境希望博得周围的注意和同情。虚荣心在女性比较明显，往往试图去作力不能及的事情。妇女是文雅和优美的，不似男性那样粗鲁。妇女在兴趣和爱好方面不同于男性，她们比较喜欢音乐、戏剧、舞蹈、刺绣、编织等。女孩自尊心低；女孩死记和单纯重复作用的学习能力强。

心理特征的性别差异是由生物学因素和社会因素决定的。生物学因素包括遗传、内分泌、代谢、大脑优势侧等；社会因素或环境因素包括教育、社会化（socialization）、家庭影响等。

性别差异的遗传作用受到较多的注意。染色体类型决定性别已是众所周知。此外，

有许多证据表明,空间能力在两性是不一样的,它是性连锁遗传,由X染色体携带,属于隐性遗传。具有空间属性的一些类型数学能力,可能亦存在遗传成分。数学能力与口头理解能力(verbal reasoning ability)有关,孪生儿研究表明,遗传度不仅存在于空间能力,亦与口头能力有关(Vanaonborg, 1968)。妇女的生命力强可能与遗传也有关,自胚胎阶段起女性即获得了这一生物学优势,流产、死产和产后有变质标记(畸胎和其他变异)者均以男性高。

性别差异的内分泌影响也是很明显的。哺乳类(包括人)胚胎发育的基本过程是恒定地向雌性发育,后来其所以发展为雄性是由于Y染色体的作用。性心理分化(性别意识形成)在很大程度上是受激素左右的。男性性别意识的产生是脑中枢雄激素化的结果,即在胎儿发育的关键时期(指胚胎发育过程中对性激素最敏感的阶段,在人类开始于Leydig细胞分泌睾丸酮之后,延伸到产后4~5天)胎儿自身分泌的雄激素(睾丸酮)在下丘脑区发挥作用,使之雄激素化,从而防止垂体后来发生周期性功能变化,这一过程是独立于染色体之外进行的。女性性别意识的形成与黄体酮(胎儿自身分泌)作用于女性胎儿的脑中枢有关。妇女担任生殖的角色,随之而来的是受孕、妊娠、分娩、产褥、哺乳等一系列内分泌改变,这些对妇女的心理不无影响。月经周期不同阶段,妇女的心境是有变化的,特别是经前心境不良,可为佐证。产后心境不良或产后抑郁(maternity blues)一般认为不属于病态,有的报道发生率达70%(Pitt, 1973)。经前心境不良或产后抑郁二者均以雌激素和黄体酮水平下降为共同的生化基础。

性别差异的代谢影响在上世纪末即已受到重视。Geddes和Thomson(1890)推断男性的代谢类型主要是分解代谢(catabolic),而女性是合成代谢(anabolic),从这一基础派生出躯体、智能和情绪结构的性别差异,男性较灵活,富于创造性,易于变化;女性是种属类型的忠实维护者,很少变化,这种保守性有助于种属的延续。

精神效能性别差异的另一生物学影响是大脑优势侧问题。根据脑功能的分化,两侧脑半球的职责是各有侧重,语言和言语功能位于左半球,空间知觉和非言语性声音的知觉在右侧。这种脑功能定侧当儿童成熟时发展起来。有证据(两分倾听法, dichotic listening)表明,女孩的脑定侧发育早。通过耳机,将不同数字同时呈现于两耳,典型的反应是呈现于右耳的数字回答准确,因右耳与左半球联系。6~8岁三个年龄的两性儿童均获得左半球优势,而5岁儿童,仅仅女孩可准确反应,提示女孩左半球优势发育早。这可以解释何以女孩言语表达能力较男孩早。

希波克拉底创立的体液-气质相关学说一直流传到现在,其间有过一些修正。Juan Huarte(1575)指出智能的性别差异与体液的性质有关,热和干燥是男性的主要特征,而潮湿和凉是女性所有。灵魂的干燥为智能所必需,因此男性天然地具有较大的才能。而维持干燥和热是睾丸的功能。这一朴素的唯物主义学说后来被解剖和生理的研究所修正,将妇女的智力低下归咎于脑髓小。事实上与体重相比,妇女的脑髓并不小;男性固然天才多,但精神发育不全者也以男性占多数,可能妇女在智能上取中位。

达尔文虽未提到智能的性别差异,但他的学生Francis Galton应用人类测量学方法研究智能差异,他认为女性的能力不如男性,这一结论是形而上学的。19世纪解剖学家Mockel根据研究结果指出,女性有较大的变异性,而变异性被他认为是低下的标志。这一见解与达尔文相左,达尔文观察许多种属动物,发现雄性变异性大。Havelock Ellis

(1894) 自解剖和病理资料出发, 他认为男性具有较大的变异倾向, 用以解释男性天才多, 精神发育迟滞也多。他强调女性趋向中位均数, 并不意味着天资低下, 而是限制其专长于“具体的实际生活领域”。

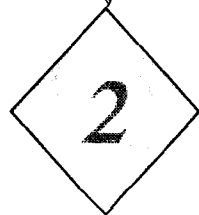
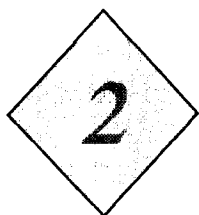
环境因素或文化对妇女心理的影响是深刻的和广泛的, 这里主要涉及文化对性别差异的作用。

“妇女教育”自文艺复兴起受到重视。我国长期受“无才便是德”的影响, 妇女得不到受教育的机会, 直到本世纪 20 年代才放缠脚上学堂。妇女受教育机会少, 自然影响其智能和其他心理特征的发育。妇女运动的目标是争取在社会上与男女平等, 获得求学和就业的权利, 从而改变妇女从属的地位。妇女接受与男性一样的教育并不等于所学的内容完全一样, 有人强调持家教育(domestic education)应当加强, 因为与延续后代有关的生物学职能(生殖)是妇女无法推却的。从这一点出发, 即使有充分的接受教育条件, 专业不同, 对妇女心理特征也常常带来影响。

社会化问题过去存在, 现在亦然。旧社会是万丈深渊, 妇女在最底层, 严重地压抑着女性心理活动的发展。“三从四德”和其他封建道德规范束缚着妇女, 中东一些国家如沙特阿拉伯等, 目前仍不准妇女入学和摘掉面纱, 剥夺了妇女参加社会活动的机会。社会化实践可培养自治性、独立性并解脱父母的支配, 亦有助于属于认知空间能力的综合独立性(field independence)的发展(Kagan, 1970)。影响妇女心理特征的社会因素甚多, 参见有关章节。

家庭对性别差异的影响是多方面的。重男轻女的家庭中, 女孩是受气包, 助长胆怯、软弱、被动、温顺等性格的发展。父母的不良行为和品质对孩子会带来不良影响。父母离婚的子女中, 男孩多表现情感淡漠或放荡行为, 女孩则多趋向孤僻或抑郁。随着工业化的进展, 大家庭瓦解, 核心家庭出现。夫妻双方虽然均就业, 但不一定达到绝对的平等, 丈夫不情愿分担家务和照料孩子的责任, 妻子也认为丈夫不懂也不强求或者为此夫妻发生争执。夫妻双方都参加工作的家庭近来出现新的问题, 妻子在家中身兼数职(妻子、母亲、家务、职工), 产生优越感, 丈夫对配偶也言听计从, 这样也必然会影响到妇女的心理特征。

总之, 妇女的心理特征是与男性不同的, 是由生物学因素和社会因素决定的。妇女的精神效能并不比男性低下, 相反男性波动较大; 女性居于中位均数, 与保持种族的延续有关。



妇女的生理特征是与男性相比而言，反映在神经系统，生殖-内分泌系统和其他系统的结构和功能上。本章重点介绍性分化、脑髓和生殖-内分泌功能的妇女特征。

一、胚胎发育和性分化

（一）染色体-性基因决定阶段：

哺乳类（包括人）胚胎发育的基本过程是恒定地向雌性发育，后来其所以发展为雄性是 Y 染色体的作用，因为 Y 染色体可使原始生殖细胞演变分化为睾丸，睾丸分泌抗 Müller 管因子并使之退化，Wolf 管发展为雄性生殖器官。如果没有 Y 染色体，则由于 XX 染色体型的作用，或者并无任何最终定性的性腺之化情况下，Wolf 管退化，Müller 管发展成为雌性生殖管道。XX 染色体型存在于各种细胞，包括那些与性分化有关而且后来形成性腺间质的细胞和非生殖组织的细胞，从而构成女性器官组织的特征。

（二）性心理分化

人类胚胎在七周以前尚不能区分性别。胚胎 2 月出现双潜能开端，即进入两性形阶段（即具有 Wolf 管和 Müller 管）。这种未分化或双能性腺发育取决于性染色体已如上述。

女孩成长后之所以有女性性别意识或性心理，与其在胚胎发育的关键时期（胚胎 2 月到出生 4~5 天，是胚胎发育过程中对性激素最敏感的阶段），下丘脑部位性两形核受黄体酮的处理有关。

另外,女性性心理的形成与出生后生殖器形态、性认定和教养以及学习也有关连。

二、女性脑髓

在出生时,大脑的重量约相当于成人的29%,到12~13岁的少女时期,脑重基本上接近成人。脑表面皱折迅速增多,神经细胞的分化功能也达到成人水平。两性之间大脑的最为明显的解剖区别见于下丘脑的视前区(Swabb, 1985),男性性两形核(Sexually dimorphic nucleus)较女性大两倍。另外,胼胝体大小,左侧颞面的大小,半球偏利亦存在性别差异,但尚无定论(Swabb, 1984)。

同一年龄的女孩,其脑电图节律较男性略快。月经周期对大脑电活动无影响。女孩在3~6个月时,即其开始形成视感受能力时,枕导联中的 α 波趋向较为节律的波。自第三个月开始,波的频率增加,波幅及规律性增大。到5岁时波的时间达到110~120ms,频率的逐渐增加延续到15岁。生殖阶段(18~50岁)年龄的影响不反映在脑电图特征上。60岁后与男性一样,自发性脑节律有变慢的倾向。

三、内分泌-生殖系统

(一) 少女阶段

女性青春期自9~12岁开始,13~14岁止,延续约3~5年之久。一般将青春期分为五期。

1. 第一期为青春前期,出现于9~10岁间,其时促卵泡激素(FSH)浓度虽然仍低,但已开始上升,可以促进卵泡的发育。黄体生成素(LH)水平很低,不足以促发卵巢形成类固醇激素,黄体酮和睾丸酮虽可在血中检出,但均系由肾上腺类固醇在周围组织转化而来。此期仅见乳头抬起,未出现阴毛,第二性征仅有不明显的发育。

2. 第二期为乳腺蓓蕾期,出现于11~12岁,FSH先升高,稍后LH亦升高,表明中枢神经系统对下丘脑的抑制性影响降低,或者下丘脑对雌激素反馈作用敏感性降低。血清雌二醇和睾丸酮水平升高,黄体酮仅有不明显的升高。此时乳腺和阴毛出现初步发育。

3. 第三期发生于12~13岁,LH和FSH水平继续升高,雌激素水平亦增加,黄体酮和睾丸酮水平逐渐增和。此期乳腺和乳晕进一步发育,阴毛变粗和卷曲。

4. 第四期和第五期相当于13~14岁,大多数性腺激素达成人水平,性发育已臻成熟,乳腺充分发育,阴毛呈成人型,阴道亦发育接近成人,但阴道壁处于紧密相对的地位,其间形成一个潜在的腔。月经初潮一般在第三期或第四期出现。初潮后一年内黄体酮升高,反映已出现有规律的排卵月经。女性子宫在出生时已达到成年妇女的50%,到10~14岁已基本成熟。卵巢在青春期逐渐增大。生殖功能的获得,一般女性要比男性早 $1\frac{1}{2}$ ~2岁,但个体差异很大。妇女在青春期内分泌改变剧烈,兼之心理上承受的负荷较大,成为易于发生精神疾病的危险时期,精神分裂症往往在这一阶段初发。青春

期可出现具有一定特征的月经周期性精神病和按月经周期复发的情感性障碍，详见有关章节。

(二) 生殖阶段

指妇女具有生殖功能的阶段，一般为 18~50 岁。

生殖阶段妇女的身体发育已经基本完成，由于性激素对脑垂体的负反馈作用，身高、体重和各器官的生长发育速度基本上稳定下来。性腺机能已完全成熟，表现为皮下脂肪增加，乳房突起，臀部扩大，性器官发育成熟。

生殖阶段妇女经历经前期，产后期（包括妊娠期）等生理性性腺剧烈变化的阶段，其时易于发生精神卫生问题。

1. 经前期 月经周期内促性腺激素和性腺活动出现一系列有规律的改变，周而复始，月月如此。经期过后血中 LH 水平稍许升高，在排卵前一天突然上升到高峰，然后迅速下降。血浆黄体酮和尿孕二醇排出在排卵后升高，于经前期下降。血中雌二醇在月经周期有两个峰值，一是在排卵时，持续 2 天，急升骤降，另一在黄体期。血 FSH 水平在排卵期有一小峰，随之下降。经前期 LH、FSH、黄体酮、雌二醇均降低，此期与月经周期其他阶段相比，性腺激素变动较为剧烈。情感障碍往往在经前发生，取短暂而复发的病程，按月发作。精神分裂症易于在经前恶化。在生殖生命的不同阶段，一些妇女在经前期发生心境改变和躯体不适，经至消失，称之为经前综合征，可参阅第 15 章。

2. 妊娠-产褥期 妊娠时卵巢最明显的变化是黄体功能继续存在，与此同时卵巢分泌的黄体酮增加。妊娠期间黄体保持其功能主要靠绒毛促性腺激素（HCG）的作用。约在妊娠第 10 天尿中可测出 HCG 活性，第 15 天出现于血液。胎盘是分泌甾体激素的器官，它代替黄体成为整个妊娠黄体酮的主要供应源，妊娠足月时可达 150ng/ml。此外胎盘亦分泌雌激素，故妊娠妇女雌激素浓度明显增高，但其分布比率与未孕妇女不同，雌酮：雌二醇：雌三醇之比，妊娠妇女为 3:2:1，未孕妇女为 30:2:1，胎儿娩出后，胎盘随之排出体外，致产后血中黄体酮和雌激素水平迅速下降，并于产后第三日降至最低点。产后第三天除出现轻度和短暂的哭泣和心境不稳（产后抑郁）外，整个产褥期（产后 6 周）有较高的精神病发生率，可参阅第 21 章。

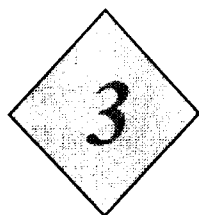
(三) 绝经期

绝经期又称更年期，指生理性月经停止的阶段。绝经期是一个过渡阶段，其时卵巢功能逐渐衰退。绝经后血浆雌激素水平下降。到绝经后期，血中虽然仍有雌激素，但其来源和性质发生改变，血中雌激素不是雌二醇，而是由肾上腺雄激素前体（特别是雄烯二酮）在肾上腺腺体之外的周围组织中转化形成雌酮，这种转化在绝经后妇女高于年轻妇女 2 倍。妇女在 45 岁以后即显示黄体功能不足，41~50 岁妇女有 12%~15% 出现无排卵月经。绝经期卵巢功能衰退，卵泡逐渐消失，无黄体形成，黄体酮的分泌亦停止。妇女随年龄增长，血清 PRL 水平发生明显改变，月经初潮时上升，绝经期显著下降，其改变与血中雌激素的变化呈正相关。在正常情况下，雌激素促进 PRL 的释放和合成，而黄体酮相反起抑制作用。绝经后卵巢间质仍继续分泌类固醇，成为血中雌激素的重要来源，与妇女体内 50% 的睾丸酮形成有关。绝经后肾上腺所分泌雄烯二酮减少约 40%，

随着时间推移，肾上腺雄激素水平进一步下降。绝经后由于卵巢分泌雌激素减少，FSH 和 LH 的释放成倍增加，FSH 为年轻人卵泡早期的 10~15 倍，LH 为 3 倍，而且有波动性。在绝经前期，FSH 单独或与 LH 同时升高，绝经后 2~3 年出现 LH 最大值，随着年迈，平均值逐渐下降。到绝经期，生殖器官出现萎缩性改变，如阴道干燥、外阴萎缩。

绝经期除可发生绝经期综合征外，抑郁症亦易于绝经期复发，而且趋向慢性或反复发作。

青春期、经前期、产后期和绝经期是性腺活动（也涉及其他内分泌腺功能的变化，特别是肾上腺皮质和甲状腺）发生剧烈变化的阶段，常伴有明显的生理和心理应激，易感的人在这种情况下容易发生情感性疾病或其他精神疾病。妇女一旦在一定场合下产生了情绪症状，则在其他生理和（或）心理应激的场合也容易发生同样的精神障碍。既往患有经前综合征的妇女，在后来易于发生产后心境不良和绝经期综合征便是佐证。



一、精神健康的概念

1946年世界卫生组织对健康作出科学的定义。1978年9月12日发布的 Alma Ata 宣言重申和勾划出促进健康和预防服务的基本健康策略。第二届国际健康促进会于1988年在澳大利亚阿德雷德召开,会议通过四项行动纲领包括“支持妇女健康”,从此以后“妇女健康问题”已成为一个独立的领域。过去对妇女健康的认识大多如妇产科那样,主要限于她们的生殖功能和计划生育。时至今日在妇女精神卫生上已取得共识。妇女寿命较男子长,她们患较多的急性和慢性疾病,而且较多求助于健康服务部门。妇女健康的重大问题之一是精神健康。

世界卫生组织于1981描述精神生活为“与人际群体体验相连接的内在体验”。加拿大在“所有加拿大人的精神健康”文件中发展了健康的交互作用机制,认为精神生活包括三种体验,即认知体验(知觉,思维过程),情感体验(情绪,心境,情感)和关系的体验(人们与其他人和环境交互作用的方式)。不断增加对外在因素(如社会和经济因素,关系因素,躯体因素,有组织的环境因素)的理解,必然导致较广阔的“精神健康”概念的发展并取代精神健康仅包括“个人的特征”的想法。新的定义为一个能够与群体和处境发生相互作用的资源并且在环境中发挥作用。因而,这一概念反映所期望社会的价值和目的。精神健康的定义如下:精神健康是个人、群体和环境之间的相互作用,从而取得和提高主观良好感;适当的发展和运用个人的精神能力(认知,情感和关系);个人和群体奋斗的远景目标和基本状态的达到和保留是一致的。

上述精神健康定义并不是以精神障碍为依据的，它并非简单地指健康和精神障碍是单一连续体的两极。精神疾病不过是个人运用其内在力量和资源的障碍。其他的妨碍可为躯体疾病、贫困或歧视的社会态度，所有这些多侵犯妇女。精神障碍可定义为一种可以认知的医学诊断性疾病，可导致个人认知，情感或关系能力的显著损害。精神障碍是由生物的、发展的或心理社会性因素引起。精神障碍的对立面应当是完全缺乏症状。精神健康统一体的一端为适宜的精神健康和另一端为不良的精神健康。适宜的精神健康指个人、群体和环境有效的协同工作以保证主观良好感，适宜的发展和应用精神能力，并达到目的与公正和平等的一致，轻度精神健康不良来自个人、群体和环境因素间的冲突，从而引起主观痛苦，精神能力的损害和发育不足，不能达到目的，出现破坏性行为和不公平的防御。这一定义为患慢性精神障碍患者提供希望，从而在更广范围内提出精神健康策略。

1991年Aldaba-Lim描述妇女平等权利涉及的政治、经济、社会、文化和公民权等方面。早在1979年联合国大会采纳消除对妇女一切形式歧视的30条款公约。后来又通过“消除对妇女的暴力行为宣言”。到1994年4月，104个会员国批准前一公约，而一些国家包括印度、巴基斯坦和美国尚未批准公约。在现实与计划之间存在很宽的沟。至少4.04亿妇女是文盲，或世界上所有文盲中，75%为妇女。农村妇女在文化金字塔的底部，而城市男子在其顶端。一些村落甚至没有一个受过教育的妇女。最近25年来，文盲的比例上升。虽然有一些好的迹象，然而在许多国家中妇女的发展落在后面。联合国的妇女10年教训中指出“如果世界是走向改变妇女，妇女必须改变它”。

最近10年对性别不平等所带来的普遍和破坏性影响的认识在不断加强，妇女在社会和家庭中是不平等的。被社会接受并视为“正常”的环境和状态，常导致妇女的精神卫生问题。妇女面对以婚姻、家庭关系、生殖、生育、离婚、年龄增长、教育和工作等为背景的困境和冲突。一些因素对妇女发挥不良影响，妇女有增高的发生抑郁的风险，躯体和性虐待，性骚扰，性歧视，不需要的妊娠，离婚，贫困和无权等。与精神障碍相关的流行病学资料显示精神错乱，无权，贫困等较多影响妇女。非洲3/4人口生活在农村，妇女完成一半以上劳动，但却不能拥有土地，只能租用。妇女收入低微，只有男性的1/10，拥有财产不到1%。

二、精神健康和精神不健康的性别差异

心理问题妇女多见，这种脆弱性与婚姻状态，工作和社会中的角色有关。1983年澳大利亚健康调查发现35万妇女和19万男子有精神健康问题，二者之比约为2:1。

Russo (1990)报道15种精神疾病的终生患病率存在性别差异，妇女以重性抑郁症，广场恐怖，单纯恐怖为主，男性以反社会人格和酒精滥用/依赖较多。与男子比较，妇女易被诊断为心境恶劣障碍，强迫症，躯体化障碍和惊恐障碍。躁狂发作或认知损害无明显性别差异。在使用精神卫生服务方面亦存在性别差异，妇女寻求帮助者较多。未婚和离婚（或分居）男子总的住院（精神病机构）率高，而未婚和离异妇女则较低。然而，已婚妇女较之已婚男子有较高的住院率，但并非所有精神疾病均如此。性别差异的产生，与性别、种族、性别角色和精神健康等多种因素的综合作用有关。自杀性