

精神分裂症患者快感缺失与童年创伤经历的相关性

马玉婷¹, 董毅^{1,2}, 汪凯¹, 赵菁¹, 王龙², 刘勇², 张玉², 李慧², 耿峰², 陈学全²

摘要 目的 探讨精神分裂症患者快感缺失与童年创伤经历的关系。方法 采用中文版修订社会快感缺失量表(RSAS-C)、中文版修订躯体快感缺失量表(RPAS-C)和童年创伤问卷(CTQ)对198例精神分裂症患者和271例正常健康者进行评估,分析快感缺失与童年创伤间的关系。结果 患者组RSAS-C评分(13.32 ± 6.12)、RPAS-C评分(19.04 ± 8.53)、CTQ总分(47.63 ± 13.49)及其各因子分均显著高于正常组(分别为 10.40 ± 5.05 , 16.80 ± 7.89 , 38.82 ± 10.05),差异有统计学意义($P < 0.05$);患者组RSAS-C评分、RPAS-C评分与阳性与阴性症状量表(PANSS)总分及阴性症状分均呈正相关($r_s = 0.266 \sim 0.439$, $P < 0.01$);患者组RSAS-C评分($r_s = 0.419$, $P < 0.01$)和RPAS-C评分($r_s = 0.322$, $P < 0.01$)与CTQ总分呈正相关,控制PANSS总分后,快感缺失评分与童年创伤评分间的相关性仍存在。结论 精神分裂症患者快感缺失程度较高,与童年创伤经历之间存在关联,提示早年的创伤经历可能会影响个体对躯体及社会交往快乐的体验能力。

关键词 快感缺失;童年创伤;精神分裂症

中图分类号 R 749.3

文献标志码 A 文章编号 1000-1492(2014)06-0785-04

快乐的感受能力反映个体对自身及外部环境的体验能力,在个体日常生活的功能中起着重要作用。快感缺失是指对快乐的体验能力下降,作为一种异常的情绪体验,其被看作是一些精神疾病的病前特质或主要症状,包括精神分裂症、抑郁症、物质滥用障碍和孤独症等^[1-4]。童年期的创伤经历对心理的发展有重大的影响,与成人期的精神和心理疾患密切相关。精神分裂症是一组病因尚不明确的严重精神疾病,研究^[5]表明童年创伤可能是导致精神分裂症发病的一个危险因素,早年的创伤经历与成年后患者的精神症状存在相关^[6-7]。快感缺失反映了一种分裂样人格特征,可能是未来发展为精神分裂症

的一种预测因素^[8],然而精神分裂症患者的早年创伤经历与快感缺失症状间的关系尚不清楚。该研究旨在评估精神分裂症患者快感缺失程度及其与童年创伤水平的关系,探讨早年创伤经历对患者快感缺失的影响。

1 材料与方法

1.1 病例资料

1.1.1 精神分裂症组(后称患者组) 采用方便取样,选取2012年10月~2013年3月在安徽省精神卫生中心住院就诊的精神分裂症患者。入组标准:①符合中国精神障碍分类与诊断标准第3版精神分裂症诊断标准;②年龄16~60岁,初中及以上文化程度或具有一定阅读理解能力;③能够配合完成测试;④排除严重躯体疾病、神经系统疾病、精神活性物质滥用和既往脑病史。最终入组198例,其中男101例(51%),女97例(49%);年龄16~57(31.50 ± 9.61)岁;受教育年限8~19(11.85 ± 2.59)年;病程1~432(91.08 ± 92.83)个月,中位数60个月;用药情况:单一用药146例(单用氯氮平53例,氯丙嗪1例,利培酮46例,阿立哌唑19例,喹硫平17例,奥氮平2例,氟哌啶醇3例,奋乃静1例,舒必利4例),联合用药52例,抗精神病药物剂量折算成氯氮平同等剂量平均为(283.38 ± 94.69) mg/d;阳性与阴性症状量表(PANSS)评分:总分(78.27 ± 8.15)分、阳性症状(19.36 ± 3.45)分和阴性症状(20.56 ± 3.98)分。

1.1.2 正常对照组(后称正常组) 为本中心所在社区正常健康者,排除罹患严重躯体疾病、精神疾病及精神活性物质滥用者。共271例接受评估,其中男129例(48%),女142例(52%);年龄18~58(31.82 ± 10.14)岁;受教育年限8~17(12.34 ± 2.26)年。

两组间受教育年限($t = 2.148$, $P = 0.032$)差异有统计学意义,年龄($t = 0.340$, $P = 0.734$)和性别($\chi^2 = 0.530$, $P = 0.467$)组间比较差异无统计学意义。患者组抗精神病药物剂量与中文版修订社会快感缺失量表(RSAS-C)评分和中文版修订躯体快感缺失量表(RPAS-C)评分的相关性差异无统计学意

2014-02-24 接收

基金项目:国家自然科学基金(编号:81171273);安徽省高校省级自然科学基金研究重点项目(编号:KJ2010A165)

作者单位:¹安徽医科大学医学心理学系,合肥 230032

²安徽省精神卫生中心,合肥 230032

作者简介:马玉婷,女,硕士研究生;

董毅,男,主任医师,硕士生导师,责任作者,E-mail: dongyi0999@126.com

义。本研究经安徽医科大学和安徽省精神卫生中心伦理委员会批准,所有被试者均自愿参加,并由本人或法定监护人签署书面知情同意书。

1.2 方法

1.2.1 RSAS-C^[9] 该量表由 Chapman 等人根据 Meehl 的理论编制,对中国正常人群和精神分裂症人群的研究表明,其内部一致性信度为 0.787,分半信度为 0.715,重测信度为 0.902 ($P < 0.01$)。量表共有 40 个项目,采用“是”或“否”形式作答,侧重于从社会人际交往方面(如与他人谈话)评估个体快感缺失程度,评分越高表明社会快感缺失程度越严重。

1.2.2 RPAS-C^[10] 该量表对中国正常人群和精神分裂症人群的研究表明,其内部一致性信度为 0.850,分半信度为 0.796,重测信度为 0.909 ($P < 0.01$)。量表共有 61 个项目,采用“是”或“否”形式作答,侧重于从躯体感受方面(如吃、抚摸)评估个体快感缺失程度,评分越高表明躯体快感缺失程度越严重。

1.2.3 童年创伤问卷(CTQ)^[11] 该量表由 Bernstein 编制,国内学者傅文青教授引进并做了信效度检验,在中国人群中具有良好的信效度。量表共有 28 个项目,包括情绪虐待(EA)、躯体虐待(PA)、性虐待(SA)、情绪忽视(EN)和躯体忽视(PN)5 个分量表,评分越高表明童年创伤水平越高。

1.2.4 PANSS 该量表共有 33 个项目,按 1~7 计分,评估指标包括总分、阳性症状分和阴性症状分,得分越高表明患者相应的精神症状越严重。

1.2.5 资料收集 RSAS-C、RPAS-C 和 CTQ 量表由 2 名经过培训的心理学专业研究生发放,按照统一的指导语向被试做出说明后,由被试独立完成,并现场收回。症状评估由 3 名经过专业培训的精神科医师于患者入组时作 PANSS 评估,评定者经培训内部一致性达到 0.85 以上。

1.3 统计学处理 采用 SPSS 11.5 统计软件分析。用 χ^2 检验和 t 检验比较患者组与正常组间性别、年龄和受教育年限的差异。组间 RSAS-C、RPAS-C 和 CTQ 评分比较,以受教育年限作为协变量进行协方差分析。RSAS-C 和 RPAS-C 评分与 PANSS、CTQ 评分间的关系采用 Spearman 相关分析。

2 结果

2.1 患者组与正常组间 RSAS-C、RPAS-C 和 CTQ 评分比较 以受教育年限为协变量进行协方差分

析,患者组 RSAS-C、RPAS-C、CTQ 总分及其各个因子分均高于正常组,差异有统计学意义($P < 0.05$, $P < 0.01$),见表 1。

表 1 患者组与正常组间 RSAS-C、RPAS-C 和 CTQ 评分比较($\bar{x} \pm s$)

项目	患者组 ($n = 198$)	正常组 ($n = 271$)	F 值	P 值
RSAS-C	13.32 ± 6.12	10.40 ± 5.05	28.980	0.000
RPAS-C	19.04 ± 8.53	16.80 ± 7.89	6.394	0.012
CTQ 总分	47.63 ± 13.49	38.82 ± 10.05	61.348	0.000
EA	9.08 ± 4.12	6.96 ± 2.20	48.643	0.000
PA	7.55 ± 3.63	6.04 ± 2.34	27.292	0.000
SA	7.20 ± 3.24	6.15 ± 2.49	13.579	0.000
EN	12.90 ± 5.03	10.13 ± 3.83	43.319	0.000
PN	10.90 ± 3.30	9.49 ± 2.91	21.670	0.000

2.2 患者组 RSAS-C、RPAS-C 评分与 PANSS 评分的相关分析 Spearman 相关分析显示,RSAS-C 评分与 PANSS 总分($r_s = 0.266$, $P = 0.000$)和阴性症状分($r_s = 0.286$, $P = 0.000$)呈正相关;RPAS-C 评分与 PANSS 总分($r_s = 0.419$, $P = 0.000$)和阴性症状分($r_s = 0.439$, $P = 0.000$)呈正相关,差异有统计学意义。

2.3 患者组 RSAS-C、RPAS-C 评分与 CTQ 评分的相关分析 Spearman 相关分析显示,RSAS-C、RPAS-C 评分与 CTQ 总分及各因子分间呈正相关,差异有统计学意义($P < 0.05$, $P < 0.01$),见表 2。

表 2 患者组 RSAS-C、RPAS-C 评分与 CTQ 评分的相关分析(r_s)

项目	CTQ 总分	EA	PA	SA	EN	PN
RSAS-C	0.419**	0.295**	0.253**	0.203**	0.295**	0.342**
RPAS-C	0.322**	0.159*	0.204**	0.164*	0.299**	0.271**

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

以 PANSS 总分为控制变量的偏相关分析显示,RSAS-C 评分与 CTQ 总分($r = 0.301$, $P = 0.000$)、EA 分($r = 0.210$, $P = 0.003$)、PA 分($r = 0.189$, $P = 0.008$)、EN 分($r = 0.221$, $P = 0.002$)和 PN 分($r = 0.280$, $P = 0.000$)呈正相关;RPAS-C 评分与 CTQ 总分($r = 0.180$, $P = 0.011$)、EN 分($r = 0.199$, $P = 0.005$)、PN 分($r = 0.165$, $P = 0.020$)呈正相关,差异有统计学意义。

2.4 正常组 RSAS-C、RPAS-C 评分与 CTQ 评分的相关分析 Spearman 相关分析显示,RSAS-C 评分与 CTQ 总分($r_s = 0.383$, $P = 0.000$)、EA 分($r_s = 0.198$, $P = 0.001$)、PA 分($r_s = 0.219$, $P = 0.000$)、

SA 分($r_s = 0.221, P = 0.000$)、EN 分($r_s = 0.343, P = 0.000$)和 PN 分($r_s = 0.256, P = 0.000$)均呈正相关; RPAS-C 评分与 CTQ 总分($r_s = 0.303, P = 0.000$)、EA 分($r_s = 0.169, P = 0.005$)、PA 分($r_s = 0.232, P = 0.000$)、SA 分($r_s = 0.262, P = 0.000$)、EN 分($r_s = 0.275, P = 0.000$)和 PN 分($r_s = 0.179, P = 0.003$)均呈正相关,差异有统计学意义。

2.5 两组合并数据 RSAS-C、RPAS-C 评分与 CTQ 评分的相关分析 患者组与正常组在 RSAS-C、RPAS-C 评分与 CTQ 评分的相关性上具有相同的趋势,故将两组数据合并进行分析。Spearman 相关分析显示,RSAS-C、RPAS-C 评分与 CTQ 总分及各个因子分之间均呈正相关,差异有统计学意义($P < 0.01$),见表 3。

表 3 合并样本 RSAS-C、RPAS-C 评分与 CTQ 评分间的相关分析(r_s)

项目	CTQ 总分	EA	PA	SA	EN	PN
RSAS-C	0.490**	0.314**	0.289**	0.279**	0.387**	0.352**
RPAS-C	0.350**	0.195**	0.248**	0.245**	0.309**	0.246**

** $P < 0.01$

3 讨论

本研究显示,精神分裂症患者 RSAS-C 和 RPAS-C 评分高于正常健康者,表明患者人际交往中体验快乐的能力和对身体刺激的愉悦感受能力均受损,这与相关研究^[12]结果一致。快感缺失是不同精神障碍的重要症状,被视作识别未来发展精神分裂症谱系障碍的风险指标,可能反应了一种疾病遗传易感性素质^[13]。关于精神分裂症患者快感缺失与精神症状关系的研究结果不一致,有研究^[11]表明,患者快感缺失瓦解和阴性症状间存在相关,也有研究^[14]显示,快感缺失具有较高的稳定性,独立于阴性症状。本研究显示,精神分裂症患者 RSAS-C 和 RPAS-C 评分与 PANSS 总分和阴性症状分均呈正相关,提示患者精神病理状态越严重,其快感体验能力损害越明显。童年创伤被证实是导致成年期多数精神疾病发展的危险因素^[15]。本研究表明,精神分裂症患者 CTQ 总分及各个因子分均高于正常健康者,表明患者早年经历的创伤水平较正常人更高,与之前的研究^[16-17]结果一致。童年创伤诱发精神疾病可能是因为个体调节情感的生物基质在早年受到损害,日后遭遇压力时容易变得更加脆弱^[18]。

快感缺失被认为可能是心理创伤应激的结果,对创伤应激障碍患者的研究表明,创伤个体对正性事件不仅无法做出情感回应,而且可能参与了消极

情绪的反应,童年情感、性虐待和躯体虐待经历者的快感缺失症状较非虐待经历者明显^[19-20]。精神分裂症患者童年期创伤经历与快感缺失间的关系尚缺乏研究。本研究显示,患者 RSAS-C 和 RPAS-C 评分与 CTQ 总分及各个因子分间均呈正相关,这种相关性在正常健康者中也显示出相同的结果,表明早年的心理创伤水平越高,个体社会快感和躯体快感的缺失程度越严重。患者组在控制 PANSS 评分后,这种相关性仍然存在,表明快感缺失程度与童年创伤水平间的相关性独立于精神症状,从这一意义上来看,支持快感缺失是一种状态-素质性特质的观点^[21]。在遗传素质的基础上^[20],早年的创伤经历可能会使得个体情绪加工相关脑环路受损^[22-23],形成愉快感受能力的缺陷,从而构成不同成年期精神障碍的精神病理表现基础。

本研究进一步证实了精神分裂症患者的快感缺失水平较高,其早年经历的心理创伤较多,初步的分析结果表明,患者快感缺失与童年创伤经历存在关联。研究不足在于:①样本量偏小,包含不同类型和不同病期的患者,异质性较大;②患者均用药治疗,且用药剂量差别较大,种类也较多;③未能对快感受缺失表达影响作多因素(如家庭环境、经济状况和社会状况等)分析探讨,以及相关分析方法的局限性。今后需要在更大的同质样本中进行研究,进一步探讨快感缺失的影响因素、神经机制及其在不同精神疾病的发生发展中的作用。

参考文献

- [1] Pelizza L, Ferrari A. Anhedonia in schizophrenia and major depression: state or trait? [J]. Ann Gen Psychiatry 2009 8:22.
- [2] Ritsner M S, Arbitman M, Lisker A. Anhedonia is an important factor of health-related quality-of-life deficit in schizophrenia and schizoaffective disorder[J]. J Nerv Ment Dis 2011, 199(11): 845-53.
- [3] Hatzigiakoumis D S, Martinotti G, Giannantonio M D, et al. Anhedonia and substance dependence: clinical correlates and treatment options[J]. Front Psychiatry 2011, 2:10.
- [4] Chevallier C, Grèzes J, Molesworth C, et al. Brief report: Selective social anhedonia in high functioning autism[J]. J Autism Dev Disord 2012, 42(7): 1504-9.
- [5] Morgan C, Fisher H. Environmental factors in schizophrenia: childhood trauma—a critical review[J]. Schizophr Bull 2007, 33(1): 3-10.
- [6] Vogel M, Meier J, Grönke S, et al. Differential effects of childhood abuse and neglect: Mediation by posttraumatic distress in neurotic disorder and negative symptoms in schizophrenia? [J]. Psychiatry Res 2011, 189(1): 121-7.
- [7] Varese F, Barkus E, Bentall R P. Dissociation mediates the relationship between childhood trauma and hallucination-proneness

- [J]. *Psychol Med* 2012 42(5): 1025–36.
- [8] Chan R C, Wang Y, Yan C, et al. A study of trait anhedonia in non-clinical Chinese samples: evidence from the Chapman Scales for Physical and Social Anhedonia [J]. *PLoS One* 2012 7(4): e34275.
- [9] Merritt R D, Balogh D W, De Vinney S E. Use of the MMPI to assess the construct validity of the revised Social Anhedonia Scale as an index of schizotypy [J]. *J Pers Assess* 1993 60(2): 227–38.
- [10] 赵菁, 汪凯, 董毅等. 中文版修订躯体快感缺失量表的信度和效度 [J]. *中国健康心理学杂志* 2014 22(4): 524–6.
- [11] 傅文青, 姚树桥, 于红华等. 儿童期创伤问卷在中国高校大学生中应用的信效度研究 [J]. *中国临床心理学杂志* 2005 13(1): 40–2.
- [12] Kuha A, Suvisaari J, Perälä J, et al. Associations of anhedonia and cognition in persons with schizophrenia spectrum disorders, their siblings, and controls [J]. *J Nerv Ment Dis* 2011 199(1): 30–7.
- [13] Velthorst E, Meijer C, G. R. O. U. P. Investigators. The association between social anhedonia, withdrawal and psychotic experiences in general and high-risk populations [J]. *Schizophr Res* 2012 138(2–3): 290–4.
- [14] Loas G, Monestes J L, Ingelaere A, et al. Stability and relationships between trait or state anhedonia and schizophrenic symptoms in schizophrenia: a 13-year follow-up study [J]. *Psychiatry Res* 2009 166(2–3): 132–40.
- [15] Green J, McLaughlin K, Berglund P, et al. Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: associations with first onset of DSM-IV disorders [J]. *Arch Gen Psychiatry* 2010 67(2): 113–23.
- [16] 赵子从, 董毅, 汪凯等. 精神分裂症患者童年创伤与梦威胁模拟水平和功能失调性态度的相关性研究 [J]. *安徽医科大学学报* 2013 48(1): 53–6.
- [17] Sahin S, Yüksel C, Güler J, et al. The history of childhood trauma among individuals with ultra high risk for psychosis is as common as among patients with first-episode schizophrenia [J]. *Early Interv Psychiatry* 2013 7(4): 414–20.
- [18] Braehler C, Valiquette L, Holowka D, et al. Childhood trauma and dissociation in first-episode psychosis, chronic schizophrenia and community controls [J]. *Psychiatry Res* 2013 210(1): 36–42.
- [19] Frewen P A, Dozois D J, Lanius R A, et al. Assessment of anhedonia in psychological trauma: psychometric and neuroimaging perspectives [J]. *Eur J Psychotraumatol* 2012 3: 8587.
- [20] Agrawal A, Nelson E C, Littlefield A K, et al. Cannabinoid receptor genotype moderation of the effects of childhood physical abuse on anhedonia and depression [J]. *Arch Gen Psychiatry* 2012 69(7): 732–40.
- [21] Cohen A S, Najolia G M, Brown L A, et al. The state-trait disjunction of anhedonia in schizophrenia: potential affective, cognitive and social-based mechanisms [J]. *Clin Psychol Rev* 2011 31(3): 440–8.
- [22] Lee J S, Chun J W, Kang J I, et al. Hippocampus and nucleus accumbens activity during neutral word recognition related to trait physical anhedonia in patients with schizophrenia: an fMRI study [J]. *Psychiatry Res* 2012 203(1): 46–53.
- [23] Germine L T, Garrido L, Bruce L, et al. Social anhedonia is associated with neural abnormalities during face emotion processing [J]. *Neuroimage* 2011 58(3): 935–45.

The relationship between anhedonia and childhood trauma in schizophrenic patients

Ma Yuting¹, Dong Yi^{1,2}, Wang Kai¹, et al

(¹Dept of Medical Psychology, Anhui Medical University, Hefei 230032;

²Anhui Mental Health Center, Hefei 230032)

Abstract Objective To explore the relationship between anhedonia and childhood trauma in patients with schizophrenia. **Methods** 198 schizophrenic patients and 271 healthy subjects were asked to completed the Revised Social Anhedonia Scale-Chinese Version (RSAS-C), the Revised Physical Anhedonia Scale-Chinese Version (RPAS-C) and the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). **Results** In the patients group, the RSAS-C score(13.32 ± 6.12), RPAS-C score(19.04 ± 8.53), CTQ total score(47.63 ± 13.49) and its five factors scores were significantly higher than those in the control group(10.40 ± 5.05, 16.80 ± 7.89, 38.82 ± 10.05, respectively) ($P < 0.05$). Correlation analysis showed that in the patients group, the RSAS-C score and RPAS-C score were significantly positively correlated with the Positive and Negative Syndrome Scale(PANSS) total score and its negative score($r_s = 0.266 \sim 0.439$, $P < 0.01$). The RSAS-C score($r_s = 0.419$, $P < 0.01$) and RPAS-C score($r_s = 0.322$, $P < 0.01$) were also significantly positively correlated with CTQ total score in the patients group. After controlling PANSS total score, there were also correlations between RSAS-C, RPAS-C scores and CTQ scores. **Conclusion** Anhedonia is related to childhood trauma in schizophrenia patients, suggesting that the trauma during childhood may affect the ability to experience physical and interpersonal pleasure.

Key words anhedonia; childhood trauma; schizophrenia