

萨提亚家庭治疗对慢性精神分裂症患者的效果研究

赵璇¹, 乔昆^{2*}, 霍小宁¹, 刘小丽², 姚毅林¹, 张鹏³

(1. 兰州市第三人民医院, 甘肃 兰州 730050;

2. 兰州大学, 甘肃 兰州 730030;

3. 兰州军区总医院, 甘肃 兰州 730050

* 通信作者: 乔昆, E-mail: qiaokun@lzu.edu.cn)

【摘要】 目的 观察萨提亚家庭治疗模式对慢性精神分裂症患者的干预效果, 为慢性精神分裂症的治疗提供参考。方法 2016 年 5 月-2017 年 5 月在兰州市第三人民医院选取符合《国际疾病分类(第 10 版)》(ICD-10) 诊断标准的慢性精神分裂症住院患者 66 例, 采用随机数字表法分为研究组和对照组各 33 例。两组均接受抗精神病药物治疗和常规护理, 在此基础上, 研究组给予萨提亚家庭治疗, 对照组给予支持性心理治疗。两组均干预 6 周。于干预前和干预 6 周后, 采用自尊量表 (SES)、症状自评量表 (SCL-90) 和家庭环境量表中文版 (FES-CV) 分别评定患者的自尊、心理状态及家庭环境。结果 干预前, 两组 SES 评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 研究组 SCL-90 总评分及躯体化、强迫、人际敏感、焦虑、敌对、恐怖、其他因子评分均高于对照组, 差异均有统计学意义 (P 均 < 0.05); 研究组成功性分量表评分低于对照组, 差异有统计学意义 ($t = -2.722, P < 0.01$)。干预 6 周后, 研究组 SCL-90 总评分及其除敌对因子外的 9 个因子评分均低于干预前 (P 均 < 0.01); 研究组 SES 总评分、FES-CV 中的独立性、成功性、道德宗教观分量表评分均高于干预前, 差异均有统计学意义 (P 均 < 0.01); FES-CV 中的独立性分量表评分高于对照组 ($t = -2.095, P < 0.05$)。结论 萨提亚家庭治疗可提高慢性精神分裂症患者的心理健康水平和自尊水平, 改善患者家庭环境。

【关键词】 精神分裂症; 萨提亚家庭治疗模式; 自尊; 家庭环境

中图分类号: R749.3

文献标识码: A

doi: 10.11886/j.issn.1007-3256.2018.05.012

Study on the efficacy of Satir model of family therapy to patients with chronic schizophrenia

Zhao Xuan¹, Qiao Kun^{2*}, Huo Xiaoning¹, Liu Xiaoli², Yao Yilin¹, Zhang Peng³

(1. The Third People's Hospital of Lanzhou, Lanzhou 730050, China;

2. Lanzhou University, Lanzhou 730030, China;

3. General Hospital of Lanzhou Military Region, Lanzhou 730050, China

* Corresponding author: Qiao Kun, E-mail: qiaokunxl@163.com)

【Abstract】 Objective To observe the efficacy of Satir model of family therapy to patients with chronic schizophrenia, to provide references for the treatment of chronic schizophrenia. **Methods** The 66 participants were the inpatients in The Third People's Hospital of Lanzhou from May 2016 to May 2017. All of them were diagnosed with chronic schizophrenia according to International Classification of Diseases, tenth edition (ICD-10). The participants were divided into two groups according to random number table, the study group and the control group, 33 in each group. Both two groups have received antipsychotic drug treatment and routine nursing care for 6 weeks. At the same time, the patients in the study group were intervened with Satir model of family therapy while the patients in the control group were given supportive psychotherapy. Before and after intervention for 6 weeks, Self-esteem Scale (SES), Symptom Checklist 90 (SCL-90) and Family Environment Scale - Chinese Version (FES-CV) were applied to assess the self-esteem, psychological state and family environment of all participants. **Results** Before the intervention, there was no significant difference in the score of SES between two groups ($P > 0.05$); the total score of SCL-90 and score of somatization, compulsion, interpersonal sensitivity, anxiety, hostility, phobia, and other factor in the study group were higher than those in the control group, and the differences were statistically significant (all $P < 0.05$); the score of achievement orientation in FES-CV of study group was lower than that of the control group and the difference was statistically significant ($t = -2.722, P < 0.01$). After 6 weeks of intervention, the total score of SCL-90 and the score of 9 factors (except for hostility) of the study group decreased significantly compared with baseline (all $P < 0.01$). The total score of the SES, the score of the independence, achievement orientation and moral religion sub-scales in FES-CV has significantly increased compared with baseline (all $P < 0.01$). The score of the independence sub-scale in FES-CV in study group was higher than that in the control group ($t = -2.095, P < 0.05$). **Conclusion** Satir model of family

therapy can improve the mental health, self-esteem and family environment of chronic schizophrenic patients.

【Keywords】 Schizophrenia; Satir model family therapy; Self-esteem; Family environment

精神分裂症是一种临床常见的持久性、慢性、重性精神疾病,抗精神病药物可有效控制精神症状,但仍有 20%~30% 的患者经药物治疗后症状无明显改善^[1]。在精神分裂症患者的康复过程中,患者家属的态度、受教育程度、心理健康水平等因素均可影响患者的康复效果,尤其在患者回归家庭和社会的过程中,家属的支持对患者的预后有很大影响^[2]。萨提亚家庭治疗模式由维吉尼亚·萨提亚创立,是一种注重家庭系统的、体验式的人本主义治疗模式。在临床实践中,萨提亚逐渐扩展了家庭系统、人的自我价值的内涵,形成了基本三角关系、生存姿态等主要理念,并发展出一些生动且实用性较强的干预技术,如个性部分舞会、家庭重塑、雕塑、隐喻、自我的曼陀罗等。这些干预技术不仅可使被治疗者更好地认识自我,增强个体自我认同与接纳,还能增强家庭亲密度,降低家庭成员间的矛盾,营造开放、和谐、不断适应变化的家庭系统^[3-6]。

目前国内有关萨提亚家庭治疗模式在精神疾病领域的研究仅见于青少年网络成瘾、躯体形式障碍等方面^[7-8],关于萨提亚家庭治疗模式用于精神分裂症患者的研究较少。本研究通过比较萨提亚家庭治疗模式与支持性心理治疗对精神分裂症患者症状缓解及康复的效果,探讨萨提亚家庭治疗模式对精神分裂症患者的干预效果,为精神分裂症的治疗提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象

以 2016 年 5 月-2017 年 5 月在兰州市第三人民医院住院的精神分裂症患者为研究对象。纳入标准:①符合《国际疾病分类(第 10 版)》(International Classification of Diseases, tenth edition, ICD-10)慢性精神分裂症诊断标准,处于恢复期;②性别不限,年龄 18~55 岁;③初中以上受教育程度;④照顾者为直系亲属;⑤居住地为兰州;⑥经过系统的抗精神病药物治疗和常规护理。排除标准:①伴精神发育迟滞或脑器质性疾病;②冲动兴奋不合作者;③伴严重的抑郁焦虑或物质滥用;④合并严重躯体疾病;⑤缺乏自知力。符合纳入标准且不符合排除标准共 66 例,按随机数字表法分为研究组和对照组各 33 例。本研究通过兰州市第三人民医院伦理委员会审核批准,研究对象及其法定监护人均对本研究知情并签

署知情同意书。

1.2 评定工具

1.2.1 基本情况问卷

采用基本情况问卷收集患者年龄、性别、受教育程度及病程。

1.2.2 自尊量表(Self-esteem Scale, SES)^[9]

采用 SES 评定自尊水平,SES 由 Rosenberg 于 1965 年编制,最初用以评定青少年关于自我价值和自我接纳的总体感受。SES 共 10 个条目,正向计分和反向计分条目各 5 个。各条目采用 1~4 分的 4 级评分,1 分为非常符合,2 分为符合,3 分为不符合,4 分为很不符合。总评分范围 10~40 分,评分越高,自尊程度越高。Dobson (1979 年)和 Fleming (1984 年)等研究显示,该量表的 Cronbach's α 为 0.77~0.88, Siber (1965 年)等研究显示,该量表的重测信度系数为 0.82^[9]。

1.2.3 症状自评量表(Symptom Checklist 90, SCL-90)^[9]

SCL-90 由 Derogatis 于 1975 年编制,用以评定心理健康状况。SCL-90 共 90 个条目,包含 10 个因子:躯体化、强迫症状、人际关系敏感、抑郁、焦虑、敌对、恐怖、偏执、精神病性和其他。各条目采用 1~5 分的 5 级评分,1 分为无,2 分为轻度,3 分为中度,4 分为较重,5 分为严重。所有项目评分之和为总评分,总评分越高,心理健康水平越低。陈树林等^[10]研究显示, SCL-90 的同质性信度系数为 0.97,各分量表的同质性信度系数 >0.69,重测信度系数 >0.70,具有较好的信度和效度。

1.2.4 家庭环境量表中文版(Family Environment Scale-Chinese Version, FES-CV)^[9]

家庭环境量表(Family Environment Scale, FES)由 Moss 等于 1981 年编制,用以评定家庭社会和环境特征。本研究采用费立鹏等修订的中文版,即 FES-CV。FES-CV 共 90 个是非题,包含 10 个分量表:亲密性、情感表达、矛盾性、独立性、成功性、知识性、娱乐性、道德宗教观、组织性和控制性。各条目回答“是”评 1 分,回答“否”评 2 分,分量表评分越高,提示其对应的家庭环境因素越突出。FES-CV 具有较好的信度和效度^[9]。

1.3 评定方法

于入院当日及干预 6 周后,由经过统一培训的 4 名测评员在安静的医生办公室分别对患者进行评定。开始评定前,向患者解释研究目的、意义,征得患者同意,所有问卷和量表均由患者独立填写,若患者无法自行作答,由研究人员使用统一语言进行询问后代为填写,评定耗时 60~100 min,问卷及量表当场收回。研究开始前,所有测评员各量表的评估一致性 Kappa 值为 0.81~0.93。

1.4 治疗方法

两组均给予系统抗精神病药物治疗及常规护理。在此基础上,对照组接受以团体游戏为主的支持性心理治疗,鼓励患者表达自我,体验建立同伴关系,引导患者审查自身内在和外资源并加以利用。具体措施如下。第 1 次:建立联结。通过小游戏“滚雪球”进行自我介绍,加强成员之间的联结并分享感受。第 2 次:建立同伴信任。通过小游戏“盲行”和“小车喇叭滴滴滴”活动体验人际信任并分享感受。第 3 次:表达自我。鼓励成员讲述自己患病以来的心理变化及情绪体验,并进行同伴反馈,在分享的过程中帮助成员提高准确表达自我的能力。第 4 次:引导关注。通过引导成员分享既往的骄傲经历,提升其内在成就感;通过引导成员寻找可利用的内外在资源,提高其应激能力。第 5 次:团体支持。通过小游戏“都来夸夸他”增强成员的自我认知和自信,体验来自团体内部的支持。第 6 次:分享感受,互相祝福。研究组接受萨提亚家庭心理治疗,具体措施如下。第 1 次:建立联结。①确定目标:通过体验式学习萨提亚模式的理念和工具,帮助成员认识自我,提升自我价值感,改善人际关系,更加表里一致(从心所欲而不逾矩)地生活。②热身活动:通

过“用一个动作代表自己”的活动进行自我介绍;通过用眼神和别人打招呼,摸别人的肩膀、鼻子、耳朵等活动增强成员之间的联结。③制定团体规范。第 2 次:觉察自我。播放音乐使成员放松,通过“画自己配注解”、练习表达“我是……”、图画接力、朗诵小诗《当我真正开始爱自己》(卓别林)并分享感受、冥想(想象我是独一无二的)等活动引导成员对自我的觉察。第 3 次:沟通问题。学习求生存应对姿态(讨好、指责、超理智和打岔)并进行两人小组练习,觉察压力之下的应对姿态,通过此方式表达渴望,体验沟通姿态。第 4 次:内在冰山。利用天气预报、冰山理论讲解和角色扮演使成员理解冰山理论,体验内在真正的“我”。第 5 次:体验家庭规则。通过冥想(父母的成长)、原生家庭图讲解示范、三人小组画家庭图、播放音乐《时间都去哪儿了》引导成员体验家庭规则。第 6 次:通过分享或核查、练习微笑、冥想、分享未满足的期待、书写祝福天使卡、说有仪式的结束语结束此次团体治疗,互相告别。两组均干预 6 周,每周 1 次,每次 1.5 h。

1.5 统计方法

采用 SPSS 17.0 进行统计分析。计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用两独立样本 t 检验,治疗前后比较采用重复测量方差分析;计数资料用例数和百分比(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 认为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组一般资料比较

两组性别、年龄、受教育程度、病程比较,差异均无统计学意义(P 均 > 0.05)。见表 1。

表 1 两组一般资料比较

项 目		研究组($n=33$)	对照组($n=33$)	t/χ^2	P
性别[n (%)]	男	24(72.7)	21(63.6)	0.545	0.460
	女	9(27.3)	12(36.4)		
年龄(岁)		35.12 \pm 9.28	36.85 \pm 9.15	-0.761	0.449
受教育程度[n (%)]	初中	4(12.1)	10(30.3)	4.909	0.179
	高中/中专	11(33.3)	12(36.4)		
	大专	11(33.3)	7(21.2)		
	本科及以上	7(21.2)	4(12.1)		
病程(年)		8.12 \pm 8.74	8.27 \pm 7.24	-0.074	0.941

2.2 两组 SES 评分比较

干预前, 两组 SES 评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。干预 6 周后, 研究组 SES 评分高于干预前, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$), 但两组 SES 评分差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 2。

表 2 两组 SES 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组 别	SES 评分		<i>t</i>	<i>P</i>
	干预前	干预后		
研究组 (<i>n</i> = 33)	29.73 ± 3.91	32.21 ± 4.70	-3.481	0.001
对照组 (<i>n</i> = 33)	29.91 ± 5.78	31.33 ± 4.15	-1.366	0.181
<i>t</i>	-0.150	0.806		
<i>P</i>	0.882	0.424		

注: SES, 自尊量表

2.3 两组 SCL-90 评分比较

干预前, 研究组 SCL-90 总评分及躯体化、强迫、人际敏感、焦虑、敌对、恐怖、其他因子评分均高于对照组, 差异均有统计学意义 (P 均 < 0.05)。干预 6 周后, 研究组 SCL-90 总评分及除敌对因子外的 9 个因子评分均低于干预前 (P 均 < 0.01), 对照组 SCL-90 评分干预前后比较, 差异无统计学意义 (P 均 > 0.05); 两组 SCL-90 评分比较, 差异无统计学意义 (P 均 > 0.05)。见表 3。

2.4 两组 FES-CV 评分比较

干预前, 研究组成功性分量表评分低于对照组, 差异有统计学意义 ($t = -2.722, P < 0.01$)。干预 6 周后, 研究组独立性、成功性、道德宗教观分量表评分均高于干预前, 对照组道德宗教观分量表评分高于干预前, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$ 或 0.01); 研究组独立性分量表评分高于对照组, 差异有统计学意义 ($t = -2.095, P < 0.05$)。见表 4。

表 3 两组 SCL-90 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组 别	时 间	SCL-90 评分					
		躯体化	强迫	人际敏感	抑郁	焦虑	敌对
研究组 (<i>n</i> = 33)	干预前	1.74 ± 0.78 ^a	2.05 ± 0.96 ^a	1.75 ± 0.50 ^a	1.76 ± 0.74	1.84 ± 0.79 ^a	1.72 ± 1.07 ^a
	干预 6 周后	1.23 ± 0.35 ^b	1.62 ± 0.63 ^b	1.50 ± 0.59 ^b	1.39 ± 0.42 ^b	1.36 ± 0.43 ^b	1.37 ± 0.60
对照组 (<i>n</i> = 33)	干预前	1.38 ± 0.55	1.55 ± 0.57	1.46 ± 0.49	1.45 ± 0.52	1.35 ± 0.48	1.28 ± 0.54
	干预 6 周后	1.35 ± 0.54	1.55 ± 0.56	1.49 ± 0.58	1.46 ± 0.56	1.44 ± 0.58	1.41 ± 0.55

组 别	时 间	SCL-90 评分				
		恐怖	偏执	精神病	其他	总评分
研究组 (<i>n</i> = 33)	干预前	1.60 ± 0.67 ^a	2.04 ± 0.68	1.65 ± 0.72	1.39 ± 0.61 ^a	161.12 ± 64.23
	干预 6 周后	1.34 ± 0.66 ^b	1.31 ± 0.43 ^b	1.45 ± 0.66 ^b	1.41 ± 0.63 ^b	126.48 ± 39.94 ^b
对照组 (<i>n</i> = 33)	干预前	1.21 ± 0.32	1.53 ± 0.60	1.39 ± 0.51	1.39 ± 0.61	126.55 ± 39.76
	干预 6 周后	1.30 ± 0.48	1.38 ± 0.44	1.45 ± 0.66	1.47 ± 0.59	129.15 ± 44.18

注: SCL-90 症状自评量表; 与对照组比较, ^a $P < 0.05$; 与同组干预前比较, ^b $P < 0.01$

表 4 两组 FES-CV 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组 别	时 间	FES-CV 评分				
		亲密度	情感控制	矛盾性	独立性	成功性
研究组 (<i>n</i> = 33)	干预前	6.70 ± 1.99	4.52 ± 1.68	3.24 ± 2.60	7.12 ± 1.75	5.03 ± 1.72 ^a
	干预 6 周后	7.45 ± 1.80	5.06 ± 1.35	2.15 ± 1.48	8.61 ± 1.44 ^{bc}	6.39 ± 1.37 ^b
对照组 (<i>n</i> = 33)	干预前	6.55 ± 2.02	4.76 ± 1.77	3.36 ± 2.26	7.88 ± 1.45	6.15 ± 1.62
	干预 6 周后	7.21 ± 1.98	4.94 ± 1.66	3.12 ± 1.95	7.85 ± 1.50	6.12 ± 1.76

续表 4:

组别	时间	FES - CV 评分				
		文化性	娱乐性	道德宗教观	组织性	控制性
研究组 (n = 33)	干预前	3.36 ± 2.49	3.00 ± 2.44	4.97 ± 1.45	5.24 ± 1.54	4.30 ± 1.96
	干预 6 周后	3.67 ± 2.26	3.39 ± 2.30	5.91 ± 1.26 ^b	5.55 ± 1.33	4.94 ± 1.71
对照组 (n = 33)	干预前	3.85 ± 2.05	3.52 ± 2.21	4.91 ± 1.84	5.48 ± 1.92	4.21 ± 1.92
	干预 6 周后	3.58 ± 2.00	3.55 ± 2.14	5.70 ± 1.76 ^d	5.97 ± 1.19	4.21 ± 1.69

注:FES - CV 家庭环境量表中文版;与对照组比较 ^a $P < 0.01$;与同组干预前比较 ^b $P < 0.01$;与对照组比较 ^c $P < 0.05$;与同组干预前比较 ^d $P < 0.05$

3 讨 论

精神分裂症是一类可导致精神残疾的慢性疾病,患者在回归社会的过程中可能出现焦虑、抑郁、病耻感、悲观失望等不良情绪,从而导致回避人际交往、缺乏自信和自尊以及社会适应性差等问题,严重影响患者的生活质量和康复^[11-12]。由于各种原因,慢性精神分裂症患者往往缺乏社会支持,大众对精神分裂症认识的不足和片面,使患者自尊水平偏低^[13-14]。国内已有关于萨提亚家庭治疗模式的应用研究,但目前研究主要是对理论的探讨或个案报道,个别针对团体的研究也仅局限于高校大学生^[3,15-17]。国外关于萨提亚家庭治疗的研究比较丰富和多样化。Lum 等^[18]研究显示,萨提亚家庭治疗模式可用于青少年群体的危机干预。

本研究结果显示,干预前,两组 SES 评分差异无统计学意义($P > 0.05$);干预 6 周后,研究组 SES 评分高于干预前($P < 0.01$),但两组 SES 评分差异无统计学意义($P > 0.05$);提示萨提亚家庭治疗可改善慢性精神分裂症患者的自尊水平。干预前,研究组 SCL - 90 总评分及躯体化、强迫、人际敏感、焦虑、敌对、恐怖、其他因子评分均高于对照组(P 均 < 0.05);干预 6 周后,研究组 SCL - 90 总评分及除敌对因子外的 9 个因子评分均低于治疗前(P 均 < 0.01),对照组 SCL - 90 评分干预前后差异无统计学意义(P 均 > 0.05);两组 SCL - 90 评分差异均无统计学意义(P 均 > 0.05)。提示干预前研究组患者的心理健康水平较对照组差,干预后,研究组的心理健康水平得到改善,主要体现在躯体化、强迫症状、人际关系敏感、抑郁、焦虑、恐怖、偏执、精神病性方面,支持性心理治疗对患者心理健康水平无明显改善效果。干预前,研究组成功性分量表评分低于对照组($P < 0.01$);干预 6 周后,研究组独立性、成功性、道德宗教观分量表评

分均高于干预前,对照组道德宗教观分量表评分高于干预前,差异均有统计学意义($P < 0.05$ 或 0.01);研究组独立性分量表评分高于对照组($P < 0.05$)。提示萨提亚家庭治疗可提升慢性精神分裂症患者的自尊、自信、自主水平和工作学习能力,两种干预方法均可提高患者对伦理、宗教和价值的重视程度。萨提亚家庭治疗方法对患者自尊自信水平的改善效果优于支持性心理治疗。

综上所述,萨提亚家庭治疗和支持性心理治疗均可提高慢性精神分裂症患者的道德宗教观,萨提亚家庭治疗模式还可提高患者心理健康和自尊水平。本研究存在一定局限性,首先,未比较两组的用药情况,虽然两组患者均服用抗精神病药物,但药物种类和剂量的差异可能影响结果;其次,在干预前,研究组患者的心理健康水平较对照组差,可能影响了干预后两组心理健康水平的比较结果,无法准确判断两种干预方法是否存在差异。在今后的研究中,需进行更严谨的设计,尽量减小重要非试验因素对研究结果的影响。

参考文献

- [1] Rathod S, Turkington D. Cognitive - behaviour therapy for schizophrenia: a review [J]. Curr Opin Psychiatry, 2005, 18(2): 159 - 163.
- [2] 龙赞,童颜,毕燕君. 康复期精神分裂症患者社会功能与家庭亲密度和适应性的相关研究 [J]. 四川精神卫生, 2015, 28(5): 439 - 441.
- [3] 陈芳. 萨提亚家庭治疗模式评述 [J]. 社会心理科学, 2013, 28(2): 113 - 115.
- [4] 维吉尼亚·萨提亚,约翰·贝曼,简·格伯,等. 萨提亚家庭治疗模式 [M]. 聂晶译. 北京: 世界图书出版社, 2007: 101 - 103.
- [5] 维吉尼亚·萨提亚,米凯莱·鲍德温. 萨提亚治疗实录 [M]. 章晓云,聂晶,译. 北京: 世界图书出版社, 2006: 82 - 86.
- [6] 约翰·贝曼. 萨提亚转化式系统治疗 [M]. 钟谷兰,宫一,卫丽莉,等译. 北京: 中国轻工业出版社, 2009: 11 - 13.
- [7] 杜玉凤,李晓敏,何雪娟,等. 萨提亚家庭治疗模式对青少年

- 网络成瘾的干预效果[J]. 承德医学院学报, 2014, 31(5): 459-460.
- [8] 刘浩志, 马智文. 萨提亚模式家庭治疗对躯体形式障碍患者疗效的影响[J]. 四川精神卫生, 2014, 27(1): 43-45.
- [9] 汪向东, 王希林, 马弘. 心理卫生评定量表手册[J]. 中国心理卫生杂志, 1999(增刊): 235-237.
- [10] 陈树林, 李凌江. SCL-90 信度效度检验和常模的再比较[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2003, 29(5): 323-327.
- [11] 张菊英, 尤淮风, 陆美新. 缓解期精神分裂症患者抑郁和自尊状况的调查及心理干预[J]. 上海精神医学, 2007, 19(3): 165-167.
- [12] 郝玲燕, 黄秀芹, 朱凤英, 等. 精神分裂症患者残疾水平、生活质量及社会支持状况分析[J]. 四川精神卫生, 2014, 27(3): 221-224.
- [13] 邱浩英, 张程桢, 陈惠珍. 缓解期精神分裂症患者抑郁自尊状况调查及心理干预[J]. 临床心身疾病杂志, 2008, 14(2): 143-145.
- [14] 李凤香, 黄群明, 叶郁葱, 等. 社区康复期精神分裂症患者的心理状况调查[J]. 现代临床护理, 2009, 8(8): 7-9.
- [15] 任静. 萨提亚家庭治疗模式介入亲子冲突家庭的实务研究[D]. 武汉: 华中师范大学, 2016.
- [16] 吴丹. 萨提亚家庭治疗理论视角下的个案应用探索[D]. 北京: 首都经济贸易大学, 2014.
- [17] 索梦弦. 萨提亚团体辅导对支教大学生自我概念的干预研究[D]. 兰州: 兰州大学, 2018.
- [18] Lum W, Smith J, Ferris J. Youth suicide intervention using the Satir model[J]. Contemp Fam Ther, 2002, 24(1): 139-159.

(收稿日期: 2017-12-31)

(本文编辑: 唐雪莉)