

精神科护理中患者情绪管理的综合护理干预策略

申苏荣，万芳，陈瑶^{*}，李新艳

昆明市精神病院 云南昆明

【摘要】情绪功能障碍是精神科患者最为普遍和核心的临床问题之一，贯穿于疾病发生、发展及转归的全过程。有效的情绪管理不仅关乎患者急性期症状的缓解，更是预防复发、促进社会功能康复、提升生活质量的关键。传统精神科护理侧重于安全管理与基础照料，而现代精神科护理理念则要求护士扮演更为积极的治疗性角色，采用系统化、多维度的综合干预策略对患者的情绪问题进行主动管理。本文旨在深入探讨精神科护理中患者情绪管理的综合护理干预体系，从理论基础、系统性评估、具体干预策略（涵盖治疗性环境构建、个体化心理护理、结构化团体干预、家庭系统支持及康复期延续护理）以及护理人员的核心能力与角色转变等多个层面进行全面阐述，以构建一个科学、人性化且高效的综合护理模式，最终推动精神科护理专业的纵深发展和患者康复结局的根本改善。

【关键词】精神科护理；情绪管理；综合干预策略；治疗性关系；心理教育；康复护理

【收稿日期】2025年9月22日 **【出刊日期】**2025年10月18日 **【DOI】**10.12208/j.jacn.20250547

Comprehensive nursing intervention strategy of emotional management in psychiatric nursing

Surong Shen, Fang Wan, Yao Chen^{*}, Xinyan Li

Kunming Psychiatric Hospital, Kunming, Yunnan

【Abstract】 Emotional dysfunction is one of the most prevalent and core clinical issues in psychiatric patients, permeating the entire process of disease onset, progression, and outcome. Effective emotion management is not only crucial for alleviating acute symptoms but also plays a key role in preventing relapse, promoting social functional recovery, and enhancing quality of life. Traditional psychiatric nursing emphasizes safety management and basic care, whereas the modern concept of psychiatric nursing requires nurses to assume a more active therapeutic role and adopt systematic, multidimensional comprehensive intervention strategies to proactively address patients' emotional issues. This paper aims to provide an in-depth exploration of the comprehensive nursing intervention system for emotion management in psychiatric care, offering a detailed elaboration from multiple perspectives—including theoretical foundations, systematic assessment, specific intervention strategies (encompassing the creation of a therapeutic environment, individualized psychological care, structured group interventions, family system support, and continuous care during rehabilitation)—as well as the core competencies and role transformation of nursing staff. The goal is to construct a scientific, humanistic, and efficient comprehensive nursing model, ultimately fostering the advanced development of psychiatric nursing and fundamentally improving patient rehabilitation outcomes.

【Keywords】 Psychiatric nursing; Emotion management; Comprehensive intervention strategies; Therapeutic relationship; Psychoeducation; Rehabilitation nursing

1 引言

精神障碍，如重性抑郁障碍、双相情感障碍、焦虑障碍、精神分裂症等，其病理核心往往涉及情绪调节系

统的显著失调。患者可能体验到难以承受的情绪痛苦，如绝望感的弥漫、焦虑感的泛滥、易激惹状态的持续或情感表达的匮乏。这些异常的情绪体验不仅是疾病本

第一作者简介：申苏荣（1979-），汉族，云南昭通人，本科，副主任护师，昆明市精神病院，研究方向：精神科身心疾病护理及护理管理；
*通讯作者：陈瑶（1995-）女，汉，云南昆明人，本科，主管护师，研究方向：精神科护理。

身的症状, 还会成为加剧病情的恶性循环因素, 影响治疗依从性, 引发人际冲突, 并显著增加自伤、自杀及冲动行为的安全风险。因此, 对情绪的管理与干预, 构成了精神科护理工作的基石与难点^[1]。

随着“生物-心理-社会-精神”医学模式的广泛认同, 精神科护理的内涵发生了深刻演变。其职责已从单纯的监护观察、执行医嘱, 扩展到运用专业知识和技能, 对患者的心理体验进行主动评估、理解和干预。这意味着护理人员需要一套超越经验主义的、系统化的综合干预策略, 以帮助患者识别情绪、理解情绪背后的意义、接纳情绪的存在, 并最终发展出适应性的情绪调节技巧。本文旨在系统构建并详细论述这一面向情绪管理的综合护理干预策略体系, 为临床实践提供理论参考与实践框架。

2 情绪管理的理论基础与系统性护理评估

2.1 核心理论框架任何有效的实践干预都源于坚实的理论支撑。精神科情绪管理护理主要整合以下理论精髓^[2]:

(1) **认知行为理论 (CBT)**: 该理论确立了认知、情绪与行为三者间的交互作用模型。护理实践的核心在于帮助患者识别并挑战其固有的、导致负面情绪的“自动化负性思维”(例如, “我什么都做不好”), 并通过“行为激活”技术(鼓励参与愉悦或有益的活动)来打破情绪低落与行为退缩的恶性循环。

(2) **人际关系理论 (IPT)**: 该理论强调当前人际关系是情绪困扰的重要来源也是疗愈的载体。护理干预需聚焦于患者的人际角色冲突、社交技能缺陷、哀伤处理及孤独感等问题, 通过改善人际互动来获得情绪支持, 稳定情绪状态^[3]。

(3) **正念与接纳承诺疗法 (ACT)**: 此理论提供了不同于“控制”和“消除”情绪的视角。它教导患者以开放、不加评判的态度观察和接纳内心的情绪体验, 减少与负面情绪的内心挣扎, 并将能量导向符合个人价值的行动, 从而提升心理灵活性^[4]。

2.2 多维度动态护理评估精准的干预始于全面、动态的评估。护士需运用专业观察与沟通技巧, 对患者的情绪状态进行持续评估:

(1) **主观维度**: 通过治疗性沟通, 深入了解患者情绪的性质(如悲伤、愤怒、恐惧、)、强度(1-10分评分)、持续时间、波动规律及可能的诱发或缓解因素。

(2) **客观维度**: 敏锐观察患者的非言语行为, 包括面部表情、眼神接触、姿势体态、手势、语速语调及生理体征(如面色潮红、手抖、坐立不安), 判断其与

主观陈述的一致性。

(3) **认知维度**: 探索与强烈情绪共存的思维活动。是否存在灾难化思维、非黑即白、过度概括等认知扭曲? 这些思维是情绪反应的催化剂。

(4) **行为维度**: 评估情绪是否已导致或可能导致适应不良行为, 如社交退缩、攻击言语、自伤风险、物质滥用等。

3 患者情绪管理的综合护理干预策略体系

基于上述评估, 护士应整合以下五大策略, 形成个体化、分阶段的干预方案。

3.1 奠基之石: 构建安全与支持性的治疗性环境环境是情绪的第一容器。一个混乱、冷漠或不可预测的环境会加剧患者的焦虑和不安全感。

(1) **物理环境优化**: 确保病室安静、整洁、明亮、温湿度适宜, 布局合理, 有足够的个人私密空间与安全的公共活动空间。设立专门的情绪宣泄室、放松治疗室, 提供舒缓感官的设施。

(2) **人文环境营造**: 这是护理工作的核心。护士应努力营造一种充满尊重、共情、接纳与真诚的氛围。建立清晰、一致且公平的病房规则和日常流程, 为患者提供可预测性和控制感。护士自身应保持情绪稳定, 以身作则, 成为患者情绪调节的“示范者”。

3.2 核心引擎: 发展治疗性关系与实施个体化心理护理稳固的护患治疗性关系是所有深入干预的通道和引擎。

(1) **共情性倾听与情绪确认**: 放下评判, 全身心地倾听患者的情绪表达。通过反射性语言(如“你感到非常愤怒, 因为你觉得没有被公平对待”)来确认患者的感受, 使其感到被深刻理解和接纳, 这具有巨大的疗愈价值。

(2) **情绪命名与正常化**: 帮助患者为模糊、混乱的情绪体验贴上准确的“标签”(“这种胃部紧缩的感觉可能是焦虑”)。并告知其在当前处境下产生此类情绪是人类的正常反应, 减轻其“二次痛苦”。

(3) **认知重构技术**: 引导患者审视其情绪背后的想法, 共同检验这些想法的真实性与有效性, 探索替代性的、更具适应性的思考方式(例如, 将“这次谈话冷场全是我的错”重构为“谈话是双方的责任, 也许对方也在紧张”)。

3.3 社会熔炉: 开展结构化团体干预与社交技能训练团体为患者提供了练习新技能的安全“社会模拟器”。

(1) **心理教育团体**: 系统性地组织关于情绪本质、疾病知识、药物作用、复发预防等主题的团体讲座与讨

论, 提升患者的病识感与自我效能感。

(2) 情绪管理技能团体: 运用 DBT(辩证行为疗法)等技巧, 专门训练患者的核心情绪调节技能, 包括: 情绪识别与标注、痛苦耐受技巧(如自我安抚、分散注意力)、人际效能技巧(如何自信地表达需求与拒绝)、情绪调节策略(如问题解决、改变情绪反应)。

(3) 工娱治疗与表达性艺术治疗: 通过绘画、音乐、舞蹈、手工等非言语形式, 为患者提供情绪表达与疏通的替代渠道, 释放被压抑的情感, 获得创作带来的成就感和愉悦感。

3.4 延伸支持: 推动家庭系统参与与社区资源链接患者的情绪健康深深嵌入其家庭与社会系统之中。

(1) 家庭心理教育: 将家属纳入干预体系。教育家属关于疾病的知识, 解释患者情绪行为背后的病理性原因而非“道德缺陷”, 教导家属如何以非批判性、支持性的方式进行回应, 避免高情感表达(批评、敌意、过度卷入)的不良影响。

(2) 家庭会议/治疗: 在护士或治疗师的主导下, 召开家庭会议, 促进家庭成员间的坦诚沟通, 解决存在的误解和冲突, 共同制定家庭支持计划, 将医院的护理干预有效延伸至家庭环境。

(3) 构建社会支持网络: 评估并链接社区资源, 如社区精神卫生中心、康复机构、朋辈支持小组、职业培训项目等, 帮助患者在出院后能够获得持续的支持, 减少复发风险。

3.5 迈向康复: 制定复发预防计划与延续性护理情绪管理是一项终身任务, 出院不代表干预的结束。

(1) 个体化复发预防计划: 与患者共同协作, 识别其独特的情绪复发早期预警症状(如“开始失眠”、“不愿出门”), 并制定详尽、可操作的应对清单(如“联系我的个案经理”、“增加运动”、“使用放松技巧”)。

(2) 生活重建与技能泛化: 协助患者规划出院后的日常生活结构, 将住院期间学习的情绪调节技巧应用于管理工作压力、人际交往等现实生活场景中, 促进技能的内化与泛化。

4 护理人员的角色演进与专业素养要求

实施这一综合策略体系, 对护理人员提出了前所未有的高标准, 其角色已从传统的照顾者、执行者演变为教育者、治疗师、协调者、倡导者和顾问。

深化专业知识结构: 必须持续学习高级精神病学、咨询心理学、各种心理治疗流派(如 CBT, DBT, ACT)的基础理论与技术。

强化自我觉察与情绪韧性: 护士需持续进行自我反思, 清晰识别自身在面对患者强烈情绪时的反移情反应, 管理好自己的情绪, 防止职业耗竭, 保持专业的稳定与在场。

卓越的团队协作能力: 情绪管理是一个多学科团队(MDT)工作。护士需与精神科医生、心理治疗师、社会工作者、康复师等紧密协作, 共同制定和执行干预计划, 确保患者获得无缝衔接的全面服务^[5]。

4.1 创建安全与支持性的治疗性环境环境是情绪管理的基石。一个混乱、压抑的环境本身就会成为压力源。

(1) 物理环境: 保持病室安静、整洁、明亮、温湿度适宜, 提供足够的个人空间, 减少感官过载, 设立安全的情绪宣泄室或休闲活动区。

(2) 心理环境: 营造尊重、接纳、共情和非批判的氛围。护士应保持情绪稳定, 以身作则, 用平静、坚定的态度对待患者的情绪波动。建立清晰、一致的病房规则和期望, 为患者提供可预测性和安全感。

4.2 基于关系的心理护理干预护患关系是所有干预的载体。建立信任的治疗性关系是情绪管理成功前提。

(1) 共情性倾听: 不加评判地倾听患者的情绪诉说, 通过反馈(如“听起来你感到非常孤独”)让患者感到被理解和接纳, 这本身就有情绪疏导作用。

(2) 认知重构: 运用 CBT 技巧, 温和地引导患者审视其引发痛苦情绪的负性思维, 探讨其他可能的解释视角, 建立更现实、积极的认知模式。

(3) 正念训练: 带领患者进行简单的正念练习, 如正念呼吸、身体扫描, 帮助其从纷乱的情绪和思绪中锚定当下, 学会以观察者的身份与情绪共处, 而非被其吞噬。

4.3 结构化团体活动与社会功能干预团体是练习情绪管理的“安全实验室”。

(1) 心理教育团体: 组织关于疾病知识、药物作用、情绪识别与管理技巧的团体讲座, 增强患者的能力感。

(2) 技能训练团体: 开展诸如情绪管理团体、社交技能训练团体、压力应对团体等, 通过角色扮演、情景模拟等方式, 教授具体的情绪调节技巧(如冲动控制、问题解决)。

(3) 工娱治疗: 组织绘画、音乐、舞蹈、手工等艺术和娱乐活动。这些活动不仅能转移对负面情绪的注意力, 更能为患者提供非言语的表达渠道, 提升成就

感和愉悦感。

5 护士在情绪管理中的角色与专业素养

实施上述综合策略, 对护士的专业素养提出了更高要求。护士的角色已转变为教育者、治疗师、协调者和倡导者。为此, 需:

(1) 强化专业知识: 持续学习精神病学、心理学、心理治疗等相关知识。

(2) 提升自我觉察: 护士需清楚自身的情感反应(反移情), 避免将个人未处理的情绪带入工作中, 保持专业的边界和稳定性。

(3) 接受专项技能培训: 机构应组织关于 CBT 基础、正念干预、动机性访谈、危机干预等技能的培训, 提升护士的实战能力。

6 结论

综上所述, 精神科患者的情绪管理是一项错综复杂却至关重要的专业护理实践。它绝非零散技巧的简单堆砌, 而是一个立足于人本关怀与科学证据、融合了环境支持、关系治疗、认知行为技术、团体动力、家庭系统及社区资源的综合性、多层次、动态调整的干预体系。该体系的成功实施, 能够使患者从被动的情绪“受害者”转变为主动的自我“管理者”, 不仅为临床安全提供坚实保障, 更从根本上赋能患者, 促进其人格成长与社会康复, 彰显了现代精神科护理的专业价值与人

文精髓。未来, 进一步开展针对不同病种、不同人群的标准化干预方案的有效性研究, 并利用数字化技术开发辅助工具, 将是深化该领域实践的重要方向。

参考文献

- [1] 沈渔邨. 精神病学[M]. 第 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2018.
- [2] 李小妹, 冯先琼. 护理学导论[M]. 第 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 2021.
- [3] Linehan M M. 边缘性人格障碍的认知行为治疗: 辩证行为疗法[D]. 纽约: 吉尔福德出版社, 1993.
- [4] 王娟, 刘铁桥. 正念认知疗法在抑郁症患者中的应用进展[J]. 中国临床心理学杂志, 2020, 28(3): 634-637.
- [5] 张静, 李峥. 精神科护理中治疗性沟通技能的应用现状与培训策略[J]. 中华护理杂志, 2019, 54(5): 709-713.
- [6] 王丽萍, 王红星. 家庭干预在精神分裂症患者康复中的作用研究进展[J]. 中国护理管理, 2022, 22(1): 145-149.

版权声明: ©2025 作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS