



康复门诊老年患者疼痛描述研究

康柔婕, 李洪兰, 吕若瑶

南京理工大学外国语学院, 江苏 南京 210094

摘要:研究基于行动理论框架,系统考察康复门诊情境下老年患者疼痛描述的语言特征及其表达方式,旨在为老年患者疼痛描述的理解提供新的理论视角,也为改善医疗沟通实践和优化疼痛管理方案提供参考。通过对临床会话语料的深入分析,发现老年患者在此情境下的疼痛描述主要呈现三种模式:应答式描述常出现在医生提问之后,填补医生诊断所需的知识缺口;情境回溯性描述依赖于患者生活场景记忆的激活,通过构建特定的想象空间在互动中再现疼痛体验;比喻性描述则借助具体可感的形象来转化抽象的疼痛感受,形成预期医生可理解的语言表达。此外,研究还讨论了老年患者在这三类疼痛描述中所呈现的困难及其潜在的认知影响因素,如老年人在疼痛描述中所存在的词汇提取、叙事构建等困难,可能与其执行功能的衰退和心智理论能力的下降有关。

关键词:康复门诊;老年患者;疼痛描述

中图分类号:R441.1

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2026)04-363-007

doi:10.7655/NYDXBSS260086

我国已进入中度老龄化社会,“十五五”期间,我国人口老龄化将从中度向重度阶段加速演进。“十五五”规划纲要明确提出,要把积极老龄观、健康老龄化融入经济社会发展全过程。伴随生理功能退行性变化,78%以上老年人患至少一种慢性疾病,失能、半失能人数持续上升。慢性疼痛作为常见临床症状,严重损害老年患者生活质量与功能状态,也为康复诊疗带来持续挑战。康复医学科在疼痛干预与功能重建中发挥关键作用,其诊疗过程高度依赖患者对疼痛部位、性质及程度的准确描述。老年患者由于生理退行性改变与心理因素,在疼痛表达方面面临显著困难。疼痛本质上是一种主观的、多维度的感知体验,临床评估主要依托于医患间的语言互动,国际疼痛学会(IASP)将其定义为“与实际或潜在组织损伤相关的不愉快感觉与情感体验”。现有疼痛语言研究多集中于医学领域的术语分类与临床描述,如依据疼痛发作时间、性质、程度等维度进行区分^[1]。然而,患者在表达疼痛时常借助指示性或象征性语言,其描述具有明显的间接性与不确定性^[2]。老年患者因认知功能减退与表达

资源有限,更难实现疼痛经验的准确传递,直接影响医患沟通质量与干预效果。

语言学视角的研究为理解疼痛的语言表达机制提供了重要路径。系统功能语言学与认知语言学分别从语言功能与身体经验的关系切入,揭示了疼痛表达的认知结构与交际特征^[2]。国外研究已对英语、德语疼痛表达展开系统考察,在比喻模式、语法特征与临床语篇分布等方面取得丰富成果^[3]。相较之下,汉语疼痛表达研究仍主要停留于词汇分类与语义描述层面,缺乏对患者如何通过语言建构疼痛经验并实现交际功能的系统分析。本文以Rehbein提出的行动理论为框架,聚焦康复门诊老年患者在疼痛描述中的语言行为,分析其“描述”行动的语用特征与交际功能,探讨其在医患互动中的实践价值,以期健康老龄化背景下的老年医疗沟通优化与疼痛管理提供理论依据与实践启示。

一、理论基础

Rehbein提出的行动理论,继承了Austin言语行为理论与Bühler语言工具模式,聚焦机构性交际中

基金项目:教育部人文社科基金青年项目“健康老龄化背景下中国老年患者语言行动能力研究”(24YJC740032);江苏省社科基金“功能语用学视角下老年人医患沟通的语言行动障碍研究”(24YYD001)

收稿日期:2026-03-13

作者简介:康柔婕(1989—),女,福建泉州人,博士,讲师,研究方向为语用学、健康沟通,通信作者,angiekang@njjust.edu.cn。

语言表现与心理过程的关联。其核心概念“行动模型”指机构语境中反复出现的稳定互动模式,反映行动者运用规范化语言形式实现机构性目标的方式,其展开随语境动态变化^[4]。行动理论将语言行动划分为三个层面:区分语言所指与现实;关注行动者的心理过程,包括思想、理解、记忆、情感等;强调通过语法手段实现语言表达。

Ehlich的“疼痛表达模型”^[5]借助Bühler的“象征场”与“指示场”解析患者疼痛表达。患者先在心理完成疼痛感知,将其转换为语言符号进入互动域,体现象征场的外化机制。患者主要使用“描述”对疼痛特征进行客观化处理。医生接收信息后,关注患者的语言行动类型与目的,从行动集合中选择应对,可能激发“共感”。

Rehbein指出,“描述”通常置于一个高层级的关联之中。患者对症状的描述构成诊断依据,其本质是促成医疗干预的交互性言语行为,而非单纯陈述事实。语言行动模型包含说话者与听者的心理过程,纳入分析有助于理解老年患者的交际障碍^[4]。同时,描述更具客观性,Rehbein等指出,老年患者进行清晰描述面临很大挑战,其知识源于慢性病经验积累,需在医生提问引导下将身体感受转化为语言^[6]。本文聚焦老年患者疼痛“描述”,探讨其语言表达方式及交流障碍对医疗理解与回应的影响。

二、研究设计与语料

(一) 研究方法

为系统探究老年患者的疼痛描述,本研究采用Rehbein提出的结合实证分析法和诠释学研究法的话语分析方法^[7],考量医生和老年患者的会话互动。首先按照无先设审视原则初步分析所收集的语料,整理老年患者在康复门诊中的疼痛描述行动。其次把语料中的所有相关片段从原始录音中切割出来,开展深入分析,继而总结出描述行动不同类型的实现方式。实证数据分析的主要步骤包括数据的采集、转写、分段、语料分割、话语释义。采用EXMARaLDA Partitur Editor软件转写本文语料库。数据采用的HIAT转写规则是一种半诠释性转写方法,其特点是曲谱式分层标注模式的书写方式,可以清楚地展示了多个行动者同时进行的语言行动。

为评估语料转写的信度与效度,本研究采用独立双人转写结合字符级一致性检验的方法。在信度检验方面,从语料库中随机抽取两段语音样本,第一段时长约12分钟、转写文本约1 800字符,第二段时长约10分钟、转写文本约1 400字符,由两名接受HIAT转写规范培训的研究者基于EXMARaLDA分别独立完成转写。随后对两份转写文本进行逐

字比对,并按照“一致字符数÷总字符数×100%”的公式计算转写一致率。结果显示,第一段语音样本的转写信度系数为95.56%,第二段一致性为97.38%,均高于预设的95%可靠性阈值,表明转写结果具有较高一致性与稳定性。

在效度控制方面,本研究采用逐段回听校验策略。具体而言,两名研究者对转写结果进行交叉核对,对于存在分歧的语段,通过反复回听原始录音加以判定并达成一致;同时,对全部修改过程进行完整记录与追踪。上述措施有效保障了转写文本对原始语音内容及其语境的忠实呈现,最大限度降低了主观加工与信息偏差的影响,从而提升了语料数据的整体有效性与可信度。

(二) 样本筛选与临床特征

研究语料来自一所三甲医院定点合作的康复医院门诊录像及转写文本,初始采集涵盖内分泌科、老年心血管科、普通内科、康复科及呼吸科五个科室,共139例老年患者(≥60岁)的诊疗录音,总时长35.3小时。所有参与者均签署知情同意书,个人信息已匿名化处理。

为聚焦康复门诊情境下的疼痛描述,本研究依据以下标准对语料进行筛选:①就诊科室为康复医学科;②医患对话中包含至少一个与疼痛相关的描述性片段;③录音信息完整度≥90%(即关键问答环节无缺失或中断)。经筛选,共获得29例康复门诊老年患者作为最终分析样本,总时长5小时19分钟。具体情况如表1所示。

表1 被试和样本信息

变量	类别	数值	比例(%)
年龄(岁)	全距	60~96	—
	$\bar{x}\pm s$	72.32±7.61	—
性别(例)	男	13	44.8
	女	16	55.2
疼痛病程(例)	≤1年	6	20.7
	1~5年	15	51.7
	>5年	8	27.6
疼痛部位分布(例)	头部	2	6.9
	颈部	6	20.7
	上肢	5	17.2
	下肢	10	34.5
多部位疼痛(例)	躯干(胸、腰、盆底)	12	41.4
	≥2部位	5	17.2

在入选的29个案例中,老年患者的疼痛描述主要呈现三种典型模式:应答式描述、情境回溯性描述以及比喻性描述,其出现频次如表2所示。

三、康复门诊中老年患者的疼痛描述

在本文语料中,老年患者的疼痛语言大致可分

表2 老年患者疼痛描述类型频次

描述类型	单独出现频次	组合使用频次	总计频次
应答式描述	9	6(应答+比喻)+7(应答+情境回溯)+2(应答+比喻+情境回溯)	24
情境回溯性描述	3	7(应答+情境回溯)+5(情境回溯+比喻)+2(应答+比喻+情境回溯)	17
比喻性描述	1	6(应答+比喻)+5(情境回溯+比喻)+2(应答+比喻+情境回溯)	14

为两类：一类是相对客观、非情绪化的经验性描述；另一类是带有明显主观色彩的情感表达。由于医生难以通过观察或医学检查直接获取患者的内在体验，其对疼痛的理解主要依赖患者的语言表述，尤其是以“描述”为核心的客观化语言表达。

(一) 应答式描述

医生的“提问”构成患者疼痛“描述”的前提。患者的回答并不是非语言形式的疼痛表达(如喊叫等)，而是在提问框架下对自身经验的有序语言陈述。Rehbein等区分了“医生提问—患者回答”模型与非机构性交际中的“提问—回答”模型。在非机构性交际中，“提问”通常源于说话者的“知识缺口”，提问后，听者通过“脑内搜索”调取相关知识并作出回应^[4]。而在医患沟通这一机构性交际场域中，医生作为专业知识的拥有者，承担提供诊断与治疗建议的职责。患者因缺乏医学知识而就医，医生需通过询问病情、追溯病史及必要的检查，全面了解其身体状况。当医生在诊断过程中出现“知识缺口”向患者提问时，期望患者针对特定问题作出回应，准确描述自身症状，例如疼痛的类型、部位、起始时间及强度等。

如在对73岁女性患者(例1)的询问中，医生对患者症状提问后，患者描述疼痛时即表现出空间关系语言表征的困难。初始回答仅以“腰”为参照点，未使用方位介词短语；指示性语言“这”也未能提供医生所需的明确信息。医生结合患者的指向(“中间”)及查体、补充描述引导定位，患者虽使用了“腰间盘突出”这一医学术语，但在描述放射性疼痛传导路径，如“从腰部延伸到大腿根”时，仍缺乏介词和方位表述支撑，导致空间结构的语言呈现不完整。当医生继续询问腿部疼痛部位时，患者在多疼痛中心的情况下难以通过稳定的介词框架(如“沿坐骨神经至小腿后侧”)系统组织空间信息，其回答先指向腰部区域，造成定位模糊。经医生再次询问，患者逐渐明确疼痛部位，并通过具体指向表达了与腰部不同的酸痛感。

尽管“医生提问—患者回答”模型有助于获取诊断信息，但老年患者因语言资源有限及知识不对称，难以给出准确且信息丰富的回答。老年患者对疼痛等主观体验的语言响应尤其受生理感知、经验组织、知识调动及会话适应能力的共同制约。如例1所示，老年患者在应答式疼痛描述中的困难与其

语言能力衰退密切相关。年龄增长导致语言组织与词汇提取障碍^[8-9]，年龄增长降低了疼痛描述的准确性。词汇通达受限者难以快速找到描述疼痛性质(如“灼痛”“刺痛”)或空间关系(如“沿……放射至”)的精确词语，词汇通达受限者倾向于使用笼统词汇(如“疼”“不舒服”)或指示代词(如“这里”“那个筋”)，而非具象或医学术语。执行功能衰退(工作记忆及规划与组织能力下降)进一步影响老年患者回答的完整性与连贯性。当医生连续追问疼痛细节(如“具体哪疼”“怎么个疼法”)时，患者需同时保持倾听问题、搜索感知记忆并组织语言，工作记忆衰退使患者难以胜任这些任务^[10]，工作记忆衰退导致信息遗漏、前后不一致，甚至问题跳转(如例1中从腿疼转回腰疼)，并使患者无法系统叙述。清晰描述疼痛依赖于工作记忆及规划与组织能力：患者需确定叙述顺序(从主要部位或最剧烈的疼痛开始)、区分原发痛与放射痛，并按空间或时间顺序组织信息。老年患者因规划与组织能力下降，其描述呈现零散、碎片化、缺乏逻辑顺序^[11]。

从临床沟通角度看，例1表明在“医生提问—患者回答”的应答式描述框架下，老年患者往往难以一次性提供完整、精确的疼痛信息，其描述通常依赖医生连续提问逐步展开。因此，在问诊过程中，医生需要通过分层追问逐步聚焦疼痛信息，并在患者指示性或模糊表达(如“这”“那个筋”)出现时及时进行确认，将其转化为更明确的部位或性质表述。通过这种互动式澄清，医生不仅能够弥补患者在词汇提取和空间表达方面的不足，也有助于将零散的疼痛描述整合为具有诊断价值的症状信息。

(二) 情境回溯性描述

个体在步入老年前已通过丰富的生活经历逐步形成了独特的语言体系。因此，老年人所使用的疼痛语言具有特殊性。其语言能力是在其生命历程中动态建构并持续演化的^[12]。在康复门诊交流中，老年患者对疼痛等不适感的表述常植根于特定情境的回忆，这不仅展现了其语言行为与环境持续互动的特性，也折射出其认知结构与社会经验的深层积淀。例如，“酸痛”或“刺痛”等非持续性的感受，通常仅在特定情境中被察觉，并被储存在与该情境相关的记忆中。这类疼痛记忆常与当时的情绪状态、环境特征及生理反应密切相连，因此呈现出高度情境化的特征。在实际临床交流中，为了更

准确获取患者的主观体验,医生通常会通过设定具体场景的方式引导提问,如“在爬楼梯的时候会特别疼吗?”这样的提问有助于激发患者对特定疼痛体验的回忆。与此同时,老年患者也常常主动采用情境回溯的方式来表达自身的疼痛特征。这类描述通常建立在条件性的参考框架之上,并以具有指示性的视角展开。

如在对67岁女性患者(例2)的询问中,医生以疼痛的发作频率和发病时间为主题对患者进行提问。在患者给出模糊的回答之后,医生通过“每次都是运动后这样?”设定了一个明确的情境条件,从而激活患者的相关记忆。患者先确认了医生的假设,随即对疼痛发生的情境进行具体描述。借助“每回”和“比如说”这两个情境标记,患者试图构建一个“想象空间”。这一空间承载了患者过去的身体经验。其中,“每回”作为一个时间频率标记,指涉的是某种重复发生的事件或状态。“比如说”作为一种例证引导词,将抽象或概括的描述具象化,通过引入具体实例帮助医生更直观地进入患者的经验世界,构建出一个具有回顾性和概括性的疼痛发生场景。这类表达展现出特有的叙事性倾向^[6]。情境中出现的具体动作描述(“走个模特步”“跳个舞”)促使医生进入一个具象的空间框架,并在此框架内对患者所描绘的动作进行分析。借助这种由语言引导的空间嵌入,医生保持了一种指示性的观察视角,能更有效地理解症状的发生方式及其病理机制。

本文语料显示,老年患者回答疼痛或不适问题时,有时依赖对日常生活中特定情境的记忆。这类语言表现体现了患者在医患沟通中对长期经验性知识的调动,即对相关知识的“脑内搜索”。当搜索过程受阻时,信息表达可能不准确甚至中断。老年患者运用情景回溯性描述疼痛的困难,可能与其衰退的叙事构建能力、工作记忆能力及抽象概括能力密切相关。情景回溯并非简单罗列过去事件,而要求叙述者具备完整叙事能力:从长期记忆中提取与当前疼痛最相关的特定事件(如“走模特步”),并按逻辑顺序组织成因果或时间关系的微型故事(如前因“运动”、后果“腰板”)。如例2中患者虽能提供具体例子,但其描述在动作与结果(“然后就…有点板”)之间跳跃,因果关系模糊,这反映其工作记忆容量有限,难以流畅衔接动作、身体感觉与时间等认知要素^[13]。

理想的情景回溯性描述需从多个具体例子中归纳疼痛发作模式或条件(如“每当脊柱承受不对称压力时”),这对抽象推理能力提出要求。年龄增长使老年人从具体情景到抽象概括的推理能力衰退^[14-15],因此他们可能更擅长陈述具体情景,但在归

纳推理上存在困难。如例2中患者难以从“走模特步”“跳舞”等例子中抽取共性(如“涉及腰部扭转的动作”),并进一步抽象为诊断相关范畴(如“小关节紊乱或肌肉失衡”)。其语言多停留在例证层面,用“比如说”引入新例子,而非进行总结,这反映其从具体操作到形成抽象概念的认知加工受限。情景回溯性描述显示,老年患者面对医生提问时会采用适应性策略调动生活经验,但也暴露其在叙事整合、工作记忆及抽象推理能力方面的限制。

例2体现了老年患者在疼痛描述中常依赖具体生活情境,通过举例或回忆某些动作场景呈现症状,而较少直接概括其发生条件。因此,在问诊过程中,医生可通过设置或确认特定情境以激活患者相关记忆,并在患者提供多个实例后通过进一步追问和归纳加以澄清。例如,可通过结构化提问(如“除了跳舞,还有哪些类似动作会引发疼痛?”)以及总结性确认(如“也就是说,做需要腰部保持特定姿势的活动时容易诱发,对吗?”),帮助患者将情境性叙述转化为具有诊断意义的症状模式,从而促进从具体经验到临床信息的表达转换。

(三) 比喻性描述

当前关于健康领域比喻的应用研究,主要围绕比喻的内容、对象、方法和效用等展开。国内已有学者从文化维度、批评蓄意比喻分析及架构整合理论等角度进行探索,但整体研究起步较晚,成果数量有限,研究多聚焦于特定视角,尚缺乏对健康话语比喻的系统性和整体性研究^[16]。与医学专业人士使用的科学概念和术语不同,在日常生活中,人们常常用一系列非科学的象征性表达方式来描述和诠释疾病问题。疼痛作为人类普遍的身体体验,其比喻表达方式逐渐引起研究者的注意。例如,Munday等^[17]针对247名慢性疼痛患者开展了一项在线匿名调查,系统考察了患者描述疼痛时使用的隐喻表达,并将其归纳为7个主要隐喻源域。理解老年患者的疼痛隐喻能够为临床干预措施的制定提供参考依据。本文在广义上使用“比喻”概念,涵盖隐喻与明喻,二者均通过源域概念理解目标域经验。

比喻作为一种语言表达手段,能够有效地将具身感受特征化,尤其在对疼痛的表述中具有独特的优势。概念隐喻理论提出,“隐喻不仅仅是语言的事情”,并强调“实际上人类的概念系统就是由隐喻来构成和界定的”^[18]。该理论明确区分了两种隐喻类型:隐喻性概念指人们用具体、熟悉的源域概念来理解抽象、陌生的目标域概念;而隐喻性语言表达仅指具体的语言形式^[19]。根据Bühler场域理论,隐喻是对符号场进行的功能转化。符号场是一种命名程序。在患者使用比喻描述症状时,实际上是在运用符号场来精确地传达身体感受,将其内在的

主观经验转化为较为客观的语言描述,进而表现出患者对自己健康状况的观察和理解。本文也将采用概念隐喻理论和场域理论的框架对疼痛的比喻进行分析,探讨其在医患沟通中的作用。

在对71岁女性患者(例3)的询问中,患者先以“心慌”和“突然间地跳”描述心脏不适,但未清晰呈现疼痛特征。随后用“像针扎一样”的比喻,更具体直观地表达疼痛感。该比喻反映患者借助熟悉的外部经验类比内部痛感。心脏被比作可刺穿的物体,显示患者将身体视为具有结构和功能的具体实体。“针扎”感非源于内部“磨损”,而是外力引发的“破坏”,暗示疼痛来自外部侵扰。这种身体观延续“身心二元论”^[20],将身体视为独立于精神的物质性存在,仅为精神或灵性的“容器”或“外壳”。此框架下,疾病被视为对身体结构系统的异常干扰,“针扎”痛感传达心脏局部剧烈破坏的状态。该比喻也契合近代机械论医学观中的“机器隐喻”,将身体视为具有明确结构和功能的物体。为维持正常运作(健康)并避免故障(疾病),身体需定期保养维护并防范外部损害。

从医患互动角度看,比喻的使用有助于提升信息显著性,满足医生在有限时间内快速把握关键信息的需求。根据预设机制理论,患者借助比喻激活了医患之间对相关感受的共同理解框架。Frege提出的“预设”概念强调,语言交流中隐含的背景知识和假设是实现有效沟通的基础^[21]。在这一过程中,患者通过“针扎”等比喻预设医生能够理解其所指的疼痛性质,从而在信息表达受限的情况下,帮助医生更准确地识别症状特征,支持后续诊断与治疗。由此可见,疾病比喻的研究对理解老年患者的疼痛描述具有重要价值。有效的比喻沟通建立在双方共享“源域”(如“针扎”)基本属性的前提之上,并要求说话者预设听者具备跨域映射的能力。这不仅需要患者完成从身体感受到外部经验的类比,还依赖其心智理论能力,即理解他人想法、意图、感受和信念,并据此推断和解释他人行为的能力^[22]。然而,老年人尤其是高龄老年人,在心智理论能力上往往存在困难^[23-24],这可能导致其在生成比喻时更依赖个人化类比,而未充分考虑比喻在医学认知语境中的可理解性;在比喻解读过程中,也更容易出现过度字面化理解。此外,疼痛比喻的生成与理解还受到语言资源通达性的制约。丰富的比喻使用依赖于活跃且灵活的语义网络,而老年人常见的语言衰退(如词汇检索困难、语义网络连接灵活性下降^[25-26])可能限制其快速提取和选择恰当比喻的能力^[27],从而使其更倾向于使用“针扎”“刀割”等高度常规化的比喻,难以借助更精细的比喻描述复杂的混合性疼痛体验。

从例3可以看出,老年患者在表达难以直接言说的疼痛体验时,有时借助日常经验中的比喻进行类比,如“像针扎一样”。这种表达体现了患者利用既有认知资源传达主观身体感受的尝试,能够在语言资源有限的情况下突出疼痛的某些特征,但其具体指涉仍具有一定解释空间。因此,在医患沟通中,医生既需关注比喻中所蕴含的症状信息(如“针扎”所暗示的锐痛或局部性疼痛),也应通过进一步追问对其含义进行澄清,如确认疼痛的持续时间、强度及具体部位,从而将比喻性描述转化为更具临床意义的症状信息,以弥补可能存在的认知—语言转换间隙并提高疼痛信息获取的准确性。

需要指出的是,本研究基于单一医疗机构康复门诊的29例老年患者语料开展分析,样本量相对有限,且来源集中,可能受特定医疗情境及医患互动模式的影响,从而在一定程度上限制了研究结果的外部效度。同时,纳入病例以慢性疼痛为主,疼痛类型及临床表型的覆盖尚不充分。基于上述样本特征,本文所归纳的疼痛描述模式主要反映特定康复门诊情境下老年患者的表达特点,其结论在推广至其他医疗场景或不同类型患者人群时需谨慎解读,仍有待进一步研究加以验证。

四、结 语

在“健康中国”战略与积极应对人口老龄化背景下,本文基于行动理论,对康复门诊老年患者疼痛“描述”这一语言行动进行系统分析,揭示其通过应答式描述、情境回溯性描述和比喻性描述三种方式实现。研究表明,老年患者并非被动传递症状信息,而是借助多样化语言资源,将主观、隐性的疼痛体验转化为可传递的语言信息,以填补医生诊断的知识缺口,服务于具体医疗交际目标。疼痛表达的困难既与个体语言能力变化有关,也受语言资源结构特征、认知加工能力及机构性交际目的的共同制约。老年患者疼痛描述的多样化实现方式,既反映其对疼痛体验的内在加工与组织,也体现其在就医情境中对交际角色与目标的主动建构。疼痛描述是连接患者个体意图与医疗机构目标的重要语言手段。医生在理解患者语言表达的同时,需通过系统性疾病分析与理性化专业实践保持判断客观性,在共情与专业距离间实现平衡。具体而言,应答式描述中,医生可通过分层追问与指示性表达的及时确认,将模糊指称转化为明确的症状信息;情境回溯性描述中,可借助特定情境的设定或确认激活患者相关记忆,在患者提供多个实例后通过追问与归纳加以澄清,以获取临床信息;比喻性描述中,则需在理解比喻所承载感知信息的基础上,通过进一步追问明确其具体指向,以提升信息获取的准确性。

本文为理解老年患者在机构性交际中的语言行动特征提供了实证依据,也为优化医患沟通中疼痛描述的信息获取路径提供了临床参考。未来研究可结合更丰富的医疗场景与语料类型,进一步探讨疼痛描述在不同临床情境中的实现方式及其对诊疗效果的影响。

参考文献

- [1] 于鹏. 中医学疼痛术语的分类和标准化[J]. 术语标准化与信息技术, 2004(2): 45-47
- [2] Lascaratou C. The language of pain: Expression or description[M]. Amsterdam: John Benjamins, 2007: 63-65
- [3] Overlach F. Sprache des schmerzes - sprechen über schmerzen: eine grammatisch-semantische und gesprächs analytische untersuchung von schmerzausdrücken im deutschen [M]. Berlin: De Gruyter, 2008: 1-50
- [4] Rehbein J. Komplexes handeln: elemente zur handlungstheorie der sprache[M]. Stuttgart: Metzler, 1977: 137
- [5] Ehlich K. The language of pain[J]. Theor Med, 1985, 6(2): 177-187
- [6] Rehbein J. Beschreiben, berichten und erzählen [M]// Erzählen in Der Schule. Tübingen: Narr, 1984: 114-120
- [7] Rehbein J. Segmentieren [R]. Hamburg: Universität Hamburg/Institut für Germanistik, 1995: 2-16
- [8] 刘志方, 全文, 张骏. 中文阅读中词汇加工的年轻化: 眼动证据[J]. 心理发展与教育, 2019, 35(6): 665-677
- [9] Poulisse C, Wheeldon L, Segaert K. Evidence against preserved syntactic comprehension in healthy aging[J]. J Exp Psychol Learn Mem Cogn, 2019, 45(12): 2290-2308
- [10] Idowu M I, Szameitat A J. Executive function abilities in cognitively healthy young and older adults—a cross-sectional study[J]. Front Aging Neurosci, 2023, 15: 976915
- [11] Sorel O, Pennequin V. Aging of the planning process: the role of executive functioning[J]. Brain Cogn, 2008, 66(2): 196-201
- [12] 顾曰国. 论老年人语言能力评估在我国语言能力评估体系中的定位[J]. 语言学研究, 2024(1): 6-19
- [13] Platsikas C, Verissimo J, Babcock L, et al. Working memory in older adults declines with age, but is modulated by sex and education[J]. Q J Exp Psychol, 2019, 72(6): 1308-1327
- [14] Emery L, Hale S, Myerson J. Age differences in proactive interference, working memory, and abstract reasoning[J]. Psychol Aging, 2008, 23(3): 634-645
- [15] Yow W Q, Lee J W, Li X Q. Age-related decline in pragmatic reasoning of older adults[J]. Innov Aging, 2021, 5(Supplement_1): 698-699
- [16] 陈朗, 吴菁菁. 国外健康话语隐喻应用研究述评: 源流与发展(1993—2024)[J]. 外语研究, 2025, 42(2): 34-41, 93
- [17] Munday I, Newton-John T, Kneebone I. 'Barbed wire wrapped around my feet': Metaphor use in chronic pain[J]. British J Health Psychol, 2020, 25(3): 814-830
- [18] 乔治·莱考夫, 马克·约翰逊. 我们赖以生存的隐喻[M]. 何文忠, 译. 杭州: 浙江大学出版社, 2015: 3
- [19] Kövecses Z. Metaphor: a practical introduction [M]. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2010: 4, 7
- [20] 陈子晨. 疾病的概念隐喻及其社会心理效应[J]. 广东社会科学, 2020(6): 204-214
- [21] 丛日珍, 仇伟. 语义预设与语用预设的重叠性和互补性[J]. 现代外语, 2016, 39(5): 594-604
- [22] Wellman H M, Cross D, Watson J. Meta-analysis of theory-of-mind development: the truth about false belief[J]. Child Development, 2001, 72(3): 655-684
- [23] Lecce S, Ceccato I, Rosi A, et al. Theory of mind plasticity in aging: The role of baseline, verbal knowledge, and executive functions[J]. Neuropsychol Rehabil, 2019, 29(3): 440-455
- [24] Wang Z W, Su Y J. Age-related differences in the performance of theory of mind in older adults: a dissociation of cognitive and affective components[J]. Psychol Aging, 2013, 28(1): 284-291
- [25] 周亮, 江钟立, 林枫, 等. 青年人和老年人不同联想强度词汇语义启动效应研究[J]. 中国康复医学杂志, 2009, 24(1): 41-44
- [26] Wu W, Hoffman P. Age differences in the neural processing of semantics, within and beyond the core semantic network[J]. Neurobiol Aging, 2023, 131: 88-105
- [27] Ichien N, Stamenković D, Whatley M C, et al. Advancing with age: older adults excel in comprehension of novel metaphors[J]. Psychol Aging, 2025, 40(1): 6-16

(本文编辑: 姜 鑫)

Pain descriptions among older patients in rehabilitation clinics

Kang Roujie, Li Honglan, Lü Ruoyao

Faculty of Foreign Languages, Nanjing University of Science and Technology, Nanjing 210094, China

Abstract: Grounded in the framework of Action Theory, this study investigates the linguistic patterns and expressive strategies used by older patients to describe pain in rehabilitation clinic settings. This research aims to provide a new theoretical perspective on how older patients express pain and offer practical implications for enhancing medical communication and optimizing pain management in geriatric care. An in-depth analysis of clinical conversation data identifies three primary modes of pain description. The responsive mode primarily occurs in response to vagueness and difficulty in symptom localization, often influenced by age-related cognitive decline and the complexity of chronic pain. The retrospective-situational mode relies on the activation of memories of daily lives to reconstruct pain experiences within specific imagined contexts. The metaphorical mode transforms abstract pain sensations into specific and perceptible imagery, offering distinctive linguistic expressions that are intended to be understandable to physicians. In addition, the study discusses the difficulties older patients encountered in describing these three types of pain and the potential cognitive factors influencing them. For example, the difficulties older adults experience in vocabulary retrieval and narrative construction during pain description may be associated with declines in executive function and theory of mind abilities.

Key words: rehabilitation clinics; older patients; pain description