

心理灵活性对慢性疼痛患者生活质量的影响

金鑫

(南宁市综合医院疼痛科, 广西南宁 530000)

摘要: 慢性疼痛作为一类持续时间超过3个月、涉及生理—心理—社会多维度交互作用的复杂健康问题, 已成为影响全球人群健康与疾病负担的重要公共卫生议题。在传统以生理镇痛为核心的干预模式下, 慢性疼痛患者仍普遍存在疼痛反复、情绪障碍、活动受限、社交退缩与整体生活质量下降等问题。心理灵活性源于接纳与承诺疗法 (ACT), 是个体面对负面情绪、痛苦体验与不确定情境时, 保持觉察、接纳内在感受、不被僵化思维与行为模式束缚, 并依据自身价值方向采取适应性行动的核心心理能力。近年来越来越多的临床证据显示, 心理灵活性水平直接影响慢性疼痛患者的疼痛认知评价、情绪调节效率、行为应对模式及社会功能恢复, 是缓冲疼痛慢性化损害、提升生活质量的关键保护性因素。本文系统界定心理灵活性、慢性疼痛与生活质量三大核心概念及其内涵维度, 从生理、心理、社会三个层面深入分析心理灵活性对慢性疼痛患者生活质量的作用路径与影响机制, 结合临床实践提出提升慢性疼痛患者心理灵活性的针对性干预策略, 包括心理治疗、临床护理、家庭支持与社会支持等多维体系, 旨在为慢性疼痛多模式整合管理提供理论依据与实践参考, 推动疼痛科从单纯镇痛向身心同治、功能恢复与生活质量改善并重的综合诊疗模式转型。

关键词: 心理灵活性; 慢性疼痛; 接纳与承诺疗法; 生活质量; 疼痛管理

中图分类号: R473.5; R

文献标识码: A

文章编号: 3006-001X (2025) 01-0023-12

DOI: 10.62022/FETR.issn3006-001X.2025.01.003

The Effect of Psychological Flexibility on the Quality of Life of Patients with Chronic Pain

Jin Xin

(Department of Pain Management, Nanning General Hospital, Nanning, Guangxi 530000)

Abstract: Chronic pain, as a complex health problem involving physiological, psychological and social dimensions lasting more than 3 months, has become an important public health issue affecting global health and disease burden. Under the traditional intervention model focusing on physiological analgesia, patients with chronic pain still generally suffer from recurrent pain, emotional disorders, limited activity, social withdrawal and overall quality of life decline. Derived from Acceptance and Commitment Therapy (ACT), psychological flexibility refers to the core psychological ability of individuals to maintain awareness, accept internal feelings, not be bound by rigid thinking and behavioral patterns, and take adaptive actions according to their own value directions when facing negative emotions, painful experiences and uncertain situations. In recent years, more and more clinical evidence has shown that the level of psychological flexibility directly affects the pain cognitive evaluation, emotional regulation efficiency, behavioral coping mode and social function recovery of patients with chronic pain, and is a key protective factor to buffer the chronic pain damage and improve the quality of life. This paper systematically defines the three core concepts of psychological flexibility, chronic pain and quality of life and their connotation dimensions, deeply analyzes the action path and influence mechanism of psychological flexibility on the quality of life of patients with chronic pain from three aspects of physiology, psychology and society, and puts forward targeted intervention strategies to improve the psychological flexibility of patients with chronic pain combined with clinical practice, including psychological therapy, clinical nursing, family support and social support, aiming to provide theoretical basis and practical reference for multimodal integrated management of chronic pain, and promote the transformation of pain department from simple analgesia to comprehensive diagnosis and treatment mode of physical and mental treatment, functional recovery and quality of life improvement.

Keywords: psychological flexibility; chronic pain; Acceptance and Commitment Therapy; quality of life; pain management

慢性疼痛是一类区别于急性疼痛的持续性健康问题, 国际疼痛学会与国内外临床指南普遍将其定义为疼痛持续或反复发作超过3个月, 或超出正常组织修复周期的疼痛状态。随着人口老龄化、生活方式转变与精神心理压力增加, 慢性

作者简介: 金鑫, 硕士, 主治医师, 研究方向为心身医学与接纳承诺疗法。

疼痛在全球范围内呈现高发病率、高致残率、高疾病负担与低诊疗满意度的特征,涵盖肌肉骨骼痛、神经病理性疼痛、癌痛、慢性头面痛、慢性盆腔痛等多种类型,广泛影响中老年人群、办公人群、术后康复人群与慢性病共病人群。与急性疼痛作为机体损伤预警信号的保护性作用不同,慢性疼痛已脱离预警功能,演变为独立的疾病单元,伴随神经可塑性改变、中枢敏化、内分泌紊乱、免疫功能下调与多系统功能失调,同时引发焦虑、抑郁、愤怒、失眠、认知功能下降、活动回避、社交退缩、家庭矛盾与职业功能受损等一系列心理社会层面的连锁反应,形成“疼痛—心理困扰—功能下降—疼痛加重”的恶性循环,显著降低患者生活质量,增加医疗支出与社会负担。

长期以来,慢性疼痛临床干预以药物镇痛、神经阻滞、物理治疗、手术干预等生理手段为主,虽然能够在一定程度上降低疼痛强度,但难以从根本上阻断疼痛与心理、行为、社会因素的相互强化。大量临床观察与实证研究证实,单纯依赖镇痛措施无法彻底解决慢性疼痛患者的功能障碍与生活质量下降问题,部分患者即使疼痛评分降低,仍存在明显情绪痛苦、活动受限与社会隔离,生活质量并未得到实质性改善。这一现实推动疼痛医学从生物医学模式向生物—心理—社会整合模式转型,心理因素在慢性疼痛发生、发展、维持与转归中的作用日益受到重视。在众多心理因素中,心理灵活性作为接纳与承诺疗法的核心构念,被认为是解释慢性疼痛适应不良、预测功能恢复与生活质量的關鍵变量。

心理灵活性强调个体以开放、觉察、接纳的态度面对痛苦体验,不被自动化思维、条件化情绪与回避性行为所控制,能够在疼痛存在的前提下,坚持价值导向行动,维持或重建社会功能与生活意义。与之相对的心理僵化,则表现为经验性回避、认知融合、思维反刍、行为僵化、价值模糊与自我回避,是加剧慢性疼痛不良结局的重要风险因素。近年来,围绕心理灵活性与慢性疼痛的相关研究不断丰富,研究证实心理灵活性可通过调节疼痛感知、降低灾难化认知、改善情绪调节、减少活动回避、提升社会参与等多条路径,对患者生理舒适度、心理状态、社会功能与整体生活质量产生独立且显著的正向影响。基于心理灵活性构建的接纳与承诺疗法、正念训练、认知解离技术等干预手段,在慢性疼痛心理康复中展现出稳定的临床效果,能够在不追求完全消除疼痛的前提下,显著提升患者功能水平与生活质量。

尽管现有研究已初步揭示心理灵活性与慢性疼痛患者生活质量的关联,但仍存在理论整合不足、作用机制阐释不够系统、临床干预建议针对性不强等问题,尤其缺乏面向综

合医院疼痛科临床实践的系统性理论梳理与可操作化方案。基于此,本文以心理灵活性为核心变量,系统界定相关核心概念,深入分析心理灵活性对慢性疼痛患者生理、心理、社会三大层面生活质量的具体影响与内在机制,从心理干预、临床护理、家庭与社会支持三个维度提出提升心理灵活性的系统化建议,最终为慢性疼痛综合管理、优化患者生活质量提供理论支撑与实践指引。本文全程采用理论阐述,不使用虚构案例、图表与公式,注重概念严谨性、逻辑完整性与学术规范性,力求为疼痛科医护人员、心理治疗师、康复师及相关研究者提供参考。

一、相关核心概念界定

(一) 心理灵活性

1.定义。心理灵活性 (Psychological Flexibility) 是接纳与承诺疗法 (Acceptance and Commitment Therapy, ACT) 的核心理论构念与终极干预目标,属于认知行为治疗第三浪潮的关键概念。ACT以关系框架理论与功能情境主义为哲学基础,将心理灵活性定义为:个体在面对内在与外在的痛苦体验、不确定性情境、负性情绪及自动化思维反应时,能够保持清醒的自我觉察,以开放与非评判的态度接纳内在体验,不被固有的认知模式、情绪反应或行为习惯所束缚,主动区分想法与事实、感受与自我,在坚守自身核心价值方向的基础上,灵活调整行为反应,坚持采取与价值一致的建设性行动,从而实现适应性功能与有意义生活的心理能力。

心理灵活性并非指个体压抑痛苦、强迫乐观或无条件忍耐,也不是简单的情绪控制或思维转移,而是一种整合觉察、接纳、解离、价值、行动的多维心理能力。其本质是在痛苦存在的前提下,依然能够选择符合自身长期价值的行为,而不是被当下的疼痛、情绪或想法所驱动,做出短期缓解痛苦但长期损害功能的回避性行为。对慢性疼痛患者而言,心理灵活性意味着能够在感受到疼痛的同时,不被疼痛完全定义自我、不被灾难化思维控制、不陷入完全回避活动的僵化模式,依然可以按照对自己重要的生活方向行动,从而维持生活控制感与意义感。

2.核心维度。心理灵活性的结构体系可整合为接纳与觉察、价值与行动两大核心维度,涵盖认知去融合、情绪调节弹性、当下觉察、自我情境化、价值澄清、承诺行动等一系列相互关联的心理过程。

(1) 接纳与觉察维度

接纳与觉察是心理灵活性的基础与前提,强调对内在体验的开放接触与去中心化觉察,主要包括经验接纳、认知去

融合、当下觉察与以己为景四个子过程。

经验接纳是指个体自愿且主动地允许负面情绪、痛苦感受、侵入性想法等内在体验自然存在，不采取压抑、逃避、控制、对抗等无效策略，为痛苦感受留出心理空间。接纳不是被动忍受，而是主动放弃对疼痛与情绪的徒劳控制，降低因“抗拒痛苦”而产生的次生痛苦。

认知去融合（认知解离）是指将自我从思维内容中分离出来，把想法、评价、信念看作是语言文字本身，而不是客观事实或绝对命令。通过认知去融合，个体能够避免被“我好不了”“疼痛毁了我”“我必须完全不痛才能生活”等绝对化、灾难化思维捆绑，减少思维对行为的过度控制。

当下觉察是指有意识地将注意力稳定于此时此刻的内外体验，不沉溺于过去疼痛的痛苦回忆，也不陷入对未来疼痛加剧的灾难性担忧，摆脱“自动驾驶”状态，以清醒、专注的状态应对当下情境。

以己为景（自我作为背景）是指个体从“被情绪、想法、疼痛定义的自我”转向“观察这些体验的自我”，将疼痛、情绪、想法视为暂时出现的内容，而不是自我的全部，从而形成稳定、超越性的自我感，减少痛苦体验对自我身份的侵蚀。

（2）价值与行动维度

价值与行动是心理灵活性的方向与落脚点，强调在接纳痛苦的基础上，坚持价值导向并采取建设性行动，包括价值澄清与承诺行动两个核心子过程。

价值澄清是指个体探索并明确对自身真正重要、有意义、值得追求的生活方向与目标，价值是内在的、选择的、持续的方向，而非具体的外在结果。对慢性疼痛患者而言，价值可能包括维持家庭角色、保持独立生活、参与社交、从事爱好、履行社会责任等。

承诺行动是指在价值方向指引下，无论是否存在疼痛与痛苦情绪，依然坚持采取逐步接近目标的行动，在行动过程中灵活调整策略，面对挫折不放弃、不僵化，逐步重建功能与生活掌控感。承诺行动打破了“不痛才能动”的僵化规则，建立“能动才能活”的适应性模式。

综上，心理灵活性通过接纳与觉察降低内在冲突与次生痛苦，通过价值与行动重建功能与生活意义，两大维度相互支撑、协同作用，共同构成个体应对慢性疼痛等长期压力的核心心理资源。

（二）慢性疼痛

1.定义。慢性疼痛是临床常见的复杂健康问题，依据国际疾病分类、国际疼痛学会及我国临床诊疗指南的界定，慢

性疼痛是指疼痛持续或反复发作超过3个月，或疼痛持续时间超出正常组织损伤修复周期的疼痛状态。与急性疼痛作为机体损伤的警示信号、具有保护性与短时性不同，慢性疼痛已失去预警意义，转变为独立的病理状态，涉及外周与中枢神经系统、内分泌系统、免疫系统、心理认知与社会环境等多层面交互作用，属于典型的生理—心理—社会多维度疾病。

慢性疼痛病因复杂，可分为原发性与继发性两大类，涵盖肌肉骨骼疼痛（如腰背痛、颈肩痛、关节炎痛）、神经病理性疼痛（如带状疱疹后神经痛、糖尿病周围神经痛、三叉神经痛）、慢性头面部疼痛（如偏头痛、紧张性头痛）、慢性盆腔痛、癌痛等多种类型，可单独存在，也可与慢性病、创伤、术后康复状态共存，广泛影响各年龄段人群，其中中老年人、体力劳动者、长期精神压力人群发病率更高。

2.核心特征。慢性疼痛具有区别于急性疼痛的稳定特征，主要表现为持续性、反复性、多因性、主观性与功能损害性，并引发生理、心理、社会多维度连锁反应。

第一，持续性与反复性。疼痛长期存在，难以通过短期干预彻底消除，常表现为持续隐痛、胀痛、麻木痛或间歇性发作，病程迁延，部分患者疼痛持续数年甚至数十年，形成慢性化与中枢敏化状态，疼痛信号放大，阈值下降。

第二，多因素交互性。慢性疼痛并非单纯生理病变结果，而是生物损伤、认知评价、情绪状态、行为应对、家庭关系、社会支持、文化观念等多因素共同作用的产物，同一疼痛程度在不同心理与社会环境下，个体感受与功能影响差异显著。

第三，主观体验性。疼痛强度、性质、困扰度高度依赖个体主观感知与认知评价，无法完全通过客观检查指标衡量，心理僵化、灾难化思维、低支持水平会显著放大主观痛苦。

第四，多维度功能损害。慢性疼痛不仅造成局部组织与神经系统功能异常，还会引发睡眠障碍、食欲下降、乏力、免疫力降低等生理问题，同时诱发焦虑、抑郁、易怒、自卑、认知功能下降等心理问题，进一步导致活动回避、社交退缩、家庭冲突、职业功能下降、经济负担加重等社会问题，形成恶性循环。

（三）生活质量

1.定义。生活质量（Quality of Life, QoL）又称生存质量、生命质量，是衡量个体身心健康、社会功能与整体生活状态的综合性指标。针对慢性疼痛患者，生活质量聚焦于生理功能、心理状态、社会功能三大核心层面，是对患者在疼痛长期影响下，身体舒适度、情绪体验、认知功能、日常活动能力、社会参与度、人际关系、生活满意度与价值感的全面综合评价。

与单纯疼痛强度评分不同,生活质量强调患者主观感受与功能状态的统一,既包括疼痛对身体机能的客观影响,也包括情绪、认知、自我效能、社会角色等主观体验,更能全面反映慢性疼痛对个体的整体损害程度与干预效果。

2.核心评价维度。慢性疼痛患者生活质量的核心评价维度可归纳为生理、心理、社会三个层面,各维度相互关联、相互影响。

(1)生理维度:主要包括疼痛强度、疼痛频率、身体舒适度、睡眠质量、食欲、体力水平、日常活动能力、自理能力、躯体功能限制等,反映疼痛对机体生理功能与活动能力的直接影响。

(2)心理维度:主要包括焦虑、抑郁、愤怒、恐惧等负性情绪水平,情绪调节能力,认知功能(注意力、记忆力、思维清晰度),自我效能感,控制感,痛苦体验与生活满意度等,反映疼痛对个体心理状态的影响。

(3)社会维度:主要包括社交活动参与度、人际交往质量、家庭关系和谐度、职业功能、社会角色履行、社会支持水平、社会融入感等,反映疼痛对个体社会功能与社会适应的影响。

上述维度共同构成慢性疼痛患者生活质量的完整体系,心理灵活性通过作用于各维度的关键环节,实现对整体生活质量的调节与提升。

二、心理灵活性对慢性疼痛患者生活质量的具体影响

(一)对生理层面生活质量的影响

生理层面是慢性疼痛最直接的作用领域,也是生活质量的基础载体,慢性疼痛对生理层面的侵扰,不仅体现为持续的躯体不适感,更会逐步侵蚀患者的躯体功能、日常活动能力,甚至引发一系列连锁性的生理机能紊乱,而心理灵活性作为一种核心心理资源,能够通过调节疼痛认知、降低中枢敏化、减少回避行为、改善生理机能等多维度、多路径的作用,对患者的生理舒适度、躯体功能与日常活动能力产生显著且持久的正向影响,为慢性疼痛患者打破生理困境、重建生活质量提供重要支撑。

1.调节疼痛感知,降低疼痛困扰与中枢敏化。心理灵活性通过认知去融合、经验接纳与当下觉察三大核心机制,直接改变患者对疼痛信号的认知评价与加工方式,打破“疼痛即灾难”的绝对化、极端化思维定式,从根源上降低患者对疼痛的敏感度与主观痛苦体验,打破疼痛与负面认知相互强化的恶性循环,为患者缓解生理不适提供心理层面的支撑。

慢性疼痛患者由于长期受持续疼痛信号的困扰,普遍存在认知融合与灾难化思维倾向,这种思维模式会让患者将疼痛信号自动、片面地解读为“身体严重损伤”“病情无法恢复”“疼痛会持续加重”“最终会彻底残废”等灾难性结果,而这种负面认知评价会直接激活机体的应激系统,导致体内皮质醇等应激激素水平持续升高,进而增强中枢神经系统的敏化程度——即中枢神经系统对疼痛信号的反应阈值降低、反应强度放大,原本轻微的疼痛刺激会被感知为剧烈疼痛,原本短暂的疼痛会被延续为持续疼痛,最终形成“疼痛—灾难化认知—应激反应增强—中枢敏化—疼痛加剧”的恶性循环,让患者陷入越痛越焦虑、越焦虑越痛的生理与心理双重困境。而心理灵活性通过认知去融合技术,帮助患者清晰区分“疼痛的感受”与“对疼痛的想法”,将“我痛得要死,我肯定要残废了”这样的灾难化想法,转变为“我现在有一个疼痛的感受,这只是一种躯体信号,并非代表身体发生了不可逆转的损伤”,实现想法与客观事实的分离,从而减少对疼痛的灾难化解释与过度解读;通过经验接纳技术,引导患者放弃对疼痛“必须消除、必须控制”的执念,不再对抗、逃避疼痛感受,而是以平和的心态接纳疼痛的存在,降低因抗拒疼痛而产生的次生痛苦——这种次生痛苦往往比疼痛本身更令人困扰,如因疼痛引发的烦躁、焦虑、无助等情绪,会进一步加重躯体的不适感;通过当下觉察技术,引导患者将注意力从对疼痛的恐惧、对未来的担忧中拉回到当下,专注于疼痛的具体感受(如疼痛的位置、强度、性质),而非被负面情绪裹挟,从而降低情绪性疼痛放大效应,避免负面情绪进一步加剧疼痛感知。

相关临床研究与基础实验均表明,高心理灵活性的慢性疼痛患者,能够以非评判、非灾难化的中立态度觉察和接纳疼痛信号,这种积极的心理状态能够有效降低大脑杏仁核与边缘系统的过度激活——杏仁核与边缘系统是机体处理情绪、应对应激的核心脑区,其过度激活会加剧疼痛相关的应激反应与负面情绪,而心理灵活性通过调节认知与情绪,能够抑制这一区域的异常激活,减少疼痛相关的应激激素分泌,降低中枢敏化程度。这也就意味着,在疼痛客观强度未完全消失的情况下,高心理灵活性患者能够显著降低疼痛困扰度、躯体不适感,以及疼痛对日常活动、睡眠等方面的干扰程度。值得注意的是,心理灵活性并非通过消除疼痛信号来发挥作用——慢性疼痛的病理机制复杂,多数情况下难以完全消除疼痛本身,而是通过降低疼痛对个体的主观威胁感与情绪卷入度,帮助患者学会与疼痛共存,减少疼痛对生理状态的持续扰动,让患者在疼痛存在的情况下,依然能够维

持相对稳定的生理舒适度。

2.改善生理功能,减少废用性损害,提升日常活动能力。慢性疼痛患者在长期的疼痛困扰下,往往会形成一种僵化的保护性行为模式:由于极度恐惧疼痛加剧,患者会主动采取活动回避、长期卧床、减少躯体动作等策略,试图通过“不动”来避免疼痛刺激,但这种看似“保护”的行为,反而会引发一系列废用性损害,进一步加重躯体功能障碍与疼痛感受,最终形成“怕痛—不动—肌肉萎缩、关节僵硬—功能下降—疼痛加剧—更怕动”的恶性循环,严重损害患者生理层面的生活质量,甚至导致患者逐步丧失自理能力,陷入“疼痛致残”的困境。

心理灵活性通过承诺行动与价值导向两大核心机制,打破“必须不痛才能活动”的僵化认知规则,帮助患者重新建立对疼痛与活动关系的正确认知,引导患者在疼痛可耐受的范围内,逐步恢复躯体活动,以自身的价值目标(如实现生活自理、能够独立走路、完成简单的家务、照顾家人、回归工作等)为内在驱动,采取渐进式、适应性的行动策略,逐步打破上述恶性循环。高心理灵活性的患者,能够清晰区分“活动中出现的短暂疼痛”与“身体损伤加重的疼痛”,能够接纳活动过程中短暂出现的轻微疼痛,不将其解读为躯体损伤加重的信号,而是将其视为躯体功能恢复过程中的正常体验,从而减少不必要的回避行为,主动维持肌肉、关节、骨骼与心肺系统的正常功能——例如,患者不会因担心疼痛而长期卧床,而是在可耐受范围内,逐步进行翻身、坐起、站立、行走等简单活动,避免肌肉因长期不活动而出现萎缩,避免关节因长期僵硬而出现活动受限,避免心肺功能因缺乏锻炼而出现减退。同时,心理灵活性还能帮助患者制定合理的活动计划,根据自身的疼痛耐受程度,逐步增加活动量、丰富活动类型,避免因过度活动导致疼痛加剧,也避免因活动不足导致废用性损害进一步加重,实现“活动—功能恢复—疼痛缓解”的良性循环。

随着躯体活动能力的逐步提升,患者的生理状态会呈现出系统性的改善:生活自理能力(如穿衣、洗漱、进食等)逐步恢复,不再过度依赖他人照顾;躯体舒适度显著提高,肌肉酸痛、关节僵硬等不适感逐步缓解;体力水平逐步增强,能够承担更多的日常活动;睡眠质量也会同步改善——长期的疼痛与活动受限往往会导致患者出现失眠、易醒等睡眠问题,而活动能力的恢复的疼痛困扰的减轻,能够有效改善睡眠状态,进一步促进生理机能的修复。最终,患者的生理机能逐步恢复,疼痛相关的生理损害(如肌肉萎缩、关节僵硬、心肺功能减退等)得到有效控制和改善,生理层面的生活质

量得到实质性提升。可以说,心理灵活性通过重建“疼痛—行动—功能”的适应性循环,替代了原本的恶性循环,成为维持慢性疼痛患者生理功能、提升其生活质量的关键心理机制,为慢性疼痛患者的生理康复提供了重要的心理保障。

(二)对心理层面生活质量的影响

心理层面是连接生理疼痛与社会功能的核心中介,也是慢性疼痛患者生活质量下降的主要来源。慢性疼痛不同于急性疼痛的短暂刺激,其长期、反复的疼痛感知不仅会损耗患者的生理机能,更会通过心理层面的传导,引发一系列负性心理反应,进而影响患者的社交、工作、家庭等各项社会功能,最终导致生活质量全面下滑。而心理灵活性作为心理层面的核心调节能力,通过缓解负性情绪、提升心理韧性、改善认知功能、增强自我效能等多维度路径,有效阻断疼痛与心理痛苦之间的双向强化恶性循环,从根源上改善患者的心理状态,进而显著提升其心理层面的生活质量,为慢性疼痛患者的长期康复提供重要的心理支撑。

1.缓解负性情绪,降低焦虑抑郁水平,打破情绪—疼痛恶性循环。慢性疼痛与焦虑、抑郁等负性情绪之间存在高度共病关系,二者相互作用、形成双向强化的恶性循环,这是慢性疼痛患者心理痛苦加剧的核心机制之一。临床研究表明,超过60%的慢性疼痛患者会伴随不同程度的焦虑或抑郁症状,长期的疼痛刺激会激活大脑边缘系统的情绪调节中枢,引发情绪痛苦;而焦虑、抑郁等负性情绪又会进一步激活脊髓背角的疼痛传导通路,放大疼痛感知阈值,让患者对疼痛的感受更加敏锐,形成“疼痛引发情绪低落—情绪低落加剧疼痛—疼痛进一步加重情绪问题”的恶性循环。此外,心理僵化的慢性疼痛患者,往往会采用压抑、回避、反刍、过度控制等不良应对方式,试图强行消除疼痛或负性情绪,这种对抗性的应对策略不仅无法缓解痛苦,反而会加剧情绪内耗,导致心理痛苦进一步升级,甚至出现情绪崩溃的情况。

心理灵活性通过经验接纳、认知去融合、当下觉察等核心技术,为慢性疼痛患者提供了一种非对抗性的负性情绪处理方式,从根本上打破情绪—疼痛的恶性循环。经验接纳强调患者允许焦虑、低落、烦躁、无助等负性情绪自然存在,不评判、不抗拒、不压抑,不再被“我不应该有这些负面情绪”“我必须保持开心”等僵化的心理规则束缚,从而减少对对抗情绪而产生的次生情绪痛苦——比如,不再因为自己感到抑郁而自责,也不再因为无法控制焦虑而烦躁,这种接纳的态度反而能让情绪自然流动、逐渐缓解。认知去融合则帮助患者脱离“我完了”“我好不了了”“我一辈子都要被疼痛折磨”等自动化负性思维的控制,让患者意识到,这些

消极想法只是大脑产生的一种观念,而非客观事实,避免被负性情绪完全裹挟,从而减少思维层面的痛苦。当下觉察则通过引导患者关注当下的身体感受、情绪状态和周围环境,将其从对过去疼痛经历的懊悔、对未来疼痛发作的恐惧等思维反刍与情绪沉溺中拉回现实,帮助患者建立对当下的掌控感,减少不必要的心理内耗。

高心理灵活性的慢性疼痛患者,能够以一种观察者的视角看待自己的情绪,而非被情绪定义——他们知道“我感到焦虑”,但不会认为“我就是个焦虑的人”,这种清晰的自我认知让其情绪调节的弹性显著提升。随着心理灵活性的提升,患者的焦虑、抑郁、愤怒、无助等负性情绪水平会明显降低,情绪内耗减少,心理平静度与舒适度显著提升,能够以更平和的心态面对疼痛。大量临床理论(如接纳与承诺疗法ACT)与实证研究均已证实,心理灵活性是缓冲慢性疼痛患者焦虑、抑郁症状的重要保护因子,通过改善患者的情绪调节能力,直接缓解其心理痛苦,进而提升心理层面的生活质量,为患者的长期康复奠定良好的心理基础。

2.提升心理韧性与自我效能,减少认知功能下降。心理韧性是个体面对长期压力、挫折或逆境时,能够保持心理适应、快速恢复状态并主动应对的能力,对于慢性疼痛患者的长期康复而言至关重要。慢性疼痛作为一种长期的慢性压力源,会持续消耗患者的心理资源,而心理僵化的患者,往往会出现思维固着、行为刻板、控制欲过强、挫折耐受度下降等问题——他们习惯用固定的方式应对疼痛,一旦疼痛反复或治疗效果不佳,就容易出现崩溃、放弃治疗、陷入绝望等消极反应,心理韧性水平显著低下,难以承受疼痛带来的长期挑战。这种低下的心理韧性不仅会加剧患者的心理痛苦,还会影响其治疗依从性,导致康复进程受阻,进一步降低生活质量。

心理灵活性通过以己为景、价值澄清与承诺行动等关键路径,帮助慢性疼痛患者构建稳定的自我感与清晰的行动方向,从而有效提升心理韧性与自我效能。以己为景作为心理灵活性的核心成分,帮助患者清晰区分“疼痛体验”与“自我本质”,让患者意识到,疼痛只是自己身体的一种暂时体验,而非自己的全部——即使疼痛存在,自己依然是一个有价值、有能力的个体,避免因疼痛的波动而全盘否定自我,进而形成稳定、连续、超越痛苦的自我认知。价值澄清与承诺行动则帮助患者梳理自己的核心价值观,明确自己生活的意义与目标,比如陪伴家人、坚持自己的爱好、完成力所能及的工作等,即使面对疼痛反复、治疗瓶颈等困难,患者依然能够围绕自己的价值目标采取积极行动,这种有意义的行

动不仅能增强患者的掌控感,还能逐步提升其自我效能——让患者意识到,自己有能力应对疼痛、掌控自己的生活,而非被疼痛完全支配。

同时,心理灵活性还能有效改善慢性疼痛患者的认知功能,减少认知损害带来的心理困扰。临床研究发现,长期的慢性疼痛会引发持续的情绪应激与思维反刍,进而损伤大脑前额叶皮层(负责注意力、思维、决策等认知功能)与海马体(负责记忆力调节)的功能,导致患者出现注意力不集中、记忆力减退、思维迟缓、决策困难等认知问题,这些认知损害会进一步加剧患者的心理痛苦与无助感,影响其生活质量。而心理灵活性通过降低情绪应激水平、减少思维反刍,能够有效缓解大脑认知区域的功能损伤,改善患者的前额叶皮层与海马体功能,进而提升认知清晰度、注意力集中度与工作记忆能力。此外,高心理灵活性的患者,在面对疼痛波动、治疗瓶颈、生活限制等挫折时,能够表现出更强的适应能力、问题解决能力与坚持性,不会因一时的困难而放弃,心理状态更加稳定,对生活的满意度与意义感也更高,其心理层面的生活质量显著优于低心理灵活性的慢性疼痛患者。

(三)对社交层面生活质量的影响

社交功能损害是慢性疼痛患者长期被忽视但影响深远的问题,这一问题不仅贯穿患者病程始终,还会形成“疼痛加剧—社交受损—情绪恶化—疼痛加重”的恶性循环,其具体表现涵盖社交回避、家庭矛盾、人际疏离、社会角色丧失等多个维度,严重降低患者的生活质量,甚至导致部分患者陷入心理困境与社会孤立。慢性疼痛并非单纯的生理不适,其长期迁延会逐步渗透到患者的社交生活中,而这种社交层面的损害往往因“疼痛为主、社交为辅”的认知偏差被临床诊疗和患者自身忽视,最终成为影响患者康复和生活满意度的关键因素。心理灵活性作为一种重要的心理资源,通过减少社交回避、改善人际应对方式、维护家庭关系稳定、提升社会参与意愿等具体路径,对慢性疼痛患者社交层面的生活质量产生重要保护作用,为打破上述恶性循环、促进患者全面康复提供了重要支撑。

1.减少社交回避与社会孤立,提升社会参与度。慢性疼痛患者因长期遭受持续性的身体不适,加之对疼痛加剧的过度担忧、对他人不理解的恐惧、自身产生的自卑心理以及疼痛引发的情绪低落等多重因素,常常会主动选择回避各类社会接触,具体表现为拒绝参与亲友聚会、同事聚餐等社交活动,刻意减少外出频次,回避各类集体活动和公共场合,甚至逐渐疏远身边的亲友,最终陷入自我孤立的状态。这种长期的社交回避会导致患者的社会参与度持续下降,与外界的

联系日益减少,孤独感和无助感不断增强,而负面情绪的积累又会进一步放大疼痛感知,形成“疼痛—回避—孤立—更痛”的恶性闭环,让患者在生理痛苦之外,额外承受心理和社交层面的双重煎熬。例如,部分慢性腰背痛患者因担心活动时疼痛加剧,拒绝参与家庭出游、朋友聚会,长期闭门不出,不仅逐渐脱离了原有的社交圈子,还会因孤独感引发焦虑、抑郁情绪,进而导致疼痛敏感度升高,陷入难以自拔的困境。

心理灵活性通过引导患者接纳疼痛感受、降低自我评判、坚持价值导向行动等核心路径,有效减少不必要的社交回避,帮助患者逐步走出自我孤立的状态。高心理灵活性的慢性疼痛患者,能够以平和的心态接纳社交活动中可能出现的疼痛与不适,不再将疼痛视为阻碍社交的绝对障碍,也不会因疼痛带来的不便而过度自我否定,更不会因担心他人的异样眼光和负面评价而刻意回避社交。在自身价值方向的指引下,比如维持珍贵的友谊、参与集体活动获得归属感、融入社会实现自我价值等,患者会主动采取适度的社交行动,从简单的日常问候、短途外出,到逐步参与小型社交聚会、集体活动,循序渐进地恢复与外界的社会接触,打破社交回避的惯性。

随着社会参与度的逐步增加,慢性疼痛患者能够获得更多来自亲友、同事乃至社会层面的外部支持,感受到他人的理解与关怀,同时也能获得更多积极的生活体验和有用的生活信息,这些正向反馈会有效降低患者的孤独感与隔离感,帮助其逐步恢复正常的社会功能。更为重要的是,心理灵活性能够打破“疼痛—回避—孤立—更痛”的社会层面恶性循环,帮助患者重建与外界的社会连接,让患者在社交互动中获得情感慰藉和心理支持,进而缓解疼痛带来的负面情绪,提升社交层面的生活质量,为患者的全面康复奠定良好的社交基础。

2.改善人际应对方式,维护家庭与社交关系和谐。慢性疼痛的长期困扰,不仅会给患者带来生理上的痛苦,还会对其情绪状态和行为模式产生显著影响,常常引发患者情绪易怒、耐心下降、与他人沟通减少、自身需求增多以及社会角色转变等一系列问题,这些问题极易导致家庭矛盾频发、人际冲突加剧、人际关系紧张。例如,部分慢性疼痛患者因长期遭受疼痛折磨,情绪变得异常敏感易怒,容易因家人的一句无心之言、一个细微动作而产生不满,进而引发争吵;还有部分患者因疼痛导致行动不便,需要家人长期照顾,久而久之可能会产生愧疚感,同时又因自身需求未得到及时满足而抱怨家人,进一步加剧家庭矛盾。此外,心理僵化的患者

在人际互动中,往往会表现出固执、敏感、爱抱怨、控制欲强或刻意逃避等僵化的应对模式,无法灵活应对人际互动中的各类问题,最终导致人际关系逐渐破裂,进一步加重患者的心理负担和社交困境。

心理灵活性能够帮助慢性疼痛患者在人际互动中保持清醒的觉察与灵活的反应,有效提升其沟通能力和情绪包容度,进而改善人际应对方式,减少人际冲突。具体而言,通过认知去融合技术,患者能够打破对他人行为的自动化负面解读,不再轻易将家人、朋友的正常言行解读为“不理解”“不关心”,减少不必要的猜忌和误解;通过经验接纳,患者能够坦然接纳自身因疼痛引发的情绪波动,同时也能包容他人的反应差异,不再因他人未能完全满足自己的需求而过度指责;通过灵活调整自身行为,患者能够有效避免因疼痛导致的情绪失控、过度指责他人或封闭退缩等极端行为,以更温和、理性的方式应对人际互动中的各类问题。

高心理灵活性的慢性疼痛患者,能够在疼痛的限制与自身的角色责任之间找到平衡,既能够清晰、温和地表达自身的合理需求,让家人和朋友了解自己的处境和感受,也能够站在他人的角度思考问题,理解他人的难处和付出,进而减少人际冲突的发生。这种灵活的人际应对方式,能够有效提升患者的家庭支持水平和社交满意度,帮助其维护稳定、和谐的人际关系。而良好的人际关系反过来又能为患者提供强大的情感支持和实际帮助,让患者在面对疼痛时感受到更多的温暖与力量,有效降低疼痛带来的应激反应,形成“心理灵活—人际和谐—疼痛缓解—心理更灵活”的正向循环,进一步巩固患者社交层面的生活质量,为患者的长期康复提供有力保障。

三、提升慢性疼痛患者心理灵活性的针对性建议

基于心理灵活性的核心维度与作用机制,结合综合医院疼痛科临床实践,从心理干预、临床护理、家庭与社会支持三个层面提出系统化、可操作的提升策略,为临床提供理论化实践框架。

(一)心理干预层面

心理干预是提升慢性疼痛患者心理灵活性的核心手段,更是改善患者疼痛体验、重建生活功能的关键支撑。临床实践中,需以接纳与承诺疗法(ACT)为核心主体,有机结合正念训练、认知解离技术、价值澄清训练等多元化干预方法,兼顾科学性与实操性,构建一套标准化、规范化、可复制的疼痛科心理干预体系,确保干预过程有章可循、干预效果可

量化、干预质量可管控,真正帮助患者打破疼痛与心理困扰的恶性循环,提升心理适应能力与生活质量。

1.推广接纳与承诺疗法(ACT),系统提升心理灵活性。接纳与承诺疗法(ACT)作为经过大量临床验证的循证心理疗法,凭借其目标明确、结构清晰、可标准化实施的优势,成为提升慢性疼痛患者心理灵活性的首选方案,应全面纳入疼痛科常规诊疗流程,贯穿患者住院治疗、门诊随访及长期康复全过程。ACT干预围绕六大核心过程系统设计,各过程相互衔接、层层递进,既聚焦患者当下的疼痛体验与心理状态,更注重长远的功能恢复与生活意义构建,通过系统性干预帮助患者打破“疼痛-回避-痛苦加剧”的恶性循环。

第一,开展认知去融合训练。慢性疼痛患者长期受疼痛困扰,易产生与疼痛相关的自动化思维,如“我这辈子都摆脱不了疼痛了”“疼痛会让我彻底失去工作和生活能力”等灾难化想法,以及“必须完全消除疼痛才能正常生活”的绝对化规则,这些想法会进一步强化患者的痛苦体验,限制其行为选择。认知去融合训练通过语言解离、观察想法、命名想法等具体技术,引导患者清晰识别自身的自动化思维,学会将想法与客观事实分离开来——明白“我有‘我会一直疼’的想法”不等于“我一定会一直疼”,从而减少负面思维对行为的控制,打破思维僵化带来的心理束缚,为后续干预奠定基础。

第二,强化经验接纳训练。临床中发现,多数慢性疼痛患者会采取压抑、逃避、过度控制等无效策略应对疼痛及相关负面情绪(如焦虑、抑郁、烦躁),试图通过服用过量药物、回避社交、卧床不动等方式摆脱痛苦,却往往导致疼痛加剧、情绪恶化,产生“越逃避越痛苦”的次生痛苦。经验接纳训练的核心是引导患者自愿、开放地接触疼痛、焦虑、抑郁等内在体验,放弃无效的回避与控制策略,帮助患者理解“接纳不是认命,不是放弃治疗,而是不再与痛苦对抗,以更平和的心态面对疼痛”,从而降低次生痛苦,减少情绪内耗,增强心理耐受度。

第三,训练当下觉察能力。慢性疼痛患者常陷入对过去疼痛经历的反复回想(如“要是当初没受伤就好了”),或对未来疼痛的过度担忧(如“以后疼痛会不会越来越重”),这种思维反刍会让患者脱离当下的生活,加剧痛苦体验,陷入“自动驾驶”的僵化状态。当下觉察能力训练通过呼吸觉察、身体扫描、感官觉察等简单易操作的练习,引导患者将注意力集中在此时此刻的身体感受、呼吸节奏、周围环境中,学会锚定当下,减少对过去与未来的过度思虑,打破自动驾驶状态,增强对自身体验的掌控感,为接纳疼痛、调整行为

提供支撑。

第四,建立以己为景的自我感。长期受慢性疼痛困扰的患者,容易将疼痛、负面情绪与自我认知绑定,形成“我就是个被疼痛折磨的人”“疼痛就是我的全部”的负面自我认知,进而产生自卑、无助、绝望等情绪,丧失生活信心。以己为景的自我感训练,核心是引导患者转变认知视角,从“疼痛的受害者”转向“体验疼痛的观察者”,帮助患者明白疼痛、情绪、想法都只是自身暂时的体验内容,而非自我的全部,进而构建稳定、超越性的自我认知,增强心理韧性,减少疼痛对自我价值的负面影响。

第五,开展价值澄清工作。慢性疼痛往往会打乱患者的生活节奏,让患者陷入“为了止痛而生活”的误区,逐渐迷失生活方向,甚至放弃自己原本重视的生活目标。价值澄清工作通过一对一沟通、引导式提问、价值排序等方式,协助患者深入探索在疼痛存在的前提下,真正重要的生活方向、角色与目标,明确家庭陪伴、身体健康、社交互动、个人成长、社会贡献等核心价值,帮助患者跳出“止痛”的单一目标,找到疼痛之外的生活意义,形成清晰的行动方向,为后续的承诺行动提供动力支撑。

第六,推动承诺行动训练。价值澄清的最终目的是转化为实际行动,承诺行动训练是将价值目标落地的关键环节。临床干预中,需依据患者的核心价值目标,结合其疼痛程度、身体状况、生活环境,制定渐进式、可达成的行动步骤,避免目标过高导致患者挫败感。同时,鼓励患者在疼痛存在的情况下,依然勇敢采取与价值一致的行动——如重视家庭的患者,即使疼痛也坚持每天陪伴家人半小时;追求健康的患者,坚持适度康复锻炼;注重社交的患者,尝试逐步恢复社交活动。在行动过程中,根据患者的反馈灵活调整行动方案,帮助患者在行动中积累成就感,逐步重建生活功能,进一步提升心理灵活性。

ACT干预的核心优势在于以提升心理灵活性为统一目标,不直接聚焦于“消除疼痛”这一难以实现的短期目标,而是通过改变患者与疼痛的关系,引导患者接纳疼痛、正视疼痛,在疼痛存在的前提下依然能追求有意义的生活,最终实现身体功能恢复与生活质量提升,非常适合慢性疼痛患者的长期管理,既能缓解心理困扰,也能间接减轻疼痛带来的不适感。

2.开展正念减压训练,强化觉察与接纳能力。正念减压疗法(MBSR)作为提升心理灵活性的重要辅助手段,与ACT干预相辅相成,其核心是通过系统的正念练习,帮助慢性疼痛患者培养非评判性觉察能力与情绪接纳能力,缓解疼痛带

来的心理应激，为ACT干预的顺利开展提供基础能力支撑。正念减压训练源于东方禅修理念，经过临床标准化优化后，更贴合疼痛科患者的实际需求，操作简单、无副作用，可广泛应用于住院患者康复与门诊患者长期随访。

正念训练包含多种具体形式，结合疼痛科患者的身体状况，主要以正念呼吸、正念行走、身体扫描、正念伸展为主，强调“每日短时、持续坚持”——无需花费大量时间，每天10-15分钟的练习，长期坚持即可看到明显效果。其中，正念呼吸通过专注于呼吸的节奏，帮助患者锚定当下，缓解焦虑情绪；正念行走引导患者关注行走过程中脚部与地面的接触、身体的平衡，在缓慢行走中培养觉察力；身体扫描从头部到脚部逐部位关注身体感受，帮助患者更好地感知自身状态，接纳身体的不适；正念伸展则结合温和的肢体动作，在放松身体的同时，提升身体觉察与情绪调节能力。

正念训练的核心原则是“允许、觉察、不评判”，这与心理灵活性所强调的“接纳”“觉察”维度高度契合。慢性疼痛患者往往对自身的疼痛体验充满抗拒和评判，总想着“我不应该这么疼”“我怎么这么没用，连疼痛都受不了”，这种评判会加剧负面情绪，导致行为僵化。而正念训练引导患者以平和的心态，接纳当下的疼痛体验，不抗拒、不评判，仅仅是客观地观察和感受，从而减少思维反刍、情绪回避与行为僵化，帮助患者以更灵活的心态面对疼痛。

临床实践中，可将正念减压训练作为疼痛科常规康复项目，全面纳入住院患者的每日康复计划，由专业心理治疗师或经过培训的医护人员指导患者开展练习；对于门诊随访患者，可制定个性化的正念练习方案，通过线上指导、练习打卡等方式，督促患者长期坚持。同时，可结合患者的疼痛类型、严重程度，灵活调整正念练习的形式和时长，确保训练的针对性和有效性，与ACT干预形成合力，全方位提升患者的心理灵活性。

（二）临床护理层面

临床护理是连接心理干预与日常管理的关键环节，更是疼痛科患者身心康复的重要支撑。护士作为与患者接触最频繁、最了解患者日常状态的医护人员，其工作贯穿患者入院评估、住院护理、出院指导的全过程，能够精准捕捉患者的情绪波动、行为变化和心理需求，因此可在评估、宣教、支持、训练等每一个护理环节中，全程融入心理灵活性理念，打破患者的心理僵化状态，帮助患者更好地应对慢性疼痛，实现身心协同康复，让心理干预不再是独立的治疗环节，而是与日常护理深度融合、无缝衔接，真正发挥护理工作在心身康复中的桥梁作用。

1.加强心理评估，及时识别心理僵化，制定个性化方案。疼痛科患者多伴随慢性疼痛困扰，长期的疼痛刺激易导致患者出现心理僵化，进而加重疼痛感知，形成“疼痛-心理僵化-疼痛加剧”的恶性循环，因此疼痛科护理应建立常态化、规范化的心理灵活性评估机制，将心理僵化的核心表现全面纳入评估范畴，包括经验性回避（刻意回避与疼痛相关的想法、情绪或场景，如拒绝提及疼痛、回避可能引发疼痛的日常活动）、认知融合（将疼痛相关的负面想法等同于自身，如认为“我就是个被疼痛折磨的人”）、活动回避（因害怕疼痛而放弃正常的生活、工作和社交活动）、灾难化思维（过度放大疼痛的危害，如担心疼痛会导致瘫痪、无法治愈）、价值模糊（因长期受疼痛困扰，丧失生活目标和动力，不清楚自身价值）、社会退缩（主动疏远家人、朋友，减少社交互动，陷入孤独状态）等。

在评估实施过程中，应坚持标准化工具与临床观察相结合的原则，一方面采用经过验证的心理评估量表（如接纳与行动问卷、认知融合问卷等），对患者的心理灵活性水平进行量化评估，确保评估结果的客观性和准确性；另一方面，护士通过日常查房、床边沟通、家属访谈等方式，细致观察患者的情绪状态、行为表现、言语语气，捕捉量表评估中无法体现的隐性心理僵化信号，比如患者是否频繁拒绝护理操作、是否不愿与人交流、是否对治疗效果过度悲观等。

根据评估结果，精准识别患者心理僵化的类型与严重程度，区分不同亚型，如部分患者以认知融合为主，过度纠结于疼痛相关的负面想法；部分患者以回避行为为主，因恐惧疼痛而放弃所有可能引发疼痛的活动；还有部分患者以情绪压抑为主，将疼痛带来的烦躁、焦虑、抑郁等情绪默默承受，不愿表达；另有患者以价值模糊为主，对生活失去信心，缺乏康复动力。针对不同亚型的患者，制定个性化的心理支持方案，明确干预重点、干预频率和干预方式。对于心理僵化程度高、伴随严重焦虑抑郁情绪、活动回避明显的高危患者，优先启动分层心理干预，联合心理师开展强化支持，通过早期干预阻断“疼痛-心理僵化”的恶性循环，为后续疼痛管理和身心康复奠定基础。

2.开展系统化健康宣教，普及心理灵活性与疼痛管理知识。疼痛科患者的心理僵化，大多源于对慢性疼痛的认知偏差和对心理调节的不了解，很多患者存在“必须完全不痛才能正常生活”“疼痛就意味着身体受到了严重损伤”“忍耐疼痛就是坚强的表现”“回避疼痛相关的一切就能减少痛苦”等错误认知，这些认知偏差进一步加剧了患者的心理负担和心理僵化，影响疼痛管理效果。因此，护理人员应结合患者

的文化水平、疼痛类型、心理状态,开展针对性、系统化的健康宣教,打破患者的认知误区,帮助患者正确理解慢性疼痛的本质、心理灵活性的核心作用,以及疼痛与情绪、行为之间的内在关联。

宣教内容需兼顾科学性和实用性,全面覆盖心理灵活性与疼痛管理的核心知识,具体包括:心理灵活性的基本含义,即能够接纳自身的负面情绪、疼痛感受和相关想法,不被其控制,同时坚持自己的生活目标和价值追求;接纳与控制的差别,引导患者明白,对于慢性疼痛,过度追求“完全控制、彻底消除”往往会适得其反,学会接纳疼痛的存在,在疼痛允许的范围内正常生活,才是更有效的应对方式;认知解离的简单实用方法,如正念呼吸、想法命名(将负面想法称为“想法”而非“事实”)等,帮助患者将自身与负面想法、疼痛感受分离开来,减少其对自身的困扰;适度活动的重要性,纠正患者“一动就疼,不如不动”的错误认知,指导患者根据自身情况制定适度的活动计划,通过规律活动缓解肌肉紧张、改善情绪,打破活动回避的僵局;价值行动的意义,帮助患者重新梳理生活目标,明确自身价值,引导患者围绕价值开展行动,逐步摆脱疼痛和心理僵化的束缚,重建生活信心。

在宣教方式上,应注重多样化和个性化,避免单一的说教式宣教,可采用口头讲解、图文手册、视频演示、小组交流、一对一指导等多种形式,确保宣教内容通俗易懂、易于接受。对于文化水平较低的患者,多采用直观的视频、图片和现场演示;对于年轻患者,可结合线上宣教资源,方便其随时回顾;对于情绪较为低落、不愿主动参与的患者,采用一对一沟通的方式,耐心解答其疑问,引导其主动了解相关知识。通过系统化的健康宣教,有效提升患者的健康素养和自我管理能力,让患者从“被动接受镇痛治疗”转变为“主动参与身心整合管理”,主动学习心理调节方法,积极配合护理和治疗,逐步提升心理灵活性,更好地应对慢性疼痛。

(三) 家庭与社会支持层面

家庭与社会支持是提升心理灵活性、巩固干预效果、实现长期稳定康复的关键外部保障。对于慢性疼痛等长期困扰个体的健康问题而言,单纯依靠临床治疗与个人自我调节往往难以持续起效,应激事件、环境压力、社会误解等因素都可能削弱康复效果。而稳定、包容、积极的支持系统,能够有效降低个体面对疼痛与生活压力时的应激反应,缓冲负面情绪对心理状态的冲击,强化正向适应行为,推动个体主动参与社会活动、践行价值目标,进而在长期康复过程中维持并不断提升心理灵活性。

1. 引导家属提供情感支持,减少负面评价,鼓励价值行动。家庭作为患者最直接、最稳定的支持来源,其成员的认知水平、情绪态度与互动方式,直接决定患者的心理安全感、行为动机与康复信心,对心理灵活性的建立与巩固具有不可替代的作用。在临床实践中,许多家属因对慢性疼痛缺乏科学认知,容易将疼痛症状简单归因于意志薄弱、不愿活动或逃避责任,进而出现“装病”“矫情”“不够坚强”等负面评价,甚至伴随指责、抱怨、过度保护或完全放任不管等极端应对方式。这些不当态度会显著加重患者的自责、焦虑与抑郁情绪,削弱其尝试新行为、参与社会活动的勇气,严重阻碍心理灵活性的发展。

因此,临床干预必须将家属健康教育纳入核心环节,通过科普宣教、沟通指导、案例示范等方式,帮助家属系统理解慢性疼痛的生理—心理—社会综合属性,认识到疼痛不仅是躯体症状,更是受情绪、认知与环境共同影响的复杂问题。在此基础上,引导家属转变沟通模式,减少评判性语言与消极暗示,以共情、理解与耐心陪伴替代指责与质疑,为患者提供稳定的情感支撑。同时,鼓励家属主动参与患者的康复过程,协助其明确生活价值目标,共同制定可行的日常活动计划与价值行动方案,在陪伴中适度鼓励、温和监督,帮助患者逐步恢复活动能力与社会参与。通过营造开放、接纳、支持性的家庭氛围,持续强化患者的适应性行为,为心理灵活性的提升与长期康复效果奠定坚实基础。

2. 搭建社会支持平台,促进经验交流,减少社会隔离。除家庭支持外,广泛的社会支持与良好的社会环境,是帮助慢性疼痛患者走出孤独、降低病耻感、恢复社会功能、维持心理灵活性的重要外部条件。慢性疼痛患者常因病程长、症状反复、活动受限而逐渐脱离社交圈,加之社会大众对慢性疼痛的认知不足,容易产生误解、忽视甚至隐性歧视,进一步加剧患者的孤独感、自我封闭与社会隔离,严重影响其心理状态与康复进程。

为此,医院、社区及相关健康机构应协同发力,搭建多元化、可及性强的慢性疼痛社会支持平台,包括线下病友互助小组、主题康复分享会、疼痛管理科普讲座,以及线上交流社群、康复打卡平台等。在这些支持性场景中,患者可以安全分享自身疼痛体验、心理困扰、应对策略与康复心得,在相互倾听、相互鼓励、相互监督中获得情感共鸣与实际帮助,从而意识到自身并非孤立面对疾病,显著降低孤独感与病耻感。同时,可在支持平台中系统普及心理灵活性相关理念与实用技能,如接纳承诺技术、正念练习、价值澄清方法等,帮助患者将专业知识转化为日常应对能力。

此外,还应面向社会公众开展常态化健康教育,通过媒体宣传、社区科普、公益活动等形式,普及慢性疼痛的科学知识与康复理念,减少偏见、误解与歧视,推动形成理解、尊重、包容的社会氛围。当患者在家庭之外也能获得稳定的社会支持与正向反馈时,其社会融入感与自我价值感将显著提升,更愿意主动参与社会活动、坚持价值导向行为,从而为心理灵活性的持续提升与康复效果的长期维持提供有力的外部支撑。

四、结束语

慢性疼痛作为生理—心理—社会多维度复杂健康问题,其管理目标已从单纯降低疼痛强度转向提升患者整体生活质量。心理灵活性作为接纳与承诺疗法的核心构念,是连接疼痛体验、情绪反应、行为模式与社会功能的关键心理变量,通过调节疼痛感知、改善情绪调节、减少活动回避、提升社会参与、重建生活意义等多条路径,对慢性疼痛患者生理、心理、社会三大层面生活质量产生独立且显著的保护作用。心理僵化则是加剧疼痛慢性化、功能损害与生活质量下降的重要风险因素。本文系统界定心理灵活性、慢性疼痛与生活质量的核心概念与维度,深入阐述心理灵活性对慢性疼痛患者生活质量的具体影响与内在机制,从心理干预、临床护理、家庭与社会支持三个层面提出提升心理灵活性的系统化理论建议,为慢性疼痛综合管理提供理论支撑与实践方向。在临床实践中,应推动疼痛科从生物医学模式向生物—心理—社会整合模式转型,将心理灵活性评估与干预纳入常规疼痛管理流程,以接纳与承诺疗法、正念训练为核心手段,结合

个性化护理与家庭社会支持,帮助患者在疼痛存在的前提下,重建心理灵活性,恢复功能,提升生活质量,实现有意义、有价值的生活。未来研究可进一步探索心理灵活性在不同类型、不同病程慢性疼痛人群中的作用差异,开展长期追踪研究检验干预效果,构建更精准、更本土化的心理灵活性干预方案,推动疼痛心理康复的规范化、标准化与普及化,为减轻慢性疼痛疾病负担、提升人群健康水平提供更坚实的理论与实践支持。

参考文献:

- [1]黄悦勤.临床心理学[M].北京:人民卫生出版社,2020.
- [2]中华医学会疼痛学分会.中国慢性疼痛诊疗指南(2022版)[J].中华疼痛学杂志,2022,18(3):165-206.
- [3]曾祥龙,张婧,祝卓宏.接纳与承诺疗法的心理灵活性模型[J].心理科学进展,2011,19(5):1082-1090.
- [4]祝卓宏.接纳承诺疗法:原理与应用[M].北京:高等教育出版社,2021.
- [5]张敏.正念减压训练对慢性疼痛患者心理灵活性及生活质量的干预效果[J].中国康复医学杂志,2021,36(2):212-216.
- [6]中华护理学会.慢性疼痛患者护理实践指南[J].中华护理杂志,2021,56(8):1121-1128.
- [7]张婧,冯正直,王艳.心理灵活性对慢性疼痛患者生活质量的影响[J].第三军医大学学报,2012,34(18):1902-1905.
- [8]王艳,冯正直,张婧.慢性疼痛患者心理灵活性与疼痛灾难化、生活质量的关系[J].中国心理卫生杂志,2013,27(6):441-445.
- [9]李洁,刘雁峰.接纳与承诺疗法在慢性疼痛管理中的应用进展[J].中华护理杂志,2019,54(7):1109-1114.
- [10]陈丽.慢性非癌性疼痛患者心理灵活性现状及影响因素研究[D].太原:山西医科大学,2020.