

Котельникова А.В. , Тихонова А.С., Зенцова Н.И.

Типология совладания с хронической болью:  
взаимосвязь атрибуции ответственности,  
поведенческой активности и самоэффективности

Kotelnikova A.V., Tikhonova A.S., Zentsova N.I.

Typology of Coping with Chronic Pain:  
Interrelationship of Responsibility Attribution,  
Behavioral Activity, and Self-Efficacy

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. П.М. Сеченова Минздрава России  
(Сеченовский Университет), Москва, Россия*

*ГАОУЗ МНПЦ МРВСМ им. С.П. Спасокукоцкого ДЗМ, Москва, Россия*

Хроническая боль, затрагивающая до 30% взрослого населения, представляет собой значимую медико-социальную проблему, приводящую к снижению качества жизни и экономическим потерям. Несмотря на признание роли психологических факторов в адаптации, остаётся нерешённой проблема интеграции когнитивных (атрибуция ответственности) и поведенческих (активность) компонентов совладания в единую модель.

В связи с вышеизложенным, целью исследования выступило выявление и анализ паттернов совладания с хронической болью, детерминированных комбинацией атрибуции ответственности и личностной активности.

На выборке из 84 пациентов с хронической болью в спине с применением опросника «Психологические факторы отношения к болезни и лечению» и методов факторного, корреляционного и непараметрического анализа выявлены четыре паттерна совладания, основанных на комбинации активности/пассивности и интернальности/экстернальности.

Наиболее адаптивным оказался профиль «Активность + Интернальность» (72,6% выборки), характеризующийся реалистичной самоэффективностью и готовностью к сотрудничеству в лечении. Парадоксально высокая, но дисфункциональная самоэффективность выявлена в группе «Пассивность + Экстернальность» (16,7%), где пациенты демонстрировали рентные установки и иррациональную веру во всемогущество внешних сил при собственной бездейтельности. Группы с рассогласованными профилями («Активность + Экстернальность» – 7,1% и «Пассивность + Интернальность» – 3,6%) показали наиболее низкую самоэффективность, связанную с фрустрацией, обвинением окружающих или парализующим чувством вины. Самоэффективность не зависела от демографических факторов или длительности боли.

Результаты подтверждают, что рассогласование между атрибуцией ответственности и поведенческой активностью формирует дезадаптивные паттер-

ны с дисфункциональной самооэффективностью. Предложенная типология обладает прогностической ценностью для клинической практики, позволяя дифференцировать мишени психокоррекции (коррекция нереалистичных ожиданий, трансформация вины в ответственность) и прогнозировать риски низкого комплаенса. Ограничения включают однородность выборки и перекрёстный дизайн.

*Ключевые слова:* хроническая боль в спине, атрибуция ответственности, экстернальность, интернальность, самооэффективность

*Для цитирования:* Котельникова, А.В., Тихонова, А.С., Зенцова, Н.И. Типология совладания с хронической болью: взаимосвязь атрибуции ответственности, поведенческой активности и самооэффективности // Новые психологические исследования. 2026. № 1. С. 135–150. DOI: 10.51217/npsyresearch\_2026\_06\_01\_07

## Введение

Хроническая боль представляет собой глобальную медико-социальную проблему, приводящую к значительному снижению качества жизни и экономическим потерям. Согласно современным данным, ее распространенность достигает 20–30% среди взрослого населения, а ежегодные затраты на лечение и потери производительности труда в развитых странах составляют до 3% ВВП (Cohen et al., 2021). В Российской Федерации хроническая боль затрагивает до 25% населения, при этом системный учет ее эпидемиологических и экономических последствий остается методологической проблемой (Курушина и др., 2022).

Устойчивость хронической боли к проводимому лечению в настоящий момент исследователи склонны объяснять комплексным взаимодействием биологических, психологических и социальных факторов в рамках биопсихосоциального подхода к анализу проблем в континууме «здоровье-болезнь» (Engel, 1977; Nicholas, 2022).

Ключевым аспектом адаптации к хронической боли являются психологические механизмы совладания (копинга), где личностные детерминанты играют критическую роль. Эмпирические исследования подтверждают, что дезадаптивные когнитивные установки (катастрофизация, кинезиофобия) и пассивные стратегии совладания достоверно коррелируют с хронизацией болевого синдрома (Данилов, Данилов, 2016; Подчуфарова, 2012; Alilou et al., 2022).

Критически важным психологическим ресурсом совладания с хронической болью является самооэффективность (self-efficacy) – убежденность человека в своей способности успешно осуществлять действия, необходимые для достижения желаемых результатов в лечении и по-

вседневной жизни (Bandura, 1977). Высокая самоэффективность в отношении боли ассоциируется с лучшей адаптацией, большей приверженностью лечению (комплаенсом), активным использованием адаптивных копинг-стратегий и, в конечном итоге, с более высоким качеством жизни пациентов. Напротив, низкая самоэффективность и, особенно, ее дисфункциональные формы (например, нереалистично завышенная вера в возможности внешних факторов при собственной пассивности) являются предикторами дезадаптации, усиления страдания и снижения эффективности терапевтических вмешательств.

Несмотря на постоянное увеличение количества работ по изучению и анализу психологических аспектов адаптации к болезни у пациентов с *соматическими заболеваниями*, в исследованиях хронической боли сохраняется значительный пробел: отсутствуют работы, интегрирующие когнитивный (атрибуция ответственности: «Кто виноват в болезни?») и поведенческий компонент совладания (активность: «Что я делаю для выздоровления?») в единую модель. Это ограничивает прогностическую ценность существующих психологических подходов (Turk, Wilson, 2009) и затрудняет разработку дифференцированных интервенций. Клиническая значимость проблемы усугубляется низким комплаенсом ( $\leq 50\%$  пациентов), который связывают с несогласованием между декларируемой мотивацией и реальными действиями (Клиническая психология, 2023).

Таким образом, *целью* настоящего исследования явилось выявление и анализ паттернов совладания с хронической болью, детерминированных комбинацией атрибуции ответственности и личностной активности.

Основной *гипотезой* послужило предположение о том, что несогласованность между интернальностью/экстернальностью и активностью/пассивностью формирует дезадаптивные профили совладания, характеризующиеся дисфункциональной самоэффективностью и рентным поведением.

## Методы исследования

Дизайн исследования был спланирован как обсервационное аналитическое когортное исследование и включал в себя изучение психологических факторов отношения к болезни и лечению у пациентов с хроническим болевым синдромом, развившимся на фоне дорсопатии. Обследовано 84 взрослых пациента, среди них 52 (61,9%) женщины и 32 (38,1%) мужчины в возрасте  $54,5 \pm 14,4$  лет, продолжительность боли составила в среднем  $12,9 \pm 13,4$  лет.

В состав психодиагностического комплекса входил опросник «Психологические факторы отношения к болезни и лечению» (Расказова, Тхостов, 2016) – методика направлена на исследование общих представлений больных о происходящем с ними, которые формируются в ситуации заболевания. Она оценивает субъективные представления о длительности заболевания, его цикличности, последствиях, личностном контроле за заболеванием, уверенность пациента в лечении и способности контролировать собственное состояние, его понимание болезни, эмоциональное отношение к ней, а также атрибуцию причинности заболевания (внешние средовые факторы, личностные особенности, вредные привычки, ситуативные факторы). В качестве итогового показателя рассматриваются суммарные баллы оценки трех факторов: оценка локуса каузальности (принятия решения) в отношении лечения, локуса контроля в отношении причин заболевания и лечения, самоэффективности в отношении лечения.

Математико-статистическая обработка данных производилась с применением программного пакета «Statistica 12.0» и аналитических возможностей программы «Excel». Использовались следующие процедуры: анализ данных описательной статистики, факторный анализ, корреляционный анализ по Спирмену, анализ значимости различий в пропорциональной представленности бинарного признака в независимых группах, анализ значимости различий в уровне выраженности непрерывной переменной в двух и более независимых выборках по критериям Манна-Уитни и Крускала-Уоллиса.

### **Результаты исследования**

На первом этапе работы к эмпирическим данным, отражающим результаты применения опросника «Психологические факторы отношения к болезни и лечению», была применена процедура снижения размерности данных (Замятин, 2016). Такое решение было принято в связи с тем, что исходно рекомендованный создателями вариант предполагает нестандартизированный подсчет данных с дифференциацией в рамках большого количества субшкал, что увеличивает дискриминативность, но снижает аналитические возможности методики. Таким образом, для каждого обследованного пациента были получены интегральные индексы, дающие представление о следующем:

- какова самоэффективность в отношении болезни,
- на собственную ли активность или на активность значимых других опирается человек, принимая решения в отношении здоровья и

болезни в ситуации соматического заболевания (активность – пассивность);

– какова степень экстернальности/интернальности в отношении болезни.

*Индекс самооффективности в отношении болезни в качестве интегрального* показателя был сохранен в неизменном виде – именно так, как он представлен в опроснике «Психологические факторы отношения к болезни и лечению». Количественная интерпретация полученных данных производилась на основании медианного деления теоретически заданных шкальных оценок (от 8 до 31 балла – низкая самооффективность, от 32 до 56 баллов – высокая самооффективность). Пациентов, оценивающих свою самооффективность как высокую, в обследованной выборке оказалось большинство: 58 человек (69,0% случаев), 26 человек (31,0% случаев) обладают низкой самооффективностью. Анализ возможного артефактного влияния на самооффективность переменных, не составляющих предмет исследования, показал, что пол, возраст и длительность заболевания не соотносятся на статистически достоверном уровне с степенью выраженности ощущения самооффективности ( $p < 0,05$ ).

Интегральный индекс, отражающий представления пациентов о том, на собственную ли активность либо на активность значимых других следует опираться, принимая решения в отношении здоровья и болезни, был получен путем факторизации данных по шкалам опросника «Психологические факторы отношения к болезни и лечению»: «Автономный локус каузальности», «Внешний локус каузальности с опорой на других», «Внешний локус каузальности с опорой на врачей», «Безличный локус каузальности», «Отказ от лечения». Использовался эксплораторный факторный анализ – метод Principal components, вращение Equamax normalized. Процент объясненной дисперсии исходной матрицы данных при найденном двухфакторном решении составил 74,7%, что является достаточно высоким показателем качества факторизации (Крамер, 2007). Результаты представлены в табл. 1.

Итоговое решение представлено двумя факторами: «Ожидание внешней активности (пассивность)» (объясняет 45% дисперсии) и «Опора на внутреннюю активность (активность)» (29% дисперсии исходной матрицы).

Первый фактор включает в себя субшкалы «Внешний локус каузальности с опорой на других» и «Внешний локус каузальности с опорой на врачей», а также субшкалу «Отказ от лечения». Высокие показатели по этому фактору отражают пассивную позицию и рент-

ные установки пациента в отношении здоровья и болезни в ситуации соматического заболевания. Итоговый показатель по описанному фактору получается путем суммирования результатов по вошедшим в него субшкалам, при этом максимально возможное количество баллов – 147, минимальное – 21; притом, чем большее количество баллов набрал пациент, тем сильнее у него выражена пассивная позиция.

Второй фактор включает в себя субшкалы «Автономный локус каузальности» и «Безличный локус каузальности». Содержание этого фактора соотносится с активной личностной позицией пациента в отношении здоровья и болезни: «Я намерен делать все возможное для того, чтобы сохранять здоровье, и выздороветь, если заболел». Итоговый показатель по описанному фактору получается путем суммирования результатов по вошедшим в него субшкалам, при этом максимально возможное количество набранных баллов – 182, минимальное – 26; следует отметить, что, чем большее количество баллов набрал пациент, тем сильнее у него выражена активная позиция.

**Таблица 1.** Факторные нагрузки субшкал опросника «Психологические факторы отношения к болезни и лечению» в отношении активности при принятии решения в ситуации соматического заболевания

Субшкалы опросника	Количество пунктов в субшкале	Фактор 1 «Ожидание внешней активности (пассивность)»	Фактор 2 «Опора на внутреннюю активность (активность)»
Автономный локус каузальности	14	0,21	0,77*
Внешний ЛК с опорой на других	7	0,88*	0,14
Внешний ЛК с опорой на врачей	8	0,80*	0,33
Безличный ЛК	12	–0,01	0,84*
Отказ от лечения	6	0,89*	–0,21
% объясненной дисперсии	0,45		0,29

*Примечание* – знаком «\*» отмечены значимые нагрузки субшкал, составивших фактор.

Таким образом, интегральный индекс, отражающий активность/пассивность пациента в отношении здоровья и болезни в ситуации соматического заболевания, был получен в виде коэффициента соотношения активной (итоговый показатель по фактору 2) и пассивной (итоговый показатель по фактору 1) позиции пациента. С учетом нормализации формула имеет следующий вид:

$$K = ((X_2 * 100) / (182 - 26)) / ((X_1 * 100) / (147 - 21)) = \\ = ((X_2 * 100) / 156) / ((X_1 * 100) / 126) = (X_2 / X_1) * 0,8$$

где  $K$  – коэффициент активности в принятии решения в отношении здоровья и болезни,  $X_1$  – сырые баллы по фактору пассивности,  $X_2$  – сырые баллы по фактору активности.

Соответственно, при интерпретации полученных данных показатели  $\geq 1$  следует расценивать как активную позицию пациента в отношении здоровья и болезни,  $< 1$  – как пассивную.

С учетом вышесказанного, в обследованной выборке пациентов было обнаружено преобладание лиц с активной позицией в отношении здоровья и болезни, настроенных на реабилитацию, готовых принимать деятельное участие в процессе: 67 человек, что составляет 80,0% случаев в сопоставлении с 17 пациентами с пассивной позицией (20,0% случаев).

Интегральный индекс, отражающий представления пациента об атрибуции ответственности в отношении причин заболевания и в отношении лечения, то есть, степень интернальности в отношении болезни и лечения рассчитывалась аналогичным образом – а именно, как частное от соотношения общей интернальности и общей экстернальности в отношении причин болезни и в отношении лечения. Максимальное количество баллов, которое возможно набрать по шкале общей интернальности, составляет 98 баллов, минимальное – 14 баллов; соответствующие значения по шкале общей экстернальности составляют, соответственно, 56 и 8 баллов; причем следует подчеркнуть, чем большее количество баллов набрал пациент, тем сильнее у него выражена интернальность или экстернальность. Таким образом, с учетом нормализации формула расчета интегрального индекса ответственности будет иметь следующий вид:

$$Int = ((X_{int} * 100) / (98 - 14)) / ((X_{ext} * 100) / (56 - 8)) = \\ = ((X_{int} * 100) / 84) / ((X_{ext} * 100) / 48) = (X_{int} / X_{ext}) * 0,6$$

где  $Int$  – интернальности в отношении болезни,  $X_{int}$  – сырые баллы по шкале общей интернальности,  $X_{ext}$  – сырые баллы по шкале экстернальности.

При этом величину интегрального индекса интернальности в отношении болезни  $\geq 1$  следует понимать как выраженную интернальность,  $< 1$  – как экстернальность.

В обследованной выборке пациентов с хронической болью в спине распределение лиц с различным локусом контроля в отношении болезни и лечения выглядело следующим образом: большинство составили лица с выраженной интернальностью (64 человека – 76,0% случаев) в сопоставлении с 20 (24,0% случаев) пациентами с экстернальным (внешним или безличным, подразумевающим «судьбу», «провидение», «случай») локусом контроля.

Таким образом, с учетом клинически наблюдаемой комбинаторики поведения и настроения пациентов с дорсопатиями на реабилитацию, с точки зрения их активного участия в процессе, а также установок в отношении распределения доступности и ответственности за выздоровление, соотнесение выделенных и описанных выше интегральных показателей активности и интернальности позволило выделить несколько групп пациентов:

1. Пациенты с высокими ( $\geq 1$ ) баллами по интегральному индексу активности и высокими баллами по индексу интернальности ( $\geq 1$ ) – это пациенты, принимающие активное заинтересованное участие в реабилитационном процессе, готовые взять на себя разумную часть ответственности за выздоровление и дальнейшее поддержание здоровья. Их основная установка может быть сформулирована: «Я делаю все, что от меня зависит, для того, чтобы выздороветь». Условное название данной группы «А + И», среди обследованных пациентов с таким отношением к болезни и лечению было выделено 61 человек, что составило 72,6% случаев;

2. Пациенты с высокими ( $\geq 1$ ) баллами по интегральному индексу активности и низкими баллами по индексу интернальности ( $< 1$ ) – это пациенты, чья активность в реабилитационном процессе направлена исключительно вовне (на лечащего врача, инструктора по лечебной физкультуре (ЛФК), массажиста, психолога и т.п.), в их поведении зачастую могут прослеживаться ярко выраженные рентные установки, реализуемые в виде внешнеобвинительных реакций, требований «немедленного» выздоровления, назначения максимально возможного количества реабилитационных процедур, а также нереалистичных ожиданий от реабилитации. Условное название группы «А + Э», среди обследованных пациентов было выделено 6 человек с таким отношением к болезни и лечению, что составило 7,1% случаев;

3. Пациенты с низкими ( $< 1$ ) баллами по интегральному индексу активности и высокими баллами по индексу интернальности ( $\geq 1$ ) – это пациенты, предпочитающие занимать пассивную позицию в ходе реабилитационного процесса, они не готовы взять на себя от-

ответственность за восстановление пошатнувшегося здоровья, подменяя ее переживанием чувства вины за причину заболевания, их установки в отношении болезни и лечения могут быть сформулированы: «Я виновен в том, что заболел, но, поскольку я сам ничего исправить не смогу, сделать это должны другие». Условное название группы «П + И», среди обследованных пациентов было выделено 3 человека с таким отношением к болезни и лечению, что составило 3,6% случаев;

4. Пациенты с низкими ( $< 1$ ) баллами по интегральному индексу активности и низкими баллами по индексу интернальности ( $< 1$ ). Пациенты этой группы демонстрируют ярко выраженные рентные установки в отношении реабилитационного процесса, не готовы брать на себя ответственность и при этом занимают пассивную позицию, не проявляют активных действий для взаимодействия с лечащим врачом и медицинским персоналом, Они как бы предоставляют свое тело по принципу «Вылечите меня – вдруг у Вас получится». Условное название группы «П + Э», среди обследованных пациентов было выделено 14 человек с таким отношением к болезни и лечению, что составило 16,7% случаев.

Анализ значимости различий в уровне выраженности индекса самоэффективности у описанных групп пациентов с использованием статистического критерия Крускала-Уоллиса позволил зафиксировать достоверные различия:  $H(3, N = 84) = 25,58, p = 0,0000$ . Графическая иллюстрация представлена на рис. 1.

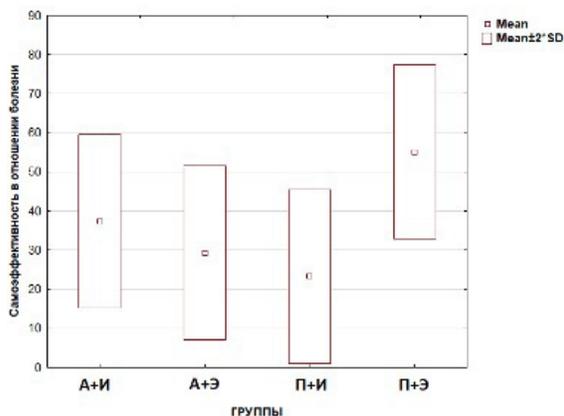


Рис. 1. Представления о самоэффективности в группах пациентов с различным отношением к болезни и лечению

Как видно на рис. 1, основной вклад в установленные различия в самооффективности вносит группа «П + Э»: среднее значение и доверительный интервал показателей самооффективности в этой группе составил  $55,1 \pm 24,8$  в сопоставлении с  $37,4 \pm 22,4$  в группе «А + И»,  $29,3 \pm 11,6$  в группе «А + Э»,  $23,3 \pm 22,4$  в группе «П + И». Парное сравнение с использованием критерия Манна-Уитни показало, что ощущение самооффективности в отношении болезни и лечения у пациентов группы «П + Э» на достаточном уровне статистической достоверности превышает соответствующее значение во всех обследованных группах ( $p = 0,0000$  для группы «А + И»,  $p = 0,001$  для группы «А + Э» и  $p = 0,01$  для группы «П + И»). При этом самооффективность в группах «А + Э» и «П + И», достоверно не различаясь ( $p = 0,71$ ) между собой, явилась самой низкой по выборке.

### Обсуждение результатов

Результаты проведенного исследования демонстрируют сложную нелинейную взаимосвязь между атрибуцией ответственности, поведенческой активностью и самооффективностью у пациентов с хронической болью.

Особого внимания требует выявленный в группе с пассивностью и экстернальностью («П + Э») феномен парадоксально завышенной самооффективности ( $55,1 \pm 24,8$ ). Это противоречит классическим представлениям А. Бандуры, согласно которым высокая самооффективность обычно связана с активностью и интернальностью. Данные позволяют предположить, что здесь мы имеем дело с дисфункциональной, нереалистичной самооффективностью. Она основана не на вере в собственные возможности контролировать процесс выздоровления через действия (что характерно для группы «А + И»), а на иррациональной вере во «всемогущество» внешних сил (врачей, «чуда», судьбы) при полной собственной пассивности. Этот феномен хорошо объясняет клинически наблюдаемые яркие рентные установки и нереалистичные требования у таких пациентов. Высокий разброс показателей самооффективности в этой группе также указывает на ее неустойчивость и подверженность фрустрации при столкновении с реальностью ограниченных возможностей терапии хронической боли.

Напротив, сочетание активности и интернальности («А + И») подтверждается как наиболее адаптивный паттерн. Хотя средняя самооффективность в этой группе ( $37,4 \pm 22,4$ ) была ниже, чем в группе «П + Э», она является реалистичной и функциональной, основанной на понимании пациентом своей роли в управлении болью и готовности к

сотрудничеству. Это коррелирует с лучшим комплаенсом и использованием активных копинг-стратегий, описанных в литературе (Bandura, 1977; Данилов, Данилов, 2016). Группа «А + И» демонстрировала когнитивную репрезентацию заболевания, наиболее благоприятную для успешной реабилитации, и преобладала в обследованной выборке (72,6%).

Группы с рассогласованными профилями – активность с экстернальностью («А + Э») и пассивность с интернальностью («П + И») – показали наиболее низкую самооффективность ( $29,3 \pm 11,6$  и  $23,3 \pm 22,4$  соответственно). В группе «А + Э» активность направлена вовне и сопровождается требовательностью и обвинением других, что ведет к фрустрации и снижению веры в эффективность собственных усилий. В группе «П + И» интернальность принимает форму вины («Я сам виноват в болезни»), но не трансформируется в активные действия, парализуя пациента и снижая веру в возможность улучшения. Низкая самооффективность в этих группах является значимым предиктором риска низкого комплаенса и дезадаптации, что согласуется с имеющимися в литературе данными (Клиническая психология, 2023).

### Заключение

Предложенная типология, интегрирующая когнитивный (локус контроля) и поведенческий (активность) компоненты, обладает значимой прогностической ценностью для клинической практики. Она позволяет выявлять пациентов с высоким риском дезадаптации (все группы, кроме «А + И»), дифференцировать мишени для психокоррекции (коррекция нереалистичных ожиданий и рентных установок в «П + Э», работа с экстернальной обвиняющей позицией в «А + Э», трансформация вины в ответственность и активность в «П + И», поддержка реалистичной самооффективности в «А + И»), а также прогнозировать потенциальные сложности с комплаенсом.

Основные выводы исследования подтверждают гипотезу: рассогласование между атрибуцией ответственности (интернальность/экстернальность) и поведенческим компонентом совладания (активность/пассивность) формирует дезадаптивные паттерны совладания с хронической болью, характеризующиеся дисфункциональной самооффективностью и рентным поведением. Самооффективность в обследованной выборке не зависела от пола, возраста и длительности болевого синдрома, подчеркивая ее значение как самостоятельного психологического конструкта. Разработанная интегральная модель и типология пациентов обладают высокой дифференцирующей спо-

собностью в отношении самоэффективности и клинически наблюдаемых поведенческих паттернов.

Однако исследование имеет ряд ограничений. Однородность выборки (пациенты исключительно с хронической болью в спине на фоне дорсопатии) ограничивает экстраполяцию результатов на пациентов с хронической болью другой локализации или этиологии. Перекрестный наблюдательный дизайн в один момент времени не позволяет установить причинно-следственные связи и проследить динамику. Оценка опиралась преимущественно на психометрические данные при отсутствии объективных маркеров боли и функционирования. Использованный опросник «Психологические факторы отношения к болезни и лечению» разработан для российской популяции, и его валидность в других культурных контекстах требует проверки.

Перспективы дальнейших исследований включают: проведение лонгитюдных исследований для изучения динамики паттернов совладания и их влияния на долгосрочные исходы; апробацию модели на выборках пациентов с другими типами хронической боли (нейропатическая, онкологическая и др.); разработку и оценку дифференцированных психотерапевтических и образовательных интервенций, адресно направленных на коррекцию выявленных дезадаптивных паттернов; изучение влияния культурных, социально-демографических факторов и роли медицинских работников, а также интеграцию с нейробиологическими и психофизиологическими методами для изучения объективных маркеров.

Проведенное исследование подтверждает значимость комплексного учета когнитивных и поведенческих аспектов совладания в понимании адаптации к хронической боли и подчеркивает критическую роль функциональной/дисфункциональной самоэффективности. Предложенная типология создает основу для разработки персонализированных подходов к психологической помощи пациентам с хронической болью.

### **Литература**

- Данилов, А.Б., Данилов, Ал.Б. Управление болью. Биопсихосоциальный подход. М.: АСТ, 2016.
- Замятин, А.В. Введение в интеллектуальный анализ данных: учебное пособие. Томск: Издательский Дом Томского государственного университета, 2016.
- Клиническая психология лечебного процесса: учебное пособие / Под ред. Н.А. Сирота, В. М. Ялтонского, И.Н. Абросимова и др. Москва: ГЭО-ТАР-Медиа, 2023.

- Крамер, Д. [Kramer D.] Математическая обработка данных в социальных науках: современные методы: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: Академия, 2007.
- Крушина, О.В., Шкарин, В.В., Ивашева, В.В., Барулин, А.Е. Проблемы изучения эпидемиологии хронической боли в Российской Федерации // Российский журнал боли. 2022. Т. 20. № 3. С. 31–35. <https://doi.org/10.17116/pain20222003131>
- Подчуфарова, Е.В. Хронические боли в спине: патогенез, диагностика, лечение // Русский медицинский журнал. 2012. Т. 20. № 9. С. 461–465.
- Расказова, Е.И., Тхостов, А.Ш. Апробация методик диагностики локуса контроля причин болезни и лечения и самоэффективности в отношении лечения // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». 2016. Т. 9. № 1. С. 71–83.
- Alilou, M.M., Pak, R., Alilou, A.M. The Mediating Role of Coping Strategies and Emotion Regulation in the Relationship Between Pain Acceptance and Pain-Related Anxiety // Journal of Clinical Psychology in Medical Settings. 2022. Vol. 29. P. 977–990. <https://doi.org/10.1007/s10880-022-09863-y>
- Bandura, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change // Psychological Review. 1977. Vol. 84. № 2. P. 191–215.
- Cohen, S.P., Vase, L., Hooten, W.M. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances // The Lancet. 2021. Vol. 397. № 10289. P. 2082–2097. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00393-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00393-7).
- Engel, G.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine // Science. 1977. Vol. 196. № 4286. P. 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>.
- Nicholas, M.K. The biopsychosocial model of pain 40 years on: time for a reappraisal? // Pain. 2022. Vol. 163. Suppl. 1. P. S3–S14. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002654>.
- Turk, D.C., Wilson, H.D. Fear of pain as a prognostic factor in chronic pain: Conceptual models, assessment, and treatment implications // Current Pain and Headache Reports. 2009. Vol. 14. № 2. P. 88–95. DOI: 10.1007/s11916-010-0094-x.

### Сведения об авторах

*Анастасия В. Котельникова*, доктор психологических наук, доцент, профессор кафедры педагогики и медицинской психологии, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия; 119048, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; [kotelnikova\\_a\\_v@staff.sechenov.ru](mailto:kotelnikova_a_v@staff.sechenov.ru)

*Анастасия С. Тихонова*, ГАУЗ МНПЦ МРВСМ им. С.И. Спасокукоцкого ДЗМ, Москва, Россия; 105120, Россия, Москва, ул. Земляной Вал, д. 53; [seyli1992@list.ru](mailto:seyli1992@list.ru)

*Наталья И. Зенцова*, доктор психологических наук, профессор кафедры педагогики и медицинской психологии, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия; 119048, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; *zentsova\_n\_i@staff.sechenov.ru*

Kotelnikova A.V., Tikhonova A.S., Zentsova N.I.

Typology of Coping with Chronic Pain:  
Interrelationship of Responsibility Attribution,  
Behavioral Activity, and Self-Efficacy

*I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia  
Moscow Centre for Research and Practice in Medical Rehabilitation, Restorative  
and Sports Medicine named after S. I. Spasokukotsky, Moscow, Russia*

Chronic pain, affecting up to 30% of the adult population, is a significant medical and social problem, leading to a decrease in quality of life and economic losses. Despite the recognition of the role of psychological factors in adaptation, the problem of integrating cognitive (attribution of responsibility) and behavioral (activity) components of coping into a single model remains unresolved.

In connection with the above, the purpose of the study was to identify and analyze patterns of coping with chronic pain determined by a combination of responsibility attribution and personal activity.

Four coping patterns based on a combination of activity/passivity and internality/externality were identified in a sample of 84 patients with chronic back pain using the questionnaire “Psychological Factors of Attitudes to Illness and Treatment” and factorial, correlation, and nonparametric analyses.

The “Activity + Internality” profile turned out to be the most adaptive (72.6% of the sample), characterized by realistic self-efficacy and willingness to cooperate in treatment. Paradoxically, high but dysfunctional self-efficacy was revealed in the “Passivity + Externality” group (16.7%), where patients demonstrated aggressive attitudes and irrational faith in the omnipotence of external forces while maintaining their own inactivity. Groups with mismatched profiles (“Activity + Externality” – 7.1% and “Passivity + Internality” – 3.6%) showed the lowest self-efficacy associated with frustration, blaming others, or paralyzing feelings of guilt. Self-efficacy did not depend on demographic factors or pain duration.

The results confirm that the mismatch between attribution of responsibility and behavioral activity forms maladaptive patterns with dysfunctional self-efficacy. The proposed typology has predictive value for clinical practice, allowing clinicians to differentiate the targets of psychocorrection (correction of unrealistic expectations, transformation of guilt into responsibility) and predict the risks of low compliance. Limitations include sample homogeneity and the cross-sectional design.

*Key words:* chronic back pain, attribution of responsibility, externality, internality, self-efficacy

*For citation:* Kotelnikova, A.V., Tikhonova, A.S., Zentsova, N.I. (2026). Typology of Coping with Chronic Pain: Interrelationship of Responsibility Attribution, Behavioral Activity, and Self-Efficacy. *New Psychological Research*, No. 1, 135–150. DOI: 10.51217/npsyresearch\_2026\_06\_01\_07

## References

- Alilou, M.M., Pak, R., Alilou, A.M. (2022). The mediating role of coping strategies and emotion regulation in the relationship between pain acceptance and pain-related anxiety. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 29, 977–990. <https://doi.org/10.1007/s10880-022-09863-y>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215.
- Cohen, S.P., Vase, L., Hooten, W.M. (2021). Chronic pain: An update on burden, best practices, and new advances. *The Lancet*, 397(10289), 2082–2097. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00393-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00393-7)
- Danilov, A.B., Danilov, A.I. (2016). *Pain management: A biopsychosocial approach*. Moscow: AST.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Kramer, D. (2007). *Mathematical data processing in social sciences: Modern methods*. Moscow: Akademiya.
- Kurushina, O.V., Shkarin, V.V., Ivancheva, V.V., Barulin, A.E. (2022). Problems of studying the epidemiology of chronic pain in the Russian Federation. *Rossiiskii zhurnal boli*, 20(3), 31–35. <https://doi.org/10.17116/pain20222003131>
- Nicholas, M.K. (2022). The biopsychosocial model of pain 40 years on: Time for a reappraisal? *Pain*, 163(Suppl. 1), S3–S14. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002654>
- Podchufarova, E.V. (2012). Chronic back pain: Pathogenesis, diagnosis, treatment. *Russkii meditsinskii zhurnal*, 20(9), 461–465.
- Rasskazova, E.I., Tkhostov, A.Sh. (2016). Validation of methods for assessing the locus of control of illness and treatment and self-efficacy in treatment. *Vestnik YuUrGU. Seriya "Psikhologiya"*, 9(1), 71–83.
- Sirota, N.A., Yaltonsky, V.M., Abrosimov, I.N., Budyka E.V., Viderman N.S., Ogarev V.V., Chelysheva M.V., Volchkova Yu.V., Sharifova A.A., Kopylova O.V., Kanatbek A., Sadzhaya S.T. (Eds.). (2023). *Clinical psychology of the treatment process*. Moscow: GEOTAR-Media.
- Turk, D.C., Wilson, H.D. (2009). Fear of pain as a prognostic factor in chronic pain: Conceptual models, assessment, and treatment implications. *Current Pain and Headache Reports*, 14(2), 88–95. <https://doi.org/10.1007/s11916-010-0094-x>

Zamyatin, A.V. (2016). *Introduction to data mining: A textbook*. Tomsk: Izdatel'skii Dom Tomskogo gosudarstvennogo universiteta.

### **Information about the authors**

*Anastasiya V. Kotelnikova*, D.Sc. (Psychology), associate professor, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia; bld. 8–2, Trubetskaya st., Russia, Moscow, 119048; *kotelnikova\_a\_v@staff.sechenov.ru*

*Anastasiya S. Tikhonova*, Moscow Centre for Research and Practice in Medical Rehabilitation, Restorative and Sports Medicine named after S.I. Spasokukotsky, Moscow, Russia; bld. 53, Zemlyanoy Val st., Moscow, Russia, 105120; *seyli1992@list.ru*

*Natalia I. Zentsova*, Ph.D (Psychology), associate professor, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia; bld. 8–2, Trubetskaya st., Moscow, Russia, 119048; *zentsova\_n\_i@staff.sechenov.ru*