

Научная статья | Original paper

Психологические аспекты приверженности лечению у пациенток с идиопатическим сколиозом

А.В. Котельникова, С.М. Еремушкина ✉,

М.Г. Киселева, Л.Д. Сыркин

Первый Московский государственный медицинский университет
имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения
Российской Федерации (Сеченовский Университет),
Москва, Российская Федерация

✉ sofiaER@yandex.ru

Резюме

Контекст и актуальность. Изучение психологических детерминант приверженности лечению в случае заболеваний, характеризующихся визуальным дефектом, имеет высокую значимость, поскольку успех терапии напрямую зависит от долгосрочной осознанной личностной включенности пациента в реабилитационный процесс. Недостаточная изученность связи между спецификой отношения к болезни и избирательным несоблюдением лечения у пациентов с идиопатическим сколиозом определяет актуальность данного исследования. **Цель.** Исследовать вклад восприятия болезни в формирование приверженности лечению и реабилитации у пациенток с идиопатическим сколиозом. **Гипотеза.** Субъективное восприятие болезни определяет избирательный характер приверженности лечению: гипернозогнозия значимо связана с более низкими показателями приверженности к модификации образа жизни по сравнению с нормонозогнозией. **Методы и материалы.** С помощью метода «семантического дифференциала» (оценка восприятия понятия «сколиоз») обследованы 174 женщины (124 — с идиопатическим сколиозом, 50 — условно здоровые), приверженность к лечению исследована опросником КОП-25. **Результаты.** Пациентки с идиопатическим сколиозом воспринимают свою болезнь как «заметную», «тяжелую», влияющую на автономию. Выделено три типа восприятия: нормонозогнозия и два варианта гипернозогнозии, ключевое различие между которыми заключалось в переживании болезни как ограничивающего фактора («зависимость»). Общий уровень приверженности низкий, при этом различия между кластерами обнаружены только в отношении «приверженности модификации образа жизни» ($p = 0,03$) — минимальны

они у пациенток, переживающих болезнь как ограничение свободы. **Выводы.** Низкая приверженность лечению затрагивает преимущественно аспекты, требующие личной ответственности пациента (модификация образа жизни). Гипернозогнозическое восприятие болезни, сопровождающееся самостигматизацией и переживанием утраты автономии, является критическим фактором риска нарушения приверженности лечению. Направлениями психологического вмешательства являются коррекция стигматизирующих установок и формирование внутреннего локуса контроля.

Ключевые слова: идиопатический сколиоз, приверженность к лечению, восприятие заболевания, стигматизация

Благодарности. Авторы выражают благодарность коллективу ФГБУ «НМИЦ ТО имени Н.Н. Приорова» Минздрава России, отделению медицинской реабилитации и 7-му травматолого-ортопедическому отделению (патологии позвоночника) за помощь в проведении исследования.

Дополнительные данные. Наборы данных можно запросить у автора (С.М. Еремушкина).

Для цитирования: Котельникова, А.В., Еремушкина, С.М., Киселева, М.Г., Сыркин, Л.Д. (2026). Психологические аспекты приверженности лечению у пациенток с идиопатическим сколиозом. *Консультативная психология и психотерапия*, 34(2), 86—104. <https://doi.org/10.17759/cpp.2026340204>

Psychological Aspects of Adherence to Treatment in Female Patients with Idiopathic Scoliosis

A.V. Kotelnikova, S.M. Eremushkina ✉,

M.G. Kiseleva, L.D. Syrkin

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry
of Health of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation

✉ sofiyaER@yandex.ru

Abstract

Context and Relevance. The study of psychological determinants of treatment adherence in conditions characterized by a visible physical defect is of high importance, as therapeutic success directly depends on the patient's long-term, conscious, and personal engagement in the rehabilitation process. The insufficient exploration of the relationship between specific illness perceptions and selective non-adherence in patients with idiopathic scoliosis defines the relevance of this study. **Objective.** To investigate the contribution of illness perception to the formation of treatment and rehabilita-

tion adherence in patients with idiopathic scoliosis. **Hypothesis.** Subjective illness perception determines the selective nature of treatment adherence: hypernosognosia is significantly associated with lower adherence to lifestyle modifications compared to normonosognosia. **Methods and Materials.** Using the semantic differential method (assessing the perception of the word «scoliosis»), 174 women (124 with idiopathic scoliosis, 50 conditionally healthy) were examined. Treatment adherence was investigated using the KOP-25 questionnaire. **Results.** Patients with idiopathic scoliosis perceived their illness as “noticeable,” “severe,” and impacting their autonomy. Three types of illness perception were identified: normonosognosia and two variants of hypernosognosia, the key difference between which was the experience of the illness as a limiting factor (“dependence”). The overall level of adherence was low, with differences between clusters found only for “adherence to lifestyle modifications” ($p=0.03$) — lowest in patients who experienced their illness as a restriction of freedom. **Conclusions.** Low treatment adherence primarily affects aspects requiring personal patient responsibility (lifestyle modifications). A hypernosognosic illness perception, accompanied by self-stigmatization and a perceived loss of autonomy, is a critical risk factor for impaired adherence. The targets for psychological intervention are the correction of stigmatizing attitudes and fostering an internal locus of control.

Keywords: idiopathic scoliosis, adherence to treatment, illness perception, stigmatization

Acknowledgements. The authors express gratitude to the staff of the Federal State Budgetary Institution «National Medical Research Center for Traumatology and Orthopedics named after N.N. Priorov» of the Ministry of Health of the Russian Federation, the Department of Medical Rehabilitation, and the 7th Traumatology-Orthopedic Department (Spine Pathology) for their assistance in conducting the study.

Supplemental data. Datasets can be requested from the author (S.M. Eremushkina).

For citation: Kotelnikova, A.V., Eremushkina, S.M., Kiseleva, M.G., Syrkin, L.D. (2026). Psychological aspects of adherence to treatment in female patients with idiopathic scoliosis. *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 34(2), 86—104. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/cpp.2026340204>

Введение

Проблема приверженности лечению занимает центральное место в управлении хроническими заболеваниями, эффективность терапии которых напрямую зависит от долгосрочного и активного участия пациента (Николаев и др., 2020). Особую актуальность этот вопрос приобретает в контексте ортопедической патологии, такой как идиопатический сколиоз (ИС), где успех консервативного и реабилитационного

воздействия определяется не столько краткосрочными медицинскими назначениями, сколько готовностью пациента к систематическому выполнению рекомендаций, включая ношение корсета, ежедневные физические упражнения и модификацию образа жизни (Li et al., 2020). Низкая приверженность данным предписаниям является одним из факторов прогрессирования деформации и снижения качества жизни пациентов, что обуславливает необходимость поиска психологических детерминант этого феномена (Rahman et al., 2005).

Одним из ключевых психологических факторов, опосредующих взаимодействие пациента с болезнью, является субъективное восприятие заболевания, концептуализированное в рамках понятия «нозогнозия» (Смулевич, 1997). Данный конструкт, отражающий тип психологического реагирования на болезнь и субъективного отношения к ней, варьируется от отрицания тяжести состояния (гипонозогнозия) до гипертрофированного, тревожно-фобического отношения к своему недугу (гипернозогнозия). При хронических, визуально заметных заболеваниях, каким является сколиоз, формирование адекватного образа болезни представляется особенно сложным, так как само развитие заболевания происходит параллельно с развитием человека и переходом через возрастные кризисы. Визуально очевидный физический дефект выступает мощным стигматизирующим фактором, где, при негативной оценке своей внешности и отсутствии стабильной самооценки формируется негативный телесный образ (Киреева, 2020), влияющий на приверженность (Karata et al., 2025), что, в свою очередь, может способствовать формированию самостигматизирующего отношения и создавать патологическую тенденцию к социальной изоляции (Ананичева, 2021). Постоянная актуальность дефекта становится источником психоэмоционального напряжения, влияя на самооценку, социальное функционирование и, как следствие, на мотивацию к лечению (Татаурова, 2009).

Таким образом, несмотря на признанную важность проблемы приверженности, остается недостаточно изученным вклад специфики нозогнозии в ее формирование именно у пациентов с ИС. Существует научный пробел в понимании того, как различные типы восприятия болезни — в частности переживание ее как ограничивающего фактора, затрагивающего автономию и независимость, — связаны с избирательным несоблюдением отдельных компонентов лечения.

Целью данного исследования стало изучение вклада восприятия болезни в формирование приверженности лечению и реабилитации у пациентов с идиопатическим сколиозом.

Основной **гипотезой** выступило предположение о том, что субъективное восприятие болезни пациентами с идиопатическим сколиозом определяет избирательный характер их приверженности лечению: гипернозогнозия будет значимо связана с более низкими показателями приверженности модификации образа жизни по сравнению с нормонозогнозией.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 174 человека, возраст обследованной выборки — от 18 до 65 лет (средний возраст — $33,11 \pm 10,73$), все участники исследования — женского пола. Для участия в исследовании важными критериями было: отсутствие системных заболеваний, отсутствие алкогольной/наркотической зависимости в анамнезе, отсутствие установленных диагнозов психиатрического профиля на момент исследования. Все респонденты подписывали добровольное информированное согласие.

Формирование выборки исследования проводилось целенаправленно. Для реализации дизайна исследования респонденты были разделены на 2 группы.

1. Клиническую группу составили 124 женщины ($36,35 \pm 10,87$ лет), с верифицированным диагнозом «идиопатический сколиоз» (ИС) (M41 по МКБ-10), отобранные по критериям соответствия на базе ФГБУ «НМИЦ ТО имени Н.Н. Приорова» Минздрава России.

2. Группа сравнения ($n = 50$ чел.) была сформирована методом стихийной выборки из числа условно здоровых женщин ($25,08 \pm 4,14$ лет), соответствующих аналогичным демографическим и клиническим критериям (за исключением диагноза «идиопатический сколиоз» и наличия инвалидности).

С помощью статистических критериев равнозначности была достигнута сопоставимость групп по основным релевантным параметрам: в группе с ИС 68 человек (54,8%) имели инвалидность, 56 человек (45,2%) не имели инвалидности, в группе сравнения все лица были без инвалидности (100%); в группе с ИС 85 человек (68,5%) имели постоянную полную рабочую занятость, 39 человек (31,5%) не трудоустроены; в группе сравнения 35 человек (70,0%) имели постоянную полную рабочую занятость, 15 человек (30,0%) не трудоустроены; в группе с ИС в браке состоял 61 человек (49,2%), холосты — 63 (50,8%); в группе сравнения в браке — 13 человек (26,0%), холосты — 37 (74,0%); в группе с ИС среднее

профессиональное образование имели 25 человек (20,1%), высшее — 76 человек (61,3%), незаконченное высшее — 7 человек (5,7%), среднее полное — 16 человек (12,9%); в группе сравнения среднее профессиональное образование имел 1 человек (2,0%), высшее — 34 человека (68,0%), незаконченное высшее — 13 человек (26,0%), среднее полное — 2 человека (4,0%).

По степени деформации позвоночного столба (по В.Д. Чаклину) пациенты с диагнозом «сколиоз» распределились следующим образом: II степень — 11 человек (8,9%), III степень — 27 человек (21,8%) и IV степень — 86 человек (69,3%). 65 (52,4%) человек проходили хирургическое лечение, 59 (47,5%) — консервативное (корсетное) лечение.

Перед началом психодиагностики с каждым респондентом проводилась беседа, в ходе которой медицинским психологом разъяснялись цели и задачи исследования, устанавливался доверительный контакт. В среднем диагностика занимала 30 минут. После разъяснения инструкции респондентам для самостоятельного заполнения предлагались психодиагностические опросники.

Использовались следующие методики.

1. Метод «семантического дифференциала», СД (Ч. Осгуд, 1972) — модифицирован в соответствии с задачами исследования и направлен на выявление эмоционально-оценочного компонента восприятия семантики слова «сколиоз» (Косареvская, Куткина, 2009). Стимульный материал включал пары слов: «хороший—плохой», «радостный—печальный», «важный—неважный», «спокойный—тревожный», «удобный—неудобный», «незаметный—заметный», «сильный—слабый», «здоровый—больной», «независимый—зависимый». Респондентам предлагалось оценить слово «сколиоз» по представленным биполярным шкалам, отметив одну из цифр, в градуировке от «1» до «7», расположенной слева направо, где «1» означает абсолютное соответствие крайнему левому семантическому полюсу, «7» — крайнему правому, при этом цифра «4» отражает затруднения респондента в возможности выбора.

2. Опросник оценки приверженности лечению, КОП-25 (Николаев, Скирденко, 2024) — содержит 25 вопросов и состоит из двух условных частей: «Важность вмешательств» и «Готовность к выполнению вмешательств». На каждый вопрос анкеты имеется 6 вариантов ответов, оцениваемых в баллах. Показатели приверженности лекарственной терапии, медицинскому сопровождению, модификации образа жизни и интегральный показатель приверженности рассчитывают по формулам, выражая результат в условных процентах.

Математико-статистическая обработка данных производилась в программном пакете «Статистика 12.0». Использовались анализ данных описательной статистики, кластерный анализ по методу К-средних (мера близости — квадрат Евклидова расстояния), дисперсионный анализ, анализ значимости различий в независимых группах по Т-критерию Стьюдента, критериям Краскела—Уоллиса и Манна—Уитни. Статистическая достоверность фиксировалась на уровне $p \leq 0,05$.

Результаты

С целью выявления специфики восприятия болезни пациентами с ИС на первом этапе работы с помощью Т-критерия Стьюдента проанализированы различия по шкалам СД между группами «Норма» и «Сколиоз» (табл. 1) — достоверные различия обнаружены по шкалам «Незаметный—заметный» ($t = -3,9$, $p = 0,0001$), «Сильный—слабый» ($t = 3,9$, $p = 0,0001$), «Здоровый—больной» ($t = -2,8$, $p = 0,01$), «Независимый—зависимый» ($t = -2,5$, $p = 0,01$).

Таблица 1/ Table 1

Эмоционально-оценочное восприятие слова «сколиоз», по данным методики «Семантический дифференциал» (n = 174)
The Emotional and Evaluative Perception of the Word «Scoliosis»: Insights from the «Semantic Differential» Method (n = 174)

Название шкал / The Appellations of the Scales	Группа со сколиозом / A group of patients with scoliosis (n = 124) M±SD	Группа нормы / A norm group (n = 50) M±SD	P (Т-критерий Стьюдента)
Хороший—плохой / Good—bad	6,35±1,14	6,20±0,81	0,386
Радостный—печальный / Joyful—sad	6,04±1,19	5,86±0,93	0,319
Важный—неважный / Important—unimportant	2,02±1,61	2,18±1,9	0,537
Спокойный—тревожный / Calm—anxious	5,58±1,57	5,08±1,63	0,058
Удобный—неудобный / Convenient—inconvenient	6,37±1,16	6,34±0,87	0,865

Название шкал / The Appellations of the Scales	Группа со сколиозом / A group of patients with scoliosis (n = 124) M±SD	Группа нормы / A norm group (n = 50) M±SD	P (Т-критерий Стьюдента)
Незаметный—заметный / Inconspicuous—noticeable	5,59±1,68	4,38±2,17	0,0001
Сильный—слабый / Strong—weak	2,52±1,49	3,56±1,67	0,0001
Здоровый—больной / Healthy—sick	5,87±1,49	5,26±1,50	0,01
Независимый—зависимый / Independent—dependent	4,81±1,92	4,00±1,88	0,01

Примечание: М — средние значение, SD — стандартное отклонение, n — число испытуемых в группах, p — значение уровня статистической достоверности Т-критерия Стьюдента; жирным шрифтом выделены статистически значимые различия.

Note: M — mean, SD — standard deviation, n — sample size, p — p-value for Student's t-test; statistically significant differences are shown in bold.

Затем был выполнен кластерный анализ по методу К-средних с разбивкой на три кластера для перечисленных выше субшкал методики СД на выборке пациентов группы «Сколиоз» (n = 124 чел.). Дисперсионный анализ, оценивающий качество выполненной кластеризации, фиксирует найденное решение как статистически значимое для всех анализируемых шкал (p = 0,0001). Таким образом, было выделено три кластера, в первый из которых вошло 38 (30,6%), во второй — 31 (25,0%), в третий — 55 (44,4%) человек. На рисунке представлены профили средних значений по кластерам, по данным методики СД.

Дальнейшее попарное сравнение по критерию Манна—Уитни и привлечение данных описательной статистики (среднее значение, стандартное отклонение) позволяет заключить, что основной вклад в различия между кластерами вносит противопоставление первого (n = 38 чел.) второму (n = 31 чел.) и третьему (n = 55 чел.) кластерам: различия наблюдаются по шкалам «Незаметный—Заметный» (p = 0,0001), «Сильный—слабый» (p = 0,0001), «Здоровый—больной» (p = 0,0001). При этом по шкале «Зависимый—независимый» достоверно различаются все три кластера (p = 0,001).

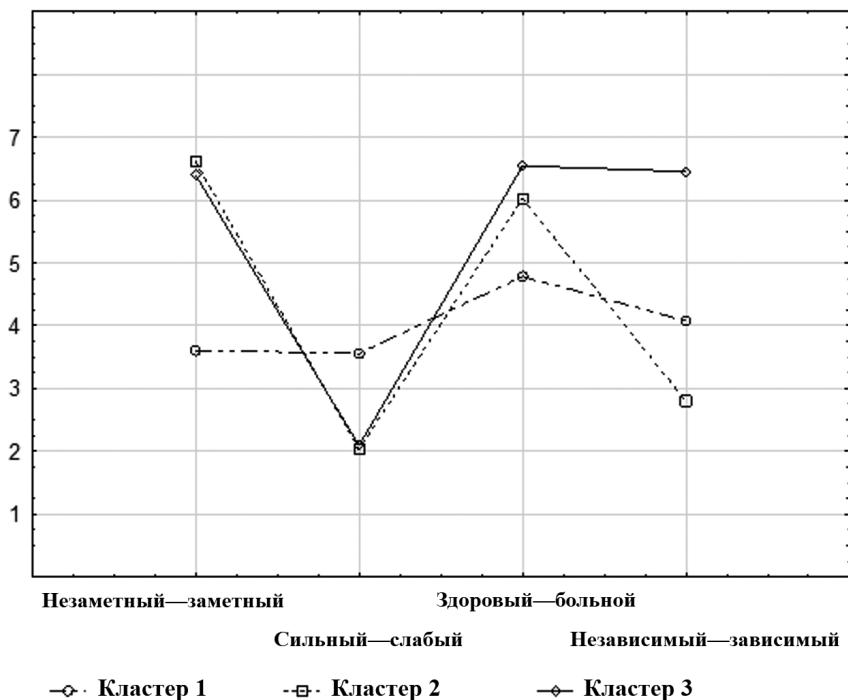


Рис. Средние значения шкал «семантического дифференциала»
в кластерах пациентов с идиопатическим сколиозом ($n = 124$)

Fig. Mean values of «semantic differential» scales in clusters of patients
with idiopathic scoliosis ($n = 124$)

Восприятие болезни у пациентов, вошедших в первый кластер, характеризуется нейтральным отношением к своему заболеванию и средними показателями по анализируемым шкалам методики СД ($3,6 \pm 1,3$ балла по шкале «Незаметный—заметный»; $3,6 \pm 1,2$ балла — «Сильный—слабый»; $4,8 \pm 1,3$ балла — «Здоровый—больной»; $4,1 \pm 1,4$ балла — «Независимый—зависимый»), что, вероятнее всего, соотносится с нормонозогностическим типом реагирования на болезнь (Смулевич, 1997).

Восприятие заболевания пациентами, вошедшими во второй и третий кластер, характеризуется гипернозогностическим сдвигом по шкалам «незаметный—заметный» (в сторону «заметный» — $6,6 \pm 0,6$ и $6,4 \pm 1,1$ балла соответственно) и «Здоровый—больной» (в сторону «больной» —

6,1±1,1 и 6,5±0,8 балла соответственно). Низкие показатели по шкале «Сильный—слабый» (2,1±1,3 и 2,1±1,5 балла), вероятнее всего, также являются производной тревожных реакций: пациенты интерпретировали оппозицию «сильный—слабый» не в значении физической силы, а как оценку выраженности самого заболевания, где «слабый» означал «слабо выраженный», а низкий балл отражал их субъективное ощущение сильно выраженного, очевидного дефекта. При сопоставлении количественных значений СД по шкале «Независимый—зависимый» во втором и третьем кластерах видна существенная разница: пациенты третьего кластера воспринимают свою болезнь как ограничивающую их свободу и независимость, демонстрируя один из самых высоких показателей по этой шкале (6,4±1,3 балла), пациенты второго кластера, напротив, не соотносят свою болезнь с ограничением свободы (2,9±1,4 балла).

При сопоставлении уровня выраженности приверженности лечению в изучаемых кластерах, по данным опросника КОП-25, были зафиксированы различия по субшкале «Приверженность модификации образа жизни» ($H(2, N = 124) = 6,7, p = 0,03$) при отсутствии различий по субшкалам «Приверженность лекарственной терапии» ($H(2, N = 124) = 0,73, p = 0,70$) и «Приверженность медицинскому сопровождению» ($H(2, N = 124) = 0,52, p = 0,77$). Описательная статистика, количественно иллюстрирующая упомянутые аспекты приверженности в кластерах пациентов с ИС, представлена в табл. 2.

Таблица 2 / Table 2

Приверженность лечению в кластерах пациентов с идиопатическим сколиозом (n = 124)
The Devotion to Healing in Clusters of Patients with Idiopathic Scoliosis (n = 124)

Кластер / Cluster	Приверженность / Commitment		
	лекарственной терапии / drug treatment M±SD	медицинскому сопровождению / medical support M±SD	модификации образа жизни / lifestyle modifications M±SD
Первый / First (n = 38)	50,7±18,9	58,4±14,5	45,8±12,6
Второй / Second (n = 31)	49,9±20,4	56,7±16,0	41,8±13,3
Третий / Third (n = 55)	47,4±19,0	55,8±15,7	39,3±10,9

Примечание: М — средние значение, SD — стандартное отклонение, n — число испытуемых в группах.

Note: M — mean, SD — standard deviation, n — sample size.

Как следует из данных, представленных в табл. 2, в целом, уровень приверженности лечению пациентов с ИС может быть оценен как низкий или недостаточный, поскольку средние значения по всем кластерам и всем компонентам лечения либо приближаются к 50%, либо опускаются ниже этой условной границы среднего уровня.

В структуре приверженности лечению пациентов с ИС наиболее выражены значения субшкалы «Приверженность медицинскому сопровождению» (посещение врачей, процедур, обследований): показатели данной субшкалы опросника КОП-25 во всех кластерах являются самыми высокими (первый кластер — $58,4 \pm 14,5$ баллов, второй кластер — $56,7 \pm 16,0$ баллов, третий кластер — $55,8 \pm 15,7$ балла). Напротив, наименее выражены значения субшкалы «Готовность к модификации образа жизни» (соблюдение режима, выполнение упражнений, самоконтроль), где значения самые низкие (первый кластер — $45,8 \pm 12,6$ баллов, второй — $41,8 \pm 13,3$ балла, третий — $39,3 \pm 10,9$ балла). Приверженность лекарственной терапии занимает промежуточное положение, также находясь на низком уровне. Кроме того, прослеживается четкая тенденция: там, где ответственность за лечение экстериоризирована, пациенты демонстрируют относительно более высокую приверженность. Там же, где ответственность полностью лежит на самом пациенте, как в случае с изменением повседневных привычек, мотивация к соблюдению рекомендаций значительно снижается. При этом основной вклад в выявленную тенденцию вносит сопоставление с пациентами первого кластера (нормозогнозические реакции на болезнь), приверженность модификации образа жизни которых достоверно отличается от приверженности пациентов третьего кластера, в который вошли пациенты с гипернозогнозическими реакциями на болезнь, переживающие ограничение свободы и независимости ($U = 726,0$, $p = 0,01$), и, на уровне статистической тенденции ($U = 452,5$, $p = 0,11$), — от приверженности пациентов второго кластера (гипернозогнозические реакции на болезнь без ограничения свободы): $45,8 \pm 12,6$ баллов в сопоставлении с $41,8 \pm 13,3$ и $39,3 \pm 10,9$ баллами.

Обсуждение результатов

Проведенное исследование позволило выявить ряд значимых психологических особенностей, связанных с формированием приверженности лечению у пациенток с ИС. Полученные результаты свидетельствуют, прежде всего, об общем низком уровне приверженности к лечению

в исследуемой выборке, что согласуется с данными ряда исследований, посвященных хроническим заболеваниям, требующим длительной и активной роли пациента (Котельникова, Кукушина, 2016). Однако ключевым выводом настоящей работы является не констатация факта низкой приверженности, а выявление ее специфической структуры и связи с восприятием болезни.

Анализ с помощью методики «Семантический дифференциал» подтвердил наличие специфического эмоционально-оценочного отношения к заболеванию у пациенток с ИС по сравнению с условно здоровыми женщинами. Обнаруженные достоверные различия по шкалам «Незаметный—заметный», «Сильный—слабый», «Здоровый—больной» и «Независимый—зависимый» указывают на то, что пациентки воспринимают сколиоз как очевидный, серьезный недуг, ассоциирующийся с состоянием болезни и оказывающий влияние на их автономию. Это ожидаемо, учитывая объективное наличие видимого физического дефекта и его влияние на качество жизни (Лебедева, Фомина, 2014).

Последующая кластеризация на основе данных, характеризующих восприятие болезни, выявила три качественно различных типа психологического реагирования на заболевание. Важным результатом является отсутствие в выборке пациенток с гипонозогнозическими реакциями, что, по-видимому, связано с очевидностью и постоянной актуальностью заболевания, влияющего на телесность (Набойченко, 2014). При этом было идентифицировано два варианта гипернозогностического типа реагирования (кластеры 2 и 3), что подчеркивает неоднородность тревожно-оценочного отношения даже в рамках одного диагностического конструкта. Наиболее значимым различием между этими кластерами оказалась оценка болезни по шкале «Независимый—зависимый». Пациентки третьего кластера демонстрируют выраженное переживание болезни как фактора, ограничивающего их свободу и независимость, что можно интерпретировать как проявление самостигматизации в аспекте принятия социальных установок в отношении своего заболевания (Stangl et al., 2019). Известно, что при заболеваниях, сопровождающихся видимыми физическими особенностями, риск развития самостигмы значительно возрастает, что, в свою очередь, негативно влияет на психологическую адаптацию и сотрудничество с медицинским персоналом (Perkins et al., 2012).

Наиболее значимые различия в уровне приверженности между выделенными кластерами были обнаружены в отношении готовности к модификации образа жизни. Наименьшие показатели по этой субшкале

продемонстрировали пациентки с гипернозогнозическим типом реагирования, особенно из третьего кластера, для которых характерно переживание ограничения свободы болезнью. Это позволяет утверждать, что именно внутренняя стигматизация и экстернальный локус контроля в отношении заболевания, вероятнее всего, являются критическими факторами, снижающими мотивацию к самостоятельной и постоянной работе над соблюдением рекомендаций, требующих изменения повседневных привычек (например, выполнение элементов лечебной физкультуры, избегание длительных статических нагрузок, регулярной ходьбы и т. д.). В то же время приверженность медицинскому сопровождению (посещение врачей, процедур), где ответственность в большей степени делегирована медицинскому персоналу, оставалась на относительно более высоком и сопоставимом уровне во всех группах. Данная тенденция подтверждает тезис о том, что там, где от пациента требуется принятие на себя активной, субъектной позиции, негативные психологические установки, связанные с восприятием себя как «зависимого» и «ограниченного» болезнью, вероятнее всего, оказывают наиболее деструктивное влияние.

Выводы

1. Низкая общая приверженность лечению при ИС носит не генерализованный, а избирательный характер и в наибольшей степени затрагивает аспекты, связанные с личной ответственностью пациента.

2. Наличие связи между типом нозогнозии, в частности переживанием самостигматизации и ограничением свободы, и низкой приверженностью модификации образа жизни позволяет определить мишени для пс. Пациентки третьего кластера, составляющие значительную часть выборки (44,4%), являются группой особого риска в отношении нарушения приверженности лечению и, следовательно, в первую очередь нуждаются в оказании специализированной психологической помощи, направленной на коррекцию стигматизирующих установок, развитие адаптивных копинг-стратегий и формирование внутреннего локуса контроля над заболеванием.

Ограничения. При интерпретации полученных данных учитывался ряд ограничений исследования: во-первых, корреляционный дизайн не позволяет установить причинно-следственные связи между изучаемыми

переменными, а лишь фиксирует выявленные ассоциации; во-вторых, выборка исследования была сформирована целенаправленно и включала только женщин, что ограничивает возможность экстраполяции выводов на мужскую популяцию пациентов с ИС. Кроме того, оценка восприятия болезни проводилась с помощью модифицированной версии методики «Семантический дифференциал», что, несмотря на информативность метода, предполагает определенную долю субъективности в интерпретации шкал респондентами. Необходима дальнейшая валидизация данной модификации методики.

Перспективным направлением дальнейших исследований представляется разработка и апробация психокоррекционных программ, нацеленных именно на эти мишени, с последующей оценкой их эффективности в отношении повышения приверженности лечению и обеспечения долгосрочного реабилитационного результата.

Limitations. In interpreting the obtained data, several limitations of the study were taken into account: firstly, the correlational design does not allow establishing causal relationships between the studied variables, but only records the identified associations; secondly, the study sample was purposefully formed and included only women, which limits the possibility of extrapolating the conclusions to the male population of patients with IS. In addition, the assessment of illness perception was conducted using a modified version of the semantic differential, which, despite the informativeness of the method, implies a certain degree of subjectivity in the respondents' interpretation of the scales. Further validation of this modification of the methodology is necessary.

A promising direction for future research is the development and testing of psycho-corrective programs targeted specifically at these targets, with subsequent evaluation of their effectiveness in increasing treatment adherence and ensuring long-term rehabilitation outcomes.

Список источников / References

1. Ананичева, С.Р. (2021). Стигматизация и ее проявления в современном обществе. *Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки*, 8, 17—20. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=46547332> (дата обращения: 05.10.2025)
Ananicheva, S.R. (2021). Stigmatization and its manifestations in modern society. *Humanitarian, socio-economic and social sciences*, 8, 17—20. (In Russ.). URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=46547332> (viewed: 05.10.2025)
2. Косаревская, Т. Е., Кутькина, Р. Р. (2009). *Психосемантический подход к исследованию индивидуального сознания: методические рекомендации*. Витебск: УО «ВГУ им. П.М. Машерова».

- Kosarevskaya, T. E., Kutkina, R. R. (2009). *Psychosemantic approach to the study of individual consciousness: methodological recommendations*. Vitebsk: UO «VGU im. P.M. Masherova». (In Russ.).
3. Котельникова, А.В., Кукшина, А.А. (2016). Психодиагностические аспекты приверженности к лечению в процессе медицинской реабилитации. *Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры*, 93(3), 4—9. <https://doi.org/10.17116/kurort201634-9>
- Kotelnikova, A.V., Kukshina, A.A. (2016). Psychodiagnostic aspects of adherence to treatment in the process of medical rehabilitation. *Problems of balneology, physiotherapy and therapeutic physical culture*, 93(3), 4—9. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/kurort201634-9>
4. Лебедева, О.В., Фомина, Н.В. (2014). Отношение к соматическому здоровью как показатель развития психологического здоровья личности (на материале изучения различных возрастных групп испытуемых). *Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия: Социальные науки*, 4(36), 150—158. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=22823583> (дата обращения: 05.10.2025)
- Lebedeva, O.V., Fomina, N.V. (2014). Attitude to somatic health as an indicator of the development of a person's psychological health (based on the study of various age groups of subjects). *Bulletin of the Lobachevsky University of Nizhny Novgorod. Series: Social Sciences*, 4(36), 150—158. (In Russ.). URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=22823583> (viewed: 05.10.2025)
5. Набойченко, Е.С. (2015). Внутренние и внешние детерминанты, влияющие на стигматизацию личности с атипичными особенностями внешности. *Здоровье и образование в XXI веке. Журнал научных статей*, 1, 88—92. URL: <https://elibrary.ru/tfmfxp> (дата обращения: 06.10.2025)
- Naboichenko, E.S. (2015). Internal and external determinants influencing the stigmatization of individuals with atypical physical features. *Health and Education in the XXI Century. Journal of Scientific Articles*, 1, 88—92. (In Russ.). URL: <https://elibrary.ru/tfmfxp> (viewed: 06.10.2025)
6. Николаев, Н.А. (2024). *Система комплексной оценки приверженности в медицине КОП-25: авторское руководство для врачей и исследователей*: научная монография. М.: Издательский дом Академии естествознания.
- Nikolaev, N.A. (2024). *System of comprehensive assessment of adherence in medicine KOP-25: author's guide for doctors and researchers*: scientific monograph. Moscow: Publishing House of the Academy of Natural History. (In Russ.).
7. Николаев, Н.А., Мартынов, А.И., Скирденко, Ю.П., Анисимов, В.Н., Васильева, И.А., Виноградов, О.И., Лазебник, Л.Б., Поддубная, И.В., Ройтман, Е.В., Ершов, А.В., Агеев, Ф.Т., Андреев, К.А., Бабичева, Л.Г., Бунова, С.С., Викторова, И.А., Волчегорский, И.А., Воробьев, П.А., Галявич, А.С., Гаус, О.В., ... Якушин С.С. (2020). Управление лечением на основе приверженности. *Consilium Medicum*, 22(5), 9—18. <https://doi.org/10.26442/20751753.2020.5.200078>

- Nikolaev, N.A., Martynov, A.I., Skirdenko, Y.P., Anisimov, V.N., Vasilieva, I.A., Vinogradov, O.I., Lazebnik, L.B., Poddubnaya, I.V., Roitman, E.V., Ershov, A.V., Ageev, F.T., Andreev, K.A., Babicheva, L.G., Bunova, S.S., Viktorova, I.A., Volchegorskiy, I.A., Vorobyev, P.A., Galyavich, A.S., Gaus, O.V. ... Yakushin S.S.(2020). Management of treatment based on adherence. *Consilium Medicum*, 22(5), 9—18. (In Russ.). <https://doi.org/10.26442/20751753.2020.5.200078>
8. Осгуд, Ч., Суси, Дж., Танненбаум, П. (1972). Приложение методики семантического дифференциала к исследованиям по эстетике и смежным проблемам. В: Ю. М. Лотмана и В. М. Петрова (ред.), *Семантика и искусствоведение*. (с. 278—297) М: Мир.
Osgood, C., Suci, G., Tannenbaum, P. (1972). Application of the semantic differential technique to research in aesthetics and related problems. In: Yu.M. Lotman & V.M. Petrov (Eds.), *Semiotics and artmetrics* (pp. 278—297). Moscow: Mir. (In Russ.).
 9. Смелевич, А.Б., Тхостов, А.Ш., Сыркин, А.Л. и др. (1997). Клинические и психологические аспекты реакции на болезнь (к проблеме нозогений). *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*, 97(2), 4—9. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=29464689> (дата обращения: 05.10.2025)
Smulevich, A.B., Tkhostov, A.Sh., Syrkin, A.L. et al. (1997). Clinical and psychological aspects of reaction to illness (on the problem of nosogeny). *Zhurnal neurologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*, 97(2), 4—9. (In Russ.). URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=29464689> (viewed: 05.10.2025)
 10. Татаурова, С.С. (2009). Актуальные проблемы исследования образа тела. *Психологический вестник Уральского государственного университета*, 8, 142—154. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=25396572> (дата обращения: 05.10.2025)
Tataurova, S.S. (2009). Actual problems of body image research. *Psikhologicheskii vestnik Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta*, 8, 142—154. (In Russ.). URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=25396572> (viewed: 05.10.2025)
 11. Karataş, Ö., Karaman, N.S., Tombak, K., Pota, K., Yapar, D., Yapar, A., Şenköylü, A. (2025). Stigmatization negatively affects exercise compliance in children with adolescent idiopathic scoliosis: A cross-sectional study. *European Spine Journal*, 34, e5262—e5270. <https://doi.org/10.1007/s00586-025-09240-x>
 12. Kireeva, T. (2020). Socio-psychological adaptation and self-attitude of adolescents with scoliosis. *International Research Journal*, 11(101), article № 59. <https://doi.org/10.23670/IRJ.2020.101.11.059>
 13. Li, X., Huo, Z., Hu, Z., Lam, T. P., Cheng, J. C. Y., Chung, V. C., Yip, B.H.K. (2022). Which interventions may improve bracing compliance in adolescent idiopathic scoliosis? A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 17(7), e0271612. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271612>
 14. Perkins, Z. B., De'Ath, H. D., Sharp, G., Tai, N. R. (2012). Factors affecting outcome after traumatic limb amputation. *British Journal of Surgery*, 99(1), 75—86. <https://doi.org/10.1002/bjs.7766>

15. Rahman, T., Bowen, J. R., Takemitsu, M., Scott, C. (2005). The association between brace compliance and outcome for patients with idiopathic scoliosis. *Journal of Pediatric Orthopaedics*, 25(4), 420—422. <https://doi.org/10.1097/01.bpo.0000161097.61586.bb>
16. Stangl, A.L., Earnshaw, V.A., Logie, C.H., van Brakel, W., Simbayi, L., Barré, I., Dovidio, J.F. (2019). The Health Stigma and Discrimination Framework: a global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC Medicine*, 17(1), article № 31. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1271-3>

Информация об авторах

Анастасия Владимировна Котельникова, доктор психологических наук, доцент кафедры педагогики и медицинской психологии, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет) (ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России» (Сеченовский Университет)), Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9605-557X>, e-mail: pav-kotelnikov@ya.ru

София Михайловна Еремушкина, аспирант, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет) (ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России» (Сеченовский Университет)), Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0311-966X>, e-mail: sofiaer@yandex.ru

Мария Георгиевна Киселева, доктор психологических наук, заведующая кафедрой педагогики и медицинской психологии, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет) (ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России» (Сеченовский Университет)), Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9984-1090>, e-mail: kiseleva_m_g@staff.sechenov.ru

Леонид Давидович Сыркин, доктор психологических наук, доцент кафедры педагогики и медицинской психологии, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет) (ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России» (Сеченовский Университет)), Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8279-7911>, e-mail: syrkinld@mail.ru

Information about the authors

Anastasia V. Kotelnikova, Dr. Sci. (Psychology), Assistant Professor, Assistant Professor of the Department of Pedagogy and Medical Psychology I.M. Sechenov First Mos-

cow State Medical University (Sechenovskiy University), Ministry of Health of Russia, Moscow, Russian Federation ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9605-557X>, e-mail: pav-kotelnikov@ya.ru

Sofia M. Eremushkina, Postgraduate student I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenovskiy University), Ministry of Health of Russia, Moscow, Russian Federation ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0311-966X>, e-mail: sofyaer@yandex.ru

Maria G. Kiseleva, Dr. Sci. (Psychology), Head of the Department of Pedagogy and Medical Psychology I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenovskiy University), Ministry of Health of Russia, Moscow, Russian Federation ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9984-1090>, e-mail: kiseleva_m_g@staff.sechenov.ru

Leonid D. Syrkin, Dr. Sci. (Psychology), Assistant Professor, Assistant Professor of the Department of Pedagogy and Medical Psychology I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenovskiy University), Ministry of Health of Russia, Moscow, Russian Federation ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8279-7911>, e-mail: syrkind@mail.ru

Вклад авторов

Котельникова А.В. — применение статистических, математических или других методов для анализа данных; написание и оформление рукописи; визуализация результатов исследования.

Еремушкина С.М. — планирование исследования; контроль за проведением исследования; сбор и анализ данных; написание и оформление рукописи.

Киселева М.Г. — формулирование идеи исследования; проектирование методологии исследования; критический анализ рукописи, внесение замечаний и исправлений.

Сыркин Л.Д. — формулирование идеи исследования; критический анализ черновика рукописи, внесение замечаний и исправлений.

Все авторы приняли участие в обсуждении результатов и согласовали окончательный текст рукописи.

Contribution of the authors

Anastasia V. Kotelnikova — application of statistical, mathematical or other methods for data analysis, writing and formatting the manuscript, visualization of research results.

Sofia M. Eremushkina — research planning; monitoring of the research process, data collection and analysis, writing and formatting the manuscript.

Maria G. Kiseleva — formulation of the research idea, design of the research methodology, critical analysis of the manuscript, making comments and corrections.

Leonid D. Syrkin — formulation of the research idea, critical analysis of the manuscript draft, making comments and corrections.

All authors participated in the discussion of the results and approved the final text of the manuscript.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Декларация об этике

Исследование было организовано в соответствии с «ГОСТ Р 52379-2005. Национальный стандарт Российской Федерации. Надлежащая клиническая практика» (утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.09.2005 № 232-ст) по результатам одобрения Локального этического комитета ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), протокол №01-25 от 23.01.2025.

Ethics statement

The study was organized in accordance with GOST R 52379-2005 «National Standard of the Russian Federation. Good Clinical Practice» (approved by the Order of Rostechregulation dated September 27, 2005 No. 232-st), following the approval of the Local Ethics Committee of the I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University) of the Ministry of Health of Russia, protocol No. 01-25 (report no, 2025/01/23).

Поступила в редакцию 21.10.2025

Received 2025.10.21

Поступила после рецензирования 24.02.2026

Revised 2026.02.24

Принята к публикации 25.02.2026

Accepted 2026.02.25

Опубликована 30.06.2026

Published 2026.06.30