

**ПРИДЪРЖАНЕТО КЪМ МЕДИКАМЕНТОЗНО ЛЕЧЕНИЕ В ПСИХИАТРИЯТА:
СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ НА ТЕОРЕТИЧНИТЕ ОБЯСНИТЕЛНИ МОДЕЛИ.
ПЪРВА ЧАСТ: КОНЦЕПТУАЛНИ, МУЛТИДИМЕНСИОНАЛНИ И
СОЦИАЛНОКОГНИТИВНИ ПОДХОДИ**

Кирил Зърлевски,

магистър по клинична психология, Софийски университет „Св. Климент Охридски“

Резюме. *Настоящата студия е първа част от комплексния сравнителен анализ на теоретичните обяснителни модели на придържането към медикаментозно лечение в психиатрията. В нея се разглежда еволюцията на понятията от съгласие с лечението към придържане и терапевтична съгласуваност, както и приложимостта на мултидименсионалната рамка на Световната здравна организация, Модела на здравните убеждения и Теорията на планираното поведение. Акцентът е поставен върху начина, по който тези подходи обясняват прехода от пасивно участие на пациента към активно и реално терапевтично поведение. Първата част е концептуалната основа на анализа, представена чрез по-общи модели на здравното поведение в медицината, психиатрията, клиничната и здравната психология, а във втората част се представят допълнителни модели, които обхващат субективните представи за болестта, убежденията относно медикаментите, поведенческата промяна, терапевтичния алианс и споделеното вземане на решения.*

Ключови думи: *психиатрия; психични разстройства; съгласие с лечението; придържане към лечението; терапевтична съгласуваност; здравни убеждения; намерение за поведение; мултидименсионална рамка; Модел на здравните убеждения; Теория на планираното поведение.*

**MEDICATION ADHERENCE IN PSYCHIATRY: A COMPARATIVE ANALYSIS OF
THEORETICAL EXPLANATORY MODELS.
PART ONE: CONCEPTUAL, MULTIDIMENSIONAL, AND SOCIOCOGNITIVE
APPROACHES**

Kiril Zarlevski,

M.Sc. in Clinical Psychology, Sofia University “St. Kliment Ohridski”

Abstract. *The present study constitutes the first part of a comprehensive comparative analysis of theoretical explanatory models of medication adherence in psychiatry. It examines the conceptual evolution from compliance to adherence and concordance, as well as the applicability*

of the World Health Organization's multidimensional framework, the Health Belief Model, and the Theory of Planned Behavior. Particular emphasis is placed on the ways in which these approaches explain the transition from passive patient participation to active and actual therapeutic behavior. The first part provides the conceptual foundation of the analysis through broader models of health behavior in medicine, psychiatry, clinical psychology, and health psychology. The second part presents additional models addressing subjective representations of illness, beliefs about medication, behavioral change, the therapeutic alliance, and shared decision-making.

Keywords: *psychiatry; mental disorders; compliance; medication adherence; concordance; health beliefs; behavioral intention; multidimensional framework; Health Belief Model; Theory of Planned Behavior.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Медикаментозното лечение заема централно място в съвременната психиатрична практика. Неговата ефективност се определя както от фармакологичния профил на предписания медикамент, така и от степента и начина на реалното участие на пациента в терапевтичния процес. Именно поради това придържането към лечението се утвърждава като един от ключовите проблеми в психиатрията - проблем, който свързва медицинската интервенция с психологичния и личностния аспект на функционирането на пациента.

Настоящата студия е структурирана в две логически свързани части. Първата част разглежда основите на проблема: еволюцията на понятията от съгласие с лечението към придържане и терапевтична съгласуваност, мултидименсионалната рамка на Световната здравна организация, Модела на здравните убеждения и Теорията на планираното поведение.

Целта на първата част е да изгради основата за сравнителния анализ на теоретичните модели. Тя показва как ранните и класическите обяснителни рамки дефинират основните нива на придържането: ролята на пациента в лечението, системните и социалните фактори, здравните убеждения, намерението за поведение и възприемания контрол. Втората част продължава този анализ чрез модели, които навлизат по-дълбоко в субективното преживяване на болестта, убежденията относно медикаментите, условията за поведенческа промяна и терапевтичното взаимодействие.

ЕВОЛЮЦИЯ НА КОНЦЕПЦИЯТА: ОТ СЪГЛАСИЕ С ЛЕЧЕНИЕТО КЪМ ТЕРАПЕВТИЧНА СЪГЛАСУВАНОСТ

Проблемът за придържането към медикаментозното лечение е тясно свързан с развитието на понятията, чрез които се описва поведението на пациента спрямо предписаната терапия. На пръв поглед термините „съгласие с лечението“, „придържане към лечението“ и „терапевтична съгласуваност“ изглеждат близки по значение, тъй като всички се отнасят до начина, по който пациентът следва назначеното лечение. В теоретичен и практически план обаче това са различни конструкти за обясняване на ролята на пациента, за характера на взаимоотношенията между лекар и пациент и за механизмите, чрез които се изгражда терапевтичното поведение.

Исторически най-рано се утвърждава понятието **„съгласие с лечението“ (compliance)**. В класическите определения то обозначава степента, в която поведението на пациента съответства на медицинските предписания или препоръки (Haynes et al., 1979; Vrijens et al., 2012). В този смисъл акцентът пада върху изпълнението на указанията, а пациентът се разглежда предимно като лице, което трябва да следва назначената терапия. Основният проблем при това понятие е неговата асиметричност. То предполага, че специалистът определя правилния терапевтичен режим, а пациентът има задачата да го изпълни. Когато това не се случи, поведението лесно може да бъде интерпретирано като отказ, неподчинение, липса на дисциплина или недостатъчно съдействие.

Подобно разбиране не отчита в достатъчна степен субективния опит на пациента, неговите убеждения, страхове, преживявания. Част от авторите подчертават, че понятието „съгласие с лечението“ има нормативна и патерналистична конотация, тъй като поставя основната отговорност върху пациента и пренабрегва процесите на разбиране и приемане на терапевтичния план от страна на пациента (Chakrabarti, 2014; Horne et al., 2005).

Понятието **„придържане към лечението“ (adherence)** измества фокуса от пасивното следване на предписанията към по-активното участие на пациента в терапевтичния процес. Световната здравна организация определя придържането като степента, в която поведението на човека - включително приемът на медикаменти, спазването на диета или промяната в начина на живот - съответства на съгласуваните препоръки на здравния специалист (WHO, 2003). Съществена в тази дефиниция е идеята за „съгласувани

препоръки“. Тя показва, че лечението е терапевтичен план, който трябва да бъде разбран, приет и да може практически да се осъществи от страна на пациента.

Така понятието „придържане“ въвежда по-балансирано разбиране за поведението на пациента. То допуска, че неприемането или прекъсването на медикаментите не винаги е съпротива или незаинтересованост. В някои случаи то може да бъде резултат от забравяне, недостатъчно разбиране на режима, когнитивни затруднения, липса на подкрепа или проблеми в достъпа до здравни грижи. В други случаи непридържането може да бъде съзнателно решение, свързано с опасения от странични ефекти, съмнения в необходимостта от медикамента, негативен предходен опит или различна интерпретация на диагнозата. Поради това разграничението между несъзнателно и съзнателно непридържане има важно значение за клиничната оценка и за избора на интервенции (Chakrabarti, 2014; Horne et al., 2005).

Още по-широка концептуална рамка се съдържа в понятието „**терапевтична съгласуваност**“ (**concordance**). То се свързва с прехода от по-традиционния биомедицински модел към модел на договаряне и партньорство между пациента и специалиста (Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, 1997). Означава процес на професионално информирано договаряне, при който медицинската експертиза и субективната перспектива на пациента изграждат общ терапевтичен план.

Важно е да се подчертае, че докато първите две понятия описват предимно поведението на пациента спрямо терапията, терапевтичната съгласуваност се отнася до характера на взаимодействието между пациента и специалиста (Bell et al., 2007). Това е процеса на консултиране, обсъждане на терапевтичните възможности, признаване на убежденията на пациента и съвместно формулиране на терапевтични цели. Терапевтичната съгласуваност е модел на клинично взаимодействие, в рамките на който приемът на медикаменти може да стане по-смислен за пациента и неговото семейство.

Разликата между трите понятия може да бъде представена като спектър от външно изискване към съвместно изграждане на терапевтично поведение. При съгласие с лечението водещ е въпросът *дали* пациентът следва указанията. При придържането към лечението водещ е въпросът *доколко* поведението му съответства на съгласувания терапевтичен режим. При терапевтичната съгласуваност водещ става въпросът *как* този режим е бил обсъден, разбран, приет и интегриран в живота на пациента. Следователно еволюцията на концепцията се състои в промяна в самата философия на лечението - от патерналистичен към по-партньорски и пациент-центриран модел.

МУЛТИДИМЕНСИОНАЛЕН МОДЕЛ НА СВЕТОВНАТА ЗДРАВНА ОРГАНИЗАЦИЯ

Един от най-значимите опити за систематизиране на факторите, които влияят върху придържането към лечението, е мултидименсионалният модел на Световната здравна организация. В доклада *Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action* придържането се разглежда като сложно поведение, определяно от множество взаимодействащи си фактори (WHO, 2003).

Моделът съдържа пет основни измерения на придържането: социално-икономически фактори, фактори, свързани със здравната система и терапевтичния екип, фактори, свързани със заболяването, фактори, свързани с терапията, и фактори, свързани с пациента (WHO, 2003). Същественото в този модел е, че се акцентира върху способността на пациента да следва лечението и че приема на медикаменти се влияе от множество фактори.

Първото измерение в модела са социално-икономическите фактори. Те включват бедност, нисък социален статус, ограничен достъп до здравни услуги, трудности при закупуване на медикаменти, липса на транспорт, нестабилни жилищни условия, безработица, социална изолация и недостатъчна подкрепа от семейството или общността (WHO, 2003). При психиатричните пациенти тези фактори често водят до непридържане към лечението.

Социалната среда е потенциален фактор за саботиране на лечението. Отношението на семейството към заболяването и медикаментите може да улеснява или да затруднява придържането. Негативното, враждебното или обезценяващото отношение може да засили съпротивата на пациента, докато стабилната подкрепа и адекватното разбиране на заболяването могат да подпомогнат приемането на терапията.

Второто измерение включва факторите, свързани със здравната система и терапевтичния екип. Световната здравна организация подчертава, че недостатъчно развитите услуги, кратките консултации, слабата възможност за проследяване, недостатъчното обучение на специалистите по въпросите на придържането и липсата на системна подкрепа могат да имат отрицателно въздействие върху терапевтичното поведение на пациента (WHO, 2003).

Психиатричното лечение по своята същност е продължително и изисква дългосрочен контакт между пациента и специалистите. Изписването от стационар без достатъчно проследяване и координация между болнична и извънболнична помощ могат да увеличат риска от прекъсване на терапията.

Терапевтичният екип е активен фактор в изграждането на придържането. Начинът, по който се обяснява диагнозата и терапевтичната схема може да има решаващо значение за това дали терапевтичният план ще бъде приет. Експертните препоръки за пациенти с тежки и персистиращи психични заболявания се състоят в това, че придържането трябва да се оценява системно, а интервенциите трябва да бъдат съобразени с конкретните причини за непридържане при отделния пациент (Velligan et al., 2009).

Това означава, че универсални и еднотипни инструкции не са подходящи - необходима е индивидуализирана клинична работа, насочена към реалните предизвикателства пред лечението.

Третото измерение се отнася до факторите, свързани със самото заболяване. В психиатрията те включват тежестта и хода на психичното разстройство, наличието на психотична симптоматика, афективна дисрегулация и когнитивни нарушения, коморбидност, суициден риск и степен на критичност към заболяването. Ниската или променящата се критичност към болестта е един от най-съществените клинични фактори за непридържане към медикаментозно лечение. Когато пациентът не възприема преживяванията си като симптоми на разстройството, медикаментите могат да изглеждат ненужни или дори заплашителни.

Съвременните систематични обзори също потвърждават, че непридържането към лечението е свързано с множество клинични и психосоциални фактори. В систематичен обзор и метаанализ Semahegn et al. (2020) посочват, че при пациенти с тежки психични разстройства непридържането се асоциира най-силно с липсващ инсайт и негативни нагласи към медикаментите.

Четвъртото измерение включва факторите, свързани с терапията. В общомедицински план това са продължителността на лечението, сложността на режима, броят на медикаментите, честотата на прием, забавеното настъпване на терапевтичен ефект и нежеланите лекарствени реакции (WHO, 2003).

Психиатричните лекарства могат да бъдат преживявани от пациента като вещества, които променят емоциите, мисленето, поведението, телесното усещане и Аз-концепцията. Поради това страничните ефекти като седация, напълняване, екстрапирамидна симптоматика, сексуална дисфункция, емоционално притъпяване или когнитивно забавяне могат да имат силно отрицателно влияние върху готовността за продължаване на лечението.

Особено важно е, че при част от психичните разстройства субективната полза от медикамента може да бъде неясна за пациента. Например пациентът може да свързва подобрението с „естествено преминаване“ на състоянието или с външни обстоятелства. В такива случаи стабилизирането може парадоксално да доведе до убеждението, че медикаментите вече не са необходими. Този механизъм е често срещан при поддържащо лечение след психотичен епизод, при биполарно афективно разстройство или при депресивни разстройства с рецидивиращ ход.

Петото измерение включва факторите, свързани с пациента. Тук попадат знанията за заболяването и лечението, убежденията относно медикаментите, очакванията, мотивацията, емоционалните реакции, предходният терапевтичен опит, способността за саморегулация, паметта, организационните умения и готовността за участие в лечебния процес (WHO, 2003). В психиатрията това измерение трябва да се разглежда много внимателно, защото съществува риск личностните фактори да бъдат интерпретирани като упорство, несъдействие, безотговорност и др. Задълбоченият клиничен подход изисква да се изследва как пациентът разбира заболяването си, какъв смисъл придава на медикаментите и какви страхове или опасения свързва с тях.

Моделът представлява широка класификационна рамка, но не обяснява в дълбочина психологичните механизми, чрез които пациентът взема решение дали да приема медикаментите. С този модел се акцентира върху значението на изброените фактори, но трудно се описва как те се организират в субективната система на пациента.

Фундаменталното му значение за теоретичното разбиране на придържането към медикаментозно лечение в психиатрията е огромно. Подобен тип мислене позволява да се избегне обвинителното отношение към пациента и поставя придържането в по-широк контекст, включващ както заболяването и медикаментозната терапия, така и личността на пациента, терапевтичния екип, социалните и икономическите фактори.

МОДЕЛ НА ЗДРАВНИТЕ УБЕЖДЕНИЯ

Моделът на здравните убеждения (Health Belief Model) е един от класическите социалнокогнитивни модели за обяснение на здравното поведение. Той възниква в областта на общественото здраве и първоначално е насочен към обяснение на това защо хората приемат или отхвърлят профилактични здравни действия, дори когато тези действия са достъпни и медицински препоръчани (Rosenstock, 1966; 1974).

По-късно моделът е разширен и прилаган към широк кръг здравни поведения, включително участие в скрининг, ваксинации, промяна в начина на живот, спазване на медицински препоръки и придържане към медикаментозно лечение (Janz & Becker, 1984; Rosenstock et al., 1988).

В българската литература моделът също се разглежда като една от основните теоретични рамки за анализ на здравното поведение и за планиране на интервенции, насочени към промяна на здравословните навици (Петкова, 2014; Бончева & Докова, 2019; Калоянова & Михайлов, 2021).

Основната идея на модела е, че здравното поведение зависи от начина, по който човек субективно възприема заболяването, риска, ползите от лечението и препятствията пред неговото изпълнение. Пациентът реагира според собствената си интерпретация на ситуацията. Именно поради това моделът често се прилага като обяснителен за проблема „придържане към медикаментозно лечение“, защото субективната оценка на заболяването и лечението има решаващо значение за реалното терапевтично поведение.

Класическата структура на модела включва няколко основни компонента: убеждения относно **податливостта** (*уязвимостта*) към определена болест, убеждения относно **сериозността** (*тежестта*) на определена болест, убеждения относно **цената и ползите** от определено здравно действие (в материален, психологичен, социален и чисто соматичен план), убеждения относно **ефикасността** на определено здравно действие (Христова, 2007).

В по-късните версии към тези компоненти се добавя и **самоефикасността**, т.е. убеждението на човека, че е способен да осъществи необходимото здравно поведение (Rosenstock et al., 1988). Моделът може да се приложи към теорията за медикаментозното лечение като се изследват въпросите доколко пациентът смята, че състоянието му може да се влоши ако не приема медикаментите (податливост); доколко възприема екзацербацията и декомпенсацията като сериозни (сериозност); доколко вярва, че медикаментите могат да

предотвратят рецидив или да стабилизират състоянието (цена и ползи); какви външни или вътрешни фактори го подтикват да следва лечението (ефикасност); и доколко се чувства способен да поддържа терапевтичния режим във времето (самоефикасност).

Убежденията относно уязвимостта се отнасят до субективната оценка на пациента за вероятността заболяването да продължи, да се обостри или да рецидивира. В психиатрията този компонент е тясно свързан с инсайта. Пациент, който не възприема преживяванията си като симптоми на психично разстройство, трудно може да оцени себе си като уязвим към рецидив. При психотични разстройства, маниен синдром, зависимости или тежки личностови разстройства рискът от подценяване на разстройството е особено изразен. В такъв случай медикаментозното лечение може да изглежда ненужно, защото самата предпоставка за лечение - наличието на заболяване или риск от влошаване - не е достатъчно приета от пациента.

Убежденията относно сериозността на заболяването обозначава оценката на пациента за тежестта на разстройството и за последиците от евентуално влошаване. В психиатрията това включва страха от симптоми, последиците за личното, семейното, професионалното и социалното функциониране и др. Рецидивът може да бъде възприет като рехоспитализация, загуба на работа, конфликт с близките, социална изолация или загуба на автономност. Понякога тези рискове може да не са достатъчно осъзнати или да бъдат отричани. В такъв случай възниква съществено разминаване между клиничната оценка на специалиста и субективното възприятие на пациента, който може да определя риска като минимален или несъществуващ.

Убежденията относно цената и ползите се отнасят до убеждението, че медикаментозното лечение има реален смисъл и може да доведе до желан резултат. Това включва нагласата, че медикаментите намаляват симптомите, предпазват от рецидив, ограничават риска от хоспитализация, подобряват съня, стабилизират настроението, намаляват тревожността или позволяват по-добро социално функциониране. Когато пациентът свързва медикаментите с конкретна и лично значима полза, вероятността за придържане се увеличава. Обратно, когато медикаментът се преживява като чуждо, наложено или безсмислено средство, придържането остава нестабилно.

Убежденията относно ефикасността на определено здравно поведение се отнасят до степента, в която пациентът приема, че конкретното терапевтично поведение е

действително способно да повлияе заболяването. В контекста на медикаментозното лечение това означава пациентът да вярва, че редовният прием има реална връзка със стабилизирането на състоянието. Част от пациентите могат да не свързват настъпилото подобрене с действието на медикаментите, а да го обясняват с преминаване на кризата, промяна в обстоятелствата, собствена воля или външни фактори.

В такива случаи медикаментозното лечение се възприема като формално и случайно, а съществуват и ситуации, в които се определя като ирелевантно спрямо реалното възстановяване. Обратно, когато пациентът разбира връзката между редовния прием на медикаментите и поддържането на психичното равновесие, терапевтичното поведение придобива смисъл, цел и значение. Неизбежно е споменаването на проблема за т.нар. *здравен локус на контрол* и въпроса „Кой контролира здравето?“ - медицинският персонал или пациента (външен и вътрешен локус на контрол). Проф. Савова пише, че хората действат в съответствие със здравните си убеждения и ако се окаже, че някои от тях са погрешни, не е толкова лесно те да бъдат отменени и/или променени (Савова, 2015; Петкова, 2014).

Самоефикасността се отнася до убеждението на пациента, че е способен реално да изпълнява терапевтичния режим. Този компонент е особено важен при пациенти с когнитивни затруднения и ограничена социална подкрепа. Дори когато пациентът приема, че медикаментите са необходими и полезни, той може да не успява да ги приема последователно поради забравяне, нарушен дневен режим, липса на структура, недостатъчна подкрепа или затруднен достъп до медикаменти.

Приложението на модела към психиатричната практика има дълга традиция. Kelly et al. (1987) използват Модела на здравните убеждения при психиатрични амбулаторни пациенти, приемащи антипсихотична терапия, и показват, че здравните убеждения могат да бъдат полезна рамка за разбиране на терапевтичното поведение. По-късно Fenton et al. (1997) описват модифициран модел на здравните убеждения при шизофрения, в който емпиричните данни за непридържането се разглеждат през взаимодействието между психопатологията, психофармакологията, социалната подкрепа, злоупотребата с вещества и терапевтичния алианс. Този подход показва, че моделът може да бъде адаптиран към клиничните особености на психичните разстройства.

Baloush-Kleinman et al. (2011) изследват придържането към антипсихотично лечение при пациенти с ранен епизод на шизофрения в шестмесечно проследяване и разглеждат придържането през призмата на възприеманите ползи, разходи, уязвимост и сериозност на последиците. Това е важно, защото в началните фази на психотичното разстройство пациентът може да не осъзнава риска от рецидив, а страничните ефекти и преживяването за стигма могат да бъдат по-значими от медицинската полза от лечението.

Съвременни изследвания също потвърждават значението на модела при обяснението на отношението към антипсихотичното лечение. Wiesjahn et al. (2014) разработват модел на нагласите и придържането към антипсихотична медикация, основан върху този модел. Авторите показват, че нагласите към медикаментите са резултат от оценката на ползите и разходите от лечението, а тези нагласи от своя страна са свързани с реалното придържане. Този подход включва отделни фактори и процеси, чрез които пациентът формира отношението си към медикаментите.

От клинична гледна точка моделът може да бъде полезен за специалиста по отношение на конкретни въпроси, които могат да бъдат използвани при *оценка на риска от непридържане*:

- Как пациентът разбира заболяването си?
- Смята ли, че може да се влоши без лечение?
- Какво мисли, че ще се случи, ако спре медикаментите?
- Какви ползи очаква от лечението?
- Какви странични ефекти или опасения го притесняват?
- Какво му помага да приема медикаментите редовно?
- Какво му пречи?
- Чувства ли се способен да следва режима?

Тези въпроси позволяват непридържането да бъде разгледано като резултат от определена система от убеждения, преживявания и практически условия.

Моделът на здравните убеждения има и определени ограничения. Той е предимно социално-когнитивен модел и поради това може да подцени ролята на несъзнаваните преживявания и емоционалната амбивалентност. Психиатричните пациенти не винаги вземат решението си за лечение чрез рационална оценка на ползите и бариерите. Понякога поведението се определя от психотични убеждения, депресивна симптоматика,

хипоманийни или манийни симптоми, травматичен опит с институции или преживяване за принуда. Въпреки тези ограничения, Моделът на здравните убеждения предлага добра перспектива за обяснение на придържането към медикаментозно лечение.

ТЕОРИЯ НА ПЛАНИРАНОТО ПОВЕДЕНИЕ

Теорията на планираното поведение (Theory of Planned Behavior) е един от най-влиятелните модели за обяснение на човешкото поведение. Тя е разработена от Ajzen като разширение на теорията на обмисленото действие, формулирана от Fishbein и Ajzen (Fishbein & Ajzen, 1975). Основното допълнение в теорията на планираното поведение е включването на възприятията за поведенчески контрол като самостоятелен фактор, който влияе както върху намерението за извършване на дадено поведение, така и при определени условия върху самото поведение (Ajzen, 1991; Ajzen & Madden, 1986). По този начин моделът се стреми да обясни какво човек мисли за дадено поведение и доколко смята, че има реална възможност да го осъществи.

Теорията приема, че непосредственият предиктор на поведението е **намерението за поведение**. Намерението се формира от три основни компонента: нагласа към поведението, субективна норма и възприятия за поведенчески контрол (Ajzen, 1991). *Нагласата към поведението* обозначава положителната или отрицателната оценка на човека относно извършването на конкретното действие. *Субективната норма* отразява възприятията за социално очакване - т.е. доколко значимите други одобряват или не одобряват поведението. *Възприятията за поведенчески контрол* се отнасят до убеждението на индивида, че разполага с необходимите възможности и ресурси да осъществи поведението въпреки наличието на трудности или предизвикателства.

В българската психологична литература теорията на планираното поведение се разглежда като част от социалнокогнитивните модели на здравното поведение. Петров (2010) подчертава, че социалнокогнитивните модели изследват факторите, които обуславят поведението и поведенческите намерения, като поставят индивида едновременно в личностен, междуличностен и социален контекст.

Приложена към придържането, теорията на планираното поведение отговаря на въпроса дали пациентът има намерение да ги приема и как се формира това намерение. Пациентът може да знае, че лечението е препоръчано, но това знание не гарантира

пълноценно спазване на терапевтичната схема. За да се формира намерение за прием на медикаменти, е необходимо пациентът да има относително благоприятна нагласа към лечението, да получава подкрепа или положително очакване от значимите други и да се чувства способен да следва терапевтичния режим.

Нагласата към медикаментозното лечение включва оценката на пациента за това дали приемът на медикаменти е полезен, необходим, приемлив, безопасен и съвместим с личните му цели. От една страна, пациентът може да признава, че медикаментите стабилизират настроението, намаляват тревожността, безсънието, халюцинаторните преживявания или налудните идеи. От друга страна, той може да свързва лечението с промяна в личността. Когато отрицателната оценка на медикаментите надделява над възприеманата полза, намерението за придържане отслабва, дори когато специалистът оценява лечението като необходимо.

Субективната норма включва възприемането на пациента за това какво очакват от него лекарят, семейството, партньорът, приятелите, социалните работници или други значими фигури. При пациенти с тежки психични разстройства семейството има активна роля в организирането на лечението. Тази роля може да бъде подкрепяща, но може и да бъде преживявана като натиск и контрол. Затова субективната норма е едновременно форма на социална подкрепа, но и начин, по който пациентът преживява социалните очаквания към своето лечение.

Изследването на Kopelowicz et al. (2007) е едно от реалните приложения на теорията на планираното поведение към медикаментозното придържане при шизофрения. Авторите разработват инструмент за оценка на факторите, свързани с непридържането към антипсихотично лечение, основан върху трите основни компонента на теорията - нагласи към медикаментите, субективни норми и възприет поведенчески контрол. Данните показват, че инструментът има добра вътрешна съгласуваност, тест-ретест надеждност, конвергентна валидност и предиктивна стойност по отношение на намерението за прием на медикаменти и реалното придържане.

По-късно Kopelowicz et al. (2015) използват теорията на планираното поведение като основа за интервенция, насочена към подобряване на придържането към лечение при мексикански американци с шизофрения. Авторите прилагат семейна групов интервенция, фокусирана върху медикаментозното придържане, като проверяват дали подобрението в

придържането зависи от промени в нагласите към медикаментите, субективните норми и възприемания поведенчески контрол. Резултатите показват, че ефектът на интервенцията върху придържането зависи основно от промени в субективните норми, а не толкова от нагласите към медикаментите или възприемания поведенчески контрол. Това е особено важен резултат за психиатрията, защото подчертава ролята на семейството и социалното обкръжение като активни фактори в поддържането на терапевтичното поведение.

Възприятията за поведенчески контрол са свързани с убежденията на пациента, че би могъл да поддържа даден вид поведение като разчита на фактори на вътрешния контрол (напр. умения, способности, информация) и фактори на външния контрол (напр. препятствия, пречки), като и двата вида са свързани с поведение в миналото (Петкова, 2014). В такива случаи проблемът обхваща мотивационните процеси и реалната или възприета възможност за изпълнение на терапевтичния режим.

Теорията на планираното поведение е полезна защото позволява да се обясни как едни и същи медицински препоръки могат да доведат до различно поведение при различни пациенти. Двама пациенти могат да получат еднаква диагноза, сходен медикаментозен режим и идентична информация от лекаря, но да формират различно намерение за прием на медикаменти. При единия пациент нагласата към лечението може да бъде положителна и режимът да изглежда изпълним. При другия медикаментите могат да се възприемат като заплаха и ежедневието да бъде нарушено.

Метаанализът на Rich et al. (2015), посветен на теорията на планираното поведение и придържането при хронични заболявания, показва, че моделът има емпирична подкрепа, но ефектите му са умерени. Теорията обяснява значителна част от вариацията в намерението, но по-малка част от вариацията обяснява реалното поведение. Намерението за прием на медикаменти не винаги се превръща в реално придържане, особено когато са налице психотични симптоми. Теорията е полезна за разбиране на мотивационната структура на поведението.

При анализа на нагласата специалистът може да изследва как пациентът оценява медикаментите: като полезни, вредни, ненужни, опасни, стабилизиращи или ограничаващи. При анализа на субективната норма може да се изследва кои хора влияят върху решението за лечение и как пациентът преживява това влияние. При анализа на възприемания контрол може да се оцени дали пациентът има достатъчно умения, подкрепа, достъп и организация,

за да приема медикаментите редовно. Така теорията подпомага клиничната работа за по-прецизно изследване на конкретните психологични и социални детерминанти на поведението.

Въпреки практико-приложните си аспекти теорията се основава върху относително рационална връзка между убеждения, намерения и поведение. При психиатрични пациенти обаче тази връзка може да бъде нарушена от психопатологични преживявания. Освен това теорията не разглежда достатъчно дълбоко структурните бариери пред лечението.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Първата част на студията акцентира върху придържането към медикаментозно лечение като конструкт, който е претърпял значителен преход от пасивен модел на съгласие с лечението към по-активно разбиране за пациента като участник в терапевтичния процес. Тази промяна има терминологично, но и етично значение, защото поставя въпроса за ролята на пациента във взаимоотношенията между него и лекуващия го лекар.

Мултидименсионалната рамка на Световната здравна организация разширява анализа, като изследва формирането на придържането под влияние на социално-икономически, личностни и други фактори. Моделът на здравните убеждения и Теорията на планираното поведение допълват тази рамка и това позволява анализ на субективната оценка на риска, ползите, бариерите, социалните очаквания, намерението и възприемания контрол върху поведението.

Тези модели обаче очертават само първото аналитично ниво на проблема. Те обясняват важни аспекти на терапевтичното поведение, но не изчерпват начина, по който пациентът преживява болестта, осмисля медикаментите, справя се с амбивалентността и изгражда доверие към специалистите. Именно тези въпроси са предмет на втората част, в която анализът обхваща субективните представи за болестта, рамката „необходимост-опасения“, модела „способност-възможност-мотивация-поведение“, терапевтичния алианс, споделеното вземане на решения и интегративното разбиране на придържането.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

- Бончева, П., & Докова, К. (2019). Промоция на здравето: модели за подкрепа на здравословно поведение. В Втора конференция с международно участие „Здравните грижи - принос за качество на живот“ (с. 53-59). Медицински университет - Варна.
- Калоянова, К., & Михайлов, Н. (2021). Модели на поведение за подобряване на здравословните навици на обществото и пациентите. Здравна икономика и мениджмънт, 21(1), 24-36.
- Петкова, М. (2014). Психология в медицината. ИК „Кота“.
- Петров, Д. (2010). Когнитивни и социокогнитивни модели за саморегулация на протективното сексуално поведение. Годишник на Софийския университет „Св. Климент Охридски“. Философски факултет. Книга Психология, 100, 257-272.
- Савова, З. (2015). Медицинска психология. МОИТ ООД.
- Христова, В. (2007). Основи на лечебната комуникация. В Николова, С., Маринов, П. (ред.). Психиатрия, психология и психотерапия. ИК „Горекс-Прес“.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50(2), 179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Ajzen, I., & Madden, T. J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. Journal of Experimental Social Psychology, 22(5), 453-474. [https://doi.org/10.1016/0022-1031\(86\)90045-4](https://doi.org/10.1016/0022-1031(86)90045-4)
- Balouch-Kleinman, V., Levine, S. Z., Roe, D., Shnutt, D., Weizman, A., & Poyurovsky, M. (2011). Adherence to antipsychotic drug treatment in early-episode schizophrenia: A six-month naturalistic follow-up study. Schizophrenia Research, 130(1-3), 176-181. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.04.030>
- Bell, J. S., Airaksinen, M. S., Lyles, A., Chen, T. F., & Aslani, P. (2007). Concordance is not synonymous with compliance or adherence. British Journal of Clinical Pharmacology, 64(5), 710-711. https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2007.02971_1.x
- Chakrabarti, S. (2014). What's in a name? Compliance, adherence and concordance in chronic psychiatric disorders. World Journal of Psychiatry, 4(2), 30-36. <https://doi.org/10.5498/wjp.v4.i2.30>

- Fenton, W. S., Blyler, C. R., & Heinssen, R. K. (1997). Determinants of medication compliance in schizophrenia: Empirical and clinical findings. *Schizophrenia Bulletin*, 23(4), 637-651. <https://doi.org/10.1093/schbul/23.4.637>
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Addison-Wesley.
- Haynes, R. B., Taylor, D. W., & Sackett, D. L. (Eds.). (1979). *Compliance in health care*. Johns Hopkins University Press.
- Horne, R., Weinman, J., Barber, N., Elliott, R., & Morgan, M. (2005). *Concordance, adherence and compliance in medicine taking*. National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation.
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1-47. <https://doi.org/10.1177/109019818401100101>
- Kelly, G. R., Mamon, J. A., & Scott, J. E. (1987). Utility of the Health Belief Model in examining medication compliance among psychiatric outpatients. *Social Science & Medicine*, 25(11), 1205-1211. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(87\)90367-4](https://doi.org/10.1016/0277-9536(87)90367-4)
- Kopelowicz, A., Wallace, C. J., Liberman, R. P., Aguirre, F., Zarate, R., & Mintz, J. (2007). The use of the Theory of Planned Behavior to predict medication adherence in schizophrenia. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 1(3), 227-242.
- Kopelowicz, A., Zarate, R., Wallace, C. J., Liberman, R. P., Lopez, S. R., & Mintz, J. (2015). Using the theory of planned behavior to improve treatment adherence in Mexican Americans with schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(5), 985-993. <https://doi.org/10.1037/a0039346>
- Rich, A., Brandes, K., Mullan, B., & Hagger, M. S. (2015). Theory of planned behavior and adherence in chronic illness: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(4), 673-688. <https://doi.org/10.1007/s10865-015-9644-3>
- Rosenstock, I. M. (1966). Why People Use Health Services. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3), 94-127. <https://doi.org/10.2307/3348967>
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335. <https://doi.org/10.1177/109019817400200403>

- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183. <https://doi.org/10.1177/109019818801500203>
- Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. (1997). From compliance to concordance: Achieving shared goals in medicine taking. Royal Pharmaceutical Society of Great Britain.
- Semahegn, A., Torpey, K., Manu, A., Assefa, N., Tesfaye, G., & Ankomah, A. (2020). Psychotropic medication non-adherence and its associated factors among patients with major psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 9, Article 17. <https://doi.org/10.1186/s13643-020-1274-3>
- Velligan, D. I., Weiden, P. J., Sajatovic, M., Scott, J., Carpenter, D., Ross, R., & Docherty, J. P. (2009). The expert consensus guideline series: Adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70(Suppl. 4), 1-46.
- Vrijens, B., De Geest, S., Hughes, D. A., Przemyslaw, K., Demonceau, J., Ruppar, T., Dobbels, F., Fargher, E., Morrison, V., Lewek, P., Matyjasczyk, M., Mshelia, C., Clyne, W., Aronson, J. K., Urquhart, J., & ABC Project Team. (2012). A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 73(5), 691-705. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2012.04167.x>
- Wiesjahn, M., Jung, E., Lamster, F., Rief, W., & Lincoln, T. M. (2014). Explaining attitudes and adherence to antipsychotic medication: The development of a process model. *Schizophrenia Research and Treatment*, 2014, Article 341545. <https://doi.org/10.1155/2014/341545>
- World Health Organization. (2003). Adherence to long-term therapies: Evidence for action. World Health Organization.