

**ПРИДЪРЖАНЕТО КЪМ МЕДИКАМЕНТОЗНО ЛЕЧЕНИЕ В ПСИХИАТРИЯТА:
СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ НА ТЕОРЕТИЧНИТЕ ОБЯСНИТЕЛНИ МОДЕЛИ.
ВТОРА ЧАСТ: СУБЕКТИВНИ, ПОВЕДЕНЧЕСКИ И МЕЖДУЛИЧНОСТНИ
ПОДХОДИ**

Кирил Зърлевски,

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

Резюме. *Настоящата студия е втора част от комплексния сравнителен анализ на теоретичните обяснителни модели на придържането към медикаментозно лечение в психиатрията. Тя продължава анализа, започнат в първата част, в която бяха разгледани еволюцията на конструкта, многоизмерната рамка на Световната здравна организация, Моделът на здравните убеждения и Теорията на планираното поведение. Втората част се фокусира върху модели, които задълбочават разбирането за субективната, поведенческата и междуличностната страна на придържането: Модела на субективните представи за болестта, рамката „необходимост-опасения“, модела „способност - възможност - мотивация - поведение“, терапевтичният алианс и споделеното вземане на решения. В заключение се предлага интегративен сравнителен синтез, според който придържането се разбира като динамичен процес на взаимодействие между клиничното състояние, личните убеждения, преживяванията на пациента, терапевтичната връзка, социалната среда и условията за реално изпълнение на терапевтичния план.*

Ключови думи: *психиатрия; придържане към лечението; субективни представи за болестта; убеждения относно медикаментите; Necessity-Concerns Framework; COM-B; терапевтичен алианс; споделено вземане на решения; пациент-центрирана грижа.*

**MEDICATION ADHERENCE IN PSYCHIATRY: A COMPARATIVE ANALYSIS OF
THEORETICAL EXPLANATORY MODELS.
PART TWO: SUBJECTIVE, BEHAVIORAL, AND INTERPERSONAL APPROACHES**

Kiril Zarlevski,

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

Abstract. *The present study constitutes the second part of a comprehensive comparative analysis of theoretical explanatory models of medication adherence in psychiatry. It continues the analysis initiated in the first part, which examined the evolution of the construct, the World Health Organization’s multidimensional framework, the Health Belief Model, and the Theory of Planned Behavior. The second part focuses on models that deepen the understanding of the subjective, behavioral, and interpersonal dimensions of adherence: the Common-Sense Model of*

Illness Representations, the Necessity-Concerns Framework, the Capability-Opportunity-Motivation-Behavior model, the therapeutic alliance, and shared decision-making. In conclusion, an integrative comparative synthesis is proposed, according to which adherence is understood as a dynamic process arising from the interaction among the clinical condition, personal beliefs, the patient's lived experiences, the therapeutic relationship, the social environment, and the conditions enabling the actual implementation of the treatment plan.

Keywords: *psychiatry; medication adherence; illness representations; beliefs about medication; Necessity-Concerns Framework; COM-B; therapeutic alliance; shared decision-making; patient-centered care.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Настоящата студия продължава сравнителния анализ на теоретичните обяснителни модели на придържането към медикаментозно лечение в психиатрията. В първата част бяха разгледани развитието на конструкта, мултидименсионалната рамка на Световната здравна организация, Моделът на здравните убеждения и Теорията на планираното поведение. Тези подходи представят основните концептуални и социалнокогнитивни нива на проблема.

Втората част измества фокуса към по-дълбоките субективни, поведенчески и междуличностни механизми на придържането. Тук централно място заемат начинът, по който пациентът осмисля болестта си, убежденията му относно необходимостта и опасенията от медикаментите, реалните условия за осъществяване на терапевтичното поведение, както и качеството на терапевтичния алианс и споделянето вземане на решения.

Целта на втората част е да разшири и завърши анализа чрез модели, които свързват вътрешния свят на пациента с терапевтичното взаимодействие. Така двете части на студията образуват обща аналитична рамка: първата изгражда теоретичната и социалнокогнитивната основа, а втората субективно-поведенческата и междуличностна перспектива.

МОДЕЛ НА СУБЕКТИВНИТЕ ПРЕДСТАВИ ЗА БОЛЕСТТА

Моделът на субективните представи за болестта (Common-Sense Model of Self-Regulation) е една от най-влиятелните теоретични рамки в психологията на здравето за обяснение на начина, по който човек възприема, интерпретира и регулира поведението

си при наличие на заболяване. В българския език понятието може да бъде преведено като „модел на субективните представи за болестта“, тъй като буквалният превод „модел на здравия разум за саморегулация“ не отразява клинично-психологичния смисъл на конструкта. Моделът изхожда от предпоставката, че поведението на пациента зависи от представата му за разстройството - каква е причината, довела до възникването му, осъзнаване на тежестта и хода на разстройството, контрола, който може да има върху него, крайния изход и смисъла на симптомите (Leventhal et al., 1980; Leventhal et al., 2016).

Смята се, че основоположници на модела са Leventhal, Meyer и Nerenz, които разглеждат пациента като активен субект, изграждащ когнитивна и емоционална репрезентация на здравната заплаха (Leventhal et al., 1980). По-късно Leventhal et al. (1992) развиват тази рамка като модел на саморегулацията, при който субективните представи за заболяването регулират избора на стратегии за справяне, а резултатите от тези стратегии се оценяват и могат да доведат до промяна в поведението. В съвременната си версия моделът се разглежда като динамична рамка за разбиране на саморегулацията при заболяване, в която възприятието на симптомите, емоционалната реакция, когнитивната оценка, поведението и обратната връзка се намират в постоянна взаимовръзка (Leventhal et al., 2016).

Моделът включва няколко основни измерения на субективната представа за болестта. Първото е **идентичността на разстройството** - т.е. симптомите и преживяванията, които пациентът свързва с него. Второто е **причината за разстройството** - обяснението, което пациентът дава за възникването му. Третото е **временната рамка** - дали разстройството се възприема като остро, хронично, циклично или преходно. Четвъртото измерение са **последствията** - очакваното влияние на разстройството върху живота на пациента. Петото е **контрол/лечение** - доколко пациентът вярва, че заболяването може да бъде контролирано чрез лични усилия или чрез лечение. В по-късните версии на модела се добавят и измерения като разбиране на болестта, емоционална реакция и ефективност на лечението (Moss-Morris et al., 2002; Hagger & Orbell, 2003).

На практика, ако пациентът възприема симптомите си като част от заболяване, което има риск от хроничен ход или рецидив, медикаментозното лечение може да се превърне в необходимо средство за стабилизиране. Ако обаче пациентът не свързва преживяванията си с психично разстройство, а ги интерпретира като реакция на външни обстоятелства, междуличностен конфликт, духовно преживяване, несправедливо

отношение или чуждо въздействие, медикаментите могат да изглеждат като „отрова“, „извънземно въздействие“, „опит за убийство“, „контрол на Бог“, „политическа намеса“ и др.

При соматичните заболявания пациентът обикновено свързва болестта с телесни симптоми или лабораторни показатели. При психичните разстройства симптомите засягат мисленето, възприятията, емоциите, поведението, саморефлексията и отношенията с другите. Поради това пациентът може да не разпознае симптомите като болестни. Например халюцинаторните преживявания могат да бъдат възприемани като реални външни гласове; налудните идеи - като достоверно знание; загубата на смисъл - като реалистична оценка на живота; напливът на енергия - като възстановяване или лична сила. В такива случаи медикаментозното лечение не се вписва в субективната представа за проблема и придържането се дестабилизира.

Обяснението на пациента на *причината за разстройството* заема централно място в психиатрията. Ако причината се възприема като биологична или свързана с психично разстройство, медикаментозното лечение може да бъде по-лесно прието. Ако причината се възприема изцяло като външна - например като резултат от конфликт, стрес, чужда намеса или несправедливост - медикаментът може да изглежда неподходящ за разрешаване на проблема. Това не означава, че интерпретацията на пациента няма значение, а че специалистът трябва да разбере как тя организира отношението към лечението. В противен случай терапевтичният план остава съобразен с клиничните показания, но субективно несвързан с начина, по който пациентът разбира състоянието си.

Времевата представа за заболяването е друг важен фактор. При хронични или рецидивиращи психични разстройства медикаментозното лечение има поддържащ характер. Пациентът обаче може да възприема състоянието си като еднократен епизод, вече преодолян проблем или реакция на конкретна житейска ситуация. Ако разстройството се разбира като напълно излекувано, продължаването на медикаментите не е необходимо. Това е често срещан проблем след изписване от психиатричните отделения, когато настъпилото подобрене създава усещане, че пациента се е справил с проблемите и няма нужда от продължаващо лечение. От гледна точка на модела това означава несъответствие между клиничната оценка за риска от рецидив и субективната представа за продължителността на терапията от страна на пациента.

Представата за последиците от заболяването също влияе върху придържането. Осъзнаването на риска от рехоспитализация, загуба на работа, разпад на социални

отношения, изолация или ограничаване на автономността може да засили готовността за редовен прием на медикаментите. Когато тези последици се омаловажават или се изключват от субективната представа за разстройството, терапевтичната мотивация обикновено отслабва. Тук връзката с критичността към заболяването е пряка: ниското ниво на инсайт намалява вероятността пациентът да възприеме лечението като защита срещу бъдещи негативни последици.

Възможността за контрол е едно от най-съществените измерения на модела. Тя включва както личния контрол, така и контрола чрез лечение. Личният контрол се отнася до убеждението, че човек може сам да влияе върху състоянието си чрез поведение, самонаблюдение, избягване на рискови фактори или търсене на помощ. Контролът чрез лечение се отнася до убеждението, че медикаментите и професионалната грижа могат да променят хода на заболяването. В психиатрията тези две форми на контрол могат да бъдат в противоречие. Част от пациентите възприемат медикаментите като помощ за възстановяване на личния контрол; други ги преживяват като отнемане на контрол. Именно тази разлика може да определи дали медикаментозното лечение ще бъде прието като ресурс или отхвърлено като заплаха.

Особено важен принос на модела е разграничението между когнитивните и емоционалните представи за заболяването. Има пациенти, които на рационално ниво разбират диагнозата и препоръките, но емоционално преживяват страх, срам, гняв, вина, безнадеждност или комбинация от тези емоции, по отношение на лечението. В други случаи емоционалната реакция може да бъде по-силна от когнитивното разбиране и да определя поведението. Например пациент, който приема диагнозата, но се срамува от нея, може да избягва приема на медикаменти пред други хора; пациент, който се страхува от странични ефекти, може да намалява дозата; пациент, който преживява лечението като принудително, може да прекъсне терапията при първа възможност. Това показва, че придържането зависи от емоционалните процеси свързани с болестта.

Hagger и Orbell (2003) провеждат метааналитичен обзор на изследванията върху модела и показват, че различните измерения на представите за болестта са свързани с адаптационни механизми, стратегии за справяне и поведение при боледуване. По-късен метаанализ на Hagger et al. (2017) допълнително подкрепя връзката между субективните представи за болестта и здравните резултати. Съвременният концептуален обзор на Hagger et al. (2022) представя модела като рамка, която обяснява как хората възприемат заплахата за здравето, формират планове за действие, оценяват резултатите от поведението си и променят бъдещите си реакции.

Връзката между представите за болестта и придържането към лечение е изследвана и чрез разработването на специализирани инструменти. Ревизираният въпросник за възприятията за болестта (Illness Perception Questionnaire-Revised) оценява основните измерения на модела (Moss-Morris et al., 2002). Краткият въпросник за възприятията за болестта (Brief Illness Perception Questionnaire) е разработен като по-кратка методика за бърза оценка на когнитивните и емоционалните представи за заболяването (Broadbent et al., 2006).

В психиатрията е необходима адаптация за приложението на модела. Lobban et al. (2005a) разработват въпросник за оценка на когнитивните представи за психични проблеми при хора с диагноза шизофрения, а Lobban et al. (2005b) създават сходен инструмент за оценка на представите на близките. Това е важно, защото показва, че измеренията, разработени първоначално за соматични заболявания, могат да бъдат приложени и към тежки психични разстройства, но с отчитане на специфичните особености на психопатологията. Изследванията върху семейните представи са особено релевантни, тъй като при шизофренията и други тежки психични разстройства близките често влияят върху отношението към медикаментите и продължителността на лечението.

Пряка връзка между модела и медикаментозното придържане при шизофрения се открива в изследването на Rungruangsiripan et al. (2011), в което моделът се използва за анализ на фактори, влияещи върху придържането към медикаментозно лечение. Авторите изследват ролята на страничните ефекти, терапевтичния алианс, социалната подкрепа, представите за болестта и поведенческата промяна при пациенти с шизофрения. Този тип изследвания са особено ценни, защото поставят субективната интерпретация на болестта в една по-широка система от биопсихосоциални фактори.

Съвременните изследвания също показват, че възприятията за заболяването могат да влияят върху отношението към медикаментите и лечебния процес при пациенти с шизофрения. Syu et al. (2021) изследват ефектите на представите за болестта върху нагласите към медикаментите, начините за справяне и процеса на лечение при пациенти с шизофрения и подчертават, че тези представи са важни индикатори за терапевтичното поведение. В по-широк план систематичният обзор на Sendt et al. (2015) показва, че положителната нагласа към медикаментите и съзнанието за болест са сред най-значимите фактори за подобряване на придържането при пациенти от шизофрениния спектър.

Руската клинично-психологична традиция предлага близка, макар и различно формулирана перспектива чрез понятието „**вътрешна картина на болестта**“. То е

въведено от проф. Роман Албертович Лурия и обозначава начина, по който пациентът преживява, осмисля и репрезентира своето заболяване (Лурия, 1977).

В тази традиция вътрешната картина на болестта включва целия комплекс от усещания, преживявания, емоционални реакции, представи, очаквания и отношение към болестта. По-късно изследователи като Вассерман et al. (2008) разглеждат вътрешната картина на болестта и отношението към заболяването като важни психологични феномени, свързани с качеството на живот и поведението на пациента спрямо лечението.

Докато моделът на Leventhal акцентира върху когнитивните и емоционалните репрезентации, справянето и оценката на резултата, понятието „вътрешна картина на болестта“ поставя по-силен акцент върху цялостното преживяване на боледуването и неговата преработка от личността.

Практическата стойност на модела е свързана с психообразованието. Необходимо е информацията да бъде адаптирана към съществуващите представи на пациента за лечението и да се изследва неговата гледната точка по този проблем. Така психообразованието се превръща от информиране в корекция и договаряне на лечението.

Ограниченията на модела се състоят в това, че е разработен предимно за нуждите на соматичната медицина и прилагането му към психиатрията остава сериозно предизвикателство.

В заключение, Моделът на субективните представи за болестта има съществен принос за разбирането на придържането към медикаментозно лечение. Той показва, че пациентът следва или прекъсва лечението въз основа на начина, по който разбира болестта, нейния ход, последиците, контрола и лечението. В съчетание с понятието „вътрешна картина на болестта“ този модел позволява по-дълбоко клинично-психологично разбиране на неприяждането, като го поставя в контекста на субективния свят на пациента. Тази концепция е пряко свързана със следващия модел - рамката „необходимост-опасения“, която разглежда по-конкретно как убежденията относно необходимостта от медикаментите и опасенията от тяхната употреба влияят върху терапевтичното поведение.

РАМКА „НЕОБХОДИМОСТ-ОПАСЕНИЯ“

Рамката „необходимост-опасения“ (Necessity-Concerns Framework) представлява една от най-задълбочените теоретични и психологични концепции за обяснение на медикаментозното придържане чрез убежденията на пациента относно

предписаното лечение. Тя е разработена от Horne и Weinman в резултат на дългогодишни изследвания върху начина, по който пациентите с хронични заболявания възприемат своите медикаменти и как тези убеждения влияят върху реалното терапевтично поведение (Horne & Weinman, 1999). За разлика от по-широките модели, които разглеждат общите здравни убеждения или представите за болестта, тази рамка се фокусира конкретно върху субективното отношение към медикаментите като терапевтични средства.

Основната идея на модела е, че пациентът приема медикаментите защото извършва имплицитна оценка на тяхната лична необходимост и на възможните рискове или нежелани последици от употребата им. От една страна, стоят **убежденията за необходимостта от лечението** - доколко пациентът вярва, че медикаментът е нужен за контрол на заболяването, предотвратяване на рецидив, стабилизиране на състоянието или поддържане на функционирането. От друга страна, стоят **опасенията** - страхове от странични ефекти, създаване на зависимост към медикаментите, дългосрочни увреждания, промяна в личността, стигматизация или загуба на автономност (Horne et al., 2013; Phillips et al., 2014).

Моделът „необходимост-опасения“ предлага по-специфична интерпретация на терапевтичното поведение. Пациентът може да бъде добре информиран за диагнозата и лечението, но въпреки това да не се придържа към терапията, ако опасенията му превишават убеждението в необходимостта от медикамента. Обратно, дори при наличие на странични ефекти или неудобства, придържането може да бъде по-устойчиво, ако пациентът възприема медикаментите като лично необходими и незаменими за предотвратяване на декомпенсация.

Докато моделът на субективните представи за болестта разглежда начина, по който пациентът разбира заболяването, рамката „необходимост-опасения“ разглежда начина, по който пациентът разбира самото лечение. **Това означава, че представата за болестта и представата за медикаментозната терапия представляват две самостоятелни, макар и взаимосвързани категории в структурата на убежденията.** Именно взаимодействието между тези две системи от убеждения определя нивото на придържане към лечението.

Разработени са инструменти, които оценяват и измерват тези конструкти. Въпросника за убежденията относно медикаментите (Beliefs about Medicines Questionnaire) оценява както специфичните убеждения на пациента относно

предписаните му медикаменти, така и по-общите убеждения относно лекарствата като цяло (Horne et al., 1999).

Първоначалните изследвания на Horne и Weinman (1999) показват, че убежденията относно медикаментите са свързани с придържането при различни хронични соматични заболявания. По-късно Horne et al. (2013) провеждат метааналитично изследване, което потвърждава прилагането на теорията при голям брой хронични заболявания. Според този метаанализ по-силните убеждения в необходимостта от медикаментите са свързани с по-добро придържане, а по-силните опасения - с по-голяма вероятност за непридържане. Тези резултати са важни, защото показват, че медикаментозното поведение се повлиява както от клинични фактори, така и от когнитивно-оценъчната система на пациента.

Психофармакологичното лечение често е продължително, понякога поддържащо и свързано с медикаменти, които от гледна точка на пациента могат да влияят върху неговата идентичност, емоционалност, мислене, сексуалност, телесно тегло или социален образ. Това обяснява защо притесненията спрямо психиатричната терапия носят по-силен субективен и личен смисъл за пациента в сравнение с лечението на соматичните заболявания.

Взаимодействието между убежденията за необходимостта от лечението и свързаните с него опасения може да бъде проследено чрез следната клинична винетка, базираща се на случай от практиката. Пациент на 32 години е хоспитализиран след няколко седмици на нарастваща подозрителност, безсъние и социално отдръпване. Той е убеден, че колегите му са поставили устройство в служебния телефон, чрез което следят разговорите му и „изпращат мисли“ в съзнанието му. Чува гласове, които коментират действията му, но не ги определя като халюцинации, а като реални послания, предавани чрез технология.

По време на интервюто заявява: *„Аз не съм болен. Проблемът е, че ме наблюдават“* [...] *„Лекарствата няма да спрат хората, които правят това“*. Назначеният антипсихотик се възприема от него като средство за потискане и контрол: *„Искат да ме упоят, за да не мога да се защитавам“* [...] *„Хапчетата ще ми объркат мозъка, а аз трябва да остана нащрек“*.

Тази кратка илюстрация разкрива ясно разграничението между медицинското предназначение на лечението и смисъла, който пациентът му приписва. Тъй като психотичните преживявания се приемат за действителни събития, а източникът на заплахата се локализира във външната среда, антипсихотикът не се свързва с овладяване

на активна психоза. От гледна точка на пациента той не отстранява предполагаемата причина за случващото се, а ограничава способността му да се защитава. Така убеждението за необходимостта от терапията остава слабо, докато опасенията от загуба на контрол, когнитивно увреждане и външна принуда придобиват водещо значение. **Отказът от медикаменти винаги следва вътрешната последователност на субективната интерпретация на заболяването и лечението!**

Поведенческият резултат се формира и от значенията, които пациентът придава на медикамента, от очакваните ползи и вреди и от мястото на терапията в личната му представа за собственото състояние. Субективната позиция обаче не винаги е скрита за клинично наблюдение и намира път към съзнанието в конкретното отношение и поведение спрямо предписания режим.

В проведеното от автора емпирично изследване върху придържането към медикаментозно лечение при пациенти с психични разстройства (Zarlevski & Todd, 2026) се установява силна положителна връзка между субективната оценка на пациента за собственото му придържане, измерено чрез Скала за самооценка на придържане към лечението (ССПЛ-5), и клиничната визуално-аналогова оценка по Кратка скала за оценка на придържане към лечението (КСОПЛ). Основният извод, до който се стига е, че субективната оценка на терапевтичното поведение има съществено значение и може да бъде разглеждана като важен източник на информация за начина, по който пациентът възприема и следва медикаментозното лечение. Макар изследването да не оценява пряко убежденията относно медикаментите, то подкрепя необходимостта придържането да се анализира и като външно наблюдаемо поведение и през субективната позиция на пациента към лечението.

Jónsdóttir et al. (2009) изследват приложимостта на Въпросника за убежденията относно медикаментите при пациенти с тежки психични разстройства и установяват, че измерваните с него конструкти са свързани с придържането. Beck et al. (2012) също разглеждат приложимостта на въпросника при амбулаторни пациенти с шизофрения и поставят въпроса доколко пациентите разграничават общите убеждения за медикаментите от убежденията за конкретното антипсихотично лечение.

Особено важен е фактът, че моделът позволява класифицирането на пациентите в четири групи въз основа на баланса между усещането за необходимост и изпитваните опасения:

- *Приемащи (Accepting)*: пациенти със силна убеденост в необходимостта и ниски нива на опасения. При тях придържането към лечението е най-стабилно.

- *Амбивалентни (Ambivalent)*: пациенти със силна необходимост, но и със силни опасения. Поведението при тях може да бъде амбивалентно и нестабилно.
- *Скептични (Skeptical)*: пациенти със слаба необходимост и силни опасения. При тази група има най-висок риск от преднамерено (съзнателно, волево) непридържане и самоволно прекъсване на терапията.
- *Индиферентни (Indifferent)*: Пациенти със слаба необходимост и слаби опасения. При тях медикаментите се възприемат като несъществени или периферни, което често води до непреднамерени (несъзнателни, неволеви) пропуски (напр. забравяне).

При пациенти с високи опасения основната задача е да се изследва конкретното съдържание на страховете. Опасенията могат да бъдат рационални, свързани с реално преживени странични ефекти, но могат да бъдат и частично ирационални, усилени от стигма, слухове, предишен негативен опит или налудни интерпретации. В психиатрията тези опасения не трябва да бъдат обезценявани, защото представляват основна причина за непридържане към лечението!

При пациенти с ниско убеждение в необходимостта задачата е различна. Тук е необходимо да се изгради връзка между лечението и лично значимите цели на пациента: стабилност, избягване на хоспитализация, запазване на работа, възстановяване на съня, намаляване на тревожността, подобряване на отношенията или поддържане на автономност. Ако медикаментът бъде представен само като средство за „контрол на симптомите“, но пациентът не разпознава тези симптоми като болестни или значими, убеждението за необходимост може да остане слабо. Затова комуникацията трябва да свързва лечението с това, което пациентът сам преживява като проблем или цел.

Тази рамка е особено ценна и при пациенти, които формално приемат лечението, но го променят без да се консултират с лекуващия лекар. Например пациентът може да приема медикаментите само когато се чувства зле, да намалява дозата при подобрене, да спира терапията след изписване или да пропуска приема при странични ефекти. От гледна точка на представения модел подобно поведение е динамичен баланс между необходимост и опасения. Когато симптомите са силни, усещането за необходимост нараства; когато настъпи подобрене, необходимостта отслабва, а опасенията и неудобствата стават по-видими. Придържането трябва да се проследява във времето, а не да се оценява еднократно!

Рамката „необходимост-опасения“ има пряко приложение в психологичното консултиране на пациенти с психични разстройства. Тя помага на консултанта да изследва какво е субективното отношение на пациента към собственото му лечение и

придържане. Подходящи въпроси за клинична оценка са: „Какво според Вас е действието на този медикамент?“, „С какво Ви помага?“, „Какво Ви притеснява в него?“, „Какво би Ви накарало да го спрете?“, „Какво би Ви помогнало да го приемате безпроблемно?“, „Какво би означавало за Вас да продължите лечението?“. Подобни въпроси позволяват да се изследва субективния аспект на придържането към лечението.

Когато доминират опасенията, интервенцията следва да се насочи към факторите, представляващи опасност за пациента; когато е слабо убеждението в необходимостта, акцентът трябва да бъде върху инсайта, риска от рецидив и личния смисъл на лечението. Ограничението на рамката е, че тя обяснява придържането предимно през когнитивно-оценъчни процеси и не обхваща напълно психопатологичните, социалните и институционалните фактори. Поради това тя е най-полезна, когато се прилага в комбинация с оценка на клиничното състояние, терапевтичния алианс и практическите условия за следване на терапевтичния режим.

МОДЕЛ „СПОСОБНОСТ-ВЪЗМОЖНОСТ-МОТИВАЦИЯ-ПОВЕДЕНИЕ“

Моделът „способност - възможност - мотивация - поведение“ (Capability-Opportunity-Motivation-Behavior model; COM-B) представлява съвременна интегративна рамка за разбиране и планиране на поведенческа промяна. Той е разработен от Michie et al. (2011) като централна част от по-широката система, известна като „Колело на поведенческата промяна“ (Behaviour Change Wheel). Основната идея на модела е, че за да се осъществи дадено поведение, трябва да са налице три взаимосвързани условия: способност, възможност и мотивация. Тези три условия поражда поведението, но поведението от своя страна може да влияе обратно върху тях. Поведението се разглежда като резултат от динамично взаимодействие между индивидуални, социални и фактори на средата.

В контекста на придържането към медикаментозно лечение този модел има съществено значение, защото позволява поведението на пациента да се разглежда отвъд желанието или нежеланието за прием на медикамента.

Първият компонент на модела е **способността**. Тя включва както физическата, така и психологическата способност за осъществяване на поведението (Michie et al., 2011). При медикаментозното придържане *физическата способност* може да се свърже със способността на пациента да се снабдява с медикаменти, да отваря опаковки, да спазва режим на прием, да посещава прегледи или да се справя с телесни ограничения.

Психологическата способност включва разбиране на лечението, здравна грамотност, памет, внимание, екзекутивни функции, планиране, самонаблюдение и способност за разпознаване на предупредителни признаци на влошаване.

Пример за ограничена физическа способност: Пациент на 72 години с хронично психично разстройство и изразен тремор на ръцете приема необходимостта от поддържащата терапия и желае да спазва предписания режим. Поради двигателните затруднения обаче той трудно отваря блистерите и опаковките, разделя таблетките и самостоятелно подготвя дневните дози. Когато няма помощ от близък човек, част от приемите се пропускат. В този случай непридържането произтича от ограничена физическа способност за практическо изпълнение на терапевтичния режим поради наличието на тремор.

Пример за ограничена психологическа способност: Пациент на 68 години с депресивно разстройство и изразени нарушения на паметта категорично заявява, че желае да приема предписаните лекарства, тъй като винаги са му помагали в подобни ситуации в миналото. Въпреки това често пропуска вечерната доза, обърква часовете за прием и понякога взема медикамента в по-голяма доза от предписаното, защото не помни дали го е приел или не. С този пример ясно се илюстрира наличието на положително отношение към терапията, но когнитивните затруднения ограничават способността за нейното последователно изпълнение.

Вторият компонент е **възможността**. Тя се отнася до всички външни условия, които правят поведението възможно или го възпрепятстват. В модела се разграничават физическа и социална възможност (Michie et al., 2011). *Физическата възможност* включва достъп до медикаменти, финансови ресурси, наличие на рецепта, възможност за посещение при лекар, транспорт, режим на работа на аптеките, организация на извънболничната помощ и проследяване след изписване. *Социалната възможност* включва подкрепата или съпротивата на семейството, отношението на близките към медикаментите, стигмата, културните представи за психичната болест и качеството на взаимодействието със специалистите.

В психиатричната практика възможността често е решаващ, но подценяван фактор. Два примери от практиката биха могли да представят нарушенията на тези компоненти:

Ограничена физическа възможност: Пациент с биполарно разстройство живее в населено място без психиатър и разполага с ограничен транспорт до най-близкия град.

Поради пропуснати контролни прегледи и ненавременно подновяване на рецептата терапията периодично се прекъсва.

Ограничена социална възможност: Пациентка с депресивно разстройство има достъп до медикаментите и е склонна да ги приема, но семейството ѝ определя психофармакологичното лечение като „химическа отрова“ и я насърчава да го прекрати. Постоянното неодобрение от близките нарушава придържането и създава социална среда, неблагоприятна за изпълнение на терапевтичния план.

Третият компонент е **мотивацията**. В модела тя се разглежда в два аспекта: рефлексивна и автоматична мотивация (Michie et al., 2011). *Рефлексивната мотивация* включва съзнателни намерения, убеждения, оценки, планове и цели. *Автоматичната мотивация* включва емоции, навици, импулси, асоциации, страхове, отвращение, желание за избягване на дискомфорт и други по-слабо осъзнати процеси. Следните примери показват как на практика изглеждат тези процеси:

Ограничена рефлексивна мотивация: Пациент с шизофрения разполага с медикаментите и е способен самостоятелно да спазва режима, но не приема, че страда от психично разстройство, и не свързва настъпилото подобрене с лечението. Поради липсата на убедителна за него причина да продължи терапията той преустановява приема след изписването.

Ограничена автоматична мотивация: Пациентка с биполарно афективно разстройство осъзнава ползата от поддържащата терапия и възнамерява да я приема редовно. Въпреки това всяка доза предизвиква силно неприятни асоциации със седацията и наддаването на тегло, преживени при предходно лечение. В резултат непосредственото желание да избегне този дискомфорт надделява над съзнателното ѝ намерение и води до пропускане на медикаментите.

Jackson, Eliasson, Barber и Weinman (2014) прилагат модела „способност - възможност - мотивация - поведение“ към медикаментозното придържане и го предлагат като рамка за изследвания и интервенции. Техният принос е в това, че показват как различните бариери пред придържането могат да бъдат организирани според това дали произтичат от дефицит в способността, възможността или мотивацията. Това е важно, защото границата между съзнателно и неволево непридържане е трудна за диагностициране и установяване. Например забравянето може да бъде свързано с когнитивна способност, но и с ниска мотивация или с липса на външни напомняния. Страхът от странични ефекти може да бъде фактор, влияещ върху

мотивацията, но може да се засили при липса на информация или непълноценна комуникация със специалиста.

Съвременни изследвания използват модела за систематизиране на бариерите пред медикаментозното придържане при различни хронични заболявания. Mishra et al. (2021) прилагат модела при пациенти с хронични състояния и показват, че бариерите могат да бъдат разпределени в областите на способността, възможността и мотивацията: разбиране на заболяването и режима, достъп и цена на медикаментите, настроение, убеждения и очаквания относно резултатите от лечението.

Park et al. (2023) също използват модела при пациенти с коронарна болест на сърцето и показват, че той е полезен за организиране на сложното поведение на медикаментозно придържане, включително при оценка на възможността за технологични интервенции като текстови съобщения и мобилни приложения. Макар тези изследвания да не са в областта на психиатрията, те показват приложимостта на модела като транстеоретична рамка за анализ на здравното поведение.

Loots et al. (2021) посочват, че използваните интервенции включват когнитивно-поведенчески подходи, семейна терапия, мотивационно интервюиране и смесени интервенции. Sahaya et al. (2022) също подчертават, че интервенциите при шизофрения включват различни стратегии, включително участие на здравни специалисти, семейство, текстови съобщения и електронни напомняния. От гледна точка на модела „способност - възможност - мотивация - поведение“ тази многокомпонентност е логична: едни интервенции подобряват способността чрез обучение и структуриране, други увеличават възможността чрез подкрепа и достъп, а трети повлияват мотивацията чрез работа с убежденията, ценностите и амбивалентността.

Моделът се доближава до концепцията за комплайънс-терапия при шизофрения. Бабин и Шлафер (2020) разглеждат комплайънс-терапията като практически подход за подобряване на следването на лечебните препоръки, основан върху когнитивно-поведенчески принципи, мотивационно интервюиране и работа с готовността за промяна. Белокрылов и Соколов (2019) също поставят акцент върху методите за оценка и преодоляване на непридържането в психиатрията, включително чрез психотерапевтични подходи, насочени към пациенти с шизофрения.

В предходните модели акцентът пада върху убежденията, намерението или субективните представи. Моделът „способност - възможност - мотивация - поведение“ включва тези фактори, но ги поставя в по-широка система. Убежденията относно медикаментите са част от мотивацията; съзнанието за болест и разбирането на режима

са част от психологическата способност; терапевтичният алианс, семейната подкрепа и достъпът до услуги са част от социалната и физическата възможност. Това позволява по-комплексна оценка на причините за непридържане.

Моделът е много полезен като рамка за класификация и планиране на интервенциите, но не обяснява в дълбочина съдържанието на отделните емоции и преживявания. Друго ограничение е фокусът върху общото поведение на придържане и не е разработен специално за проблемите в психиатрията. При тежки психични разстройства поведението спрямо медикаментите може да бъде повлияно от различни фактори. Тези специфики не могат да бъдат напълно идентифицирани само чрез категориите способност, възможност и мотивация. Необходима е адаптация към клинична среда и използването му в комбинация с оценка на психопатологичната симптоматика, оценка на критичността, терапевтичният алианс и социалната система.

Въпреки това, моделът „способност - възможност - мотивация - поведение“ има съществен принос за разбирането на придържането към медикаментозно лечение при хора с психични разстройства. Той показва, че придържането е реално поведение, което не се формира само от убеждението в необходимостта от медикаментите. Необходимо е пациентът да има способност да разбира, планира и изпълнява режима; възможност да получава медикаменти, подкрепа и проследяване; и мотивация да свърже медикаментите със свои лични цели и ценности. Моделът представлява връзката между когнитивните модели на убежденията и практическите интервенции за промяна на поведението.

ТЕРАПЕВТИЧЕН АЛИАНС И СПОДЕЛЕНО ВЗЕМАНЕ НА РЕШЕНИЯ

Дотук разгледаните модели поставят акцент върху различни равнища на придържането към медикаментозно лечение: здравните убеждения, намерението, субективните представи за болестта, убежденията относно медикаментите и условията за поведенческа промяна. Придържането в психиатрията обаче се изгражда в контекста на конкретна терапевтична връзка. Именно поради това терапевтичният алианс и споделеното вземане на решения имат централно значение за разбирането на придържането към медикаментозно лечение в психиатрията.

Понятието „**терапевтичен алианс**“ има дълга история в психотерапевтичната и медицинската литература. Една от най-влиятелните му концептуализации е предложена от Bordin (1979), според когото работният алианс включва три основни

компонента: *съгласие относно целите на лечението, съгласие относно задачите на лечението и емоционална връзка между терапевта и пациента*. Макар първоначално понятието да се развива в психотерапията, неговата имплементация към психиатричната практика също е постигнала своя успех. При медикаментозното лечение целите могат да включват стабилизиране на симптомите, предотвратяване на рецидив, намаляване на хоспитализациите или възстановяване на функционирането. Задачите могат да включват прием на медикаменти, проследяване, обсъждане на странични ефекти, психообразование и участие в рехабилитационни дейности. Емоционалната връзка се изразява в доверие, уважение, предвидимост, сигурност и преживяване, че пациентът е чул и разбран.

Този трикомпонентен модел е особено полезен за анализа на придържането. Ако пациентът не споделя целите на лечението, медикаментите могат да бъдат възприемани като чуждо или наложено средство. Ако не приема задачите, свързани с лечението, приемът на медикаменти може да остане формален, непоследователен. Ако липсва доверителна връзка, дори необходимият от медицинска гледна точка терапевтичен курс може да бъде преживян като контрол или заплаха.

В психиатрията терапевтичният алианс има специфична сложност. При част от пациентите критичността към заболяването е ограничена, доверието към специалистите е нестабилно, а самото лечение може да се преживява амбивалентно. Особено при психотични разстройства изграждането на доверие е затруднено. При депресивни разстройства връзката може да бъде повлияна от безнадеждност, пасивност и убеждение, че лечението няма да помогне. При биполарно афективно разстройство динамиката на фазите на заболяването може да променя отношението към специалиста и към медикаментите. Затова алиансът в психиатрията е процес, който трябва да бъде поддържан във времето!

Емпиричните изследвания подкрепят значението на терапевтичната връзка за придържането към психофармакологично лечение. McCabe et al. (2012) установяват, че по-доброто качество на терапевтичната връзка е свързано с по-добро придържане към антипсихотично лечение при пациенти с шизофрения. Misdrahi et al. (2012) също показват, че слабият терапевтичен алианс и ниското ниво на инсайт са свързани с по-лошо придържане при пациенти с шизофрения или шизоафективно разстройство. По-късно Chang et al. (2019) изследват амбулаторни пациенти с шизофрения и намират връзка между терапевтичния алианс и медикаментозното придържане.

Подобни корелации се наблюдават и при други психични разстройства. Sylvia et al. (2013) разглеждат връзката между терапевтичен алианс, удовлетвореност от грижата и нагласи към медикаментите при биполарно разстройство. Авторите подчертават, че придържането при биполарно разстройство е значим клиничен проблем, а отношенията със специалистите и преживяването на грижата могат да влияят върху начина, по който пациентът приема лечението. Изводът е, че алиансът има по-широко значение за дългосрочната психиатрична терапия.

Терапевтичният алианс има връзка и с други вече разгледани модели. Той може да повлияе убежденията за медикаментите, като създаде пространство за обсъждане на необходимостта и опасенията. Може да повлияе субективните представи за болестта, като подпомогне пациента да изгради по-ясна и по-малко заплашителна представа за състоянието си. Може да повлияе възприемания поведенчески контрол, като направи режима по-разбираем и изпълним. Може да повлияе мотивацията, като свърже лечението с личните цели на пациента. В този смисъл алиансът е междуличностната среда, в която много от другите фактори могат да бъдат променяни.

Лутова и Макаревич (2012) разглеждат връзката между параметрите на терапевтичния алианс и отношението на семейството към лечението при пациенти с шизофрения. Усов и Коломицев (2021) също разглеждат терапевтичния алианс като съществен фактор при лечението на шизофрения, като подчертават неговата роля за по-добро сътрудничество, редукция на симптомите и рецидивите. Бабин и Шлафер (2020) поставят алианса в основата на комплайънс-терапията при шизофрения, където работата с доверието, амбивалентността и отношението към медикаментите е ключов елемент от интервенцията.

В българската литература терапевтичната връзка също има важно място, макар често да се разглежда като част от психиатричното интервю и клиничната оценка. Велинов (2007) прави критичен анализ на сложните и многопластови отношения между лекаря и пациента. В тези отношения, пише автора, професионалната роля на лекаря е водеща и определяща.

Доц. Велинов маркира базисния модел на добронамерения патернализъм и го свързва с прецизността и отговорността на професионалиста. Противоположен на този модел е моделът на технологизираните отношения („инженерен“), когато лекаря е компетентен професионалист и борави само с фактите, без да докосва човешки и емоционални стойности и ценности, и когато поставя акцента върху правото на пациента на информираност и свободен личен избор. Най-много доближаващ се до разглеждания

модел на терапевтичен алианс и споделено вземане на решения е т.нар. междинен модел на договаряне, или моделът на партниране, чиято основна същност е сътрудничеството между лекаря и пациента (Велинов, 2007, стр. 55-56).

Споделената отговорност е базисния принцип. Лекаря стимулира пациента да направи независим личен избор, след като подробно го е информирал. Той има функцията на добронамерен съветник, който коментира възможните методи за преодоляване на заболяването, но не изисква категорично тяхното изпълнение, а подкрепя пациента сам да направи избор, като в същото време директно го насочва към най-подходящия метод (Велинов, 2007, стр. 55-56).

Доц. Хр. Христозов пише, че още от първия момент на срещата лекарят се свързва с пациента, независимо дали желае това или не. Тази връзка може да бъде пълноценно осъществена, ако има известна взаимност. Лекаря трябва не само да предпише на пациента лекарства, но и да му създаде условия, да го предразположи към себе си. За да постигне това той трябва да заживее с менталитета, с живота, надеждите, страховете и опасенията на своя пациент. Това означава, че лекарят трябва да се постави на мястото на пациента и оттам да насочва своите действия. Ако в поведението на лекаря има стандартност, формула, считана за валидна при всички случаи, това сигурно ще доведе до печални резултати (Христозов, 1973, стр. 89).

Първият контакт със специалиста може да повлияе върху начина, по който пациентът възприема медикаментите и последващото лечение. При психиатричните пациенти, особено при тези с ниска критичност или предходен травматичен опит с институции, начинът на въвеждане в терапевтичния процес може да бъде решаващ за бъдещото придържане.

Балинт (1997) поставя в центъра на клиничното мислене самия лекар като част от терапевтичното въздействие, като подчертава, че отношението, атмосферата на консултацията и начинът, по който пациентът преживява контакта със специалиста, могат да имат както лечебен, така и нежелан ефект. Неговият подход е особено значим за разбирането на терапевтичния алианс, тъй като придържането към лечението се изгражда чрез качеството на взаимоотношението между лекаря и пациента.

Проф. Петър Маринов пише, че главният инструмент на съвременната медицина е терапевтичната връзка лекар-пациент. Тя е изключително важна във времена на криза у пациента, като суицидно поведение, агресия и хоспитализация. Но тя е важна също и в поставянето на целите, срещите, заплащането и изискванията на лечението. При психиатричните пациенти тази връзка лесно се разпада и трябва да бъде

поддържана усърдно и внимателно. Не се препоръчва психиатрите да се осланят на превъзходството на недоброволните форми на лечение. Най-добре е винаги да се търси съгласие и сътрудничество, дори при най-трудните пациенти. Разработването и развитието на общи цели е ключов процес в работещата терапевтична връзка (Маринов, 2022, стр. 378-379)

Тясно свързано с терапевтичния алианс е понятието **„споделено вземане на решения“** (shared decision-making). То обозначава модел на клинично взаимодействие, при който специалистът и пациентът обменят информация, обсъждат възможните терапевтични варианти, вземат предвид медицинските данни и предпочитанията на пациента, и достигат до съгласувано решение относно лечението. Charles et al. (1997, 1999) разглеждат споделеното вземане на решения като алтернатива както на патерналистичния модел, при който лекарят едностранно определя лечението, така и на напълно потребителския модел, при който пациентът сам избира без достатъчна професионална рамка. Същественото при този подход е, че решението възниква в процес на взаимодействие, а не се налага от лекаря.

Elwyn et al. (2012) предлагат практически модел за споделено вземане на решения, включващ въвеждане на избора, представяне на възможностите и подпомагане на пациента при формиране на предпочитание. В по-късните разработки на модела Elwyn et al. (2017) описват процеса чрез три разговора: *„разговор за екипност“* (team talk), *„разговор за възможностите“* (option talk) и *„разговор за решението“* (decision talk). Тези термини могат да бъдат преведени като етап на изграждане на сътрудничество, етап на обсъждане на терапевтичните възможности и етап на вземане на решение. Тази структура позволява да се премине от едностранно предписание към по-ясно договаряне на лечението.

Споделеното вземане на решения не означава, че пациентът трябва да бъде оставен сам да решава дали да приема медикаменти. То означава, че пациентът трябва да бъде включен в най-голяма степен (доколкото е възможно най-активно!) в обсъждането на терапевтичния план. При психиатрични пациенти това включване може да бъде различно според клиничното състояние, степента на критичност, когнитивния капацитет и етичните и деонтологични аспекти както на взаимоотношенията, така и на лечебния процес. Дори когато автономността е ограничена от тежестта на състоянието, принципът на участие остава важен: пациентът следва да бъде информиран, изслушан и включен в онези аспекти на лечението, в които това е релевантно и възможно.

В психиатрията споделеното вземане на решения има особено значение поради характера на медикаментозното лечение. Често съществуват различни терапевтични възможности с различен профил на ползи и странични ефекти. Например изборът на антипсихотик може да включва обсъждане на ефекта върху позитивната симптоматика, риска от седация, екстрапирамидни симптоми, метаболитни нарушения, сексуална дисфункция, наддаване на тегло или възможност за депо-форма. При антидепресантите могат да се обсъждат очакван ефект, странични ефекти, продължителност на лечението и риск от прекъсване. При стабилизаторите на настроението могат да се обсъждат проследяване, лабораторен контрол, тератогенен риск, когнитивни ефекти и дългосрочна профилактика. Във всички тези случаи предпочитанията на пациента имат значение, защото страничните ефекти и ползите се преживяват различно от различните пациенти.

Изследванията върху споделеното вземане на решения в психиатрията показват, че този подход е обещаващ, но няма единодушно мнение за ползата от неговото прилагане. Alguera-Lara et al. (2017) подчертават значението на споделеното вземане на решения в областта на психичното здраве, но посочват и трудности, свързани със спецификата на психиатричните състояния, организационните условия и необходимостта от адаптиране на подхода към клиничната реалност. Thomas et al. (2021) в систематичен обзор на интервенциите за споделено вземане на решения при психични разстройства показват, че интервенциите са разнообразни по дизайн, целеви групи и измервани резултати, което затруднява еднозначните заключения.

При шизофрения и тежки психични разстройства темата е особено чувствителна. От една страна, съществуват клинични ситуации, при които ниската критичност и психотичната симптоматика могат да ограничат възможността за пълно споделено вземане на решения. От друга страна, изключването на пациента от процеса може да засили недоверието и съпротивата към лечението. Pérez-Revuelta et al. (2023) изследват споделеното вземане на решения при пациенти с шизофрения и показват, че интервенции със следващи поддържащи срещи могат да подобрят придържането към лечение при тежки психични разстройства.

Съвременните дигитални инструменти също се използват за подпомагане на споделеното вземане на решения в психиатрията. Siafis et al. (2022) представят електронен инструмент за подпомагане на споделеното вземане на решения при избор на антипсихотично лечение, базиран върху доказателства за ефективност и странични ефекти. Подобни инструменти могат да бъдат полезни, защото представят

терапевтичните варианти по по-структуриран и разбираем начин. Въпреки това те не могат да заменят терапевтичната връзка.

Споделеното вземане на решения има пряка връзка с терапевтичната съгласуваност. Ако терапевтичната съгласуваност обозначава по-общата философия на договаряне и партньорство, споделеното вземане на решения е конкретният комуникативен процес, чрез който тази философия може да се реализира.

От гледна точка на придържането споделеното вземане на решения може да повлияе върху няколко механизма. То повишава разбирането на пациента за заболяването и лечението, намалява опасенията чрез открито обсъждане на нежеланите ефекти, засилва усещането за автономност и контрол и улеснява съобразяването на терапевтичния режим с ежедневието и предпочитанията на пациента. Наред с това укрепва терапевтичния алианс, тъй като създава преживяване за уважение, участие и сътрудничество. В този смисъл споделеното вземане на решения обединява мотивационни и междуличностни процеси с конкретни поведенчески стратегии.

Клиничното приложение на този подход изисква определени комуникативни умения. Задачата на специалиста е едновременно да обоснове необходимостта от терапията, да изслуша съмненията на пациента, да представи рисковете от прекъсване на лечението и да го информира за действителните нежелани ефекти. Също толкова важно е препоръката да бъде формулирана без усещане за натиск, а участието на близките да подкрепя, вместо да измества гласа на пациента. Това е особено трудна задача в психиатрията, защото могат да възникнат практически проблеми в балансирането между безопасност, автономност, риск, инсайт и право на участие. Именно затова споделеното вземане на решения е етичен и деонтологичен подход, нужен за разрешаване на част от споменатите проблеми в този раздел.

Необходимостта от пациент-центрирана психиатрична грижа в България многократно се увеличава все повече и повече. За комплексен модел на психиатрично лечение може да се говори само тогава, когато пациентът е участник в процеса, в който лечението бива обяснено, обсъдено, прието и интегрирано в реалния му живот. Важно е да се спомене, че психиатърът общува с отделни реалности и превключва като опитен преводач между изразните им средства: здраве и болест, фантазии и реалност, биохимични и психологични корелати, оплаквания и символи, процес и съдържание, себerefлексия и емпатия. Ренесансовият дуализъм душа-тяло е преодолимо предизвикателство пред многоплановия контекст на практикуване на съвременния

„алиенист“ с нарастваща културна флуидност, разминаване на значения и ускоряване на скоростта на промени в контекста и в проявите на психопатологията (Ончев, 2020, стр. 218).

Въпреки значението си, терапевтичният алианс и споделеното вземане на решения имат ограничения като обяснителни модели. Стана ясно, че добрата терапевтична връзка увеличава вероятността за придържане, но не гарантира стабилно поведение при всички пациенти. По същия начин споделеното вземане на решения е възможно в различна степен според фазата на заболяването и правния статус на пациента.

В заключение, терапевтичният алианс и споделеното вземане на решения предлагат междуличностна и етична перспектива към придържането. Те показват, че терапевтичното поведение се изгражда чрез доверие, сътрудничество, договаряне на цели, обсъждане на възможности и зачитане на субективната позиция на пациента.

ИНТЕГРАТИВЕН СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ НА ТЕОРЕТИЧНИТЕ ОБЯСНИТЕЛНИ МОДЕЛИ

Разгледаните теоретични модели поставят акцент върху различни равнища на терапевтичното поведение. Поради това сравнителният анализ на моделите има значение за теоретичното изясняване на конструкта и за клиничната практика, тъй като позволява по-прецизна оценка на причините за непридържане и по-адекватно планиране на интервенции.

Първото равнище е теоретично (или концептуално) и е свързано с прехода от изпълнение на лекарските предписания към придържане и терапевтична съгласуваност. Този преход се състои от промяна в начина, по който се разбира ролята на пациента. Понятието „съгласие с лечението“ (compliance) поставя акцент върху следването на медицинската инструкция, докато „придържане към лечението“ (adherence) предполага съответствие със съгласуван терапевтичен план. По-широката концепция за „терапевтична съгласуваност“ (concordance) въвежда идеята за договаряне, партньорство и зачитане на перспективата на пациента (Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, 1997). На това теоретично равнище става ясно, че поведението на пациента е резултат от сложен терапевтичен процес.

Второто равнище е системно и най-ясно се представя от мултидименсионалния модел на Световната здравна организация. Неговата основна роля е, че извежда

придържането отвъд индивидуалната отговорност на пациента и го поставя в по-широк контекст, включващ социално-икономически фактори, здравната система, особеностите на заболяването, характеристиките на терапията и факторите, свързани с пациента (WHO, 2003). Този модел обаче има по-скоро класификационен (типологичен) характер и не обяснява в дълбочина психологичните механизми, чрез които пациентът приема или прекъсва лечението.

Третото равнище е когнитивно-оценъчно. То е представено от Модела на здравните убеждения, който обяснява придържането чрез убежденията за уязвимост, сериозност на заболяването, ползи от лечението, ефикасността и самоефикасността (Janz & Becker, 1984; Rosenstock, 1974; Rosenstock et al., 1988). Този модел е особено полезен, когато трябва да се разбере защо пациентът не възприема медикаментозното лечение като необходимо или защо бариерите пред него изглеждат по-значими от очакваната полза. В реалните психиатрични условия той помага да се анализира как пациентът оценява риска от рецидив, тежестта на заболяването, ползата от медикаментите и цената на страничните ефекти. Ограничението му е, че предполага относително рационална оценка, докато при тежки психични разстройства тази оценка може да бъде нарушена от психопатологични преживявания.

Четвъртото равнище е социалнокогнитивно и мотивационно. То се представя от Теорията на планираното поведение. Този модел обяснява поведението чрез намерението, което се формира от нагласите към поведението, субективните норми и възприемания поведенчески контрол (Ajzen, 1991). Приложена към медикаментозното придържане, теорията показва, че пациентът трябва не само да има определени убеждения за лечението, но и да формира намерение да го следва. Това намерение зависи от оценката на медикаментите, от възприетите очаквания на значимите други и от усещането, че режимът е изпълним. В психиатрията теорията е полезна, защото включва социалното влияние на семейството, лекаря и терапевтичната среда. В същото време нейното ограничение е т.нар. разрыв между намерение и поведение: пациентът може да има намерение да приема медикаментите, но реално да не успява поради различни причини (Rich et al., 2015).

Петото равнище е субективно-преживелищно. То се състои от Модела на субективните представи за болестта. Този модел разглежда пациента като активен субект, който изгражда своя представа за заболяването - неговата идентичност, причина, ход, последици и контрол (Leventhal et al., 1980; Leventhal et al., 2016). В психиатрията това равнище е изключително важно, защото пациентът може да не разпознава

симптомите като болестни, да интерпретира преживяванията си по различен начин или да възприема състоянието като временно, външно причинено или вече преодоляно. Този модел се доближава до руската клиничко-психологична традиция за „вътрешната картина на болестта“, която разглежда начина, по който пациентът преживява, осмисля и репрезентира своето заболяване (Лурия, 1977).

Шестото равнище е свързано с убежденията относно медикаментите. То се представя от рамката „необходимост-опасения“. Тази рамка стеснява анализа от общите представи за болестта към конкретното отношение към лечението. Тя приема, че придържането зависи от баланса между убеждението, че медикаментите са лично необходими, и опасенията относно възможните вреди или нежелани последици от употребата им (Horne & Weinman, 1999; Horne et al., 2013).

Седмото равнище е поведенческо и интервенционно. То се представя от модела „способност - възможност - мотивация - поведение“. Този модел разглежда поведението като резултат от взаимодействието между способността на пациента да го осъществи, възможността да го реализира в конкретна среда и мотивацията да го поддържа (Michie et al., 2011). Приложен към медикаментозното придържане, моделът позволява да се разграничат бариери, свързани с разбиране, памет и саморегулация; бариери, свързани с достъп, подкрепа и здравна система; и бариери, свързани с убеждения, емоции, навици и амбивалентност (Jackson et al., 2014).

Осмото равнище е междуличностно и етико-деонтологично. То се представя от концепциите за терапевтичния алианс и споделеното вземане на решения. Терапевтичният алианс предполага съгласие относно целите на лечението, съгласие относно задачите и изграждане на доверителна връзка (Bordin, 1979). Споделеното вземане на решения поставя акцент върху диалога между пациента и специалиста, обсъждането на възможностите, вземането предвид на предпочитанията на пациентите и съвместното формулиране на терапевтичен план (Charles et al., 1997; Elwyn et al., 2012).

Моделите не са взаимно изключващи се. Всеки от тях анализира различна част от един и същ феномен. Трябва да се признае обаче, че нито един от разгледаните модели не е достатъчен сам по себе си, но всеки от тях е необходим за цялостното разбиране на конструкта. Придържането към медикаментозно лечение в психиатрията е многопластов феномен, който включва биопсихосоциални компоненти. Ето защо най-добрата теоретична позиция е тяхното интегративно използване според конкретния клиничен въпрос. Ако целта е да се опишат общите групи фактори, полезен е моделът на Световната здравна организация. Ако целта е да се

разбере отношението към болестта, полезен е моделът на субективните представи. Ако целта е да се анализира отношението към медикаментите, най-подходяща е рамката „необходимост-опасения“. Ако целта е интервенция, моделът „способност - възможност - мотивация - поведение“ предлага практическа структура. Ако целта е устойчиво дългосрочно придържане, терапевтичният алианс и споделеното вземане на решения са неизбежна отправна точка.

Сравнителният анализ на теоретичните модели показва, че придържането към медикаментозното лечение в психиатрията е динамичен процес на взаимодействие между множество фактори от различно естество. Именно в това се състои практическата стойност на интегративния подход - той превръща придържането от проблем на контрола в проблем на разбирането, сътрудничеството и съвместното изграждане на лечението.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Придържането към медикаментозно лечение в психиатрията представлява сложен и многоизмерен феномен, който се обяснява само чрез сбор от теоретични модели. Значимостта на моделите се състои във възможността да бъдат използвани като взаимно допълващи се клинични перспективи (равнища).

Непридържането е сигнал за несъответствие - между медицинската препоръка и субективното преживяване на пациента; между терапевтичната необходимост и страха от лечението; между предписания режим и реалните възможности за неговото следване. Затова задачата на специалистите е да направят цялостна оценка и диагностика на това какво прави лечението трудно или несъвместимо с вътрешния и външния свят на пациента. В заключение анализът може да бъде синтезиран в следната авторска теза:

„Добрият терапевтичен план се създава от лекаря. Успешният се изгражда заедно с пациента.“

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

- Бабин, С. М., & Шлафер, А. М. (2020). Комплаенс-терапия больных шизофренией: Практическое руководство. Городец.
- Балинт, М. (1997). Лекарят, неговият пациент и болестта. Фондация „Невронауки и поведение“ - Национален център за комплексно изследване на човека
- Белокрылов, И. В., & Соколов, В. П. (2019). Проблема комплаенса в психиатрии. Кремлевская медицина. Клинический вестник, 1, 92-98.

- Вассерман, Л. И., Иовлев, Б. В., Карпова, Э. Б., & Вукс, А. Я. (2008). Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных с соматической патологией. *Сибирский психологический журнал*, 27, 67-71.
- Велинов, В. (2007). Особенности на ролите на лекаря и психиатричния пациент. Деонтологични и правни аспекти. В Николова, С., Маринов, П. (ред.). *Психиатрия, психология и психотерапия*. ИК „Горекс-Прес“.
- Лурия, Р. А. (1977). Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания (4-е изд.). Медицина. Оригинална работа, публикувана 1935 г.
- Лутова, Н. Б., & Макаревич, О. В. (2012). Взаимосвязь параметров терапевтического альянса и типа отношения семьи к лечению у больных шизофренией. *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева*, 4, 24-29.
- Маринов, П. М. (2022). Психиатрично интервю и основи на комуникацията в психиатрията. В П. Маринов (Ред.), *Ръководство по психиатрия за студенти по медицина* (pp. 369-383). Иван Чалев.
- Ончев, Г. (2020). Култура и психопатология – антропология на психичната болест. Рива
- Усов, Г. М., & Коломицев, Д. Ю. (2021). Терапевтический альянс врача и пациента и его роль в лечении шизофрении. *Современная терапия психических расстройств*, 1, 2-9.
- Христозов, Х. (1973). Психологични проблеми на отношенията между болния и лекаря. В Иванов, Вл. (ред.), Христозов, Хр., Иванова, Л., Джалдети, А. *Медицинска психология. Учебник за студенти по медицина*. „Медицина и физкултура“.
- 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)
- Alguera-Lara, V., Dowsey, M. M., Ride, J., Kinder, S., & Castle, D. (2017). Shared decision making in mental health: The importance for current clinical practice. *Australasian Psychiatry*, 25(6), 578-582. <https://doi.org/10.1177/1039856217734711>
- Beck, E. M., Cavelti, M., Kvrjic, S., Kleim, B., & Vauth, R. (2012). Are we addressing the “right stuff” to enhance adherence in schizophrenia? Understanding the role of insight and attitudes towards medication. *Schizophrenia Research*, 132(1), 42-49. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.07.019>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>

- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(6), 631-637. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020>
- Cahaya, N., Kristina, S. A., Widayanti, A. W., & Green, J. (2022). Interventions to improve medication adherence in people with schizophrenia: A systematic review. *Patient Preference and Adherence*, 16, 2431-2449. <https://doi.org/10.2147/PPA.S378951>
- Chang, J. G., Roh, D., Kim, C. H., & Lee, S. K. (2019). Association between therapeutic alliance and adherence in outpatient schizophrenia patients. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 17(2), 273-278. <https://doi.org/10.9758/cpn.2019.17.2.273>
- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? Or it takes at least two to tango. *Social Science & Medicine*, 44(5), 681-692. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00221-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00221-3)
- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1999). Decision-making in the physician-patient encounter: Revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science & Medicine*, 49(5), 651-661. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00145-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00145-8)
- Elwyn, G., Durand, M. A., Song, J., Aarts, J., Barr, P. J., Berger, Z., Cochran, N., Frosch, D., Galasiński, D., Gulbrandsen, P., Han, P. K. J., Härter, M., Kinnersley, P., Lloyd, A., Mishra, M., Perestelo-Pérez, L., Scholl, I., Tomori, K., Trevena, L., ... Van der Weijden, T. (2017). A three-talk model for shared decision making: Multistage consultation process. *BMJ*, 359, Article j4891. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4891>
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A., & Barry, M. (2012). Shared decision making: A model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1361-1367. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>
- Hagger, M. S., & Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the Common-Sense Model of illness representations. *Psychology & Health*, 18(2), 141-184. <https://doi.org/10.1080/088704403100081321>
- Hagger, M. S., Koch, S., Chatzisarantis, N. L. D., & Orbell, S. (2017). The common sense model of self-regulation: Meta-analysis and test of a process model. *Psychological Bulletin*, 143(11), 1117-1154. <https://doi.org/10.1037/bul0000118>
- Hagger, M. S., Orbell, S., & Hamilton, K. (2022). The common sense model of illness self-regulation: A conceptual review and proposed extended model. *Health Psychology Review*, 16(3), 347-377. <https://doi.org/10.1080/17437199.2021.1878050>

- Horne, R., & Weinman, J. (1999). Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(6), 555-567. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(99\)00057-4](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(99)00057-4)
- Horne, R., Chapman, S. C. E., Parham, R., Freemantle, N., Forbes, A., & Cooper, V. (2013). Understanding patients' adherence-related beliefs about medicines prescribed for long-term conditions: A meta-analytic review of the Necessity-Concerns Framework. *PLOS ONE*, 8(12), Article e80633. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0080633>
- Horne, R., Weinman, J., & Hankins, M. (1999). The Beliefs about Medicines Questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology & Health*, 14(1), 1-24. <https://doi.org/10.1080/08870449908407311>
- Jackson, C., Eliasson, L., Barber, N., & Weinman, J. (2014). Applying COM-B to medication adherence: A suggested framework for research and interventions. *The European Health Psychologist*, 16(1), 7-17.
- 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>
- Jónsdóttir, H., Friis, S., Horne, R., Pettersen, K. I., Reikvam, Å., & Andreassen, O. A. (2009). Beliefs about medications: Measurement and relationship to adherence in patients with severe mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(1), 78-84. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01279.x>
- Leventhal, H., Diefenbach, M., & Leventhal, E. A. (1992). Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 143-163. <https://doi.org/10.1007/BF01173486>
- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.), *Medical psychology* (Vol. 2, pp. 7-30). Pergamon Press.
- Leventhal, H., Phillips, L. A., & Burns, E. (2016). The Common-Sense Model of Self-Regulation: A dynamic framework for understanding illness self-management. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(6), 935-946. <https://doi.org/10.1007/s10865-016-9782-2>
- Lobban, F., Barrowclough, C., & Jones, S. (2005a). Assessing cognitive representations of mental health problems. I. The Illness Perception Questionnaire for Schizophrenia. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(2), 147-162. <https://doi.org/10.1348/014466504X19497>
- Lobban, F., Barrowclough, C., & Jones, S. (2005b). Assessing cognitive representations of mental health problems. II. The Illness Perception Questionnaire for Relatives. *British*

- Journal of Clinical Psychology, 44(2), 163-179.
<https://doi.org/10.1348/014466504X19785>
- Loots, E., Goossens, E., Vanwesemael, T., Morrens, M., Van Rompaey, B., & Dilles, T. (2021). Interventions to improve medication adherence in patients with schizophrenia or bipolar disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19), Article 10213.
<https://doi.org/10.3390/ijerph181910213>
- McCabe, R., Bullenkamp, J., Hansson, L., Lauber, C., Martinez-Leal, R., Rössler, W., Salize, H. J., Svensson, B., Torres-Gonzalez, F., van den Brink, R., Wiersma, D., & Priebe, S. (2012). The therapeutic relationship and adherence to antipsychotic medication in schizophrenia. *PLOS ONE*, 7(4), Article e36080.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0036080>
- Michie, S., van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 6, Article 42. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>
- Misdrahi, D., Petit, M., Blanc, O., Bayle, F., & Llorca, P. M. (2012). The influence of therapeutic alliance and insight on medication adherence in schizophrenia. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66(1), 49-54. <https://doi.org/10.3109/08039488.2011.598556>
- Mishra, P., Vamadevan, A. S., Roy, A., Bhatia, R., Naik, N., Singh, S., ... & Legido-Quigley, H. (2021). Exploring barriers to medication adherence using COM-B model of behaviour among patients with cardiovascular diseases in low-and middle-income countries: a qualitative study. *Patient preference and adherence*, 1359-1371.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D., & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire. *Psychology & Health*, 17(1), 1-16.
<https://doi.org/10.1080/08870440290001494>
- Park, L. G., Ng, F., & Handley, M. A. (2023). The use of the capability, opportunity and motivation behaviour model to identify barriers to medication adherence and the application of mobile health technology in adults with coronary heart disease: A qualitative study. *Patient Education and Counseling*, 112, Article 107746.
<https://doi.org/10.1016/j.pecinn.2023.100209>
- Pérez-Revuelta, J. I., Torrecilla-Olavarrieta, R., García-Spínola, E., García-Cabeza, I., & Montejo, Á. L. (2023). Shared decision making with schizophrenic patients: A randomized clinical trial. *Patient Education and Counseling*, 109, Article 107628.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107628>

- Phillips, L. A., Diefenbach, M. A., Kronish, I. M., Negron, R. M., & Horowitz, C. R. (2014). The Necessity-Concerns Framework: A multidimensional theory benefits from multidimensional analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 48(1), 7-16. <https://doi.org/10.1007/s12160-013-9579-2>
- 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. (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.
- Rungruangsiripan, M., Sitthimongkol, Y., Maneesriwongul, W., Talley, S., & Vorapongsathorn, T. (2011). Mediating role of illness representation among social support, therapeutic alliance, experience of medication side effects, and medication adherence in persons with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(4), 269-283. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2010.09.002>
- Sendt, K. V., Tracy, D. K., & Bhattacharyya, S. (2015). A systematic review of factors influencing adherence to antipsychotic medication in schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatry Research*, 225(1-2), 14-30. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.002>
- Siafis, S., Schneider-Thoma, J., Bighelli, I., Dörries, C., & Leucht, S. (2022). Evidence-based shared-decision-making assistant for antipsychotics in schizophrenia: Development and application. *Schizophrenia*, 8, Article 95. <https://doi.org/10.1038/s41537-022-00291-5>
- Sylvia, L. G., Hay, A., Ostacher, M. J., Miklowitz, D. J., Nierenberg, A. A., Thase, M. E., Sachs, G. S., & Perlis, R. H. (2013). Association between therapeutic alliance, care satisfaction, and pharmacological adherence in bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 33(3), 343-350. <https://doi.org/10.1097/JCP.0b013e3182900c6f>
- Syu, J. Y., Tang, W. R., Chen, Y. M., & Chen, Y. C. (2021). The effects of illness perceptions on medication attitudes and treatment adherence in patients with schizophrenia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(18), Article 9695.

- Thomas, E. C., Ben-David, S., Treichler, E., Roth, S., Dixon, L. B., & Salzer, M. S. (2021). A systematic review of shared decision-making interventions for service users with mental health conditions. *Psychiatric Services*, 72(11), 1282-1295. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000429>
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. World Health Organization.
- Zarlevski, K., & Todd, R. (2026). *Bulgarian adaptation of the Five-Item Medication Adherence Report Scale and the Brief Adherence Rating Scale for measuring medication adherence in patients with mental disorders* [Unpublished manuscript]. Mental Health Centre “Prof. N. Shipkovenski” Ltd.