

УДК 616.895:615.214:616.035(083.97)

Для цитирования: Васильева С.Н., Симуткин Г.Г., Счастный Е.Д., Лебедева Е.В., Суровцева А.К., Смирнова Н.С., Диденко Е.В. Приверженность пациентов к лекарственной терапии при биполярном аффективном расстройстве. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2024. № 2 (123). С. 41-48. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2024-2\(123\)-41-48](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2024-2(123)-41-48)

Приверженность пациентов к лекарственной терапии при биполярном аффективном расстройстве

Васильева С.Н., Симуткин Г.Г., Счастный Е.Д., Лебедева Е.В., Суровцева А.К., Смирнова Н.С., Диденко Е.В.

*НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук
Россия, 634014, Томск, ул. Алеутская, 4*

РЕЗЮМЕ

Актуальность. Проблема отказа пациентов от терапии при биполярном аффективном расстройстве остается актуальной, поскольку несоблюдение рекомендаций врача пациентами по-прежнему достигает высокого уровня и порождает множество негативных медицинских и социально-экономических последствий, несмотря на появление безопасных и удобных для применения форм лекарственных средств для лечения данного расстройства. **Цель.** Оценка приверженности назначенной психофармакотерапии у пациентов психиатрического стационара с биполярным аффективным расстройством с последующей разработкой психообразовательных программ по повышению приверженности к проводимой психофармакотерапии. **Материал и методы.** На базе отделения аффективных состояний НИИ психического здоровья Томского НИМЦ стационарно пролечены пациенты (n=61) с биполярным аффективным расстройством (44 женщины и 17 мужчин). Средний возраст женщин был выше (47,0 [25,0; 57,0] года), чем у мужчин (32,0 [11,9; 36,0] года). Используемые методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, психометрический, статистический. **Результаты.** Выявлен низкий уровень приверженности к психофармакотерапии у стационарных пациентов с биполярным аффективным расстройством. **Заключение.** Пациенты с биполярным аффективным расстройством нуждаются в персонализированном подборе психофармакотерапии и психообразовательных методик, повышающих их приверженность к назначенной медикаментозной терапии.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство, своевременное распознавание, оптимальная психофармакотерапия, приверженность к лечению.

ВВЕДЕНИЕ

Известно, что прогноз биполярного аффективного расстройства (БАР) зависит от своевременной диагностики и назначения адекватной медикаментозной терапии. При этом для успешного лечения БАР недостаточно вовремя его распознать и подобрать эффективную психофармакотерапию, необходимо так же, чтобы пациент следовал рекомендациям врача и соблюдал режим приема назначенной лекарственной терапии. Однако пациенты с БАР зачастую имеют низкий уровень приверженности к лечению, что было продемонстрировано в ходе многочисленных исследований с использованием различных методов её оценки: от самоопросников до новых технологий [1, 2, 3, 4, 5, 6]. Перекрестное исследование данных MassHealth Medicaid за 2015-2017 гг. (n=5197) выявило, что почти половина (47,7%) пациентов с БАР не следовали рекомендациям врачей [7]. В ходе ряда исследований были выделены основные причины отказа пациентов с психическими расстройствами (в том числе и в слу-

чае БАР) от приема лекарственных препаратов: недостаточная осведомленность пациентов о болезни и методах её лечения, побочные эффекты препаратов или страх их появления, недостаточная эффективность лекарств [8, 9]. В ходе кросс-секционного исследования, включающего пациентов с тяжелыми психическими расстройствами (n=152), было выявлено, что большинство пациентов (76,9%) и лиц, осуществляющих уход (83,6%), отрицательно относились к психотропным препаратам [10]. В ряде случаев низкая приверженность к лечению у пациентов с БАР может быть связана с самостигматизацией [11]. Некоторые авторы при оценке риска низкой приверженности у пациентов с БАР предлагают учитывать преобладающую полярность аффективного расстройства. Так, S. Ghosal et al. [12] показали, что пациенты с преобладанием депрессивных фаз в течении БАР демонстрируют более высокую приверженность медикаментозному лечению по сравнению с пациентами, у которых чаще развиваются маниакальные фазы. Вследствие недоста-

точной приверженности к лечению у пациентов, страдающих БАР, возникает проблема высокого риска формирования быстроциклических и континуальных форм течения БАР, повышения толерантности к лечению, увеличения риска суицидального поведения. Показано, что неудовлетворительная приверженность к лечению приводит не только к серьезным медицинским и социальным проблемам, но и к росту экономических затрат [13, 14, 15]. Метаанализ исследований, посвященных экономической оценке фармакологических вмешательств при БАР, подтвердил экономическую эффективность назначения лекарственных средств при лечении БАР в острой и поддерживающей фазах [16]. На принятие пациентами решения о продолжении терапии влияют характер их отношений с врачами, системой здравоохранения и непосредственным окружением, уровень информированности о заболевании, удовлетворенность предыдущим лечением, доступ к терапии [17]. Несоблюдение режима терапии вызвано плохим пониманием болезни членами семьи (56%) и негативной оценкой пациента эффективности препарата (20%) [18]. Отдельные авторы указывают, что возраст, пол и тяжесть симптомов БАР не влияют на приверженность к лекарственной терапии [19]. Индивидуальное обучение приверженности лечению 1 раз в неделю в течение 5 занятий оказывает положительное воздействие на социальное функционирование и качество жизни пациентов [20]. Приверженность режиму лечения положительно коррелирует с отношением к лекарствам и отрицательно с длительностью назначения и увеличением веса [21]. Несоблюдение и отказ от терапии, наряду с другими факторами, такими как безработица, ожирение, фазы депрессивного и маниакального настроения, рецидив 1 и ≥ 2 раз, рассматриваются как предикторы, значимо связанные с уровнем функциональных нарушений в когнитивной и профессиональной сферах при БАР [22].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка приверженности назначенной психофармакотерапии у пациентов психиатрического стационара с биполярным аффективным расстройством с последующей разработкой психообразовательных программ по повышению приверженности к проводимой психофармакотерапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Критерии включения: диагноз БАР (F31) по критериям МКБ-10, повторное обращение за психиатрической помощью, возраст пациентов от 18 до 65 лет, согласие пациента на участие в исследовании и выполнение всех предписаний.

Критерии исключения: беременность, деменция, шизофрения.

На базе отделения аффективных состояний НИИ психического здоровья Томского НИМЦ стационарно пролечены пациенты ($n=61$) с БАР. В исследовательской выборке женщины преобладали по сравнению с мужчинами ($n=44$ и $n=17$). Средний возраст женщин (медиана 47,0, интерквартильный размах [25,0; 57,0] года) превышал таковой у мужчин (32,0 [11,9; 36,0] года). В рамках БАР преобладал депрессивный эпизод (67,3%, $n=41$), в трети наблюдений выявлен текущий смешанный эпизод (29,5%, $n=18$), с минимальной частотой зарегистрированы маниакальный и гипоманиакальный эпизоды (по 1,6%, $n=1$).

При исследовании пациентов использовались принципы, предъявляемые Хельсинкской декларацией Всемирной медицинской ассоциации (1975), с учетом поправок (2008). Методы исследования: клиничко-катамнестический, клиничко-психопатологический, психометрический, статистический. Для статистической обработки данных применялся пакет стандартных прикладных программ Statistics for Windows (V. 8.0).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Все обследованные пациенты ($n=61$) до поступления в НИИ психического здоровья ранее уже обращались за психиатрической помощью, им была рекомендована психофармакологическая терапия. При этом в 38,7% случаев ($n=24$) БАР не было распознано специалистом и соответственно пациентам не было назначено адекватное медикаментозное лечение. В большинстве случаев (61,3%, $n=37$) был выставлен диагноз БАР. При этом 2 пациентам был рекомендован курсовой прием антидепрессанта, несмотря на диагноз БАР. В итоге из группы обследованных до включения в исследование лишь 35 пациентам (57,4%) было назначено адекватное лечение: в качестве поддерживающей медикаментозной терапии были рекомендованы препараты из группы нормотимиков, в 24,6% случаев в комбинации с атипичными нейролептиками. Вместе с тем из 35 человек точно следовали рекомендациям врача 6 пациентов (17,1%). Остальные 29 пациентов (82,9%) оказались некомплаентными.

Основные причины нарушения режима приема поддерживающей медикаментозной терапии или отказа от неё представлены в таблице 1.

В соответствии с литературными данными и на основании собственных результатов исследования и клинического опыта нами был разработан алгоритм улучшения приверженности к длительной поддерживающей психофармакотерапии у пациентов с БАР на этапе стационарного лечения.

Таблица 1. Основные причины нарушения режима приема поддерживающей медикаментозной терапии или отказа от неё у пациентов с БАР

Причина некомплаентности	Абс.	%
Наличие побочных эффектов	5	17,3
Запой	2	6,9
Отсутствие эффекта	5	17,3
Отсутствие лекарств («закончились и не стал покупать»)	2	6,9
Страх формирования зависимости от лекарств	3	10,3
На фоне гипомании	2	6,9
Хорошее самочувствие	7	24,1
Забывчивость	2	6,9
Финансовая недоступность лекарств	1	3,4
Всего	29	100

Первый этап. Подбор эффективного медикаментозного лечения

Поскольку приверженность к терапии напрямую зависит от её успешности, необходимо тщательно и научно обоснованно осуществлять подбор психофармакологического лечения.

Согласно клиническим рекомендациям РОП при лечении БАР для всех пациентов рекомендовано выполнение трех обязательных этапов: купирующая терапия, долечивающая (поддерживающая) терапия и профилактическая (противорецидивная) терапия [23]. В качестве базисной терапии БАР на всех этапах применяют препараты, обладающие нормотимическим действием (вальпроаты, препараты лития, карбамазепин, ламотриджин, антипсихотики второго и третьего поколений). При выборе нормотимического препарата принимаются во внимание превалирующая полярность фаз, клиническая структура аффективной фазы, наличие коморбидного психического расстройства, эффективность того или иного нормотимика у данного пациента в анамнезе при обострениях или у его родственников, соматический и неврологический статус пациента с противопоказаниями и возможными осложнениями при приеме препарата, оцениваются возможные риски.

При подборе антидепрессанта в комплексной терапии текущего депрессивного эпизода в рамках БАР необходимо учитывать анамнестические сведения в отношении опыта приема психотропных средств пациентом и исключать из терапии антидепрессант, имеющий высокий риск провоцирования инверсии фазы или вызвавший в анамнезе у соответствующего пациента инверсию депрессивной фазы. При назначении антидепрессанта в случае биполярной депрессии необходима тщательная клинико-динамическая оценка состояния пациента, при появлении симптомов гипомании требуется незамедлительная отмена используемого антидепрессанта. Несвоевремен-

ная отмена антидепрессанта может привести к инверсии депрессивной фазы и значительно повысить риск низкой приверженности к медикаментозной терапии.

Психофармакологическое лечение должно осуществляться с учетом коморбидности БАР с другими психическими расстройствами и соматическими заболеваниями. Прежде всего это необходимо в связи с высоким уровнем полиморбидности в психиатрической практике, на что указывают отечественные [24, 25] и зарубежные авторы [26, 27], а также подтверждено результатами наших исследований [28, 29, 30]. Во избежание проблем полипрагмазии и нерациональных лекарственных комбинаций при сочетании БАР с другими психическими расстройствами приоритетным представляется выбор тех лекарственных средств, которые эффективны в отношении как БАР, так и коморбидного психического расстройства. При оценке коморбидной соматической патологии у пациентов следует исключать потенциальные риски побочных эффектов назначаемых психотропных средств и их взаимодействий с соматотропными препаратами.

Необходимо вовремя распознавать недостаточный эффект психофармакотерапии и предпринимать своевременные меры по повышению результативности лечения, поскольку неполный эффект от лечения может вызывать у пациента недоверие по отношению к врачу, способствовать формированию убежденности в бесперспективности лечения и, как следствие, привести к полному отказу от медикаментозного лечения.

Как известно, наличие побочных эффектов при приеме лекарственных средств препятствует формированию приверженности к назначенному лечению. Поэтому при подборе психофармакотерапии следует тщательно отслеживать возможное появление нежелательных явлений (в том числе с использованием шкалы оценки побочных эффектов «Udvald for Kliniske Undersogelser Scale» (UKU) [31] и своевременно проводить мероприятия по их устранению.

Второй этап. Вовлечение пациента в процесс лечения

Установление терапевтических отношений в виде сотрудничества с пациентом, базирующихся на соблюдении принципов медицинской этики и деонтологии, является залогом успеха в подборе эффективного лечения и положительно воздействует на приверженность к терапии в дальнейшем.

Изначально при формировании отношений с пациентом необходимо делегировать ему часть ответственности за проводимое лечение. При этом личностные особенности пациента могут существенным образом определять его возможную степень вовлеченности в лечебный процесс.

При подборе лекарственных средств необходимо максимально полно информировать пациента о существующих альтернативах, в том числе с точки зрения фармакоэкономических аспектов терапии. Важным аспектом является необходимость тщательного отслеживания вместе с пациентом побочных эффектов принимаемых препаратов, поскольку их наличие зачастую способствует отказу пациента от длительного приема медикаментозного лечения.

Третий этап. Информирование пациента о его расстройстве

Отсутствие у пациента достаточной осведомленности об имеющемся расстройстве, способах его преодоления порождает проблемы с приверженностью к проводимой терапии. Учитывая это, для формирования должной приверженности пациента с БАР к лечению необходимо в первую очередь предоставить ему информацию о данном расстройстве, особенностях его течения и клинических проявлений. Отдельного внимания требует обсуждение вопросов, касающихся негативных последствий несоблюдения режима приема лекарств либо самостоятельной его отмены.

При информировании пациента необходимо придерживаться следующих правил: использовать простые, доступные пониманию пациента термины, не перегружать лишней информацией, более подробно излагать наиболее важные сведения, при необходимости предложить пациенту фиксировать полученные данные в письменном виде, при разъяснении актуальной клинической ситуации приводить для примера аналогичные случаи из практики, внимательно отслеживать реакции пациента на предоставляемую информацию.

Информированность пациента о БАР может способствовать более раннему распознаванию самим пациентом начала развития новых аффективных эпизодов и своевременному обращению к врачу, что в конечном итоге может благотворно отразиться на общем течении расстройства. Понимание пациентом, страдающим БАР, важной роли психофармакологических препаратов в процессе как актуальной, так и профилактической терапии может значительно снизить риск низкой приверженности к лечению у соответствующего пациента.

Четвертый этап. Образовательные беседы, прицельно направленные на повышение приверженности к терапии.

Главной целью образовательных бесед является формирование мотивации у пациента к регулярному и пунктуальному выполнению всех врачебных рекомендаций. В каждом конкретном случае прежде всего необходимо выявить факторы, способствующие проблемам приверженности у данного пациента. Целесообразно учитывать

наличие у пациента предыдущего опыта терапии психотропными препаратами, её эффективность и переносимость. Важным компонентом является определение убеждений пациента в отношении имеющегося расстройства и степени мотивации к актуальному и последующему долгосрочному лечению. Выявленные индивидуальные препятствия на пути к длительному фармакологическому лечению обуславливают необходимость разработки стратегии их преодоления совместно с пациентом.

Если низкая приверженность связана исключительно с забывчивостью, то следует обсудить с пациентом возможное использование современных систем напоминаний: применение таблеток с обозначением дней недели и времени суток, различные приложения в смартфонах, смс-оповещения и т.д. Часть пациентов может откликнуться на предложение вести дневник приема препаратов. В таких случаях необходимо подробно обсудить все без исключения нюансы данного способа контроля регулярного приема лекарств.

Пятый этап. Предоставление схемы лечения в письменной форме

Предоставленная в письменном виде информация должна содержать в себе название препарата, его дозу, время приема, указания по хранению лекарственных средств, алгоритм действий при пропуске приема очередной дозы используемого лекарства, а также (при необходимости) указания на возможное влияние приема препарата на работоспособность и трудовой процесс, вождение автомобиля, взаимодействие с алкоголем и другими препаратами, тератогенное действие на плод, необходимость контрацепции при приеме препарата и т.д.

Кроме того, в рекомендациях должна быть отражена информация о необходимости амбулаторного наблюдения психиатра по месту жительства, регулярного контроля уровня действующего вещества нормотимического препарата в сыворотке крови, а также клинического и лабораторного контроля соматического состояния в ходе поддерживающей терапии.

Немаловажную роль в формировании долгосрочной приверженности к психофармакотерапии пациентов с БАР играет психообразовательная работа с их родственниками и ближайшим окружением.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У пациентов с БАР выявляется низкий уровень приверженности к лекарственной терапии, что определяет необходимость комплексного исследования данной проблемы с учетом коморбидности БАР с другими психическими и соматическими расстройствами, а также разработку и введение

в практику эффективных стратегий по повышению приверженности к лечению данной категории пациентов.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Исследование выполнено в рамках темы ПНИ «Персонализированная диагностика и терапия больных полиморбидными расстройствами шизофренического и аффективного спектра», регистрационный номер 1022122000004-8-3.2.24.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Исследование выполнено в соответствии с «Этическими принципами проведения научных медицинских исследований с участием человека» и согласно «Правилам клинической практики в Российской Федерации». Одобрено Локальным комитетом по этике при НИИ психического здоровья Томского НИМЦ (протокол заседания № 157 от 18 ноября 2022 г., дело № 157/4.2022).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Тювина НА, Столярова А.Е., Балабанова В.В., Бунькова К.М., Ефремова Е.Н. Сравнительное исследование терапии депрессии у женщин и мужчин, страдающих биполярным аффективным расстройством. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2021. Т. 13, № 3. С. 59-66. Tyuvina NA, Stolyarova AE, Balabanova VV, Bunkova KM, Efremova EN. A comparative study of treatment for depression in women and men suffering from bipolar affective disorder. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2021;13(3):59-66. DOI: 10.14412/2074-2711-2021-3-59-66 (in Russian).
2. Greene M, Yan T, Chang E, Hartry A, Touya M, Broder MS. Medication adherence and discontinuation of long-acting injectable versus oral antipsychotics in patients with schizophrenia or bipolar disorder. *J Med Econ*. 2018 Feb;21(2):127-134. doi: 10.1080/13696998.2017.1379412. Epub 2017 Sep 29. PMID: 28895758.
3. Barbuti M, Colombini P, Ricciardulli S, Amadori S, Gemmellaro T, De Dominicis F, Della Rocca F, Petrucci A, Schiavi E, Perugi G. Treatment adherence and tolerability of immediate- and prolonged-release lithium formulations in a sample of bipolar patients: a prospective naturalistic study. *Int Clin Psychopharmacol*. 2021 Sep 1;36(5):230-237. doi: 10.1097/YIC.0000000000000373. PMID: 34310434.
4. Lazary J, Pogany L, De Las Cuevas C, Villasante-Tezanos GA, De Leon J. Adherence to psychiatric medications: Comparing patients with schizophrenia, bipolar disorder and major depression. *Neuropsychopharmacol Hung*. 2021 Dec 1;23(4):363-373. PMID: 34971494.
5. Scott J, Colom F, Pope M, Reinares M, Vieta E. The prognostic role of perceived criticism, medication adherence and family knowledge in bipolar disorders. *J Affect Disord*. 2012 Dec 15;142(1-3):72-6. doi: 10.1016/j.jad.2012.04.005. Epub 2012 Sep 1. PMID: 22944191.
6. Youn H, Lee MS, Jeong HG, Kim SH. Evaluation of factors associated with medication adherence in patients with bipolar disorder using a medication event monitoring system: a 6-month follow-up prospective study. *Ann Gen Psychiatry*. 2022 Aug 23;21(1):33. doi: 10.1186/s12991-022-00411-4. PMID: 35999628; PMCID: PMC9400298.
7. Li NC, Alcusky M, Masters GA, Ash AS. Association of social determinants of health with adherence to second-generation antipsychotics for people with bipolar disorders in a medicaid population. *Med Care*. 2022 Feb 1;60(2):106-112. doi: 10.1097/MLR.0000000000001670. PMID: 34908010.
8. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R, Docherty JP; Expert Consensus Panel on Adherence Problems in Serious and Persistent Mental Illness. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *J Clin Psychiatry*. 2009;70 Suppl 4:1-46; quiz 47-8. PMID: 19686636.
9. Alcalá JA, Fontalba-Navas A, Company-Morales M, Romero-Guillena SL, Gutiérrez-Higueras T, Gutiérrez-Rojas L. Facilitators and barriers of medication adherence based on beliefs of persons with bipolar disorder: a qualitative study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jun 22;19(13):7633. doi: 10.3390/ijerph19137633. PMID: 35805291; PMCID: PMC9265403.
10. Ghosh P, Balasundaram S, Sankaran A, Chandrasekaran V, Sarkar S, Choudhury S. Factors associated with medication non-adherence among patients with severe mental disorder – A cross sectional study in a tertiary care Centre. *Explor Res Clin Soc Pharm*. 2022 Sep 12;7:100178. doi: 10.1016/j.rcsop.2022.100178. PMID: 36161207; PMCID: PMC9493377.
11. Perich T, Mitchell PB, Vilus B. Stigma in bipolar disorder: A current review of the literature. *Aust N Z J Psychiatry*. 2022 Sep;56(9):1060-1064. doi: 10.1177/00048674221080708. Epub 2022 Feb 16. PMID: 35172630.
12. Ghosal S, Mallik N, Acharya R, Dasgupta G, Mondal DK, Pal A. Medication adherence in bipolar disorder: Exploring the role of predominant polarity. *Int J Psychiatry Med*. 2021 Jul 1;912174211030163. doi: 10.1177/00912174211030163. PMID: 34196229.
13. Bessonova L, Ogden K, Doane MJ, O'Sullivan AK, Tohen M. The economic burden of bipolar disorder in the United States: a systematic literature review. *Clinicoecon Outcomes Res*. 2020 Sep 7;12:481-497. doi: 10.2147/CEOR.S259338. PMID: 32982338; PMCID: PMC7489939.

14. Kraiss JT, Wijnen B, Kupka RW, Bohlmeijer ET, Lokkerbol J. Economic evaluations of non-pharmacological interventions and cost-of-illness studies in bipolar disorder: A systematic review. *J Affect Disord*. 2020 Nov 1;276:388-401. doi: 10.1016/j.jad.2020.06.064. Epub 2020 Jul 15. PMID: 32871669.
15. Doane MJ, Ogden K, Bessonova L, O'Sullivan AK, Tohen M. Real-world patterns of utilization and costs associated with second-generation oral anti-psychotic medication for the treatment of bipolar disorder: a literature review. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2021 Feb 16;17:515-531. doi: 10.2147/NDT.S280051. PMID: 33623386; PMCID: PMC7896797.
16. Mavranouzouli I, Lokkerbol J. A systematic review and critical appraisal of economic evaluations of pharmacological interventions for people with bipolar disorder. *Pharmacoeconomics*. 2017 Mar;35(3):271-296. doi: 10.1007/s40273-016-0473-1. PMID: 28000158.
17. Chakrabarti S. Treatment-adherence in bipolar disorder: A patient-centred approach. *World J Psychiatry*. 2016 Dec 22;6(4):399-409. doi: 10.5498/wjp.v6.i4.399. PMID: 28078204; PMCID: PMC5183992.
18. Narayanan D, Jith A, Bansal R. Nonadherence in bipolar disorder patients: A 14-year retrospective study. *Indian J Psychiatry*. 2020 May-Jun;62(3):290-294. doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_357_19. Epub 2020 May 15. PMID: 32773872; PMCID: PMC7368454.
19. Azadforouz S, Shabani A, Nohesara S, Ahmadzad-Asl M. Non-compliance and related factors in patients with bipolar disorder: a six-month follow-up study. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2016 Mar 15;10(2):e2448. doi: 10.17795/ijpbs-2448. PMID: 27803718; PMCID: PMC5087110.
20. Başkaya E, Demir S. Effect of treatment adherence training given to patients with bipolar disorder on treatment adherence, social functioning and quality of life: A pilot study. *Complement Ther Clin Pract*. 2022 Feb;46:101504. doi: 10.1016/j.ctcp.2021.101504. Epub 2021 Oct 29. PMID: 34731769.
21. Youn H, Lee MS, Jeong HG, Kim SH. Evaluation of factors associated with medication adherence in patients with bipolar disorder using a medication event monitoring system: a 6-month follow-up prospective study. *Ann Gen Psychiatry*. 2022 Aug 23;21(1):33. doi: 10.1186/s12991-022-00411-4. PMID: 35999628; PMCID: PMC9400298.
22. Mengistu ME, Berassa SH, Kassaw AT, Dagne EM, Mekonen GA, Birarra MK. Assessments of functional outcomes and its determinants among bipolar disorder patients in Northwest Ethiopia comprehensive specialized hospitals: a multicenter hospital-based study. *Ann Gen Psychiatry*. 2023 Apr 6;22(1):14. doi: 10.1186/s12991-023-00444-3. PMID: 37024899; PMCID: PMC10077702
23. Биполярное аффективное расстройство. Клинические рекомендации. М., 2023. 145 с. Разработчик: РОП. Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ. *Bipolar disorder. Clinical guidelines*. Moscow, 2023:145. Developer: Russian Society of Psychiatrists. Approved by the Scientific and Practical Council of the Ministry of Health of the Russian Federation https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/675_1 (in Russian).
24. Мосолов С.Н., Костюкова Е.Г., Кузавкова М.В. Биполярное аффективное расстройство: диагностика и терапия / под ред. С.Н. Мосолова. М.: Изд-во МЕДпрессинформ, 2008. 384 с. Mosolov SN, Kostyukova EG, Kuzavkova MV. *Bipolar disorder: diagnostics and therapy* / S.N. Mosolov, ed. Moscow: MEDpressinform Publishing House, 2008. 384 (in Russian).
25. Бохан Н.А., Семке В.Я. Коморбидность в наркологии. Томск: Изд-во Томского ун-та, 2009. 498 с. Bokhan NA, Semke VYa. *Co-morbidity in Addiction Psychiatry*. Tomsk: Publishing House of Tomsk University, 2009:498 (in Russian).
26. Nabavi B, Mitchell AJ, Nutt D. A Lifetime prevalence of comorbidity between bipolar affective disorder and anxiety disorders: a meta-analysis of 52 interview-based studies of psychiatric population. *EBioMedicine*. 2015 Sep 8;2(10):1405-19. doi: 10.1016/j.ebiom.2015.09.006. PMID: 26629535; PMCID: PMC4634892.
27. Hsu HE, Chen PY, Chang HM, Pan CH, Su SS, Tsai SY, Chen CC, Kuo CJ. Incidence of and risk factors for alcohol dependence in bipolar disorder: A population-based cohort and nested case-control study. *Aust N Z J Psychiatry*. 2023 May;57(5):725-735. doi: 10.1177/00048674221100153. Epub 2022 Jun 1. PMID: 35642594.
28. Васильева С.Н., Симуткин Г.Г., Счастный Е.Д., Лебедева Е.В., Бохан Н.А. Биполярное аффективное расстройство: коморбидность с другими психическими расстройствами. *Психиатрия*. 2021. Т. 19, № 3. С. 15-21. Vasilieva SN, Simutkin GG, Schastnyy ED, Lebedeva EV, Bokhan NA. *Bipolar disorder: comorbidity with other mental disorders*. *Psychiatry (Moscow)*. 2021;19(3):15-21. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-3-15-21> (in Russian).
29. Васильева С.Н., Симуткин Г.Г., Счастный Е.Д., Суровцева А.К., Украинцев И.И., Алтынбеков К.С. Сочетание аффективных расстройств и алкогольной зависимости: клиническое значение коморбидности, социальная адаптация пациентов. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2022. № 4 (117). С. 14-21. Vasilieva SN, Simutkin GG, Schastnyy ED, Surovtseva AK, Ukraintsev II, Altynbekov KS. *Combination of mood disorders and alcohol dependence: clinical significance of comorbidity, social adaptation of patients*. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2022; 4 (117): 14-21. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-4\(117\)-14-21](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-4(117)-14-21) (in Russian).

30. Симуткин Г.Г., Бохан Н.А., Иванова С.А. Вероятностная диагностика биполярного аффективного расстройства: современные подходы, возможности и ограничения. Томск: ООО «Интегральный переплет», 2023. 162 с. Simutkin GG, Bokhan NA, Ivanova SA. Probabilistic diagnosis of bipolar affective disorder: modern approaches, possibly and restrictions. Tomsk: Printing House Integrated Casework, 2023:162 (in Russian).
31. Lingjaerde O, Ahlfors UG, Bech P, Dencker SJ, Elgen K. The UKU side effect rating scale. A new comprehensive rating scale for psychotropic drugs and a cross-sectional study of side effects in neuroleptic-treated patients. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1987;334:1-100. doi: 10.1111/j.1600-0447.1987.tb10566.x. PMID: 2887090.

Поступила в редакцию 02.02.2024

Утверждена к печати 10.06.2024

Васильева Светлана Николаевна, к.м.н., научный сотрудник отделения аффективных состояний НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук. SPIN-код РИНЦ 3607-2437. ResearcherID J-1696-2017. ORCID iD 0000-0002-0939-0856.

Симуткин Герман Геннадьевич, д.м.н., ведущий научный сотрудник отделения аффективных состояний НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук. SPIN-код РИНЦ 6482-2439. ResearcherID I-9405-2017. ORCID iD 0000-0002-9813-3789. ggsimutkin@gmail.com

Счастный Евгений Дмитриевич, д.м.н., профессор, заведующий отделением аффективных состояний НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук. SPIN-код РИНЦ 6482-2439. ResearcherID S-3674-2016. ORCID iD 0000-0003-2148-297X. evgeny.schastnyy@gmail.com

Лебедева Елена Владимировна, д.м.н., старший научный сотрудник отделения аффективных состояний НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук. SPIN-код РИНЦ 8395-1009. ResearcherID H-3697-2017. ORCID iD 0000-0003-2148-297X. Author ID Scopus 7102162077. AuthorID РИНЦ 128915. evl26021971@gmail.com

Суровцева Альфира Касимовна, к.п.н., медицинский психолог третьего клинического психиатрического отделения НИИ психического здоровья, Томского национального исследовательского медицинского центра Российской академии наук. SPIN-код РИНЦ 3345-8230. AuthorID 445882. ORCID iD 0000-0001-6117-6454. surovvalja1964@mail.ru

Смирнова Наталия Сергеевна, медицинский психолог консультативно-диагностического отделения клиники НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук. SPIN-код РИНЦ 8951-1882. AuthorID 1072962. ORCID iD 0000-0003-1213-4412. smirnovans@yandex.ru

Диденко Елена Владимировна, к.м.н., заведующая третьим клиническим психиатрическим отделением НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук. SPIN-код РИНЦ 2390-0122. AuthorID 546348. ktd08@yandex.ru

✉ Васильева Светлана Николаевна, vasilievasn@yandex.ru

UDC 616.895:615.214:616.035(083.97)

For citation: Vasilieva S.N., Simutkin G.G., Schastnyy E.D., Lebedeva E.V., Surovtseva A.K., Smirnova N.S., Didenko E.V. Patient adherence to drug therapy for bipolar disorder. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry.* 2024; 2 (123): 41-48. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2024-2\(123\)-41-48](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2024-2(123)-41-48)

Patient adherence to drug therapy for bipolar disorder

Vasilieva S.N., Simutkin G.G., Schastnyy E.D., Lebedeva E.V., Surovtseva A.K., Smirnova N.S., Didenko E.V.

Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation

ABSTRACT

Background. Depressive symptoms are often associated with low adherence to therapy, which prompts the interest of researchers in developing high-tech ways to increase compliance. The problem of patient refusal of therapy for bipolar disorder remains relevant, since non-compliance with doctor's recommendations by patients still reaches a high level and gives rise to many negative medical and socio-economic consequences, despite the emergence of safe and easy-to-use forms of medications for treatment of this disorder. **Objective:** to evaluate adherence to prescribed psychopharmacotherapy in psychiatric patients with bipolar disorder with subsequent development of psychoeducational programs to increase adherence to psychopharmacotherapy. **Material and Methods.** Inpatients (n=61) with bipolar disorder (44 women and 17 men) were treated at the Affective States Department of Mental Health Research Institute of Tomsk National Research Medical Center. The mean age of women was higher (47.0 [25.0; 57.0] years) than that of men (32.0 [11.9; 36.0] years). Research methods used were as follows: clinical-psychopathological, clinical-follow-up, psychometric, statistical. **Results.** The low level of adherence to psychopharmacotherapy was revealed in inpatients with bipolar disorder. **Conclusion.** Patients with bipolar disorder required a personalized choice of psychopharmacotherapy and psychoeducational techniques that increased their adherence to prescribed drug therapy.

Keywords: bipolar affective disorder, timely recognition, optimal psychopharmacotherapy, adherence to treatment.

Received February 02, 2024

Accepted June 10, 2024

Vasilieva Svetlana N., Cand. Sc. (Medicine), researcher, Affective States Department of Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation. SPIN-code RSCI 3607-2437. ResearcherID J-1696-2017. ORCID iD 0000-0002-0939-0856.

Simutkin German G., D. Sc. (Medicine), lead researcher, Affective States Department of Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation. SPIN-code RSCI 6482-2439. ResearcherID I-9405-2017. ORCID iD 0000-0002-9813-3789. ggsimutkin@gmail.com

Schastnyy Evgeniy D., D. Sc. (Medicine), Professor, Head of Affective States Department of Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation. SPIN-code RSCI 6482-2439. ResearcherID S-3674-2016. ORCID iD 0000-0003-2148-297X. evgeny.schastnyy@gmail.com

Lebedeva Elena V., D. Sc. (Medicine), senior researcher, Affective States Department of Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation. SPIN-code RSCI 8395-1009. ResearcherID H-3697-2017. ORCID iD 0000-0003-2148-297X. Author ID Scopus 7102162077. AuthorID РИНЦ 128915. evl26021971@gmail.com

Surovtseva Alfira K., Cand. Sc. (Medicine), medical psychologist of the third clinical psychiatric unit of Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation. SPIN-code RSCI 3345-8230. AuthorID 445882. ORCID iD 0009-0006-4096-6573. surovalja1964@mail.ru

Smirnova Natalia S., medical psychologist of the clinic's consulting and diagnostic unit of Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation. SPIN-code RSCI 8951-1882. AuthorID 1072962. ORCID iD 0000-0003-1213-4412. smirnova-ns@yand

Didenko Elena V., Cand. Sc. (Medicine), Head of the third clinical psychiatric unit of Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation. SPIN-code RSCI 2390-0122. AuthorID 546348. ktd08@yandex.ru

✉ Vasilieva Svetlana N., vasilievasn@yandex.ru