

О.М. Черевко, Г.М. Кожина

ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ ЯК ДЕТЕРМІНАНТИ ЗНИЖЕННЯ ПРИХИЛЬНОСТІ ДО АНТИРЕТРОВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ У ЛЮДЕЙ, ЯКІ ЖИВУТЬ З ВІЛ: ПРЕЦИЗІЙНИЙ ПСИХІАТРИЧНИЙ ПІДХІД

О.М. Cherevko, G.M. Kozhina

MENTAL DISORDERS AS DETERMINANTS OF REDUCED ADHERENCE TO ANTIRETROVIRAL THERAPY IN PEOPLE LIVING WITH HIV: A PRECISION PSYCHIATRY APPROACH

Ключові слова: ВІЛ, антиретровірусна терапія, прихильність до АРТ, психічні розлади, депресія, прецизійна психіатрія, персоналізована медицина

Keywords: HIV, antiretroviral therapy, medication adherence, mental disorders, depression, precision psychiatry, personalized medicine

Прихильність до антиретровірусної терапії (АРТ) є ключовою умовою ефективного контролю ВІЛ-інфекції, досягнення вірусологічної супресії та попередження прогресування захворювання. Попри доступність сучасних схем лікування, значна частка людей, які живуть з ВІЛ, демонструє порушення режиму АРТ, що великою мірою може бути зумовлено наявністю психічних розладів.

Мета дослідження. Оцінити роль психічних розладів як детермінант зниження прихильності до антиретровірусної терапії у людей, які живуть з ВІЛ, та обґрунтувати доцільність застосування прецизійного психіатричного підходу у клінічній практиці.

До дослідження було включено 132 пацієнти з ВІЛ-інфекцією, які перебували на антиретровірусній терапії не менше шести місяців. Проведено клініко-анамнестичне, психіатричне та клініко-психологічне обстеження з використанням стандартизованих шкал. Прихильність до АРТ оцінювали за даними медичної документації та самооцінки пацієнтів. Для визначення предикторів порушення прихильності застосовано багатofакторний статистичний аналіз, включно з логістичною регресією та ROC-аналізом.

Встановлено, що наявність депресивних та органічних психічних розладів достовірно асоціюється з порушенням прихильності до АРТ. Психіатричні чинники продемонстрували вищу прогностичну значущість проти демографічних показників. Побудована прогностична модель мала високу здатність ідентифікувати пацієнтів із підвищеним ризиком порушення терапії та адекватну відповідність прогнозованих і фактичних результатів.

Психічні розлади є важливими детермінантами зниження прихильності до антиретровірусної терапії у людей, які живуть з ВІЛ. Інтеграція прецизійного психіатричного підходу, що передбачає ранній скринінг, індивідуалізовані психіатричні та психосоціальні інтервенції, може сприяти підвищенню прихильності до АРТ, покращенню клінічних результатів і якості життя пацієнтів.

Adherence to antiretroviral therapy (ART) is a critical prerequisite for effective HIV control, sustained viral suppression, and prevention of disease progression. Despite the availability of modern ART regimens, a substantial proportion of people living with HIV (PLWH) demonstrate suboptimal adherence, which may be largely influenced by co-occurring mental disorders.

Objective. To assess the role of mental disorders as determinants of reduced adherence to antiretroviral therapy in people living with HIV and to substantiate the clinical relevance of a precision psychiatry approach in HIV care.

The study included 132 PLWH who had been receiving ART for at least six months. All participants underwent clinical, psychiatric, and psychological assessment using standardized diagnostic and psychometric tools. ART adherence was evaluated based on medical records and patient self-report. Multivariate statistical methods, including logistic regression and ROC analysis, were applied to identify predictors of non-adherence.

Depressive and organic mental disorders were significantly associated with reduced adherence to ART. Psychiatric variables demonstrated greater prognostic relevance for non-adherence than demographic characteristics. The predictive model showed high discriminatory ability in identifying patients at increased risk of ART non-adherence and demonstrated adequate calibration between predicted and observed outcomes.

Mental disorders represent key determinants of reduced adherence to antiretroviral therapy in people living with HIV. Integration of a precision psychiatry approach, including early psychiatric screening and individualized psychosocial and therapeutic interventions, may improve ART adherence, optimize clinical outcomes, and enhance quality of life in this population.

Прихильність до антиретровірусної терапії (АРТ) є ключовим чинником ефективного контролю ВІЛ-інфекції, досягнення вірусологічної супресії та попередження прогресування захворювання. Порушення режиму приймання антиретровірусних препаратів

асоціюється з підвищеним ризиком вірусологічної невдачі, формуванням медикаментозної резистентності та зростанням смертності серед людей, які живуть з ВІЛ [1].

Попри доступність сучасних, високоефективних схем АРТ, значна частка пацієнтів демонструє

недостатню прихильність до лікування, що зумовлює доцільність глибшого аналізу детермінант цього явища. Серед численних чинників, що впливають на дотримання терапевтичного режиму, особливе місце посідають психічні розлади, поширеність яких серед людей, які живуть з ВІЛ, залишається надзвичайно високою [2].

За даними Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІД, у світі налічується близько 38,4 млн людей, які живуть з ВІЛ, і щороку реєструється понад 1,5 млн нових випадків інфекції, що підкреслює глобальний характер проблеми [1]. В Україні на 01.10.2024 року під медичним спостереженням перебувало 147 599 осіб, що відповідає 360,0 на 100 тис. населення [3].

Водночас психічні розлади є одним із найпоширеніших коморбідних станів у людей, які живуть з ВІЛ. За оцінками ВООЗ, до 70 % пацієнтів з ВІЛ мають депресивні, тривожні, посттравматичні або інші психічні порушення, які суттєво впливають на якість життя та перебіг основного захворювання [2]. Сам факт встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції є потужним психотравматичним чинником, що супроводжується високим рівнем стресу, тривоги та депресії, особливо серед осіб без соціальної підтримки, із нестабільним матеріальним станом або безробітних.

Психічні розлади, зокрема депресивні, тривожні та органічні психічні порушення, негативно впливають на мотивацію до лікування, когнітивні функції, здатність до самоконтролю та взаємодію з медичною системою. Ігнорування психіатричних чинників у веденні ВІЛ-інфекції може призводити до неефективності терапії навіть за оптимально підібраних антиретровірусних схем. Уразливість цієї групи підтверджується даними дослідження, проведеного в Бразилії, де серед людей, які живуть з ВІЛ, із помірними та тяжкими психічними розладами рівень прихильності до АРТ становив лише 16,4 %. До головних чинників низької прихильності належали старший вік, безпритульність, відсутність регулярного клінічного спостереження та наявність психічних і поведінкових розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин [4].

Взаємозв'язок між ВІЛ-інфекцією та психічним здоров'ям має двоспрямований характер. ВІЛ-інфекція підвищує вразливість до розвитку психічних розладів, тоді як психічні розлади також ускладнюють перебіг і лікування людей з ВІЛ, сприяючи зниженню прихильності до АРТ, соціальній ізоляції, стигматизації та підвищенню ризику суїцидальної поведінки [2].

У сучасній клінічній практиці дедалі більшого значення набуває персоналізований та прецизійний підходи до надання медичної допомоги. Персоналізована медицина ґрунтується на індивідуалізації лікування з урахуванням унікальних біологічних, психологічних і соціальних характеристик пацієнта, тоді як прецизійна медицина більше акцентує увагу на біологічних і генетичних маркерах, як-от геноміка, епігеноміка та нейровізуалізація [5—7].

У психіатрії персоналізований підхід має особливе значення, оскільки включає не лише біологічні

змінні, але й особистісні риси, соціальний контекст, культуральні особливості та економічні умови, які визначають адаптацію пацієнта до хвороби [8]. Для людей, які живуть з ВІЛ, такий підхід передбачає комплексне оцінювання біологічних, психологічних і соціальних чинників, активне залучення ресурсів соціальної підтримки та розроблення індивідуалізованих психотерапевтичних і психіатричних інтервенцій.

Отже, інтеграція персоналізованого та прецизійного психіатричного підходів у систему ВІЛ-допомоги є перспективним напрямом підвищення прихильності пацієнтів до антиретровірусної терапії, профілактики психічних ускладнень і покращення якості життя людей, які живуть з ВІЛ, що й зумовлює актуальність цього дослідження.

Недостатня прихильність до антиретровірусної терапії залишається однією з основних перешкод ефективного контролю ВІЛ-інфекції, попри доступність сучасних схем лікування. Висока поширеність психічних розладів серед людей, які живуть з ВІЛ, обґрунтовує потребу впровадження прецизійного психіатричного підходу як складника підвищення ефективності АРТ та покращення клінічних результатів.

Метою дослідження є визначення чинників, пов'язаних із порушенням режиму АРТ у людей, які живуть з ВІЛ, із застосуванням методів прецизійної психіатрії. Особливу увагу приділено психіатричним, демографічним, соціальним і клінічним характеристикам пацієнтів, які можуть впливати на прихильність, та інтеграції отриманих даних у персоналізовані клінічні стратегії.

Дослідження проведено на базі КНП СОР «Обласний клінічний медичний центр соціально небезпечних захворювань» у період з 2021 по 2025 роки.

Дослідження виконано відповідно до Гельсінської декларації (2013) та етичних стандартів комітету з біоетики при закладі, де воно проводилося. Усі учасники надали письмову інформовану згоду на участь та обробку анонімізованих даних.

Дослідження мало спостережний, аналітично-кореляційний дизайн із використанням елементів персоніфікованого підходу до оцінки психічних розладів і прихильності до антиретровірусної терапії серед людей, які живуть з ВІЛ.

У дослідження було включено 132 пацієнти, які перебували на диспансерному спостереженні та отримували антиретровірусну терапію не менше шести місяців. Серед обстежених було 55 жінок (41,7 %) та 77 чоловіків (58,3 %) віком від 22 до 75 років; середній вік становив $42,6 \pm 11,3$ років.

Критеріями включення були: підтверджений діагноз ВІЛ-інфекції; перебування на антиретровірусній терапії не менше шести місяців; вік ≥ 18 років; надання інформованої згоди на участь у дослідженні.

Критеріями виключення вважали відсутність інформованої згоди; тяжкі соматичні стани в стадії декомпенсації; а також гострі психотичні розлади, що унеможливлювали проведення психіатричного та психологічного обстежень.

Психічний стан пацієнтів оцінювали за допомогою клініко-психопатологічного методу з проведенням психіатричного огляду. Діагностику психічних розладів проводили відповідно до міжнародних класифікаційних критеріїв (МКХ-10).

На підставі результатів психіатричного обстеження пацієнтів було стратифіковано за наявністю та типом психічних розладів (психічно здорові, органічні психічні розлади, невротичні та стресові розлади, депресивний епізод).

Рівень прихильності до АРТ оцінювали на основі даних клінічного спостереження, анамнестичних відомостей та аналізу дотримання режиму приймання антиретровірусних препаратів. Пацієнтів розподіляли на групи з належною та порушеною прихильністю до АРТ за даними опитування та анамнезу.

Додатково аналізували соціально-демографічні (вік, стать, рівень соціально-економічного статусу, працевлаштування, сімейний стан) та клінічні характеристики (стадія ВІЛ-інфекції, абсолютна кількість CD4-лімфоцитів, вірусне навантаження, тривалість АРТ, шлях інфікування).

Статистичне оброблення даних проводили з використанням методів описової та аналітичної статистики. Кількісні показники подано у вигляді середнього значення та стандартного відхилення ($M \pm SD$), категоріальні змінні — у вигляді абсолютних і відносних величин ($n, \%$).

Для порівняння груп використовували критерій Вілкоксона, χ^2 Пірсона або точний критерій Фішера залежно від типу та розподілу даних. Для визначення незалежних предикторів порушення прихильності до АРТ застосовували багатofакторну логістичну регресію з обчисленням відношення шансів (OR) та 95 % довірчих інтервалів (95 % ДІ).

Прогностичну здатність моделі оцінювали за допомогою ROC-аналізу з визначенням площі під кривою (AUC). Калібрування моделі перевіряли за допомогою критерію Хосмера — Лемешоу. Рівень статистичної значущості вважали достовірним при $p < 0,05$.

Оброблення даних здійснювали у програмному середовищі R (v4.4.1, RStudio 2025.09.1).

У дослідженні проаналізовано дані 132 пацієнтів, які перебували на антиретровірусній терапії не менше шести місяців. Основні соціально-демографічні та клінічні характеристики вибірки залежно від рівня прихильності до АРТ наведені в таблиці 1.

Порівняльний аналіз груп за рівнем прихильності до АРТ показав, що між групами з належною та порушеною прихильністю до антиретровірусної терапії не виявлено статистично значущих відмінностей за віком, статтю, стадією ВІЛ-інфекції, абсолютною кількістю CD4-лімфоцитів, вірусним навантаженням, шляхом інфікування та сімейним станом ($p > 0,05$).

Водночас встановлено статистично значущі відмінності за частотою виявлених психічних розладів ($p = 0,034$). У групі з порушеною прихильністю до АРТ частіше виявляли органічні психічні розлади та депресивні епізоди (рис. 1), тоді як частка психічно

здорових пацієнтів була більшою серед осіб із належною прихильністю до лікування (див. табл. 1). Крім того, тривалість антиретровірусної терапії суттєво відрізнялася між групами ($p < 0,001$): пацієнти з більшою тривалістю приймання АРТ частіше демонстрували порушення режиму лікування.

Таблиця 1. Характеристика вибірки за прихильністю до антиретровірусної терапії

Змінна	Прихильність до АРТ		
	належна (N = 82)	порушена (N = 50)	p-value
Вік, роки	43 ± 9	41 ± 9	0,3
Стать: жінки чоловіки	35 (43 %) 47 (57 %)	20 (40 %) 30 (60 %)	0,8
Стадія ВІЛ-інфекції: стадія 1 стадія 2 стадія 3 стадія 4	31 (38 %) 11 (13 %) 18 (22 %) 22 (27 %)	17 (34 %) 7 (14 %) 12 (24 %) 14 (28 %)	> 0,9
Абсолютна кількість CD4-лімфоцитів	410 (270)	466 (326)	0,5
Вірусне навантаження	27 (33 %)	21 (42 %)	0,3
Психіатричний діагноз: психічно здорові органічні психічні розлади невротичні/стресові розлади депресивний епізод	35 (43 %) 12 (15 %) 29 (35 %) 6 (7,3 %)	13 (26 %) 15 (30 %) 14 (28 %) 8 (16 %)	0,034
Соціоекономічний статус: низький середній високий немає даних	— 26 (34 %) 51 (66 %) 5	— 22 (48 %) 24 (52 %) 4	0,13
Тривалість АРТ: до 1 року 1—2 роки 2—5 років 5—10 років понад 10 років	41 (50 %) 7 (8,5 %) 30 (37 %) 2 (2,4 %) 2 (2,4 %)	8 (16 %) 7 (14 %) 23 (46 %) 2 (4,0 %) 10 (20 %)	< 0,001
Шлях зараження ВІЛ: статевий шлях через кров / аварійна ситуація ін'єкційні наркотики	72 (88 %) 8 (9,8 %) 2 (2,4 %)	45 (90 %) 3 (6,0 %) 2 (4,0 %)	0,6
Сімейний стан: в шлюбі ніколи не були одружені розлучені вдівці	49 (60 %) 11 (13 %) 13 (16 %) 9 (11 %)	30 (60 %) 3 (6,0 %) 15 (30 %) 2 (4,0 %)	0,11
Працевлаштування: не працюють в сфері обслуговування на державній службі власний бізнес фізична праця	35 (43 %) 13 (16 %) 6 (7,3 %) 11 (13 %) 17 (21 %)	13 (26 %) 20 (40 %) — 5 (10 %) 12 (24 %)	0,008

Примітка. p-value — рівні статистичної значущості за критеріями Wilcoxon rank sum test; Pearson's Chi-squared test; Fisher's exact test

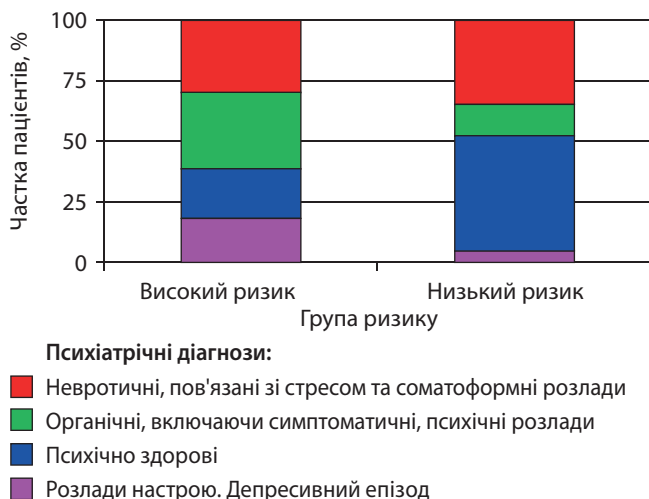


Рис. 1. Розподіл психічних розладів за групою ризику порушення антиретровірусної терапії

Також виявлено статистично значущі відмінності за показником працевлаштування ($p = 0,008$): у групі з порушеною прихильністю була більшою частка непрацевлаштованих пацієнтів.

Для визначення незалежних предикторів порушення прихильності до антиретровірусної терапії проведено багатофакторний логістичний регресійний аналіз (табл. 2).

Встановлено, що наявність психічних розладів є суттєвим чинником ризику порушення АРТ. Зокрема, органічні психічні розлади асоціювалися з семикратним зростанням ризику порушення прихильності ($OR = 7,72$; 95 % ДІ: 1,96—34,85; $p = 0,009$), а депресивний епізод — із ще вищим ризиком ($OR = 8,72$; 95 % ДІ: 2,00—43,23; $p = 0,008$).

Тривалість антиретровірусної терапії також була незалежно пов'язана з підвищеним ризиком порушення режиму лікування ($OR = 2,61$; 95 % ДІ: 1,74—4,22; $p < 0,001$).

Таблиця 2. Предиктори порушення прихильності до антиретровірусної терапії у людей, які живуть з ВІЛ (багатофакторна логістична регресія)

Змінна	OR	95 % ДІ	p-value
Психічно здорові (референтна група)	1,00	—	—
Депресивний епізод	8,72	2,00—43,23	< 0,01 (0,008)
Органічні психічні розлади	7,72	1,96—34,85	< 0,01 (0,009)
Невротичні/стресові та соматоформні розлади	1,51	0,50—4,64	> 0,05 (0,48)
Тривалість антиретровірусної терапії	2,61	1,74—4,22	< 0,001

Примітка. OR — відношення шансів; ДІ — довірчий інтервал. Референтною групою є пацієнти без діагностованих психічних розладів. Значущість оцінювали при $p < 0,05$

Інші змінні, зокрема вік, стать, стадія ВІЛ-інфекції, абсолютна кількість CD4-лімфоцитів, вірусне навантаження, соціально-економічний статус, шлях інфікування та працевлаштування, не продемонстрували статистично значущого впливу у багатофакторній моделі ($p > 0,05$).

Якість побудованої логістичної моделі оцінювали за допомогою ROC-аналізу. Площа під ROC-кривою становила 0,842 (95 % ДІ: 0,776—0,908), що свідчить про високу дискримінативну здатність моделі щодо прогнозування порушення АРТ (рис. 2).

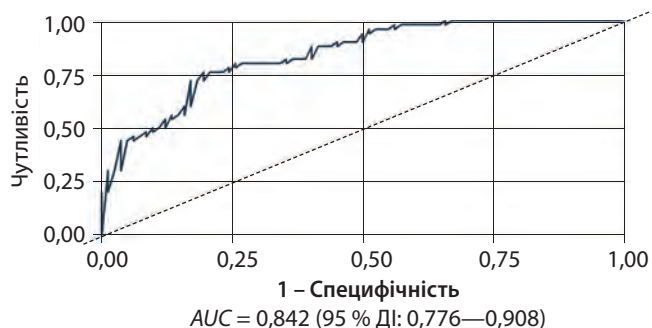


Рис. 2. ROC-крива моделі прогнозування порушення антиретровірусної терапії

Найвищу прогностичну точність модель демонструвала у підгрупі пацієнтів із невротичними та стресовими розладами ($AUC = 0,88$), тоді як для всієї

вибірки значення AUC становило 0,84, що свідчить про високу дискримінативну здатність моделі (рис. 3).

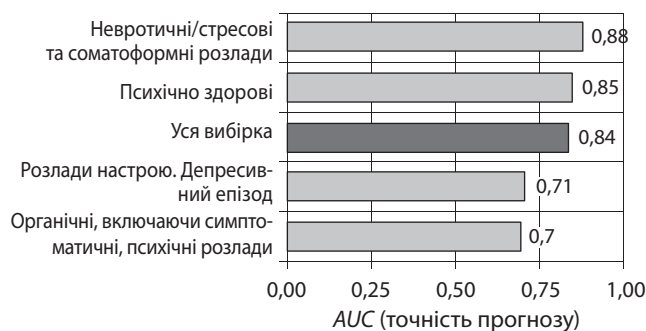


Рис. 3. AUC моделі прогнозування порушення антиретровірусної терапії за наявності психічних розладів

Калібрування моделі було задовільним, що підтверджено критерієм Хосмера — Лемешоу ($\chi^2 = 6,42$; $df = 8$; $p = 0,60$). Оптимальний поріг класифікації, визначений за індексом Юдена, забезпечував збалансоване співвідношення чутливості та специфічності, що давало змогу ефективно ідентифікувати пацієнтів із високим ризиком порушення АРТ.

Наявність депресивного епізоду та органічних психічних розладів була асоційована зі статистично значущим підвищенням ризику порушення АРТ ($OR = 8,72$ та $OR = 7,72$ відповідно), тоді як невротичні та стресові розлади не мали достовірного впливу (рис. 4).

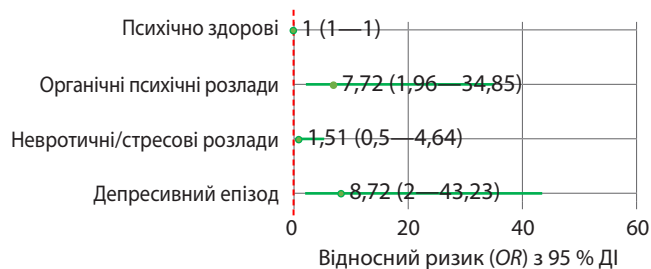


Рис. 4. Ризик порушення антиретровірусної терапії серед людей, які живуть з ВІЛ, з психічними розладами та без

Отримані результати підтверджують, що психічні розлади відіграють ключову роль у формуванні прихильності до антиретровірусної терапії у людей, які живуть з ВІЛ. Виявлений у нашому дослідженні зв'язок між депресивними та органічними психічними розладами і порушенням АРТ узгоджується з даними міжнародних досліджень, які демонструють, що психічна коморбідність є одним із найбільш стабільних і клінічно значущих предикторів недостатньої прихильності до лікування [9; 10].

Зокрема, депресивні симптоми, апатія та посттравматичні стресові розлади негативно впливають на мотивацію до лікування, виконавчі функції та здатність до регулярного приймання препаратів. У дослідженні 2021 року Babicz et al. показано, що апатія є критичним психологічним чинником, пов'язаним із порушенням медикаментозної прихильності, навіть за контролю інших клінічних змінних [9]. Аналогічно, результати Parro-Torres et al. 2022 року підтверджують, що наявність психічних розладів значно підвищує ймовірність неадекватної прихильності до АРТ у людей, які живуть з ВІЛ [8].

Важливу роль у формуванні психічних розладів і порушенні прихильності відіграє стигматизація. Дані когортного дослідження в Уганді свідчать, що інтерналізована стигма асоціюється з більш вираженими депресивними симптомами, що також негативно впливає на результати лікування, навіть у пацієнтів, які отримують АРТ [10]. Подібні результати отримано й у мультинаціональному дослідженні Hsieh et al. (2022), де показано, що перекриття різних форм стигми (ВІЛ-асоційованої, вікової, соціальної) суттєво погіршує якість життя та психічне благополуччя людей, які старіють із ВІЛ, що може опосередковано впливати на прихильність до лікування [11].

Окрему увагу слід приділити впливу віку та тривалості ВІЛ-інфекції. Дані Gianella et al. (2022) демонструють, що з віком та зі збільшенням тривалості інфекції збільшується поширеність тривожних і депресивних симптомів [12]. Це узгоджується з концепцією прискореного старіння при ВІЛ-інфекції, яка описана в роботах Marcus et al. (2020) та Breen et al. (2022), де показано, що ВІЛ асоціюється зі зниженням тривалості коморбідно-вільного життя та біологічними ознаками передчасного старіння вже з моменту первинного інфікування. Такі зміни можуть сприяти розвитку органічних і афективних психічних розладів, що також ускладнює дотримання режиму АРТ [13; 14].

Нейрокогнітивні та мозкові зміни також є важливим механізмом зниження прихильності. Petersen et al. (2023) продемонстрували, що у людей, які живуть з ВІЛ, поєднання клінічних, коморбідних і соціальних детермінант асоціюється з прискореним старінням мозку. Це має безпосереднє значення для прихильності, оскільки когнітивні порушення можуть знижувати здатність до планування, самоконтролю та регулярного приймання медикаментів [15].

З позицій клінічної практики особливу цінність мають дані щодо ефективності психіатричних і психологічних інтервенцій. Систематичний огляд і метааналіз Asrat et al. (2020) підтвердили ефективність психологічних втручань у зменшенні депресивної симптоматики у людей, які живуть з ВІЛ, у країнах із низьким і середнім рівнем доходу [16]. Крім того, сучасні інтегровані підходи, як-от поєднання когнітивно-процесуальної терапії з інтервенціями, спрямованими на підвищення прихильності до лікування, демонструють перспективність для покращення ВІЛ-асоційованих клінічних результатів [17].

Отже, сукупність отриманих результатів і даних сучасних досліджень свідчить, що психічні розлади, зокрема депресивні, тривожні, посттравматичні та органічні порушення, є не лише супутніми станами ВІЛ-інфекції, а й активними детермінантами порушення прихильності до антиретровірусної терапії. Виявлені взаємозв'язки між психічним станом, стигматизацією, когнітивними змінами та тривалістю ВІЛ-інфекції підкреслюють доцільність переходу від універсальних підходів до індивідуалізованих моделей ведення пацієнтів, що обґрунтовує застосування прецизійного психіатричного підходу в системі ВІЛ-допомоги.

Результати проведеного дослідження свідчать, що психічні розлади є одною із головних детермінант зниження прихильності до антиретровірусної терапії у людей, які живуть з ВІЛ. Встановлено, що наявність органічних психічних розладів і депресивного епізоду достовірно підвищує ризик порушення режиму АРТ, незалежно від віку, статі, стадії ВІЛ-інфекції та основних клінічних показників.

Отримані результати свідчать, що поєднання психіатричної оцінки з клінічними даними дає змогу надійно виявляти пацієнтів із підвищеним ризиком порушення антиретровірусної терапії. Побудована прогностична модель добре відрізняє осіб із порушеною прихильністю до АРТ від пацієнтів, які дотримуються лікування, що має практичне значення для клінічної роботи. Це створює можливість раннього залучення психіатричної та психологічної підтримки саме для тих пацієнтів, які її найбільше потребують, і підтверджує доцільність застосування прецизійного психіатричного підходу у веденні людей, які живуть з ВІЛ.

З позицій прецизійної психіатрії, інтеграція психіатричної оцінки, психологічного супроводу та індивідуалізованих інтервенцій у систему ВІЛ-допомоги є доцільною стратегією підвищення прихильності до лікування. Пацієнтів з депресивними та органічними психічними розладами треба розглядати

як пріоритетну цільову групу для персоналізованих програм підтримки, що включають психотерапевтичні, мотиваційні та соціально-орієнтовані заходи.

Реалізація прецизійного психіатричного підходу в клінічній практиці може сприяти покращенню довгострокових результатів антиретровірусної терапії, зниженню ризику вірусологічної невдачі та підвищенню якості життя людей, які живуть з ВІЛ.

Це дослідження не отримувало жодних спеціальних грантів від фінансових установ у державному, комерційному чи некомерційному секторах. Автори хотіли б подякувати всім учасникам за їхній час та співпрацю в цьому дослідженні. Особлива подяка висловлюється співробітникам Клінічного медичного центру соціально небезпечних захворювань, Суми, за їхню підтримку у сприянні збору даних.

Це дослідження не отримувало жодних спеціальних грантів від фінансових установ державного, комерційного чи некомерційного секторів. Автори хотіли б подякувати всім учасникам за їхній час та співпрацю в цьому дослідженні. Особливу подяку висловлюємо персоналу Клінічного медичного центру соціально небезпечних захворювань (м. Суми) за їхню підтримку у зборі даних.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів, пов'язаного з цим дослідженням.

Список літератури / References

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global HIV & AIDS statistics — Fact sheet. Geneva: UNAIDS; 2022.
2. World Health Organization. Mental health and HIV/AIDS. WHO Report. 2022. <https://www.who.int>
3. Центр громадського здоров'я МОЗ України. *Статистика ВІЛ/СНІД в Україні: грудень 2024 року*. <https://phc.org.ua/news/statistika-vilnsnid-v-ukraini-gruden-2024-roku>
4. Arashiro P, Maciel CG, Freitas FPR, et al. Adherence to antiretroviral therapy in people living with HIV with moderate or severe mental disorder. *Sci Rep*. 2023;13(1):3569. Published 2023 Mar 2. doi:10.1038/s41598-023-30451-z
5. Redekop WK, Mladi D. The faces of personalized medicine: a framework for understanding its meaning and scope. *Value Health*. 2013;16(6 Suppl):S4-9. doi:10.1016/j.jval.2013.06.005
6. Perna G, Cuniberti F, Daccò S, Grassi M, Caldirola D. 'Precision' or 'personalized' psychiatry: different terms — same content? *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2020;88(12):759-766. English. doi:10.1055/a-1211-2722
7. Perna G, Grassi M, Caldirola D, Nemeroff CB. The revolution of personalized psychiatry: will technology make it happen sooner? *Psychol Med*. 2018;48(5):705-713. doi:10.1017/S0033291717002859
8. Parro-Torres C, Hernández-Huerta D, Ochoa-Mangado E, Pérez-Elías MJ, Baca-García E, Madoz-Gúrpide A. Antiretroviral treatment adherence and mental disorders: observational case-control study in people living with HIV in Spain. *AIDS Care*. 2022;34(8):1064-1072. doi:10.1080/09540121.2021.1944598
9. Babicz MA, Woods SP, Fazeli P, Morgan EE. Apathy is Associated with Critical Psychological Determinants of Medication Adherence in HIV Disease. *J Clin Psychol Med Settings*. 2021;28(2):301-12. doi:10.1007/s10880-020-09715-7
10. Bebell LM, Kembabazi A, Musinguzi N, et al. Internalized stigma, depressive symptoms, and the modifying role of antiretroviral therapy: A cohort study in rural Uganda. *SSM Ment Health*. 2021;1:100034. doi:10.1016/j.ssmmh.2021.100034
11. Hsieh E, Polo R, Qian HZ, Fuster-Ruiz de Apodaca MJ, Del Amo J. Intersectionality of stigmas and health-related quality of life in people ageing with HIV in China, Europe,

and Latin America. *Lancet Healthy Longev*. 2022;3(3):e206-15. doi:10.1016/S2666-7568(22)00003-4

12. Gianella S, Saloner R, Curtin G, et al. A Cross-Sectional Study to Evaluate the Effects of Age and Duration of HIV Infection on Anxiety and Depression in Cisgender Men. *AIDS Behav*. 2022;26(1):196-203. doi:10.1007/s10461-021-03373-y. Erratum in: *AIDS Behav*. 2022;26(1):204. doi:10.1007/s10461-021-03421-7

13. Marcus JL, Leyden WA, Alexeeff SE, et al. Comparison of Overall and Comorbidity-Free Life Expectancy Between Insured Adults With and Without HIV Infection, 2000-2016. *JAMA Netw Open*. 2020;3(6):e207954. Published 2020 Jun 1. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.7954

14. Breen EC, Sehl ME, Shih R, et al. Accelerated aging with HIV begins at the time of initial HIV infection. *iScience*. 2022;25(7):104488. Published 2022 Jun 30. doi:10.1016/j.isci.2022.104488. Erratum in: *iScience*. 2023;26(8):107381. doi:10.1016/j.isci.2023.107381

15. Petersen KJ, Lu T, Wisch J, et al. Effects of clinical, comorbid, and social determinants of health on brain ageing in people with and without HIV: a retrospective case-control study. *Lancet HIV*. 2023;10(4):e244-e253. doi:10.1016/S2352-3018(22)00373-3. Erratum in: *Lancet HIV*. 2023;10(12):e762. doi:10.1016/S2352-3018(23)00056-5

16. Asrat B, Schneider M, Ambaw F, Lund C. Effectiveness of psychological treatments for depressive symptoms among people living with HIV/AIDS in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2020;270:174-87. doi:10.1016/j.jad.2020.03.068

17. Lopez CM, Baker NL, Moreland AD, et al. Development and feasibility testing of an integrated PTSD and adherence intervention cognitive processing therapy-life steps (CPT-L) to improve HIV outcomes: Trial protocol. *Contemp Clin Trials Commun*. 2023;33:101150. doi:10.1016/j.conctc.2023.101150

Надійшла до редакції 4.02.2026
Прийнято до друку 19.02.2026

ЧЕРЕВКО Оксана Миколаївна, аспірант кафедри нейрохірургії та неврології з курсами психіатрії, наркології, медичної психології, професійних хвороб Навчально-наукового медичного інституту Сумського державного університету; лікар-психіатр Комунального некомерційного підприємства Сумської обласної ради «Сумський обласний клінічний медичний центр соціально небезпечних захворювань», м. Суми, Україна; <https://orcid.org/0000-0003-1834-5886>; e-mail: o.cherevko@med.sumdu.edu.ua

КОЖИНА Ганна Михайлівна, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету, м. Харків, Україна; <https://orcid.org/0000-0002-2000-707X>; e-mail: amkozhyzna888@gmail.com

CHEREVKO Oksana, Postgraduate Student of the Department of Neurosurgery and Neurology with courses in Psychiatry and Narcology, Medical Psychology, Occupational Diseases of the Educational and Scientific Medical Institute of Sumy State University, Sumy, Ukraine; <https://orcid.org/0000-0003-1834-5886>; e-mail: o.cherevko@med.sumdu.edu.ua

KOZHYNNA Hanna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Psychiatry, Narcology, Medical Psychology and Social Work of the Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine; <https://orcid.org/0000-0002-2000-707X>; e-mail: amkozhyzna888@gmail.com