

ВІДГУК
на дисертаційну роботу
СОКОЛЮКА Михайла Анатолійовича
«НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНА ДЕТЕРМІНАЦІЯ ТА
ПСИХОСОМАТИЧНА ОБУМОВЛЕНІСТЬ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО
ПОТЕНЦІАЛУ ПАЦІЄНТІВ ОНКОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ»,
подану на здобуття наукового ступеня доктора філософії
за спеціальністю 053 «Психологія»
(галузь 05 Соціальні та поведінкові науки)

Рецензована дисертаційна робота М.А. Соколюка виконана на стику чотирьох суміжних наукових галузей клінічної психології, психоонкології, нейропсихології та психосоматики. Її актуальність зумовлена сукупністю об'єктивних чинників сучасного наукового та клінічного контексту. Прогресивне зростання онкологічної захворюваності у глобальному та національному масштабах формує безпосередню соціально-медичну потребу у розширенні доказової бази психоонкологічного супроводу. Інтенсивний розвиток нейропсихології CRCI (Cancer-Related Cognitive Impairment) останнього десятиліття поставив перед клінічною психологією завдання інтеграції нейрокогнітивного виміру у класичні моделі реабілітації, яке досі залишається переважно концептуально декларованим. У вітчизняному науковому полі систематичне поєднання нейропсихологічного та психосоматичного вимірів у єдиній доказовій конструкції є відносно новим методологічним кроком, що відповідає вимогам трансляційної психологічної науки. Дисертаційна робота М.А. Соколюка є послідовною спробою заповнити цю прогалину, і, на наш погляд, ця спроба заслуговує на високу позитивну оцінку.

Оцінка структури та внутрішньої логіки роботи.

Дисертація структурована відповідно до вимог МОН України та логіки емпіричного клініко-психологічного дослідження. Внутрішня послідовність розгортання матеріалу простежується від теоретико-методологічного синтезу через обґрунтування авторської чотирирівневої моделі та операціоналізацію

конструктів – до емпіричного блоку, структурного моделювання рівнянь і науково-практичних рекомендацій. Сформульовані чотири дослідницькі гіпотези (H1–H4) є конкретизованими, операціоналізованими та такими, що підлягають верифікації обраними статистичними методами. Відповідність між метою, завданнями, об'єктом, предметом і висновками дослідження не викликає методологічних заперечень.

Оцінка теоретичного внеску.

Виокремимо ті аспекти теоретичного блоку, які видаються нам особливо змістовними. Першим заслуговує уваги виокремлення здобувачем атипової – у зіставленні з лінійним зростанням більшості негативних показників – зворотної динаміки тривоги: від $M=3,90$ у ГП до $M=2,70$ у ГПал ($F=4,81$; $p=0,009$). Інтерпретація цього патерну як трансформації від гострої загрозо-орієнтованої реакції до пасивного виснаження і психологічного прийняття узгоджується з моделями адаптивного прийняття та концептом екзистенційного прийняття у психоонкологічній літературі. Цей результат суперечить простому лінійному уявленню про наростання афективного дистресу зі стадією захворювання і має, відтак, самостійне теоретичне значення.

Другим заслуговує на окреме виділення запропоноване здобувачем розмежування психосоматичної симптоматики за Гіссенським опитувальником на дві диференційовані категорії: переважно психогенно опосередковану (виснаження $F=9,73$; больовий синдром $F=8,94$; обидва $p<0,001$) та переважно фармакологічно зумовлену (шлункові скарги $p=0,072$; серцеві скарги $p=0,073$). Ця диференціація, проведена не на дедуктивній основі, а як емпіричне розшарування симптомів за чутливістю до клінічної стадії, є важливим кроком у напрямі операціоналізованої психосоматичної таксономії в онкологічному контексті. Її практичне значення безпосереднє: вона методологічно обґрунтовує селективну спрямованість психологічних інтервенцій саме на ту частину соматичної симптоматики, яка реально модулюється психологічними чинниками.

Третім слід виділити нелінійність динаміки екзистенційного дистресу за ЕСQ: найбільший стрибок зафіксовано не між групою рецидивів і паліативною групою ($\Delta=3,80$ у загальній оцінці), а між первинними хворими і групою рецидивів ($\Delta=4,30$). Психологічно найбільш руйнівним екзистенційним подразником, відтак, виявляється не наближення до термінальної фази, а сам факт рецидиву – момент краху захисної когнітивної структури «лікування допоможе». На наш погляд, цей емпірично встановлений патерн має пряме прикладне значення для організації стадійно-чутливої екзистенційної психологічної підтримки і свідчить про методологічну прозорливість здобувача у виборі ЕСQ як інструменту дослідження.

Оцінка психодіагностичного комплексу та методології.

Аналітична архітектура дослідження побудована за принципом ієрархічного нарощування складності – від описової статистики та однофакторного дисперсійного аналізу з post-hoc тестом Тьюкі через кореляційний аналіз і до структурного моделювання рівнянь з оцінкою індексів. Такий підхід є методологічно виправданим у клініко-психологічному дослідженні та відображає послідовну логіку переходу від описових міжгрупових відмінностей до структурно-каузальних узагальнень. Показники підгонки SEM-моделей (CFI у межах 0,911–0,936; RMSEA у межах 0,058–0,071) відповідають критеріям задовільної підгонки за конвенцією Hu & Bentler, що підтверджує концептуальну адекватність запропонованих моделей.

Окремої уваги заслуговує методологічно нетривіальний результат, зокрема прогресивне зростання частки поясненої дисперсії реабілітаційного потенціалу від ГП до ГПал ($R^2=0,71 \rightarrow 0,74 \rightarrow 0,79$). За стандартного припущення R^2 мав би радше знижуватися через зростання гетерогенності у крайніх клінічних групах. Зворотна динаміка свідчить про те, що у паліативній фазі індивідуальні відмінності в реабілітаційному потенціалі стають більш детермінованими структурно – тобто більш передбачуваними з відомих факторів. Ця закономірність має й самостійне прогностичне значення для

клінічної практики, оскільки збільшує точність персоналізованого прогнозування реабілітаційних траєкторій на пізніх стадіях захворювання.

Оцінка емпіричного дослідження та основних результатів.

Серед емпіричних результатів дисертації особливої уваги заслуговує максимальний деструктивний вплив психосоматичної обумовленості саме у групі рецидиву ($\beta = -0,58$; $p = 0,002$), а не у паліативній групі ($\beta = -0,52$; $p = 0,004$). Цей результат є клінічно нетривіальним і вступає у певне протиріччя з інтуїтивним уявленням про лінійне погіршення психосоматичного статусу зі стадією захворювання. Інтерпретація здобувача – «крах когнітивного буфера», описаний у працях М. Х. Антоні та Ф. С. Дабхара, – є переконливою і добре узгоджується з даними за 4DSQ, де пік дистресу зафіксовано саме у ГВ ($M = 13,70$). Відтак, можна впевнено стверджувати, що момент рецидиву виокремлено у дисертаційному дослідженні як точку максимального психологічного навантаження – кризовий вузол, що потребує підвищеної інтенсивності психоонкологічного супроводу.

Сформульовані за результатами SEM-моделювання три якісно різних патерни детермінації реабілітаційного потенціалу, «ресурсно-орієнтована детермінація» у ГП, «психосоматичний тиск» у ГВ, «екзистенційно-ресурсна адаптація» у ГПал є концептуально насиченими і служать обґрунтуванням стадійно-диференційованої моделі психологічного супроводу. На наш погляд, висунута здобувачем трирівнева матриця рекомендацій – медичний, психологічний та організаційний рівні впровадження – узгоджується з принципом stepped care у сучасній доказовій психологічній практиці та має значний потенціал для впровадження у клінічні протоколи психоонкологічної допомоги в системі охорони психічного здоров'я України.

Зауваження та запитання.

Висловлені нижче запитання мають пояснювально-дискусійний характер і ставляться задля поглиблення обговорення окремих змістовних рішень у межах публічного захисту.

1. Однією із концептуально цікавих теоретичних знахідок дисертації є запропонована здобувачем концепція двопланового реабілітаційного потенціалу – розмежування між суб'єктивно оцінюваним планом, який зберігає резилієнтний характер між клінічними стадіями, та нейрокогнітивною деградацією. Просимо здобувача прокоментувати яке місце посідає запропонований ним конструкт у континуумі сучасних уявлень про дисоціацію суб'єктивного та функціонального вимірів психіки, і чи може бути проведена концептуальна паралель між «прихованою нейрокогнітивною деградацією» при онкологічних захворюваннях та аналогічними дисоціаційними феноменами, описаними в інших клінічних популяціях – зокрема у дослідженнях когнітивного старіння, суб'єктивного когнітивного зниження або постковідних нейропсихологічних синдромів? Яким здобувач уявляє подальший розвиток цього концепту в межах вітчизняної клінічної психології?

2. У третьому розділі в частині опису рекомендацій робиться акцент на необхідності раннього психологічного супроводу первинних онкологічних хворих, зокрема через формування широкого копінг-репертуару заздалегідь, до того моменту, коли активна боротьба стає об'єктивно обмеженою кумулятивними ефектами лікування. Ця ідея фактично окреслює стратегію проактивного, профілактичного формування копінг-ресурсу в онкологічній практиці. Просимо здобувача поділитися своїм баченням щодо того якими саме психотехнічними засобами доцільно здійснювати таке профілактичне «запасання» копінг-ресурсу на стадії первинного лікування, і чи бачить здобувач можливість інституційного впровадження такого підходу в межах існуючої системи онкологічної допомоги в Україні, зокрема в умовах хронічного дефіциту кадрових ресурсів клінічних психологів у державних онкологічних закладах?

3. В роботі Ви посилаєтеся на ідеї цифрового дослідження у психоонкології та реабілітаційному потенціалі. Просимо прокоментувати якою мірою отримані у дисертаційному дослідженні структурні патерни

детермінації реабілітаційного потенціалу можуть стати концептуальною основою для розробки персоналізованих цифрових (телемедичних, мобільних, eHealth-) втручань у різних клінічних групах онкологічних пацієнтів, і які напрями такої цифровізації психоонкологічного супроводу, на думку здобувача, є найперспективнішими для української системи охорони здоров'я?

Висновок.

Дисертаційна робота Соколюка Михайла Анатолійовича є самостійним, теоретично обґрунтованим і методологічно виваженим науковим дослідженням, що робить оригінальний внесок у розвиток клінічної психології, нейропсихології та психоонкології. Сформульовані зауваження і запитання мають дискусійно-пояснювальний характер та не знецінюють здобутих результатів. Вважаємо, що дисертація відповідає вимогам до оформлення дисертації, затвердженим Наказом МОН України від 12.01.2017 № 40 (із змінами, внесеними згідно з Наказом МОН України від 31.05.2019 № 759), вимогам «Порядку присудження ступеня доктора філософії та скасування рішення разової спеціалізованої вченої ради закладу вищої освіти, наукової установи про присудження ступеня доктора філософії», затвердженого Постановою КМУ № 44 від 12.01.2022 року, що висувуються до дисертацій на здобуття наукового ступеня доктора філософії, а її автор – Соколюк Михайло Анатолійович – заслуговує присвоєння наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 053 «Психологія».

Рецензент:

доктор психологічних наук, професор,
завідувач кафедри мовної та психолого-
педагогічної підготовки,
Одеського національного
економічного університету



Юлія АСЕСВА

Засвідчую:

відділу кадрів

20__ р.