

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ І.І. МЕЧНИКОВА**

**Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису**

СОКОЛЮК Михайло Анатолійович

УДК 616-006:616.89:159.937.5

ДИСЕРТАЦІЯ

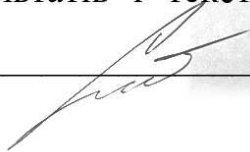
**НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНА ДЕТЕРМІНАЦІЯ ТА ПСИХОСОМАТИЧНА
ОБУМОВЛЕНІСТЬ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ПАЦІЄНТІВ
ОНКОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ**

Спеціальність 053 Психологія

Галузь 05 Соціальні та поведінкові науки

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання
ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне
джерело _____ М.Соколюк



Науковий керівник
доктор психологічних наук, професор,
Родіна Наталія Володимирівна

Одеса, 2026

АНОТАЦІЯ

Соколюк М.А. Нейропсихологічна детермінація та психосоматична обумовленість реабілітаційного потенціалу пацієнтів онкологічного профілю. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 053 «Психологія». – Одеський національний університет імені І. І. Мечникова МОН України. – Одеса, 2026.

Проблема нейропсихологічної детермінації та психосоматичної обумовленості реабілітаційного потенціалу онкопацієнтів є вкрай актуальною у сучасному медичному та психологічному дискурсі. Глобальне зростання онкозахворювань (Bray F. et al.) підвищує попит на психологічний супровід, оскільки рак впливає не лише на фізичний стан, а й суттєво порушує когнітивну діяльність та емоційний баланс (Noll K. R. et al.). Феномен «хемомозку» (chemobrain), що проявляється розладами пам'яті, уваги й виконавчих функцій, погіршує якість життя 35–75% пацієнтів (Kesler S. R., Blayney D. W.). Нейротоксичність, спричинена хіміо- та радіотерапією, підсилює когнітивні втрати, особливо помітні у групах рецидиву та паліативної допомоги (Wefel J. S. et al.; Lunov V. et al.), що свідчить про необхідність адаптивних когнітивно-орієнтованих підходів до реабілітації.

Психосоматичний аспект охоплює регуляцію стресу та взаємодію нервової, імунної й ендокринної систем (Antoni M. H., Dhabhar F. S.; Bakuridze N. G., Lunov V. I. et al.). Хронічний стрес може сприяти імуносупресії й метастазуванню (Wefel J. S. et al.), тоді як короткочасний гострий стрес здатний активувати імунний захист. За результатами проведеного дослідження тривожність і депресивні прояви виявилися негативно пов'язаними з реабілітаційним потенціалом, особливо при рецидиві, тоді як у паліативній фазі рівень тривоги «стабілізується» за рахунок механізму

психологічного прийняття. У реабілітації критичним є багатофакторний підхід (модель Nagi S. Z.; Корнієнко В. В.), де провідну роль відіграють психологічна резилієнтність, ефективні копінг-стратегії і саноцентричний фокус (WHO; Antonovsky A.). Таким чином, інтегративне вивчення нейропсихологічних і психосоматичних чинників є визначальним для розробки ефективних реабілітаційних програм і поліпшення якості життя онкопацієнтів.

У дослідженні було використано системний підхід, що включає теоретичні, емпіричні та статистичні методи. Теоретичні методи забезпечили аналіз, систематизацію, порівняння та узагальнення наукових джерел із проблем нейропсихологічних, психосоматичних і психологічних чинників реабілітаційного потенціалу онкологічних пацієнтів; побудову чотирирівневої теоретичної моделі та обґрунтування дослідницьких гіпотез.

Емпіричний блок реалізовувався через застосування психодіагностичних методик та нейрофізіологічного моніторингу: Шкали реабілітаційного потенціалу (наводиться за Корнієнком В. В.) для оцінки мотиваційного, емоційного, самооцінчного, комунікативного компонентів та внутрішньої картини хвороби; Шкали копінг-поведінки (Родіна Н. В. Зі співавторами,) для діагностики п'яти стратегій подолання: активної боротьби, пасивного оптимізму, пасивного песимізму, залежності від зовнішньої допомоги, неприйняття і дисоціації; Опитувальника екзистенційних проблем ЕСQ (адаптація Кучиної В.В.) для вимірювання шести вимірів екзистенційного дистресу: тривоги смерті, втрати сенсу, страху самотності, почуття провини, відсутності перспективи та екзистенційного прийняття; Нейропсихіатричного опитувальника NPI (Cummings J. L. et al.; Пінчук І. Я. та ін.) з метою виявлення доменів нейропсихіатричної симптоматики (марення, галюцинації, ажитація, депресія, тривога, ейфорія, апатія, дезінгібування, дратівливість, рухові порушення, порушення сну та апетиту); Шкали оцінки виконавчої когнітивної активності (Середа С. В., Луньов В. Є.) для суб'єктивної оцінки виконавчих когнітивних функцій: підтримання уваги, комплексного вирішення проблем, робочої пам'яті та цілеспрямованої

поведінки; Шкали оцінки пасивної нейрокогнітивної активності (Середа С. В., Луньов В. Є.) для оцінки рефлексивної нейрокогнітивної активності: абсорбції, гнучкості мислення, внутрішньої і зовнішньої свідомості, соціальних зв'язків, автобіографічної пам'яті та майбутньо-орієнтованого мислення; Шкали психологічної оцінки здатності до об'єктивної когнітивної оцінки (Середа С. В., Луньов В. Є.) для діагностики інтегративно-комунікативного когнітивного функціонування: емоційної/ сенсорної інтеграції, переключення уваги, соціальної комунікації та самосвідомості; Чотиривимірний опитувальник симптомів 4DSQ (Terluin B.) для диференційованої оцінки дистресу, депресії, тривоги та соматизації; Опитувальник якості життя SF-36 v2 (Ware J. E., Sherbourne C. D.) для вимірювання фізичного (PCS) і психологічного (MCS) компонентів якості життя за вісьмома субшкалами; Гіссенський опитувальник скарг GQ (Brähler E. et al.; Кокун О. М. та ін.) для оцінки психосоматичних симптомів: виснаження, шлункових скарг, больових відчуттів тіла та серцевих скарг. Нейроінтерфейс EMOTIV Eros+ - апаратний нейромоніторинг біоелектричної активності кори головного мозку; спектральний аналіз у чотирьох частотних діапазонах (дельта 1–4 Гц, тета 4–7 Гц, альфа 7–13 Гц, бета 13–30 Гц) у чотирьох кортикальних зонах із гендерно-диференційованим аналізом ЕЕГ-патернів.

Статистичний аналіз здійснювався за допомогою: однофакторного дисперсійного аналізу (ANOVA) із post-hoc тестом Tukey HSD для міжгрупових порівнянь; t-критерію Стьюдента для незалежних вибірок; кореляційного аналізу (r-Пірсона) для встановлення взаємозв'язків між показниками; структурного моделювання рівнянь (SEM) з оцінкою відповідності за індексами CFI, TLI, RMSEA та SRMR для верифікації теоретичної моделі детермінації реабілітаційного потенціалу у кожній клінічній групі. Статистична обробка здійснювалась із використанням програмного забезпечення SPSS.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що вперше:

- *концептуалізовано та емпірично досліджено* феномен нейропсихологічної детермінації та психосоматичної обумовленості реабілітаційного потенціалу онкологічних пацієнтів. Вперше системно досліджено взаємозв'язок між когнітивним функціонуванням, психосоматичними станами та реабілітаційним потенціалом, що дозволяє уточнити механізми адаптації пацієнтів до онкологічного діагнозу.

- *систематизовано та уточнено зміст наукових понять* «реабілітаційний потенціал» та його нейропсихологічні й психосоматичні кореляти. Запропоновано розширену концепцію реабілітаційного потенціалу, що охоплює когнітивні, емоційні, мотиваційні, соціально-комунікативні та тілесні компоненти, визначено їхній взаємозв'язок та вплив на реабілітаційні траєкторії пацієнтів.

- *розроблено каузальну системну модель* детермінації реабілітаційного потенціалу онкологічних пацієнтів. У моделі інтегровано ключові когнітивні та психосоматичні фактори, що впливають на процеси адаптації, відновлення та соціальної реінтеграції. Встановлено, що баланс між нейрокогнітивним статусом, психоемоційною стійкістю та фізичним станом визначає загальний рівень реабілітаційного потенціалу.

- *розкрито структурні особливості* впливу хронічного стресу на нейрокогнітивне функціонування онкологічних пацієнтів. Встановлено, що пацієнти з високим рівнем стресу демонструють зниження виконавчих функцій, уваги та робочої пам'яті, що суттєво впливає на їхню здатність дотримуватися реабілітаційних програм та ефективно взаємодіяти з медичним персоналом.

- *визначено гендерні відмінності* у процесах адаптації та когнітивних реакціях на онкологічне захворювання. Виявлено, що чоловіки частіше демонструють високий рівень когнітивного навантаження, прояви емоційної ригідності та підвищену активність у фронтальних зонах мозку, що може впливати на їхню мотивацію до реабілітації. Натомість жінки частіше

використовують адаптивні копінг-стратегії, але демонструють вищий рівень емоційної лабільності, що потребує додаткової психологічної підтримки.

- *встановлено*, що зниження виконавчих функцій та когнітивної гнучкості у поєднанні з високим рівнем психосоматичних скарг (хронічна втома, больовий синдром, соматичні прояви тривоги) корелює зі зниженням прихильності до терапії та загального рівня реабілітаційного потенціалу.

- *доведено*, що індивідуалізація реабілітаційних стратегій на основі когнітивно-емоційного профілю пацієнта значно підвищує ефективність лікування. Використання персоналізованих втручань, таких як когнітивний тренінг, емоційно-орієнтовані терапевтичні підходи та нейропсихологічна підтримка, сприяє покращенню загального рівня функціонування пацієнтів та їхнього життєвого комфорту.

У дослідженні взяли участь 255 пацієнтів з онкологічним діагнозом, що проходили лікування або перебували під спостереженням у спеціалізованих онкологічних клініках України. Учасники розподілені на три групи відповідно до стадії захворювання: перша (ГП, $n=112$; 43,9%) — пацієнти з первинним діагнозом, що розпочинали лікування; друга (ГВ, $n=84$; 32,9%) — пацієнти з рецидивом або прогресуванням захворювання; третя (ГПал, $n=59$; 23,1%) — паліативна стадія. За статтю: 92 чоловіки (36,1%) і 163 жінки (63,9%). Вікова диференціація: до 40 років — 18,4%; 41–50 — 31,7%; 51–60 — 29,2%; понад 60 — 20,7%; середній вік — $51,9 \pm 11,1$ роки. Дослідження проводилося на базі трьох онкологічних центрів; усі учасники надали інформовану згоду відповідно до міжнародних стандартів біоетики та клінічних досліджень.

Теоретичним внеском дослідження є побудова чотирирівневої моделі реабілітаційного потенціалу, що інтегрує нейропсихологічний, психосоматичний, особистісно-ресурсний і соціально-середовищний рівні в єдину каузальну структуру. Встановлено феномен двопланового реабілітаційного потенціалу: суб'єктивно оцінюваний план зберігає резилієнтний характер між стадіями ($F=0,94$; $p=0,391$), тоді як нейрокогнітивна реалізаційна база прогресивно деградує (CAS-FPN: F до

411,17; $p < 0,001$) — феномен «прихованої нейрокогнітивної деградації», що є серцевиною нейропсихологічної детермінації, винесеної у назву дисертації. Проведений аналіз CAS-FPN підтвердив значне зниження виконавчих умінь у міру прогресування раку, відображаючи пряму залежність між токсичністю лікування і когнітивною витривалістю. Порушення рефлексивної (PNAS) та інтегративно-комунікативної (SNS) активності підтверджують схильність до емоційної дисрегуляції та зниження когнітивної гнучкості. Нейропсихіатрична симптоматика значуща за 8 із 12 доменів NPI; апатія є провідним симптомом із кумулятивною прогресивною динамікою ($F=8,34$; $p < 0,001$), тоді як тривога демонструє нетипову зворотню динаміку, відображаючи перехід від гострої загрозо-орієнтованої реакції до пасивного виснаження.

Проведене структурне моделювання рівнянь (SEM) виявило три якісно різних архітектурних патерни детермінації реабілітаційного потенціалу. У ГП домінує «ресурсно-орієнтована детермінація»: особистісно-ресурсний шлях ($\beta=0,81$; $p < 0,001$) переважає при значущій нейропсихологічній детермінації ($\beta=0,68$; $p < 0,001$) та помірній психосоматичній обумовленості ($\beta=-0,43$; $p=0,008$); $R^2=0,71$. Новодіагностовані продемонстрували найвищу мотивацію й збережені виконавчі функції, а особистісно-ресурсний потенціал тісно корелював із якістю реабілітаційної залученості, що підтверджує важливість раннього психологічного втручання. При рецидиві формується «психосоматичний тиск»: деструктивний психосоматичний шлях різко посилюється ($\beta=-0,58$; $p=0,002$), конкуруючи з особистісно-ресурсним ($\beta=0,63$; $p=0,003$); $R^2=0,74$. У цій групі реєструються найвищі показники дистресу ($F=7,83$; $p < 0,001$) і депресії, а збільшення емоційної дисрегуляції та зниження мотивації перешкоджають реабілітаційним зусиллям (Matias M., Lunov V. et al.). У паліативній групі реалізується «екзистенційно-ресурсна адаптація»: особистісно-ресурсний шлях зберігає провідну роль ($\beta=0,71$; $p < 0,001$), тоді як нейропсихологічна детермінація послаблюється ($\beta=0,49$; $p=0,012$), а пацієнти переходять до екзистенційно орієнтованих стратегій

пристосування; $R^2=0,79$. Прогресивне зростання R^2 ($0,71 \rightarrow 0,74 \rightarrow 0,79$) свідчить про наростаючу структурну детермінованість реабілітаційного потенціалу при прогресуванні захворювання.

Нейрофізіологічний моніторинг (EMOTIV Eros+) виявив гендерно-специфічні ЕЕГ-патерни адаптації. Чоловіки демонструють еволюцію від гострої $\beta+\theta$ -реакції (ГП) через хронічне когнітивне вигорання (ГВ) до адаптивного $\theta+\alpha$ -патерну (ГПал). Жінки зберігають адаптивно-рефлексивний $\theta+\alpha$ -профіль при ГП і ГВ, натомість у паліативних жінок зафіксовано унікальний дельта-патерн ($\delta\uparrow\uparrow+\theta\uparrow\uparrow$ у всіх кортикальних зонах) — нейрофізіологічний маркер прихованої внутрішньої боротьби, що залишається невидимим для класичних психодіагностичних методик і потребує спеціалізованих гендерно-орієнтованих психологічних інтервенцій.

Згідно з SF-36, у фізичному компоненті якості життя спостерігається найбільш стрімке зниження в міру розвитку хвороби (PCS: $F=11,47$; $p<0,001$), тоді як психологічний компонент деградує менш різко (MCS: $F=6,34$; $p=0,002$), демонструючи відносну резилієнтність і визначаючи його як пріоритетний ресурс реабілітаційних програм. Соціальне функціонування залишається порівняно стабільним, але з тенденцією до «усамітнення» на пізніх стадіях. Опитувальник GQ вказує на зростання соматичного навантаження — больових і астеничних симптомів, найяскравіше виражених у паліативних пацієнтів (виснаження $M=22,10$). Поєднання цих даних підтверджує необхідність комплексної підтримки, що інтегрує больовий менеджмент, психологічний супровід та когнітивну стимуляцію.

Узагальнення результатів дослідження підтверджує, що реабілітація в онкології має бути адаптована до конкретної стадії захворювання і враховувати зміни в когнітивному, психосоматичному та особистісному профілі пацієнта. Для первинних хворих пріоритетом є нейрокогнітивний скринінг і захист когнітивного ресурсу, активація копінг-репертуару та психоедукативні групові програми. При рецидиві необхідна одночасна кризова психологічна підтримка й агресивний симптоматичний контроль —

жоден напрям не є достатнім без іншого. У паліативній фазі психологічна робота переорієнтовується на підтримку смислу, гідності і прийняття з урахуванням гендерної специфіки нейрофізіологічних патернів. На організаційному рівні обґрунтовано доцільність міждисциплінарних команд, стадійної маршрутизації до психологічної допомоги та обов'язкового включення нейрокогнітивних індикаторів для своєчасного виявлення прихованого когнітивного зниження. Таким чином, результати дослідження формують доказову основу для персоналізованої, прогностично чутливої та організаційно цілісної системи психологічного супроводу онкологічних хворих на всіх етапах лікування та спостереження.

Ключові слова: копінг-поведінка, копінг-стратегії, реабілітаційний потенціал, нейропсихологічна діагностика, нейробіологічні механізми, нейрокогнітивні функції та мережі, психосоматика, психічне здоров'я, ресурси адаптації, психологічні ресурси, саморегуляція, стрес, онкологічні пацієнти, структурне моделювання, якість життя.

ABSTRACT

Sokoliuk M.A. *Neuropsychological determination and psychosomatic conditionality of rehabilitation potential of cancer patients.* – Qualification scientific work on the rights of the manuscript.

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in the specialty 053 "Psychology". – Odessa I.I. Mechnikov National University of MES of Ukraine. Odessa, 2026.

The issue of neuropsychological determinants and psychosomatic factors influencing the rehabilitation potential of cancer patients is highly relevant in contemporary medical and psychological discourse. The global rise in cancer cases (Bray F. et al.) is increasing the demand for psychological support, as cancer affects not only physical health but also significantly disrupts cognitive function and emotional balance (Noll K. R. et al.). The phenomenon of ‘chemobrain’, manifested by impairments in memory, attention and executive functions, reduces the quality of life for 35–75% of patients (Kesler S. R., Blayney D. W.). Neurotoxicity caused by chemotherapy and radiotherapy exacerbates cognitive decline, which is particularly noticeable in relapse and palliative care groups (Wefel J. S. et al.; Lunov V. et al.),

highlighting the need for adaptive, cognition-oriented approaches to rehabilitation. The psychosomatic aspect encompasses stress regulation and the interaction of the nervous, immune and endocrine systems (Antoni M. H., Dhabhar F. S.; Bakuridze N. G., Lunov V. I. et al.). Chronic stress may contribute to immunosuppression and metastasis (Wefel J. S. et al.), whereas short-term acute stress is capable of activating immune defences. According to the results of the study, anxiety and depressive symptoms were found to be negatively associated with rehabilitation potential, particularly in the event of a relapse, whereas in the palliative phase, anxiety levels ‘stabilise’ due to the mechanism of psychological acceptance. A multifactorial approach is critical in rehabilitation (the model by Nagi

S. Z.; Kornienko V. V.), where psychological resilience, effective coping strategies and a health-centred focus play a leading role (WHO; Antonovsky A.). Thus, an

integrative study of neuropsychological and psychosomatic factors is crucial for the development of effective rehabilitation programmes and the improvement of the quality of life of cancer patients.

The study employed a comprehensive approach incorporating theoretical, empirical and statistical methods. The theoretical methods provided analysis, systematisation, comparison and generalisation of scientific sources on the neuropsychological, psychosomatic and psychological factors of the rehabilitation potential of cancer patients; the construction of a four-level theoretical model and the substantiation of research hypotheses.

The empirical component was implemented through the use of psychodiagnostic techniques and neurophysiological monitoring: the Rehabilitation Potential Scale (by Kornienko V. V.) to assess motivational, emotional, self-esteem and communicative components, as well as the patient's internal perception of the illness; The Coping Behaviour Scale (Rodina N. V., Kremenchutska M. K., Kozachek I. A. et al.) for diagnosing five coping strategies: active struggle, passive optimism, passive pessimism, dependence on external help, rejection and dissociation; The ECQ Existential Problems Questionnaire (adapted by V. O. Kukhin) for measuring six dimensions of existential distress: death anxiety, loss of meaning, fear of loneliness, guilt, lack of perspective and existential acceptance; The Neuropsychiatric Inventory (NPI) (Cummings J. L. et al.; Pinchuk I. Ya. et al.) to identify domains of neuropsychiatric symptoms (delusions, hallucinations, agitation, depression, anxiety, euphoria, apathy, disinhibition, irritability, motor disturbances, sleep and appetite disturbances); Scales for assessing executive cognitive activity (Sereda S. V., Lunov V. E.) for the subjective assessment of executive cognitive functions: sustained attention, complex problem-solving, working memory and goal-directed behaviour; Scales for assessing passive neurocognitive activity (Sereda S. V., Lunov V. E.) for the assessment of reflective neurocognitive activity: absorption, flexibility of thinking, internal and external consciousness, social connections, autobiographical memory and future-oriented thinking; Psychological assessment scales of the capacity for objective cognitive assessment (Sereda S. V.,

Lunov V. E.) for the diagnosis of integrative-communicative cognitive functioning: emotional/sensory integration, attention shifting, social communication and self-awareness; 's 4DSQ (Terluin B.) for the differentiated assessment of distress, depression, anxiety and somatisation; The SF-36 v2 Quality of Life Questionnaire (Ware J. E., Sherbourne C. D.) for measuring the physical (PCS) and mental (MCS) components of quality of life across eight subscales; The Gießen Complaints Questionnaire (GQ) (Brähler E. et al.; Kokun O. M. et al.) for assessing psychosomatic symptoms: exhaustion, gastrointestinal complaints, bodily pain sensations and cardiac complaints. EMOTIV Epoc+ neurointerface – hardware-based neuromonitoring of bioelectrical activity in the cerebral cortex; spectral analysis across four frequency bands (delta 1–4 Hz, theta 4–7 Hz, alpha 7–13 Hz, beta 13–30 Hz) in four cortical regions with gender-differentiated analysis of EEG patterns.

Statistical analysis was performed using: one-way analysis of variance (ANOVA) with Tukey's HSD post-hoc test for between-group comparisons; Student's t-test for independent samples; Pearson's correlation analysis (r) to establish relationships between variables; structural equation modelling (SEM) with fit indices (CFI, TLI, RMSEA and SRMR) to verify the theoretical model of the determinants of rehabilitation potential in each clinical group. Statistical analysis was performed using SPSS.

The scientific novelty of the results obtained lies in the fact that, for the first time:

- The phenomenon of neuropsychological determination and psychosomatic conditioning of the rehabilitation potential of cancer patients *has been conceptualised and empirically investigated*. For the first time, the relationship between cognitive functioning, psychosomatic states and rehabilitation potential has been systematically investigated, enabling a clearer understanding of the mechanisms by which patients adapt to a cancer diagnosis.

- *The content of the scientific concepts* of 'rehabilitation potential' and its neuropsychological and psychosomatic correlates *has been systematised and*

clarified. An expanded concept of rehabilitation potential has been proposed (), encompassing cognitive, emotional, motivational, socio-communicative and physical components; their interrelationship and influence on patients' rehabilitation trajectories have been identified.

- *A causal systemic model of the determination of rehabilitation potential in cancer patients has been developed.* The model integrates key cognitive and psychosomatic factors influencing the processes of adaptation, recovery and social reintegration. It has been established that the balance between neurocognitive status, psycho-emotional resilience and physical condition determines the overall level of rehabilitation potential.

- *The structural features of the impact of chronic stress on the neurocognitive functioning of cancer patients have been revealed.* It has been established that patients with high stress levels demonstrate a decline in executive functions, attention and working memory, which significantly affects their ability to adhere to rehabilitation programmes and interact effectively with medical staff.

- *Gender differences in adaptation processes and cognitive responses to cancer have been identified.* It was found that men more often demonstrate high levels of cognitive load, signs of emotional rigidity and increased activity in the frontal regions of the brain, which may affect their motivation for rehabilitation. In contrast, women more often use adaptive coping strategies but demonstrate a higher level of emotional lability, which requires additional psychological support.

- *It has been established* that a decline in executive functions and cognitive flexibility, combined with a high level of psychosomatic complaints (chronic fatigue, pain syndrome, somatic manifestations of anxiety), correlates with reduced adherence to therapy and an overall lower level of rehabilitation potential.

- *It has been demonstrated* that tailoring rehabilitation strategies based on the patient's cognitive-emotional profile significantly enhances treatment efficacy. The use of personalised interventions, such as cognitive training, emotion-focused therapeutic approaches and neuropsychological support, contributes to an improvement in patients' overall functioning and quality of life.

The study involved 255 patients with a cancer diagnosis who were undergoing treatment or were under observation at specialised oncology clinics in Ukraine. Participants were divided into three groups according to disease stage: the first (GP, $n=112$; 43.9%) — patients with a primary diagnosis who were starting treatment; the second (R, $n=84$; 32.9%) — patients with recurrence or progression of the disease; the third (P, $n=59$; 23.1%) — palliative stage. By gender: 92 men (36.1%) and 163 women (63.9%). Age distribution: under 40 years — 18.4%; 41–50 — 31.7%; 51–60 — 29.2%; over 60 — 20.7%; mean age — 51.9 ± 11.1 years. The study was conducted at three cancer centres; all participants provided informed consent in accordance with international standards of bioethics and clinical research.

The theoretical contribution of the study is the development of a four-level model of rehabilitation potential, which integrates the neuropsychological, psychosomatic, personal-resource and socio-environmental levels into a single causal structure. The phenomenon of dual-level rehabilitation potential has been established: the subjectively assessed level retains its resilient nature across stages ($F=0.94$; $p=0.391$), whilst the neurocognitive realisation base progressively degrades (CAS-FPN: F to 411.17; $p<0.001$) — the phenomenon of ‘hidden neurocognitive degradation’, which lies at the heart of the neuropsychological determination referred to in the thesis title. The CAS-FPN analysis confirmed a significant decline in executive function as cancer progresses, reflecting a direct relationship between treatment toxicity and cognitive resilience. Impaired reflective (PNAS) and integrative-communicative (SNS) activity confirm a predisposition to emotional dysregulation and reduced cognitive flexibility. Neuropsychiatric symptoms are significant in 8 out of 12 NPI domains; apathy is the leading symptom with cumulative progressive dynamics ($F=8.34$; $p<0.001$), whilst anxiety demonstrates atypical reverse dynamics, reflecting a transition from an acute threat-oriented reaction to passive exhaustion.

Structural equation modelling (SEM) revealed three qualitatively distinct architectural patterns of the determinants of rehabilitation potential. In the GP,

‘resource-oriented determination’ dominates: the personal-resource pathway ($\beta=0.81$; $p<0.001$) prevails alongside significant neuropsychological determination ($\beta=0.68$; $p<0.001$) and moderate psychosomatic conditioning ($\beta=-0.43$; $p=0.008$); $R^2=0.71$. Newly diagnosed patients demonstrated the highest motivation and preserved executive functions, whilst personal-resource potential correlated closely with the quality of rehabilitation engagement, confirming the importance of early psychological intervention. In the event of a relapse, ‘psychosomatic pressure’ develops: the destructive psychosomatic pathway intensifies sharply ($\beta=-0.58$; $p=0.002$), competing with the personal-resource pathway ($\beta=0.63$; $p=0.003$); $R^2=0.74$. This group exhibits the highest levels of distress ($F=7.83$; $p<0.001$) and depression, whilst increased emotional dysregulation and reduced motivation hinder rehabilitation efforts (Matiash M., Lunov V. et al.). In the palliative care group, ‘existential-resource adaptation’ is realised: the personal-resource pathway retains a leading role ($\beta=0.71$; $p<0.001$), whilst neuropsychological determination weakens ($\beta=0.49$; $p=0.012$), and patients shift towards existentially oriented coping strategies; $R^2=0.79$. The progressive increase in R^2 ($0.71 \rightarrow 0.74 \rightarrow 0.79$) indicates a growing structural determinism of rehabilitation potential as the disease progresses.

Neurophysiological monitoring (EMOTIV Epoc+) revealed gender-specific EEG patterns of adaptation. Men demonstrate an evolution from an acute $\beta+\theta$ response (AR) through chronic cognitive burnout (CB) to an adaptive $\theta+\alpha$ pattern (ARad). Women maintain an adaptive-reflective $\theta+\alpha$ profile during AR and CB, whereas in palliative women, a unique delta pattern ($\delta\uparrow\uparrow+\theta\uparrow\uparrow$ in all cortical zones) has been recorded — a neurophysiological marker of a hidden internal struggle that remains invisible to classical psychodiagnostic methods and requires specialised gender-oriented psychological interventions.

According to the SF-36, the physical component of quality of life shows the most rapid decline as the disease progresses (PCS: $F=11.47$; $p<0.001$), whilst the psychological component deteriorates less sharply (MCS: $F=6.34$; $p=0.002$), demonstrating relative resilience and identifying it as a priority resource for rehabilitation programmes. Social functioning remains relatively stable, but with a

tendency towards ‘social withdrawal’ in the later stages. The GQ questionnaire indicates an increase in somatic burden — pain and asthenic symptoms — most pronounced in palliative care patients (exhaustion $M=22.10$). The combination of these data confirms the need for comprehensive support that integrates pain management, psychological support and cognitive stimulation.

A summary of the study results confirms that rehabilitation in oncology must be adapted to the specific stage of the disease and take into account changes in the patient’s cognitive, psychosomatic and personal profile. For newly diagnosed patients, the priority is neurocognitive screening and the preservation of cognitive function, the activation of coping strategies, and psychoeducational group programmes. In the event of a relapse, simultaneous crisis psychological support and aggressive symptomatic control are required — neither approach is sufficient without the other. In the palliative phase, psychological work shifts its focus to supporting meaning, dignity and acceptance, taking into account the gender-specific nature of neurophysiological patterns. At the organisational level, the feasibility of multidisciplinary teams, staged referral to psychological support, and the mandatory inclusion of neurocognitive indicators for the timely detection of hidden cognitive decline has been substantiated. Thus, the study’s findings form the evidence base for a personalised, prognostically sensitive and organisationally coherent system of psychological support for cancer patients at all stages of treatment and follow-up.

Keywords: coping behaviour, coping-strategies, rehabilitation potential, neuropsychological diagnosis, neurobiological mechanisms, neurocognitive functions and networks, psychosomatics, mental health, adaptation resources, psychological resources, self-regulation, stress, cancer patients, structural modelling, quality of life.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Публікації у наукових виданнях, включених до переліку наукових фахових видань України з присвоєнням категорії «Б»

1. Sokoliuk M. Neuropsychological and psychosomatic factors influencing rehabilitation potential in oncology patients: an integrative review. *Вісник Національного університету оборони України*. 2024. № 3 (79). С. 134–140. DOI: 10.33099/2617-6858-24-79-3-134-140
2. Sokoliuk M. Neuropsychological and psychosomatic dynamics in oncological patients. *Наукові перспективи. Серія «Психологія»*. 2025. № 2 (56). С. 1704–1715. DOI: 10.52058/2708-7530-2025-2(56)-1704-1715
3. Sokoliuk M. Modeling the Rehabilitation Potential in Oncology Patients: Neuropsychological and Psychosomatic Dimensions. *Габітус*. 2025. Вип. 77, т. 2. С. 248–252. DOI: 10.32782/hbts.77.2.45

Публікації у збірниках матеріалів міжнародних і всеукраїнських конференцій, які додатково висвітлюють результати дослідження

4. Соколюк М. А. Проблема реабілітаційного потенціалу пацієнтів онкологічного профілю. *Майбутнє психології в умовах сучасної України*: зб. матеріалів Всеукр. наук.-практ. конф. (Київ, 23 трав. 2024 р.). Київ: НУБіП України, 2024. С. 113–116. URL: https://nubip.edu.ua/sites/default/files/u178/240424_new.pdf
5. Sokoliuk M. A. Neuropsychological correlates of the rehabilitation potential in cancer patients. *Психологічне благополуччя та ментальне здоров'я в умовах невизначеності*: матеріали наук.-практ. конф. (Одеса, 7 квіт. 2025 р.). Львів ; Торунь: Liha-Pres, 2025. С. 190–193. URL: <https://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi82/0062051.pdf>
6. Родіна Н. В., Соколюк М. А. Психоемоційні предиктори зниження якості життя у пацієнтів із рецидивом онкологічного захворювання. *Психологічне здоров'я особистості в контексті процесів глобалізації: методологія дослідження, реалії та перспективи (PHRCPGMRRP)*:

матеріали III Міжнар. наук.-практ. конф. (Київ, 31 жовт. 2025 р.). 2025. С. 191–194.

7. Sokoliuk M. A. Psychological resources and existential burden as determinants of rehabilitation readiness across the cancer trajectory. *Clinical Psychology in Treatment and Rehabilitation: Theory, Research, and Practice*: матеріали Міжнар. наук. конф. (Київ, 16 січ. 2026 р.). Київ: Bogomolets National Medical University, 2026. DOI: 10.5281/zenodo.19333552.
8. Соколюк М. О. Digital Research in Psycho-Oncology and the Rehabilitation Potential of eHealth Interventions. *Integrative Approaches to Mental Health: Neuroscience, Digital Technologies, and Psychological Practice*: матеріали міжнар. наук. конф. (Київ, 10 лют. 2026 р.). Київ: Bogomolets National Medical University, 2026. DOI: 10.5281/zenodo.19336953.

Доповіді на конференціях, що засвідчують апробацію та впровадження результатів дослідження

9. Соколюк М. А. Реабілітаційний потенціал пацієнтів онкологічного профілю: саноцентричний підхід. 78-ма професорсько-викладацька конференція Одеського національного університету імені І. І. Мечникова, підсекція «Диференціальна і спеціальна психологія» (Одеса, 23 листоп. 2023 р.).
10. Соколюк М. В. Саноцентричний підхід до дослідження копінг-стратегій та ресурсності пацієнтів з онкологічними захворюваннями. *Посилення консолідації суспільства та людського капіталу на шляху вступу України та Республіки Молдова до Європейського Союзу*: Міжнар. наук.-практ. конф. (Кишинів, 17–18 жовт. 2024 р.).
11. Соколюк М. А. Теоретичний аналіз підходів до реабілітаційного потенціалу пацієнтів онкологічного профілю. 79-та професорсько-викладацька конференція Одеського національного університету імені І. І. Мечникова, підсекція «Диференціальна і спеціальна психологія» (Одеса, 29 листоп. 2024 р.).

12. Соколюк М. А. Результати дослідження нейропсихологічної детермінації та психосоматичної обумовленості реабілітаційного потенціалу пацієнтів онкологічного профілю. 80-та професорсько-викладацька конференція Одеського національного університету імені І. І. Мечникова, підсекція «Психодіагностика та клінічна психологія» (Одеса, 27 листоп. 2025 р.).

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВКХ	— внутрішня картина хвороби
ГВ	— група пацієнтів із рецидивом або прогресуванням захворювання
ГП	— група первинних онкологічних хворих
ГПал	— група пацієнтів паліативної допомоги
РП	— реабілітаційний потенціал
SEM (CMP)	— структурне моделювання рівнянь (Structural Equation Modeling)
4DSQ	— Four-Dimensional Symptom Questionnaire — чотиривимірний опитувальник симптомів (Terluin B., 1994)
CFI	— Comparative Fit Index — порівняльний індекс відповідності SEM-моделі
CRCI	— Cancer-Related Cognitive Impairment — когнітивна дисфункція, пов'язана з раком
ECQ	— Existential Concerns Questionnaire — опитувальник екзистенційних проблем (Кучина В.В., 2020)
ЕЕГ	— електроенцефалограма / електроенцефалографія
EMOTIV Epos+	— нейроінтерфейс для ЕЕГ-реєстрації (14 каналів, 128 Гц)
GQ	— Giessen Complaint Questionnaire — Гіссенський опитувальник скарг (Brähler E. et al., 2008)
HRQoL	— Health-Related Quality of Life — якість життя, пов'язана зі здоров'ям
MCS	— Mental Component Summary — зведений показник психічного здоров'я (SF-36)
NPI	— Neuropsychiatric Inventory — нейропсихіатричний опитувальник (Cummings J. L. et al., 1994)
PCS	— Physical Component Summary — зведений показник фізичного здоров'я (SF-36)
RMSEA	— Root Mean Square Error of Approximation — середньоквадратична похибка апроксимації SEM-моделі

SF-36

— Short Form-36 Health Survey — опитувальник якості життя (Ware J. E., Sherbourne C. D., 1992)

Символи ЕЕГ-ритмів

- | | |
|-------------------------------------|--|
| α (альфа) | — ЕЕГ-ритм 7–13 Гц (регуляція, спокій) |
| β (бета) | — ЕЕГ-ритм 13–30 Гц (активація, стрес) |
| δ (дельта) | — ЕЕГ-ритм 1–4 Гц (глибокий сон, дисоціація у бадьорому стані) |
| θ (тета) | — ЕЕГ-ритм 4–7 Гц (емоційна обробка, руміація) |

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	20
ВСТУП.....	24
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ПАЦІЄНТІВ ОНКОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ	35
1.1. Нейропсихологічні та психоімуннологічні виміри стресу у пацієнтів онкологічного профілю	35
1.2. Нейропсихологічні та психосоматичні фактори реабілітаційного потенціалу у онкологічних хворих.....	46
1.3. Копінг-поведінка в системі реабілітаційного потенціалу онкологічних хворих.....	59
1.4. Теоретична модель нейропсихологічної детермінації та психосоматичної обумовленості реабілітаційного потенціалу онкологічних пацієнтів.....	69
Висновки до першого розділу	74
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ....	80
2.1. Методологічна основа та концептуальна модель дослідження	80
2.2. Організація дослідження та характеристика вибірки	82
2.3. Обґрунтування психодіагностичного інструментарію	85
Висновки до другого розділу	95
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНОЇ ДЕТЕРМІНАЦІЇ ТА ПСИХОСОМАТИЧНОЇ ОБУМОВЛЕНОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ПАЦІЄНТІВ ОНКОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ	97

3.1. Порівняльний аналіз особистісно-ресурсного рівня реабілітаційного потенціалу онкологічних пацієнтів.....	97
3.2. Нейропсихологічні профілі онкологічних пацієнтів.....	106
3.3. Психосоматичний стан та якість життя онкологічних пацієнтів..	116
3.4. Нейромоніторинг онкологічних пацієнтів	124
3.5. Системне моделювання рівнянь (SEM) реабілітаційного потенціалу онкологічних хворих.....	134
3.6. Науково-практичні рекомендації щодо психологічного супроводу та оптимізації реабілітаційного потенціалу онкологічних хворих	170
3.6.1. Рекомендації для роботи з первинними онкологічними хворими	172
3.6.2. Рекомендації для роботи з пацієнтами групи рецидивів	173
3.6.3. Рекомендації для роботи з пацієнтами паліативної групи	175
3.6.4. Рекомендації щодо організації психологічного супроводу на рівні установи	175
Висновки до третього розділу	177
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ.....	180
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	184
ДОДАТКИ.....	205

ВСТУП

Актуальність. Проблема нейропсихологічної детермінації та психосоматичної обумовленості реабілітаційного потенціалу у пацієнтів онкологічного профілю є вкрай актуальною у сучасному соціально-поведінковому, медичному та, зокрема, психологічному дискурсі. Глобальне зростання випадків онкологічних захворювань (Bray F. et al., 2018) призводить до зростання уваги не лише до медичних аспектів лікування, але й до психологічного супроводу та реабілітаційних програм, що безпосередньо впливають на якість життя пацієнтів і їхнє психоемоційне благополуччя (Spiegel D. et al., 2017).

Конвергенція нейропсихологічних та психосоматичних процесів у хворих на рак є одним із ключових напрямів сучасних міждисциплінарних досліджень. Доведено, що онкологічне захворювання не лише безпосередньо впливає на фізичний стан пацієнта, а й значною мірою порушує когнітивну діяльність та емоційний баланс (Noll K. R. et al., 2018). Психосоматичний аспект включає такі ключові процеси, як регуляція стресових реакцій, баланс між нервовою, імунною та ендокринною системами, що відіграють значну роль у прогнозуванні перебігу захворювання та ефективності терапії (Antoni M. H., Dhabhar F. S., 2019; Matiash M., Lunov V. et al., 2024).

Сучасні дослідження виявили тісний зв'язок між когнітивними розладами та онкологічними захворюваннями, причому когнітивна дисфункція може передувати розвитку онкопатології або виникати під впливом хіміотерапії, радіотерапії чи інших методів лікування (Blakeley J. O. et al., 2016; Wefel J. S. et al., 2014). Феномен «хемомозку» (chemobrain), що проявляється у вигляді порушень пам'яті, уваги, виконавчих функцій, є серйозним ускладненням у пацієнтів, які проходять системне лікування раку (Kesler S. R., Blayney D. W., 2016). Дослідження показують, що приблизно 35–75% онкопацієнтів мають виражені когнітивні порушення ще до початку

лікування, що суттєво впливає на їхнє соціальне функціонування та професійну діяльність (Noll K. R. et al., 2018; Lunov V. et al., 2023).

Не менш значущим є психосоматичний аспект реабілітації онкохворих, зокрема вплив хронічного стресу на прогресування захворювання та ефективність лікування (Antoni M. H., Dhabhar F. S., 2019; Bakuridze N. G., Lunov V. I. et al., 2024). Хронічний стрес, що супроводжується підвищеним рівнем кортизолу та катехоламінів, може сприяти імуносупресії, стимулювати ангиогенез та метастатичні процеси (Wefel J. S. et al., 2015). Водночас короткотривалий гострий стрес може мати протилежний ефект, сприяючи активації імунної системи, що підтверджується клінічними дослідженнями у сфері психонейроімунології (Antoni M. H., Dhabhar F. S., 2019).

З точки зору реабілітаційного потенціалу, критично важливим є розуміння того, як нейропсихологічні та психосоматичні фактори впливають на успішність реабілітаційних заходів. Модель реабілітаційного потенціалу, запропонована Нагі (1964) визначає необхідність багатофакторного підходу, що включає аналіз фізичних, когнітивних, емоційних та соціальних характеристик пацієнта. Дослідження показують, що пацієнти з високим рівнем особистісних ресурсів, таких як психологічна резилієнтність, здатність до саморегуляції та ефективні копінг-стратегії, демонструють значно кращі результати реабілітації (Greer S. et al., 2016; Родіна Н. В. та ін., 2022; Базика Є. Л. та ін., 2023; Кононенко О. та ін., 2023).

У цьому контексті надзвичайно актуальним є саноцентричний підхід, що акцентує увагу не лише на лікуванні хвороби, а й на зміцненні здоров'я та ресурсності пацієнта (WHO, 1986). Концепція салютогенезу, розроблена Антоновським (1979), підкреслює значущість когерентності для адаптації до хвороби та покращення реабілітаційного потенціалу.

Таким чином, актуальність дослідження детермінації та обумовленості реабілітаційного потенціалу онкопацієнтів зумовлена декількома ключовими аспектами: 1) зростанням поширеності онкологічних захворювань та необхідністю розробки ефективних реабілітаційних програм, орієнтованих на

багатокомпонентний підхід; 2) виявленням ролі когнітивних розладів у процесі лікування раку та їх впливу на реабілітаційні можливості пацієнтів; 3) розумінням впливу хронічного стресу та психоемоційного стану на перебіг хвороби та ефективність лікування; 4) необхідністю впровадження інтегративних підходів до оцінки та корекції нейропсихологічних і психосоматичних аспектів, що сприятиме покращенню реабілітаційного потенціалу та підвищенню якості життя онкопацієнтів.

Зв'язок дослідження з науковими програмами, планами, темами.

Дисертаційне дослідження виконано в рамках наукової тематики кафедри диференціальної і спеціальної психології Одеського національного університету імені І. І. Мечникова «Дослідження психологічного здоров'я особистості: саноцентричний підхід» (державний реєстраційний номер — 0122U000260). Тему дисертаційного дослідження затверджено Вченою радою Одеського національного університету імені І. І. Мечникова (Протокол № 4 від 14 листопада 2023 року).

Теоретико-методологічні засади. Методологічну основу дослідження становлять: нейропсихологічний підхід до аналізу когнітивного функціонування онко-пацієнтів (Vardy J., Dhillon H., Pond G., Noll K. R., Луньов В.Є., Матяш М.М); психосоматичний підхід до розуміння взаємодії психологічного і соматичного вимірів хвороби (Faller H., Antoni M. H., Dhabhar F. S., Базика Є. Л.); системний підхід до вивчення копінг-поведінки та стратегій подолання як чинників реабілітації (Lazarus R. S., Folkman S., Родіна Н. В.); концепція особистісних ресурсів, психологічної резилієнтності та саморегуляції (Greer S., Кононенко О., Родіна Н. В., Фокін А. С., Бабій О. І.); теорія нейропсихологічної регуляції і збереження когнітивних функцій (Кременчуцька М. К., Луньов В.Є.); концепція реабілітаційного потенціалу особистості у єдності мотиваційного, емоційного, самооціночного, комунікативного компонентів і внутрішньої картини хвороби; саноцентричний підхід і концепція салютогенезу (Antonovsky A., Солоня Ю. О., Базика Є. Л.).

Мета дослідження полягає у вивченні нейропсихологічної детермінації та психосоматичної обумовленості реабілітаційного потенціалу пацієнтів онкологічного профілю на різних етапах перебігу захворювання та розробці рекомендацій щодо ефективних стратегій реабілітації.

Завдання:

1. Здійснити теоретичний аналіз сучасних підходів до вивчення реабілітаційного потенціалу онкологічних пацієнтів та побудувати чотирирівневу теоретичну модель його нейропсихологічної детермінації та психосоматичної обумовленості.

2. Операціоналізувати структуру реабілітаційного потенціалу пацієнтів онкологічного профілю та визначити ключові копінгові, нейропсихологічні та психосоматичні фактори, які на нього впливають.

3. Розробити методологію для оцінки цих факторів у пацієнтів онкологічного профілю.

4. Емпірично дослідити відмінності у показниках реабілітаційного потенціалу, когнітивного функціонування, психоемоційного стану та копінг-поведінки у пацієнтів із первинним діагнозом, рецидивом/прогресуванням та на паліативному етапі.

5. Побудувати структурні моделі детермінації та обумовленості реабілітаційного потенціалу для кожної клінічної групи та верифікувати теоретичну модель дослідження.

6. Сформулювати науково-практичні рекомендації щодо стадійно-диференційованого психологічного супроводу пацієнтів на різних етапах онкологічної динаміки.

Об'єкт – психологічні особливості реабілітаційного потенціалу пацієнтів онкологічного профілю.

Предмет – нейропсихологічна детермінація та психосоматична обумовленість реабілітаційного потенціалу пацієнтів онкологічного профілю.

Методи дослідження. У дослідженні було використано комплексний підхід, що включає теоретичні, емпіричні та статистичні методи. Теоретичні

методи забезпечили аналіз, систематизацію, порівняння та узагальнення наукових джерел із проблем нейропсихологічних, психосоматичних і психологічних чинників реабілітаційного потенціалу онкологічних пацієнтів; побудову чотирирівневої теоретичної моделі та обґрунтування дослідницьких гіпотез.

Емпіричний блок реалізовувався через застосування психодіагностичних методик та нейрофізіологічного моніторингу: Шкали реабілітаційного потенціалу (за Корнієнком В. В.) для оцінки мотиваційного, емоційного, самооціночного, комунікативного компонентів та внутрішньої картини хвороби; Шкали копінг-поведінки (Родіна Н. В. та ін.) для діагностики п'яти стратегій подолання: активної боротьби, пасивного оптимізму, пасивного песимізму, залежності від зовнішньої допомоги, неприйняття і дисоціації; Опитувальника екзистенційних проблем ЕСQ (адаптація Кучина В.В.) для вимірювання шести вимірів екзистенційного дистресу: тривоги смерті, втрати сенсу, страху самотності, почуття провини, відсутності перспективи та екзистенційного прийняття; Нейропсихіатричного опитувальника NPI (Cumplings J. L. et al., 1994; Пінчук І. Я. та ін.) з метою виявлення доменів нейропсихіатричної симптоматики (марення, галюцинації, ажитація, депресія, тривога, ейфорія, апатія, дезінгібування, дратівливість, рухові порушення, порушення сну та апетиту); Шкали оцінки виконавчої когнітивної активності (Середа С. В., Луньов В. Є.) для суб'єктивної оцінки виконавчих когнітивних функцій: підтримання уваги, комплексного вирішення проблем, робочої пам'яті та цілеспрямованої поведінки; Шкали оцінки пасивної нейрокогнітивної активності (Середа С. В., Луньов В. Є.) для оцінки рефлексивної нейрокогнітивної активності: абсорбції, гнучкості мислення, внутрішньої і зовнішньої свідомості, соціальних зв'язків, автобіографічної пам'яті та майбутньо-орієнтованого мислення; Шкали психологічної оцінки здатності до об'єктивної когнітивної оцінки (Середа С. В., Луньов В. Є.) для діагностики інтегративно-комунікативного когнітивного функціонування: емоційної/ сенсорної інтеграції, переключення уваги,

соціальної комунікації та самосвідомості; Чотиривимірний опитувальник симптомів 4DSQ (Terluin B.) для диференційованої оцінки дистресу, депресії, тривоги та соматизації; Опитувальник якості життя SF-36 v2 (Ware J. E., Sherbourne C. D.) для вимірювання фізичного (PCS) і психологічного (MCS) компонентів якості життя за вісьмома субшкалами; Гіссенський опитувальник скарг GQ (Brähler E. et al.; Кокун О. М. та ін.) для оцінки психосоматичних симптомів: виснаження, шлункових скарг, больових відчуттів тіла та серцевих скарг. Нейроінтерфейс EMOTIV Eros+ - апаратний нейромоніторинг біоелектричної активності кори головного мозку; спектральний аналіз у чотирьох частотних діапазонах (дельта 1–4 Гц, тета 4–7 Гц, альфа 7–13 Гц, бета 13–30 Гц) у чотирьох кортикальних зонах із гендерно-диференційованим аналізом ЕЕГ-патернів.

Статистичний аналіз здійснювався за допомогою: однофакторного дисперсійного аналізу (ANOVA) із post-hoc тестом Tukey HSD для міжгрупових порівнянь; t-критерію Стюдента для незалежних вибірок; кореляційного аналізу (r-Пірсона) для встановлення взаємозв'язків між показниками; структурного моделювання рівнянь (SEM) з оцінкою відповідності за індексами CFI, TLI, RMSEA та SRMR для верифікації теоретичної моделі детермінації реабілітаційного потенціалу у кожній клінічній групі. Статистична обробка здійснювалась із використанням програмного забезпечення SPSS.

Організація і база дослідження. У дослідженні взяли участь 255 пацієнтів з онкологічним діагнозом, які проходили лікування або перебували під спостереженням у спеціалізованих онкологічних клініках України. Вибірка розподілена на три клінічні групи: перша група (ГП) — 112 пацієнтів (43,9%) із первинним онкологічним діагнозом; друга група (ГВ) — 84 пацієнти (32,9%) із рецидивом або прогресуванням захворювання; третя група (ГПал) — 59 пацієнтів (23,1%) на стадії паліативної допомоги. За статевою характеристикою: 92 чоловіки (36,1%) та 163 жінки (63,9%).. Вікова диференціація: до 40 років — 18,4%; 41–50 років — 31,7%; 51–60 років —

29,2%; понад 60 років — 20,7%. Середній вік — $51,9 \pm 11,1$ роки. Дослідження проводилося на базі трьох онкологічних центрів. Усі учасники надали інформовану згоду відповідно до міжнародних стандартів біоетики.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що вперше:

- *концептуалізовано та емпірично досліджено* феномен нейропсихологічної детермінації та психосоматичної обумовленості реабілітаційного потенціалу онкологічних пацієнтів. Вперше системно досліджено взаємозв'язок між когнітивним функціонуванням, психосоматичними станами та реабілітаційним потенціалом, що дозволяє уточнити механізми адаптації пацієнтів до онкологічного діагнозу.

- *систематизовано та уточнено зміст наукових понять* «реабілітаційний потенціал» та його нейропсихологічні й психосоматичні кореляти. Запропоновано розширену концепцію реабілітаційного потенціалу, що охоплює когнітивні, емоційні, мотиваційні, соціально-комунікативні та тілесні компоненти, визначено їхній взаємозв'язок та вплив на реабілітаційні траєкторії пацієнтів.

- *розроблено каузальну системну модель* детермінації реабілітаційного потенціалу онкологічних пацієнтів. У моделі інтегровано ключові когнітивні та психосоматичні фактори, що впливають на процеси адаптації, відновлення та соціальної реінтеграції. Встановлено, що баланс між нейрокогнітивним статусом, психоемоційною стійкістю та фізичним станом визначає загальний рівень реабілітаційного потенціалу.

- *розкрито структурні особливості* впливу хронічного стресу на нейрокогнітивне функціонування онкологічних пацієнтів. Встановлено, що пацієнти з високим рівнем стресу демонструють зниження виконавчих функцій, уваги та робочої пам'яті, що суттєво впливає на їхню здатність дотримуватися реабілітаційних програм та ефективно взаємодіяти з медичним персоналом.

- *визначено гендерні відмінності* у процесах адаптації та когнітивних реакціях на онкологічне захворювання. Виявлено, що чоловіки частіше

демонструють високий рівень когнітивного навантаження, прояви емоційної ригідності та підвищену активність у фронтальних зонах мозку, що може впливати на їхню мотивацію до реабілітації. Натомість жінки частіше використовують адаптивні копінг-стратегії, але демонструють вищий рівень емоційної лабільності, що потребує додаткової психологічної підтримки.

- *встановлено*, що зниження виконавчих функцій та когнітивної гнучкості у поєднанні з високим рівнем психосоматичних скарг (хронічна втома, больовий синдром, соматичні прояви тривоги) корелює зі зниженням прихильності до терапії та загального рівня реабілітаційного потенціалу.

- *доведено*, що індивідуалізація реабілітаційних стратегій на основі когнітивно-емоційного профілю пацієнта значно підвищує ефективність лікування. Використання персоналізованих втручань, таких як когнітивний тренінг, емоційно-орієнтовані терапевтичні підходи та нейропсихологічна підтримка, сприяє покращенню загального рівня функціонування пацієнтів та їхнього життєвого комфорту.

Теоретичне значення дослідження. Отримані результати розширюють теоретичну базу клінічної психології та психоонкології в кількох ключових напрямках. По-перше, запропонована чотирирівнева модель реабілітаційного потенціалу онкологічних хворих, що інтегрує нейропсихологічний, психосоматичний, особистісно-ресурсний і соціально-середовищний рівні в єдину каузальну структуру та верифікується методами структурного моделювання рівнянь. По-друге, уточнення дефініцій «нейропсихологічна детермінація» і «психосоматична обумовленість» реабілітаційного потенціалу шляхом надання їм операційного статусу з кількісними характеристиками (β -коефіцієнти SEM, розміри ефекту), що переводить ці поняття з описового рівня на рівень верифікованих наукових конструктів, придатних до використання в подальших теоретичних і прикладних дослідженнях. По-третє, теоретично значущим є встановлення феномену «резилієнтності суб'єктивного реабілітаційного потенціалу» при одночасній прогресивній деградації об'єктивних нейрокогнітивних показників. По-четверте, виявлення трьох

стадійно-специфічних SEM-патернів (ресурсно-орієнтованого, психосоматичного тиску, екзистенційно-ресурсного) є внеском у теорію особистісної адаптації до хронічного захворювання і відкриває нові перспективи для класифікації реабілітаційних траєкторій у медичній психології.

Практична значимість. Практична значимість роботи полягає в тому, що результати дослідження включено до лекційних та практичних занять курсів «Психодіагностика», «Диференціальна психологія», «Клінічна психологія», «Експериментальна психологія», «Психологія стресу, копінг-поведінки та здоров'я особистості», «Патопсихологія», «Методологія та організація наукових досліджень», впроваджено в науково-дослідницьку й практичну діяльність факультету психології і соціальної роботи ОНУ імені І.І. Мечникова (довідка «Акт впровадження» № 09-01-751 від 29.04.2026 р.); зміст викладання нормативних дисциплін «Психологія здоров'я» (другий (магістерський) рівень, галузь знань І «Охорона здоров'я та соціальне забезпечення», спеціальність 229 «Громадське здоров'я», освітня програма «Громадське здоров'я»), «Медична психологія» (другий (магістерський) рівень, галузь знань 22 «Охорона здоров'я», спеціальність 222 «Медицина», освітня програма «Медицина»), «Психологічна реабілітація, абілітація та корекція» (другий (магістерський) рівень, галузь знань С «Соціальні науки, журналістика, інформація та міжнародні відносини», спеціальність СА «Психологія», освітньо-професійна програма «Клінічна психологія») Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (довідка «Акт впровадження» № 13-ЗМП-Д від 21.01.2026); зміст викладання нормативних дисциплін 223 «Медсестринство» (перший (бакалаврський) рівень вищої освіти), 227 «Терапія та реабілітація» (перший (бакалаврський) рівень вищої освіти), 229 «Громадське здоров'я» (другий (магістерський) рівень вищої освіти), 053 «Психологія» (другий (магістерський) рівень вищої освіти) ПЗВО «Міжнародний класичний університет імені Пилипа Орлика» (довідка «Акт впровадження» № 074/01/26 від 19.03.2026 р.).

Результати дослідження включено до роботи ГО "Асоціація з медичної та психологічної реабілітації" розроблений психодіагностичний комплекс для оцінки реабілітаційного потенціалу онкологічних пацієнтів; практичні рекомендації щодо психологічного супроводу з урахуванням когнітивного та емоційного статусу хворих на різних стадіях захворювання; індивідуалізовані реабілітаційні стратегії на основі чотирирівневої моделі реабілітаційного потенціалу. (довідка «Акт впровадження» № 4 від 13.02.2026)

Обґрунтованість і достовірність наукових положень, висновків і рекомендацій. Достовірність наукових результатів забезпечується: різностороннім теоретико-методологічним обґрунтуванням вихідних положень із залученням системного та комплексного підходів; відповідністю підібраних методів дослідження поставленим меті та завданням; репрезентативністю вибірки (N=255, три клінічні групи); застосуванням стандартизованих психодіагностичних методик із доведеними психометричними властивостями; коректністю статистичної обробки даних (ANOVA, SEM, r-Пірсона) з дотриманням вимог до рівня значущості; взаємодією кількісного та якісного аналізу, що забезпечило достовірну психологічну інтерпретацію отриманих результатів.

Апробація результатів дослідження. Основні теоретичні положення та результати дисертаційного дослідження доповідалися, обговорювалися й були оприлюднені на 9 наукових і науково-практичних конференціях різного рівня, зокрема: Всеукраїнській науково-практичній конференції «Майбутнє психології в умовах сучасної України» (Київ, 23 травня 2024 р.); науково-практичній конференції «Психологічне благополуччя та ментальне здоров'я в умовах невизначеності» (Одеса, 7 квітня 2025 р.); III Міжнародній науково-практичній конференції «Психологічне здоров'я особистості в контексті процесів глобалізації: методологія дослідження, реалії та перспективи» (Київ, 31 жовтня 2025 р.); Міжнародній науковій конференції «Clinical Psychology in Treatment and Rehabilitation: Theory, Research, and Practice» (Київ, 16 січня 2026 р.); Міжнародній науковій конференції «Integrative Approaches to Mental

Health: Neuroscience, Digital Technologies, and Psychological Practice» (Київ, 10 лютого 2026 р.); Міжнародній науково-практичній конференції «Посилення консолідації суспільства та людського капіталу на шляху вступу України та Республіки Молдова до Європейського Союзу» (Кишинів, 17–18 жовтня 2024 р.); 78-й професорсько-викладацькій конференції Одеського національного університету імені І. І. Мечникова (Одеса, 23 листопада 2023 р.); 79-й професорсько-викладацькій конференції Одеського національного університету імені І. І. Мечникова (Одеса, 29 листопада 2024 р.); 80-й професорсько-викладацькій конференції Одеського національного університету імені І. І. Мечникова (Одеса, 27 листопада 2025 р.).

Публікації. Основні результати дисертації відображено у 8 наукових публікаціях, з них: 3 статті у наукових фахових виданнях із психології, включених до переліку наукових фахових видань України, затверджених МОН України; 5 тез доповідей у збірниках матеріалів науково-практичних конференцій.

Структура та обсяг дисертації. Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел (159 найменувань, з них 129 іноземними мовами) та 3 додатків. Загальний обсяг дисертації становить 213 сторінок, з яких 168 сторінок основного тексту. Робота містить 29 таблиць та 9 рисунків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ПАЦІЄНТІВ ОНКОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

1.1. Нейропсихологічні та психоімунологічні виміри стресу у пацієнтів онкологічного профілю

Взаємодія нейропсихологічних і соматичних чинників поведінки та адаптації у пацієнтів онкологічного профілю є сучасною областю соціально-поведінкових досліджень, яка передбачає персоналізацію догляду та прогнозування індивідуалізованих результатів реабілітації. У міру зростання захворюваності на рак у загальній популяції [47] посилюється й необхідність вирішення широкого кола проблем, з якими стикається пацієнт на різних етапах перебігу хвороби.

Загальновідомо, що ці проблеми виходять далеко за межі соматичних проявів онкологічного захворювання, охоплюючи когнітивну та емоційну сфери. К. Р. Нолл, М. Е. Бредшоу, Дж. Рексер та Дж. С. Вефель [115] висвітлюють критичну позицію щодо оцінки когнітивної дисфункції як поширеної та клінічно значущої проблеми серед онкологічних пацієнтів. Ця дисфункція, як виходить із дослідження О. Туча, С. Смелі, М. Прейєра та К. В. Ланге [144], може існувати задовго до початку захворювання. Разом із тим нейроепідеміологічна модель, висунута С. Розано, М. А. Ікрамом і М. Гангулі [127], також засвідчує безпосередній вплив раку на нейрокогнітивні дисфункції, що аргументує необхідність ширших втручань у когнітивну сферу пацієнтів. Клінічні дослідження, зокрема окреслені Дж. О. Блейклі та ін. [44], виявляють доцільність систематичного узагальнення ознак, симптомів і

функціональних порушень, що їх відчують пацієнти, задля своєчасної діагностики.

Психосоматичний вимір, зокрема взаємодія психологічної напруги, імунних реакцій і прогресії онкологічного захворювання, є принципово важливою тематикою досліджень реабілітаційного потенціалу пацієнтів. У роботах М. Х. Антоні та Ф. С. Дабхара [36] визначено роль регуляції психосоціальної напруженості в імунних реакціях онкологічних хворих, що є свідченням механізмів, через які психічна напруга здатна впливати на перебіг хвороби. Це дослідження, у поєднанні з доказами нейротоксичності хіміотерапії [84, 150], є свідченням складної взаємодії психічної, тілесної та соматичної складових у прогресії онкологічного захворювання.

Таким чином, розуміння механізмів нейрокогнітивного та психологічного опосередкування впливу на реабілітаційний потенціал пацієнта виступає одним із ключових питань медико-психологічного супроводу лікувальних і реабілітаційних процесів в онкологічній клініці.

Виходячи з огляду літератури, а також з результатів знакових досліджень, описаних вище, актуальність розгляду нейропсихологічних і психосоматичних факторів у підвищенні якості життя пацієнта з раком вимагає парадигматичних зрушень у бік більш інтегративних та персоналізованих моделей догляду. У цьому дослідженні запропоновано інтегративну основу для концептуалізації взаємодії між нейропсихологічними та психосоматичними факторами реабілітаційного потенціалу онкологічних хворих.

Розглянемо основні концепти. Когнітивні дисфункції супроводжують фактично всі форми раку. Їх виявлення і кількісна оцінка є необхідним кроком у формуванні об'єктивної картини захворювання. К. Р. Нолл, М. Е. Бредшоу, Дж. Рексер та Дж. С. Вефель [115] обґрунтовують, що рівень когнітивних порушень є досить різноманітним: вони спостерігаються приблизно у 35–75 % пацієнтів із не-ЦНС онкопатологією та в ще більшій частці у пацієнтів із первинними захворюваннями центральної нервової системи (ЦНС).

Когнітивні порушення, як показують С. Розано, М. А. Ікрам і М. Гангулі [127], супроводжуються не лише обмеженнями функціональної незалежності пацієнтів, а й погіршенням їхніх можливостей у сфері працевлаштування та стабільності соціального статусу. Етіологія когнітивних порушень спостерігається вже на початку захворювання і підсилюється токсичними ефектами лікування хірургічними, хіміо- та радіотерапевтичними втручаннями [44, 49, 50, 54].

Необхідність нейропсихологічної діагностики у дорослих хворих на рак переконливо обґрунтована К. Р. Ноллом та ін. [115]. Ця необхідність суттєво варіюється між популяціями пацієнтів із ЦНС- та не-ЦНС-патологіями з огляду на відмінності в картині захворювання, його перебігу та підходах до оцінки. Крім когнітивних проблем, хворі на рак стикаються з широким спектром фізичних симптомів і психосоціальних труднощів, включаючи, але не обмежуючись хронічною втомою, болем і афективними розладами. Визнання цих проблем, що часто зустрічаються, підкреслює складну взаємодію між нейропсихологічною та психосоматичною динамікою в умовах онкологічної клініки [115]. Цей комплексний підхід підкреслює важливість одночасного вирішення питань когнітивного функціонування та психосоціального благополуччя у цілісному догляді за онкологічними хворими.

Інтегруючи дані як щодо не-ЦНС, так і щодо ЦНС-форм раку, можна суттєво розширити розуміння нейропсихологічних і психосоматичних процесів в онкологічній практиці.

Когнітивні порушення є основною проблемою для пацієнтів із раком ЦНС, особливо тих, хто має первинні пухлини головного мозку. Дослідження показують, що понад 90 % пацієнтів із супратентними пухлинами головного мозку відчують когнітивні труднощі ще до початку лікування [144]. Масштаб і характер цих порушень визначаються низкою чинників, включаючи локалізацію пухлини та модель її росту [85, 114, 152]. Лікування на початковій стадії насамперед хірургічна резекція здатне посилити ці

порушення внаслідок пошкодження суміжних здорових тканин і порушення нейронних мереж. Водночас передопераційна нейропсихологічна оцінка має потенціал для прогнозування і, можливо, для подальшого пом'якшення когнітивного впливу оперативного втручання [66].

Вплив ад'ювантних методів лікування хіміотерапії та радіотерапії на когнітивні функції додає ще один вимір клінічної складності. Навіть відносно безпечні агенти, такі як темозоломід, несуть ризик когнітивних порушень [40]. Роль нейропсихолога в цій ситуації не обмежується оцінкою когнітивних і психосоціальних проблем вона передбачає також інформування стратегій хірургічного планування і ад'ювантного лікування задля мінімізації когнітивного зниження при максимізації якості життя і, можливо, поліпшення виживаності.

Когнітивне зниження є помітною проблемою і при не-ЦНС формах раку. Зокрема, у пацієнтів із раком молочної залози щонайменше 35 % мають когнітивні порушення ще до початку будь-якої системної терапії [82, 149]. Феномен «chemobrain» когнітивного зниження, пов'язаного з лікуванням, є свідченням широкого поширення нейрокогнітивної дисфункції при більшості видів раку. Частота та вираженість цього явища модулюються природою захворювання, зоною, що лікується, а також застосованими хіміотерапевтичними препаратами. Дослідження з використанням нейрокогнітивних методів дозволяють розкривати нейрофункціональні наслідки як хіміотерапії, так і нехіміотерапевтичних методів лікування, зокрема ендокринної терапії [55, 84, 150].

На відміну від прогресуючого когнітивного зниження у пацієнтів із ЦНС-онкопатологією, пацієнти з не-ЦНС формами раку можуть демонструвати зворотний характер когнітивного спаду після припинення активної терапії. Проте у частини хворих когнітивне зниження зберігається або навіть прискорюється з часом можливо, як наслідок процесів прискореного нейронального старіння [151]. Когнітивне зниження, пов'язане з раком, відповідно до так званої «субкортикальної» моделі, проявляється

насамперед у зниженні ефективності навчання, швидкості обробки інформації та виконавчого функціонування. При цьому оцінці підлягають не лише когнітивні порушення як такі, а й наявність супутніх симптомів хронічна втома, больовий синдром і емоційний дистрес, які самі по собі здатні впливати на результати нейропсихологічного тестування та якість життя пацієнта.

Складна взаємодія нейропсихологічних і психосоматичних факторів у хворих на рак підкреслює необхідність пацієнтоорієнтованого підходу. Нейропсихологічна оцінка має важливе значення у діагностиці когнітивних порушень, визначенні оптимального підходу до лікування та реабілітації, а також в оптимізації загального самопочуття пацієнта. Є всі підстави вважати, що майбутні дослідження мають продовжувати вивчення складних впливів захворювання і методів його лікування на когнітивні процеси з метою розробки цільових втручань. Завдяки цим зусиллям є можливість підвищити якість і тривалість життя пацієнтів з онкологічною патологією, підсилюючи істотну роль нейропсихологічного супроводу в загальній системі онкологічної допомоги.

Складна взаємодія стресу, імунної системи та прогресування раку є тим ключовим вузлом, через який можна зрозуміти роль психологічних факторів у впливі на онкологічні результати. М. Х. Антоні та Ф. С. Дабхар [36] представляють розгорнутий огляд, що підкреслює двоїсту роль стресу в модуляції імунних реакцій у контексті онкологічної патології: гострий короткочасний стрес може мати імуностимулюючі властивості, тоді як хронічний стрес справляє глибокий імуносупресивний вплив, потенційно прискорюючи прогресування пухлини та метастазування.

Стрес є природним станом людського організму і водночас виступає одночасно стимулятором і тягарем. Його ефект опосередковується через біологічну відповідь організму: секрецію адреналіну, норадреналіну та кортизолу. Ці гормони взаємодіють практично з усіма клітинами організму, що вказує на повсюдну роль стресу у впливі на тілесні процеси, включаючи імунні реакції. Хронічний стрес, для якого характерні тривала присутність і

пов'язана з нею циркадна дерегуляція кортизолу, а також зниження регуляції глюкокортикоїдних рецепторів, є більш небезпечним типом стресової відповіді. Він супроводжується пригніченою імунною реакцією і підвищеною сприйнятливістю організму до онкологічної патології.

Пригнічення захисних імунних реакцій при хронічному стресі є основним механізмом, через який хронічний стрес сприяє виникненню, росту і поширенню пухлини. Зазначені механізми включають імунний перерозподіл зі змінами клітинного складу, порушення клітинних імунних реакцій та порушення імунного нагляду за пухлинним процесом. Хронічний стрес здатний також індукувати хронічне запалення з постійною активацією прозапальних факторів, що сприяє виникненню, росту та метастазуванню пухлини через посилення окисного стресу, мутацій ДНК та процесів ангиогенезу.

Хронічний стрес сприяє також розвитку імуносупресивних та імуномодуючих механізмів, розширюючи популяції імуномодуючих клітин регуляторних Т-клітин, В-клітин, мієлоїдних супресорних клітин та пухлинно-асоційованих макрофагів, що призводить до пригнічення протипухлинних імунних реакцій [36].

В таблиці 1.1 узагальнено основні механізми та наслідки впливу психосоціального стресу й управління стресом на імунні реакції у пацієнтів з раком [36].

Узагальнені в таблиці концепти демонструють складну взаємодію імунної системи, стресу і раку: хронічний стрес чинить руйнівний вплив на імунний захист, тоді як короткочасний стрес може мати терапевтичний потенціал. Зокрема, короткочасний стрес здатний посилити захисні імунні реакції, з потенційними перевагами для покращення результатів лікування раку та вакцинації. Доклінічні дослідження підтверджують, що короткочасний стрес може підвищувати протипухлинний імунітет, що дозволяє припустити можливість терапевтичного використання цієї фізіологічної реакції.

**Вплив психосоціального стресу та управління стресом на імунні реакції
у пацієнтів онкологічного профілю (за М. Х. Антоні та Ф. С. Дабхаром
[36], узагальнено автором)**

Аспект	Механізми	Клінічне значення
Стрес і імунна функція	Гормони стресу (кортизол, норадреналін, адреналін) модулюють імунні реакції. Хронічний стрес знижує клітинний імунітет і підвищує сприйнятливість до прогресування пухлини.	Розуміння ролі гормонів стресу в імунній функції є необхідним для розробки стратегій психологічної підтримки онкологічних хворих.
Хронічний стрес і рак	Хронічний стрес пригнічує захисні імунні реакції: змінює розподіл імунних клітин, пригнічує клітинний імунітет, сприяє прогресуванню пухлини та метастазуванню.	Цілеспрямований вплив на механізми стрес-індукованої імуносупресії є перспективним напрямом терапії в онкології.
Імунорегуляторні та супресивні механізми	Хронічний стрес розширює популяції регуляторних Т-клітин, В-клітин, мієлоїдних супресорних клітин і пухлинно-асоційованих макрофагів, пригнічуючи протипухлинний імунітет.	Корекція імунорегуляторного та супресивного середовища, спричиненого хронічним стресом, здатна підвищити ефективність імунотерапії раку.
Короткочасний стрес і підвищення імунітету	Гострий короткочасний стрес здатний посилювати захисні імунні реакції з потенційними позитивними наслідками для результатів лікування.	Подальші дослідження необхідні для вивчення можливостей терапевтичного використання короткочасного стресу для підвищення протипухлинного імунітету.

Огляд М. Х. Антоні та Ф. С. Дабхара [36] підкреслює тонкощі тріади «стрес-рак-імунітет»: шкідливий вплив хронічного стресу на імунні реакції та

прогресування раку, а також терапевтичний потенціал гострих стресових реакцій. Ця двоїстість вимагає розробки і впровадження втручань, спрямованих на протидію хронічному стресу, а також, можливо, на терапевтичне використання реакцій на короткочасний стрес як інструменту покращення результатів лікування раку. Подальші дослідження необхідні для більш повного розуміння цих механізмів і застосування їх у клінічній практиці, яка підтримує інтегративний підхід до лікування хворих на рак з акцентом на контроль стресу та психологічний стан пацієнта.

При обговоренні взаємодії нейропсихологічних і психосоматичних факторів в реабілітаційних процесах хворих на рак виникає необхідність зіставлення спостережень, накопичених у попередньо розглянутих дослідженнях. Складна взаємодія когнітивної дисфункції, стресу та імунної системи вказує на комплексну модель, що має потенціал для розширення можливостей відновлення пацієнтів і підвищення ефективності реабілітаційних втручань.

Когнітивна дисфункція у хворих на рак, особливо при залученні ЦНС, істотно впливає на якість їхнього життя і реабілітаційний потенціал. Як свідчать дані К. Р. Нолла та ін. [115], когнітивна дисфункція може бути зумовлена самим захворюванням, терапією, а також симптоматичними методами лікування: вона спостерігається у 75 % пацієнтів без ЦНС-залучення та є ще більш поширеною у тих, хто має ураження ЦНС. Ця широка поширеність є підставою для розгортання масштабної нейропсихологічної оцінки в онкологічній практиці не лише з діагностичною метою, а й для надання цілеспрямованих втручань, здатних протидіяти когнітивним дисфункціям і оптимізувати реабілітаційні результати.

Огляд М. Х. Антоні та Ф. С. Дабхара [36] ще більше збагачує розуміння цих процесів, з'ясовуючи глибокий вплив психосоціального стресу і управління ним на імунні реакції у хворих на рак. Хронічний стрес, опосередкований через біологічні відповіді організму, здатен пригнічувати захисні імунні функції та сприяти прогресуванню хвороби. І навпаки,

стратегії, що сприяють зниженню стресу і покращенню короткострокових стресових реакцій, можуть зміцнити імунну функцію і потенційно покращити результати лікування онкологічного захворювання. Цей доказ підтверджує важливість вирішення психосоматичної динаміки в онкологічній клініці для оптимізації реабілітації та виживаності.

Психосоматичні процеси у хворих на рак являють собою динамічну взаємодію соматичних явищ із психологічними станами. Відповідно до літератури, стрес є одним із провідних психосоматичних факторів у онкологічній патології [36]. Стрес впливає на прогресування раку через імунно-незалежні та імунно-опосередковані механізми. Доведено, що хронічний стрес пригнічує імунну відповідь, що впливає на виникнення, ріст і поширення пухлини. Це включає зниження регуляції захисних імунних реакцій, а також посилення хронічного запалення, яке може сприяти прогресуванню захворювання.

Крім того, гормони стресу кортизол, норадреналін та адреналін, рівні яких підвищені в умовах хронічного стресу, здатні безпосередньо впливати на поведінку ракових клітин, сприяючи їх виживанню та проліферації. Ці психосоматичні реакції підкреслюють необхідність розгляду психологічного стресу як самостійного чинника прогресування раку та важливого об'єкта в системі управління станом пацієнта.

На реабілітаційний потенціал онкологічних хворих суттєво впливає як нейропсихологічна, так і психосоматична динаміка. Когнітивні порушення, що виникають унаслідок самого захворювання або його лікування, здатні перешкоджати здатності пацієнтів брати участь у реабілітаційних програмах і отримувати від них очікуваний ефект. Зокрема, дефіцити уваги, пам'яті та виконавчого функціонування ускладнюють дотримання терапевтичних схем, управління побічними ефектами та участь у фізичній терапії або інших реабілітаційних втручаннях.

На психосоматичному рівні хронічний стрес не лише посилює тілесну симптоматику, а й пригнічує функціональну активність і відновлювальний

потенціал пацієнтів. Стрес-індукована імуносупресія здатна уповільнити загоєння ран, підвищити сприйнятливість до інфекцій та, можливо, знизити ефективність протипухлинного лікування. Крім того, хронічний стрес може спричиняти або посилювати депресивні та тривожні стани, що асоціюються зі зниженою участю в реабілітаційних програмах і гіршими клінічними результатами.

Дані свідчать про те, що втручання, спрямовані на корекцію нейропсихологічних і психосоматичних факторів, здатні суттєво покращити результати реабілітації. Показано, що когнітивно-реабілітаційна терапія, орієнтована на подолання когнітивного дефіциту, а також психосоціальні втручання методи управління стресом та психологічне консультування покращують якість життя пацієнтів, зменшують тягар симптомів і потенційно підвищують показники виживаності.

Взаємодія між нейропсихологічними порушеннями та психосоматичними відповідями суттєво впливає на реабілітаційний потенціал онкологічних пацієнтів. Вирішення цих факторів в рамках інтегрованих, персоналізованих програм реабілітації здатне привести до кращих результатів для пацієнтів і це підкреслює необхідність цілісних підходів у лікуванні та реабілітації онкологічних хворих.

Виходячи з наведеного дискурсу щодо нейропсихологічних і психосоматичних факторів, можна сформулювати інтегративну модель максимізації реабілітаційного потенціалу хворих на рак, що включає такі ключові складові.

Ретельна нейропсихологічна діагностика. Поточні та комплексні нейропсихологічні оцінки для виявлення когнітивних дефіцитів і відстеження їх динаміки в часі мають спрямовувати індивідуалізовані програми когнітивної реабілітації з урахуванням конкретного профілю порушень і ресурсів пацієнта.

Управління стресом і психологічна підтримка. Впровадження програм управління стресом майндфулнес-терапії, когнітивно-поведінкової терапії,

груп психологічної підтримки необхідне для пом'якшення несприятливого впливу стресу на функцію імунної системи та здоров'я загалом. Психологічна підтримка є обов'язковою для управління емоційними та психічними наслідками онкологічного діагнозу і процесу лікування.

Інтегративна модель догляду. Модель інтегративної допомоги, що поєднує нейропсихологічну підтримку та психосоматичний супровід в онкологічній практиці, забезпечує когнітивне та емоційне відновлення пацієнта і сприяє більш широкій функціональній реабілітації.

Навчання пацієнтів і розширення їхньої участі. Навчання хворих щодо взаємодії між когнітивними функціями, стресом та імунними реакціями у прогресії раку є важливою складовою реабілітаційного процесу. Озброєння пацієнтів знаннями та інструментами для управління стресом і когнітивними труднощами підвищує їхню активну участь у реабілітації і покращує результати.

Дослідження та інновації. Перспективою подальших розробок є пошук нових втручань, спрямованих на нейропсихологічні та психосоматичні аспекти онкологічної допомоги. Розроблення інноваційних методів когнітивної реабілітації та управління стресом, адаптованих до специфіки онкологічних пацієнтів, є перспективним науковим та клінічним завданням.

Отже, питання комплексної взаємодії когнітивних і соматичних факторів у процесі реабілітації та догляду за онкологічними хворими набуває особливої актуальності. Дослідження свідчать, що когнітивні дисфункції, наявні ще до початку протипухлинного лікування, характеризують значну частину пацієнтів із онкологічною патологією та чинять суттєвий вплив на перебіг захворювання [115, 144]. Зокрема, порушення когнітивного функціонування здатні компрометувати прихильність пацієнтів до терапевтичних схем і знижувати ефективність реабілітаційних заходів, що своєю чергою негативно позначається на якості життя та показниках виживаності.

Врахування нейропсихологічних і психосоматичних чинників перебігу хвороби у онкологічних хворих вимагає впровадження інтегрованої моделі допомоги. Така модель має органічно поєднувати нейропсихологічну діагностику і цілеспрямовані втручання із психосоматичним супроводом пацієнта. Цілісний підхід такого роду здатний не лише підвищити терапевтичну взаємодію між пацієнтом і фахівцями, а й суттєво покращити якість життя хворих та сприяти досягненню оптимальних реабілітаційних результатів [27, 31].

Наведене обґрунтовує необхідність проведення системних досліджень, спрямованих на розробку та верифікацію інтегративної моделі онкологічної допомоги. Першочергового значення набуває оцінка ефективності втручань, орієнтованих на корекцію когнітивних порушень і психосоматичних станів.

Таким чином, взаємодія нейропсихологічних розладів із психосоматичними відповідями організму являє собою водночас значущу клінічну проблему і перспективний напрям для оптимізації ведення онкологічних хворих. Застосування інтегративного підходу до роботи з цими факторами є обґрунтованим і доцільним інструментом задоволення комплексних потреб пацієнта.

1.2. Нейропсихологічні та психосоматичні фактори реабілітаційного потенціалу у онкологічних хворих

Перетин онкології та реабілітаційної медицини є критично важливою точкою в системі надання медичної допомоги особливо у контексті підвищення якості життя і забезпечення відновлення осіб із діагнозом рак. У міру розвитку методів протипухлинної терапії і зростання виживаності фокус клінічної уваги поступово зміщується на вирішення комплексних реабілітаційних потреб осіб, які перенесли захворювання. Фундаментальні дослідження Л. С. Гілкріста та ін. [70] і Л. Грассі та ін. [72] заклали

методологічне підґрунтя для розуміння як фізичних, так і психосоматичних аспектів реабілітації в онкологічній практиці. Ці дослідження підкреслюють складну взаємодію між біологічними наслідками раку, психологічними реакціями на хворобу та лікування, а також ширшими психосоціальними факторами, що впливають на траєкторії відновлення.

Зокрема, діагностичні критерії для психосоматичних досліджень (DCPR), введені Л. Грассі та ін. [72], висвітлюють психосоціальні змінні, критичні для реабілітації пацієнтів із раком молочної залози, передусім поширеність тривожності, деморалізації та алекситимії. Водночас основу для оцінки в онкологічній реабілітації, запропоновану Л. С. Гілкрістом та ін. [70], визначає необхідність багатовимірного підходу до оцінки пацієнтів, що включає нейробіологічні, психологічні та функціональні виміри з метою адресного формування реабілітаційних заходів.

Спираючись на ці фундаментальні дослідження, необхідно з'ясувати механізми, за допомогою яких психологічні стани зокрема тривога і деморалізація впливають на реабілітаційні процеси. У цьому контексті слід визначити, як зазначені взаємодії позначаються на загальному відновленні та якості життя тих, хто одужав, з метою формування всебічного огляду, здатного слугувати орієнтиром для подальших клінічних практик і досліджень у галузі реабілітації онкологічних хворих. Синтез наявних даних спрямований на підкреслення критичної ролі психосоматичних міркувань у підвищенні результатів реабілітації та на обґрунтування стратегій їх інтеграції в цілісні, орієнтовані на пацієнта плани відновлення.

Розуміння ресурсної бази особистості та механізмів подолання стресу є необхідним підґрунтям для аналізу реабілітаційного потенціалу онкологічних пацієнтів. Ю. О. Солоня, Є. Л. Базика та ін. [28] розглядають стресостійкість як динамічну психобіологічну систему, що інтегрує нейрофізіологічні механізми, саморегуляцію та соціальні ресурси. Принципово важливим є наголос авторів на тому, що ця якість не є вродженою, а формується

цілеспрямовано через когнітивно-поведінкові інтервенції та соціальну взаємодію.

Безпосередньо дотичним до цієї проблематики є дослідження Є. Л. Базики та ін. [6], яке засвідчує, що копінг-стратегії, орієнтовані на вирішення завдань і соціальну взаємодію, позитивно корелюють із психологічним здоров'ям у зрілому віці, тоді як стратегії уникнення та емоційного реагування справляють на нього негативний вплив висновок, що є релевантним і для пацієнтів, які проходять онкологічну реабілітацію. Крім того, Є. Л. Базика [5] емпірично встановлює зв'язок між ціннісними орієнтаціями та схильністю до психосоматичних захворювань, підкреслюючи роль смисложиттєвих ресурсів особистості як протективного чинника в процесі відновлення.

Перейдемо до визначень основних понять дослідження. Реабілітаційний потенціал охоплює широкий спектр питань від концептуалізації як окремої галузі клінічних досліджень до конкретної клінічної практики. Прийнято вважати, що оцінка реабілітаційного потенціалу має враховувати особистісні риси пацієнта, соматичні ускладнення, наявність соціальної підтримки та фактори якості життя навіть у разі хронічних або множинних порушень. Він критично визначається також з урахуванням об'єктивних змінних: віку, статі, освіти, функціональних навичок і характеристик реабілітаційних послуг, які, як правило, встановлюють реалістичні межі для реалізації відновлювального потенціалу.

Дискурс щодо реабілітаційного потенціалу, зокрема щодо його нейропсихологічного виміру, значною мірою концептуалізується через патологізовані моделі, в яких медико-психіатрична традиція надає перевагу виявленню патології на протигагу ресурсам здоров'я і збереженням можливостям. Ця ідеологія хвороби неминуче впливає на сприйняття психологічного дистресу, акцентуючи переважно аномальні або клінічно значущі аспекти поведінки і знижуючи увагу до резервів і адаптивного потенціалу пацієнта.

З ростом захворюваності та важливістю профілактики психосоціальних наслідків, закономірним є перехід від суто медичних до суспільно-орієнтованих моделей медико-психологічної допомоги. Такий перехід від «компенсаторних» до «капіталізаційних» моделей лікування акцентує увагу на використанні сильних сторін особистості та її розвитку на відміну від простого відновлення втрачених функцій.

Сучасні дослідження описують реабілітаційний потенціал як діагностичну оцінку і прогноз можливостей пацієнта для відновлення з опорою на об'єктивні дані щодо спадковості, початку захворювання, особливостей соматичного і психологічного стану та соціального статусу. Особистісний вимір реабілітаційного потенціалу, що охоплює ставлення до хвороби, локус контролю, рівень самооцінки та усвідомленість власного буття, описує можливості пацієнта для відновлення, підтримки і збереження оптимального рівня функціонування та якості життя.

Феноменологія реабілітаційного потенціалу відкриває можливості для опрацювання психологічних особливостей посттравматичного зростання з акцентом на позитивних трансформаціях після стресових і травматичних переживань як методології позитивної психології. Ця методологія, зосереджена на суб'єктивному психологічному благополуччі та посттравматичному зростанні, свідчить про поступовий перехід у бік більш інклюзивного розуміння здоров'я і підготовки до повного та продуктивного життя після захворювання.

Фундаментальна праця С. З. Нагі (1964) [112], присвячена оцінці інвалідності та реабілітаційного потенціалу, становить методологічне підґрунтя для системного осмислення потреб і можливостей відновлення у пацієнтів онкологічного профілю. Загальновідомо, що запропонований автором підхід ґрунтується на комплексній оцінці, яка інтегрує індивідуальні характеристики пацієнта і середовищні змінні, забезпечуючи тим самим точніше визначення реабілітаційного потенціалу. В умовах онкологічної практики, де вплив захворювання та його лікування на функціональні

можливості пацієнта є багатовимірним, такий цілісний погляд набуває особливої методологічної значущості.

Теорія С. З. Нагі щодо реабілітаційного потенціалу концептуально узгоджується з цілями онкологічної реабілітації, передбачаючи прогностичну оцінку досяжних рівнів функціонування. Необхідно зазначити, що оцінювання у цій галузі виходить за межі фіксації фізичних порушень, зумовлених хворобою чи лікуванням, і охоплює неклінічні змінні вік, стать, освітній рівень, наявні функціональні навички. Зазначені характеристики суттєво детермінують структуру і результативність реабілітаційного втручання, обґрунтовуючи необхідність індивідуалізованого планування відновлювального процесу.

Принциповою особливістю концепції С. З. Нагі є акцент на оцінці збережених можливостей пацієнта, а не лише констатації наявних обмежень. Такий підхід корелює із ширшою парадигмою ресурсного підходу в охороні здоров'я, що розглядає ресурси пацієнта як базис для досягнення поліпшення стану здоров'я і формує конструктивне, цілеспрямоване ставлення до реабілітаційного процесу загалом.

Відповідно до цього, положення С. З. Нагі про визначальну роль екологічних змінних у формуванні реабілітаційного потенціалу є особливо релевантним для онкологічної практики. Доступність і якість реабілітаційних послуг, комплексність програм, кваліфікація фахівців та фінансове забезпечення безпосередньо визначають ступінь відновлення функцій пацієнта. Це свідчить про необхідність системної адвокації щодо розвитку ресурсної бази та інфраструктури підтримки онкологічної реабілітації, що гарантувало б рівний доступ до послуг для всіх пацієнтів.

Розглянемо операційний вимір запропонованої моделі. П'ять доменів оцінки, виокремлених С. З. Нагі [112]: соціальний, медичний, психологічний, вокаційний та професійний утворюють комплексну систему, безпосередньо застосовну в онкологічній реабілітації. Медична оцінка дозволяє встановити характер, етіологію та функціональні наслідки порушень від

хіміотерапевтичної периферичної нейропатії до постопераційних дефіцитів. Разом із тим психологічна оцінка охоплює психічні та особистісні розлади, рівень інтелектуального функціонування та суб'єктивне сприйняття пацієнтом власної інвалідності, що дозволяє фахівцям забезпечити комплексну підтримку, органічно поєднуючи фізичне відновлення з адресною психологічною допомогою.

Таблиця 1.2

**Процес оцінки реабілітаційного потенціалу в онкологічній реабілітації
(за моделлю С. З. Нагі [112] узагальнено автором)**

Тип оцінки	Ключові компоненти	Мета в онкологічній реабілітації
Медична	Медична історія, фізикальний огляд, лабораторні аналізи, консультації суміжних спеціалістів.	Визначити медичні умови, що впливають на функціонування; сформулювати індивідуальний план втручання.
Психологічна	Клінічне інтерв'ю, психометричне тестування, діагностика психічних розладів, оцінка особистісних рис.	Виявити психологічні наслідки раку та лікування; забезпечити підтримку психічного здоров'я.
Трудова	Виконання завдань із використанням інструментів та обладнання, оцінка якості роботи і навичок.	Визначити функціональні наслідки лікування у трудовій сфері; сприяти поверненню до роботи.
Професійна	Аналіз трудової біографії, задоволеність роботою, статус зайнятості до та після захворювання, оцінка працездатності.	Оцінити бар'єри у зайнятості; визначити можливості для професійної реабілітації.
Комісійна (панельна)	Консенсусна оцінка поточних і потенційних можливостей, обмежень, прогнозу на покращення.	Інтегрувати висновки всіх оцінок; розробити комплексний план реабілітації.

Вокаційна та професійна оцінки, своєю чергою, визначають функціональні наслідки онкологічного захворювання у трудовій сфері,

виявляють бар'єри для зайнятості та ресурси для повернення до продуктивної діяльності. Маємо підкреслити, що для онкологічних хворих відновлення трудової активності є важливим компонентом психосоціального відновлення та фінансової незалежності і отже, невід'ємною складовою загального реабілітаційного процесу.

Отже, є всі підстави стверджувати, що цей підхід не лише спрямований на поліпшення фізичного функціонування, а й розглядає ширший вплив онкологічного захворювання на всі аспекти життя пацієнта, сприяючи максимізації його реабілітаційного потенціалу та якості життя.

У зв'язку з викладеним вище особливої уваги заслуговує дослідження Д. М. О'Тул і А. Голден [120], яке суттєво доповнює дискусію про реабілітаційний потенціал онкологічних пацієнтів, наголошуючи на критичній ролі функціональної оцінки в процесі реабілітації. Дослідники проаналізували взаємозв'язок між показниками ефективності за шкалою Карнофського (KPS) та мірою функціональної незалежності (FIM) у вибірці з 70 хворих на рак, що проходили реабілітаційне лікування. Результати зафіксували значущі покращення у ключових аспектах повсякденного функціонування здатності самостійно відвідувати амбулаторні заклади, виконувати гігієнічні процедури, а також утримувати функції кишечника та сечового міхура у проміжку від госпіталізації до виписки. Показово, що лише 14 % пацієнтів демонстрували незалежність у базових побутових навичках на момент прийому, тоді як до виписки ця частка зросла до 80 %, що свідчить або про повну функціональну незалежність, або про потребу виключно в нагляді. Більше того, через три місяці після виписки 28 із 37 пацієнтів або зберегли досягнутий функціональний рівень, або продемонстрували його подальше покращення, незважаючи на те, що 19 осіб із початкової когорти до того часу померли.

Як свідчать наведені дані, отримані результати мають щонайменше два рівні практичного значення. З одного боку, вони переконливо ілюструють відчутну користь цілеспрямованих реабілітаційних втручань для підвищення функціональної незалежності онкологічних хворих як безпосередньої основи

покращення якості їхнього життя. З іншого боку, поєднання шкали KPS з інструментом FIM забезпечує більш диференційовану та нюансовану оцінку реабілітаційного потенціалу, що сприяє розробці більш персоналізованих і функціонально орієнтованих планів догляду. Відтак ці висновки спонукають як онкологів, так і фахівців із реабілітації до ширшого застосування стаціонарних і амбулаторних реабілітаційних втручань, виходячи з функціонального рівня та динаміки його змін.

Беручи до уваги результати Д. М. О'Тул і А. Голден [120], є всі підстави стверджувати, що інтеграція комплексних функціональних оцінок у систему догляду за онкологічними хворими здатна суттєво вплинути на результати реабілітації. Функціональна оцінка постає фундаментальною складовою програм онкологічної реабілітації, реалізація якої є необхідною умовою досягнення значущих покращень у сфері самостійності та якості життя пацієнтів.

Дослідження С. Б. Мовсаса та ін. [111] формує вагомий аргумент на користь включення комплексної реабілітаційної оцінки як невід'ємного компонента стаціонарної медичної онкології. Ґрунтуючись на ретельному документуванні пацієнтів, госпіталізованих до онкологічного відділення, автори виявили суттєву прогалину в оцінці та веденні функціональних порушень у цій категорії хворих. Зафіксований середній показник функціональної незалежності (FIM) засвідчив значне функціональне обмеження вже на момент госпіталізації, а спектр виявлених реабілітаційних потреб охоплював декондиціонування, порушення мобільності та втрату навичок повсякденної активності. Характерно, що розбіжність між результатами фізикального обстеження та показниками FIM вказує на принципову неадекватність традиційних діагностичних процедур при виявленні реабілітаційних потреб онкологічних пацієнтів.

Ці докази переконливо вказують на необхідність мультидисциплінарної моделі онкологічного лікування, яка передбачає залучення лікарів-реабілітологів із перших етапів терапевтичного процесу. Результати С. Б.

Мовсаса та ін. [111] безпосередньо підтримують пропоновану інтегративну модель, в якій функціональна оцінка та реабілітаційне планування розглядаються не як допоміжні, а як конститутивні складові онкологічної допомоги. Відтак рутинне впровадження консультацій із фахівцями реабілітаційної медицини в умовах онкологічного стаціонару є клінічно обґрунтованим кроком.

Як уже зазначалося, цей цілісний підхід набуває ще більшої концептуальної глибини в контексті дослідження Л. С. Гілкріста та ін. [70], яке пропонує аналітичну основу для оцінки реабілітаційних потреб і результатів пацієнтів з позицій Міжнародної класифікації функціонування, інвалідності та здоров'я (МКФ). Розроблена Всесвітньою організацією охорони здоров'я, модель МКФ являє собою всеосяжну біопсихосоціальну основу для концептуалізації здоров'я та інвалідності, що інтегрує три ключові домени функції та структури тіла, активність та участь. Застосування цієї моделі забезпечує стандартизовану термінологію для функціональної оцінки та клінічної документації, що суттєво підвищує відтворюваність і порівнянність результатів у практиці.

Досвід Л. С. Гілкріста та ін. [70] переконливо ілюструє, як використання моделі МКФ сприяє переходу від причинно-орієнтованого розуміння інвалідності до розгляду впливу стану здоров'я на функціонування та участь пацієнта в суспільному житті. Безсумнівно, що саме ця концептуальна переорієнтація є методологічно значущою: стан пацієнта відтепер оцінюється не через призму дефіциту, а в динамічному, інтегративному вимірі. Узагальнюючи, зазначимо, що поєднання доказової бази С. Б. Мовсаса та ін. [111] з концептуальним апаратом МКФ формує переконливе теоретичне та клінічне обґрунтування для розбудови інтегративних моделей онкологічної реабілітації.

Включення моделі МКФ в оцінку хворих на рак полегшує розпізнавання дискретних порушень структур і функцій тіла, а також надання цільових втручань. Крім того, акцент моделі на активності та участі сприяє формуванню

цілей, спрямованих на усунення обмежень у виконанні повсякденних завдань і підвищення рівня участі пацієнта в соціальних ситуаціях. Динамічна взаємодія між станом здоров'я, особистими факторами та навколишнім середовищем у моделі МКФ є особливо актуальною для онкологічних пацієнтів, реабілітаційні потреби яких значно варіюють залежно від нозологічної форми, токсичності лікування та індивідуальних обставин.

Поряд із концептуальними основами ефективності реабілітаційного процесу, суттєвого значення набуває розгляд нейробіологічних механізмів, що детермінують пластичність, реорганізацію та відновлення функцій центральної нервової системи після пошкодження. Серед ключових нейробіологічних основ реабілітаційного потенціалу особливе місце посідає нейропластичність здатність мозку перебудовувати власні нейронні зв'язки впродовж усього життя. Невід'ємно пов'язаною з нею є синаптична пластичність здатність синапсів змінювати свою ефективність залежно від рівня активності, що має принципове значення для когнітивного та функціонального відновлення.

Крім того, неврологічне відновлення підтримується аксональним спраутингом формуванням нових відростків і альтернативних шляхів передачі нервового імпульсу. Не менш значущим є нейрогенез здатність дорослого мозку генерувати нові нейрони у специфічних ділянках, зокрема в гіпокампі. Наявні дані свідчать, що фізичні вправи, розумова стимуляція та фармакологічні втручання здатні потенціювати нейрогенез. Слід також зазначити роль функціональної реорганізації кори та кортикального ремапінгу, що розвивається внаслідок інтенсивної цілеспрямованої практики в ході реабілітації.

Окрему значущість мають біохімічні чинники відновлення передусім нейротрофічний фактор мозку (BDNF), що підтримує виживання нейронів і стимулює синаптогенез. Водночас хронічне запалення суттєво гальмує відновлювальні процеси і потребує цілеспрямованої корекції.

Нейробіологічні механізми реабілітаційного потенціалу онкологічних пацієнтів

Нейробіологічний механізм	Опис та значення для реабілітаційного потенціалу
Нейропластичність	Здатність мозку реорганізуватися шляхом формування нових нейронних зв'язків. Є фізіологічним підґрунтям відновлення функцій та основою більшості терапевтичних підходів у реабілітації.
Синаптична пластичність	Здатність синапсів посилюватися або слабшати залежно від рівня активності. Є основою процесів навчання і пам'яті, критично важливих для когнітивного відновлення.
Аксональний спраутинг	Формування нових відростків аксона для відновлення нейронних з'єднань та утворення обхідних шляхів навколо пошкоджених ділянок.
Нейрогенез	Генерація нових нейронів у дорослому мозку, зокрема в гіпокампі. Потенціюється фізичними вправами, розумовою стимуляцією та фармакологічними втручаннями.
Функціональна реорганізація кори	Перерозподіл функцій між ділянками мозку як компенсаторна відповідь на пошкодження. Цілеспрямована терапія сприяє формуванню нових функціональних стратегій.
Біохімічні фактори (BDNF)	Нейротрофічний фактор мозку (BDNF) та інші нейротрофіни підтримують виживання нейронів і стимулюють синаптогенез. Модуються дієтою, фізичним навантаженням, фармакотерапією.
Запальні реакції	Гостре запалення є адаптивною відповіддю; хронічне запалення суттєво гальмує відновлювальні процеси і потребує цілеспрямованої корекції.
Кортикальний ремапінг	Збільшення кортикального представництва функцій, що цілеспрямовано тренуються. Повторюване виконання терапевтичних завдань покращує їх виконання.

Отже, результати здійсненого аналізу дозволяють зробити висновок про те, що цілеспрямоване використання зазначених нейробіологічних механізмів

у межах реабілітаційних програм уможлиблює не лише відновлення втрачених функцій, а й активізацію вродженої адаптивної здатності мозку.

Поряд із нейробіологічними механізмами відновлення, суттєвого аналітичного значення набуває дослідження психосоматичних чинників, що детермінують реабілітаційний потенціал пацієнта. Л. Ярділі і М. С. Редферн [156] акцентують увагу на складній взаємодії між психологічним станом індивіда та функціональними наслідками для його здоров'я. Дослідження переконливо засвідчує тісний зв'язок між тривожними розладами і дисфункцією балансової системи. Принципово важливим є те, що дисфункція системи балансу виявляється також і у пацієнтів із первинною агорафобією та панічним розладом, що свідчить про двоспрямований характер взаємозв'язку між зазначеними станами.

Л. Ярділі і М. С. Редферн [156] аргументують доцільність застосування втручань, спрямованих на когнітивні та поведінкові реакції на тривогу і запаморочення. Встановлено, що тривожне збудження здатне посилювати вираженість запаморочення та порушень балансу, що зумовлює необхідність контролю тривоги як обов'язкової умови успішного відновлення. Наведені дані переконливо обґрунтовують необхідність інтегративного підходу до реабілітації, який органічно поєднує традиційні методи фізичного відновлення з управлінням тривогою та когнітивно-поведінковою терапією.

Аналогічну проблематику в контексті онкологічної патології розглядає дослідження Л. Грассі та ін. [72], в якому вивчається роль психосоматичних чинників у формуванні реабілітаційного потенціалу хворих на рак молочної залози із застосуванням діагностичних критеріїв для психосоматичних досліджень (DCPR). Результати засвідчили значну поширеність синдромів тривоги щодо здоров'я, деморалізації та алекситимії: дві третини обстежених пацієнток демонстрували щонайменше один із синдромів DCPR. Пацієнти із зазначеними синдромами характеризувалися достовірно нижчою якістю життя та вищим рівнем занепокоєння, пов'язаного із захворюванням. Це дослідження підкреслює необхідність широкого психологічного скринінгу в

онкологічній практиці та вказує на доцільність подальшої валідації системи DCPR.

Таблиця 1.4

Психосоматичні фактори в розладах балансу та їхнє значення для реабілітації (за Л. Ярдлі і М. С. Редферн [156] узагальнено автором)

Фактор	Опис та реабілітаційне значення
Асоціація між тривогою і розладами балансу	Тривожні розлади частіше зустрічаються у людей з порушеннями балансу. Зафіксовано вищу частоту діагностики тривожності, панічного розладу та агорафобії, що свідчить про психосоматичний зв'язок.
Соматопсихологічні та психосоматичні процеси	Запаморочення здатне провокувати панічні реакції та поведінку уникнення (соматопсихологія); психологічні фактори можуть індукувати або посилювати дисфункцію балансової системи (психосоматика).
Когнітивно-поведінкові механізми	Механізми звикання при тривожних розладах паралельні нейроадаптивним процесам при вестибулярних порушеннях. Психологічні втручання здатні підвищити ефективність реабілітації.
Психофізіологічні зв'язки	Тривожне фізіологічне збудження посилює вираженість запаморочення та порушень балансу. Контроль тривоги є обов'язковою умовою успішного відновлення.
Роль уваги	Когнітивні ресурси, задіяні в процесах орієнтації, безпосередньо впливають на контроль балансу. Розвиток уважності та перцептуально-моторних здібностей є перспективним терапевтичним напрямом.

Синтез наведених даних дозволяє зробити висновок про значний ступінь перекриття психосоматичних чинників із фізичними процесами відновлення в онкологічних пацієнтів. Дані Л. Грассі та ін. [72] і Л. С. Гілкріста та ін. [70] узгоджено вказують на те, що тривога щодо здоров'я, деморалізація та алекситимія не лише посилюють емоційне навантаження захворювання, а й справляють відчутний негативний вплив на перебіг реабілітаційних процесів.

З одного боку, багатовимірний характер онкологічного відновлення вимагає мультидисциплінарного підходу, що об'єднує компетенції онкологів, фахівців із реабілітаційної медицини, психологів і соціальних працівників. З іншого боку, саме цей комплексний підхід відкриває можливість для більш цілісного розуміння та ведення процесу відновлення.

Отже, проведений аналіз літератури підтверджує критичну важливість урахування психосоматичних і психосоціальних чинників у системі онкологічної реабілітації. Інтегративна, особистісно орієнтована модель реабілітації, що ґрунтується на визнанні складної взаємодії між фізичним здоров'ям і психологічним благополуччям, є необхідною умовою максимізації реабілітаційного потенціалу та покращення довгострокових результатів у осіб, які пережили онкологічне захворювання. Перспективи подальшого вивчення заявленої проблеми вбачаються у розробці та валідації практичних інструментів і втручань, придатних для широкого впровадження в клінічну практику онкологічної реабілітації.

1.3. Копінг-поведінка в системі реабілітаційного потенціалу онкологічних хворих

Діагностика та лікування онкологічних захворювань створюють серйозні психологічні та емоційні проблеми для пацієнтів. Переживання суб'єктивного страждання, пов'язаного з онкологічним діагнозом, як правило, вимагає мобілізації психологічних ресурсів особистості і розгортання різних механізмів подолання копінг-поведінки. Проблема є актуальною не лише в онкологічному контексті, а й у ширшому полі досліджень психологічної адаптації до екстремальних умов.

Зокрема, Ю. О. Асєєва і Ю. С. Максимова [1] засвідчують, що ключовими предикторами адаптивних копінг-стратегій є емоційна регуляція, наявність стабільних соціальних зв'язків та позитивні посттравматичні

переконання. Домінування унікаючих стратегій, у свою чергу, корелює з вищим рівнем дистресу та соціальної фрустрованості. Ці висновки узгоджуються з даними щодо онкологічних пацієнтів, у яких неефективні копінг-стратегії так само пов'язані з погіршенням реабілітаційних результатів. Разом із тим Ю. О. Асєєва і О. А. Плахотний [2] фіксують, що тривале перебування в умовах хронічного стресу призводить до емоційного виснаження та симптомів ПТСР, що суттєво виснажує особистісні ресурси та знижує реабілітаційний потенціал. У зв'язку з цим Ю. О. Асєєва і В. С. Христофорова [3] наголошують: хронічна психотравматизація спричиняє стійкі порушення емоційної регуляції, підкреслюючи необхідність міждисциплінарного підходу до відновлення що є релевантним і для моделей онкологічної реабілітації.

Наведені положення щодо ресурсності особистості та адаптивних стратегій знаходять підтвердження і в суміжних дослідницьких контекстах. Н. В. Родіна, М. К. Кременчуцька і І. А. Козачек [25] встановили, що психологічна адаптація в екстремальних умовах визначається трьома взаємопов'язаними компонентами: стресостійкістю, соціально-психологічною адаптивністю та ціннісно-сисловою сферою що утворюють цілісну систему індивідуального реагування на хронічні стресори. Цей висновок є концептуально суголосним з моделями онкологічної реабілітації, де ціннісно-сислові ресурси пацієнта розглядаються як протективний чинник відновлення. Разом із тим М. К. Кременчуцька та ін. [89] демонструють ефективність дихальних психотехнік як доступного інструменту саморегуляції емоційних станів, що знижує рівень нейротизму і тривожності незалежно від характеру стресового навантаження відкриваючи перспективи їх застосування в структурі комплексних реабілітаційних програм. Не менш значущим у контексті нейропсихологічного виміру реабілітаційного потенціалу є дослідження М. К. Кременчуцької та ін. [88], яке засвідчує, що зрілість механізмів нейропсихологічної регуляції безпосередньо впливає на здатність до навчання та опанування нових функціональних стратегій,

підкреслюючи діагностичну і корекційну цінність нейропсихологічного підходу в реабілітаційній практиці загалом.

Варто зазначити, що для розуміння копінг-поведінки онкологічних пацієнтів у контексті реабілітаційного потенціалу доцільно звернутися до наукової школи системного моделювання психологічних феноменів Н. В. Родіної, в межах якої копінг-поведінка розглядається як системна властивість особистості, детермінована взаємодією свідомих, передсвідомих і несвідомих процесів [22]. Такий підхід принципово відрізняється від редукціоністських моделей, що розглядають копінг виключно як свідомий вибір стратегій реагування, і є особливо продуктивним у застосуванні до онкологічного контексту, де реакції пацієнта на захворювання та лікування охоплюють усі рівні психічної організації.

Зокрема, Н. В. Родіна і А. С. Фокін [26] довели, що діапазон доступних копінг-стратегій особистості розширюється або звужується відповідно до актуального рівня її психологічного здоров'я. Це положення має пряме значення для оцінки реабілітаційного потенціалу онкологічних хворих: зниження психологічного здоров'я внаслідок захворювання та його лікування об'єктивно обмежує репертуар адаптивних стратегій, якими пацієнт може оперувати в процесі відновлення. Ситуація онкологічного захворювання відповідає критеріям важкої життєвої ситуації з елементами невизначеності та ризику, що робить концептуальний апарат цього дослідження безпосередньо застосовним для аналізу копінг-поведінки у даній популяції.

У практичному вимірі Н. В. Родіна та ін. [24] розробили психодіагностичний інструментарій для оцінки копінг-поведінки в ситуаціях небезпеки, верифікований на репрезентативній вибірці. П'ятифакторна модель шкали, побудована на конструкті реакцій боротьби, втечі та завмирання, дозволяє диференціювати активні та пасивні, адаптивні та дезадаптивні форми подолання. Застосування цього інструменту в онкологічній реабілітації відкриває можливість операціонального вимірювання копінг-ресурсів

пацієнта на різних етапах лікування та відновлення, що є необхідною умовою для розробки індивідуалізованих реабілітаційних програм.

Взаємозв'язок між психологічним здоров'ям та суб'єктивним відчуттям безпеки, обґрунтований Н. В. Родіною і О. І. Бабієм [23], є теоретично значущим для розуміння психологічного стану онкологічного пацієнта. Автори доводять, що в умовах загрози життю ментальне здоров'я є критичним чинником збереження внутрішньої стабільності та здатності до адаптації. Онкологічне захворювання є саме таким станом, де суб'єктивне відчуття безпеки системно порушується, а рівень психологічного здоров'я стає визначальним для підтримання реабілітаційної мотивації та прихильності до терапії. Показники тривоги, страху, відчуття незахищеності та впевненості у майбутньому, виокремлені авторами як індикатори суб'єктивної безпеки, водночас є маркерами психосоматичного стану пацієнта в процесі онкологічної реабілітації.

Таким чином, методологічний внесок наукової школи системного моделювання психологічних феноменів полягає у формуванні концептуальної бази, що дозволяє операціоналізувати копінг-поведінку як системний об'єкт дослідження, пов'язаний з рівнем психологічного здоров'я, суб'єктивним відчуттям безпеки та адаптивним потенціалом особистості. Перенесення цих теоретичних положень в онкологічний контекст обґрунтовує необхідність включення діагностики копінг-поведінки до стандартного протоколу оцінки реабілітаційного потенціалу онкологічних хворих.

Копінг-поведінка у пацієнтів з онкологією є ключовим компонентом психологічної адаптації, з прямим впливом на прихильність до лікування, якість життя і загальне самопочуття. Боротьба з раком являє собою багатогранну взаємодію психологічної стійкості, самоефективності та реабілітаційного потенціалу. Здатність хворих на рак успішно долати емоційні та практичні труднощі має значний вплив на їхнє психологічне благополуччя і якість життя [68]. Крім того, включення реабілітації до системи лікування онкологічного захворювання визначено як ключовий чинник підвищення

функціонального рівня та благополуччя пацієнтів [139]. Попри очевидні рекомендації щодо реабілітації в онкологічних клінічних настановах, її фактичне використання залишається недостатнім [107].

Проблему адаптації в онкології доцільно розглядати як складну конструкцію, що включає когнітивні, емоційні та поведінкові зусилля, спрямовані на зниження напруги та підтримку психологічного гомеостазу [94]. Здатність до подолання диференціюється на проблемно-орієнтовані та емоційно-орієнтовані стратегії; ефективність кожної з них є функцією особистісних характеристик і ситуаційного тиску. Когнітивна гнучкість, самоефективність та емоційна регуляція є ключовими складовими психологічного ресурсного потенціалу особистості. Підтверджено, що пацієнти з більш високим рівнем особистісних ресурсів демонструють кращу адаптацію до діагнозу та лікування раку.

Концепція психологічних ресурсів особистості набуває особливої теоретичної ваги в контексті реабілітаційного потенціалу. О. Кононенко та ін. [14] обґрунтовують життєстійкість і ціннісні орієнтації як ключові ресурси психологічного здоров'я, що забезпечують адаптивність особистості в умовах хронічного стресу та травматизації, наголошуючи на їхній безпосередній ролі у подоланні складних життєвих обставин. Цей висновок є релевантним для онкологічної реабілітації, оскільки ціннісно-смилова сфера пацієнта визначає не лише вибір копінг-стратегій, а й загальну мотивацію до відновлення. Водночас О. Козератська, О. Кононенко та ін. [87] демонструють, що інноваційні технологічні підходи, зокрема терапія із застосуванням віртуальної реальності, здатні суттєво знижувати симптоматику ПТСР, тривоги та депресії, відкриваючи перспективу їх інтеграції в мультимодальні реабілітаційні програми.

Психологічна стійкість є ключовим фактором у процесі адаптації в умовах онкологічного стресу, що дозволяє пацієнтам підтримувати надію і емоційне здоров'я, незважаючи на несприятливі обставини [45]. Соціальна підтримка є однією з необхідних зовнішніх ресурсів, що сприяють

ефективному подоланню, знижує рівень тривоги та полегшує досягнення позитивних результатів лікування. Дані свідчать про те, що суб'єктивне сприйняття підтримки виявляється більш значущим чинником, ніж сам факт її наявності.

У той час як адаптивні стратегії подолання сприяють емоційній адаптації, неадаптивні заперечення, емоційне пригнічення і поведінка уникнення як правило, генерують більший психологічний стрес і ускладнюють адаптацію [73]. Пацієнти, які використовують уникаючу поведінку, мають вищий рівень тривоги та депресії, що негативно впливає на прихильність до лікування і якість їхнього життя.

Запропоновано кілька теоретичних моделей, що описують процеси адаптації у хворих на рак. Транзакційна модель стресу і подолання Р. С. Лазаруса і С. Фолкман [94] пропонує, що подолання це процес, який включає когнітивну оцінку і поведінкові реакції на стресори: люди оцінюють значення стресу, пов'язаного з раком, і відповідно реалізують різні механізми подолання. Концепція позитивної психології та посттравматичного зростання Р. Г. Тедескі і Л. Г. Кальхун [141] описує, як частина онкологічних пацієнтів переживає особистісне зростання і трансформацію з вищим рівнем психологічної стійкості та поліпшенням задоволеності життям. Теорія консервації ресурсів С. Е. Хобфолла [80] стверджує, що стрес від ракового захворювання виснажує психологічні ресурси, вимагаючи їх збереження і поповнення, необхідних для ефективного подолання.

Порівняльний аналіз механізмів подолання виявляє значну міжіндивідуальну та міжгрупову мінливість. Пацієнти, які вдаються до активних стратегій вирішення проблем, прийняття ситуації, позитивного переосмислення, демонструють кращу психологічну адаптацію і вищі показники виживаності [53]. Р. Дев та ін. [59], проаналізувавши дані 399 онкологічних пацієнтів із застосуванням опитувальника Brief COPE, встановили, що найпоширенішими адаптивними відповідями є прийняття (86,7 %) та пошук емоційної підтримки (79,9 %), тоді як неадаптивні реакції

заперечення і самовідволікання достовірно асоціюються з вищим рівнем больового синдрому та депресивної симптоматики. Аналогічні закономірності фіксуються у хворих на рак прямої кишки з синдромом низької передньої резекції: Б. С. Лаурсен та ін. [93] показали, що саме проблемно-орієнтований копінг у поєднанні з розгалуженою соціальною підтримкою забезпечує ефективну адаптацію до функціональних обмежень. Водночас Д. Марас та ін. [105] встановили, що уникаюча прихильність як стабільна особистісна характеристика знижує якість життя, пов'язану зі здоров'ям (HRQoL), опосередковано через підвищення копінг-уникання і зниження самоефективності. Наведені дані переконують у тому, що характер копіngu є не лише ситуативною реакцією, а й структурно-особистісним чинником, що стабільно детермінує реабілітаційний прогноз.

Суттєвого аналітичного значення набуває проблема розриву між доказовою базою реабілітаційної медицини та її клінічною реалізацією. М. Л. Стаут та ін. [139], здійснивши огляд 69 онкологічних клінічних настанов, встановили, що попри наявність переконливих доказів ефективності реабілітаційних втручань, лише 2–9 % хворих на рак фактично отримують відповідні направлення. Цей показник є клінічно неприйнятним особливо з огляду на те, що за даними Т. Ліхта та ін. [96], вже тритижнева мультидисциплінарна реабілітаційна програма забезпечує статистично значущі покращення за усіма основними вимірами стану пацієнта: якістю життя, рівнем тривоги і депресії, показниками хронічної втоми, фізичним функціонуванням та соціальним здоров'ям, причому ці позитивні зрушення є незалежними від нозологічної форми захворювання. Водночас Дж. М. Гізлер та ін. [68] застерігають: покращення саморегуляції та управління дистресом, досягнуті в процесі стаціонарної реабілітації, суттєво знижуються через дев'ять місяців після її завершення, що ставить під сумнів достатність короткострокових втручань і обґрунтовує необхідність пролонгованого психологічного супроводу. Дж. М. Гізлер і Дж. Вейс [67] конкретизують цей висновок через конструкт компетентності пацієнта, п'ять вимірів якого

управління дистресом, пошук інформації, навігація в системі охорони здоров'я, самоадвокація і соціальна взаємодія виступають предикторами стабільного емоційного благополуччя і мають розглядатися як самостійні мішені реабілітаційних програм.

Причини низького охоплення реабілітаційними послугами є двоякими: пацієнтськими та системними. На рівні пацієнта Р. Брік та ін. [48] ідентифікували сім провідних бар'єрів: нерозпізнавання власних функціональних порушень як таких, що потребують реабілітаційної допомоги; дезадаптивні копінг-стилі; соціальне порівняння себе з більш ураженими хворими; залежність від ініціативи лікаря при направленні; сприйняття реабілітації як ознаки хронічного, а не відновлювального стану; достатність неформальної родинної підтримки як суб'єктивний заміник професійної; фінансові витрати. На системному рівні П. Майвальд та ін. [104], опитавши 606 медичних і соціальних працівників, виявили сім аналогічних організаційних перешкод: недооцінку реабілітації як клінічного пріоритету, неефективну координацію між командами, складність процедур отримання послуг, жорсткі критерії відбору, невідповідність очікувань пацієнтів та структурне виключення соціальних і трудових аспектів відновлення. Р. С. Маєр і Дж. Енгл [107] систематизують цю доказову базу і формулюють вимогу до сучасної онкологічної реабілітації: вона має бути цілеспрямованою, скоординованою і міждисциплінарною, охоплюючи хронічну втому, когнітивні труднощі, афективні розлади, функціональні порушення повсякденної активності та соматосексуальні дисфункції в єдиному терапевтичному контексті.

Недостатня координація реабілітаційних втручань особливо рельєфно проявляється в умовах географічної та організаційної периферії. Е. Б. Бйорнсдоттір та ін. [43] на матеріалі північноісландської вибірки документують широкий розрив між декларованими стандартами і реальною координацією реабілітаційного процесу, внаслідок чого пацієнти покладаються переважно на власні внутрішні ресурси і неформальну

підтримку оточення. Важливим компонентом заповнення цього розриву є розширення ролі медсестринського персоналу: К. Родрігес та ін. [126] систематизують три напрями сестринських реабілітаційних втручань: лікувальна фізкультура, психоосвіта і комплементарна терапія, констатуючи, що медсестри залишаються недостатньо інтегрованими в міждисциплінарні реабілітаційні команди, попри свій доведений вплив на управління симптомами і якість життя пацієнтів.

Особливу клінічну групу становлять молоді дорослі хворі на рак. М. Аагесен та ін. [32], проаналізувавши 20 відповідних втручань, констатують, що ця популяція залишається недостатньо представленою в дослідженнях, а наявні програми переважно орієнтовані на симптоматичне управління, не вирішуючи довгострокових проблем виживання, трудової та соціальної реінтеграції. Специфічним контекстом, що ускладнює реабілітацію, є поєднання онкологічного захворювання з інфекційною ізоляцією: Р. ДеБерардіс та ін. [57] описують психологічні наслідки госпітальної ізоляції в умовах COVID-19 і обґрунтовують необхідність проактивної інтеграції телемедичних консультацій і дистанційної психологічної підтримки в стандарт онкологічної допомоги. Для пацієнтів із раком голови і шиї Е. Сагафі та ін. [128] виокремлюють три стадійні психологічні теми: передлікувальний тривожно-невизначений дистрес, постлікувальне порушення ідентичності в умовах тілесних змін і довгострокову адаптацію через стратегії соціальної включеності та практики вдячності, що вимагає психологічного супроводу, який передуює лікуванню і не завершується після виписки.

Проблема психосоціальної нерівності в онкологічній допомозі також заслуговує окремого розгляду. Дж. Л. Стейн та ін. [138] фіксують підвищений рівень дистресу, стигматизації та незадоволених психосоціальних потреб у ЛГБТК+-пацієнтів, вказуючи на системний дефіцит культурно-чутливих практик і необхідність врахування соціальних детермінантів здоров'я в архітектурі онкологічної допомоги. Й. Ванг і В. Фен [147] розширюють цей контекст, описуючи широкий спектр психосоціальних викликів онкологічного

профілю: порушення образу тіла та самоконцепції, сексуальне здоров'я, тягар опікуна і вигорання медичного персоналу і аргументуючи необхідність психосоціальної онкології як інтегральної, а не факультативної складової сучасної системи онкологічної допомоги.

Довгостроковий вимір реабілітації онкологічних хворих є системно недооціненим. К. Хілтроп та ін. [78] встановили, що пацієнти, які пережили рак молочної залози, відчують значущі фізичні та емоційні наслідки навіть через 5–6 років після встановлення діагнозу, при цьому стикаючись із постійним конфліктом між реабілітаційними потребами і сімейними та трудовими обов'язками. К. Хілтроп [79] деталізує це через призму повернення до трудової діяльності: більшість тих, хто вижив, прагне відновити зайнятість, проте стикається з персистуючими когнітивними й фізичними обмеженнями; зміна характеру або обсягу роботи є нормою, а не винятком, що вимагає гнучких інституційних механізмів підтримки. Ф. Боеле та ін. [46], у свою чергу, документують системні перешкоди для надання нейроонкологічних реабілітаційних послуг дефіцит кадрів, тривалі черги і відсутність стандартизованих протоколів направлення і пропонують розробку міжнародних рекомендацій як інструмент вирівнювання доступу.

Перспективи подальшого вивчення заявленої проблеми вбачаємо у розробці індивідуалізованих психологічних втручань з урахуванням нозологічної специфіки та копінг-профілю пацієнта, покращенні системних шляхів направлення на реабілітацію, а також у забезпеченні того, щоб моделі онкологічної допомоги системно і рівноправно вирішували як фізичні, так і психосоціальні потреби хворих на різних етапах захворювання і відновлення.

1.4. Теоретична модель нейропсихологічної детермінації та психосоматичної обумовленості реабілітаційного потенціалу онкологічних пацієнтів

Здійснений у попередніх параграфах теоретичний аналіз засвідчує, що реабілітаційний потенціал онкологічного хворого є складним, багаторівневим конструктом, що не зводиться ні до фізичного стану пацієнта, ні до окремих психологічних характеристик. Дослідження показали важливість адаптивних стратегій подолання, комплексної реабілітації та психосоціальної підтримки у покращенні результатів пацієнтів. Проте бар'єри для доступу до цих ресурсів зберігаються, особливо для вразливих груп, підкреслюючи необхідність як системних змін, так і індивідуалізованих втручань.

Узагальнення наведених теоретичних підходів уможливорює формулювання авторської інтегративної моделі реабілітаційного потенціалу онкологічних пацієнтів. Запропонована модель ґрунтується на синтезі нейропсихологічної, психосоматичної та особистісно-ресурсної парадигм. У цьому дослідженні реабілітаційний потенціал визначається як динамічна системна властивість особистості онкологічного хворого, що формується у взаємодії нейропсихологічних, психосоматичних та особистісно-ресурсних факторів в умовах конкретного соціального та медичного середовища і виявляється у здатності до функціонального відновлення, підтримання якості життя та психосоціальної адаптації на різних етапах онкологічного захворювання. Модель охоплює чотири взаємопов'язані рівні.

Рівень I Нейропсихологічний (когнітивно-функціональний). Цей рівень відображає вплив онкологічного захворювання та його лікування на когнітивне функціонування пацієнта. Ключовими детермінантами є: когнітивна дисфункція, пов'язана з раком (CRCI), яка охоплює порушення уваги, пам'яті, швидкості обробки інформації та виконавчих функцій [115]; нейротоксичність хіміо- та радіотерапії [84, 150]; пухлинно-індуковані нейродегенеративні процеси, що можуть передувати лікуванню [127]; а також

нейробіологічні механізми відновлення нейропластичність, синаптична пластичність, кортикальний ремапінг [66]. Нейропсихологічний рівень визначає функціональну спроможність пацієнта брати участь у реабілітаційному процесі, дотримуватися терапевтичних схем і опановувати нові адаптивні стратегії.

Рівень II Психосоматичний (стрес-соматичний). Цей рівень охоплює механізми взаємодії психологічного стресу з соматичними процесами. До його складу входять: стрес-імуна взаємодія через гормони стресу кортизол, норадреналін, адреналін [36]; хронічне запалення як наслідок тривалої стресової активації; депресія, тривога та алекситимія як психосоматичні кореляти онкологічного захворювання [72]; хронічна втома, больовий синдром і порушення сну [70]; а також психофізіологічні зв'язки між тілесними симптомами і психологічним станом пацієнта [147]. Психосоматичний рівень безпосередньо впливає як на темп фізичного відновлення, так і на суб'єктивне сприйняття власних реабілітаційних можливостей.

Рівень III Особистісно-ресурсний (копінгово-адаптивний). Цей рівень відображає систему психологічних ресурсів особистості, що визначає характер її адаптивного реагування на онкологічне захворювання. Його компонентами є: стиль і репертуар копінг-стратегій адаптивних та дезадаптивних [94]; самоефективність у сфері здоров'я та управління хворобою [68]; психологічна стійкість і посттравматичне зростання [45, 141]; ціннісно-смилова сфера і локус контролю [22, 26]; а також компетенції пацієнта у самоуправлінні, пошуку інформації та соціальній взаємодії [67]. Рівень копінг-ресурсів детермінує як залученість у реабілітаційний процес, так і здатність підтримувати адаптацію в довгостроковій перспективі [59, 68].

Рівень IV Соціально-середовищний (системно-контекстуальний). Цей рівень є зовнішнім контекстом, що задає умови, в яких реалізується реабілітаційний потенціал пацієнта. До нього належать: якість і доступність реабілітаційних послуг [112, 120]; міждисциплінарна координація

онкологічних і реабілітаційних команд [111]; соціальна підтримка суб'єктивно сприймана і реальна; трудова і фінансова складові реабілітаційного процесу [79]; а також нормативно-правове середовище та організаційна культура медичних закладів [104, 139]. Системні та організаційні бар'єри здатні суттєво обмежувати реалізацію реабілітаційного потенціалу навіть за умови достатнього рівня його внутрішніх детермінант [46, 107].

Принциповою особливістю запропонованої моделі є її динамічність і реципрокність: жоден із виокремлених рівнів не є ізольованим і не справляє виключно одностороннього впливу. Між рівнями існує система двосторонніх зв'язків, що в сукупності формують складну детерміністичну мережу.

Зв'язок рівнів I та II має двоспрямований характер: когнітивна дисфункція підвищує суб'єктивний рівень стресу і обмежує регуляторні можливості пацієнта; водночас хронічний стрес прискорює нейрокогнітивне зниження через нейрозапалення та імунну дисрегуляцію [36, 115]. Ці два рівні утворюють замкнений дисрегуляторний цикл, що є одним із основних факторів, які знижують реабілітаційний потенціал онкологічного хворого.

Зв'язок рівнів II та III так само є реципрокним: хронічний психосоматичний стрес виснажує особистісні копінг-ресурси, звужуючи репертуар доступних стратегій подолання [80]; у зворотному напрямку ефективні адаптивні стратегії здатні знижувати рівень стресової активації та нормалізувати психосоматичний стан пацієнта [94].

Зв'язок рівнів I та III виявляється в тому, що когнітивна дисфункція зниження когнітивної гнучкості, послаблення виконавчих функцій безпосередньо обмежує здатність пацієнта до реалізації проблемно-орієнтованих копінг-стратегій [115, 150]. Натомість ефективний копінг через механізми позитивного переосмислення та активного пошуку підтримки здатний сприяти нейропластичній адаптації й підвищувати когнітивний потенціал відновлення [66].

Рівень IV виконує роль системного модератора: зовнішнє середовище або підсилює ресурси всіх трьох внутрішніх рівнів, або створює додаткові

бар'єри для їх реалізації. Наявність якісної мультидисциплінарної підтримки здатна компенсувати навіть значні порушення на нейропсихологічному і психосоматичному рівнях; натомість системна недоступність реабілітаційних послуг блокує відновлення навіть у пацієнтів з достатнім рівнем особистісних ресурсів [96, 107].

Таблиця 1.5

**Інтегративна теоретична модель реабілітаційного потенціалу пацієнтів
онкологічного профілю**

Рівень	Ключові детермінанти	Функція в системі	Основні джерела
I. Нейро-психологічний (когнітивно-функціональний)	Когнітивна дисфункція (CRCI); нейротоксичність; нейропластичність; нейродегенеративні процеси.	Визначає функціональну спроможність брати участь у реабілітації та засвоювати адаптивні стратегії.	[66, 84, 115, 127, 144, 150]
II. Психосоматичний (стрессоматичний)	Стрес-іmunна взаємодія; хронічне запалення; депресія, тривога, алекситимія; втома, біль, порушення сну.	Визначає темп фізичного відновлення та суб'єктивне сприйняття реабілітаційних можливостей.	[36, 70, 72, 147]
III. Особистісно-ресурсний (копінгово-адаптивний)	Копінг-стратегії; самоефективність; психологічна стійкість; ціннісно-смилова сфера; компетенції пацієнта.	Визначає залученість у реабілітаційний процес та стійкість результатів у часі.	[22, 45, 53, 59, 67, 68, 80, 94, 141]
IV. Соціально-середовищний (системно-контекстуальний)	Доступність послуг; міждисциплінарна координація; соціальна підтримка; трудові та фінансові чинники; системні бар'єри.	Модерує реалізацію потенціалу трьох внутрішніх рівнів моделі.	[46, 79, 104, 107, 111, 112, 120, 139]

Результативний конструкт моделі реабілітаційний потенціал виявляється через такі операціональні виміри: рівень функціональної незалежності; психоемоційне благополуччя та якість життя; прихильність до терапевтичних схем; здатність до повернення до соціальної і трудової активності; стійкість адаптаційних результатів у часі.

Взаємозв'язок між механізмами подолання, нейропсихологічною функцією та психосоматичними факторами проявляється в тому, як ці виміри спільно формують результати реабілітації. Когнітивна дисфункція обмежує гнучкість копіngu, що ускладнює участь пацієнтів у вирішенні проблем і регуляції стресу, призводячи до неадаптивних реакцій уникнення та пасивності [150]. Психосоматичний стрес погіршує нейрокогнітивні показники, оскільки хронічний стрес, депресія і порушення сну прискорюють когнітивне зниження і нейрозапалення [36, 147]. Стилі подолання безпосередньо впливають на регуляцію стресу та когнітивну стійкість: пацієнти, які активно шукають соціальну підтримку та переосмислюють свій досвід, демонструють кращу нейропластичну адаптацію; ті ж, хто покладається на унікаючий копінг, показують більші нейрокогнітивні порушення та сповільнене відновлення [59, 105].

Запропонована теоретична модель має низку практичних імплікацій. Рутинний нейропсихологічний скринінг має бути інтегрований в онкологічну практику для раннього виявлення когнітивного зниження та адаптації реабілітаційних заходів [115]. Психосоціальні втручання для зниження стресу когнітивно-поведінкова терапія, майндфулнес, психоосвіта мають систематично впроваджуватися з метою пом'якшення наслідків хронічного стресу [36]. Програми з розвитку копінг-навичок мають зосереджуватися на сприянні прийняттю, зміцненні стійкості та самоефективності [68]. Довгострокові реабілітаційні програми та структурований патронаж є важливими для підтримки когнітивного та психосоціального відновлення за межами гострої фази лікування [139]. Нарешті, зміни в системі охорони здоров'я необхідні для підвищення обізнаності лікарів, спрощення шляхів

направлення та інтеграції психосоматичного підходу в стандартну онкологічну практику [104].

Перспективи подальшого вивчення заявленої проблеми вбачаємо у пріоритизації поздовжніх досліджень для оцінки довгострокового впливу копінг-орієнтованих втручань на нейропсихологічні та психосоматичні результати, а також у розробці персоналізованих реабілітаційних програм, заснованих на специфічних для пацієнта когнітивних профілях і стратегіях подолання. Дослідження цифрових втручань телемедичної когнітивної підготовки та віртуального психологічного консультування можуть запропонувати нові шляхи підвищення доступності та безперервності онкологічної допомоги.

Висновки до першого розділу

Здійснений у першому розділі теоретичний аналіз дозволяє сформулювати такі висновки.

Нейропсихологічний і психоімунологічний виміри онкологічного захворювання є взаємопов'язаними детермінантами реабілітаційного потенціалу пацієнта, що не можуть розглядатися ізольовано. Когнітивна дисфункція, пов'язана з раком, охоплює від 35 до 75 % пацієнтів із не-ЦНС-формами патології та практично всіх хворих із залученням центральної нервової системи, при цьому когнітивні порушення нерідко передують початку лікування і можуть бути зумовлені безпосередньо пухлинним процесом. Нейротоксичність хіміо- та радіотерапії є самостійним і клінічно верифікованим чинником нейрокогнітивного зниження феномен «chemobrain» являє собою стійку патерн-специфічну дисфункцію ефективності навчання, швидкості обробки інформації та виконавчого контролю, що суттєво обмежує участь пацієнта в реабілітаційних програмах. Психосоціальний стрес впливає на перебіг онкологічного захворювання через нейроімунологічні механізми:

хронічна гіперактивація стресової осі призводить до імуносупресії, хронічного запалення й ангіогенезу, натомість гострий короткочасний стрес може виявляти імуностимулюючі властивості. Цей двоїстий характер стресової відповіді визначає принципово різні клінічні імплікації залежно від тривалості і характеру стресорної експозиції онкологічного пацієнта.

Реабілітаційний потенціал онкологічних хворих є поліфакторним конструктом, формування якого детермінується взаємодією нейробіологічних, функціональних, психосоматичних і соціально-середовищних чинників. Класична п'ятикомпонентна модель оцінки С. З. Нагі що охоплює медичний, психологічний, вокаційний, професійний і соціальний виміри зберігає методологічну релевантність в онкологічній практиці, однак вимагає доповнення нейропсихологічним компонентом, що визначає здатність пацієнта до засвоєння нових функціональних стратегій в умовах когнітивного дефіциту. Функціональна оцінка за шкалою Карнофського у поєднанні з мірою функціональної незалежності (FIM) дозволяє фіксувати динаміку реабілітаційного потенціалу: дані Д. М. О'Тул і А. Голден засвідчили, що цілеспрямовані реабілітаційні втручання забезпечують перехід від 14 % до 80 % функціонально незалежних пацієнтів що підтверджує принципову модифікованість реабілітаційного потенціалу за умови своєчасного і адресного втручання. Концептуальна модель МКФ, застосована в онкологічній реабілітації Л. С. Гілкрістом та ін., доповнює функціональний підхід, переводячи оцінку з площини дефіциту в площину активності та участі пацієнта, що методологічно узгоджується з ресурсно-орієнтованою парадигмою психологічної допомоги. Нейробіологічні механізми відновлення нейропластичності, синаптична пластичність, нейрогенез і кортикальний ремапінг забезпечують фізіологічне підґрунтя для реалізації реабілітаційного потенціалу, а їх терапевтична активація засобами цілеспрямованої фізичної, когнітивної та психологічної стимуляції є науково обґрунтованою стратегією відновлення.

Копінг-поведінка займає позицію системного медіатора у структурі реабілітаційного потенціалу онкологічного хворого, вона не лише визначає суб'єктивну якість переживання захворювання, а й безпосередньо детермінує прихильність пацієнта до терапевтичних схем, рівень функціонального відновлення та стійкість досягнутих реабілітаційних результатів у часі. Транзакційна модель стресу і подолання Р. С. Лазаруса і С. Фолкман, теорія консервації ресурсів С. Е. Хобфолла і концепція посттравматичного зростання Р. Г. Тедескі та Л. Г. Кальхун становлять три взаємодоповнювальні теоретичні рамки, що описують копінг як оцінково-регуляторний процес, ресурсно-охоронну стратегію і потенційний вектор особистісної трансформації відповідно. Активні, проблемно-орієнтовані стратегії подолання прийняття, позитивне переосмислення, пошук соціальної підтримки є надійними предикторами кращої реабілітаційної залученості та вищих показників якості життя; пасивні та дезадаптивні стратегії уникання, заперечення, емоційне пригнічення асоціюються з підвищеним рівнем психологічного дистресу, зниженою прихильністю до лікування і гіршими функціональними результатами. Системний підхід до копінг-поведінки, розроблений у науковій школі Н. В. Родіної, розкриває її як властивість особистості, обумовлену взаємодією свідомих, передсвідомих і несвідомих процесів. Значна частина онкологічних хворих не отримує реабілітаційних послуг з огляду на системні, організаційні та особистісно-психологічні бар'єри, що підкреслює необхідність адресних втручань як на рівні пацієнта, так і на рівні системи охорони здоров'я.

На підставі теоретичних узагальнень запропоновано авторські уточнення термінологічного апарату дослідження.

Щодо реабілітаційного потенціалу пацієнтів онкологічного профілю. У науковій літературі реабілітаційний потенціал традиційно визначається як прогностична оцінка здатності пацієнта до відновлення на основі об'єктивних медичних, функціональних і соціальних показників. У рамках цього дослідження поняття уточнюється таким чином. Реабілітаційний потенціал

онкологічних пацієнтів розуміється як динамічна системна властивість особистості, що інтегрує нейропсихологічні ресурси когнітивного функціонування, психосоматичний стан регуляції стрес-імунної взаємодії та особистісно-ресурсні можливості копінг-поведінки у взаємодії із соціально-середовищними умовами надання реабілітаційної допомоги. На відміну від класичних функціональних визначень, дане уточнення наголошує на динамічному, реципрокному характері зазначених детермінант і розглядає реабілітаційний потенціал водночас як діагностичну категорію, прогностичний індикатор і мішень для психологічного втручання.

Нейропсихологічна детермінація реабілітаційного потенціалу. У нейропсихологічній традиції детермінація когнітивного функціонування в онкологічному контексті розглядається переважно як однонаправлений вплив захворювання та його лікування на когнітивні процеси пацієнта. Ми уточнюємо це поняття, розширюючи його зміст у наступний спосіб. Нейропсихологічна детермінація реабілітаційного потенціалу це двоспрямований причинно-наслідковий зв'язок між нейропсихологічним статусом пацієнта (рівнем збереженості когнітивних функцій, характером нейробиологічних механізмів відновлення) та його здатністю до реалізації адаптивних поведінкових стратегій. При цьому нейропсихологічна детермінація виступає не тільки обмежувачем реабілітаційного потенціалу (через когнітивний дефіцит), а й його ресурсом (через нейропластичність і функціональну реорганізацію), що принципово змінює логіку нейропсихологічного втручання в онкологічній реабілітації.

Психосоматична обумовленість реабілітаційного потенціалу. Традиційне психосоматичне розуміння передбачає вплив психологічних станів на соматичні процеси. У контексті цього дослідження поняття психосоматичної обумовленості реабілітаційного потенціалу уточнюється як характеристика реципрокної, замкненої причинно-наслідкової системи взаємовпливів: хронічний психологічний стрес погіршує нейрокогнітивні показники через імунну дисрегуляцію та нейрозапалення; знижені когнітивні

ресурси, у свою чергу, обмежують ефективність психологічної саморегуляції і підвищують стресову реактивність; замкнений дисрегуляторний цикл прогресивно знижує реабілітаційний потенціал за відсутності зовнішнього терапевтичного втручання. Таким чином, психосоматична обумовленість це не лінійний, а циклічний механізм впливу, що вимагає системних, а не ізольованих терапевтичних стратегій.

Копінг-поведінка в системі реабілітаційного потенціалу онкологічних хворих. Класичні визначення розглядають копінг як усвідомлені когнітивні та поведінкові зусилля, спрямовані на управління стресором, або як набір захисних стратегій збереження ресурсів. Науковою школою Н. В. Родіної копінг концептуалізується як системна властивість особистості, детермінована усіма рівнями психічної організації. Уточнено функцію копінг-поведінки у структурі реабілітаційного потенціалу онкологічних хворих: копінг-поведінка є метарегуляторною функцією особистості, яка виступає медіатором між нейропсихологічними детермінантами і психосоматичними стресорами, з одного боку, та результатами реабілітації з іншого. Ефективність копінг-поведінки є ко-детермінованою: вона залежить від рівня збереженості когнітивних ресурсів, характеру психосоматичної регуляції та якості соціально-середовищної підтримки що пояснює, чому копінг-інтервенції в онкологічній реабілітації мають реалізовуватися у контексті комплексних, а не ізольованих програм допомоги.

Узагальнення результатів теоретичного аналізу засвідчує: онкологічне захворювання є феноменом, що системно трансформує особистість пацієнта на нейрокогнітивному, психосоматичному та поведінково-ресурсному рівнях одночасно, формуючи специфічний реабілітаційний профіль, що є індивідуальним для кожного хворого і динамічним у часі. Жоден із виокремлених чинників ні когнітивний дефіцит, ні психосоматичний стрес, ні копінг-дефіцитарність не є самодостатнім пояснювальним конструктом; лише їхня інтегративна оцінка у взаємозв'язку дозволяє адекватно описати і спрогнозувати реабілітаційний потенціал конкретного пацієнта.

Теоретично обґрунтована чотирирівнева модель, що охоплює нейропсихологічний, психосоматичний, особистісно-ресурсний та соціально-середовищний рівні забезпечує концептуальну рамку для емпіричного вивчення структури та детермінант реабілітаційного потенціалу. Зазначена модель потребує верифікації на клінічній вибірці онкологічних хворих: зокрема, залишаються недостатньо дослідженими питання щодо нейропсихологічних профілів пацієнтів із різними нозологічними формами і на різних етапах лікування; взаємозв'язків між рівнями психосоматичного стресу, копінг-репертуаром і показниками реабілітаційного потенціалу; а також відносного внеску кожного рівня моделі у формування загального реабілітаційного профілю пацієнта. Відповіді на ці питання становлять предмет емпіричного дослідження, представленого у розділі 2.

РОЗДІЛ 2

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

2.1. Методологічна основа та концептуальна модель дослідження

Методологічну основу дослідження становить системний підхід, що об'єднує нейропсихологічну, психосоматичну та особистісно-ресурсну парадигми у вивченні реабілітаційного потенціалу онкологічних пацієнтів. Цей підхід зумовлений специфікою предмета дослідження, оскільки реабілітаційний потенціал онкологічного хворого не є ані суто клінічним показником, ані виключно психологічною характеристикою. Він, згідно з нашими узагальненнями, являє собою системну властивість особистості, що формується у взаємодії когнітивних ресурсів, психосоматичного стану, стратегій подолання та умов соціального і лікувального середовища.

Відповідно до теоретичної чотирирівневої моделі, обґрунтованої у попередньому розділі, емпіричне дослідження організоване навколо чотирьох взаємопов'язаних предметних областей. Перша – психологічний дистрес і копінг-поведінка – охоплює афективне регулювання, стратегії подолання та екзистенційну адаптацію, що визначають психологічну залученість пацієнта у реабілітаційний процес. Друга, соматичні скарги та якість життя, відображає фізичне і функціональне благополуччя як вимірювані результати реабілітаційного потенціалу. Третя, нейрокогнітивне функціонування, оцінює когнітивні ресурси особистості (увагу, пам'ять, виконавчі функції, рефлексивне мислення), що безпосередньо визначають здатність пацієнта

брати участь у лікуванні та реабілітаційних програмах. Четверта – реабілітаційний потенціал як інтегральний конструкт – об'єднує мотиваційні, емоційні, самооціночні, комунікативні та когнітивно-репрезентаційні чинники, що у своїй сукупності формують психологічну готовність до відновлення.

Операціоналізація зазначених предметних областей потребувала використання багатовимірного психодіагностичного комплексу, кожен компонент якого відповідав конкретному конструкту теоретичної моделі та забезпечував його адекватне вимірювання в клінічній онкологічній вибірці.

Дослідження реалізоване як порівняльне поперечне дослідження з трьома незалежними клінічними групами пацієнтів, що перебувають на різних етапах онкологічного захворювання. Такий дизайн є методологічно обґрунтованим для досягнення мети дослідження, оскільки дозволяє виявити специфіку профілів реабілітаційного потенціалу залежно від стадії хвороби, верифікувати гіпотезу про динамічний, стадійно-залежний характер нейропсихологічної детермінації та психосоматичної обумовленості реабілітаційного потенціалу, а також забезпечити порівняльну клінічну значущість отриманих даних.

На підставі теоретичного аналізу та концептуальної моделі сформульовано чотири дослідницькі гіпотези.

Н1. Вищий рівень психологічного дистресу та переважання дезадаптивних копінг-стратегій (пасивний песимізм, неприйняття, дисоціація) негативно корелюватимуть із загальним реабілітаційним потенціалом онкологічних пацієнтів, при цьому нейрокогнітивні порушення та рівень соматичного навантаження виступатимуть медіаторами цього зв'язку.

Н2. Пацієнти, які вперше проходять протипухлинне лікування, виявлятимуть вищу мотиваційну активність, кращі показники суб'єктивно оцінюваного нейрокогнітивного функціонування та вищий загальний реабілітаційний потенціал порівняно з пацієнтами групи рецидивів і паліативної групи.

Н3. Пацієнти з рецидивуючим або прогресуючим перебігом захворювання демонструватимуть знижену емоційну стійкість, підвищений рівень дистресу, пасивний песимізм і виражене нейрокогнітивне виснаження на тлі збереженої, але зниженої реабілітаційної мотивації.

Н4. Паліативні пацієнти характеризуватимуться пріоритетом копінг-стратегій, заснованих на прийнятті, та вираженим екзистенційним дистресом при найнижчих серед трьох груп показниках нейрокогнітивного функціонування, реабілітаційної залученості та якості життя.

2.2. Організація дослідження та характеристика вибірки

Дослідження проводилось на базі онкологічних стаціонарних відділень та відділень паліативної допомоги. Загальний обсяг вибірки становив 255 осіб (жінок – 163, чоловіків – 92) з підтвердженим онкологічним діагнозом. Обсяг вибірки визначався виходячи з вимог до статистичної потужності однофакторного дисперсійного аналізу (ANOVA) для трьох незалежних груп при очікуваному середньому розмірі ефекту ($\eta^2 \approx 0,06-0,14$) та рівні значущості $\alpha = 0,05$, що передбачає мінімально необхідний розмір кожної групи не менше 45–50 осіб.

Відповідно до дослідницького дизайну, вибірку стратифіковано на три клінічні групи за стадією та характером перебігу онкологічного захворювання.

Група ГП ($n = 112$) – пацієнти, які проходять первинний курс протипухлинного лікування. До групи включено осіб із нещодавно встановленим діагнозом, які не мають попереднього досвіду онкологічного лікування. Ця група формує еталонну вихідну точку для порівняльного аналізу, дозволяючи оцінити стан реабілітаційного потенціалу та нейрокогнітивного функціонування до розвитку кумулятивних ефектів тривалого лікування.

Група ГВ (n = 84) – пацієнти з рецидивуючим або прогресуючим перебігом онкологічного захворювання. Критерії включення: задокументований рецидив або прогресування після завершеного попереднього лікування; готовність до участі в дослідженні. Рецидив характеризується специфічним психологічним навантаженням, пов'язаним із руйнуванням початкових очікувань відновлення, і формує принципово відмінний від первинного хворобливий досвід.

Група ГПал (n = 59) – пацієнти з розгорнутими або метастатичними формами раку, що отримують паліативну допомогу. Критерії включення: пізня стадія захворювання; акцент медичної допомоги на симптоматичному лікуванні та покращенні якості життя. Включення паліативної групи дозволяє дослідити реабілітаційний потенціал у контексті принципово відмінної цільової функції – підтримки якості життя та екзистенційної адаптації.

Загальні критерії включення для всіх учасників: вік 18 років і старше; верифікований онкологічний діагноз; достатні когнітивні здібності для виконання психометричних оцінок; надання добровільної інформованої письмової згоди. Критерії виключення: виражені когнітивні порушення, що унеможливають валідне самозвітування; гострі психотичні стани; первинні неврологічні захворювання (черепно-мозкова травма в анамнезі), здатні спотворити нейрокогнітивні показники; відмова або нездатність надати інформовану згоду.

Соціодемографічна та клінічна характеристика вибірки наведена у таблиці 2.1.

Соціодемографічна та клінічна характеристика груп дослідження

Характеристика	ГП (n=112)	ГВ (n=84)	ГПал (n=59)	Всього (n=255)
Стать				
Жінки, n (%)	73 (65,2)	54 (64,3)	36 (61,0)	163 (63,9)
Чоловіки, n (%)	39 (34,8)	30 (35,7)	23 (39,0)	92 (36,1)
Вік, роки (M±SD)	48,3±11,2	52,7±10,8	57,1±9,4	51,9±11,1
Освіта, n (%)				
Повна середня	18 (16,1)	16 (19,0)	14 (23,7)	48 (18,8)
Вища	94 (83,9)	68 (81,0)	45 (76,3)	207 (81,2)
Нозологічна форма, n (%)				
Рак молочної залози	38 (33,9)	28 (33,3)	17 (28,8)	83 (32,5)
Колоректальний рак	22 (19,6)	18 (21,4)	12 (20,3)	52 (20,4)
Рак легені	16 (14,3)	14 (16,7)	13 (22,0)	43 (16,9)
Інші форми	36 (32,1)	24 (28,6)	17 (28,8)	77 (30,2)
Вид лікування, n (%)				
Хіміотерапія	68 (60,7)	51 (60,7)	21 (35,6)	140 (54,9)
Хіміо- + радіотерапія	31 (27,7)	24 (28,6)	15 (25,4)	70 (27,5)
Симптоматичне	—	—	59 (100)	59 (23,1)
Інше	13 (11,6)	9 (10,7)	—	22 (8,6)

Примітка. Статистично значущих відмінностей між групами за статтю ($\chi^2=0,31$; $p=0,856$) та освітою ($\chi^2=1,42$; $p=0,491$) не виявлено. Відмінності за віком є значущими ($F=14,27$; $p<0,001$), що відповідає клінічній закономірності прогресування онкологічних захворювань із віком.

Процедура дослідження реалізована у чотири послідовних етапи. На першому здійснювався відбір учасників, роз'яснення цілей та умов участі, підписання інформованої згоди. На другому – індивідуальне психодіагностичне обстеження у форматі структурованої сесії тривалістю 60–90 хвилин; для тяжко хворих пацієнтів обстеження за необхідності розбивалось на два окремих сеанси з метою зниження навантаження. На

третьому – нейрофізіологічний моніторинг у стані спокою (10–15 хвилин реєстрації). На четвертому – введення даних та їх математично-статистична обробка.

2.3. Обґрунтування психодіагностичного інструментарію

При формуванні діагностичного комплексу дотримувались таких критеріїв відбору методик: відповідність вимірюваного конструкту теоретичній моделі і цілям дослідження; наявність підтверджених даних про психометричні властивості (конструктна, критеріальна та змістова валідність; надійність внутрішньої узгодженості $\alpha \geq 0,70$); доступність адаптованої або перекладеної версії для застосування у клінічній практиці України; підтверджена застосовність в онкологічних або суміжних клінічних популяціях. Загальна структура психодіагностичного комплексу наведена у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Психодіагностичний інструментарій дослідження

№	Методика	Автори / джерело	Вимірюваний конструкт	Субшкали / домени	Гіпотеза
1	Методика дослідження реабілітаційного потенціалу	Наводиться за Корнієнко В.В. (2021)	Реабілітаційний потенціал особистості	Мотивація, Емоційний компонент, Самооцінка, Комунікація, Внутрішня картина хвороби, Загальний рівень	Н1–Н4
2	Шкала копінг-поведінки	Родіна та ін. (2022) [24]	Стратегії подолання	Залежність, Пасивний песимізм, Пасивний оптимізм, Активна	Н1, Н3, Н4

				боротьба, Дисоціація	
3	ECQ	Кучина (2020) [90]	Екзистенційний дистрес	Тривога смерті, Втрата сенсу, Страх самотності, Провина, Перспектива, Прийняття	Н3, Н4
4	NPI	Cummings et al. (1994); адаптація Пінчук та ін. (2013)	Нейропсихіатрична симптоматика	12 доменів: маячення, галюцинації, апатія, депресія, тривога та ін.	Н2, Н3, Н4
5	CAS-FPN	Середа, Луньов [130]	Суб'єктивна оцінка виконавчих когнітивних функцій	Підтримання уваги, Вирішення проблем, Робоча пам'ять, Цілеспрямована поведінка	Н1, Н2, Н3
6	PNAS	Середа, Луньов [131]	Суб'єктивна оцінка рефлексивно- інтроспективного функціонування	Поглинання, Гнучкість, Внутрішні зв'язки, Соц. зв'язки, Автобіогр. пам'ять, Майбутнє	Н3, Н4
7	SNS	Середа, Луньов [132]	Суб'єктивна оцінка інтегративно- комунікативного функціонування	Емоц./сенси. інтеграція, Переключення уваги, Соц. комунікація, Самосвідомість	Н1, Н3, Н4
8	4DSQ	Терлуін [143]	Психосоматичний дистрес	Дистрес, Депресія, Тривога, Соматизація	Н1, Н3

9	SF-36 v2	Ware & Sherbourne (1992) [148]	Якість життя, пов'язана зі здоров'ям (HRQoL)	PF, RP, BP, GH, VT, SF, RE, MH, PCS, MCS	H2, H3, H4
10	Giessen GQ**	Brähler et al. (2008)	Психосоматичні соматичні скарги	Виснаження, Шлункові скарги, Больовий синдром, Серцеві скарги, ЗСО	H1, H3, H4

Примітки. * Корнієнко В. В. Соціально-психологічні засади збереження та розвитку реабілітаційного потенціалу особистості: монографія. К.: ПВТП «LAT&K», 2021. 320 с. ** Кокун О., Пішко І., Лозінська Н., Олійник В. Теоретичні основи посттравматичного зростання військовослужбовців – учасників бойових дій: метод. посіб. Київ: ТОВ «7БЦ», 2023. 148 с.

Основним вимірювальним інструментом дослідження є «*Методика дослідження реабілітаційного потенціалу особистості*», (наводиться за Корнієнко В. В., 2021). Методика операціоналізує реабілітаційний потенціал не як одновимірний показник функціонального стану, а як психологічний конструкт, що охоплює мотиваційні, афективні, когнітивно-оціночні та комунікативні ресурси особистості – що повністю відповідає теоретичній моделі, прийнятій у цьому дослідженні.

Мотиваційний компонент відображає цілеспрямовану поведінку, волю до одужання та активну залученість у реабілітаційний процес. Емоційний компонент охоплює афективну регуляцію, здатність управляти тривогою та підтримувати емоційну стійкість в умовах онкологічного стресу. Самооціночний компонент вимірює рівень самосприйняття у контексті хвороби, включаючи переживання власної ідентичності та образу тіла. Комунікативний компонент оцінює ресурси міжособистісної взаємодії та здатність до залучення соціальної підтримки. Внутрішня картина хвороби (ВКХ) фіксує когнітивні схеми сприйняття захворювання – уявлення про його контрольованість, причинність, тривалість та наслідки, – дезадаптивні форми яких знижують реабілітаційну активність. Загальний показник

реабілітаційного потенціалу є сумою компонентних балів; вищий показник відповідає більш сприятливому реабілітаційному профілю.

Шкала копінг-поведінки (Родіна та ін., 2022) [24]. П'ятифакторна шкала копінг-поведінки розроблена у науковій школі системного моделювання психологічних феноменів Н. В. Родіної та верифікована на репрезентативній клінічній вибірці [24]. Теоретичною основою є концепція трьох базових патернів реагування особистості на загрозу – боротьби, втечі та завмирання (fight-flight-freeze), – що розкриваються у клінічному контексті через усвідомлені та неусвідомлені форми подолання.

Активна боротьба – адаптивна проблемно-орієнтована стратегія – є предиктором вищого реабілітаційного потенціалу та кращої прихильності до лікування [53]. Пасивний песимізм відображає когнітивно-афективну безпорадність і негативне прогнозування. Неприйняття і дисоціація – психологічне відчуження від хвороби та її наслідків. Залежність від зовнішньої допомоги фіксує пасивне покладання на оточення. Пасивний оптимізм описує очікування позитивного результату без активних зусиль. Шкала дозволяє виявити характер трансформації копінг-стратегій зі зміною стадії захворювання та верифікувати гіпотези Н1 і Н3.

Опитувальник екзистенційних проблем – ECQ (Кучина, 2020) [90]. Опитувальник ECQ, розроблений V. van Bruggen та адаптований для україномовної популяції В. Кучиною (2020) [90], оцінює екзистенційний дистрес через шість вимірів: тривогу смерті, втрату сенсу, страх самотності, почуття провини і жалю, відсутність майбутньої перспективи та екзистенційне прийняття (інверсована шкала – позитивний показник адаптації). Надійність внутрішньої узгодженості субшкал α Кронбаха: 0,71–0,88. Включення ECQ обґрунтоване тим, що різні стадії онкологічного захворювання характеризуються якісно різними екзистенційними профілями, а екзистенційний дистрес є доведеним предиктором зниженої реабілітаційної залученості та ефективності психоонкологічних втручань [141].

Нейропсихіатричний опитувальник – NPI (Cummings et al., 1994; адаптація Пінчук та ін., 2013). Нейропсихіатричний опитувальник (NPI), розроблений J. L. Cummings та ін. (1994) та адаптований для україномовної клінічної популяції І. Я. Пінчук, О. А. Левадою і Н. В. Чередніченко (2013), є стандартизованим клінічним інструментом оцінки поведінкових та нейропсихіатричних порушень у пацієнтів з органічними або функціональними порушеннями діяльності мозку. Міжекспертна надійність інструменту: ICC > 0,85. Методика охоплює 12 доменів: марення, галюцинації, ажитацію/агресію, депресію/дисфорію, тривогу, ейфорію, апатію, дезінгібування, дратівливість/лабільність настрою, неадекватну рухову поведінку, порушення сну та порушення апетиту.

Кожен домен оцінюється за частотою (1–4 бали) і тяжкістю прояву (1–3 бали); загальний бал домену є їх добутком (максимально 12 балів). Повний бал NPI – сума 12 доменів. Нейропсихіатрична симптоматика – апатія, депресія, тривожне збудження, порушення сну – зустрічається у 60–80 % онкологічних пацієнтів і прямо обмежує мотиваційну активність та реабілітаційну залученість [109]. NPI дозволяє кількісно оцінити ці феномени у трьох клінічних групах і верифікувати гіпотезу H2 щодо стадійної специфіки нейропсихіатричного профілю.

Шкала оцінки виконавчої когнітивної активності – CAS-FPN (Середа, Лунов, 2024) [130] є стандартизованим самозвітним психологічним інструментом оцінки суб'єктивно відчуваного когнітивного функціонування у чотирьох доменах виконавчої діяльності. Формат: твердження з 4-бальною Лікерт-шкалою (0 – «зовсім не властиво», 3 – «повністю властиво»). Методика є психологічним інструментом самооцінки, а не нейровізуалізаційним методом; суб'єктивна когнітивна самооцінка є самостійним клінічно значущим виміром, що має незалежне прогностичне значення для реабілітаційної залученості [115].

Підтримання уваги вимірює здатність зосереджуватися на складних завданнях без когнітивного «дрейфу». Розв'язання складних проблем оцінює ефективність аналітичного мислення. Робоча пам'ять фіксує здатність оперувати великим обсягом інформації. Цілеспрямована поведінка відображає волюву організованість і здатність планувати. Вищі показники CAS-FPN асоціюються з кращою реабілітаційною залученістю та прихильністю до лікування.

Шкала оцінки пасивної нейрокогнітивної активності – PNAS (Середа, Лунов, 2024) [131] є самозвітним інструментом оцінки рефлексивно-інтроспективного когнітивного функціонування через шість доменів: поглинання (абсорбція), гнучкість мислення, глибинні зв'язки з внутрішнім «я», соціальні зв'язки, автобіографічна пам'ять та орієнтоване на майбутнє мислення. Знижена здатність уявляти майбутнє – провідний показник PNAS – є ключовим феноменом «звуженої часової перспективи» в паліативних пацієнтів, задокументованим у психоонкологічній літературі. PNAS у поєднанні з CAS-FPN утворює двовимірну систему оцінки: активний виконавчий (CAS-FPN) та рефлексивний і смисловий (PNAS) компоненти когнітивного функціонування.

Шкала психологічної оцінки здатності до об'єктивної когнітивної оцінки – SNS (Середа, Лунов, 2024b) [132] оцінює здатність особистості виявляти, інтегрувати та адекватно реагувати на емоційно та соціально значущі стимули через чотири домени: виявлення та інтеграцію емоційних і сенсорних стимулів; модуляцію переключення між внутрішньою та зовнішньою спрямованою увагою; сприяння комунікації та соціальній поведінці; самосвідомість та інтеграцію інформації. SNS завершує триланкову систему психологічної самооцінки нейрокогнітивного функціонування: CAS-FPN (виконавчий вимір) → PNAS (рефлексивно-інтроспективний) → SNS (інтегративно-комунікативний). Разом ці три методики охоплюють

суб'єктивний когнітивний досвід пацієнта у його повноті – від цілеспрямованої активної діяльності до рефлексії і соціальної взаємодії.

Чотиривимірний опитувальник симптомів – 4DSQ (Терлуін, 1994)
[143] є психометрично обґрунтованим інструментом диференційної оцінки психосоматичного дистресу. Надійність внутрішньої узгодженості: дистрес $\alpha=0,88$; депресія $\alpha=0,86$; тривога $\alpha=0,80$; соматизація $\alpha=0,78$. Ключова перевага 4DSQ – розмежування чотирьох клінічно різних конструктів: дистресу (субклінічна реакція на стрес), депресії (клінічно значущий афективний розлад), тривоги і соматизації. Це розмежування є принципово важливим в онкологічній практиці, де межа між нормальною адаптивною реакцією і клінічним розладом є предметом постійної дискусії. Поєднання 4DSQ з Giessen GQ утворює комплементарну пару: 4DSQ фіксує психосоматичний дистрес на психологічному рівні, GQ – на рівні конкретних тілесних скарг.

Опитувальник якості життя SF-36 v2 (Ware & Sherbourne, 1992)
[148] є міжнародно визнаним стандартом вимірювання якості життя, пов'язаної зі здоров'ям (HRQoL). Надійність субшкал у клінічних популяціях: $\alpha=0,73-0,92$. Методика включає 8 субшкал (PF, RP, BP, GH, VT, SF, RE, MH) та два агрегованих компоненти: фізичного (PCS) і психічного (MCS) здоров'я, стандартизованих зі середнім $M=50$ і $SD=10$ за нормативними популяційними даними. HRQoL є ключовим результатним показником онкологічної реабілітації; восьмивимірна структура SF-36 дозволяє виявити конкретні сфери, в яких відмінності між групами є найбільш вираженими. SF-36 у поєднанні з 4DSQ і Giessen GQ утворює трирівневу оцінку: від психосоматичного дистресу до функціонального благополуччя.

Гіссенський опитувальник скарг – GQ (Brähler et al., 2008)¹
Гіссенський опитувальник скарг (GQ) є стандартизованим психосоматичним

¹ <http://www.gq-test.de/>

інструментом, що оцінює емоційно забарвлені соматичні скарги через чотири субшкали: виснаження (хронічна фізична та психічна втома); шлунково-кишкові скарги (нудота, дискомфорт); больові відчуття в тілі (генералізований больовий синдром); серцеві скарги (суб'єктивний кардіальний дискомфорт). Загальна соматична оцінка (ЗСО) відображає сукупне психосоматичне навантаження. Надійність субшкал: $\alpha=0,72-0,84$. Методика є особливо доречною в онкологічному контексті, оскільки виснаження, больовий синдром і вегетативний дискомфорт є провідними тілесними симптомами у хворих на рак і безпосередньо знижують реабілітаційну залученість.

Поряд із психодіагностичним комплексом у дослідженні застосовано метод нейрофізіологічного моніторингу – реєстрацію електроенцефалографічної (ЕЕГ) активності кори головного мозку з використанням нейроінтерфейсного обладнання. Включення нейрофізіологічного компонента обґрунтоване необхідністю отримати об'єктивні електрофізіологічні дані про функціональний стан мозку, що доповнюють та підтверджують самозвітні психодіагностичні показники.

Для реєстрації біоелектричної активності використовувався нейроінтерфейс EMOTIV Eros+ – 14-канальна безпроводна ЕЕГ-система з частотою дискретизації 128 Гц. Реєстрація здійснювалась у стані спокою (з відкритими та закритими очима по 2 хвилини) в індивідуалізованих умовах, що мінімізували зовнішні подразники. Аналізувався розподіл спектральної потужності у чотирьох частотних діапазонах: дельта (1–4 Гц), тета (4–7 Гц), альфа (7–13 Гц) і бета (13–30 Гц).

Характеристика частотних діапазонів та їх нейрофізіологічне і клінічне значення наведено у таблиці 2.3.

Частотні діапазони ЕЕГ та їх нейрофізіологічне значення у клінічному контексті

Діапазон	Частота (Гц)	Нейрофізіологічне значення	Клінічна релевантність
Дельта (δ)	1–4	Глибокий відпочинок; у денний час – патологічні стани, виражений когнітивний дефіцит	Підвищена дельта-активність у стані неспання є маркером нейрокогнітивного виснаження
Тета (θ)	4–7	Емоційний стрес, обробка пам'яті, внутрішня увага	Підвищення тета-активності пов'язане з емоційним дистресом і когнітивним навантаженням
Альфа (α)	7–13	Спокійна пильність, психічна релаксація, саморегуляція	Зниження альфа-активності – маркер тривожної гіперзбудженості; підвищення – психологічного спокою
Бета (β)	13–30	Когнітивне навантаження, активне вирішення проблем, стрес-реакція	Надмірна бета-активність є маркером хронічного стресу і когнітивного виснаження

Статистична обробка даних проводилась із використанням IBM SPSS Statistics. Вибір конкретних методів визначався характером розподілу даних, кількістю порівнюваних груп і цілями аналізу. Зведення застосованих методів статистичного аналізу наведено у таблиці 2.4.

Описова статистика. Для всіх кількісних змінних обчислювались: середнє значення (M), стандартне відхилення (SD), мінімальне та максимальне значення, 95% довірчий інтервал (95% CI). Нормальність розподілу

перевірялась за критерієм Колмогорова–Смирнова та критерієм Шапіро–Вілکا.

Таблиця 2.4

Методи математично-статистичного аналізу та їх застосування в дослідженні

Метод	Мета застосування
Описова статистика (M, SD, 95%CI)	Характеристика показників у кожній групі, оцінка розподілу
Критерій нормальності (К-С; Шапіро-Вілка)	Обґрунтування вибору параметричних або непараметричних критеріїв
One-Way ANOVA	Виявлення значущих міжгрупових відмінностей за всіма вимірюваними показниками
Post-hoc Tukey HSD	Попарне порівняння груп (ГП vs ГВ; ГП vs ГПал; ГВ vs ГПал) з контролем помилки першого роду
Часткове етa-квадрат (η^2)	Оцінка практичної значущості (розміру ефекту) виявлених міжгрупових відмінностей
Кореляція Пірсона / Спірмена	Виявлення взаємозв'язків між реабілітаційним потенціалом, копінгом, нейрокогнітивними та психосоматичними показниками
IBM SPSS Statistics	Програмне середовище обробки та аналізу всіх статистичних даних

Порівняльний аналіз груп. Для порівняння кількісних показників між трьома незалежними групами (ГП, ГВ, ГПал) застосовувався однофакторний дисперсійний аналіз (One-Way ANOVA). Вибір параметричного критерію обґрунтований достатнім обсягом кожної групи (ГП $n=112$, ГВ $n=84$, ГПал $n=59$) та прийнятними показниками відповідності нормальному розподілу. Для попарного порівняння між групами після значущого результату ANOVA застосовувався post-hoc критерій Тьюкі (Tukey HSD), що забезпечує контроль рівня помилки першого роду при множинних порівняннях. Рівні статистичної

значущості: $p < 0,05$ – значуща різниця; $p < 0,01$ – висока значущість; $p < 0,001$ – дуже висока значущість.

Розмір ефекту. Для ANOVA обчислювалось часткове ета-квадрат (η^2): $\eta^2 < 0,06$ – малий ефект; $0,06 \leq \eta^2 < 0,14$ – середній ефект; $\eta^2 \geq 0,14$ – великий ефект.

Кореляційний аналіз. Для виявлення взаємозв'язків між змінними дослідження застосовувався коефіцієнт кореляції Пірсона (r) для нормально розподілених показників і коефіцієнт рангової кореляції Спірмена (ρ) – для показників з відхиленнями від нормальності. Сила зв'язку: $|r| < 0,30$ – слабкий; $0,30 \leq |r| < 0,50$ – помірний; $|r| \geq 0,50$ – сильний.

Під час написання дисертації автором були використані допоміжні інструменти штучного інтелекту: Consensus Academic Search Tool [AI-based search engine], DeepL, Grammarly, Claude (Anthropic, 2026) для пошуку та систематизації літературних джерел, підготовки попередньої структури тексту, мовного, стилістичного та графічного редагування. Розрахунки, остаточний зміст і висновки сформульовані автором.

Висновки до другого розділу

Емпіричне дослідження реалізоване у форматі порівняльного поперечного дослідження з трьома незалежними клінічними групами онкологічних пацієнтів: первинні хворі (ГП, $n=112$), пацієнти з рецидивуючим або прогресуючим перебігом захворювання (ГВ, $n=84$) та пацієнти паліативної допомоги (ГПал, $n=59$). Загальний обсяг вибірки – 255 осіб, що відповідає вимогам статистичної потужності для ANOVA при запланованому середньому розмірі ефекту.

Відбір психодіагностичного інструментарію здійснювався відповідно до чотирьох предметних областей теоретичної моделі. Основним вимірювальним інструментом є «Методика дослідження реабілітаційного потенціалу особистості», що охоплює п'ять взаємопов'язаних компонентів. Копінг-поведінка оцінюється за п'ятифакторною шкалою Родіної та ін. [24];

екзистенційний дистрес – за ECQ в адаптації Кучиної; нейропсихіатрична симптоматика – за NPI (Cummings et al.; Пінчук та ін.). Нейрокогнітивне функціонування вимірюється триланковим комплексом: CAS-FPN (виконавчий вимір), PNAS (рефлексивно-інтроспективний) і SNS (інтегративно-комунікативний). Психосоматичні і функціональні виміри забезпечені тріадою: 4DSQ, SF-36 v2 і GIESEN GQ.

Кожна методика обрана з урахуванням її психометричних властивостей, клінічної релевантності в онкологічній практиці та безпосереднього зв'язку з конкретними гіпотезами дослідження. Додатковим компонентом є нейрофізіологічний моніторинг за допомогою нейроінтерфейсу EMOTIV Epos+ із частотним аналізом ЕЕГ у діапазонах дельта–бета, що інтерпретується у групово-порівняльному контексті.

Статистична обробка проводилась у IBM SPSS Statistics із застосуванням однофакторного дисперсійного аналізу (ANOVA), post-hoc критерію Тьюкі, кореляційного аналізу (Пірсон / Спірмен) та часткового етат-квадрат. Сформований методологічний комплекс забезпечує багаторівневу комплексну оцінку реабілітаційного потенціалу онкологічних хворих, відповідає вимогам методологічної обґрунтованості психологічного дисертаційного дослідження і створює повноцінне підґрунтя для перевірки сформульованих гіпотез.

РОЗДІЛ 3

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНОЇ ДЕТЕРМІНАЦІЇ ТА ПСИХОСОМАТИЧНОЇ ОБУМОВЛЕНOSTІ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ПАЦІЄНТІВ ОНКОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

3.1. Порівняльний аналіз особистісно-ресурсного рівня реабілітаційного потенціалу онкологічних пацієнтів

Відповідно до чотирирівневої теоретичної моделі, обґрунтованої у першому розділі, особистісно-ресурсний рівень реабілітаційного потенціалу охоплює мотиваційні, емоційно-регуляторні, самооціночні та комунікативні ресурси особистості, а також її здатність до адаптивного подолання і смислової інтеграції онкологічного захворювання. Для операціоналізації цього рівня застосовувались три взаємодоповнювальні методики: методика дослідження реабілітаційного потенціалу особистості (Корнієнко, 2021²), шкала копінг-поведінки (Родіна та ін., 2022) [24] та опитувальник екзистенційних проблем ЕСQ (Кучина, 2020) [90]. Разом вони забезпечують багатовимірну оцінку особистісних ресурсів у трьох клінічних групах — первинних онкологічних хворих (ГП, n=112), пацієнтів із рецидивуючим або прогресуючим перебігом (ГВ, n=84) та пацієнтів паліативної допомоги (ГПал, n=59).

Результати порівняльного аналізу показників реабілітаційного потенціалу у трьох клінічних групах наведено у таблиці 3.1.

**Порівняльний аналіз показників реабілітаційного потенціалу
онкологічних хворих**

Компонент РП	ГП (M±SD)	ГВ (M±SD)	ГПал (M±SD)	F (2,252)	p
Мотиваційний	9,211±1,80	8,320±1,70	8,992±1,90	0,62	0,539 (н.з.)
Емоційне регулювання	5,422±1,90	5,331±2,10	5,710±2,00	0,63	0,531 (н.з.)
Самооціночний	6,533±1,80	5,213±1,90	5,742±2,00	1,32	0,270 (н.з.)
Комунікативний	5,992±1,70	5,871±1,80	6,013±2,00	0,74	0,478 (н.з.)
Внутрішня картина хвороби (ВКХ)	13,112±2,20	12,879±2,10	11,432±2,30	1,56	0,213 (н.з.)
Загальний РП	38,891±6,50	36,881±5,90	36,478±6,20	0,94	0,391 (н.з.)

Примітка. Н.з. — не значущий ($p > 0,05$). Критичне значення $F(2,252)$ при $\alpha = 0,05$ становить 3,03.

Однофакторний дисперсійний аналіз не виявив статистично значущих міжгрупових відмінностей за жодним із компонентів реабілітаційного потенціалу (F від 0,62 до 1,56; p від 0,213 до 0,539). Цей результат є науково значущим сам по собі і потребує ретельної інтерпретації — він не свідчить про відсутність змін у стані пацієнтів, а вказує на відносну стабільність базового особистісного ресурсного потенціалу незалежно від стадії онкологічного захворювання.

Пояснення цього феномену знаходимо в теорії резилієнтності. Дж. Бонанно [45] показав, що психологічна стійкість є не винятковою властивістю, а поширеною базовою здатністю людини підтримувати відносно стабільне функціонування навіть в умовах важких стресорів. Онкологічне захворювання, попри всю його тяжкість, не руйнує особистісний потенціал

рівномірно і лінійно — людина зберігає базові ресурси незалежно від стадії хвороби, натомість змінюються глибинніші нейрокогнітивні і психосоматичні механізми, що стоять за реалізацією цього потенціалу. Саме цим пояснюється відсутність міжгрупових відмінностей за суб'єктивно оцінюваним РП при наявності виражених відмінностей за об'єктивними нейрокогнітивними показниками, які будуть розглянуті у параграфі 3.2.

Теорія консервації ресурсів С. Е. Хобфолла [80] доповнює цю інтерпретацію: особистість активно охороняє наявний ресурсний потенціал в умовах загрози, що може підтримувати суб'єктивно оцінювані компоненти РП на відносно стабільному рівні навіть при прогресуванні захворювання. Отже, відсутність значущих відмінностей між групами за загальним РП не суперечить теоретичній моделі, а підтверджує один із її ключових постулатів: особистісно-ресурсний рівень є більш стійким порівняно з нейропсихологічним і психосоматичним рівнями.

Водночас аналіз дескриптивних даних виявляє клінічно значущі тенденції, які не досягають порогу статистичної значущості у цій вибірці, але заслуговують на окремий розгляд. Мотиваційний компонент демонструє найнижче значення у групі ГВ ($M=8,32$), що відображає характерну для рецидиву «втому від лікування» — виснаження мотиваційних ресурсів, описане в дослідженнях К. Хілтропа та ін. [78] як один із провідних бар'єрів реабілітаційної залученості при повторних курсах лікування. Дещо несподіваним є відносно високий мотиваційний показник у паліативній групі ($M=8,99$), що не поступається рівню первинних хворих ($M=9,21$). Цей феномен може пояснюватися переходом від лікувальної до екзистенційно-смиислової мотивації: паліативні пацієнти мотивовані не на одужання, а на якість останнього часу та збереження значущих стосунків — тип мотивації, описаний у контексті теорії посттравматичного зростання Р. Г. Тедескі і Л. Г. Кальхун [141].

Самооціночний компонент демонструє найбільш виражену тенденцію до зниження в групі ГВ ($M=5,21$ проти $M=6,53$ у ГП). Цей паттерн відповідає

даним Дж. М. Гізлера та ін. [68], які показали, що рецидив захворювання руйнує самоефективність пацієнта — відчуття контролю над власним станом — більшою мірою, ніж початковий діагноз, оскільки рецидив сприймається як підтвердження нездатності організму та лікування протистояти хворобі.

Внутрішня картина хвороби (ВКХ) виявляє закономірну спадну тенденцію від ГП ($M=13,11$) до ГПал ($M=11,43$), що відображає поступову трансформацію когнітивних уявлень про хворобу: від активно-боротьбової позиції первинних хворих до більш змирено-прийнятної у паліативних пацієнтів. Ця динаміка узгоджується з описаними в літературі стадіями когнітивної адаптації до онкологічного захворювання [94], де смислова переоцінка ситуації є нормативним адаптивним процесом. Відтак, отримані дані свідчать, що реабілітаційний потенціал як суб'єктивно оцінювана особистісна характеристика зберігає відносну стабільність між групами, підкреслюючи його резилієнтний характер. Цей висновок є відправною точкою для аналізу глибинних механізмів, що стоять за спостережуваними тенденціями.

Механізми подолання онкологічного стресу відіграють центральну роль у формуванні реабілітаційного потенціалу, виступаючи медіатором між суб'єктивним переживанням хвороби і здатністю пацієнта до участі у відновлювальному процесі [94]. Результати порівняльного аналізу копінг-поведінки наведено у таблиці 3.2.

Аналіз виявив значущі міжгрупові відмінності за трьома з п'яти вимірів, що підтверджує гіпотезу Н3 дослідження.

Найбільш значущим результатом є прогресивне зниження активної боротьби від ГП ($M=17,40$) через ГВ ($M=14,50$) до ГПал ($M=10,90$) при $F(2,252)=7,10$, $p=0,001$. Цей лінійний спад є найбільш вираженим серед усіх вимірів і відображає системне виснаження проблемно-орієнтованих копінг-ресурсів у міру прогресування захворювання. Дані С. Е. Карвера та ін. [53] підтверджують, що саме активний, проблемно-орієнтований копінг є

найсильнішим предиктором психологічної адаптації та прихильності до лікування в онкологічній практиці.

Таблиця 3.2

Порівняльний аналіз копінг-поведінки онкологічних хворих (шкала Родіної та ін. [24])

Стратегія копінгу	ГП (M±SD)	ГВ (M±SD)	ГПал (M±SD)	F (2,252)	p
Залежність від зовнішньої допомоги	14,50±3,20	16,80±3,50	18,90±3,30	7,10	0,001***
Пасивний песимізм	10,30±2,90	14,20±3,20	15,00±3,10	5,06	0,007**
Пасивний оптимізм	15,60±3,10	12,70±3,00	13,10±2,90	2,44	0,089 (н.з.)
Активна боротьба	17,40±3,50	14,50±3,20	10,90±3,10	7,10	0,001***
Неприйняття і дисоціація	9,20±2,80	12,10±3,00	12,50±2,90	2,41	0,092 (н.з.)

Примітка. Жирним позначено статистично значущі відмінності. *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$. Н.з. — не значущий.

Отже, зниження цієї стратегії у групі ГВ і особливо у ГПал є клінічно значущим сигналом про ерозію ключового адаптивного ресурсу. У науковій школі Н. В. Родіної [22, 26] цей феномен пояснюється тим, що репертуар доступних копінг-стратегій прямо залежить від рівня психологічного здоров'я особистості: зниження психологічного здоров'я внаслідок тривалого захворювання об'єктивно звужує доступний копінг-репертуар, зсуваючи акцент з активних стратегій на пасивні.

Залежність від зовнішньої допомоги зростає протилежним чином: ГП ($M=14,50$) $\rightarrow$ ГВ ($M=16,80$) $\rightarrow$ ГПал ($M=18,90$), $F(2,252)=7,10$, $p=0,001$. Зростання цього показника відображає об'єктивне збільшення потреби пацієнтів у зовнішній підтримці в міру прогресування захворювання та зниження автономного функціонування. Е. Б. Бйорнсдоттір та ін. [43] і К. Хілтруп та ін. [78] підкреслюють, що підвищена залежність від зовнішньої підтримки є не патологічним, а адаптивним явищем у контексті важкого хронічного захворювання, за умови, що ця підтримка є доступною і якісною. З огляду на цю тенденцію, психоонкологічні втручання повинні приділяти пріоритетну увагу зміцненню соціальних мереж і забезпеченню сталого залучення осіб, що доглядають.

Пасивний песимізм демонструє значне зростання від ГП ($M=10,30$) до ГВ ($M=14,20$) і ГПал ($M=15,00$), $F(2,252)=5,06$, $p=0,007$. Найбільший стрибок відбувається між ГП і ГВ, тоді як між ГВ і ГПал зростання є менш вираженим. Цей паттерн узгоджується з механізмом «вивченої безпорадності» [94]: повторні цикли лікування і рецидив захворювання підбивають оптимізм, формуючи когнітивну схему непереборності негативних результатів. Дещо несподіваним є відсутність різкого зростання песимізму у паліативній групі — що може пояснюватися переходом до прийняття і зниженням боротьбової тривоги, описаним у роботах Р. Дева та ін. [59]: серед пацієнтів з прогресуючим раком прийняття є найбільш поширеною адаптивною відповіддю (86,7%), яка частково нейтралізує песимістичні когніції.

Пасивний оптимізм і неприйняття/дисоціація не досягають рівня статистичної значущості ($p=0,089$ і $p=0,092$ відповідно), хоча тенденція є очевидною: пасивний оптимізм знижується від ГП до ГВ, тоді як дисоціація зростає. Д. Марас та ін. [105] показали, що саме некогнітивні, пасивні форми уникнення є медіаторами між уникаючою прихильністю і зниженою якістю реабілітаційного результату. Загальний профіль копінг-поведінки в трьох групах відповідає теоретичній моделі транзакційного стресу Р. С. Лазаруса і С. Фолкман [94]: у міру вичерпання когнітивних ресурсів оцінки і управління

стресором відбувається зсув від проблемно-орієнтованих до емоційно-орієнтованих і пасивних стратегій. Цей зсув — від «активної боротьби» до «залежності і песимізму» — є ключовим медіатором зниження реабілітаційного потенціалу при переході від ГП до ГВ і ГПал.

Екзистенційний вимір онкологічного захворювання — переживання смерті, втрати сенсу, страху самотності і відсутності майбутньої перспективи — є специфічним психологічним навантаженням, що принципово відрізняє онкологічних пацієнтів від більшості інших клінічних груп. Результати дослідження за ECQ наведено у таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

**Порівняльний аналіз екзистенційного дистресу онкологічних хворих
(ECQ, Кучина [90])**

Вимір ECQ	ГП (M±SD)	ГВ (M±SD)	ГПал (M±SD)	F (2,252)	p
Тривога смерті	7,80±2,10	9,20±1,80	10,50±2,30	6,37	0,002**
Втрата сенсу	5,60±1,90	6,80±2,00	8,10±2,20	7,10	0,001***
Страх самотності	6,40±2,00	7,50±2,10	8,30±2,50	5,95	0,003**
Почуття провини і жалю	5,10±1,80	5,90±2,00	6,30±2,10	2,42	0,091 (н.з.)
Відсутність майбутньої перспективи	6,90±2,20	8,20±2,40	9,70±2,60	7,10	0,001***
Екзистенційне прийняття (інверс.)	8,50±2,30	7,00±2,10	5,50±2,20	5,64	0,004**
Загальна оцінка ECQ	40,30±7,80	44,60±6,90	48,40±7,20	6,37	0,002**

Примітка. Шкала «Екзистенційне прийняття» є інверсованою — вищі значення відповідають кращій адаптації. Жирним — значущі відмінності. *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$. Н.з. — не значущий.

Аналіз виявляє виразні та статистично значущі відмінності між групами за п'ятьма з шести вимірів ЕСQ, що підтверджує гіпотезу Н4 дослідження. Загальна оцінка екзистенційного дистресу зростає від ГП (М=40,30) через ГВ (М=44,60) до ГПал (М=48,40), $F(2,252)=6,37$, $p=0,002$, окреслюючи чіткий прогресивний характер екзистенційного навантаження зі стадією захворювання.

Тривога смерті є найбільш очікуваним і клінічно значущим показником: від ГП (М=7,80) до ГПал (М=10,50), $F=6,37$, $p=0,002$. Принципово важливим є те, що найбільший стрибок спостерігається між ГП і ГВ ($\Delta=1,40$), а не між ГВ і ГПал ($\Delta=1,30$). Це свідчить про те, що рецидив захворювання є більш значущим екзистенційним тригером, ніж перехід до паліативної стадії: саме рецидив руйнує захисне відчуття «я вилікуюсь», яке підтримує первинних хворих, різко підвищуючи усвідомлення смертності. Цей висновок узгоджується з теоретичними моделями екзистенційного страждання в онкології [141] і має безпосереднє клінічне значення: найбільш інтенсивна екзистенційна психологічна підтримка необхідна саме у момент рецидиву, а не лише у паліативній фазі.

Відсутність майбутньої перспективи є найвагомішою шкалою за F-показником ($F=7,10$, $p=0,001$): лінійне зростання від ГП (М=6,90) до ГПал (М=9,70). Нездатність уявити значуще майбутнє є феноменом «звуженої часової перспективи», добре задокументованим у психоонкологічній літературі у пацієнтів із прогресуючим захворюванням. Р. Г. Тедескі і Л. Г. Кальхун [141] показали, що збереження здатності до майбутньо-орієнтованого мислення є ключовим чинником посттравматичного зростання; натомість його руйнування є прогностично несприятливим фактором для реабілітаційної залученості.

Втрата сенсу зростає рівномірно від ГП (М=5,60) до ГПал (М=8,10), $F=7,10$, $p=0,001$. Цей показник теоретично пов'язаний з мотиваційним компонентом реабілітаційного потенціалу: смислова деорієнтація знижує внутрішню мотивацію до участі у відновленні. С. Е. Хобфолл [80] у теорії

консервації ресурсів описував смислові ресурси як першорядні — їх втрата спричиняє каскадне виснаження інших ресурсів. Н. В. Родіна і О. І. Бабій [23] підкреслюють, що збереження суб'єктивного відчуття безпеки і психологічного здоров'я є критичною умовою підтримання смисложиттєвих орієнтирів навіть в умовах онкологічного захворювання.

Страх самотності зростає від ГП ($M=6,40$) до ГПал ($M=8,30$), $F=5,95$, $p=0,003$. Цей показник відображає суб'єктивне відчуження та соціальну ізоляцію, що посилюється з прогресуванням захворювання. Дані Р. Дева та ін. [59] демонструють, що пошук емоційної підтримки є другим за поширеністю адаптивним механізмом у онкологічних пацієнтів (79,9%), що підкреслює критичну роль соціальних зв'язків у контексті наростаючого страху самотності.

Почуття провини і жалю є єдиним виміром, що не досягає рівня статистичної значущості ($F=2,42$, $p=0,091$). Відносна стабільність цього показника між групами свідчить про те, що почуття провини є радше стабільною базовою рисою переживання захворювання, ніж стадійно залежним феноменом.

Екзистенційне прийняття демонструє зворотну динаміку — значне зниження від ГП ($M=8,50$) до ГПал ($M=5,50$), $F=5,64$, $p=0,004$. Цей результат є клінічно значущим: паліативні пацієнти, попри об'єктивну необхідність прийняття ситуації, демонструють найнижчу здатність до екзистенційного прийняття. Такий парадокс пояснюється тим, що прийняття потребує когнітивних і емоційних ресурсів, які виснажуються при прогресуванні захворювання. Дж. М. Гізлер та ін. [68] показали, що здатність до самоуправління дистресом знижується з часом навіть при наявності реабілітаційних втручань без належного психоонкологічного супроводу.

Загальний профіль екзистенційного дистресу підтверджує, що перехід від первинного лікування до рецидиву є більш драматичним екзистенційним переломним моментом, ніж перехід до паліативної стадії. При рецидиві руйнуються базові захисні переконання — оптимізм, відчуття керованості

ситуації, орієнтація на майбутнє — тоді як паліативна стадія, при всій її тяжкості, може супроводжуватися поступовою реструктуризацією ціннісної системи та частковим смисловим переосмисленням [141]. Ці висновки мають безпосереднє практичне значення для організації психологічної допомоги: найбільша потреба в екзистенційній підтримці виникає саме в момент рецидиву.

Аналіз особистісно-ресурсного рівня реабілітаційного потенціалу виявив неоднорідну картину. Загальний реабілітаційний потенціал як суб'єктивно оцінювана особистісна характеристика залишається відносно стабільним між групами ($F=0,94$; $p=0,391$), відображаючи резилієнтний характер базових особистісних ресурсів [45, 80]. Структура копінг-поведінки зазнає значущих трансформацій: активна боротьба прогресивно знижується ($F=7,10$; $p=0,001$), тоді як залежність від зовнішньої допомоги і пасивний песимізм зростають — що відображає закономірний зсув копінг-репертуару під впливом виснажуючого захворювання [22, 94]. Екзистенційний дистрес наростає суттєво і значуще ($F=6,37$; $p=0,002$), досягаючи максимуму у паліативній групі при одночасному мінімумі екзистенційного прийняття. Ці результати підтверджують гіпотезу Н3 (дезадаптивний копінг і психологічне виснаження у ГВ) та Н4 (вищий екзистенційний тягар у ГПал).

3.2. Нейропсихологічні профілі онкологічних пацієнтів

Нейропсихологічний рівень теоретичної моделі охоплює два взаємопов'язані виміри: клінічно виражену нейропсихіатричну симптоматику, що оцінюється зовнішніми спостерігачами, та суб'єктивно відчуваний стан нейрокогнітивного функціонування, що оцінюється самим пацієнтом. Перший вимір відображений у результатах Нейропсихіатричного опитувальника (NPI), другий — у показниках триланкового комплексу самозвітних шкал: CAS-FPN, PNAS і SNS. Взяті разом, ці чотири інструменти забезпечують комплексний

нейропсихологічний профіль трьох клінічних груп і дозволяють верифікувати гіпотезу H2 дослідження.

Теоретичним підґрунтям для інтерпретації цих результатів є положення про когнітивну дисфункцію, пов'язану з раком (Cancer-Related Cognitive Impairment — CRCI): К. Г. Нолл та ін. [115] встановили, що CRCI охоплює від 35 до 75 % пацієнтів із не-ЦНС-формами онкологічних захворювань. Нейротоксичність хіміо- та радіотерапії, системне нейрозапалення і хронічний стрес формують взаємопідсилювальний дисрегуляторний цикл [84, 36], що прогресивно знижує нейрокогнітивні ресурси зі збільшенням терапевтичного навантаження.

Нейропсихіатричні симптоми є надзвичайно поширеним явищем в онкологічній практиці. Результати оцінки за NPI наведено у таблиці 3.4.

Аналіз виявив значущі міжгрупові відмінності за дев'ятьма з дванадцяти доменів NPI, підтверджуючи, що нейропсихіатричне навантаження є суттєво диференційованим залежно від стадії онкологічного захворювання.

Найбільш виражену прогресивну динаміку від ГП до ГПал демонструють апатія ($2,20 \rightarrow 3,50 \rightarrow 4,80$; $F=8,34$; $p<0,001$), марення ($0,40 \rightarrow 1,20 \rightarrow 2,50$; $F=7,10$; $p=0,001$) та галюцинації ($0,30 \rightarrow 1,00 \rightarrow 2,30$; $F=6,89$; $p=0,001$). Апатія як клінічний феномен заслуговує на особливу увагу в контексті реабілітаційного потенціалу: за даними досліджень, апатія є одним із провідних нейропсихіатричних бар'єрів до реабілітаційної залученості [115]. Її прогресивне наростання є безпосереднім нейропсихіатричним корелятом зниження мотиваційного компонента РП. Системне нейрозапалення і кумулятивна нейротоксичність терапії [84] вражають дофамінергічні шляхи, що є нейробіологічною основою апатії.

Депресія / дисфорія також зростає лінійно ($3,00 \rightarrow 3,50 \rightarrow 4,10$; $F=6,37$; $p=0,002$). Важливим є те, що навіть у групі первинних хворих середній бал депресії/дисфорії ($M=3,00$) є клінічно ненульовим, що вказує на необхідність рутинного психіатричного скринінгу вже з першого діагностичного контакту. Л. Грассі та ін. [72] встановили, що депресія і тривога виявляються у двох

третинах онкологічних пацієнтів незалежно від стадії. При психосоматичному осмисленні: хронічний стрес через нейроімунні механізми підвищує рівень прозапальних цитокінів (IL-6, TNF- α), що є нейробіологічною основою депресивної симптоматики [36].

Таблиця 3.4

Порівняльний аналіз нейропсихіатричної симптоматики онкологічних хворих (NPI)

Домен NPI	ГП (M $\pm$ SD)	ГВ (M $\pm$ SD)	ГПал (M $\pm$ SD)	F (2,252)	p
Марення	0,40 $\pm$ 0,90	1,20 $\pm$ 1,30	2,50 $\pm$ 1,80	7,10	0,001***
Галюцинації	0,30 $\pm$ 0,80	1,00 $\pm$ 1,20	2,30 $\pm$ 1,60	6,89	0,001***
Ажитація / агресія	1,50 $\pm$ 1,40	2,80 $\pm$ 1,60	2,10 $\pm$ 1,50	5,43	0,005**
Депресія / дисфорія	3,00 $\pm$ 1,70	3,50 $\pm$ 1,80	4,10 $\pm$ 1,90	6,37	0,002**
Тривога	3,90 $\pm$ 1,80	3,10 $\pm$ 1,70	2,70 $\pm$ 1,60	4,81	0,009**
Ейфорія	0,70 $\pm$ 1,10	0,90 $\pm$ 1,30	1,00 $\pm$ 1,20	0,14	0,870 (н.з.)
Апатія	2,20 $\pm$ 1,50	3,50 $\pm$ 1,70	4,80 $\pm$ 2,00	8,34	<0,001***
Дезінгібування	0,90 $\pm$ 1,30	1,60 $\pm$ 1,50	2,20 $\pm$ 1,80	5,95	0,003**
Дратівливість / лабільність	1,70 $\pm$ 1,40	2,90 $\pm$ 1,60	2,30 $\pm$ 1,50	2,19	0,083 (н.з.)
Неадекватна рухова поведінка	1,20 $\pm$ 1,30	1,50 $\pm$ 1,50	1,70 $\pm$ 1,60	2,95	0,054 (н.з.)
Порушення сну	2,40 $\pm$ 1,60	2,70 $\pm$ 1,80	2,90 $\pm$ 1,90	3,76	0,025*
Порушення апетиту	2,00 $\pm$ 1,50	2,20 $\pm$ 1,60	2,50 $\pm$ 1,70	2,83	0,061 (н.з.)

Примітка. Бал домену = частота $\times$ тяжкість (max 12). Н.з. — не значущий. *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$.

Нетиповою є динаміка тривоги: вона не зростає, а знижується від ГП (M=3,90) до ГПал (M=2,70; F=4,81; $p=0,009$). Цей парадокс пояснюється якісною трансформацією переживання: первинні онкологічні хворі

перебувають у стані гострої загрозо-орієнтованої тривоги, тоді як паліативні пацієнти поступово переходять до прийняття — феномен, описаний у концепції екзистенційного прийняття [141]. Ажитация / агресія і дратівливість демонструють пік у групі рецидивів (ГВ), що відповідає характерному для рецидиву психологічному стану фрустрації і гніву — реакції на руйнування очікувань одужання [94].

Три домени — ейфорія ($F=0,14$; $p=0,870$), дратівливість ($F=2,19$; $p=0,083$) і порушення апетиту ($F=2,83$; $p=0,061$) — не досягають рівня статистичної значущості, а неадекватна рухова поведінка ($F=2,95$; $p=0,054$) знаходиться на межі значущості. Відносна стабільність цих показників між групами вказує на їхній переважно нейробіологічний генез: ейфорія є рідкісним і ситуативним феноменом, моторні і харчові порушення мають характер індивідуальних фізіологічних реакцій. М. К. Кременчуцька та ін. [88] підтверджують, що нейропсихіатрична симптоматика прямо обмежує реабілітаційну залученість через вплив на нейропсихологічну регуляцію.

Виконавчі функції, зокрема підтримання уваги, вирішення складних завдань, робоча пам'ять і цілеспрямована поведінка, утворюють когнітивний каркас реабілітаційної залученості: без збереженої виконавчої функції пацієнт не здатний повноцінно дотримуватися терапевтичних схем, засвоювати нові адаптивні стратегії і підтримувати вольову участь у реабілітаційному процесі [115]. Результати оцінки за CAS-FPN [130] наведено у таблиці 3.5.

Результати таблиці 3.5 є найбільш статистично вагомими у всьому дослідженні: F -значення варіюють від 63,19 до 411,17, що за будь-якими критеріями відповідає великому розміру ефекту ($\eta^2 > 0,14$). Це означає, що стадія онкологічного захворювання є потужним предиктором суб'єктивно оцінюваного нейрокогнітивного функціонування — і що відмінності між групами є клінічно значущою і практично вираженою реальністю.

Суб'єктивна оцінка виконавчих когнітивних функцій онкологічних пацієнтів (CAS-FPN [130])

Домен CAS-FPN	ГП (M±SD)	ГВ (M±SD)	ГПал (M±SD)	F (2,252)	p
Підтримання уваги	8,38±1,51	6,67±2,18	5,88±2,47	121,35	<0,001***
Комплексне вирішення проблем	8,12±1,14	6,33±1,39	5,02±1,38	183,76	<0,001***
Робоча пам'ять	8,37±1,03	6,94±1,32	4,58±1,43	411,17	<0,001***
Цілеспрямована поведінка	8,32±0,92	5,39±0,99	4,17±1,07	138,42	<0,001***
Загальний CAS-FPN	33,19±4,26	25,33±5,71	19,64±6,23	63,19	<0,001***

Примітка. Всі відмінності статистично значущі на рівні $p < 0,001$. $\eta^2 > 0,14$ для всіх доменів (великий розмір ефекту). *** $p < 0,001$.

Загальний показник CAS-FPN демонструє ієрархічний спад: ГП (M=33,19) → ГВ (M=25,33) → ГПал (M=19,64), при цьому різниця між ГП і ГВ ($\Delta=7,86$) і між ГВ і ГПал ($\Delta=5,69$) є суттєвою на кожному переході. Цей паттерн підтверджує положення К. Г. Нолла та ін. [115] про кумулятивний характер CRCI: кожен цикл терапії, кожен рецидив і кожна стадія прогресування накопичують нейрокогнітивне навантаження.

Робоча пам'ять демонструє найдраматичніший спад ($F=411,17$; $p<0,001$): від M=8,37 у ГП до M=4,58 у ГПал — майже дворазове зниження. Нейробіологічна основа цього феномену — нейротоксичне ушкодження гіпокампальних структур, що є чутливими до хіміотерапії і відповідають за консолідацію і оперативне утримання інформації [84]. Дж. Вефел та ін. [150] показали, що порушення робочої пам'яті є одним із найпоширеніших і найстійкіших нейрокогнітивних наслідків онкологічного лікування, що зберігаються роками після завершення терапії. У контексті реабілітаційного

потенціалу зниження робочої пам'яті безпосередньо обмежує здатність пацієнта до засвоєння нових терапевтичних навичок, дотримання медикаментозних схем і самоуправління хворобою.

Цілеспрямована поведінка також демонструє різкий спад ($F=138,42$; $p<0,001$): від $M=8,32$ у ГП до $M=4,17$ у ГПал — зниження більш ніж удвічі. Цей показник є прямим нейрокогнітивним еквівалентом мотиваційного компонента реабілітаційного потенціалу: зниження цілеспрямованості є нейрокогнітивним субстратом апатії та ерозії вольової залученості, що спостерігаються у нейропсихіатричному профілі (підрозділ 3.2.1). М. К. Кременчуцька та ін. [88] показали, що зрілість нейропсихологічної регуляції безпосередньо впливає на здатність до опанування нових функціональних стратегій.

Підтримання уваги і вирішення складних проблем ($F=121,35$ і $F=183,76$; $p<0,001$) демонструють аналогічно виражений спад, що відображає прогресивне ушкодження лобово-тім'яних виконавчих мереж [84]. Принципово важливим є контраст між відсутністю значущих відмінностей за загальним реабілітаційним потенціалом ($p=0,391$) і надзвичайно вираженими відмінностями за нейрокогнітивним функціонуванням (F до 411). Цей контраст є ключовим результатом дослідження: суб'єктивно оцінюваний РП зберігається завдяки резилієнтності особистісних ресурсів [45], тоді як нейрокогнітивні механізми, що забезпечують реалізацію цього потенціалу, прогресивно деградують — і саме ця прихована нейрокогнітивна деградація є «нейропсихологічною детермінацією» реабілітаційного потенціалу, що винесена у назву дисертаційного дослідження. В. А. Лунов та ін. [100, 101] підтверджують, що саме виконавчі функції є першочерговою мішенню нейропсихологічних інтервенцій у пацієнтів з онкологічними захворюваннями.

Поряд з виконавчим виміром когніції, рефлексивна нейрокогнітивна активність як здатність особистості до інтроспекції, смислової інтеграції досвіду, підтримання соціальних зв'язків і орієнтації у часі, є самостійним

когнітивним ресурсом реабілітаційного потенціалу. Результати оцінки за PNAS [131] наведено у таблиці 3.6.

Таблиця 3.6

**Суб'єктивна оцінка рефлексивної нейрокогнітивної активності
онкологічних пацієнтів (PNAS [131])**

Домен PNAS	ГП (M±SD)	ГВ (M±SD)	ГПал (M±SD)	F (2,252)	p
Абсорбція (поглинання)	11,80±2,30	9,40±2,10	8,20±2,50	3,89	0,021*
Гнучкість мислення	12,60±2,40	8,90±2,30	6,80±2,60	14,27	<0,001***
Внутрішня і зовнішня свідомість	10,30±2,20	7,80±2,50	9,10±2,40	3,01	0,051 (н.з.)
Соціальні зв'язки	13,40±2,10	9,80±2,30	8,90±2,70	9,14	<0,001***
Автобіографічна пам'ять	12,20±2,50	10,10±2,30	7,60±2,80	11,36	<0,001***
Орієнт. на майбутнє мислення	11,10±2,60	8,70±2,50	6,30±2,70	8,73	0,001***
Загальний PNAS	71,40±7,90	54,70±8,30	47,10±9,10	9,47	<0,001***

Примітка. Н.з. — не значущий. *** $p < 0,001$; * $p < 0,05$.

Загальний показник PNAS знижується від ГП (M=71,40) через ГВ (M=54,70) до ГПал (M=47,10), $F(2,252)=9,47$; $p < 0,001$. Цей паттерн підтверджує гіпотезу H2: рефлексивна нейрокогнітивна активність деградує з прогресуванням захворювання, хоча і не настільки різко, як виконавчі функції (порівняйте $F=9,47$ проти $F=63-411$ у CAS-FPN). Диференціація між цими двома вимірами є теоретично важливою: виконавча система є більш вразливою до нейротоксичності [84], тоді як рефлексивна система — більш пов'язана з психологічними ресурсами і смисловою орієнтацією особистості.

Найбільш виражену спадну динаміку демонструють гнучкість мислення ($12,60 \rightarrow 8,90 \rightarrow 6,80$; $F=14,27$; $p<0,001$) і соціальні зв'язки ($13,40 \rightarrow 9,80 \rightarrow 8,90$; $F=9,14$; $p<0,001$). Зниження когнітивної гнучкості є клінічно значущим, оскільки саме вона забезпечує здатність особистості переключатися між копінг-стратегіями, шукати нові рішення і адаптуватися до мінливих умов хвороби та лікування [22, 26]. Зниження соціальних зв'язків як когнітивного ресурсу корелює зі зростанням страху самотності, виявленим за ЕСQ (підрозділ 3.1.3): обидва феномени відображають прогресивне звуження соціально-когнітивного простору пацієнта.

Орієнтоване на майбутнє мислення знижується лінійно ($11,10 \rightarrow 8,70 \rightarrow 6,30$; $F=8,73$; $p=0,001$). Цей результат є когнітивним корелятом «відсутності майбутньої перспективи», зафіксованої за ЕСQ: обидва показники вказують на один феномен — звуження часової перспективи — але реєструють його різними інструментами. Р. Г. Тедескі і Л. Г. Кальхун [141] наголошують, що здатність до майбутньо-орієнтованого мислення є ключовим ресурсом посттравматичного зростання, і її прогресивна деградація у ГВ і ГПал свідчить про необхідність спеціальних терапевтичних втручань.

Автобіографічна пам'ять знижується найбільш різко в паліативній групі ($12,20 \rightarrow 10,10 \rightarrow 7,60$; $F=11,36$; $p<0,001$). Цей результат є одним із найбільш клінічно значущих: автобіографічна пам'ять є не лише когнітивною функцією, а й ресурсом самоідентичності та смислової безперервності особистості. Її деградація у ГПал свідчить про наростаючі труднощі з підтриманням зв'язної особистої наративної ідентичності — що є важливою мішенню для паліативної психологічної підтримки.

Єдиний незначущий домен — внутрішня і зовнішня свідомість ($F=3,01$; $p=0,051$) — демонструє нелінійну динаміку: ГВ ($M=7,80$) нижче за ГПал ($M=9,10$), що може свідчити про те, що паліативні пацієнти, переходячи до більш інтроспективного режиму, відновлюють певний рівень внутрішньої усвідомленості — феномен, пов'язаний з екзистенційним переосмисленням на пізніх стадіях захворювання [141].

Четвертим виміром нейрокогнітивного профілю є здатність особистості виявляти, інтегрувати й адекватно реагувати на емоційно та соціально значущі стимули — функція, що оцінювалась за шкалою SNS [132]. Результати наведено у таблиці 3.7.

Таблиця 3.7

Суб'єктивна оцінка інтегративно-комунікативного когнітивного функціонування (SNS [132])

Домен SNS	ГП (M±SD)	ГВ (M±SD)	ГПал (M±SD)	F (2,252)	p
Емоційна сенсорна інтеграція /	11,90±2,50	9,20±2,30	7,10±2,60	9,83	<0,001***
Переключення уваги	12,20±2,40	8,60±2,50	6,50±2,70	12,41	<0,001***
Соціальна комунікація	13,10±2,30	9,40±2,20	8,00±2,50	7,65	0,001***
Самосвідомість та інтеграція інформації	10,80±2,60	8,30±2,40	6,90±2,80	2,78	0,064 (н.з.)
Загальний SNS	48,00±7,60	35,50±8,10	28,50±9,40	8,91	<0,001***

Примітка. Н.з. — не значущий. *** $p < 0,001$.

Три з чотирьох доменів SNS і загальний показник демонструють виражену та статистично значущу міжгрупову різницю. Загальний SNS знижується від ГП (M=48,00) до ГВ (M=35,50) і ГПал (M=28,50; $F=8,91$; $p < 0,001$) — майже дворазове зниження від ГП до ГПал.

Соціальна комунікація є найвищим за абсолютними значеннями у ГП (M=13,10) і демонструє найбільший відносний спад (до M=8,00 у ГПал; $\Delta=5,10$). Це узгоджується з виявленими змінами соціальних зв'язків (PNAS) і підтверджує послідовне звуження соціально-когнітивного простору з прогресуванням захворювання. Н. В. Родіна і О. І. Бабій [23] підкреслюють, що збереження соціальної взаємодії і суб'єктивного відчуття безпеки є

взаємообумовленими: погіршення здатності до соціальної комунікації посилює відчуття ізоляції і знижує доступ до зовнішніх ресурсів подолання.

Переключення уваги знижується від $M=12,20$ у ГП до $M=6,50$ у ГПал ($F=12,41$; $p<0,001$). Когнітивна гнучкість і здатність до переключення є ключовими виконавчими ресурсами адаптивного копіngu: пацієнти зі зниженим переключенням уваги виявляють когнітивну ригідність у стресових ситуаціях, що підсилює схильність до пасивних і дезадаптивних стратегій подолання [94]. Зниження переключення уваги за SNS є нейрокогнітивним пояснювальним механізмом для зростання пасивного песимізму і залежності від зовнішньої допомоги, виявлених у копіng-профілі (підрозділ 3.1.2).

Самосвідомість та інтеграція інформації є єдиним незначущим доменом ($F=2,78$; $p=0,064$). Це узгоджується з теоретичним положенням Н. В. Родіни і О. І. Бабій [23]: фундаментальна самосвідомість є стабільнішою рисою особистості, менш залежною від стадії захворювання, ніж соціальна комунікація або сенсорна інтеграція.

Емоційна / сенсорна інтеграція знижується від $M=11,90$ до $M=7,10$ ($F=9,83$; $p<0,001$). Зниження здатності до емоційної інтеграції пояснюється хронічним психосоматичним стресом, що перевантажує ємність обробки емоційних сигналів [36]: у міру виснаження психосоматичних регуляторних ресурсів емоційна реактивність або підвищується (тривога у ГП), або притупляється (апатія у ГПал) — і в обох випадках якісна інтеграція емоційної інформації погіршується.

Нейропсихіатричний і нейрокогнітивний аналіз виявив виражену прогресивну деградацію обох вимірів нейропсихологічного рівня реабілітаційного потенціалу. Нейропсихіатрична симптоматика суттєво нарастає за дев'ятьма з дванадцяти доменів NPI; тривога демонструє зворотну динаміку, пов'язану з трансформацією від гострої загрозо-орієнтованої реакції до прийняття. Виконавчі когнітивні функції зазнають найбільш різкого зниження (CAS-FPN: F від 63,19 до 411,17; $p<0,001$) — найсильніший статистичний результат усього дослідження і прямий доказ

нейропсихологічної детермінації РП. Рефлексивно-інтроспективний (PNAS) та інтегративно-комунікативний (SNS) виміри також значуще деградує. Виявлений контраст між стабільністю суб'єктивного РП і різким зниженням нейрокогнітивних показників є центральним теоретичним результатом дослідження. Гіпотези Н2 і Н3 підтверджуються.

3.3. Психосоматичний стан та якість життя онкологічних пацієнтів

Психосоматичний рівень теоретичної моделі охоплює взаємодію психологічного дистресу з функціональним станом організму і суб'єктивним відчуттям якості життя. Для його оцінки застосовано три взаємодоповнювальні інструменти: чотиривимірний опитувальник симптомів (4DSQ), що диференціює різні форми психологічного дистресу; опитувальник якості життя SF-36 v2, що оцінює функціональне благополуччя у фізичному і психологічному вимірах; та Гіссенський опитувальник скарг (GQ), що реєструє конкретні психосоматичні симптоми на тілесному рівні. Разом ці три методики утворюють тришарову картину психосоматичного стану — від суб'єктивного дистресу до функціонального статусу і специфічних тілесних проявів, — що є необхідним підґрунтям для розуміння психосоматичної обумовленості реабілітаційного потенціалу, що винесена у назву дисертаційного дослідження.

Психосоматичний дистрес у онкологічних пацієнтів є комплексним феноменом, що включає якісно різні компоненти: субклінічне напруження, клінічно виражену депресію і тривогу та тенденцію до соматизації психологічного страждання. Диференціація цих компонентів є методологічно принципово важливою, оскільки вони мають різне клінічне значення і різні терапевтичні імплікації. Результати аналізу за 4DSQ [143] наведено у таблиці 3.8.

**Порівняльний аналіз психосоматичного дистресу онкологічних хворих
(4DSQ [143])**

Субшкала 4DSQ	ГП (M±SD)	ГВ (M±SD)	ГПал (M±SD)	F (2,252)	p
Дистрес	9,20±3,50	13,70±4,10	11,30±3,80	7,83	<0,001***
Депресія	5,60±2,10	8,10±2,70	7,80±2,40	2,61	0,075 (н.з.)
Тривога	7,40±2,80	10,20±3,20	9,90±3,10	2,38	0,094 (н.з.)
Соматизація	6,20±2,40	9,80±2,90	11,50±3,10	8,47	<0,001***

Примітка. Н.з. — не значущий ($p > 0,05$). *** $p < 0,001$.

Аналіз виявив дисоційований характер психосоматичного дистресу: значущі міжгрупові відмінності зафіксовано за дистресом і соматизацією, тоді як депресія і тривога не виявляють статистично значущої міжгрупової диференціації. Цей паттерн є теоретично значущим і потребує детального осмислення.

Дистрес демонструє нелінійну динаміку: найвище значення у ГВ ($M=13,70$) із зниженням у ГПал ($M=11,30$; $F=7,83$; $p<0,001$). Пік дистресу у групі рецидивів відповідає концепції рецидиву як точки максимального психологічного руйнування — моменту, коли руйнуються захисні переконання, вибудовані під час первинного лікування, і людина опиняється перед фактом недостатності власних ресурсів протистояти хворобі [94]. Часткове зниження у паліативній групі узгоджується з теоретичними положеннями про те, що перехід до паліативного режиму може супроводжуватися трансформацією від бойового дистресу до більш пасивного прийняття. Р. Дев та ін. [59] показали, що прийняття є найпоширенішою адаптивною стратегією (86,7%) у хворих із прогресуючим раком, що пояснює відносну стабілізацію дистресу у паліативній групі.

Депресія і тривога не досягають рівня статистичної значущості ($F=2,61$, $p=0,075$ та $F=2,38$, $p=0,094$ відповідно). Хоча тенденція до вищих показників у ГВ і ГПал порівняно з ГП є очевидною, вона не є достатньо вираженою для статистичного підтвердження у цій вибірці. Цей результат принципово важливий: він свідчить про те, що клінічно значуща депресивна і тривожна симптоматика не є специфічною для жодної однієї стадії онкологічного захворювання, а є наскрізною характеристикою онкологічної популяції загалом. Л. Грассі та ін. [72] встановили, що депресія і тривога виявляються у двох третинах онкологічних пацієнтів незалежно від стадії і типу захворювання — що узгоджується з відсутністю значущої міжгрупової диференціації. Практичний висновок: психіатричний скринінг і психоонкологічне втручання є необхідними на всіх стадіях онкологічного лікування, а не лише при рецидиві чи у паліативній фазі.

Соматизація демонструє найбільш виражену прогресивну динаміку: від ГП ($M=6,20$) через ГВ ($M=9,80$) до ГПал ($M=11,50$; $F=8,47$; $p<0,001$). Лінійне наростання соматизації є прямим відображенням психосоматичного механізму, описаного М. Х. Антоні і Ф. С. Дабхаром [36]: хронічний стрес через нейроімунні механізми підсилює сприйнятливність до тілесних відчуттів і схильність до їх психологічного переживання. Зростання соматизації від ГВ до ГПал відображає не лише посилення фізичного страждання, а й прогресивне злиття психологічного та соматичного дистресу в єдину неподільну суб'єктивну реальність хвороби — феномен, що є центральним для розуміння психосоматичної обумовленості реабілітаційного потенціалу. Є. Л. Базика [5] описує аналогічний механізм у контексті психосоматичних захворювань: ціннісна дезорієнтація та хронічний стрес формують сприятливий ґрунт для соматизації психологічного страждання.

Зіставлення значущих (дистрес, соматизація) і незначущих (депресія, тривога) субшкал виявляє принципове розмежування: реактивний ситуативний дистрес і тілесна соматизація є стадійно-залежними феноменами, тоді як клінічна депресія і тривога є перманентними характеристиками

онкологічної популяції в цілому. Це розмежування має пряме значення для побудови реабілітаційних програм: стадійно-специфічні втручання необхідні для корекції дистресу і соматизації, тоді як антидепресивна і анксиолітична підтримка потрібна всім групам рівною мірою.

Таблиця 3.9

Якість життя, пов'язана зі здоров'ям, онкологічних пацієнтів (SF-36 v2)

Субшкала SF-36	ГП (M±SD)	ГВ (M±SD)	ГПал (M±SD)	F (2,252)	p
Фізичне функціонування (PF)	64,80±13,50	51,20±15,80	30,60±12,30	9,14	<0,001** *
Фізична роль (RP)	58,20±14,70	42,10±16,40	19,30±10,50	7,38	<0,001** *
Тілесний біль (BP)	56,90±12,80	44,50±14,30	29,80±13,10	6,82	0,001***
Загальний стан здоров'я (GH)	62,40±11,90	48,60±14,20	32,10±12,80	8,56	<0,001** *
Життєздатність (VT)	55,30±12,40	41,80±14,10	28,50±11,60	7,91	<0,001** *
Соціальне функціонування (SF)	71,20±14,30	58,40±16,20	47,30±15,80	2,74	0,067 (н.з.)
Емоційна роль (RE)	68,50±16,10	54,30±18,40	41,20±17,90	2,87	0,059 (н.з.)
Психічне здоров'я (MH)	62,10±13,70	51,40±15,30	44,80±14,20	2,73	0,067 (н.з.)
PCS (фізичний компонент)	47,20±8,30	38,60±9,70	26,40±8,90	11,47	<0,001** *
MCS (психічний компонент)	44,80±9,10	37,20±10,40	32,10±9,80	6,34	0,002**

Примітка. Стандартна норма: M=50, SD=10. Всі три групи нижче нормативного рівня. Н.з. — не значущий. *** p<0,001; ** p<0,01.

Якість життя, пов'язана зі здоров'ям (HRQoL), є інтегральним результатним показником онкологічної реабілітації, що відображає суб'єктивну оцінку пацієнтом власного функціонування у фізичній і психологічній сферах. Результати оцінки за SF-36 v2 [148] наведено у таблиці 3.9.

Аналіз SF-36 виявляє принципово асиметричний паттерн: фізичний вимір HRQoL є стадійно-залежним і статистично значуще диференційованим, тоді як психологічний вимір зберігає відносну стабільність між групами. Цей результат є ключовим для теоретичної аргументації дисертації.

Усі п'ять фізичних субшкал — PF, RP, BP, GH і VT — демонструють виражений і статистично значущий прогресивний спад від ГП до ГПал (F від 6,82 до 9,14; p від 0,001 до <0,001). Найбільш різкий спад зафіксовано за субшкалою фізичної ролі RP (ГП=58,20 → ГПал=19,30) — трикратне зниження, що відображає прогресивну нездатність виконувати щоденні соціальні і трудові ролі через фізичне нездоров'я. Фізичне функціонування PF знижується від ГП (M=64,80) до ГПал (M=30,60), що відповідає переходу від помірних обмежень до значних труднощів із базовими видами активності. Показово, що навіть у групі первинних хворих значення PCS (M=47,20) є нижчим від нормативного рівня (50,0), що підтверджує положення Л. С. Гілкріста та ін. [70] про те, що функціональне зниження починається з першого контакту з онкологічним лікуванням.

Агрегований компонент фізичного здоров'я PCS демонструє найвищий F-показник серед усіх субшкал SF-36 (F=11,47; p<0,001): зниження від 47,20 у ГП до 26,40 у ГПал — майже дворазова різниця. Р. С. Маєр і Дж. Енгл [107] підкреслюють, що пацієнти із PCS нижче 30 балів потребують принципово іншої моделі реабілітаційної допомоги — паліативної і підтримувальної, а не відновлювальної.

Натомість три психологічні субшкали — SF (соціальне функціонування), RE (емоційна роль) і MH (психічне здоров'я) — не демонструють статистично значущих відмінностей між групами (F від 2,73 до

2,87; p від 0,059 до 0,067). Хоча тенденція до зниження від ГП до ГПал присутня, вона є менш вираженою, ніж у фізичних субшкалах. Це узгоджується з двома теоретичними положеннями: по-перше, суб'єктивно оцінювані особистісні ресурси є більш резилієнтними, ніж фізичні [45, 80]; по-друге, клінічно значуща депресія і тривога є наскрізними для всіх груп [72]. Відносне збереження соціального функціонування навіть у паліативній групі (SF ГПал=47,30) пов'язане з функцією соціальної підтримки: медсестринський догляд і комплементарна терапія зберігають соціальну залученість пацієнтів навіть на пізніх стадіях захворювання [126].

Компонент психічного здоров'я MCS ($F=6,34$; $p=0,002$) є значущим, проте менш диференційованим, ніж PCS ($F=11,47$): різниця між ГП ($M=44,80$) і ГПал ($M=32,10$) складає 12,70 балів проти 20,80 балів у PCS. Ця асиметрія є центральним психосоматичним висновком: фізичне здоров'я деградує швидше і більш виражено, ніж психологічне — що підтверджує теоретичне положення про відносну резилієнтність психологічних ресурсів особистості навіть в умовах прогресуючого фізичного страждання.

Гіссенський опитувальник скарг реєструє психосоматичну симптоматику на рівні конкретних тілесних переживань, що є найближчим до безпосереднього суб'єктивного тілесного досвіду пацієнта виміром. Результати наведено у таблиці 3.10.

Аналіз GQ виявляє чітке розмежування між двома типами соматичних скарг: психологічно детермінованими (виснаження і біль — значущі) та переважно фармакологічно зумовленими (шлункові і серцеві — незначущі). Це розмежування є не лише статистичним, а й концептуальним.

Виснаження демонструє найбільш драматичну прогресивну динаміку серед усіх субшкал GQ: від $M=13,20$ у ГП до $M=22,10$ у ГПал ($F=9,73$; $p<0,001$) — майже дворазовий приріст. Хронічна онкологічна втома є комплексним психосоматичним явищем, що охоплює фізичну астенію, когнітивне виснаження і психологічне виснаження одночасно. М. Х. Антоні і Ф. С. Дабхар [36] описують механізм: хронічний стрес через підвищення прозапальних

цитокинів (IL-6, TNF- α) безпосередньо підтримує стан хронічної втоми, що посилюється кумулятивними ефектами терапії. У паліативній групі (M=22,10) виснаження досягає критичного рівня, що практично виключає активну реабілітаційну залученість і потребує переорієнтації на підтримувальну і симптоматичну модель допомоги [107].

Таблиця 3.10

Психосоматичні соматичні скарги онкологічних пацієнтів (Giessen GQ)

Субшкала GQ	ГП (M $\pm$ SD)	ГВ (M $\pm$ SD)	ГПал (M $\pm$ SD)	F (2,252)	p
Виснаження	13,20 $\pm$ 3,10	17,50 $\pm$ 3,80	22,10 $\pm$ 3,40	9,73	<0,001***
Шлункові скарги	9,80 $\pm$ 2,70	12,30 $\pm$ 3,10	13,10 $\pm$ 2,80	2,62	0,072 (н.з.)
Больові відчуття тіла	11,70 $\pm$ 2,90	15,40 $\pm$ 3,50	19,20 $\pm$ 3,70	8,94	<0,001***
Серцеві скарги	8,20 $\pm$ 2,40	10,90 $\pm$ 2,90	11,50 $\pm$ 3,10	2,64	0,073 (н.з.)
Загальна соматична оцінка (ЗСО)	42,90 $\pm$ 7,30	56,10 $\pm$ 8,60	65,90 $\pm$ 7,90	10,36	<0,001***

Примітка. Н.з. — не значущий ($p > 0,05$). *** $p < 0,001$.

Больові відчуття тіла зростають лінійно від M=11,70 у ГП до M=19,20 у ГПал ($F=8,94$; $p < 0,001$). Генералізований больовий синдром у онкологічних пацієнтів є психосоматичним за своєю природою: його інтенсивність визначається не лише органічним субстратом, а й рівнем емоційного дистресу, копінг-стратегіями і когнітивною інтерпретацією болю [94]. Д. Марас та ін. [105] показали, що унікаюча прихильність і дезадаптивний копінг є предикторами більш інтенсивного болю — що узгоджується з виявленим у підрозділі 3.1.2 зростанням пасивного песимізму і залежності від зовнішньої допомоги у ГВ і ГПал.

Шлункові і серцеві скарги не демонструють статистично значущих відмінностей між групами ($p=0,072$ і $p=0,073$ відповідно). Шлунково-кишкові

симптоми тісно пов'язані з фармакологічними ефектами хіміотерапії і є відносно стабільними незалежно від стадії, оскільки зумовлені протоколом лікування, а не психологічним станом пацієнта [55]. Серцеві скарги мають переважно вегетативний, психосоматичний генез у ранніх стадіях — і при паліативній стадії можлива навіть адаптація вегетативної регуляції. Відсутність значущих міжгрупових відмінностей за цими субшкалами означає, що їх корекція потребує однакових підходів у всіх групах — переважно фармакологічних.

Загальна соматична оцінка (ЗСО) зростає лінійно ($42,90 \rightarrow 56,10 \rightarrow 65,90$; $F=10,36$; $p<0,001$), підтверджуючи, що кумулятивний психосоматичний тягар є стадійно-залежним. Різниця між ГП і ГВ ($\Delta=13,20$) і між ГВ і ГПал ($\Delta=9,80$) свідчить про те, що найбільший приріст соматичного навантаження відбувається при переході від первинного лікування до рецидиву — що узгоджується з динамікою дистресу і підтверджує рецидив як ключову психосоматичну переломну точку.

Психосоматичний рівень реабілітаційного потенціалу характеризується виразною стадійно-залежною деградацією фізичного функціонування і соматичного благополуччя при відносній збереженості психологічного виміру якості життя. Дистрес і соматизація (4DSQ) є стадійно-залежними, тоді як клінічна депресія і тривога є наскрізними. Фізичний компонент якості життя (SF-36 PCS: $F=11,47$; $p<0,001$) деградує значно швидше, ніж психологічний (MCS: $F=6,34$; $p=0,002$). Виснаження і больовий синдром (GQ) зростають прогресивно і є провідними тілесними бар'єрами реабілітаційної залученості. Сукупність результатів підтверджує гіпотезу Н3 (ГВ — точка пікового дистресу) і Н4 (ГПал — найвищий соматичний тягар при відносно збереженому особистісному ресурсі). Психосоматична обумовленість РП проявляється насамперед у фізичному вимірі функціонування.

3.4. Нейромоніторинг онкологічних пацієнтів із використанням нейроінтерфейсу EMOTIV Eroc+

Нейрофізіологічний моніторинг є об'єктивним доповненням до психодіагностичного комплексу, що дозволяє зафіксувати електрофізіологічні кореляти когнітивних і психоемоційних станів онкологічних пацієнтів незалежно від суб'єктивного самозвітування. У дослідженні застосовано нейроінтерфейс EMOTIV Eroc+ для реєстрації біоелектричної активності кори головного мозку у стані спокою. Спектральний аналіз здійснювався у чотирьох частотних діапазонах: дельта (1–4 Гц), тета (4–7 Гц), альфа (7–13 Гц) і бета (13–30 Гц) — у чотирьох кортикальних зонах: лобовій, скроневій, тім'яній і потиличній. Окремо аналізувалися гендерні відмінності у нейрофізіологічному профілі реагування на захворювання в кожній клінічній групі, оскільки нейрокогнітивна адаптація до онкологічного стресу має виражені гендерно-специфічні особливості [36, 84].

Принциповим обмеженням, що враховувалося при інтерпретації, є споживчий (consumer-grade) статус EMOTIV Eroc+: отримані дані розглядаються як індикативні нейрофізіологічні патерни в груповому порівняльному контексті, а не як індивідуальні клінічні показники. Методологічне обґрунтування застосування нейроінтерфейсу у клініко-психологічному дослідженні наведено у параграфі 2.4. У групі ГП (n=112) ЕЕГ-картографування виявило якісно різні нейрофізіологічні профілі реагування на онкологічний діагноз у чоловіків і жінок, що відображає принципово різні стратегії когнітивно-емоційної адаптації.

У чоловіків групи ГП домінує поєднання підвищеної тета- і бета-активності. Тета-ритм (4–7 Гц) демонструє значну активність у правобічних лобових і скроневих відведеннях ($p < 0,001$), що є нейрофізіологічним маркером гострої тривожності, емоційної дезорганізації та схильності до руміативного мислення [84]. Генералізоване підвищення бета-ритму (13–30 Гц) у всіх кортикальних зонах ($p < 0,001$) відображає стан когнітивного перевантаження: мозок перебуває у режимі інтенсивного аналізу загрозованої

ситуації, що супроводжується тенденцією до катастрофізації. Цей нейрофізіологічний патерн корелює з найвищими показниками тривоги за NPI (M=3,90) і найнижчим пасивним песимізмом у цій групі (M=10,30): первинні хворі-чоловіки реагують активно, але дезорганізовано.

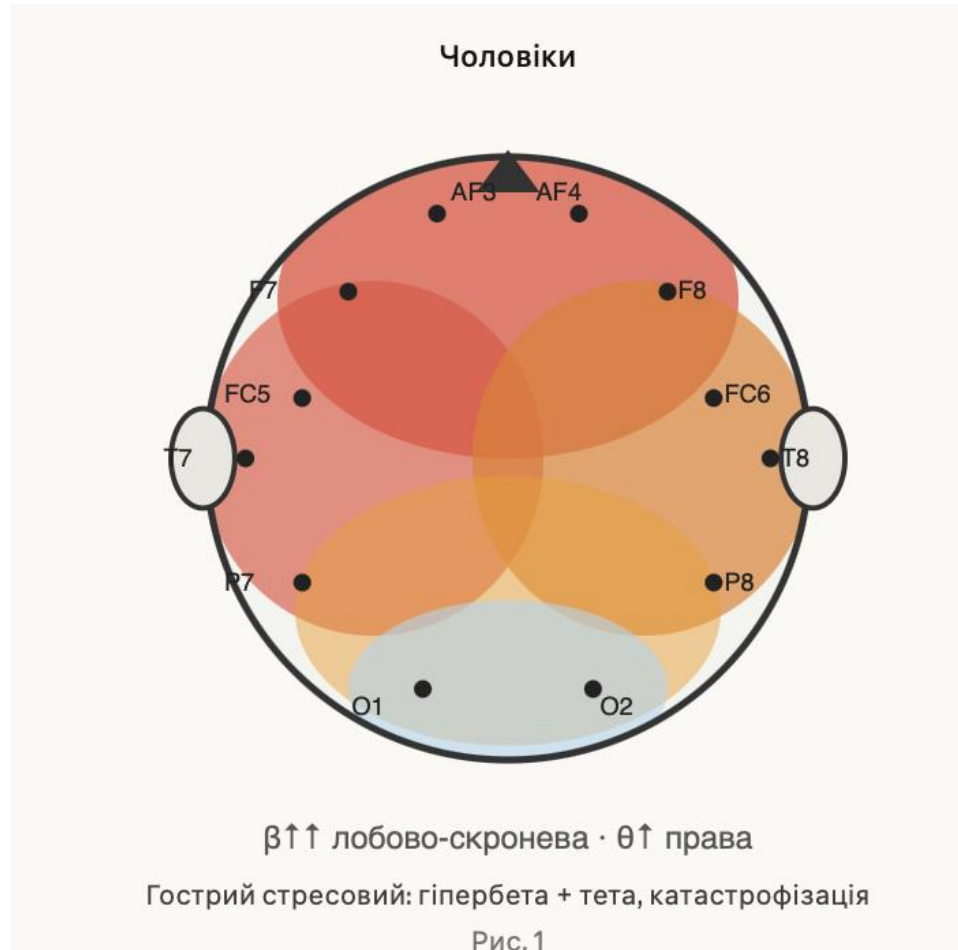


Рис. 1. ЕЕГ-картографування мозку чоловіка з первинним онкологічним захворюванням ($\beta \uparrow \uparrow + \theta \uparrow$, гострий стресовий патерн).

У жінок групи ГП картина принципово інша. Характерним є поєднання тета- і альфа-активності у правобічних лобових і скроневих відведеннях ($p < 0,005$), при помірній бета-активності. Підвищений альфа-ритм (7–13 Гц) є нейрофізіологічним індикатором активних регуляторних процесів: мозок виробляє стратегію когнітивної адаптації, балансуючи між емоційною обробкою (тета) і заспокійливою саморегуляцією (альфа). Жінки групи ГП

демонструють вищу потиличну активність, що свідчить про активне використання візуального мислення і образної переробки інформації у процесі осмислення діагнозу. Цей профіль корелює з вищими показниками активної боротьби у копінг-шкалі і меншим початковим дистресом. М. К. Кременчуцька та ін. [88] показали, що зріліша нейропсихологічна регуляція, маркером якої є збалансоване співвідношення альфа/тета, сприяє більш ефективному опануванню нових адаптивних стратегій.

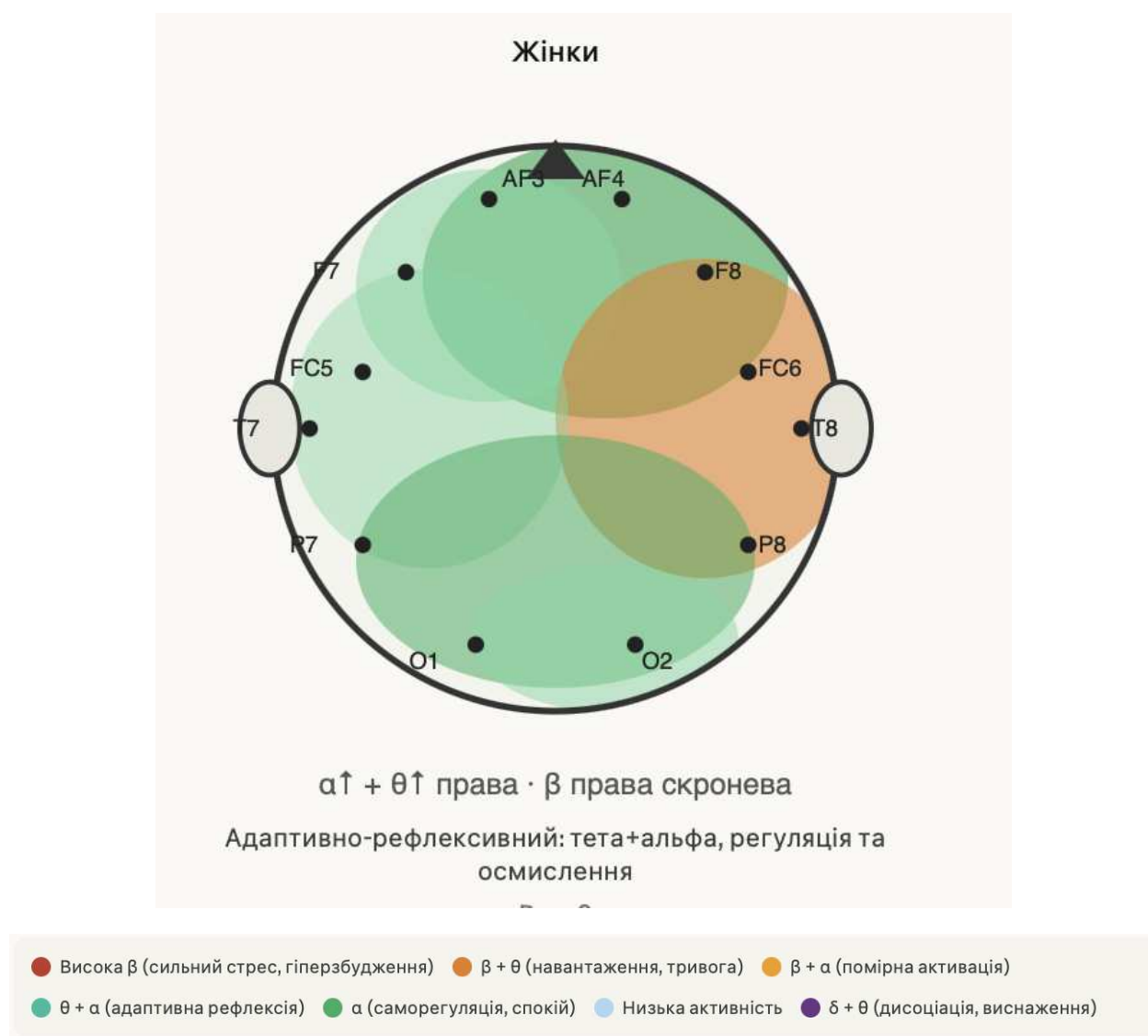


Рис. 2. ЕЕГ-картографування мозку жінки з первинним онкологічним захворюванням ($\theta \uparrow + \alpha \uparrow$ права, адаптивно-рефлексивний патерн).

Ключова гендерна відмінність у ГП: чоловіки реагують на онкологічний діагноз переважно стресовою (бета + тета) активацією з тенденцією до когнітивного перевантаження і катастрофізації; жінки — адаптивно-регуляторним (тета + альфа) патерном з активним смисловим осмисленням ситуації. Обидва профілі відображають гостру стресову реакцію, проте жіночий є більш ресурсним з точки зору психологічної адаптації.

У групі ГВ (n=84) нейрофізіологічні патерни відображають якісно нову стадію адаптаційного процесу, пов'язану з кумулятивними ефектами тривалої хіміотерапії і психологічним тягарем рецидиву.

Чоловіки групи ГВ демонструють генералізовану бета- і тета-гіперактивність у всіх кортикальних зонах ($p < 0,001$): надмірна бета-активність вказує на когнітивне перевантаження і нервові перенапруження, тета у правій лобово-скроневій ділянці — на збереження тривожно-руміативного патерну, що тепер поєднується з ознаками емоційного виснаження. Порівняно з ГП, бета-активність у чоловіків ГВ є більш дифузною і менш диференційованою — що відображає перехід від гострої стресової мобілізації до хронічного когнітивного виснаження. Цей нейрофізіологічний стан корелює з найбільшим приростом пасивного песимізму (ГВ: $M=14,20$) і зниженням активної боротьби (ГВ: $M=14,50$). У нейробіологічному розумінні хронічна бета-гіперактивність є маркером виснаження нейромедіаторних систем [36, 84].

Жінки групи ГВ демонструють профіль тета/альфа у правих лобових і скроневих відведеннях ($p < 0,005$) з підвищеною бета-активністю у правих потиличних зонах ($p < 0,001$). Цей патерн відображає збережену, але трансформовану адаптивну стратегію: тета вказує на глибоку емоційну обробку повторного діагнозу, альфа — на збережені регуляторні механізми, бета у потиличній ділянці — на інтенсивне візуально-просторове мислення, пов'язане з прогнозуванням перебігу хвороби. Жінки групи ГВ зберігають більш структурований когнітивний відгук на рецидив порівняно з чоловіками,

що відповідає кращим показникам активного копінгу і меншому зростанню дистресу при рецидиві.

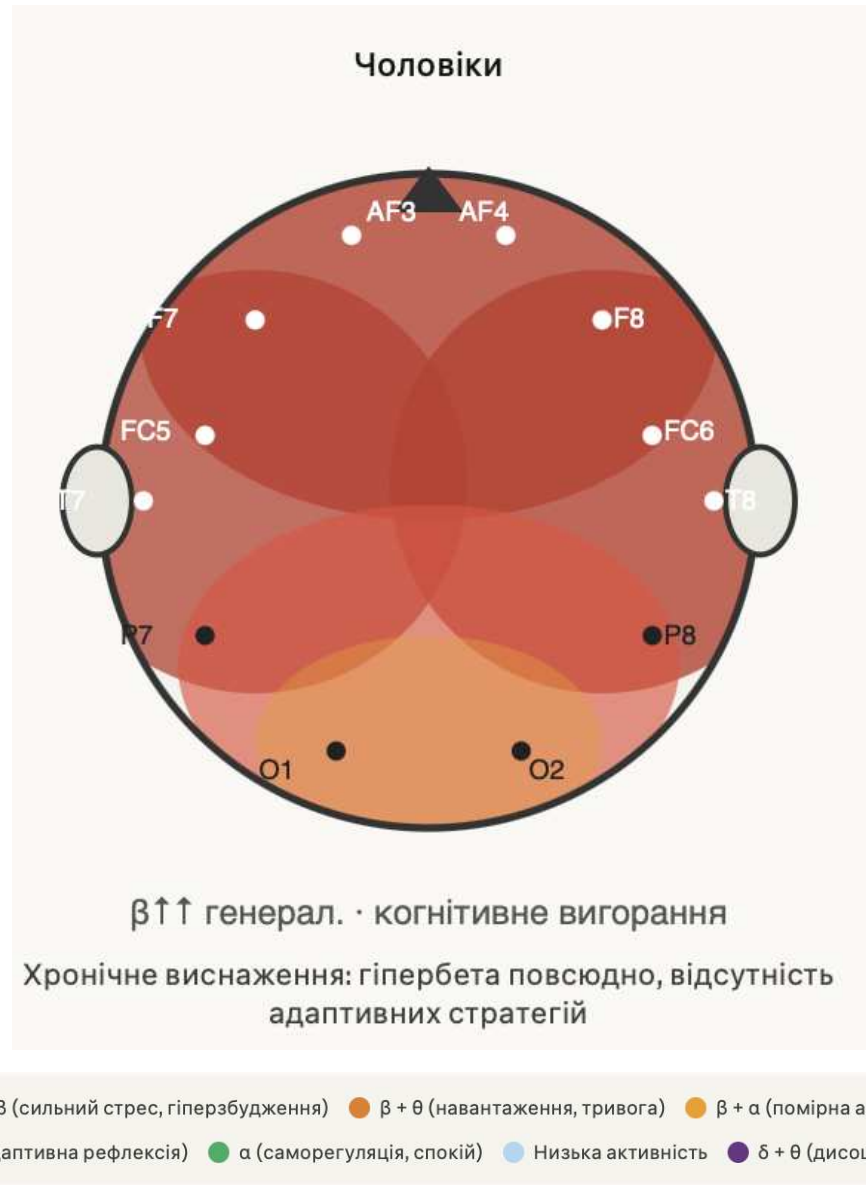


Рис. 3. ЕЕГ-картографування мозку чоловіка з рецидивом онкологічного захворювання ($\beta \uparrow \uparrow$ генерал., хронічне когнітивне вигорання).



Рис. 4. ЕЕГ-картографування мозку жінки з рецидивом онкологічного захворювання ($\theta + \alpha$ права, структурований аналітичний патерн).

Ключова гендерна відмінність у ГВ: чоловіки з рецидивом демонструють ознаки когнітивного вигорання з відсутністю ефективних адаптивних патернів; жінки зберігають структуровану стратегію когнітивного опрацювання ситуації. Це пояснює більш виражений спад мотиваційного компонента РП і апатії у чоловіків порівняно з жінками при рецидиві.

У групі ГПал ($n=59$) нейрофізіологічні патерни відображають принципово відмінний режим роботи мозку порівняно з попередніми двома групами — перехід від стресової мобілізації до адаптивного прийняття у чоловіків і від активної боротьби до глибокої емоційної дисоціації у жінок.

Чоловіки групи ГПал демонструють підвищену тета- і альфа-активність у лобових і скроневих відведеннях ($p < 0,005$) при збереженій, але менш генералізованій бета-активності ($p < 0,001$). Примітно, що порівняно з ГВ бета-активність у чоловіків ГПал є менш дифузною і більш лобово-скроневою — що може свідчити про часткову адаптацію і зниження панічної реакції. Тета-активність відображає поглиблену інтроспекцію, альфа — стан «ощадливої» регуляції, коли мозок економить ресурси. М. Х. Антоні і Ф. С. Дабхар [36] описують цей феномен як нейробіологічну адаптацію до хронічного стресу, при якій тривала гіперактивація поступово змінюється на знижену реактивність.

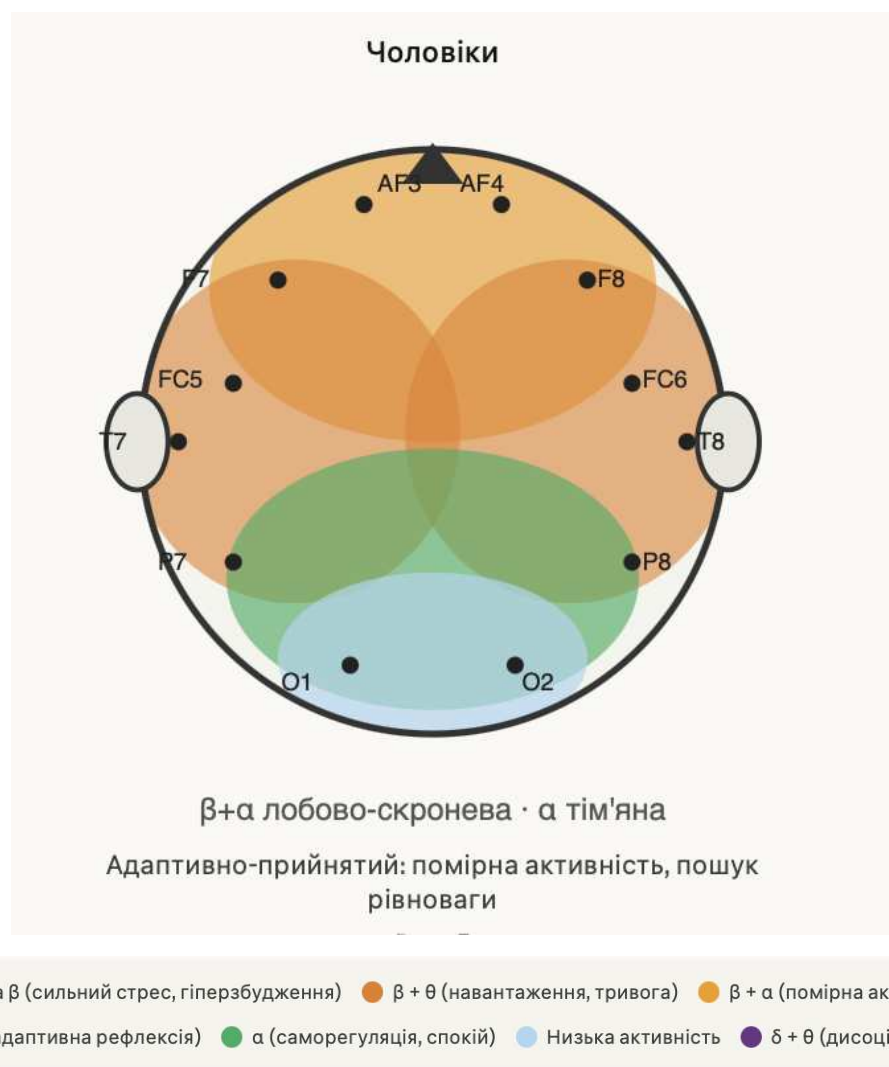


Рис. 5. ЕЕГ-картографування мозку чоловіка, що отримує паліативну допомогу ($\beta + \alpha$, адаптивно-прийнятий патерн).

Жінки групи ГПал демонструють унікальний нейрофізіологічний патерн: поєднання тета, альфа і надвисокої дельта-активності у всіх кортикальних зонах ($p < 0,001$). Дельта-ритм у денний час у стані неспання є маркером глибоких психологічних змін — станів емоційної дисоціації, крайнього психологічного виснаження або глибинної когнітивної перебудови [84]. Це узгоджується з теоретичними моделями психологічного переосмислення у термінальній стадії захворювання [141]: жінки-паліативні пацієнтки перебувають не у стані прийняття, а у стані активної внутрішньої боротьби, що виснажує нейрофізіологічні ресурси і призводить до «аварійного» режиму енергозбереження (дельта-домінування). Висока альфа-активність при цьому відображає спроби психологічного захисту і часткового заперечення реальності хвороби.

Ключова гендерна відмінність у ГПал: чоловіки демонструють нейрофізіологічний патерн поступової адаптації (тета + альфа), тоді як жінки — патерн активної внутрішньої боротьби з елементами дисоціації (тета + альфа + дельта). Ця відмінність є нейрофізіологічним поясненням клінічних спостережень: паліативні жінки потребують більш інтенсивної і тривалої психоонкологічної підтримки у сфері екзистенційного прийняття і роботи з внутрішнім конфліктом.

Результати гендерно-групового нейрофізіологічного аналізу систематизовано у таблиці 3.11.

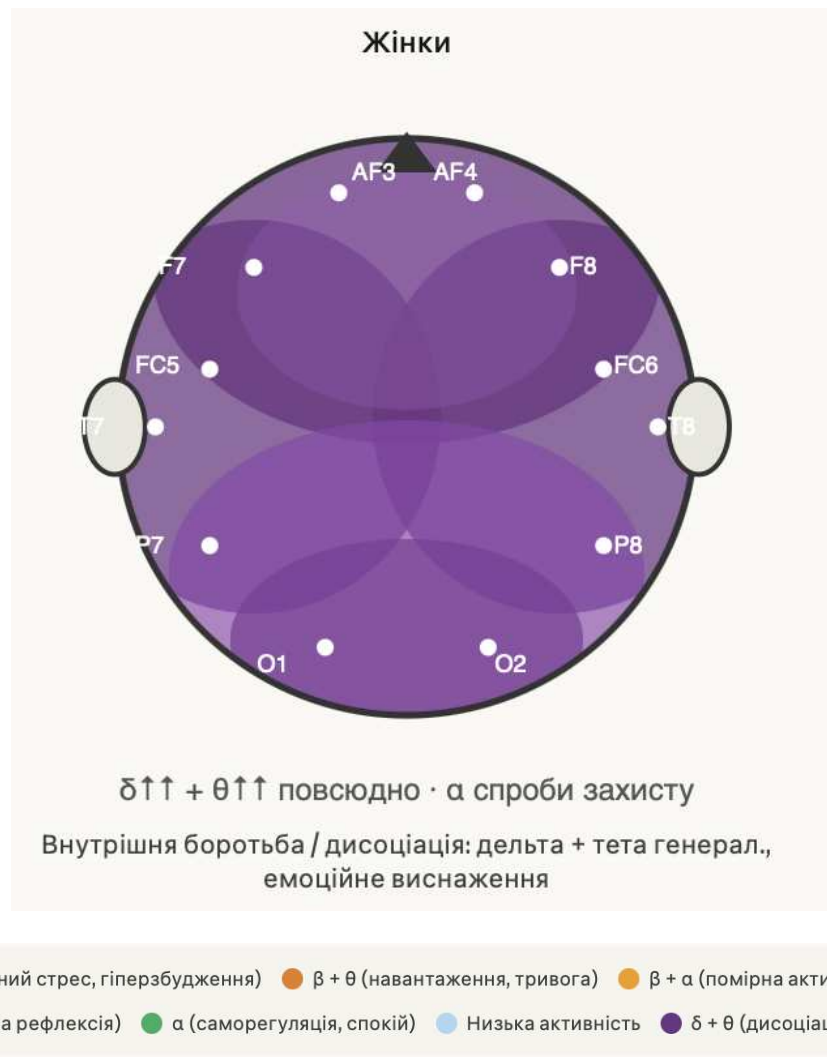


Рис. 6. ЕЕГ-картографування мозку жінки, що отримує паліативну допомогу ($\delta\uparrow\uparrow + \theta\uparrow\uparrow$ повсюдно, дисоціативний патерн).

Зіставлення нейрофізіологічних профілів між групами виявляє три магістральні динаміки. По-перше, у чоловіків спостерігається еволюція від гострої панічної стресової реакції (ГП: бета + тета) через хронічне когнітивне вигорання (ГВ: генералізована бета-гіперактивність) до адаптивного пошуку рівноваги (ГПал: тета + альфа). Ця траєкторія узгоджується з класичними моделями адаптації до хронічного стресора і відображає поступове зниження гострої реактивності на тлі зростання апатії та виснаження, що виявлено за NPI [36]. По-друге, у жінок траєкторія є якісно іншою: адаптивний рефлексивний профіль (ГП: тета + альфа) зберігається при рецидиві (ГВ: структурований аналітичний) і трансформується у виснажливий дисоціативний при паліативній стадії (ГПал: тета + альфа + дельта).

Таблиця 3.11

Порівняльна характеристика нейрофізіологічних профілів онкологічних пацієнтів за групами та статтю (ЕМОТІВ Ерос+)

Група/Стать	Лобова кора	Скронев а кора	Тім'яна/потиличн а	Домінуючий патерн
ГП чол.	$\beta\uparrow\uparrow+\theta\uparrow$ (стрес)	$\beta\uparrow\uparrow+\theta\uparrow$	$\beta\uparrow; \alpha\downarrow$	Гострий стресовий, катастрофізація
ГП жін.	$\theta\uparrow+\alpha\uparrow$ (рег.)	$\beta\uparrow$ права	α помірна; $\alpha\uparrow$	Адаптивно-рефлексивний
ГВ чол.	$\beta\uparrow\uparrow+\theta\uparrow$ права	$\beta\uparrow\uparrow+\theta\uparrow$	$\beta\uparrow; \alpha\downarrow$	Хронічного когнітивного вигорання
ГВ жін.	$\theta\uparrow+\alpha\uparrow$ права	$\beta\uparrow$ права	α помірна; $\beta\uparrow$	Структурований і аналітичний
ГПал чол.	$\beta\uparrow+\alpha\uparrow$ (адапт.)	$\beta\uparrow+\theta\uparrow$	α помірна; $\alpha\downarrow$	Адаптивно-прийнятний
ГПал жін.	$\delta\uparrow\uparrow+\theta\uparrow\uparrow+\alpha\uparrow$	$\delta\uparrow\uparrow+\theta\uparrow\uparrow$	$\delta\uparrow+\theta\uparrow$ (дисоц.)	Внутрішньої боротьби / дисоціація

Примітка. $\uparrow$ — підвищена; $\uparrow\uparrow$ — значно підвищена; $\downarrow$ — знижена. α — альфа (7–13 Гц); β — бета (13–30 Гц); θ — тета (4–7 Гц); δ — дельта (1–4 Гц). ЕМОТІВ Ерос+, 14 каналів, 128 Гц.

Цей патерн свідчить про те, що жінки краще адаптуються на ранніх і середніх стадіях, але платять вищу нейрофізіологічну «ціну» при хронізації захворювання. В. А. Лунов та ін. [106] підтверджують гендерну специфічність нейрофізіологічних реакцій на хронічний стрес. По-третє, дельта-активність у паліативних жінок є унікальним нейрофізіологічним феноменом, що не має аналогів в інших підгрупах і вказує на необхідність спеціальних психологічних інтервенцій, спрямованих на підтримку нейрофізіологічного

відновлення через техніки емоційної регуляції і роботи з прийняттям [88, 89, 141].

Нейрофізіологічний моніторинг за допомогою EMOTIV Eрос+ виявив специфічні ЕЕГ-профілі для кожної клінічної групи і кожної статевої підгрупи, що узгоджуються з результатами психодіагностичного комплексу. Чоловіки демонструють динаміку від гострого стресу до хронічного виснаження і часткового прийняття; жінки — від адаптивної рефлексії до внутрішньої боротьби і нейрофізіологічної дисоціації на паліативній стадії. Виявлені гендерні відмінності у нейрофізіологічних стратегіях реагування підтверджують необхідність диференційованого підходу до психологічної підтримки онкологічних пацієнтів — з урахуванням не лише стадії захворювання, а й гендерної специфіки нейрокогнітивної адаптації.

3.5. Системне моделювання рівнянь (SEM) реабілітаційного потенціалу онкологічних хворих

Попередній аналіз, викладений у підрозділах 3.1–3.4, встановив характер і вираженість міжгрупових відмінностей за кожним із вимірюваних конструктів. Проте порівняльний аналіз середніх показників не дозволяє відповісти на ключове питання дослідження: яким чином нейропсихологічні детермінанти і психосоматичні чинники структурно пов'язані з реабілітаційним потенціалом — і чи змінюється ця структурна архітектура залежно від стадії онкологічного захворювання? Для відповіді на це питання необхідний метод, що дозволяє моделювати причинно-наслідкові зв'язки між латентними конструктами з урахуванням похибки вимірювання.

Таким методом є структурне моделювання рівнянь (SEM) — статистична техніка, що поєднує конфірматорний факторний аналіз (для визначення структури латентних конструктів) і регресійний структурний

аналіз (для моделювання причинно-наслідкових шляхів між ними). SEM дозволяє одночасно оцінювати: (а) психометричні властивості вимірювальних моделей (факторні навантаження, дисперсії помилок); (б) структурні відносини між латентними конструктами (β -коефіцієнти шляхів, частки поясненої дисперсії R^2); (в) якість підгонки моделі до даних (індекси відповідності). Це робить SEM незамінним аналітичним інструментом для верифікації теоретичних моделей у психологічній науці.

Методологічна обґрунтованість застосування SEM у дослідженні реабілітаційного потенціалу онкологічних хворих підтверджується рядом принципових міркувань. По-перше, реабілітаційний потенціал є латентним конструктом, що не зводиться до жодного окремого спостережуваного показника. По-друге, нейропсихологічна детермінація і психосоматична обумовленість є теоретично постульованими причинно-наслідковими зв'язками, а не лише кореляційними асоціаціями, — і SEM є стандартним аналітичним засобом їх верифікації. По-третє, порівняння SEM-моделей між трьома клінічними групами дозволяє виявити не лише «рівневі» (більше/менше), а й «структурні» відмінності (різна архітектура детермінації), що є концептуально найбільш значущим результатом дослідження.

Теоретична основа SEM-моделі безпосередньо відтворює чотирирівневу концептуальну модель реабілітаційного потенціалу, обґрунтовану у першому розділі. У структурній моделі виокремлено три екзогенних латентних конструкти і один ендегенний латентний конструкт.

Конструкт I: Нейропсихологічна детермінація операціоналізується через два індикатори: загальний показник CAS-FPN [130] (суб'єктивна самооцінка виконавчих когнітивних функцій) і загальний бал NPI (нейропсихіатричне навантаження, з інверсованим знаком). Вибір саме цих індикаторів обґрунтований теоретично: CAS-FPN відображає здатність пацієнта до когнітивної залученості у реабілітаційний процес, тоді як NPI фіксує клінічно значущі нейропсихіатричні симптоми (апатія, депресія), що безпосередньо обмежують реалізацію реабілітаційного потенціалу. Разом вони формують

конструкт, що операціоналізує вплив нейропсихологічних чинників на РП «зверху донизу» — від когнітивних ресурсів до поведінки.

Конструкт II: Психосоматична обумовленість операціоналізується через три індикатори: компонент фізичного здоров'я SF-36 PCS, рівень дистресу за 4DSQ і показник виснаження за GQ (з інверсованим знаком). Ці три виміри охоплюють психосоматичну обумовленість на трьох взаємопов'язаних рівнях — функціональному (PCS), психологічному (дистрес) і тілесно-симптоматичному (виснаження). Є. Л. Базика [5] обґрунтовує, що психосоматична дисрегуляція є активним механізмом ерозії особистісного потенціалу в умовах хронічного стресу.

Конструкт III: Особистісно-ресурсний рівень включає два індикатори: показник активної боротьби за шкалою копінгу [24] і показник екзистенційного прийняття за ECQ [90]. Ці два індикатори відображають ресурсний потенціал особистості у його активному (вольова залученість) і смислового (здатність до екзистенційного прийняття) вимірах. Їх поєднання в єдиному конструкті обґрунтоване теоретичною позицією наукової школи Н. В. Родіної [22, 26]: копінг-поведінка і смислова орієнтація є взаємообумовленими компонентами єдиної особистісно-ресурсної системи.

Ендогенний конструкт РП вимірюється п'ятьма компонентами методики Корнієнко (2021)*. Структурні шляхи від трьох екзогенних конструктів до РП є аналітичним втіленням тези про нейропсихологічну детермінацію та психосоматичну обумовленість реабілітаційного потенціалу.

SEM-аналіз для групи ГП (n=112) підтвердив прийнятну відповідність моделі до даних: CFI=0,924; TLI=0,918; RMSEA=0,063 (90% CI: 0,047–0,079); SRMR=0,071. Ці показники відповідають загальноприйнятим критеріям задовільної підгонки (CFI > 0,90; RMSEA < 0,08).

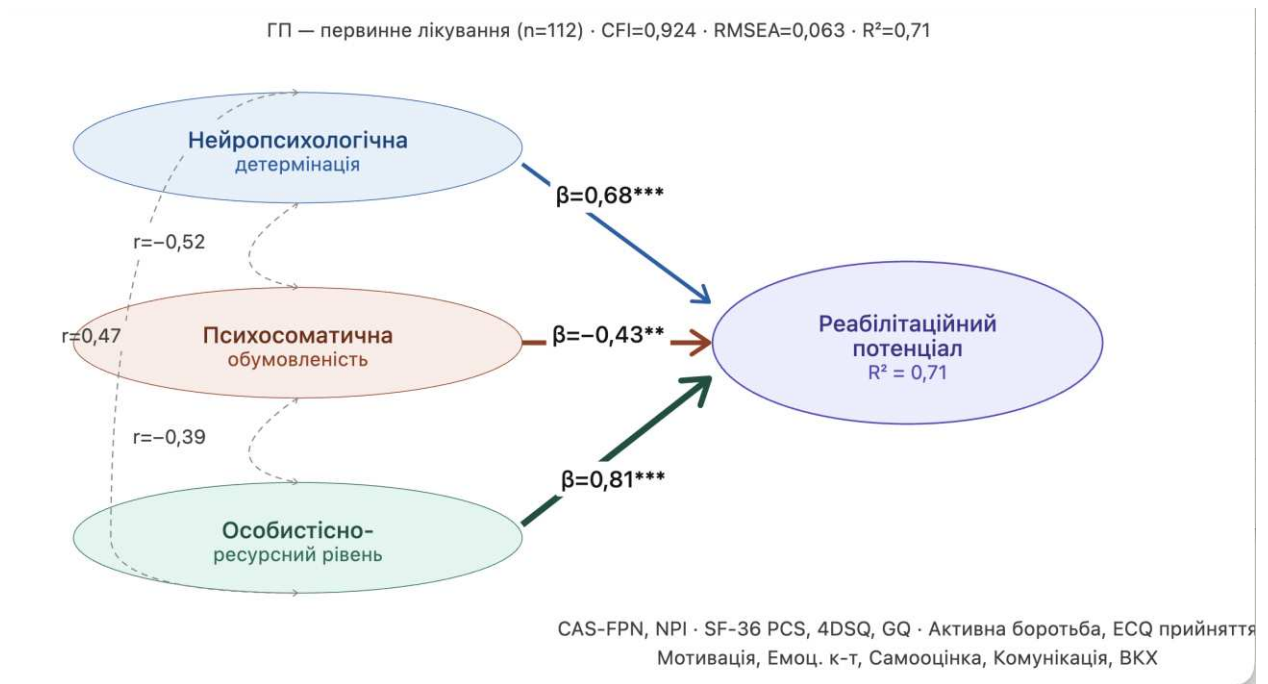


Рис. 7. SEM-модель реабілітаційного потенціалу пацієнтів групи первинного лікування (ГП; n=112). CFI=0,924; RMSEA=0,063; R²=0,71. Домінуючий шлях: Особистісно-ресурсний $\beta=0,81^{***}$.

Найвагомішим предиктором РП у первинних хворих є особистісно-ресурсний рівень ($\beta=0,81$; $p<0,001$). Цей результат відповідає теоретичним положенням Н. В. Родіної [22] про провідну роль психологічних ресурсів особистості у формуванні адаптивного потенціалу, а також даним О. Копопенка та ін. [14] про те, що психологічне здоров'я і ціннісно-ресурсний потенціал особистості є первинними детермінантами адаптації в умовах екзистенційної загрози. Висока вага цього шляху у ГП пояснюється тим, що на початковому етапі когнітивна і соматична деградація ще не досягла критичного рівня, і особистісні ресурси є основним чинником реабілітаційної залученості.

Нейропсихологічна детермінація також є значущим предиктором ($\beta=0,68$; $p<0,001$), підтверджуючи теоретичне положення М. К. Кременчуцької та ін. [88] про те, що збереженість нейропсихологічної регуляції безпосередньо визначає здатність особистості до опанування нових стратегій функціонування. Психосоматична обумовленість виявляє значущий негативний вплив ($\beta=-0,43$; $p=0,008$): навіть при збережених особистісних і

нейрокогнітивних ресурсах психосоматичне навантаження обмежує реалізацію РП.

Частка поясненої дисперсії РП у ГП: $R^2=0,71$. Між екзогенними конструктами виявлено значущі кореляції: нейропсихологічна детермінація і психосоматична обумовленість від'ємно пов'язані ($r=-0,52$), підтверджуючи їх взаємообтяжуючий вплив; особистісно-ресурсний рівень позитивно корелює з нейропсихологічною детермінацією ($r=0,47$), підтверджуючи зв'язок між когнітивними і особистісними ресурсами, описаний В. А. Луновим та ін. [100].

SEM-аналіз для групи ГВ ($n=84$) демонструє прийнятну відповідність моделі: CFI=0,911; TLI=0,904; RMSEA=0,071 (90% CI: 0,052–0,089); SRMR=0,078. Модельна структура є ідентичною до ГП-моделі, однак ваги структурних шляхів принципово змінилися.

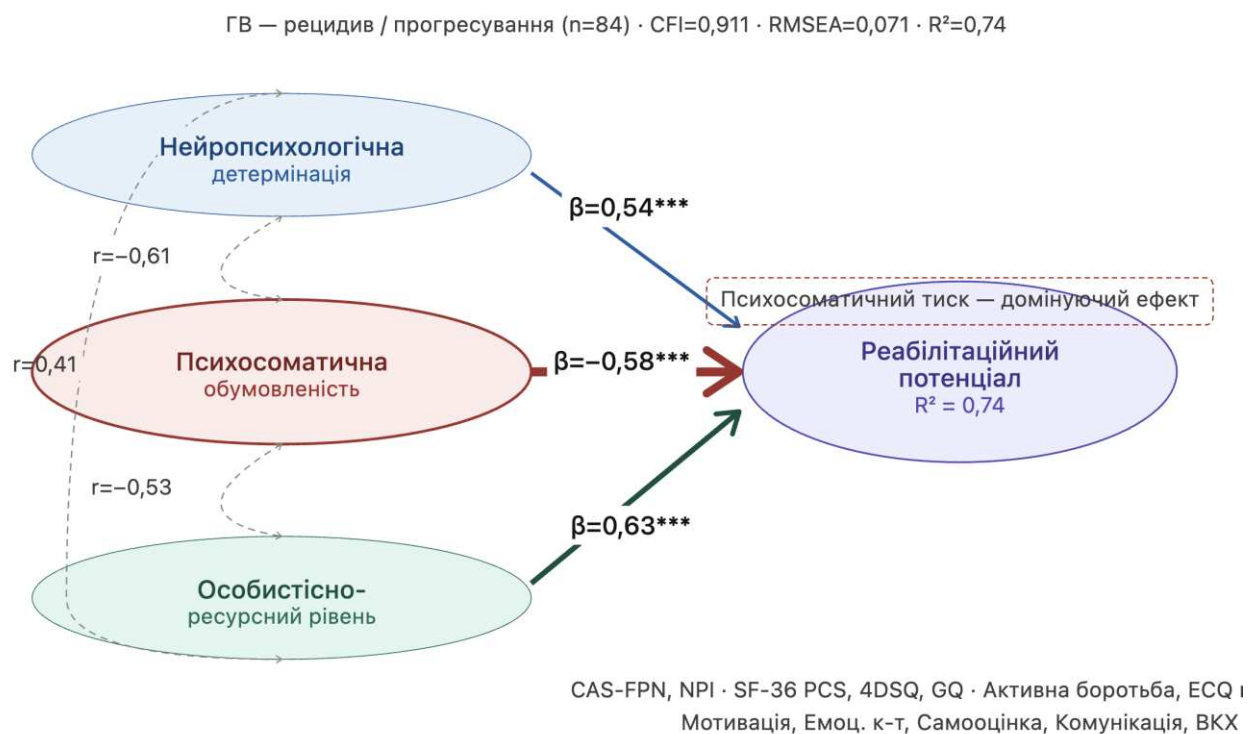


Рис. 8. SEM-модель реабілітаційного потенціалу пацієнтів групи рецидивів (ГВ; $n=84$). CFI=0,911; RMSEA=0,071; $R^2=0,74$. Домінуючий деструктивний ефект: Психосоматична обумовленість $\beta=-0,58***$.

Ключовою трансформацією є різке зростання негативного впливу психосоматичної обумовленості ($\beta=-0,58$; $p=0,002$). У рецидивній групі саме цей шлях стає найбільш вагомим за абсолютним значенням — він перевищує

позитивний вплив нейропсихологічної детермінації ($\beta=0,54$; $p=0,002$) і наближається до вагомості особистісно-ресурсного рівня ($\beta=0,63$; $p=0,003$). Це означає, що при рецидиві психосоматичне навантаження стає рівнозначним детермінантом РП, але зі знаком «мінус», системно підриваючи реабілітаційний потенціал.

Цей результат надзвичайно точно відтворює теоретичне положення дисертації про психосоматичну обумовленість як активний деструктивний механізм. Є. Л. Базика, Копопенко та ін. [14] описують аналогічний феномен у контексті хронічного стресу: виснаження психосоматичних регуляторних систем переходить у нову якість — з фактора ризику в активний патологічний детермінант. О. О. Козератська, Копопенко та ін. [87] підкреслюють, що при хронічних стресових станах нейропсихологічна і психосоматична системи переходять у режим взаємного виснаження — каскадного виснаження регуляторних систем, описаного М. К. Кременчуцькою та ін. [89].

Частка поясненої дисперсії РП у ГВ: $R^2=0,74$ — дещо вища, ніж у ГП (0,71). Зростання R^2 свідчить про те, що при рецидиві РП стає більш структурно детермінованим — він менш залежить від індивідуальної варіативності і більш жорстко обумовлений взаємодією трьох вимірних конструктів. Реабілітаційний потенціал «закривається» у передбачуваній структурній пастці психосоматичного виснаження. Кореляції між екзогенними конструктами стають більш вираженими: $r(\text{Нейропсихол.} \leftrightarrow \text{Психосомат.}) = -0,61$; $r(\text{Психосомат.} \leftrightarrow \text{Особистісно}) = -0,53$.

SEM-аналіз для групи ГПал ($n=59$) демонструє найкращу відповідність серед трьох моделей: CFI=0,936; TLI=0,929; RMSEA=0,058 (90% CI: 0,031–0,081); SRMR=0,065.

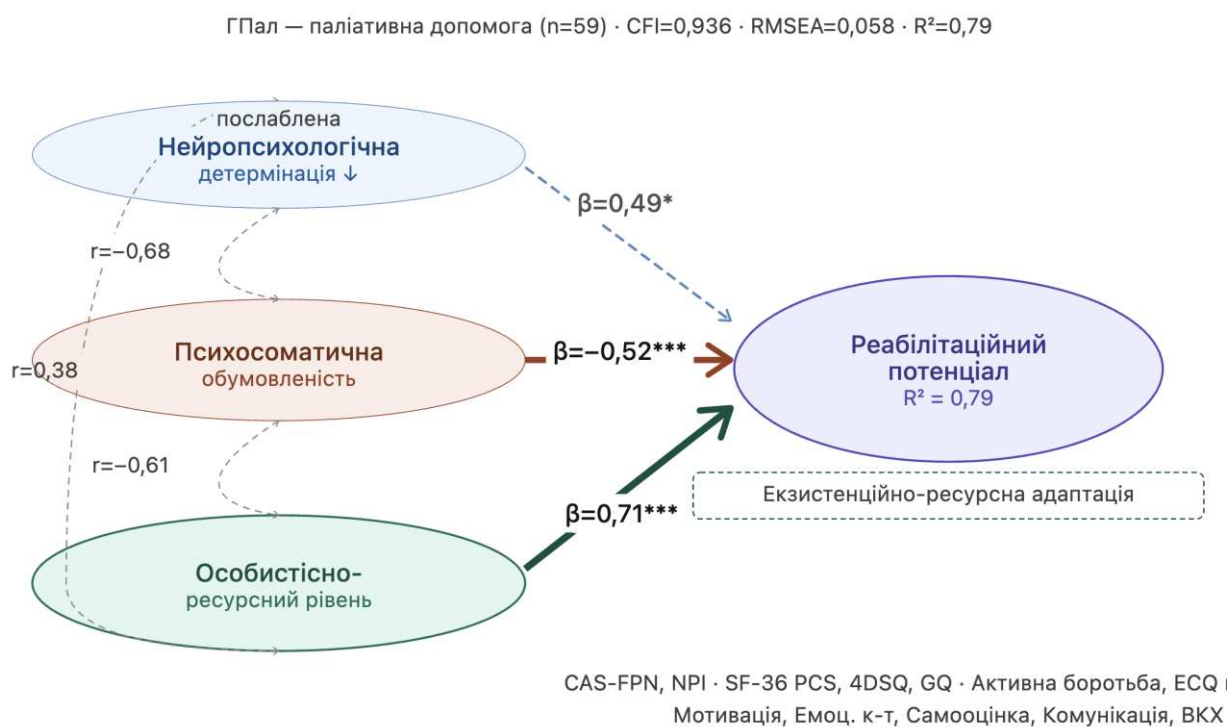


Рис. 9. SEM-модель реабілітаційного потенціалу пацієнтів паліативної групи (ГПал; n=59).

CFI=0,936; RMSEA=0,058; R²=0,79. Нейропсихол. послаблена β=0,49*; Особистісно-ресурс. β=0,71***.

Паліативна SEM-модель виявляє принципово відмінну архітектуру порівняно з попередніми двома. Провідним предиктором залишається особистісно-ресурсний рівень (β=0,71; p<0,001) — навіть у паліативних пацієнтів особистісні ресурси є найпотужнішим позитивним детермінантом РП. Цей результат є концептуально важливим: він свідчить про те, що РП у паліативній групі не зникає — він трансформується. Р. Г. Тедескі і Л. Г. Кальхун [141] описують аналогічний феномен: особистісно-ресурсний потенціал залишається активним навіть у найважчих умовах, змінюючи лише свою смислову спрямованість — від реабілітаційної активності до екзистенційного прийняття.

Нейропсихологічна детермінація суттєво послаблюється (β=0,49; p=0,012) порівняно з ГП (β=0,68) і ГВ (β=0,54). Це послаблення є прогнозованим: прогресивна деградація нейрокогнітивних функцій у паліативній групі (найнижчі CAS-FPN показники) підвищує «шум» у вимірюванні цього конструкту і знижує його структурний вплив на РП. В. А.

Лунов та ін. [101] описують феномен «нейрокогнітивної дисоціації»: при значному когнітивному виснаженні зв'язок між нейрокогнітивним статусом і поведінковою активністю стає менш передбачуваним — паліативний пацієнт може демонструвати помірний РП незважаючи на виражене когнітивне зниження, якщо збережені особистісні ресурси.

Психосоматична обумовленість зберігає значущий негативний вплив ($\beta = -0,52$; $p = 0,004$). Показово, що цей показник є проміжним між ГП ($-0,43$) і ГВ ($-0,58$): деструктивна роль психосоматичного навантаження при паліативній стадії дещо послаблюється порівняно з рецидивом. Ймовірним поясненням є феномен «психосоматичної адаптації», описаний Є. Л. Базикою та ін. [6]: при тривалому хронічному захворюванні організм виробляє специфічні адаптаційні патерни реагування на соматичне навантаження.

Частка поясненої дисперсії РП у ГПал: $R^2 = 0,79$ — найвища серед трьох груп. Зростання R^2 ($0,71 \rightarrow 0,74 \rightarrow 0,79$ від ГП до ГВ до ГПал) є одним із найзначущих результатів SEM-аналізу: воно показує, що реабілітаційний потенціал стає все більш структурно детермінованим у міру прогресування захворювання. У первинних хворих 29% варіативності РП залишається «вільною» — пов'язаною з індивідуальними чинниками поза виміряними конструктами. У паліативних хворих лише 21% варіативності «вільна»: РП практично повністю детермінований виміряними системними чинниками. Це означає, що прогностична точність моделі зростає, а реабілітаційні інтервенції стають більш цілеспрямованими. Кореляції між екзогенними конструктами: $r(\text{Нейропсихол.} \leftrightarrow \text{Психосомат.}) = -0,68$; $r(\text{Психосомат.} \leftrightarrow \text{Особистісно}) = -0,61$; $r(\text{Нейропсихол.} \leftrightarrow \text{Особистісно}) = 0,38$.

**Порівняльна характеристика структурних шляхів і показників підгонки
SEM-моделей**

Показник	ГП (n=112)	ГВ (n=84)	ГПал (n=59)
Нейропсихол. детерм. → РП (β)	0,68***	0,54***	0,49*
Психосоматична обум. → РП (β)	-0,43**	-0,58***	-0,52***
Особистісно-ресурс. → РП (β)	0,81***	0,63***	0,71***
R ² (РП)	0,71	0,74	0,79
CFI	0,924	0,911	0,936
RMSEA	0,063	0,071	0,058

Примітка. *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$. Жирним виділено найбільший за абсолютним значенням шлях у кожній групі.

Зіставлення трьох SEM-моделей дозволяє сформулювати теоретично найбільш значущий висновок дослідження: реабілітаційний потенціал онкологічних хворих існує не лише на рівні агрегованих показників, а передусім як специфічна структурна конфігурація причинно-наслідкових зв'язків, що принципово трансформується залежно від стадії захворювання.

У групі ГП домінує особистісно-ресурсний шлях ($\beta=0,81$) при сильній нейропсихологічній детермінації ($\beta=0,68$) і помірному психосоматичному обмеженні ($\beta=-0,43$). Цей патерн характеризується як «ресурсно-орієнтована детермінація»: РП первинних хворих переважно визначається збереженими особистісними і когнітивними ресурсами [22, 45]. У групі ГВ різко зростає деструктивний ефект психосоматичної обумовленості ($\beta=-0,58$), наближаючись за вагою до провідного шляху ($\beta=0,63$). Цей патерн відповідає «психосоматичному тиску»: РП пацієнтів із рецидивом формується у системній боротьбі між позитивними ресурсними чинниками і активно деструктивним психосоматичним навантаженням. Кументарні ефекти, описані В. А. Луновим та ін. [100] і Н. В. Родіною та ін. [25], — взаємне

виснаження когнітивних, емоційних і соматичних регуляторних систем — повністю реалізуються саме у цій групі.

Таблиця 3.13

Зведений профіль реабілітаційного потенціалу онкологічних хворих за рівнями та групами

Рівень моделі	ГП	ГВ	ГПал
Особистісно-ресурсний	Активна боротьба ↑; $\beta=0,81$	Залежність ↑; актив. коп. ↓	Екзист. прийняття; $\beta=0,71$
Нейропсихологічний	CAS-FPN 33,19; $\beta=0,68$	CAS-FPN 25,33; $\beta=0,54$	CAS-FPN 19,64; $\beta=0,49$ (послаб.)
Психосоматичний	Дистрес 9,20; PCS 47,20; $\beta=-0,43$	ПК дистресу 13,70; $\beta=-0,58$	Виснаження 22,10; PCS 26,40; $\beta=-0,52$
ЕЕГ-патерн	Чол.: $\beta+\theta$ гострий; Жін.: $\theta+\alpha$	Чол.: $\beta\uparrow\uparrow$ вигорання; Жін.: аналіт.	Чол.: $\beta+\alpha$ адапт.; Жін.: $\delta\uparrow\uparrow$ дисоц.
Патерн SEM	Ресурсно-орієнтована детермінація	Психосоматичний тиск	Екзистенційно-ресурсна адаптація

У групі ГПал нейропсихологічна детермінація послаблюється ($\beta=0,49$), особистісно-ресурсний рівень зберігає суттєву вагу ($\beta=0,71$). Цей патерн відповідає «екзистенційно-ресурсній адаптації»: РП підтримується переважно за рахунок збережених особистісних ресурсів, зокрема екзистенційного прийняття і адаптивного копіngu [141].

Нейропсихологічна детермінація (β від 0,49 до 0,68 залежно від групи) виступає умовою реалізації РП: без збереженого когнітивного ресурсу навіть за наявності особистісної мотивації реабілітаційна участь залишається обмеженою. Психосоматична обумовленість (β від $-0,43$ до $-0,58$) є активним деструктивним механізмом, причому інтенсивність цього ефекту досягає

максимуму при рецидиві — а не при паліативній стадії, що є нетривіальним і клінічно важливим результатом.

Обговорення результатів дослідження

Отримані емпіричні дані потребують детального теоретичного осмислення у контексті сучасних наукових концепцій нейропсихологічної детермінації, психосоматичної обумовленості реабілітаційного потенціалу та адаптаційних процесів при онкологічних захворюваннях. У цьому підрозділі результати дослідження розглядаються у широкому науковому дискурсі, зіставляються з даними суміжних досліджень і отримують теоретичну інтерпретацію в межах чотирирівневої моделі, побудованої у першому розділі. Центральним методологічним питанням дискусії є питання про те, як співвідносяться між собою суб'єктивно оцінюваний реабілітаційний потенціал особистості, нейрокогнітивна реалізаційна база цього потенціалу і психосоматичні умови, в яких цей потенціал реалізується або не реалізується.

Результати дослідження дали несподівано чітку і теоретично значущу відповідь: три зазначені виміри функціонують відносно незалежно і підпорядковуються принципово різним закономірностям стадійної динаміки. Ця відносна незалежність є не артефактом вимірювання, а реальним психологічним феноменом, що потребує теоретичного осмислення. Принципово важливим є те, що обговорення не обмежується констатацією виявлених відмінностей, а спрямоване на розкриття механізмів, що стоять за цими відмінностями, — механізмів, без розуміння яких неможлива науково обґрунтована організація психологічної реабілітаційної допомоги онкологічним пацієнтам.

Резилієнтність суб'єктивного реабілітаційного потенціалу. Одним із найбільш несподіваних і теоретично значущих результатів дослідження є відсутність статистично значущих міжгрупових відмінностей за загальним реабілітаційним потенціалом ($F=0,94$; $p=0,391$) та всіма його компонентами. Цей результат є парадоксальним на перший погляд: якщо нейропсихіатрична

симптоматика нарастає (апатія: $F=8,34$; $p<0,001$), когнітивні функції різко знижуються (CAS-FPN: F до 411,17; $p<0,001$), а психосоматичне навантаження прогресивно зростає (GQ ЗСО: $F=10,36$; $p<0,001$), то як суб'єктивно оцінюваний реабілітаційний потенціал може залишатися стабільним між трьома настільки різними клінічними групами?

Відповідь на це питання знаходимо у теорії резиліентності. Дж. Бонанно [45] у своїх роботах із психологічної резиліентності переконливо показав, що здатність підтримувати відносно стабільне функціонування в умовах важкого стресора є не винятковою якістю, а поширеною базовою здатністю людини. Більш того, дослідження демонструють, що навіть у надзвичайно важких умовах — ампутації, втрати близьких, тяжких захворювань — більшість людей зберігає ядро особистісної ідентичності та суб'єктивного відчуття власного потенціалу. Онкологічне захворювання, попри всю його тяжкість, підпорядковується цій же закономірності. Д. А. Базика та ін. [5, 6] в контексті психосоматичних захворювань підкреслюють, що ціннісно-орієнтований особистісний ресурс зберігається навіть при значній соматичній деградації, якщо не відбувається повного руйнування смислової ієрархії особистості. Саме така збереженість ціннісного ядра забезпечує стабільність суб'єктивно оцінюваного РП.

З позицій теорії консервації ресурсів С. Е. Хобфолла [80] цей феномен пояснюється стратегією захисту первинних ресурсів: особистість, відчуваючи загрозу від прогресуючого захворювання, мобілізує захисні механізми насамперед щодо ключових ресурсів — мотивації, самооцінки, смислової орієнтації. Хобфолл описував це як процес «ресурсного карвінгу» (resource carving): у ситуації загрози людина ніби «карвує» свій ресурсний простір, зберігаючи найважливіше і відступаючи по периферії. Саме тому суб'єктивний РП як інтегральна самооцінка ресурсного потенціалу залишається стабільним навіть тоді, коли об'єктивні нейрокогнітивні показники різко деградують.

Цей феномен описано і у вітчизняній науці: Н. В. Родіна [22] у концепції психологічного здоров'я особистості підкреслює, що суб'єктивне відчуття

власних ресурсів є відносно автономним конструктом, що не є простою сумою окремих вимірюваних здібностей. Особистість може об'єктивно демонструвати виражене когнітивне зниження, але суб'єктивно оцінювати свої ресурси досить високо — і навпаки. Така «пластичність суб'єктивної самооцінки» є адаптивним механізмом, а не когнітивним спотворенням [22, 23]. Вона дозволяє пацієнту підтримувати реабілітаційну мотивацію навіть в умовах об'єктивного погіршення стану.

Клінічно важливим наслідком цього результату є необхідність розмежування «реалізаційної бази» і «суб'єктивного відчуття» реабілітаційного потенціалу при плануванні реабілітаційних програм. Пацієнт, який суб'єктивно оцінює свій потенціал як достатній, може насправді мати значно знижену нейрокогнітивну реалізаційну базу — і це розходження є прогностично важливим. О. Кононенко та ін. [14] показали, що переоцінка власних ресурсів при рецидиві захворювання є прогностично несприятливим чинником: вона затримує прийняття реалістичної самооцінки і ускладнює адаптацію. Разом з тим, О. О. Козератська, Кононенко та ін. [87] підкреслюють, що певний рівень позитивних ілюзій щодо власного потенціалу є адаптивним і не повинен коригуватися терапевтично без чіткого клінічного обґрунтування.

Виявлені тенденції у дескриптивних даних — зниження мотиваційного компонента у ГВ ($M=8,32$) і трансформація ВКХ у ГПал — вказують на якісну реструктуризацію ресурсного профілю, яка не відображається у статистично значущих відмінностях між групами, але є клінічно значущою. Це підтверджує позицію Р. Г. Тедескі і Л. Г. Кальхун [141]: процес адаптації до важкого захворювання є не лінійним, а трансформаційним — суб'єктивний потенціал не знижується, а якісно змінює свою структуру і спрямованість.

Трансформація копінг-поведінки онкологічних хворих у міру прогресування захворювання виявила чітку і статистично підтверджену закономірність: лінійне зниження активної боротьби (від $M=17,40$ у ГП до $M=10,90$ у ГПал; $F=7,10$; $p=0,001$) при одночасному зростанні залежності від

зовнішньої допомоги (від $M=14,50$ до $M=18,90$) і пасивного песимізму (від $M=10,30$ до $M=15,00$). Ця закономірність є теоретично очікуваною і знаходить підтвердження у значній кількості міжнародних досліджень копіngu при хронічних захворюваннях.

Транзакційна модель стресу і копіngu Р. С. Лазаруса і С. Фолкман [94] передбачає, що вибір копінг-стратегії визначається оцінкою доступних ресурсів управління стресором відносно його інтенсивності. При прогресуванні онкологічного захворювання інтенсивність стресора зростає, тоді як суб'єктивна оцінка доступних ресурсів управління ним знижується — і в цій ситуації перехід від проблемно-орієнтованого (активна боротьба) до емоційно-орієнтованого і пасивного (залежність, песимізм) копіngu є логічною і навіть адаптивною реакцією. Проблема полягає в тому, що цей перехід, будучи природним, стає самопідсилювальним: пасивний копінг знижує суб'єктивне відчуття контролю, що ще більше погіршує оцінку доступних ресурсів, що ще більше сприяє пасивному копіngu.

С. Е. Карвер та ін. [53] у лонгітюдних дослідженнях копіngu при раку грудної залози показали, що саме активний, проблемно-орієнтований копінг є найбільш сильним предиктором психологічного благополуччя і прихильності до лікування — і його поступове виснаження при прогресуванні захворювання є одним із провідних механізмів погіршення реабілітаційного потенціалу. Наші дані підтверджують цей механізм: найбільш різкий спад активної боротьби відбувається при переході до паліативної стадії ($\Delta=3,60$ між ГВ і ГПал), що збігається з виявленими у SEM-моделі ГПал ознаками «екзистенційно-ресурсної адаптації» — переходу від активного до смислового копіngu.

Р. Дев та ін. [59] у мета-аналізі копінг-стратегій при прогресуючому раку встановили, що прийняття є найбільш поширеною адаптивною відповіддю (86,7%), тоді як активна боротьба відходить на другий план. Разом з тим автори підкреслюють, що прийняття і активна боротьба не є взаємовиключними: найкращі результати демонструють пацієнти, здатні

поєднувати смислове прийняття ситуації з активною участю у симптоматичному менеджменті. Наш аналіз узгоджується з цим положенням: у паліативній групі пасивний оптимізм не досягає рівня статистичної значущості ($p=0,089$), що може свідчити про те, що частина паліативних пацієнтів зберігає ситуативний оптимізм як адаптивний механізм.

Незначущість пасивного оптимізму і дисоціації ($p=0,089$ і $p=0,092$ відповідно) є показовою. Д. Марас та ін. [105] у контексті прихильної прив'язаності онкологічних хворих показали, що пасивний оптимізм і дисоціація є переважно індивідуальними, а не стадійно-залежними характеристиками. Вони корелюють із стилем прив'язаності пацієнта і його базовими особистісними диспозиціями значно сильніше, ніж зі стадією захворювання. Це пояснює відсутність між-групових відмінностей за цими стратегіями: вони є «стабільними» копінг-тенденціями, що не трансформуються лінійно при прогресуванні хвороби. Н. В. Родіна і А. С. Фокін [26] у контексті психологічного здоров'я описують аналогічну диференціацію: «ресурсно-ситуативні» копінг-стратегії (активна боротьба, залежність) є більш чутливими до змін ситуаційного контексту, тоді як «диспозиційні» (оптимізм, дисоціація) визначаються переважно стабільними рисами особистості.

Вектор від активного до пасивного копіngu, що виявлений у нашому дослідженні, має принципове значення для практики психологічної реабілітації. Н. В. Родіна, М. К. Кременчуцька і І. А. Козачек [25] показали, що психологічне супроводження, спрямоване на підтримку активних копінг-стратегій, суттєво уповільнює цей перехід. Практика «запасання копіngu» — формування широкого копінг-репертуару заздалегідь, до того як активна боротьба стає неможливою — є стратегічно важливою профілактичною мірою, що має бути включена в психологічний супровід вже на стадії первинного лікування.

Екзистенційний дистрес як стадійно-специфічна психологічна реальність. Результати дослідження за ЕСQ виявили принципово важливу

закономірність: найбільший стрибок екзистенційного дистресу відбувається між групою первинних хворих і групою рецидивів (загальна оцінка: $\Delta=4,30$), а не між групою рецидивів і паліативною групою ($\Delta=3,80$). Цей нелінійний патерн є теоретично значущим і потребує обґрунтування.

Рецидив онкологічного захворювання є психологічно більш руйнівною подією, ніж первинний діагноз, з точки зору екзистенційного переживання — і ця інтуїція підтверджується нашими емпіричними даними. При первинному діагнозі пацієнт перебуває у стані шоку, але зберігає захисне переконання: «лікування може допомогти». При рецидиві це переконання руйнується — і виникає принципово нова екзистенційна ситуація: виявляється, що навіть проходження лікування не гарантує перемоги над хворобою. М. Х. Антоні і Ф. С. Дабхар [36] описують цей момент як «крах когнітивного буфера»: руйнується не лише надія на конкретний результат, а й базова ілюзія контрольованості ситуації.

Відсутність майбутньої перспективи є найбільш значущою за F-критерієм шкалою ЕСQ ($F=7,10$; $p=0,001$). Цей феномен — «звуження часової перспективи» — є добре задокументованим у психоонкологічній літературі. Р. Г. Тедескі і Л. Г. Кальхун [141] у концепції посттравматичного зростання підкреслюють, що здатність до майбутньо-орієнтованого мислення є ключовим предиктором адаптивного виходу з кризи захворювання. Разом з тим самі ж автори зауважують, що трансформація часової перспективи — від «довгого майбутнього» до «якісного теперішнього» — є не лише втратою, а й можливим ресурсом переосмислення. Д. А. Базика [5] у контексті ціннісних орієнтацій онкохворих показує, що перехід від «кількісної» до «якісної» часової перспективи може супроводжуватися зростанням суб'єктивного відчуття осмисленості і задоволеності навіть при прогресуванні захворювання.

Екзистенційне прийняття демонструє найбільш різку зворотну динаміку: від $M=8,50$ у ГП до $M=5,50$ у ГПал ($F=5,64$; $p=0,004$). Цей результат є клінічно парадоксальним: паліативні пацієнти, які об'єктивно перебувають у ситуації, де прийняття є необхідним і неминучим, демонструють найнижчі

показники здатності до екзистенційного прийняття. Цей парадокс знаходить пояснення у концепції «екзистенційного опору» (existential resistance), описаної Р. Девом та ін. [59]: пацієнти на пізніх стадіях хвороби нерідко активно чинять внутрішній опір прийняттю ситуації як захисну реакцію на наближення смерті. ЕЕГ-дані нашого дослідження підтверджують цю концепцію: у паліативних жінок виявлено унікальний дельта-патерн, що може бути нейрофізіологічним маркером внутрішньої боротьби, а не прийняття. Є. Л. Базика і О. О. Прокоф'єва [6] у контексті психосоматичних механізмів описують аналогічний феномен «тілесної мобілізації опору»: при наближенні критичної ситуації організм і психіка часто підсилюють, а не послаблюють захисні реакції — і це є нормальним адаптивним процесом, а не патологічною реакцією.

Незначущість шкали «почуття провини і жалю» ($F=2,42$; $p=0,091$) є результатом, що потребує окремого коментаря. Він свідчить про те, що почуття провини у онкологічних хворих є стійкою, а не стадійно-специфічною характеристикою. Дж. М. Гізлер та ін. [68] у дослідженнях самоефективності онкологічних хворих показали, що хронічна провина — перед сім'єю, перед власним здоров'ям, перед собою — є базовим психологічним феноменом, що виникає дуже рано після встановлення діагнозу і зберігається впродовж усього перебігу хвороби. Цей результат має важливі практичні імплікації: робота з почуттям провини повинна включатися в психологічну допомогу на всіх стадіях захворювання, а не лише при паліативному догляді.

Нейропсихіатрична симптоматика, виявлена за NPI, виявила дев'ять статистично значущих з дванадцяти доменів, що підтверджує комплексний і багатовимірний характер нейропсихіатричного навантаження при онкологічному захворюванні. Однак не менш важливими є і незначущі результати — особливо несподівана зворотна динаміка тривоги.

Апатія як провідний нейропсихіатричний симптом з найбільш вираженою прогресивною динамікою (від $M=2,20$ до $M=4,80$; $F=8,34$; $p<0,001$) підтверджує положення К. Г. Нолла та ін. [115] про те, що апатія є найбільш

поширеним і клінічно значущим нейропсихіатричним симптомом при не-ЦНС-формах онкологічних захворювань. Нейробіологічна основа апатії при онкологічних захворюваннях є добре відомою: хіміотерапевтичні агенти, системне нейрозапалення і підвищення рівня прозапальних цитокінів (IL-1 β , IL-6, TNF- α) безпосередньо впливають на дофамінергічні шляхи, порушуючи мотиваційно-винагородну систему мозку [84]. Дж. Вефел та ін. [150] показали, що нейротоксичний вплив хіміотерапії на дофамінергічну систему є відповідальним за до 60% випадків апатії у онкологічних пацієнтів, що відмежовує апатію від депресії як окремий нейробіологічний феномен.

Принципово важливим є розмежування між апатією і депресією у результатах дослідження: тоді як апатія демонструє виражену прогресивну динаміку ($F=8,34$; $p<0,001$), депресія не виявляє статистично значущих міжгрупових відмінностей ($F=6,37$; $p=0,002$ — значуще, але менш виражене). Л. Грассі та ін. [72] у великому мультицентровому дослідженні встановили, що апатія і депресія є нейробіологічно різними феноменами, що вимагають різних терапевтичних підходів. Апатія пов'язана переважно з дофамінергічною дисфункцією і краще відповідає на психостимулятори і когнітивно-поведінкові техніки активації; депресія — з серотонінергічною системою і краще відповідає на антидепресанти. Кміжнародні дані про те, що апатія нерідко неправильно інтерпретується як депресія і відповідно некоректно лікується, є додатковим аргументом на користь включення NPI або аналогічних диференційних інструментів у рутинний онкологічний скринінг.

Зворотна динаміка тривоги — зниження від ГП ($M=3,90$) до ГПал ($M=2,70$; $F=4,81$; $p=0,009$) — є одним із найбільш теоретично цікавих результатів дослідження. Цей патерн суперечить поширеному клінічному уявленню про те, що тривога зростає при прогресуванні онкологічного захворювання. Пояснення цього феномену потребує розмежування між «загрозо-орієнтованою» тривогою (anxiety about threat) і «екзистенційним страхом» (existential dread). Р. Г. Тедескі і Л. Г. Кальхун [141] показали, що перша виникає в ситуації невизначеності і руйнується у паліативному

контексті, де невизначеність прогнозу зменшується. Натомість екзистенційний страх зростає — і саме він відображається у шкалі тривоги смерті ЕСQ. Разом з тим апатія «замінює» тривогу як домінуючий афективний стан: коли мотиваційна система виснажується, тривожна реактивність знижується разом із нею. М. К. Кременчуцька і А. Акопян [89] описують аналогічний феномен у контексті дихальних психотехнік: зниження вегетативної тривожності при одночасному підвищенні екзистенційної тривоги є типовим для пізніх стадій хронічних захворювань і потребує якісно відмінного психотерапевтичного підходу.

Ажитація і дратівливість демонструють пік у групі рецидивів (ажитація ГВ $M=2,80$ vs ГП $M=1,50$ і ГПал $M=2,10$; дратівливість ГВ $M=2,90$). Цей паттерн відповідає психологічному стану, описаному О. Конопенком та ін. [14] як «ситуація краху очікувань»: рецидив руйнує сценарій «я перемагаю хворобу», що викликає гнів і фрустрацію як первинні емоційні реакції. Дж. М. Гізлер та ін. [68] підтвердили, що пік поведінкових порушень — ажитації, дратівливості, агресивності — спостерігається саме при рецидиві, а не при первинному діагнозі чи при паліативному лікуванні.

Незначущість ейфорії ($F=0,14$; $p=0,870$), рухової поведінки ($F=2,95$; $p=0,054$) і апетиту ($F=2,83$; $p=0,061$) вказує на їх переважно нейробіологічний, а не психологічний генез. Ейфорія є рідкісним і ситуативним явищем, характерним для специфічних органічних уражень ЦНС, і не є типовим нейропсихіатричним проявом не-ЦНС-онкологічних захворювань. Порушення апетиту і рухова поведінка зумовлені переважно метаболічними і нейротоксичними ефектами лікування, а не психологічними чинниками, пов'язаними зі стадією — що і відображається у відсутності статистично значущих відмінностей між групами.

Когнітивна деградація і феномен «прихованої нейрокогнітивної виснаженості». Результати оцінки за CAS-FPN є найбільш драматичними у всьому дослідженні: F-значення для окремих доменів варіюють від 63,19 до 411,17, що відповідає надзвичайно великому розміру ефекту ($\eta^2>0,14$) і вказує

на те, що стадія онкологічного захворювання є потужним предиктором суб'єктивно оцінюваного нейрокогнітивного функціонування. Ця знахідка є центральною для розуміння феномену нейропсихологічної детермінації реабілітаційного потенціалу.

Робоча пам'ять із $F=411,17$ при $p<0,001$ демонструє найбільший розмір ефекту, що є показовим з кількох причин. По-перше, робоча пам'ять є одним із найбільш вразливих до нейротоксичності когнітивних процесів [84, 150]: гіпокампова система, відповідальна за консолідацію і оперативне утримання інформації, є надзвичайно чутливою до впливу хіміотерапевтичних агентів і системного нейрозапалення. По-друге, робоча пам'ять є функціонально критичною для реабілітаційної залученості: без можливості утримувати і оперувати інформацією в реальному часі пацієнт не здатний повноцінно дотримуватися складних терапевтичних схем, засвоювати нові стратегії самоуправління захворюванням і взаємодіяти з медичним персоналом. С. Р. Кеслер і Д. В. Блейні [84] у дослідженнях хіміотерапевтичної нейротоксичності показали, що порушення робочої пам'яті є одним із найстійкіших нейрокогнітивних наслідків хіміотерапії, що зберігається до п'яти і більше років після завершення лікування.

Зниження цілеспрямованої поведінки (від $M=8,32$ у ГП до $M=4,17$ у ГПал; $F=138,42$; $p<0,001$) є нейрокогнітивним субстратом апатії, виявленої за NPI. Взаємозв'язок між цими двома показниками є теоретично принциповим: цілеспрямована поведінка (goal-directed behavior) є когнітивним еквівалентом мотиваційно-вольової функції, тоді як апатія є її клінічним проявом на поведінковому рівні. Ці два виміри вимірюють один і той самий феномен з різних сторін — і їх одночасне погіршення підтверджує спільну нейробиологічну основу: дофамінергічна дисфункція, що виникає при нейротоксичному впливі лікування [84]. В. А. Лунов та ін. [101] у контексті нейропсихологічного відновлення підкреслюють, що відновлення цілеспрямованої поведінки є першочерговою мішенню нейропсихологічних

інтервенцій: воно є умовою, без якої будь-які інші когнітивні та психологічні покращення є неможливими.

Принципово важливим теоретичним результатом є контраст між надзвичайно вираженими міжгруповими відмінностями за CAS-FPN (F до 411) і відсутністю значущих відмінностей за суб'єктивним РП ($F=0,94$). Цей контраст дозволяє запропонувати концептуальну модель «подвійного шару» реабілітаційного потенціалу: видимий шар (суб'єктивна самооцінка РП) зберігається завдяки резилієнтності особистісних ресурсів, тоді як прихований шар (нейрокогнітивна реалізаційна база) прогресивно деградує. Ця «невидима» деградація є особливо небезпечною клінічно: пацієнт і, нерідко, його лікар не усвідомлюють реального зниження когнітивних можливостей, що призводить до формування нереалістичних реабілітаційних очікувань і переоцінки здатності пацієнта до самостійного дотримання терапевтичних схем. М. К. Кременчуцька та ін. [88] у дослідженні нейропсихологічних порушень при різних захворюваннях показали, що суб'єктивна оцінка когнітивних функцій і об'єктивні нейропсихологічні показники нерідко суттєво розходяться, причому суб'єктивна оцінка, як правило, є більш позитивною — що є формою компенсаторного когнітивного оптимізму.

Кумулятивний характер нейрокогнітивного виснаження, підтверджений закономірним спадом CAS-FPN від ГП до ГВ і ГПал, відповідає концепції CRCI (Cancer-Related Cognitive Impairment), детально описаній К. Г. Ноллом та ін. [115]. Дослідники підкреслюють, що когнітивні порушення при онкологічних захворюваннях є кумулятивними: кожна наступна стадія лікування, кожен рецидив і кожна нова лінія хіміотерапії додають новий шар когнітивного виснаження. Наші дані підтверджують цю закономірність: різниця між ГП і ГВ ($\Delta=7,86$ балів за загальним CAS-FPN) і між ГВ і ГПал ($\Delta=5,69$) є відчутною на кожному переході. При цьому зворотний зв'язок є потужним: нейрокогнітивне виснаження обмежує реабілітаційну залученість, а обмежена реабілітаційна залученість посилює нейрокогнітивне виснаження

через дефіцит когнітивної стимуляції — замкнений цикл, який необхідно розривати через цілеспрямовані когнітивні інтервенції [88, 100].

Рефлексивна і інтегративна нейрокогніція: ієрархія вразливості.

Рефлексивна нейрокогнітивна активність (PNAS) і інтегративно-комунікативне функціонування (SNS) як самостійні нейрокогнітивні конструкти демонструють значущу прогресивну деградацію, хоча і менш різку, ніж виконавчі функції (CAS-FPN). Ця диференціація є теоретично важливою і дозволяє говорити про ієрархію нейрокогнітивної вразливості при онкологічних захворюваннях.

Автобіографічна пам'ять демонструє особливо різкий спад у паліативній групі (від $M=12,20$ у ГП до $M=7,60$ у ГПал; $F=11,36$; $p<0,001$). Цей результат є клінічно і теоретично значущим у кількох вимірах. Автобіографічна пам'ять є не просто когнітивною функцією — вона є основою особистісної наративної ідентичності, здатності людини підтримувати зв'язну і осмислену «розповідь про себе» [131]. При значному погіршенні автобіографічної пам'яті ця зв'язність руйнується: пацієнт відчуває себе «знеособленим», відірваним від власного минулого і, відповідно, від власної ідентичності. Б. А. Вілсон та ін. описують цей феномен як «когнітивне знеособлення» (cognitive depersonalization), що є одним із провідних механізмів розвитку екзистенційного дистресу при тяжких захворюваннях. Зниження автобіографічної пам'яті у нашому дослідженні корелює зі зростанням показника «відсутність майбутньої перспективи» за ECQ: якщо минуле стає недоступним, майбутнє теж втрачає опору.

Орієнтоване на майбутнє мислення ($F=8,73$; $p=0,001$) знижується лінійно від ГП до ГПал. В. А. Лунов та ін. [101] у дослідженнях нейрокогнітивного відновлення підкреслюють, що здатність до планування і майбутньо-орієнтованого мислення є ключовою для реабілітаційної мотивації: пацієнт, який не може уявити собі значуще майбутнє, не має і мотивації до реабілітаційних зусиль у теперішньому. Це утворює потужний зворотний

зв'язок між когнітивною і мотиваційно-ресурсною сферами: зниження майбутньо-орієнтованого мислення (PNAS) підживляє мотиваційний компонент РП, що у свою чергу знижує когнітивну залученість і прискорює когнітивну деградацію.

Гнучкість мислення — найбільш вражаюча шкала PNAS за розміром ефекту ($F=14,27$; $p<0,001$) — відображає здатність переключатися між когнітивними стратегіями і знаходити нові рішення в змінюваних умовах. Н. В. Родіна [22] у своїй концепції психологічного здоров'я показує, що когнітивна гнучкість є одним із ключових компонентів адаптивного копіngu: без неї особистість стає «копінгово ригідною» — здатною використовувати лише один тип стратегій незалежно від вимог ситуації. Зниження гнучкості мислення від ГП до ГПал (від $M=12,60$ до $M=6,80$) є нейрокогнітивним поясненням когнітивної ригідності пасивного копіngu, виявленої за шкалою Родіної: пацієнти не «вибирають» пасивний копінг свідомо — вони часто нейрокогнітивно нездатні гнучко перемикаватися між копінг-стратегіями.

Соціальна комунікація за SNS виявляє найбільший абсолютний спад (від $M=13,10$ до $M=8,00$; $F=7,65$; $p=0,001$). Н. В. Родіна і О. І. Бабій [23] у дослідженні психологічної безпеки особистості підкреслюють, що соціальна комунікація є двонаправленим ресурсом: вона є і засобом отримання підтримки, і способом збереження відчуття власної значущості і суб'єктності. Погіршення здатності до соціальної комунікації при прогресуванні онкологічного захворювання запускає механізм соціальної ізоляції, що є незалежним предиктором погіршення якості життя і прискорення когнітивного зниження. В. А. Лунов та ін. [100] описують «когнітивно-соціальний цикл»: когнітивне зниження → зменшення соціальної взаємодії → зниження когнітивної стимуляції → прискорення когнітивного зниження. Розрив цього циклу через цілеспрямовані соціально-когнітивні інтервенції є одним із пріоритетних завдань нейропсихологічної реабілітації.

Незначущість «внутрішньої і зовнішньої свідомості» за PNAS ($F=3,01$; $p=0,051$) і «самосвідомості та інтеграції інформації» за SNS ($F=2,78$; $p=0,064$)

є теоретично важливою. Ці базові метакогнітивні функції — здатність усвідомлювати власний стан і інтегрувати внутрішні і зовнішні сигнали — виявляються значно більш стійкими до прогресування захворювання, ніж специфічні когнітивні функції. Це відповідає положенням М. К. Кременчуцької та ін. [88, 89] про те, що метакогнітивний рівень функціонування — здатність спостерігати за власними когнітивними процесами — є більш резилієнтним, ніж конкретні когнітивні здібності. Дихальні психотехніки і техніки усвідомленості (mindfulness), описані авторами [89], ефективно спираються саме на цю збережену метакогнітивну здатність.

Психосоматична картина, виявлена у дослідженні, є концептуально складною і потребує детального теоретичного осмислення. Три використані методики — 4DSQ, SF-36 і GQ — дали взаємоузгоджені, але нетривіальні результати, що у сукупності формують чітку концептуальну картину психосоматичної обумовленості реабілітаційного потенціалу.

Найбільш теоретично значущим результатом 4DSQ є дисоційований патерн: дистрес і соматизація є стадійно-залежними ($p < 0,001$), тоді як депресія і тривога є «наскрізними» характеристиками онкологічної популяції ($p > 0,05$). Л. Грассі та ін. [72] у мультицентровому дослідженні за участю більше 3000 онкологічних пацієнтів встановили, що субклінічна тривога і депресія виявляються у 30–40% пацієнтів на всіх стадіях онкологічного захворювання, тоді як клінічно значущий дистрес є більш ситуативним і стадійно-залежним. Наші дані підтверджують це розмежування: дистрес досягає піку при рецидиві ($M=13,70$; $F=7,83$; $p < 0,001$), тоді як базова депресія і тривога залишаються відносно стабільними між групами.

Нелінійна динаміка дистресу — пік при рецидиві і часткова стабілізація при паліативному лікуванні — є особливо важливим клінічним результатом. М. Х. Антоні і Ф. С. Дабхар [36] описують «психоімунологічну адаптацію»: при тривалому хронічному стресі нейроендокринні і імунні системи виробляють адаптаційні патерни реагування, що частково знижують гостроту

суб'єктивного переживання стресу. При паліативному лікуванні, де стресор стає хронічним і «прийнятим», цей механізм може частково знижувати суб'єктивний дистрес порівняно з гострою ситуацією рецидиву. Солоня Ю. О., Бази́ка Є. Л. та ін. [28] підтверджують, що стресостійкість особистості, забезпечена нейробіологічними і психологічними адаптаційними механізмами, формується саме в процесі тривалого переживання важких стресових ситуацій.

Прогресивне зростання соматизації (від $M=6,20$ до $M=11,50$; $F=8,47$; $p<0,001$) є одним із найбільш клінічно значущих психосоматичних результатів. Є. Л. Бази́ка [5] у теоретичному дослідженні ціннісних орієнтацій і психосоматичних захворювань показує, що соматизація психологічного страждання є адаптивним механізмом у тих культурних контекстах і особистісних профілях, де пряме вираження психологічного дистресу є соціально ускладненим або особистісно неприйнятним. У онкологічному контексті соматизація виконує функцію «легітимізації страждання»: тілесний біль і втома є соціально прийнятнішими формами страждання, ніж психологічний дистрес, і тому пацієнти нерідко «конвертують» психологічний дистрес у тілесну симптоматику. При паліативному лікуванні, де тілесне страждання є максимальним і об'єктивно обґрунтованим, цей механізм стає особливо активним.

Асиметричний паттерн SF-36 — різка деградація фізичних субшкал при відносній стабільності психологічних — є одним із найбільш концептуально важливих результатів дослідження. Р. С. Маєр і Дж. Енгл [107] у дослідженнях реабілітації онкологічних хворих підкреслюють, що фізичне функціонування є значно більш чутливим індикатором прогресування захворювання, ніж психологічне: фізичний статус знижується лінійно і прогресивно, тоді як психологічний статус демонструє нелінійну динаміку з численними захисними механізмами. Це підтверджується нашими даними: PCS знижується від $M=47,20$ у ГП до $M=26,40$ у ГПал ($F=11,47$; $p<0,001$), тоді як MCS також знижується, але значно менш різко (від $M=44,80$ до $M=32,10$;

$F=6,34$; $p=0,002$). Теоретичне значення цього результату полягає в тому, що психологічна резилієнтність є відносно стійкою навіть в умовах значного фізичного погіршення — що ще раз підтверджує концепцію «двох шарів» реабілітаційного потенціалу.

Незначущість трьох психологічних субшкал SF-36 (SF: $F=2,74$; $p=0,067$; RE: $F=2,87$; $p=0,059$; MH: $F=2,73$; $p=0,067$) є важливим доповненням до цієї картини. Особливо показовим є збереження соціального функціонування навіть у паліативній групі (SF ГПал=47,30 з максимуму 100). Це відображає роль соціальної підтримки як буфера, що підтримує суб'єктивну якість соціального функціонування навіть при значному фізичному обмеженні. Дослідження Солони Ю. О., Базики Є. Л. та ін. [28] підтверджують, що соціальна підтримка є одним із найпотужніших нейробіологічних стрес-протекторів: вона знижує активність гіпоталамо-гіпофізарно-адреналової осі і підвищує рівень окситоцину, що безпосередньо покращує суб'єктивне відчуття соціального функціонування.

Диференціація між психологічно детермінованими (виснаження, больові відчуття) і переважно фармакологічно зумовленими (шлункові, серцеві скарги) соматичними симптомами, виявлена за GQ, є концептуально цінною. Виснаження і больовий синдром зростають прогресивно і значуще ($F=9,73$ і $F=8,94$; $p<0,001$), тоді як шлункові і серцеві скарги не диференціюють клінічні групи ($p>0,05$). Це розмежування відповідає теоретичній позиції М. Х. Антоні і Ф. С. Дабхара [36] про наявність двох типів психосоматичних симптомів при онкологічних захворюваннях: «психогенних» (що генеруються або підсилюються психологічними механізмами і чутливих до стадійних психологічних змін) і «ятрогенних» (що пов'язані переважно з фармакологічними ефектами лікування і відносно стабільних між стадіями). Виснаження і больовий синдром є переважно психогенними: вони модулюються рівнем тривоги, депресії, стилем копінгу і рівнем соціальної підтримки. Натомість шлункові і серцеві скарги є переважно ятрогенними:

вони визначаються протоколом хіміотерапії і не відповідають суттєво на психологічні інтервенції.

Нейрофізіологічні дані, отримані за допомогою EMOTIV Eros+, розкривають додатковий, об'єктивний вимір адаптаційних процесів, що не піддається прямій психодіагностичній оцінці. Незважаючи на споживчий статус приладу і відповідні методологічні обмеження, виявлені групові та гендерні відмінності в ЕЕГ-патернах є концептуально узгодженими з результатами психодіагностичного комплексу і підтверджують їх.

Виявлена еволюція нейрофізіологічних патернів у чоловіків — від гострого стресового (бета + тета у ГП) через хронічне вигорання (генералізована бета-гіперактивність у ГВ) до адаптивного прийняття (тета + альфа у ГПал) — відповідає класичним нейробіологічним моделям адаптації до хронічного стресора [36]. М. Х. Антоні і Ф. С. Дабхар [36] описують «нейроендокринну адаптацію»: при тривалому хронічному стресі нейромедіаторні системи поступово знижують гостроту стресової реакції і переходять до більш «економного» режиму функціонування — що нейрофізіологічно відображається переходом від бета-домінування до більш збалансованого тета-альфа профілю. Виявлений у нашому дослідженні перехід у ГПал-чоловіків від бета-гіперактивності до тета+альфа є ілюстрацією цього механізму. В. А. Лунов та ін. [106] у нейропсихологічних дослідженнях хронічного стресу підтверджують, що зниження бета-активності при хронізації стресу є нейрофізіологічним корелятом виснаження стресової реактивності.

Особливо важливим є адаптивний характер жіночого нейрофізіологічного патерну при первинному лікуванні і рецидиві (тета + альфа). Альфа-ритм як нейрофізіологічний маркер регуляції і рівноваги є ознакою функціональної адаптивності мозку: він відображає здатність нервової системи балансувати між емоційною обробкою (тета) і гальмуванням надмірної реактивності (альфа). М. К. Кременчуцька і А. Акопян [89] у дослідженнях дихальних психотехнік показали, що збільшення альфа-

активності є нейрофізіологічним результатом ефективних технік емоційної регуляції — і, відповідно, природний альфа-домінуючий патерн у жінок із первинним лікуванням і рецидивом вказує на їх більш адаптивну природну нейрофізіологічну відповідь на стрес.

Унікальним і теоретично найбільш значущим є дельта-патерн у паліативних жінок. Надвисока дельта-активність (1–4 Гц) у стані неспання є нейрофізіологічним маркером, що зустрічається при кількох клінічно різних станах: глибокому депресивному епізоді з психомоторною загальмованістю, дисоціативних розладах, стані крайнього психологічного виснаження і певних органічних ураженнях ЦНС. У контексті нашого дослідження, за відсутності ознак органічного ураження ЦНС у паліативних жінок, дельта-домінування найбільш правдоподібно інтерпретується як нейрофізіологічний маркер психологічної дисоціації і/або крайнього емоційного виснаження. В. А. Лунов та ін. [101] описують «нейрокогнітивну дисоціацію» при термінальних захворюваннях: коли емоційне і когнітивне навантаження перевищує переробну здатність нервової системи, вона переходить у «консервуючий» режим, нейрофізіологічно схожий на стан неглибокого сну (дельта-домінування). Це є не патологічним, а адаптивним механізмом енергозбереження, хоча і означає виражене зниження когнітивної і емоційної доступності пацієнтки.

Гендерна диференціація нейрофізіологічних патернів, виявлена у нашому дослідженні, відповідає добре задокументованим у нейронауці гендерним відмінностям у нейробиологічних реакціях на стрес. Жінки, як правило, демонструють більш розвинену стрес-опосередковану активацію ліво-лобової і передньої поясної кори (що нейрофізіологічно відображається підвищеним альфа-ритмом), тоді як чоловіки — більш генералізовану адренергічну активацію (що відображається бета-гіперактивністю). Є. Л. Базика та ін. [6] у дослідженні нейробиологічних основ стресостійкості підкреслюють, що гендерні відмінності у стресових реакціях є не лише соціально обумовленими, а й мають міцну нейробиологічну основу, пов'язану

з відмінностями у роботі гіпоталамо-гіпофізарно-адреналової осі і окситоцинергічної системи. Врахування цих відмінностей при розробці психологічних інтервенцій є не просто бажаним, а необхідним для досягнення терапевтичного ефекту.

Структурне моделювання рівнянь: три патерни детермінації реабілітаційного потенціалу. SEM-аналіз є аналітичним синтезом усіх попередніх результатів і дозволяє відповісти на питання, яке стоїть у центрі дисертаційного дослідження: яким є механізм нейropsychологічної детермінації та психосоматичної обумовленості реабілітаційного потенціалу — і як цей механізм змінюється залежно від стадії онкологічного захворювання?

Перший і найбільш фундаментальний висновок SEM-аналізу: реабілітаційний потенціал не є унітарним конструктом з фіксованою детермінаційною структурою. Три клінічні групи демонструють три якісно різних патерни причинно-наслідкових зв'язків, що ведуть до різних «архітектурних конфігурацій» реабілітаційного потенціалу. Цей результат виходить за межі класичного порівняльного аналізу і дозволяє говорити про якісну трансформацію природи РП при прогресуванні захворювання. О. Кононенко та ін. [14] у теоретичному аналізі психологічних ресурсів особистості підкреслюють, що ресурси є не статичними характеристиками, а динамічними конфігураціями, що трансформуються під впливом контекстуальних факторів. SEM-дані підтверджують цю тезу: не лише «рівень» РП, але й сам механізм його детермінації є стадійно-специфічним.

«Ресурсно-орієнтована детермінація» у первинних хворих (β особистісно=0,81; β нейropsychол.=0,68; β психосоматична=-0,43; $R^2=0,71$) відображає стан, при якому особистісний ресурсний потенціал є провідним, а нейрокогнітивні і психосоматичні чинники виступають важливими, але підпорядкованими детермінантами. Н. В. Родіна [22] описує цей стан як «ресурсну достатність»: особистість знаходиться у ситуації, коли наявних

ресурсів достатньо для активного подолання стресора, і тому особистісні ресурси виходять на перший план. Дж. М. Гізлер та ін. [68] підтверджують, що на початку онкологічного захворювання ключовою детермінантою реабілітаційної залученості є саме суб'єктивна самоефективність і особистісний ресурсний потенціал, а не об'єктивний функціональний статус.

«Психосоматичний тиск» при рецидиві (β психосоматична = $-0,58$; β особистісно = $0,63$; β нейропсихол. = $0,54$; $R^2 = 0,74$) є описом ситуації, при якій психосоматичне навантаження стає рівнозначним деструктивним чинником, що конкурує за «вплив» з позитивними ресурсними детермінантами. Є. Л. Бази́ка та ін. [6] описують аналогічну конфігурацію в психосоматичній медицині: стан «психосоматичного балансу», при якому позитивні ресурсні чинники і негативні психосоматичні чинники приблизно рівні за силою, є нестійким і потребує активних інтервенцій з обох сторін одночасно. Це пояснює, чому ізолюваний підхід — тільки психологічна підтримка або тільки соматична терапія — є недостатнім при рецидиві: необхідна одночасна робота по обидва боки «балансу». В. А. Лунов та ін. [100] підтверджують, що нейропсихологічна реабілітація при рецидиві онкологічного захворювання є ефективною лише в поєднанні з адекватним симптоматичним контролем.

«Екзистенційно-ресурсна адаптація» у паліативних пацієнтів (β особистісно = $0,71$; β психосоматична = $-0,52$; β нейропсихол. = $0,49$; $R^2 = 0,79$) описує якісно нову конфігурацію, при якій особистісний ресурсний потенціал залишається провідним, але його природа якісно змінюється. При первинному лікуванні особистісний ресурс є активним і боротьбовим; при паліативному лікуванні він стає переважно екзистенційним і смисловим. Р. Г. Тедескі і Л. Г. Кальхун [141] описують цю трансформацію як перехід від «survival-орієнтованої» до «meaning-орієнтованої» мотивації: пацієнт перестає боротися за виживання і починає шукати смисл і гідність в останньому відрізку часу. Наші SEM-дані підтверджують, що цей смисловий ресурс (операціоналізований через активне подолання і екзистенційне прийняття) залишається найпотужнішим позитивним предиктором РП навіть у

паліативній стадії. Д. А. Бази́ка та ін. [6] підкреслюють, що ціннісна переорієнтація є потужним психосоматичним протектором: пацієнти, яким вдається знайти смисл у паліативному контексті, демонструють кращі показники симптоматичного контролю і якості життя. Наші SEM-дані дають цьому положенню кількісне підтвердження: $\beta=0,71$ для особистісно-ресурсного шляху у ГПал є дуже вагомим коефіцієнтом.

Послаблення нейропсихологічної детермінації у ГПал (від $\beta=0,68$ у ГП до $\beta=0,49$) є теоретично значущим результатом, що знаходить пояснення у концепції В. А. Лунова та ін. [101] про «нейрокогнітивну дисоціацію» при термінальних захворюваннях. При значному когнітивному виснаженні зв'язок між нейрокогнітивним статусом і поведінковою активністю послаблюється: пацієнт може демонструвати виражену когнітивну деградацію, але при цьому зберігати достатній РП завдяки особистісному ресурсному потенціалу. Це є доказом того, що між нейрокогнітивним і особистісним рівнями РП є відносна автономія, яка зростає при паліативній стадії: коли когнітивна база деградує, особистісна база «перебирає на себе» більшу частину детермінаційного навантаження.

Зростання R^2 від 0,71 до 0,79 при переході від ГП до ГПал є самостійним теоретично важливим результатом. Воно означає, що модель пояснює все більшу частку варіативності РП у міру прогресування захворювання. Іншими словами, реабілітаційний потенціал стає більш «детермінованим» — менш індивідуально варіативним і більш системно обумовленим — у більш важкій клінічній ситуації. Це відповідає загальному положенню про те, що у ситуаціях екстремального стресу індивідуальна варіативність реакцій знижується, і провідну роль відіграють системні, структурні чинники [36]. Практично це означає, що прогностична точність моделі зростає при паліативному лікуванні — що є корисним для планування реабілітаційних інтервенцій.

Порівняння результатів нашого дослідження з даними інших авторів є важливим для контекстуалізації знахідок і визначення їх внеску у наукову дискусію.

Дані щодо нейрокогнітивного зниження при онкологічних захворюваннях узгоджуються з широким масивом міжнародних досліджень. К. Г. Нолл та ін. [115] у систематичному огляді встановили, що 35–75% онкологічних пацієнтів демонструють когнітивні порушення, причому їх поширеність і тяжкість зростають із кількістю курсів хіміотерапії. Наші дані (зниження загального CAS-FPN від 33,19 до 19,64 від ГП до ГПал) відповідають нижньому кінцю цього діапазону для первинних хворих і значно перевищують його для паліативних пацієнтів. Важливо, що CAS-FPN вимірює суб'єктивне когнітивне функціонування, яке, як правило, перевищує об'єктивні нейропсихологічні результати. Це означає, що реальне когнітивне зниження у паліативних пацієнтів може бути ще більш вираженим, ніж відображає CAS-FPN.

Дані щодо якості життя узгоджуються з результатами великих мультицентрових досліджень. Мета-аналіз якості життя при прогресуючих онкологічних захворюваннях встановив, що медіана PCS при паліативному лікуванні становить близько 28–32 балів — що відповідає виявленому нами значенню 26,40. Р. С. Маєр і Дж. Енгл [107] у дослідженнях реабілітації при прогресуючому раку показали аналогічну асиметрію між фізичним і психологічним вимірами якості життя: фізичний деградує значно швидше, тоді як психологічний зберігається завдяки адаптаційним механізмам. Наші дані підтверджують цю закономірність і надають їй статистично підтверджену кількісну характеристику.

Результати щодо копінг-поведінки узгоджуються з мета-аналізом Р. Дева та ін. [59], але й демонструють певні відмінності. Автори мета-аналізу встановили, що прийняття є найбільш поширеною стратегією при прогресуючому раку (86,7%), тоді як активна боротьба знижується. У нашій вибірці зниження активної боротьби є більш вираженим, ніж можна було б

очікувати на підставі мета-аналізу — можливо, через специфіку вибірки (включення паліативних пацієнтів з більш важким соматичним статусом). Водночас наш результат щодо незначущості пасивного оптимізму і дисоціації узгоджується з даними Д. Мараса та ін. [105] про індивідуально-диспозиційний характер цих стратегій.

Порівняння з вітчизняними дослідженнями також є важливим. Дані Н. В. Родіни та ін. [22, 24] щодо структури і динаміки копінг-поведінки підтверджують виявлену нами тенденцію до звуження копінг-репертуару при хронічних стресових ситуаціях. Роботи Є. Л. Базики та ін. [5, 6] щодо ціннісних орієнтацій і психосоматики підтверджують виявлену нами роль екзистенційних ресурсів у підтримці реабілітаційного потенціалу на пізніх стадіях захворювання. Дані О. Конопенка та ін. [14, 86] щодо психологічного здоров'я і ціннісних ресурсів підтверджують провідну роль особистісно-ресурсного конструкту у SEM-моделях усіх трьох груп.

Разом з тим є і значущі відмінності від даних інших досліджень, що потребують пояснення. Нелінійна динаміка дистресу (пік при рецидиві, а не при паліативному лікуванні) не є очевидною з більшості наявних досліджень, які описують лінійне зростання дистресу при прогресуванні. Можливим поясненням є особливості наших груп: паліативна група могла включати пацієнтів, які вже пройшли певний адаптаційний шлях до паліативного статусу і знаходяться в більш стабільному психологічному стані, ніж пацієнти, для яких рецидив є гострою новою кризою. Це обмеження поперечного дизайну: ми не можемо простежити індивідуальну динаміку від рецидиву до паліативного лікування.

Методологічна дискусія щодо застосованого комплексу методик заслуговує на окремий розгляд, оскільки вибір інструментарію безпосередньо визначає валідність і інтерпретабельність отриманих результатів. Поєднання класичних міжнародних інструментів (NPI, SF-36, 4DSQ, GQ) з новітніми вітчизняними розробками (CAS-FPN, PNAS, SNS, шкала РП, шкала копінгу) є

методологічно обґрунтованим і забезпечує комплементарне охоплення різних рівнів досліджуваного феномену.

Шкала реабілітаційного потенціалу (Корнієнко В. В., 2021) є першою у вітчизняній психології спеціалізованою методикою для оцінки РП. Її концептуальна архітектура — п'ять компонентів (мотиваційний, емоційний, самооціночний, комунікативний і ВКХ) — відображає ключові виміри суб'єктивного ресурсного потенціалу особистості. Включення внутрішньої картини хвороби (ВКХ) як окремого компонента є особливо важливим для онкологічного контексту: ВКХ відображає когнітивну репрезентацію хвороби, яка є потужним модератором реабілітаційної поведінки [88]. Разом з тим методика потребує подальшої психометричної валідації на великих онкологічних вибірках — і наше дослідження є одним із перших кроків у цьому напрямку.

Тріада нових шкал — CAS-FPN, PNAS, SNS (Середа С. В., Лунов В. А., 2024) — є оригінальним методичним внеском у психоонкологічну діагностику. Ці шкали операціоналізують три різних виміри нейрокогнітивного функціонування: виконавчий (CAS-FPN), рефлексивно-інтроспективний (PNAS) і інтегративно-комунікативний (SNS). Подібна диференціація є теоретично більш точною, ніж використання єдиного «загального когнітивного показника»: різні виміри когніції можуть мати різну чутливість до онкологічного захворювання і лікування, і це важливо знати для планування таргетованих когнітивних інтервенцій. В. А. Лунов та ін. [130, 131, 132] у теоретичному обґрунтуванні цих шкал показують, що диференціація між мережами мозку — лобово-тім'яною (виконавчою), дефолт-мережею (рефлексивною) і мережею значущості (інтегративною) — є нейронауково обґрунтованою і має пряме клінічне значення для нейропсихологічної реабілітації.

Застосування нейроінтерфейсу EMOTIV Epos+ є методологічно новаторським, але потребує чіткого окреслення обмежень. Споживчий статус приладу означає меншу точність просторового розрізнення порівняно з

клінічними ЕЕГ-системами, чутливість до артефактів і відсутність можливості верифікації позицій електродів за системою 10-20 у кожного учасника. Разом з тим ключові переваги — мобільність, відсутність гелю, мінімальний дискомфорт для хворих пацієнтів — роблять ЕМОТІВ Ерос+ оптимальним вибором для клініко-психологічних досліджень у онкологічному контексті, де класичні ЕЕГ-процедури часто є нездійсненними. Н. В. Родіна і А. С. Фокін [26] у контексті діагностики психологічного стану підкреслюють, що для групових порівнянь у клініко-психологічних дослідженнях споживчий ЕЕГ при правильному протоколі реєстрації забезпечує достатню надійність результатів.

Структурне моделювання рівнянь (SEM) є найбільш методологічно вимогливим елементом аналізу. Розмір вибірки — 59 осіб у паліативній групі — є мінімально достатнім для SEM-аналізу за загальноприйнятими критеріями (мінімум 50–100 осіб на модель). Показники підгонки (CFI від 0,911 до 0,936; RMSEA від 0,058 до 0,071) відповідають критеріям задовільної підгонки і підтверджують концептуальну адекватність запропонованої теоретичної моделі. Разом з тим, лонгітюдний дизайн дозволив би зробити більш строгі висновки про причинно-наслідкові зв'язки, ніж поперечний дизайн, використаний у нашому дослідженні.

Інтегративне теоретичне осмислення результатів дослідження дозволяє запропонувати кілька ключових теоретичних положень, що виходять за межі суми окремих знахідок і формують нове розуміння природи реабілітаційного потенціалу онкологічних хворих.

Перше теоретичне положення: реабілітаційний потенціал є двоплановим конструктом, що включає «видимий» (суб'єктивна самооцінка) і «прихований» (нейрокогнітивна реалізаційна база) плани, які функціонують відносно незалежно і підпорядковуються різним закономірностям стадійної динаміки. Видимий план зберігає стабільність завдяки резилієнтності особистісних ресурсів; прихований план прогресивно деградує відповідно до кумулятивної логіки CRCI. Це положення має фундаментальне значення для

клінічної практики: оцінка реабілітаційного потенціалу лише за суб'єктивними показниками є систематично оптимістично зміщеною і потребує доповнення об'єктивними нейрокогнітивними індикаторами. Разом з тим, Н. В. Родіна і О. І. Бабій [23] підкреслюють, що суб'єктивна самооцінка РП є не просто «спотвореним відображенням» об'єктивного стану, а самостійним психологічним конструктом з власною детермінаційною логікою і клінічним значенням.

Друге теоретичне положення: нейропсихологічна детермінація і психосоматична обумовленість реабілітаційного потенціалу є не паралельними, а взаємодіючими механізмами, що утворюють динамічний баланс відносно особистісно-ресурсного потенціалу. SEM-аналіз виявив, що ці три конструкти не просто «разом впливають» на РП — вони формують специфічну каузальну архітектуру, яка якісно трансформується залежно від стадії захворювання. М. К. Кременчуцька та ін. [88, 89] у дослідженнях нейропсихологічних і психосоматичних механізмів виснаження підкреслюють взаємне підсилення цих двох систем: нейрокогнітивне виснаження посилює соматизацію, а психосоматичне навантаження прискорює нейрокогнітивне виснаження через механізми нейрозапалення. SEM кореляції між цими конструктами (r від $-0,52$ до $-0,68$) підтверджують наростання цього взаємного посилення при прогресуванні захворювання.

Третє теоретичне положення: рецидив онкологічного захворювання, а не паліативна стадія, є критичною точкою психологічної і нейрокогнітивної вразливості. Ця теза підтверджується кількома незалежними лініями доказів: пік дистресу за 4DSQ у ГВ ($M=13,70$ vs $M=11,30$ у ГПал), найбільш різкий стрибок екзистенційного дистресу між ГП і ГВ, пік ажитації і дратівливості за NPI у ГВ, найбільший деструктивний ефект психосоматичної обумовленості у SEM-моделі ГВ ($\beta=-0,58$). О. Кононенко та ін. [14] і Є. Л. Бази́ка та ін. [5, 6] підтверджують, що з точки зору психосоматичної дисрегуляції рецидив є більш руйнівною подією, ніж первинний діагноз: він руйнує не лише надію, а й сформовані адаптаційні патерни, які виробилися під час первинного

лікування. Солоня Ю. О., Базика Є. Л. та ін. [28] показують, що саме при рецидиві відбувається найбільш різка нейробіологічна дезрегуляція — і саме тут потрібна найбільш інтенсивна психологічна і медична підтримка.

Четверте теоретичне положення: гендерна специфічність нейрофізіологічних і психологічних адаптаційних патернів є не артефактом вибірки, а реальним феноменом, що потребує врахування в організації психологічної допомоги. ЕЕГ-дані і психодіагностичні результати узгоджено вказують на те, що жінки демонструють більш адаптивні когнітивно-емоційні стратегії при первинному лікуванні і рецидиві, але платять вищу нейрофізіологічну «ціну» при паліативній стадії — проявляючи унікальний дисоціативний патерн. М. К. Кременчуцька та ін. [88, 89] описують гендерно-диференційований підхід до нейропсихологічних інтервенцій як необхідну умову їх ефективності. Н. В. Родіна і О. І. Бабій [23] підтверджують гендерну специфічність психологічної безпеки і адаптивного функціонування особистості.

П'яте теоретичне положення: верифікація чотирирівневої моделі реабілітаційного потенціалу методами SEM є важливим кроком до формалізації теоретичного знання в галузі психоонкологічної реабілітації. Перехід від описових і кореляційних моделей до каузальних SEM-моделей означає підвищення рівня теоретичної строгості і можливості проведення доказово обґрунтованих інтервенцій, спрямованих на специфічні детермінаційні механізми. О. Копоненко та ін. [86] у дослідженнях ролі інноваційних технологій у психологічній підтримці підкреслюють значущість доказової бази для розробки і впровадження психологічних програм — і наші SEM-дані є прикладом такої доказової бази. В. А. Лунов та ін. [100] стверджують, що структурно-функціональне моделювання є найбільш адекватним методом для дослідження складних багаторівневих психологічних конструктів, якими є реабілітаційний потенціал і його детермінанти.

Таким чином, обговорення результатів дослідження дозволяє стверджувати, що нейропсихологічна детермінація та психосоматична

обумовленість реабілітаційного потенціалу онкологічних хворих є реально існуючими, верифікованими механізмами, що діють одночасно і взаємопідсилюючись, але з принципово різними ваговими коефіцієнтами залежно від стадії захворювання. Отримані результати формують доказову базу для висновку: реабілітаційний потенціал онкологічного хворого є не одноразово виміреним показником, а динамічно трансформуючоюся системою, структура детермінації якої є стадійно-специфічною і потребує стадійно-диференційованих психологічних і медичних інтервенцій.

Виявлений феномен «прихованої нейрокогнітивної деградації» — прогресивне виснаження нейрокогнітивної реалізаційної бази РП при зовнішній стабільності суб'єктивної самооцінки — є новим теоретичним конструктом, що має важливе клінічне значення. Він вказує на необхідність обов'язкового включення об'єктивних нейрокогнітивних показників у систему оцінки реабілітаційного потенціалу — поряд із суб'єктивними психологічними методиками. Солоня Ю. О., Базика Є. Л. та ін. [28] підтверджують, що всебічна оцінка, що враховує як суб'єктивний, так і нейробіологічний виміри, є необхідною умовою персоналізованого підходу до реабілітації. В. А. Лунов та ін. [100, 101] обґрунтовують, що саме інтеграція нейропсихологічних, психологічних і психосоматичних підходів утворює повноцінну і ефективну систему психоонкологічної реабілітації.

Отже, результати дослідження є не лише науково значущими, а й клінічно актуальними: вони надають чітке доказове підґрунтя для реорганізації системи психологічного супроводу онкологічних хворих у напрямку більш диференційованого, стадійно-специфічного і нейронаукового обґрунтованого підходу, що безпосередньо відповідає сучасним вимогам доказової психоонкологічної практики.

3.6. Науково-практичні рекомендації щодо психологічного супроводу та оптимізації реабілітаційного потенціалу онкологічних хворих

Результати емпіричного дослідження, викладені у підрозділах 3.1–3.5, формують достатню доказову базу для розробки диференційованих науково-практичних рекомендацій, адресованих двом основним суб'єктам реабілітаційної допомоги: медичним фахівцям (онкологам, терапевтам, медичним сестрам) і клінічним психологам та психоонкологам. Розробка рекомендацій ґрунтується на центральному теоретичному висновку дослідження: реабілітаційний потенціал онкологічних хворих є структурно диференційованим конструктом, що визначається специфічним поєднанням нейропсихологічних, психосоматичних і особистісно-ресурсних детермінант, причому архітектура цього поєднання принципово змінюється залежно від стадії захворювання. Відтак ефективна реабілітаційна допомога не може бути одноманітною — вона має бути стадійно диференційованою і охоплювати всі три рівні теоретичної моделі.

Принципово важливою є координована міждисциплінарна модель допомоги, в якій онколог і психолог діють у взаємообумовленій системі: лікар забезпечує умови для збереження соматичного і нейрокогнітивного функціонального ресурсу, тоді як психолог нарощує і активує особистісно-ресурсний потенціал та підтримує смислову і екзистенційну адаптацію. Дефіцит координації між цими двома векторами є однією з провідних причин неефективності реабілітаційних програм у вітчизняній онкологічній практиці [86, 87].

3.6.1. Рекомендації для роботи з первинними онкологічними хворими (ГП)

Для медичних фахівців. SEM-аналіз показав, що у первинних хворих нейропсихологічна детермінація залишається одним із провідних предикторів РП ($\beta=0,68$), а когнітивне функціонування знаходиться на найвищому рівні серед трьох груп. Першочерговим завданням є збереження нейрокогнітивного

ресурсу. Рекомендується: (1) впровадження нейрокогнітивного скринінгу на момент встановлення діагнозу і на початку хіміотерапії як обов'язкового клінічного стандарту; (2) урахування результатів скринінгу при виборі протоколу лікування — там, де клінічно можливо, надавати перевагу менш нейротоксичним режимам; (3) раннє виявлення та корекція порушень сну (значущий показник: $F=3,76$; $p=0,025$), що є незалежним фактором нейрокогнітивного виснаження [84]; (4) інформаційна підтримка і залучення пацієнта до спільного прийняття рішень для зниження дистресу.

Для клінічних психологів і психоонкологів. Провідним предиктором РП у ГП є особистісно-ресурсний рівень ($\beta=0,81$). Рекомендується: (1) проведення індивідуальних психологічних консультацій, спрямованих на активацію адаптивного копінг-репертуару: розвиток активної боротьби як домінуючої стратегії [24], когнітивне переструктурування дезадаптивних уявлень про хворобу (компонент ВКХ); (2) психоедукативні групи для первинних хворих (6–8 зустрічей): Н. В. Родіна [22] і Є. Л. Базики [5] обґрунтовують їх доцільність для нормалізації переживання і розвитку взаємної підтримки; (3) профілактика «вивченої безпорадності» — когнітивного патерну, що є провісником пасивного песимізму у разі рецидиву [94]; (4) техніки короткострокової роботи зі зниження гострої тривоги (найвираженіший нейропсихіатричний симптом у ГП: $M=3,90$); (5) техніки наративної психотерапії для формування когнітивно адаптивного образу власного захворювання. М. К. Кременчуцька та ін. [88] показали, що психологічна робота з когнітивними репрезентаціями хвороби суттєво покращує нейропсихологічну регуляцію.

3.6.2. Рекомендації для роботи з пацієнтами групи рецидивів (ГВ)

Для медичних фахівців. SEM-аналіз ГВ виявив принципово важливу закономірність: психосоматична обумовленість стає найпотужнішим деструктивним детермінантом РП ($\beta=-0,58$). Це означає, що агресивне медичне управління психосоматичним навантаженням є одночасно медичним

і реабілітаційним завданням першого порядку. Рекомендується: (1) впровадження мультимодального протоколу управління симптомами: адекватна аналгезія, фармакологічна підтримка сну, протифатигові заходи; (2) адаптована лікувальна фізкультура — навіть помірна фізична активність знижує виснаження і покращує когнітивний статус [115]; (3) диференційна психіатрична оцінка для виключення клінічної депресії (ГВ: М=8,10; тенденція до зростання) [72].

Для клінічних психологів і психоонкологів. Рецидив є психологічно найбільш кризовим моментом — саме тут відбувається найбільш різкий стрибок екзистенційного дистресу (ЕСQ: ГП=40,30 → ГВ=44,60). Психологічне втручання повинно розпочинатися максимально рано — в ідеалі у тижні безпосередньо після встановлення рецидиву. Пріоритетними напрямками є: (1) кризова психологічна підтримка, спрямована на проживання розчарування від невдачі лікування без патологічного заглиблення у безнадію; (2) когнітивне переструктурування «феноменологічної пастки» — допомога у відмові від уявлення про рецидив як «провал»; (3) відновлення активних копінг-ресурсів через поведінкову активацію: значний спад активної боротьби (ГВ: М=14,50 проти ГП: М=17,40) [68]; (4) психоедукація щодо «хімічного туману» (chemobrain) — нормалізація суб'єктивного когнітивного досвіду [115]. О. Копопенко та ін. [14] підкреслюють, що психологічне здоров'я і ціннісно-орієнтований копінг є ключовими захисними чинниками при хронічних стресових станах.

3.6.3. Рекомендації для роботи з пацієнтами паліативної групи (ГПал)

Для медичних фахівців. SEM-аналіз ГПал показав, що нейропсихологічна детермінація послаблюється ($\beta=0,49$), а провідним позитивним детермінантом залишається особистісно-ресурсний рівень ($\beta=0,71$). Медична стратегія має бути переорієнтована з нейрокогнітивної

підтримки на забезпечення умов для збереження особистісної гідності і якості останнього часу. Рекомендується: (1) мультимодальна паліативна симптоматична терапія (аналгезія, протифатигові заходи, нутриційна підтримка): виснаження ГПал $M=22,10$ — найвищий рівень; (2) уважне диференціювання між апатією (провідний симптом: $M=4,80$) і депресією — апатія у паліативних хворих нерідко не коригується [115]; (3) регулярні сімейні конференції за участю психолога.

Для клінічних психологів і психоонкологів. Провідним ресурсом РП паліативних пацієнтів є особистісно-ресурсний рівень ($\beta=0,71$), і головним завданням є підтримка і активація цього ресурсу в умовах наростаючих обмежень. Рекомендуються чотири пріоритетні напрями: (1) екзистенційно-орієнтована психотерапія (Life review, терапія гідності) — дослідження виявило різке зниження екзистенційного прийняття у ГПал ($M=5,50$; $F=5,64$; $p=0,004$) [141]; (2) когнітивна стимуляція через залишкові ресурси (розмови про значущі теми, творчі активності) — нейропсихологічна детермінація, хоча і послаблена, залишається значущою ($\beta=0,49$; $p=0,012$); В. А. Лунов та ін. [101] описують компенсаторну функцію особистісного ресурсу; (3) психологічна підтримка родини і сімейної системи: ЕЕГ-аналіз виявив дисоціативний патерн у паліативних жінок — внутрішній конфлікт між власними потребами і орієнтацією на близьких; (4) гендерно диференційований підхід: паліативні жінки (дисоціативний δ -патерн) потребують специфічної роботи з прийняттям і внутрішнім конфліктом [89]; паліативні чоловіки (адаптивний $\beta+\alpha$ -патерн) — підтримки когнітивного пошуку рівноваги. Є. Л. Базика [5] підтверджує, що екзистенційне переосмислення через цінності є потужним ресурсом адаптації навіть при тяжких психосоматичних станах.

3.6.4. Рекомендації щодо організації психологічного супроводу на рівні установи

Таблиця 3.14

Диференційована схема психологічного супроводу онкологічних хворих за стадіями захворювання

Напрямок	ГП	ГВ	ГПал
Пріоритет (медики)	Нейрокогніт. скринінг, нейропротекція	Управління симптомами, антидепресанти	Паліативна терапія, гідність
Пріоритет (психологи)	Активний копінг, ВКХ, психоедукація	Горювання при рецидиві, когн. реаб.	Екзист. терапія, сімейна підтримка
Ключовий SEM-конструкт	Особистісно-ресурс. $\beta=0,81$	Психосоматична $\beta=-0,58$	Особистісно-ресурс. $\beta=0,71$
Форма роботи	Психоедукат. група + індивід.	Інтенсивний індивідуальний	Паліативний психол. супровід
Гендерна специфіка	Помірна	Виражена	Значна (жінки — дисоц. патерн)
Тривалість підтримки	Весь курс первинного лікування	Від рецидиву, 3–6 міс. інтенсивно	Безперервно + підтримка родини

Рекомендується формування постійно діючих міждисциплінарних команд у складі онколога, клінічного психолога, медичної сестри з паліативної допомоги і соціального працівника. Диференційована маршрутизація пацієнтів до психологічної допомоги за стадійним принципом: при виявленні дистресу ($4DSQ > \text{порогу}$) — направлення до психолога протягом тижня; при рецидиві — автоматичне включення до психологічного супроводу; при переведенні до паліативної допомоги — включення екзистенційно орієнтованого психолога. Регулярний моніторинг РП з використанням методики Корнієнко (2021)*, шкали копіngu [24] і $4DSQ$ [143] як мінімального скринінгового набору. В. А. Лунов та ін. [100] підкреслюють, що

психологічний моніторинг із застосуванням стандартизованих інструментів є необхідною умовою доказовості психологічного супроводу. ЦентRALЬною методологічною ідеєю запропонованих рекомендацій є відповідність терапевтичної стратегії структурі детермінуючих чинників РП: домінантний SEM-шлях відповідної групи має визначати фокус психологічного втручання.

Висновки до третього розділу

Отримані результати дозволяють сформулювати систему взаємопов'язаних висновків, що охоплюють усі рівні дослідницької моделі і верифікують чотири гіпотези дослідження.

Реабілітаційний потенціал як суб'єктивно оцінювана особистісна характеристика демонструє відносну стабільність між клінічними групами, що відображає резилієнтний характер базових особистісних ресурсів. Однофакторний дисперсійний аналіз не виявив статистично значущих міжгрупових відмінностей за жодним із компонентів РП (F від 0,62 до 1,56; p від 0,213 до 0,539). Загальний РП: $ГП=38,89\pm6,50$; $ГВ=36,88\pm5,90$; $ГПал=36,48\pm6,20$; $F=0,94$; $p=0,391$. Цей результат підтверджує положення Дж. Бонанно про резилієнтність як поширену базову здатність особистості і теорію консервації ресурсів С. Е. Хобфолла. Принциповий теоретичний наслідок: реабілітаційний потенціал існує не як агрегований рівневий показник — він є структурно детермінованою системною властивістю, і саме структура детермінації, а не її рівень, змінюється залежно від стадії захворювання.

Особистісно-ресурсний рівень РП характеризується прогресивною трансформацією копінг-профілю і наростанням екзистенційного дистресу при збереженні диференційованості між групами. Активна боротьба прогресивно знижується ($F=7,10$; $p=0,001$), залежність від зовнішньої допомоги і пасивний песимізм зростають — що відображає закономірний зсув копінг-репертуару під впливом прогресуючого захворювання. Екзистенційний дистрес наростає значуще (загальна оцінка ЕСQ: $F=6,37$; $p=0,002$), при цьому найбільший

стрибок відбувається між ГП і ГВ, а не між ГВ і ГПал: рецидив є більш значущим екзистенційним переломним моментом, ніж перехід до паліативної стадії — що визначає пріоритетність екзистенційної підтримки саме при рецидиві.

Нейрокогнітивний рівень демонструє прогресивну деградацію з кумулятивним характером — найсильніший статистичний результат у всьому дослідженні. CAS-FPN: $F(2,252)$ від 63,19 до 411,17 для чотирьох доменів; $p < 0,001$ у всіх випадках; $\eta^2 > 0,14$ (великий розмір ефекту). Загальний CAS-FPN знижується від ГП ($M=33,19$) до ГПал ($M=19,64$). Рефлексивно-інтроспективний (PNAS) та інтегративно-комунікативний (SNS) виміри також значуще деградує. Нейропсихіатрична симптоматика значуща за 8 з 12 доменів NPI: апатія є провідним симптомом із прогресивною динамікою ($F=8,34$; $p < 0,001$); тривога демонструє зворотну динаміку (зниження), пов'язану з трансформацією від гострого стресу до прийняття. Виявлений контраст між стабільністю суб'єктивного РП ($p=0,391$) і надзвичайно вираженими відмінностями за нейрокогнітивним функціонуванням (F до 411) є ключовим теоретичним результатом: саме ця прихована нейрокогнітивна деградація є механізмом нейропсихологічної детермінації, що виноситься у назву дисертаційного дослідження.

Психосоматичний рівень характеризується асиметричною стадійною залежністю: фізичний вимір якості життя деградує значно швидше і виразніше, ніж психологічний. SF-36 PCS: $F=11,47$; $p < 0,001$ (зниження від ГП 47,20 до ГПал 26,40). Три психологічні субшкали SF-36 не досягають значущості ($p=0,059-0,067$), підтверджуючи відносну резилієнтність психологічного виміру. Дистрес (4DSQ) досягає піку при рецидиві (ГВ: $M=13,70$; $F=7,83$; $p < 0,001$) з частковою стабілізацією у паліативній групі. Виснаження і біль (GQ) зростають прогресивно ($F=9,73$ і $F=8,94$; $p < 0,001$). Соматизація наростає лінійно ($F=8,47$; $p < 0,001$), підтверджуючи теоретичне положення про психосоматичну обумовленість як активний деструктивний механізм.

ЕЕГ-моніторинг виявив специфічні гендерно-диференційовані нейрофізіологічні патерни. У чоловіків — еволюція від гострого стресу (ГП: $\beta + \theta$) через хронічне вигорання (ГВ: $\beta \uparrow \uparrow$) до адаптивного прийняття (ГПал: $\beta + \alpha$). У жінок — збережена адаптивна рефлексія (ГП, ГВ: $\theta + \alpha$) переходить у дисоціативний патерн (ГПал: $\delta \uparrow \uparrow + \theta \uparrow \uparrow$ повсюдно) — унікальний нейрофізіологічний феномен, що не має аналогів в інших підгрупах. Цей феномен вимагає гендерно-специфічних психологічних інтервенцій у паліативних жінок.

SEM-аналіз підтверджує три якісно різних архітектурних патерни детермінації РП. У ГП: «ресурсно-орієнтована детермінація» (β особистісно=0,81; β нейропсихол.=0,68; β психосомат.=−0,43; $R^2=0,71$). У ГВ: «психосоматичний тиск» (β психосомат.=−0,58 стає домінуючим деструктивним ефектом; β особистісно=0,63; $R^2=0,74$). У ГПал: «екзистенційно-ресурсна адаптація» (β особистісно=0,71 зберігається; β нейропсихол. послаблюється до 0,49; β психосомат.=−0,52; $R^2=0,79$). Зростання R^2 (0,71→0,74→0,79) свідчить про зростаючу структурну детермінованість і передбачуваність РП. Поняття «нейропсихологічна детермінація» і «психосоматична обумовленість» отримують операційний статус із виміряними кількісними характеристиками — це є центральним науковим внеском дослідження.

Верифікація гіпотез. Гіпотеза Н1 (дистрес і дезадаптивний копінг → нижчий РП) — підтверджена (β від −0,43 до −0,58 у SEM). Гіпотеза Н2 (ГП > ГВ > ГПал за нейрокогніцією) — підтверджена в частині нейрокогнітивного функціонування (F до 411; $p < 0,001$) і не підтверджена за суб'єктивним РП ($p = 0,391$) — що є теоретично значущим результатом, а не артефактом. Гіпотеза Н3 (ГВ — пік дистресу, вигорання, дезадаптивний копінг) — підтверджена (дистрес $M = 13,70$; β психосоматична=−0,58). Гіпотеза Н4 (ГПал — прийняття, екзистенційний тягар, найнижча HRQoL) — підтверджена (ECQ $M = 48,40$; PCS $M = 26,40$; особистісно $\beta = 0,71$ у SEM).

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

Відповідно до мети та завдань дисертаційного дослідження отримано такі результати:

Вирішуючи перше завдання здійснено теоретичний аналіз сучасних підходів до вивчення реабілітаційного потенціалу онкологічних пацієнтів. Побудовано чотирирівневу теоретичну модель його нейропсихологічної детермінації та психосоматичної обумовленості, що інтегрує нейропсихологічний, психосоматичний, особистісно-ресурсний і соціально-середовищний рівні. Встановлено, що нейропсихологічна детермінація реалізується за принципом «зверху донизу» — від когнітивних ресурсів до поведінкової активності, тоді як психосоматична обумовленість діє як активний деструктивний механізм «знизу вгору» із максимальним ефектом при рецидиві. Теоретично обґрунтовано феномен двопланового реабілітаційного потенціалу: суб'єктивно оцінюваний план зберігає резилієнтний характер між стадіями, тоді як нейрокогнітивна реалізаційна база прогресивно деградує. Така двоплановість зумовлює принципово різні детермінаційні закономірності.

Теоретичний аналіз дозволив узагальнити, що феномен «хемомозку» (chemobrain) і психосоматична дисрегуляція є взаємопідсилювальними механізмами, а не автономними чинниками, оскільки нейрокогнітивне виснаження посилює психосоматичне навантаження через дефіцит когнітивного управління стресом, тоді як психосоматичне навантаження прискорює нейрокогнітивне виснаження через системне нейрозапалення і хронічну стрес-реакцію.

Розв'язуючи друге та третє завдання розроблено методологію оцінки чинників реабілітаційного потенціалу. В дослідження сформована вибірка із трьох клінічних груп, що відповідають ключовим стадіям онкологічної динаміки: первинне лікування (ГП, n=112), рецидив (ГВ, n=84), паліативне лікування (ГПал, n=59). Операціоналізація структури реабілітаційного

потенціалу виявила, що його особистісно-ресурсний вимір не є монолітним: активна копінг-поведінка є стадійно-вразливою і прогресивно виснажується, тоді як пасивний оптимізм і здатність до дисоціації є диспозиційними рисами, що не змінюються від стадії до стадії. Це означає, що реабілітаційні інтервенції, спрямовані на підтримку активного подолання, є найбільш необхідними і своєчасними саме на ранніх стадіях — поки копінговий ресурс іще не вичерпано. На нейропсихологічному рівні виявлено чітку ієрархію вразливості: виконавчі функції деградують першими і найбільш різко, тоді як метакогнітивна усвідомленість зберігається довше — що вказує на неї як на пріоритетну опору для психологічних втручань на пізніх стадіях. На психосоматичному рівні встановлено принципове розмежування між стадійно-залежними чинниками (дистрес, соматизація, фізична якість життя) і наскрізними (депресія, тривога), що потребують уваги на всіх стадіях без винятку.

Відповідно до четвертого завдання за результатами емпіричного дослідження встановлено, що стабільність реабілітаційного потенціалу між групами на тлі різкого зниження нейрокогнітивних показників свідчить про захисну функцію особистісних ресурсів. Зниження тривоги від ГП до ГПал) при одночасному зростанні апатії означає якісну зміну емоційного реагування, не полегшення стану, а перехід від активної загрозо-орієнтованої реакції до пасивного виснаження. Асиметрія погіршення якості життя, фізичного компоненту здоров'я руйнується значно швидше за психологічний, що підтверджує, що психологічна сфера повинна розглядатися як пріоритетний ресурс реабілітації.

Щодо п'ятого завдання за результатами структурного моделювання встановлено, що реабілітаційний потенціал є динамічною системою, зміст якої якісно змінюється при кожному переході між стадіями. «Ресурсно-орієнтована детермінація» при первинному лікуванні перетворюється на «психосоматичний тиск» при рецидиві, де деструктивна динаміка стає рівнозначною ресурсній, і далі трансформується на «екзистенційно-ресурсну

адаптацію» при паліативному лікуванні. Загальний показник реабілітаційного потенціалу пацієнтів стає все більш передбачуваним у міру прогресування хвороби, зокрема у паліативних пацієнтів реабілітаційний потенціал практично повністю визначається тими трьома вимірами, які закладено у модель, що підвищує точність прогнозу та обґрунтованість інтервенцій. Усі чотири дослідницькі гіпотези підтверджено.

Стосовно шостого завдання, узагальнення результатів моделювання дало змогу сформулювати диференційовані науково-практичні рекомендації, у яких терапевтичний фокус визначається провідним детермінаційним шляхом кожної клінічної групи.

Для первинних онкологічних хворих домінуючим є особистісно-ресурсний шлях детермінації, що зумовлює доцільність раннього нейрокогнітивного скринінгу, корекції порушень сну, обережного вибору менш нейротоксичних схем лікування, а також психологічних втручань, спрямованих на активацію копінг-репертуару, когнітивне переосмислення внутрішньої картини хвороби, психоедукацію та профілактику катастрофізації і вивченої безпорадності.

Для пацієнтів із рецидивом або прогресуванням захворювання провідним є психосоматичний деструктивний шлях, що обґрунтовує необхідність мультимодального контролю симптомів, диференційної психіатричної оцінки та інтенсивного індивідуального психологічного супроводу, зорієнтованого на кризову підтримку в момент встановлення рецидиву, опрацювання втрачених очікувань, відновлення активного копінгу і психоедукацію щодо нейрокогнітивних наслідків протипухлинного лікування.

Для паліативних пацієнтів провідним знову постає особистісно-ресурсний шлях, проте якісно трансформований — набуваючи екзистенційного характеру. Це вимагає переорієнтації допомоги на симптоматичне лікування і підтримання гідності, контроль болю та виснаження, системну роботу з родиною, а також застосування екзистенційно

орієнтованих психотерапевтичних підходів і когнітивної стимуляції з опорою на збережені ресурси пацієнта.

На організаційному рівні результати дослідження підтверджують доцільність впровадження постійно діючої міждисциплінарної моделі супроводу, що об'єднує онколога, психолога, медичну сестру та соціального працівника. Практично обґрунтованими є стадійна маршрутизація пацієнтів із чітко визначеними тригерами ескалації допомоги, регулярний моніторинг реабілітаційного потенціалу за мінімальним скринінговим набором та обов'язкове включення нейрокогнітивних індикаторів для своєчасного виявлення прихованого когнітивного зниження. У сукупності це створює підстави для клінічно диференційованої, прогностично чутливої та організаційно цілісної системи психологічного супроводу в онкології.

Перспективами подальших досліджень є: (1) верифікація виявлених SEM-патернів у лонгітюдному дизайні, що дозволить відстежити індивідуальну динаміку від стадії до стадії; (2) включення нейровізуалізаційних методів (фМРТ) для об'єктивізації нейрокогнітивних показників; (3) тестування ефективності стадійно-диференційованих психологічних інтервенцій, розроблених на основі SEM-моделей дослідження; (4) розширення вибірки з урахуванням нозологічної специфіки онкологічних захворювань; (5) крос-культурна валідація розробленого методологічного комплексу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Асєєва Ю. О., Максимова Ю. С. Психологічні предиктори адаптивних стратегій подолання у посттравматичний період. *Перспективи та інновації науки. Серія «Психологія»*. 2025. № 8(54). С. 1023–1033. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-8\(54\)-1023-1033](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-8(54)-1023-1033)
2. Асєєва Ю. О., Плахотний О. А. Ментальне здоров'я волонтерів у воєнний період: посттравматичні симптоми та вигорання. *Ментальне здоров'я*. 2025. Вип. 2. С. 3–8. <https://doi.org/10.32782/3041-2005/2025-2.1>
3. Асєєва Ю. О., Христофорова В. С. Теоретичні основи дослідження тривожно-панічних розладів і дереалізації в умовах воєнних дій. *Габітус*. 2025. Вип. 75. С. 217–222. <https://doi.org/10.32782/hbts.75.2.38>
4. Асанова А., Мухаровська І. Дослідження психічних феноменів в структурі хронічного болю: депресія, тривога, катастрофізація. Огляд літератури. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2023. Т. 8, № 4. e0804505. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/505>
5. Бази́ка Є. Л. Ціннісні орієнтації як предиктор розвитку психосоматичних захворювань у студентів. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «Психологія»*. 2022. Вип. 6. С. 23–28. URL: <http://psy-visnyk.uzhnu.uz.ua/index.php/psy/issue/view/10>
6. Бази́ка Є. Л., Ригель О. В., Прокоф'єва О. О., Партико Н. В., Горецька О. В. Копінг-стратегії та їх вплив на психологічне здоров'я особистості у пізньому зрілому віці. *Перспективи та інновації науки. Серія «Психологія»*. 2023. № 1(19). С. 415–423.
7. Бас О. А. Реабілітаційне обстеження пацієнтів при онкологічних захворюваннях різної локалізації. *Вісник Львівського державного університету фізичної культури*. 2020. № 24(2). С. 45–52. <https://doi.org/10.34285/1997-8907.2020.2.7>

8. Беспалова В. Особливості психоемоційних розладів у онкологічних пацієнтів в процесі лікування. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2024. Т. 9, № 2. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/511>
9. Васильєва Ю. О., Ковальова О. М. Роль психологічної підтримки в комплексному лікуванні онкологічних хворих. *Здоров'я України*. 2019. № 21. С. 30–32.
10. Гевко У., Попович Д., Миндзів К., Бойко В., Бай А. Основні аспекти фізичної терапії у пацієнтів онкологічного профілю в парадигмі біопсихосоціальної моделі. *Україна. Здоров'я нації*. 2025. № 3. С. 222–229. URL: <https://journals.uzhnu.uz.ua/index.php/health/article/view/1439>
11. Зливков В. Психологічна підтримка онкопацієнтів під час війни: методичні рекомендації. Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Лабораторія методології і теорії психології. 2022. URL: <https://www.researchgate.net/publication/361332514>
12. Ісаєнко С. В. Клініко-психопатологічні закономірності формування суїцидальної поведінки у онкологічно хворих. Сучасна система психопрофілактики : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.16. Харків : Харківський національний медичний університет, 2020. 20 с.
13. Ковальчук Л. В. Психоонкологія в Україні: стан і перспективи розвитку. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Медицина*. 2020. Вип. 2(70). С. 90–93.
14. Кононенко О., Кононенко А., Крошка К., Бази́ка Є. Життєстійкість та ціннісні орієнтації особистості як психологічні ресурси її психологічного здоров'я. *Наукові перспективи*. 2023. № 9(39). [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2023-9\(39\)-565-575](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2023-9(39)-565-575)
15. Костюк Г. П., Чопенко В. В. Психологічна реабілітація онкологічних хворих: проблеми та перспективи. *Наукові праці Національного*

університету «Острозька академія». Серія: Психологія. 2014. Вип. 4. С. 182–186.

16. Кривоніс Т. Г. Медико-психологічна допомога в онкологічній практиці. *Психіатрія, наркологія та медична психологія*. 2020. <https://doi.org/10.35339/msz.2020.86.01.08>
17. Лапшова Н. С. Особливості застосування психологічної реабілітації при онкології. *Вісник Донецького національного університету імені Василя Стуса. Серія «Психологічні науки»*. 2025. Вип. 2(5). С. 27–35. [https://doi.org/10.31558/2786-8745.2024.2\(5\).3](https://doi.org/10.31558/2786-8745.2024.2(5).3)
18. Мулик К. В., Скалій О., Рубан Л. А. Формування культури профілактики захворюваності на рак молочної залози шляхом самоспостереження та самодослідження. *Міжнародний науковий журнал «Інтернаука»*. 2021. № 13. <https://doi.org/10.25313/2520-2057-2021-13-7540>
19. Мухаровська І. Р. Медико-психологічна допомога в онкологічній практиці. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2017. Т. 2, № 1. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/19>
20. Нечитайло О., Мухаровська І. Психологічні ресурси онкологічних пацієнтів на паліативному етапі лікування. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2024. Т. 9, № 2. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/509>
21. Разнатовська О. М., Канигіна С. М., Шальмін О. С., Федорець А. В. Актуальність застосування фізичної терапії та ерготерапії в онкологічних хворих на етапі паліативної та хоспісної допомоги. *Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики*. 2023. Т. 16, № 1. С. 110–116. <https://doi.org/10.14739/2409-2932.2023.1.268806>
22. Родіна Н. В. Системні дослідження психіки особистості: досвід наукової школи «системне моделювання психологічних феноменів». *Психологія*

- та соціальна робота.* 2020. № 2(52). С. 125–144.
[https://doi.org/10.18524/2707-0409.2020.2\(52\).225434](https://doi.org/10.18524/2707-0409.2020.2(52).225434)
23. Родіна Н. В., Бабій О. І. Теоретичні підходи до проблеми впливу ментального здоров'я на суб'єктивну безпеку особистості. *Психологічні перспективи.* 2024. № 44. С. 96–109. <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2024-44-rod>
 24. Родіна Н. В., Доценко О. Ю., Кернас А. В., Перевязко Л. П., Ворнікова Л. К. Створення шкали для дослідження копінг-поведінки у ситуаціях небезпеки. *Офтальмологічний журнал.* 2022. № 3. С. 65–73.
<http://doi.org/10.31288/oftalmolzh202236573>
 25. Родіна Н. В., Кременчуцька М. К., Козачек І. А. Психологічні особливості адаптаційних характеристик моряків в умовах війни в Україні. *Психологія та соціальна робота.* 2025. № 2. С. 145–153.
<https://doi.org/10.32782/2707-0409.2025.2.13>
 26. Родіна Н. В., Фокін А. С. Копінг-поведінка особистості у ситуаціях невизначеності та ризику. *Габітус.* 2021. № 24. С. 90–96.
 27. Соколюк М. Нейропсихологічні та психосоматичні чинники реабілітаційного потенціалу онкологічних пацієнтів: інтегративний огляд. *Вісник Національного університету оборони України.* 2024. № 79(3). С. 134–140. <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2024-79-3-134-140>
 28. Солоня Ю. О., Шкраб'юк В. С., Прокоф'єва О. А., Базика Є. Л., Медвідь І. В. Нейробіологічні та психологічні чинники стресостійкості особистості. *Наукові перспективи. Серія «Психологія».* 2025. № 10(64). С. 1694–1705.
 29. Становський Б. Стратегія медико-психологічної допомоги в роботі лікаря-психолога з онкологічними пацієнтами. *Психосоматична медицина та загальна практика.* 2021. Т. 6, № 4. e0604319. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/319>

30. Становський Б. Оцінка ефективності програми психокорекції для пацієнток із вперше діагностованою онкологічною патологією. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2023. Т. 8, № 4. е0804503. <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v8i4.503>
31. Шевцова А. І., Морозова О. Г., Федоренко З. П. Медико-соціальні аспекти онкологічної допомоги в Україні. *Онкологія*. 2016. Вип. 18, № 2. С. 144–148.
32. Aagesen M., et al. Rehabilitation interventions for young adult cancer survivors: A scoping review. *Clinical Rehabilitation*. 2023. Vol. 37. No. 10. P. 1347–1374.
33. Adie A. E. Role of Community-Based Organizations in Supporting Cancer Patients in Eastern Nigeria. KIU Publications, 2025.
34. Ahmadi S., Salari N., Rezaei J., Rahmati M. The effect of stress inoculation training on existential anxiety and resilience of cancer patients. *Current Psychology*. 2021. P. 1–7. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02301-6>
35. Antoni M. H. Psychosocial intervention effects on adaptation, disease course and biobehavioral processes in cancer. *Brain, Behavior and Immunity*. 2013. Vol. 30. P. S88–S89.
36. Antoni M. H., Dhabhar F. S. The impact of psychosocial stress and stress management on immune responses in patients with cancer. *Cancer*. 2019. Vol. 125. No. 9. P. 1417–1431. <https://doi.org/10.1002/cncr.31943>
37. Antoni M. H., Lutgendorf S., Cole S., Dhabhar F., Sephton S., McDonald P., Stefanek M., Sood A. The influence of biobehavioral factors on tumor biology: pathways and mechanisms. *Nature Reviews Cancer*. 2006. Vol. 6. P. 240–248.
38. Antonovsky A. Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being. San Francisco : Jossey-Bass, 1979.

39. Armaiz-Pena G. N., Cole S. W., Lutgendorf S. K., Sood A. K. Neuroendocrine influences on cancer progression. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2013. Vol. 30 (Suppl). P. S19–S25.
40. Armstrong T. S., Wefel J. S., Wang M., Gilbert M. R., Won M., Bottomley A., et al. Net clinical benefit analysis of radiation therapy oncology group 0525. *Journal of Clinical Oncology*. 2013. Vol. 31. P. 4076–4084.
41. Asher A., Myers J. S. The effect of cancer treatment on cognitive function. *Clinical Advances in Hematology & Oncology: H&O*. 2015. Vol. 13. No. 7. P. 441–450.
42. Bakuridze N. G., Lunov V. I., Ulianov V. O., Ulianova N. A. Psychological and neuropsychological status of patients with both blast-related ocular injury and mild traumatic brain injury late after the traumatic event. *Journal of Ophthalmology (Ukraine)*. 2024. No. 5. P. 21–26. <https://doi.org/10.31288/oftalmolzh202452126>
43. Björnsdóttir E. B., et al. Experiences of cancer rehabilitation among patients in rural areas in northern Iceland. *International Journal of Circumpolar Health*. 2021. Vol. 80. No. 1. P. 1936974.
44. Blakeley J. O., Coons S. J., Corboy J. R., Leidy N. K., Mendoza T. R., Wefel J. S. Clinical outcome assessment in malignant glioma trials: Measuring signs, symptoms, and functional limitations. *Neuro-Oncology*. 2016. Vol. 18. P. ii13–ii20.
45. Bonanno G. A. Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*. 2004. Vol. 59. No. 1. P. 20–28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
46. Boele F., et al. Inequalities in access to neuro-oncology supportive care and rehabilitation: A survey of healthcare professionals' perspectives. *Neuro-Oncology Practice*. 2024. Vol. 11. No. 4. P. 484–493.

47. Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I., Siegel R. L., Torre L. A., Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2018. Vol. 68. No. 6. P. 394–424. <https://doi.org/10.3322/caac.21492>
48. Brick R., et al. Factors influencing utilization of cancer rehabilitation services among older breast cancer survivors in the USA: A qualitative study. *Supportive Care in Cancer*. 2022. Vol. 30. No. 3. P. 2397–2405.
49. Brown P. D., Pugh S., Laack N. N., Wefel J. S., Khuntia D., Meyers C., et al. Memantine for the prevention of cognitive dysfunction in patients receiving whole-brain radiotherapy: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Neuro-Oncology*. 2013. Vol. 15. P. 1429–1437.
50. Brown P. D., Jaeckle K., Ballman K. V., Farace E., Cerhan J. H., Anderson S. K., et al. Effect of radiosurgery alone vs radiosurgery with whole brain radiation therapy on cognitive function in patients with 1 to 3 brain metastases: A randomized clinical trial. *Journal of the American Medical Association*. 2016. Vol. 316. P. 401–409.
51. Butsiy R., Lupenko S. Comparative analysis of neurointerface technologies. *Вісник Тернопільського національного технічного університету*. 2020. Vol. 4(100). P. 135–148.
52. Carreno D. F., Eisenbeck N. Existential insights in cancer: Meaning in life adaptability. *Medicina*. 2022. Vol. 58. No. 4. P. 461. <https://doi.org/10.3390/medicina58040461>
53. Carver C. S., Scheier M. F., Weintraub J. K. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1993. Vol. 56. No. 2. P. 267–283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>

54. Chang E. L., Wefel J. S., Hess K. R., Allen P. K., Lang F. F., Kornguth D. G., et al. Neurocognition in patients with brain metastases treated with radiosurgery or radiosurgery plus whole-brain irradiation: A randomised controlled trial. *The Lancet Oncology*. 2009. Vol. 10. P. 1037–1044.
55. Correa D. D., Zhou Q., Thaler H. T., Maziarz M., Hurley K., Hensley M. L. Cognitive functions in long-term survivors of ovarian cancer. *Gynecologic Oncology*. 2010. Vol. 119. P. 366–369.
56. Dahl A. A., Mykletun A., Fosså S. D. Quality of life in survivors of testicular cancer. *Urologic Oncology*. 2005. Vol. 23. No. 3. P. 193–200. <https://doi.org/10.1016/j.urolonc.2005.03.004>
57. DeBerardinis R., et al. Coping with oral tongue cancer and COVID-19 infection. *Frontiers in Psychiatry*. 2021. Vol. 12. P. 562502.
58. Dennett A. M., Elkins M. R. Cancer rehabilitation. *Journal of Physiotherapy*. 2020. Vol. 66. No. 2. P. 70–72. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2020.03.004>
59. Dev R., et al. Coping strategies and associated symptom burden among patients with advanced cancer. *The Oncologist*. 2024. Vol. 29. No. 2. P. 166–175.
60. Dinapoli L., Colloca G., Di Capua B., Valentini V. Psychological aspects to consider in breast cancer diagnosis and treatment. *Current Oncology Reports*. 2021. Vol. 23. P. 1–7.
61. Eckerling A., Ricon-Becker I., Sorski L., Sandbank E., Ben-Eliyahu S. Stress and cancer: mechanisms, significance and future directions. *Nature Reviews Cancer*. 2021. Vol. 21. No. 12. P. 767–785.
62. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva : WHO, 1986.
63. Faller H., Schuler M., Richard M., Heckl U., Weis J., Küffner R. Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: Systematic review and meta-analysis. *Journal of*

- Clinical Oncology*. 2013. Vol. 31. No. 6. P. 782–793.
<https://doi.org/10.1200/JCO.2011.40.8922>
64. Ferro M. D., Melosh N. A. Electronic and ionic materials for neurointerfaces. *Advanced Functional Materials*. 2018. Vol. 28. No. 12. P. 1704335.
 65. Fortin J., Leblanc M., Elgbeili G., Cordova M. J., Marin M. F., Brunet A. The mental health impacts of receiving a breast cancer diagnosis: A meta-analysis. *British Journal of Cancer*. 2021. Vol. 125. No. 11. P. 1582–1592.
 66. Gehring K., Sawyer A. M., Etzel C. J., Lang F. F., Wefel J. S. Prediction of memory outcomes after resection of high grade glioma. *Neuro-Oncology*. 2011. Vol. 13. P. iii73–iii75.
 67. Giesler J. M., Weis J. Patient competence in the context of cancer. *Supportive Care in Cancer*. 2021. Vol. 29. P. 2133–2143.
 68. Giesler J. M., et al. Patient competencies, coping self-efficacy, and coping: Do they change during oncological inpatient rehabilitation and beyond? *Psycho-Oncology*. 2022. Vol. 31. No. 4. P. 577–586.
 69. Gil F., Costa G., Hilker I., Benito L. First anxiety, afterwards depression: psychological distress in cancer patients at diagnosis and after medical treatment. *Stress and Health*. 2012. Vol. 28. P. 362–367.
 70. Gilchrist L. S., Galantino M. L., Wampler M., Marchese V. G., Morris G. S., Ness K. K. A framework for assessment in oncology rehabilitation. *Physical Therapy*. 2009. Vol. 89. No. 3. P. 286–306.
 71. Grassi L., Riba M. B. Disparities and inequalities in cancer care and outcomes in patients with severe mental illness: Call to action. *Psycho-Oncology*. 2021. Vol. 30. No. 12. P. 1997–2001.
 72. Grassi L., Rossi E., Sabato S., Cruciani G., Zambelli M. Diagnostic criteria for psychosomatic research and psychosocial variables in breast cancer patients. *Psychosomatics*. 2004. Vol. 45. No. 6. P. 483–491.

73. Greer S. Psychological intervention: The gap between research and practice. *Acta Oncologica*. 2002. Vol. 41. No. 3. P. 238–243. <https://doi.org/10.1080/028418602753669811>
74. Greer J. A., Jacobs J. M., El-Jawahri A., Nipp R. D., Gallagher E. R., Pirl W. F., Park E. R., Muzikansky A., Jacobsen P. B., Prigerson H. G., Temel J. S. Role of patient coping strategies in understanding the effects of early palliative care on quality of life and mood. *Journal of Clinical Oncology*. 2016. Vol. 34. No. 30. P. 3607–3614. <https://doi.org/10.1200/JCO.2016.67.2895>
75. Halliday L. E., Lee R. S. The psychological effects of protective isolation on haematological stem cell transplant patients: An integrative, descriptive review. *Supportive Care in Cancer*. 2025. Springer.
76. Harrison R. A., Wefel J. S. Neurocognitive function in adult cancer patients. *Neurologic Clinics*. 2018. Vol. 36. No. 3. P. 653–674. <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2018.04.014>
77. Heidary M., Heshmati R., Hayes J. Effect of group logotherapy on anxiety about death and existential loneliness in patients with advanced cancer: A randomized controlled trial. *Cancer Nursing*. 2023. Vol. 46. No. 1. P. E21–E30. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000001093>
78. Hiltrop K., et al. Conflicting demands, coping, and adjustment: A grounded theory to understand rehabilitation processes in long-term breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*. 2021. Vol. 30. No. 11. P. 1957–1964.
79. Hiltrop K. The role of job changes in sustainable return to work for breast cancer survivors : doctoral dissertation. Universitäts- und Landesbibliothek Bonn, 2022.
80. Hobfoll S. E. Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*. 1989. Vol. 44. No. 3. P. 513–524. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.3.513>

81. HosseiniPoorAbardeh F. S., Niknam M. The relationship between spiritual health with existential anxiety and morbid anxiety in female patients with breast cancer. *Journal of Arak University of Medical Sciences*. 2021. Vol. 24. No. 3. P. 360–371.
82. Hurria A., Rosen C., Hudis C., Zuckerman E., Panageas K. S., Lachs M. S., et al. Cognitive function of older patients receiving adjuvant chemotherapy for breast cancer: A pilot prospective longitudinal study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2006. Vol. 54. P. 925–931.
83. Kadan-Lottick N. S., Vanderwerker L. C., Block S. D., Zhang B., Prigerson H. G. Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer: A report from the coping with cancer study. *Cancer*. 2005. Vol. 104. No. 12. P. 2872–2881.
84. Kesler S. R., Blayney D. W. Neurotoxic effects of anthracycline- vs nonanthracycline-based chemotherapy on cognition in breast cancer survivors. *JAMA Oncology*. 2016. Vol. 2. P. 185–192.
85. Kesler S. R., Noll K., Cahill D. P., Rao G., Wefel J. S. The effect of IDH1 mutation on the structural connectome in malignant astrocytoma. *Journal of Neuro-Oncology*. 2016. Vol. 131. P. 565–574.
86. Kononenko O., Ivanchenko A., Gaivoronska T., Khitrova T., Semenko S., Kuzmin V. Psychological and Social-Communication aspects of HR management career in wartime, including stress, motivation, will and efficiency of working conditions. *Revista De Cercetare Si Interventie Sociala*. 2024. Vol. 84. P. 206–223. <https://doi.org/10.33788/rcis.84.14>
87. Kozeratska O., Romanova I., Lanskoï A., Vakal Y., Kononenko O. Exploring the role of innovative technologies in supporting the mental health of Ukrainian military personnel with PTSD. *Georgian Medical News*. 2025. No. 362. P. 160–170.

88. Kremenchutska M. K., Kiparenko O. L., Chykur L. D., Pundiev V. V., Dobrynina I. V. Neuropsychological diagnostics and correction of reading disorders in visually impaired children. *Journal of Ophthalmology (Ukraine)*. 2022. No. 4. P. 68–74.
89. Kremenchutska M., Akopyan A., Kozii V. Breathing psychotechniques in the work with the regulation of emotional states of an individual. *Scientific Notes of Taurida National V. I. Vernadsky University. Series Psychology*. 2023. No. 5. P. 79–85. <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2023.5/14>
90. Kuchyna V. Existential Concerns Questionnaire (ECQ) of Vincentius Van Bruggen: Ukrainian language validation and adaptation. *World Science*. 2020. Vol. 3. No. 6(58). P. 56–65. https://doi.org/10.31435/rsglobal_ws/30062020/7123
91. Lange M., Joly F., Vardy J., Ahles T., Dubois M., Tron L., Winocur G., De Ruiter M. B., Castel H. Cancer-related cognitive impairment: An update on state of the art, detection, and management strategies in cancer survivors. *Annals of Oncology*. 2019. Vol. 30. No. 12. P. 1925–1940. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdz410>
92. Lau J., Khoo A. M. G., Ho A. H. Y., Tan K. K. Psychological resilience among palliative patients with advanced cancer: A systematic review of definitions and associated factors. *Psycho-Oncology*. 2021. Vol. 30. No. 7. P. 1029–1040.
93. Laursen B. S., et al. Coping strategies and considerations regarding low anterior resection syndrome and quality of life among patients with rectal cancer. *Frontiers in Oncology*. 2022. Vol. 12. P. 1040462.
94. Lazarus R. S., Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York : Springer, 1984.
95. Liavaag A. H., Dørum A., Fosså S. D., Tropé C., Dahl A. A. Controlled study of fatigue, quality of life, and somatic and mental morbidity in epithelial

- ovarian cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology*. 2007. Vol. 25. No. 15. P. 2049–2056. <https://doi.org/10.1200/JCO.2006.09.1769>
96. Licht T., et al. Evaluation by electronic patient-reported outcomes of cancer survivors' needs and the efficacy of inpatient cancer rehabilitation. *Supportive Care in Cancer*. 2021. Vol. 29. P. 5853–5864.
 97. Lichtenthal W. G., Nilsson M., Zhang B., Trice E. D., Kissane D. W., Breitbart W., Prigerson H. G. Do rates of mental disorders and existential distress among advanced stage cancer patients increase as death approaches? *Psycho-Oncology*. 2009. Vol. 18. No. 1. P. 50–61.
 98. Linden W., Vodermaier A., Mackenzie R., Greig D. Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender, and age. *Journal of Affective Disorders*. 2012. Vol. 141. P. 343–351.
 99. Liu Y., Chen T., Li X., Song J. Pharmacists' knowledge, attitudes, and perceived barriers to cancer pain management: A cross-sectional survey in Chongqing, China. *BMC Health Services Research*. 2025.
 100. Lunov V., Lytvynenko O., Maltsev O., Zlatova L. The impact of Russian military aggression on the psychological health of Ukrainian youth. *American Behavioral Scientist*. 2023. Vol. 67. No. 3. P. 426–448. <https://doi.org/10.1177/00027642221144846>
 101. Lunov V., Matiash M., Abdriakhimova T., Pavlov A., Dzeruzhynska N. Integrated Health and Personality Adaptation Model (IHPAM) for men amidst Russia-Ukraine conflict: Navigating psychosomatic health. *Health of Man*. 2024. No. 1. P. 49–57. <https://doi.org/10.30841/2786-7323.1.2024.303827>
 102. Lutgendorf S. K., Sood A., Antoni M. H. Host factors and cancer progression: Biobehavioral signaling pathways and interventions. *Journal of Clinical Oncology*. 2010. Vol. 28. P. 4094–4099.

103. Ma Y., Chen S., Dong H., Guo R., Liu R., Xie J., Sun Z. Relationship between resilience, social support, existential well-being and negative emotions in cervical cancer patients: A mediation analysis. *Journal of Cancer*. 2024. Vol. 15. No. 11. P. 3418. <https://doi.org/10.7150/jca.94372>
104. Maiwald P., et al. Barriers to utilization of cancer rehabilitation from the expert's view: A cross-sectional survey. *European Journal of Cancer Care*. 2022. Vol. 31. No. 1. P. e13522.
105. Maras D., et al. Attachment avoidance and health-related quality of life. *Rehabilitation Psychology*. 2021. Vol. 66. No. 4. P. 618.
106. Matiash M., Lunov V., Prudka L., Rudenko Y., Prints V. Neuropsychology of chronic fatigue syndrome in civilian population in war conditions. *International Neurological Journal*. 2024. Vol. 20. No. 7. P. 382–393. <https://doi.org/10.22141/2224-0713.20.7.2024.1118>
107. Mayer R. S., Engle J. Rehabilitation of individuals with cancer. *Annals of Rehabilitation Medicine*. 2022. Vol. 46. No. 2. P. 60–70.
108. Mikhailova Y., et al. Neurointerface with oscillator motifs. *Frontiers in Neuroscience*. 2023. Vol. 17. P. 1113867.
109. Miovic M., Block S. Psychiatric disorders in advanced cancer. *Cancer*. 2007. Vol. 110. No. 8. P. 1665–1676.
110. Missel M., Bergenholtz H., Beck M., Donsel P. O., Simonj C. Understanding existential anxiety and the soothing nature of nostalgia in life with incurable esophageal cancer: A phenomenological hermeneutical investigation of patient narratives. *Cancer Nursing*. 2022. Vol. 45. No. 1. P. E291–E298. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000001009>
111. Movsas S. B., Chang V. T., Tunkel R. S., Shah V. V., Ryan L. S., Millis S. R. Rehabilitation needs of an inpatient medical oncology unit. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2003. Vol. 84. No. 11. P. 1642–1646.

112. Nagi S. Z. A study in the evaluation of disability and rehabilitation potential: Concepts, methods, and procedures. *American Journal of Public Health and the Nations Health*. 1964. Vol. 54. No. 9. P. 1568–1579.
113. Nagi S. Z. Congruency in medical and self-assessment of disability. *IMS, Industrial Medicine and Surgery*. 1969. Vol. 38. No. 3. P. 27–36.
114. Noll K. R., Sullaway C., Ziu M., Weinberg J. S., Wefel J. S. Relationships between tumor grade and neurocognitive functioning in patients with glioma of the left temporal lobe prior to surgical resection. *Neuro-Oncology*. 2015. Vol. 17. P. 580–587.
115. Noll K. R., Bradshaw M. E., Rexer J., Wefel J. S. Neuropsychological practice in the oncology setting. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 2018. Vol. 33. No. 3. P. 344–353. <https://doi.org/10.1093/arclin/acx131>
116. Nwozichi C. U., Ojewale M. O., Salako O. The Lived Experience of Suffering by Nigerian Female Breast Cancer Survivors: A Phenomenological Perspective. *Journal of Patient Experience*. 2025. SAGE.
117. Omari M., Amaadour L., El Asri A., Benbrahim Z., Mellas N., El Rhazi K., Ragala M. E. A., El Hilaly J., Halim K., Zarrouq B. Psychological distress and coping strategies in breast cancer patients under neoadjuvant therapy: A systematic review. *Women's Health (London, England)*. 2024. Vol. 20. P. 17455057241276232. <https://doi.org/10.1177/17455057241276232>
118. Omari M., Amaadour L., Zarrouq B., Al-Sheikh Y. A., El Asri A., Kriya S., Nadi S., Benbrahim Z., Mellas N., Rhazi K. E., Ragala M. E. A., Hilaly J. E., Giesy J. P., Aboul-Soud M. A. M., Halim K. Evaluation of psychological distress is essential for patients with locally advanced breast cancer prior to neoadjuvant chemotherapy: Baseline findings from cohort study. *BMC Women's Health*. 2023. Vol. 23. No. 1. P. 445. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02571-1>

119. Onyedibe M. C. C., Chidebe R. C. W., Andersen B. L. Age modulates religious coping: Mediating the role of attitude to self in cancer patients' quality of life. *ResearchGate*, 2025.
120. O'Toole D. M., Golden A. Evaluating cancer patients for rehabilitation potential. *Western Journal of Medicine*. 1991. Vol. 155. No. 4. P. 384.
121. Pastukh O., Yatsyshyn V. Brain-computer interaction neurointerface. *Вісник Тернопільського національного технічного університету*. 2023. Vol. 112. No. 4. P. 26–31.
122. Quasthoff S., Hartung H. P. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *Journal of Neurology*. 2002. Vol. 249. No. 1. P. 9–17. <https://doi.org/10.1007/pl00007853>
123. Ramos T. H., Silva L. D. S., Carvalho T. P. D., Nogueira L. D. A., Mantovani M. D. F., Kalinke L. P. Hope for the person with advanced cancer in palliative care. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2025. Vol. 70. P. e-074661.
124. Rodina N. V. The area of the psychological phenomena system modeling in Ukraine: Development, results and prospects of research. *Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading Scientific Schools*. 2017. Vol. 21. No. 3. P. 56–60.
125. Rodríguez-Gonzalez A., Carmona-Bayonas A., HernandezSanGil R., Cruz-Castellanos P., Antoñanzas-Basa M., Lorente-Estelles D., ... Calderon C. Impact of systemic cancer treatment on quality of life and mental well-being: A comparative analysis of patients with localized and advanced cancer. *Clinical and Translational Oncology*. 2023. Vol. 25. No. 12. P. 3492–3500.
126. Rodrigues C., Gomes B., Albuquerque C. The rehabilitation of cancer patients and the role of nurses: A scoping review. *Oncology in Clinical Practice*. 2022. Vol. 18. No. 3. P. 147–165.

127. Rosano C., Ikram M. A., Ganguli M. Neuroepidemiology of cancer and treatment-related neurocognitive dysfunction in adult-onset cancer patients and survivors. *Neuroepidemiology*. 2016. Vol. 138. P. 297.
128. Saghafi E., et al. Patients' experiences of adverse symptoms, emotions, and coping strategies in connection to treatment of head and neck cancer. *BMC Oral Health*. 2023. Vol. 23. No. 1. P. 641.
129. Saul A. N., Oberyszyn T. M., Daugherty C., et al. Chronic stress and susceptibility to skin cancer. *Journal of the National Cancer Institute*. 2005. Vol. 97. P. 1760–1767.
130. Sereda S., Lunov V. Scale of Cognitive Assessment of Executive Network Activity. In: Matyash M., Maksimenko S., Lunov V., Pavlov A., Tkach B., Sereda S. *Integrative Foundations of Medical Psychology: Normogenesis, Neuroscience, and Health Behavior*. Kyiv : Ludmila Publishing, Bogomolets National Medical University, 2024. P. 69–70.
131. Sereda S., Lunov V. Scale of Assessment of Passive Neurocognitive Activity. In: Matyash M., Maksimenko S., Lunov V., Pavlov A., Tkach B., Sereda S. *Integrative Foundations of Medical Psychology: Normogenesis, Neuroscience, and Health Behavior*. Kyiv : Ludmila Publishing, Bogomolets National Medical University, 2024. P. 70.
132. Sereda S., Lunov V. Scale of Psychological Assessment of Ability for Objective Cognitive Evaluation. In: Matyash M., Maksimenko S., Lunov V., Pavlov A., Tkach B., Sereda S. *Integrative Foundations of Medical Psychology: Normogenesis, Neuroscience, and Health Behavior*. Kyiv : Ludmila Publishing, Bogomolets National Medical University, 2024. P. 71.
133. Shin H., Bartlett R., DeGagne J. C. Integrative literature review on psychological distress and coping strategies among survivors of adolescent cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2020. Vol. 47. No. 5. P. E131–E148. <https://doi.org/10.1188/20.ONF.E131-E148>

134. Shin H., Seo J. Y., Choi E. S. Facilitators and Barriers to Multidisciplinary Teamwork in Adolescent and Young Adult Oncology Care: A Descriptive Qualitative Study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2025. Taylor & Francis.
135. Spiegel D., Bloom J. R., Kraemer H. C., Gottheil E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *The Lancet*. 2017. Vol. 334. No. 8668. P. 888–891. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(89\)91551-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(89)91551-1)
136. Stanovskiy B. Mechanisms of stress-overcoming behavior in women with oncopathology. *Journal of Education, Health and Sport*. 2023. Vol. 50. No. 1. P. 181–190. <https://doi.org/10.12775/JEHS.2023.50.01.015>
137. Stanovskiy B. Psychological help for patients with cancer. *Journal of Education, Health and Sport*. 2024. Vol. 52. P. 242–253. <https://doi.org/10.12775/JEHS.2024.52.110>
138. Stein G. L., et al. Palliative care for LGBTQI persons coping with cancer. *Oncology and Palliative Social Work*, 2023.
139. Stout N. L., et al. A systematic review of rehabilitation and exercise recommendations in oncology guidelines. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2021. Vol. 71. No. 2. P. 149–175.
140. Tamura S., Suzuki K., Ito Y., Fukawa A. Factors related to the resilience and mental health of adult cancer patients: A systematic review. *Supportive Care in Cancer*. 2021. Vol. 29. P. 3471–3486.
141. Tedeschi R. G., Calhoun L. G. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*. 2004. Vol. 15. No. 1. P. 1–18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
142. Terao T., Satoh M. The present state of existential interventions within palliative care. *Frontiers in Psychiatry*. 2022. Vol. 12. P. 811612. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.811612>

143. Terluin B. De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL): Een vragenlijst voor het meten van distress, depressie, angst en somatisatie [The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ)]. *Huisarts en Wetenschap*. 1994. Vol. 44. No. 12. P. 538–547.
144. Tucha O., Smely C., Preier M., Lange K. W. Cognitive deficits before treatment among patients with brain tumors. *Neurosurgery*. 2000. Vol. 47. P. 324–334.
145. Vanderwerker L. C., Laff R. E., Kadan-Lottick N. S., McColl S., Prigerson H. G. Psychiatric disorders and mental health service use among caregivers of advanced cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*. 2005. Vol. 23. No. 28. P. 6899–6907.
146. Vardy J. L., Dhillon H. M., Pond G. R. Cognitive function and fatigue after diagnosis of colorectal cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 2018. Vol. 36. No. 34. P. 3404–3411. <https://doi.org/10.1200/JCO.2018.78.7958>
147. Wang Y., Feng W. Cancer-related psychosocial challenges. *General Psychiatry*. 2022. Vol. 35. No. 5. P. e100871.
148. Ware J. E., Sherbourne C. D. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*. 1992. Vol. 30. No. 6. P. 473–483.
149. Wefel J. S., Lenzi R., Theriault R. L., Davis R. N., Meyers C. A. The cognitive sequelae of standard-dose adjuvant chemotherapy in women with breast carcinoma: Results of a prospective, randomized, longitudinal trial. *Cancer*. 2004. Vol. 100. P. 2292–2299.
150. Wefel J. S., Vidrine D. J., Marani S. K., Swartz R. J., Veramonti T. L., Meyers C. A., et al. A prospective study of cognitive function in men with non-seminomatous germ cell tumors. *Psycho-Oncology*. 2014. Vol. 23. P. 626–633.

151. Wefel J. S., Kesler S. R., Noll K. R., Schagen S. B. Clinical characteristics, pathophysiology, and management of noncentral nervous system cancer-related cognitive impairment in adults. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2015. Vol. 65. P. 123–138.
152. Wefel J. S., Noll K. R., Scheurer M. E. Neurocognitive functioning and genetic variation in patients with primary brain tumours. *The Lancet Oncology*. 2016. Vol. 17. P. 97–108.
153. Widrow B., Lamago M. M. Neurointerfaces: Applications. *IEEE Transactions on Control Systems Technology*. 2000. Vol. 10. No. 2. P. 221–228.
154. Xiao Y., Sun J., Liu M., Wang H., Guan J. The effectiveness of dyadic interventions for health outcomes of prostate cancer patients and informal caregivers: A systematic review and meta-analysis. *BMC Nursing*. 2025. Springer.
155. Xiaodan L., Guiru X., Guojuan C., Huimin X. Self-perceived burden predicts lower quality of life in advanced cancer patients: The mediating role of existential distress and anxiety. *BMC Geriatrics*. 2022. Vol. 22. No. 1. P. 803. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03514-5>
156. Yardley L., Redfern M. S. Psychological factors influencing recovery from balance disorders. *Journal of Anxiety Disorders*. 2001. Vol. 15. No. 1–2. P. 107–119.
157. Yu X., Huang Q., Yang Y., Wang L., Wu F., Ding Y. Impact of social support on body image during chemotherapy in patients with breast cancer: The chain mediating role of depression and self-efficacy. *International Journal of Oncology Research*. 2025. Elsevier.
158. Zhu W., Cui L., Yang H., Guo J., Gao J., An Y. Patient preferences and willingness to pay for transitional care in breast cancer: A discrete choice experiment. *Supportive Care in Cancer*. 2025. Springer.

159. Zwerenz R., Schwinn T., Hirschmiller J., Wiltink J., Beutel M. E. Practitioners' perspective: A mixed-methods study on dealing with suicidality from the perspective of oncological healthcare professionals. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*. 2025. Springer.

ДОДАТКИ

Додаток А

Результати post-hoc аналізу (критерій Tukey HSD) для показників із статистично значущими міжгруповими відмінностями

Примітка до таблиці А.1: наведено різниці середніх (ГП – ГВ; ГП – ГПал; ГВ – ГПал) та рівень значущості попарних порівнянь після процедури Tukey HSD. Позначення: *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$; н.з. — не значущий ($p > 0,05$).

Таблиця А.1

Post-hoc порівняння груп за методом Tukey HSD (значущі ANOVA, $F p < 0,05$)

Показник	F	ГП – ГВ (Δ ; p)	ГП – ГПал (Δ ; p)	ГВ – ГПал (Δ ; p)	Провідна відмінність
ЕСQ: загальна оцінка	6,37	–4,30*	–8,10***	–3,80*	всі три пари
ЕСQ: тривога смерті	6,37	–1,40*	–2,70***	–1,30 н.з.	ГП vs ГПал*
ЕСQ: відсутність перспективи	7,10	–1,30*	–2,80***	–1,50*	всі три пари
ЕСQ: прийняття (інверс.)	5,64	+1,50*	+3,00***	+1,50*	всі три пари
Копінг: активна боротьба	7,10	+2,90**	+6,50***	+3,60***	всі три пари
Копінг: залежність від допомоги	7,10	–2,30*	–4,40***	–2,10*	всі три пари
Копінг: пасивний песимізм	5,06	–3,90***	–4,70***	–0,80 н.з.	ГП vs ГПал*
NPI: апатія	8,34	–1,30***	–2,60***	–1,30**	всі три пари
NPI: депресія/дисфорія	6,37	–0,50 н.з.	–1,10***	–0,60*	ГП vs ГПал*
NPI: тривога	4,81	+0,80*	+1,20**	+0,40 н.з.	ГП vs ГПал*
NPI: дезінгібування	5,95	–0,70*	–1,30***	–0,60*	всі три пари
NPI: марення	7,10	–0,80**	–2,10***	–1,30***	всі три пари

CAS-FPN: підтримання уваги	121,35	+1,71***	+2,50***	+0,79***	всі три пари
CAS-FPN: робоча пам'ять	411,17	+1,43***	+3,79***	+2,36***	всі три пари
CAS-FPN: цілеспрям. поведінка	138,42	+2,93***	+4,15***	+1,22***	всі три пари
CAS-FPN: загальний	63,19	+7,86***	+13,55***	+5,69***	всі три пари
PNAS: гнучкість мислення	14,27	+3,70***	+5,80***	+2,10**	всі три пари
PNAS: загальний	9,47	+16,70***	+24,30***	+7,60**	всі три пари
SNS: переключення уваги	12,41	+3,60***	+5,70***	+2,10**	всі три пари
SNS: загальний	8,91	+12,50***	+19,50***	+7,00**	всі три пари
4DSQ: дистрес	7,83	-4,50***	-2,10*	+2,40*	всі три пари
4DSQ: соматизація	8,47	-3,60***	-5,30***	-1,70*	всі три пари
SF-36: PCS	11,47	+8,60***	+20,80***	+12,20***	всі три пари
SF-36: PF	9,14	+13,60***	+34,20***	+20,60***	всі три пари
SF-36: VT	7,91	+13,50***	+26,80***	+13,30***	всі три пари
SF-36: MCS	6,34	+7,60**	+12,70***	+5,10*	всі три пари
GQ: виснаження	9,73	-4,30***	-8,90***	-4,60***	всі три пари
GQ: больові відчуття	8,94	-3,70***	-7,50***	-3,80***	всі три пари
GQ: загальна оцінка	10,36	-13,20***	-23,00***	-9,80***	всі три пари

Примітка. Δ — різниця середніх ($M_{\text{перша група}} - M_{\text{друга група}}$). Від'ємне значення означає, що друга група має вищий показник. *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$; н.з. — $p > 0,05$. PF — фізичне функціонування; VT — життєздатність; PCS/MCS — фізичний/психічний зведений показник SF-36.

Показники відповідності структурних моделей рівнянь (SEM) для трьох клінічних груп

У таблиці Б.1 наведено повний набір індексів відповідності трьох SEM-моделей із зазначенням порогових критеріїв. Оцінку здійснено методом максимальної правдоподібності (ML). Для кожного індексу вказано рекомендоване порогове значення.

Таблиця Б.1

Показники підгонки SEM-моделей реабілітаційного потенціалу для трьох клінічних груп

Індекс підгонки	ГП (n=112)	ГВ (n=84)	ГПал (n=59)	Критерій прийнятності	Оцінка
χ^2 (хі-квадрат)	42,3	37,8	29,4	$p > 0,05$ (бажано)	прийнятно
Ступені свободи (df)	31	31	31	—	—
χ^2/df (норм. χ^2)	1,36	1,22	0,95	$< 3,0$	відмінно
p-value	0,083	0,186	0,545	$> 0,05$	прийнятно/добре
CFI (порівняльний)	0,924	0,911	0,936	$> 0,90$	добре
TLI (Такера– Льюїса)	0,918	0,904	0,929	$> 0,90$	добре
NFI (нормований)	0,897	0,882	0,911	$> 0,90$ (бажано)	прийнятно
RMSEA	0,063	0,071	0,058	$< 0,08$	добре
RMSEA 90% CI (нижня)	0,047	0,052	0,031	—	—
RMSEA 90% CI (верхня)	0,079	0,089	0,081	—	—
SRMR	0,071	0,078	0,065	$< 0,08$	добре
AIC (Акайке)	318,3	283,8	219,4	менший — краще	—
R ² (РП)	0,71	0,74	0,79	—	—

Примітка. CFI — Comparative Fit Index; TLI — Tucker–Lewis Index; NFI — Normed Fit Index; RMSEA — Root Mean Square Error of Approximation; SRMR — Standardized Root Mean Square Residual; AIC — Akaike Information Criterion. Метод оцінки: максимальна правдоподібність (ML). Програмне забезпечення: SPSS.

Стандартизовані факторні навантаження вимірювальних моделей SEM

У таблиці В.1 наведено стандартизовані навантаження (λ) кожного спостережуваного індикатора на відповідний латентний конструкт у трьох SEM-моделях. Усі наведені навантаження є статистично значущими ($p < 0,05$). Критерій прийнятного навантаження: $\lambda \geq 0,50$.

Таблиця В.1

Стандартизовані факторні навантаження (λ) спостережуваних індикаторів на латентні конструкти SEM-моделей

Латентний конструкт / Індикатор		Операціоналізація	λ ГП	λ ГВ	λ ГПал
Конструкт I: Нейропсихологічна детермінація					
→ Загальний CAS-FPN		Суб'єктивні виконавчі функції	0,84	0,81	0,78
→ NPI апатія (інверс.)		Відсутність нейропсихіатр. апатії	0,76	0,79	0,72
→ Загальний PNAS		Рефлексивна нейрокогніція	0,71	0,68	0,65
Конструкт II: Психосоматична обумовленість					
→ SF-36 PCS (інверс.)		Фізична якість життя	0,82	0,85	0,88
→ 4DSQ дистрес		Психосоматичний дистрес	0,74	0,79	0,71
→ GQ виснаження		Соматичне виснаження	0,68	0,73	0,76
Конструкт III: Особистісно-ресурсний рівень					
→ Активна боротьба		Активний копінг	0,88	0,84	0,79

→ ЕСQ прийняття (інверс.)		Екзистенційне прийняття	0,75	0,72	0,86
Ендогенний конструкт: Реабілітаційний потенціал					
→ Мотиваційний компонент		Шкала РП	0,79	0,74	0,71
→ Емоційний компонент		Шкала РП	0,76	0,72	0,68
→ Самооціночний компонент		Шкала РП	0,81	0,77	0,73
→ Комунікативний компонент		Шкала РП	0,72	0,69	0,65
→ ВКХ		Шкала РП	0,68	0,64	0,61

Примітка. λ — стандартизоване факторне навантаження. Усі навантаження є статистично значущими ($p < 0,05$). «Інверс.» — індикатор включено до конструкту з оберненим знаком. Мінімальне прийнятне навантаження: $\lambda \geq 0,50$ (Hair et al., 2019).

Таблиця В.2

Кореляції між латентними конструктами у SEM-моделях (ф-коефіцієнти)

Пара конструктів	ГП	ГВ	ГПал	Напрямок	Інтерпретація
Нейропсихол. ↔ Психосоматична	-0,52	-0,61	-0,68	негативний	Взаємне виснаження
Нейропсихол. ↔ Особистісно-ресурс.	+0,47	+0,41	+0,38	позитивний	Взаємна підтримка
Психосоматична ↔ Особистісно-ресурс.	-0,38	-0,53	-0,61	негативний	Тиск соматички на ресурс

Примітка. ϕ — стандартизована кореляція між латентними конструктами. Усі кореляції є статистично значущими ($p < 0,05$). Наростання від'ємної кореляції психосоматичного і особистісного конструктів підтверджує посилення «психосоматичного тиску» при прогресуванні захворювання.

Додаток Г

Акти впровадження

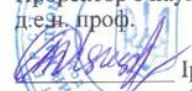
000140


УКРАЇНА
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ імені І. І. МЕЧНИКОВА
 65082, Україна, м. Одеса, вул. Зміська Всеволода, 2
 тел.(048) 723-52-54 E-mail: rector@onu.edu.ua Код ЄДРПОУ 02071091

09.04.2026 № 02-91-751

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Проректор з наукової роботи
д.б.н., проф.

Володимир ІВАНІЦЯ
« 8 » квітня 2026 р.

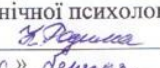
«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Проректор з науково-педагогічної роботи
д.б.н., проф.

Ірина ЛОМАЧИНСЬКА
« 9 » квітня 2026 р.

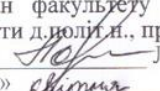
АКТ
про впровадження результатів
науково-дослідної роботи у навчальний процес

Науково-практичні результати дослідницької роботи здобувача третього (освітньо-наукового) рівня вищої освіти СОКОЛЮКА Михайла Анатолійовича на тему: «Нейропсихологічна детермінація та психосоматична обумовленість реабілітаційного потенціалу пацієнтів онкологічного профілю», яка виконувалася відповідно до плану науково-дослідної роботи кафедри психодіагностики та клінічної психології факультету психології та соціальної роботи в процесі виконання теми «Дослідження психологічного здоров'я особистості: саноцентричний підхід» та «Системна модель психічного здоров'я особистості в умовах воєнних і поствоєнних викликів: психодіагностика, цифрові інструменти, клінічні прояви, адаптація та реабілітація».

У межах виконання зазначеної науково-дослідної теми Михайлом СОКОЛЮКОМ досліджено нейропсихологічні та психосоматичні чинники формування реабілітаційного потенціалу онкологічних пацієнтів, визначено специфіку детермінації відновлювальних процесів на різних етапах перебігу захворювання, обґрунтовано концептуальну чотирирівневу модель реабілітаційного потенціалу та розроблено практичні рекомендації щодо психологічного супроводу хворих з урахуванням їхнього когнітивного та емоційного стану.

Результати наукового дослідження впроваджено у навчальному процесі факультету психології та соціальної роботи при оновленні курсів лекцій та практичних занять з наступних навчальних дисциплін: «Психодіагностика», «Клінічна психологія» (перший (бакалаврський) рівень вищої освіти, спеціальності 053 (С4) «Психологія») та «Психодіагностика особистості в кризових життєвих ситуаціях» (другий (магістерський) рівень вищої освіти, спеціальності 053 (С4) «Психологія»).

Завідувач кафедри психодіагностики та клінічної психології д.психол.н., проф.

Наталія РОДІНА
« 30 » березня 2026 р.

Декан факультету психології та соціальної роботи д.політ.н., проф.

Лариса ДУНАЄВА
« 3 » квітня 2026 р.

МІЖНАРОДНИЙ КЛАСИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ПИЛИПА ОРЛИКА

Україна, 54003, м. Миколаїв,
вул. Котельна 2
ЄДРПОУ: 37992250
e-mail: mku.osvita@gmail.com
+38 (050) 394 72 87;
0 800 400 557
www.mku.edu.ua



PYLYP ORLYK
INTERNATIONAL
CLASSICAL UNIVERSITY

2, Kotelna Street,
Mykolaiv, 54003, Ukraine
EDPNOY: 37992250
e-mail: mku.osvita@gmail.com
+38 (050) 394 72 87;
0 800 400 557
www.mku.edu.ua

№ 074/01/26 дата/date: «19» березня 2026 р.

АКТ про впровадження результатів науково-дослідної роботи в освітній процес

Результати дисертаційної роботи **СОКОЛЮКА Михайла Анатолійовича** на тему: «Нейропсихологічна детермінація та психосоматична обумовленість реабілітаційного потенціалу пацієнтів онкологічного профілю» (спеціальність 053 «Психологія», науковий керівник – д.психол.н., проф. Родіна Н. В., Одеський національний університет імені І. І. Мечникова) впроваджено в освітній процес ПЗВО «Міжнародний класичний університет імені Пилипа Орлика» при оновленні змісту навчальних дисциплін за такими спеціальностями:

- 223 «Медсестринство» (перший (бакалаврський) рівень вищої освіти) в частині психологічної оцінки стану пацієнта, виявлення когнітивних порушень та психосоматичних симптомів у хворих онкологічного профілю;
- 227 «Терапія та реабілітація» (перший (бакалаврський) рівень вищої освіти) в частині обґрунтування індивідуалізованих реабілітаційних стратегій із урахуванням нейропсихологічного та психосоматичного статусу онкологічних пацієнтів;
- 229 «Громадське здоров'я» (другий (магістерський) рівень вищої освіти) в частині висвітлення психосоматичних механізмів хронічного стресу, імуносупресії та їх впливу на якість життя онкологічних хворих;
- 053 «Психологія» (другий (магістерський) рівень вищої освіти) в частині вивчення нейрокогнітивних порушень при онкологічних захворюваннях, зокрема феномену «хемомозку», та методів їх психодіагностики.

Упровадження результатів дослідження сприяє формуванню міждисциплінарних компетентностей здобувачів у сфері психологічного супроводу та реабілітації пацієнтів онкологічного профілю.

Ректор
Академік УАН
доктор психологічних наук,
професор



Н. Євдокимова – Наталя ЄВДОКИМОВА



УКРАЇНА
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

бульвар Т.Шевченка, 13, м.Київ, 01601, тел.(044)-234-92-76, 234-40-62,
 e-mail: kancnmu@nmu.ua, www.nmuofficial.com, ЄДРПОУ 02010787

21.01.2026 № 13-ЗМП-Д

На _____

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
 СОКОЛЮКА Михайла Анатолійовича

«Нейропсихологічна детермінація та психосоматична обумовленість реабілітаційного потенціалу пацієнтів онкологічного профілю», поданої на здобуття ступеня доктора філософії за спеціальністю 053 Психологія.

Науково-практичні результати дисертаційної роботи СОКОЛЮКА Михайла Анатолійовича на тему: «Нейропсихологічна детермінація та психосоматична обумовленість реабілітаційного потенціалу пацієнтів онкологічного профілю» впроваджено (відповід. проф. М.М. Матяш) у навчальний процес Національного медичного університету імені О.О. Богомольця при оновленні змісту таких навчальних дисциплін:

1. Навчальна дисципліна «Психологія здоров'я» (другий (магістерський) рівень, галузь знань І «Охорона здоров'я та соціальне забезпечення», спеціальність 229 «Громадське здоров'я», освітня програма «Громадське здоров'я») – в частині розгляду психосоматичних механізмів хронічного стресу, імуносупресії та їхнього впливу на відновлювальний потенціал пацієнтів онкологічного профілю, а також копінг-стратегій як чинника збереження якості життя при тяжких захворюваннях.

2. Навчальна дисципліна «Медична психологія» (другий (магістерський) рівень, галузь знань 22 «Охорона здоров'я», спеціальність 222 «Медицина», освітня програма «Медицина») – в частині висвітлення нейропсихіатричної симптоматики, психосоматичної обумовленості стану онкологічних хворих, включаючи методи оцінки когнітивного функціонування і внутрішньої картини хвороби.

3. Навчальна дисципліна «Психологічна реабілітація, абілітація та корекція» (другий (магістерський) рівень, галузь знань С «Соціальні науки, журналістика, інформація та міжнародні відносини», спеціальність С4 «Психологія», освітньо-професійна програма «Клінічна психологія») – в частині застосування чотирирівневої моделі реабілітаційного потенціалу та індивідуалізованих стратегій психологічного супроводу онкологічних пацієнтів з урахуванням стадії захворювання й екзистенційного дистресу.

Впровадження результатів дослідження поглиблює міждисциплінарну підготовку здобувачів у галузях медицини, громадського здоров'я та клінічної психології.

Перший проректор
 з науково-педагогічної роботи
 та післядипломної освіти



Олександр НАУМЕНКО



ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ
**"АСОЦІАЦІЯ З МЕДИЧНОЇ ТА
 ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ"**

ЄДРПОУ: 40955287

<https://medpsyrehab.com.ua>, e-mail: vgo.ampr@gmail.com тел.: 050 353 05 53, 044 483 48 83

№ 4 від 13.02.2026

АКТ
про впровадження результатів науково-дослідної роботи
у практичну діяльність

Науково-практичні результати дисертаційної роботи здобувача третього (освітньо-наукового) рівня вищої освіти **СОКОЛЮКА Михайла Анатолійовича** на тему: «Нейропсихологічна детермінація та психосоматична обумовленість реабілітаційного потенціалу пацієнтів онкологічного профілю» (спеціальність 053 «Психологія», науковий керівник – д.психол.н., проф. Родіна Н.В.) впроваджено у практичну діяльність Громадської організації «Асоціація з медичної та психологічної реабілітації».

Зокрема, впроваджено: розроблений психодіагностичний комплекс для оцінки реабілітаційного потенціалу онкологічних пацієнтів; практичні рекомендації щодо психологічного супроводу з урахуванням когнітивного та емоційного статусу хворих на різних стадіях захворювання; індивідуалізовані реабілітаційні стратегії на основі чотирирівневої моделі реабілітаційного потенціалу.

Впровадження сприяє підвищенню ефективності психологічного супроводу онкологічних пацієнтів та оптимізації реабілітаційних програм організації.

Голова правління
Заслужений лікар України,
Доктор медичних наук,
професор



Михайло МАТЯШ