

Tervisepsühholoogia: psühholoogi roll vähiravis

Riin Tark¹, Kaie Jõeveer², Anneliis Tali³, Kadri Haljas⁴

Vähidiagnoos, aga ka muu raske kroonilise haiguse diagnoos on šokk nii täiskasvanule, lapsele kui ka nende lähedastele. Sõltuvalt patsiendi taustsüsteemist ja tugivõrgustiku või perekonna tugevusest võib psühholoogiline tugi olla äärmiselt vajalik nii diagnoosi saamise järel, raviperioodil kui ka pärast ravi lõppu. Artiklis on antud teaduskirjanduse põhjal ülevaade vähihaigete laste ja täiskasvanute vaimse tervise probleemkohtadest, kirjeldatud psühholoogilise toe praegust olukorda Eestis ning käsitletud patsientide muresid, millega puutuvad igapäevaselt kokku kahe onkoloogiaosakonna psühholoogid.

Ülevaateartikli eesmärk on tutvustada peamisi psühholoogilisi probleeme, mis on seotud vähihaiguse diagnoosi saamise ja sellele järgnevaga. Diagnoosile järgnev periood on raske nii lastele, täiskasvanud patsientidele kui ka nende lähedastele ning vähihaigetel patsientidel esineb sageli kaasuvaid psühholoogilisi probleeme. Patsiendid seisavad silmitsi kuid või aastaid kestva raviga ning lisaks tavapärase harjumuste muutmisele peavad nad toime tulema ka potentsiaalsete füüsiliste ja psüühiliste tervisekahjustustega, lisaks tuleb arvestada ka vähi taastekke ja hilistüsistuste võimalusega. Seetõttu järgneb diagnoosijärgsele akuutsele olukorrale tihti peale ka pikaajaline mõju vaimsele tervisele, mis võib avalduda ka pärast aktiivravi lõppemist.

Erialakirjanduse põhjal on artiklis esitatud vaimse tervise peamised probleemid nii laste kui ka täiskasvanud patsientide seas ning antud ülevaade Eesti olukorrast ja sekkumistest. Võrdluseks on tutvustatud lapsea vähipatsientidega töö korraldust Soomes ja Norras.

ONKOLOOGILISTE PATSIENTIDE PSÜHHOLOOGILISED PROBLEEMID

Täiskasvanud

Kõik potentsiaalselt eluohtliku diagnoosi saanud inimesed võivad kogeda emotsionaalset madalseisu, kurbust, ärevust ja/või teadmatusest tulenevat pinget, mis võib jääda ka normi piiresse. Samas on leitud, et

psüühilised probleemid ning kõrge stressitase on seotud halvema raviprognoozi ja elulemusega (1–3).

Eelnevate uuringute põhjal on näidatud, et depressiooni esineb täiskasvanud vähihaigetel oluliselt rohkem kui üldrahvastikus (2) ning enam kui neljandikul patsientidest esineb depressioon või kohanemishäire, millega kaasneb depressiivsus (4). Peale depressiooni esineb keskmisest enam ka ärevushäireid (5) ning haiguskogemus võib inimese jaoks olla niivõrd traumaatiline, et välja võib kujuneda posttraumaatiline stressihäire (6).

Psüühiliste probleemide väljakujunemise riski mõjutavad näiteks varasem psüühiliste häirete taust, isiksuseomadused, kasutatavad toimetulekumehhanismid, tugivõrgustik ja lähedaste toetus, ravile allumatu valu, manustatavad ravimid või muud haigused, diagnoosimine haiguse hilises staadiumis (4, 7).

Lapsed

Lapseas diagnoositud vähk (või muu krooniline haigus) suurendab tõenäosust vaimse düstressi või kliinilise häire väljakujunemiseks ka täiskasvanueas (16). Seega on psühholoogilise abi kättesaadavus tähtis ka pärast ravi lõppu (17). On oluline märkida, et ligi kaks kolmandikku lapsea vähist paranenutest ei järgi terviseedenduse nõudeid, mis on seotud eelkõige füüsilise koormuse ning toitumisega. On pakutud, et need probleemid võivad olla seotud vaimse tervise probleemidega (18), suurendades psühholoogilise toe olulisust veelgi enam.

Eesti Arst 2018; 97(6):319–325

Saabunud toimetusse: 22.03.2018
Avaldamiseks vastu võetud: 20.04.2018
Avaldatud internetis: 25.06.2018

¹ Tartu Ülikool,
² Tartu Ülikooli Kliinikum,
³ Tallinna Lastehaigla,
⁴ Helsingi Ülikool

Kirjavahetajaautor:
Riin Tark
tarkriin@gmail.com

Võtmesõnad:
psühholoogia, vaimne tervis, onkoloogia ja hematoloogia, tervisepsühholoogia

Sõltuvalt vanusest võivad lapsed kogeda tavapärasest suuremat muretsemist, hirmu, kurbust, ärritatavust, viha, süütunnet, üksindust ja isolatsiooni (8). Mitmed tegurid mõjutavad laste emotsionaalset toimetulekut ja kohanemist haigusega, sealhulgas lapse vanus, isiksuseomadused, varasemad kogemused, sotsiaalsed ja emotsionaalsed probleemid enne diagnoosi, lähedased suhted, probleemide lahendamise oskus, aga ka pere toetus, funktsioneerimine ja peresuhted nii enne kui ka pärast diagnoosi, samuti lapsevanemate vaimne tervis (9).

Lapseea vähk on seotud kehvema kognitiivse võimekuse ning alanenud psühhosotsiaalse funktsioneerimisega, halvem toimetulek on neil, kelle sotsiaalne tugi on nõrk (10). On oluline märkida, et onkoloogiline ravi võib laste meeleolu ja käitumist oluliselt muuta, kuid ravi lõppedes normaliseerub tavapäraselt ka käitumine. Kõige enam esineb lapseea vähipatsientidel (ning krooniliste haigustega patsientidel laiemalt) ärevushäireid (11). Laiemalt on leitud, et lapseeas esineb sõeltestimise põhjal meeleolu- või käitumishäireid ligikaudu 58%-l kroonilise haiguse diagnoosi saanutest (12), üldpopulatsiooni näitajad jäävad seejuures 13% piiresse (13). Mitte kõigis uuringutes ei ole leitud niivõrd suurt esinemissagedust, kuid siiski on leitud oluliselt suurem risk vaimse tervise häirete tekkimiseks võrreldes tervete eakaaslastega (14).

Lähedased

Potentsiaalselt eluohtlik haigus ei mõjuta aga mitte ainult patsiendi vaimset tervist ja eluga rahuolu, vaid ka lähedasi inimesi: pereliikmeid, sõpru, töö- ja koolikaaslasi. Nagu eelnevalt mainitud, mõjutab sotsiaalne kontekst väga oluliselt patsiendi toimetulekut ja kohanemist. Lastel puhul võib täheldada, et vanemast lähtudes võib laps suurendada oma ärevust ja hirmu ning seetõttu kaasatakse lastel puhul psühholoogilise toe sekkumistesse ka lapsevanemad. Vanema ärevuse mõju raviotsustele ning vanema lapse vastastikmõju tuleb ravimeeskonnal hinnata ja arvesse võtta, lisaks mõjutab ärevus vanema kognitiivseid protsesse ning põhjustab tõlgendatava info kallutatust. Sekkudes vanema ärevusse, on võimalik ka lapse toimetulekut parandada, sest vähem ärevad vanemad suudavad last paremini

toetada, aidata tal oma haigust mõista ning saavutada haiguse üle suuremat tajutud kontrolli. Laiemalt võib vähihaigete eest hoolitsemine põhjustada lähedastel lisaks ärevusele ka viha, süüd, abitust ja kaotusvalu. Uuringutes on leitud, et 40–70%-l vähipatsientide hooldajatest esinevad depressioonisümptomid (15), kuid sõltuvalt patsiendi tugisüsteemi ja pere tugevusest ei vaja kõik välist psühholoogilist abi.

HINDAMINE JA PSÜHHOLOOGILISED SEKKUMISED

Hindamise olulisus

Lisaks elukvaliteedi mõjutamisele ja düstressi suurendamisele võivad vaimse tervise probleemid häirida ka koostööd meditsiinipersonaliga ja ravisoostumust ning põhjustada halvema raviprognosi ja teatud puhkudel elulemuse (3).

Eespool kirjeldatu põhjal on väga oluline hinnata patsientide vaimset tervist kogu ravi vältel. Vähi diagnoosi puhul on kriitilisemad perioodid nii diagnoosi ja ravi alustamise periood, ravi lõppemise ja tavapärasesse ellu naasmise kui ka tervise halvenemise või vähi taastekke periood ning terminaalne staadium. On oluline märkida, et on leitud, et vaimse tervise probleemidega patsiendid jõuavad arstiabini hilisemas faasis, kuna osalevad tavapärasest harvemini rutiinsel sõeltestimisel (19). Vaimse tervise sõeluurimine peab omakorda käima käsikäes psühholoogilise toe olemasolu ja kättesaadavusega.

Depressiooni puhul tuleb silmas pidada, et sümptomid kattuvad osaliselt ravi kõrvalmõjudega, mistõttu tuleb meeleolu ja ärevuse psühhomeetriliste mõõtevahendite kasutamisel arvestada vähiravi ja teiste psühhiaatriliste patsientide erinevust (20).

Spetsiaalselt vähihaigete psüühiliste probleemide hindamiseks on välja töötatud erinevaid küsimustikke, kuid neid ei ole eesti ega vene keeles. Praktikas kasutatakse olemasolevaid seisundispetisiifilisi mõõtevahendeid. Lisaks hindamise instrumentidele kasutatakse ka kliinilist intervjuud, mille põhjal saab probleemkohti täpsustada. Lastel puhul kasutatakse ka vaatlusmeetodit. Psühholoog saab hinnata, kas patsiendil on vaja edasist psühholoogilist tuge või tuleb ta šoki möödumisel iseseisvalt või lähedaste abiga toime.

Tabel 1. Enim kasutatud psühholoogilised sekkumised vähipatsientidel (tähistatud x-iga kui kasutuses enam levinud). Andmed on pärit täiskasvanute depressiooni (21) ja ärevuse (22) ning laste puhul perepõhiste sekkumiste (23) ülevaateartiklitest ning neid on täiendatud kliinilise kogemuse põhjal.

Sekkumine	Kirjeldus	Täiskasvanud	Lapsed
Nõustamine	Üldine nimetus spetsialisti pakutavale psühhosotsiaalsele toele	X	X
Psühhoharimine	Patsiendile teabe jagamine eesmärgiga vähendada teadmatust ja seeläbi parandada psühholoogilist heaolu	X	X
Lõögastustreening	Füüsilise või vaimse pinge vabastamise oskusi õpetav juhendamine, näiteks progressiivsed lihaseid lõögastavad harjutused, juhendatud kujutus, meditatiivsed tegevused	X	X
Probleemilahendus-teraapia	Keskendub väljaselgitatud probleemidele võimalike lahenduste väljatöötamisele, nende rakendamisele ja hindamisele	X	
Kognitiivkäitumis-teraapia	Keskendub mittekohaste mõtete ja käitumise tuvastamisele, nende adekvaatsuse testimisele ja muutmisele, et vähendada negatiivseid emotsioone ja soodustada psühholoogilist kohanemist	X	X
Interpersonaalne teraapia	Keskendub inimestevahelistele suhete ja vastastikmõjude probleemidele, rõhutades teemasid nagu lein, rollivahetus, vaidlus või puudujäägid suhetes, et vähendada düstressi ja soodustada psühholoogilist kohanemist	X	
Eneseväljendust toetav (psühhodünaamiline) teraapia	Keskendub subjektiivsete kogemuste edastamisele ja töötlemisele ning teraapia käigus ühisele tähenduse loomisele eesmärgiga vähendada düstressi ja soodustada psühholoogilist kohanemist	X	
Käitumuslik sekkumine	Keskendub käitumuslike tehnikate kaudu (näiteks tähelepanu eemalejuhtimine, lõögastus, mudeldamine, vaimne harjutamine) protseduurilise düstressi vähendamisele	X	X
Pereteraapia	Pereteraapia on kogu perele või osale pereliikmetele suunatud teraapia vorm, kus keskendutakse pere toimimisele, üksteise kogemuste ja vajaduste uurimisele ning seeläbi toimetuleku ja suhete parandamisele	X	X

Psühholoogilised sekkumised

Psühholoogiliste sekkumiste efektiivsust hinnanud uurimustes on leitud mõõdukat kuni tugevat efekti, kuid ette on heidetud ka paljude uurimuste halba sisulist ülesehitust. Peamised sekkumised, mida kasutatakse täiskasvanute ja laste vaimse tervise probleemide puhul, on esitatud tabelis 1. Kuna patsiendid ja nende probleemid on erinevad, siis kasutatakse ka nende kombinatsioone või teatud osi eri sekkumistest.

Kokkuvõttes, peamised psühholoogilised probleemid, mis vähihaigetel esinevad, on meeoleu- ja ärevushäired, sealjuures on enim uuritud depressiooni esinemist (19). Peamised psühholoogilised sekkumised, mida kasutatakse, on üldisemat toimetulekut toetavad nõustamine ja psühhoharimine ning spetsiifilisemad sekkumised väljaselgitatud probleemide korral.

Järgnevalt on antud ülevaade Eesti praktikast. Hematoloogia-onkoloogia vallas töötavate psühholoogide Kaie Jõeveere (TÜ Kliinikum) ja Anneliis Taliga (Tallinna Lastehaigla) tehtud intervjuude põhjal on

selgitatud Eesti olukorda, mida on kõrvutatud Soome ja Norra lapsea vähipatsientide käsitlemise tavaga.

PSÜHHOLOOGI ROLL VÄHIRAVIS EESTIS

Ülevaade

Psühholoogi roll vähiravis on Eestis alles üsna uus nähtus, kuid nüüdseks on kõigis Eesti piirkondlikes haiglates onkoloogiliste patsientidega töötavad psühholoogid. Tartu Ülikooli (TÜ) Kliinikumi hematoloogia-onkoloogia kliinikus avati kliinilise psühholoogi ametikoht 2015. aastal. Tallinnas PERHi palliatsioonikeskuses tegutseb kolm psühholoogi, kellest üks on spetsialiseerunud töötamiseks vähihaigete patsientidega, ning Tallinna Lastehaigla onko-hematoloogia osakonnas töötab samuti üks psühholoog. Psühholoogi roll vähiravis järjest suureneb, kuid Eestis on see siiski pigem algusjärgus. Psühholoogid töötavad selle nimel, et vajalik info psühholoogilise abi võimaluse kohta jõuaks kõikide patsientideni.

Igal aastal registreeritakse Eestis enam kui 8000 uut vähijuhtu. Praktikas jõuab onkopsühholoogi vastuvõtule neist aga väga väike protsent, kuigi on näidatud, et kuni 43% vähihaigetest kogeb psühholoogilist düstressi (24). Näiteks on TÜ Kliinikumi onkopsühholoogi vastuvõtule võimalik saada juba enamasti paari nädala jooksul. Lapseea vähi patsiente on vähem (Eestis aastas umbes 35 uut juhtu kuni 18aastaste seas) ning seetõttu on ka psühholoogilise toe kättesaadavus hea. Vaatamata sellele ei pöördu enamik oma murega psühholoogi poole – Ameerika uuringu kohaselt ei ole oma murega psühholoogi poole pöördunud lausa 75% lapseea vähi patsientidest (25).

Tallinna Lastehaigla onko-hematoloogia osakonna psühholoog pöördub uute patsientide ja perede poole peamiselt ise, kuid lisaks suunavad ka arstid ning pöörduakse ka omal initsiatiivil. TÜ Kliinikum on võimalik kas telefoni või e-posti vahendusel psühholoogi vastuvõtule registreeruda, samuti suunavad vastuvõtule arstid. Psühholoogil on ka tihe koostöö haigla personaliga, kelle tähelepanekud patsientide psüühilise seisundi kohta on väga olulised. Psühholoog tegeleb patsientidega nii ravi saamise perioodil kui ka pärast seda. Soome Helsingi Ülikooli lastehaigla psühhiaatriaosakonna psühholoog tegeleb kõigi vähidiagnoosi saanud laste ja nende peredega. Mõnel juhul kohtub laste ja peredega ka kaks psühhiaatriaosakonna õde või lastepsühhiaater. Kõikide kohtumiste käigus toimub kriisinõustamine ning hinnatakse lapse ja tema pereliikmete psühholoogilise toe vajadust. Kui ravi käigus perede vajadused muutuvad, siis jõuab see info psühholoogini hea koostöö kaudu arstidega. (L. Nikkola, isiklik vestlus, 2018.)

Norras Püha Olavi Ülikooli haiglas Trondheimis määratakse igale perele meditsiiniõde, kes pakub ka esmast ja üldisemat psühholoogilist tuge. Kui ilmneb vajadus spetsiifilisemaks abiks, tegeleb perega edasi üks psühhiaatriaosakonna psühholoogidest. Tugev roll on võrgustikutööl: psühholoog kaasab palju peret, haiglapersonali, sotsiaaltöötajaid ja tugiorganisatsioone, kes saavad panustada probleemi lahendamisse. Vanematel on võimalik paremini ressursse taastada, kuna haigla juures asuvad ka lasteaed ja kool, kus lapsed veedavad osa päevast. (Hanne Dahlin, isiklik vestlus, 2018.)

Sekkumine

Nii laste kui ka täiskasvanute puhul tähendab diagnoosile järgnev periood kriisi, mil psühholoogiline tugi aitab ära hoida või leevendada ärevuse, depressiooni või posttraumaatilise stressi sümptomite tekkimist. Täiskasvanutele seostub diagnoos tihti surmaga ja surelikkuse teema tõuseb esile, psühholoogiline sekkumine võimaldab sellel perioodil emotsioone paremini läbi töötada, et olukord saaks normaliseeruda. Psühholoogiline nõustamine pikal raviperioodil haiglateskkonnas on eriti kriitilise väärtusega, kuna lapsed ja täiskasvanud on paratamatult tavapärasest keskkonnast isoleeritud, nad ei saa kasutada oma tavapäraseid probleemilahendusstrateegiaid ja tugivõrgustikku.

Esmase kriisi möödudes tehakse lastega töös kokkulepe edasise toetuse kohta. Vanem ja laps kohtuvad aeg-ajalt psühholoogiga, kes kasutab mänguteraapia, lahenduskeskse lühiteraapia ja psühhoharimise tehnikaid üldise toimetuleku ja vanema enesetõhususe toetamiseks ning vanema vaimse tervise ja lapse arengu ja sümptomite seireks. Spetsiifiliste probleemide ja sümptomite tekkimisel kasutatakse hindamiseks psühholoogilisi instrumente ja sekkutakse probleemi vanema-lapse suhte toetamise (Theraplay), kognitiiv-käitumisteraapia ja/või pereteraapia põhimõtete rakendamise abil.

Diagnoos ja raviprotsess on hirmutav ning sageli tekib ka täiskasvanutel ärevus, mis on seesuguses raskes olukorras normaalne ja inimlik reaktsioon. Alati ei pruugi ärevus tekkida kohe, vaid võib avalduda hiljem ja mõnikord ka siis, kui ravi on juba lõppenud. Psühholoogiga vesteldes saab hinnata stressi ja ärevuse määra ning olemasolevaid ressursse pingega toimetulekuks. Diagnoosist rääkida on enamikule inimestele keeruline ning sel puhul on olulisel kohal eneseväljenduse toetamine ja mitteabistavate käitumisviiside tuvastamine. Psühholoog saab aidata ärevuse ja muude psühholoogiliste probleemidega toime tulla, psühholoogiline nõustamine mõjutab inimese heaolu ja stressitaset ning seeläbi ka reaktsiooni ravile. Psühholoogi vastuvõtul analüüsitakse koos patsiendiga või perega toimetulekut haigusest ja ravist tulenevate pingetega, vajaduse korral õpetatakse probleemilahendusoskusi. Ärevuse ja stressi alandamiseks õpetatakse lõõgastus-

ja kohalolutehnikaid, kognitiiv-käitumuslike sekkumistega näidatakse seoseid mõtlemise, käitumise, emotsioonide ja kehataju vahel. Vähihaigete puhul on oluline jälgida ajas individuaalseid muutusi meeleolus, neid hinnata ja vajaduse korral sekkuda. Kui raviga kaasnevad näiteks iiveldus ja oksendamise või valu, siis patsiendi rahunemise korral võib ka iiveldus järele anda ning valuaisting ei pruugi tunduda enam niivõrd tugev ja inimene suudab tähelepanu valult paremini kõrvale juhtida.

Oluline valdkond, kus psühholoogil on suur roll, on seotud patsientide hirmuga haiguse kordumise või süvenemise ees. Enim oodatakse ravi lõppu ja haigusest paranemist, kuid paraku ei käi sellega kaasas loodetud kergendustunne, vaid sageli kasvab koos sellega ärevus. Terveks tunnistatud inimesel võib tekkida irratsionaalne ärevus, mis paneb teda pidevalt oma kehas toimuvaid aistinguid jälgima ja katastroofimõtteid mõtlema. Tervise ja haigusega seotud hirmud võivad esineda nii ravi jooksul kui ka igal eluperioodil pärast ravi lõppemist. Enamasti inimesed kohanevad ja õpivad oma hirmudega toime tulema, samas võib esineda juhtumeid, kus adekvaatse sekkumiseta tekivad pikaajalised probleemid ning võivad kujuneda kliinilised häired. Olukorras, kus inimene ei tule oma raskete tunnete ja mõtetega ise toime ning elukvaliteet ja eluga rahulolu on häiritud, oleks kindlasti soovitatav otsida professionaalset psühholoogilist abi.

Kui ravivõimalused haigusega võitlemiseks on ammendatud, siis on võimalik psühholoogiga läbi arutada sellest tulenevad küsimused, näiteks läbi mõelda sammud, mida inimene oma elus veel tahab astuda. Patsiente ja lähedasi hirmutab mõte, et vähivähi lõpetatakse, kardetakse surma ja sellele eelnevaid kannatusi. Paljud terminaalset haiget tunnevad lootusetuse süvenemist ja neil esineb depressioon, mis võib viia soovini kiiremini surra ja sealt ka suitsiidimõteteni. Samas on patsientide ja lähedaste jaoks oluline teada, et kui elu hakkab lõppema, siis on võimalik leinata elamata jäänud elu, jätta hüvasti, avaldada soovi matuste korralduse suhtes ning lõpetada lõpetamist vajavad asjad. Patsiendid ja lähedased võivad vajada psühholoogilist tuge suuremisega seotud teemade läbimõttelisel, et saavutada hingerahu ja leppimine. Terminaalses seisus haiget võivad oma elu viimased päevad

elada võimaluse korral kodus, kuid Eestis on avatud ka kolm hospitsi, kus võimaldatakse inimesel elada väärikalt oma elu viimased päevad ja tunnid. Hospitside töö põhineb terviklikul inimesekäsitlusel, kus pakutakse haigussümptomeid leevendavat ravi ja vajaduse korral kaasatakse protsessi ka psühholoog või hingehoidja. Lõppfaasi vähi korral on oluline roll emotsionaalsel toel ning seotus- ja kiindumussuhetel põhinevatel lähenemistel.

Laste puhul on oluline vanema ja nende otsuste toetamine. Otsused seoses palliatiivse ravi, surmakoha, testamendi ja elustamisega, mida täiskasvanute puhul tehakse otse patsiendiga, arutatakse laste puhul läbi vanematega. Vanem otsustab, milline info ja kui detailselt ning komplitseeritult lapseni jõuab. Lapse arusaamine maailmast ning abstraktsetest mõistetest nagu aeg, elu, surm varieerub vanuse ning arengutasemeti. Lapsele tuleb anda haiguse kohta käivat infot nii, et ta seda mõistaks ja tal oleks võimalus esitada küsimusi. Lapsed võtavad seda infot vastu mitmeti: on neid lapsi, kes tahavad rääkida ja teha ümberkorraldusi, kuid on ka neid, kes ei soovi sellest rääkida, ning neid, kes ei mõista, et haigus on neile eluohtlik.

Kokkuvõttes on psühholoogiline tugi integreeritud vähivähi väga oluline (26). Psühholoogide peamine panus laste vähivähi seisneb kompetentsi, ressursside ja haavatavuse identifitseerimises; laste ravimises nende pere ja tugisüsteemi kontekstis; kroonilise valu, iivelduse ning teiste sümptomite juhtimises; neuropsühholoogiliste efektide mõistmises ning vähendamises; arengulise perspektiivi kohandamises; psühholoogiliste teadmiste loomises otsustusprotsessi ning tervishoiusüsteemi; palliatiivsele ravile ülemineku ja kaotusega leppimise hõlbustamises (27).

Samas ei pruugi vähi ja teiste elule potentsiaalselt ohtlike krooniliste haiguste traumaatiline kogemus olla vaid negatiivne. Mitmed uuringud on näidanud saadud kogemuse positiivset mõju patsientide sotsiaalsetele suhetele ja elu väärtuse tajumisele ning on patsiente sundinud tegema olulisi elumuudatusi (28). Psühholoog saab aidata haigusega seotud kogemusi ja elumuutusi analüüsida ning saadud kogemusele tähendust leida. Patsiendid võivad väljendada isegi tänuksaadud raputava kogemuse eest, mis on suurendanud nende psühholoogilist

¹ University of Tartu, Tartu, Estonia,
² Tartu University Hospital, Tartu, Estonia,
³ Tallinn Children's Hospital, Tallinn, Estonia,
⁴ University of Helsinki, Helsinki, Finland

Correspondence to:
 Riin Tark
 tarkriin@gmail.com

Keywords:
 psychology, mental health, oncology and haematology, health psychology

vastupidavust ning läbi selle võimaldanud neil isiksustena kasvada ja teha elus kvaliteetivseid muudatusi.

KOKKUVÕTE

Võib öelda, et järjest rohkem teadvustatakse patsiendi vähiravi teekonnal psühholoogi rolli: üha enam soovitatakse patsientidele psühholoogi poole pöörduda ja ka arstid kasutavad järjest rohkem võimalust inimene otse psühholoogi vastuvõtule registreerida. Mõningatel puhkudel, näiteks hematoloogia osakonna siirdamispatientide ja laste ning nende vanemate puhul võiks olla hea tava, et psühholoogi esmasel vastuvõtul käivad kõik diagnoosi saanud. Ideaalolukorras peaks igale diagnoosile järgnema automaatne esimene konsultatsioon psühholoogiga, et esmalt vähemasti hinnata võimalikku düstressi nagu eelnevalt soovitatud (29). Sellisel juhul oleks kindlasti tarvis osakondadesse rohkem psühholooge või tuleks rakendada digilahendusi, näiteks lastele suunatud psühholoogilise toe mobiilimängu (30).

Eestis on onkoloogilistel patsientidel võimalik pöörduda psühholoogi juurde kõigis piirkondlikes haiglates. Lisaks on võimalik pöörduda rehabilitatsiooniplaani alusel nende psühholoogide juurde, kes kuuluvad rehabilitatsioonimeeskondadesse vastavates institutsioonides üle Eesti. Paraku on sellise teenuse järjekorrad pikad.

Kokkuvõttes on vähiravi meeskonnatöö, mida teevad arstid, õed, psühholoog, sotsiaaltöötaja, füsioterapeut ja teised spetsialistid. Kõik, kellel on rasked või kroonilised haigused, mille alla arvatakse tänapäeval ka vähk, võivad mingis etapis vajada psühholoogilist tuge. Vähi diagnoosiga kaasneb esmane šokk nii patsientidele kui ka nende lähedastele ning seejuures on kriisisekkumisel väga oluline roll. Lisaks võivad kaasuda spetsiifilised vaimse tervise probleemid, mis vajavad klinitsisti hindamist ning sekkumist. Samas ei pöörata Eesti praktikas veel psüühiliste probleemide hindamisele vähihaiguste kontekstis piisavalt tähelepanu ning sekkumine algab tihti alles siis, kui diagnoosist on möödas võrdlemisi pikk aeg, või ei toimu seda eri põhjustel sootuks.

AUTORITE VÕIMALIKU HUVIKONFLIKTI DEKLARATSIOON

Autoritel ei ole biomeditsiinilist huvikonflikti. Kadri Haljas ja Riin Tark kuuluvad artiklis viidatud teaduspõhise mobiilirakenduse Triumf arendusmeeskonda.

SUMMARY

Health psychology: The role of a psychologist in cancer treatment

Riin Tark¹, Kaie Jõeveer², Anneliis Tali³, Kadri Haljas⁴

Receiving a diagnosis of cancer, but also a diagnosis of any chronic disease, is a shocking experience for adults and children as well as for their significant others. Depending on the patient's support network or family functioning, psychological support may become extremely important after diagnosis, during treatment but also after treatment. The current article gives an overview of the literature dealing with the psychological problems that paediatric and adult cancer patients face, describes the current situation in psychological support in Estonia and provides insights into the daily work with patients done by two oncology department's psychologists.

KIRJANDUS / REFERENCES

- Chida Y, Hamer M, Wardle J, Steptoe A. Do stress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and survival? *Nat Clin Pract Oncol* 2008;5:466–75.
- Sotelo JL, Musselman D, Nemeroff C. The biology of depression in cancer and the relationship between depression and cancer progression. *Int Rev Psychiatry* 2014;26:16–30.
- Lloyd-Williams M, Shiels C, Taylor F, Dennis M. Depression – An independent predictor of early death in patients with advanced cancer. *J Affect Disord* 2009;113:127–32.
- Massie MJ, Holland JC. Depression and the cancer patient. *J Clin Psychiatry* 1990;51 Suppl:12–7; discussion 18–9.
- Stark D, Kiely M, Smith A, Velikova G, House A, Selby P. Anxiety disorders in cancer patients: their nature, associations, and relation to quality of life. *J Clin Oncol* 2002;20:3137–48.
- Identification of PTSD in Cancer Survivors. *Psychosomatics* 1996;37:137–43.
- Clarke DM, Currie KC. Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence. *Med J Aust* 2009;190:S54–60.
- Wiener LS, Pao M, Kazak AE, Kupst MJ, Patenaude AF, Arceci RJ. Pediatric psycho-oncology: a quick reference on the psychosocial dimensions of cancer symptom management. Oxford: Oxford University Press; 2015.
- van schoors m, caes l, knobbe nb, et al. systematic review: associations between family functioning and child adjustment after pediatric cancer diagnosis: a meta-analysis. *J Pediatr Psychol* 2017;42:6–18.
- Patenaude AF, Kupst MJ. Psychosocial functioning in pediatric cancer. *J Pediatr Psychol* 2005;30:9–27.
- Pao M, Bosk A. Anxiety in medically ill children/adolescents. *Depress Anxiety* 2010;28:40–9.
- Butler A, Van Lieshout RJ, Lipman EL, et al. Mental disorder in children with physical conditions: a pilot study. *BMJ Open* 2018;8:e019011.
- Carvalho AF, McIntyre RS. Mental disorders in primary care: a guide to their evaluation and management. Oxford: Oxford University Press; 2017.
- Hysing M, Elgen I, Gillberg C, Lie SA, Lundervold AJ. Chronic physical illness and mental health in children. Results from a large-scale population study. *J Child Psychol Psychiatry* 2007;48:785–92.
- Baider L, Surbone A. Universality of aging: family caregivers for elderly cancer patients. *Front Psychol* 2014 Jul;5:744.
- Secinti E, Thompson EJ, Richards M, Gaysina D. Research Review: Childhood chronic physical illness and adult emotional health – a systematic review and meta-analysis. *J Child Psychol Psychiatry* 2017;58:753–69.

17. Lund LW, Winther JF, Dalton SO, et al. Hospital contact for mental disorders in survivors of childhood cancer and their siblings in Denmark: a population-based cohort study. *Lancet Oncol* 2013;14:971–80.
18. Ford JS, Barnett M, Werk R. Health behaviors of childhood cancer survivors. *Children* 2014;1:355.
19. Purushotham A, Bains S, Lewison G, Szmukler G, Sullivan R. Cancer and mental health—a clinical and research unmet need. *Ann Oncol* 2013;24:2274–8.
20. de Haes JC, van Knippenberg FC, Neijt JP. Measuring psychological and physical distress in cancer patients: structure and application of the Rotterdam Symptom Checklist. *Br J Cancer* 1990;62:1034–8.
21. Lim, Fitzgerald P, Rodin G. Evidence-based treatment of depression in patients with cancer. *J Clin Oncol* 2012;30:1187–96.
22. Traeger L, Greer JA, Fernandez-Robles C, Temel JS, Pirl WF. Evidence-based treatment of anxiety in patients with cancer. *J Clin Oncol* 2012;30:1197–205.
23. Meyler E, Guerin S, Kiernan G, Breatnach F. Review of family-based psychosocial interventions for childhood cancer. *J Psychiatr Psychol* 2010;35:1116–32.
24. Zabora J, BrintzenhofeSzoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology* 2001;10:19–28.
25. American Academy of Pediatrics Section on Hematology/Oncology, Children's Oncology Group. Long-term follow-up care for pediatric cancer survivors. *Pediatrics* 2009;123:906.
26. Kazak AE, Noll RB. The integration of psychology in pediatric oncology research and practice: collaboration to improve care and outcomes for children and families. *Am Psychol* 2015;70:146–58.
27. Hysing M, Elgen I, Gillberg C, Lie SA, Lundervold AJ. Chronic physical illness and mental health in children. Results from a large-scale population study. *J Child Psychol Psychiatry* 2007;48:785–92.
28. Moreno P, Stanton AL. Personal growth during the experience of advanced cancer. *Cancer J Sci Am* 2013;19:421–30.
29. Pirl WF, Fann JR, Greer JA, et al. Recommendations for the implementation of distress screening programs in cancer centers: report from the American Psychosocial Oncology Society (APOS), Association of Oncology Social Work (AOSW), and Oncology Nursing Society (ONS) joint task force. *Cancer* 2014;120:2946–54.
30. Teaduspõhine mobiilmäng aitab lastel võidelda vähiga [ajakiri.ut.ee [Internet]. [cited 2018 Mar 6]. Available from: <https://www.ajakiri.ut.ee/artikkel/2684>.

Rootsis tehtud uuring kinnitab, et loomingulistel isikutel on suurem vaimsete häirete kujunemise risk

Ammusest ajast on tähele pandud, et loomingulistel ja artistlikel isiksustel esineb sagedamini vaimseid häireid. Sellekohaseid populatsiooniuringuid on seni vähe tehtud.

Rootsis korraldatud uuringus uuriti skisofreenia, bipolaarse häire ja unipolaarse depressiooni tõttu hospitaliseeritud 4 453 763 Rootsis sündinud isikut, kes 31.12.2009. a seisuga olid 20–64 aastat vanad. Neist 149 039 (4,3%) peeti loomingulisteks isikuteks, kuna nad jätkasid haridusteed kõrgkoolis loomingulisust nõudval erialal. Sellisteks aladeks arvati

kujutav kunst, muusika, tants, teatri- ja filmikunst, raadio- ja tele- saadete loomine ning moedisain.

Kogu vaadeldud kohordist 0,64% oli hospitaliseeritud skisofreenia, 0,46% bipolaarse häire ja 13,9% unipolaarse depressiooni tõttu. Võrreldes üldrahvastikuga oli loomingulistel isikutel oluliselt suurem risk haigestuda uuritud haigustesse, riskisuhe vastavalt järgmine: skisofreenia korral 1,90; bipolaarne häire puhul 1,62 ja depressioon korral 1,39.

Alarühmade alalüüsil ilmselt suurem loetletud haigustesse haigestumise risk võrreldes teiste vaadeldud alade õppuritega. Ilmselt nõuavad kujutava kunsti alad suuremat loomingulisust, teised alad enam tõlgendamis-

oskust. Sama perekonna noorte haigestumise analüüsil ilmselt suurem vaimsete häirete kujunemise risk võrreldes teiste alade sama pere liikmetest õppuritega.

Uuring toob selgelt esile isiksuse eripära tähenduse vaimse tervise säilitamisel. Edasised uuringud peavad välja selgitama võimaliku geneetilise predispositsiooni tähenduse nii loomingulisuse kui ka vaimsete häirete kujunemisel.

REFEREERITUD

MacCabe JH, Sariaslan A, Almqvist C, Lichtenstein P, Larsson H, Kyaga S. Artistic creativity and risk for schizophrenia, bipolar disorder and unipolar depression: a Swedish population-based case-control study and sib-pair analysis. *Br J Psychiatry* 2018;212:370–6.

LÜHIDALT