

PSIHOLOŠKI ASPEKTI I ZNAČAJ PSIHOLOŠKE PODRŠKE U LIJEČENJU MALIGNIH BOLESTI KOD DJECE

KATIJA KALEBIĆ JAKUPČEVIĆ*

Djeca oboljela od maligne bolesti prolaze kroz dugotrajan i bolan proces liječenja tijekom kojeg se mogu pojaviti teškoće u socijalnom, emocionalnom i kognitivnom razvoju kao i poteškoće psihološke prilagodbe. Prepoznavanje psiholoških aspekata liječenja maligne bolesti, osobitosti razvojnih faza te prepoznavanje čimbenika rizika za razvoj emocionalnih smetnji vrlo je važno za postizanje adekvatne psihološke prilagodbe. Uloga psihologa kao člana medicinskog tima uključuje psihološku procjenu djeteta i članova njegove obitelji, savjetovanje, suportivnu psihoterapiju te primjenu psihoterapijskih tehnika za ovladavanje boli i straha od medicinskih postupaka tijekom liječenja.

Deskriptori: PSIHOONKOLOGIJA, PSIHOLOŠKA PRILAGODBA - MALIGNA BOLEST, EMOCIONALNE SMETNJE, PSIHOSOCIJALNE INTERVENCIJE

Uvod

Maligna bolest djeteta je kronična bolest sa često neizvjesnim ishodom koja predstavlja izrazito stresno iskustvo kako za dijete tako i za njegovu obitelj. Tijekom ovog traumatskog iskustva dijete se suočava sa nizom stresnih situacija kao što su bolne medicinske procedure, tjelesne promjene te nuspojave liječenja (1). Tijekom liječenja dijete se mora prilagoditi na boravak u bolnici, koji ponekad traje i nekoliko mjeseci, na odvajanje od članova svoje obitelji kao i na odvajanje od svojih prijatelja i školskih vršnjaka. Dijete oboljelo do maligne bolesti neprestano se suočava s tjelesnim, socijalnim i psihološkim posljedicama bolesti i njenog liječenja. Uz tjelesnu bol i čest osjećaj gubitka energije, strah od neizvjesnog ishoda liječenja značajno doprinosi niskoj procjeni zadovoljstva životom (2).

Još od 1970-ih godina brojna istraživanja su pokušala ispitati psihološki

utjecaj maligne bolesti na dijete i njegovu obitelj čime je potaknut razvoj pedijatrijske psihoonkologije (3). Ova interdisciplinarna grana koja spaja onkologiju i psihologiju bavi se psihološkim, socijalnim i ponašajnim aspektima bolesti i reakcijama oboljele osobe i članova uže obitelji tijekom svih stadija liječenja. Procjena individualnih i obiteljskih resursa za suočavanje s dijagnozom i terapijom maligne bolesti uključuje stjecanje uvida u tjelesne, psihološke i socijalne karakteristike oboljelog djeteta i članova njegove obitelji kao i njihove individualne razlike u suočavanju sa stresom i prilagodbom na bolest (4).

Dosadašnje studije o psihosocijalnim aspektima maligne bolesti pokazuju kontradiktorne rezultate. Naime, dok neke studije navode pojavu emocionalnih smetnji kod oboljele djece, druge pak opisuju potpuno normalnu psihološku prilagodbu (5-8). Navedene razlike se mogu objasniti čimbenicima rizika za pojavu emocionalnih poteškoća i poteškoća psihološke prilagodbe koji uključuju dob djeteta, postojanje ranije psihopatologije, obiteljske odnose kao i kvalitetu psihosocijalnih intervencija tijekom perioda bolesti i liječenja. Psihološki stres kod osoba oboljelih od maligne bolesti

predstavlja multifaktorsko, negativno iskustvo emocionalne, psihološke, socijalne i duhovne prirode, koje interferira s malignom bolešću, tjelesnim simptomima i terapijom te kao takav zahtjeva veliku pažnju cijelog medicinskog tima.

Razvojni aspekt prilagodbe na bolest

Psihološki aspekti maligne bolesti uvelike utječu na razvojne zadatke djetinjstva koji uključuju tjelesne, kognitivne, emocionalne i socijalne promjene tijekom djetetova razvoja. Za bolje razumijevanje djetetovog poimanja bolesti i smrti važno je razumjeti razvojne zadatke djeteta u određenoj životnoj dobi. Premda dob nije sinonim razvojne faze, ipak možemo govoriti o kronološkoj podjeli koja uključuje: dojenčad (od rođenja do 2. godine), predškolsku dob (3-5 g.), školsku dob (6-11 g.) i adolescenciju (12-18 g.). Tijekom ovih razvojnih faza djeca različito doživljavaju probleme koji se mogu pojaviti kao posljedica liječenja maligne bolesti (9).

Dojenčad je zbog nezrelosti živčanog sustava, razvojnih zadataka koji uključuju savladavanje motoričkih, afektivnih, kognitivnih, govornih i socijalnih

*KBC Split, Klinika za dječje bolesti

Adresa za dopisivanje:
Mr. spec. Katija Kalebić Jakupčević, prof. psihologije
KBC Split, Klinika za dječje bolesti
21000 Split, Spinčićeva 1
E-mail: katijakalebic@net.hr

vještina posebno ovisna o roditeljima i skrbnicima. Razvoj privrženosti djeteta i majke je u ovoj fazi od velike važnosti prvenstveno jer određuje djetetov osjećaj sigurnosti i samopouzdanja. Odvajanje od roditelja kao i nedosljednost u skrbi o djetetu, u ovoj dobi, mogu biti podloga za kasniji razvoj strahova, nepovjerenja i emocionalnih smetnji. Postupci liječenja maligne bolesti često imaju regresivan utjecaj na stečene vještine odnosno mogu značajno usporiti usvajanje razvojnih zadataka (10). U ovoj fazi je od velike važnosti djetetu omogućiti maksimalan kontakt s roditeljem i roditelja educirati kako djetetu pružiti adekvatnu skrb.

Predškolska dob je obilježena igrom kao najboljim načinom upoznavanja djeteta sa svijetom oko sebe. Uz razvoj motorike, govora i komunikacijskih vještina, razvija se i osjećaj autonomije. U ovoj fazi, dijete oboljelo od maligne bolesti odvajanje od roditelja, braće i sestara može doživjeti posebno stresnim te se mogu razviti simptomi povišene anksioznosti i depresivnosti (9). Rizik za razvoj emocionalnih smetnji (ljutnje, agresivnosti, depresivnosti) posebno je naglašen kod braće i sestara oboljelog djeteta najviše zbog preusmjerenja pažnje roditelja na oboljelog člana. Djeca ove dobi često sebe doživljavaju odgovornima za bolest. Uslijed bolnih i dugotrajnih procedura liječenja, učestalih hospitalizacija i kontakata sa medicinskim osobljem, oboljela djeca se često doimaju zrelijima od većine svojih vršnjaka. Zbog nedovoljne sposobnosti razumijevanja medicinskih postupaka, često razvijaju panične strahove od bolnih postupaka praćene agresivnim ponašanjima i odbijanjem. U ovoj fazi važno je omogućiti djetetu da što više vremena provede u igri koja uz razonodu ima i terapijski učinak. Igra potiče razvoj motoričkih i socijalnih vještina koje su vrlo važne za adekvatan razvoj. Oboljelom djetetu se kroz igru, video prikaze medicinskih postupaka dijagnostike i liječenja, te kroz učenje različitih načina distrakcije i strategija suočavanja povećava tolerancija na bolne postupke i liječenje tijekom hospitalizacije (11).

Školska dob je najviše obilježena polaskom u školu, intenziviraju se socijalni odnosi i identifikacija sa vršnjacima. Ko-

gnitivni razvoj mijenja način na koji dijete doživljava sebe, svijet oko sebe i svoju bolest. Pojačava se osjećaj samokontrole čime i suočavanje s bolnim zahvatima postaje lakše i adaptivnije. Ipak, najteža prilagodba vezana je uz odvajanje i izolaciju od školskih vršnjaka i članova obitelji što može predstavljati rizik za regresivno ponašanje (tikovi, enureza), pojavu separacijske anksioznosti i školske fobije. Izolacija i gubitak autonomije često za posljedicu imaju opadanje samopoštovanja i nisku samoprocjenu. Dugotrajniji izostanak iz škole, nuspojave liječenja u vidu slabljenja pažnje i koncentracije te teškoće savladavanja školskih obaveza često mogu rezultirati stigmatizacijom djeteta stoga je važno djetetu osigurati adekvatnu i kontinuiranu pomoć u savladavanju školskih sadržaja (10). Učenje kroz organiziranu nastavu u bolnicama uvelike pomaže da oboljela djece mogu pratiti obaveze svojih vršnjaka te se po završetku terapije vraćaju u grupu vršnjaka i prijatelja. Kognitivnim i emocionalnim sazrijevanjem, u ovoj fazi je značajno olakšana priprema oboljele djece za bolne zahvate i hospitalizaciju. Ukoliko je dijete primjerenih intelektualnih sposobnosti potrebno mu je objasniti okolnosti njegove bolesti čime se minimalizira osjećaj krivnje i nerealnih strahova te se pojačava osjećaj sigurnosti i povjerenja i u članove obitelji i u članove medicinskog tima. Tehnike relaksacije, distrakcije i premještanja pažnje vrlo su učinkovite u ovladavanju boli i povećanju tolerancije na stresne situacije.

Period adolescencije ili period puberteta obilježen je velikim tjelesnim i emocionalnim promjenama. Glavni zadatak ove razvojne faze je postizanje stabilne slike o sebi, prilagodba na spolnu ulogu, ostvarivanje zrelijih odnosa s vršnjacima, postizanje neovisnosti i stvaranje predodžbi o vlastitoj budućnosti. Identifikacija s vršnjacima i osjećaj pripadanja vode prema razvoju zrele i adaptivne ličnosti. U ovoj fazi jedan od najvažnijih zadataka je postizanje neovisnosti od roditelja i osjećaj vlastitog identiteta. Percepcija sebe i okoline omogućava bolje suočavanje sa bolešću koja se više ne definira kao obilježje "jesam/nisam bolestan" već kao period koji ima svoj početak i kraj. U ovoj fazi hospi-

talizacija prvenstveno obilježava odvajanje od vršnjaka, socijalnu izolaciju te pojačanu potrebu za roditeljskom skrbi. Osjećaj gubitka kontrole, samostalnosti i neovisnosti može predstavljati rizik za razvoj ljutnje, impulzivnog ponašanja, nepovjerenja i alijenacije. Jedan od najznačajnijih izvora stresa u adolescencije povezan je sa slikom o sebi. Naime, posljedice liječenja u vidu promjena tjelesnog izgleda (gubitak kose, promjene na koži, promjene tjelesne težine) narušavaju adolescentovu sliku o sebi (12). U liječenju oboljelog adolescenta veliki doprinos razvoju povjerenja i osjećaja sigurnosti ima njegov neposredni kontakt s medicinskim osobljem, prvenstveno s liječnikom. Adolescenti, za razliku od mlađe djece, taj neposredni kontakt s liječnikom doživljaju vrlo važnim u stvaranju slike o sebi. Adekvatan pristup, davanje informacija o tijeku bolesti i postupcima liječenja, adolescentu pomažu u percepciji sebe kao dovoljno zrele, odrasle i neovisne osobe. Ako adolescent nema učinkovite tehnike suočavanja sa stresom, stres će sam po sebi evocirati nove konflikte i kompromitirati mentalno zdravlje. Uz poticanje uobičajenih zadataka (razvoj samostalnosti i autonomije), rada na samopoštovanju, strategijama suočavanja sa stresom potrebno je razvijati kompenzacijske tehnike (nošenje marama, kapa, perika) te na taj način graditi pozitivnu sliku tijela i razvijati osjećaj kontrole. Poticanje adaptivnog suočavanja s bolešću i posljedicama liječenja pomaže bržem oporavku od bolesti i povratku u socijalno okruženje (13).

Psihološka prilagodba članova obitelji

U osnovne čimbenike psihološke prilagodbe ubrajamo: čimbenike bolesti, osobnosti i socijalne čimbenike. Čimbenici bolesti se odnose na lokalizaciju, tip i stadij maligne bolesti, mogućnosti liječenja i potencijal za rehabilitaciju te su uvjetovani samom bolešću. Čimbenici osobnosti uključuju osobine ličnosti, strategije suočavanja, emocionalnu zrelost i karakteristike socijalnog okruženja odnosno obilježja članova obitelji, prijatelja i šire društvene zajednice. Socijalni i kulturalni čimbenici odnose se na nečije stavove, mišljenja i predrasude o

bolesti (3). Čimbenici roditeljske osobnosti u vidu roditeljske percepcije djetetove bolesti navode se kao jedan od najboljih prediktora prilagodbe djeteta na bolest (14). Dijete na temelju roditeljskog stava i ponašanja stvara vlastite stavove o bolesti i liječenju. Ukoliko su roditeljski stavovi pozitivni i održavaju percepciju koja potiče adekvatne strategije suočavanja manja je vjerojatnost da će dijete razviti emocionalne poteškoće (15).

Roditelji koji češće koriste strategije suočavanja usmjerene na rješavanje problema, a manje koriste izbjegavajuća ponašanja, pasivne reakcije i izražavanje negativnih emocija, pod manjim su rizikom za pojavu stresne reakcije ili posttraumatskog stresnog poremećaja (16). Pasivno suočavanje je povezano s većim razinama stresa i vrlo je slično konceptu naučene bespomoćnosti. Ukoliko roditelji procjene da nemaju nikakvu kontrolu nad događajima povezanim uz bolest vjerojatnije će zauzeti pasivnu poziciju i na taj način biti podložniji negativnim utjecajima stresnih situacija. Psihološke intervencije, savjetovanje i metode suportivne psihoterapije roditeljima mogu pomoći u savladavanju adaptivnijih tehnika suočavanja sa stresom. Najučinkovitije metode uključuju savjetovanje o adekvatnim načinima komuniciranja s djetetom i članovima uže rodbinom, ovladavanje teškim situacijama i smanjenje razine stresa (15).

Srodnici oboljelog djeteta, primarno sestre i braća, mogu razviti emocionalne smetnje u vidu lošeg raspoloženja, anksioznosti, depresivnosti, niskog samopoštovanja, a ponekad se uočava i značajno opadanje školskog uspjeha (17). Dijagnoza maligne bolesti, nesiguran tijek bolesti, osjećaj bespomoćnosti i neizvjesnog pa i mogućeg smrtnog ishoda bolesti uvelike utječu na pojavnost emocionalnih smetnji kod najbližih srodnika oboljelog djeteta. Često se navodi opadanje kvalitete života, pojačani negativni osjećaji kao što je ljutnja, briga, ljubomora koji su jednim dijelom uvjetovani dobi i spolom djeteta. Naime, dob braće i sestara ima važan utjecaj na pojavnost emocionalnih smetnji (18). Ukoliko se radi o djetetu školskog uzrasta najčešće se teškoće manifestiraju na planu oslabljenog školskog uspjeha i teškoća na planu

socijalnih kontakata. Ukoliko je braći i sestrama oboljelog djeteta pružena adekvatna socijalna podrška (od strane učitelja, vršnjaka i roditelja) rizik za pojavu emocionalnih smetnji ili problema ponašanja je značajno manji.

Intervencije za smanjenje boli i stresa

Djeca koja se liječe od malignih bolesti često prolaze kroz invazivne medicinske postupke koji uzrokuju akutnu bol (lumbalna ili sakralna punkcija), primaju kemoterapiju koja često uzrokuje mučninu i povraćanje te prolaze kroz različite oblike zračenja. S ciljem smanjenja osjećaja boli i akutnog stresa, razvijene su kognitivno-bihevioralne tehnike koje uključuju osnaživanje (pozitivnu motivaciju), preusmjerenje pažnje, tehnike relaksacije, distrakcije i vođenu imaginaciju.

Emocionalne reakcije djece su vrlo raznolike, neka djeca imaju niži, a neka viši prag tolerancije na bol pri čemu su reakcije dijelom uvjetovane i samom dobi djeteta. Djeca mlađa od 7 godina pokazuju 5-10 puta snažniju stresnu reakciju na bolne postupke od starije djece. Razlog tome je što manja djece imaju slabiju kontrolu impulsa i ne mogu razumjeti zašto moraju prolaziti kroz specifične medicinske postupke. S obzirom na razvojne karakteristike, djeca niže dobi imaju drugačije kauzalne atribucije zdravlja i bolesti. U situacijama boli i stresa prvenstveno traže roditeljsku pomoć i utjehu. Ukoliko roditelj nudi smirenu povratnu informaciju, uspijeva kontrolirati osjećaj stresa i anksioznosti, šalje djetetu poruku da se nema razloga brinuti, tada će i reakcija djeteta biti mirnija i prilagođenija (19). Roditelje treba educirati kako kontrolirati vlastite osjećaje i kako usvojiti adaptivne obrasce ponašanja da bi vlastitoj djeci pomogli u razvoju adekvatnih strategija suočavanja. Svojim ponašanjem roditelji djetetu olakšavaju prihvaćanje bolnih procedura kao neophodnih i potrebnih za liječenje te olakšavanju razvoj tolerancije na određeni prag boli i nelagodnosti (19).

Jedna od korisnih bihevioralnih intervencija je tehnika pozitivne motivacije koja se provodi po principu pozitivnog

osnaživanja (20). Koristi se strategija motiviranja djeteta kroz prezentaciju mogućih pozitivnih ishoda. Nagraduje se i pohvaljuje poželjno ponašanje (žetoniranje) kako bi se dijete motiviralo na usvajanje tog ponašanja umjesto neželjenog (agresivnog, odbijajućeg) ponašanja. Korisnom se pokazala i tehnika preusmjerenja pažnje kojom se reducira razina anksioznosti i procjena jačine boli. Tehnike relaksacije zahtijevaju viši kognitivni nivo obrade informacija stoga su primjerenije odraslima ili starijoj djeci. Ove tehnike rezultiraju značajnim smanjenjem nivoa anksioznosti i straha, te posljedično opada i procjena intenziteta boli (21). Mlađoj djeci je primjenjivija tehnika preusmjerenja pažnje i distrakcije kojom se tijekom bolnih procedura uvježbanim uživljavanjem u imaginarnu igru preusmjerava djetetova pažnja. Ova tehnika je posebno dobra za djecu jer u ovoj razvojnoj fazi kognitivni aspekt uključuje misaona stanja fantazije i imaginarnog zamišljanja.

Tehnika strukturalne desenzitizacije također uključuje aspekt misaonih fantazija i pomaže u imaginaciji prilikom čega djeca ulaze u ulogu omiljenih junaka i na taj način snižavanju razinu anksioznosti i straha. Desenzitizacija je učinkovitija kod iracionalnih strahova i kada nije direktno usmjerena na averzivni postupak. Kada se radi o strahovima vezanim uz procedure koje su doista bolne, sama desenzitizacija nije dovoljno učinkovita jer može dovesti do rekondicioniranja. Umjesto pokušaja da se strah ukloni, potrebno je blokirati percepciju boli i na taj način reducirati negativnu subjektivnu procjenu i smanjiti anticipacijsku anksioznost (20, 21).

Psihosocijalne intervencije, uloga kliničkog psihologa

U liječenju maligne bolesti sudjeluje cijeli medicinski tim kojeg čine pedijatri-onkolozi, kirurzi, medicinske sestre, psiholozi, radni terapeuti, bolnički učitelji, fizioterapeuti. Ovakav interdisciplinarni pristup objedinjuje različite vještine i znanja koja osiguravaju cjelokupnu zdravstvenu skrb. Intervencije su usmjerene na dijete, roditelje, braću, sestre, medicinsko osoblje te na socijalno

okruženje (škola, vršnjaci, šira obitelj). U početnoj fazi pojave bolesti potrebno je sagledati moguće faktore visokog rizika za razvoj poteškoća koji uključuju povijest mogućih mentalnih bolesti članova obitelji, odnose među roditeljima (rastavljeni roditelji, nasilni partnerski odnosi, samohrani roditelji), socijalni status obitelji (nezaposlenost, egzistencijalni problemi). Procjena rizičnih faktora uključuje i anamnestičke podatke o eventualnim postupcima zlostavljanja ili zanemarivanje djece, o povijesti ranijih višestrukih gubitaka (broj umrlih članova obitelji) i životnih stresova.

Nakon postavljanja dijagnoze maligne bolesti često se javljaju emocionalne reakcije u vidu negiranja, teškoća prihvatanja bolesti, raznih strahova, ljutnje te osjećaj krivnje. Roditeljima i djeci potrebno je pružiti podršku kako bi se što bolje prilagodili novim zahtjevima. Unapređenje komunikacijskih vještina članova obitelji, poticanje adekvatnog odnosa prema bolesnom djetetu i njegovim najbližim srodnicima te kvalitetnije zadovoljenje temeljnih psiholoških potreba djeteta vodi uspješnijem rješavanju problema i kvalitetnijem suočavanju s bolešću. Psihoterapijskim tehnikama potiče se uspješnija prilagodba oboljelog djeteta i članova njegove obitelji koja predstavlja i jedan od vrlo važnih preduvjeta bržeg oporavka od maligne bolesti.

Autor izjavljuje da nije bio u sukobu interesa.
Author declare no conflict of interest.

LITERATURA

- Hedström M, Haglund K, Skolin I, von Essen L. Distressing events for children and adolescents with cancer: child, parent and nurse perceptions. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 2003; 20 (3): 120-32.
- Landolt M, Vollrath M, Niggli F et al. Health-related quality of life in children with newly diagnosed cancer: a one year follow-up study. *Health Quality Life Outcomes*. 2006; 4: 63.
- Holland JC. Psychological Care of Patients: Psycho-oncology's contribution. *Journal of Clinical Oncology*. 2003; 21 (23): 253-65.
- Patenaude AF, Last B. Cancer and children: where are we coming from? Where are we going? *Psychooncology*. 2001; 10: 281-3.
- Meeske KA, Ruccione K, Globe DR, Stuber ML. Posttraumatic stress, quality of life, and psychological distress in young adult survivors of childhood cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2001; 28 (3): 481-9.
- Zebrack BJ, Zeltzer LK, Whitton J et al. Psychological outcomes in long-term survivors of childhood leukemia, Hodgkin's disease, and non-Hodgkin's lymphoma: a report from the Childhood Cancer Survivor Study. *Pediatrics*. 2002; 110: 42-52.
- Eiser C, Hill JJ, Vance YH. Examining the psychological consequences of surviving childhood cancer: systematic review as a research method in pediatric psychology. *Journal of Pediatric Psychology*. 2000; 25 (6): 449-60.
- Langeveld NE, Stam H, Grootenhuys MA, Last BF. Quality of life in young adult survivors of childhood cancer. *Support Care Cancer*. 2002; 10 (8): 579-600.
- Holland JC, Rowland JH. *Handbook of Psychooncology. Psychological care of the patient with cancer*. New York: Oxford University Press. 1990.
- Barrera M, Wayland L, D'Agostino NM et al. Developmental differences in psychological adjustment and health-related quality of life in pediatric cancer patients. *Child Health Care*. 2003; 32: 215-32.
- Aldiss S, Horstman M, OLeary C, Richardson A, Gibson F. What is Important to Young Children Who have Cancer While in Hospital? *Children & Society*. 2009; 23: 85-95.
- Williamson H, Harcourt D, Halliwell E, Frith H, Wallace M. Adolescents and Parents Experiences of Managing the Psychosocial Impact of Appearance Change During Cancer Treatment. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 2010; 27 (3): 168-75.
- Menossi M, Lima R. The problem of suffering: perception by adolescents with cancer. *Rev Esc Enferm USP*. 2000; 34: 45-51.
- Balen R. Listening to Children with Cancer. *Children & Society*. 2000; 14: 159-67.
- Mereuta OC, Craciun C. Parents illness perceptions, maladaptive behaviours, and their influence on the emotional distress of the child. A pilot study on a Romanian pediatric cancer group. *Cognition, Brain & Behavior*. 2009; 13 (2): 207-19.
- Norberg AL, Lindblad F, Boman KK. Coping strategies in parents of children with cancer. *Social Science & Medicine*. 2005; 60: 965-75.
- Houtzager BA, Grootenhuys MA, Hoekstra-Weebers JEHM, Last BF. One month after diagnosis: quality of life, coping and previous

functioning in siblings of children with cancer. *Child: Care, Health & Development*. 2005; 31 (1): 75-87.

- Barrera M, Fleming CF, Khan FS. The role of emotional social support in the psychological adjustment of siblings of children with cancer. *Child: Care, Health & development*. 2004; 30 (2): 103-11.
- Cline RJW, Harper FWK, Penner LA, Peterson AM, Taub JW, Albrecht TL. Parent communication and child pediatric cancer treatments. *Social Science & Medicine*. 2006; 63: 883-98.
- Thompson RD, Delaney P, Flores I, Szigethy E. Cognitive-behavioral therapy for children with comorbid physical illness. *Child Adolescent Psychiatry Clinics of North America*. 2011; 20 (2): 329-48.
- Chambers CT, Taddio A, Uman LS, McMurtry: Psychological interventions for reducing pain and distress during routine childhood immunizations: a systematic review. *Clinical Therapeutics*. 2009; 31 (2): 77-103.

Summary

PSYCHOLOGICAL ASPECTS AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT IN TREATMENT OF CHILDREN WITH MALIGNANT DISEASES

K. Kalebić Jakupčević

Children with cancer go through long-term and painful medical treatment and often exhibit difficulties in social, emotional and cognitive development as well as difficulties in psychological adjustment. Identifying psychological aspects of cancer treatment, characteristics of developmental phases and identifying risk factors for emotional disorders is very important for accomplishing adequate psychological adjustment. The role of the psychologist, as a member of the medical staff involves psychological child and family assessment, counseling, supportive psychotherapy and psychotherapeutic techniques for managing pain and fear of medical procedures during treatment.

Descriptors: PSYCHO-ONCOLOGY, PSYCHOLOGICAL ADJUSTMENT - MALIGNANT DISEASE, EMOTIONAL DISORDERS, PSYCHOSOCIAL INTERVENTIONS

Primljeno/Received: 19. 2. 2013.

Prihvaćeno/Accepted: 28. 3. 2013.