

# NEVOILE PSIHOLOGICE ȘI EMOȚIONALE ALE PACIENTULUI CU CANCER

*Victoria Dașchevici, stud.,  
Universitatea Liberă Internațională din Moldova, Chișinău  
Tatiana Roșca, drd., asist. univ.,  
Universitatea Liberă Internațională din Moldova, Chișinău*

## PSYCHOLOGICAL AND EMOTIONAL NEEDS OF CANCER PATIENTS

*Victoria Dașchevici, stud.,  
Free International University of Moldova, Chișinău  
daschevicivictoria11@gmail.com  
Tatiana Roșca, PhD student, Asst. Prof.,  
Free International University of Moldova, Chișinău  
ORCID: 000-0003-4318-6610  
tatianarosca37@gmail.com*

**CZU: 159.9:616-006-056.2**

**DOI: 10.46727/c.v1.24-25-03-2023.p101-109**

**Abstract.** The issue of psychological assistance strategies, which must be implemented to respond to the needs of the oncological patient, represents a relevant interest in medical psychology. The paper focuses on the area of emotional and psychological needs of the cancer patient, in the advanced stage of the disease, as precisely these types of needs are the most present in this phase and the most difficult to satisfy against the background of the difficulties to express and recognize them, for that it does not manifest itself through specific and clear bodily sensations, detected by clinical parameters or laboratory analyses. Therefore, as future psychologists, it is important to identify these needs and try to fulfill them, because they affect the quality of life and the physical condition of the person, also resulting from the fact that man is a complex system, which is why it must be treated through a bio-psycho-socio-spiritual approach, to take care of him in a holistic manner. And since the human being is a set of complex processes, which gives us the self-understanding that we cannot focus only on the pathological and biological aspects, it is necessary to concern ourselves with the person and not only with the disease.

**Keywords:** cancer, emotional needs, quality of life, oncological patient.

### Introducere

Astăzi, mulți cercetători afirmă că încă nu putem concepe unitatea complexă a identității noastre, lucru care se datorează incapacității de a pune în aplicare sinergia corectă între științele naturale și cele sociale. Surprinzător, dar actualmente există încă gândirea bine stabilită a diviziunii între aceste două științe, concepute ca două entități separate și îndepărtate. Această concepție provine din dualismul dintre minte și corp, adică separarea acestor două subiecte, care a stat la baza dezvoltării culturilor științifice și umaniste. Totuși, chiar și Descartes, părintele dualismului *minte-corp* (numit de fapt și dualism cartezian), și-a dat seama că această constrângere ar nega orice explicație a posibilelor influențe transmise de către cei doi poli, negând astfel un posibil dialog și o posibilă partajare între științele naturale și cele umaniste [3, p. 117].

De aici apare necesitatea de a adopta o viziune holistică pentru domeniul științelor naturale, cu referință la care cercetătorul Bertalanffy [după 4] susține că organismul nu este un sistem static închis către lumea exterioară, ci este un sistem deschis care, în raport cu mediul extern, se află într-o relație continuă, într-un schimb continuu de materiale, umanitatea luând naștere dintr-o pluralitate și o trinitate care se întrepătrunde:

1. trinitatea individ-societate-specie;
2. trinitatea creier-cultură-minte;
3. trinitatea rațiune-afectivitate-pulsivitate.

Prin urmare, Omul este atât un subiect biologic, cât și cultural, „*ființa umană conține întregul, în timp ce este parte a întregului*” [11, p. 72], întrunind în sine întreaga formă a condiției umane. Astfel, în fiecare acțiune, în fiecare gând, în fiecare comportament uman, există o parte genetică, o parte cerebrală, o parte mentală, o parte socială, o parte culturală și o parte subiectivă, boala la rândul ei nefiind doar boală fizică, iar psihicul nefiind doar psihic. Așadar, fiecare boală are trei căi: somatică, psihică și ecologică/socială, noi neavând puțința de a ne vindeca folosind vreo cale separat, acestea fiind profund legate între ele.

Prin urmare, există o tendință tot mai mare de a avea o psihologie mai umană, care să acorde importanță nevoilor multiple și diferite ale individului, care merge dincolo de simpla absență a tulburărilor, dar se regăsesc frecvent în cadrul factorilor psihosociale, traducându-se prin calitatea vieții.

### Rezultate și discuții

Organizația Mondială a Sănătății [după 1] afirmă că calitatea vieții se referă la percepțiile pe care indivizii le au despre viața lor, locul lor în viață în raport cu contextul cultural și sistemul de valori în care trăiesc și cu propriile obiective, așteptări, standarde și interese.

Calitatea vieții este definită în parte de elementele culturale și sociale și, prin urmare, pentru a evalua și măsura calitatea vieții, se apelează la indicatori obiectivi, cum ar fi locuința, venitul, rețeaua de relații sociale, educația, securitatea socială etc. și indicatori subiectivi, care sunt percepția, evaluarea și satisfacția indivizilor în diferitele domenii ale vieții lor (muncă, familie, relații sociale etc.).

Astfel, aspectele subiective ale calității vieții, adică cele de natură psihologică, sunt:

- percepția bunăstării psihologice și a funcționării fizice și sociale a unei persoane (utilizarea adecvată a oportunităților oferite de societate);
- percepția subiectivă individuală a propriei existențe;
- împlinirea aspirațiilor;
- autoevaluarea propriei împliniri în contextul propriului sistem de valori și în diferitele domenii ale vieții;
- stima de sine generală [după 7].

Cu referință la domeniul oncologiei, Cella și Tulsy [după 5] au identificat zece indicatori subiectivi ai calității vieții:

1. preocupări fizice (simptome și dureri);
2. abilități funcționale (activități);
3. bunăstarea familiei;
4. bunăstarea emoțională;
5. spiritualitatea;
6. satisfacția față de tratament (inclusiv preocupări financiare);
7. orientarea spre viitor (planificare și speranțe);
8. sexualitatea/intimitatea;
9. funcționarea socială;
10. funcționarea la locul de muncă.

Aspectul subiectiv al calității vieții poate fi, de asemenea, identificat ca fiind bunăstare sau fericire. În acest sens, bunăstarea subiectivă reprezintă acel element, pe care individul se bazează pentru a evalua în mod cuprinzător propria calitate a vieții, folosind pentru această evaluare un criteriu cognitiv și unul afectiv (starea de spirit, sentimente și emoții). Bunăstarea subiectivă este alcătuită din trei componente: judecata globală de satisfacție a propriei vieți,

judecata specifică a satisfacției în diferite domenii ale vieții, emoții pozitive și un nivel scăzut de emoții negative.

În anii 1970, M. W. Fordyce [după 5] a dezvoltat un program numit *Cele 14 fundamente de fericire*, care rezumă caracteristicile ce-i diferențiază pe oamenii fericiți de cei care nu sunt fericiți, precum și aspectele de bază pe care o persoană le poate învăța pentru a-și îmbunătăți bunăstarea psihologică.

Astfel, cele 14 elemente fundamentale sunt:

1. să fii mai activ și să te ții ocupat;
2. să petreci mai mult timp socializând;
3. să fii productiv prin activități semnificative;
4. să te organizezi mai bine și să planifici lucrurile;
5. să nu-ți faci griji;
6. să îndeplinești așteptările și aspirațiile;
7. să dezvolti gânduri optimiste și pozitive;
8. să fii orientat spre prezent;
9. să lucrezi la o personalitate sănătoasă;
10. să dezvolti o personalitate sociabilă;
11. să fii tu însuși;
12. să elimini sentimentele și problemele negative;
13. să concepi că relațiile intime sunt principala sursă de fericire;
14. să consideri fericirea ca fiind prioritatea numărul unu.

Totodată, indivizii, pentru a-și proteja existența și pentru a o umple de sens, trebuie să lupte în mod constant pentru satisfacerea unui set de nevoi:

- dominanță, afiliere și relații;
- de a explica, a da sens;
- iubirea necondiționată;
- competența;
- cunoașterea și satisfacerea curiozității;
- reușită;
- securitate și iubire;
- contactul fizic;
- aprobarea ca persoană, nu pentru rezultate;
- alegerea;
- sentimentul de emoții pozitive;
- comunicarea.

Benini [1, p. 45] identifică șase nevoi (fiziologice) ale psihicului uman:

1. nevoia de securitate fizică;
2. nevoia de securitate psihică;
3. nevoia de autonomie-dependență (crearea de relații, astfel încât omul să își poată permite să experimenteze dependența de celălalt și, în același timp, să nu renunțe la propria persoană);
4. nevoia de iubire și de recunoaștere;
5. nevoia de expansiune a cunoștințelor;
6. nevoia de a se conecta și a trăi emoții.

În același context, nesatisfacerea prelungită a acestor nevoi generează angoasă, mai ales când individul nu ia în seamă suferința, principalele neliniști fiind:

- angoasa morții;
- angoasa persecuției;

- angoasa abandonului;
- angoasa pierderii iubirii;
- angoasa de castrare;
- angoasa vinovăției [ibidem, p. 45].

În cazul pacienților oncologici, recunoașterea și gestionarea problemelor și nevoilor psihosociale și spirituale, conform definiției OMS, este parte integrantă a planului de îngrijire și merită o atenție deosebită. Atenția acordată acestor nevoi servesc și pentru a-l ajuta pe pacient să redescopere valoarea și sensul lucrurilor, pentru a găsi un sentiment atât de sine cât și de apartenență la ceilalți, atunci când boala face ca acest lucru să fie dificil, mai ales că cancerul și tratamentele inerente acestei maladii au efecte *fizice, psihologice, sociale, emoționale, spirituale*.

Nevoile psihologice ale pacientului oncologic sunt influențate de tipul de cancer, de stadiul bolii și tipul de tratament, astfel încât implicațiile și aspectele care apar sunt specifice.

În aceeași ordine de idei, Rainbird [11, p. 72] evidențiază faptul că, deși pacienții oncologici percep că au o problemă, ei pot decide, de asemenea, să suporte această dificultate în funcție de circumstanțe și să nu o raporteze ca pe o nevoie. Fitch [4, p. 27] subliniază, de asemenea, că pacienții nu doresc întotdeauna ajutor din partea îngrijitorilor dintr-o varietate de motive, printre care se numără și gândul din partea pacienților că profesioniștii din domeniul sănătății sunt prea ocupați, ideea că echipei de medici nu-i pasă de anumite tipuri de probleme, sau convingerea că problema va dispărea în timp.

Totuși, în concordanță cu principiile moderne ale abordării centrate pe pacient, sistemul de nevoi este autodefinit; nevoile reflectă mai degrabă dorințele individului decât judecățile medicale sau interpretări clinice ale bunăstării globale, pe când în contextul real al relației de îngrijire, nevoile reflectă neconcordanța dintre percepția individuală a pacientului privind sprijinul considerat necesar și sprijinul efectiv oferit.

În acest sens, există puține cercetări cantitative cu privire la nevoile emoționale și psihologice specifice ale pacienților cu cancer avansat și incurabil din cauza dificultăților de evaluare și de studiere a acestor nevoi. Rainbird [11, p. 27] subliniază că zonele cu cele mai mari nevoi sunt psihologice/emoționale și comunicative/informaționale, întrucât până la 50% dintre pacienți dezvoltă simptome de dezechilibru emoțional.

S-a demonstrat că pacienții cu niveluri ridicate de nevoi nesatisfăcute au, de asemenea, o înrăutățire a funcționării fizice, un disconfort mai mare în ceea ce privește asistența medicală și niveluri ridicate de gânduri invalidante despre boală, rezultatele evidențiind că nevoile psihologice/emoționale și de comunicare sunt cele mai des semnalate de către pacienți.

Aceste date sugerează că sistemul actual de sănătate nu răspunde întotdeauna nevoilor reale ale acestor pacienți, motivele posibile pentru care pacienții percep că nevoile lor nu sunt satisfăcute fiind:

- îngrijitorii nu sunt conștienți de numeroasele nevoi în plan psihologic și emoțional, chiar dacă literatura recentă indică faptul că preocupările psihosociale ale pacienților au devenit de o importanță capitală pentru profesioniștii din domeniul sănătății, inclusiv oncologi;
- chiar dacă îngrijitorii furnizează pacientului informațiile solicitate, pacienții nu își amintesc că le-au obținut; este posibil să fi evitat să stocheze anumite informații care să ajute la menținerea unui sentiment de speranță;
- pot exista lacune în formarea și educația profesioniștilor și pot exista constrângeri financiare aferente sau pot exista alte priorități concomitente. De exemplu, mulți medici nu se simt competenți în ceea ce privește abilitățile de comunicare. Investițiile în dez-

voltarea unor astfel de competențe ar putea stimula în mod pozitiv abilitățile medicilor în transmiterea de vești proaste;

- satisfacerea nevoilor pacienților cu cancer avansat și incurabil nu este posibilă întotdeauna din cauza traumei și a cerințelor impuse de prognostic.

Astfel, agresiunea psihofizică a bolii rupe echilibrul psiho-corporal al individului și cu cât evoluția bolii este mai complexă și mai dificilă, cu atât mai mult dimensiunile existenței umane (fizice, psihologice și sociale) sunt afectate. Mulți pacienți au dificultăți serioase de adaptare la noile condiții impuse de boală și ca consecință pacientul, realizând că nu va fi la fel ca înainte, intră în teama că totul este pierdut. Sentimentele precum abandonul, singurătatea și marginalizarea apar modelate de reprezentările psihologice pe care individul le are despre cancer [5, p. 85].

Semnificația amenințătoare atribuită cancerului avansat poate submina starea de securitate a pacientului, declanșând reacții emoționale față de sine și față de ceilalți. Aceste reacții emoționale produc o stare generală de dezechilibru, manifestând ulterior atitudini de instabilitate interioară sau de instabilitate relațională. Instabilitatea interioară se poate dezvălui prin stări de angoasă, sentimente de vinovăție și rușine și poate evolua până la un comportament de autopedepsire, cum ar fi refuzul de a primi îngrijire. De fapt, așa cum relatează Benini [1, p. 45], una dintre nevoile psihologice ale pacientului oncologic aflat într-un stadiu avansat este tocmai nevoia de securitate, care se combină cu sentimentul de a se simți abandonat.

Problemele psihologice pot rezulta și din alterarea imaginii corporale. În această fază a bolii se agravează anxietatea de izolare, separare și moarte. Simptome precum depresia și anxietatea sunt prezente frecvent și au un impact considerabil asupra calității vieții pacientului. Cu toate acestea, trebuie subliniat faptul că, din perspectiva procesării etapelor de doliu, depresia și anxietatea pot reprezenta un moment fructuos în procesul de adaptare și acceptare a bolii, deoarece permit individului să integreze experiența acesteia în bagajul său personal de viață.

Emoțiile cele mai frecvent detectate la pacienții cu cancer avansat sunt frica și anxietatea. În ceea ce privește frica, Murph [9, p. 61] identifică cinci frici principale legate de experiența bolii de cancer:

1. frica de moarte;
2. frica de dizabilitate;
3. frica de degradare;
4. frica de dependență;
5. frica de pierderea relațiilor semnificative.

La fel, dezechilibrul dintre corpul și mintea pacientului, cauzat de agresivitatea psihofizică a cancerului, afectează identitatea temporală a omului, subliniind caracterul finit al vieții și atacându-i identitatea emoțională, profesională, familială și socială. Boala, prin urmare, afectează și socializarea individului, element esențial al vieții umane. Starea de nesiguranță, rezultată din agresivitatea bolii față de pacient, poate duce la apariția unor componente reactive care se exprimă în instabilitate interioară și în instabilitate relațională. Instabilitatea relațională se manifestă prin tendința pacientului de a se izola social, opoziția de a comunica, întreruperea activităților care s-au desfășurat dintotdeauna și debutul problemelor de familie și de cuplu. Instabilitatea interioară se traduce prin teama de abandon, de a fi o povară, de a nu mai fi de valoare și de a nu mai îndeplini niciun rol ca înainte.

Pacienții au percepția de a fi într-un rol pasiv, limitat la rolul de bolnav din cauza unei comunicări insuficient de eficiente și sensibile, din cauza bolii, semnalând nevoia psihologică de încredere, exprimată prin încredere sinceră și comunicare onestă cu membrii familiei și cu îngrijitorii medicali și percepția de a primi cea mai bună îngrijire posibilă [6, p. 71].

Pe lângă cele menționate anterior, își face loc și nevoia de înțelegere atât a simptomelor, cât și a bolii, pentru a discuta problemele legate de moarte. De fapt, teama de ceea ce se va

întâmpla cu cei dragi după moartea lui este una dintre principalele temeri ale pacientului cu cancer, pacienții manifestând nevoia de apartenență, înțeleasă ca dorința de a se simți necesari, combinată cu problema de a se simți dependenți de alții și egalată cu nevoia de iubire, de contact uman și de afecțiune.

Prin urmare, evaluarea și răspunsul la nevoile și preocupările pacienților cu cancer reprezintă un rol important și fundamental al profesioniștilor din domeniul psihologiei medicale. Cu toate acestea, aplicarea deliberată a evaluării continue a nevoilor este relativ recentă. Această schimbare este caracterizată de o conceptualizare mai holistică a cerințelor de îngrijire în toate sistemele: biologic, psihologic, social și spiritual, cu o concentrare pe prioritățile pacienților [2, p. 67].

Pentru a îndeplini aceste obiective, este, totuși, necesar ca echipa de îngrijire să treacă la o abordare interdisciplinară, cu participarea fiecărui membru al echipei de îngrijire medicală, care să acorde atenție la nevoile psihologice și la intervențiile implementate pentru acestea, ajutând bolnavul să redescopere sensul și valoarea lucrurilor, să redobândească sentimentul de apartenență la propriul context și față de ceilalți. Astfel, este de o importanță fundamentală pentru îngrijitorii medicali să cunoască reprezentările individuale și relaționale ale pacienților cu privire la cancer, mecanismele individuale de adaptare fiziologică și elementele care pot schimba o stare temporară de suferință. De asemenea, Tuveri [12, p. 117] pune accent pe importanța recunoașterii și a definirii sentimentelor pacientului în legătură cu situația clinică, evaluând astfel și temerile sale legate de suferința psihologică.

Numeroase cercetări psihologice confirmă că echipa medicală tinde, de multe ori, să conceapă suferința psihologică ca pe un eveniment normal în cadrul modalităților de coping, puse în aplicare în fața unui eveniment traumatic, cum ar fi cancerul, toate acestea determinându-ne să credem că răspunsul la nevoile emoționale și psihologice este absent sau insuficient [8, p. 43].

În această conjunctură, deci, comunicarea capătă un rol esențial. O comunicare eficientă și sensibilă permite persoanei să aibă un rol activ și să devină protagonistul poveștii sale, pentru că temerile care îl caracterizează pe bolnav în această fază sunt legate de faptul că nu se simte valoros, având percepția de a fi limitat doar la rolul de persoană bolnavă.

Deseori, impedimentele de comunicare ale echipei medicale sunt lipsa percepută de timp pentru a discuta cu pacientul, supraîncărcarea volumului de muncă, convingerea că nu au competența necesară pentru a face față anumitor nevoi, menținerea credinței într-o diviziune între fizic și psihic, probleme psihologice, teama de a răni inutil pacientul, teama de a nu putea răspunde la întrebările dificile sau de a răspunde cu afirmații incorecte, incapacitatea de a-și gestiona emoțiile, sau teama de a se implica prea mult în relația de ajutorare. Mulți medici declară că nu se simt competenți în ceea ce privește abilitățile de comunicare și, ipotetic, este posibil ca îngrijitorii să nu fie conștienți de numeroasele nevoi psihologice ale acestor pacienți ca, prin urmare, să nu se implice în comunicare.

Obstacolele de comunicare ale pacientului, pe de altă parte, sunt percepția de a avea puțin timp disponibil pentru a putea comunica problemele sale, percepția că echipa de îngrijire are un interes deosebit pentru problemele organice, că propriile probleme psihologice și emoționale sunt mai puțin importante decât a celorlalți și, prin urmare, nu sunt demne de interes, teama de a pierde controlul, teama de a confirma anxietatea sau rușinea de a nu fi capabil să reacționeze.

Prin urmare, *arta de a comunica, verbal și non-verbal, este de o importanță fundamentală pentru îmbunătățirea asistenței psihologice*. Conform lui Tuveri [ibidem, p. 117], pentru optimizarea abilităților de comunicare sunt necesare:

- cunoștințe despre comunicarea verbală, non-verbală, conținut și relație, despre psihologia pacientului (reacțiile emoționale, mecanismele de apărare, stilurile de coping), despre modelul relațional bio-psiho-social privind bioetica și deontologia psihologică;
- competențe în ceea ce privește cunoașterea modului de interpretare corectă a comunicării, prin înțelegerea reacțiilor emoționale proprii și ale celor din jur, identificarea

mecanismelor de apărare și de adaptare ale pacientului la patologia oncologică și ascultarea activă (să ascuți, să întrebi, să oferi un răspuns);

- posedarea atitudinilor precum empatia (să între în relație cu pacientul și să dezvolte o relație empatică cu ei), sprijinul (cum să răspundă la emoțiile pacientului și să știe cum să promoveze colaborarea acestuia în demersul terapeutic), autocontrolul (cum să își controleze propriile reacții emoționale și cum să identifice factorii și situațiile care declanșează tensiuni, conflicte) și autocritica (să analizeze și să reflecteze asupra propriului comportament și să aibă o atitudine proactivă față de învățare și schimbare).

Elementele care compun stilurile de comunicare în cazul pacientului oncologic sunt:

- concentrate pe pacient ca persoană (acest lucru ne invită să luăm în considerare experiența bolii în întregime, înțelegând reacțiile și percepțiile individului);
- utilizarea întrebărilor deschise (care permit interlocutorului să poată aprofunda ceea ce își dorește);
- elemente de facilitare a comunicării, adică utilizarea unor cuvinte precum „am înțeles”, „da”, „desigur”, „continuați”, gesturi (dând din cap), precum și păstrarea tăcerii într-o manieră empatică și activă (acest lucru invită persoana să continue să se exprime chiar și în momente de emoție puternică);
- oglindirea;
- clarificarea, adică solicitarea pacientului de a detalia anumite lucruri, ajutându-l astfel să-și amintească sentimentele și particularitățile evenimentului discutat, pentru a clarifica aspecte care nu au fost înțelese anterior;
- repetarea controlată a ceea ce s-a spus pentru a înțelege dacă pacientul a înțeles cu adevărat;
- rezumatul, care ne permite să organizăm informația pentru a prioritiza problemele și pentru a confirma interlocutorului nostru atenția noastră;

Totuși, comunicarea în stadiul avansat al bolii nu se limitează la cea verbală. Comunicarea non-verbală are și ea un rol relevant, lăsând privirile, expresiile faciale, gesturile și corpul să vorbească. Acestea din urmă îi permit bolnavului să se simtă încă parte din lume, să nu fie o sursă de disconfort pentru celălalt, iar acest lucru îl liniștește și nu îl face să se simtă abandonat. *Nevoia de iubire este una dintre nevoile psihologice primare în această fază și este înțeleasă tocmai ca fiind nevoia de contact uman și de afecțiune.*

În plus, pentru a completa cadrul teoretic al competențelor specifice de comunicare pentru profesioniștii din domeniul psihologiei sănătății, Eriksson [după 8] menționează următoarele: alegerea cu întreaga echipă a momentului potrivit pentru a vorbi cu pacientul despre continuarea tratamentului și despre tratament, încurajarea comunicării deschise între pacient și familia sa, furnizarea de informații inteligibile și explicarea tuturor implicațiilor clinice și terapeutice pentru pacient și familie, discutarea cu pacientul despre planificarea împreună cu acesta a obiectivelor viitoare, încurajează comunicarea și exprimarea sentimentelor pacientului și cu cei dragi.

Pe același fundal, pentru a construi un plan de îngrijire comun cu pacientul este crucial crearea unui spațiu de ascultare, unde pacientul poate să raporteze cunoștințele sale, gradul său de conștientizare, nevoia sa de informații, așteptările și valorile sale [10, p. 22]. Doar într-un spațiu de ascultare, pacientul are posibilitatea de a se manifesta și exprima emoțiile. Sentimentele pacientului care indică nevoia de a le comunica sunt:

- tristețea;
- sentimentul de inutilitate;
- anxietatea;
- disperarea și suferința;
- frica de moarte;

- teama de dizabilitate;
- teama de deteriorare;
- teama de dependență;
- teama de pierderea relațiilor semnificative;
- teama de ceea ce se va întâmpla cu sine;
- teama de a fi pierdut;
- teama față de propria soartă;
- teama de răspândirea cancerului;
- frica de durere;
- teama de suferință;
- frica de a nu reuși, frica de neant existențial;
- teama de a se pierde pe sine;
- anxietate față de necunoscut;
- anxietăți existențiale legate de viață și moarte;
- anxietatea legată de separare, izolare și moarte.

Deseori, pacienții întâmpină dificultăți în a-și putea exprima sentimentele, raportând că nu rareori s-au simțit suficient de ascultați. A acorda timp și spațiu necesar pacientului pentru a-și putea exprima propriile nevoi permite constatarea stării psihologice a acestuia și *reprezintă o intervenție efectivă de suport pe care fiecare practician ar trebui să o folosească în practica sa de comunicare* [7, p. 11].

Ascultarea și prezența vie a celui care are grijă de pacient îi asigură posibilitatea de a trăi pe deplin până în momentul morții, să se simtă încă parte a societății, ca o persoană demnă de respect și nu ca un bolnav.

### Concluzii

În baza celor relatate, conchidem faptul că posedarea unei înțelegeri profunde a necesităților psihologice și emoționale ale pacienților oncologici reprezintă o competență indispensabilă pentru un profesionist din domeniul psihologiei medicale, și nu doar, fiind un pilon fundamental pentru a tinde spre o umanizare a îngrijirii omului în general. În acest context, reamintim că individul este o ființă complexă și că toate părțile sale se influențează reciproc, de aceea o abordare pur tehnico-medicală sau o abordare biomedicală este puțin utilă dacă se urmărește o îngrijire holistică a persoanei, în special, în cazul îngrijirii pe termen mediu și lung atunci când vorbim de cancer. Așadar, prin această lucrare, am încercat să scoatem în evidență relevanța aspectelor celor mai importante, corelate nevoilor adevărate ale pacientului oncologic, tinzând să explicităm tot ce am scris, în baza literaturii de specialitate. Pentru că în cazul fiecăruia dintre noi vine un moment în viață, în care trebuie să ne oprim și să reflectăm asupra a ceea ce este prioritar și a ceea ce nu este, mai ales în activitatea de psiholog, iar această muncă ne-a oferit posibilitatea de a ne spori competențele în acest sens.

### BIBLIOGRAFIE

1. BENINI, R. L'identità: personalità, immagine e giudice interno. Arezzo: Alberti C., 2006, p. 45. ISBN: 9788887936667.
2. BOTTACCIOLI, F. Epigenetica e psiconeuroendocrinoimmunologia: le due facce della rivoluzione in corso nelle scienze della vita: saggio scientifico e filosofico. Milano: Franco Angeli, 2014, p. 67. ISBN-13: 978-8821437632.
3. DUGGER, J. Le tecniche d'ascolto: come gestire più efficacemente la vostra comunicazione e le relazioni sul lavoro, con gli amici, in famiglia. Milano: Franco Angeli, 1999, p. 117. ISBN: 8846412206
4. FITCH, M. I. Supportive care needs of patients with advanced disease undergoing radiotherapy for symptom control. London: Sage, 2012, p. 27, Doi: 10.5737/23688076314412429.



5. FRESHWATER, D. *Le abilità di counselling: percorsi disviluppo delle competenze relazionali per infermieri e ostettriche*. Milano: Mondadori, 2004, p. 85. ISBN: 8838616424
6. GRASSI, L. *Manuale pratico di psico-oncologia*. Roma: Laterza, 2003, p. 71. ISBN: 9788849007282.
7. MERCADANTE, S., RIPAMONTI, C. *Medicina e cure palliative in oncologia: aspetti clinici, assistenziali e organizzativi*. Milano: Franco Angeli, 2002, p. 11. ISBN: 9788821426285.
8. MOGHADDAM, N. *Unmet care needs in people living with advanced cancer: a systematic review*. New York, 2016, p. 43. DOI: 10.1007/s00520-017-3221-3.
9. MURPH, P. *Psychosocial aspects of cancer care: what does it mean for our patients and families?*. London: Sage, 2010, p. 61. DOI: 10.1097/NHHob013e3181ff2f3b6.
10. RAINBIRD, K. J. *The Needs Assessment for Advanced Cancer Patients: a measure of the perceived needs of patients with advanced, incurable cancer. a study of validity, reliability and acceptability*. London: Sage, 2005, p. 22. DOI: 10.1002/p02.845.
11. RAINBIRD, K. *The needs of patients with advanced, incurable cancer*. London: Sage, 2009, p. 72. Doi: 10.1038/sj.bjc.6605235.
12. TUVERI, G. *Saper ascoltare, saper comunicare: come prendersi cura della persona con tumore*. Roma: Laterza, 2005, p. 117. ISBN: 9788849001365.