

Bolnavul psihic și familia: binom terapeutic

Isabella Cristina Brujbu, Luana Macovei

Isabella Cristina Brujbu – M. D., Ph. D., Șef lucrări, Departamentul de Anatomie, Universitatea „Apollonia”, Iași; Medic Primar Medicină de Familie, Practică Privată, Iași, România

Luana Macovei – M. D., Ph. D., Lector universitar, Departamentul de Medicină Internă, Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa”, Iași; Medic, Departamentul de Reumatologie, Reumatologie, Spitalul Clinic de Recuperare, Iași, România

REZUMAT

Fiecare individ, în evoluția sa, dobândește un profil psihologic propriu în raport cu seria de împrejurări, cu drumul pe care l-a parcurs în viața personală; fiecare pornește de la o anumită bază ereditară și are un anumit drum în viață, indivizii nu sunt identici unul cu altul, ci au doar unele trăsături comune, care se combină însă la fiecare individ în chip specific.

Un individ devine bolnav psihic atunci când nu se mai acceptă pe sine însuși sau pe alții, când are o preocupare excesivă pentru propriul corp și propria persoană, când pierde contactul cu realitatea, retrăgându-se în propria lume și nu se mai poate adapta normelor sociale, ocupaționale și culturale. Psihicul nu este altceva decât o funcție a creierului, funcție complexă și polivalentă, dependentă de informațiile parvenite din afară și de starea fiziologică a sistemului nervos. În creier, se desfășoară o serie de procese chimice și electrice, prin care informațiile sunt recepționate, stocate și prelucrate. O influență puternică asupra evoluției vieții o are familia.

CUVINTE-CHEIE

bolnavul psihic, familia, factorul terapeutic, medicul de familie

INTRODUCERE

Psihicul uman, conștiința se constituie treptat, de la naștere și până la încheierea vieții, și nu

poți ști ceea ce nu ai învățat sau aflat. Nu poți înțelege atât timp cât împrejurările și educația nu te-au înarmat cu mijloace corespunzătoare. Întregul conținut al vieții psihice, intelectuale și

emoționale este împrumutat din realitatea socială prin activități și educație proprie (1, 2). Deprinderile se formează treptat, prin exercițiu, stabilirea acestora fiind direct proporțională cu durata și calitatea exercițiului. Trebuințele evoluează în raport cu obiectele pe care le consumăm, pe care le folosim și cu activitățile pe care le desfășurăm. Sentimentele noastre se modelează după raporturile sociale în care suntem prinși. Până și scopurile care s-ar părea că sunt izvorâte din adâncurile ființei noastre sunt, în realitate, însușite din contextul existenței umane. Și capacitatea de efort voluntar depinde de regimul de viață și de activitate prin care a trecut copilul și tânărul. Trăsăturile de caracter au o mare însemnătate în formarea atitudinilor, moravurilor și tradițiilor sociale. Sunt forme de comportament, modalități de simțire (2) și de înțelegere a lucrurilor care se încheagă în fiecare dintre grupările sociale, se generalizează, se transmit din generație în generație. Copilul și tânărul se vor modela după moravurile și tradițiile colectivității din care fac parte (3).

Odată cu schimbarea survenită în mentalitatea colectivității despre bolnavul psihic, pe de o parte, datorită enormelor progrese ale mijloacelor terapeutice, iar pe de altă parte, pe fundalul creșterii incidenței bolilor psihice, a început să se definească tot mai clar rolul major de factor terapeutic pe care îl deține familia (4, 5).

Medicul de familie și patologia psihiatrică

Medicul de familie este, în general, prima instanță în itinerarul parcurs de bolnavul care își caută sănătatea. Principiile de bază ale îngrijirilor primare de sănătate sunt: distribuție echitabilă, implicare a comunității, concentrare asupra activității de prevenire, tehnologie corespunzătoare.

Pentru medic, bolnavul devine subiect de cercetare și practică medicală, dar și o ființă rațională și socială, cu viață spirituală și preocupări pentru propria-i sănătate. Indiferent de afec-

țiunea de care suferă, cunoașterea psihologică a bolnavului devine obligatorie (6).

Medicul, ca un bun psiholog, va realiza o strânsă apropiere interumană cu bolnavul, în folosul acestuia din urmă. Deschiderea afectivă a medicului către bolnav este „cheia de boltă în psihologia medicală”, risipind anxietatea, incertitudinile și umanizarea actului medical. Puterea sufletului omenesc este un medicament pe care nimic nu îl poate întrece (6, 7).

Anamneza este definitorie în conturarea profilului de personalitate, relevând trăsături precum: egocentrism, imaturitate, comportament histe-roid sau conștiinciozitate, rezistență, modestie și adaptabilitate.

Observația completează datele anamnezei, comunicarea non-verbală dezvăluind atitudini și reacții ale pacientului în expunerea acuzelor subiective. Mascarea anxietății, izbucnirea în plâns corelate cu ținuta/expresia faciesului poate induce descoperirea factorilor stresori legați de evoluția bolii prezente.

Experiența clinică și aptitudinile psihoterapeutice ale medicului din asistența primară ajută la circumscrierea conflictelor psihice și decelarea somatizării acestora (8).

Consultul interdisciplinar cu psihiatrul, cu psihologul evită îndrumarea excesivă a pacientului și configurează utilitatea recomandărilor (7, 8).

Deseori, pacientul aparent sănătos se prezintă cu o suferință acută sau chiar cu o boală cronică; sănătatea este pierdută prin deteriorarea structurii/funcționării mecanismelor de reglare sub agresiunea repetată a factorilor patogeni. Medicul de familie, cel mai frecvent, este martorul trecerii de la starea de sănătate la cea de boală.

Abordarea bolii, ce constituie o teorie medicală care tratează unicist laturile patologice și fiziologice ale omului privite din prisma adaptării acestuia la habitat, dă naștere concepției psihosomatice, având ca obiect de studiu răsunetul patologic al factorilor psihici asupra funcțiilor

diverselor organe și sisteme, cu reconsiderarea etiologiei maladiei (9, 10).

Reconsiderând anamneza prin reevaluarea biografiei condițiilor de viață, intenția medicinei psihosomatice este de a realiza o patografie, subînțelegând boala nu ca pe un accident, ci în raport cu trecutul bolnavului.

Medicul de familie și familia bolnavului

Orice medic de familie știe că apariția unei boli la un membru al familiei are un impact asupra întregului sistem familial, iar evoluția bolii este influențată de modul în care membrii familiei se mobilizează și se adaptează stresului provocat de boală, precum și nevoilor celui în suferință. În lume, asistența medicală primară, prin medicul de familie și comunitatea umană, într-un sistem de sănătate judicios organizat, încearcă, în sistem ambulatoriu, rezolvarea îmbolnăvirilor acute și cronice (6, 7).

Fiind medic de familie și având în îngrijire întreaga familie, medicul reușește să cunoască comportamentul fiecărui membru al familiei și, mai ales, devine un bun sfătuitor al acesteia, de cele mai multe ori, în probleme care nu țin de sănătate, el ajungând și psihologul familiei.

Calitatea unui bun medic de familie este – dincolo de competența pur profesională, valoarea oricărei specialități medicale – darul de a le explica limpede pacienților lucrurile legate de sănătatea lor, de a-i informa în privința tuturor opțiunilor posibile privind prevenirea bolilor, diagnosticul și tratamentul lor, de a putea fi ușor de găsit și de abordat de către pacienții săi, de a avea o bună colaborare cu celelalte specialități medicale și de a deține noțiuni de legislație medicală.

Relația de maximă complexitate socio-psihosomatică pe care fiecare membru al familiei o stabilește cu ceilalți membri reprezintă un model interrelațional imposibil de reprodus atât în profunzimea acestor legături, cât și în amplitudinea și coloratura lor emoțională.

Familia influențează starea de sănătate a membrilor ei atât în sens pozitiv, cât și negativ, de aceea cunoașterea mediului familial în care trăiește pacientul este un element esențial în medicina de familie. Medicul de familie trebuie să știe să aprecieze în ce măsură membrii unei familii sunt supuși unor influențe de ordin fizic, psihic, genetic sau social. În acest sens, medicul de familie trebuie să identifice prezența unor factori de risc într-o anumită familie și să adopte o poziție activă pentru a-i elimina (11).

Stresul legat de gravitatea bolii, de probabilitățile de evoluție, de prognosticul rezervat sau de cronicizarea unei afecțiuni, de dependențele sau infirmitățile pe care le poate genera duc la ruperea echilibrului familial și la adevărate crize. Adesea, acest impact al bolii asupra membrilor de familie se poate răsfărge și asupra medicului de familie. Stresul psihic poate crea dificultăți în perceperea cauzelor și realității bolii, iar supărarea unor membri ai familiei se poate manifesta prin acuze la adresa altor membri de familie pe care îi considera „părtași” la îmbolnăvire sau pe medicul de familie care nu face uz de toate cuceririle științei „pentru a vindeca” cât mai rapid boala (11, 12).

Nivelul de intervenție al familiei în cadrul procesului terapeutic este decisiv, acest lucru putând avea loc în oricare dintre fazele bolii, îmbrăcând forme specifice.

Astfel, familia este cea care poate sesiza precoce schimbările survenite în comportamentul și atitudinile bolnavului, imperceptibile pentru un observator extern și, prin aceasta, să grăbească intervenția medicului. În psihiatrie, ca în oricare altă ramură a medicinei, intervenția terapeutică precoce are maximum de șanse de reușită. Tot familia este cea care poate oferi date concrete care să ajute medicul atât în stabilirea diagnosticului, cât și a gravității tulburărilor psihice pe care le prezintă bolnavul (13, 14).

Totuși, trebuie subliniat faptul că familia nu trebuie, în nicio circumstanță, să se erijeze în

postura diagnosticianului sau în cea a terapeutului. Medicul este singurul care stabilește dacă anumite tulburări intră sau nu în sfera patologicului. Tot el este cel care stabilește programul terapeutic și dacă acesta trebuie sau nu instituit (15).

De multe ori, la cabinetul de consultație, au fost aduși adolescenți, considerați de familie „bolnavi” care nu prezentau însă decât trăirile și atitudinile specifice vârstei lor, așa-numite crize adolescente, care, din păcate, erau uneori generate sau amplificate de criza prin care trecea întregul grup familial (16).

Același lucru este valabil și pentru un alt grup de vârstă, cel al bătrânilor, aduși uneori la consultație, pentru că... nu mai corespund existențelor actuale ale familiei (17).

Cererea cu insistență de tratamente pentru astfel de situații, ca și „recomandările” făcute medicului pentru terapii „mai tari” sau „mai slabe”, cu efect „mai rapid”, nu duc, în niciun caz, la o bună soluționare a cazului.

Odată stabilit atât diagnosticul de boală psihică, cât și atitudinea terapeutică, familia joacă un rol important, pe de o parte, în depășirea unor bariere psihologice inerente, provocate de situația de „a fi bolnav”, cât și de efectele nedorite, care se adaugă anumitor terapii, iar pe de altă parte, în respectarea cu fermitate a programului terapeutic, care nu se referă numai la administrarea unor tratamente, ci la anumite măsuri de psihoigienă (18).

Familia va fi barometrul cel mai sensibil la progresele înregistrate în drumul spre vindecare de către bolnav. O atitudine încurajatoare, care să-l susțină pe cel aflat în suferință, insuflându-i speranța în certitudinea vindecării, păstrându-i rolurile socio-familiale nealterate, fără a-i crea nici măcar temporar senzația de handicap, va modifica semnificativ evoluția bolii (19).

Ieșirea din boală rămâne însă etapa în care familia joacă un rol decisiv. Reinserția socio-profesională la nivelul posibilităților actuale ale

bolnavului, care pot fi uneori mai scăzute decât cele anterioare bolii, se va face fără distorsiuni, într-un sens sau altul, din partea familiei. Astfel, hiperprotecția nejustificată, abandonarea unor sarcini și obligații care ofereau valorizarea subiectului pot fi la fel de dăunătoare ca și nejustificata dorință de remarcabile performanțe care, după anumite boli, nu mai sunt accesibile (20, 21).

Atmosfera caldă și senină care nu trebuie să culpabilizeze bolnavul pentru boala sa este cea care va permite reintegrarea optimă.

Aceste argumente vin să confirme că, în procesul terapeutic, relația medic – familie reprezintă cheia de boltă, care asigură trăinicia rezultatelor, ce reprezintă medicamentul de neînlocuit.

Medicina psihosomatică

Concepția psihosomatică prezintă următoarele caracteristici esențiale: concepția holistică presupune unitatea dintre soma și psihic; neuro-endocrinologică, bazată pe observații clinice și rezultate experimentale psiho-fiziologice; reconsiderarea influenței mediului social asupra bolii; prezența unei vulnerabilități la stres la bolnavii psihosomatici; prezența în patogeniza bolii a stresului psihic ca factor de risc major sau sumativ (22).

Factorul psihic agravează evoluția bolii, fiind un element de rezistență la terapie și care poate genera apariția altor maladii (infarct de miocard). Psihoterapia potențează efectul terapeutic. Medicina psihosomatică are ca obiectiv fundamental dezvoltarea, perfecționarea metodei de diagnosticare și tratament aplicabil fiecărui caz, adaptat nevoilor unice ale pacientului (22, 23).

Medicina psihosomatică are ca obiectiv fundamental dezvoltarea, perfecționarea metodei de diagnosticare și tratament aplicabil fiecărui caz, adaptat nevoilor unice ale pacientului.

Tratamentul psihosomatic integrativ se bazează pe teoria psihosomatoformă, recunoscând im-

plicarea sistemelor de memorie, comunicare, conștient, subconștient din organismul uman, fără de care viața nu poate exista.

Principalele sisteme mutuale, inter- și intra-comunicaționale sunt: SNV, endocrin și intra-comunicaționale prin intermediul rețelei sistemelor principale. Fiecare tulburare activează în permanență toate sistemele organismului. Stările de conștiință au un răsunet organic, iar emoțiile determină modificări ale aparatului cardiovascular, secreția glandelor, peristaltismul intestinal. O emoție repetitivă poate provoca adevărate maladii (23, 24).

Boala poate fi rezultatul epuizării energetice a organismului sau tulburării de comunicare severă între diferitele sisteme, în urma unui eveniment perceput stresant de organismul uman și se manifestă: în plan somatic (inflamație, HTA, imunosupresie, hiperlipemie etc.) sau psihologic (anxietate, depresie, hipersensibilitate emoțională etc.).

Bolile psihosomatice sunt acele boli organice survenite la un individ cu un anumit tip de personalitate, determinate de complexitate, de factori etiopatogenici, în rândul cărora un rol important îl joacă factorul psihogen, fiind condiționate de preexistența unui teren vulnerabil la acțiunea stresului psihic. Importante pentru declanșarea unei boli psihosomatice sunt tipul de personalitate a bolnavului care este expus acțiunii stresului psihic, tipul de constituție și, nu în ultimul rând, terenul de minimă rezistență a organismului (25).

Modalitatea de prevenție și atenuare a distresului în asistența primară presupune: stabilirea unei relații empatice, de comunicare între medic și pacient, benefică pentru finalizarea actului tera-

peutic, reducând stresul circumstanțial și iatrogen produs de impactul cu echipa medicală; anamneza centrată pe pacient, ulterior echilibrată, utilizând tehnicile de comunicare verbală/nonverbală încurajatoare a expunerii pacientului; diagnosticarea vizează tipul de personalitate; psihoterapie suportativă (26).

Pentru medicul de familie, abordarea psihosomatică înlesnește cunoașterea în integralitate a problematicei pacienților.

Majoritatea bolnavilor, ca prim contact la medicul de familie, pe o durată lungă de timp, rămân în terapia aceluiași medic, facilitând accesul la biografia și intimitățile bolnavului; se stabilește relația în plan afectiv între bolnav și medic în scopul promovării sanogenezei (27).

Implicațiile concepției psihosomatice în gândirea medicală constau în remodelarea comportamentelor generatoare de boli somatice, stabilirea ponderii stresului psihic în geneza și agravarea maladiei și elaborarea de conduite antistres.

Evaluarea psihologică a bolnavului: 1. intelectual/statut social-afectiv: labil, anxios, depresiv, optimist, pesimist; 2. comportament/atitudini: față de doctor, față de profesiune, tip relațional; 3. motivație/aspirații: nivel al aspirațiilor, posibilități de realizare, dominanța motivelor sociale sau biologice; 4. factori de risc psiho-comportamental: fumat, alcool, sedentarism, droguri.

Implicațiile concepției psihosomatice în gândirea medicală constau în remodelarea comportamentelor generatoare de boli somatice, stabilirea ponderii stresului psihic în geneza și agravarea maladiei și elaborarea de conduite antistres.

CONCLUZII

Profesiunea medicală este un mijloc de a sluji cu abnegație omul, de a-l cunoaște și înțelege profund, fără rezerve și prejudecăți. În cursul actului medical în afara cunoașterii fenomenelor somato-fiziologice perturbate de boală, trebuie căutată expresia acestora în plan subiectiv, trăirea tulburărilor de către bolnav.

Analiza subiectivității persoanei presupune, în mod obligatoriu, reciprocitate și comunitate afectivă, comprehensiune, dimensiune conferită de psihologia medicală care va studia existența umană aflată în stare de boală, al cărei dramatism accentuează caracterul particular al bolii, îi modifică modul de reflectare și orientare al conduitei.

Bolnavul investigat trebuie, în final, să beneficieze de un diagnostic medical și de unul psihologic, stabilind gradul de deteriorare organică, dar și de cunoaștere a handicapului psihologic și social al suferindului, individualizând actul de asistență și cunoscând faptul că factorii interni fac ca aceleași condiții externe să se răsfrângă, în mod deosebit, asupra fiecărui individ.

Relația medic – pacient constituie problema fundamentală a psihologiei medicale, lărgind sfera de cunoaștere și acțiunea dincolo de problemele psihologice în domeniul relațiilor sociale, bolnavul găsimu-se în relația cu mediul social, profesional și familial căruia îi aparține.

Pornind de la ceea ce trebuie să facă un medic de familie, putem considera că medicina de familie este cea mai importantă ramură a medicinei, pentru că asigură asistența primară și poate face selecția între cazurile cu adevărat grave, care necesită internare, și problemele care pot fi rezolvate ambulatoriu, în condiții moderne și eficiente.

Ceea ce face medicul de familie este esențial, deoarece el vede pacientul în ansamblu.

MULȚUMIRI ȘI DEVOALĂRI

Autorii nu declară existența vreunui conflict de interese legat de acest articol.

BIBLIOGRAFIE

1. Berkow, R. *The Merck Manual of Diagnosis and Therapy*, Ed. Merck and Co. Ind, 2006
2. Băban, A. *Psihologia sănătății: abordare psihosocială a sănătății publice*, ASCR, Cluj-Napoca, 2002
3. Burcu, A. *Factorii determinanți ai calității vieții*, Argonaut, Cluj-Napoca, 2005
4. Florea, Nicoleta-Adriana, Surlea, Cosmina-Florentina. *Școala și consilierea părinților*, Editura Arves, Colecția „Științele educației”, București, 2006
5. Cosman, D. *Psihologie medicală*, Polirom, Iași, 2010
6. Branea, I. *Medicina de familie*, Ed. Universitas Company, București, 2000
7. Dumitrescu, Hanibal. *Dezvoltare umană*, Editura Fundației „Axis”, Iași, 2006
8. Buda, Octavian Ioan. *Iresponsabilitatea*, Editura Științelor Medicale, București, 2006
9. Buda, Octavian Ioan. *Marginalizare versus boală psihică și stigmatizare. Dileme bioetice*, „Revista Română de Bioetică”, Iași, 2008
10. Stricker, G., Widiger, T. A. *Handbook of psychology*, Clinical Psychology. New Jersey: Wiley and Sons, 2003
11. McDougal, J. *Pledoarie pentru o anumită anormalitate*, Trei, București, 2008
12. Băban, A. și Szentagotai, A. *Cognitive representation of illness and treatment*. In *Psycho-somatic Medicine*, recent progress and current trends. UMF, Cluj-Napoca, pp. 50 – 60, 2003
13. Lăzărescu, M., Nireștean, A. *Tulburările de personalitate*, Polirom, Iași, 2007
14. Milea, Ș. *Profilaxia primară a tulburărilor psihice la copil și adolescent*, Științe Medicale, București, 2006
15. Gherguț, A. *Psihopedagogia persoanelor cu cerințe speciale – Strategii de educație integrată*, Polirom, Iași, 2001
16. Gherguț, A. *Sinteze de psihopedagogie specială – Ghid pentru concursuri și examene de obținerea gradelor didactice*, Polirom, Iași, 2005
17. Kumar, P. J., Clark, M. I. *Clinical Medicine*, Ed. Balliere Tindall, 2002
18. Isabela, S., Fontenelle, L. F., Fontenelle, M. C. et al. *Quality of life and symptom dimensions of patients with obsessive-compulsive disorder*, Original Research Article Psychiatry Research, Vol. 179, Issue 2, 30, 198 – 203, 2010
19. Tudose, Fl. *O abordare modernă a psihologiei medicale*, Ed. InfoMedica, București, 2000
20. Craighead, W. E., Nemeroff, C. B. *The Concise Corsini Encyclopedia of Psychology and Behavioral Science*. New Jersey: John Wiley and Sons, 2004
21. Greening, L., Stopelbein, L., Chandler, C. C., Elkin, T. D. *Predictors of Children's and Adolescents' Risk Perception*. Journal of Pediatric Psychology, 30, 5, 425–435. 2005

22. Franz, A. *Medicină psihosomatică*, Ed. Trei, București, 2008
23. Milcu, Marius. *Psihologia relațiilor interpersonale*, Ed. Polirom, Iași, 2005
24. Stoica-Constantin, Ana. *Conflictul interpersonal*, Ed. Polirom, Iași, 2004
25. Dowd, E. T. *Cognitive Behavior Therapy: evidence and new directions*. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 5(1), 4, 2005
26. Eisen, J. L., Phillips, K. A., Coles, M. E., Rasmussen, S. A. *Insight in obsessive compulsive disorder and body dysmorphic disorder*. *Compr Psychiatry* 45:10–15, 2004
27. Nabors, L. A., Little, S. G., Akin-Little, A., Lobst, E. A. (2008). *Teacher Knowledge of and confidence in meeting the needs of children with chronic medical conditions: Pediatric Psychology's contribution to education*. *Psychology in the schools*, Vol. 45

Correspondență:

ISABELLA CRISTINA BRUJBU

Universitatea „Apollonia”
Str. Muzicii nr. 2, cod 700399, Iași, România
Tel.: + 40 744 633 927

E-mail: isabellabrujbu@yahoo.com

Primit: Septembrie, 19, 2013
Acceptat: Decembrie, 18, 2013

Mental patient and family – a therapeutic dyad

Isabella Cristina Brujbu, Luana Macovei

Isabella Cristina Brujbu – M. D., Ph. D., Assistant Professor, Department of Anatomy, “Apollonia” University, Iași; Senior Family Physician, Medicine, Private Practice, Iași, Romania

Luana Macovei – M. D., Ph. D., Assistant Professor, Department of Internal Medicine, “Gr. T. Popa” University of Medicine and Pharmacy, Iași; Physician, Department of Rheumatology, Rheumatology, Clinical Rehabilitation Hospital, Iași, Romania

ABSTRACT

Each individual develops a personal psychological make-up, according to a series of circumstances and to his private life journey. People evolve based on their genetic endowment and have a certain evolution in life, as individuals they are not identical to each other: they have only some traits in common, which are yet combined in a specific manner in each individual.

An individual becomes mentally ill when he no longer accepts himself or others, he is obsessed with his own body and self, he loses touch with reality and withdraws into his own world and can no longer adapt to social norms, to the occupational and cultural context. The psyche is merely a function of the brain. This complex function is dependent on information received from the outside world and on the physiological state of the nervous system. Chemical and electrical processes take place within the brain and, as a result, information is received, stored and processed. A strong influence on the evolution of life is exerted by family members.

KEYWORDS

mental patient, family, therapeutic factor, family doctor

INTRODUCTION

Human psyche and consciousness develop gradually from birth to the end of life. One can-

not know unless one learns or discovers. One cannot understand as long as the circumstances and education have not provided the necessary background. The whole content of

mental, intellectual and emotional life derives from the social reality and the experience is adopted through one's own activities and education (1, 2). Habits are gradually made, by practice, and their enforcement was directly correlated with the duration and quality of the exercise. Necessities develop in relation to the consumed and used items and to undertaken activities. Our feelings are shaped by social relationships in which we are engaged. Even goals that might seem to arise from the depths of our being are actually drawn from human existence. The capacity of voluntary effort depends also on living and working conditions experienced by children and young people. Character traits play a major role in shaping attitudes, morals and social customs (2). They are forms of behavior, ways of feeling and understanding things that develop in each social group and are generalized and transmitted from generation to generation. Children and young people develop according to the morals and customs of the community they belong to (3).

The mentality change of the community about the mental patient is due, on the one hand, to the major advances in therapeutic options and, on the other hand, to the increased incidence of mental illness. Under these circumstances, the role of the family as a major therapeutic factor has become more obvious (4, 5).

The family doctor and the psychiatric pathology

The family doctor is, usually, the first contact person for the patient who seeks health. Basic principles of primary health care are: equitable distribution, community participation, focus on prevention activities and on the use of appropriate technology.

The doctor regards the patient as subject of medical research and practice, but, also, as a social and rational being, with spiritual life and concerns for his own health. The psychological

knowledge of the patient is required regardless of the condition of the patient (6).

As a good psychologist, the doctor can establish a close interpersonal relationship with the patient to the benefit of the latter. Doctor's emotional openness toward the patient is a key element in medical psychology, as it dispels anxiety, uncertainty and it humanizes medical care. The power of the human soul is an invincible cure (6, 7).

History taking is crucial in creating the personality profile of the patient. It reveals characteristics such as: selfishness, immaturity, hysteroid behavior, and, respectively, conscientiousness, strength, humility, adaptability.

Observation completes history data. Nonverbal communication reveals the patient's attitudes and reactions while expressing subjective symptoms. Masking anxiety, crying bursts associated with posture or facial expression may indicate disease-related stress.

Clinical experience and psychotherapeutic skills of the primary care physician facilitates the successful assessment of mental health problems and their somatization (8).

Interdisciplinary consultation from a psychiatrist or a psychologist eliminates excessive patient guidance and validates the utility of recommendations (7, 8).

Seemingly healthy patients have often acute or chronic illness. Health is lost through deterioration of the structure/function of regulatory mechanisms caused by pathogenic agents. The family doctor observes all too often the transition from health to illness.

Medical theory defines medical disease in a one-sided way, as pathological and physiological aspects of the human being are seen in terms of adaptation to habitat. This generates the psychosomatic concept that studies the pathological consequences of psychological factors on the functions of various organs and

systems, reconsidering the etiology of the disease (9, 10).

The reassessment of the patient's history with focus on living conditions is consistent with the goals of psychosomatic medicine, which describes disease in relation to the patient's past and not as an accident.

The family doctor and the patient's family members

Any family doctor knows that the occurrence of a disease in a family member has a major impact on the whole family. The outcome of the disease is influenced by the way in which family members are mobilized in response to illness, adapt to disease-related stress and meet the needs of the patient.

Around the world, primary medical care involves both family doctors and human community. In a well-organized health system, acute and chronic diseases would rather receive an outpatient approach (6, 7).

As a family doctor who usually assists the whole family, the general practitioner becomes acquainted with the behavior of each family member. The family doctor can even be seen as a counselor, not only on health-related matters. Therefore, the family doctor may also act as a therapist for the family.

In addition to the professional competence required in any medical specialty, a good family doctor has a gift of explaining things clearly to patients, of discussing health-related issues with them, of informing them about diagnosis and possible prevention and treatment plans. A good general practitioner is easily approachable and amiable. He is also willing to cooperate with other medical professionals and has a good knowledge of medical legislation.

The most profound social psychological and emotional relationship between family members is an unique and irreproducible inter-

relational model, that is characterized by closeness, extent and complexity.

Family influences the health of its members both positively and negatively. Getting to know the family background and the domestic life of the patient is important in family medicine. The family doctor should be able to determine to what extent family members are subjected to physical, psychological, genetic and social influences. In order to achieve that, the family doctor must search for risk factors characteristic to a certain family and to actively support the patient in dealing with those problems (11).

Disease severity, likelihood of aggravation, poor prognosis or chronic development of the disease, risk of disability or infirmities cause a lot of stress that leads to a family life crisis. The impact of the disease on family members may also affect the family doctor. Psychological stress can generate difficulties in assessing the causes and the manifestations of the disease. The grief of family members may lead to complaints about other family members, whom they held responsible for the disease, or about family doctor who does not use all scientific achievements in order "to heal" the disease as soon as possible (11, 12).

Family intervention is crucial in the therapeutic process and it can occur in many ways during any stage of the disease.

Therefore, the family is one who can seize early changes in patient's behavior and attitudes, which may be imperceptible to an outsider and hence to demand early medical assistance. In psychiatry, as in any other branch of medicine, early therapeutic intervention has the maximum chance of success. The family can also provide evidence needed for diagnosis and assessment of the severity of the patient's mental disorder to the doctor (13, 14).

However, one should not forget that it is strictly forbidden that the family acts as a diagnos-

tician or therapist. The doctor is the only one who determines whether certain disorders are pathological or not. The family doctor is the one who decides the therapeutic program and the moment of its initiation (15).

There are many situations where teenagers are brought by their family to the medical unit, because the family has considered them “mentally ill”. They actually show their age-specific experiences and attitudes, the so-called teenage crisis, which unfortunately was sometimes caused or exacerbated by the crisis of the entire family group (16).

The same applies to a different age group, the elderly, who are addressed to the medical practice, because they do not match the present life of the family anymore (17).

When the family strongly demands treatments under such circumstances or suggests the doctor “stronger”, “weaker” or “faster” remedies, no better management of the disease is expected.

Once the diagnosis of mental illness was made and the therapeutic approach was chosen, the family plays an important role in several situations, such as overcoming inherent psychological barriers caused by the status of patient and by the side effects of some therapies, assuring high compliance of the patient to therapy, which includes not only the proper administration of the treatment, but also the use of psychological hygiene measures (18).

Family is the most sensitive barometer of improvement in patient’s mental status during the treatment.

An encouraging attitude of the family, that supports the suffering person and brings the hope of an effective cure, maintaining family and social roles unchanged, without any remarks about handicaps, will significantly improve the outcome of the patient (19).

The termination of the disease is the stage where the family plays a decisive role. The smooth social and professional readjustment

of the patient, who can sometimes show lower working capacity than previous to the disease, is made by the family. For instance, unjustified excess of protection, abandonment of duties and obligations which were meaningful for the social status of the patient may be as harmful as unjustified desire for outstanding performances which, after certain diseases, are no longer to expect (20, 21).

Optimal reintegration requires a warm and serene atmosphere that does not make the patient feel guilty about his illness.

These arguments confirm that doctor – family relationship is the key aspect of therapy. It provides sustainable improvement and can be seen as an irreplaceable drug.

Psychosomatic medicine

The psychosomatic concept has the following key features: the holistic conception of body and psyche; neuroendocrinological characteristics based on clinical observations and on psychological and physiological experimental results; social environmental influences on the disease; the vulnerability to stress in psychosomatic patients; psychological stress as a major or cumulative risk factor of the disease (22).

The psychological aspect aggravates the disease, as a factor of resistance to therapy. It may cause other diseases, such as myocardial infarction. Psychotherapy enhances the therapeutic effect. Psychosomatic medicine addresses, in the first place, the development and improvement of the diagnosis and treatment methods, so that they are suitable to each case, tailored to the unique needs of the patient (22, 23).

Integrative psychosomatic treatment is based on the psychosomatoform theory, which asserts the involvement of memory, communication, consciousness, subconscious in the healing and the proper functioning of the human body.

The main systems of mutual inter- and intra-communication are as follows: the autonomic nervous system, the endocrine system and the intra communication through the network of the main systems. Each disorder permanently activates all body systems. Consciousness has a systemic influence and emotions cause functional changes in the cardiovascular system, gland secretion and bowel peristalsis. A recurrent emotion may cause serious disease (23, 24).

The disease can be the result of body energy depletion or of severe communication disorder between different systems following a stressful event perceived by the human body as stressful. The disease has somatic manifestations (inflammation, hypertension, immunosuppression, hyperlipidemia, etc.) or psychological manifestations (anxiety, depression, emotional hypersensitivity, etc.).

Psychosomatic diseases are organic diseases that occur in an individual with a certain personality type. They are caused by complex etio-pathogenic factors. An important role is played here by psychogenic factor, as the diseases are conditioned by a predisposition to psychological stress.

Patient's type of personality is important in triggering psychosomatic illness, as the patient is exposed to psychological stress. Psychosomatic diseases are caused by the constitution type and also by the minimum body strength (25).

The prevention methods and mitigation of distress in primary care involves the following aspects: establishing an empathic relationship,

the communication between doctor and patient for a beneficial therapeutic effects; reducing the circumstantial stress and the iatrogenic aspects caused by health care; patient-centered history taking, using techniques of verbal/nonverbal communication that encourage patient's openness; diagnose making suitable for the personality type; supportive psychotherapy (26).

Psychosomatic approach helps the family doctor to get a better knowledge of patient's problems.

As the family doctor is the first contact person for most patients, he remains the same care provider for the patient for a longer period of time. This facilitates doctor's access to the privacy and life of the patient. In this way, an emotional relationship between patient and doctor is established, for the sake of a better health (27).

The psychosomatic approach in medical management provides change of behaviors generating somatic diseases, methods of relieving psychological stress involved in the genesis and progression of disease and the development of an anti-stress behavior.

Psychological assessment of the patient includes: 1. intellectual/social-emotional status: unstable, anxious, depressed, optimistic, pessimistic; 2. behavior/attitudes toward doctor, profession, relational type; 3. motivation/aspiration: aspiration level, opportunities for achievement, prevailing of social or biological reasons; 4. psychological and behavioral risk factors: smoking, alcohol or drug use, sedentary life.

CONCLUSIONS

Medical profession is dedicated to helping people, to knowing and deeply understanding the patients without any prejudice. Medical care requires knowledge both of the somatic and physiological phenomena disrupted by illness, and their expression in a subjective manner, as the living experience of the patient.

The analysis of individual subjectivity needs reciprocal affective interactions and understanding. This is a research topic of medical psychology, which investigates the human existence during

illness. The psychological factor gives a dramatic character to illness, changing and guiding the therapeutic behavior.

Therefore, the patient should receive not only a medical diagnosis, but also a psychological one, because the assessment of the organic damage is as important as the knowledge of psychological and social disability. Personalizing medical care according to internal factors that differently regulate external conditions should be also a priority for the family doctor.

Doctor – patient relationship is the main aspect of medical psychology. The psychological aspects relate to social matters, as the patient relates to the doctor in a social, professional and family environment.

Based on the duties of a family doctor, family medicine may be seen as the most important branch of medicine that provides primary care and differentiates between severe cases requiring hospitalization and outpatient cases that may be managed in modern and efficient manner. The role of the family doctor is all the more important, because he is able to see the patient as a whole.

ACKNOWLEDGMENTS AND DISCLOSURE

The authors declare that they have no potential conflicts of interest to disclose.

REFERENCES

1. Berkow, R. *The Merck Manual of Diagnosis and Therapy*, Ed. Merck and Co. Ind, 2006
2. Băban, A. *Psihologia sănătății: abordare psihosocială a sănătății publice*, ASCR, Cluj-Napoca, 2002
3. Burcu, A. *Factorii determinanți ai calității vieții*, Argonaut, Cluj-Napoca, 2005
4. Florea, Nicoleta-Adriana, Surlea, Cosmina-Florentina. *Școala și consilierea părinților*, Editura Arves, Colecția „Științele educației”, București, 2006
5. Cosman, D. *Psihologie medicală*, Polirom, Iași, 2010
6. Branea, I. *Medicina de familie*, Ed. Universitas Company, București, 2000
7. Dumitrașcu, Hanibal. *Dezvoltare umană*, Editura Fundației „Axis”, Iași, 2006
8. Buda, Octavian Ioan. *Iresponsabilitatea*, Editura Științelor Medicale, București, 2006
9. Buda, Octavian Ioan. *Marginalizare versus boală psihică și stigmatizare. Dileme bioetice*, „Revista Română de Bioetică”, Iași, 2008
10. Stricker, G., Widiger, T. A. *Handbook of psychology*, Clinical Psychology. New Jersey: Wiley and Sons, 2003
11. McDougal, J. *Pledoarie pentru o anumită anormalitate*, Trei, București, 2008
12. Băban, A. și Szentagotai, A. *Cognitive representation of illness and treatment. In Psycho-somatic Medicine*, recent progress and current trends. UMF, Cluj-Napoca, pp. 50 – 60, 2003
13. Lăzărescu, M., Nireștean, A. *Tulburările de personalitate*, Polirom, Iași, 2007
14. Milea, Ș. *Profilaxia primară a tulburărilor psihice la copil și adolescent*, Științe Medicale, București, 2006
15. Gherguț, A. *Psihopedagogia persoanelor cu cerințe speciale – Strategii de educație integrată*, Polirom, Iași, 2001
16. Gherguț, A. *Sinteze de psihopedagogie specială – Ghid pentru concursuri și examene de obținerea gradelor didactice*, Polirom, Iași, 2005
17. Kumar, P. J., Clark, M. I. *Clinical Medicine*, Ed. Balliere Tindall, 2002
18. Isabela, S., Fontenelle, L. F., Fontenelle, M. C. et al. *Quality of life and symptom dimensions of patients with obsessive-compulsive disorder*, Original Research Article Psychiatry Research, Vol. 179, Issue 2, 30, 198 – 203, 2010
19. Tudose, Fl. *O abordare modernă a psihologiei medicale*, Ed. InfoMedica, București, 2000
20. Craighead, W. E., Nemeroff, C. B. *The Concise Corsini Encyclopedia of Psychology and Behavioral Science*. New Jersey: John Wiley and Sons, 2004
21. Greening, L., Stopelbein, L., Chandler, C. C., Elkin, T. D. *Predictors of Children's and Adolescents' Risk Perception*. Journal of Pediatric Psychology, 30, 5, 425–435. 2005
22. Franz, A. *Medicină psihosomatică*, Trei, București, 2008
23. Milcu, Marius. *Psihologia relațiilor interpersonale*, Ed. Polirom, Iași, 2005
24. Stoica-Constantin, Ana. *Conflictul interpersonal*, Ed. Polirom, Iași, 2004
25. Dowd, E. T. *Cognitive Behavior Therapy: evidence and new directions. Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 5(1), 4, 2005

26. Eisen, J. L., Phillips, K. A., Coles, M. E., Rasmussen, S. A. *Insight in obsessive compulsive disorder and body dysmorphic disorder*. Compr Psychiatry 45:10–15, 2004
27. Nabors, L. A., Little, S. G., Akin-Little, A., Lobst, E. A. (2008). *Teacher Knowledge of and confidence in meeting the needs of children with chronic medical conditions: Pediatric Psychology's contribution to education*. Psychology in the schools, Vol. 45

Correspondence:

ISABELLA CRISTINA BRUJBU

“Apollonia” University
No. 2 Str. Muzicii, code 700399, Iași, Romania

Phone: +40 744 633 927

E-mail: isabellabrujbu@yahoo.com

Date of Submission: September, 19, 2013

Acceptance: December, 18, 2013