

EL PROJECTE D'ATENCIÓ A LA PSICOSI EN ADOLESCENTS DES DE FÒRUM

Presentació

Fòrum d'iniciatives assistencials i de gestió en salut mental a Catalunya

Abans d'entrar en el tema que ens ocupa, que és l'atenció de la psicosi en l'adolescència, exposaré breument que és Fòrum, com es va crear i la manera que tenen els seus associats d'afrontar les crisis o episodis psicòtics tant en l'adolescència com en l'edat adulta. A continuació faré una breu reflexió sobre l'adolescència, els principals punts a destacar per entrar, posteriorment, a remarcar les principals característiques de la psicosi i/o funcionament psicòtic de l'adolescent. L'exemple que he escollit, per destacar algunes de les dificultats que apareixen l'hora d'atendre les crisis psicòtiques, l'aniré presentant en forma de vinyetes al llarg del treball.

També faré un repàs sobre la importància de l'organització i fortalesa del jo i la seva incidència en les crisis psicòtiques dels adolescents i tot el procés que ha de fer l'infant des dels seus inicis fins a l'inici de l'adolescència, des de la indiferenciació cap a la separació individuació o dependència relativa de l'adult, il·lustrat amb el gràfic les principals etapes evolutives de l'infant i de l'adolescent. Finalment, exposo el que pensem que és el millor abordatge psicoterapèutic de les crisis psicòtiques dels adolescents.

Fòrum salut mental

Fòrum salut mental és una associació d'entitats proveïdora de serveis d'assistència pública en salut mental concertats amb el CatSalut. Es va fundar l'any 1994 per un conjunt d'institucions privades, entre elles Orienta, que compartíem una pràctica assistencial que transcendia el model tradicional basat exclusivament en l'abordatge biomèdic. Fòrum ha fet servir des dels seus inicis tècniques i estratègies preventives, assistencials i rehabilitadores integrades per tal de promoure la integració social i evitar la desvinculació de la comunitat. Vam considerar crear un marc associatiu que permetés consolidar i aprofundir aquest nou model assistencial i de gestió, un espai obert a la reflexió i a l'elaboració de propostes.

Tot i aquesta realitat, al llarg dels anys, s'ha anat fent evident l'existència de pacients que per la seva gravetat psicopatològica i/o escàs suport per part del seu entorn sociofamiliar es fa difícil donar estabilitat en l'atenció per part del centre de salut mental (CSM). Els professionals dels CSM de Fòrum que portaven temps reflexionant sobre aquesta realitat van ser els impulsors del Programa d'Atenció Específica del Trastorn Mental Sever (TMS) en adults, del Trastorn Mental Greu (TMG) i el programa de psicosi i autisme per infants i adolescents, com una mesura per facilitar l'adequació de la resposta assistencial dels CSM a les necessitats d'aquest grup de pacients.

La detecció precoç de la psicosi i una atenció integral que contempli tots els focus i components implicats en la crisi del pacient, és la manera de crear un marc terapèutic adequat i útil per d'atendre els episodis psicòtics. El programa d'atenció terapèutica, a més de comptar amb tots els recursos terapèutics individuals, familiars i grupals, han d'estar coordinat des del CSM amb tots els recursos i serveis comunitaris: hospitalització total i parcial i serveis de rehabilitació, entre d'altres.

L'adolescència

L'adolescència és l'etapa evolutiva més important de la persona humana. És el final d'un llarg camí i el principi d'un estat. Com diu Meltzer, el nen ha de deixar de ser nen i entrar en el món juvenil amb tot el que comporta. Alguns dels fets a tenir en compte a l'hora de voler comprendre els fets diferencials de l'adolescència son:

- Espectacularitat en els canvis corporals.
- Una lluita entre l'anhel a aferrar-se al passat i el desig igualment poderós d'anar cap al futur.
- Renunciar al "apego" als pares i immortalitzar la infància en el futur, fracassar en la vida familiar a cultural i social
- És un moment de la vida dedicat a una revisió activa de les etapes de la primera infància.
- És el moment evolutiu que les passions sexuals i morals fructifiquen i aconseguen la maduresa.
- Totes aquestes característiques pròpies d'aquesta etapa el portaran a viure i verificar experiències noves, algunes de les quals marcaran la resta de la seva vida.

La manera com un noi/a afronti aquesta etapa dependrà de molts factors: maduresa personal, capacitat per tolerar i processar les emocions, capacitat per interaccionar i dialogar amb l'entorn i, sobretot, organització i fortalesa del jo.

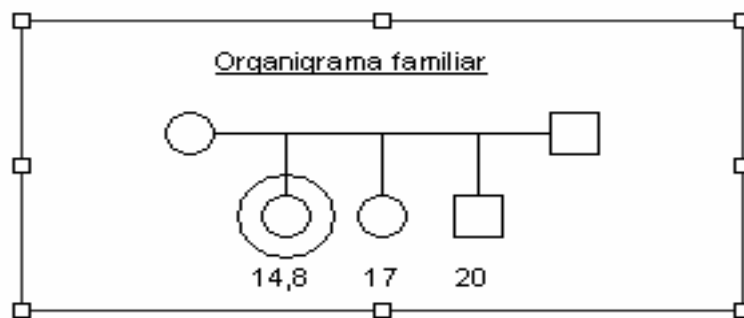
Les principals característiques de la psicosi en l'adolescència

Les dificultats per diferenciar entre normalitat i anormalitat a l'adolescència, els canvis sobtats i imprevisibles, les característiques del pensament psicòtic, la seva espectacularitat i l'impacte que moltes vegades provoca en l'entrevistador, fan que sigui difícil parlar de funcionament psicòtic i de les seves característiques. Ara bé, el funcionament psicòtic en l'adolescència es caracteritza per:

- Una manca d'integració o una desintegració del self i dels objectes, amb el conseqüent trastorn de la identitat.
- El predomini de mecanismes de defensa primitius, centrats bàsicament en l'escissió i projecció.
- Pel predomini del procés primari.
- Per una pèrdua del sentit de realitat.

Segurament que la part més observable en les crisis psicòtiques en l'adolescència és *l'alteració o pèrdua del sentit de realitat*, que fa referència a la presència de deliris, al·lucinacions, histèries de conversió; en definitiva, la alteració de la realitat objectiva per part del pacient.

Spiegel i altres autors diuen, com ja s'ha assenyalat, que fins hi tot la psicosi és atípica en l'adolescència i de difícil diagnòstic per les característiques del pensament psicòtic, els canvis sobtats i imprevisibles que es donen en l'adolescent i l'impacte emocional que el funcionament psicòtic provoquen en l'entrevistador. No hi ha classificació diagnòstica pròpia i fem referència constant a l'adult, sovint sense pensar en el canvi constant de l'adolescent. La majoria d'autors tenen en compte les diferents maneres de reaccionar del jo per distingir la neurosi de la psicosi. Ara presentaré una breu vinyeta clínica per mostrar aquest impacte que el funcionament psicòtic pot provocar en l'entrevistador.



Exemple (1)

És el cas d'una noia que ve al CSMIJ acompanyada dels pares, vestida amb un anorac i expressant amb molt de sofriment, que tenia un home a dins la panxa (mentre tirava de l'anorac cap a fora) i dient que tenia molta por. Els pares al darrera amb cara desencaixada, plorant i molt espantats. Voldria ressaltar que a part del quadre psicòtic, hem de tenir present l'impacte en l'entrevistador, en aquest cas en mi que, per un moment, vaig dubtar de la capacitat d'atendre'l, abans d'escoltar al pacient i els pares, en la primera entrevista. L'impacte del quadre que tenia al meu davant m'impedia pensar. En aquesta ocasió vaig poder aturar les pors i ajudar-los a ells a pensar. La noia no podia pensar però els pares si.

Freud diu que en la psicosi la part de la realitat rebutjada tracta probablement d'imposar-se a la vida anímica i que en aquesta lluita hi tindrà un gran valor el fet que el Jo sigui dominat per el món real o per l'Allò. Si és dominat pel món real estarem davant de les neurosis i si és dominat per l'Allò estarem davant de la pèrdua del sentit de realitat, de la psicosi.

Per Freud el model estructural el componen: l'Allò, el Jo i el Superjo. Klein en canvi posa l'accent en les relacions d'objecte. Va utilitzar el termes Self, Jo i Subjecte indistintament. El terme Jo (ego, subjecte) es fa servir com a complement de l'objecte, mentre que self s'utilitza per abarcar el conjunt de la personalitat (que seria Jo i Allò). Entén el Jo com l'experiència que de sí mateix té el subjecte. Una experiència o vivència de realitat que parteix de l'infant cap a l'adolescència. En la mesura que l'infant va superant la indiferenciació, o sigui que es va diferenciant de la mare deixant entrar altres persones en la relació, va ampliant la seva capacitat de pensar i observar, va organitzant les capacitats i fortaleza del seu Jo.

En la clínica de cada dia hi trobem moltes causes que poden influir en que el futur adolescent, no faci un procés evolutiu normal i es quedi atrapat en aquesta dependència infantil, sovint en una relació amb molts aspectes simbiòtics no resolts. Sense deixar de banda els aspectes neurològics, orgànic i constitucionals, amb certa freqüència ens trobem amb pares, especialment, mares que també elles han patit les conseqüències de la seva relació poc diferenciada amb la seva pròpia mare, repetint un model de relació, com és aquest cas al que faig referència.

Com ja hem dit abans que l'organització i fortaleza del Jo en l'adolescència farà que l'adolescent en crisi vagi cap a una simptomatologia neuròtica o un quadre psicòtic. Quan l'infant no ha resolt la individuació, la dependència infantil, i els pares desenvolupen les funcions joiques que li tocarien desenvolupar al nen/a, aquest no podrà desenvolupar la seva pròpia identitat i quedarà atrapat en aquesta dependència infantil .

Són varis els autors que parlen de la importància que té per a el nen poder realitzar un bon procés evolutiu, que el porti cap a la possibilitat de construir la seva pròpia identitat com una garantia per entrar en l'adolescència. Ara bé, tots coincideixen en que és un

procés i que no es pot passar a una etapa posterior satisfactòria sinó s'ha superat l'anterior.

- Freud diu que aquest procés va des de la indiferenciació cap a la diferenciació, des de la fase oral a la genital, des de la preedípica cap a la edípica.
- Malher, diu que va des de l'autisme infantil normal i la simbiosi materno-infantil cap a la separació-individuació.
- Klein, ho descriu com el procés que va des de la posició esquizoparanoide cap a la posició depressiva
- Fairbairn, ho anuncia com el camí que ha de fer l'infant des de la dependència infantil absoluta cap a la dependència relativa de l'adult.

Dit d'una forma més general: del procés primari cap al procés secundari, descrits per Freud com els dos principis del funcionament psíquic (1911)

Exemple (2)

La noia a la que he fet referència abans, s'havia quedat atrapada en aspectes indiferenciats amb els pares. Els pares havien exercit una sobreprotecció en la filla, desenvolupant ells funcions que li tocarien a la filla, i amb aquest sobreproteccionisme no deixaven que la noia creixés, desenvolupés funcions jòiques. El mateix que els havia passat amb els seus propis pares, especialment a la mare. Els pares amb la filla no feien funcions de suport al seu desenvolupament, sinó funcions substitutòries; ells eren el Jo de la filla. Així la filla sempre necessitava dels pares, com una part seva. No havia pogut organitzar un Jo suficientment fort, que li permetés tenir una experiència o convivència de sí mateixa.

Les crisis psicòtiques a l'adolescència

Des del naixement fins l'adolescència es van constituint els trets fonamental del ésser humà i progressivament es va desenvolupant tot el potencial cognitiu, emocional i relacional mitjançant la successió i superació continua d'etapes evolutives. El llegat d'aquestes etapes infantils i la manera com es visquin i es superin, predisposaran a aquest infant a que pugui entrar en l'etapa de l'adolescència o que quedi atrapat pels aspectes infantils depenents i que entri en crisi. Crisi que podrà ser de molt diferent manifestació però quasi bé sempre amb un gran component psicòtic.

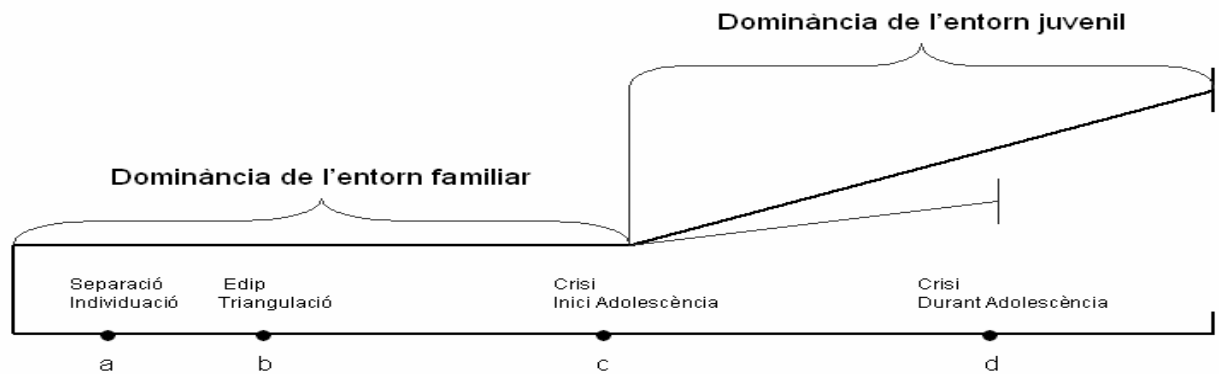
Perquè l'infant pugui entrar en el procés evolutiu de l'adolescència, ha d'haver superat amb certes garanties les etapes infantils depenents amb els pares o substituïts paterns. I aquest procés depèn de la estructura mental de l'infant i del seu entorn familiar i social.

Deia abans que tots els autors compartien la idea que el procés que ha de fer l'infant és anar de la indiferenciació a la diferenciació a la construcció de la pròpia identitat amb la formació d'un Jo suficientment fort i estructurat per defensar la pròpia identitat en front la dependència infantil.

En la meua experiència en l'atenció d'adolescents, m'ha portat a diferenciar la crisi que es dona a l'inici de l'adolescència de la que es dona durant l'adolescència. Les dues són molt diferents una de l'altra tant en les causes de la crisi com en les manifestacions psicopatològiques.

En el gràfic que presento a continuació he volgut senyalar les cinc etapes o moments significatius que ha de passar l'infant i el púber per superar satisfactòriament l'adolescència. En aquest moment ens centrarem més en la crisi a l'inici de l'adolescència, les causes d'aquesta i les conseqüències que té per l'adolescent i la família.

Gràfic A. Principals etapes evolutives del nen i de l'adolescent



Quan la crisi es dona a l'inici de l'etapa de l'adolescència, ens mostra que:

- El nen no es pot desprendre's dels aspectes de dependència infantil.
- No ha pogut superar una part important de la diferenciació i conseqüentment,
- no ha pogut construir la seva pròpia identitat.
- No ha desenvolupat una capacitat i organització joica suficient per afrontar els canvis a que se sent empès a realitzar

Els pares, especialment la mare:

- No solament no han sabut ajudar a l'infant a construir la seva pròpia identitat sinó que fan funcions substituïries en l'organització joica de l'infant.
- No permetent que aquest pugui desenvolupar el seu propi Jo.
- Dominen els aspectes indiferenciats i simbiòtics.

La crisi psicòtica en l'adolescència sempre apareixerà relacionada amb les dificultats que descriu en aquesta crisi, a l'inici de l'adolescència, per més que a vegades la consulta es faci més endavant. A més de les crisis psicòtiques, en aquest etapa també es donen les manifestacions psicossomàtiques, inici de les anorèxies i els trastorns greus del comportament i de personalitat. No tenen mecanismes joics per poder fer front a l'angoixa, per processar-la, elaborar-la, aleshores és viscuda a través del cos i dels pares. En aquests casos l'abordatge terapèutic, sempre haurà de ser amb la família, implicada en el conflicte.

De passada diré que la crisi es pot donar quan l'adolescent està en ple procés de superació d'aquesta etapa i que per causes diverses pot fracassar i entrar en conflicte. L'adolescent té la seva pròpia identitat i organització joica, però no suficientment forta com per fer front a conflictes que els poden aparèixer durant aquesta etapa, provinquin del seu món intern o de l'entorn familiar escolar i social. En aquesta segona etapa de l'adolescència apareixeran més les crisis d'angoixa i els suïcidis, entre, d'altres. El que no vol dir que per sota d'un estat de gran ansietat no hi hagin les bases perquè es pugui estructurar una psicosis. L'abordatge terapèutic en aquests casos és aconsellable que sigui a nivell individual i enfocat a reforçar el Jo.

En clínica ens trobem sovint que les consultes que fan els pares no sempre coincideixen en els moments dels primer episodis de la crisi. Uns pares per manca d'informació, d'altres per veure-ho com un problema lligat a l'escola, altres com un acte de rebel·lia del seu fill que esperen li passarà amb el canvi, expressió molt utilitzada tant per pares com educadors i metges. El cas és que consulten quan s'adonen que ja no hi poden fer res, com és l'exemple d'aquesta noia que vinc descrivint.

Exemple (3)

La família consulta quan la noia té 14 anys i 8 mesos, però portava 3, amb problemes importants (mal rendiment escolar, problemes de relació a casa i problemes de comportament greus). Consulten ara davant la gravetat del quadre clínic, tot i que la crisi es va donar a l'inici de l'adolescència. Si haguessin pogut atendre la noia a l'inici de la crisi, quan els que dominaven eren els problemes greus de comportament, l'abordatge hagués estat el mateix que en la crisi psicòtica, però el procés de reconstrucció mental de la noia i la família hagués estat més breu i menys traumàtic.

Abordatge psicoterapèutic de la psicosi a l'adolescència

Les crisis psicòtiques a l'adolescència sempre estaran relacionades amb la crisi que es dona a l'inici de l'adolescència i les seves característiques. I les causes que determinen aquesta crisi tenen a veure amb la seva evolució, amb la manera com ha afrontat les etapes anteriors i en les relacions que manté amb la família i el seu entorn. Un abordatge psicoterapèutic haurà de tenir en compte aquestes variants.

L'infant està immers en un entorn familiar, en una dinàmica grupal de la qual tots els membres en formen part. Si entenem el grup familiar com un tot i cadascun dels seus membres com un part d'aquest tot; si es dona alguna disarmonia o conflicte en aquest grup, el grup tendirà a dipositar-lo en un dels seus membres, normalment en el més feble, no el més malalt. En un moment evolutiu del grup, de la família, apareixen conflictes que poden generar-se en les relacions entre els pares, entre els pares i els fills, entre els germans, etc. Aleshores aquest conflicte generat en el grup i que pateixen, en part, tots els membres –per més que pugui estar creat entre dues o més persones– cada membre de la família intenta projectar-lo en els altres fins que un d'ells accedeix involuntàriament a ser el símptoma del grup. No podem dir que tenim un membre de la família malalt, sinó que hi ha una família en crisi i que un dels seus membres és el símptoma del grup malalt.

Quan la persona que pateix el conflicte ho fa amb una conducta o manifestació psicòtica, per més que està mostrant aspectes psicòtics, indiferenciats, de cada un dels seus membres, vol dir que ja ve de temps enrera i d'etapes anteriors, que estava estructurant característiques pròpies de la psicosi sense haver-ho evidenciat del tot, com són: un trastorn d'identitat manifestat a través de la dependència excessiva amb els pares dels quals no es podia, ni volia separar-se; la pèrdua del sentit de realitat, quan no s'adonava que els seus companys tenien molta més autonomia, millor rendiment escolar i, especialment, maduresa en tot, més tocar de peus a terra, etc.

Exemple (4)

En l'exemple que vinc descrivint ens trobem amb uns pares que tendeixen a establir relacions força indiferenciades amb els seus tres fills com ja els va passar amb els seus propis pares, amb qui mantenen mala relació en l'actualitat.

Actualment viuen entregats als fills, en part per fugir de la pressió que tenen dels seus propis pares i després perquè estan repetint la mateixa història viscuda amb els seus pares. El fill gran i la noia del mig han tingut bastants problemes psicològics en l'escola i amb els amics, i crisis d'angoixa. Es mouen amb treballs temporals i amb col·laboracions en el negoci dels pares, tot i que tenen una certa autonomia. Ha estat la filla petita, per tots descrita com la més mimada, la que ha tingut més dificultats a adquirir i estructurar una organització joica suficientment capaç per superar la indiferenciació, la dependència infantil. En part tots han desenvolupat les funcions joiques de la noia, no deixant que ella les organitzés. Aleshores els problemes de indiferenciació o dependència de tots els membres de la família s'han anat projectant en la pacient, fins a tal punt, que ella no pot amb els problemes de cadascun i emmalalteix.

Tenim una noia amb una crisi psicòtica i com a tal la podríem atendre, com encara es fa en alguns serveis psiquiàtrics, a ella sola deixant fora del tractament al grup familiar, amb una pràctica basada en un abordatge exclusivament biomèdic o farmacològic. Seria injust i no ètic que la noia hagués de carregar amb la patologia de tots els membres de la família que és la que en part l'ha emmalaltit. Sabem que el tractament no resoldria la psicopatologia del grup familiar ni el de la noia, sinó que passaria a engrossir el grup de molts adolescents, atesos amb aquests mètodes, que inicien un procés de cronificació.

Queda evident que l'abordatge que nosaltres proposem és una atenció del grup familiar integral amb tots els implicats en les causes que han desencadenat que la família hagi entrat en crisi i que ara pateix la noia. És un grup familiar que està emmalaltint i cada membre es vol treure aspectes que embogeixen i els projecten en un altre membres. I la noia es transforma en el símptoma el grup familiar malalt. Veieu-ho en aquesta vinyeta clínica.

Exemple (5)

En el cas que venim parlant, vaig fer la visita inicial i diagnòstica, i de seguida em vaig adonar de les causes que generava la crisi psicòtica. Els dos pares s'havien sentit atrapats per les relacions indiferenciades amb els seus progenitors, amb molts problemes en la relació amb ells que encara perduren. Però ara els pares han reproduït aquestes relacions indiferenciades en els seus fills, sobretot, amb la filla petita. Els vaig indicar el programa terapèutic que creia seria adequat per atendre la crisi.

Seguiria veient setmanalment als pares i a la noia (els altres dos germans era massa difícil). L'objectiu era ajudar a la filla i als pares a diferenciar-se i a desenvolupar capacitats de manera que ella retrobes el seu sentit de realitat, malmès per la crisi. Els pares van entendre el problema de la indiferenciació i que no hi havia lloc per la noia en la família.

Després la noia seria visitada (el mateix dia) pel psiquiatre i li administraria medicació que la noia havia de prendre. També els vaig indicar, que si en un moment era necessari un internament ho faríem.

Com encara no teníem en marxa l'hospital de dia per a adolescents, va iniciar una ajuda terapèutica individual en el CSMIJ. Als tres mesos va poder assistir a l'hospital de dia i es va accelerar la millora, tot i que el tractament individual el seguia al CSMIJ, per evitar tants canvis i pèrdues.

Els pares van comprendre les causes de la crisi, van col·laborar molt bé amb els diferents tractaments, assistint a les sessions de família, de mediació, de tractament individual i d'assistència al grup de pares de l'hospital de dia quan hi va poder anar.

Tractament familiar

Segurament que el tractament més difícil i complex a realitzar és el tractament grupal-familiar. Una cosa és una atenció a la família en crisi amb entrevistes diagnòstiques, de contenció i de seguiment en tot el procés terapèutic, d'una psicoteràpia del grup familiar, i més quan un dels membres pateix una crisi psicòtica. L'elecció del tractament familiar ha d'estar consensuada conjuntament terapeuta i família. S'ha d'establir uns objectius que es volem aconseguir, la freqüència i durada del tractament. És indicada la psicoteràpia familiar en aquells casos que la persona que pateix el conflicte és el símptoma del grup, és el dipositari de les parts malaltes de cadascú, com en aquesta família.

En el cas que he vingut descrivint és veu molt clar que la noia és la representant i portadora de la part conflictiva i embogida dels membres de la família. És com si ajudant a la noia ajudéssim a cadascun dels membres de la família. Com si cuidessin i controlessin els seus aspectes indiferenciats i exindits d'ells, projectats en la noia. Però ara la noia no pot sortir de la indiferenciació i, conseqüentment, perpetua la seva dependència infantil paterna que, com diu Meltzer, és indispensable superar-la per accedir a una relació amb el grup juvenil.

Els pares la descriuen com la joguina de tots i ells la tracten com una joguina. Però les joguines no pensen, no protesten i estant per satisfer-nos a nosaltres. Quan els dos germans comencen a sortir i relacionar-se amb la colla, la noia intensifica la relació amb els pares, i és aquí que comencen a aparèixer els problemes a l'escola i de comportament. Eren les primeres manifestacions de que no es podia desprendre dels pares i entrar en el món juvenil. I com a més els pares cuiden, protegeixen i pensen per la noia (fan funcions joiques substituiries) més dificulten el seu procés d'individuació, el desenvolupament de les seves capacitats joiques, que l'haurien de portar cap a la dependència relativa de l'adult.

M. Klein entèn el Jo com l'experiència que de sí mateix té el subjecte. Aquesta noia no té experiència de sí mateixa perquè no pot decidir, ni pensar, són els pares els que desenvolupen aquestes funcions. No pot desenvolupar un jo organitzat, fort, coherent, capaç d'ajudar-la a superar la indiferenciació, a superar la dependència infantil i entrar en el món juvenil.

El grup es replega davant d'una crescuda d'angoixa produïda per algun fet evolutiu, traumàtic, pèrdues, etc. Aquest replegament rigiditza les relacions, augmenten les escissions i projeccions internes, els membres del grup es tornen menys comprensius fins que un dels membres es transforma en el culpable, el malalt. Es converteix en el símptoma del grup en conflicte.

En el cas que vinc descrivint la persona que manifesta el conflicte familiar, la bogeria presenta un funcionament mental psicòtic, que correspon al funcionament d'aquella part de cada un dels membres de la família més primitiva, més irracional i inconscient de la personalitat que Bion anomena part psicòtica de la personalitat.

Ara tenim la família exindida i la noia representa la part més regressiva i psicòtica del grup, emmarcada dins el procés primari. La resta de la família es mou i relaciona en un procés secundari de caràcter més realista.

Podem dir, a grans trets, que a través del programa terapèutic i especialment la psicoteràpia familiar, cada un dels membres de la família hauria d'anar assumint, integrant, els seus aspectes psicòtics indiferenciats, permetent que la noia vagi sortint d'aquest estat regressiu i confusional i tingui accés en la família a pensar i relacionar-se dins el procés secundari.

La família és una estructura viva i única que participa a donar forma a l'aparell mental de cadascú dels seus membres, en el sentit que l'aparell mental es va configurant, està en constant moviment, especialment en els infants i adolescents. I les intervencions del terapeuta ajuden al grup a reorganitzar-se de nou, amb espai per a tots els membres de la família. Per això, en les crisi psicòtiques dels adolescents una psicoteràpia familiar, té uns molts bons resultats clínics.

No és indicada una psicoteràpia familiar, quan la demanda és una problemàtica intrapsíquica de la persona, quan la demanda és individual o quan hi han patologies narcisistes i psicòtiques greus en els pares.

Alfons Icart

Psicòleg, psicoanalista. Director de la Fundació Orienta