



[http://www.fundacioorienta.com/cast\\_revista.html](http://www.fundacioorienta.com/cast_revista.html)

---

**TRATAMIENTO DE ADOLESCENTES CON TRASTORNO LÍMITE EN UN HOSPITAL  
DE DÍA MEDIANTE TÉCNICAS DE LA PSICOTERAPIA FOCALIZADA  
EN LA TRANSFERENCIA (TFP)**

Maya K. Krischer y Lina Normandin

*Psicopatol. salud ment. 2015, 26, 49-59*

---

**Suscripción Revista:** <http://www.fundacioorienta.com/subscripcio.aspx>

**Subscription Journal:** <http://www.fundacioorienta.com/subscripcio.aspx>

**EDITA FUNDACIÓ ORIENTA**  
[www.fundacioorienta.com/revista.html](http://www.fundacioorienta.com/revista.html)

# Tratamiento de adolescentes con trastorno límite en un hospital de día mediante técnicas de la psicoterapia focalizada en la transferencia (TFP)\*

MAYA K. KRISCHER\*\* Y LINA NORMANDIN\*\*\*

## RESUMEN

En este artículo se presenta un programa especializado de tratamiento en hospitales de día del Departamento de Psiquiatría Infantil y Juvenil de la Universidad de Colonia de adolescentes con trastorno límite basado en la terapia focalizada en la transferencia (TFP) de Kernberg. Este tratamiento se basa en la definición e interpretación de las díadas de relaciones de objeto del paciente que se dan en la transferencia con el terapeuta, que constituyen la base de sus dificultades y síntomas. Una modificación del tratamiento con los jóvenes es la implicación de los padres, así como las particularidades incluidas en los acuerdos contractuales. Junto con consideraciones conceptuales, se debaten las primeras experiencias acumuladas en el tratamiento en hospitales de día. PALABRAS CLAVE: trastornos de la personalidad, adolescentes, psicoterapia psicodinámica, hospital de día.

## ABSTRACT

DAY CLINIC TREATMENT OF ADOLESCENT BORDERLINE PATIENTS USING THE TECHNIQUES OF THE TRANSFERENCE-FOCUSED PSYCHOTHERAPY (TFP) FOR ADOLESCENTS. This paper introduces a specialized day-treatment program for borderline adolescents offered by the child and adolescent psychiatry department of the university clinic of Cologne, based on O. Kernberg's concept of transference-focused psychotherapy (TFP). TFP focuses on defining and interpreting the central object relation dyads of the adolescent that appear through transference on the therapist. These dyads are the basis of difficulties and symptoms in these juvenile borderline patients. Including the parents in treatment is one modification of TFP for youth that is presented, along with other modifications in the treatment contract. Conceptual considerations are discussed, and first experiences of the day clinic treatment are described. KEYWORDS: personality disorders, adolescents, psychodynamic psychotherapy, day clinic.

## RESUM

TRACTAMENT D'ADOLESCENTS AMB TRASTORN LÍMIT EN UN HOSPITAL DE DIA MITJANÇANT TÈCNIQUES DE LA PSICOTERÀPIA FOCALITZADA EN LA TRANSFERÈNCIA (TFP). En aquest article es presenta un programa especialitzat sobre el tractament en hospitals de dia del Departament de Psiquiatria Infantil i Juvenil de la Universitat de Colònia d'adolescents amb trastorn límit basat en la psicoteràpia focalitzada en la transferència (TFP) de Kernberg. Aquest tractament es basa en la definició i interpretació de les díades de relacions d'objecte del pacient que es donen en la transferència amb el terapeuta, que constitueixen la base de les seves dificultats i símptomes. Una modificació del tractament amb els joves és la implicació dels pares, així com les particularitats incloses en els acords contractuals. Juntament amb les consideracions conceptuals, es discuteixen les primeres experiències acumulades en el tractament en els hospitals de dia. PARAULES CLAU: trastorns de la personalitat, adolescents, psicoteràpia psicodinàmica, hospital de dia.

\*Artículo publicado en alemán en la revista *Persönlichkeitsstörungen*; 2015; 19, bajo el título *Tagesklinische Behandlung von adolescenten Borderline-Patienten mit Techniken der Übertragungsfokussierten Psychotherapie für Jugendliche*. Schattauer Verlag, Stuttgart.

\*\*Doctora en Psicología. Profesora asociada del Hospital Universitario de Colonia (Alemania), departamento de Psiquiatría infantil y juvenil.

\*\*\*Doctora en Psicología. Profesora de la École de Psychologie de la Universidad Laval (Québec).

Correspondencia: [Maya.Krischer@uk-koeln.de](mailto:Maya.Krischer@uk-koeln.de)

Los pacientes con trastorno límite en edad juvenil con frecuencia son derivados al tratamiento clínico -mayoritariamente hospitalario- debido a autolesiones, depresividad y tendencias suicidas graves. Los intentos terapéuticos ambulatorios, incluso en el caso de que sean considerados para los adolescentes con trastorno límite, a menudo fracasan por su falta de motivación. Hasta ahora, la problemática del trastorno límite en la adolescencia ha sido dejada de lado durante largo tiempo por la investigación debido a la reticencia a poner etiquetas demasiado pronto y no ha aumentado su investigación hasta muy recientemente. Entretanto, existen investigaciones de los países de habla alemana que demuestran que la cifra de adolescentes con un trastorno límite de la personalidad es considerablemente más elevada a la estimada durante mucho tiempo y que incluso supera los resultados comparables de la edad adulta (Herpertz-Dahlmann y Herpertz, 2003; Krischer, Sevecke, Döpfner y Lehmkuhl, 2006). El tratamiento clínico en régimen de hospitalización completa de estos adolescentes en centros de salud generales entraña el peligro de que los adolescentes con trastorno límite tiendan a un comportamiento muy regresivo y la exteriorización, lo que dificulta el tratamiento hospitalario y, a menudo, lo prolonga (o incluso provoca su suspensión). Por un lado, su tendencia a la regresión a menudo supone un empeoramiento de la sintomatología, con un incremento de las autolesiones y de las tendencias suicidas; por otro lado, logran dividir a todo el equipo responsable del tratamiento en buenos y malos y, de este modo, consiguen desbordar a los terapeutas y provocar tendencias de exclusión de estos pacientes.

Hasta la fecha, el tratamiento psicoterapéutico ambulatorio de los adolescentes con trastorno límite supone un reto para los terapeutas con consultorio, en especial, cuando los intentos suicidas repetidos con fases de tratamiento hospitalario interrumpen la psicoterapia y, en parte, la hacen imposible. Aún existen pocos terapeutas con consultorio o incluso clínicas que estén especializados en pacientes adolescentes con trastorno límite y que puedan tomar en consideración las dificultades de este grupo de pacientes. Mayoritariamente, se apoyan en el concepto de la terapia dialéctica conductual para adolescentes (DBT-A), dirigida a la reducción del comportamiento autolesivo mediante el aprendizaje de competencias relacionadas con la atención interna, así como la tolerancia al estrés y los sentimientos. La reticencia imperante durante mucho tiempo a diagnosticar

un trastorno de la personalidad en edad juvenil, durante los últimos años, ha ralentizado y dificultado el proceso de desarrollo de enfoques de tratamiento especializados y adecuados para adolescentes con trastorno límite de la personalidad. En todo el territorio alemán apenas existen aún centros especializados en trastorno límite o centros de tratamiento de día para adolescentes, si bien las clínicas empiezan a incorporar la terapia de trastornos de la personalidad en adolescentes en sus programas de tratamiento.

Debido a las experiencias y dificultades en el tratamiento de pacientes adolescentes con trastorno límite, se recomienda la terapia en hospitales de día como forma de tratamiento que debe dar respuesta a las dificultades especiales que plantea el tratamiento ambulatorio y en régimen de hospitalización completa de estos pacientes (Schultz-Venrath, 2011). Por las investigaciones realizadas con pacientes adultos con trastorno límite se sabe que el tratamiento especializado en hospitales de día es equiparable (Kvarstein et al., 2014; Ogrodniczuk et al., 2011) o incluso superior (Ogrodniczuk y Piper, 2001) al tratamiento especializado ambulatorio y hospitalario de esta problemática en términos de su rentabilidad y mejora de los síntomas.

En el presente artículo, se pretende presentar un programa de tratamiento que implementa técnicas de la psicoterapia focalizada en la transferencia para adolescentes (TFP-A, Normandin, Ensik, Yeomans y Kernberg, 2014) en el tratamiento en hospitales de día de adolescentes con trastorno límite.

### Adolescentes con trastorno límite de la personalidad

Aún no existe una clasificación del trastorno límite de la personalidad que esté orientada específicamente a la edad juvenil, y mucho menos instrumentos diagnósticos específicos para su detección en la edad juvenil (Sevecke, Schmeck y Krischer, 2014). Aunque en el DSM-5 se recogen los límites de edad para el diagnóstico de un trastorno de la personalidad, no se ha propuesto ningún modelo diagnóstico especialmente diseñado para los jóvenes ni tampoco modificaciones diagnósticas para la adolescencia (Sevecke et al., 2014). El OPD-KJ (diagnóstico psicodinámico operacionalizado en edad infantil y juvenil) interpreta el trastorno límite de la personalidad como un trastorno estructural y ha desarrollado determinados criterios dirigidos a jóvenes para la detección de un déficit estructural (Grupo

de trabajo OPD-KJ, 2007).

Para la descripción de jóvenes con trastorno límite de la personalidad, se puede recurrir a las características del modelo híbrido del DSM-5 (APA, 2013). De conformidad con este modelo, el trastorno límite de la personalidad se caracteriza por un deterioro entre moderado y considerable en las áreas funcionales de la identidad en el sentido de una imagen propia inestable, autodirección en el sentido de inestabilidad de los objetivos, empatía en el sentido de capacidad limitada de detectar los sentimientos de los demás de forma simultánea a una hipersensibilidad interpersonal y, finalmente, intimidad en el sentido de relaciones cercanas inestables.

Los siguientes rasgos patológicos de la personalidad se describen como característicos del trastorno límite de la personalidad, siendo necesaria la concurrencia de como mínimo cinco rasgos para el diagnóstico y debiendo contener como mínimo uno de los rasgos la impulsividad, la propensión al riesgo o la hostilidad: labilidad emocional con frecuentes cambios de humor; ansiedad con sentimientos intensos de nerviosismo, tensión y preocupación; incertidumbre por la separación con miedo al rechazo y a la separación; depresividad con sentimientos frecuentes de desesperanza y abatimiento; impulsividad con tendencia a actuar sin planificación previa para salir del momento; propensión al riesgo con un comportamiento dañino y que supone una amenaza para uno mismo; hostilidad con frecuentes sentimientos de ira (APA 2013).

Por nuestra experiencia, estas características descriptivas ya se pueden observar en adolescentes con trastorno límite de la personalidad y deben entenderse como una expresión del débil nivel estructural subyacente del trastorno límite de la personalidad descrito por O. Kernberg, que marca una difusión de la identidad, una exteriorización primaria de las emociones y el uso de mecanismos de división (Kernberg, 1992).

El modelo diagnóstico relevante para el presente concepto de tratamiento en hospitales de día se basa en la definición del concepto teórico de objeto relacional de una organización límite de personalidad, según O. Kernberg (1992). Esta definición (de la organización límite de personalidad) describe a pacientes que presentan representaciones de objetos y del yo disociadas y, en última instancia, una falta de integración de su concepto propio, lo que se traduce en contradicciones en sus percepciones de sí mismos, así como serias distorsiones en la visión de personas de referencia importantes

(Kernberg, 2006). Puesto que esta definición parte de aspectos estructurales de un trastorno límite de la personalidad, que se desarrollan de forma temprana sobre la base de experiencias innatas y biográficas, su ámbito de aplicación también se refiere a los adolescentes. Es más, como a otros muchos, nos parece que la anterior fijación de la edad a partir de la edad adulta de 18 años es artificial (Sevecke et al., 2014). Seguramente, se deben tener en cuenta las particularidades de la juventud tanto para el diagnóstico como para el tratamiento; no obstante, en nuestra opinión, la crisis adolescente se puede diferenciar bien de las dificultades estructurales de los adolescentes con trastorno límite, que a menudo traen consigo una larga historia previa de dificultades en la regulación de las emociones y del comportamiento desde la niñez, lo cual se puede diferenciar bien de las crisis adolescentes de aparición repentina.

De acuerdo con el concepto diagnóstico de O. Kernberg, estos pacientes muestran -ya en la edad juvenil- una clara división en su percepción y su comportamiento en términos de una nítida disociación de las relaciones de objeto idealizadas y perseguidas, una perduración del estadio de desarrollo simbiótico, así como fluctuaciones extremas en su autoestima. Tal como describen Normandin y sus colaboradores (2014), esta estructura ya existe en la niñez, más aún en la adolescencia y no se diferencia de la de los adultos. No obstante, el diagnóstico con delimitación de las crisis adolescentes presupone un análisis más exhaustivo y específico de la juventud, también con la inclusión de los padres, puesto que los adolescentes a menudo experimentan sus dificultades como egosintónicas, mostrando una capacidad limitada de verbalización, así como una ausencia de capacidades autorreflexivas.

### La fase de desarrollo de la adolescencia

La adolescencia representa una fase vital en la que vuelven a aflorar conflictos de la primera infancia a raíz de los desafíos que plantea una separación creciente de las figuras paternas, así como la necesidad creciente de autonomía y el inicio de relaciones sociales e íntimas cada vez más frecuentes con personas de la misma edad (Teicher, 2014). Esta fase vital supone una ruptura en el sentido de una despedida de las figuras paternas en quienes se confiaba y, sobre todo, en el sentido de un cuestionamiento creciente de las personas en quienes se confiaba (Koch, Resch, Schlüter-Müller y Schmeck,

2013). En conjunto, esto conduce a una fase de una mayor inseguridad y desconfianza, que en el caso del diagnóstico y de la terapia se traduce en dificultades especiales en la configuración de la relación entre el terapeuta adulto y el paciente joven. De este modo, el proceso necesario de la búsqueda de objetos puede conducir a un cuestionamiento general o un rechazo general de los objetos adultos por parte de los adolescentes.

En los pacientes con trastornos límite, esta fase vital puede tener como consecuencia no querer que los adultos les comprendan, disimular o comportarse de manera especialmente desconfiada (véase Streeck-Fischer, 2008). Además, la investigación empírica ha demostrado la manifestación cuantitativamente superior de prácticamente todas las características patológicas de comportamiento (Bernstein, Cohen y Velez, 1993), en el sentido de que, en la adolescencia, muchas características se manifiestan de forma más dramática que en la edad adulta. Esto también tiene implicaciones para el diagnóstico y la posibilidad de tratamiento de adolescentes con déficits estructurales, lo que requiere especialmente una gran paciencia y destreza en la psicoterapia de éstos. Por otra parte, la cuestión de la separación de los padres, al mismo tiempo que se depende de ellos, desempeña un papel fundamental para la psicoterapia de los adolescentes con la participación de los padres; sin embargo, esto requiere la mayor claridad y transparencia posibles en lo referente a la conformación de la relación entre el terapeuta y el adolescente, por un lado, y con los padres, por el otro.

### Diagnóstico de los adolescentes antes de su ingreso en el hospital de día

En el marco del concepto de tratamiento en un hospital de día, que se expondrá en este documento, se tratan pacientes jóvenes que presentan una organización límite de personalidad en el sentido del concepto teórico de relaciones de objeto según O. Kernberg. La estructura patológica de una organización límite de personalidad consiste en la falta de integración de segmentos primitivos positivos y primitivos negativos de relaciones de objeto anteriores, y justifica el síndrome de la difusión de la identidad (Kernberg, 2006).

Dado que las modificaciones de las herramientas de diagnóstico para la determinación de una organización límite de personalidad y sus pruebas en la adolescencia

aún no han concluido, aquí recurrimos a la entrevista IPDE (módulo DSM-IV) según Loranger y colaboradores (1994) como entrevista clínica semiestructurada para la determinación de la presencia de un trastorno de la personalidad (TP) según el DSM-IV. La presencia de un TP sobre la base de este diagnóstico descriptivo según el DSM-IV puede considerarse un buen indicador sobre la presencia de una organización límite de personalidad.

En los adolescentes, debe suponerse que la dificultad para el cumplimiento de los criterios para obtener la imagen completa de un trastorno de la personalidad sobre la base de los diagnósticos para adultos es elevada. De este modo, debe garantizarse desde el principio que no se ingresa a aquellos pacientes que se encuentran en una crisis de la adolescencia, sino aquellos con una estructura límite de la personalidad. Puesto que los criterios diagnósticos iniciales para la detección de adultos con trastorno de la personalidad requieren manifestaciones especialmente marcadas, desde la perspectiva de la psiquiatría adolescente, se recomienda la disminución del umbral para la adolescencia, a fin de tener en cuenta la edad juvenil (Fleischhaker, Böhme, Sixt y Schultz, 2005; Miller, Rathus, Linehan, Wetzler y Leigh, 1997). Esto incluye, por ejemplo, la problemática de que, entre los adolescentes, a menudo aún existen pocas experiencias en las relaciones de objeto más allá de las relaciones con los padres, lo que, por ejemplo, dificulta considerablemente la evaluación del criterio de las “relaciones inestables”.

Las autolesiones como un síntoma común de los pacientes con trastorno límite, según el presente concepto de la TFP-A, no constituye un requisito previo para el tratamiento, sino un problema que se produce a menudo entre estos pacientes. Con frecuencia, estos jóvenes también presentan una conducta alimentaria anoréxica, bulímica o compulsiva como forma de autolesión, es decir, síntomas que deben entenderse como una expresión de emociones intensas no integradas que no se pueden controlar.

### Concepto de la TFP-A

Los objetivos principales del tratamiento de los adolescentes con la TFP-A, de forma similar a otras estrategias de tratamiento especializadas para pacientes adolescentes con trastorno límite, incluyen, en primer lugar, una mejora en el control de la conducta, una

creciente regulación afectiva, un incremento de las relaciones íntimas y gratificantes con la familia, con personas de la misma edad y amigos cercanos, así como una implicación en los objetivos escolares y futuros (Normandin et al., 2014). A diferencia de otras estrategias terapéuticas presentadas en este artículo, dichos objetivos deben alcanzarse mediante una integración gradual de las representaciones del yo y de objetos, mediante la modificación de los mecanismos de defensa y, en última instancia, mediante la resolución de la difusión de la identidad, que hasta ahora han contribuido a la fragmentación del mundo interno del adolescente. Las intervenciones en TFP-A se corresponden en gran medida con los principios de la TFP, y prevén una serie de tácticas, estrategias y técnicas.

Actualmente, se están llevando a cabo modificaciones en cuanto al contenido en la implementación de las tácticas, estrategias y técnicas en el trabajo con la TFP-A para adolescentes. Según los conocimientos actuales, por ejemplo, la realidad externa desempeña un papel más importante en el tratamiento de adolescentes, lo que implica que el terapeuta debe ser consciente en todo momento de los problemas más graves en la realidad del adolescente a fin de comprender qué influye en el mundo interno y qué podría impedir un avance terapéutico. Esto incluye hacer frente a las tareas de desarrollo propias de los adolescentes, tales como asistir a la escuela, las obligaciones domésticas o el cuidado personal en tanto que dificultades predominantes. Eso supone una considerable diferencia táctica en el tratamiento de adolescentes en comparación con los adultos, lo que influye en la elección de los temas en el tratamiento. Por lo demás, la lista de prioridades, a saber, la selección de un tema principal a partir del material del paciente por parte del terapeuta, es similar al tratamiento TFP-A de los adultos. Así, la selección de los temas terapéuticos se basa en la clasificación de posibles peligros del tratamiento (como las tendencias suicidas, el cumplimiento de las sesiones, la deshonestidad, el silencio, etc.).

Una diferencia sustancial en el tratamiento de los adolescentes respecto de los adultos consiste en la necesaria inclusión de los padres para poder iniciar la terapia y garantizar su continuidad. Las conversaciones de los padres con los jóvenes sirven (por un lado) para aclarar, para garantizar la transparencia y la discreción para con los jóvenes y, no menos importante, para observar los procesos familiares de transferencia. Como

en cualquier psicoterapia adolescente psicodinámica, el trabajo sobre la estructura interna no puede tener éxito si los padres no la apoyan y no toleran un cambio de los jóvenes. Actualmente, aún se está probando y revisando la modificación del trabajo con los padres en el transcurso de la terapia TFP-A.

### Técnicas en TFP-A en el tratamiento en hospitales de día

Dado que el tratamiento en hospitales de día prevé un período de tres a cuatro meses, en primer lugar desempeñan un papel fundamental especialmente las condiciones contractuales, así como la discusión sobre el contrato como parte del tratamiento de TFP-A. Como en la fase inicial de cualquier tratamiento TFP, también se debe tener en cuenta la lista descrita de prioridades de la focalización de temas, que junto con la emoción que se manifiesta de forma central en la terapia, se basa jerárquicamente en los temas más relevantes de ponerse en peligro a uno mismo y a la terapia. Además, la focalización en los procesos de transferencia y contratransferencia constituye, desde el inicio del tratamiento, el núcleo estratégico de la terapia TFP-A. Con ello se entiende la reflexión constante del terapeuta sobre qué forma de transferencia debe adoptar éste en cada situación y qué forma de contratransferencia requiere. Las transferencias permiten conclusiones sobre representaciones anteriores de relaciones de objeto dominantes, que se presentan en la interacción terapéutica como escenas de un drama y constituyen un indicio de representaciones de objeto parciales y representaciones del yo parciales activadas (véase Clarkin, Yeomans y Kernberg, 2008). Las diadas de relaciones de objeto descritas por Kernberg delimitan las distribuciones de roles, que el paciente transfiere tanto al terapeuta como a la persona del paciente, pudiéndose invertir a menudo los roles en la siguiente escena (por ejemplo, niño malo y progenitores punitivos o niño no deseado y progenitores amorosos).

En nuestra opinión, este eje central en el enfoque analítico no presenta grandes diferencias en la TFP en adolescentes y adultos. Sin embargo, sí que presenta diferencias el enfoque técnico en cuanto a la utilización de designaciones aclaratorias, confrontativas e interpretativas de diadas de relaciones de objeto entre el terapeuta y los pacientes jóvenes. Todo el trabajo de interpretación en la TFP-A con adolescentes se debe

modificar y revisar. Así, una focalización demasiado temprana en la interacción o transferencia dentro de la relación terapéutica puede confundir a los pacientes jóvenes y provocar una mayor resistencia a los terapeutas adultos, por lo que, conforme al estado actual, es necesaria más preparación aclaratoria de esta interpretación de la interacción (de diádas de relaciones de objeto) o primero quizás sea recomendable la interpretación de relaciones de transferencia en el mundo exterior de los adolescentes (Clarkin et al., 2008). Actualmente, se está trabajando en tales modificaciones de la TFP-A en el grupo de Normandin.

La terapia individual en el tratamiento en hospitales de día sigue los principios de la TFP-A ambulatoria. No obstante, el uso de técnicas TFP-A en el trabajo en hospitales de día no incumbe únicamente la terapia individual, sino que también se realiza en el trabajo terapéutico social por parte de todo el equipo de tratamiento, que en las interacciones diarias con los jóvenes intenta definir y designar diádas de relaciones de objeto. De este modo, se pretende que los pacientes jóvenes tengan acceso paulatinamente a partes disociadas del yo y llevar cada vez más a una integración. Adicionalmente, la terapia individual se complementa mediante una psicoterapia de grupo basada en técnicas TFP (véase Mattke, Dammann y Maritius, 2007). Todo el equipo recibe formación con respecto a las implicaciones teóricas y técnicas de la TFP-A. Existen supervisiones semanales por parte de supervisores certificados en TFP de todo el equipo.

### Acuerdo terapéutico

Conforme al concepto de la TFP-A, de forma similar a la TFP, se presta especial atención a la elaboración y al cumplimiento de un contrato de tratamiento individual. En este sentido, este procedimiento difiere del aplicado a pacientes adultos, puesto que los padres deben tener conocimiento de los acuerdos y son incluidos en los mismos. Así, puede suceder que, en el marco del acuerdo contractual, los padres necesiten apoyo para lidiar con la exteriorización severa en casa o con la cuestión de ir a la escuela para, por ejemplo, no tener que intervenir disculpando constantemente a sus hijos en ésta, poniendo de este modo en peligro el tratamiento. El objetivo de este enfoque debe ser restringir las intervenciones en la vida cotidiana, en la escuela y en casa, así como mejorar la motivación de los jóvenes para la

exploración de los componentes propios y las dificultades internas.

De manera similar a las explicaciones del manual sobre TFP (Clarkin et al., 2008), antes de iniciar el tratamiento de los adolescentes en el hospital de día, se elabora el contrato de tratamiento con los pacientes jóvenes y se llega a determinados acuerdos respecto éste. Esto incluye, principalmente, la elaboración de condiciones para lidiar con comportamientos que pongan en peligro la terapia, los cuales se deben delimitar. Se explica a los jóvenes que el comportamiento autodestructivo y las autolesiones dificultan o imposibilitan el trabajo, puesto que inducen a una concentración en los propios actos y, por consiguiente, impiden el análisis de los motivos y sentimientos subyacentes. En el marco del acuerdo, se espera de los jóvenes que controlen y denuncien el comportamiento autodestructivo, y que se encarguen ellos mismos, por ejemplo, de curarse las heridas. Además, el acuerdo hace referencia a la prohibición de consumir drogas, así como la autorización para realizar análisis periódicos. En el caso de agudas tendencias suicidas, se discute previamente y se acuerda el traslado a una unidad cerrada, interrumpiéndose durante ese tiempo el tratamiento en el hospital de día, el cual, en caso de dos estancias en régimen de hospitalización completa, incluso finaliza automáticamente. Asimismo, el acuerdo contractual prevé que todos los pacientes asistan a la escuela, ya sea la correspondiente a su casa o la del hospital, o que deban realizar unas prácticas. Antes de iniciar el tratamiento, todos los jóvenes aceptan ir, como mínimo tres y como máximo cinco horas al día, a la escuela del hospital o a la correspondiente a su casa. Además, una parte del acuerdo contractual estipula que todos los jóvenes deben presentarse obligatoriamente a todas las sesiones terapéuticas y, en el caso de no comparecer tres veces o no ir a la escuela, se puede dar por finalizada la estancia en el hospital de día. Asimismo, todos los jóvenes se comprometen con la sinceridad en la terapia y con el cumplimiento de las normas cotidianas como la puntualidad y el compromiso (por ejemplo, contacto telefónico de camino a la escuela). El trabajo relacionado con el cumplimiento contractual representa una pieza clave para la estabilidad del tratamiento con el adolescente, en el sentido de la adopción de funciones paternas, encauzándose el comportamiento de los jóvenes hasta el momento y animándolos a actuar de un modo más responsable y constructivo.

## Concepto terapéutico

El concepto prevé, por un lado, una oferta de terapia individual de dos sesiones semanales, las cuales se graban en vídeo para su supervisión (con el consentimiento de los padres y de los jóvenes), aplicándose principios de TFP-A, donde el trabajo relacionado con la transferencia y la contratransferencia constituye el centro de atención.

Asimismo, se brinda a los jóvenes una oferta de terapia en grupo dos veces por semana (en grupos de seis pacientes del hospital de día), donde se utilizan técnicas de la TFP, lo que incluye, entre otras cuestiones, un contrato de confrontación de los jóvenes entre sí, los cuales se explican unos a otros sus problemas, dificultades y objetivos de tratamiento en el marco de un contrato TFP (con contención de comportamientos autolesivos) y los cuales se dan permiso para conversar entre ellos sobre los temas (Mattke et al., 2007; véase Lohmer, 2008). Además, se crea un espacio para pensar sobre modelos de interacción y para reflexionar más sobre modelos propios de transferencia mediante la designación de posibles diádas de relaciones de objeto. Adicionalmente, el concepto incluye la terapia corporal dos veces por semana; sin embargo, debido a las intervenciones corporales más directas, dicha terapia no prevé una intervención especial centrada en la transferencia, sino que se corresponde con un enfoque psicodinámico general. Aparte de eso, la oferta de tratamiento incluye, como mínimo una vez por semana, una entrevista individual con el cuidador de referencia, durante la cual se abordan cuestiones contractuales relacionadas con la escuela o la vida cotidiana, junto con acuerdos sobre objetivos terapéuticos. Todo el personal implicado en el tratamiento recibe o ha recibido formación teórica sobre TFP y participa en las supervisiones semanales realizadas por terapeutas acreditados en TFP, que en parte cuentan con una formación como terapeutas psicoanalíticos infantiles y juveniles.

Conforme al concepto TFP, en las intervenciones terapéuticas se trata de fijar y designar las diádas de relaciones de objeto dominantes, que determinan las interacciones de los pacientes jóvenes con trastorno límite. Además, se debe transmitir de manera confrontativa a los adolescentes, con tacto y mediante una formulación acorde a su edad, cuál es su parte de responsabilidad en las relaciones destructivas de su entorno, así como sus actitudes que distorsionan la realidad.

Se incluye a los padres o las personas de referencia principales (padres adoptivos, etc.) ya en la elaboración del contrato de tratamiento, imponiéndoles también que se impliquen en el tratamiento del adolescente. Esto incluye, por ejemplo, la participación regular en los grupos de padres que tienen lugar cada cuatro semanas, que sirven, por un lado, para ayudar a los padres a comprender la problemática de los pacientes jóvenes y, por el otro, para explicar el enfoque del tratamiento y lograr un nivel mínimo de aceptación y apoyo, a fin de reducir una reacción contraria de los padres y una recaída secundaria alimentada por éstos. Además, se promueve el intercambio entre los padres en el grupo de éstos, invitándoles a hablar sobre sus dificultades en el trato con los pacientes jóvenes. De este modo, se pretende crear un espacio interior para reflexionar en lugar de coactuar con frecuencia.

Además, el tratamiento en el hospital de día prevé conversaciones periódicas con los padres y los pacientes jóvenes para discutir determinadas dificultades que se producen a menudo y contrarrestar una recaída secundaria (por ejemplo, reforzada por los padres), así como para fomentar una máxima transparencia y comprensión de los diversos procesos de transferencia.

## Primeras experiencias y resultados del tratamiento en hospitales de día mediante TFP-A

### Descripción del colectivo de pacientes

Hasta la fecha se han tratado 30 pacientes en el hospital de día para adolescentes con trastorno límite de la Clínica de Psiquiatría, Trastornos Psicosomáticos y Psicoterapia en Edad Infantil y Juvenil de la Universidad de Colonia, de los cuales el 95 por ciento presentaba un diagnóstico probable o definitivo de un trastorno de la personalidad basado en la entrevista IRDE (Loranger et al., 1994). Como diagnóstico inicial, se sometió a todos los pacientes a la entrevista IRDE semiestructurada para determinar la presencia de un trastorno en el desarrollo de la personalidad. Además, se realizó una conversación inicial basada en la entrevista estructural según O. Kernberg (1992) con el fin de evaluar la psicodinámica de los adolescentes, el nivel de los mecanismos de defensa y la cuestión de la difusión de la identidad. Todos los entrevistadores IRDE eran psicoterapeutas en formación y recibieron formación sobre la realización de la entrevista; la confiabilidad entre evaluadores se estableció como satisfactoria. Una paciente

de doce años interrumpió la entrevista y se consideró que, por su edad, aún era demasiado joven para los contenidos de la entrevista orientados a adultos. A tenor del resultado de la entrevista, una paciente no cumplía los criterios para la existencia de un trastorno (probable) de la personalidad; no obstante, tras el diagnóstico clínico durante una hospitalización previa y de acuerdo con la entrevista estructural de la primera autora, sí que cumplía los criterios de una organización límite de personalidad sobre la base de un nivel de estructura medio y, por consiguiente, fue admitida en el hospital de día.

La mayoría de jóvenes cumplían los criterios de un trastorno de la personalidad inseguro-evitativo (60 por ciento). Una explicación al respecto podría ser que los adolescentes describieron sus dificultades de relación más bien en términos de evitación social e inseguridad interpersonal, mientras que los verdaderos criterios del trastorno límite en la edad juvenil se vieron menos reflejados en la entrevista. Por nuestra experiencia, las características de la personalidad inseguro-evitativa hacen referencia en última instancia a una transcripción más accesible y aceptada de las características de una patología de trastorno límite adolescente. Los criterios del trastorno límite que a menudo cumplen nuestros pacientes se refieren a la inestabilidad afectiva y sentimientos de vacío, junto con una conducta suicida o autolesiva. Por el contrario, especialmente los adolescentes más jóvenes, raras veces alcanzan el umbral correspondiente a las relaciones interpersonales inestables, al trastorno de la identidad o al empeño desesperado por evitar el abandono, puesto que aún tienen pocas experiencias de relación fuera de la familia. Incluso la impulsividad en como mínimo dos áreas no se manifiesta en muchos adolescentes más jóvenes, puesto que son incapaces de identificar las experiencias cotidianas correspondientes. No obstante, el 40 por ciento de nuestros pacientes cumplían los criterios de un trastorno límite de la personalidad definitivo o probable (4 criterios). Conforme a la definición expuesta anteriormente de una organización límite de personalidad, los adolescentes diagnosticados corresponden al ámbito de actuación del tratamiento TFP-A.

Los pacientes tenían entre 12 y 17 años, y en un 70 por ciento fueron derivados al hospital de día desde nuestra unidad juvenil cerrada tras un intento de suicidio o un ingreso crítico por tendencias suicidas; el 30 por ciento restante fue derivado por psicoterapeutas y psiquiatras infantiles y juveniles con consultorio, así como por la

unidad ambulatoria de nuestra clínica. Un 80 por ciento de los pacientes del hospital de día no habían ido a la escuela durante un largo período de tiempo o lo habían hecho de forma irregular con una tasa de absentismo muy elevada, por lo que mostraban una exteriorización muy alta de su problemática en el ámbito de la escuela. Además, antes de su ingreso en el hospital de día, un 80 por ciento se había infligido autolesiones, por lo general, en forma de arañazos, cortes o golpes contra objetos contundentes; un 30 por ciento había consumido regularmente drogas con antelación. El comportamiento autolesivo y relacionado con el absentismo escolar se contrarrestó en el hospital de día mediante la negociación del contrato de tratamiento y discusiones diarias sobre las condiciones de tratamiento.

Adicionalmente, como diagnóstico inicial tras el ingreso, se utilizó el inventario de depresión de Beck (BDI-II, según Hautzinger, Keller y Kühner, 2006), que en nuestro colectivo dio lugar a la constatación de estados de ánimo depresivos con un valor medio de 31,9 puntos totales ( $SD = 11,7$ ), lo que de promedio se corresponde con el valor de una depresión severa. Además, todos los pacientes completaron el cuestionario de autoevaluación *Dimensional Assessment of Personality Pathology - Basic Questionnaire* (DARR-BQ, según Livesley y Jackson, 2001).

Los jóvenes del hospital de día mostraron valores altamente llamativos en el ámbito de la disregulación emocional ( $M = 3,4$  en comparación con  $M = 2,7$  [ $SD = 0,4$ ] en un grupo de control escolar) y en la cohibición ( $M = 3,2$  en comparación con  $M = 2,6$  [ $SD = 0,6$ ]); por el contrario, mostraron manifestaciones medias de conducta disocial ( $M = 2,6$  en comparación con  $M = 2,7$  en el grupo de control) y compulsividad ( $M = 2,8$  en comparación con  $M = 2,6$  en el grupo de control escolar) (véase Krischer, Sevecke, Lehmkuhl y Pukrop, 2007b).

En conjunto, se trataba de adolescentes altamente disfuncionales con marcados problemas de personalidad, dificultades escolares, un alto número de intentos suicidas y depresión severa en el momento de su ingreso.

### Descripción del transcurso del tratamiento

Del total de 30 pacientes adolescentes, un 73 por ciento finalizó el programa en el hospital de día, mientras que un 27 por ciento lo suspendió prematuramente. De

promedio, la duración del tratamiento en el hospital de día fue de diez semanas (1-23 semanas). Dos pacientes finalizaron el tratamiento durante la primera semana debido a dificultades por cumplir con el contrato. Otros cuatro pacientes interrumpieron el programa antes de las 12-16 semanas acordadas. De los 24 pacientes que hasta ahora han completado el programa en su totalidad, prácticamente todos (21) han sido derivados posteriormente a la psicoterapia ambulatoria; casi todos los terapeutas con consultorio participaron en las formaciones especializadas sobre TFP con adolescentes en el Hospital Universitario de Colonia.

Después de que un 90 por ciento de los pacientes hubieran interrumpido o nunca se hubieran sometido a un tratamiento ambulatorio antes de su admisión en el hospital de día, nos parece que debe considerarse un primer éxito del tratamiento de los pacientes jóvenes con trastorno límite el que estos acudieran posteriormente, con un elevado porcentaje, a psicoterapeutas infantiles y juveniles con consultorio. En sus observaciones posteriores, los terapeutas de seguimiento describieron una buena preparación de los jóvenes para el tratamiento ambulatorio, un considerable aumento de la capacidad de introspección de los pacientes (en adolescentes que ya habían recibido anteriormente tratamiento psicoterapéutico, que después fueron tratados en el hospital de día y que, posteriormente, volvieron al psicoanálisis ambulatorio) y un incremento de la actividad de autoanálisis, de tal modo que los jóvenes mostraban una disposición a ocuparse de sus modelos de transferencia. Además, mediante la estancia en el hospital de día, se creó la base para un tratamiento psicoterapéutico ambulatorio en el desarrollo psicosocial, puesto que los jóvenes que habían seguido el programa de tratamiento mostraban menos exteriorización del comportamiento en el ámbito de la escuela y, durante su estancia en el hospital de día, volvieron a reprendre sus estudios en su antigua escuela o en una nueva tras un largo período de ausencia.

Hasta ahora parece que se pueden perfilar tres grupos de tratamiento: en primer lugar, aquellos pacientes que se benefician claramente del programa, cuyo comportamiento autolesivo cesa, que vuelven a integrarse a nivel escolar y que empiezan a ocuparse de sus modelos de transferencia. Paralelamente, existe un segundo grupo de pacientes que no siguen el programa hasta el final y que lo interrumpen antes de tiempo. Finalmente, encontramos un grupo mixto de pacientes que en parte

se benefician de seguir el programa hasta el final, que también reducen o abandonan las autolesiones, pero que no obstante muestran un cambio de síntomas en el sentido de un desarrollo de síntomas psicósomáticos fuertes. Todos los pacientes que completaron el programa de tratamiento hasta el final redujeron su conducta autolesiva de forma considerable o incluso total durante la estancia en el hospital de día. En el futuro deberán analizarse sistemáticamente los diferentes procesos a fin de poder desarrollar un conocimiento más detallado sobre los cambios logrados mediante el tratamiento en hospitales de día con estrategias TFP-A.

En la herramienta de autoevaluación para detectar trastornos psíquicos y psiquiátricos en edad juvenil, el Youth Self Report (YSR; Achenbach, 1991), en los dos puntos de medición en el momento del ingreso y poco antes de finalizar el tratamiento en el hospital de día, los adolescentes presentaron cambios significativos, especialmente en el ámbito de la internalización de los problemas. Al finalizar el tratamiento en la clínica de día, los jóvenes describieron un considerable retroceso de los síntomas depresivos ansiosos ( $T = 2,3; p = 0,047$ ), así como del retraimiento social ( $T = 2,4; p = 0,038$ ), no en cambio de los problemas agresivos y de externalización. En el segundo punto de medición poco antes del alta de los pacientes del hospital de día, los adolescentes ( $N = 13$ ) alcanzaron en el BDI aún un promedio de 26,2 puntos ( $SD = 15,2$ ), lo que en el BDI significa un estado de ánimo depresivo medio.

## Conclusión

El tratamiento en hospitales de día basado en principios TFP-A parece ser un concepto muy prometedor en la terapia de adolescentes patológicos graves con trastorno límite de la personalidad y sus diversos síntomas. Los pacientes tratados hasta la fecha ya se habían sometido a múltiples tratamientos hospitalarios en la psiquiatría infantil y juvenil. Parece evidente que, mediante el tratamiento en el hospital de día basado en la TFP-A, se logra llevar a estos jóvenes a una psicoterapia ambulatoria, mejorar su capacidad de introspección, reducir sus tendencias autolesivas y suicidas, así como reducir su exteriorización sobre el ausentismo escolar. De este modo se habrían sentado las bases para un tratamiento adicional modificado mediante TFP-A de los adolescentes con trastorno límite, basado en las representaciones disociadas del yo y de objetos. Las experiencias

recabadas hasta la fecha indican que, mediante el concepto descrito de hospital de día, se puede preparar a los adolescentes, unos clientes especialmente difíciles, para una psicoterapia ambulatoria con la TFP, y con ello contrarrestar una hospitalización y cronificación tempranas. La efectividad de la TFP ambulatoria para la edad adulta ya se ha demostrado en numerosas ocasiones (Clarkin, Levy, Lenzenweger y Kernberg, 2007; Doering et al., 2010). Sin embargo, faltan experiencias prácticas suficientes para la necesaria modificación de las estrategias y técnicas de la TFP-A para el trabajo con adolescentes. Actualmente, se está trabajando en estas modificaciones (Normandin et al., 2014).

La elevada tendencia a interrumpir el tratamiento parece igual de elevada como en los pacientes adultos con trastorno límite (Doering et al., 2010). No obstante, por nuestra experiencia, la naturaleza transitoria de la adolescencia, junto con la importancia simultánea de la dependencia y las ansias de autonomía de los jóvenes respecto de los padres, así como las relaciones paternas a menudo patologizantes, suponen unas complicaciones especiales en el tratamiento y requieren la consideración e inclusión de estas condiciones en la TFP-A. De este modo, posiblemente se pueda dar preferencia a un tratamiento en hospitales de día antes de un tratamiento ambulatorio en comparación con el intento terapéutico ambulatorio inmediato en adolescentes con trastorno límite.

*Traducción del alemán de Núria Ventosa*

## Bibliografía

- ACHENBACH, T. M. (1991). Child behavior checklist for ages 4-18. *University of Vermont Monographs of the Society for Research in Child Development*; 56: 225.
- APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5.ª edición (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- ARBEITSKREIS OPD-KJ, BÜRGIN, D., RESCH, F. Y SCHULTE-MARKWORT, M. (2007). *OPD-KJ - Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter: Grundlagen und Manual*. Berna: Huber.
- BERNSTEIN, D. P., COHEN, P. Y VELEZ, C. N. (1993). Prevalence and stability of DSM-II-R personality disorders in a community-based survey of adolescents. *Am J Psychiatry*; 150: 1237-1243.
- CLARKIN, J. F., YEOMANS, F. E. Y KERNBERG, O. F. (2008). *Psychotherapie der Borderline Persönlichkeit. Manual zur psychodynamischen Therapie*. 2.ª edición. Stuttgart: Schattauer.
- CLARKIN, J. F., LEVY, K. N., LENZENWEGER, M. F. Y KERNBERG, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry*; 164: 922-928.
- DOERING, S., HÖRZ, S., RENTROP, M., FISCHER-KERN, M., SCHUSTER, P., BENECKE, C., BUCHHEIM, A., MARTIUS, P. Y BUCHHEIM, P. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised clinical trial. *Br J Psychiatry*; 196: 389-395.
- FLEISCHHAKER, C., BÖHME, R., SIXT, B. Y SCHULZ, E. (2005). Suizidalität, Parasuizidalität und selbstverletzendes Verhaltensweisen von Patienten mit Symptomen einer Borderline-Störung. *Kindheit und Entwicklung*; 14: 112-127.
- HAUTZINGER, M., KELLER, F. Y KÜHNER, C. (2006). *Beck Depressions-Inventar (BDI-II). Revision*. Fráncfort del Meno: Harcourt Test Services. Deutsche Bearbeitung von Beck AT, Steer RA, Brown
- GK (1996). *Beck Depression Inventory-II (BDI-II)*. San Antonio, TX: Harcourt Assessment Inc.
- HERPERTZ-DAHLMANN, B. Y HERPERTZ, S. C. (2003). Persönlichkeitsstörungen. En: Herpertz Dahlmann, B., Resch, F., Schulte-Markwort, M. y Warnke, A. (Eds.). *Handbuch Entwicklungspsychiatrie*. Stuttgart: Schattauer; 1052-1074.
- KERNBERG, O. (1992). *Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- KERNBERG, O. (2006). Identity: Recent findings and clinical implications. *Psychoanal Q*; 75: 969-1004.
- KOCH, E., RESCH, F., SCHLÜTER-MÜLLER, S. Y SCHMECK, K. (2013). Identitätsstörung und Identitätskrisen in der Adoleszenz. En: Kernberg, O.F., Buchheim, A., Doering, S., Dulz, B., Jacob, G., Kapfhammer, H.P., Sachsse, U. y Zaudig, M. (Eds.). *Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Schattauer; 110-116.
- KRISCHER, M. K., SEVECKE, K., DÖPFNER, M. Y LEHMKUHL, G. (2006). Diagnostik von Persönlichkeitsstörungsmerkmalen im Kindes- und Jugendalter: Konzepte, methodische Ansätze und empirische Ergebnisse. *Z Kinder Jugendpsychiatr*; 34: 2, 87-100.
- KRISCHER, M., SEVECKE, K., LEHMKUHL, G. Y PUKROP, R. (2007b). Dimensional assessment of personality pathology in female and male juvenile delinquents. *J Pers*

*Disord*; 21: 677-691.

KVARSTEIN, E. H., PEDERSEN, G., URNES, O., HUMMELEN, B., WILBERG, T. Y KARTERUD, S. (2014). Changing from a traditional psychodynamic treatment programme to mentalization-based treatment for patients with borderline personality disorder-Does it make a difference? *Psychology and Psychotherapy* (doi: 10.1111/papt.12036).

LIVESLEY, W. J. Y JACKSON, D. N. (2001). *Manual for the Dimensional Assessment of Personality Pathology*. Port Huron: Sigma Press.

LOHMER, M. (2008). Implementierung und Anwendung von TFP im forensischen Kontext. Eine organisationsdynamische Perspektive. En: Lackinger E, Dammann, G, Wittmann, B (Eds). *Psychodynamische Psychotherapie bei Delinquenz. Praxis der Übertragungsfokussierten Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer; 431-437.

LORANGER, A. W., SARTORIUS, N., ANDREOLI, A., BERGER, P., BUCHHEIM, P., CHANNABASAVANNA, S. M., COID, B., DAHL, A., DIEKSTRA, R. F. Y FERRGUSON, B. (1994). The International Personality Disorder Examination. The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. *Arch Gen Psychiatry*; 51: 215-24.

MATTKE, D., DAMMANN, G. Y MARITIUS, P. (2007). Der Transfer von einzeltherapeutischen Behandlungskonzepten auf Gruppenformate: Das Beispiel der Übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP). *Gruppentherapie und Gruppendynamik*; 43: 161-180.

MILLER, A. L., RATHUS, J. H., LINEHAN, M. M.,

WETZLER, S. Y LEIGH, E. (1997). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Journal of Practical Psychiatry & Behavioral Health*; 3: 78 -86.

NORMANDIN, L., ENSIK, K., YEOMANS, F. E. Y KERNBERG, O. F. (2014). Transference-focused psychotherapy for personality disorders in adolescence. En: Sharp, C. y Tackett, J. (Eds.). *Handbook of Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents*. Nueva York: Springer; 333-359.

OGRODNICZUK, J. S. Y PIPER, W. E. (2001). Day treatment for personality disorders: a review of research findings. *Harv Rev Psychiatry*; 9: 105-17.

OGRODNICZUK, J. S., LYND, L. D., JOYCE, A. S., GRUBISIC, M., PIPER, W. E. Y STEINBERG, P. I. (2011). Predicting response to day treatment for personality disorders. *La Revue Canadienne de Psychiatrie*; 56: 110-17.

SCHULTZ-VENRATH (2011). *Psychotherapien in Tageskliniken: Methoden, Konzepte, Strukturen*. Berlin: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

SEVECKE, K., SCHMECK, K. Y KRISCHER, M.K. (2014). Das alternative Hybridmodell für Persönlichkeitsstörung im DSM-5: Überblick und Kritik unter besonderer Berücksichtigung der Jugendperspektive. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*; 42 (2).

STREECK-FISCHER, A. (2008). The borderline personality (development) disorder during adolescence. Psychological assessment, treatment prerequisites, framework design, treatment phases. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*; 57: 693-717.

TEICHER, S. (2014). Adoleszenz - Auf der Suche. *Kinderanalyse*; 3: 191-212.