

# TFP-A: una psicoterapia psicodinàmica específica para adolescentes *borderline* a la luz de la neurobiología (2)\*

LINA NORMANDIN<sup>1</sup>, KARIN ENSIK<sup>2</sup> Y OTTO F. KERNBERG<sup>3</sup>

## RESUMEN

La TFP-A (psicoterapia focalizada en la transferencia para adolescentes) es un tratamiento para adolescentes que muestran características de los trastornos graves de la personalidad. Se ha adaptado de la TFP para los adultos y tiene el mismo objetivo de alcanzar una identidad integrada. En este modelo de tratamiento, se predice que, con la reducción de la difusión de la identidad, el adolescente conseguirá tener un mejor control de la conducta, aumentará la regulación afectiva, desarrollará relaciones más íntimas y gratificantes con la familia, compañeros o amigos cercanos, e invertirá en las metas escolares y futuras, así como entablará una vida productiva. Sin embargo, para aplicar la TFP a los adolescentes, tendrán que adaptarse estrategias específicas. PALABRAS CLAVE: trastorno de la personalidad, adolescencia, psicoterapia focalizada en la transferencia, difusión de la identidad, neurobiología, trastorno límite, neutralidad técnica, contrato terapéutico, contratransferencia.

## ABSTRACT

TFP-A: A NEUROBIOLOGICALLY-INFORMED PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY SPECIFIC TO BORDERLINE ADOLESCENTS. TFP-A (transference-focused psychotherapy for adolescents) is a treatment for adolescents who demonstrate features of severe personality disorders. It has been adapted from the TFP for adults and has the same major goal, namely to reach an integrated sense of identity. By reducing the identity diffusion induced by opposite representations and the use of primitive defense mechanisms, it is predicted in this treatment model that the adolescent will attain better behavioral control, increase affect regulation, develop more intimate and gratifying relationships with family, peers and close friends, and invest in school and future goals as well as engage in a productive life. However, specific strategies have to be adapted in order to apply TFP to adolescents. KEYWORDS: personality disorder, adolescence, transference-focused psychotherapy, identity diffusion, neurobiology, borderline disorder, technical neutrality, contract setting, countertransference.

## RESUM

TFP-A: UNA PSICOTERÀPIA PSICODINÀMICA ESPECÍFICA PER A ADOLESCENTS A LA LLUM DE LA NEUROBIOLOGIA. La TFP-A (psicoteràpia focalitzada en la transferència per a adolescents) és un tractament per a adolescents que mostren característiques dels trastorns greus de la personalitat. S'ha adaptat de la TFP per a adults i té el mateix objectiu d'aconseguir una identitat integrada. En aquest model de tractament, es prediu que, amb la reducció de la difusió de la identitat, l'adolescent aconseguirà tenir un millor control de la conducta, augmentarà la regulació afectiva, desenvoluparà relacions més íntimes i gratificants amb la família, companys o amics propers, i invertirà en els objectius escolars i futurs, així com també establirà una vida productiva. Tot i així, per aplicar la TFP als adolescents, caldrà adaptar estratègies específiques. PARAULES CLAU: trastorn de la personalitat, adolescència, psicoteràpia focalitzada en la transferència, difusió de la identitat, neurobiologia, trastorn límit, neutralitat tècnica, contracte terapèutic, contratransferència.

*\*Este artículo es una revisión y ampliación del que se publicó el pasado número (Psicopatol. salud ment. 2014, 37-44), con aportes acerca de las estrategias específicas en la TFP para adolescentes.*

<sup>1</sup>Doctora en Psicología. Profesora de Psicología de la École de Psychologie, Université Laval, Québec.

<sup>2</sup>Doctora en Psicología. Profesora agregada de la École de Psychologie, Université Laval, Québec.

<sup>3</sup>Médico, psiquiatra, psicoanalista. Director del Personality Disorders Institute, Nueva York. Profesor Emérito de Psiquiatría de la Universidad Cornell y Supervisor del Centro de Formación e Investigación de la Universidad de Columbia.

Correspondencia: [lina.normandin@psy.ulaval.ca](mailto:lina.normandin@psy.ulaval.ca)

## Introducción

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es una de las formas de la psicopatología más difíciles de entender y de tratar a causa de su considerable heterogeneidad y variabilidad entre individuos. El nuevo DSM-V (APA, 2013) refleja bien esta complejidad, definiendo para el TLP una serie de características propias del trastorno como inestabilidad en la autoimagen, en las metas personales, en las relaciones interpersonales y en los afectos. Esta inestabilidad está acompañada de impulsividad, conductas de riesgo y/o hostilidad, y afecta a la identidad, autonomía, empatía y/o intimidad, junto con rasgos desadaptativos específicos en el dominio de la afectividad negativa, antagonismo y desinhibición.

En las últimas dos décadas, se han dado progresos significativos en muchas áreas importantes que han ayudado a describir el trastorno. La investigación de las posibles causas y de los factores de riesgo para desarrollar TLP, aunque en fase muy temprana, respalda la suposición de que tanto factores ambientales como genéticos parecen estar implicados. Por ejemplo, la inestabilidad afectiva e interpersonal y la impulsividad están consideradas como los principales fenotipos del TLP, lo que pondría de manifiesto ciertas predisposiciones heredadas (Zanarini et al., 2004). Al mismo tiempo, los pacientes con TLP parecen mostrar menos actividad en áreas del cerebro que contribuyen tanto al control de las emociones y los impulsos agresivos como a poder entender el contexto de la situación (Silbersweig, Clarkin, Goldstein, Kernberg et al., 2007). Igualmente, estos pacientes tienden a usar áreas del cerebro relacionadas con los reflejos y el estado de alerta, algo que podría explicar la tendencia a actuar de manera impulsiva o emocional (Koenigsberg, Siever, Lee, Pizzarello et al., 2009). Estas perturbaciones en los sistemas neuronales que permiten la cognición y la regulación emocional se ven reflejadas en las disminuciones volumétricas del hipocampo y de la amígdala y son percibidas como suministradoras de endofenotipos putativos (biomarcadores) para la enfermedad (Ruocco, Amirthavasagam y Zakzanis, 2012). Sin embargo, estos factores neurobiológicos parecen interactuar con factores de riesgo ambientales. Por ejemplo, la experiencia del trauma y formas disfuncionales de apego contribuyen y posiblemente intensifican problemas en la regulación emocional, la disfunción interpersonal, el exceso de rabia y miedo, así como perturbaciones en la identidad.

Sin embargo, investigaciones empíricas se han interesado principalmente por la población adulta que sufre TLP. La investigación en TLP de niños y adolescentes se queda atrás, a pesar de la fuerte evidencia de antecedentes evolutivos en adultos (Abbass et al., 2013; Leichsenring, 2011; Tackett, Balsis, Oltmanns y Krueger, 2009) y adolescentes (Chanen y Kaess, 2012; Kernberg, Hajal y Normandin, 1998; Zanarini et al., 2011).

El *New York Personality Disorders Institute*, dirigido por Otto F. Kernberg y John F. Clarkin, ha hecho una contribución fundamental en la conceptualización y el tratamiento del TLP, así como en la investigación. Partiendo de una teoría psicodinámica contemporánea de las *relaciones de objeto*, Kernberg y Clarkin han elaborado un sofisticado modelo basado en el supuesto de que las típicas características de un trastorno de la personalidad específico pueden ser vistas como reflejo de la naturaleza y la organización de estructuras psicológicas subyacentes. Estas estructuras se denominan *relaciones de objeto internas* y de ellas se derivarán estructuras de orden superior como la identidad, mecanismos de defensa, consciencia, etc. También han desarrollado un enfoque sistemático y coherente para la evaluación y clasificación de los trastornos de la personalidad, denominado *evaluación estructural y nivel de organización de la personalidad*. Por último, han desarrollado un abordaje de la patología de la personalidad focalizado en el tratamiento de las percepciones distorsionadas del *self*, de los otros, y de afectos asociados (revelando, por tanto, una particular *relación de objeto interno* subyacente), a medida que surgen en la relación (transferencia) con el terapeuta. Este tratamiento ha llegado a ser ampliamente conocido como *psicoterapia focalizada en la transferencia* (TFP). Sus principales objetivos son: adquirir un mejor control del comportamiento para aumentar la regulación afectiva; desarrollar y mantener el amor íntimo y gratificante y las relaciones interpersonales; desarrollar la capacidad de lograr objetivos en la vida; y ser productivo a través del trabajo y los intereses. Esto se logra modificando los mecanismos de defensa primitivos y facilitando el desarrollo de las representaciones integradas del *self* y de los demás, mientras que, al mismo tiempo, se consolida la identidad y se reduce la difusión de ésta, que perpetúan la fragmentación del mundo representacional interno del paciente. La consistente clarificación, confrontación e interpretación de la transferencia en el *aquí y ahora* de la relación terapéutica de estas percepciones distorsionadas del *self* y de los

otros se consideran mecanismos importantes de cambio. La eficacia de la TFP se ha demostrado empíricamente en dos grandes ensayos aleatorios controlados (Clarkin, Levy, Lenzenweger y Kernberg, 2004; Doering, Hörz, Rentrop, Fischer-Kern, Schuster, Benecke y Buchheim, 2010).

Desafiando la afirmación de que el TLP es principalmente un trastorno que se inicia en la edad adulta, y en línea con la necesidad apremiante de desarrollar protocolos de investigación que permitirán elucidar la etiología y el curso de los trastornos de personalidad, así como probar la eficacia de tratamientos aplicados en etapas tempranas del desarrollo, el grupo de Nueva York ha decidido estos últimos años aplicar su modelo para estos trastornos en la edad adulta a los adolescentes con TLP y adaptar las estrategias terapéuticas para retratar la especificidad de esta fase de desarrollo. Primero presentaremos nuestra perspectiva evolutiva del desarrollo del TLP, así como su conceptualización en la adolescencia, teniendo en cuenta los importantes cambios neurobiológicos y los retos psicológicos específicos que tienen lugar. Dedicaremos el resto del artículo a presentar las estrategias específicas, teniendo en cuenta el contexto social y legal del adolescente en relación con sus padres.

### Perspectiva de la psicopatología del desarrollo

El trastorno límite de la personalidad es considerado cada vez más como un trastorno crónico del desarrollo (Terr y Kernberg, 1990; Chanen y Kaess, 2012; Tackett, Balsis, Oltmanns y Krueger, 2009). En consecuencia, la intervención en cualquier fase altera no sólo las bien conocidas características del TLP sino la trayectoria del ciclo vital de la patología límite. Desde la perspectiva de la psicopatología evolutiva (Cicchetti y Rogosch, 2002), el grupo de TFP-A de Nueva York considera que las vías del desarrollo que conducen al diagnóstico del TLP deben entenderse mediante el examen de las interacciones dinámicas entre los factores neurobiológicos, psicológicos y socioculturales normales y anormales durante períodos evolutivos críticos a lo largo de la vida. Por lo tanto, el período de la adolescencia es de particular interés, debido a la confusión que se produce como consecuencia de la interacción entre los cambios neurobiológicos y hormonales específicos durante la pubertad a la adultez temprana y los retos psicológicos y sociales característicos de la adolescencia. La mayoría

de los adolescentes es capaz de gestionar estos desafíos sin demasiada inquietud, lo que refleja un buen nivel de consolidación de su personalidad. Sin embargo, para entre el 3 y el 5 por ciento de los adolescentes, este proceso culmina con un trastorno de personalidad.

### Trastornos de la personalidad en la adolescencia

A pesar de que durante mucho tiempo ha habido un acuerdo generalizado de que los trastornos de la personalidad tienen sus raíces en la infancia y la adolescencia (Kernberg, Weiner y Bardenstein, 2000), es sólo en la última década que se ha ido teniendo en cuenta cuáles son los caminos que conducen al diagnóstico de TLP. En primer lugar, es probable que los niños con un genotipo “sensible” tengan mayores probabilidades de desarrollar un TLP a una edad posterior en presencia de un ambiente predisponente. Además, los genes asociados con síntomas del TLP en la infancia también aumentan la probabilidad de comorbilidad con el TDAH (Distel, Middeldorp, Trull, Derom, Willemsen y Boomsma, 2011), los trastornos disruptivos (trastorno desafiante y opositor, trastorno de conducta), la depresión, y la ansiedad (Belsky, Caspi, Arseneault et al., 2012). En otras palabras, la sensibilidad temperamental y el estado mental o los problemas de comportamiento que surgen en la infancia y la adolescencia presagian el síndrome de TLP en la adolescencia o la edad adulta (Cohen, Crawford, Johnson y Kase, 2005). Esto sugiere que los jóvenes que presentan rasgos de TLP en una etapa temprana pueden representar el grupo principal del cual emerge el fenotipo del adolescente TLP. El grupo de Nueva York, por su parte, ha identificado tres grupos generales de adolescentes con TLP con tres comienzos diferentes que podrían corresponder a tres diferentes trayectorias.

Un primer grupo de adolescentes con TLP, que podría corresponder al ya mencionado y con más prevalencia, está representado por niños temperamentales, psicológicamente, y socio-culturalmente vulnerables a los que la patología se les manifestó antes de la entrada en la adolescencia y que ahora muestran una exacerbación de la sintomatología debido a la interacción entre los cambios normales en el desarrollo neurobiológico (es decir, los aumentos en las hormonas gonadales; transformaciones de desarrollo en la corteza prefrontal y las regiones límbicas del cerebro; continuación de la mielinización de las conexiones intra-corticales), y los

esfuerzos a nivel psicológico (es decir, la separación-individuación, la intimidad, la elección de carrera) o los retos socioculturales (es decir, la estética y la preocupación por la apariencia, valores, grupos de referencia, la nueva tecnología y la cultura material).

Un segundo grupo de adolescentes con TLP está representado por niños psicológica y socio-culturalmente resilientes que no desarrollaron la patología durante la infancia pero que presentaron dificultades significativas para gestionar las tareas y demandas de la adolescencia. Para ellos, la entrada en la adolescencia se concibe como la “gota que colma el vaso”.

Un tercer grupo de TLP se mostró menos perceptible a nivel de sintomatología durante la infancia y la adolescencia, pero fue incapaz de integrar los retos evolutivos en las relaciones íntimas y en una vida adulta productiva.

Aunque la manifestación temprana del trastorno y su aparición son diferentes (cuestión que todavía necesita de una mayor investigación y sofisticación), los tres grupos de adolescentes con TLP parecen compartir el supuesto básico de que manifiestan difusión de la identidad. Este síndrome suele reflejarse en importantes discontinuidades en el concepto del propio *self* y una valoración poco realista con distorsiones afectivas en las relaciones con los otros significantes, graves déficits en la vida social escolar, en el rendimiento académico, en las relaciones en casa, una disociación entre la conducta sexual y la intimidad emocional y el desarrollo de comportamientos antisociales.

Por ejemplo, una adolescente brillante de 17 años que abandonó sus estudios de manera prematura y que ocupaba sus noches teniendo *cybersexo* con extraños mientras padecía de ansiedad, depresión, pensamientos suicidas y conductas de riesgo como abuso de drogas y bulimia, constantemente cambiaba la idea respecto a qué quería dedicarse: cajera de supermercado, secretaria, actriz porno, oficial del ejército, escritora y, finalmente, policía. Durante el tratamiento, descubrió que un aspecto de su desconfianza en las personas estaba asociado a su sensación de confusión. Se dio cuenta de que la razón por la que no dejaba acercarse más a la gente, incluso siendo una persona bastante extrovertida, bastante culta en literatura y con un dramático sentido de la importancia, era porque estaba demasiado preocupada porque la gente descubriera que ella no era nada, que ella constantemente necesitaba tener la atención de los demás o “moriría”.

Un cuarto grupo de adolescentes con “TLP transitorio”, que a veces se asocia a “crisis adolescente”, ha sido identificado como niños sin sintomatología, sin predisposiciones aparentes a desarrollar el trastorno, pero que, bajo presiones y cambios relacionados con la adolescencia que toman la forma de conflictos alrededor de la dependencia regresiva o de una reivindicación rebelde de la autonomía, o incluso sufriendo una descompensación temporal de la personalidad bajo situaciones de mucho estrés, expresan un sentido de alienación y confusión, mientras mantienen una preservada e integrada visión de su *self* presente y de los otros significantes. Como esta confusión se atenúa en la adultez temprana, en parte debido a procesos de madurez o socialización, este último grupo tiene que ser diferenciado de los otros tres en la base de su nivel de organización de la personalidad durante la infancia.

Si consideramos los cuatro grupos juntos, se abre la puerta a desarrollar un sistema de clasificación del adolescente con TLP como el que el grupo de Nueva York ha hecho con el adulto, examinando *el nivel de organización de la personalidad*, basado en la difusión de la identidad, defensas primitivas, prueba de realidad, calidad de las relaciones de objeto y sistema moral. Este sistema de clasificación necesitará ser probado en comparación o como anexo a otros esfuerzos para encontrar maneras de clasificar el TLP, como los que han hecho Zanarini (2010) o Lenzenweger y colaboradores (2008).

Por lo tanto, a pesar de los cambios evolutivos sustanciales en la adolescencia, una personalidad desadaptativa duradera no puede reducirse a los trastornos del Eje I, y es poco probable que se limite a una etapa de desarrollo. Esto lleva al grupo de Nueva York a proponer un tratamiento adaptado de la TFP de adultos, orientado también a lograr la integración de identidad en el sentido de que, facilitando la integración del concepto del *self*, aumentará el control cognitivo; integrando el concepto de otros, normalizará la vida social; integrar la experiencia de afectos contradictorios afectará a la modulación y a la reducción de la impulsividad. Por lo tanto, el objetivo de la TFP-A para adolescentes con TLP es el mismo que el de la TFP para adultos. Sin embargo, teniendo en cuenta los cambios neurobiológicos específicos que tienen lugar durante la adolescencia y los retos psicológicos y sociales en un contexto de libertad limitada de elección y confianza con la familia, tienen que aplicarse técnicas específicas para asegurar la eficiencia de la TFP-A.

## Cambios cerebrales y hormonales

La especificidad de esta etapa del desarrollo hace que, a la hora de tratar adolescentes con TLP, existan retos particulares respecto los adultos. Primero de todo, el cerebro se está aún desarrollando. Mientras que las hormonas gonadales están estimulando activamente comportamientos afectivos y otras conductas como el deseo sexual, la intensidad emocional aumentada y la toma de riesgos, los sistemas cerebrales que regulan y moderan estos impulsos aún no están maduros.

En una cáscara de nuez, la corteza prefrontal, que se encarga del pensamiento racional y media las funciones ejecutivas (es decir, inhibición de impulsos, control del *self*, contextualización, el establecimiento de objetivos y prioridades, la empatía con los demás, la planificación del futuro, la introspección, el comportamiento guiado internamente, las capacidades de mentalización, etc.), así como contrarresta los impulsos del apetito, pone a prueba las conductas de riesgo, media el comportamiento ético y moral, es la última región del cerebro en madurar y no alcanza la capacidad funcional completa adulta hasta finales de la adolescencia. Además, la inmadurez de la corteza prefrontal se acompaña de un exceso de sinapsis en esta área específica del cerebro, la cual se ve recortada durante la adolescencia por un proceso llamado “poda”, junto con un proceso inacabado de mielinización (Best y Miller, 2010; Casey, Jones y Hare, 2008). El hecho de que estos procesos no se completen hasta la adultez temprana puede explicar que un adolescente normal a menudo experimente confusión e incoherencia frente a los desafíos normales del desarrollo (como la separación de la familia, el amor y el romance, el sexo, la escuela o el trabajo, la vida social). Para un adolescente límite, donde la integración de las diferentes experiencias del *self* bajo diferentes circunstancias o en relación con los otros está ya comprometida, estos procesos incompletos contribuyen a la tendencia a la actuación y al uso de mecanismos de escisión en un contexto de acceso limitado para reflexionar o para las capacidades de mentalización.

Por otro lado, mientras que la corteza prefrontal está madurando, otras partes del cerebro asociadas con el sistema límbico (lóbulo temporal, lóbulo parietal y amígdala) se desarrollan más rápido (Casey, Jones y Hare, 2008). Por lo tanto, cuando se activa cualquier nivel del sistema límbico, el hipotálamo, que participa tanto en la activación de afectos positivos como de

negativos en cuanto a la regulación de las reacciones de ataque y fuga y de la excitación sexual, o el núcleo accumbens y el tectum, involucrados en la activación del afecto positivo o bien la amígdala, que está implicada en la activación de afectos negativos como el miedo y la rabia, no pueden ser manipulados por un inmaduro córtex pre-frontal. La integración de afectos positivos y negativos, o el esfuerzo por superar la escisión entre relaciones persecutorias e idealizadas resulta, por lo tanto, mucho más difícil para un adolescente con TLP que para un adulto TLP, teniendo en cuenta la inmadurez prefrontal, o para un adolescente normal, teniendo en cuenta su todavía frágil sentido de la identidad.

Volviendo a la paciente de 17 años que hemos presentado antes, su dificultad puede explicarse en gran parte por disposiciones genéticas y temperamentales relacionadas con una necesidad excesivamente agresiva de activar los afectos y una falta de control cognitivo (“difícil control”) como resultado del predominio de afectos negativos que pueden ser activados o agravados en el contexto de la estructura del cerebro del adolescente y de los cambios hormonales, así como los esfuerzos psicológicos por separarse de su familia y sentirse reforzados por contingencias socio-culturales. Todo esto tiene como consecuencias la impulsividad y la infiltración de la agresión en la sexualidad, así como una excesiva dependencia, desregulación afectiva y patrones interpersonales anormales y una experiencia caótica del propio *self*.

Las implicaciones terapéuticas de estos particulares cambios neurobiológicos son que el terapeuta tiene que identificar parámetros claros para contener actuaciones peligrosas mediante un contrato acordado con el adolescente y sus padres, tiene que empatizar con un trabajo interpretativo que empezará con contenidos extratransferenciales antes que transferenciales (los cuales irá trayendo lentamente en el *aquí y ahora*), o dar preferencia a interpretaciones metafóricas para reducir el “calor” o el “miedo” al encuentro inmediato, y finalmente tiene que tolerar fenómenos de resistencia en forma de silencio o sesiones perdidas.

## Proceso de separación e individuación

Otro reto a la hora de tratar adolescentes con TLP respecto los adultos es que el tratamiento tiene que suceder al proceso de separación-individuación. De hecho, a menudo se ha afirmado que los cambios cerebrales y

hormonales que se producen en la adolescencia van dirigidos a empujar al adolescente “fuera del nido”. Por lo tanto, la TFP-A se pone en marcha en el contexto en el cual las dos tareas primarias del adolescente son el desarrollo de una identidad individual y la capacidad para la intimidad.

La formación de una identidad en la adolescencia implica conseguir un *self* autónomo. Desde el nacimiento, el adolescente ha ido acumulando varios aspectos de su personalidad mediante diferentes identificaciones con sus padres, amigos, profesores y otros significantes, y también con su clase social, grupos étnicos o religiosos e identificaciones de género. La adolescencia es el momento donde se vuelven a elaborar estas identificaciones mientras se integra una nueva imagen corporal, sexo, nuevas responsabilidades y planes, un propio sistema ético y se perfeccionan dentro de un todo coherente que funcionará como núcleo del *self* desde el que será apoyado y reconocido por los otros.

La capacidad para la intimidad viene en una fase posterior de la adolescencia y está compuesta por los esfuerzos para separarse de los padres, y llegar a adquirir un *self* autónomo y una independencia. Esto está condicionado por la habilidad de sostener una relación íntima en la que la propia gratificación se compensa satisfaciendo las necesidades del otro. A nivel sexual, como relación está caracterizada por la habilidad de combinar afecto, sexualidad, enamoramiento, así como agresividad y rivalidad, todo en uno. La lucha de los adolescentes con TLP de mantener un fuerte apego sin el miedo a ser rechazado o abstraído por el otro, o como alternativa, la intimidad, no se puede desarrollar en presencia de diferencias y conflictos.

Las implicaciones terapéuticas de la necesidad de que se de el proceso normal de separación-individuación hacen que mientras el terapeuta tiene que centrarse en la resolución del síndrome de la difusión de la identidad, es decir, en la integración del concepto de *self* y de los otros significantes, o en la integración de disposiciones afectivas extremas escindidas y el correspondiente éxito de la modulación y maduración de las respuestas afectivas, tiene que mantener mentalmente la realidad de las luchas psicológicas y los objetivos de la adolescencia. En otras palabras, uno de los objetivos más importantes de la TFP-A es la integración de sistemas afectivos complejos, que implican agresión, sexualidad, dependencia, autonomía, a la luz del estudio de significados personales implicados en la activación de estos estados

afectivos y relaciones de objeto activadas en contenidos transferenciales y extratransferenciales.

Presentaremos ahora estrategias específicas de la TFP-A que representan la especificidad de esta fase evolutiva.

### Estrategias de la TFP-A

Las estrategias del tratamiento tienen que ir al servicio de los objetivos a largo plazo, que conduzcan a la integración del *self* escindido internalizado con otras representaciones. Son las líneas que permitirán mantener el foco en la tarea principal, la de trabajar en el mundo interno del adolescente aunque las sesiones terapéuticas o la vida externa sean caóticas.

La estrategia principal en la TFP-A consiste en el análisis de las relaciones idealizadas y persecutorias dominantes que se han (re)activado en la transferencia. La interpretación de estas relaciones de objeto escindidas se basa en la idea de que cada una de ellas refleja una unidad diádica de las representaciones del *self*, una representación de objeto y un afecto dominante vinculado a ellas, y que la activación de estas relaciones diádicas determina la percepción que el paciente tiene de su terapeuta y que se da con rápidos cambios de rol en la transferencia: el adolescente podría identificarse con una representación primitiva del *self* mientras proyecta la relación de objeto correspondiente en el terapeuta, mientras que, diez minutos después, por ejemplo, el adolescente se identifica con la representación de objeto mientras proyecta la representación del *self* en el terapeuta. Implicar el yo observador del adolescente en este fenómeno allana el camino para interpretar los conflictos que guardan estas diadas, y las visiones correspondientes del *self* y de los otros, separadas y exageradas. Hasta que las representaciones no estén integradas en unas más matizadas y moduladas, el adolescente seguirá percibiéndose a sí mismo y a los otros en términos exagerados, distorsionados y rápidamente cambiantes.

Básicamente, las estrategias en la TFP-A son similares a las del tratamiento de adultos, pero en general, los pasos estratégicos de la TFP-A evolucionan más lentamente, y se requiere mucho más tiempo a explorar y clarificar el intercambio entre el *self* y las representaciones de objeto en la transferencia, y un correspondiente ritmo más lento de trabajo a través de mecanismos de defensa primitivos.

La integración del *self* interno escindido con las otras

representaciones de interpretación incluye: 1) clarificación de la comunicación del adolescente, intentando llegar a los límites de la propia consciencia de éste, antes de contribuir con adicionales observaciones del terapeuta; 2) confrontación, es decir, explorar con tacto las contradicciones en la comunicación del adolescente, incluyendo su lenguaje no verbal; 3) la interpretación propiamente dicha, es decir, la formulación de hipótesis acerca de las implicaciones inconscientes de lo que ha sido clarificado i confrontado: primero, en los significados inconscientes en el *allí y entonces*, y después, acerca de los significados inconscientes del *aquí y ahora*.

Para poder hacer este complejo trabajo de analizar las relaciones persecutorias e idealizadas dominantes activadas en la transferencia, y especialmente con el adolescente, es importante establecer límites muy claros y condiciones para el tratamiento, ya que en la terapia se define una relación “normal” que inmediatamente entra en contraste con las distorsiones derivadas de la activación de transferencias primitivas. Esto lleva a la discusión de otras estrategias usadas por el terapeuta al servicio de crear las condiciones necesarias para el uso de la interpretación de la transferencia.

## Valoración

Una valoración diagnóstica meticulosa es una precondición esencial para la indicación del tratamiento. Esta valoración debe incluir la exploración de la sintomatología del adolescente, comportamiento y procesos evolutivos, incluyendo la de cómo los padres contribuyen a los conflictos, así como a sus conductas y síntomas. El funcionamiento del adolescente en la escuela y en las relaciones sociales, así como las influencias del entorno potencialmente traumatizante, también deben valorarse.

Sin embargo, una de las contribuciones más originales e ingeniosas de Kernberg es la de proponer un enfoque para valorar el nivel de organización de la personalidad y, por extensión, de sus trastornos. Él clasifica la personalidad en la base de la naturaleza de cinco procesos psicológicos clave (a los que llama “estructuras”) que procesan información y afectos, así como síntomas y conductas. Los elementos que componen la estructura de la personalidad son: 1) identidad (tanto el sentido subjetivo del *self* como la experiencia de otros significantes); 2) mecanismos de defensa (maneras típicas de afrontar el estrés externo o los conflictos internos para adaptarse al mundo social); 3) prueba de

realidad perceptiva y social (apreciación de nociones convencionales de la realidad y la capacidad de leer las señales sociales, así como de entender las convenciones sociales); 4) calidad de las relaciones de objeto (comprensión de la naturaleza de las relaciones y la capacidad de establecer mutuos e íntimos apegos prolongados); y 5) funcionamiento moral (conducta ética, ideales y valores). Es la presencia de signos de difusión de la identidad, defensas primitivas (como escisión, idealización/desvalorización, control omnipotente, disociación, negación, etc.), una prueba de realidad conservada, relaciones de objeto pobres e inestables y funcionamiento moral inflexible y persecutorio lo que distingue adolescentes con TLP, en el sentido de que determina la gravedad de la patología o su nivel de funcionamiento, su capacidad para lidiar con la vida y las tareas evolutivas con impulsos instintivos relacionados como agresión, amor, sexualidad y dependencia.

*Entrevista estructural.* El objetivo principal de la entrevista estructural es conseguir de la manera más completa posible un retrato del nivel de funcionamiento del adolescente, así como de la organización de su personalidad. Esto también permite distinguir la confusión de la identidad normal que se da durante la adolescencia de la difusión de la identidad asociada a trastornos de la personalidad.

Las cuatro preguntas arraigadas en la entrevista estructural, “¿qué te trae aquí?”, “¿cuál es la naturaleza de tus dificultades?”, “¿qué esperas del tratamiento?” y “¿dónde estás ahora?”, que solemos preguntar a los adultos con TLP, deben ser transmitidas de manera más cuidadosa y sutil con los adolescentes para no provocar desprecio o rechazo a responder, a modo de reacción defensiva de bochorno e incomodidad causada por su incapacidad de tener un discurso coherente o de tener una valoración razonablemente precisa y matizada de sí mismo y de los demás, por su falta de comprensión, empatía o tacto normal en situaciones interpersonales y por su baja autoestima. Es muy importante que estas intensas emociones y reacciones paranoides sean abordadas con una actitud contenida y genuina del terapeuta para poder llegar a un punto en el que el adolescente se de cuenta de que él puede sacar provecho de la terapia, no sólo sus padres (o su escuela, o sus médicos). La entrevista estructural es una oportunidad para el adolescente de obtener los beneficios que el tratamiento puede darle mediante la experiencia de tener delante una persona que ni le amenaza ni lo juzga, sino que

lo ayuda mediante la clarificación y la confrontación al hablar de sensaciones impensables e impulsos y que le ofrece una interpretación de prueba para sus dificultades. Por ejemplo, un adolescente de 13 años se queja del hecho de que, entre otras cosas, se encuentra con el terapeuta real y no con la “joven y guapa estudiante de doctorado” que antes le hizo las primeras sesiones de prueba. Con la entrevista estructural, entendió que éste es el “cambio” que realmente no pudo tolerar, más que el hecho de encontrarse con una persona diferente, que ésta es la intolerancia que lo convierte en un controlador “consentido” hasta el extremo con sus padres y que hace sufrir a su hermano cuando lo acosa. Aunque el problema es mucho más complejo que esto, al menos este joven paciente fue capaz de reconocer este aspecto narcisista de sí mismo como suficientemente problemático y grave para merecer una exploración.

### Neutralidad técnica

La neutralidad técnica es una actitud terapéutica que implica mantener una equidistancia respecto los aspectos de los conflictos internos del adolescente desde el punto de vista de una “tercera parte excluida”. En otras palabras, la neutralidad técnica implica equidistancia respecto el ello, el superego, el ego actuador y la realidad externa, y una identificación no sólo con la parte observadora del ego del adolescente, sino también con los valores humanísticos generales a favor de la vida, respeto por el individuo, la salud física y el bienestar emocional.

La neutralidad técnica no implica una objetividad fría, rechazadora y desinteresada, sino una manera cálida, interesada, objetiva, a veces humorística o simbólica, de atender a los conflictos internos del paciente. No implica una falta de reacciones contratransferenciales, positivas o negativas, aunque sean intensas, siempre y cuando las intervenciones del terapeuta se den desde un punto donde haya podido recuperar su neutralidad técnica.

En el caso del paciente adolescente, la neutralidad técnica puede abandonarse temporalmente cuando la estructura del tratamiento se ve amenazada, cuando las actuaciones graves amenazan la vida del paciente, de la otra gente o el propio tratamiento. En este caso, el terapeuta debería intervenir desde un encuadre delimitado, y tiene que estar preparado para seguir, durante un tiempo, explorando exhaustivamente las razones por

las que ha tenido que abandonar la neutralidad técnica y el significado de los conflictos que se han activado en este contexto, con la idea de dirigirse gradualmente hacia su restablecimiento analítico e interpretativo.

Las intervenciones delimitadas por el encuadre que implican la casa del paciente, la escuela, o la vida social, pueden provocar complicaciones importantes e inevitables a los esfuerzos del terapeuta para restablecer su posición de neutralidad técnica. Por ejemplo, cuando la conducta sexual del paciente, el abuso de alcohol o de drogas, la conducta antisocial, o problemas legales requieren intervenciones activas por parte de los padres, puede ser particularmente difícil para el terapeuta mantener la estructura del tratamiento. Éste requerirá de enormes esfuerzos para diferenciar sus intervenciones de la conducta autoritaria (e incluso sádica) de los padres. Un equilibrio cuidadoso entre el respeto de la privacidad de la conducta sexual del paciente y la protección de su peligrosa manifestación, el mantenimiento de la confidencialidad mientras se garantizan los límites legales, son los mayores retos que afrontar desde el punto de vista de cuáles son los mínimos movimientos fuera de la neutralidad técnica que pueden proteger el bienestar del paciente y la viabilidad del tratamiento.

### Contrato del encuadre

El potencial para una grave actuación de la transferencia se refleja en situaciones como perder sesiones, esfuerzos generales de interrumpir la terapia por parte del adolescente, conducta provocativa en casa para poner el terapeuta y los padres enfrentados entre ellos, etc. Estas situaciones necesitan ser analizadas en las sesiones y controladas por esfuerzos para mantener la estructura y los límites del tratamiento. Por otro lado, habrá que abordar activamente las diferentes complicaciones emocionales y actuaciones que puedan desarrollarse por parte de los padres.

En algunos casos, la presencia de un beneficio secundario de la enfermedad complica el tratamiento, empeora el pronóstico y requiere de la colaboración de los padres y la escuela para sostener su estructura. Por ejemplo, adolescentes que se sienten “demasiado ansiosos” para ir a la escuela, pero que están perfectamente bien saliendo con los amigos. En otros casos, una pasividad general predominante y esfuerzos para obtener privilegios “a causa de sus dificultades emocionales” proveen al adolescente de la motivación para mantener



sus síntomas. Aquí, el apoyo del terapeuta de un control apropiado de la estructura y las condiciones del tratamiento por parte de los padres resulta adecuado, siempre y cuando éstas se traduzcan en sesiones combinadas paciente-padres-terapeuta, y la reacción transferencial del paciente a las intervenciones del terapeuta se haya explorado minuciosamente.

Sin esta “contención”, el terapeuta no será capaz de abordar la estructura psicológica interna del adolescente ni establecer la posición de neutralidad necesaria para el análisis de la transferencia. En otras palabras, el terapeuta necesita poder pensar libremente sobre el mundo interno del paciente a pesar del manejo de su realidad externa y destructividad o de sus padres.

La idea básica del contrato es la de establecer una especie de plan para abordar las situaciones que podrían poner en peligro el proceso terapéutico o cualquier intento de entender la motivación que se esconde tras conductas problemáticas y síntomas. El proceso tiene el propósito de clarificar para el adolescente para qué sirve la terapia. Esto le asegura que el terapeuta no quiere controlarlo, por lo tanto él viene aquí a entender que faltan piezas en la comprensión que tiene sobre él mismo y que siente curiosidad para aprender de ellas.

El contrato también implica hablar de las condiciones mínimas para que la terapia sea viable. Por ejemplo, con la adolescente anterior de 17 años, decidimos no poner en el contrato sus problemas respecto la conducta alimentaria desde un principio, ya que los atracones estaban bajo control. Sí que pusimos sus pensamientos suicidas, las conductas autolíticas y el uso de drogas. Respecto la frecuencia de la sesión, establecimos que vendría dos veces por semana, ya que estábamos de acuerdo en que el nivel de interferencia de sus dificultades requería un tratamiento intensivo.

*El contrato respecto los padres.* El contrato también requiere acuerdos que implican a los padres, y a veces incluso al colegio y a autoridades legales, además de lo que decidamos con el adolescente. El hecho de que los padres tengan autoridad legal hasta que sea mayor de edad les da el derecho a compartir la comprensión que tenemos de los problemas del adolescente y de estar informados regularmente de su progreso y de la evolución del tratamiento. Sin embargo, el terapeuta tiene que crear un espacio protegido de las intrusiones de los padres donde el adolescente pueda tener la experiencia de autonomía e individuación. La autoridad del terapeuta tiene como límites las paredes de su consulta.

## Apoyo al desarrollo normal

Una estrategia específica de la TFP-A es confrontar con la realidad de los esfuerzos evolutivos y apoyar cualquier intento de afrontar los retos normales de la adolescencia, como liberarse de sus necesidades de dependencia hacia sus figuras primarias de apego, reorientar sus relaciones desde un amplio marco social, lograr madurez sexual e intimidad, experimentar libertad de movimiento y privacidad, ambición de desarrollo, competitividad e independencia económica, así como establecer un código ético y sistemas morales. En esta línea, cualquier conducta regresiva al servicio del desarrollo opuesta a la regresión hacia roles adultoformas o la perseverancia a mantenerse en un nivel infantil serán retenidas.

La confrontación con la realidad de tener que afrontar estos esfuerzos evolutivos es también una estrategia específica, así como la responsabilidad del adolescente en el contrato terapéutico, como tener que ir a la escuela, o como parte de la integración de sistemas afectivos complejos, incluyendo agresión, sexualidad, dependencia y autonomía mediante los procesos interpretativos de estos estados afectivos que se dan cuando se activan en la transferencia.

## Contratransferencia

La activación de relaciones de objeto significativas en las constelaciones transferencia-contratransferencia conduce a la posibilidad de diagnosticar escisiones idealizadas y relaciones persecutorias, y es más difícil y complejo de valorar que en el caso de pacientes límite adultos. A menudo, los procesos transferenciales tempranos se caracterizarán de una manera más bien inespecífica, en actitudes estereotipadas del paciente, representando el enfrentamiento entre el punto de vista convencional de los adolescentes con el de los adultos. Este punto de vista estará representado por el terapeuta y, durante un tiempo significativo, puede ser investido a transformar esta conducta defensiva estereotipada y sus interacciones en unas significativamente personalizadas. Particularmente con adolescentes rebeldes actuadores, el terapeuta podría ser seducido para llegar a un acuerdo con éste, o ser empujado a convertirse en un adulto crítico más. Las distorsiones defensivas estereotípicas de la personalidad del terapeuta y las interacciones, tal y como las percibe el adolescente

según sus estereotipos culturales, podrían necesitar ser explicitadas y elaboradas gradualmente mediante interpretaciones previas de procesos transferenciales más profundos y significativos. El estereotipo incluye el terapeuta como “agente” de los padres, como un adulto “desconocido, peligroso”, así como seductor e hipócrita aterrador, y su tolerancia podría ser interpretada como debilidad o estupidez. Una posición de neutralidad técnica es esencial e incluso compleja.

La fuerte predominancia de mecanismos de defensa primitivos centrados en la escisión, la identificación proyectiva, la negación, el control omnipotente, la idealización primitiva y su devaluación, además de somatizaciones frecuentes, se combina para facilitar la expresión de transferencias dominantes a personas fuera del tratamiento, y requiere, por parte del terapeuta, valorar minuciosamente estos desplazamientos, clarificándolos con detalle antes de referirse a sus comentarios interpretativos directamente a la relación con él.

La continua activación de las reacciones transferenciales del paciente hacia los propios padres contribuirá enormemente a la transformación analítica del punto de vista defensivo que tiene del terapeuta como un indiferenciado “agente a sueldo” de éstos, o como un “luchador por la libertad” idealizado contra ellos, en reconstrucciones específicas de conflictos inconscientes dominantes edípicos o pre-edípicos del pasado. Además, éstos tendrán que ser liberados por el paciente de su punto de vista frecuentemente rígido y estereotipado.

### Desarrollo de las capacidades reflexivas

En las etapas tempranas del tratamiento, puede darse un predominio afectivo de una comunicación del adolescente sobre sus relaciones con los otros significantes en el mundo externo. Esto revela tanto el predominio de las actuaciones como de los mecanismos de escisión, así como las dificultades significativas de los adolescentes con TLP para reflejar sus experiencias emocionales. Pueden presentar poca tolerancia para el análisis directo de su relación con el terapeuta, y escindir reacciones transferenciales positivas manifiestas horas después de la actuación de transferencias negativas con otros objetos y por medio de somatizaciones. El análisis del paciente de las implicaciones emocionales de aquellas relaciones externas prepara el camino para el análisis de la transferencia en una etapa posterior del tratamiento. Utilizar las propias metáforas del adolescente en la

descripción de los conflictos que ha tenido fuera puede servir de puente a conceptos para el análisis de la transferencia.

La exploración minuciosa de las percepciones del paciente acerca de los otros significantes le ayuda a reflejar por qué éstos pueden reaccionar de la manera en que lo hacen, y cómo las reacciones del paciente a estas conductas percibidas pueden ser entendidas y verbalizadas, cosa que provee de un importante material preparatorio para la interpretación de la identificación proyectiva y la actuación en la transferencia.

### Conclusión

La TFP-A es un tratamiento para adolescentes que muestran características de los trastornos graves de la personalidad, ya sean derivadas de la infancia o desencadenadas por cambios neurobiológicos o conflictos propios de la adolescencia. Se ha adaptado de la TFP para los adultos y tiene el mismo objetivo de alcanzar una identidad integrada. Esto se puede hacer mediante la integración de las representaciones opuestas y contradictorias del self y los demás y mediante la modificación de los mecanismos de defensa primitivos. En este modelo de tratamiento, se predice que, con la reducción de la difusión de la identidad, el adolescente conseguirá tener un mejor control de la conducta, aumentará la regulación afectiva, desarrollará relaciones más íntimas y gratificantes con la familia, compañeros o amigos cercanos, e invertirá en las metas escolares y futuras, así como entablará una vida productiva. Sin embargo, para aplicar la TFP a los adolescentes, tendrán que adaptarse estrategias específicas, sobretudo en la fase de valoración, como el contrato con el adolescente y sus padres, la neutralidad técnica, el apoyo al desarrollo normal y el uso de las reacciones contratransferenciales. Un protocolo de investigación para medir su eficacia está siendo implementado en la Universidad Laval (Québec).

*Traducción del inglés de Xavier Costa.*

### Bibliografía

ABBASS A. A., RABUNG S., LEICHSENRING F., REFSETH J. S. Y MIDGLEY N. (2013) Psychodynamic Psychotherapy for Children and Adolescents: A Meta-Analysis of Short-Term Psychodynamic Models. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 52:863-875.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*, Washington, DC.

BELSKY, D. W., CASPI, A., ARSENEAULT, L., BLEIDORN, W., FONAGY, P., GOODMAN, M., HOUTS, R. Y MOFFITT, T. E. (2012). Etiological features of borderline personality related characteristics in a birth cohort of 12-year-old children. *Development and psychopathology*, 24(01), 251-265.

BEST, J. R. Y MILLER, P. H. (2010). A developmental perspective on executive function. *Child Development*, 81, 1641-1660.

CASEY, B. J., JONES, R. M. Y HARE, T. A. (2008). The adolescent brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1124(1), 111-126.

CICCHETTI D. Y ROGOSCH F. A. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 70, 6-20.

CHANEN, A. M. Y KAESS, M. (2012). Developmental pathways to borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports* 14(1), 45-53.

CLARKIN, J. F., LEVY, K. N., LENZENWEGER, M. F. Y KERNBERG, O. F. (2004). The Personality Disorders Institute/Borderline Personality Disorder Research Foundation randomized control trial for borderline personality disorder: rationale, methods, and patient characteristics. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 52-72.

COHEN P., CRAWFORD T. N., JOHNSON J. G. Y KASEN S. (2005). The children in the community study of developmental course of personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 19, 466-486.

DISTEL M. A., MIDDELDORP C. M., TRULL T. J., DEROM C. A., WILLEMSSEN G. Y BOOMSMA D. I. (2011). Life events and borderline personality features: the influence of gene-environment interaction and gene-environment correlation. *Psychological Medicine*, 41, 849-860.

DOERING, S., HÖRZ, S., RENTROP, M., FISCHER-KERN, M., SCHUSTER, P., BENECKE, C. ET AL. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 196(5), 389-395.

KERNBERG, O. F. (2014). Neurobiological correlates of object relations theory: The relationship between neurobiological and psychodynamic development. *International Forum of Psychoanalysis*. Routledge. [ahead of print].

KERNBERG, O. (2012a). Mentalization, Mindfulness,

Insight, Empathy, and Interpretation. En *The Inseparable Nature of Love and Aggression*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, pp 57-79.

KERNBERG, O. (2012b). Identity: Recent Findings and Clinical Implications. En *The Inseparable Nature of Love and Aggression*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, pp 3-30.

KERNBERG, O. (2004). Psychoanalytic Object Relations Theories. En *Contemporary Controversies in Psychoanalytic Theory, Techniques and their Applications* (pp. 26-47). New Haven: Yale University Press.

KERNBERG, O. F. (1984). *Severe personality disorders*. New Haven, CT: Yale University Press.

KERNBERG, O. F. Y CALIGOR, E. (2005). A psychoanalytic theory of personality disorders. In M. F. Lenzenweger y J. F. Clarkin (Eds.), *Major theories of personality disorder* (pp. 114-156). New York, NY: Guilford Press.

KERNBERG, O. F., YEOMAN, F. E., CLARKIN, J. F. Y LEVY, K. N. (2008). Transference Focused Psychotherapy: Overview and Update. *International Journal of Psychoanalysis*, 89, 601-620.

KERNBERG, P. F., WEINER, A. S. Y BARDENSTEIN, K. K. (2000). *Personality Disorders in Children and Adolescents*. New York: Basic Books.

KERNBERG, P. F., HAJAL, F. Y NORMANDIN, L. (1998). Narcissistic personality disorder in adolescent inpatients. Dans E. F. Ronningstam (Ed.) *Disorders of Narcissism* (pp. 437-456). Washington, DC, US: American Psychiatric Press Inc.

KOENIGSBERG H. W., SIEVER L. J., LEE H., PIZZARELLO S., NEW, A. S., GOODMAN M., CHENG H., FLORY J. Y PROHOVNIK I. (2009). Neural correlates of emotion processing in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*. 172(3), 192-199.

LEICHSENRING F., LEIBING E., KRUSE J., NEW, A. S. Y LEWEKE F. (2011). Borderline personality disorder. *Lancet*, 377:74-84.

LENZENWEGER, M. F., CLARKIN, J. F., YEOMANS, F. E., KERNBERG, O. F. Y LEVY, K. N. (2008). Refining the borderline personality disorder phenotype through finite mixture modeling: Implications for classification. *Journal of Personality Disorders*, 22(4), 313-331.

RUOCCO, A. C., AMIRTHAVASAGAM, S. Y ZAKZANIS, K. K. (2012). Amygdala and hippocampal volume reductions as candidate endophenotypes for borderline personality disorder: a meta-analysis of magnetic resonance imaging studies. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 201(3), 245-252.

SILBERSWEIG D., CLARKIN J. F., GOLDSTEIN M., KERNBERG O. F., TUESCHER O., LEVY K. N., BRENDDEL G., PAN H., BEUTEL M., PAVONY M. T., EPSTEIN J., LENZENWEGER M. F., THOMAS K. M., POSNER M. I. Y STERN E. (2007). Failure of frontolimbic inhibitory function in the context of negative emotion in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164(12):1832–1841.

TACKETT J. L., BALSIS S., OLTMANN S. T. F. Y KRUEGER R. F. (2009). A unifying perspective on personality pathology across the life span: developmental considerations for the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Developmental Psychopathology*, 21, 687–713.

TERR, L. C. Y KERNBERG, P. F. (1990). Debate forum—Resolved: Borderline personality disorder exists

in children under twelve. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29, 478–482

ZANARINI, M. C. (Ed.). (2010). Borderline personality disorder. New York: Informa Healthcare.

ZANARINI M. C., HORWOOD J., WOLKE D., WAYLEN A., FITZMAURICE G. Y GRANT B. F. (2011). Prevalence of DSM-IV borderline personality disorder in two community samples: 6,330 English 11-year-olds and 34,653 American adults. *Journal of Personality Disorders*, 25(5):607-19.

ZANARINI M. C., FRANKENBURG F. R., YONG L., RAVIOLA G., REICH D. B., HENNEN J., HUDSON J. I. Y GUNDERSON J. G. (2004). Borderline psychopathology in the first-degree relatives of borderline and axis II comparison probands. *Journal of Personality Disorders*, 18:439–447.