

# Neuropsicoanálisis y clínica<sup>1</sup>

Allan Schore

## Implicancias para las concepciones psicoanalíticas de la psicopatología

Existe evidencia convincente, a partir de un número de disciplinas separadas, respecto de que la psicopatología de formación temprana constituye trastornos del apego y se manifiesta como fallas de la auto-regulación y/o de la regulación interactiva (Grotstein, 1986). De acuerdo a Grotstein, la patología fundamental de estos pacientes, que con frecuencia ponen de manifiesto alguna forma de debilitamiento neurobiológico, puede retrotraerse a una falla del “apego y vinculación suficientemente buenos”. Como consecuencia de una incapacidad para tener acceso a la modulación maternal de sus estados afectivos, Grotstein encontró que los pacientes experimentan una “incapacidad para auto-regularse, para recibir, codificar y procesar los datos de la experiencia emocional de los cuales son objeto” (1990, p. 157) que dura toda la vida. Más allá, parece que la “falta de diferenciación entre el self y el otro es resultado de la semi-permeabilidad de la regulación fisiológica entre infante y madre” (Pipp, 1993, p. 194).

En efecto, las personalidades fronterizas exhiben una incapacidad para auto-regularse y carecen de la capacidad para formar representaciones “estables” del self y del objeto (Grotstein, 1987). Las personalidades narcisistas, aunque están más avanzadas en términos del desarrollo, también exhiben apegos inseguros (Pistole, 1995) y manifiestan un debilitamiento de la regulación de la auto-estima y una perturbación en la representación del self en la relación con los demás (Auerbach, 1990). Tales personalidades nunca logran en términos del desarrollo una organización capaz de generar representaciones simbólicas complejas que contienen información sobre la posibilidad de hacer una transición fuera de los estados negativos inducidos por el estrés. En cambio, frecuentemente acceden a representaciones internas patológicas que codifican un self-en-interacción-con-un-otro-desentonado des-regulado.

Propongo que los indicadores funcionales de esta limitación adaptativa se ponen específicamente de manifiesto en déficits de recuperación de los mecanismos reparativos internos. Esta psicopatología se manifiesta en una capacidad limitada para modular la intensidad y duración de los afectos, en especial de afectos biológicamente primitivos como vergüenza, rabia, excitación,

---

<sup>1</sup> Extractos de diferentes capítulos de *Affect Regulation and the Repair of the Self* (2003, New York: W. W. Norton). Dada su extensión, se ha omitido la bibliografía. Traducción por Ps. André Sassenfeld J.

euforia, asco y pánico-terror, y puede adoptar la forma de trastornos de sub- o de sobre-regulación. Tales déficits a la hora de manejar afectos negativos son más evidentes bajo condiciones desafiantes que exigen flexibilidad conductual y respuestas adaptativas respecto del estrés socioemocional. Esta conceptualización calza bien con los modelos recientes que enfatizan que la pérdida de la capacidad de regular la intensidad de los sentimientos es el efecto más duradero del trauma temprano y la negligencia (van der Kolk & Fisler, 1994) y que esta disfunción se pone de manifiesto en respuestas emocionales más intensas y de mayor duración (Oatley & Jenkins, 1992). Sugiero que estas vulnerabilidades funcionales reflejan debilidades estructurales y defectos en la organización de la corteza orbitofrontal, la estructura neurobiológica regulatoria que está centralmente involucrada en el ajuste o la corrección de las respuestas emocionales.

Durante algún tiempo, el psicoanálisis ha especulado acerca de que los trastornos del desarrollo son reflejo de un defecto de una estructura psíquica interna, pero ha sido incapaz de identificar ese sistema estructural. Creo que el sistema orbital prefrontolímbico es esa estructura psíquica y, más allá, sostengo que cada tipo de trastorno de formación temprana involucra en alguna medida una función límbica prefrontal orbital alterada (Schore, 1996). Los estudios anatómicos destacan la plasticidad evolutiva única de la corteza límbica prefrontal y se ha sugerido que esta propiedad media su "vulnerabilidad preferencial" en los desórdenes psiquiátricos (Barbas, 1995). En efecto, la investigación reciente (en su mayor parte estudios con imaginería cerebral) aportan evidencia de la actividad orbitofrontal dañada en psicopatologías tan diversas como el autismo (Baron-Cohen, 1995), la esquizofrenia (Seidman et al., 1995), la manía (Starkstein, Boston & Robinson, 1988), la depresión unipolar (Mayberg, Lewis, Regenold & Wagner, 1994), los estados fóbicos (Rauch et al., 1995), el trastorno por estrés postraumático (Semple et al., 1992), la adicción a las drogas (Volkow et al., 1991), el alcoholismo (Adams et al., 1995) y los trastornos limítrofes (Goyer, Konicki & Schulz, 1994) y psicopáticos (Lapierre, Braun & Hodgins, 1995) de la personalidad.

### **Implicancias para la teoría clínica psicoanalítica**

Una perspectiva centrada en el psicoanálisis del desarrollo, la psicobiología y la neurobiología enfatiza la importancia de los fenómenos afectivos tempranos, y el paradigma emergente creado por esta integración interdisciplinaria también tiene implicancias significativas para los modelos clínicos del psicoanálisis, cuyo foco primario de estudio ha sido descrito como "el desarrollo y funcionamiento emocional humanos" (Langs & Badalamenti, 1992). En efecto, "la teoría de los afectos está siendo crecientemente reconocida como el candidato más probable para tender un puente entre la teoría clínica y la teoría general en el psicoanálisis" (Spezzano, 1993, p. 39). Krystal (1988) subrayó el principio fundamental según el cual el desarrollo y la maduración de los afectos representan el evento clave en la

infancia. Knapp (1992) argumentó que “La regulación óptima es una meta de la maduración, incluyendo la maduración terapéutica. La dis-regulación es un blanco terapéutico” (p. 247). La psicoterapia de las “detenciones del desarrollo” (Stolorow & Lachmann, 1980) es conceptualizada como estando dirigida hacia la movilización de modalidades fundamentales del desarrollo (Emde, 1980) y hacia la completación de procesos interrumpidos de desarrollo (Gedo, 1979).

En el desarrollo pre-verbal temprano, el infante construye modelos operativos internos de la relación de apego con sus cuidadores y estas representaciones, improntadas permanentemente en circuitos cerebrales en maduración, determinan el enfoque característico del individuo de modulación afectiva a lo largo del resto del ciclo vital. El re-acceso de estos modelos operativos internalizados a la consciencia y su re-evaluación, que Bowlby (1988) sugirió como tarea esencial de la psicoterapia psicoanalítica, son idénticos a la aseveración de Kernberg (1988b) respecto de que las inconscientes y no-verbalmente comunicadas “unidades constituidas por una representación del self, una representación objetal y un estado afectivo que las une son las unidades esenciales de la estructura psíquica, relevantes para la exploración psicoanalítica” (p. 482). Estas representaciones interactivas son almacenadas en el hemisferio derecho, que contiene un sistema representacional afectivo-configuracional y que es dominante para el procesamiento de información emocional.

La relevancia directa de los estudios del desarrollo para el proceso psicoterapéutico deriva de la similitud entre los mecanismos interactivos de transacción emocional en la relación cuidador-infante y en la relación terapeuta-paciente. La esencia del desarrollo está contenida en el concepto de las “influencias recíprocas mutuas” (Schore, 1996). Las comunicaciones emocionales pre-verbales madre-infante que se producen antes de la maduración del hemisferio izquierdo y antes de la aparición de las capacidades verbal-lingüísticas representan transacciones afectivas contingentemente responsivas entre los hemisferios derechos de los integrantes de la díada. Sin embargo, “el flujo no-verbal, pre-racional de expresión que liga al infante con su cuidador sigue siendo a lo largo de toda la vida un medio primario de comunicación afectiva-relacional intuitivamente sentida entre personas” (Orlinsky & Howard, 1986, p. 343). Un infante pequeño funciona de manera fundamentalmente inconsciente y los procesos inconscientes en un niño mayor o adulto pueden ser retrotraídos al funcionamiento primitivo del infante (Fischer & Pipp, 1984). Los procesos inconscientes, por supuesto, se revelan y expresan con la mayor claridad en interacciones transferencia-contratransferencia que se caracterizan, de acuerdo a Stolorow, Brandchaft y Atwood (1987), por una “influencia recíproca mutua”. La declaración de Freud (1958a [1913]) de que “todos poseen en su propio inconsciente un instrumento con el cual pueden interpretar las aserciones del inconsciente de otras personas” (p. 320) y el descubrimiento de Racker (1968) de que “Toda situación transferencial provoca una situación contratransferencial” (p. 137) claramente implican un modelo transaccional de la relación psicoterapéutica.

Eisenstein, Levy y Marmor (1994) describen la importancia, frecuencia y variedad de las comunicaciones no-verbales que se producen entre terapeuta y paciente. Estas comunicaciones se expresan en el tono de voz, expresión facial y postura corporal, fuera del ámbito de consciencia de ambos, pero las reacciones transferenciales y contratransferenciales ocurren en respuesta a estas claves. En efecto, los autores concluyeron que este intercambio no-verbal representa un factor principal en el proceso terapéutico. Demos (1992), desde la perspectiva de la investigación de infantes, nos advierte respecto de que el psicoanálisis “sobrevalora las modalidades verbal y simbólica de representación y subvalora las modalidades no-verbal y pre-simbólica. Coloca el lenguaje en una posición privilegiada como la única fuente confiable de información acerca de la experiencia interior de un otro” (p. 208). En un artículo sobre el papel crítico de los componentes no-verbales en el proceso clínico psicoanalítico, Jacobs (1994) afirmó que dominar el arte de comprender la comunicación no-verbal es “como aprender a convertirse en un observador experto de bebés” (p. 748). Krystal (1988) indicó que el “sistema afectivo no-verbal infantil” continúa operando a lo largo de la vida. Concluyo que un entendimiento más profundo de los mecanismos interactivos de transacción de afectos involucrados en la relación no-verbal e inconsciente de transferencia-contratransferencia representa la frontera del psicoanálisis clínico.

Existe un creciente consenso acerca de que, a pesar de la existencia de un número de perspectivas teóricas distintivas en el psicoanálisis, los conceptos clínicos de transferencia (Wallerstein, 1990) y contratransferencia (Gabbard, 1995) constituyen un terreno común. La clarificación más profunda de los mecanismos que subyacen a estos fenómenos nucleares se convierte, en consecuencia, en una meta importante. En mi libro del año 1994, presenté evidencia multidisciplinaria para apoyar la propuesta de que las interacciones no-verbales de transferencia-contratransferencia que se producen en niveles preconcientes-inconscientes representan comunicaciones de hemisferio derecho-a-hemisferio derecho de estados emocionales de actuación rápida, automáticos, regulados y no regulados entre paciente y terapeuta. La corteza orbitofrontal –íntimamente involucrada en los estados internos, corporales y motivacionales– juega un papel central en este mecanismo interactivo. De hecho, los estudios muestran que media en términos funcionales la capacidad de empatía (Mega & Cumming, 1994) y de inferir los estados de los demás (Baron-Cohen, 1995) y de reflexionar acerca de los propios estados emocionales interiores así como acerca de los de los demás (Povinelli & Preuss, 1995). Más allá, esta área cortical está esencialmente involucrada en el control de la “distribución de la atención hacia contenidos posibles de consciencia” (Goldenberg et al., 1989). Este sistema se expande en la corteza cerebral derecha que es responsable de las manifestaciones de los estados emocionales (Ross, 1984) y de los procesos inconscientes (Galín, 1974; Watt, 1990).

## **Implicancias para un modelo**

## psicoanalítico de la psicoterapia

Un modelo de tratamiento que integra perspectivas evolutivas y clínicas genera hipótesis heurísticas acerca de los mecanismos dinámicos subyacentes que están involucrados en la experiencia psicoterapéutica, en especial aquellos implicados en los “trastornos emocionales primitivos” que caracterizan los daños hemisféricos derechos de formación temprana de las psicopatologías “pre-edípicas” del desarrollo. De particular importancia para el proceso psicoterapéutico son las representaciones de un self-disregulado-en-interacción-con-un-otro-desentonado que se forman de modo temprano, puesto que estas representaciones se convierten en los modelos inconscientes de las relaciones emocionales que median la psicopatología. Tales representaciones están improntadas predominantemente con un afecto primitivo doloroso que la personalidad con daños evolutivos es incapaz de regular en términos intrapersonales o interpersonales. Como resultado de esta limitación, ciertas formas de input externo e interno inductor de afectos son excluidas selectiva y defensivamente del procesamiento consciente.

Un cuerpo de evidencia clínica y experimental indica que todas las formas de psicopatología traen consigo síntomas concomitantes de dis-regulación emocional y que los mecanismos defensivos son, en esencia, formas de estrategias de regulación emocional para evitar, minimizar o transformar los afectos que son demasiado difíciles de tolerar (Cole, Michel & O'Donnell, 1994). No obstante, son justamente estas estrategias de regulación afectiva y esquemas patogénicos de dis-regulación los que deben ser reconocidos y manejados en la matriz de transferencia-contratransferencia. Tales esquemas “aislados” “latentes” son, según Slap y Slap-Shelton (1994), egocéntricos, analógicos y visuales. Son almacenados en el hemisferio visuoespacial derecho, que contiene un sistema representacional analógico (Tucker, 1992) y una modalidad no-verbal de procesamiento que son inaccesibles a los centros de lenguaje del hemisferio izquierdo (Joseph, 1982). De este ámbito que almacena partes escindidas del self también provienen las proyecciones transferenciales que están dirigidas hacia afuera sobre el terapeuta.

La patología de los trastornos del desarrollo formados tempranamente se pone al descubierto con la mayor claridad bajo condiciones estrés interpersonal. Aunque las experiencias tempranas dolorosas están sepultadas en capas profundas del inconsciente, durante el estrés sus efectos se sienten en la superficie, especialmente en la interfaz donde el self interactúa con otros selfs, selfs que son fuentes potenciales de dis-regulación. Un buen ejemplo de esto ocurre durante la repentina ruptura de la alianza terapéutica que acompaña la reacción terapéutica negativa, un empeoramiento regresivo de la condición del paciente que sigue a lo que parece ser un manejo terapéutico adecuado. “Cuando uno les habla con esperanza o expresa satisfacción respecto del progreso del tratamiento, muestran señales de descontento y su condición invariablemente empeora” (Freud, 1961b [1923], p. 39). Sugiero que, en realidad, esto representa el desentonamiento del terapeuta respecto del estado actual del paciente.

¿Cómo podríamos entender los eventos desorganizadores rápidos de este fenómeno clínico? Hoy se piensa que las “calves” críticas generadas por el terapeuta, que son absorbidas y metabolizadas por el paciente, generan la transferencia (Gill, 1982), una activación de unidades existentes de relaciones objetales internalizadas (Kernberg, 1980). Estas claves se asemejan al comportamiento tóxico original de los padres en los momentos afectivos elevados de desentonamiento y son procesadas por el hemisferio derecho del paciente que está preferentemente activado bajo condiciones de estrés (Tucker, Roth, Arneson & Buckingham, 1977). De particular importancia son las claves visuales y auditivas que fueron percibidas durante episodios tempranos de desorganización del self relacionados con la vergüenza-humillación, un elemento común de las historias limítrofes y narcisistas (Schoore, 1991).

Los indicadores faciales de los procesos transferenciales (Krause & Lutolf, 1988) son evaluados con rapidez a partir del rostro del terapeuta en movimientos que se producen primariamente en las regiones en torno a los ojos y a partir de las expresiones prosódicas de la boca (Fridlund, 1991) por parte de los mecanismos corticales derechos del paciente involucrados en la percepción de expresiones no-verbales arraigadas en los estímulos faciales y prosódicos (Blonder, Bower & Heilman, 1991). Tal input genera “una serie de comparaciones analógicas entre las distorsiones por parte del terapeuta (‘alianza fallida’) y las fallas empáticas y distorsiones de los padres” (Watt, 1986, p. 61). Esto inmediatamente activa las relaciones objetales internas patológicas improntadas en el cerebro derecho y las “cogniciones encendidas” (Greenberg & Saffran, 1984), que programan la “teoría encendida de la mente” (Brothers, 1995) del paciente que construye las actitudes evaluativas e intenciones significativas de los demás. Estas representaciones interactivas tempranas codifican expectativas de inminente dis-regulación. Como resultado, el cerebro del paciente repentinamente cambia su dominancia desde una modalidad lineal de procesamiento ligada al hemisferio izquierdo hacia un procesamiento no-lineal ligada al hemisferio derecho.

En efecto, el hemisferio derecho está involucrado en el almacenamiento mnémico de rostros emocionales (Suberi & McKeever, 1977) y se activa durante la evocación de recuerdos autobiográficos (Cimino, , Verfaellie, Bowers & Heilman, 1991) y de la niñez temprana (Horowitz, 1983; Joseph, 1992). El estrés interactivo actual –similar en cuanto a forma a una transacción desentonada y dis-regulada muy temprana– ruptura de manera instantánea el lazo de apego entre paciente y terapeuta. Este repentino destrozamiento de la alianza terapéutica representa, por lo tanto, una reconstrucción de lo que Lichtenberg (1989) llama una “escena modelo” e induce la entrada en la consciencia de un estado caótico asociado con experiencias traumáticas muy tempranas, almacenado en una memoria procedural implícita (Siegel, 1995) y habitualmente protegida por la “amnesia infantil”. Pero ahora, debido al recuerdo dependiente del estado (Bower, 1981), el paciente es conducido a un estado corporal que designa en términos psicobiológicos a un “estado mental temido” (Horowitz, 1987), gatillando con ello una “escisión” (la

evaporación instantánea de la positiva y repentina intensificación de la transferencia negativa). Esta “reacción transferencial maligna” manifestada en una rápida activación e inestabilidad emocionales es reflejo de alteraciones de las regiones límbicas asociadas con hiper- o hipo-activación (McKenna, 1994). Como resultado del subsiguiente rápido escalamiento de intensos afectos negativos, el self se desorganiza sea explosiva sea implosivamente. Los estudios neurobiológicos muestran que la emergencia de afectos fuertes durante la psicoterapia está acompañada de una activación hemisférica derecha aumentada (Hoffman & Goldstein, 1981).

Es importante recordar que este estado afectivo es transmitido dentro de la diada. La resonancia del terapeuta con este estado del cerebro derecho, a su vez, gatilla una “contratransferencia somática” (Lewis, 1992) y estos “marcadores somáticos” (Damasio, 1994) pueden ser respuestas fisiológicas que reciben (o bloquean) las identificaciones proyectivas del paciente que inducen incomodidad. Sander (1992) hizo referencia a una “mutualidad de influencia”, a “un pensamiento que está orientado tanto en torno a la manera en la que las señales del paciente influyen el estado del terapeuta como en torno a cómo las señales del terapeuta influyen el estado del paciente” (p. 583). Este mecanismo dialéctico es especialmente prominente durante las rupturas estresantes de la alianza de trabajo que se producen durante las “puestas en escena [enactments]”, definidas como aquellos “eventos que ocurren al interior de la diada experimentados por ambos participantes como siendo consecuencia de la conducta en el otro” (McLaughlin, 1991, p. 611). Los eventos de aparición rápida y dinámicos de la “reacción terapéutica negativa” son, por lo tanto, una manifestación explícita de la interacción de los patrones transferenciales inconscientes profundos encubiertos del paciente con los patrones contratransferenciales inconscientes profundos encubiertos del clínico.

El proceso de elaboración en este punto es una tentativa diádica de reparación interactiva (Tronick, 1989) y depende mucho de la habilidad del terapeuta para reconocer y regular el afecto negativo en su interior. Ellman (1991) destacó que, aunque el manejo del afecto negativo y la transferencia negativa constituye la parte más difícil del tratamiento, la tolerancia y contención del terapeuta de los estados negativos es un contribuyente importante a la creación de la confianza analítica. La participación del clínico en el proceso de disrupción y reparación (Beebe & Lachmann, 1994) depende y está limitada por su capacidad para tolerar y manejar el estado negativo del paciente que ha gatillado (de modo inconsciente). Esta capacidad de manejo se ve reflejada en la capacidad de autorregular (contener) bajo estrés el afecto negativo proyectado y, con ello, de actuar como regulador interactivo del estado negativo compartido. Al hacerlo, el terapeuta resuena con el estado interno de dis-regulación de la activación del paciente, lo modula, lo comunica de vuelta de manera prosódica en una forma más regulada y, entonces, etiqueta verbalmente sus experiencias de estado.

El paso esencial en este proceso es la capacidad del terapeuta, en un inicio en el nivel no-verbal, para detectar, reconocer, monitorear y auto-regular las alteraciones contratransferenciales estresantes en su estado corporal que son evocadas por la comunicación transferencial del paciente. Al hacerlo, el terapeuta tiene que involucrarse en una "retirada reparativa" –una maniobra auto-reguladora que posibilita un acceso continuado a un estado en el cual el proceso de simbolización puede tener lugar, con ello capacitando al terapeuta para crear un escenario afectivo e imagístico paralelo que resuena con aquel del paciente (Freedman & Lavender, 1997). De acuerdo a estos autores, la presencia o ausencia del reconocimiento del terapeuta respecto de sus señales corporales contratransferenciales y su capacidad para auto-regular la interrupción del estado causado por el paciente literalmente determina si acaso la contratransferencia es destructiva o constructiva, "simbolizadora" o "des-simbolizadora".

En consecuencia, el involucramiento activo de ambos integrantes de la díada en el proceso de interrupción y reparación es absolutamente necesario para el aprendizaje del paciente de que un estado previamente desorganizador del self puede ser regulado (más que seguir siendo dis-regulado) por un objeto externo. Ahora el paciente puede, en la presencia de un objeto reparador, hacer una transición fuera de un estado estresante evitado con anterioridad hacia un estado en el cual puede asociar el estado afectivo no-verbal con el procesamiento verbal. Los investigadores han mostrado que "La capacidad para expresarse a uno mismo a través de palabras durante estados de elevada activación emocional es un logro importante de la auto-regulación" (Dawson, 1994, p. 358). Wolf (1991) sostuvo que, como resultado de un proceso exitoso de reparación, el lazo empático recíproco mutuo entre paciente y terapeuta se vuelve más fuerte y se hace menos vulnerable a las repetidas interrupciones. Y Gedo (1995b) escribió que la elaboración, "el proceso transicional dificultoso mediante el cual se deja gradualmente atrás el recurrir a modalidades anteriores de regulación conductual a favor de medidas adaptativas más eficaces", se logra por medio del "dominio de las intensidades afectivas" (p. 344).

Por lo tanto, los afectos inconscientes y su regulación se convierten en una meta primaria de la psicoterapia de la dinámica pre-edípica, en especial un foco sobre el reconocimiento y la identificación de afectos que nunca fueron interactivamente regulados ni internamente representados en términos evolutivos. Las intervenciones terapéuticas están dirigidas hacia la elevación de las emociones desde un nivel sensoriomotriz pre-simbólico primitivo de experiencia hacia un nivel representacional simbólico maduro, un avance funcional que es mediado por una aumentada flexibilidad de las estructuras de control emocional del paciente. En el trabajo a largo plazo, con la internalización de las funciones regulatorias del terapeuta, el paciente se hace capaz de acceder a una posición auto-reflexiva que puede evaluar la significancia y los significados de una variedad de estados emocionales. Tal como Bach (1985) ha señalado, este logro evolutivo se expresa en la emergencia de una capacidad integrativa de nivel superior, que posibilita "un

acceso libre a recuerdos afectivos de estados alternativos, una especie de consciencia reflexiva super-ordenada que hace posible múltiples perspectivas sobre el self” (p. 179).

Estos avances funcionales son reflejo de alteraciones en las estructuras internas. En la literatura neuropsiquiátrica, Mender (1994) escribió que “el recuerdo psicoanalítico, a través de un re-conocimiento de las fuentes más primitivas e indiferenciadas del potencial humano, puede rejuvenecer nuestro rango de opciones neurobiológicas” (p. 169). Sugiero que la movilización de modalidades fundamentales de desarrollo que se produce en la psicoterapia es reflejo de la organización de alteraciones estructurales en los circuitos límbicos que median en términos neurobiológicos la emergencia de capacidades adaptativas. En los escritos psicoanalíticos, Basch (1988) aseveró que la psicoterapia puede facilitar la alteración y reelaboración de los patrones en el sistema nervioso del paciente que gobiernan cómo este procesa información socioemocional. De hecho, en la actualidad se piensa que específicamente las conexiones corticales y sensoriolímbicas son reelaboradas en la psicoterapia dinámica de largo plazo (McKenna, 1994).

En concordancia con este modelo, Spezzano (1993) propuso que:

La relación analítica sana al atraer hacia sí aquellos métodos de procesamiento y regulación de afectos a los cuales el paciente recurre para la supervivencia psicológica y entonces los transforma. El mecanismo de estas transformaciones es la regulación afectiva de manera mejor dentro del análisis de lo que el paciente lograba con anterioridad y la subsiguiente modificación de aquello que, en el lenguaje clásico del cambio estructural, podrían llamarse las estructuras regulatorias afectivas inconscientes del paciente. (pp. 215-216)

Watt (1986) fue aún más específico –especuló que las conexiones de la corteza frontolímbica derecha (una estructura neurobiológica involucrada en la regulación de afectos primitivos) son específicamente reorganizadas por parte de la experiencia psicoanalítica. De modo llamativo, estas hipótesis acerca de la naturaleza del sistema estructural interno que es alterado en la psicoterapia han sido corroboradas en un estudio con imaginería PET que demuestra que los pacientes manifiestan cambios significativos en la actividad metabólica en la corteza orbitofrontal derecha y en sus conexiones sub-corticales como resultado del tratamiento psicológico exitoso (Schwartz, Stoessel, Baxter, Martin & Phelps, 1996).

Estos resultados son apoyados por un amplio cuerpo de estudios en las neurociencias que indica que, aunque los efectos de las experiencias ambientales se desarrollan con mayor rapidez y extensión en el cerebro en desarrollo que en el cerebro adulto, la capacidad para cambios plásticos dependientes de la experiencia en el sistema nervioso subsiste a lo largo del ciclo vital y, en efecto, que la experiencia es necesaria para el crecimiento pleno del potencial cerebral y conductual (Rosenzweig, 1996). De hecho, existe evidencia respecto de que la corteza límbica prefrontal, más que cualquier otra parte de la corteza cerebral,

retiene las capacidades plásticas del desarrollo temprano. La corteza orbitofrontal, incluso en la adultez, sigue expresando características anatómicas y bioquímicas observadas en la ontogenia, y esto da cuenta de su gran plasticidad e involucramiento en el aprendizaje, la memoria y las interacciones cognitivo-emocionales (Barbas, 1995). Tales hallazgos sugieren que este sistema particular, con su capacidad para utilizar y dirigir la expresión psicobiológica del aprendizaje codificado dentro del sistema límbico (Rossi, 1993), es un lugar crítico de los cambios estructurales psíquicos que son producto de una relación psicoterapéutica de largo plazo y facilitadora del crecimiento.

### **El hemisferio derecho, la teoría del apego y la recepción empática de comunicaciones emocionales inconscientes**

Anteriormente describí un escenario evolutivo óptimo, un escenario que facilita el crecimiento dependiente de la experiencia de un sistema regulatorio eficiente en el hemisferio derecho, que apoya funciones asociadas con el apego seguro. Por otro lado, los entornos que inhiben el crecimiento impactan de modo negativo la ontogenia de sistemas prefrontales auto-regulatorios y generan trastornos del apego, y tales perturbaciones tempranas de la formación de la personalidad son mecanismos de la transmisión de la psicopatología. Recuérdese la conocida predicción de Bowlby (1978) de que “En los campos de la etiología y de la psicopatología, [la teoría del apego] puede ser utilizada para enmarcar hipótesis específicas que relacionan diferentes experiencias familiares con diferentes formas de desorden psiquiátrico y también, posiblemente, con los cambios neurofisiológicos que las acompañan”. Investigación neuropsiquiátrica muy reciente demuestra que un volumen reducido de las áreas prefrontales actúa como “marcador endofenotípico de una disposición a la psicopatología” (Matsui, Gur, Turetsky, Yan & Gur, 2000, p. 155).

En un número de trabajos, he proporcionado evidencia clínica y neurobiológica para mostrar que diversas formas de patologías del apego representan específicamente patrones ineficientes de organización del cerebro derecho, en especial las áreas orbitofrontales derechas (Schore, 1994, 1996, 1997b; véase 2001c para una teoría del trauma). Todas comparten un déficit común: debido al desarrollo obstaculizado del sistema cortical derecho preconscious que decodifica estímulos emocionales a través de respuestas emocionales sentidas efectivas respecto de los estímulos, los individuos con historias pobres de apego manifiestan trastornos de la empatía, la capacidad limitada para percibir los estados emocionales de los demás. Una incapacidad para leer expresiones faciales conduce a una atribución errónea de estados emocionales y a una interpretación errónea de las intenciones de los demás. En consecuencia, existen dificultades en el procesamiento de información socioemocional.

Además de este déficit de la cognición social, el déficit de la auto-regulación se manifiesta en una capacidad limitada para modular la intensidad y duración de los afectos, en especial de afectos biológicamente primitivos como vergüenza, rabia, excitación, euforia, asco, pánico-terror y desesperanza-desesperación. Bajo estrés, tales individuos no experimentan afectos discretos y diferenciados, sino estados difusos, indiferenciados y caóticos acompañados de sensaciones somáticas y viscerales abrumadoras. La capacidad pobre para lo que Fonagy y Target (1997) llamaron “mentalización” lleva a una capacidad restringida para reflexionar sobre los propios estados emocionales. La disfunción cortical derecha está específicamente asociada con alteraciones de la percepción del cuerpo y a la desintegración de la representación del self (Weinberg, 2000). Solms (1996) también describió un mecanismo por medio del cual la desorganización de un hemisferio derecho dañado o deficiente en términos evolutivos está asociada con un “colapso de las representaciones internalizadas del mundo externo”, en el cual “el paciente hace una regresión desde una relación objetal total hacia relaciones objetales parciales” (p. 347), un sello distintivo de los trastornos de la personalidad que se forman de modo temprano.

Existe consenso respecto de que la psicoterapia de estas “detenciones del desarrollo” está dirigida hacia la movilización de modalidades fundamentales del desarrollo (Emde, 1990) y hacia la completación de procesos interrumpidos del desarrollo (Gedo, 1979). Este desarrollo es específicamente desarrollo emocional. Recuérdesse la declaración de Winnicott (1971b) de que el terapeuta debe entender, en un nivel intuitivo, específicamente la historia emocional del paciente: “Con la finalidad de usar la experiencia mutua, uno debe tener *en los propios huesos* una teoría del desarrollo emocional del niño y de la relación del niño con los factores ambientales” (p. 3, cursiva mía).

Con los pacientes, en especial con aquellos que manifiestan patologías del apego que se forman tempranamente y por ende perturbaciones de la auto-regulación, la interacción psicoterapéutica actúa como una relación de apego. Modelos recientes sugieren que la dis-regulación afectiva es un mecanismo fundamental de todos los desórdenes psiquiátricos (Taylor, Bagby & Parker, 1997), que todas las psicoterapias muestran una similitud a la hora de promover la regulación afectiva (Bradley, 2000) y que la meta de la psicoterapia focalizada en el apego es la regulación mutua de la homeostasis afectiva y la reestructuración de las representaciones interactivas codificadas en la memoria implícita-procedural (Amini et al., 1996).

En 1913, Freud proclamó, “Sigue siendo el primer objetivo del tratamiento *apegarlo* [al paciente] al [proceso de análisis] y a la persona del médico” (P. 139). ¿Qué pueden decirnos las ideas actuales acerca del apego como la regulación emocional diádica y la investigación del cerebro derecho sobre este proceso? La relevancia directa de los estudios del desarrollo del apego para el proceso psicoterapéutico deriva de la similitud entre los mecanismos interactivos de transacción emocional de cerebro-derecho-a-cerebro-derecho en la relación de

apego cuidador-infante y en la relación terapéutica clínic-paciente (Schore, 1994, 1997c, 1998d, 1999h, 2002b, 2002e). Un número de autores ha destacado los paralelos directos entre los atributos clínicos de un terapeuta efectivo y las características parentales del cuidador psicobiológicamente entonado intuitivo de un niño con apego seguro (p. ej., Dozier, Cue & Barnett, 1994; Holmes, 1993a; Sable, 2000, Schore, 1994).

Arraigada en la descripción freudiana de la meta del tratamiento se encuentra la centralidad del concepto del apego para la definición operacional de la alianza terapéutica. Para que se cree una alianza de trabajo, el terapeuta tiene que tener experiencia con encontrarse en un estado de entonamiento vitalizador con el paciente; esto es, los crescendos y decrescendos del paciente (Schore, 1994, 1997c). Los estudios de los procesos empáticos entre la madre “intuitiva” entonada y su infante demuestra que esta *sincronía* afectiva es completamente no-verbal y que la resonancia no es tanto con sus estados mentales (cognitivos), sino con sus estados psicobiológicos (afectivo-corporales). De manera similar, el terapeuta intuitivo empático entona psicobiológicamente y resuena con el estado afectivo cambiante del paciente, co-creando con ello junto al paciente un contexto en el cual el clínico puede actuar como regulador de la fisiología del paciente (Amini et al., 1996; Schore, 1994, 1997c).

El hemisferio cortical derecho, que está centralmente involucrado en las funciones de apego, es dominante en la percepción de los estados emocionales de los demás, por medio de un mecanismo cortical posterior derecho involucrado en la percepción de expresiones no-verbales arraigadas en estímulos faciales y prosódicos (Schore, 1994, 1999a). También es dominante en “las experiencias emocionales *subjetivas*” (Wittling & Roschmann, 1993, cursiva mía) y en *la detección de objetos subjetivos* (Atchley & Atchley, 1998, cursiva mía). La “transferencia de afecto” interactiva entre los cerebros derechos de los integrantes de las díadas madre-infante y terapéutica puede describirse, en consecuencia, de la mejor forma como *intersubjetividad*. Así, ¿qué puede decirnos el neuropsicoanálisis actual del desarrollo acerca de la intersubjetividad psicoterapéutica?

El cerebro derecho está centralmente involucrado en las actividades inconscientes y, así como el cerebro izquierdo comunica sus estados a otros cerebros izquierdos por medio de conductas lingüísticas conscientes, el derecho comunica en términos no-verbales sus estados inconscientes a otros cerebros derechos *que están entonados para recibir estas comunicaciones*. Freud (1915) aseveró que “es algo muy llamativo que el inconsciente de un ser humano puede reaccionar respecto del inconsciente de otro, *sin pasar por el consciente*” (p. 194, cursiva mía). También propuso que el terapeuta debe “sintonizar su propio inconsciente como un órgano receptivo hacia el inconsciente transmisor del paciente [...] de este modo, el inconsciente del médico es capaz [...] de reconstruir el inconsciente [del paciente]” (1912, p. 115). Llamó al estado de disposición receptiva “atención parejamente flotante”. Bion (1962b) hizo referencia a la “reverie” o “estado onírico alfa”, implicando claramente un estado del cerebro derecho. En

efecto, Marcus (1997) escribió, “El analista, por medio de la reverie e intuición, escucha con el cerebro derecho directamente el cerebro derecho del analizando” (p. 238).

Este mismo sistema de cerebro-derecho-a-cerebro-derecho fue descrito en la literatura neuropsicológica por Buck (1994) como “comunicación emocional espontánea”:

La comunicación espontánea emplea despliegues expresivos específicos a la especie en el transmisor que, cuando reciben atención, activan pre-entonamientos emocionales y son percibidos de modo directo por el receptor. [...] El “significado” del despliegue es conocido directamente por el receptor. [...] Esta comunicación emocional espontánea constituye una *conversación entre sistemas límbicos*. [...] Es un sistema de comunicación de base biológica que involucra a los organismos individuales directamente unos con otros: los individuos en comunicación espontánea constituyen, literalmente, una *unidad biológica*. (p. 266, cursiva mía)

Buck (1994) enfatizó específicamente la importancia del sistema límbico derecho y localizó este sistema comunicacional emocional espontáneo en el hemisferio derecho, en concordancia con otras investigaciones que indican una lateralización derecha de los gestos espontáneos (Blonder, Burns, Bowers, Moore & Heilman, 1995) y de la comunicación emocional (Blonder, Bowers & Heilman, 1991). Con anterioridad, destacué la especulación de Bowlby (1969a) de que los sentimientos humanos son reconocidos por medio de las expresiones faciales, postura, tono de voz, cambios fisiológicos, ritmo del movimiento y acción incipiente.

En efecto, este proceso del cerebro derecho yace en el corazón de las comunicaciones relacionales no-verbales entre paciente y terapeuta. Lyons-Ruth (2000), integrante del Study Group de Stern (1998a, 1998b), describió la centralidad del “proceso de reconocimiento” que se produce en los “momentos ordinarios del cambio en el tratamiento psicoanalítico”: “[La] mayoría de las transacciones relacionales recurren fuertemente a un sustrato de claves afectivas que proporcionan valencia evaluativa o dirección a cada comunicación relacional, y estas comunicaciones son llevadas a cabo en un nivel implícito de rápidas claves y respuestas que se produce con demasiada rapidez como para una simultánea traducción verbal y reflexión consciente” (pp. 91-92). Recuérdese que el hemisferio derecho reconoce emociones a partir de claves faciales de presentación visual (Adolphs, Damasio, Tranel, Cooper & Damasio, 2000), está especializado para el “aprendizaje implícito” (Hugdahl, 1995) y lleva a cabo evaluaciones dependientes de la valencia y automáticas rápidas (80msec) de las expresiones emocionales faciales (Pizzagalli et al., 1999).

Más allá, el hemisferio derecho utiliza un mecanismo atencional expansivo que se focaliza en características globales (mientras que el izquierdo usa una modalidad restringida que se focaliza en el detalle local; Derryberry & Tucker, 1994), una caracterización que calza con la “atención parejamente flotante” de

Freud. Y, en contraste con la activación de “campos semánticos estrechos” del hemisferio izquierdo, “la codificación semántica gruesa [del hemisferio derecho] es útil para advertir e integrar información semántica *distantemente* relacionada” (Beeman, 1998, p. 279), una función que posibilita el proceso de asociación libre. Bucci (1993) describió la asociación libre como “seguirle la pista a los esquemas no-verbales” por medio del aflojamiento del agarre del sistema verbal sobre el proceso asociativo y de proporcionarle a la modalidad no-verbal la oportunidad de impulsar los sistemas representacionales y expresivos; esto es, por medio de un cambio de la dominancia desde un estado hemisférico izquierdo a un estado hemisférico derecho. De esta manera, tal como describió Freud (1912), el clínico hace uso de “los derivados del inconsciente que le son comunicados para reconstruir el inconsciente, que ha determinado las asociaciones libres del paciente” (p. 116).

He sugerido que, si Freud estaba describiendo cómo el inconsciente puede actuar en calidad de “órgano receptivo”, el concepto kleiniano de la identificación proyectiva (Schore, 2000g, 2002b) intenta ser un modelo de cómo un sistema inconsciente actúa en calidad de “transmisor” y de cómo estas transmisiones entonces influenciarán las funciones receptoras de otra mente inconsciente. Klein propuso que, aunque este proceso primitivo de comunicación entre el inconsciente de una persona y el inconsciente de otra comienza en el desarrollo temprano, se prolonga a lo largo de toda la vida. Estos momentos de comunicación de cerebro-derecho-a-cerebro-derecho representan un alineamiento de lo que Zeddes (2000) denominó la “dimensión no lingüística” del “inconsciente relacional” de terapeuta y de paciente.

Existe consenso creciente acerca de que, a pesar de la existencia de un número de perspectivas teóricas distintivas en el psicoanálisis, los conceptos clínicos de transferencia (Wallerstein, 1990) y contratransferencia (Gabbard, 1995) representan terreno común. En mi trabajo en desarrollo propongo que las interacciones no-verbales de transferencia-contratransferencia que tienen lugar en niveles preconcientes-inconscientes representan comunicaciones de cerebro-derecho-a-cerebro-derecho de estados emocionales de actuación rápida, automáticos, regulados y dis-regulados entre paciente y terapeuta. Los eventos transferenciales claramente se producen durante momentos de activación emocional y los estudios neurobiológicos recientes indican que “la atención se ve alterada durante la activación emocional de manera que existe una sensibilidad incrementada respecto de claves relacionadas con el estado emocional presente” (Lane, Chua & Dolan, 1999, p. 968).

La investigación psicoanalítica destaca el papel de “expresiones faciales fugaces” que actúan como indicadores de procesos transferenciales y contratransferenciales (Andersen, Reznik & Manzella, 1996; Krause & Lutolf, 1988; Schore, 1994, 1998d). Estas claves son evaluadas de modo no consciente a partir de movimientos que se producen primariamente en las regiones en torno a los ojos y a partir de expresiones prosódicas de la boca (Fridlund, 1991). Debido a que la

transferencia-contratransferencia es un proceso recíproco, las “expresiones de afecto” facialmente comunicadas que reflejan cambios en el estado interno son comunicadas con rapidez y procesadas en términos perceptuales en el seno del diálogo terapéutico afectivamente sincronizado. Este hallazgo es relevante para el “proceso recíproco”, descrito por J. Munder Ross (1999), en el cual el terapeuta tiene acceso a “la estimulación subliminal [...] que emana del paciente” (p. 95). De hecho, estas mismas claves visuales y auditivas comunicadas de manera espontánea y percibidas de modo no consciente representan “el borde intrapsíquico del mundo objetual, el borde perceptual de la transferencia” (Smith, 1990, p. 225).

Un sistema self-selfobjeto de comunicaciones transferenciales-contratransferenciales afectivas espontáneas sólo puede crearse en un estado receptivo de dominancia hemisférica derecha en el cual “un self privado” se está comunicando con otro “self privado”. Fosshage (1994), un psicólogo de orientación kohutiana, advirtió que cuando la dimensión de búsqueda del selfobjeto está en el primer plano, el analista debe *resonar* en las capas más profundas de su personalidad para estar suficientemente disponible respecto de las necesidades evolutivas y auto-regulatorias del paciente. En otras palabras, un estado de resonancia existe cuando la subjetividad del terapeuta está empáticamente entonada con el estado interno del paciente (un estado que puede ser inconsciente para el paciente), y esta *resonancia* entonces amplifica en términos interactivos, tanto en cuanto a intensidad como en cuanto a duración, el estado afectivo *en ambos integrantes de la díada*. Sander (1992) afirmó que los “momentos de encuentro” entre paciente y terapeuta se producen cuando existen especificidades que calzan entre dos sistemas en *resonancia*, entonados uno con el otro. Loewald (1986) describió “resonancias entre los inconscientes de paciente y analista”.

En la actualidad, se piensa que los fenómenos de *resonancia* juegan uno de los papeles más importantes en la organización del cerebro y en los procesos regulatorios del sistema nervioso central (SNC) (Schore, 2000e, 2002b). Aunque este principio habitualmente se aplica a la *sincronización* de procesos dentro de diferentes partes de un cerebro completo, he sugerido que también describe los fenómenos de resonancia que ocurren entre dos cerebros derechos de la díada madre-infante entonada en términos psicobiológicos. Por lo tanto, esto también puede aplicarse a los momentos en el interior del proceso de tratamiento cuando dos cerebros derechos, dos “mentes derechas” inconscientes que procesan emociones en el seno de la díada terapéutica, están comunicándose y están en *resonancia*. Kantrowitz (1999) sugirió que “es en el ámbito de la comunicación preconscious que el entretrejimiento de los fenómenos intrapsíquicos e interpersonales se hace evidente” y enfatizó la importancia del “entonamiento y la *resonancia*” (p. 72, cursiva mía).

Esto conduce a las siguientes proposiciones: la *resonancia* empática resulta del *entonamiento* diádico, e induce una *sincronización* de patrones de activación de ambos hemisferios derechos de la díada terapéutica. El *desentonamiento* es gatillado

por una falta de calce y describe un contexto de *des-sincronización* estresante entre y una des-estabilización dentro de sus cerebros derechos. El *re-entonamiento* interactivo induce una *re-sincronización* de los estados de sus cerebros derechos. Estos cambios de estado cerebral ocurren rápidamente en niveles por debajo de la consciencia. Dicho de otro modo, los dos sistemas cerebrales derechos que procesan información inconsciente relacionada con el apego en el interior del campo intersubjetivo co-construido de paciente y terapeuta son temporalmente co-activados y acoplados, desactivados y desacoplados o reactivados y reacoplados. Las mentes y cuerpos inconscientes de dos sistemas del self se conectan y co-regulan, se desconectan y auto-regulan y se reconectan y vuelven a regular mutuamente su actividad. Recuérdese que la auto-regulación [self-regulation] se produce a través de dos modalidades, auto-regulación [auto-regulation] mediante procesos de una “psicología uni-personal” o regulación interactiva mediante una “psicología de dos personas”.

### **Implicancias de un modelo psiconeurobiológico del desarrollo emocional para la práctica clínica**

Con aún mayor especificidad, durante el tratamiento el terapeuta empático está prestando atención conscientemente a las verbalizaciones del paciente con la finalidad de diagnosticar *de modo objetivo* y racionalizar la sintomatología de dis-regulación del paciente. Pero también está escuchando e interactuando en otro nivel, un nivel *subjetivo* cercano a la experiencia, un nivel que procesa información socioemocional en niveles por debajo de la consciencia. De acuerdo a Kohut (1971), el clínico empáticamente sumergido está entonado con el flujo y los cambios continuos en los sentimientos y experiencias del paciente. Su “atención oscilante” (Schwaber, 1995) está focalizada en “claves apenas perceptibles que señalizan un cambio de estado” (Sander, 1992) tanto en el paciente como en el terapeuta, y en “conductas no-verbales y cambios en los afectos” (McLaughlin, 1996). El clínico entonado e intuitivo, desde el primer momento de contacto, está aprendiendo acerca de las estructuras no-verbales rítmicas momento-a-momento de los estados internos del paciente y está modificando con relativa flexibilidad y fluidez su propio comportamiento para *sincronizarse* con esa estructura, creando con ello un contexto para la organización de la alianza terapéutica.

Freud (1915) aseveró que el trabajo de la psicoterapia está siempre preocupado de los afectos. Tal vez los progresos clínicos más importantes en este ámbito han provenido de aquellos que trabajan en el “ámbito no-verbal del psicoanálisis” (p. ej., Hollinger, 1999; Jacobs, 1994; Schore, 1994; Schwaber, 1998; Stern et al., 1998a, 1998b). El énfasis actual de los estudios del desarrollo sobre los “momentos afectivos elevados” y en los estudios de la emoción sobre los “momentos presentes de la experiencia” se ve reflejado en la más recientes investigación sobre la psicoterapia, que está explorando “momentos significativos”

en la hora terapéutica. Y la investigación sobre el aprendizaje acerca de la percepción implícita de información afectiva encuentra su eco en el principio clínico según el cual, con la finalidad de que el aprendizaje afectivo implícito tenga lugar, el paciente debe tener una experiencia afectiva vívida del terapeuta (Amini et al., 1996).

La neurobiología también está sumergiéndose en esta temática –los estudios demuestran el involucramiento del hemisferio derecho en el aprendizaje implícito (Hugdahl, 1995) y en los procesos no-verbales (ver Schore, 1994) y del sistema orbitofrontal en el procesamiento implícito (Rolls, 1996) y en el aprendizaje procedural (Rolls, 1996) o ligado a las emociones (Rolls, Hornak, Wade & McGrath, 1994). Tales relaciones estructura-función podrían clarificar de qué manera las alteraciones en lo que Stern y sus colegas (1998) llamaron “conocimiento relacional implícito” no-verbal se encuentran en el corazón del cambio terapéutico. A la luz del rol central del sistema límbico tanto en las funciones de apego como en la “organización de aprendizajes nuevos”, la experiencia emocional correctiva de la psicoterapia, que es capaz de alterar los patrones de apego, tiene que involucrar un aprendizaje límbico inconsciente del cerebro derecho.

Pero una perspectiva diádica-transaccional no sólo implica un examen más detallado de la dinámica emocional del paciente, sino también traer a un primer plano *las emociones del terapeuta* y su estructura de personalidad. Durante un encuentro terapéutico afectivo, el terapeuta está describiendo su estado de ánimo psicobiológico y las impresiones contratransferenciales que las comunicaciones transferenciales inconscientes del paciente dejan en este. Estas se expresan en momentos afectivos clínicos elevados, cuando los modelos operativos internos del paciente son accedidos, revelando con ello las modalidades transferenciales fundamentales del paciente y sus estrategias de regulación afectiva (Schore, 1997c).

Gans (1994) describió la “comprensión cada vez más profunda de la esencia del paciente que puede resultar de los esfuerzos en curso del terapeuta por destilar significados de reacciones causadas o evocadas en él por sus pacientes” (p. 122). Estas reacciones contratransferenciales incluyen “las reacciones viscerales respecto del material del paciente” (Loewald, 1986, p. 278) que experimenta el clínico. Recuérdese que el apego es, fundamentalmente, la regulación ligada al cerebro derecho de la sincronidad biológica entre los organismos y, en consecuencia, la sincronización resonante del terapeuta empático con el modelo operativo interno inconsciente que se activa en el paciente gatilla, en el clínico, el procesamiento procedural de sus respuestas viscerales autonómicas respecto de las comunicaciones no-verbales y no conscientes del paciente. En las transacciones de ruptura y reparación (Beebe & Lachmann, 1994; Lewis, 2000; Schore, 1994), el terapeuta también utiliza sus capacidades auto-regulatorias para modular y contener el estado estresante negativo inducido en él por las comunicaciones de afecto negativo dis-regulado del paciente. El terapeuta psicobiológicamente entonado entonces tiene la oportunidad de actuar como regulador interactivo de afectos del estado dis-regulado del paciente (ver Schore, 2002b). Este modelo

claramente sugiere que el papel del terapeuta es mucho más que interpretar al paciente trastornado en términos de desarrollo sea distorsiones de la transferencia, sea experiencias tempranas no integradas de apego que se producen en momentos incoherentes de la narrativa del paciente.

Es necesario que vayamos más allá de la observación objetiva de la desorganización de las capacidades lingüísticas del cerebro izquierdo por parte de estados del cerebro derecho y la devolución de esto al paciente en interpretaciones orientadas al insight. Más bien, podemos comprometernos de modo directo y por ende regular los procesos ineficientes del cerebro derecho del paciente con nuestros cerebros derechos. Por parte del terapeuta, las interpretaciones más efectivas están basadas en la "consciencia [del clínico] de sus propias respuestas físicas, emocionales e ideacionales respecto de los mensajes escondidos del paciente" (Boyer, 1990, p. 304). Por parte del paciente, las "comprensiones más correctas" pueden ser utilizadas por el paciente "sólo si el analista está entonado con el estado del paciente en el momento en el que la interpretación se ofrece" (Friedman & Moskowitz, 1997, p. xxi). Esta regulación interactiva permite a la diada sostener y amplificar de manera interactiva estímulos afectivos internos por suficiente tiempo como para que estos sean reconocidos, regulados, etiquetados y significados. Este es un contexto interactivo que apoya una experiencia emocional correctiva.

A la luz de la observación de que "la contención física de la experiencia disociada del paciente por parte del terapeuta tiene que *preceder* a su procesamiento verbal" (Dosamantes, 1992, p. 362), la regulación interactiva del estado del paciente lo capacita para empezar a etiquetar verbalmente la experiencia afectiva. En un "diálogo genuino" con el terapeuta, el paciente pone en una palabra interior y a continuación en una palabra hablada lo que necesita decir en un momento particular pero que aún no posee en el lenguaje. Pero el paciente tiene que experimentar que esta descripción verbal de un estado interno es escuchada, sentida y atestiguada por un otro empático. De este modo, los aspectos emocionalmente responsivos de las intervenciones del terapeuta son transformadores para el paciente.

Esta experiencia terapéutica focalizada en términos afectivos puede literalmente alterar el sistema orbitofrontal. Un estudio con imaginería por resonancia magnética funcional llevado a cabo por Hariri, Bookheimer y Mazziotta (2000) proporcionó evidencia de que específicamente las regiones altas de la corteza prefrontal derecha atenúan las respuestas emocionales en los niveles más básicos en el cerebro, de que tales procesos de modulación son "fundamentales en la mayoría de los métodos psicoterapéuticos modernos", de que esta red neocortical lateralizada es activa a la hora de "modular la experiencia emocional a través de la interpretación y el etiquetamiento de las expresiones emocionales" y de que "esta forma de modulación puede verse obstaculizada en diversos trastornos emocionales y puede proveer la base de las terapias de esos mismos trastornos" (p. 48). Este proceso es un componente central de la organización de la

narrativa terapéutica, de lo que Holmes (1993b) llamó convertir “sentimientos crudos en símbolos” (p. 150). Recuérdese que la misma “red neocortical” que “modula el sistema límbico” es idéntica al sistema orbitofrontal de lateralización derecha que regula la dinámica del apego.

Como resultado de tal modulación, la experiencia afectivamente cargada pero ahora regulada del cerebro derecho del paciente puede entonces ser comunicada al cerebro izquierdo para posterior procesamiento. Este efecto, que debe seguir una secuencia temporal de cerebro-derecho-después-cerebro-izquierdo, posibilita el desarrollo de símbolos lingüísticos para representar el *significado* de una experiencia, *mientras uno está sintiendo y percibiendo la emoción generada por la experiencia*. El hemisferio izquierdo objetivo ahora puede co-procesar las comunicaciones subjetivas del cerebro derecho, y esto hace posible una ligazón de los dominios representacionales no-verbal implícito y verbal explícito. Esto a su vez facilita la “evolución de los afectos desde su forma temprana, en la cual son experimentados como sensaciones corporales, hacia estados subjetivos que pueden gradualmente ser articulados en términos verbales” (Stolorow & Atwood, 1992, p. 42). El paciente puede reflexionar no sólo acerca de qué información externa está afectivamente cargada y es por ende significativa en términos personales, sino acerca de cómo se siente somáticamente y de cómo es procesada cognitivamente por su sistema auto-regulatorio.

La búsqueda de significado no se encuentra, por lo tanto, en el contenido sino en el mismo proceso de sentir y comunicar estados emocionales. En un contexto terapéutico facilitador del crecimiento, el significado no es singularmente descubierto, sino diádicamente creado. La focalización en niveles por debajo y por sobre la consciencia no tanto en las cogniciones como en las sutiles o abruptas subidas y bajadas de los estados afectivos y en los ritmos de entonamiento, desentonamiento y re-entonamiento en el seno de la diada terapéutica, nos permite comprender los eventos dinámicos que se producen en el interior de lo que Holmes (1993b) denominó “el encuentro espontáneo de dos soledades”. Los mecanismos esenciales que regulan, en tiempo real, las conexiones, desconexiones y reconexiones de los mundos internos del paciente y del terapeuta son mediados por las transacciones de la transferencia-contratransferencia no-verbal.

Brown (1993) afirmó que el proceso del desarrollo emocional, tal como continúa en la adultez, trae consigo el potencial de observar y entender los procesos de nuestras propias mentes: “El desarrollo afectivo adulto es el potencial de auto-observación y reflexión sobre los mismos procesos del funcionamiento mental” (p. 42). Esto involucra no simplemente el contenido afectivo de la experiencia, sino de los mismos procesos por medio de los cuales los afectos entran en la experiencia –cómo son experimentados por el self y qué informa al self acerca de su relación con la realidad interna y externa. Tal como advirtió Brown, “La psicoterapia es un medio del desarrollo afectivo adulto en el sentido de que sirve al propósito de la reflexión consciente disciplinada sobre los procesos afectivos” (p. 56).

Sugiero que Brown estaba describiendo una progresión evolutiva en las estructuras psíquicas internas del paciente, a saber, el sistema orbitofrontal que lleva a cabo funciones centrales para la regulación afectiva (Davidson, Putnam & Larson, 2000; Schore, 1994). Esto –“la parte pensante del cerebro emocional” (Goleman, 1995)– actúa para “integrar y asignar significancia emocional-motivacional a las impresiones cognitivas; la asociación de la emoción con ideas y pensamientos” (Joseph, 1996) y en “el procesamiento de significados relacionados con los afectos” (Teasdale et al., 1999). Debido a que su actividad está asociada con un umbral menor para la consciencia de sensaciones de origen tanto externo como interno, funciona como una “agencia interna que reflexiona y organiza” (Kaplan-Solms & Solms, 1996). Este rol orbitofrontal en la “consciencia auto-reflexiva” (Stuss et al., 1992) permite al individuo reflexionar sobre sus propios estados emocionales interiores, como acerca de los estados emocionales de los demás (Povinelli & Preuss, 1995). Más allá, a la luz del interés reciente de las neurociencias en “el ojo de la mente” (Kawashima et al., 1995), propongo que las operaciones psicobiológicas del sistema orbitofrontal derecho representan el “lente subjetivo del ojo de la mente”.

Es importante notar que el hemisferio derecho vuelve a fases de crecimiento a lo largo del ciclo vital (Schore, 1999a, 2002b, 2002e; Thatcher, 1994) y que la corteza orbitofrontal retiene la capacidad de plasticidad en la vida posterior (Barbas, 1995), permitiendo con ello la maduración continuada dependiente de la experiencia de un sistema regulatorio frontal derecho más eficiente y flexible en el seno del entorno facilitador del crecimiento de una relación terapéutica reguladora de afectos. Aunque el tratamiento de corto plazo puede permitir al paciente retornar a un patrón premórbido re-regulado de apego, en el tratamiento de largo plazo este desarrollo neurobiológico puede mediar una expansión de la mente derecha inconsciente del paciente y la transformación de un apego inseguro en un apego “seguro merecido” (Phelps, Belsky & Crnic, 1998).

La literatura sobre infantes claramente demuestra que la naturaleza de las experiencias afectivas de la madre impulsadas por el cerebro derecho influencia de modo poderoso los afectos que reconoce y con los que entona en su niño. Este principio fundamental también se puede aplicar a la relación terapéutica. El uso de su propio self por parte del terapeuta en el proceso de tratamiento de influencias mutuas recíprocas se expresa en su papel crítico como monitor y regulador de los afectos de los estados psicobiológicos internos cambiantes del paciente. Los ciclos de organización, desorganización y reorganización del campo intersubjetivo se produce de manera repetida en el proceso de tratamiento. Nuestra propia capacidad para “entrar en el estado emocional del otro” depende de nuestra capacidad para tolerar intensidades y duraciones variables de los estados contratransferenciales marcados por afectos positivos discretos, tales como alegría y excitación, y por afectos negativos, tales como vergüenza, asco y terror. Este rango de nuestra tolerancia afectiva es en gran medida producto de nuestra propia historia única de tempranos diálogos de apego emocionalmente cargados e

indeleblemente improntados, puesto que son estas experiencias interactivas primordiales lo que influencia de forma profunda el origen del self. Debido a esta razón, creo que la psicoterapia personal es un pre-requisito para cualquiera que entra en el campo.

En una contribución creativa, Holmes subrayó que nuestros mecanismos de seguridad están biológicamente programados y no necesitan llegar a la consciencia para ser activados y que estos mecanismos, que adoptan forma a través de los apegos tempranos, proporcionan un “sistema inmunológico psicológico”. Holmes (2002) afirmó,

Así como el experto en enfermedades tropicales necesita estar inmunizado respecto de los organismos que probablemente encontrará, la terapia personal para los terapeutas puede ser vista como proceso de inmunización, no sólo para protegerlos y proteger a sus pacientes de sí mismos, sino también para ampliar el rango de experiencia al que los terapeutas pueden entonces recurrir a la hora de trabajar con sus clientes. (p. 4)

Un modelo psiconeurobiológico de las comunicaciones de apego entre paciente y terapeuta indica que, con la finalidad de crear una alianza óptima de trabajo, el terapeuta tiene que acceder de modo oportuno tanto a sus propias respuestas implícitas subjetivas, inconscientes e intuitivas como a su conocimiento explícito objetivo, consciente, racional y de base teórica en el trabajo (Renik, 1998). Estas aplicaciones de los avances en el psicoanálisis del desarrollo y en el neuropsicoanálisis a los modelos terapéuticos teóricos y clínicos de orientación psicoanalítica apoya la aseveración de Bowlby (1991a), en sus últimos escritos, respecto de que “claramente la mejor terapia es realizada por el terapeuta que es intuitivo de modo natural y que además está guiado por la teoría apropiada” (p. 16).

Desde la perspectiva de las neurociencias cognitivas y sociales, la intuición está actualmente siendo definida como “la experiencia subjetiva asociada con el uso de conocimientos adquiridos por medio del aprendizaje implícito” (Lieberman, 2000, p. 109). Recuérdese que los procesos del hemisferio derecho son centrales en el aprendizaje implícito y que la psicoterapia, en esencia, altera y expande el conocimiento relacional implícito. Pero a la luz de la naturaleza diádica intrínseca del apego, esta expansión ocurre en el cerebro/mente/cuerpo de paciente y terapeuta. En su último trabajo, Bowlby (1991b) describió el proceso terapéutico como una “exploración conjunta”. Un modelo del apego fundamentado tanto en la biología como en el psicoanálisis da cuenta, por lo tanto, de cómo una relación terapéutica exitosa puede actuar como contexto interactivo de regulación afectiva que optimiza el crecimiento de dos “mentes en proceso de desarrollo”; esto es, aumenta en cuanto a complejidad en las mentes derechas inconscientes de paciente y terapeuta que se desarrollan de modo continuo.