

El cerebro derecho domina en la psicoterapia

Allan N. Schore

Universidad de California-Los Ángeles, Facultad de Medicina David Geffen

Este artículo analiza cómo los estudios recientes sobre el cerebro derecho, que es dominante para el procesamiento implícito, no verbal, intuitivo y holístico de la información emocional y las interacciones sociales, pueden dilucidar los mecanismos neurobiológicos que subyacen a los fundamentos relacionales de la psicoterapia. Utilizando la perspectiva neurobiológica interpersonal de la teoría de la regulación, describo el papel fundamental del cerebro derecho en desarrollo temprano en los procesos relacionales, a lo largo de toda la vida. Presento evidencia interdisciplinaria que documenta las funciones del cerebro derecho en los procesos de apego temprano, en las comunicaciones emocionales dentro de la alianza terapéutica, en las representaciones terapéuticas mutuas y en los procesos de cambio terapéutico. Este trabajo destaca el hecho de que el énfasis actual en los procesos relacionales es compartido por la psicología y la neurociencia, y las transforma, con importantes consecuencias para los modelos psicológicos clínicos del cambio psicoterapéutico.

Palabras clave: regulación del afecto, apego, cerebro derecho

En 2009, la Asociación Americana de Psicología me invitó a ofrecer una conferencia plenaria, "El cambio de paradigma: El cerebro derecho y el inconsciente relacional". De hecho, fue una de las primeras veces que un miembro de la APA que ejercía su profesión de forma independiente, y un clínico que también estaba formado psicoanalíticamente, pronunció una conferencia plenaria. Citando 15 años de mi investigación interdisciplinaria, argumenté que se estaba produciendo un cambio de paradigma no sólo dentro de la psicología sino también entre las disciplinas, y que la psicología necesitaba ahora entrar en un diálogo más intenso con sus ciencias biológicas y médicas vecinas. Hice hincapié en la relevancia de la neurociencia afectiva y del desarrollo (más que la neurociencia cognitiva) para la psicología clínica y anormal. Y así informé de que tanto los clínicos como los investigadores estaban cambiando el enfoque de la cognición consciente explícita del cerebro izquierdo a las funciones emocionales y relacionales inconscientes implícitas del cerebro derecho (Schore, 2009). Sólo unos años antes, la APA articuló explícitamente su nuevo énfasis en los fundamentos relacionales de la psicoterapia. En 2006, el Grupo de Trabajo Presidencial de la APA sobre la Práctica Basada en la Evidencia declaró audazmente-

Un aspecto central de la experiencia clínica es la habilidad interpersonal, que se manifiesta en la formación de una relación terapéutica, en la codificación y decodificación de las respuestas verbales y no verbales, en la creación de expectativas realistas pero positivas, y en la respuesta empática a las experiencias y preocupaciones explícitas e implícitas del paciente. (p. 277)

Esta tendencia relacional en la psicoterapia había evolucionado en gran medida a partir de las contribuciones seminales de los clínicos psicodinámicos, incluyendo a Sullivan(1953), Kohut(1971), Mitchell(1988), y más recientemente, Bromberg(2011).

Allan N. Schore, Departamento de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento, Escuela de Medicina David Geffen de la Universidad de California en Los Ángeles. La correspondencia relativa a este artículo debe dirigirse a Allan N. Schore, Department of Psychiatry and Biobehavioral Sciences, University of California at Los Angeles David Geffen School of Medicine, 9817 Sylvia Avenue, Northridge, CA 91324. Correo electrónico: aschore@ucla.edu

Durante este mismo tiempo, en paralelo a los avances psicológicos en psicoterapia, el cambio de paradigma hacia una "psicología de dos personas" relacional también había progresado dentro de la neurociencia, especialmente en la disciplina de la neurobiología interpersonal. En este artículo, resumo brevemente mi trabajo en ese campo, utilizando la perspectiva relacional de la teoría de la regulación (Schore, 1994, 2003a,b, 2012) para modelar el desarrollo, la psicopatogénesis y el tratamiento del Self subjetivo implícito. Este trabajo interdisciplinario integra la psicología y la biología para comprender más profundamente cómo las experiencias relacionales, para bien o para mal, impactan en el desarrollo temprano de la estructura psíquica y el Self subjetivo emergente, y cómo estas estructuras se expresan en todas las etapas posteriores de la vida, especialmente en contextos psicoterapéuticos. Mis estudios siguen describiendo el papel fundamental del cerebro derecho en su desarrollo temprano en los procesos relacionales. A continuación, presento modelos neurobiológicos interpersonales del apego en el desarrollo temprano, en la alianza terapéutica, en las representaciones terapéuticas mutuas y en los procesos de cambio terapéutico. Este trabajo destaca el hecho de que el énfasis actual en los procesos relacionales es compartido por la psicología y la neurociencia, y las transforma, con importantes consecuencias para los modelos psicológicos del cambio psicoterapéutico. Uno de los principales objetivos de la teoría de la regulación es construir más modelos teóricos complejos que pueden generar tanto investigaciones experimentales heurísticas como formulaciones clínicamente relevantes del desarrollo social-emocional humano. Mis estudios sobre la neurobiología del apego indican que las comunicaciones relacionales entre la madre y el bebé se producen rápidamente, por debajo de los niveles de conciencia, mientras que mi investigación sobre el neuropsicoanálisis del desarrollo describe la evolución temprana de un "inconsciente relacional" y un "cerebro social" lateralizado a la derecha que representa el sustrato biológico del inconsciente humano. Un gran número de estudios sobre la lateralidad del cerebro confirma ahora el principio de que "el lado izquierdo está implicado en la respuesta consciente y el derecho en la mente inconsciente" (Mlot, 1998, p. 1006). La teoría de la regulación, por lo tanto, apoya firmemente los modelos psicodinámicos de psicoterapia que están evolucionando actualmente, especialmente en el tratamiento de los traumas de apego de formación temprana. (En todo momento, para el

propósito de este artículo, el término "psicodinámico" puede equipararse a "psicoanalítico", y "psicoterapeuta" a "analista").

Neurobiología interpersonal del apego: La regulación interactiva y la maduración del cerebro derecho

Uno de los principales factores que contribuyen a la actual tendencia relacional se deriva de los recientes avances en la teoría del apego, que es ahora la teoría más influyente del desarrollo socio-emocional temprano de que dispone la ciencia. Siguiendo las contribuciones seminales de John Bowlby (1969), durante las últimas dos décadas he utilizado una perspectiva relacional interdisciplinaria para describir e integrar los procesos psicológicos y biológicos del desarrollo que subyacen a la formación de un vínculo de apego de comunicación emocional entre el bebé y el cuidador principal (Schore, 1994, 2003a,b, 2012). El principio organizador de este trabajo dicta que "la autoorganización del cerebro en desarrollo ocurre en el contexto de una relación con otro Self, otro cerebro" (Schore, 1996, p. 60). El núcleo del modelo es la regulación relacional e interactiva de los afectos, que a su vez influye y da forma a la maduración del cerebro derecho en desarrollo.

La teoría moderna del apego (J. Schore y A. Schore, 2008) es esencialmente una teoría del desarrollo de la regulación del afecto y, por tanto, del desarrollo emocional. Durante los episodios de apego de comunicaciones no verbales visuales-faciales, auditivas-prosódicas y táctiles-gestuales lateralizadas, el cuidador principal regula los estados afectivos positivos y negativos del bebé basados en el cuerpo. La teoría postula que el cableado duro del cerebro derecho en desarrollo del bebé, que es el dominante para el sentido emocional del Self, está influenciado por el afecto implícito (no consciente), de cerebro derecho a cerebro derecho, que comunica y regula las transacciones con la madre. De este modo, el mecanismo evolutivo del vínculo de apego temprano es fundamental para todos los aspectos posteriores del desarrollo humano, especialmente las funciones socioemocionales adaptativas del cerebro derecho, esenciales para la supervivencia (Schore, 1994, 2003a,b, 2012).

En el nivel más fundamental, el mecanismo de apego del hemisferio derecho del cerebro se expresa como una regulación interactiva de la excitación afectiva y autónoma y, por lo tanto, la regulación interpersonal de la sincronización biológica entre los organismos y dentro de ellos. Durante las transacciones de apego diádico, el cuidador primario sensible atiende, percibe (reconoce), valora y regula implícitamente las expresiones no verbales de los estados cada vez más intensos de excitación afectiva positiva y negativa del bebé. A través de estas comunicaciones, la madre regula el sistema nervioso central y autónomo del bebé, que se está desarrollando después del nacimiento. En este diálogo cocreado, la madre "suficientemente buena" y su hijo coconstruyen múltiples ciclos tanto de "sincronía afectiva" que regula el afecto positivo (por ejemplo, alegría-elación, interés-emoción) como de "ruptura y reparación" que regula el afecto negativo (por ejemplo, miedo-terror, tristeza-depresión, vergüenza). Las representaciones internas de las experiencias de apego se imprimen en la memoria procedimental implícita lateral derecha como un modelo de trabajo interno que codifica estrategias no conscientes de regulación del afecto.

Los estados emocionales son regulados inicialmente por otros, pero a lo largo de la infancia se van autorregulando cada vez más como resultado del desarrollo neurofisiológico y de la experiencia vivida. Estas capacidades de adaptación son fundamentales para la aparición de la regulación del Self, la capacidad de regular de forma flexible un conjunto cada vez mayor de la regulación del

Self de los estados psicobiológicos positivos y negativos cargados afectivamente en diferentes contextos relacionales, permitiendo así la asimilación de varios estados emocionales-motivacionales adaptativos en un sistema propio dinámico, coherente e integrado. Las experiencias de apego óptimas que engendran un apego seguro con el cuidador principal facilitan, por tanto, ambos tipos de regulación del Self: la regulación interactiva de las emociones a las que se accede mientras se está subjetivamente comprometido con otros seres humanos en contextos interconectados, y la autorregulación de las emociones activadas mientras se está subjetivamente desvinculado de otros seres humanos en contextos autónomos. La teoría de la regulación define el bienestar emocional como un cambio no consciente pero eficiente y resistente entre estos dos modos (interconexión y autonomía), dependiendo del contexto relacional. Los modelos de trabajo interno del apego codifican estos dos modos de estrategias de regulación del afecto. Recordemos que Bowlby (1969) afirmó que estas representaciones internas del apego operan a niveles por debajo de la conciencia.

A medida que el bebé con apego seguro entra en la primera infancia, sus experiencias de apego visual-facial, auditivo-prosódico y táctil-gestual del cerebro derecho, reguladas de forma interactiva, se integran de forma más holística, permitiendo la aparición de un sentido emocional y corporal implícito (inconsciente) coherente (Schore, 1994). La investigación neurobiológica del desarrollo apoya la hipótesis de que el mecanismo de apego está integrado en las transacciones afectivas entre el cerebro derecho y el cerebro izquierdo de los bebés. Los estudios neurocientíficos con adultos indican ahora claramente que los sistemas prefrontales laterales derechos (y no izquierdos) son responsables de la regulación del afecto y el estrés al más alto nivel en el cerebro (véase Schore, 2013; Schore, 2012 para las referencias). También documentan que en la edad adulta el hemisferio derecho sigue siendo dominante para la afiliación, mientras que el izquierdo apoya la motivación de poder (Kuhl y Kazen, 2008; Quirin et al., 2013).

Además, mi trabajo en el neuropsicoanálisis del desarrollo modela el desarrollo temprano de la mente inconsciente (frente a la formación posterior de la mente consciente). Estos estudios se hacen eco de una premisa básica del psicoanálisis clásico del desarrollo, según la cual el primer contacto relacional se produce entre el inconsciente de la madre y el inconsciente del bebé (Palombo, Bendicseny Koch, 2009; J. Schore, 2012). A lo largo de la vida, la regulación psicobiológica implícita, que opera a niveles no conscientes, apoya las funciones de supervivencia del cerebro derecho, el sustrato biológico del inconsciente humano (Joseph, 1992; Schore, 1994, 2003b, 2012). En consonancia con esta propuesta, Tucker y Moller afirman que "la especialización del hemisferio derecho para la comunicación emocional a través de canales no verbales parece sugerir un dominio de la mente cercano al inconsciente psicoanalítico cargado de motivación" (2007, p. 91). De hecho, cada vez hay más estudios que documentan que el procesamiento inconsciente de la información emocional se subordina principalmente a una ruta subcortical del hemisferio derecho (Gainotti, 2012), que los recuerdos emocionales inconscientes se almacenan en el hemisferio derecho (Gainotti, 2006) y que este hemisferio tiene una función central en el mantenimiento de un sentido del Self coherente, continuo y unificado (Devinsky, 2000; McGilchrist, 2009). Desde la infancia hasta todas las etapas posteriores de la vida, los procesos emocionales espontáneos y de acción rápida del lado derecho son

los principales responsables de que el organismo pueda hacer frente a las tensiones y los desafíos y, por lo tanto, de la resiliencia emocional y el bienestar.

Comunicaciones de apego al cerebro derecho dentro de la alianza terapéutica

La teoría de la regulación dicta que las experiencias socioemocionales tempranas pueden ser predominantemente reguladas o desreguladas, imprimiendo apegos seguros o inseguros. La neurociencia del desarrollo demuestra ahora claramente que todos los niños no son "resistentes" sino "maleables", para bien o para mal (Schore, 2012). En marcado contraste con el escenario de apego que facilita el crecimiento óptimo descrito anteriormente, en un entorno temprano de trauma de apego que inhibe el crecimiento relacional (abuso y/o negligencia), el cuidador principal de un bebé inseguro desorganizado-desorientado induce estados traumáticos de afecto negativo duradero en el niño (Schore, 2001, 2003a). Este cuidador es con demasiada frecuencia emocionalmente inaccesible y reacciona a las expresiones de afectos estresantes de su hijo de forma inconsistente e inapropiada (intrusividad masiva o desentendimiento masivo), y por lo tanto muestra una participación mínima o imprevisible en los procesos relacionales de regulación del arousal. En lugar de modular, induce niveles extremos de estimulación y excitación estresante, muy altos en el abuso y/o muy bajos en la negligencia. Debido a que proporciona poca reparación interactiva, los intensos estados afectivos negativos del bebé son duraderos.

Una gran cantidad de investigaciones destaca ahora el papel central de los apegos inseguros en la psiconeuropatogénesis de todos los trastornos psiquiátricos (Schore, 1996, 2003a, 2012, 2013). Watt (2003) observa: "Si los niños crecen con experiencias dominantes de separación, angustia, miedo y rabia, entonces seguirán una mala vía de desarrollo patogénico, y no es sólo una mala vía psicológica sino una mala vía neurológica" (p. 109). Más concretamente, durante los primeros periodos críticos, las frecuentes historias de apego organizadas y desorganizadas sin reparar se "quemán afectivamente" en el cerebro derecho del bebé en su desarrollo temprano. No sólo las experiencias traumáticas, sino también la defensa contra el trauma abrumador, la disociación, se almacenan en la memoria implícita-procedimental. De este modo, el trauma del apego ("trauma relacional", Schore, 2001) se imprime en los sistemas corticales-subcorticales derechos, codificando modelos de trabajo internos inseguros desorganizados y desorientados a los que se accede de forma no consciente en momentos posteriores de estrés emocional interpersonal. Estos modelos de trabajo inseguros son un foco central de la psicoterapia centrada en los aspectos afectivos de las patologías del Self de formación temprana y los trastornos de la personalidad. En la actualidad existe un consenso de que los déficits en los procesos relacionales del hemisferio derecho y la desregulación afectiva resultante subyacen a todos los trastornos psicológicos y psiquiátricos. Todos los modelos de intervención terapéutica en toda la gama de psicopatologías comparten el objetivo común de intentar mejorar los procesos de autorregulación emocional. La psicoterapia relacional con información neurobiológica para bebés, niños, adolescentes y adultos puede, por tanto, facilitar la plasticidad intrínseca del cerebro derecho.

Recordemos que Bowlby (1988), un psicoanalista, afirmó que la

re evaluación de los modelos de trabajo internos *no conscientes* del apego es un objetivo primordial de cualquier psicoterapia. Estas representaciones interactivas de las experiencias tempranas de apego codifican estrategias de regulación del afecto y

contienen mecanismos de afrontamiento para mantener la regulación básica y el afecto positivo frente a los desafíos ambientales estresantes. Actuando a niveles por debajo de la conciencia, se accede a este modelo de trabajo interno para percibir, valorar y regular la información socioemocional y guiar la acción en entornos interpersonales familiares y especialmente novedosos. La teoría de la regulación dicta que en los "momentos afectivos intensos" (Schore, 2003b), el modelo interno inconsciente de apego del paciente, ya sea seguro o inseguro, se reactiva en la memoria implícita-procedimental lateralizada derecha y se recrea en la relación psicoterapéutica.

A la luz de la similitud de los mecanismos no verbales, intersubjetivos e implícitos de transacción y regulación de las emociones entre el cerebro derecho y el bebé y la relación terapeuta-paciente, los estudios sobre el desarrollo del apego tienen una relevancia directa para el proceso de tratamiento. Desde el primer punto de contacto intersubjetivo, el clínico en sintonía psicobiológica rastrea no sólo el contenido verbal sino las estructuras rítmicas no verbales momento a momento de los estados internos del paciente, y modifica de forma flexible y fluida su propio comportamiento para sincronizarlo con esa estructura, cocreando así con el paciente un contexto facilitador del crecimiento para la organización de la alianza terapéutica. La caracterización de Decety y Chaminade (2003) de las funciones superiores del cerebro derecho es directamente aplicable al contexto relacional psicoterapéutico: "Los estados mentales que son en esencia privados para el Self pueden ser compartidos entre individuos... la conciencia del Self, la empatía, la identificación con los demás y, más generalmente, los procesos intersubjetivos, (y) dependen en gran medida de... los recursos del hemisferio derecho, que son los primeros en desarrollarse" (p. 591). Como el hemisferio derecho es dominante para las experiencias emocionales subjetivas (Wittling y Roschmann, 1993), la comunicación de estados afectivos entre los cerebros derechos de la díada paciente-terapeuta se describe mejor como "intersubjetividad".

De acuerdo con un modelo relacional de psicoterapia, los procesos del hemisferio derecho del cerebro que se activan recíprocamente en ambos lados de la alianza terapéutica son el núcleo del proceso de cambio psicoterapéutico. Estos diálogos clínicos implícitos transmiten mucha más información orgánica esencial que la formación verbal explícita del cerebro izquierdo. Más bien, las interacciones del cerebro derecho "por debajo de las palabras" comunican de forma no verbal información relacional afectiva esencial de base corporal no consciente sobre el mundo interior del paciente (y del terapeuta). Las rápidas comunicaciones entre el "cerebro emocional" lateralizado derecho de cada miembro de la alianza terapéutica permiten que se comparta el "estado propio" en cada momento, un diálogo co-creado, organizado y dinámicamente cambiante de influencia mutua. Bromberg (2011) señala: "Los autoestados son módulos altamente individualizados del ser, cada uno configurado por su propia organización de cogniciones, creencias, afecto dominante y estado de ánimo, acceso a la memoria, habilidades, comportamientos, valores, acción y fisiología reguladora (p. 73)." En esta matriz relacional, ambos miembros de la pareja se ajustan a los contornos dinámicos de diferentes estados emocionales-motivacionales y ajustan simultáneamente su atención social, estimulación y aceleración/desaceleración de la excitación en respuesta a las señales de la pareja.

La teoría de la regulación modela los mecanismos psicobiológicos mutuos que subyacen a cualquier encuentro clínico, sea cual sea el contenido verbal. Lyons-Ruth (2000)

caracteriza los intercambios afectivos que comunican el "conocimiento relacional implícito" dentro de la alianza terapéutica. Observa que la mayoría de las transacciones relacionales se basan en un sustrato de señales afectivas que dan una valencia o dirección evaluativa a cada comunicación relacional. Esto ocurre en un nivel implícito de señalización y respuesta que ocurre demasiado rápido para la transacción verbal y la reflexión consciente. En la literatura clínica, [Scaer\(2005\)](#) describe patrones esenciales de comunicación implícita en la relación terapeuta-cliente:

Muchos rasgos de la interacción social son no verbales y consisten en sutiles variaciones de la expresión facial que marcan el tono del contenido de la interacción. Las posturas corporales y los patrones de movimiento del terapeuta... también pueden reflejar emociones como la desaprobación, el apoyo, el humor y el miedo. El tono y el volumen de la voz, los patrones y la velocidad de la comunicación verbal y el contacto visual también contienen elementos de comunicación subliminal y contribuyen al establecimiento inconsciente de un entorno seguro y curativo. (p. 167-168)

Estas comunicaciones no verbales implícitas cerebro/mente/cuerpo derecho son bidireccionales e intersubjetivas y, por tanto, potencialmente valiosas para el clínico. [Meares \(2005\)](#) observa que

No sólo el terapeuta está siendo influenciado inconscientemente por una serie de señales leves y, en algunos casos, subliminales, sino también el paciente. Los detalles de la postura, la mirada, el tono de voz e incluso la respiración del terapeuta se registran y procesan. Un terapeuta sofisticado puede utilizar este procesamiento de forma beneficiosa, potenciando un cambio en el estado del paciente sin, o además de, el uso de palabras. (p. 124)

La neurociencia caracteriza el papel del cerebro derecho en estas comunicaciones no verbales. En todas las etapas de la vida, "los sustratos neuronales de la percepción de voces, rostros, gestos, olores y feromonas, como demuestran las técnicas modernas de neuroimagen, se caracterizan por un patrón general de asimetría funcional del hemisferio derecho" ([Brancucci,Lucci,Mazza- tentay Tommasi, 2009, p. 895](#)). Más que las verbalizaciones conscientes del hemisferio izquierdo, las comunicaciones subliminales visuales-faciales, auditivas- prosódicas y táctiles- gestuales del hemisferio derecho revelan los aspectos más profundos de la personalidad del paciente, así como la personalidad del terapeuta (véase [Schore, 2003b](#) para un modelo de identificación proyectiva del hemisferio derecho, un proceso fundamental de comunicación implícita entre los sistemas relacionales no conscientes del paciente y el terapeuta).

Para recibir y supervisar las comunicaciones de apego no verbales basadas en el cuerpo del paciente, los clínicos afectivamente sintonizados deben pasar de una atención restringida en el hemisferio izquierdo, que se centra en los detalles locales, a una atención más amplia en el hemisferio derecho, que se centra en los detalles globales ([Derryberry Tucker, 1994](#)), una caracterización que encaja con la descripción de [Freud \(1912\)](#) de la importancia de la "atención uniformemente suspendida" del clínico. En la sesión, el terapeuta empático está atendiendo consciente y explícitamente a las verbalizaciones del paciente para diagnosticar y racionalizar objetivamente la sintomatología desreguladora del paciente. Sin embargo, también está escuchando e interactuando a otro nivel, un nivel subjetivo cercano a la experiencia, que procesa implícitamente las comunicaciones de apego momento a momento y los autoestados a niveles por debajo de la conciencia.

[Bucci\(2002\)](#) observa: "Reconocemos los cambios en los estados emocionales de los demás basándonos en la percepción de cambios sutiles en su expresión facial o su postura, y reconocemos los cambios en nuestros propios estados basándonos en la experiencia somática o cinestésica" (p. 194). Al escribir sobre las "comunicaciones implícitas no verbales" terapéuticas, [Chused\(2007\)](#) afirma: "No es que la información que contienen no pueda ser verbalizada, sino que a veces sólo un enfoque no verbal puede entregar la información de una manera que pueda ser utilizada, particularmente cuando no hay conciencia de las preocupaciones subyacentes" (p. 879). Estas comunicaciones no verbales son ejemplos de "comunicación de proceso primario". Según [Dorpat\(2001\)](#), "el sistema de procesos primarios analiza, regula y comunica las relaciones de un individuo con el entorno" (p. 449). Observa que "la información afectiva y de relación con el objeto se transmite predominantemente mediante la comunicación de proceso primario. La comunicación no verbal incluye los movimientos corporales (kinésicos), la postura, los gestos, la expresión facial, la inflexión de la voz y la secuencia, el ritmo y el tono de las palabras habladas" (p. 451). El cerebro derecho procesa así "la música que hay detrás de las palabras".

El principio organizativo de trabajar con comunicaciones inconscientes de procesos primarios dicta que, al igual que el cerebro izquierdo comunica sus estados a otros cerebros izquierdos a través de comportamientos lingüísticos conscientes, el derecho comunica de forma no verbal sus otros estados a otros cerebros derechos que están sintonizados para recibir estas comunicaciones. [Bromberg \(2011\)](#) concluye: "Allan Schore escribe sobre un canal de comunicación afectiva entre el cerebro derecho y el izquierdo, un canal que él ve como "un diálogo organizado" compuesto por "un intercambio de estados que fluctúa dinámicamente de un momento a otro". Creo que es este proceso de intercambio de estados el que... permite... 'una buena correspondencia psicoanalítica'" (p. 169). En la literatura psiquiátrica, [Meares \(2012\)](#) describe "una forma de conversación terapéutica que puede concebirse... como una interacción dinámica entre dos hemisferios derechos" (para otros ejemplos clínicos de seguimiento de cerebro izquierdo a cerebro izquierdo, véase [Chapman, 2014; Marks-Tarlow, 2012; Mont-gomery,2013; Schore,2012](#)).

En cuanto al contenido verbal, las palabras en psicología en la literatura psicoterapéutica se ha asumido durante mucho tiempo que todas las formas de lenguaje reflejan el funcionamiento del hemisferio izquierdo de la mente consciente. La neurociencia actual indica ahora que esto es incorrecto. En una revisión general, [Ross y Monnot](#) concluyen: "Por lo tanto, el concepto tradicional de que el lenguaje es una función dominante y lateralizada del hemisferio izquierdo ya no es sostenible". (2008, p. 51).

En las últimas tres décadas se ha ido comprendiendo que el hemisferio derecho es esencial para la competencia lingüística y comunicativa y para el bienestar psicológico por su capacidad de modular la prosodia afectiva y el comportamiento gestual, decodificar los significados connotativos (no estándar) de las palabras, hacer inferencias temáticas y procesar metáforas, relaciones lingüísticas complejas y tipos de expresiones no literales (idiomáticas). (p. 51)

Otros estudios revelan que el hemisferio derecho es dominante para el procesamiento de palabras específicamente emocionales ([Kuchinkeetal., 2006](#)), especialmente las palabras de apego asociadas a las relaciones interpersonales positivas ([Mohr, Rowe y Crawford, 2008](#)). Estos datos sugieren que el cerebro derecho de respuesta temprana, que es más "fisiológico" que el izquierdo de

respuesta tardía, está implicado en las comunicaciones intersubjetivas rápidas basadas en el cuerpo dentro de la alianza terapéutica.

La intersubjetividad es más que una comunicación o coincidencia de cogniciones verbales explícitas o comportamientos manifiestos. Los afectos corporales regulados y desregulados se comunican dentro de un campo intersubjetivo de transmisión de energía coconstruido por dos individuos que incluye no solo dos mentes sino también dos cuerpos (Schore, 2012). En el núcleo psicobiológico del campo intersubjetivo coconstruido se encuentra el vínculo de apego de la comunicación emocional y la regulación interactiva. Las comunicaciones intersubjetivas implícitas expresan estados emocionales de base corporal, no sólo estados cognitivos "mentales" conscientes. La función biológica esencial de las comunicaciones de apego en todas las interacciones humanas, incluidas las integradas en la alianza terapéutica, es la regulación de los estados del cerebro derecho/mente/cuerpo. La psicoterapia intersubjetiva, relacional y la psicoterapia centrada en el afecto no es la "cura hablada", sino la "cura comunicada por el afecto".

Comunicaciones de transferencia-contratransferencia dentro de los enactments mutuos

La perspectiva relacional de la teoría de la regulación permite una comprensión más profunda de los mecanismos intersubjetivos críticos del cerebro/mente/cuerpo que operan en los niveles implícitos de la alianza terapéutica, por debajo de los intercambios de lenguaje y las cogniciones explícitas. Uno de estos mecanismos esenciales es la relación bidireccional de transferencia y contratransferencia. En la actualidad existe un consenso creciente de que, a pesar de la existencia de una serie de perspectivas teóricas distintas en el trabajo clínico, los conceptos de Freud de transferencia y contratransferencia se han ampliado y (re)incorporado a todas las formas de psicoterapia. Las transacciones afectivas de transferencia-contratransferencia se consideran actualmente un elemento relacional esencial en el tratamiento de todos los pacientes, pero especialmente de los que presentan patologías psíquicas graves.

En estos casos, las comunicaciones no verbales implícitas de cerebro derecho a cerebro derecho (expresiones faciales, prosodia- tono de voz, gestos) transmiten transacciones afectivas inconscientes de transferencia-contratransferencia, que reviven recuerdos de apego anteriores, especialmente de estados afectivos intensamente desregulados. Gainotti(2006) observa que "el hemisferio derecho puede estar crucialmente implicado en aquellos recuerdos emocionales que deben ser reactivados y reelaborados durante el tratamiento psicoanalítico" (p. 167). Al hablar del papel del hemisferio derecho como "sede de la memoria implícita", Mancina (2006) señala: "El descubrimiento de la memoria implícita ha ampliado el concepto de inconsciente y apoya la hipótesis de que es allí donde se almacenan las experiencias emocionales y afectivas -a veces traumáticas-presimbólicas y preverbales de las relaciones primarias entre la madre y el bebé" (p. 83). La transferencia ha sido descrita como una expresión de los recuerdos implícitos del paciente. Estas memorias se expresan en "momentos afectivos intensos" como comunicaciones no verbales transferenciales de cerebro derecho a cerebro derecho de estados basados en el cuerpo, automáticos y desregulados, de acción rápida, de excitación emocional intensamente estresante (por ejemplo, miedo-terror, agresión-furia, depresión-desesperación, vergüenza, asco). La memoria emocional implícita-procedimental lateralizada derecha también codifica la defensa disociativa contra la reexperimentación del

trauma relacional y, por tanto, genera afectos disociados (inconscientes).

Los modelos psicodinámicos recientes de la transferencia sostienen ahora que "ninguna apreciación de la transferencia puede prescindir de la emoción" (Pincus, Freeman y Model, 2007, p. 634). Los teóricos clínicos describen la transferencia como "un patrón establecido de relación y respuesta emocional que es provocado por algo en el presente, pero que a menudo evoca tanto un estado afectivo como pensamientos que pueden tener más que ver con la experiencia pasada que con la presente" (Maroda, 2005, p. 134). Esta concepción encuentra eco en la neurociencia, donde Shuren y Grafman (2002) afirman que "el hemisferio derecho alberga representaciones de los estados emocionales asociados a los acontecimientos experimentados por el individuo. Cuando ese individuo se encuentra con un escenario familiar, las representaciones de experiencias emocionales pasadas son recuperadas por el hemisferio derecho y se incorporan al proceso de razonamiento". (p. 918). Las investigaciones indican ahora que el hemisferio derecho está fundamentalmente implicado en la memoria autobiográfica (Markowitsch, Reinkemeier, Kessler, Koyuncu Heiss, 2000).

Recordemos la sentencia clásica de Racker (1968): "Toda situación de transferencia provoca una situación de contratransferencia". Traduciendo esto a términos neuropsicoanalíticos modernos, las transacciones de transferencia-contratransferencia son expresiones de comunicaciones estresantes bidireccionales no conscientes y no verbales del cerebro derecho-mente-cuerpo entre el paciente y el terapeuta. Estos intercambios psico-neurobiológicos recíprocos reflejan las actividades de los sistemas nerviosos central y autónomo. Desde el punto de vista conductual, las comunicaciones transferenciales del paciente se expresan en señales afectivas no verbales, visuales, auditivas y gestuales que se expresan espontánea y rápidamente en el rostro, la voz y el cuerpo del paciente. La contratransferencia se define de forma similar en términos implícitos no verbales como las respuestas autonómicas del terapeuta que son reacciones en un nivel no consciente a los mensajes no verbales. En mi primer libro, afirmé...

Los procesos contratransferenciales se entienden actualmente como la capacidad de reconocer y utilizar las cualidades sensoriales (visuales, auditivas, táctiles, cinestésicas y olfativas) y afectivas de las imágenes que el paciente genera en el psicoterapeuta... las dinámicas contratransferenciales son evaluadas por las observaciones del terapeuta de sus propias reacciones viscerales al material del paciente. (1994, p. 451).

A medida que el clínico empático supervisa implícitamente las comunicaciones transferenciales no verbales del paciente, su cerebro derecho psicobiológicamente sintonizado, que es el dominante para la excitación emocional (Mac-Neillage, Rogers y Vallortigara, 2005), rastrea, a un nivel preconscious, los patrones de ritmos y flujos de excitación de los estados afectivos del paciente. Los clínicos afirman ahora que "la transferencia es distintiva en el sentido de que depende de los patrones tempranos de apego emocional con los cuidadores" (Pincus et al., 2007, p. 636) y describen la importancia clínica de "hacer conscientes los patrones de organización del afecto". (Mohaupt, Holgersen, Binder y Nielsen, 2006, p. 243) Las pruebas convergentes de la neurociencia indican ahora que "simplemente, el hemisferio izquierdo se especializa en el análisis de secuencias, mientras que el hemisferio derecho da pruebas de superioridad en el procesamiento de patrones" (van Lancker y Cummings, 1999, p. 95). Más concretamente, "el reconocimiento de patrones y la comprensión de varios tipos de estímulos, como caras, acordes,

tonos complejos, imágenes gráficas y voces, se ha descrito como superior en el hemisferio derecho normal" (van LankcerSidtis, 2006, p. 233).

Pero además, el terapeuta está implícitamente rastreando sus propias respuestas contratransferenciales a las comunicaciones transferenciales del paciente, patrones de sus propias respuestas somáticas contratransferenciales, interoceptivas, afectivas basadas en el cuerpo a las comunicaciones faciales, prosódicas y gestuales implícitas del cerebro derecho del paciente. A través de estos mecanismos del cerebro derecho, el terapeuta intuitivo y psicobiológicamente sintonizado, de momento a momento, enfoca inconscientemente sus procesos atencionales amplios contratransferenciales del cerebro derecho (Derryberry & Tucker, 1994) en patrones de crecimientos/descensos rítmicos de los estados regulados y desregulados de excitación autonómica afectiva del paciente. El dictamen de Freud, "Es algo muy notable que las *Ucs* de un ser humano puedan reaccionar sobre las de otro, sin pasar por las *Cs*" (1915, p. 194) se entiende así neuropsicoanalíticamente como una comunicación de cerebro derecho a cerebro derecho de un inconsciente relacional a otro. De este modo, "el hemisferio derecho, de hecho, interpreta verdaderamente el estado mental no sólo de su propio cerebro, sino de los cerebros (y mentes) de los demás" (Keenan, Rubio, Racioppi, Johnson y Barnacz, 2005, p. 702).

Las comunicaciones inconscientes de cerebro derecho a cerebro derecho transferenciales-contratransferenciales entre los "mundos internos" del paciente y del terapeuta representan una matriz relacional esencial para la expresión terapéutica de los afectos disociados asociados a los traumas de apego tempranos y, por tanto, del "peligro subjetivamente inconsciente" (Carretié, Hinojosa, Mercado y Tapia, 2005) y de la "emoción inconsciente" (Sato y Aoki, 2006). Estas comunicaciones afectivas de estados del Self traumatizados no fueron compartidas intersubjetivamente ni reguladas interactivamente por el objeto de apego original en el contexto histórico, pero ahora el paciente tiene la posibilidad de una experiencia relacional reparadora. Según Borgognoy Vigna-Taglianti(2008),

En los pacientes cuyo sufrimiento psíquico se origina en... un traumatismo preverbal

. . . la transferencia se produce sobre todo en un nivel de expresión más primitivo que involucra de manera inconsciente . . . no sólo al paciente sino también al analista . . . Estas formas más arcaicas de la cuestión de la transferencia-contratransferencia -que con frecuencia dejan de lado los con- tratos verbales- toman forma en el ámbito analítico a través de representaciones mutuas reales. (p. 314).

Los diálogos basados en el cuerpo del hemisferio derecho entre el inconsciente relacional del paciente y el inconsciente relacional del terapeuta empático afectivamente sensible se activan y potencian en los "momentos afectivos intensos" de las representaciones del trauma relacional temprano. Las representaciones se consideran ahora como poderosas manifestaciones del proceso intersubjetivo y expresiones de complejos estados propios y patrones relacionales, aunque en gran medida inconscientes (véase Schore, 2012, para un extenso modelo neurobiológico interpersonal de trabajo en representaciones clínicas).

El mecanismo relacional de las representaciones mutuas representa una interacción entre la vulnerabilidad emocional del paciente y la disponibilidad emocional del clínico (la capacidad de "aceptar" la transición). Es más operativo durante las rupturas (inevitables) de la alianza terapéutica, descritas por Aspland, Llewelyn, Hardy, Barkham y Stiles (2008) como "puntos de desconexión emocional entre el paciente y el terapeuta que crean

un cambio negativo en la calidad de la alianza" (p. 699), que actúan como "episodios de comportamiento encubierto o abierto que atrapan a ambos participantes en interacciones complementarias negativas" (p. 700). Aunque tales rupturas de la alianza son los momentos más estresantes del tratamiento, estas "colisiones" de las subjetividades del terapeuta y del paciente también representan un contexto intersubjetivo de potencial "colaboración" entre sus subjetividades, y por tanto un contexto de reparación interactiva, un mecanismo fundamental del cambio terapéutico. Esta estructura relacional emergente cocreada dentro de la alianza terapéutica contiene un sistema de comunicación de retroalimentación más eficiente no sólo de las comunicaciones del cerebro derecho sino también de las regulaciones interactivas del cerebro derecho de los estados afectivos intensamente desregulados asociados con el trauma relacional temprano.

De hecho, las funciones biológicas homeostáticas esenciales afectivas, las comunicaciones de apego intersubjetivas, basadas en el cuerpo, en todas las interacciones humanas, incluidas las que están integradas en el núcleo psicobiológico de la alianza terapéutica, están implicadas en la regulación de los estados del cerebro/mente/cuerpo derecho. Aron observa: "El paciente y el analista se regulan mutuamente los comportamientos, las representaciones y los estados de conciencia del otro, de modo que cada uno se mete en la piel del otro, cada uno llega a las entrañas del otro, cada uno es respirado y absorbido por el otro. . . el analista debe estar en sintonía con lo no verbal, lo afectivo... con sus respuestas corporales" (Aron, 1998, p. 26). Whitehead subraya la importancia de esta conexión límbico-autonómica derecha: "Cada vez que establecemos un contacto terapéutico con nuestros pacientes, estamos llevando a cabo procesos profundos que aprovechan las fuerzas vitales esenciales de nosotros mismos y de aquellos con los que trabajamos...". *Las emociones se profundizan en intensidad y se mantienen en el tiempo cuando se comparten intersubjetivamente*. Esto ocurre en los momentos de *contacto profundo* (Whitehead, 2006, p. 624, cursiva del autor)". En los momentos de contacto profundo, el resorte psicobiológico intersubjetivo entre el inconsciente relacional del paciente y del clínico genera una amplificación interactivamente regulada de la excitación y el afecto, y así los afectos inconscientes se profundizan en intensidad y se mantienen en el tiempo. Este aumento de la intensidad emocional (excitación energética) permite que afectos disociados por debajo de los niveles de conciencia emerjan a la conciencia en ambos miembros de la díada terapéutica.

Los "momentos afectivos intensos" del tratamiento ofrecen oportunidades para la regulación afectiva interactiva del cerebro derecho, el núcleo del proceso de apego. Ogden concluye

La regulación psicobiológica interactiva... proporciona el contexto relacional en el que el cliente puede contactar, describir y regular de forma segura su experiencia interna... Es la experiencia del paciente de potenciar la acción en el contexto de seguridad proporcionado por el trasfondo de la regulación psicobiológica interactiva del clínico empático lo que ayuda a efectuar... el cambio. (Ogden, Pain, Minton y Fisher, 2005, p. 22)

En un artículo fundamental en la literatura de psicología clínica, Greenberg (2007) describe una forma de regulación de las emociones de "autocontrol" que implica niveles más altos de función ejecutiva cognitiva que permite a los individuos "cambiar la forma en que se sienten cambiando conscientemente la forma en que piensan" (p. 415). Propone que esta forma explícita de regulación del afecto es realizada por el hemisferio izquierdo verbal, y la emoción inconsciente basada en el cuerpo no suele ser atendida. Este mecanismo de regulación es el núcleo de la comprensión verbal-analítica y del razonamiento controlado, y se

enfatisa mucho en los modelos de terapia cognitivo-conductual. En contraste con este sistema de regulación consciente de la emoción, Greenberg describe un segundo proceso implícito de regulación del afecto, más fundamental, realizado por el hemisferio derecho, que procesa rápida y automáticamente la expresión facial, la calidad vocal y el contacto visual en un contexto relacional. Este tipo de terapia no intenta el control, sino la "aceptación o facilitación de emociones particulares", incluidas las "emociones previamente evitadas", para permitir al paciente tolerarlas y transformarlas en "emociones adaptativas". Citando mi trabajo, afirma que "es la construcción de capacidades implícitas o automáticas de regulación de las emociones lo que es importante para el cambio duradero, especialmente para los clientes con trastornos de personalidad muy frágiles" (2007, p. 416).

Mecanismos relacionales del cerebro derecho para el cambio terapéutico

En los casos de fracasos madurativos del apego temprano, especialmente las historias de trauma relacional, el contacto emocional profundo y la regulación afectiva interactiva implícita son mecanismos centrales de los procesos de cambio de la psicoterapia del cerebro derecho. Recordemos que el sello del trauma es el daño a la vida relacional (Herman, 1992). Por lo tanto, la reparación y resolución del trauma relacional debe ocurrir en un contexto relacional terapéutico. En este desafiante trabajo, más que la comprensión cognitiva, los factores relacionales se encuentran en el centro del mecanismo de cambio. El trabajo clínico de los reencuentros traumáticos implica un profundo compromiso por parte de ambos participantes en la díada terapéutica y una profunda implicación emocional por parte del terapeuta. Este tipo de casos, por difíciles que sean, representan valiosas experiencias de aprendizaje para el terapeuta, y requieren de habilidades expertas (Schore, 2012). En última instancia, un tratamiento psicoterapéutico eficaz de las patologías del Self en evolución temprana (incluidos los trastornos de la personalidad) puede facilitar los cambios neuroplásticos en el cerebro derecho, que es el dominante para las funciones de apego durante toda la vida. Este mecanismo neurobiológico interpersonal permite un tratamiento óptimo a largo plazo para transformar potencialmente las relaciones de apego desorganizadas y desorientadas en relaciones de apego "seguras".

Dicho esto, el sistema cerebral derecho en desarrollo ("mente derecha", Ornstein, 1997) se ve afectado relacionalmente en todas las historias de apego, incluidas las inseguras organizadas y las seguras. La perspectiva clínica transteórica de la teoría de la regulación que describe los procesos psiconeurobiológicos básicos de la acción terapéutica se aplica a todos los pacientes, inseguros y seguros, y a todas las formas de psicoterapia. En un reciente estudio de neuroimagen, Tschacher, Schildt y Sander (2010) sostienen que "la investigación en psicoterapia ya no se ocupa de la eficacia, sino de cómo se produce el cambio efectivo" (p. 578). Los cambios mediados por la psicoterapia centrada en la afectividad y orientada a la relación se imprimen en el cerebro derecho, que es dominante para el procesamiento no verbal, implícito y holístico de la información emocional y las interacciones sociales (Decety y Lamm, 2007; Hecht, 2014; Schore, 2012; Semrud-Clikeman, Finey Zhu, 2011). El cerebro derecho está implicado centralmente en la afectividad implícita (frente a la explícita), definida como "las diferencias individuales en la activación automática de las representaciones cognitivas de las emociones que no resultan de la autorreflexión"

(Quirin, Kazen, Rohmann, & Kuhl, 2009, p. 4012). También predomina sobre la izquierda para el afrontamiento y la asimilación de situaciones novedosas, pero también para la resiliencia emocional (véase Schore, 2012). Estas funciones adaptativas se movilizan en los procesos de cambio de la psicoterapia.

El tratamiento a largo plazo permite la evolución de una estructura psíquica más compleja, que a su vez puede procesar funciones cerebrales derechas más complejas (por ejemplo, intersubjetividad, empatía, tolerancia al afecto, regulación del estrés, humor, amor mutuo e intimidad). El entorno relacional que facilita el crecimiento de una explotación terapéutica más profunda del inconsciente relacional-emocional puede inducir plasticidad en los sistemas corticales y subcorticales del cerebro derecho del paciente. Este aumento de la conectividad genera, a su vez, un desarrollo más complejo del subestado biológico lateral derecho del inconsciente humano, incluyendo alteraciones del modelo de trabajo interno no consciente del paciente que codifica estrategias de afrontamiento más eficaces de regulación afectiva implícita y, por tanto, un cambio adaptativo y flexible de los estados propios en diferentes contextos relacionales. Este mecanismo neurobiológico interpersonal subyace a la afirmación de Jordan de que "las personas crecen a lo largo y hacia las relaciones durante toda la vida" (Jordan, 2000, p. 1007).

El aspecto intrínsecamente relacional de la teoría de la regulación también modela los cambios recíprocos en el cerebro derecho del clínico que resultan de trabajar repetidamente con procesos terapéuticos (Schore, 2012). Recordemos la caracterización de la APA de la pericia clínica como "habilidad interpersonal", expresada en la "codificación y decodificación de respuestas verbales y no verbales" y en la "respuesta empática a las experiencias explícitas e implícitas del paciente". Con la experiencia clínica (las proverbiales "10.000 horas"), los psicoterapeutas de todas las escuelas pueden llegar a ser potencialmente expertas en los procesos intersubjetivos no verbales y en el *conocimiento relacional implícito*, que mejoran la eficacia terapéutica. El crecimiento profesional del clínico refleja la progresión en los procesos relacionales del cerebro derecho que subyacen a las habilidades clínicas, incluyendo la empatía afectiva (Decety & Chami-nade, 2003; Schore, 1994), la capacidad de tolerar y regular interactivamente una gama más amplia de autoestados afectivos negativos y positivos (Schore, 2003b, 2012), la apertura implícita a la experiencia (DeYoung, Grazioplene y Peterson, 2012), la intuición clínica (Marks-Tarlow, 2012; Schore, 2012) y la creatividad (Asari et al., 2008; Mihov, Denzler y Forster, 2010). En una visión general muy reciente de la investigación sobre la lateralidad, Hecht (2014) afirma que

Cada vez hay más pruebas que sugieren que el hemisferio derecho tiene una ventaja relativa sobre el izquierdo a la hora de mediar en la inteligencia social: identificar los estímulos sociales, comprender las intenciones de otras personas, ser consciente de la dinámica de las relaciones sociales y manejar con éxito las interacciones sociales. (p. 1)

Yo diría que la experiencia clínica aumenta la "inteligencia social" del cerebro derecho del terapeuta.

La teoría de la regulación propone que las habilidades clínicas centrales de cualquier psicoterapia eficaz son capacidades implícitas en el hemisferio derecho del cerebro, que incluyen la capacidad de recibir y expresar empáticamente las comunicaciones no verbales basadas en el cuerpo, la capacidad de registrar sensiblemente cambios muy leves en la expresión y la emoción del otro, una conciencia inmediata de la propia experiencia subjetiva e intersubjetiva, y la regulación del afecto propio y del paciente. Todas las técnicas se asientan sobre este sustrato relacional. Como Valentine y Gabbard (2014) han

afirmado elocuentemente: "La técnica, en general, debería ser invisible. El paciente debe ver al terapeuta como si estuviera participando en un diálogo conversacional natural que surge de las preocupaciones del paciente; el terapeuta no debe ser percibido como si estuviera aplicando una técnica formal y rebuscada" (p. 60). A lo largo del tratamiento, en una serie de intercambios clínicos cargados de emociones, el terapeuta empático accede con flexibilidad a un almacén de experiencias afectivas adquiridas a lo largo de su carrera. Una perspectiva relacional del desarrollo profesional dicta que el psicoterapeuta en continua evolución reflexiona frecuentemente sobre las experiencias subjetivas de *estar con* los pacientes, incluyendo no sólo las personalidades únicas *de los pacientes*, sino también *su propia* coparticipación intersubjetiva consciente y especialmente inconsciente en el proceso terapéutico.

Para ser óptimamente eficaz en el tratamiento de los déficits regulatorios y relacionales de los trastornos psiquiátricos y de la personalidad, el clínico experto aprende a acceder con fluidez no sólo a la mente consciente y al Self explícito lateral izquierdo del paciente, sino, lo que es aún más importante, a la mente no consciente y al Self implícito, basado en el cuerpo, lateral derecho del paciente. Este principio se aplica a los modelos de evaluación y tratamiento de la psicología clínica. Es interesante que, a diferencia de los cuestionarios verbales que miden las funciones explícitas, las pruebas proyectivas, como el Rorschach y el Test de Apercepción Temática, se dirigen directamente a las funciones implícitas del cerebro derecho (Asari et al., 2008; Hiraishi et al., 2013). De hecho, Finn (2012) está aplicando ahora la teoría de la regulación a las evaluaciones de Rorschach de los fallos de apego del cerebro derecho (véase también el uso del Sistema de Imágenes Proyectivas de Apego Adulto de Finn, 2011; y el Test de Motivo Operante de Quirin, Gruber, Kuhly Dusing, 2013). Además, el *conocimiento explícito* que el psicólogo adquiere al estudiar la cantidad de investigación interdisciplinaria clínicamente relevante, que está en rápida expansión, es esencial para el crecimiento profesional. Mis estudios en curso indican que la actual explosión de información sobre el desarrollo socio-emocional temprano, el apego, el trauma relacional, los procesos inconscientes y las funciones cerebrales en desarrollo son directamente relevantes para los modelos clínicos de cambio psicoterapéutico. El creciente conocimiento de las disciplinas biológicas y médicas que bordean la psicología debe incorporarse y, por tanto, actualizar nuestro currículo profesional, la formación y los programas de prácticas, donde puede promover habilidades relacionales y terapéuticas más eficaces.

La práctica de la psicoterapia no se limita a enseñar explícitamente al paciente habilidades de afrontamiento. Más bien, es fundamentalmente relacional: la alianza terapéutica, el principal vector de cambio es, en esencia, un sistema de dos personas para la exploración (implícita) del Self y la curación relacional. En todos los momentos de la vida, este crecimiento emocional del Self que apoya el bienestar emocional se facilita en contextos relacionales, como se ha descrito anteriormente. Todas las disciplinas científicas y clínicas destacan actualmente la importancia del "contexto". Durante la mayor parte del siglo pasado, la ciencia equiparó el contexto con el entorno físico del organismo; ahora se ha desplazado al entorno social y relacional. Todas las interacciones humanas, incluidas las que se producen entre el terapeuta y el paciente, así como entre el investigador y el sujeto de experimentación, tienen lugar en un contexto relacional, en el que las comunicaciones no verbales esenciales se transmiten a niveles inferiores a la conciencia consciente, activando/desactivando así los procesos homeostáticos básicos en

ambos miembros de una díada intersubjetiva. Esta comunicación recíproca entre el inconsciente relacional de ambos miembros de la alianza terapéutica es descrita por Casement (1985): "Es habitual que los terapeutas se vean a sí mismos intentando comprender el inconsciente del paciente. Lo que no siempre se reconoce es que el paciente también lee el inconsciente del terapeuta, a sabiendas o sin saberlo" (p. 3). La expresión omnipresente del inconsciente relacional en la alianza terapéutica respalda firmemente los modelos psicodinámicos e interpersonales de la psicoterapia, además de ampliar el llamamiento de Sigmund Freud para que las exploraciones científicas del inconsciente en la vida cotidiana cambien de paradigma.

Al principio de este trabajo sugerí que se está produciendo un cambio de paradigma en varias disciplinas, desde la cognición consciente del cerebro izquierdo a las funciones emocionales, relacionales e inconscientes del cerebro derecho. Al escribir en la literatura neuropsicoanalítica sobre "Emociones, procesos inconscientes y el hemisferio derecho", Gainotti(2005) concluye

El hemisferio derecho se encarga del nivel "esquemático" inferior (donde las emociones se generan automáticamente y se experimentan como "verdaderas emociones"), mientras que el hemisferio izquierdo se encarga del nivel "conceptual" superior (donde las emociones se analizan conscientemente y se someten a un control intencional). (p. 71)

En su magistral revisión de la investigación sobre la lateralidad cerebral, IainMcGilchrist (2009) afirma-

Si lo que se entiende por conciencia es la parte de la mente que enfoca el mundo, lo hace explícito, permite formularlo en el lenguaje y es consciente de su propia conciencia, es razonable vincular la mente consciente a la actividad casi toda ella en última instancia en el hemisferio izquierdo. (p. 188)

Por otro lado...

El hemisferio derecho, por el contrario, ofrece un mundo de seres individuales, cambiantes, en evolución, interconectados, implícitos, encarnados, vivos en el contexto del mundo vivido, pero en la naturaleza de las cosas nunca totalmente aprehensibles, siempre imperfectamente conocidos, y con este mundo existe una relación de cuidado. (p. 174)

La psicoterapia, "una relación de atención", puede alterar algo más que la mente consciente lateralizada a la izquierda; también puede influir en el crecimiento y desarrollo de la "mente derecha" inconsciente. Es indudablemente cierto que ambos hemisferios cerebrales contribuyen a un tratamiento terapéutico eficaz, pero a la luz de la actual tendencia relacional que enfatiza "la primacía del afecto", el cerebro derecho, el cerebro "social" y "emocional" es el dominante en todas las formas de psicoterapia.

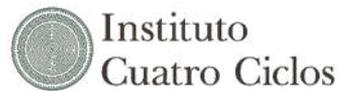
Referencias

- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, *61*, 271–285. doi:10.1037/0003-066X.61.4.271
- Aron, L. (1998). The clinical body and the reflexive mind. In L. Aron & F. Sommer Anderson (Eds.), *Relational perspectives on the body*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press, pp. 3–37.
- Asari, T., Konishi, S., Jimura, K., Chikazoe, J., Nakamura, N., & Miyashita, Y. (2008). Right temporopolar activation associated with unique perception. *Neuroimage*, *41*, 145–152. doi:10.1016/j.neuroimage.2008.01.059
- Aspland, H., Llewelyn, S., Hardy, G. E., Barkham, M., & Stiles, W. (2008). Alliance rupture resolution in cognitive-behavior therapy: A preliminary task analysis. *Psychotherapy Research*, *18*, 699–710. doi: 10.1080/10503300802291463
- Borgogno, F., & Vigna-Taglianti, M. (2008). Role-reversal: A somewhat neglected mirror of heritages of the past. *The American Journal of Psychoanalysis*, *68*, 313–324. doi:10.1057/ajp.2008.31
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol. 1: Attachment*. New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base* (2nd ed.). New York, NY: Basic Books.
- Brancucci, A., Lucci, G., Mazzatenta, A., & Tommasi, L. (2009). Asymmetries of the human social brain in the visual, auditory and chemical modalities. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, *364*, 895–914. doi:10.1098/rstb.2008.0279
- Bromberg, P. M. (2011). *The shadow of the tsunami and the growth of the relational mind*. New York, NY: Routledge.
- Bucci, W. (2002). The referential process, consciousness, and the sense of self. *Psychoanalytic Inquiry*, *22*, 766–793. doi:10.1080/07351692209349017
- Carretié, L., Hinojosa, J. A., Mercado, F., & Tapia, M. (2005). Cortical response to subjectively unconscious danger. *Neuroimage*, *24*, 615–623. doi:10.1016/j.neuroimage.2004.09.009
- Casement, P. (1985). *Learning from the patient*. New York, NY: Guilford Press.
- Chapman, L. (2014). *Neurobiologically informed trauma therapy with children and adolescents. Understanding mechanisms of change*. New York, NY: Norton.
- Chused, J. F. (2007). Nonverbal communication in psychoanalysis: Commentary on Harrison and Tronick. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *55*, 875–882. doi:10.1177/00030651070550030401
- Decety, J., & Chaminade, T. (2003). When the self represents the other: A new cognitive neuroscience view on psychological identification. *Consciousness and Cognition*, *12*, 577–596. doi:10.1016/S1053-8100(03)00076-X
- Decety, J., & Lamm, C. (2007). The role of the right temporoparietal junction in social interaction: How low-level computational processes contribute to meta-cognition. *The Neuroscientist*, *13*, 580–593. doi: 10.1177/1073858407304654
- Deryberry, D., & Tucker, D. M. (1994). Motivating the focus of attention. In P. M. Niedentahl & S. Kiyayama (Eds.), *The heart's eye: Emotional influences in perception and attention* (pp. 167–196). San Diego, CA: Academic Press. doi:10.1016/B978-0-12-410560-7.50014-4
- Devinsky, O. (2000). Right cerebral hemisphere dominance for a sense of corporeal and emotional self. *Epilepsy and Behavior*, *1*, 60–73. doi: 10.1006/ebeh.2000.0025
- DeYoung, C. G., Grazioplene, R. G., & Peterson, J. B. (2012). From madness to genius: The openness/Intellect trait domain as a paradoxical simplex. *Journal of Research in Personality*, *46*, 63–78. doi:10.1016/j.jrp.2011.12.003
- Dorpat, T. L. (2001). Primary process communication. *Psychoanalytic Inquiry*, *21*, 448–463. doi:10.1080/07351692109348946
- Finn, S. E. (2011). Use of the Adult Attachment Projective Picture System (AAP) in the middle of long-term psychotherapy. *Journal of Personality Assessment*, *93*, 427–433. doi:10.1080/00223891.2011.595744
- Finn, S. E. (2012). 2011 Bruno Klopfer Distinguished Contribution Award. Implications of recent research in neurobiology for psychological assessment. *Journal of Personality Assessment*, *5*, 440–449.
- Freud, S. (1912). *Recommendations to physicians practicing psychoanalysis* (Standard Edition, Vol. 12) London: Hogarth Press, 1957.
- Freud, S. (1915). *The unconscious*. (Standard Edition, Vol. 14). London: Hogarth Press, 1957.
- Gainotti, G. (2005). Emotions, unconscious processes, and the right hemisphere. *Neuro-psychoanalysis*, *7*, 71–81.
- Gainotti, G. (2006). Unconscious emotional memories and the right hemisphere. In M. Mancia (Ed.), *Psychoanalysis and neuroscience* (pp. 151–173). Milan: Springer Milan. doi:10.1007/88-470-0550-7_6
- Gainotti, G. (2012). Unconscious processing of emotions and the right hemisphere. *Neuropsychologia*, *50*, 205–218. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2011.12.005
- Greenberg, L. S. (2007). Emotion coming of age. *Clinical Psychology Science and Practice*, *14*, 414–421. doi:10.1111/j.1468-2850.2007.00101.x
- Hecht, D. (2014). Cerebral lateralization of pro- and anti-social tendencies. *Experimental Neurobiology*, *23*, 1–27.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York, NY: Basic Books.
- Hiraishi, H., Haida, M., Matsumoto, M., Hayakawa, N., Inomata, S., & Matsumoto, H. (2012). Differences of prefrontal cortex activity between picture-based personality tests: A near-infrared spectroscopy study. *Journal of Personality Assessment*, *94*, 366–371. doi:10.1080/00223891.2012.666597
- Jordan, J. V. (2000). The role of mutual empathy in relational/cultural therapy. *Journal of Clinical Psychology*, *56*, 1005–1016. doi:10.1002/1097-4679(200008)56:8<1005::AID-JCLP2>3.0.CO;2-L
- Joseph, R. (1992). *The right brain and the unconscious*. New York, NY: Plenum Press. doi:10.1007/978-1-4899-5996-6
- Keenan, J. P., Rubio, J., Racioppi, C., Johnson, A., & Barnacz, A. (2005). The right hemisphere and the dark side of consciousness. *Cortex*, *41*, 695–704. doi:10.1016/S0010-9452(08)70286-7
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York, NY: International Universities Press.
- Kuchinke, L., Jacobs, A. M., Vo, M. L. H., Conrad, M., Grubich, C., & Herrmann, M. (2006). Modulation of prefrontal cortex by emotional words in recognition memory. *Neuroreport*, *17*, 1037–1041. doi: 10.1097/01.wnr.0000221838.27879.fe
- Kuhl, J., & Kazen, M. (2008). Motivation, affect, and hemispheric asymmetry: Power versus affiliation. *Journal of Personality and Social Psychology*, *95*, 456–469. doi:10.1037/0022-3514.95.2.456
- Lyons-Ruth, K. (2000). “I sense that you sense that I sense . . .”: Sander’s recognition process and the specificity of relational moves in the psychotherapeutic setting. *Infant Mental Health Journal*, *21*, 85–98. doi: 10.1002/(SICI)1097-0355(200001/04)21:1/2<85::AID-IMHJ10>3.0.CO;2-F
- MacNeilage, P. F., Rogers, L., & Vallortigara, G. (2009). Origins of the left and right brain. *Scientific American*, *301*, 60–67. doi:10.1038/scientificamerican0709-60
- Mancia, M. (2006). Implicit memory and early unrepressed unconscious: Their role in the therapeutic process (How the neurosciences can contribute to psychoanalysis). *The International Journal of Psychoanalysis*, *87*, 83–103.
- Markowitsch, H. J., Reinkemeier, A., Kessler, J., Koyuncu, A., & Heiss, W. D. (2000). Right amygdalar and temporo-frontal activation during autobiographical, but not fictitious memory retrieval. *Behavioral Neurology*, *12*, 181–190. doi:10.1155/2000/303651
- Marks-Tarlow, T. (2012). *Clinical intuition in psychotherapy: The neurobiology of embodied response*. New York, NY: Norton.
- Maroda, K. J. (2005). Show some emotion: Completing the cycle of affective communication. In L. Aron & A. Harris (Eds.), *Revolutionary connections. relational psychoanalysis. Vol. II. Innovation and expansion* (pp. 121–142). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Meares, R. (2005). *The metaphor of play: Origin and breakdown of personal being* (3rd ed.). London: Routledge.
- Meares, R. (2012). *A dissociation model of borderline personality disorder*. New York, NY: Norton.
- McGilchrist, I. (2009). *The master and his emissary*. New Haven, CT: Yale University Press.

- Mihov, K. M., Denzler, M., & Forster, J. (2010). Hemispheric specialization and creative thinking: A meta-analytic review of lateralization of creativity. *Brain and Cognition, 72*, 442–448. doi:10.1016/j.bandc.2009.12.007
- Mitchell, S. A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mlot, C. (1998). Probing the biology of emotion. *Science, 280*, 1005–1007. doi:10.1126/science.280.5366.1005
- Mohaupt, H., Holgersen, H., Binder, P.-E., & Nielsen, G. H. (2006). Affect consciousness or mentalization? A comparison of two concepts with regard to affect development and affect regulation. *Scandinavian Journal of Psychology, 47*, 237–244. doi:10.1111/j.1467-9450.2006.00513.x
- Mohr, C., Rowe, A. C., & Crawford, M. T. (2008). Hemispheric differences in the processing of attachment words. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 30*(1), 1–480.
- Montgomery, A. (2013). *Neurobiology essentials for clinicians: What every therapist needs to know*. New York, NY: Norton.
- Ogden, P., Pain, C., Minton, K., & Fisher, J. (2005). Including the body in mainstream psychotherapy for traumatized individuals. *Psychologist Psychoanalyst, 25*, 19–24.
- Ornstein, R. O. (1997). *The right mind. Making sense of the hemispheres*. New York, NY: Harcourt Brace.
- Palombo, J., Bendicson, H. K., & Koch, B. J. (2009). *Guide to psychoanalytic developmental theories*. New York, NY: Springer.
- Pincus, D., Freeman, W., & Modell, A. (2007). A neurobiological model of perception: Considerations for transference. *Psychoanalytic Psychology, 24*, 623–640. doi:10.1037/0736-9735.24.4.623
- Quirin, M., Kazen, M., Rohrmann, S., & Kuhl, J. (2009). Implicit but not explicit affectivity predicts circadian and reactive cortisol: Using the implicit positive and negative affect test. *Journal of Personality, 77*, 401–426. doi:10.1111/j.1467-6494.2008.00552.x
- Quirin, M., Gruber, T., Kuhl, J., & Dusing, R. (2013). Is love right? Prefrontal resting brain asymmetry is related to the affiliation motive. *Frontiers in Human Neuroscience, 7*, 1–11.
- Quirin, M., Meyer, F., Heise, N., Kuhl, J., Kustermann, E., Struber, D., & Cacioppo, J. T. (2013). Neural correlates of social motivation: An fMRI study on power versus affiliation. *International Journal of Psychophysiology, 88*, 289–295. doi:10.1016/j.ijpsycho.2012.07.003
- Racker, H. (1968). *Transference and countertransference*. New York, NY: International Universities Press.
- Ross, E. D., & Monnot, M. (2008). Neurology of affective prosody and its functional-anatomic organization in right hemisphere. *Brain and Language, 104*, 51–74. doi:10.1016/j.bandl.2007.04.007
- Sato, W., & Aoki, S. (2006). Right hemisphere dominance in processing unconscious emotion. *Brain and Cognition, 62*, 261–266. doi:10.1016/j.bandc.2006.06.006
- Scaer, R. (2005). *The trauma spectrum: Hidden wounds and human resiliency*. New York, NY: Norton.
- Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Schore, A. N. (1996). The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology, 8*, 59–87. doi:10.1017/S0954579400006970
- Schore, A. N. (2001). The effects of relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal, 22*, 201–269. doi:10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<201::AID-IMHJ8>3.0.CO;2-9
- Schore, A. N. (2003a). *Affect dysregulation and disorders of the self*. New York, NY: Norton.
- Schore, A. N. (2003b). *Affect regulation and the repair of the self*. New York, NY: Norton.
- Schore, A. N. (2009, August 8). The paradigm shift: The right brain and the relational unconscious. Invited plenary address to the American Psychological Association 2009 Convention, Toronto, Canada. Retrieved from <http://www.allanschore.com/pdf/SchoreAPAPlenaryFinal09.pdf>
- Schore, A. N. (2012). *The science of the art of psychotherapy*. New York, NY: Norton.
- Schore, A. N. (2013). Regulation theory and the early assessment of attachment and autistic spectrum disorders: A response to Voran's clinical case. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy, 12*, 164–189. doi:10.1080/15289168.2013.822741
- Schore, J. R. (2012). Using concepts from interpersonal neurobiology in revisiting psychodynamic theory. *Smith College Studies in Social Work, 82*, 90–111. doi:10.1080/00377317.2012.644494
- Schore, J. R., & Schore, A. N. (2008). Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical Social Work Journal, 36*, 9–20. doi:10.1007/s10615-007-0111-7
- Semrud-Clikeman, M., Fine, J. G., & Zhu, D. C. (2011). The role of the right hemisphere for processing of social interactions in normal adults using functional magnetic resonance imaging. *Neuropsychobiology, 64*, 47–51. doi:10.1159/000325075
- Shuren, J. E., & Grafman, J. (2002). The neurology of reasoning. *Archives of Neurology, 59*, 916–919. doi:10.1001/archneur.59.6.916
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York, NY: WW Norton.
- Tschacher, W., Schildt, M., & Sander, K. (2010). Brain connectivity in listening to affective stimuli: A functional magnetic resonance imaging (fMRI) study and implications for psychotherapy. *Psychotherapy Research, 20*, 576–588. doi:10.1080/10503307.2010.493538
- Tucker, D. M., & Moller, L. (2007). The metamorphosis. Individuation of the adolescent brain. In D. Romer & E. F. Walker (Eds.), *Adolescent psychopathology and the developing brain* (pp. 85–102). Oxford: Oxford University Press. doi:10.1093/acprof:oso/9780195306255.003.0004
- Valentine, L., & Gabbard, G. O. (2014). Can the use of humor in psychotherapy be taught? *Academic Psychiatry, 38*, 75–81. doi:10.1007/s40596-013-0018-2
- van Lancker, D., & Cummings, J. L. (1999). Expletives: Neurolinguistic and neurobehavioral perspectives on swearing. *Brain Research Reviews, 31*, 83–104. doi:10.1016/S0165-0173(99)00060-0
- van Lancker Sidtis, D. (2006). Where in the brain is nonliteral language? *Metaphor and Symbol, 21*, 213–244.
- Watt, D. F. (2003). Psychotherapy in an age of neuroscience: Bridges to affective neuroscience. In J. Corrigan & H. Wilkinson (Eds.), *Revolutionary connections: Psychotherapy and neuroscience* (pp. 79–115). London: Karnac.
- Whitehead, C. C. (2006). Neo-psychoanalysis: A paradigm for the 21st century. *Journal of the Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry, 34*, 603–627. doi:10.1521/jaap.2006.34.4.603
- Wittling, W., & Roschmann, R. (1993). Emotion-related hemisphere asymmetry: Subjective emotional responses to laterally presented films. *Cortex, 29*, 431–448. doi:10.1016/S0010-9452(13)80252-3

Received January 28, 2014

Accepted February 2, 2014



Traducción al español con autorización del Dr. Allan Schore a cargo de Enrique Arellano Farias, 2021 ©. Todos los derechos reservados. Artículo de libre distribución. Incluido en la formación del Dr. Daniel Hill sobre la Teoría de la Regulación del Afecto. <https://www.institutocuatrociclos.com>, <https://www.editorialeltheria.com>

