

Patients' facial-affective regulation during episodes of rupture of the therapeutic alliance / Regulación afectivo-facial de pacientes durante episodios de ruptura de la alianza terapéutica

Paulina Barros, Carolina Altimir & J. Carola Pérez

To cite this article: Paulina Barros, Carolina Altimir & J. Carola Pérez (2016) Patients' facial-affective regulation during episodes of rupture of the therapeutic alliance / Regulación afectivo-facial de pacientes durante episodios de ruptura de la alianza terapéutica, Estudios de Psicología, 37:2-3, 580-603, DOI: [10.1080/02109395.2016.1204781](https://doi.org/10.1080/02109395.2016.1204781)

To link to this article: <http://dx.doi.org/10.1080/02109395.2016.1204781>



Published online: 17 Aug 2016.



Submit your article to this journal [↗](#)



Article views: 106



View related articles [↗](#)



View Crossmark data [↗](#)



Citing articles: 1 View citing articles [↗](#)

Patients' facial-affective regulation during episodes of rupture of the therapeutic alliance / *Regulación afectivo-facial de pacientes durante episodios de ruptura de la alianza terapéutica*

Paulina Barros^a, Carolina Altimir^b, and J. Carola Pérez^b

^aUniversidad de Chile; ^bPontificia Universidad Católica de Chile

(Received 7 August 2015; accepted 1 May 2016)

Abstract: The nonverbal, implicit and affective regulation process of psychotherapy patients was studied through their facial-affective displays during Confrontation and Withdrawal Ruptures, as well as the evolution of this display throughout therapy. Twenty-six rupture episodes selected from a total of five individual therapeutic processes from different theoretical orientations were analysed using the Facial Action Coding System (FACS), which analyses facial behaviour. The results showed association between expressions of Joy, Social Smile and positive emotional Valence during Withdrawal Ruptures, while Confrontation Ruptures were characterized by patients' absence of Emotional Valence. The differential characteristics of these variables were associated with stages of therapy. The results are discussed based on the notions of agency and affiliation put into play by patients during events of relational tension.

Keywords: affective regulation; rupture episodes; facial expression of emotions

Resumen: Se estudió el proceso de regulación afectiva implícita no verbal de pacientes de psicoterapia a través del estudio del despliegue afectivo-facial de éstos durante episodios de Ruptura de Confrontación y de Distanciamiento, y la trayectoria de este despliegue en terapia. Se analizaron 26 episodios de ruptura seleccionados de un total de cinco procesos terapéuticos de modalidad individual y de diferente orientación teórica, empleando el Sistema de Codificación de la Acción Facial (FACS) para el análisis de la conducta facial. Los resultados mostraron asociación entre las expresiones de Alegría, Sonrisa Social y Valencia emocional positiva en rupturas de Distanciamiento, mientras que la Confrontación se caracterizó por Ausencia de Valencia Emocional de los pacientes. Características diferenciales de estas variables se asociaron a fases de la terapia. Los resultados se discuten a partir de las nociones de agencia y afiliación puestas en juego por los pacientes durante los momentos de tensión relacional.

English version: pp. 580–590 / *Versión en español:* pp. 591–601

References / *Referencias:* pp. 601–603

Translated from Spanish / *Traducción del español:* Liza D'Arcy

Authors' Address / *Correspondencia con las autoras:* Paulina Barros, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Universidad de Chile, Avda. Salvador 486, Providencia, Santiago de Chile 7500922, Chile. E-mail: paulinabarros@med.uchile.cl

Palabras clave: regulación afectiva; episodios de ruptura; expresión facial de emociones

The therapeutic relationship can be understood as an encounter between two subjectivities — patient and therapist — where each participant enacts their characteristic affective and relational repertoires learned throughout the significant bonds established during early childhood, consolidated throughout their life and eventually reorganized by new meaningful relationships, including the therapeutic relationships (Beebe & Lachmann, 2002; Safran & Muran, 2001; Tronick, 1989). These repertoires contain learned patterns that regulate affect and also determine expectations regarding the behaviours and roles that each participant in the interaction should play to comply with the desires of that regulation (Bänninger-Huber & Widmer, 1999; Beebe & Lachmann, 2002). As these patterns develop in early childhood, prior to the acquisition of language and symbolic processing, they are installed in procedural memory, generally operating implicitly and automatically, outside the realm of consciousness (Bucci, 1997; Lyons-Ruth, 1999; Schore, 2011).

In this display of patterns of affect regulation two issues come into play: each individual's need for autonomy together with the need for each relatedness (Blatt, 2008; Safran & Kraus, 2014; Safran & Muran, 2001), as well as the *self's* needs against the other's needs (Safran & Muran, 2001). To address these dynamics, a common collaborative workspace must be created, which has been described by Safran and Muran (2001) as a process of negotiation between patient and therapist that continuously oscillates between states of coordination and a lack of coordination within the therapeutic relationship (Bänninger-Huber, 1992; Safran & Muran, 2001; Tronick, 1989; Tronick et al., 1998). A lack of coordination can trigger moments of interpersonal stress that challenge the stability of the therapeutic relationship, to the extent that they activate patterns of emotional reaction and dysfunctional interpersonal behaviours led by the aforementioned internal schemes (Safran & Kraus, 2014), in turn generating varying degrees of emotional dysregulation (Bänninger-Huber, 1992), particularly in patients whose dysfunctional relationship patterns are usually part of the reasons they sought therapy. These moments of relational tension were defined by Safran and Muran (2001) as moments of rupture of the alliance.

The main feature of ruptures is a breakdown of communication and collaboration between patient and therapist (Safran & Muran, 2001), indicating a disruption of the relationship that can be understood as an opportunity to work on the patient's processes of *self*-acceptance and acceptance of others (Safran & Muran, 2005), and thus gradually develop more adaptive and flexible ways to negotiate interpersonal exchanges. From this perspective, the negotiation between the needs of the *self* and those of the other constitutes a core theme in the therapeutic process (Safran & Kraus, 2014).

Safran and Muran (2001) have described two manifestations of ruptures in the alliance, observed through the patient's behaviour during therapy, that have been termed Confrontation and Withdrawal Ruptures. *Confrontation Ruptures* respond

to the patient's need to assert his/her autonomy and agency, as well as self-expression over the needs of the relationship. In this kind of rupture the patient expresses his/her dissatisfaction or discomfort in a non-collaborative and even hostile manner, in a movement against the therapist; behaviours which may include complaining and expressing concerns about the therapy or therapist, direct rejection of the therapist's interventions, trying to control or pressure the therapist and a hostile defence against what is perceived as criticism by the therapist (Coutinho, Ribeiro, Hill, & Safran, 2011; Eubanks-Carter, Muran, & Safran, 2009). Recent research studies (Coutinho et al., 2011) have highlighted that patients' experiences during Confrontation episodes stem from feelings of abandonment or criticism by the therapist, and unsatisfied expectations of changes in the therapy's strategies, which cause the patient to feel angry or to disagree. It is because of these characteristics that Confrontation is believed to be the kind of rupture that most directly and efficiently threatens the therapeutic alliance, increasing in frequency during the final stages of treatment in cases of premature drop-out (Coutinho, Ribeiro, Fernandes, Sousa, & Safran, 2014).

Meanwhile, *Withdrawal Ruptures* are strategies used by the patient to emotionally distance themselves from the therapist, thus favouring the bond at the expense of their needs for individuation. The patient uses manoeuvres to distance themselves from the therapist, reducing their emotional involvement in the relationship (i.e., answering in monosyllables, remaining silent); or may approach the therapist in an overly docile and deferential manner, denying their dissatisfaction with the therapist or therapy. Empirical evidence confirms a tendency of patients with personality disorder to distance themselves from tough issues and to hide their negative emotions during ruptures (Coutinho et al., 2011). Another study found that in cases where the therapy ends because of patient abandonment, Withdrawal Ruptures show an upward trend (Coutinho et al., 2014).

Ruptures can be considered particular instances in the therapeutic encounter where it is possible to observe the patient's display of idiosyncratic affective repertoires, in an attempt to manage the emotional deregulation caused by the relational *impasse*, expressed both verbally and nonverbally (Schore, 2011). It is interesting to consider that from the nonverbal facial affective display, each expressed emotion can be understood as the expression of a desire for specific affective regulation, and therefore an invitation to the other to act in accordance (Bänninger-Huber, 1992).

Although authors like Eubanks-Carter et al. (2009) indicate that nonverbal behaviour must be identified in order to detect rupture events, it has not been described systematically. Until now, the main focus in the field of research on therapeutic alliance has been the description of overt patient and therapist behaviours, mainly through verbal dialogue.

The *Rupture and Resolution Rating System, 3RS*, developed by these authors (Eubanks-Carter et al., 2009), highlights specific indicators of the manifestation of rupture events, but they are described primarily in terms of participants' verbal exchange. Only two of the indicators of Withdrawal Ruptures explicitly suggest

observation of the relationship between the patient's verbal and nonverbal behaviour.

While it has been recognized that adult psychotherapy occurs mainly through conversation, the fact remains that implicit affective communication plays a decisive role in this exchange (Schoe, 2011). As relevant events of the psychotherapeutic process, ruptures contain various spontaneous and unconscious nonverbal behaviours, which are an opportunity to access the implicit domain of the subjective emotional experience specific to the mutual regulation process in psychotherapy (Bänninger-Huber & Widmer, 1999; Dowd, 2004; Ekman, 1993; Merten, 2005). This information is complementary to verbal exchange, and is incorporated implicitly by both participants to evaluate and negotiate the status of the relationship and communicate the wishes of affective regulation (Ekman, 1993; Merten, 2005, 2007). The systematic study of patients' facial emotional display during ruptures in the alliance can enrich the description and operationalization of the concept, through the establishment of the differential characteristics of Withdrawal and Confrontation, thus facilitating the clinician's work in managing these moments to the extent that they can *observe them* and work with them as access windows to the patient's relational schemas. It is based on these arguments that the present study seeks to explore the characteristics of patients' affective-facial display during different episodes of rupture of the alliance throughout the therapeutic process.

Because of the above, it is essential, first, to determine — from the nonverbal context — the differential characteristics of both types of ruptures. Withdrawal Ruptures are characterized by the patient seeking to establish an emotional distance with the therapist or, on the contrary, seeking to approach them inappropriately, while the essential characteristic of Confrontation Ruptures is action against the therapist: expression of feelings of anger or dissatisfaction. Therefore, it is hypothesized that the patients' affective-facial display in episodes of Confrontation Rupture will have a greater presence of negative valence emotions and that positive emotions will be more frequent during episodes of Withdrawal Ruptures.

Considering the complex and ambivalent characteristics of Withdrawal Ruptures, facial behaviour could help to identify these types of events by complementing the information provided by basic emotions; in this sense, the third hypothesis states that in this type of rupture patients most often display regulatory mechanisms through unspecific behaviours.

Finally, because of the characteristic ambivalence of withdrawal and the therapeutic objectives transversal to different types of therapy, related to a greater integration of the *self*, it is expected that as the therapeutic process progresses positively, during Withdrawal Ruptures the patient will tend to disassociate themselves progressively less from the various aspects of their experience, which could be evaluated by a higher frequency of emotions consistent with this inner experience of distancing. Thus, during Withdrawal Distancing it is expected that patients display negative emotions more frequently towards the end of therapy.

Therefore, the hypotheses that guide this study are: (a) patients' facial-affective display during Confrontation Ruptures will have greater presence of negative emotions; (b) during Withdrawal Ruptures they will display a greater proportion of positive emotions; (c) and a higher frequency of affect regulatory mechanisms; (d) as well as greater display of negative emotions towards the final stages of the process, as a result of the patient distancing themselves less from their experience of dissatisfaction.

Method

Participants

Five adult patients aged between 18 and 64, four women and one man, participated in the study. They were selected intentionally from the population assistant to the Psychology Service at Universidad Diego Portales, and the Dynamic Psychotherapy Unit of the Psychiatric Institute José B. Horwitz. The reasons for seeking therapy included panic attacks, anxiety, depression and adjustment disorders. Three of the processes ascribed to a psychoanalytical approach and two were cognitive-behavioural (for details see [Table 1](#)). As an indicator of psychotherapeutic change, the Chilean adaptation of the OQ-45.2 questionnaire (Von Bergen & De La Parra, 2002) was used; it was determined that both therapies showed a clinically significant change through the Reliable Change Index (RCI).

Instruments

Rupture and Resolution Rating System, 3RS (Eubanks-Carter et al., 2009)

The 3RS is a manual that describes the procedure to identify ruptures by watching videos of psychotherapeutic sessions, based on the original definitions by Safran and Muran (2001). In turn, it describes the different manifestations that Withdrawal and Confrontation Ruptures can adopt.

Facial Action Coding System (FACS, Ekman & Friesen, 1978)

This objectively encodes the face's muscle movements to determine seven basic universal emotions (Joy, Anger, Contempt, Disgust, Fear, Sadness and Surprise), discriminating their *Emotional Valence* and allowing for differentiation between a *Genuine* (or a felt) and *Social* (voluntary or not felt) Smile. It can also encode relevant, unspecific facial behaviours that regulate affect: (a) *Gaze*, indicates towards whom or what the affect expressed is addressed, and the degree of emotional involvement in the interaction (Anstadt, Merten, Ullrich, & Krause, 1997); (b) *Adaptors*, the individual touches their face with another part of their face or a body part, indicating attempts to self-regulate negative emotions (Knapp & Hall, 2010) or anxiety (Caso, Maricchiolo, Bonaiuto, Vrij, & Mann, 2006); and (c) *Control Processes*, mouth movements used to attenuate or mask the expression of an emotion (Ekman & Friesen, 1982).

Table 1. Description of therapies and participants.

Therapy	Modality	Number of Sessions	RCI ²	Patient			Therapist		
				Sex	Age	Civil status	Diagnosis	Sex	Years of Experience
1	Cognitive-Behavioural	11	28	M	25	Single	Panic Attacks	M	5
2	Psychodynamic	31	7	F	19	Single	Depression	M	5
3	Cognitive-Behavioural	15	15	F	41	Separated	Personality Disorder	M	15
4	Psychodynamic	19	19	F	51	Single	Adjustment Disorder	F	5
5	Psychodynamic	40 ¹	6	F	27	Single	Adjustment Disorder	F	20

Notes: ¹The number of final sessions of this therapy was 88, but only the first 40 of the full psychotherapeutic process were analysed, given the length of the process; ²Reliable Change Index, results greater than 17 indicate a clinically significant change in therapy.

Procedure

Patients and therapists participated in this study voluntarily, agreeing to be filmed and authorizing the collection of data for scientific publication through signing informed consent forms. All therapy sessions were videotaped, filming the patient and therapist simultaneously with two cameras.

The session videos were observed by five pairs of expert judges trained in identifying ruptures according to the 3RS (Eubanks-Carter et al., 2009); the sessions were analysed together with the therapeutic transcripts and the results were validated through intersubjective agreement (Flick, 2009). A total of 122 episodes throughout the five therapy sessions were obtained. A stratified sampling per therapy phase was performed, which was defined by dividing the total sessions into three (initial, middle and final phases). Two episodes per phase were randomly selected, regardless of their rupture subtype, so that for each phase of each therapy, two episodes of rupture were obtained. In one of the therapy processes only two episodes of rupture were identified, which meant the selection criterion of two episodes per therapy stage was not met, thus obtaining a final total of 26 episodes (21.3% of all episodes of rupture), 13 Withdrawal and 13 Confrontation Ruptures.

For the micro-analysis of the facial action, the 26 rupture episodes were divided into 25-second frames each, obtaining a total of 3,032 video frames, within which three trained judges coded the emotional variables; a degree of inter-judge reliability that ranged between .40 and .88 throughout the different facial variables was obtained. Because the agreement was acceptable for gaze, adaptors, sadness, fear, joy and contempt, subsequent analyses were carried out considering these variables.

The probability of occurrence of the facial variables mentioned, within the different episodes of rupture and throughout the three stages of therapy, was established through a nested hierarchical regression on two levels (by HLM):

Level 1: defined at a video frame level, where the presence of a facial variable ($N = 3,032$) was observed, which was dichotomized (using the Bernoulli model) as '1' when it appeared in the video frame and '0' when another variable appeared or no facial variable was present.

Level 2: defined at an episode level ($N = 26$), distinguishing between Type of Rupture (defining '1' for Withdrawal and '0' for Confrontation); and Therapy Phase (defined as a dichotomous variable).

Results

A heterogeneous distribution was observed in the frequency of facial variables within the ruptures, with a greater frequency of Absence of Emotional Valence (84%), Gaze towards the Therapist (61.4%), Adaptors (17.7%), Joy (11.3%), Positive Valence (10%) and Social Smile (6.9%), while the rest of the variables presented a frequency equal to or less than 5.7%.

The nested hierarchical regression model showed significant associations for the variables Joy, Social Smile, Positive Valence and Absence of Emotional Valence (see

Table 2). It was observed that during Withdrawal Ruptures, patients showed a higher probability of expression of Joy, which is mainly manifested through the Social Smile. Consistently, Withdrawal showed a higher probability of presenting Positive Valence.

Table 2. Model coefficients of the two levels for facial variables.

Dependent variable		β	OR ¹	CI (95%) ²
Gazes towards therapist ^a	Intercept	0.11	1.12	(0.543–2.304)
	Therapy stage	0.10	1.11	(0.503–2.450)
	Rupture Type	0.54	1.72	(0.780–3.805)
Adaptors ^b	Intercept	-1.28	0.28	(0.082–0.952)
	Therapy stage	-0.11	0.90	(0.234–3.431)
	Rupture Type	-0.85	0.43	(0.111–1.634)
Control Processes ^c	Intercept	-2.77	0.06	(0.028–0.141)
	Therapy stage	0.07	1.07	(0.442–2.614)
	Rupture Type	-0.44	0.64	(0.264–1.563)
Anger ^d	Intercept	-4.13	0.02	(0.007–0.039)
	Therapy stage	-0.23	0.79	(0.285–2.216)
	Rupture Type	-0.86	0.42	(0.150–1.192)
Sadness ^e	Intercept	-6.68	0.00	(0.000–0.010)
	Therapy stage	1.37	3.92	(0.526–29.245)
	Rupture Type	1.98	7.21	(0.878–59.259)
Contempt ^f	Intercept	-3.53	0.03	(0.012–0.072)
	Therapy stage	-0.23	0.79	(0.292–2.146)
	Rupture Type	-0.28	0.76	(0.279–2.051)
Joy ^g	Intercept	-3.84	0.02	(0.008–0.058)
	Therapy stage	0.98	2.68	(0.942–7.630)
	Rupture Type	1.30*	3.68	(1.277–10.615)
Social Smile ^h	Intercept	-4.16	0.02	(0.006–0.040)
	Therapy stage	0.98*	2.66	(1.026–6.914)
	Rupture Type	1.07*	2.92	(1.106–7.686)
Sincere Smile (Duchenne) ⁱ	Intercept	-5.28	0.01	(0.001–0.024)
	Therapy stage	0.86	2.37	(0.513–10.929)
	Rupture Type	1.49	4.43	(0.917–21.388)
Combined emotions ^j	Intercept	-5.01	0.01	(0.002–0.023)
	Therapy stage	0.22	1.24	(0.366–4.208)
	Rupture Type	0.79	2.20	(0.623–7.799)
Positive Valence ^k	Intercept	-4.10	0.02	(0.006–0.046)
	Therapy stage	1.09*	2.98	(1.043–8.538)
	Rupture Type	1.28*	3.59	(1.236–10.410)
Negative Valence ^l	Intercept	-3.48	0.03	(0.010–0.092)
	Therapy stage	0.48	1.62	(0.487–5.362)
	Rupture Type	0.157	1.17	(0.352–3.894)
No Valence ^m	Intercept	3.18	23.93	(9.198–62.244)
	Therapy stage	-1.12*	0.33	(0.117–0.917)
	Rupture Type	-1.15*	0.32	(0.113–0.897)

Notes: ¹ Odds Ratio; ² Confidence Interval; ^aModel Variability $\sigma = 0.78$ ($p < .001$); ^bModel Variability $\sigma = 2.27$ ($p < .001$); ^cModel Variability $\sigma = 0.81$ ($p < .001$); ^dModel Variability $\sigma = 0.43$ ($p < .074$); ^eModel Variability $\sigma = 3.44$ ($p < .001$); ^fModel Variability $\sigma = 0.86$ ($p < .001$); ^gModel Variability $\sigma = 1.21$ ($p < .001$); ^hModel Variability $\sigma = 0.91$ ($p < .001$); ⁱModel Variability $\sigma = 2.21$ ($p < .001$); ^jModel Variability $\sigma = 1.124$ ($p < .001$); ^kModel Variability $\sigma = 1.19$ ($p < .001$); ^lModel Variability $\sigma = 1.62$ ($p < .001$); ^mModel Variability $\sigma = 1.28$ ($p < .001$); * $p < .05$.

Furthermore, a higher probability of Absence of Emotional Valence during Confrontation Ruptures was observed. No significant associations between type of rupture and the remaining facial variables were observed.

In regard to the Therapy Phase, two types of comparisons were made: initial-middle phase; initial-final phase. The results show that the variables Social Smile and Positive Valence were preponderant during the middle phase of therapy, while the Absence of Emotional Valence was more likely during the initial phase than during the middle phase.

Discussion

The results of this study show little variability of basic emotions displayed by patients, which is consistent with previous findings on limited emotional-facial display in psychotherapeutic dyads compared to other types of social interactions (Merten, 2005); they also show the defensive manoeuvres performed by patients triggered by moments of relational tension which help them conceal the intensity of their emotional dysregulation (Safran & Muran, 2005).

However, the first hypothesis of this study, which predicted a greater presence of negative valence emotions in Confrontation Ruptures, was not confirmed by the data. It seems that the *movement against*, explicitly expressed by patients in this type of rupture, does not correspond with the implicit correlate. Rather, the results indicate that in this context patients tend not to show any emotional valence. Considering the notion of inter-subjective *negotiation* (Safran & Muran, 2001), it could be considered that during the confrontation the patient promotes their sense of agency over their need for affiliation at an explicit level, challenging the therapist, while at the implicit level they emphasize that agency by being neutral, and thus denying the emotional impact this impasse caused them.

Moreover, the results of the study confirm the second hypothesis regarding a higher proportion of positive emotions during Withdrawal Ruptures: Joy, Social Smile and Positive Valence. These results can be understood as attempts by the patient to ensure — in a context of relational conflict — a secure bond with the therapist, an assumption that coincides with studies by Bänninger-Huber (1992) and Benecke (2009), who confirmed that the Smile fulfils the function of maintaining a basic sense of security within that bond and ensures a state of emotional resonance between therapist and patient. From this perspective, the Smiles displayed by patients in this study could indicate their attempts to secure the bond that was seen to be threatened by the rupture, prioritizing in this negotiation their needs for affiliation over their agency.

The third hypothesis, regarding an increased presence of regulatory mechanisms displayed by patients in Withdrawal Ruptures, could not be confirmed. Adaptors, as indicators of emotional stress or attempts displayed by patients to regulate that tension, as well as attempts to attenuate emotional expressiveness through Control Processes, were not characteristic of a particular type of rupture. Neither did Gaze vary significantly between Withdrawal and Confrontation: it was observed that patients maintained visual contact with the therapist most of the

time. One might assume that ruptures are experienced by patients not so much as an event that seeks recovery of an inner emotional balance, but rather as an *inter-subjective* event, such that the affective regulation strategies displayed are directed towards a relational space, perhaps as a strategy that seeks the therapist's participation in the affect regulation process.

Finally, the data do not support the hypothesis in regard to an increased display of negative emotions towards the final phases of therapy. Rather, an unexpected phenomenon associated with the therapy phases appeared, which showed a more positive emotional movement expressed mainly by Social Smile during the middle stages of therapy as opposed to the initial phases. Despite the surprise that these findings have caused, specific studies on the role of Social Smile have determined that this act can cover various affective experiences, and may even represent an attempt to overcome feelings of shame or to mask negative emotions (Dreher, Mengele, Krause, & Kämmerer, 2001); and it has also been positively associated with experiences of anger (Merten, 1997). On the other hand, it is usually expected that the therapeutic bond would grow stronger as the therapy process advances. The quality of the bond somehow mediates the degree to which the therapeutic dyad is able to negotiate therapy tasks and goals. Considering the above, in the context of relational tension produced by ruptures, the presence of Social Smile could be interpreted as an expression of the quality of the bond.

The results of this study can contribute to the progressive work of characterizing Withdrawal and Confrontation Ruptures not only from their verbal, but also from their non-verbal facial-affective manifestations. Possibly because of the sampling limitations of this research, it was only possible to explore differential findings associated with Withdrawal Ruptures, which support the conceptual description of authors such as Safran and Muran (2000, 2001) in regard to the idea of the patient's need to preserve the bond, even during moments of conflict and dissatisfaction; from the evidence of patients' verbal discourse, this idea is difficult to prove as its main characteristic is a decrease of discursive expressiveness. However, at an implicit level, the results show that patients displayed an emotional expressiveness — Joy — which is consistent with the idea of an emotional bonding atmosphere. In this sense, the displaying of Social Smile was observed as an emotional expression that is more characteristic of intermediate stages of therapy, where therapeutic work is more intense and decisive on results, and therefore the maintenance of the therapeutic bond is a key element.

In conclusion, this study opens a discussion on the challenge of moments of rupture in clinical practice, that is, to develop the ability to recognize implicit or explicit signals of ambiguity/confusion in the patient's experience, empathize with the consequent disappointment caused by the affective disturbance experienced within the relationship and promote the acceptance of those feelings and needs that underlie or are reactive to this feeling of disappointment. Thus, the therapist can provide the patient with the experience of them being a figure that is available to their needs, although not to the extent that they can sustain the fantasy of their ideal therapist.

In this sense, the main contribution of this research is to give a space, within the explicit realm, to data that most therapists experience, without realizing it, at a sub-symbolic level. We thus hope that this study has contributed to expanding the conscious eye on the rupture processes and to further that which is implicit to a complimentary level of the explicit experience, drawing it from the background. These objectives, of course, can only be realized with the support of more research that would also include the therapist's facial displays, consider participants' gender as a variable, contemplate a larger sample, include social emotions and perhaps relate the history with therapeutic outcome, variables that, having not been studied in this research project, limit its results. But certainly this study confirms that the implicit domain — as it is a space that is difficult to access, analyse and understand — requires a rigorous methodology and a sufficient amount of data to study it properly, in order to assure certain saturation of those data as a way to lessen the effect of the ambiguity of the nonverbal sign.

Regulación afectivo-facial de pacientes durante episodios de ruptura de la alianza terapéutica

La relación terapéutica puede ser entendida como un encuentro entre dos subjetividades — de paciente y terapeuta — en el que cada participante pone en escena sus repertorios afectivos y relacionales característicos aprendidos a través de sus vínculos significativos establecidos en la temprana infancia, consolidados a lo largo de su vida y reorganizados, eventualmente, en el seno de nuevas relaciones significativas, entre ellas la terapéutica (Beebe & Lachmann, 2002; Safran & Muran, 2001; Tronick, 1989). Estos repertorios contienen pautas aprendidas de regulación de los afectos y al mismo tiempo determinan expectativas acerca de los comportamientos y roles que cada participante de la interacción debiera adoptar para satisfacer los propios deseos de regulación (Bänninger-Huber & Widmer, 1999; Beebe & Lachmann, 2002). Al desarrollarse durante la infancia temprana, previo a la adquisición del lenguaje y del procesamiento simbólico, estos patrones se instalan en la memoria procedural, operando generalmente de modo implícito y automático, fuera del ámbito de la conciencia (Bucci, 1997; Lyons-Ruth, 1999; Schore, 2011).

En este despliegue de patrones de regulación afectiva se ponen en juego tanto necesidades de autonomía como de vinculación de cada individuo (Blatt, 2008; Safran & Kraus, 2014; Safran & Muran, 2001), así como necesidades del *sí mismo* frente a necesidades planteadas por el otro (Safran & Muran, 2001). Para hacer frente a estas dinámicas, el desafío consiste en construir un espacio común de trabajo colaborativo, el que ha sido descrito por Safran y Muran (2001) como un proceso de negociación entre paciente y terapeuta; de oscilación constante entre estados de mayor coordinación y otros de descoordinación dentro de la relación terapéutica (Bänninger-Huber, 1992; Safran & Muran, 2001; Tronick, 1989; Tronick et al., 1998). Las descoordinaciones pueden gatillar momentos de tensión interpersonal que desafían la estabilidad de la relación terapéutica, en la medida en que activan patrones de reacción emocional y comportamientos interpersonales disfuncionales comandados por los esquemas internos antes mencionados (Safran & Kraus, 2014), generando a su vez diversos grados de desregulación emocional (Bänninger-Huber, 1992) especialmente en el paciente, cuyos patrones disfuncionales de relación generalmente son parte del motivo de consulta. Estos momentos de tensión relacional fueron definidos por Safran y Muran (2001) como momentos de ruptura de la alianza.

La característica principal de las rupturas es un quiebre de la comunicación y colaboración entre paciente y terapeuta (Safran & Muran, 2001), que indica una perturbación de la relación que puede entenderse a la vez como una oportunidad

para trabajar los procesos de aceptación de *sí mismo* y de aceptación de los otros en el paciente (Safran & Muran, 2005), y así gradualmente desarrollar modos más adaptativos y flexibles de negociar los intercambios interpersonales. Desde esta perspectiva, la negociación entre las necesidades del *sí mismo* y del otro se constituye en un elemento central del trabajo terapéutico (Safran & Kraus, 2014).

Safran y Muran (2001) han descrito dos manifestaciones de rupturas de la alianza observadas a través de la conducta del paciente en terapia, que han sido denominadas como Rupturas de Confrontación y Distanciamiento. Las primeras, las *Rupturas de Confrontación* responden a la necesidad del paciente de hacer prevalecer su autonomía y agencia, así como la expresión de sí mismo por sobre las necesidades de la relación. En este tipo de rupturas el paciente expresa su insatisfacción o incomodidad de manera no colaborativa e incluso hostil a través de un movimiento en contra del terapeuta; el que puede incluir quejas y preocupaciones hacia la terapia o el terapeuta, rechazo manifiesto a las intervenciones, esfuerzos por controlar o presionar al terapeuta, y una defensa hostil frente a lo que se percibe como una crítica de éste (Coutinho, Ribeiro, Hill, & Safran, 2011; Eubanks-Carter, Muran, & Safran, 2009). Investigaciones recientes (Coutinho et al., 2011) han señalado que la experiencia de pacientes en episodios de Confrontación se relaciona con sentimientos de abandono o crítica por parte del terapeuta, así como de expectativas insatisfechas de cambio de estrategias en la terapia, lo que provoca en el paciente sentimientos de rabia o desacuerdo. Es por estas características que se ha observado que la Confrontación es el tipo de ruptura que amenaza de modo más directo y eficiente la alianza terapéutica, aumentando su frecuencia en las etapas finales del tratamiento en los casos de deserción prematura (Coutinho, Ribeiro, Fernandes, Sousa, & Safran, 2014).

Por su parte, las *Rupturas de Distanciamiento* constituyen estrategias empleadas por el paciente para distanciarse afectivamente del terapeuta, favoreciendo así el vínculo a expensas de sus necesidades de individuación. El paciente utiliza maniobras para alejarse del terapeuta, reduciendo su involucramiento emocional en la relación (i.e., responder con monosílabos, quedarse en silencio); o bien puede en apariencia acercarse al terapeuta, mostrándose excesivamente dócil y deferente, negando su experiencia de insatisfacción con el terapeuta o con la terapia. La evidencia empírica confirma una tendencia de pacientes con trastorno de personalidad por alejarse de los temas difíciles y ocultar sus emociones negativas durante las rupturas (Coutinho et al., 2011). Otro estudio encontró que en los casos en que la terapia termina por deserción del paciente, las Rupturas por Distanciamiento presentan una tendencia al alza (Coutinho et al., 2014).

Las rupturas pueden ser consideradas como instancias particulares del encuentro terapéutico en las que es posible observar el despliegue de repertorios afectivos idiosincráticos del paciente, en un intento por manejar la desregulación emocional provocada por el *impasse* relacional, los que se expresarán de manera tanto verbal como no verbal (Schore, 2011). Resulta interesante considerar que desde el despliegue afectivo facial no verbal, cada emoción expresada puede entenderse como la expresión de un deseo de regulación afectiva específico, y por tanto una invitación a que el otro actúe de manera concordante (Bänninger-Huber, 1992).

A pesar que autores como Eubanks-Carter et al. (2009), señalan que para la detección de los eventos de ruptura la conducta no verbal es relevante, ésta no ha sido descrita de manera sistemática. Hasta ahora, en el ámbito de la investigación sobre alianza terapéutica el foco principal ha apuntado a la descripción de las conductas manifiestas de paciente y terapeuta, principalmente a través del diálogo verbal.

El *Sistema de Codificación de Rupturas y Resoluciones, 3RS*, desarrollado por estos autores (Eubanks-Carter et al., 2009) señala indicadores específicos de la manifestación de los eventos de ruptura, pero son descritos principalmente en términos del intercambio verbal de los participantes. Solo dos de los indicadores de Rupturas de Distanciamiento sugieren explícitamente la observación de la relación entre la conducta verbal y no verbal del paciente.

Si bien es reconocido que la psicoterapia de adultos transcurre principalmente a través de la conversación, no es menos cierto que la comunicación afectiva implícita juega un rol determinante en dicho intercambio (Schore, 2011). Como eventos relevantes del proceso psicoterapéutico, las rupturas contienen variadas conductas no verbales espontáneas e inconscientes, que constituyen una oportunidad de acceso al dominio implícito de la experiencia emocional subjetiva propia del proceso de regulación mutua en psicoterapia (Bänninger-Huber & Widmer, 1999; Dowd, 2004; Ekman, 1993; Merten, 2005). Esta información es complementaria al intercambio verbal, y es incorporada de manera implícita por ambos participantes para evaluar y negociar el estado de la relación y comunicar los deseos de regulación afectiva (Ekman, 1993; Merten, 2005, 2007). El estudio sistemático del despliegue afectivo facial de pacientes durante las rupturas de la alianza puede contribuir a enriquecer la descripción y operacionalización del concepto, a través del establecimiento de las características diferenciales del Distanciamiento y la Confrontación, aportando así a facilitar la labor del clínico en el manejo de estos momentos en la medida que puede *observarlos* y trabajarlos como ventanas de acceso a los esquemas relacionales del paciente. Es a partir de estos argumentos que la presente investigación busca explorar las características del despliegue afectivo-facial de pacientes durante los distintos tipos de episodios de ruptura de la alianza a lo largo del proceso terapéutico.

En razón de los antecedentes expuestos resulta imprescindible, en primer lugar, determinar desde el ámbito no verbal las características diferenciales de ambos tipos de rupturas. Las Rupturas de Distanciamiento se caracterizan porque el paciente busca establecer una distancia emocional con el terapeuta o, por el contrario, busca acercarse inadecuadamente, mientras que en las rupturas de Confrontación la característica esencial es la acción en contra y la expresión de sentimientos relacionados con la ira o la insatisfacción. Por tanto, es de esperar que el despliegue facial-afectivo de los pacientes en episodios de ruptura de Confrontación tuviese mayor presencia de emociones de valencia negativa y que las emociones positivas fuesen más frecuente durante los episodios de Ruptura de Distanciamiento.

Considerando las características complejas y ambivalentes de las Rupturas de Distanciamiento, la conducta facial podría entregar elementos que ayuden a

identificar estos tipos de episodios al complementar la información entregada por las emociones básicas, en este sentido la tercera hipótesis apuesta a que en este tipo de rupturas los pacientes desplegarán con mayor frecuencia mecanismos regulatorios a través de conductas inespecíficas.

Finalmente, en razón de la ambivalencia característica del Distanciamiento y los objetivos terapéuticos transversales al tipo de terapia, relacionados con una mayor integración del *sí mismo*, se espera que a medida que el proceso terapéutico avanza positivamente, durante las Rupturas de Distanciamiento el paciente tienda a una menor disociación de los distintos aspectos de su experiencia, lo que se podría evaluar a través de una mayor frecuencia de emociones coherentes con esta experiencia interna de lejanía. Así, durante las Rupturas de Distanciamiento se espera que los pacientes desplieguen con mayor frecuencia emociones negativas hacia el final de la terapia.

Por tanto, las hipótesis que guían este estudio son: (a) el despliegue facial-afectivo de los pacientes durante Rupturas de Confrontación tendrá mayor presencia de emociones negativas; (b) durante Rupturas de Distanciamiento presentarán mayor proporción de emociones positivas; (c) y una mayor frecuencia de mecanismos regulatorios del afecto; (d) así como mayor despliegue de emociones negativas hacia etapas finales del proceso, como producto de un menor distanciamiento de la propia experiencia de insatisfacción.

Método

Participantes

Los participantes de este estudio fueron cinco pacientes adultos de entre 18 y 64 años, cuatro mujeres y un hombre, seleccionados de manera intencionada de entre la población asistente al Servicio de Psicología de la Universidad Diego Portales y a la Unidad de Psicoterapia Dinámica del Instituto Psiquiátrico José Horwitz B. Entre los motivos de consulta cuentan crisis de pánico, sintomatología ansiosa y depresiva, y trastornos adaptativos. Tres de los procesos se adscribieron al enfoque psicoanalítico y dos fueron de orientación cognitivo-conductual (para más detalles ver [Tabla 1](#)). Como indicador de cambio psicoterapéutico se utilizó la adaptación chilena del cuestionario OQ-45.2 (Von Bergen & De La Parra, 2002); a través del Índice de Cambio Confiable (ICC) se logró determinar que dos de las terapias presentaron un cambio clínicamente significativo.

Instrumentos

Sistema de Codificación de Rupturas y Resoluciones (Rupture and Resolution Rating System, 3RS; Eubanks-Carter et al., 2009)

El 3RS es un manual que describe el procedimiento para identificar rupturas a través de la observación de videos de sesiones psicoterapéuticas, basado en las definiciones originales de Safran y Muran (2001). A su vez, describe las distintas manifestaciones que pueden adoptar las Rupturas de Confrontación y Distanciamiento.

Tabla 1. Descripción de terapias y participantes.

Terapia	Modalidad	Nº de Sesiones	ICC ²	Paciente			Terapeuta		
				Sexo	Edad	Estado Civil	Diagnóstico	Sexo	Años Experiencia
1	C. Conductual	11	28	M	25	Soltero	Ts. de Pánico	M	5
2	Psicodinámica	31	7	F	19	Soltera	Depresión	M	5
3	C. Conductual	15	15	F	41	Separada	Ts. Personalidad	M	15
4	Psicodinámica	19	19	F	51	Soltera	Ts. Adaptativo	F	5
5	Psicodinámica	40 ¹	6	F	27	Soltera	Ts. Adaptativo	F	20

Notas: ¹El número de sesiones final de esta terapia fue de 88 sesiones pero se analizaron las primeras 40 del proceso psicoterapéutico completo, dados los tiempos de ejecución del proceso; ²Índice de Cambio Confiable, resultados mayores a 17 indican cambio clínicamente significativo en la terapia.

Sistema de Codificación de la Acción Facial (Facial Action Coding System, FACS; Ekman & Friesen, 1978)

Permite codificar de manera objetiva los movimientos musculares del rostro, permite determinar siete emociones básicas universales (Alegría, Rabia, Desprecio, Asco, Miedo, Tristeza y Sorpresa), discriminar la *Valencia Emocional* de éstas y permite la diferenciación entre *Sonrisa Genuina* (o sentida) y *Social* (voluntaria o no sentida). Permite también codificar comportamientos faciales inespecíficos relevantes para la regulación afectiva: (a) *Mirada*, indica hacia quién o qué está dirigido el afecto expresado, así como el grado de involucramiento emocional en la interacción (Anstadt, Merten, Ullrich, & Krause, 1997); (b) *Adaptadores*, el individuo toca una parte del rostro con otra parte del rostro o con partes del cuerpo, indicando intentos por auto-regular emociones negativas (Knapp & Hall, 2010), o la ansiedad experimentada (Caso, Maricchiolo, Bonaiuto, Vrij, & Mann, 2006); y (c) *Procesos de Control*, movimientos alrededor de la boca utilizados para atenuar o disimular la expresión de una emoción (Ekman & Friesen, 1982).

Procedimiento

Los pacientes y terapeutas de este estudio participaron de forma voluntaria, accediendo a ser filmados y autorizando el uso de los datos recolectados para publicación científica a través de un consentimiento informado. Todas las sesiones de terapia fueron grabadas en video, filmándose a paciente y terapeuta de manera simultánea por medio de dos cámaras.

Los videos de las sesiones fueron observados por cinco pares de jueces expertos entrenados en la identificación de rupturas en base al 3RS (Eubanks-Carter et al., 2009); se analizaron las sesiones en conjunto con las transcripciones terapéuticas y se validaron los resultados a través de un acuerdo intersubjetivo (Flick, 2009). Se obtuvo un total de 122 episodios a lo largo de las cinco terapias. Se realizó un muestreo estratificado por fases de la terapia, las que se definieron dividiendo el total de sesiones por tres (fase inicial, media y final). Se seleccionaron aleatoriamente dos episodios por fase, independientemente del subtipo de ruptura, de modo que para cada fase de cada terapia, se obtuvieron dos episodios de ruptura. En una de las terapias fueron identificados sólo dos episodios de ruptura, lo que impidió cumplir con el criterio de selección de dos episodios por fase de terapia, obteniendo así un total final de 26 episodios (21.3% del total de episodios de ruptura), 13 Rupturas de Distanciamiento y 13 de Confrontación.

Para el micro-análisis de la acción facial, los 26 episodios de ruptura fueron divididos en cuadros de 25 segundos cada uno, obteniendo un total de 3,032 cuadros de video, al interior de los cuales tres jueces entrenados codificaron las variables emocionales; se obtuvo un grado de confiabilidad inter-juez que fluctuó entre .40 y .88 a lo largo de las distintas variables faciales. En razón que el acuerdo fue aceptable para mirada, adaptadores, tristeza, miedo, alegría, desprecio, los análisis posteriores se llevaron a cabo considerando estas variables.

La probabilidad de ocurrencia de las variables faciales mencionadas, al interior de los distintos episodios de ruptura y a lo largo de las tres fases de la terapia se

estableció a través de una regresión jerárquica anidada en dos niveles (por medio de HLM):

Nivel 1: definido a nivel de cuadro de video en que se observó la presencia de alguna variable facial ($N = 3,032$), las que se dicotomizaron (utilizando el modelo Bernoulli) '1' cuando se presentaba en el cuadro de video y '0' cuando se presentaba otra variable, o ninguna variable facial.

Nivel 2: Definido a nivel de Episodio ($N = 26$), distinguiendo entre Tipo de Ruptura (definiendo '1' para Distanciamiento y '0' para Confrontación); y Fase de la Terapia (definida como variable dicotómica).

Resultados

Se observó una distribución heterogénea en la frecuencia de las variables faciales al interior de las rupturas, con una mayor frecuencia de Ausencia de Valencia Emocional (84%), Mirada hacia el Terapeuta (61.4%), Adaptadores (17.7%), Alegría (11.3%), Valencia Positiva (10%) y Sonrisa Social (6.9%), mientras que el resto de las variables estudiadas presentó una frecuencia igual o menor a 5.7%.

El modelo de regresión jerárquica anidada mostró asociaciones significativas para las variables Alegría, Sonrisa Social, Valencia Positiva y Ausencia de Valencia Emocional (ver [Tabla 2](#)). Se observó que durante las Rupturas de Distanciamiento, los pacientes mostraron una mayor probabilidad de expresión de Alegría, la que se manifestó principalmente a través de la Sonrisa Social. Coherentemente, los Distanciamientos mostraron una mayor probabilidad de presentar emociones de Valencia Positiva.

Por otra parte, se observó mayor probabilidad de Ausencia de Valencia Emocional en las Rupturas de Confrontación. No se observaron asociaciones significativas entre tipo de ruptura y las restantes variables faciales.

En cuanto a la Fase de Terapia, se realizaron dos tipos de comparaciones: fase inicial — fase media; fase inicial — fase final. Los resultados demuestran que las variables Sonrisa Social y Valencia Positiva se presentaron preponderantemente en la fase media de la terapia, mientras que la Ausencia de Valencia Emocional fue más probable en la fase inicial que en la fase media.

Discusión

Los resultados de este estudio muestran una escasa variabilidad de las emociones básicas desplegadas por los pacientes, lo que resulta consistente con hallazgos previos respecto de un reducido despliegue emocional-facial en diadas psicoterapéuticas en comparación con otros tipos de interacción social (Merten, 2005); así como con las maniobras defensivas gatilladas por momentos de tensión relacional que ayudan al paciente a ocultar la intensidad de su desregulación emocional (Safran & Muran, 2005).

No obstante, la primera hipótesis de este estudio que predecía una mayor presencia de emociones de valencia negativa en Rupturas de Confrontación no se

Tabla 2. Coeficientes del Modelo de dos niveles para las variables faciales.

Variable Dependiente		β	OR ¹	CI (95%) ²
Mirada hacia terapeuta ^a	Intercepto	0.11	1.12	(0.543–2.304)
	Fase Terapia	0.10	1.11	(0.503–2.450)
	Tipo de Ruptura	0.54	1.72	(0.780–3.805)
Adaptadores ^b	Intercepto	-1.28	0.28	(0.082–0.952)
	Fase Terapia	-0.11	0.90	(0.234–3.431)
	Tipo de Ruptura	-0.85	0.43	(0.111–1.634)
Procesos de Control ^c	Intercepto	-2.77	0.06	(0.028–0.141)
	Fase Terapia	0.07	1.07	(0.442–2.614)
	Tipo de Ruptura	-0.44	0.64	(0.264–1.563)
Rabia ^d	Intercepto	-4.13	0.02	(0.007–0.039)
	Fase Terapia	-0.23	0.79	(0.285–2.216)
	Tipo de Ruptura	-0.86	0.42	(0.150–1.192)
Tristeza ^e	Intercepto	-6.68	0.00	(0.000–0.010)
	Fase Terapia	1.37	3.92	(0.526–29.245)
	Tipo de Ruptura	1.98	7.21	(0.878–59.259)
Desprecio ^f	Intercepto	-3.53	0.03	(0.012–0.072)
	Fase Terapia	-0.23	0.79	(0.292–2.146)
	Tipo de Ruptura	-0.28	0.76	(0.279–2.051)
Alegría ^g	Intercepto	-3.84	0.02	(0.008–0.058)
	Fase Terapia	0.98	2.68	(0.942–7.630)
	Tipo de Ruptura	1.30*	3.68	(1.277–10.615)
Sonrisa Social ^h	Intercepto	-4.16	0.02	(0.006–0.040)
	Fase Terapia	0.98*	2.66	(1.026–6.914)
	Tipo de Ruptura	1.07*	2.92	(1.106–7.686)
Sonrisa Genuina (Duchenne) ⁱ	Intercepto	-5.28	0.01	(0.001–0.024)
	Fase Terapia	0.86	2.37	(0.513–10.929)
	Tipo de Ruptura	1.49	4.43	(0.917–21.388)
Emociones combinadas ^j	Intercepto	-5.01	0.01	(0.002–0.023)
	Fase Terapia	0.22	1.24	(0.366–4.208)
	Tipo de Ruptura	0.79	2.20	(0.623–7.799)
Valencia Positiva ^k	Intercepto	-4.10	0.02	(0.006–0.046)
	Fase Terapia	1.09*	2.98	(1.043–8.538)
	Tipo de Ruptura	1.28*	3.59	(1.236–10.410)
Valencia Negativa ^l	Intercepto	-3.48	0.03	(0.010–0.092)
	Fase Terapia	0.48	1.62	(0.487–5.362)
	Tipo de Ruptura	0.157	1.17	(0.352–3.894)
Sin Valencia ^m	Intercepto	3.18	23.93	(9.198–62.244)
	Fase Terapia	-1.12*	0.33	(0.117–0.917)
	Tipo de Ruptura	-1.15*	0.32	(0.113–0.897)

Notas: ¹Odds Ratio; ²Intervalo de Confianza; ^aVariabilidad del modelo $\sigma = 0.78$ ($p < .001$); ^bVariabilidad del modelo $\sigma = 2.27$ ($p < .001$); ^cVariabilidad del modelo $\sigma = 0.81$ ($p < .001$); ^dVariabilidad del modelo $\sigma = 0.43$ ($p < .074$); ^eVariabilidad del modelo $\sigma = 3.44$ ($p < .001$); ^fVariabilidad del modelo $\sigma = 0.86$ ($p < .001$); ^gVariabilidad del modelo $\sigma = 1.21$ ($p < .001$); ^hVariabilidad del modelo $\sigma = 0.91$ ($p < .001$); ⁱVariabilidad del modelo $\sigma = 2.21$ ($p < .001$); ^jVariabilidad del modelo $\sigma = 1.124$ ($p < .001$); ^kVariabilidad del modelo $\sigma = 1.19$ ($p < .001$); ^lVariabilidad del modelo $\sigma = 1.62$ ($p < .001$); ^mVariabilidad del modelo $\sigma = 1.28$ ($p < .001$); * $p < .05$.

vio confirmada por los datos. Al parecer, el *movimiento en contra* manifestado de manera explícita por los pacientes en este tipo de rupturas, no se corresponde con el correlato implícito. Los resultados indicaron más bien que en este ámbito de experiencia los pacientes tienden a no mostrar valencia afectiva alguna. Considerando la noción de *negociación* intersubjetiva (Safran & Muran, 2001), se podría considerar que, durante la Confrontación, el paciente favorece su sentido de agencia por sobre su necesidad de afiliación a nivel explícito, desafiando al terapeuta, al tiempo que a nivel implícito enfatiza dicha agencia mostrándose neutral, y negando de este modo el impacto emocional que este impasse le provoca.

Por otra parte, los resultados del estudio confirman la segunda hipótesis respecto de una mayor proporción de emociones positivas — Alegría, Sonrisa Social y Valencia Positiva — durante las Rupturas de Distanciamiento. Estos resultados se pueden entender como intentos del paciente por asegurar, en un contexto de conflicto relacional, un vínculo seguro con el terapeuta, supuesto que coincide con los estudios desarrollados por Bänninger-Huber (1992) y Benecke (2009), quienes confirman que la Sonrisa cumple la función de mantener un sentido básico de seguridad en el vínculo y permite un estado de resonancia afectiva entre terapeuta y paciente. Desde este punto de vista, las Sonrisas desplegadas por los pacientes de este estudio podrían indicar sus intentos por asegurar el vínculo que se vio amenazado por la ruptura, priorizando en esta negociación sus necesidades de afiliación por sobre las de agencia.

La tercera hipótesis, sobre una mayor presencia de mecanismos regulatorios desplegados por los pacientes en las Rupturas de Distanciamiento, no pudo ser confirmada. Los Adaptadores, como indicadores de tensión emocional o intentos desplegados por los pacientes para regular dicha tensión, así como los intentos por atenuar la expresividad emocional a través de Procesos de Control, no resultaron característicos de un tipo particular de ruptura. Tampoco la mirada varió significativamente entre el Distanciamiento y la Confrontación, y más bien se observó que los pacientes mantuvieron un contacto visual con el terapeuta la mayor parte del tiempo. Se podría suponer que las rupturas son vivenciadas por los pacientes no tanto como un evento que busca la recuperación de un estado de equilibrio emocional interno, sino más bien como un evento de carácter *intersubjetivo*, por lo que las estrategias de regulación afectiva desplegadas se dirigen al espacio relacional, quizá como una estrategia que busca la participación del terapeuta en el proceso de regulación de los afectos.

Finalmente, los datos no apoyan la hipótesis referida a un mayor despliegue de emociones negativas hacia etapas finales de la terapia. Más bien aparece un fenómeno no esperado asociado a las fases de la terapia, señalando mayor movimiento emocional positivo expresado principalmente por la Sonrisa Social, en fases intermedias de la terapia por sobre fases iniciales. A pesar de la sorpresa que pueden causar estos hallazgos, estudios específicos sobre el rol de la Sonrisa Social han determinado que ésta permite encubrir experiencias afectivas diversas, e incluso puede representar un intento por sobreponerse a sentimientos de vergüenza o enmascarar emociones negativas (Dreher, Mengele, Krause, &

Kämmerer, 2001); así también se ha presentado asociada positivamente con la experiencia de ira (Merten, 1997). Por otra parte, se espera que el vínculo terapéutico se encuentre más consolidado a medida que avanza el proceso. La calidad del vínculo media entre el grado en que la díada terapéutica es capaz de negociar tareas y metas de la terapia. Considerando estos antecedentes, en el contexto de tensión relacional dado por las rupturas, la presencia de Sonrisa Social podría interpretarse como una expresión de la calidad del vínculo.

Los resultados de este estudio pueden contribuir a la labor progresiva de caracterizar las Rupturas de Distanciamiento y de Confrontación no solo desde sus manifestaciones verbales, sino que también desde las afectivo-faciales no verbales. Posiblemente en razón de las limitaciones muestrales de la presente investigación, fue posible sólo hallazgos diferenciales asociados a las Rupturas de Distanciamiento, los que permiten apoyar la descripción conceptual de autores como Safran y Muran (2000, 2001) en relación a la idea de necesidad del paciente de preservar el vínculo, incluso frente al conflicto e insatisfacción; idea que desde la evidencia del discurso verbal de pacientes resulta difícil de comprobar, pues su característica principal es una disminución de la expresividad discursiva. Sin embargo, a nivel implícito, los resultados demuestran que los pacientes desplegaron una expresividad emocional — Alegría — que es coherente con la idea de un clima vincular afectivo. En este mismo sentido, se observó el despliegue de la Sonrisa Social como expresión emocional más característica de fases intermedias de la terapia, donde el trabajo terapéutico es más intenso y determinante sobre los resultados y por tanto la mantención del vínculo terapéutico resulta un elemento fundamental.

Para concluir, este estudio abre la reflexión sobre el desafío que implican los momentos de ruptura en la práctica clínica, esto es, desarrollar la capacidad de reconocer señales implícitas o explícitas de ambigüedad/confusión en la experiencia del paciente, empatizar con la consecuente decepción por la perturbación afectiva vivenciada en la relación y finalizar con la promoción de la aceptación de aquellos sentimientos y necesidades que se encuentran a la base o son reactivos a este sentimiento de desilusión. De esta forma, el terapeuta puede entregar al paciente la experiencia de sentirlo como una figura disponible a sus necesidades, aunque no del modo suficiente como para sostener la fantasía del terapeuta ideal.

En este sentido, el aporte principal de esta investigación se relaciona con dar cabida en el mundo explícito a datos que la mayoría de los terapeutas dominan, sin saberlo, en un nivel sub-simbólico. Se espera así haber contribuido a ampliar la mirada consciente sobre los procesos de ruptura y contribuir a llevar el ámbito implícito a un nivel complementario de la experiencia explícita, relegándolo del segundo plano. Estos objetivos, por supuesto, sólo podrán concretarse con el apoyo de más investigaciones en el área que incluyan también el despliegue facial del terapeuta, consideren la variable género en los participantes, contemplan una muestra mayor, incluyan emociones sociales y tal vez relacionen los antecedentes con el éxito terapéutico, variables que al no haber sido estudiadas en esta investigación, limitaron los resultados obtenidos. Sin embargo, con certeza este estudio confirma que el ámbito de lo implícito, al ser un espacio de muy difícil acceso, análisis y

comprensión, requiere de una metodología rigurosa y una cantidad suficiente de datos para el estudio, que permitan cierta saturación de los mismos como una forma de disminuir el efecto de la ambigüedad de la señal no-verbal.

Acknowledgements / Agradecimientos

This research has been developed with the support of Project No. 1110361 from the Ministry of Education, Government of Chile, National Fund for Scientific and Technological Development (FONDECYT). In particular we would like to thank the work carried out by the project research team without whose concerted efforts this study would not have been possible and in particular the researchers, Claudio Martínez, Alemka Tomicic, Salvador Angulo, Mariane Krause, Daniel Espinosa and Cecilia de la Cerda. This study was also supported by the Ministry of Economy, Development and Tourism Innovation Fund for Competitiveness (FIC), through the Initiative Millennium Science Project IS130005. / *Esta investigación ha sido desarrollada con el apoyo y en el marco del Proyecto N° 1110361 del Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT) del Ministerio de Educación, Gobierno de Chile. En particular quisieramos agradecer la labor del equipo de investigación de dicho proyecto sin cuya labor concertada este estudio no hubiera sido posible y en particular de los investigadores Claudio Martínez, Alemka Tomicic, Salvador Angulo, Mariane Krause, Daniel Espinosa y Cecilia de la Cerda. Asimismo, este estudio recibió apoyo del Fondo de Innovación para la Competitividad (FIC) del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, a través de la Iniciativa Científica Milenio, Proyecto IS130005.*

Disclosure statement

No potential conflict of interest was reported by the authors. / *Los autores no han referido ningún potencial conflicto de interés en relación con este artículo.*

References / Referencias

- Anstadt, T., Merten, J., Ullrich, B., & Krause, R. (1997). Affective dyadic behavior, core conflictual relationship themes, and success of treatment. *Psychotherapy Research, 7*, 397–417. doi:10.1080/10503309712331332103
- Bänninger-Huber, E. (1992). Prototypical affective microsequences in psychotherapeutic interaction. *Psychotherapy Research, 2*, 291–306. doi:10.1080/10503309212331333044
- Bänninger-Huber, E., & Widmer, C. (1999). Affective relationship patterns and psychotherapeutic change. *Psychotherapy Research, 9*, 74–87. doi:10.1080/10503309912331332601
- Beebe, B., & Lachmann, F. (2002). *Infant research and adult treatment. Co-constructing interactions*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Benecke, C. (2009). Facial expression research in clinical psychology. In E. Bänninger-Huber & D. Peham (Eds.), *Current and future perspectives in facial expression research: Topics and methodological questions. Proceedings of the International Meeting at the Institute of Psychology, University of Innsbruck/Austria* (pp. 20–24). Innsbruck: Innsbruck University Press.
- Blatt, S. J. (2008). *Polarities of experience: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Bucci, W. (1997). *Psychoanalysis and cognitive science. A multiple code theory*. New York, NY: The Guilford Press.

- Caso, L., Maricchiolo, F., Bonaiuto, M., Vrij, A., & Mann, S. (2006). The impact of deception and suspicion on different hand movements. *Journal of Nonverbal Behavior, 30*, 1–19. doi:10.1007/s10919-005-0001-z
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Hill, C., & Safran, J. D. (2011). Therapists' and clients' experiences of alliance ruptures: A qualitative study. *Psychotherapy Research, 21*, 525–540. doi:10.1080/10503307.2011.587469
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Fernandes, C., Sousa, I., & Safran, J. D. (2014). The development of the therapeutic alliance and the emergence of alliance ruptures. *Anales de Psicología, 30*, 985–994. doi:10.6018/analesps.30.3.168911
- Dreher, M., Mengede, U., Krause, R., & Kämmerer, A. (2001). Affective indicators of the psychotherapeutic process: An empirical case study. *Psychotherapy Research, 11*, 99–117. doi:10.1080/713663855
- Dowd, E. T. (2004). Cognition and the cognitive revolution in psychotherapy: Promises and advances. *Journal of Clinical Psychology, 60*, 415–428. doi:10.1002/jclp.10253
- Ekman, P. (1993). Facial expression and emotion. *American Psychologist, 48*, 384–392. doi:10.1037/0003-066x.48.4.384
- Ekman, P., & Friesen, W. V. (1978). *Facial action coding system: A technique for the measurement of facial movement*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Ekman, P., & Friesen, W. V. (1982). Felt, false, and miserable smiles. *Journal of Nonverbal Behavior, 6*, 238–252. doi:10.1007/BF00987191
- Eubanks-Carter, C., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2009). *Ruptures resolution rating system (3RS) manual* (Unpublished manuscript). Beth Israel Medical Center, New York, NY.
- Flick, U. (2009). *An introduction to qualitative research* (4th ed.). London: Sage.
- Knapp, M. L., & Hall, J. A. (2010). *Nonverbal communication in human interaction* (7th ed.). Boston, MA: Wadsworth, Cengage Learning.
- Lyons-Ruth, K. (1999). The two-person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive relational representation, and the emergence of new forms of relational organization. *Psychoanalytic Inquiry, 19*, 576–617. doi:10.1080/07351699909534267
- Merten, J. (1997). Facial-affective behavior, mutual gaze, and emotional experience. *Journal of Nonverbal Behavior, 21*, 179–201. doi:10.1023/A:1024969514170
- Merten, J. (2005). Facial microbehavior and the emotional quality of the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research, 15*, 325–333. doi:10.1080/10503300500091272
- Merten, J. (2007). The meaning of facial expressions-development of a knowledge base. In E. Bänninger-Huber & D. Peham (Eds.), *Current and future perspective in facial expression research: Topics and methodological questions* (pp. 93–97). *Proceedings of the International Meeting at the Institute of Psychology*. Innsbruck, University of Innsbruck.
- Safran, J. D., & Kraus, J. (2014). Alliance ruptures, impasses, and enactments: A relational perspective. *Psychotherapy, 51*, 381–387. doi:10.1037/a0036815
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A Relational Treatment Guide*. New York, NY: The Guilford Press.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2001). The therapeutic alliance as a process of intersubjective negotiation. In J. C. Muran (Ed.), *Self-relations in the psychotherapeutic process* (pp. 165–192). Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/10391-007
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2005). *La alianza terapéutica una guía para el tratamiento relacional*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Schore, A. N. (2011). The right brain implicit self lies at the core of psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues, 21*, 75–100. doi:10.1080/10481885.2011.545329

- Tronick, E. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, *44*, 112–119. doi:[10.1037/0003-066X.44.2.112](https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.2.112)
- Tronick, E., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Nahum, J. P., ... Stern, D. N. (1998). Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. *Infant Mental Health Journal*, *19*, 290–299. doi:[10.1002/\(ISSN\)1097-0355](https://doi.org/10.1002/(ISSN)1097-0355)
- Von Bergen, A., & De La Parra, G. (2002). OQ-45.2 Cuestionario para Evaluación de Resultados y Evolución en Psicoterapia: Adaptación, Validación e Indicaciones para su Aplicación e Interpretación. *Revista de Terapia Psicológica*, *20*, 161–176.